

Sara Lehtonen

# Potilaan luovuttaminen Haartmanin sairaalan päivystyksessä

Nykytila ja kehittämissuhteet

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK, Terveystenhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

Opinnäytetyö

25.5.2019

Tekijä(t) Otsikko  Sivumäärä Aika	Sara Lehtonen Potilaan luovuttaminen Haartmanin sairaalan päivystyksessä. Nykytila ja kehittämisehdotukset 40 sivua + 3 liitettä 25.5.2019
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (Ylempi AMK), Terveystenhoitaja (Ylempi AMK)
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtamisen koulutusohjelma
Ohjaaja	Asiakkuuspäällikkö Taru Ruotsalainen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaan luovuttamisen nykytilaa Haartmanin sairaalan päivystyksessä ja sen pohjalta tuottaa kehittämisehdotuksia potilaan luovuttamisen kehittämiseksi. Tavoitteena on yhtenäistää luovuttamisen toimintatapoja ja sitä kautta parantaa potilasturvallisuutta.</p> <p>Potilaan luovutus on osa potilaan hoitoketjua, joka alkaa ensihoidon saapumisesta päivystyspoliklinikalle ja päättyy hoitovastuun siirryttyä ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle. Potilaan luovutus voi alkaa jo ennen päivystykseen saapumista ensihoidon tehdessä ennakoilmoituksen kriittisesti sairaasta potilaasta. Luovutuksen onnistuminen on kriittistä potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvion onnistumiseksi. (Bruce – Suserud 2005; Mikkonen 2014: 8-9.)</p> <p>Tässä opinnäytetyössä käytettävä aineisto on kerätty havainnoimalla sisäänkirjausta tekevää henkilökuntaa potilaan sisäänkirjausvaiheessa. Havainnointia on suoritettu myös potilashuoneessa tapahtuvan vastaanoton yhteydessä. Havainnoinnin tulokset vietiin henkilökunnalle esitettäväksi ideointityöpajoihin. Ideointityöpajojen tarkoituksena on kerätä kehittämisideoita mahdollisimman laajasti. Apuna tässä käytettiin aivoriihi-työskentelymallia.</p> <p>Havainnoinnin ja tarkentavien kysymysten analyysin perusteella opinnäytetyön tuloksissa tärkeimmiksi jatkokäsittelyä vaativiksi teemoiksi korostui sisäänkirjaus sekä raportointi johtuen suurista eroista toimintatavoissa. Myös aiemman kirjallisuuden teemat tukivat tuloksia. Ideointityöpajoissa käsiteltiin sisäänkirjausta ja raportointia aivoriihi-työskentelymallilla. Ideointityöpajoissa nousivat esille seuraavat kehittämisehdotukset: ennakkosisäänkirjaus, ensihoidon sähköisen raportointijärjestelmän käyttö, tuplaraportoinnin välttäminen, ennakoilmoitusten teko hätätila-potilaasta, raportointitilanteiden rauhoittaminen sekä yhtenäiset raportointimallit.</p>	
Avainsanat	Potilaan luovuttaminen, päivystys, sisäänkirjaus, raportointi, ideointityöpaja, aivoriihi, havainnointi

Author(s) Title Number of Pages Date	Sara Lehtonen Patient hand-over at emergency room in Haartman Hospital. Current state and development proposals. 40 pages + 3 appendices 25 May 2019
Degree	Master of health care
Degree Programme	Master Degree in Health Care and Social Services
Specialisation option	Leadership in Health Care and Social Services
Instructor	Taru Ruotsalainen Manager of Continuous Learning
<p>The purpose of this thesis is to map the current state of the patient's hand-over at the emergency department in Haartman Hospital, and on that basis to develop development proposals to develop the patient's hand-over. The aim is to harmonize the methods of hand-over and thereby improve patient safety.</p> <p>Patient hand-over is part of the patient's treatment chain, which begins with the arrival of emergency care at the emergency clinic and ends with the transfer of care responsibilities from emergency care staff to the emergency clinic. Patient hand-over may begin before the arrival of emergency care at the time of first notification of a critically ill patient. The success of the hand-over is critical to the success of the patient's need for treatment and the urgency. (Bruce - Suserud 2005; Mikkonen 2014: 8-9.)</p> <p>The literature used in this thesis has been collected by observing the logging staff at the patient's login stage. Observation has also been performed in connection with reception in the patient room. The results of the observation were brought to the staff for presentation in the Idea Workshops. The purpose of the idea workshops is to collect as much development ideas as possible. Idea workshops were based on a brainstorming working model.</p> <p>Based on the analysis of interviews and observation in the results of the thesis, the most important topics requiring further processing were Registration and Reporting due to the large differences in operating methods. Earlier literature themes also supported the results. The Idea Workshops discussed logging and reporting with the brainstorming work model. The following suggestions for improvement emerged in the Idea Workshops: pre-registration, use of electronic reporting system for primary care, avoidance of double reporting, pre-notification of emergency patient, calming reporting situations, and unified reporting models.</p>	
Keywords	Patient hand-over, emergency department, logon, reportage, Idea Workshop, brainstorming, observation

## Sisällys

Taru Ruotsalainen Manager of Continuous Learning	3
1 Johdanto	1
2 Pääluvun otsikko	2
2.1 Toimintaa ohjaavat lait ja asetukset	2
2.2 Potilaan luovutus	4
2.3 Haasteet potilaan luovutuksessa	7
3 Potilaan luovuttaminen Haartmanin päivystyksessä	9
4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	11
5 Opinnäytetyön toteutus	11
5.1 Tiedonkeruumenetelmät	12
5.2 Aineiston keruu	15
5.3 Osallistuneiden kuvaus	17
5.4 Aineiston käsittely ja analysointi	19
6 Tulokset	22
6.1 Havainnointi	22
6.1.1 Potilaan luovuttamisen nykytila sisäänkirjausvaiheessa	24
6.1.2 Potilaan vastaanoton nykytila	26
6.1.3 Hätätilapotilas – potilas triageluokilla 1 tai 2	28
6.2 Ideointityöpajojen tulokset nykytilan kehittämiseksi	29
6.2.1 Sisäänkirjaus	29
6.2.2 Raportointi	31
7 Kehittämisehdotuksien tuottaminen	33
8 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	34
9 Pohdinta	37
Lähteet	42
Liitteet	
Liite 1. ESI-TRIAGE	
Liite 2. Havainnointilomake potilaan luovuttamisen seuraamiseksi	
Liite 3. Saatekirje	

Taulukko 1. Esimerkki ideointityöpajojen sisällönanalyysistä koskien sisäänkirjausta ja raportointia

Kaavio 1. Sisäänkirjaus

Kaavio 2. Potilaan vastaanotto

Kaavio 3. Ideointityöpajojen tulosten jakautuminen

Kaavio 4. Sisäänkirjaamista koskevien ehdotusten jakautuminen

Kaavio 5. Raportointia koskevien ehdotusten jakautuminen

## 1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaan luovuttamisen nykytilaa ja sen pohjalta tuottaa kehittämissuhteita potilaan luovuttamisen kehittämiseksi. Tavoitteena on yhtenäistää luovuttamisen toimintatapoja ja sitä kautta parantaa potilasturvallisuutta.

Potilaan luovutus on osa potilaan hoitoketjua, joka alkaa ensihoidon saapumisesta päivystyspoliklinikalle ja päättyy hoitovastuu siirryttyä ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle. Potilaan luovutus voi alkaa jo ennen päivystykseen saapumista ensihoidon tehdessä ennakoilmoituksen kriittisesti sairaasta potilaasta. Hoitovastuu katsotaan siirtyneeksi usein viimeisen raportin antamisen jälkeen, symbolinen hoitovastuun siirtyminen tapahtuu esimerkiksi potilaan siirtyessä ambulanssin paareilta sairaalan sängylle. Luovutuksen onnistuminen on kriittistä potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvion onnistumiseksi. (Bruce – Suserud 2005; Mikkonen 2014: 8-9.)

Potilaan luovutusta sekä päivystystoimintaa säätelevät myös lait ja asetukset. Tärkeimmät toimintaa ohjaavat lait ovat perustuslaki (731/1999) ja terveydenhuoltolaki (1362/2010). Päivystysasetus (583/2017) yhdessä ensihoitopalveluasetuksen (585/2017) kanssa voidaan mainita asetuksista tärkeimpinä. Yhteistä näille on tavoite taata potilaan turvallinen, laadukas ja asianmukainen hoito.

Päivystyshoidossa potilasturvallisuuteen liittyvät ongelmat korostuvat muuta terveydenhuoltoa enemmän. Päivystyksissä hoidetaan vakavasti sairaita tai vammautuneita potilaita ja usein samaan aikaan suuria määriä lievemmin oirein tulleita potilaita nopeasti vaihtuvissa tilanteissa. Henkilökunnan kokoonpano vaihtuu vuorosta toiseen, saman vuoron aikana potilasta saattaa hoitaa useampi eri hoitaja, jolloin onnistunut tiedon siirto on avainasemassa potilasturvallisuuden kannalta. Päivystyksessä tapahtuvaa eri toimijoiden ja työntekijöiden välistä viestintää ja toimintatapoja tulee yhdenmukaistaa. Erilaisuus toimintatavoissa aiheuttaa mahdollisuuden prosessiin liittyville virheille. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010: 37-38.)

Päivystyksessä työskentelee paljon eri tasoisia ja eri koulutustaustan omaavia hoitajia. Hoitohenkilökunnassa on lääkintävahtimestareita, lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Osa hoitajista on erikoistunut psykiatriaan ja he työskentelevät pääosin psykiatrian

päivystyksessä. Päivystyksessä moniammatillinen tiimityö korostuu henkilökunnan osaamisen ollessa jakautunut päivystyksen eri osa-alueille. Henkilökunnan osaamisen taso on laaja, on vasta aloittaneita hoitajia sekä hoitajia, jotka ovat seuraavaksi jäämässä eläkkeelle. Erilaiset osaamistason vaihtelut ja työkokemus johtuen päivystyksessä on erilaisia työskentelytapoja eikä standardoituja malleja ole tai niitä ei noudateta.

Myös ensihoidon työskentely on isossa roolissa päivystyksen potilaiden kohdalla, sillä he ovat olleet paikalla ensimmäisinä ja aloittaneet mahdollisesti jo potilaan hoidon, heidän työtään ei kuitenkaan arvioitu tässä opinnäytetyössä. Yhteistyö ensihoidon ja päivystyksen välillä olisi kuitenkin tulevaisuudessa tärkeä ottaa lähempään tarkasteluun. Yhteistyöllä saataisiin parannettua potilasturvallisuutta sekä hoidon laatua.

Haartmanin päivystyksessä sisäänkirjauksessa ja potilaan vastaanoton nykytilassa on tällä hetkellä paljon erilaisia toimintamalleja, jotka korostuvat etenkin sisäänkirjausta tekevien hoitajien työskentelyssä. Erilaiset toimintamallit sisäänkirjauksessa näkyvät myös potilashuoneessa työskentelevien hoitajien työssä. Strukturoimattomat työskentelymallit aiheuttavat hajontaa potilasturvallisuudessa ja hoidon laadussa. Tämä aiheuttaa myöskin epäselvyyttä huonehoitajien sekä ensihoidon päivittäisessä työssä, sillä sisäänkirjaus tapahtuu juuri sisäänkirjausta tekevän hoitajan omien mieltymysten, ei strukturoidun, mallin perusteella, jolloin toimintatavat vaihtelevat päivästä toiseen. Tämän opinnäytetyön avulla pyrittiin selvittämään syitä eri toimintamalleihin sekä hakea ratkaisua näihin ongelmakohtiin.

## **2 Pääluvun otsikko**

Potilaan luovuttamisella tarkoitetaan tiedon ja hoitovastuun siirtämistä hoitoyksiköltä toisella. Tietoa siirtävä hoitoyksikkö voi esimerkiksi ambulanssi ja vastaanottava yksikkö taas sairaalan päivystys. (WHO 2007; Eggins – Slade 2015)

### **2.1 Toimintaa ohjaavat lait ja asetukset**

Päivystyksen toimintaa ohjaavat ja säätelevät useat eri lait ja asetukset. Perustuslaissa (731/1999) todetaan, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Näiden palveluiden turvaamiseksi

onkin säädetty erillisiä lakeja ja asetuksia. Lakia täydentämään sosiaali- ja terveysministeriö on terveydenhuoltolakiin nojaten tehnyt asetuksen koskien kiireellisen hoidon perusteita ja päivystyksen erikoisalakohtaisia edellytyksiä, eli päivystysasetuksen, samoin kuin asetuksen ensihoitopalveluista.

Euroopan Unionin jäsenmaiden sisällä ammatilliset standardit, organisaatorakenteet sekä koordinaatiomekanismit vaihtelevat suuresti. Euroopan Unionin (EU), YK:n (Yhdistyneet Kansakunnat) sekä WHO (World Health Organization) perustuslaeissa taataan potilaalle oikeus terveydenhuoltoon. Oikeus terveydenhuoltoon on tunnistettava jokaisen jäsenmaassa lakisääteisesti. Vaikkakin hätäpalvelut on tuettu lakisääteisesti monissa EU:n jäsenvaltioissa, on silti hätäpalveluiden tarjoamisessa monimuotoisuutta jäsenvaltioiden välillä. (WHO 2008)

Terveydenhuoltolaki (1362/2010) osoittaa 1.luvun 8 pykälässä, että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Lain 6. luvussa 50 pykälä määrää, että kiireellinen sairaanhoito on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Sosiaali- ja terveysministeriön päivystysasetuksessa todetaan, että kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että kiireellistä hoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina joko kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä päivystystä toteuttavassa yksikössä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 625/2013.)

Terveydenhuoltolain (1362/2010) mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee järjestää alueensa ensihoitopalvelu yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palveluostopäätöksen, jossa määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö ja ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Ensihoitopalveluihin sisältyy äkillisesti sairastuneet tai loukkaantuneet potilaan



kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lisäksi ensihoitovalmiuden ylläpitäminen, tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin, alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatiminen yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa sekä virka-avun antaminen.

## 2.2 Potilaan luovutus

Tutkimustiedon hakemisessa käytettiin hyväksi Cinahl, Finna, Medic ja PubMed tietokantoja. Myös Metropolia ammattikorkeakoulun omaa MetCat hakukonetta käytettiin tiedonhaussa. Suomessa termistö sekä käsitteistö ovat moniselitteisiä ja vakiintumattomia, mikä osaltaan vaikeuttaa hakuja, sillä vakiintuneita termejä ei ole (Mikkonen 2014: 6). Suomen kielisissä tietokannoissa hakusanoina käytettiin termejä ”ensihoito”, ”ambulanssi”, ”sairaankuljetus”, ”päivystys”, ”päivystyspoliklinikka”, ”sairaala”, ”luovuttaminen”, ”luovutus” ”potilaan luovutus” sekä ”raportointi”. Kansainvälisissä tietokannoissa hakusanoina käytettiin termejä ”emergency department”, ”emergency”, ”ambulance”, ”paramedic”, ”patient”, ”hand off”, ”handover”, ”transfer” sekä ”emergency nursing”. Hakuja tehtiin yhdistelemällä eri termejä sekä katkaisumerkkien avulla. Hakuja tehtiin myös manuaalisesti käyden läpi aikaisempien tutkimusten lähdeluetteloita.

Tietokannoista haettaessa hakuja karsittiin ensin otsikoiden perusteella, jonka jälkeen artikkeleita ja tutkimuksia rajattiin tiivistelmien perusteella. Tiivistelmien perusteella valittiin opinnäytetyöhön sopivat tutkimukset ja artikkelit. Mitä useammin jokin tietty artikkeli tai tutkimus esiintyi erihakusanoja yhdistelemällä, sitä varmemmaksi lähteeksi se osoittautui.

Suomessa ensihoidon ja päivystyksen yhteistyötä on tutkittu niukasti, keskeisimpinä tutkimuksina tämän opinnäytetyön kannalta nousi esille Mikkosen pro gradu tutkielma (2014) ”Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä sekä Kähkösen (2016) YAMK-opinnäytetyö ”Yhteistoiminnan kehittäminen ensihoidon ja päivystyspoliklinikan rajapinnassa”. Kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta löytyy jonkin verran, esimerkiksi Tanskasta ja Ruotsista sekä Australiasta. Keskeisimpinä tutkimuksina voidaan nostaa esille Bruce & Suserud (2005) tutkimus ”The handover process and triage of ambulanceborne patients: the experiences of emergency nurses”,

Jensen, Lippert ja Østergaard (2013) tutkimus ”Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover” sekä Brost, Chaboyer, Crilly & Patterson (2011) ”Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study”. Vaikka ensihoidon ja päivystyksen yhteistyöstä ei juurikaan tutkittua tietoa löydy, on potilaan luovutusta kuvattu kattavasti eri tutkimuksissa.

Potilaan luovutus on osa potilaan hoitoketjua, joka alkaa ensihoidon saapumisesta päivystyspoliklinikalle ja päättyy hoitovastuu siirryttyä ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle. Hoitovastuu katsotaan siirtyneeksi usein viimeisen raportin antamisen jälkeen, symbolinen hoitovastuun siirtyminen tapahtuu esimerkiksi potilaan siirtyessä ambulanssin paareilta sairaalan sängylle. (Bruce – Suserud 2005.) Tutkimuksessaan Bruce ja Suserud (2005) ovat tarkastelleet potilaan luovuttamisen prosessia kriittisten ja kiireettömien potilaiden luovutustilanteen näkökulmasta. Molemmille potilasryhmille luovutuksen yhteisiä piirteitä oli tilanteen koostuminen kolmesta eri vaiheesta: suullisesta raportoinnista, kirjatun tiedon luovuttamisesta sekä potilaan symbolisesta luovuttamisesta, potilaan siirtyessä ambulanssin paareilta sairaalassa hänelle osoitetulle paikalle. Luovutuksen onnistuminen on kriittistä potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvion onnistumiseksi.

Potilaan luovutus voi alkaa jo ennen päivystykseen saapumista ensihoidon tehdessä ennakoilmoituksen kriittisesti sairaasta potilaasta. Kriittisesti sairaasta potilaasta annetaan puhelimitse tärkeimmät tiedot akuutin hoidon aloittamisen valmistelemiseksi päivystyksessä. Päivystyksen vuorovastaava aloittaa ennakoilmoituksen vastaanottamisen jälkeen tarvittavat toimenpiteet päivystyksessä, muun muassa valmistelemalla potilaalle paikan sekä hankkimalla hoitotiimin paikalle. Kriittisesti sairaan potilaan raportointi pyritään annettavaksi koko hoitotiimille kerralla ilman häiriötekijöitä. (Bruce – Suserud 2005; Mikkonen 2014: 8-9.)

Useimmat päivystyksen potilaat ovat kuitenkin päivystykseen ensihoidon tuomana kiireettömiä potilaita, jotka eivät tarvitse välitöntä hoitoa päivystykseen saapumisen jälkeen. Luovuttamisen prosessi on näillä potilailla erilainen: prosessi alkaa usein vasta ensihoidon saavuttua päivystykseen ja tavattua täällä hoitajan, jonka tehtävänä on tehdä potilaasta hoidon tarpeen arvio ensihoidon raportin mukaan. Tämän jälkeen ensihoito siirtää potilaan osoitetulle potilaspaikalle ja raportoi potilaan tätä hoitavalle hoitajalle

potilashuoneessa. Joissakin tapauksissa potilaan lopullinen raportointi huoneen hoitajille jäi hoidon tarpeen arvion tehneelle hoitajalle. (Bruce – Suserud 2005.)

Potilaan luovuttamisprosessin on tutkittu olevan järjestelmällisempää mitä selkeämpi sairaalaan tulemisen syy potilaalla on. Kiireettömien potilaiden, sosiaalisten ongelmien vuoksi päivystykseen saapuvien tai kliinisesti epäselvien potilastapausten yhteydessä ensihoitohenkilöstöllä sekä päivystyspoliklinikan henkilökunnalla on osoitettu olevan ajoittaista kiinnostuksen puutetta. (Bruce – Suserud 2005; Bost ym 2010.) Taustalla saattaa olla päivystyksen kuormittuneisuus sellaisista potilaista, joilla päivystyshoidon tarve on kyseenalainen (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010). Luovutuksen onnistuminen on kriittistä potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvion onnistumiseksi (Bruce – Suserud 2005).

Useat tutkimukset ehdottavat työnkiertoa päivystyksen ja ensihoidon välillä sekä yhteistyön kehittämistä potilaan luovuttamisen parantamiseksi. Tutkimukset osoittavat yhteistyön parantavan ymmärrystä eri toimijoiden välillä, jolloin esimerkiksi potilasta luovutettaessa kaikki puhuvat samaa kieltä, mikä puolestaan lisää potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuutta lisää myös strukturoidun mallin käyttäminen luovutustilanteessa, kuten ISBAR. (Jensen – Lippert – Østergaard 2013; Dawson – King – Grantham 2013; Bost – Chaboyer – Crilly – Patterson – Wallis 2010; Bost – Chaboyer – Crilly – Patterson – Wallis 2012.) Myös tietotekniikan on tutkittu olevan avuksi potilaan luovutuksessa ja sen katsotaankin olevan avuksi ongelmien vähentämiseksi potilaan luovutuksessa (Jensen ym. 2013).

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) raportissa ”Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet” todetaan, että päivystyshoidon palveluiden tulee taata korkealaatuinen, oikea-aikainen, yhdenvertainen ja vaikuttava hoito ja hoitoon pääsy. Tämän saavuttaminen ja tavoittelemisen edellyttävät riittävän asiantuntemuksen kohdentamista päivystykseen, varaten sille riittävät voimavarat. Sosiaali- ja terveysministeriön raportin (2010: 18) ohjeistuksen periaatteena on ollut varmistaa päivystystoiminnan tavoitteiden saavuttaminen, varmistaa potilaille laadukkaan päivystyshoidon ja parantaa potilasturvallisuutta. Raportilla on myös pyritty määrittämään samanlaisia toimintatapoja sekä perusteita toiminnalle päivystyspisteestä riippumatta.

Päivystyshoidossa potilasturvallisuuteen liittyvät ongelmat korostuvat muuta terveydenhuoltoa enemmän. Päivystyksissä hoidetaan vakavasti sairaita tai

vammautuneita potilaita ja usein samaan aikaan suuria määriä lievemmin oirein tulleita potilaita nopeasti vaihtuvissa tilanteissa. Henkilökunnan kokoonpano vaihtuu vuorosta toiseen, saman vuoron aikana potilasta saattaa hoitaa useampi eri hoitaja, jolloin onnistunut tiedon siirto on avainasemassa potilasturvallisuuden kannalta. Päivystyksessä tapahtuvaa eri toimijoiden ja työntekijöiden välistä viestintää ja toimintatapoja tulee yhdenmukaistaa. Erilaisuus toimintatavoissa aiheuttaa mahdollisuuden prosessiin liittyville virheille. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010: 37-38.) Mikkosen (2014: 31) tutkimus osoittaa yhdeksi ongelmakohtaksi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä potilasta luovutettaessa viestinnän. Tutkimus osoittaa ensihoidon raportoineen potilaan päivystyksessä useammin kuin kerran, mikä osaltaan vaarantaa potilasturvallisuutta.

Terveystieteiden lain (1362/2010) nojalla päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyspoliklinikalla työskentelevän sairaanhoitajan ammattitaidon ydin liittyy taitoihin hallita sekä yksittäisen potilaan, että koko päivystyspoliklinikan riskejä. Mikkosen (2014: 31) tutkimus osoittaa, että yksi päivystyksen ongelmakohta on toiminnan organisointi. Myös Kähkösen (2016) tutkimuksessa nousi kehittämiskohteeksi juurikin päivystyksen tilannejohtaminen. Kliinisten taitojen kehittämistä tarvittiin erityisesti yhteistyössä ensihoitojärjestelmän kanssa (Paakkonen 2008).

### 2.3 Haasteet potilaan luovutuksessa

Ensihoidon ja päivystyksen henkilökunnan välinen raportointi on tärkeä osa potilaiden hoidon jatkuvuutta. Kommunikaation ollessa puutteellista, voi jokin tärkeä tieto jäädä siirtymättä. Mitä useammin raportti joudutaan toistamaan tai raportointi tapahtuu useamman henkilön kautta, riskit tiedon siirrossa lisääntyvät. Onnistumisen kannalta olisi tärkeää, että raportti annettaisiin suoraan hoitavalle tiimille ja raportointi tilanne olisi rauhoitettu. (Kapanen – Kemppainen 2017: 106; Brusce – Suserud 2005; Bost ym. 2010.)

Tutkimukset nostavat luovutuksen haasteiksi raportoinnin ja sen aikaiset häiriötekijät sekä järjestelmällisyyden puutteen raportoinnissa. (Dawson ym. 2013; Bost ym. 2012; Bost ym. 2010 Bruce – Suserud 2005.) Mikkosen (2014) tutkimuksen mukaan

päivystyksen henkilökunnalla on vaikeuksia tunnistaa riskejä potilasturvallisuudessa potilaan luovutuksessa.

Päivystyksen kuormitus sekä resurssien puute vaikeuttavat luovutuksessa tapahtuvaa tiedonsiirtoa. Potilaan luovutustilanne tapahtuu usein lyhyessä ajassa, stressaavassa ja kiireisessä ympäristössä. Tähän vaikuttaa niin päivystyksen kuormittuneisuus ja resurssien vähäisyys. Resurssien vähäisyys ja päivystyksen kuormittuneisuus näkyy esimerkiksi viiveenä osastosiirroissa, jolla saataisiin päivystykseen tilaa, myös ensihoidon kiireelliset niin sanotusti jonossa olevat tehtävät vaikuttavat raportoinnin onnistumiseen potilaan luovutustilanteessa. (Bruce – Suserud 2005.) Päivystyksen henkilökunnan vastuulla on usein samanaikaisesti useampi potilas hoidettavanaan ottaessaan vastaan uutta potilasta. Raportointia potilaan luovutustilanteessa saattaa häiritä myös ulkopuoliset häiritteijät. Raportointi keskeytetään muiden ulkopuolisten toimijoiden, kuten esimerkiksi laitoshuollon, toimesta, raportin aikana saattaa esiintyä melua ja muuta hälinää. Tilanne harvoin on rauhoitettu pelkästään vain raportoinnille vaan hoitaja saattaa samanaikaisesti jo hoitaa potilasta, vaikka potilasta ei virallisesti ole vielä luovutettu päivystykseen. Hoitajien samanaikainen toimiminen sekä vähäinen kiinnostus ensihoidon raporttia kohtaan aiheuttaa ensihoidonhenkilökunnassa tyytymättömyyttä sekä turhautumista päivystyksen toimintaa kohtaan, mikä saattaa heijastua taas seuraavan potilaan raportointiin. Yhteistyö ja toisen osapuolen toiminnan arvostus ovat tärkeässä osassa potilaan luovutusta. (Bruce – Suserud 2005; Dawson 2013.)

Myös päivystyksen henkilökunnan kyvyssä vastaanottaa raporttia huomattiin kehittämisen tarvetta. Ensihoito ja päivystyksen henkilökunta eivät välttämättä puhu niin sanotusti samaa kieltä. Puhuesssa käytetään esimerkiksi termejä, jotka eivät kuulu toisen osapuolen päivittäiseen käyttöön, mikä voi johtaa väärinymmärryksiin potilaan luovutuksessa. Luovutuksen hyödyn maksimoimiseen vaikuttaa myös raporttia vastaan ottavan hoitajan työkokemus päivystyshoitotyöstä. Kokenut hoitaja voi tunnistaa kriittisesti sairaan potilaan niin sanotusti nenän päätä katsomalla, kun kokematon hoitaja ei välttämättä tunnista hälyttäviä merkkejä. (Bruce – Suserud 2005; Bost ym. 2010.) Useat tutkimukset puhuvat myös työnkierron sekä yhteistyön kehittämisen puolesta päivystyksen ja ensihoidon välillä. Yhteistyö parantaisi ymmärrystä kummankin osapuolen työstä ja sen haasteista potilaan luovutuksen onnistumiseksi. Samaiset tutkimukset osoittavat myöskin toimijoiden halun kehittää strukturoitua raportointimallia

potilaan luovutuksessa. (Bost ym. 2010; Bost ym. 2012; Dawson ym. 2013; Jensen ym. 2013.)

Järjestelmällisessä raportoinnissa jokaisessa raportissa käydään läpi samat asiat eikä tällöin toimijan omille tulkinnoille jää tilaa. Luovutuksen tulisi muutoinkin toimia pitkälle saman kaavan mukaan jokaisen potilaan kohdalla potilasturvallisuuden vuoksi. Järjestelmällinen raportointi selkeyttää myös toimintaa raportin aikana, raportin ollessa ohi voidaan potilas katsoa luovutetuksi päivystykseen. Päivystyksessä tulisi myös olla selkeästi osoittaa henkilö, jolle raportti annetaan. (Bost ym. 2010; Bost ym. 2012; Dawson ym. 2012; Jensen ym. 2013.) Erilaiset toimintatavat potilaan luovutuksessa lisäävät potilasturvallisuuteen vaikuttavien riskien kasvamista. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos esittää teoksessaan ”Potilasturvallisuusopas”, että puolet potilaalle sattuneista haittatapahtumista ja hoitovirheistä olisi estettävissä, esimerkiksi ennakoimalla. Rajapintaongelmat etenkin tiedonkulussa lisäävät virheiden mahdollisuuksia. (Potilasturvallisuusopas 2011.)

### **3 Potilaan luovuttaminen Haartmanin päivystyksessä**

Haartmanin sairaalan päivystyspoliklinikalla on neljä erikoisalaa: sisätautipäivystys, terveystakeskustasoinen kirurginen päivystys, psykiatrian päivystys, jotka toimivat ympäri vuorokauden. Arkisin kello 16:00-22:00 sekä viikonloppuisin kello 08:00-22:00 päivystyksessä toimii aikuisten terveystakeskuspäivystys (lääkärin sekä sairaanhoitajan vastaanotto). Haartmanin sairaalan päivystys palvelee ensisijaisesti eteläisen, keskisen ja läntisen Helsingin yli 16-vuotiaita asukkaita. (Haartmanin päivystyspoliklinikka. 2017.) Sairaalassa hoidetaan kuitenkin kaikki yli 16-vuotiaat akuuttia hoitoa tarvitsevat potilaat, olivat he miltä paikkakunnalta tahansa.

Potilas voi saapua Haartmanin päivystykseen omatoimisesti läheteellä, omatoimisesti ilman lähetettä tai ambulanssilla. Tähän opinnäytetyöhön on valittu vain ambulanssilla saapuvien potilaiden luovutuksen havainnointi. Tulevaisuudessa kaikki ensihoitokertomukset tulevat olemaan sähköisiä, joten havainnoitavat luovutustilanteet on rajattu ainoastaan niihin potilaisiin, joidenka saapuminen päivystykseen on nähtävissä ensihoidon sähköisessä raportointijärjestelmästä eli Merlot Medistä.

Potilaan luovuttaminen päivystyksessä voidaan katsoa alkavaksi, kun tieto päivystykseen saapuvasta potilaasta tulee ensihoidon sähköiseen raportointijärjestelmään. Potilaan sisäänkirjaava hoitaja voi seurata potilaan saapumista ensihoidon sähköisestä raportointijärjestelmästä ja kirjata potilaan ennakkoon sisään. Tilanteen salliessa potilaalle katsotaan potilaspaikka valmiiksi. Ensihoitokertomuksen mukaan potilaalle valitaan oikean paikka, erikoisala ja triageluokka päivystyksessä, mahdollinen ensihoidon suullisesti annettava raportti tai potilaan käytös voivat omalta osaltaan muuttaa ennakkokirjausta. Potilaan varsinainen vastaanottaminen tapahtuu potilashuoneessa, jossa ensihoito raportoi potilaan huoneessa oleville hoitajille tai hoitotiimille. Päivystyksen yleistilanne vaikuttaa luovutukseen huoneessa. Luovuttamisen aikana saattaa esiintyä yleistilanteen johdosta useita häiriötekijöitä.

Halu havainnoida hätätilapotilaan luovutuksen onnistumista tulee työn tilaajalta. Hätätilapotilaan vastaanottaminen on tiimityötä, jossa vaaditaan koko prosessin onnistumista aina sisäänkirjauksesta toimintaan potilasta vastaanotettaessa.

Merlot Medi on ensihoidon sähköinen johtamis- ja raportointijärjestelmä (Merlot Medi). Jokaisessa ensihoidon yksikössä on käytössä kannettava päätelaite, johon ensihoitaja kirjaa potilaan hoitotietoja. Ensihoidolla on oma päätelaitteensa, jonka kautta tiedot siirtyvät reaalitajassa päivystykseen, kun ensihoito on valinnut vastaanottavan hoitopaikan. Tiedot hoitopaikkaan siirtyvät 3G tai GRPS-verkkoa pitkin. Ensihoito voi tulostaa ensihoitokertomuksen jo ennakkoon, jolloin päivystyksessä voidaan aloittaa tarvittavat toimet potilaan vastaanottamiseen. (Porthan – Riihelä 2017: 48.) Päivystyksessä vuorovastaava voi seurata päivystykseen saapuvia ensihoidon yksiköitä Merlot Medi Hospital –pätelaitteelta. Tämän kautta vuorovastaava saa tietoonsa saapuvan potilaan henkilötiedot, sairaalaan tulosityn sekä tietoja vitaalilintoiminnoista. Ideaalitulanteessa näiden tietojen avulla vuorovastaava valitsee potilaalle oikean erikoisalan, oikean triageluokan ja paikan päivystyksessä. Sairaalan päätteeltä näkee myös arvion jäljellä olevasta kuljetusajasta päivystykseen. (Porthan - Riihelä 2017: 54.) Tässä opinnäytetyössä ei käydä läpi tarkemmin, kuinka ensihoidon sähköinen raportointijärjestelmä, Merlot Medi, toimii tai mitä järjestelmä pitää sisällään. Työssä ensihoidon sähköistä raportointijärjestelmää käsitellään yhtenä vuorovastaavan apuvälineistä potilaan luovuttamisessa ensihoidon ja päivystyksen välillä.

Potilaan ohjautumisen päivystyksessä määrittää sisäinen potilasohjaus. Sisäisellä potilasohjauksella tarkoitetaan päivystyksen sisällä tapahtuvaa potilaiden jaottelua

erikoisaloille oirekuvansa mukaan. Ohjeet on tehty yhdessä päivystyksen lääkärin ja hoitohenkilökunnan kanssa. Sisäinen potilasohjaus on osa hoidon tarpeen arvion tekemistä, samoin kun triageluokan määrittäminen potilaalle. Triageluokka määrittää potilaan kiireellisyyden eikä tämä vaikuta potilaan erikoisalaan. Haartmanin sairaalan päivystyksessä käytössä on tällä hetkellä käytössä kolmiportainen trigejärjestelmä, jossa potilaat luetaan HÄTÄ – KIIRE – MUU -potilaiksi. Opinnäytetyön tekohetkellä käytössä oli kuitenkin Emergency Servity Index - ESI – triageluokitusjärjestelmä. Triagen tarkoituksena on priorisoida potilaat sekä tunnistaa ne, jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa. ESI-triageluokitus määräytyy kiireellisyyden ja resurssien mukaan. Triageluokkia on viisi, joista triageluokat yksi ja kaksi ovat kiireellisiä välitöntä hoitoa tarvitsevia potilaita. Mikäli potilas ei tarvitse välitöntä hoitoa, tulee hoidon tarvetta arvioida tarvittavien resurssien määrällä. Mitä vähemmän resursseja potilas tarvitsee, sitä kiireettömämpää hänen hoitonsa on. (Gilboy, Nicki – Tanabe, Paula – Travers, Debbie – Rosenau, Alexander M. 2011: 7.) (liite 1 ESI triage.) Triageluokka vaikuttaa potilaan sijoittamiseen päivystyksen eri huoneissa sekä hoidon kiireellisyyteen, myös hoitajaresurssit on tärkeä huomioida potilasta sijoittaessa.

#### **4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa potilaan luovuttamisen nykytilaa ja sen pohjalta tuottaa kehittämissuhteita potilaan luovuttamisen kehittämiseksi. Tavoitteena on yhtenäistää luovuttamisen toimintatapoja ja sitä kautta parantaa potilasturvallisuutta.

Opinnäytetyössä vastataan seuraavaan kahteen pää tutkimuskysymykseen sekä kolmeen alakysymykseen?

- 1) Mikä on Haartmanin sairaalan päivystyksessä potilaan luovuttamisen nykytila?
  - a. Mikä on potilaan luovuttamisen nykytila sisäänkirjausvaiheessa?
  - b. Mikä on potilaan luovuttamisen nykytila potilasta vastaanotettaessa?
  - c. Mikä on hätäpotilaan luovuttamisen nykytila hätätilapotilaan vastaanotossa?
- 2) Mitkä ovat potilaan luovuttamisen kehittämissuhteet?

#### **5 Opinnäytetyön toteutus**



## 5.1 Tiedonkeruumenetelmät

Aineisto kerättiin havainnoimalla hoitajia. Havainnoitavia osia on rajattu jo etukäteen aikaisempien tutkimustietojen sekä työntilaajan toiveiden mukaan (Vilkkä 2006: 38, 81). Havainnoinnin avulla ei etsitä oikeaa eikä väärää toimintatapaa, vaan yritetään poimia syitä, miksi jollakin tavalla toimitaan ja sitä kautta kehittää potilaan luovuttamista ja potilasturvallisuutta.

Aineiston keruumenetelmäksi valikoitu havainnointi koska, opinnäytetyössä tarkkaillaan ympärillä olevan tilan hallintaa sekä ihmisten käyttäytymistä. Myös päivystyksen nopeasti vaihtuvat tilanteet ja päivystystyön ennakoimaton luonne puoltavat havainnoinnin käyttämistä tutkimusmenetelmänä. (Vilkkä 2006: 43.) Havainnoinnin haasteena voi olla mahdollinen muutos havainnoitavien käytöksessä ja toimintatavoissa tutkimuksen aikana. Haasteena on myös kuinka paljon kertoa havainnoin kohteista, jotta ei tällä vaikuttaisi havainnoitavien käytökseen. (Vilkkä 2006: 57; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 122.)

Havainnointilomake perustuu kirjallisuuteen sekä työn tilaajan toiveisiin (Bruce – Suserud 2005; Mikkonen 2014; Dawson ym. 2013; Bost ym. 2012; Bost ym.). Havainnointilomake on tarkastutettu päivystyksen apulaisylilääkärillä sekä ylihoitajalla ja he ovat hyväksyneet havainnointilomakkeen. Havainnointi tehtiin luovutuskohtaisesti. Havainnointia tapahtui jo ennen potilaan saapumista päivystykseen havainnoidessa sisäänkirjaus vaiheen toimintaa, havainnointi päättyi vastaanoton havainnointiin.

Havainnointilomaketta tehtiin yhteistyönä osastonlääkäreiden kanssa. Aluksi heille esiteltiin kirjallisuuden pohjalta nousseet teemat, joita laajennettiin tai tarkennettiin lääkäreiden avustuksella. Kirjallisuuden teemoja pidettiin kriittisinä päivystyksen työn kannalta, joten niitä ei lähdetty muuttamaan tai poistamaan, vaan ne koettiin tarpeellisiksi ja muokattiin sopiviksi päivystyksen tarpeisiin. Kehittämiskohteiksi todettiin yhteistyössä lääkäreiden kanssa juurikin tasalaatuisuus potilaan sisäänkirjaukseen sekä toimintatavat potilaan vastaanottoon.

Havainnointi suoritettiin potilaskohtaisesti, ei vuorokohtaisesti, jolloin taustatekijöiden vaikutus havainnoin tulokseen, saadaan parhaiten näkyviin. Havainnointi koski ainoastaan potilaita, joiden saapuminen päivystykseen on nähtävissä ennakkoon

ensihoidon sähköisestä raportoini järjestelmästä eli Merlot Medistä. Sisäänkirjausta tehtiin tarkentavia kysymyksiä vain näiden potilaiden kohdalla.

Aineistoa kerätessä haastateltiin kaikki seurannan aikana sisäänkirjausta tekevät hoitajat. Tämä tarkoitti kolmesta neljään hoitajan haastattelua seurantapäivinä. Haastatteluihin suhtauduttiin positiivisesti eikä yksikään hoitaja kieltäytynyt haastattelusta. Havainnoituja tapauksia kertyi yhteensä 20 kappaletta, hoitajahaastattelu sisältyi näistä 10 kappaleeseen. Havainnoitujen tapausten määrä jakautui tasaisesti kaikille kolmelle päivälle. Päätös jättää yksityiset ensihoitotoimijat ulos opinnäytetyöstä vaikutti myös havainnoitavien tapausten määrään, sillä hätäkeskuksen alaisia ensihoitokäyntejä ei kyseisinä päivinä ollut kovinkaan paljon, toisin kuin yksityisten ensihoitotoimijoiden käyntejä.

Havainnointi onnistui ongelmitta eikä havainnoinnista koitunut ylimääräistä haittaa. Ensihoidolle kerrottiin, että tarkoituksena ei ole heidän työnsä arviointi vaan tarkoituksena on havainnoida päivystyksen työskentelyä sen kehittämiseksi.

Havainnointilomake on kaksi puolinen ja sivut on eritelty liitteenä (Liite 2 Havainnointilomake potilaan luovutuksen seuraamiseksi) Havainnointilomake koostuu seuraavista osista:

- 1) *Taustatekijät*
- 2) *Sisäänkirjaus*
- 3) *Potilaan vastaanotto*
- 4) *Hätätilapotilas – potilas triageluokilla 1 tai 2*

Taustatekijöiden avulla selvitettiin päivystyksen sen hetkistä yleistilannetta. Sisäänkirjauksessa perehdytään tapahtumiin ennen potilaan fyysistä saapumista päivystykseen, potilaan vastaanottoa tutkiessa havainnointi keskittyy potilashuoneessa tapahtuvaan luovutuksen aikaiseen toimintaan. Hätätilapotilas tilanteita havainnoidessa havainnoitiin kykyä ennakoida sekä päivystyksen valmiutta vastaanottaa kiireellinen potilas.

Nykytilaa arvioimalla pystytään selvittämään toiminnan lähtötila, keskeiset vahvuudet ja kriittiset kehitystarpeet (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014:

26). Käytettäessä sekä havainnointia että tarkentavia kysymyksiä on saatava aineisto monipuolisempaa kuin vain yhtä tutkimusmenetelmää käytettäessä (Vuorinen 2005).

Tutkimusmenetelmänä haastattelu valikoitui tähän opinnäytetyöhön täydentämään havainnointia, koska tavoitteena oli saada monipuolisia ja syvempiä kuvauksia havainnoitavista tilanteista. Tarkentavien kysymysten avulla saadaan myös tietoa, mikä ei havainnoimalla kävisi ilmi. (Juvakka – Kylmä 2007: 79; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 123.)

Tarkentavia kysymyksiä esitettäessä ei käytetty nauhuria, vaan vastaukset kirjattiin suoraan ylös havainnointilomakkeelle. Havainnoidessa tarkkailtiin luovuttamisen onnistumisen kannalta kriittisiä vaiheita. Tarkentavien kysymysten teemana on selvittää mahdolliset syy-seuraussuhteet.

Kehittämisehdotukset nostettiin esille ideointityöpajan avulla. Ideointityöpajojen tavoitteena on uusien näkökulmien luonti luovuutta tukevilla menetelmillä. Tavoitteena on saada mahdollisimman paljon ideoita, jotka kirjataan ylös. Avuksi tällaisessa ideointimenetelmässä voidaan käyttää aivoriihityöskentelyä, jossa joukko ihmisiä työstää yhdessä jotain teemaa keksien aiheeseen vapaasti ideoita. (Moilanen – Ojansalo – Ritalahti 2014: 160-161.)

Aivoriihen tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman paljon ideoita, joista parhaat voidaan valita toteutuksen. Aivoriihen periaatteena voidaankin pitää, että määrä korvaa laadun. Aivoriihtä pidetään hyvänä ongelmanratkaisu välineenä, sillä tavoitteena on kehittää suuri määrä luovia ideoita turvallisessa ympäristössä. Aivoriihi työskentelyssä kaikki työpajassa olevat osallistuvat. Aivoriihityöskentelyn vahvuutena pidetään juurikin ideoiden runsautta. Aivoriihen johtajan on tärkeä innostaa ja kannustaa työpajassa olevia keksimään ideoita ilman rajoituksia. (Haukijärvi – Kangas – Knuutila – Leino-Richter – Teirasvuori 2014: 18; Innokylä 2013; Wilson 2013)

Aivoriihessä ei ole oikeaa tai väärää vastausta. Kaikki ideat tulee aivoriihityöskentelyssä kirjata ylös, sillä niiden realisoinnin jälkeen, voi ideoista tulevaisuudessa olla paljon hyötyä. Työskennellessä aivoriihessä on tärkeä olla tuomitsematta kenenkään ideoita. Negatiivisena puolena aivoriihessä työskennellessä voidaankin nähdä ujojen ja hiljaisten persoonien ideoiden jäänti taka-alalle, mikäli nämä eivät saa ääntään kuuluviin. Aivoriihen johtajan tulee myös seurata sitä, etteivät ideointiryhmät lähde rönsyilemään

aiheen ulkopuolelle. (Haukijärvi – Kangas – Knuutila – Leino-Richter – Teirasvuo 2014: 18; Innokylä 2013; Wilson 2013)

Aluksi aivorihtä varten kootaan joukko ihmisiä yhteen. Tilan olisi hyvä olla tuttu ja turvallinen, jotta ideoille jää mahdollisimman paljon tilaa. Aivorihti aloitetaan aiheen esittelyllä. Vetäjä kertoo kuinka toimitaan ja perussäännöt. Aivorihtessä käsiteltävä ongelma asetetaan ja rajataan ongelman mukaan, johon ideoinnissa tullaan kehittämään ratkaisua. Tärkeä on selvittää, että käsiteltävä ongelma on kaikilla tiedossa, jotta ideoinnit eivät ole ”aiheen vierestä”. Ideointivaiheessa ryhmä kehittää niin paljon ideoita kun he kerkeävät. Ideoita ei tule lytätä tai kritisoida, kaikki ideat otetaan vastaan sellaisina kun ne esitetään. Arviointi vaiheessa ryhmältä pyydetään perusteluja idealleen. Kaikki ideat käydään läpi. Valittavat ideat kehittämiskohteita valitaan ryhmän kesken ja viedään ne jatkokehitykseen. (Haukijärvi ym. 2014: 19; Wilson 2013.)

## 5.2 Aineiston keruu

Tutkimuslupa haettiin Helsingin kaupungilta ja se myönnettiin 22.5.2018. Aineisto kerättiin viikon aikana, kolmena päivänä, kahdeksan tunnin seurannan aikana. Seurantapäivät olivat maanantai, tiistai sekä keskiviikko. Päivien valintaan vaikutti päivystyksen aikaisempien viikkojen viikkoraportit, jonka mukaan ne olivat olleet kesän kiireisimpiä päiviä ensihoidon tuomien potilaiden kohdalta. Aineiston keruuta tapahtui sekä virka-aikana, että virka-ajan ulkopuolella, jotta saataisiin mahdollisimman laaja näkemys sisäänkirjausta tekevien hoitajien toiminnasta, sillä virka-ajan ulkopuolella sisäänkirjausta tekevän hoitajan työnkuva on erilainen kuin virka-aikana, esimerkiksi henkilöstöhallinta kuuluu virka-ajan ulkopuolella vuorovastaavalle. Seurantapäivät olivat hoitajien kokemuksen mukaan normaalia hiljaisempia ja aineistoa ei kerääntynyt niin paljon kuin oli oletettua.

Haastateltavaksi osuivat sisäänkirjausta tekevät hoitajat, jotka olivat havainnoinnin aikaan työvuorossa joko vuorovastaavana tai hoidon tarpeen arvioissa. Havainnointi ja tarkentavat kysymykset suoritettiin hoitajien työnohessa heidän suostumuksestaan. Jokainen havainnointi päivä aloitettiin kertomalla työntekijöille havainnoinnista sekä kysymällä heidän suostumustaan tutkimukseen. Yksikään hoitaja ei kieltäytynyt. Aluksi oli huomattavissa jännitystä ja työtä tehtiin hiukan eri tavalla kuin loppuvuorosta.

Maanantaina havainnointi tapahtui päiväsaikaan kello 11:00-17:00. Havainnointiajaksi valikoitu kello 11:00-17:00, sen vuoksi, että hoitajat vaihtavat vuoroa päivystyksessä klo 14. Tämän avulla saatiin yhden päivän aikana laajempi otos sisäänkirjausta tekevien hoitajien työskentelytavoista. Päivä oli ollut alkujaan jo rauhallinen eikä ensihoidon tuomia potilaita ollut saapunut juurikaan. Havainnoinnin alussa vuorovastaava lähti ruokatauolle ja hoidon tarpeen arvioissa ollut hoitaja paikkasi häntä. Hoitaja, joka paikkasi vuorovastaavaa, toimii myös itsekin vuorovastaavana, joten työnkuva oli hänelle koulutuksen puolesta tuttu. Päivä oli kaiken kaikkiaan rauhallinen ja potilaita saapui ensihoidon tuomana rauhakseltaan. Vuorovastaava osui molemmissa vuoroissa ikänsä puolesta ikähaarukkaan 26-40 vuotta, samoin tuuraava hoitaja.

Tiistaina havainnointi tapahtui kello 07:00-15:00. Vuorossa oli ainoastaan aamuvuorossa työskentelevät hoitajat. Potilaan sisäänkirjaukseen osallistuvat hoitajat osuivat tällä kertaa laajemmalle akselille ikäjakaumassa. Vuorovastaavana työskennellyt hoitaja oli iältään +50 vuotta ja hoidon tarpeen arvioissa työskennelleet hoitajat 26-40 vuotiaita.

Torstaina havainnointi tapahtui ainoastaan iltavuoron aikana klo 14:00-21:30. Vuorovastaava oli iältään 40-50 vuotta ja hoidon tarpeen arvioissa työskennelleet hoitajat 26-40 vuotiaita. Tällä kertaa hoidontarpeen arvioissa työskennelleet hoitajat eivät olleet saaneet vuorovastaava koulutusta, mutta olivat silti velvollisia paikkaamaan vuorovastaavaa tämän ollessa ruokailemassa.

Ideointityöpajat toteutettiin yhtenä päivänä. Työpajoja oli kaksi kappaletta, joista ensimmäinen aamu- ja yövuorolle yhteinen kello 07:00-07:45, toinen työpaja oli pelkästään iltavuorolle kello 13:45-14:30. Työpajat järjestettiin yhden työpäivän aikana näihin kellon aikoihin, jotta saatiin mahdollisimman laaja osallistuminen sekä tällä pystyttiin välttämään samojen ihmisten osallistuminen työpajaan. Järjestelyllä pyrittiin saamaan aikaan mahdollisimman paljon erilaisia mielipiteitä mahdollisimman monelta päivystyksen hoitohenkilökunnan jäseneltä.

Ideointityöpajassa tutkijana roolini oli aluksi aktiivinen. Tavoitteena oli, että henkilökunta tuottaa ajatuksia ja keskustelua itse spontaanisti. Tarkoitukseni oli antaa johdanto aiheeseen sekä esittää havainnoin kautta esiin nousseet kohteet ja antaa tämän jälkeen ryhmän tuoda uusia ideoita sekä kehittämisehdotuksia.

Työpajat aloitettiin esittelemällä havainnoinnin kautta nousseet tulokset peilaten niitä jo entuudestaan tutkittuun tietoon. Tämän jälkeen kerrottiin aivoriihityöpaja työskentelystä sekä tulevan työpajan toimintamallista sekä ohjeistettiin ryhmä. Henkilökunta jaettiin viiteen ryhmään, jossa jokaisessa oli kolmesta viiteen jäsentä. Henkilökunta sai itse muodostaa ryhmät, ehtona kuitenkin oli, että ryhmissä oli edustus jokaisesta paikalla olevasta ammattiryhmästä. Ryhmille jaettiin eri värisiä lappuja, joihin heidän tuli kirjoittaa ehdotuksensa.

Ryhmille annettiin 15 minuuttia aikaa kehittää ehdotuksia liittyen potilaan sisäänkirjaukseen sekä potilaan vastaanottoon. Ohjeena ryhmille oli, että jaottelevat ehdotuksensa jommankumman yläotsikon alle. Mikäli aihe koski molempia tehtiin se omalle lapulleen. Kun aika oli kulunut täyteen, pyydettiin ryhmiä esittelemään omat ehdotuksensa sekä kiinnittämään ne seinällä olevien yläotsikoiden alle. Ryhmien kertoessa ehdotuksiaan, kirjoitin muistin tarkentavia sekä suoria lainauksia tulosten analysointia varten.

Kun ryhmät olivat esitelleet ehdotuksensa, oli loppuun varattu vielä aikaa vapaille kommenteille. Vapaat kommentit kirjoitin itse ylös liittäen ne jommankumman yläotsikon alle.

### 5.3 Osallistuneiden kuvaus

Tutkittavana joukkona oli Haartmanin sairaalan päivystyksen henkilökunta. Päivystyksen henkilökuntaan kuuluu 110 hoitajaa, joista kolmekymmentä on koulutettu tekemään potilaan sisäänkirjausta. Tutkimuksessa havainnoitiin hoitajia, jotka osallistuvat potilaan sisäänkirjaukseen sekä potilashuoneen hoitajia. Tarkentavia kysymyksiä esitettiin ainoastaan sisäänkirjausta tekeville hoitajille.

Havainnointiin osallistui noin kolmekymmentä hoitajaa, joista kymmennelle esitettiin tarkentavia kysymyksiä sisäänkirjauksen tiimoilta. Potilashuoneessa olevien hoitajien työtä ei arvioitu, huonehoitajin kohdistuva havainnointi perustui enemmän päivystyksen yleisilmeeseen sekä huoneen tilanteeseen, ei hoitajien työskentelytapoihin. Tarkentavia kysymyksiä esitettiin ainoastaan, mikäli potilas paikka ei ollut vapaana.

Sisäänkirjausta tekevät hoitajat ovat päivystyksen kokeneimpia hoitajia ja heidät on erikseen koulutettu tehtävään. Hoitajat ovat yleensä työskennelleet päivystyksessä vähintään kolme vuotta. Potilaan sisäänkirjauksen voi suorittaa joko vuorovastaava tai hoidon tarpeen arvioissa työskentelevä hoitaja. Pääsääntöisesti ensihoidon tuoman potilaan sisäänkirjaa vuorovastaava ja hoidon tarpeen arvioissa oleva hoitaja auttaa tai paikkaa mikäli vuorovastaava ei pysty tehtävään irtoamaan.

Hoitajien ikäjakauma on suuri, nuorin sisäänkirjausta tekevä hoitaja on 26-vuotias ja vanhin 61-vuotias, potilaan sisäänkirjauksessa työskentelee sekä mies- ja naishoitajia. Osalle sisäänkirjausta tekevästä hoitajista on työskennelty koko uransa Haartmanin päivystyksessä, kun taas toiset ovat vaihtaneet työpaikkaa useamman kerran. Potilaan sisäänkirjauksessa työskentelee ainoastaan sairaanhoitajia.

Potilashuoneessa työskentelevät hoitajat ovat päivystyksen työntekijöitä, jotka voivat olla juuri aloittaneita päivystyksessä tai olleet päivystyksessä jo pidemmän aikaa. Hoitajat voivat olla koulutukseltaan joko sairaanhoitajia, lähihoitajia tai lääkintävahtimestareita. Hoitajien osaaminen on huomioitu työpisteelle sijoittelussa, esimerkiksi lääkintävahtimestarit työskentelevät pienkirurgian päivystyksessä ja psykiatriaan erikoistuneet hoitajat taas psykiatrian päivystyksessä. Päivystyksen ollessa yhteispäivystys voi potilas kuitenkin sijoittua mihin potilashuoneeseen tahansa, jolloin moniammatillinen osaaminen ja yhteistyö korostuu. Tavoitteena on, että potilashuoneessa työskentelee aina yksi sairaanhoitaja, jonka työparina on joko lähihoitaja tai lääkintävahtimestari. Tällä pyritään huomioimaan potilasturvallisuus, esimerkiksi lääkehoidon toteutuksen osalta.

Työkokemus päivystyksen hoitajien kesken vaihteli, osalle päivystys on ensimmäinen työpaikka ja toisille taas jo pidempiaikainen työpaikka, jossa ovat työskennelleet koko uransa. Työpareja suunniteltaessa huomioidaan hoitajien työkokemus ja osaaminen. Ikäjakauma huonehoitajien kesken vaihtelee myöskin suuresti, nuorimmat hoitajat ovat iältään noin 22-vuotiaita, kun taas vanhimmat hoitajat ovat jo lähellä eläköitymisikää. Työn tuoma kokemus sekä ammatillinen osaaminen korostuvat potilaan vastaanotossa sekä yleisesti päivystyksen tilanteen hallinnassa.

Havainnointipäivinä potilaan sisäänkirjauksessa työskentelevien hoitajien ikäjakauma vaihteli 26-61 vuoden välillä. Työskentelytavoissa oli helposti huomattavissa eroja iän perusteella. Nuoremmat hoitajat käyttivät enemmän hyödykseen sähköisiä työkaluja ja

tekivät päätöksiä nopeammin kuin iäkkäämmät hoitajat. Iäkkäämmillä hoitajilla tietotekniikan käyttö aiheutti hankaluuksia eikä apuvälineitä osattu käyttää suunnitellulla tavalla. Myöskin päätöksentekoon tarvittiin enemmän tukea esimerkiksi triagelääkäriltä hoitajan ollessa vanhempi kollega.

Huoneessa työskentelevät hoitajat olivat havainnointipäivänä iältään 22-61 vuotiata. Huonehoitajan työskentelyssä taas korostui ammatillinen vahvuus sekä kokemus. Kokeneempi hoitaja pystyi keskittymään raporttiin paremmin kuin kokematon hoitaja. Kokeneempi hoitaja osasi myös poimia raportista potilaan kannalta kriittisimmät hoidon tarpeet kun taas nuoremmille hoitajille ensihoito joutui toistamaan raporttia useammin kuin kokeneemmalle hoitajalle. Myös yhteistyö ensihoidon ja kokeneemman hoitajan välillä oli jouhevampaa ja rennompaa. Apua annettiin molempiin suuntiin, esimerkiksi potilassiirroissa.

Havainnoitavaksi osuneet potilastapaukset valikoituvat sen perusteella, että ensihoidon kirjaamat tiedot oli nähtävissä ensihoidon sähköisessä raportointijärjestelmässä. Potilaita tai heidän hoitoaan ei työssä havainnoitu vaan havainnointi keskittyi ainoastaan hoitohenkilökunnan toimintaan. Rajauksen syynä oli tieto siitä, että tulevaisuudessa kaikki ambulanssilla tapahtuvat potilaskuljetukset tulevat näkymään sähköisessä järjestelmässä.

Ideointityöpajoihin osallistui hoitohenkilökuntaa jokaisesta päivystyksen erikoisalalta; sisätaudeilta, pienkirurgianpäivystyksestä sekä psykiatrian päivystyksestä. Hoitajien iät vaihtelivat 22 vuodesta 61 ikävuoteen. Hoitohenkilökunnan osaamistaso ideointityöpajoissa oli vasta-alkajista niin kutsuttuihin konkareihin.

#### 5.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Havainnoinnin kautta saatua aineistoa analysoitiin teemoittelemalla. Aineiston analyysissä käytettiin myös hyväksi tutkimuskysymyksiä, joiden avulla pyrittiin nostamaan olennainen osuus aineistosta esiin. Tutkimuskysymysten avulla saatiin nostettua esiin merkityskokonaisuudet, jotka löydettiin sisäisen yhteenkuuluvuuden ja samankaltaisuuksien perusteella. Samanlaiset merkitykset muodostivat oman kokonaisuutensa, jotka esitetään kerronnallisesti yleistäen kokonaisuudet tuoden merkityskokonaisuudet lopulta yhteen. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 101-102).



Ensin suoritettiin havainnointi, jonka tarkoituksen oli selvittää potilaan luovuttamista Haartmanin sairaalan päivystyksessä. Havainnoinnissa käsiteltiin päivystyksen yleistilannetta ja sen taustatekijöitä, sisäänkirjausvaiheen toimia sekä potilaan vastaanottoa. Havainnointiosuuden jälkeen havainnot pelkistettiin. Havainnointien pelkistäminen tapahtuu etsimällä aineistosta yhteisiä piirteitä tai nimittäjiä. Pelkistäminen voidaan tehdä esimerkiksi teemoittain. (Braun – Clarke 2006.)

Ennen tulosten tulkintaa, kerätty aineisto analysoitiin. Analysointi vaiheessa havainnot t ryhmiteltiin ja yhdisteltiin johtolangoiksi, joiden avulla tehtiin tulkinta. Vasta analysoinnin jälkeen havainnoinnin tulokset olivat tulkittavissa. Analysoinnin tarkoituksen on informaation lisääminen, sillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Havainnoinnin tulosten analysointiin ja tulkintaan liittyykin kerätyn aineiston punaisen langan löytyminen. (Vilka 2006: 81; Moilanen ym. 2014: 119, 136; Tuomi – Sarajärvi 2013: 91-93; Braun – Clarke 2006.) Analysointia tehdessä osoittautui, että kerätty teoretieto tuki tuloksia.

Tutkimustuloksia kerättiin todellisen työn ohessa. Tällä pyrittiin saamaan selville mahdollisimman läpinäkyvä ja todellisuutta vastaava tilannekuva. Kerätessäni tutkimusaineistoa tein kirjallisia muistiinpanoja. Tutkimusaineistoa puhtaaksi kirjoitettaessa pyrin säilyttämään vastausten sekä tilanteiden autenttisuuden, jotta niissä säilyisi tutkimustilanteiden merkitys sekä näkökulmat. Työpajatapaamisissa kirjoitin muistiinpanoja, jotta yksittäisten lauseiden ja vastausten merkitys pysyi avoimena,

Havainnointitilanteet kirjoitettiin päiväkohtaisesti auki, sillä tutkimuksen laajuus ei ollut kovinkaan suuri. Jokainen havainnointi tapaus kirjattiin ylös omalle havainnointilomakkeelle. Kyllä – Ei -kohdissa vastaus ympyröitiin ja tarkentavaan kysymykseen saatu vastaus kirjoitettiin ylös kyseiselle havainnointi lomakkeelle. Jokainen havainnointilomake täytettiin samalla tavalla. Havainnointipäivän loputtua tulokset koottiin yhteen ja näistä tehtiin yhteen veto joko laskemalla määrälliset arvot tai teemoittelemalla tarkentavien kysymysten avulla saadut vastaukset. Sama toimintamalli toteutettiin joka päivä havainnoinnin päätteeksi. Lopuksi havainnointipäivien tulokset kerättiin allekkain ja yhdistettiin kaikki saman arvon teemat. Tämän avulla sain paremman kokonaiskäsityksen aiheesta sekä yhteenvedo oli tämän avulla helpompaa. Yhteenvedon jälkeen alustavat tulokset oli helppo viedä henkilökunnan työpajoihin.

Jo suunniteltaessa havainnointilomaketta teoritieto ohjasi tietyn tyyppiseen teemoitteluun. Teemoiksi valikoituivat sen myötä 1. Taustatekijä, 2. Sisäänkirjaus, 3. Potilaan vastaanotto 4. Hätätilapotilas – potilas triageluokilla 1 tai 2. Aineistoa analysoitiin näiden teemojen alla. Vastausten analysoinnin jälkeen tärkeimmiksi teemoiksi nousivat sisäänkirjaus sekä raportointi, jotka vietiin omina aihealueinaan ideointityöpajoihin. Koko aineiston analysoinnin jälkeen muodostin johtopäätöksiä tutkittavasta aiheesta.

Strukturoidut kysymykset analysoitiin käyttäen hyväksi Excel-tilastokäsittelyä, sillä määrällisen aineiston määrä ei ollut laaja. Tutkimustulokset on esitelty kaavioina helpottamaan tulosten hahmottamista (Tilastokoulu: Tilastojen ABC). Tutkimustulokset on esitelty omassa kappaleessaan.

Ideointityöpajoista saadut tulokset koottiin ja kirjoitettiin auki päiväkohtaisesti. Henkilökunta kirjoitti kehittämis ehdotuksensa post-it lapuille vieden ne sopivan pääkategorian alle. Ideointityöpajan päätyttyä kävin läpi kaikki kehittämis ehdotukset, jonka jälkeen teemoittelin pääkategorioiden alle kertyneet kehittämis ehdotukset vielä alakategorioiden mukaisesti teemoihin. Seuraavissa taulukossa on nähtävissä vasemmalta oikealle edeten ensimmäisenä ideointityöpajoissa syntynyt alkuperäinen, suora kirjaus. Seuraavana esitetään vastaus pelkistetyssä muodossa, jonka jälkeen idea on lokeroitu alakategoriaan ja sitä seuraavaan pääkategoriaan. Kaikkia vastauksia ei ole taulukkoon esitelty, mutta taulukko on koottu niin, että jokainen teema on edustettuna.

**Taulukko 1. Esimerkki ideointityöpajojen sisällönanalyysistä koskien sisäänkirjausta ja raportointia**

Suora kirjaus	Alakategoria	Pääkategoria
<i>Ambulanssi pääsee nopeammin luukulta eteenpäin</i>	Hoitoonpääsyn nopeutuminen	Sisäänkirjaus
<i>Tuplaraportointi vie enemmän aika</i>	Tuplaraportoinnin välttäminen	Raportointi

<i>ISBAR käyttöön</i>	Yhtenäinen raportointimalli	Raportointi
<i>Keskeytyksetön raportti, tilan rauhoittaminen</i>	Raportointi tilan rauhoittaminen	Raportointi
<i>Selkeät sijoittamiset + mahdollisuus tutustua ennakkoon</i>	Kokonaistilanteiden hahmottaminen	Sisäänkirjaus
<i>Parempi, jos ensihoito raportoi</i> -Säästää VV aikaa - Rikkinäinen puheli	Tuplaraportoinnin välttäminen, suora tieto ensihoidolta	Raportointi
<i>Ensihoito antaa raportin suoraan huoneenhoitajille raportin</i>	Suora tieto ensihoidolta	Raportointi
<i>Pot.sisäänkirjaus (Merlot) ennakkoon helpottaa huoneenhoitajan työn suunnitelua</i>	Merlot Medin käyttö / Kokonaistilanteen hahmottaminen	Sisäänkirjaus
<i>Auttaa VV suunnitelmaan ja ennakoimaan</i>	Kokonaistilanteen hahmottaminen	Sisäänkirjaus

## 6 Tulokset

Aineistosta kerätyt tulokset on esitelty omina kappaleinaan. Ensin käydään läpi havainnoin ja tarkentavien kysymysten kautta saatuja tuloksia, jonka jälkeen läpi käydään ideointityöpajojen tulokset.

### 6.1 Havainnointi

Maanantaina kaikki hoitajat käyttivät tänä havainnointi päivänä Merlot Media apuvälineenä ja kokivat sen hyödylliseksi ennakoinnin ja kokonaistilanteiden

hahmottamisen kannalta. Kommentteja olivat muun muassa; ”Saan lisää aikaa miettiä potilaan sijoittamista”, ”Ennakkoon sisäänkirjaus jättää aikaa muuhun työhön sekä vapauttaa ensihoidon nopeammin seuraavan potilaan luokse”. Vastaanotto potilashuoneissa oli ripeää ja potilaan tuloon oli keretty jo valmistautua ennakkokirjausten ansiosta. Sängyt olivat vapaana, mikäli näin ei ollut, oli potilashuoneessa mietitty jo valmiiksi vaihtoehtoinen sijoituspaikka. Raportit annettiin keskeytyksettä ja nopeasti yhteistyössä.

Tiistaina Vuorovastaavana työskennellyt hoitaja ei kokenut Merlot Medin käyttöä mielekkääksi; ”Haluan nähdä potilaan itse ja tehdä arvion vasta sitten”, ”Entä jos ensihoitokertomus onkin puutteellinen?”. Potilaan luovutusajat vuorovastaavalta huonehoitajille olivat havainnoiden pidemmät kuin niillä hoitajilla, jotka käyttivät Merlot Mediä. Vuorovastaavalle tuli myös useita keskeytyksiä sisäänkirjauksen aikana, jolloin ensihoito joutui odottamaan potilaspaikkaa useamman kerran. Päivystyksessä oli jo valmiiksi ahdasta, vapaita potilaspaikkoja ei juurikaan ollut vaikkakin päivä oli hiljainen. Potilaan vastaanotto sujui huoneissa rauhallisesti, mutta ensihoito joutui antamaan tuplaraportoinnin sillä, osa tiedoista oli kerrottu jo vuorovastaavalle potilaan sisäänkirjauksen yhteydessä.

Torstaina vuoro oli jälleen rauhallinen, mutta vuorovastaavalle tuli useita puheluita sekä muita keskeytyksiä, kuten hoitohenkilökunnan vuoronvaihto tiedusteluja. Nuoremmat hoitajat käyttivät Merlot Mediä sujuvasti eikä ensihoito joutunut odottamaan sijoittelua oikealle potilaspaikalle. Lähes kaikki potilaat kirjattiin ennakkoon sisään. Vuorovastaavaan työskennellyt hoitaja oli kokenut päivystyksen hoitaja, joka totesi muun muassa

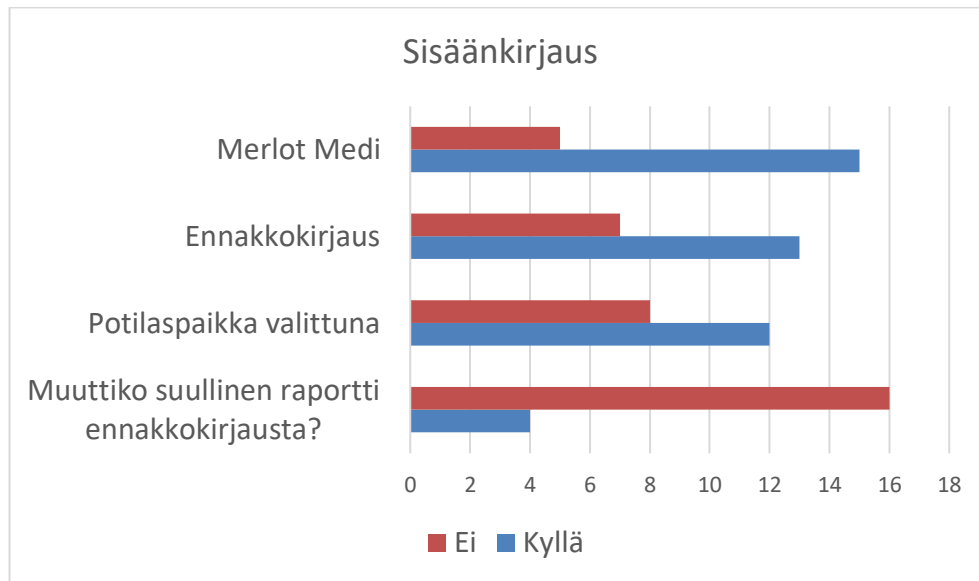
”Opettelen Merlotin käyttöä, mutta huomaan haluavani haastatella potilaan itse ennen sijoittelua, vaikka tiedänkin, että ensihoito on kehittynyt runsaasti enkä epäile heidän osaamistaan, mutta olen tottunut työskentelemään tällä mallilla”.

Hoitajat, jotka olivat hoidon tarpeen arvioissa, mutta ilman vuorovastaavaa koulutusta totesivat käyttävänsä Merlot Mediä, koska se tuntuu luontevalta.

”Kaikki tieto on nykyään sähköisessä muodossa ja helpottavat työtä. Haasteena on ainoastaan se, että ei ole saanut vuorovastaavakoulutusta ja pelkään, että unohdan huomioida jonkun kohdan sisäänkirjausvaiheessa”.

Potilaan vastaanotossa oli hieman ongelmia. Suurin osa ongelmista johtui kuitenkin puutteellisista sisäänkirjaustiedoista, mutta huoneessa työskennelleet hoitajat ratkaisivat nämä itsenäisesti.

### 6.1.1 Potilaan luovuttamisen nykytila sisäänkirjausvaiheessa



Kaavio 1. Sisäänkirjaus

Sisäänkirjausvaiheessa ensihoidon sähköistä raportointijärjestelmää, Merlot Mediä, hyödynnettiin viidessätoista kerrassa kahdestakymmenestä. Hyödyksi koettiin tieto potilaan saapumisesta, sairaalaan tulonsyy sekä jäljellä oleva kuljetusaika. Sisäänkirjausta tekevä hoitaja pystyi tällöin tarkastelemaan ennakkoon päivystyksen tilannetta sekä sijoittamaan potilaan haluamalleen paikalleen. Myös tutkimuksia pystyttiin näillä tiedoilla tilaamaan ennakkoon. Suurimmaksi hyödyksi useat vuorovastaavat kertoivat ennakoinnin mahdollisuuden ruuhkaisessa päivystyksessä:

Pystyn hallitsemaan koko päivystyksen tilannetta paremmin, kun tiedän mihin tulen sijoittamaan seuraavat kaksi-kolme potilasta.  
Hoitaja iältään 40-50 vuotta.

Ensihoito pääsee nopeammin kentälle ja huoneessa olevat hoitajat ovat osanneet varautua potilaan tuloon.  
Hoitaja iältään 26-40 vuotta.

Viisi kertaa kahdestakymmenestä ensihoidon sähköistä raportointijärjestelmää ei pystytty tai haluttu käyttää. Syitä olivat joko lyhyt kuljetusaika, potilaan näkyminen ensihoidon sähköisessä raportointijärjestelmässä vasta ensihoidon ollessa sairaalassa tai sisäänkirjausta tekevän hoitajan haluttomuus käyttää ensihoidon sähköistä raportointijärjestelmää:

Haluan nähdä ja haastatella potilaan ennen kuin päätän mihin erikoisalalle ja mille paikalle sijoitan potilaan.  
Hoitaja iältään +50 vuotta.

Ennakkokirjausta hyödynnettiin kolmessatoista tapauksessa kahdestakymmenestä.

Potilaspaikka oli valittuna kahdelletoista potilaalle kahdestakymmenestä jo ennakkoon. Ensihoidon sähköistä raportointijärjestelmää sekä ennakkokirjausta hyödynnettiin kaikissa näissä tapauksissa. Seitsemälle tapauksesta kahdestakymmenestä paikkaa ei oltu valittu ennakkoon, johtuen joko päivystyksen ruuhkaisuudesta ja vapaiden potilaspaikkojen puuttumisesta:

Hoitajat eivät huoneissa ole kirjanneet potilaita reaaliajassa ulos.  
Hoitaja iältään 26-40 vuotta.

Osalle paikka jäi valitsematta myös sen takia, että oli epäselvää tarvitseeko potilas mahdollisesti sänkypaikkaa vai pystyykö potilas odottamaan lääkäriä istuen:

Ensihoito kertomuksesta ei käy ilmi onko potilas lyönyt päätään, joten en pysty valitsemaan paikkaa ennakkoon.  
Hoitaja 40-50 vuotta.

Suullista raporttia sisäänkirjausta tekeväälle hoitajalle ei annettu kuudestatoista tapauksessa kahdestakymmenestä. Syyksi osoittautui hyvät kirjaukset ensihoidon sähköisessä raportointijärjestelmässä, jolloin sisäänkirjausta tekevällä hoitajalla oli jo paikka valittuna ennakkoon ja erikoisala valittuna:

Kaikki tarpeellinen tieto oli ensihoitokertomuksessa ja tarvittaessa huoneenhoitajat voivat muuttaa potilaan kiireellisyyttä.  
Hoitaja +50 vuotta.

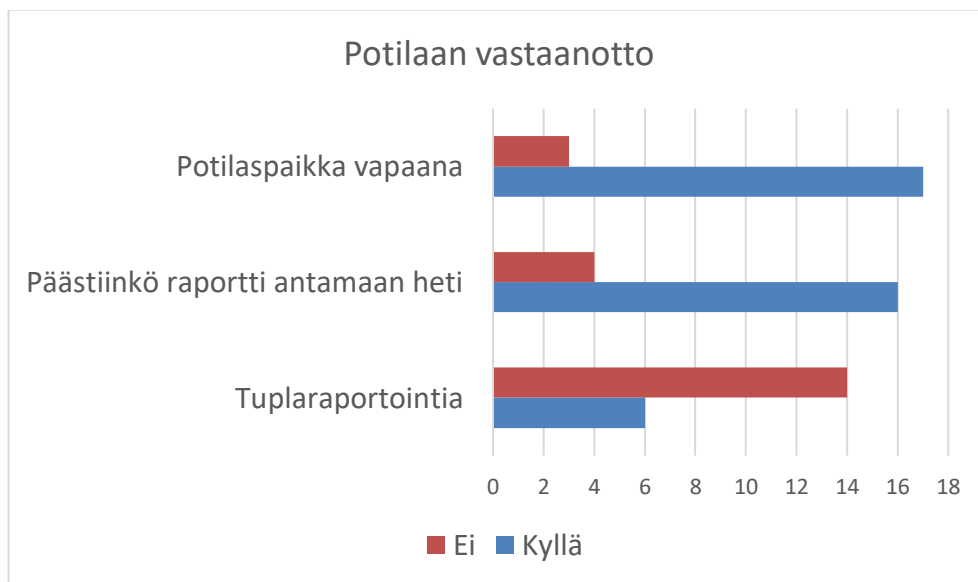
Neljässä tapauksessa kahdestakymmenestä annettiin suullinen raportti, joka muutti potilaan mahdollista sijoituspaikkaa. Tällöin syynä oli juuri potilaan kunto sekä epävarmuus potilaspaikasta:

Jäin odottamaan potilaan näkemistä, sillä ensihoitokertomus ei vastannut potilaan vitaaliarvoja.  
 Hoitaja iältään 26-40 vuotta.

Näissä tapauksissa suullisessa raportissa esiintyi myös sellaista tietoa, jota ei oltu keretty kirjaamaan tai huomioitu ensihoidn sähköisen raportointijärjestelmän ensihoitokertomuksessa:

Potilas olikin lyönyt päänsä ja hänellä oli muistikatkos, tämä tieto puuttui ensihoitokertomuksesta.  
 Hoitaja iältään 40-50 vuotta.

### 6.1.2 Potilaan vastaanoton nykytila



Kaavio 2. Potilaan vastaanotto

Potilaan vastaanottovaiheessa sänkypaikka oli vapaana seitsemässätoista tapauksessa kahdestakymmenestä. Ennakointi ensihoidon sähköisen raportointijärjestelmän kautta koettiin tässä suurimmaksi hyödyksi:

Valitsin vapaan paikan tarkastamalla tilanteen koneelta.  
Hoitaja iältään 26-40 vuotta.

Kolmessa tapauksessa kahdestakymmenestä potilaspaikka ei ollut vapaana. Huoneen hoitajille esitettiin tällöin tarkentava kysymys miksi sänkypaikka ei ollut vapaana, sillä suora syy sänkypaikan puuttumiselle ei ollut havainnoiden selvitettävissä. Syitä olivat muun muassa päivystyksen ruuhkaisuus, jolloin vapaita potilaspaikkoja ei ollut ja potilas jouduttiin sijoittamaan väliaikaisesti ylipaikalle odottamaan. Myös sänkyjen siivoamattomuus oli esteenä vapaalle potilaspaikalle. Yhteiseksi taustatekijäksi osoittautui päivystyksen ruuhkaisuus.

Ensihoidon antama raportti huonehoitajille päästiin antamaan heti kuudessatoista tapauksessa kahdestakymmenestä. Huoneenhoitajat olivat tällöin jo ennakkoon tietoisia potilaan saapumisesta päivystykseen seurattessaan huoneentaulua, josta on nähtävissä potilashuoneeseen sijoitetut potilaat. Huoneenhoitajat olivat osanneet varautua tilanteeseen eivätkä olleet kiinni toimenpiteissä. Neljässä tapauksessa kahdestakymmenestä ensihoito joutui odottamaan raportin antamista. Syyksi osoittautuivat huonehoitajien oleminen kiinni toisessa potilaassa toimenpiteiden takia. Häiriötekijöitä esiintyi lähes jokaisen raportin yhteydessä. Osa häiriötekijöistä on osa päivystyksenluonnetta, kuten monitorihälytykset sekä yleinen rauhattomuus potilashuoneessa. Samanaikaisesti saatettiin myös hoitaa toisen potilaan asioita toisen hoitajan toimesta. Raportin aikaisia keskeytyksiä tapahtui sekä lääkärin että muun sairaalan henkilökunnan puolesta.

Tuplaraportointia esiintyi kuudessa tapauksessa kahdestakymmenestä. Tällöin ensihoito oli raportoinut potilaan joko sisäänkirjausta tekevälle hoitajalle tai sisäänkirjausta tekevähoitaja osallistui myös raportin antoon. Myös raportin keskeytykset aiheuttivat tuplaraportointia sillä ensihoito joutui kertaamaan samat asiat uudelleen raportin keskeytyessä. Kertaalleen esiintyi myös raportointia väärälle henkilölle, jolloin ensihoito joutui raportoimaan potilaan toistamiseen huoneenhoitajalle. Raportoinnin annettiin pääasiassa huonehoitajien kansliassa tai potilaan vuodepaikan vieressä.



### 6.1.3 Hätätilapotilas – potilas triageluokilla 1 tai 2

Vain kaksi havainnoitua tapausta kahdestakymmenestä oli hätätilapotilaita. Toinen potilas sijoittui psykiatrian puolelle ja toinen taas sisätaudeille. Näillä erikoisalaoilla vastaanotto- ja raportointitavat ovat erilaiset, jotenka tulokset eivät ole suoraan verrattavissa toisiinsa ja ne käsitellään erillisinä tapauksina.

Sisätaudeille sijoittuneen potilaan kohdalla potilaspaikka ei ollut vapaana hätätilapotilaan saapuessa, johtuen siitä, että laitoshuolto ei ollut kerennyt puhdistaa sänkyä edellisen potilaan jäljiltä. Tilanne ratkaistiin tuomalla paikalle puhdas sänky toisesta huoneesta huonehoitajien toimesta.

Potilashuonetta tai lääkäriä ei keretty informoida tilanteessa, sillä sisäänkirjausta tekevähoitaja ei kerennyt seuraamaan ensihoidon sähköisestä raportointi järjestelmää eikä potilaasta soitettu ennakkoilmoitusta. Myöskään hoitovälineet eivät olleet valmiina.

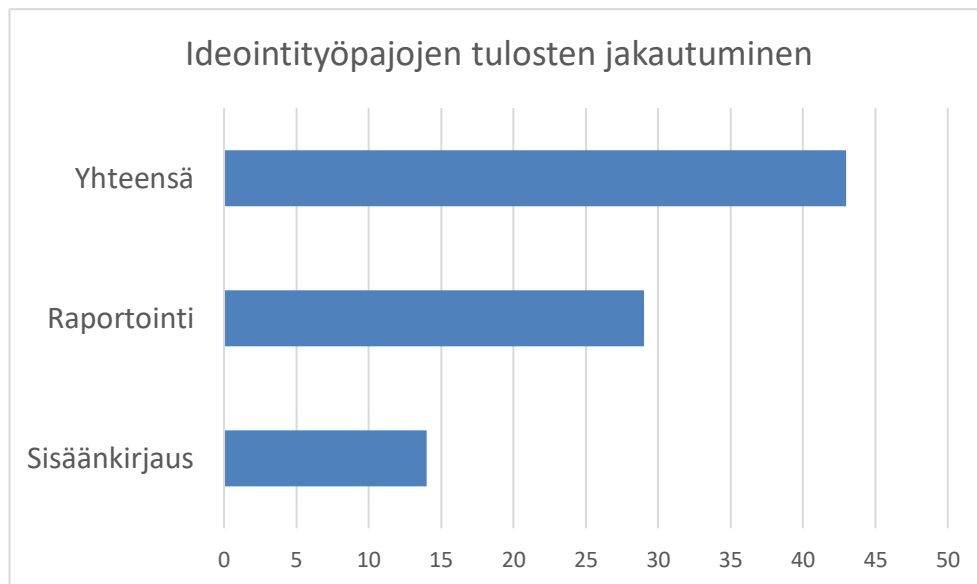
Raportointitilanteessa seurattiin hätätilapotilaan kohdalla raportin onnistumista häiriötekijöiden näkökulmasta. Kyseisessä tilanteessa raportin loppuminen oli epäselvää, sillä triagessa toimiva lääkäri oli hoitamassa potilasta, jo ennen kuin raportti oli annettu. Syynä tähän nähtiin triagelääkärin innokkuus potilaan hoitoon. Muutoin raportointitilanne sisäänkirjausta tekeväälle hoitajalle oli rauhallinen. Ensihoito joutui raportoimaan potilaan sekä sisäänkirjausvaiheessa että potilashuoneessa potilasta hoitaville hoitajille sekä lääkärille.

Psykiatrian puolella sijoittuneesta potilaasta ei myöskään keretty samaan ennakkotietoa, sillä ensihoito ei ollut potilaan vaikeahoitoisuuden vuoksi päässyt kirjoittamaan sähköistä ensihoitokertomusta, jolloin tieto ei ollut nähtävissä ensihoidon sähköisessä raportointijärjestelmässä. Tilanteen vuoksi ensihoito ei myöskään pystynyt soittamaan ennakkoilmoitusta. Näiden syiden vuoksi myös psykiatristen hoitajien sekä lääkärin informointi saapuvasta potilaasta ennakkoon ei ollut mahdollista.

Psykiatrian puolella potilaan hoitopaikka oli vapaana eikä hoitovälineitä, kuten lepositeitä, tarvittu tämän potilaan kohdalla. Raportointi tapahtui potilaspaikan vieressä, mutta tilanteessa esiintyi häiriötekijöitä, sillä samanaikaisesti toisella potilaspaikalla oli käynnissä raportointi toisesta potilaasta ensihoidon sekä poliisin toimesta.

## 6.2 Ideointityöpajojen tulokset nykytilan kehittämiseksi

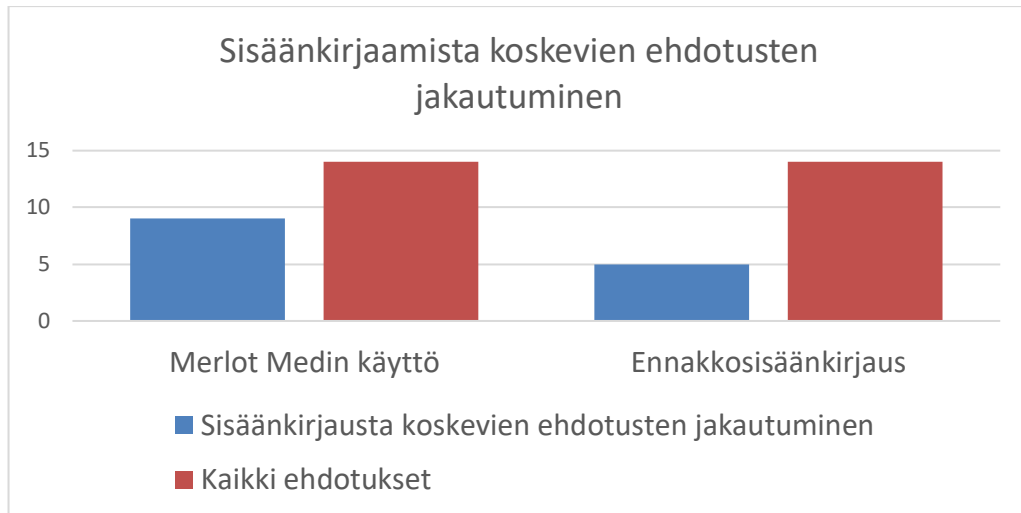
Ideointityöpajojen pääteemoiksi nousivat havainnoinnin ja tarkentavien kysymysten, sekä työntilaajan toiveiden perusteella raportointi ja sisäänkirjaus. Teemoja tukivat havainnointilomake, henkilökunnan toiveet sekä jo entuudestaan tutkittu tieto. Pääkategorioiden, raportoinnin ja sisäänkirjauksen, alle kertyi yhteensä neljäkymmentäkolme erilaista kehittämis ehdotusta, jotka ovat analysoitu alla teemoittelun avulla. Vastaukset on eritelty pääkategorioiden mukaisesti. Kehittämis ehdotuksia aiheeseen saattoi ryhmällä olla useampi tai ne olivat limittäin sisäänkirjauksen sekä raportoinnin kanssa. Lainauksia ideointityöpajoista on kirjattu ylös hoitajien kirjaamista ideoista, joten lainattua tekstin alkuperäinen tekijä ei ole tiedossa.



Kaavio 3. Ideointityöpajojen tulosten jakautuminen

### 6.2.1 Sisäänkirjaus

Kehittämis ehdotuksista, jotka koskivat sisäänkirjausta, nousi esille kaksi yläkategoriaa; ensihoidon sähköisen raportointijärjestelmän, Merlot Medin, käyttö sekä ennakkosisäänkirjaus, jotka hyödyiltään ja kehittämis ideoiltaan ovat hyvin limittäin keskenään. Sisäänkirjaus pääkatekogorian alle pystyi aineiston analyysin avulla kategoroimaan neljätoista kappaletta erilaisia kehittämis ehdotuksia neljästäkymmenestäkolmesta kehittämis ehdotuksesta.



Kaavio 4. Sisäänkirjaamista koskevien ehdotusten jakautuminen

Ehdotuksissa esille nousi sisäänkirjausta tekevien hoitajien käytäntöjen yhdistäminen siten, että kaikki käyttäisivät ensihoidon sähköistä raportointijärjestelmää, Merlot Mediä, apuvälineenä:

”Kaikki vuorovastaavat käyttämään Merlotta, tarvittava tieto löytyy ensihoitokertomuksesta ja mahdollistaa huonehoitajan reagoimisen ennakkoon”.

Ensihoidon sähköisen raportointijärjestelmän käytön katsottiin mahdollistavan sisäänkirjausta tekeväälle hoitajalle kokonaistilanteen hahmottamisen pidemmälle aikavälille sekä huoneenhoitajille mahdollisuuden tutustua potilaaseen jo ennakkoon, esimerkiksi tarkistamalla potilaan perussairaudet ja edelliset sairaskertomukset. Myös hoitoon pääsyn koettiin olevan nopeampaa niillä potilailla, jotka sisäänkirjausta tekevä hoitaja oli jo ennakkosisäänkirjannut. Ennakkosisäänkirjaus koettiin myös auttavan sisäänkirjausta tekevää hoitajaa hahmottamaan päivystyksen kokonaistilannetta paremmin. Huoneenhoitajat kokivat ennakkosisäänkirjauksen hyödyntävän työn suunnittelua:

”Tiedän, että seuraava potilas tulee huoneeseeni, joten pystyn ennakoimaan mitä töitä kerkeän mahdollisesti tehdä, ennen seuraavaa potilasta”.

Huonona puolena ennakkokirjaamisena nähtiin mahdolliset virhekirjaamiset erikoisalaa tai kiireellisyyttä valittaessa:

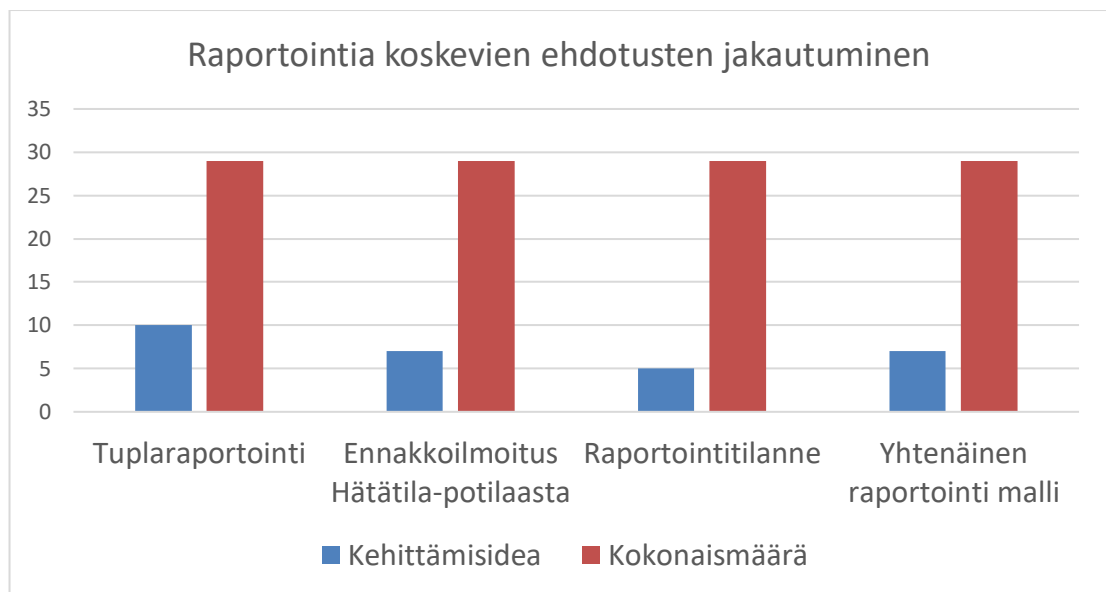
”Potilaasta saatu raportti huoneessa ei vastannut ensihoitokertomusta ja oli epäselvää mille erikoisalalle potilas sijoittui”.

Keskusteluista kuitenkin kävi ilmi, että virhearviointeja koetaan tulevan suhteessa niin vähän, että satunnaiset virheelliset erikoisalot eivät hidasta työtä:

”Sattuuhan niitä virheitä kaikille, eikä potilaan hoito sen takia viivästy, että potilaan sisäänkirjaus tietoja joudutaan muuttamaan jälkepäin”.

## 6.2.2 Raportointi

Raportointi pääkategorian alle sijoittui kaksikymmentyhdeksän kehittämissuositusta neljästäkymmenestäkolmesta. Kolme eniten esiintynyttä yläkategoriaan oli tuplaraportoinnin välttäminen, yhtenäiset käytänteet raportointitilanteessa sekä ennakoilmoitusten hätätilapotilaista huoneenhoitajille sekä tarvittaessa lääkärille.



Kaavio 5. Raportointia koskevien ehdotusten jakautuminen

Raportointia koskevista kehittämissuosituksista eniten ideoita keräsi tuplaraportoinnin välttäminen:

”Tuplarapsa on riski potilasturvallisuudelle”.

Toiveena olisi, että ensihoito antaisi raportin aina suoraan potilasta hoitavalle hoitajalle ja mahdollisesti lääkärille. Tuplaraportoinnin koettiin vaarantavan potilasturvallisuutta, esimerkiksi sillä, että jokin tärkeä tieto saattaa jäädä useampaan kertaan raportoidessa kertomatta:

”Jos vuorovastaava raportoi potilaan, voi ensihoidolla olla tietoa, jota ei muistanut kirjata tai sanoa alkuun, ja tieto jaa tämän myötä puuttumaan”.

Myöskin välikäden kautta saatu raportti koettiin hankalaksi, sillä sisäänkirjauksen tehnyt hoitaja ei ole ollut potilaan siirrossa kotoa sairaalaan mukana. Sisäänkirjauksen tehneen hoitajan osallistuminen raportointiin koettiin turhaksi ja riskejä kasvattavaksi:

”Välikäden kautta saatu tieto sekoittaa, eihän sisäänkirjauksen tehnyt hoitaja ole ollut paikalla”.

Sisäänkirjauksen tehneeltä hoitajalta toivottiin tietoa ainoastaan, mikäli potilaan perustiedoissa tai omaisten suhteen olisi jotakin raportoitavaa. Tuplaraportointia kuvailtiin ”rikkinäiseksi puhelimeksi”, jossa tärkeä tieto saattaa jäädä kuulematta.

Yhtenäisiksi käytänteiksi raportoinnin osalta ehdotettiin muun muassa strukturoitua raportointimallia ensihoidolle, esimerkiksi ISBAR tai ABCD:

”Raportteihin aina sama pohja, esim ISBAR”.

Ideaksi nousi myös raportin antaminen potilaspaikan luona, jolloin potilaalla on mahdollisuus vastata itse kysymyksiin ja tarvittaessa täydentää raporttia. Tärkeäksi koettiin, että raportointi tilanteet rauhoitettaisiin ja raportti kuunneltaisiin loppuun, tarkentavien kysymysten aika olisi vasta raportin loppuksi:

”Jatkuva ensihoidon keskeyttäminen aiheuttaa tuplaraportointia sekä keskeyttää heidän ajatuksensa juoksun, jolloin tärkeät asiat saattavat jäädä sanomatta”.

Näitä kehittämissuhteita peilattiin myös potilasturvallisuuteen, sillä raportin keskeyttämisen koettiin olevan häiriötekijä, joka vaarantaa potilasturvallisuuden.

Ennakoilmoitusta hätätilapotilaasta pidettiin kehittämissuhteena, joka tulisi ottaa käytäntöön heti:

”Haluamme olla valmiita potilaan vastaanottoon, jotta hoito ei viivästyisi”.

Kehittämisehdotuksena olisi, että sisäänkirjausta tekevä hoitaja soittaisi hätätilapotilaan saapuessa aina huoneenhoitajille, jolloin he osaisivat valmistautua potilaan tuloon ja järjestää työnsä siten, että heillä on mahdollisuus aloittaa potilaan hoito heti. Myös lääkäreitä tulisi informoida hätätilapotilaista herkemmin, jotta myös he pääsisivät mukaan potilaan hoitoon heti alusta:

”Vuorovastaava soittaa sekä huoneenhoitajille että lääkärille ja informoi potilaan saapumisesta sekä mahdollisesta ajasta kauanko kestää ennen kuin potilas on päivystyksessä”.

Tällöin välttyttäisiin myös tuplaraportoinnilta, kun koko potilasta hoitavahenkilökunta olisi kuuntelemassa raporttia kerralla eikä raporttia tarvitsisi toistaa useampaan kertaan ensihoidon toimesta tai tietoa välittää lääkärille huonehoitajien kautta:

”Tuplaraportointi vaarantaa potilasturvallisuuden ja aiheuttaa turhaa työtä ensihoidolle”.

## **7 Kehittämisehdotuksien tuottaminen**

Ideointityöpajat lisäsivät ymmärrystä havainnointiin. Työpajoissa näkyi selkeästi koko henkilökunnan halu kehittää ja nopeuttaa potilaiden hoitoon pääsyä, tehden siitä samalla mahdollisimman potilasturvallista ja -ystävällistä. Havainnoinnin ja työpajojen tulokset käytiin läpi yhdessä osastonhoitajan sekä osastonlääkärin kanssa. Kehittämiskohteista oltiin yhtä mieltä, joten tulevaisuudessa päivystyksessä ruvetaan kehittämään sisäänkirjausta. Raportointikäytänteisiin tehtiin muutoksia heti vastausten selviämisen jälkeen.

Raportointitilanteiden rauhoittamiseksi luotiin ”Raportointi kesken, Älä häiritse” -kylttejä, joita pyritään käyttämään laittamalla nämä esille raportoinnin tapahtuessa huoneen kansliassa. Henkilökunnan aloitteesta sovimme käytännöksi, että tuplaraportointia tulee välttää mahdollisimman paljon, joten ensihoitohenkilökunta antaa potilasraportin suoraan potilasta hoitaville hoitajille. Käytännöksi sovittiin myös, että mahdolliset kysymykset ensihoidolle esitetään vasta heidän antamansa raportin jälkeen, jolloin raportointi tapahtuu mahdollisimman keskeytymättömästi.

Sisäänkirjausvaiheeseen ei vielä tullut suoranaisia muutoksia, muuta kuin kehoitus, että vuorovastaavien tulisi sisäänkirjata potilaat ensihoidon sähköisen raportointijärjestelmän kautta ennakkoon sisälle, muistaen kuitenkin muuttaa sisäänkirjaus ajan, jotta välttyttäisi turhilta väärinkäsityksiltä potilashuoneissa. Ensihoidon sähköinen raportointijärjestelmä pyritään myös asentamaan useammalle tietokoneelle, josta sisäänkirjausta tehdään, jolloin muut sisäänkirjausta tekevät hoitajat pystyvät auttamaan vuorovastaavaa herkemmin. Ensihoidon sähköisen raportointijärjestelmän käyttö tullaan myös ottamaan osaksi tulevien vuorovastaavien peruskoulutusta ja nykyiset vuorovastaavat tullaan opettamaan käyttämään ensihoidon sähköistä raportointijärjestelmää entistä tehokkaammin.

## **8 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Koska potilaan luovutuksesta on paljon eroja päivystysten välillä, tutkimustiedon soveltaminen hankalaa. Jo pelkästään Suomessa saman sairaanhoitopiirin sairaaloilla voi olla kaikilla erilaiset tavat potilaan luovutuksessa. Tämä tarkoittaa myös sitä, että tämän opinnäytetyön tulokset eivät suoranaisesti ole käytettävissä muihin sairaaloihin tai sairaanhoitopiireihin. Tästä esimerkkinä on Jorvin sairaalan päivystyksen sekä Haartmanin sairaalan päivystyksen erot potilaan luovuttamisessa. Jorvin sairaalassa on käytössä toimintatapa, jossa ensihoito määrittää jo ennen päivystykseen saapumista hoidon tarpeen ja kiireellisyyden. (Kapanen, S. 2016.) Haartmanin päivystyksessä tämän tekee tällä hetkellä sisäänkirjaava hoitaja noudattaen päivystyksen sisäistä potilasohjausta sekä kiireellisyyslukittelua.

Opinnäytetyössä kyse on aina inhimillisestä toiminnasta, jolloin tutkimuksessa toimivien vajavaisuudet ja rajoitukset saattavat heijastuvat myös tutkimukseen. Havainnoinnin etuina on suora tiedon saanti sekä todellisen maailman tutkiminen. Havainnoimalla voidaan myös saada tietoa, jota ei muutoin saataisi esille. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että havainnoinnin myötä esiin nousee tulokset, ovat primaariaineistoa. Primaariaineisto sisältää välitöntä tietoa tutkimuskohteesta ja sitä on kerätty juuri tätä tutkimusta varten. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 113.).

Havainnointi ja sitä täydentämään kerätyt tarkentavat kysymykset, ovat suoraan tutkittavasta hetkestä, jolloin havainnoitavan käytös on eniten työnomaista.

Havainnoitavana olevan henkilökunnan käytös on myös mahdollisimman autenttista. Havainnoinnin haasteena voi olla mahdollinen muutos havainnoitavien käytöksessä ja toimintatavoissa tutkimuksen aikana. Haasteena on myös kuinka paljon kertoa havainnoin kohteista, jotta ei tällä vaikuttaisi havainnoitavien käytökseen. (Vilkka 2006: 57; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 122.)

Haittoina havainnoinnissa voi olla havainnoitavan tilanteen häiriintyminen, sillä havainnointi vaikuttaa voi vaikuttaa epäsuotuisasti havainnoitavaan tilanteeseen, esimerkiksi toiminnan vääristelemisellä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 113). Omien mielipiteiden kertominen tutkimuksen aikana ei myöskään kuulu hyvään tutkimuskulttuuriin. Tutkimusta tehdessäni pyrin vaikuttamaan päivittäiseen työhön mahdollisimman vähän enkä millään tavalla osallistunut työntekoon.

Havainnoinnin haittana pidetään myös sitä, että tutkija saattaa sitoutua emotionaalisesti tutkittavaan ryhmään. Koen kuitenkin, että ammatillisuuteni sekä haluni kehittää potilasturvallisuutta ja päivystyksen työtä on tärkeää tulevaisuuden ja nykytilanteen parantamiseksi. En anna itseni tai omien mielipiteideni näkyä työssä tai havainnoitsijan roolissani. Roolini oli havainnoitsijana selkeä ja rooli havainnoitsijana käytiin läpi vielä jokaisen tutkimukseen osallistuneen työntekijän kanssa. En ole aikaisemmin ollut tutkinut aihetta eikä päivystyksessä ollut aihetta tutkittu ennakkoon, joten tieto on ensikäden tietoa eikä siihen ole pystytty vaikuttamaan etukäteen.

Havainnointiin luotettavuus on nähtävissä siten, että havainnointia on jo valmisteltu etukäteen, esimerkiksi teorian tietoon tutustuen sekä havainnointilomakkeen etukäteissuunnittelulla. Tässä työssä käytettävä kirjallisuus ja tutkimukset ovat luotettavista lähteistä ja tutkimusten alkuperä on tarkastettu, samalla on varmistettu niiden sopivuus tähän opinnäytetyöhön.

Tarkentavia kysymyksiä esitettäessä tulee, yhtä lailla, kuin havainnoinnissakin, huomioida vastaajan halu miellyttää tutkijaa. Myös havainnoitavana ja haastateltavana oleminen voi aiheuttaa omat virhelähteensä, esimerkiksi pelokkuuden vuoksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 122-128.) Tämän vuoksi pyrin pitämään havainnointipäivät tarpeeksi pitkinä, jolloin sisäänkirjausta tekevät hoitajat kerkesivät tottumaan läsnäolooni ja työskentelemään mahdollisimman arkisesti.



Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet esitettiin koko henkilökunnalle siten, että tutkimuksen tarkoitus on selvillä, mutta havainnoitavat toiminnan vaiheet eivät paljastuneet havainnoitaville heti, jolloin toimintatapoja ei lähdetty muuttamaan havainnoinnin kannalta suotuisampaan suuntaan. Lupaa havainnointiin pyydettiin aina suullisesti havainnoitavan työvuoron työntekijöiltä. (Moilanen – Ojasalo – Ritalahti 2014: 48-49; Vilkkä 2006: 56-58; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 1997: 213.) Opinnäytetyöstä kertoessani painotin sitä, että tutkimuksen tarkoituksena ei ole käsitellä yksittäisen henkilön toimintatapoja tai sitä toimiiko joku niin sanotusti oikein tai väärin. Tarkoituksena oli etisiä samankaltaisuuksia tai toimintamalleja, jotka toistuvat tietyissä tilanteissa. Tavoitteena on kehittää näitä tilanteita ja parantaa sitä kautta potilasturvallisuutta.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös se, että se noudattaa tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita, koskien hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Ohjeen tavoitteena on myös tieteellisen epärehellisyyden ennaltaehkäiseminen. Tutkimus raportoidaan avoimesti, rehellisesti ja käyttäen tarkkuutta kaikkien vaiheiden raportoinnissa. Tutkimuksessa noudatetaan kansallista lainsäädäntöä sekä asetuksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Juvakka – Kylmä 2007: 129.)

Tämän opinnäytetyön kohteena oleva työyhteisö sekä työympäristö ovat jo entuudestaan tuttuja, sillä tutkimuskohteena on tämän hetkinen työpaikkani. Toki olemalla jo osa työyhteisöä, on minulla mahdollisuus päästä kiinni sellaisiin asioihin ja kokemuksiin, jotka ulkopuoliselta havainnoitsijalta voivat jäädä kokematta. Tutkijana tiedän, että omassa työpaikassa toteutettavaan havainnointiin saattaa tuoda työhön omat haasteensa, mutta koen, että rehellisesti ja avoimesti tehty opinnäytetyö on luotettavuuden perusta, jolloin luotettavuus tulee säilymään mukana läpi prosessin. Tämän avuksi käytettiin tarkkaa dokumentointia sekä avointa raportointia. (Juvakka – Kylmä 2007: 129.)

Opinnäytetyötä varten käytetyt havainnointi päivät osoittautuivat normaalia rauhallisemmiksi, eikä havainnoitavaa aineistoa saatu kerättyä niin paljon kuin aluksi arveltiin. Tutkimusta olisi ollut hyvä jatkaa vielä useampana päivänä aineiston laajuuden takaamiseksi.

Jokaisella tutkimukseen osallistuvalla on oikeus nähdä hänen vuoronsa aikana tehdyt havainnoinnit mikäli näin haluaa. Tällä henkilökunta voi varmistua itse oman

anonymiteettinsä säilymisestä. Vastauksia ei tulla muuttamaan, mikäli vastaaja näin haluaa, vaan ne tullaan siinä tapauksessa mitätöimään. Tällä tavoin saadaan varmistettua, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsitystä tutkimuskohteesta. (Juvakka – Kylmä 2007: 128.)

Potilaan luovutus on yksi tärkeimmistä tekijöistä päivittäisen työn toimivuuden kannalta, joten opinnäytetyön myötä tulevat muutokset ja niiden pysyvyys tulevat näyttämään luotettavuuden toteutumisen.

Koen, että yksi vaikeus tässä työssä on se, etten hyppää jo tuloksiin työtä tehdessäni, sillä aihe on itselleni mieluinen ja kiinnostava. Tutkijana sitoudun siihen, että tutkimus etenee vastausten mukaan eikä oman mielipiteeni, omien kokemusteni tai parhaaksi näkemieni tapojen mukaan.

Helsingin kaupungin ja Haartmanin sairaalan eettiset arvot tullaan huomioimaan tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistujat tulevat olemaan tasa-arvoisessa asemassa. Heidän anonymiteettistään tullaan huolehtimaan. Havainnoinnista ei kerry rekisteriä, jossa käsiteltäisiin havainnointiin osallistuvien henkilötietoja tai potilastietoja. Havainnointia tehdessäni en kirjannut ylös mitään tunnistettavia tietoja, kuten esimerkiksi sukupuolta tai tarkkaa ikää. Tarkentaviin kysymyksiin saadut vastaukset tullaan käydään työssä läpi teemoittain ja suoria lainauksia käytettiin vain harkiten ja vain niiltä osin kuin se oli työn kannalta tärkeää.

Lupaa tutkimukselle haettiin Helsingin kaupungilta, tutkimuksen aihe sekä tutkimustavat on hyväksytty Haartmanin sairaalan päivystyksessä ennen prosessin alkua. Havainnointilomake on myös hyväksytty päivystyksen sen hetkisen ylihoitajan sekä apulaisylilääkärin toimesta

## **9 Pohdinta**

Opinnäytetyötä toteutettiin omassa työpaikassani, joten aihe oli itselleni mieluinen ja kiinnostava, sillä tavoitteena on luoda mahdollisimman potilasturvallinen ja laadukas, tasalaatuinen, työyhteisö. Opinnäytetyöstä kerrottiin etukäteen tietoa mahdollisimman vähän, jotta tutkimukseen osallistuva henkilökunta ei pystynyt muuttamaan

toimintamallejaan työn kannalta edullisempaan suuntaan. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset pysyivät mukana läpi työn ja koenkin, että niihin saatiin vastauksia.

Tutkimusta varten valikoitu joukko oli kohteena mielenkiintoinen, sillä tutkimuspäiville osui paljon erilaista osaamista. Ammatilliset valmiudet olivat hoitajien välillä laajasti edustettuna, sillä tutkimusjoukossa hoitajien ikäjakauma vaihteli 26-61 ikävuoden välillä. Tämä korostui etenkin potilaan sisäänkirjausta tekeviä hoitajia havainnoidessa. Huonehoitajien osaamista ei työssä tutkittu, mutta oli mielenkiintoista havainnoida kuinka paljon erilaisia työskentelytapoja hoitajilla huoneessa oli. Osa hoitajista osasi rauhoittaa raportointitilanteet ja priorisoida niiden aikana tapahtuneet häiriötekijät, kun taas osasta hoitajista näkyi selkeästi huonompi stressinsietokyky.

Tutkimusvälineiksi valikoituneet havainnointi, tarkentavat kysymykset sekä ideointityöpajat aivoriihiyöskentelymallilla osoittautuivat toimiviksi. Havainnointi oli helppo toteuttaa työnohella eikä siitä koitunut haittaa työyhteisölle. Kaikki suhtautuivat avoimin mielin tutkimuksiin. Havainnointia saatiin laajennettua tarkentavien kysymysten avulla, kun taas ideointityöpajat nostivat esiin havainnointiin pohjautuneita kehittämisehdotuksia. Työn avulla oli helppo huomata, että päivystyksen hoitohenkilökunnalla on halu kehittyä ja kehittää omaa työtään. Päivystyksen hoitohenkilökunta halusi myös toimia potilaslähtöisesti sekä huomioida yhteistyökumppanit.

Pääteemoiksi opinnäytetyössä nousivat sisäänkirjaus- sekä raportointikäytänteet. Nämä teemat ovatkin olleet lähemmässä tarkastelussa opinnäytetyön raportoinnissa sekä työn etenemisessä. Nämä teemat olivat myös jatkuvasti lähemmässä tarkastelussa etsittäessä kirjallisuutta sekä aikaisempia tutkimuksia.

Vepsäläinen toteaa väitöskirjassaan (2013), että tietoteknisiltä taidoltaan hyvät kokivat hallitsevansa työnsä ja työympäristönsä paremmin kuin tietoteknisiltä taidoiltaan heikot. Käyttäjät, jotka kokivat hallitsevansa tietotekniikan hyvin, kokivat tietotekniikan helpottavan työtään, omien kykyjen hyväksikäyttömahdollisuuksien sekä työn itsenäisyyden lisääntyneen. Vastaavasti taas ne, jotka kokivat omat tietotekniset taitonsa heikoksi, kokivat työn ja työympäristön hallinnan vähentyneen, työn vaativuuden lisääntyneen, sosiaalisen ympäristön heikentyneen sekä työn henkisen rasittavuuden lisääntyneen. Tietoteknisesti heikot taidot omaavat kokivat myös työhön liittyvien vaikutusmahdollisuuksien vähentyneen. Iäkkäämmät työntekijät kokivat työn sisällön

köyhtyneen tietotekniikan vuoksi, mutta kaikki työntekijät kuitenkin kokivat työn tulosten parantuneen tietotekniikan avulla. Vepsäläisen väitöskirjassa todetut tulokset tukevat myös tämän opinnäytetyön tuloksia. Henkilöt, jotka omasivat heikkomat tietotekniset taidot, halusivat tehdä työtään potilaan sisäänkirjauksessa, niin kutsuttuun vanhaan malliin, eivätkä halunneet hyödyntää sähköisiä apuvälineitä. Nämä työntekijät eivät myöskään luottaneet tietotekniikkaan yhtä paljon kuin tietoteknisesti hyvät taidot omaavat työntekijät.

Vepsäläisen (2003) tutkimuksessa osoittautui, että nuoret kokivat tietotekniikan tehostavan omia työtehtäviään. Sama ajatus on nähtävissä myös tämän opinnäytetyön tarkentavien kysymysten pohjalta. Nuoret, jotka käyttivät sähköisiä apuvälineitä, kokivat työskentelevänsä tehokkaammin sekä pystyvänsä ennakoimaan ja hallitsemaan päivystyksen kokonaistilannetta paremmin kuin ne, jotka jättivät hyödyntämättä sähköisiä apuvälineitä. Vepsäläisen tutkimuksesta käy myös ilmi, että työn koettiin helpottuvan tietotekniikan avulla.

Tulevaisuuden haasteena onkin saada kaikki henkilökunnan jäsenet työskentelemään samalla tavalla opettaen heikommille tietotekniikkakäyttäjille hyvät tietotekniset taidot, jotta sähköisiä apuvälineitä saataisiin hyödynnettyä mahdollisimman laajasti. Tätä ajatusta tukee myös tilastokeskuksen katsaus ”Tietoyhteiskunnan kehittyminen – Suomalaisten tietoyhteiskuntavalmiuksien ja -asenteiden muutokset 1996-2002” vuodelta 2002, jossa todetaan, että mitä vanhemmista ikäluokista on kysymys, sitä enemmän esiintyy kokemusta siitä, että henkilöt jäävät tietotekniikan jalkoihin. (Nurmela – Ylitalo 2003).

Tämän opinnäytetyöntulokset nostivat esiin myös raportointikäytänteet. Raportointi käytänteet ja niiden työstäminen ei ole yksinään päivystyksen hoitohenkilökunnan käsissä vaan yhteistyötä ensihoidon kanssa tulisi kehittää. Tulevaisuudessa olisikin järkevää järjestää yhdessä ensihoidon kanssa tapaaminen raportointi- sekä kirjauskäytänteistä. Tapaamisessa saataisi tuotua esille molempien osapuolten näkökulmia ja kehitettyä yhteistyötä toimijoiden välillä. Myös aikaisemmat tutkimukset tukivat tätä näkemystä. Tutkimukset osoittivat, että yhteistyö ensihoidon kanssa parantaa potilasturvallisuutta ja takaa laadukkaamman hoidon. (Dawson – Gratham – King 2013; Bost – Crilly – Patterson – Wallis 2010; Jensen – Lippert – Østergaard 2013)

Päivystyksen hoitohenkilökunta toivoi raportointiin järjestelmällistä pohjaa, mikä tarkoittaa esimerkiksi raportin etenemistä ISBAR:n tai ABCD:n mukaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Jensen – Lippert – Østergaard 2013; Bost – Crilly – Patterson – Wallis 2010; Dawson – Grantham – King 2013; Bost – Crilly – Patterson – Wallis 2012) nousi myös esille tarve strukturoidulle raportointi mallille. Strukturoitu malli parantaisi potilasturvallisuutta ja estäisi tuplaraportoinnilta. Tutkimuksissa todettiin myös, että raportin aikaiset häiriöt tulisi saada minimiin. Aikaisempaa tutkittua tietoa tuki myös tässä opinnäytetyössä saadut tulokset, etenkin tulokset tarkentavista kysymyksistä että ideointityöpajoista. Ideointityöpajoissa henkilökunta toi laajemmin esille toiveitaan ja kehittämisehdotuksia. Syyksi tähän arvioin kuitenkin olevan se, että ideointityöpajassa hoitohenkilökunnalla ei ollut muuta työtä samanaikaisesti vaan he pystyivät keskittymään ainoastaan annettuun tehtävään.

Opinnäytetyö oli prosessina pitkä ja raskas. Työpaikalla, johon opinnäytetyö tehtiin tapahtui opinnäytetyöprosessin aikana paljon organisaatio muutoksia, muun muassa siirtyminen Helsingin Kaupungilta HUS-kuntayhtymän alle sekä siirtyminen ESI-triagesta kolmiportaiseen triagejärjestelmään. Opinnäytetyölle ei tuntunut riittävän aikaa työnohella työn viedessä paljon energiaa ja resursseja.

Opinnäytetyön tulokset on kuitenkin esitelty sen mukaan, mikä tilanne päivystyksessä oli tiedonkeruu hetkellä. Työn aikana tapahtuneet organisaatio- ja triagemuutokset eivät suoranaisesti vaikuta opinnäytetyön käytettävyyteen vaan ne ovat edelleen yhtä päteviä, sillä esimerkiksi triageluokittelua ei käsitelty opinnäytetyössä, kuin hätätilapotilaiden kohdalla. Hätätilapotilaiden kohdalla pätevät edelleen samat käytännöt kuin opinnäytetyön tiedonkeruu hetkelläkin. Potilastyöhön integraatio HUS:n ei vaikuttanut, joten opinnäytetyön tulokset ovat edelleen käytettävissä työpaikalla.

Opinnäytetyö palvelee työpaikkaa hyvin, sillä potilasturvallisuus on hoitotyössä yksi tärkeimmistä tavoitteista. Tämän opinnäytetyön tuloksia tuki myös osaltaan aikaisemmat tutkimukset ja niiden tulokset. Pääteemat raportointi ja sisäänkirjauksen yhtenäiset toimintamallit olivat myös esillä aikaisemmissa tutkimuksissa. Opinnäytetyö osoitti, että yhtenäisillä toimintatavoilla luotaisiin turvaa ja varmuutta potilastyöhön. Myös laadultaan tasainen, yhtenäiset käytännöt omaava työmalli olisi paras mahdollinen toimintamalli. Tällä pystyttäisiin vähentämään virheiden mahdollisuuksia sekä saataisiin selkeyttä toimintatapoihin, eikä henkilökunnan yksittäisen jäsenen omalle soveltamiselle jäisi niin paljon tilaa.

Tulevaisuuden kehittämiskohteiksi nostaisinkin yhteiset raportointikäytänteet ensihoidon kanssa sekä yhtenäiset toimintamallit sisäänkirjausta tekeville hoitajille. Vaikuttamalla näihin kahteen pääteemaan, pystyttäisiin mielestäni päivittäisestä työstä jättämään aikaa lähijohtamiselle sekä saamaan aikaan laadullisempaa hoitoa yhtenäistämällä käytäntöjä ensihoidon ja päivystyksen välillä. Koulutettaessa sisäänkirjausta tekeviä hoitajia, tulisi myös huomioida sähköiset apuvälineet sekä niiden käyttäminen. Koulutusta tulisi laajentaa pitämään sisällään fyysistä käyttökoulutusta sekä tuoda esille sähköisten apuvälineiden hyötyjä.

Tämän opinnäytetyön johtopäätöksistä käy ilmi, että Haartmanin sairaalan päivystyksessä sisäänkirjausta tekevillä hoitajilla ei ole yhtenäisiä toimintatapamalleja. Sisäänkirjausta tekevät hoitajat tulisi kouluttaa uudelleen, siten että, koulutuksessa tuotaisiin esille sähköisten apuvälineiden tuomia hyötyjä. Toimintamallit sisäänkirjauksessa tulisi yhtenäistää. Toisena johtopäätöksenä voidaan pitää hoitohenkilökunnan halua kehittää potilasturvallisuutta, aloittaen sen kehittämisen raportointitilanteiden yhtenäistämisestä. Opinnäytetyö tuli tilaajalle tarpeeseen, sillä tiettyjä kehittämissuhteita on jo lähdetty työstämään henkilökunnan avustuksella.

## Lähteet

Bost, Nerolie – Chaboyer, Wendy – Crilly, Julia – Patterson, Elizabeth – Wallis, Marianne. 2010. Clinical handover of patients arriving by ambulance to emergency department – A literature review. *International Emergency Nursing* (2010) 18: 210-220)

Bost, Nerolie – Chaboyer, Wendy – Crilly, Julia – Patterson, Elizabeth – Wallis, Marianne. 2012. Clinical handover of patients arriving by ambulance to hospital emergency department: a qualitative study. *International Emergency Nursing* (2012) 20: 133-141)

Braun, Virginia – Clarke, Victoria 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2). Verkkodokumentti: <[http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic\\_analysis\\_revised...](http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...)> Luettu 19.5.2018

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

Dawson, Sarah – King, Lindy – Grantham, Hugh. 2013. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australasia* 25: 393-405.

Eggs, Suzanne – Slade, Diane. 2015. Communication in clinical handover: Improving the safety and quality of the patient experience. Verkkodokumentti: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693345/>> Luettu 3.4.2019

Forsten-Sievinen, Mari – Grönholm, Markku – Holopainen, Sabina – Lukkarinen, Timo – Rahiala, Eero. 2017. Potilaaksi tulon prosessi. PowerPoint – esitys.

Gilboy, Nicki – Tanabe, Paula – Travers, Debbie – Rosenau, Alexander M. 2011. Emergency Servity Index. A triage tool for emergency department care. Version 4. Implementation handbook. 2012 Edition. AHRQ Publication. 2011. Verkkodokumentti: <[https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esi\\_handbk.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esi_handbk.pdf)> Luettu 7.2.2018

Haartmanin päivystyspoliklinikka. 2017. Verkkodokumentti. <<https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat/haartmanin-sairaala-ja-paivystys/haartmanin-paivystys/paivystyspkl>> Luettu 7.2.2018

Haukijärvi, Noora – Kangas, Anna – Kuunttila, Henna – Leino-Richert, Ellinoora – Teirasvuo, Nina. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy

Helsingin pelastuslaitoksen ensihoito. 2017. Verkkodokumentti. <<https://www.hel.fi/pela/fi/ensihoito/helsingin+pelastuslaitoksen+ensihoito>> Luettu 7.2.2018

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2010. Tutki ja Kirjoita. 15.-16. Painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hoitajien haastattelut sekä ideointityöpajojen tulokset. 2018. Haartmanin sairaalan päivystys. Helsinki. 12.7.2018

Innokylä, Aivorihi. 2013. Verkkodokumentti <<https://www.innokyla.fi/web/malli109565>> Luettu 20.2.2019.

Jensen, S.M – Lippert, A – Østergaard, D. 2013. Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. Acta Anaesthesiologia scandinavica 2013; 57: 964-970.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kapanen, Sami. 2016. Ambulance streaming. PowerPoint esitys.

Kapanen, Sami – Kemppainen, Minna. 2017. Potilaan vastaanottaminen päivystyksessä. Teoksessa Holmström Peter – Kuisma, Markku – Nurmi, Jouni – Porthan, Kari – Taskinen, Tuomas: Ensihoito. 6. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. Painos. Helsinki: Edita Prima Oy

Kähkönen, Johanna. 2016. Yhteistoiminnan kehittäminen ensihoidon ja päivystyspoliklinikan rajapinnassa. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen koulutusohjelma.

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

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

Nurmela, J – Ylitalo, M. 2003. Tietoyhteiskunnan kehkeytyminen. Suomalaisten tietoyhteiskuntavalmiuksien ja -asenteiden muutokset 1996-2002. Katsauksia 3. Helsinki: Tilastokeskus.

Paakkonen, Heikki. 2008. The contemporary and future clinical skills of emergency departmen nurses – Experts' perception using delphi-technique. Väitöskirja. Kuopio: Kupion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Porthan, Kari – Riihelä, Jorma. 2017. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Holmström Peter – Kuisma, Markku – Nurmi, Jouni – Porthan, Kari – Taskinen, Tuomas. (toim). Ensihoito. 6. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Potilasturvallisuusopas – Potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. 2011. 2011:15 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti: <<https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>> Luettu 16.3.2018

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017. Annettu Helsingissä 24.8.2017

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 652/2013. Annettu Helsingissä 29.8.2013



Suomen perustuslaki 731/1999. Annettu Helsingissä 11.6.1999

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010

Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Vepsäläinen, Marjatta. 2013. Pelätty, vihattu vai rakastettu tietotekniikka elinikäisessä työ- ja oppimisympäristössä. Tietotekniikan merkitys työn ja työympäristön hallinnassa. Väitöskirja. Turku: Turun Yliopisto. Kasvatustieteiden laitos.

Vilka, Hanna. 2006. Tutki ja havainnoi. 1.-2. Painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuorela, Suvi. 2005. Haastattelumenetelmät. Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyystudkimuksen menetelmät, 37–52. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1

Vuorinen, Kimmo. 2005. Haastattelumenetelmät. Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyystudkimuksen menetelmät, 37–52. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1

Wilson, Chauncey. 2013. Brainstorming and Beyond. A User-Centered Design Method. Morgan Kaufmann Publisher. Elsevier.

World Health Organization. 2007. Communication during patient hand-overs. Verkkodokumentti: <<https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>> Luettu 3.4.2019.

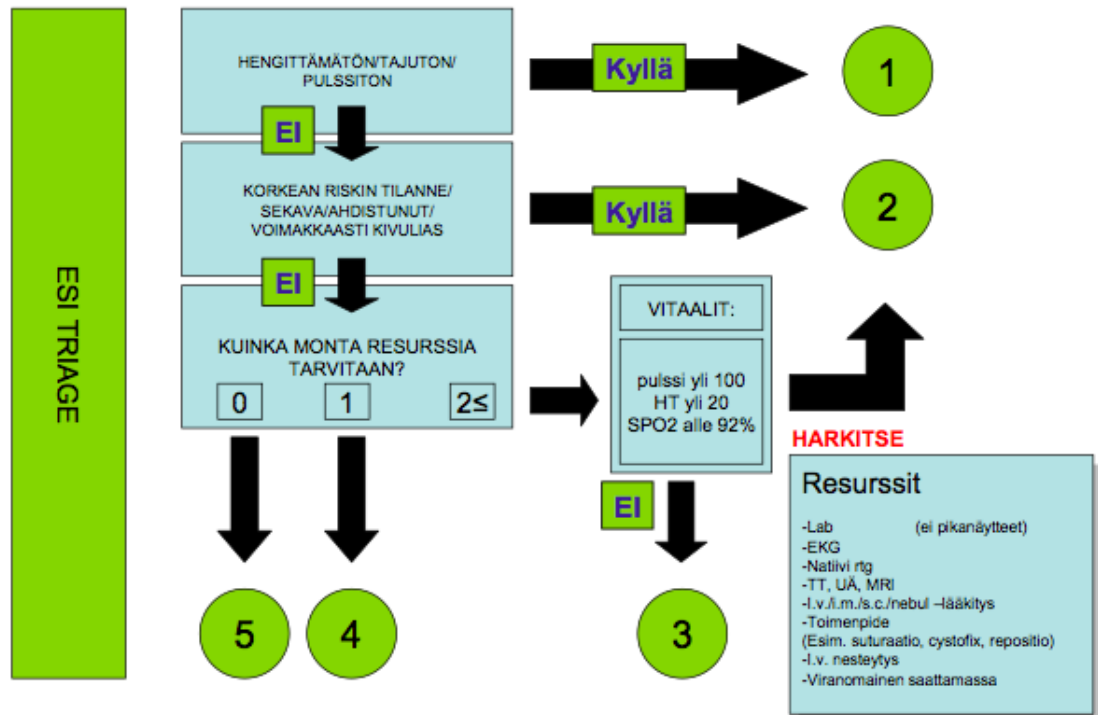
World Health Organization. 2008. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. Verkkodokumentti: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107916/E92038.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Luettu 9.5.2019.

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki. Verkkodokumentti: <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72305>> Luettu 9.3.2018

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

Liite 1 ESI-TRIAGE

# ESI TRIAGE



**Liite 2 Havainnointilomake potilaan luovuttamisen seuraamiseksi**

Sivu 1/2

**Havainnointi- ja haastattelulomake**

Potilaan luovutusprosessi

<b>Taustatekijät</b>	Päivämäärä :	Kellonaika :
Päivystyksen tilanne - olosuhteet - vapaita sänkyjä - muuta huomioitavaa		

<b>Sisäänkirjaus</b>		<b>MIKSI?</b>
Merlot Medi	Kyllä / Ei	
Ennakkokirjaus	Kyllä / Ei	
Potilaspaikka valittuna	Kyllä / Ei	
Muuttiko suullinen raportti ennakkokirjausta?	Kyllä / Ei	

## Havainnointi- ja haastattelulomake

### Potilaan luovutusprosessi

Potilaan vastaanotto		MIKSI?
Potilaspaikka vapaana	Kyllä / Ei	
Päästiikö raportti antamaan heti?	Kyllä / Ei	
Kuka raportin antoi?	Tuplaraportointia Kyllä / Ei ?	
Raportin luovuttamisen onnistuminen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Häiriötekijöitä: Kyllä / Ei</li> <li>- Luovutuspaikka</li> </ul>		

Hätätilapotilas – potilas triageluokilla 1 tai 2	
Potilaspaikka vapaana	Kyllä / Ei
Potilashuonetta + lääkäriä informoitu ennakkoon	Hoitajat Kyllä / Ei Lääkäri Kyllä / Ei
Hoitovälineet valmiina	
Raportin luovuttamisen onnistuminen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Häiriötekijöitä: Kyllä / Ei</li> <li>- Luovutuspaikka</li> </ul>	
Soitettiin potilaasta ennakoilmoitus vai huomattiin potilas Merlot Medin kautta?	Ennakoilmoitus Kyllä / Ei Merlot Medi Kyllä / Ei

## Liite 3 Saatekirje

POTILAAN LUOVUTTAMINEN HAARTMANIN  
SAIRAALAN PÄIVYSTYKSESSÄ  
– NYKYTILA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

## Saatekirje

**HAARTMANIN SAIRAALAN PÄIVYSTYKSEN HENKILÖKUNTA,**

Haartmanin sairaala, Haartmaninkatu 4 rak 12, 00290 Helsinki

Haartmanin sairaalan päivystyksen henkilökunta,

Opiskelen Metropolia Ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan johtamisen YAMK-tutkintoon johtavalla linjalla. Teen opinnäytetyöni Haartmanin sairaalan päivystykseen, aiheena Potilaan luovuttaminen Haartmanin sairaalan päivystyksessä – Nykytila ja kehittämisehdotukset.

Opinnäytetyöni tutkimusosuus toteutetaan havainnollamalla potilaan luovutusprosessia alkaen potilaan sisäankkirjauksesta potilaan luovutukseen. Havainnollamalla ei etsitä oikeaa eikä väärää toimintatapaa, vaan syy-seuraussuhteita, luovuttamisen kehittämiseksi sekä potilasturvallisuuden parantamiseksi. Havainnollnin lisäksi suoritetaan haastattelu sisäankkirjaus vaiheessa. Haastattelussa ei ole oikeaa eikä väärää vastausta. Haastattelu tapahtuu työnohessa eikä vaadi henkilökunnalta muita toimenpiteitä kuin vastaamisen. Havainnollnin ja haastatteluiden tueksi järjestetään kaksi ideointityöpajaa, jossa tarkoituksena on keskustella, ideoida ja kehittää potilaan luovutusta.

Tutkimus suoritetaan touko-kesäkuun aikana.

Osallistuminen on vapaaehtoista, kieltäytyä saa missä vaiheessa tahansa. Työssä huomioidaan tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti eikä tuloksista ole tunnistettavissa vastanneita henkilöitä. Potilastietoja ei käsitellä lainkaan.

Ystävällisin terveisin

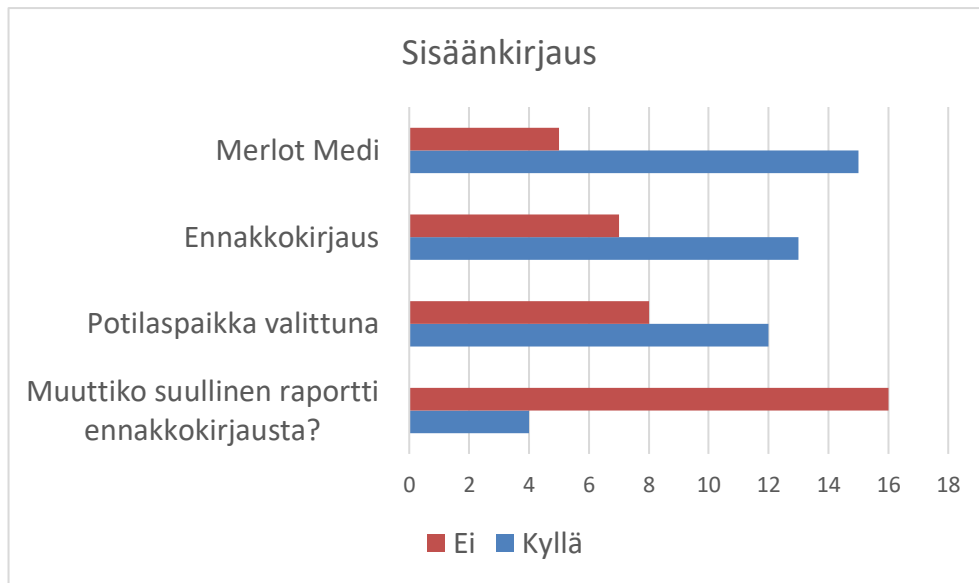
**Sara Lehtonen**

**Metropolia Ammattikorkeakoulu**  
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen YAMK

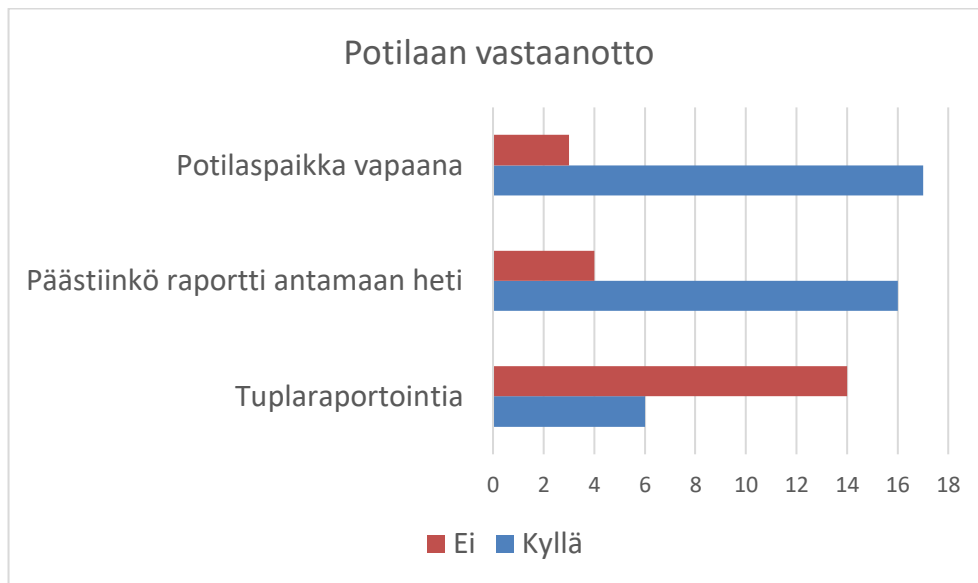
**Taulukko 1. Esimerkki ideointityöpajojen sisällönanalyysistä koskien sisäänkirjausta ja raportointia**

Suora kirjaus	Alakategoria	Pääkategoria
<i>Ambulanssi pääsee nopeammin luukulta eteenpäin</i>	Hoitoonpääsyn nopeutuminen	Sisäänkirjaus
<i>Tuplaraportointi vie enemmän aika</i>	Tuplaraportoinnin välttäminen	Raportointi
<i>ISBAR käyttöön</i>	Yhtenäinen raportointimalli	Raportointi
<i>Keskeytyksetön raportti, tilan rauhoittaminen</i>	Raportointi tilan rauhoittaminen	Raportointi
<i>Selkeät sijoittamiset + mahdollisuus tutustua ennakkoon</i>	Kokonaistilanteiden hahmottaminen	Sisäänkirjaus
<i>Parempi, jos ensihoito raportoi -Säästää VV aikaa - Rikkinäinen puheli</i>	Tuplaraportoinnin välttäminen, suora tieto ensihoidolta	Raportointi
<i>Ensihoito antaa raportin suoraan huoneenhoitajille raportin</i>	Suora tieto ensihoidolta	Raportointi
<i>Pot.sisäänkirjaus (Merlot) ennakkoon helpottaa huoneenhoitajan työn suunnitelua</i>	Merlot Medin käyttö / Kokonaistilanteen hahmottaminen	Sisäänkirjaus
<i>Auttaa VV suunnitelmaan ja ennakoimaan</i>	Kokonaistilanteen hahmottaminen	Sisäänkirjaus

**Kaavio 1. Sisäänkirjaus**

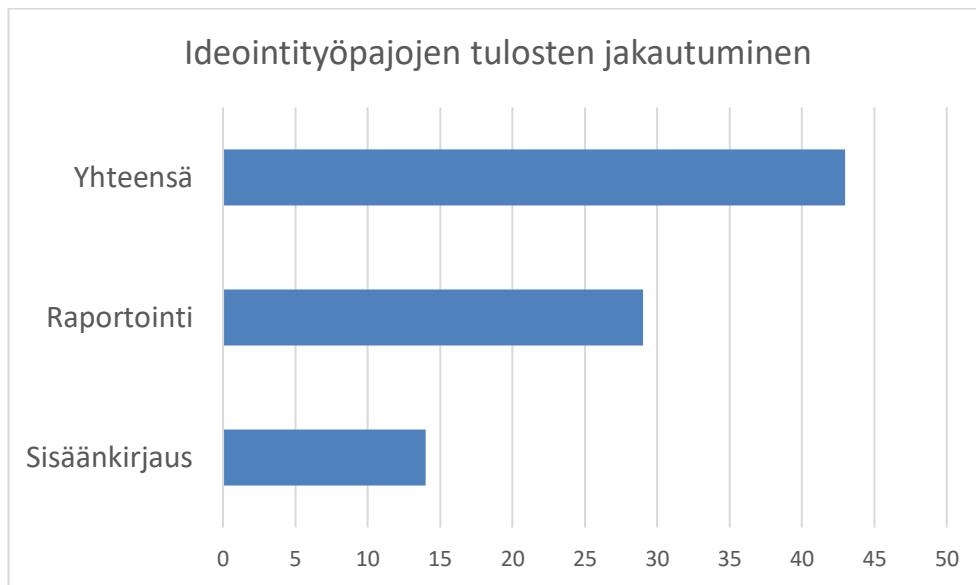


**Kaavio 2 Potilaan vastaanotto**

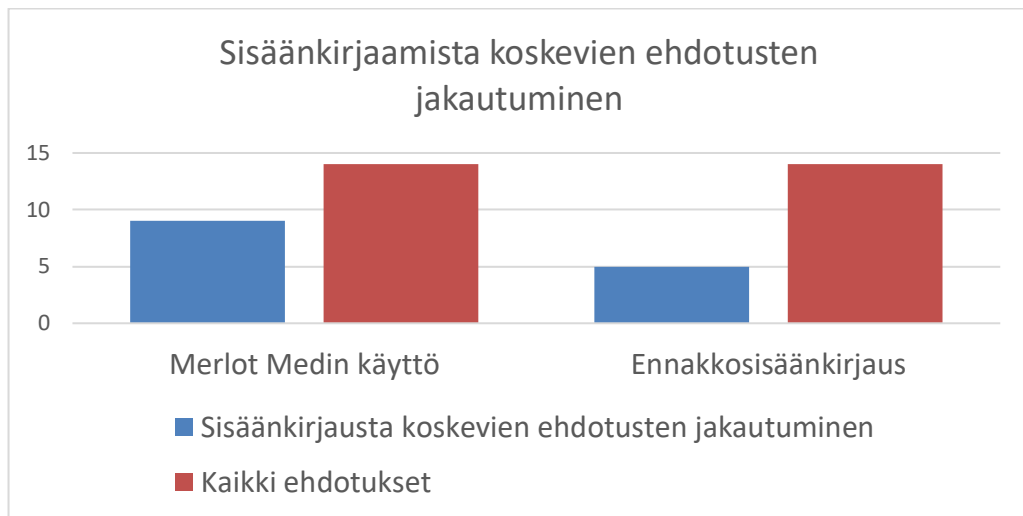




**Kaavio 3 Ideointityöpajojen tulosten jakautuminen**



**Kaavio 4 Sisäänkirjaamista koskevien ehdotusten jakautuminen**



**Kaavio 5 Raportointia koskevien ehdotusten jakautuminen**

