



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KOHTI TOIMIVAA PÄIVYSTYSTÄ

Jaana Hartonen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2016
Ylempi (AMK)
Terveystieteiden
terveyskasvatusta



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoidaja (YAMK)
Terveyden edistäminen

HARTONEN JAANA:
Kohti toimivaa päivystystä

Opinnäytetyö 75 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Toukokuu 2016

Viimeisten vuosikymmenten aikana terveydenhuollossa on tapahtunut monia muutoksia. Taloudellinen tilanne on ollut jo vuosien ajan huono, mikä on johtanut resurssipuulaan myös terveydenhuollossa. Lisäksi potilasmäärät ovat kasvaneet. Siksi terveyskeskusten päivystyksissä on ollut vaikeuksia tarjota hyvää ja oikea-aikaista hoitoa. Tilanne on pakottanut terveyspalvelujen tarjoajat miettimään, miten palveluja voitaisiin tehostaa.

Tämän työn tavoitteena oli tehostaa Kankaanpään terveyskeskuksen päivystysyksikön toimintaa. Tarkoituksena oli selvittää tärkeimmät kehittämiskohteet.

Tiedon keruu toteutettiin kolmena sairaanhoitajille suunnattuna puolistrukturoituna ryhmähaastatteluna (n = 10). Haastattelut sisälsivät kaksi teemaa: toimivat asiat vastaanottotoiminnassa ja kehittämiskohteet. Haastattelut nauhoitettiin ja auki kirjoitettiin, jonka jälkeen tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tuloksiksi löydettiin kahdeksan alakategoriaa toimivia asioita. Hoitajat olivat tyytyväisiä yhteistyöhön lääkäreiden, röntgenin ja laboratorion kanssa. Kehitettäviä asioita löydettiin kymmenen alakategoriaa, tulosten mukaan päivystysyksikössä tarvittaisiin triage-ohjeet.

Triage-ohjeistuksen käyttöönotto olisi paras keino päivystyksen toimintojen tehostamiseksi Kankaanpään terveyskeskuksessa.

Asiasanat: päivystys, kehittäminen, triage, sairaanhoitaja

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Masters's Degree Programme in Health Promotion

HARTONEN JAANA:
Towards More Effective Emergency care

Master's thesis 75 pages, appendices 8 pages
May 2016

Health care services in Finland have encountered many changes during the last decades. The economic situation has been bad several years which has led to shortage of resources in health care. Also the number of patients have increased. For that reason, many health care centers have had difficulties to offer good and timely after-hours care. This situation has forced the care providers to think how to offer those services more efficiently and effectively.

The main objective of this study was to enhance operations at the emergency department of the Kankaanpää Health Centre. To achieve that a second objective had to be accomplished which was to identify the most important targets for development.

Three semi-structured group interviews were conducted which were targeted to nurses (n=10). Two themes were established: thinks that work well and thinks that need some development. The data were analyzed using content analysis.

Under the first theme eight subcategories were found. Nurses told that they are most satisfied with co-operation with physicians and the laboratory. Under the second theme ten next level subcategories were identified. The analysis revealed that some kind of triage guidelines are needed. It would also be the most effective way to improve the operation of the emergency departments at Kankaanpää health center.

Key words: after-hours care, development, triage, nurse

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Keskeisiä käsitteitä	8
3.2	Triage	8
3.3	Triagen hyödyt ja haasteet	10
3.4	Triage-hoitajalta vaadittavia ominaisuuksia	11
3.5	Yleisimpiä käytössä olevia triage-luokituksia	12
3.6	Innovaation käyttöönotto	15
3.7	Johtaminen	22
4	TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	25
4.1	Laadullinen tutkimus	25
4.2	Aineiston keruu	26
4.3	Sisällönanalyysi	27
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	29
5.1	Tiedon keruu ja laadullisen sisällönanalyysin toteuttaminen	29
5.1.1	Koodikehyksen luominen.....	29
5.1.2	Kategorioiden määrittelyjen luominen.....	30
5.1.3	Materiaalin segmentointi.....	32
5.1.4	Pilottivaihe	32
5.1.5	Koodikehyksen luotettavuus ja validius	33
5.1.6	Analysointivaihe	34
6	TULOKSET	35
6.1	Toimivat asiat	35
6.2	Kehittämiskohteet	37
6.3	Toimitilat	37
6.3.1	Välineet	38
6.3.2	Päivystyksen ruuhkautuminen	39
6.3.3	Ajanvaraus ja puhelinneuvonta	39
6.3.4	Johtaminen	40
6.3.5	Työajat.....	43
6.3.6	Työrauha	43
6.3.7	Potilaiden yksityisyys	44
6.3.8	Koulutus	45
6.3.9	Tiedonkulku	45
7	TRIAGEN KÄYTTÖÖNOTOSSA HUOMIOON OTETTAVIA SEIKKOJA.....	48

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	54
8.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	54
8.2 Luotettavuus.....	55
8.3 Tulosten tarkastelua	56
8.4 Johtopäätökset ja jatkokehittämissuositukset.....	60
LÄHTEET.....	62
LIITTEET	67
Liite 1. Kategoriat ja niihin koodattujen tekstikatkelmien lukumäärät	67
Liite 2. Opinnäytetyössä käytettyjä tärkeitä lähteitä	71
Liite 3. Tiedote sairaanhoitajille.....	74
Liite 4. Suostumus	75

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon julkiset palvelut ovat olleet viime vuosina monenlaisten muutosten kohteina. Myös sairaanhoitajan toimenkuva perusterveydenhuollossa on muuttunut. Työhön on tullut lisää vastuuta, kun sairaanhoitajan työnkuvaa on laajennettu sairaus- ja seurantavastaanoitoilla sekä puhelinneuvonnassa (Eloranta & Virkki 2012, 47). Terveyskeskusten päivystyksissä muutos näkyy muun muassa kasvavina potilasmäärinä ja resurssipulana (Grol ym. 2006, 1733). Muutokset työelämässä ovat merkinneet lisääntyvää kehittämistoiminnan tarvetta, mikä on kohdistunut sekä yksittäisiin työtehtäviin että laajemmin työyksikköihin ja yhteiskuntaan (Toikko & Rantanen 2009, 7). Sairaanhoitajat haluavat kehittää omaa työtään, mikä edistää potilaiden hyvinvointia ja parantaa työhyvinvointia. Omaan työyksikköön kohdistuvia vaikutusmahdollisuuksia pidetään tärkeänä (Fakhr 2013, 24).

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin kehittämiskohteita, joilla voitaisiin tehostaa Kankaanpään terveyskeskuksen päivystyksen toimintaa. Kartoituksessa aineistoa kerättiin haastattelujen avulla päivystyksen sairaanhoitajilta (n=10). Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Haastatteluissa oli kaksi teemaa: toimivat asiat ja kehittämiskohteet. Kartoituksen tuloksena saaduista kehittämiskohteista valittiin yksi mahdollista toteuttamista varten ja pohdittiin teoriaan perustuen, mitä asioita parannusten toteuttamisessa tulisi ottaa huomioon. Opinnäytetyön tavoitteena oli päivystystoiminnan tehostuminen Kankaanpään terveyskeskuksen päivystyksessä. Terveyskeskuksen päivystyksen toiminnan tehostaminen katsottiin välttämättömäksi, jotta voitaisiin taata asiakkaille hyvä ja oikea-aikainen hoito. Tehostamisen uskottiin muun muassa lyhentävän asiakkaiden jonotusaikoja. Kvalitatiiviseen tutkimukseen päädyttiin, koska haluttiin saada syvä ja kokonaisvaltainen ymmärrys päivystyksen tilanteesta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, koska se sopii tulkintaa vaativan ja laajan aineiston kuvaamiseen. (Schreier 2012.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä päivystyksen ja vastaanotto toiminnan kehittamisestä ja löytää kehittämiskohteet.

Kartoituksessa haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä asiat päivystyksen vastaanotto toiminnassa toimivat?
2. Miten toimintaa kehitettäisiin?

Kartoituksen pohjalta valittiin haastatteluissa tärkeimpänä esille tullut päivystyksen toimintaan vaikuttava kehittämiskohde ja pohdittiin teoriaan perustuen, mitä asioita parannusten toteuttamisessa on otettava huomioon. Opinnäytetyön tavoitteena oli päivystystoiminnan tehostaminen Kankaanpään terveyskeskuksen päivystyksessä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Keskeisiä käsitteitä

Tutkimukseni keskeiset käsitteet ovat päivystys, päivystyshoito, puhelinneuvonta ja triage. Päivystyksellä tarkoitetaan hätätapausten välitöntä hoitoa ja kiireellistä potilaiden poliklinista hoitoa. Päivystystoiminta voidaan jakaa perusterveydenhuollon päivystykseen, erikoissairaanhoidon päivystykseen ja yhteispäivystykseen. Perusterveyden huollon päivystys on yleislääketieteen alan päivystysvastaanottotoimintaa, jossa hoidetaan yleisiä ja tavanomaisia päivystysluonteisia sairauksia ja pikkuvammoja. Päivystyshoito on äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä terveydentilan arviointia ja hoitoa. Sille on luonteenomaista, että hoitoa ei voida siirtää ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista. (Lindfors-Niilola 2014, 1.) Päivystyksessä potilaat hoidetaan hoidon kiireellisyysjärjestyksessä, ei päivystykseen saapumisjärjestyksessä (Vehmanen 2010, 2915).

Puhelinneuvontaa on palveluneuvonta, terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta sekä palvelunohjaus. Palveluneuvonnassa tiedotetaan palveluista. Terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaan kuuluvat yleinen ja yksilöllinen terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvä neuvonta. Palvelunohjauksessa soittaja saa ohjausta terveystalvvelujärjestelmään pääsemiseksi. (STM 2004, 134.)

Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviosta käytetään vieraskielistä termiä ”triage”, joka on alkuperältään ranskaa ja tarkoittaa lajittelua, järjestelemistä, erottelua sekä valikoimista (Syväoja & Äijälä 2009, 94). Triagen avulla pyritään löytämään kiireellistä apua tarvitsevat potilaat sekä priorisoimaan hoidon aloittamista ensin kiireellisintä apua tarvitseville potilaille (Seppänen 2013, 1318, STM 2010b, 19).

3.2 Triage

Triagea eli hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviointia päivystyspoliklinikoilla on Fortes-Lähdet (2007, 17) mukaan toteutettu maailmalla systemaattisesti 1980-luvulta lähtien. Nykyisin käytössä olevat triage-mallit ovat kehittyneet 1990–2000 lukujen vaiheessa. Triagen kehittymiseen vaikuttavana tekijänä on ollut suurentuneet päivystykset sekä kasvaneet potilasmäärät, jolloin on täytynyt kehittää toimintamalli päivystykseen

tulevien potilaiden luokittelumiseksi. Ryhmittelyn tavoitteena on vallitsevan potilasruuhkan helpottaminen, voimavarojen suuntaaminen eniten ja kiireellistä hoitoa tarvitseviin, potilasohjauksen parantaminen, hoidon turvallisuuden parantaminen, laadukkaan hoidon antaminen, työssä jaksaminen ja työn mielekkyyden lisääminen. (Syväoja & Äijälä 2009, 94.) Triage-luokitus on käytössä sairaaloiden päivystyksissä maailmanlaajuisesti. Viisiportainen triage-luokitus on maailmalla yleisin käytössä oleva malli. Se on ollut jo pitkään käytössä Englannissa, Kanadassa ja Australiassa. Myös Yhdysvallat, Uusi-Seelanti, Skotlanti ja Ruotsi käyttävät viisitasoista mallia (Kiuru 2008, 22.) Triagesta ei ole olemassa kansainvälistä yhtenäistä ohjeistoa, vaan siitä on tehty alue- ja maakohtaisia sovelluksia yksilöllisin ohjeistuksin (Göransson ym. 2008, 83).

Kiireellisten potilaiden osuus kaikista päivystyksen potilaskäynneistä on jopa noin puolet päivittäisestä vastaanottoiminnasta terveyskeskuksissa (Koponen & Sillanpää 2005, 19). Yleinen suuntaus keskittää terveydenhuoltoa on johtamassa päivystyspoliikkien hoidon uudelleenjärjestelyyn ja uudelleenorganisointiin. Päivystyspalveluja yhdistetään, puhelinperustaisia triage-palveluja ja puhelinneuvontaa on otettu käyttöön niukkojen sairaanhoidon resurssien käytön optimoimiseksi. (Purc-Stephenson & Thrasher 2010, 483; Meer ym. 2012, 124.) Puhelinpalveluiden lisäksi on otettu käyttöön sairaanhoitajan vastaanotot, jolloin lääkäreiden vastaanottokäynnit vähenevät jopa noin kolmanneksella näiden palvelujen avulla (Grol ym. 2006, 1736; Koponen & Sillanpää 2005, 19).

Erot eri maiden ensihoidossa ovat rajoittaneet olemassa olevien triage-järjestelmien yleistämistä. Tulevaisuudessa tarvitaan järjestelmiä, jotka vastaavat paikallisia erityistarpeita. (Jobe 2014, 115.) Suomessa hoidon tarpeen arvioinnin rakennetta, asiasisältöä tai laatua koskeva tarkempi lainsäädäntö ja valtakunnallinen ohjeistus puuttuvat yhä (Malmström ym. 2012, 702). Hoidon kiireellisyyden tarvetta ohjaavat kriteerit tulisivat kuitenkin olla yhtenäiset sekä päivystysyksikössä, terveysasemilla että työterveyshuollossa (Lindfors-Niilola 2014, 1).

3.3 Triagen hyödyt ja haasteet

Triage on ensimmäinen vaihe potilaan tullessa päivystysyksiköön, tällöin on mietittävä potilasturvallisuutta, pyrittävä vähentämään virheiden ja erehdysten mahdollisuutta. Hitchcockin ym. tutkimuksessa (2014) havaittiin hoidon tarpeen kiireellisyyden ali- tai yliarvioinnin, pitkittyneen triageen käytetyn ajan, triage-virheiden, useiden potilaiden saapumisen samanaikaisesti sekä päivystysyksikön ja sairaalan ruuhkautumisen aiheuttavan häiriöitä potilasvirtaan ja vaarantavan hoidon vaikuttamalla hoitajien kykyyn tarjota turvallista ja tehokasta hoitoa. Turvallinen, tehokas ja laadukas hoito edellyttää tiheää kommunikointia päivystystiimin välillä. Tehokas tiimityö, koordinaatio ja yhteistyö ovat yhdistetty päivystysyksikön pienentyneeseen virheiden mahdollisuuteen. (Hitchcock ym. 2014, 1532, 1533, 1536, 1539.)

Triage on tärkeä päivystyksen hoitojärjestelmälle ja hoitajien odotetaan käyttävät menetelmää työssään oikein (Andersson ym. 2006, 136). Asiantuntijajärjestelmien, kuten esimerkiksi triage-järjestelmien kritiikkinä voidaan todeta, että ne väistämättä epäonnistuvat esimerkiksi hoitajien hiljaisen tiedon tallentamisessa eivätkä voi koskaan kattaa kaikkia tapahtumia, jotka ilmenevät päivittäisissä työympäristöissä (Greatbatch ym. 2005, 203).

Yoon ym.(2003, 160) mukaan päivystyspoliklinikoilla tehtävä potilaan hoidon tarpeen arviointi vaikuttaa potilaiden päivystyspoliklinikalla viettämään aikaan. Päivystyspoliklinikalla toteutettava triage toimii parhaimmillaan päivystyspoliklinikan potilasvirtojen tehokkaana säätelijänä. Suomessa triage- luokittelun käyttö on vaikuttanut huomattavasti potilaiden hoitoon pääsyyn. Se on edistänyt potilasvirtojen hallintaa sekä resurssien tarkoituksenmukaista ja tehokasta käyttöä. (Sillanpää 2008, 42.) Triage-luokittelut vähentävät potilasmääriä päivystyksessä, lyhentävät odotusaikoja, vähentävät henkilökunnan kuormitusta ja auttavat kohdentamaan resurssit oikein. Hoidon kannalta on tärkeää, että potilaat luokitellaan lääketieteellisin perustein, koska tarkoituksena on taata jokaiselle potilaalle oikea hoito oikeaan aikaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 94 - 95.)

Puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arvio on erityisen vaativaa, koska ihmiset ymmärtävät asioita eri tavoin mikä aiheuttaa väärinymmärryksiä. Kun hoidon tarpeen arviota puhelimessa tekevät sellaiset hoitotyön tekijät, jotka eivät varsinaisesti tee hoitajan vastaanottotyötä, ohjautuu toisinaan hoitaja-lääkärivastaanotolle potilaita väärin perustein.

Yhtenäiset toimintaohjeet auttavat puhelin triagea tekevien työtä ja ohjaavat potilaat tarkoituksen mukaisimpaan palveluun. Tehokas puhelinneuvonta edellyttää panostusta puhelinneuvontaa antavien henkilöiden kouluttamiseen, työnjakoon sekä käytössä olevaan tietotekniikkaan. (Syväoja & Äijälä 2009, 57 – 93, 227 – 232; Meer ym. 2012, 124.)

Päivystystoiminnassa tapahtuvilla ratkaisuilla on suuri merkitys niin potilaiden terveydelle ja myös terveydenhuollon kokonaiskustannuksille. Hoidon tarpeen arviointi on vaativa tehtävä ja turvallinen hoitotyö edellyttävät sitoutumista päivystystoiminnan ja osaamisen kehittämiseen. Hoitohenkilökunnan pitää koostua osaavista ja olosuhteet tuntevista työntekijöistä, joilla on riittävä koulutus ja työkokemus (STM 2010a, 3,12; Kaartinen ym.2010, 2593- 2595.) Päivystysyksikön ruuhkautuminen, jatkohoitoon pääsyn estyminen ja sairaalan tilanahtaus vaikuttavat ja johtavat triage-prosessin ongelmiin, erityisesti vaikuttamalla potilasvirtaan. Tämän seurauksena esiintyy triage-ongelmia, kuten triageen jonottaminen, pitkittynyt triage-aika ja pitkittynyt arviointi- sekä hoitoaika, jotka saattavat viivästyttää potilaiden hoitoa ja vaarantavan potilasturvallisuuden. (Hitchcock ym. 2014, 1539.)

3.4 Triage-hoitajalta vaadittavia ominaisuuksia

Työntekijät ovat yksi tärkeimmistä tekijöistä triage-työssä. Heidän pätevyytensä, tietämyksensä ja henkilökohtaiset ominaisuutensa ovat tehokkaalle hoidon tarpeen kiireellisuuden arvioinnille äärimmäisen tärkeitä, koska se on vaativa tehtävä. Päivystysten henkilöstö on avainasemassa vakavasti sairaan potilaan tunnistamisessa. (Andersson ym. 2006, 137; Kaartinen ym. 2010, 2593- 2595.) Hitchcockin ym. (2014, 1538) mukaan kokeneempien triage-hoitajien aloitteleville päivystyshoitajille antama tuki ja apu ovat välttämättömiä triageessa tarvittavien tietojen ja taitojen kehittämiseksi sekä potilasturvallisuuden ja hoidon laadun takaamiseksi. Yksi triage-hoitajilta vaadittavista ominaisuuksista on kyetä hallitsemaan erilaisia kaoottisia tilanteita ja silti saada potilaat tuntemaan itsensä tärkeiksi. (Andersson ym. 2006, 142.) Osaamisvaatimukset tulisi perustua päivystyspotilaiden hoitotyön erityispiirteisiin (Lång 2013, 44).

Zimmerman (2002) havaitsi, että hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi on erityislaatuinen kyky, joka vaatii tavallisen hoidon tunnistamisen lisäksi myös muiden ongelmien tunnistamista. Kiireettömien potilaiden priorisointi ja rankkaaminen ovat hoitajien suo-

rittamien hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointien kannalta haasteellista. (Andersson ym. 2006, 137.) Tämän vuoksi triage-hoitajille pitäisi tarjota jatkuvaa koulutusta ja ammatillisten käytäntöjen päivittämistä, jotta voidaan varmistaa triage-hoitajien pätevyys. Muun muassa Hitchcockin ym. (2014) tutkimuksessa ilmeni, että triage-hoitajilla tulisi olla monen vuoden päivystyskokemus ennen kuin heitä harkittaisiin triage-rooliin (Hitchcock ym. 2014, 1533,1538, 1539).

Tehokkaalla triage-hoitajalla on Handysidesin (1996) mukaan kolme perustaitoa: Kyky arvioida vointia lyhyen kliinisen historian, kliinisten mittausten ja nopean ongelmapainotteisen fyysisen tutkimuksen perusteella, kattava tietämys vakavista vammoista sekä tautiperäisistä ilmentymistä ja pitkäaikaisen kokemuksen seurauksena kehittynyt intuitio, joka helpottaa potilaiden todellisen tilan arvioinnissa. (Andersson ym. 2006, 137).

3.5 Yleisimpiä käytössä olevia triage-luokituksia

Yleisimpiä käytössä olevia hoidon tarpeen arviointiin käytettäviä luokituksia ovat muun muassa: ABCDE-, ESI- (Emergency Severity Index), Manchester Triage Scale ja Albin malli. Suomessa eniten käytössä oleva malli on ABCDE-luokitus.

ABCDE-malli

Ensiarvio päivystyspoliklinikalla tehdään välittömästi potilaan saapuessa, käyttäen apuna ABCDE-protokollaa (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure).

Alla olevan taulukon ABCDE-malli on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-sairaanhoitoalueella toteutetusta päivystyksen kehittämistyöstä, päivystyshanke 2008. (Pousi 2012, 20.)

TAULUKKO 1. ABCDE-malli (päivystyshanke 2008, 2)

Luokka	Aikatavoite	Oire	Hoitolinja
A	Välitön	Välittömästi potilaan henkeä uhkaava vamma, oire tai häiriö peruselintoiminnoissa	Erikoissairaanhoito, sairaalapäivystys
B	10 minuuttia	Akuutti potilaan yleistilaa uhkaava vamma, oire tai häiriö peruselintoiminnoissa	Erikoissairaanhoito, sairaalapäivystys, terveyskeskus

C	1 tunti	Vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviointia päivystysaikana. Vaivan hankaluuden tai kivun vuoksi lääkärin arvio saatava tunnissa	Terveyskeskuspäivystys, sairaalapäivystys
D	2 tuntia	Vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviointia. Vamma ei todennäköisesti pahene, vaikka potilas odottaa lääkärin arviota 2 tuntia	Terveyskeskuspäivystys
E	Kiireetön	Vamma tai oire, joka ei vaadi lääkärin päivystyksellistä arviota	Terveyskeskuspäivystys, päivystävä sairaanhoitaja

Alla olevan taulukossa (taulukko 2) on Satakunnan keskussairaalan ensihoidossa käytössä oleva ABCDE-malli ja sen triage-ryhmät (Harjanne ym. 2011).

TAULUKKO 2. Triageryhmät (A-E) Satakunnan keskussairaalan ensihoidossa

E	Vamma tai oire, joka ei vaadi lääkärin päivystyksellistä arviota. Terveyskeskuksen päivystyksessä potilas hoidetaan sairaanhoitajan vastaanotolla. Erikoissairanhoidossa lääkäri tutkii läheteellä tulevat E-luokan potilaat	-
D	Vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviota päivystysaikana. Vaiva ei todennäköisesti pahene, vaikka potilas odottaa lääkärin arviota 2 tuntia.	2h
C	Vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviota päivystysaikana. Vaivan hankaluuden tai kivun vuoksi lääkärin arvio saatava tunnissa.	1h
B	Akuutti potilaan yleistilaa uhkaava vamma, oire tai häiriö vitaalinelintoiminnoissa, hoito aloitettava alle 10 minuutissa.	10 min
A	Välittömästi potilaan henkeä uhkaavavamma, oire tai häiriö vitaalinelintoiminnoissa, hoito aloitettava heti.	Heti

ESI-luokitus malli

Emergency Severity Index (ESI) on triage-järjestelmä, jonka alkuperäisen ESI-toimintamallin ovat kehittäneet Yhdysvalloissa vuonna 1998 päivystyslääkärit Richard Wuerz ja David Eitel. ESI-luokitukseen perustuvassa triagessa potilaiden hoidon kiireellisyysjärjestys perustuu potilaan kuntoon ja siihen kuinka kauan hän voi odottaa hoitoon pääsyä. (Pousi 2012, 3.)

Emergency Severity Index -luokituksella (ESI) potilaat jaetaan viiteen eri kiireellisyysluokkaan. Tässä luokittelussa otetaan huomioon potilaan hoidon kiireellisyysaste ja resurssien tarve. Hätätilapotilaita ovat ne potilaat, jotka ovat hengenvaarassa (ESI1) tai korkean riskin potilaat, jotka eivät voi odottaa hoitoa (ESI2), muut potilaat luokitellaan ESI-luokituksella tarvitsemiensa resurssien mukaan. Hätätilapotilaiden luokittelu vain ESI-luokituksella on hankalaa, sillä ESI2 kiireellisyysasteeseen kuuluvat myös potilaat, jotka esimerkiksi aggressiivisuutensa takia saattavat tarvita välittömän seurannan. (Gilboy ym. 2005, 7, 11,17).

Manchester Triage Scale malli

Manchester Triage Scale on ollut kansallisena hoidon kiireellisyysasteen ensiarviomallina Iso-Britanniassa ja Irlannissa vuosikymmenien ajan. Mallin on kehittänyt Manchester Triage Group, joka koostuu hoitajista ja lääkäreistä eri päivystyspoliklinikoilta Manchesterin alueelta. (Fortes-Lähdet 2009, 18.)

TAULUKKO 3. Manchester Triage Scale.(Fortes-Lähdet 2009,18)

Luokka	Kiireellisyys	Väri	Hoidon aloitus
1	Välitön	Punainen	Välittömästi potilaan saapumisesta
2	Hätätila	Oranssi	10 minuuttia potilaan saapumisesta
3	Kiireellinen	Keltainen	60 minuuttia potilaan saapumisesta
4	Vähemmän kiireellinen	Vihreä	120 minuuttia potilaan saapumisesta
5	Kiireetön	Sininen	240 minuuttia potilaan saapumisesta

Albin malli

Albin malli on kehitetty Ruotsissa ratkaisuksi ongelmiin, mitä pitkät odotusajat aiheuttavat vanhuksille ja ikääntyneemmille potilaille päivystyspoliklinikoilla. Mallia käyttävät päivystyspoliklinikoilla iäkkäiden hoitoon erikoistuneet hoitajat, jotka hoitavat yli 65-vuotiaita monisairaita vanhuspotilaita. Albin mallissa hoitajat saavat ennakoilmoituksen, kun vanhuspotilas on matkalla päivystyspoliklinikalle ja ottavat heidät vastaan sekä järjestävät jatkohoidon vaikka tarve ei olisi päivystyshoidolle. Malli ei ole varsi-

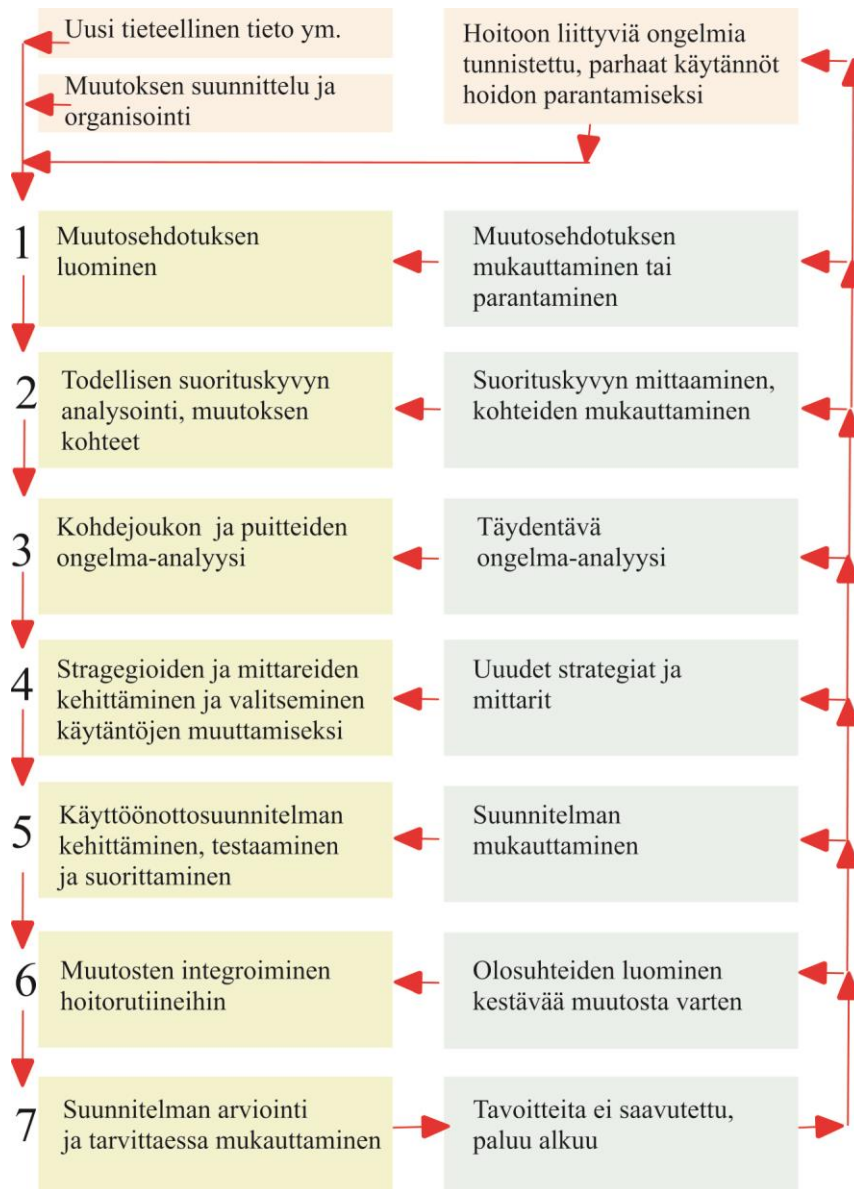
nainen hoidon kiireellisyyden ensiarviointi-malli, mutta Albin malli tarjoaa erilaisen mallin päivystyspoliklinikalle käyttöön. (Fortes-Lähdet 2009, 18.)

3.6 Innovaation käyttöönotto

Triagea voidaan pitää yhtenä innovaationa ja sen käyttöönottoprosessiin voidaan soveltaa Grolin ym. (2013) muutosmallia. Grolin ym. (2013) käyttöönottoprosessi aloitetaan yleensä, koska on saatu uutta tieteellistä tietoa tehokkaammista, turvallisimmista ja toimivammista tavoista tarjota hoitoa tai muutostarve kumpuaa tyytymättömyydestä työympäristön nykyisiin hoitorutiineihin. Innovaatioiden, uusien proseduurien, kliinisten ohjeiden ja parhaiden käytäntöjen tehokas käyttöönotto vaatii kuitenkin systemaattisen lähestymistavan noudattamista, johon sisältyy kunnollinen valmistelu ja suunnittelu. Malleista ja teorioista löytyy useita julkaisuja, joissa käsitellään onnistuneen käyttöönoton välttämättömiä elementtejä ja periaatteita. (Grol ym. 2013.)

Muutosmallin toteuttaminen koostuu seitsemästä vaiheesta. *Ensimmäinen vaihe* muutosmallin (kuvio 1) toteuttamisessa on, muutosehdotuksen kehittäminen ja muutostavoitteiden määrittäminen. Tavoitteena on aikaansaada parannuksia olemassa oleviin käytäntöihin. Muutosstrategian hyväksyminen ja onnistuminen vaativat innovaation ominaispiirteiden ja muutossuunnitelman täyttä ymmärtämistä. Tärkeää on, että tiedetään, onko uudelle innovaatiolle odotettavissa tukea ja kuinka ymmärrettävä ja houkutteleva ehdotettu parannus on. Lisäksi on tiedettävä, missä laajuudessa ehdotettua parannusta mukautetaan paikallisiin tarpeisiin ja tilanteeseen. (Grol ym. 2013.)

Grolin ym. (2013) mukaan innovaatioilla on tiettyjä ominaisuuksia, jotka helpottavat tai haittaavat niiden käyttöä käytännössä. Onnistuneet innovaatiot merkitsevät käyttäjilleen enemmän etuja kuin haittoja ja ovat linjassa hoidon tarjoamiseen liittyvien olemassa olevien arvojen kanssa. Lisäksi innovaatiot ovat ymmärrettäviä ja niiden käyttöönotto nähdään mahdollisena eikä liian vaikeana. Myös riskitön käytön pilotointi nähdään tärkeänä ennen käyttöönottoa, kuten myös innovaation tulosten osoittaminen näkyvästi ja ymmärrettävästi. (Grol ym. 2013.)



KUVIO 1. Muutosmallin toteuttamisen vaiheet

Toinen vaihe muutosmallin toteuttamisessa on hoidon suorituskyvyn arviointi. Tällöin keskitytään selvittämään esimerkiksi, minkä tyyppistä hoitoa annetaan, onko tarjottava hoito linjassa muutosehdotuksen kanssa ja missä määrin, sekä mitkä ovat suurimmat erot muutosehdotuksessa kuvattuihin työskentelytapoihin. Tällainen yksityiskohtainen arviointi auttaa myös luomaan kohderyhmälle mielikuvan muutoksen tärkeydestä ja vastuusta sen aikaansaamisen suhteen. Käsitys todellisen ja optimaalisen suorituskyvyn eroista toimii muutoksen motivaationa. (Grol ym. 2013.)

Todellisen suorituskyvyn arvioimiseksi tarvitaan indikaattoreita, joiden avulla mittaus voidaan suorittaa luotettavasti sekä luotettavia menetelmiä mitattavan tiedon keräämiseksi. Lisäksi kohderyhmä tarvitsee ymmärrettävää ja motivoivaa palautetta, joka

rohkaisee osallistumaan hoidon parantamisprosessiin. Pitää myös laatia konkreettiset kohteet muutokselle. (Grol ym. 2013.)

Kolmannessa vaiheessa tehdään kohderyhmää ja ympäristöä koskeva ongelma-analyysi. Analyysissä selvitetään parannuksia koskeva konteksti, kohderyhmän ominaisuudet sekä tekijät, jotka edistävät tai haittaavat muutosta. Muutoksen onnistumiseen liittyvät tekijät voivat olla sidoksissa ympäristöön, jossa innovaatio halutaan ottaa käyttöön tai ympäristössä toimivien henkilöiden suhteisiin sekä käyttöönoton tavoitteisiin. Myös varsinaisilla, ehdotetuilla hoidon järjestelyillä, innovaation toteuttavilla ammattilaisilla, avustavilla potilailla, käytössä olevilla resursseilla sekä organisaationaalisilla ja rakenteellisilla olosuhteilla voi olla vaikutusta muutoksen toteuttamiseen. (Grol ym. 2013.)

Käyttöönoton tarkoitusta, osallisina olevia yksilöitä sekä mukana olevien rooleja on tärkeä pohtia. Mukana olevat tahot ja heidän intressinsä eroavat toisistaan, kuten myös käyttöönoton vaikutukset näihin tahoihin. Nämä erot vaikuttavat innovaation käyttöönoton ennakoituun hyväksyntään. Nämä tiedot ovat tärkeitä, kun laaditaan käyttöönotto-suunnitelma erityisesti, jos tehdään päätöksiä mukana olevien tehtävistä. (Grol ym. 2013.)

Grol ja Wensing (2004) ovat koonneet vaiheittaisista, muutoksen käyttöönottoa koskevista malleista yhteenvedon. Yksilöt, ryhmät ja instituutiot käyvät läpi tuossa yhteenvedossa kuvatun muutosprosessin vaiheet, kun innovaatio, kliininen rutiini tai hoitoon haluttu muutos integroidaan osaksi käytännön rutiineja. Grolin ja Wensingin (2004) malli auttaa erottamaan eri ryhmät, joilla on erilainen valmius muutokseen (taulukko 4). Kohderyhmään kuuluvia voidaan ikään kuin segmentoida tuon muutosvalmiuden perusteella. (Grol & Wensing 2004.)

TAULUKKO 4. Muutosprosessin vaiheet

Perehdyttäminen:	Tietoisuus innovaatiosta, kiinnostus ja osallistuminen
Käsitys:	Ymmärrys, käsitys omista rutiineista
Hyväksyntä:	Positiivinen asenne, motivaatio muutokseen, positiivinen aikomus tai muutospäätös
Muutos:	Varsinainen omaksuminen käytännöksi, varmistuminen hyödyistä tai muutoksen arvosta
Ylläpito:	Uuden käytännön integroiminen rutiineihin, uuden käytännön juurruttaminen organisaatioon

Perehdyttämisvaiheessa kohderyhmän pitää tulla tietoiseksi, kiinnostuneeksi ja osalliseksi innovaatioon tai uuteen tapaan työskennellä. Tällöin toimien pitäisi keskittyä levittämään tietoisuutta innovaatiosta kaikille kohderyhmään kuuluville, kuten esimerkiksi sairaanhoitajille ja muille hoitoalan ammattilaisille, potilaille, johdolle, päättäjille jne. Herätetään kiinnostus uusista työskentelymenetelmistä ja -tekniikoista siten, että kohderyhmä haluaa tietää lisää ja pitää uudistuksia hyödyllisinä. (Grol ym. 2013).

Käsitys-vaiheessa kohderyhmää pyritään tiedottamaan innovaatiosta ja kohderyhmän todellisesta suorituskyvystä verrattuna innovaation tuomiin parannuksiin. Pyritään luomaan vaikutelma, että on pakko tehdä jotain. Kohderyhmän ja erityisesti klinisen työn ammattilaisten on tiedettävä tarkkaan, mitä suositeltu hoito sisältää ja mitä voidaan odottaa uuden toiminnan suhteen. Yhtä tärkeää on, että kohderyhmä saa käsitys-vaiheessa selkeän käsityksen omasta tehokkuudestaan ja tietävät, mitkä sen ominaisuudet ovat erilaiset uuteen ehdotukseen verrattuna. (Grol ym. 2013).

Hyväksyntä-vaiheessa painotus on todellisen muutoksen vaatimassa motivaatiossa. Kohderyhmä tarvitsee siksi tunteen siitä, että muutos on tärkeä ja toteuttamiskelpoinen. Toimenpiteet kohdistuvat kohteena olevien hoidontarjoajiin, tiimin tai instituution, joiden pitää punnita uuden työskentelymallin etuja ja haittoja ja tulla vakuuttuneiksi menetelmän hyödyllisyydestä ja tehokkuudesta sekä mahdollisista paremmista terveydenhuollon tuloksista tai säästöistä. (Grol ym. 2013.)

Kohderyhmä päättää työskennellä lyhytaikaisesti eri tavalla. Silloin on tärkeää, että kohderyhmällä on selkeä käsitys, miten innovaatiota voidaan soveltaa heidän omaan työympäristöönsä. Pitää myös tietää, mitä mahdollisia ongelmia on tiedossa ja miten ne voidaan ratkaista. Tärkeänä pidetään, että muodostuu tunne siitä, että muutos pystytään toteuttamaan ja innovaatiota voidaan käyttää kohderyhmän työympäristössä. (Grol ym. 2013.)

Muutos-vaiheessa pyritään toteuttamaan muutos käytännössä. Kohderyhmän pitää kokeilla uusia rutiineja ja uskoa, että ne ovat tehokkaita ja toteuttamiskelpoisia. Toteuttaminen keskittyy antamaan mahdollisuuden kokeilla uutta työskentelymenetelmää pienimuotoisesti, jotta kohderyhmä saa kokemusta menetelmän käytöstä, oppii uusia vaadittuja taitoja ja mukauttaa tarvittaessa organisaatiota. Uusien rutiinien käyttöönoton

alennusta kohderyhmä tekee johtopäätöksen, toimivatko uudet rutiinit vai ei ja voidaanko käyttöönottoa jatkaa ilman mainittavia ongelmia, lisäkustannuksia tai vahinkoa. (Grol ym. 2013.)

Ylläpito-vaiheessa uudesta tavasta työskennellä tulee osa normaaleja käytännön rutiineja ja prosesseja. Toteutus kohdistuu uusien työskentelytapojen integroimiseen olemassa olevien hoitoprotokollien ja hoitosuunnitelmien kanssa. Paluuta vanhoihin rutiineihin on vältettävä. Hoito-organisaation on juurrutettava ja tuettava uusia rutiineja siinä määrin, että katkeamaton käyttöönotto on mahdollista. Organisaationaalisten, rakenteellisten ja taloudellisten edellytysten tulee täytyä. (Grol ym. 2013.)

Muutosmallin toteuttamisen kolmannessa (ks. kuvio 1) vaiheessa on otettava huomioon myös käytäntöjen muuttamisessa liittyvät esteet ja edistävät tekijät. Eri tekijät voivat olla tärkeitä jokaisessa muutosprosessin vaiheessa. Näiden tekijöiden oivaltaminen on tärkeää ja ne antavat tietoa parannusstrategioiden sekä toimien kehittämiseksi. (Grol ym. 2013.)

Grolin ym. (2013) mukaan edellä mainitut tekijät voivat liittyä alla kuvattuihin seikkoihin (taulukko 5). Erilaiset esteet ja edistävät tekijät voivat olla merkityksellisiä eri muutosprosessin vaiheessa, jonka vuoksi tarvitaan erilaisia strategioita ja interventioita. Jokaiselle muutosprosessin vaiheelle etsitään muutosta edistävät ja haittaavat tekijät sekä luodaan parannuksiin tähtäävät strategiat ja indikaattorit, joilla voidaan arvioida vaikutusta. (Grol ym. 2013.)

TAULUKKO 5. Esimerkkejä muutosta haittaavista tai edistävästä tekijöistä

Yksittäiset hoidon tarjoajat	Tietämys, taidot, asenteet, arvot, itseluottamus, tavat ja persoonallisuus
Sosiaalinen konteksti	Potilaiden tietämys, asenne, käyttäytyminen, odotukset, tarpeet, kokemukset ja prioriteetit; kollegoiden asenteet ja käyttäytyminen, sosiaalisen verkoston kulttuuri, avainhenkilöiden ja johtajien mielipiteet; uudistajien olemassaolo

Organisaationaalinen konteksti	Taloudelliset resurssit, hoitoprosessien organisointi, pätevä henkilökunta, vakiintuneet toimintaperiaatteet, tehtävien jaot, logistiset prosessit, sähköiset terveystietokannat ja tietojärjestelmät ja ihmisten johtaminen
Taloudellinen ja oikeudellinen konteksti	Korvaukset, sopimukset, säännöt, määräykset sekä lait

Muutosmallin *neljännessä vaiheessa* (ks. kuvio 1) kehitetään ja valitaan parannuksiin tähtäävät strategiat. Linkittämällä yhteen aikaisemmissa vaiheissa tunnistetut tekijät, voidaan luoda yhdistelmä mitoista, menetelmistä ja strategioista kohderyhmän valittavaksi tai testattavaksi. Eri käyttöönottoprosessin vaiheet tarvitsevat yleensä eri strategioita. Esimerkiksi tiedon levittämisvaiheessa lisätään innovaatioon kohdistuvaa kiinnostusta ja ymmärrystä sekä kannustetaan positiivista asennetta ja halukkuutta mukauttaa olemassa olevia rutiineja. Käyttöönotto vaiheessa puolestaan rohkaistaan varsinaista innovaation omaksumiseen ja varmistetaan, että suositeltu innovaatio tulee osaksi päivittäisiä rutiineja. (Grol ym. 2013.)

Grolin ym. (2013) mukaan kirjallisuudessa mainitaan useita strategioita, joita voidaan käyttää, kun innovaatiota tai muutosta esitellään. Näitä ovat muun muassa: paikallisten protokollien kehittäminen, tarkastukset ja palaute, muistutukset, tietokoneavusteinen päätöksenteon tuki, potilasohjaus, sanktiot, organisaationaaliset vertailuperusteet ja hoitoprosessien uudelleen suunnittelu. (Grol ym. 2013.)

Muutosmallin toteuttamisen *viidennessä vaiheessa* kehitetään, testataan ja toimeenpannaan käyttöönottosuunnitelma. Käyttöönottosuunnitelmaa kehitettäessä on otettava huomioon tehokas tiedon levittämien ja rohkaistava kohderyhmää hyväksymään innovaatio tai muutos. Kun suunnitellaan parannustoimia, on hyvä alkaa pienimuotoisesti, jolloin käyttöönottosuunnitelmaa ja eri toimia voidaan testata ja muuttaa niitä kokemusten perusteella. Suunniteltaessa pitää ottaa huomioon muutosprosessin eri vaiheet. Esimerkiksi, mitä voidaan tehdä muutosvastarinnan voittamiseksi. Tärkeää on myös saada kohderyhmä mukaan innovaation tai protokollan kehittämiseen sekä analysoimaan käyttöönoton ongelmia. Lisäksi pitää ottaa huomioon käyttöönottoympäristössä vallitseva

organisaatiokulttuuri. Selkeä ihmisten johtaminen, hyvä ammattilaistan välinen yhteistyö sekä jatkuvaa oppimista ja hoidon kehittämistä suosiva kulttuuri ovat usein muutoksen toteutumisen edellytyksiä. (Grol ym. 2013.)

Muutosmallin toteuttamisen *kuudennessa vaiheessa* muutos integroidaan käytännön rutiineihin ja organisaation prosesseihin, mikä on tärkeää, jotta voidaan välttyä palaamasta vanhoihin menettelytapoihin, jotka olivat käytössä ennen muutosta tai innovaatiota. Jotta voidaan taata parannusten pysyvyys, tarvitaan erityisiä järjestelyjä. Voidaan esimerkiksi tarvita lisää resursseja, uutta taitavaa henkilökuntaa, hoitoon liittyvää informaatioteknologiaa tai järjestelmän muutoksia. Muutoksen integroinnin mahdollistamiseksi kaikilla sidosryhmään kuuluvilla pitäisi olla yhteinen näkemys saavutettavista tavoitteista ja käyttöönottostrategian tulisi lisätä kohderyhmän tietämystä ehdotetusta muutoksesta sekä ymmärrystä muiden sosiaaliseen verkostoon kuuluvien suorituskyvystä. Lisäksi muutosstrategian tulisi edistää uusien työtapojen integroimista olemassa oleviin rakenteisiin, menettelytapoihin ja käytettävissä oleviin resursseihin. (Grol ym. 2013.)

Muutosmallin viimeisessä eli *seitsemännessä vaiheessa* tuloksia arvioidaan tarkastelemalla, onko tavoitteet saavutettu. Tällöin tarkastellaan, ovatko käyttöönoton edellytykset toteutuneet ja onko muutos hyväksytty. Lisäksi tarkastellaan, onko ehdotettua työsuoritusten muutosta todella käytetty ja mitä hyötyä muutoksesta oli esimerkiksi terveyden kannalta tai potilastyytyväisyyden osalta. Ellei tavoitteisiin ole päästy, voidaan päätyä muutosehdotuksen mukauttamiseen, todellisen suorituskyvyn uudelleenarviointiin sekä tavoitteiden tarkistamiseen, täydentävään onnistumisen estäjien ja edistäjien analysointiin, suunnitelman tarkistamiseen ja käyttöönoton toteuttamiseen ja toimenpiteisiin, jotka tukevat parannusten pysyvyyttä sekä estävät paluun vanhoihin menettelytapoihin. Jotta voitaisiin määritellä, onko käyttöönottotavoitteet saavutettu, ne pitää tehdä mitattaviksi. Tämä edellyttää, että luodaan indikaattorit tai mittarit, jotka toimivat tavoitteiden saavuttamisen kriteereinä. (Grol ym. 2013.)

Innovaation tai muutoksen onnistunut toteuttaminen edellyttää, että edellä kuvatun muutosmallin havainnollistamat käyttöönottoprosessin vaiheet valmistellaan ja suunnitellaan huolellisesti. Muutosprosessin suunnittelemisessa ja organisoimisessa on tärkeää, että muodostetaan motivoitunut, asiantunteva tiimi ja luodaan muutosmyönteinen ympäristö tai ilmapiiri. Kohderyhmän tulisi olla mukana prosessin jokaisessa vaiheessa ja

pitää varmistaa myös, että suunnitelluilla toimilla on johdon tuki. Lisäksi on otettava huomioon vastuun jakaminen ja ajankäytön suunnittelu sekä riittävien resurssien ja tuen organisointi. (Grol ym. 2013.)

3.7 Johtaminen

Laadukkaan johtamisen piirteitä ovat henkilöstön avoin tukeminen ja osallistuva johtaminen. Henkilöstöltä saatua palautetta pidetään tärkeänä ja sen antamiseen kannustetaan. Hoitotyön johtajien tulisi olla helposti lähestyttäviä ja valmiita kommunikoimaan henkilöstön kanssa. (Surakka 2013, 2.) Osastonhoitajien johtamistyössä suurimpana kehittämiskohteena on palkitseminen ja palautteen antaminen (Eneh ym. 2012, 167). Nykyisillä johtamiskäytännöillä arvioidaan voitavan hyödyntää vain 60 - 70 % henkilöstön kapasiteetista (Surakka 2013, 9). Lähijohtajan puutteina pidetään riittämätöntä palautteen antoa (Orre 2009, 61) ja henkilökunnan riittämätöntä osallistamista päätöksentekoon (Surakka 2013, 8.) Johtajan toivotaan kannustavan, tukevan sekä antavan enemmän positiivista palautetta. Ylemmän johdon toivotaan olevan paremmin perillä käytännön toiminnasta osastoilla. Työntekijöiden ja johdon välillä pitäisi olla vuorovaikutusta hierarkiasta huolimatta. Lisäksi johdon tulisi kuunnella työntekijöitä, jotta he voisivat enemmän vaikuttaa omaan työhönsä. (Kangasmäki 2007, 54.)

Osallistavalla johtamisella ja molemminpuolisella vuorovaikutuksella johtajan ja työntekijöiden välillä on hyvää työilmapiiriä edistävä vaikutus. Tällöin konflikteja, työuupumusta ja loppuun palamista on vähemmän. (Hocker & Trofino 2003, 211.) Työkykyyn ja työhyvinvointiin vaikuttavia työyhteisöllisiä tekijöitä yksittäisen työntekijän näkökulmasta ovat johtaminen ja esimiestoiminta, työn organisointiin liittyvät tekijät, työpaikan vuorovaikutussuhteet ja -tavat, työilmapiiri, henkilöstön mahdollisuudet vaikuttavaa ja kehittyä työssään sekä henkilöstön voimavarojen tuen lisääminen. (Riikonen ym. 2003, 12, 19). Huono työilmapiiri ja huono johtaminen sekä työn huono palkitsevyys vähentävät työhön sitoutumista (Estryn- Behar ym. 2010, 168). Vahva hierarkia, autoritääriinen johtamistapa ja heikko tiedotus aiheuttavat tyytymättömyyttä, burnoutia sekä lisääntyneitä poissaoloja (Surakka 2013, 9).

Hyvässä työyhteisössä on selkeät säännöt ja toimintatavat. Johtajuus on oikeudenmukaista ja työtehtävät sekä työnjako ovat selkeät. Tiedonkulku on hyvää ja työyhteisö arvioi toimintaansa jatkuvasti, jota tukevat säännölliset palaverit. Työntekijät voivat

luottaa saavansa toisiltaan ja esimieheltään tukea. Työilmapiiri on ennakkoluuloton, avoin ja turvallinen. Ihmiset kunnioittavat toisiaan (Laaksonen 2008, 28) ja ongelmista uskalletaan puhua. Palautetta annetaan ylhäältä alas ja alhaalta ylös. Työyhteisön jäsenillä on hyvät mahdollisuudet osallistua työyhteisön toimintaan. Työntekijät kokevat arvostusta, kunnioitusta ja hyväksyntää ihmisenä ja työntekijänä. (Lerssi-Uskelin 2011, 10.) Vahva luottamus hoitotyön johtajan ja hoitohenkilökunnan välillä helpottaa palautteen antamista lähijohdolle sekä edistää hyvän työilmapiirin kehittämistä (Eneh ym. 2012, 160.) Johtamisen oikeudenmukaisuus merkitsee työntekijöiden näkökulmasta kuulluksi tulemistä, tiedon saantia, osallistumisen sekä vaikuttamisen mahdollisuutta, reilua palkitsemista sekä rehellistä ja kunnioittavaa kohtelua (Surakka 2013, 5).

Työpaikalla on vastuu työolojen kehittämisestä yhteistyössä johdon ja henkilöstön kanssa (Sosiaali - ja terveysministeriö 2010a, 8). Kehittämistyön ongelmat ovat usein liittyneet johtamiseen, vuorovaikutukseen ja viestintään (Seppänen - Järvelä 2004, 21). Työyhteisössä tapahtuvan kehittämistyön ja työkyvyn ylläpitämisen ytimessä ovat työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet omaan työhön, vastuun saaminen ja uuden oppiminen. Kehittämistyö mahdollistaa myös ammattitaidon kehittämisen ja oman työn merkityksellisuuden puntaroinnin. (Suominen ym. 2007, 596.) Omaa työtä on pystytty kehittämään työvuoro- ja työnjakosuunnitteluun vaikuttamalla, päivittäisen toiminnan organisoinnilla, työyhteisön toimintaan vaikuttamisella ja hoitotyötä kehittämällä. (Fakhr 2013, 24.)

Lähiesimiehen tuki ja kannustus sairaanhoitajien esittämille kehittämisideoille ja vaikuttamiselle ovat nähty oleellisina sairaanhoitajien vaikutusmahdollisuuksia edistävinä tekijöinä. Lähiesimies päättää asioiden eteenpäin viemisestä. Hierarkkiset valtarakenteet koetaan haitallisiksi ja usein kehittämistyö tehdään kaukana käytännöstä, josta johto on vieraantunut. (Fakhr 2013, 29, 30.) Ylhäältä alas johdettujen rakennemuutosten ohessa on noussut esiin työntekijälähtöiset innovaatiot. Keskustelu työntekijälähtöisistä innovaatioista on laajentanut työntekijöiden roolia organisaatioidensa kehittäjinä. Työntekijöitä on alettu haastaa innovoimaan omia työprosessejaan laajempia kokonaisuuksia organisaatioissaan. (Kokkinen 2013, 29.)

Kangasmäen tutkimuksessa (2007) sairaanhoitajat kokivat lähijohtajansa etäiseksi, koska hänellä ei tuntunut olevan muilta töiltään aikaa henkilökunnalle. Tästä seurasi työilmapiirin huonontuminen, koska työhyvinvointia eikä työntekijöitä ole otettu riittävästi

huomioon. Osaston johtamistaidot koettiin puutteellisiksi, mikä ilmeni huonona vuoro-vaikutuksena työntekijöiden kanssa. Tiedottamisen pitäisi olla avointa, työntekijöitä pitäisi kuunnella ja päätöksiä ei pitäisi tehdä hoitajia kuulematta. Lisäksi johtajan pitäisi ottaa selkeästi vastuu osaston toiminnasta ja ottaa vastaan palautetta hoitajilta. Sijaiset kokivat saavansa huonompaa kohtelua kuin vakituiset työntekijät. (Kangasmäki 2007, 31 – 32.) Johtajan epätasa-arvoinen kohtelu ilmeni joidenkin työntekijöiden suosimisena konkretisoituen koulutuksiin pääsemisenä, palkkauksessa ja työvuorojen toteuttamisessa. Johtajan huonon esimerkin ja huonon käytöksen koettiin huonontavan työyhteisön työilmapiiriä sekä lisäävän henkistä kuormittavuutta ja epävarmuutta. (Kangasmäki 2007, 30.) Henkilöstöjohtamisen keskeisiä välineitä ovat muun muassa kehittämissuunnitelmat, jotka pohjautuvat osaamiskartoituksiin ja kehityskeskusteluihin (Surakka 2013, 10).

4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen tutkimus

Tähän työhön sisältyy laadullinen tutkimus, jossa tieto kerättiin kolmen ryhmähaastattelun avulla. Laadullisella tutkimuksella on omia erityispiirteitä, kuten esimerkiksi tulkinnallisuus, tilannekohtaisuus, refleksiivisyys, joustavuus, induktiivisuus, syklisyys, taupauspainotteisuus. *Tulkinnallisuus* ilmenee siten, että tieto vaatii aina tulkintaa, joka voi muuttua ajan kuluessa tai eri tutkijoiden vaikutuksesta. Samasta materiaalista voidaan siis tehdä erilaisia tulkintoja, jotka ovat yhtä valideja. Tällöin jokainen tulkinta voi painottaa merkityksen eri ominaisuutta. Voidaankin sanoa, että laadullisessa tutkimuksessa tulkinta on tutkimusprosessin ydin. (Schreier 2012.)

Laadullinen tutkimus on *tilannekohtaista*, koska tulkintaa pidetään aktiivisena merkityksen luomisen prosessina, jossa tulkinta vaihtelee tulkinnan tekijän ja merkityksen kontekstin mukaan. Näin ollen merkitys on kontekstikohtainen. Edellisestä seuraa, että ajatus niin sanotusta oikeasta merkityksestä on perusteeton. (Schreier 2012.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimukseen osallistujia pidetään kumppaneina ja myönnetään, että tieto tuotetaan yhdessä. Tämä tarkoittaa muun muassa, että tutkijan oma osuus tiedon keräämisessä ja analysoimisessa otetaan huomioon ja myönnetään. Edellä kuvatut asiat liittyvät *refleksiivisyyteen*. (Schreier 2012; Alasuutari 2007, 96 -97.)

Joustavuus ilmenee laadullisessa tutkimuksessa siten, että tutkimuksen näkökohtia muutetaan ja muutetaan tiedon keruun ja analysoinnin aikana. Myös tutkimuskysymys voi muuttua, kun tietoa kerätään enemmän. Joustavuus liittyy laadullisen tutkimuksen *induktiiviseen* luonteeseen. Tiedon keruussa se ilmenee siten, että haastatteluja ei etukäteen tarkasti standardoida tai jäsennetä vaan haastattelut aloitetaan tyypillisesti avoimilla kysymyksillä. Tällöin osallistujat voivat itse päättää, mihin tutkittavan ilmiön seikoihin he haluavat keskittyä. Induktiivisuus näkyy myös siinä, että kategoriat syntyvät tietoa läpi käydessä eli tietolähtöisesti. (Schreier 2012.)

Laadullisessa tutkimusprosessissa tutkimusprosessin vaiheet liittyvät toisiinsa *syklisesti*. Käytännössä se tarkoittaa, että kaikki tutkimusprosessin vaiheet käydään läpi osalle

materiaalin tapauksista. Tämän jälkeen menetelmää muutetaan ja sovelletaan sitä seuraaviin tapauksiin. (Alasuutari 2007, 252.)

Tapauspainotteisuus tarkoittaa, että tapauksista ollaan kokonaisuudessaan kiinnostuneita. Tapaus on enemmän kuin tapauksen kuvaukseen käytetyt muuttujat yhdessä eli puhutaan holistisesta kuvasta. Tällaisen tapauspainotteisen tutkimusstrategian suurin etu on tapauksista saatava syvä ymmärrys. (Schreier 2012.)

Luotettavuuden osalta tutkijoiden mielipiteet eriyvät, jotkut hylkäävät luotettavuuden laadullisessa tutkimuksessa kokonaan ja toiset ehdottavat, että luotettavuuden käsitettä pitäisi mukauttaa. Useimmat tutkijat ovat kuitenkin yksimielisiä siitä, että luotettavuus toistettavien toimenpiteiden pysyvyyttä arvioimalla ei ole käyttökelpoinen kriteeri tiedonkeruussa. Jotkut tutkijat painottavat systemaattisuutta ja läpinäkyvyyttä luotettavuuden kriteereinä. (Schreier 2012.)

Validius on laadullisessa tutkimuksessa ratkaisevan tärkeä tekijä. Tutkimuksen pitää kuvata ilmiöitä mahdollisimman hyvin, mikä näkyy siinä, että ilmiöitä tarkastellaan niiden luonnollisissa ympäristöissään ja johtopäätökset perustuvat materiaalin tarkkaan lukemiseen. Validiuden laajemmassa tulkinnassa luotettavuus sisältyy validiuteen. (Schreier 2012.)

4.2 Aineiston keruu

Tutkimuksessani käytettiin puolistrukturoitua haastattelua. Sille on ominaista, että kaikkia haastattelussa läpikäytäviä asioita ei ole etukäteen määritelty vaan ainoastaan osa (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11). Haastattelu on jaettu aihepiireihin, teemoihin, joita haastattelun aikana käsitellään vapaamuotoisesti. Tällöin ryhmän jäsenet keskustelevat yhdessä teemoihin liittyvistä asioista ja haastattelija kohdistaa kysymyksensä koko ryhmälle tai kysyy välillä joltakulta yksittäiseltä henkilöltä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61).

Tällainen keskusteleva ote mahdollistaa ryhmän jäsenten luovuuden hyödyntämisen. Keskustelijoiden kommentit, ideat sekä erilaiset näkökulmat synnyttävät uusia näkökulmia ja huomioita (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 226). Haastattelut nauhoitettiin, koska nauhoitukset mahdollistavat tilanteeseen palaamisen uudelleen ja toimivat siten tulkintojen tarkistamisen välineinä ja muistin tukena (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 14).

Lisäksi nauhoitukset mahdollistavat vuorovaikutuksen tarkastelun ja analysoinnin. Esimerkiksi voidaan havaita haastattelijan johdattelut tai puuttumiset keskustelun kulkuun (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 15).

Haastattelijana pyrin olemaan mahdollisimman neutraali haastattelutilanteessa ja tiedostamaan oman toimintani ja puheeni vaikutukset haastatteluaineistoon sekä analysointivaiheeseen. Tämä siksi, että tutkijan oma tapa ymmärtää asioita vaikuttaa aina haastattelutilanteeseen ja sitä kautta tuotettuun aineistoon (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 93; Alasuutari 2007, 96 - 97.) Tällöin voidaan puhua asemaan ja tilanteeseen liittyvistä vaikutuksista eli positioista. Position avulla voidaan tarkastella ihmisten asemaa sosiaalisissa suhteissa, hierarkioissa sekä kulttuurisissa merkityksenantojärjestelmissä. Tässä haastattelussa on etuna se, että sekä haastatteliija, että haastateltavat ovat kaikki samassa ammatissa eli sairaanhoitajia ja työskentelevät samassa työpaikassa, mikä vähentää position liittyvien seikkojen vaikutusta ja helpottaa luottamuksellisen suhteen syntymistä osapuolten välillä.

4.3 Sisällönanalyysi

Haastattelujen avulla kerätty materiaali analysoitiin käyttämällä laadullista sisällönanalyysiä. Se on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Laadullinen sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan tutkimuskysymysten määrittelemien näkökulmien mukaisesti tiettyihin näkökohtiin keskittyen. Tämä auttaa laajan aineiston kuvaamisessa, koska analyysiin otetaan mukaan vain ne osat materiaalista, jotka ovat merkityksellisiä tutkimuskysymysten kannalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.) Menetelmä sopii tässä tutkimuksessa kerätyn aineiston kuvaamiseen, koska aineiston merkitys ei ole itsestään selvä vaan sen kuvaaminen vaatii tulkintaa ja tutkimuskysymykset ovat kuvailevia. Lisäksi haluttiin kuvailla materiaalin pääkohdat ja tehdä sen perusteella yhteenveto. (Schreier 2012.)

Menetelmä on systemaattinen, koska koko merkityksellinen materiaali käydään läpi osa osalta koodaamalla materiaalin merkitykselliset osat esimerkkeinä luotuihin kategorioihin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Lisäksi analyysi koostuu tietyistä peräkkäisistä vaiheista ja koodin yhdenmukaisuus tarkistetaan. Menetelmä on myös joustava, mikä ilmenee siinä, että kategorioista muodostuva koodikehys (coding frame) pitää mukaut-

taa aineistoon sopivaksi. Kategorisointi luo uutta tietoa tapausten yhdenmukaisuuksista ja eroista. Menetelmän vaarana on, että osa aineiston monimuotoisista merkityksistä menetetään kategorisoinnin myötä. (Schreier 2012.)

Laadullinen sisällönanalyysi yhdistää laadullisen ja määrällisen tutkimuksen ominaisuuksia. Tämä ilmenee muun muassa siten, että se yhdistää lineaarisen ja syklisen menetelmän elementtejä ja on osittain induktiivinen ja osittain deduktiivinen. Lisäksi luotettavuus (reliability) ja kelpoisuus (validity) ovat yhtä tärkeitä arviointikriteerejä. (Schreier 2012.)

Laadullinen sisällönanalyysi koostuu useista peräkkäisistä vaiheista. Aluksi päätetään tutkimuskysymysten mukainen tarkastelunäkökulma ja valitaan tarkasteltava materiaali. Seuraavaksi luodaan koodikehys, joka koostuu kategorioista ja alakategorioista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110 - 113). Tämän jälkeen analysoitava materiaali jaetaan koodausyksiköihin (units of coding) ja kokeillaan koodikehyksen toimivuutta. Tarvittaessa kehystä muutetaan. Seuraavaksi koodikehystä voidaan käyttää koko aineistoon. Viimeiseksi tulkitaan ja esitetään löydetyt asiat. (Schreier 2012.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tiedon keruu ja laadullisen sisällönanalyysin toteuttaminen

Tiedot tutkimukseen kerättiin päivystyksessä työskenteleviltä sairaanhoitajilta ryhmähaastatteluin. Haastatteluihin osallistui kymmenen sairaanhoitajaa. Seitsemän haastateltavista sairaanhoitajista olivat työskennelleet päivystyksessä yli kuusi vuotta ja kolme heistä alle kolme vuotta. Ennen haastattelujen aloittamista haastateltaville lähetettiin tiedonantokirje sisäisessä postissa, jossa kerrottiin tutkimuksesta (Liite 3.) Haastateltavat jaettiin kolmeen ryhmään. Ennen haastattelujen aloittamista haastateltavilta pyydettiin haastattelulupa kirjallisena. Kullekin haastateltavalle oli kaksi samanlaista lomaketta, joista toinen haastateltavalle ja toinen haastattelijalle (Liite 4.)

Ensimmäisessä ryhmässä oli neljä sairaanhoitajaa, seuraavissa kahdessa haastattelussa kolme sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutettiin kahtena perättäisenä kuukautena. Tutkimuksessa käytettiin puolistrukturoitua haastattelua, joissa käytettiin kahta pääteemaa. Halusin selvittää päivystyksessä toimivat asiat ja kehittämiskohteet. Haastateltavat saivat kertoa näistä vapaamuotoisesti. Haastattelut kestivät keskimäärin noin puolitoista tuntia ja ne nauhoitettiin. Haastattelut auki kirjoitettiin heti haastattelujen jälkeen. Seuraavaksi kerätty aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Haastattelumateriaali oli ainoastaan tutkimuksen tekijän käytössä ja se hävitettiin tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Laadullisen sisällönanalyysin tarkastelunäkökulma määräytyi tutkimuskysymysten perusteella. Haluttiin selvittää sairaanhoitajien mielipiteet siitä, mitkä asiat toimivat ja mitkä asiat vaativat kehittämistä terveyskeskuksen päivystyksessä. Tarkastelunäkökulman määrittämisen jälkeen valittiin tarkasteltava materiaali. Tämä tapahtui koodaamalla tekstiksi puretut haastattelut kategorioihin merkityksellinen ja merkityksetön materiaali. Tällä pyrittiin estämään analyysin vääristyminen. Merkitykselliseksi aineistoksi katsottiin sellaiset tekstiosiot, jotka liittyivät päivystyksen toimintaan ja joissa tuli esiin toimivia seikkoja tai kehittämistä vaativia asioita.

5.1.1 Koodikehyksen luominen

Merkityksellisten tekstiosoiden merkitsemisen jälkeen luotiin koodikehys, joka koostui pää- ja alakategorioista. Pääkategoriaa johdettiin deduktiivisesti tutkimuskysymyksistä

ja olivat nimeltään toimivat asiat ja kehittämiskohteet. Alakategoriat luotiin induktiivisesti eli tietolähtöisesti merkityksellisestä tutkimusmateriaalista, koska haluttiin kuvailla materiaalia yksityiskohtaisesti. Pelkästään tietolähtöisesti luodut koodikehykset ovatkin harvinaisia, koska tutkimuskysymykset määrittävät valmiiksi tiettyjä ulottuvuuksia (Schreier 2012; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110).

Koodikehyksen luomisessa käytettiin aluksi ainoastaan ensimmäistä haastattelua. Alakategorioiden luomisstrategiana käytettiin koostamista (summarising). Merkitykselliset tekstiosiot kirjoitettiin uudelleen eri muodossa ja pelkistettiin poistamalla kaikki, mikä vaikutti ylimääräiseltä. Seuraavaksi samankaltaiset pelkistetyt tekstin muunnelmät yhdistettiin abstrakteimmiksi muunnelmiksi. Näin saatiin luotua alakategoriat valitun strategian mukaisesti.

Koodikehyksen luonnissa otettiin huomioon koodikehykseen kohdistuvat vaatimukset (Schreier 2012). Kyllästyksen (saturation) vaatimus täyttyi, kun ei ollut enää tarvetta lisätä kategorioita. Alakategorioiden määrän suhteen huolehdittiin, että lukumäärä oli aina vähintään kaksi. Lisäksi huolehdittiin, että ainoastaan kerran mainitusta tiedosta ei luotu kategoriaa vaan kyseinen tieto yhdistettiin johonkin muuhun alakategoriaan tai lisättiin jäännöskategoriaan muuta. Tällainen muuta-kategoria lisättiin tarvittaessa jokaiseen kategoriaan.

5.1.2 Kategorioiden määrittelyjen luominen

Seuraavaksi luotiin kategorioille määrittelyt, jotka autoivat tietosegmenttien koodaamisessa. Näin pyrittiin varmistamaan, että kategorioita käytettiin samalla tavalla analyysin aikana. Mikäli kategorian merkitys muuttuu koodatessa, niin analyysi ei ole enää validi (Schreier 2012). Määrittely koostuu kategorian nimestä, kuvauksesta ja esimerkistä.

Kategorioiden määrittelyjen jälkeen koodikehykset tarkistettiin. Se tarkoittaa, että kategoriat käytiin uudelleen läpi ja ratkaisemattomat yksityiskohdat poistettiin. Seuraavaksi luotua koodikehystä sovellettiin koko materiaaliin. Kehykseen tehtiin tarvittavia lisäyksiä ja muutoksia. Näin saatiin koodikehyksen ensimmäinen versio kokeilua varten. Taulukossa 1 näkyvät pääkategoriat, ensimmäisen tason alakategoriat ja niiden määrittelyt.

TAULUKKO 6. Pääkategorioiden määrittelyt

Kategorian nimi	Määrittely	Esimerkki
Toimivat asiat	Kaikki positiiviset työhön ja työympäristöön liittyvät asiat	
Hyvä työyhteisö	Positiiviset asiat työyhteisöstä	Meillä on hyvä työyhteisö
Yhteistyö eri tahojen välillä	Sujuva yhteistyö lääkäreiden laboratorion ja röntgenin kanssa	Kokeneiden ja tuttujien lääkäreiden kanssa on helppo työskennellä, yhteistyö toimii hyvin
Sairaanhoitajien roolit päivystyksessä	Sairaanhoitajien sujuva yhteistyö ja tarvittaessa työtehtävissä auttaminen	Jokainen huolehtii omista työtehtävistään ja tarvittaessa avustaa muita
Korvaushoito ja Marevan määritykset	Korvaushoidon ja Marevan määritysten toimivuus	Marevan määritysten siirtäminen aamupäivään on toiminut hyvin
Koulutus	Koulutuksien järjestäminen ja koulutukseen pääsy	Koulutukseen on päästy aika hyvin
TeleQ	Ajanvarauspuhelimien takaisinsoittojärjestelmä	Ajanvarausta helpottaa takaisinsoittojärjestelmä
Ajanvaraukset vastaanotoille	Vastaanotot toimivat ajanvarauksella	On hyvä että kaikkiin vastaanottoihin on ajanvaraus
Muut toimivat asiat	Kaikki muut positiiviset asiat, joita ei voi luokitella yllä oleviin kategorioihin	Päivystyksen aukioloaikojen muuttuminen on hyvä asia
Kehittämiskohteet	Kaikki kehittämistä vaativat asiat päivystyksen ja hoitajavastaanottojen toiminnassa	
Toimitilat	Toimitilat jotka ovat päivystyksen käytössä	Yhtenäiset tilat päivystykselle ja hoitajille
Välineet	Päivystyksessä tarvittavat perustyövälineet ja niiden huolto	Jokaiseen huoneeseen tarvitaan perustyövälineet
Päivystyksen ruuhkautuminen	Ruuhkautumiseen vaikuttavia tekijöitä päivystyksessä	Taitamaton lääkäri kuormittaa hoitajia ja ruuhkauttaa päivystyksen toimintaa
Ajanvaraus ja puhelinneuvonta	Ajanvaraukseen ja puhelinneuvontaan vaikuttavia tekijöitä	Ohjeistusta siitä mitkä ovat kiireellisiä ja kiireettömiä tapauksia
Johtaminen	Lähiesimiehen osaston johtamiseen, kehittämiseen ja organisointiin liittyvät tekijät	Esimieheltä puuttuu kokonais käsitys meidän työstämme ja mitä pitäisi kehittää

Työajat	Sairaanhoidtajien työajat	Välivuorolaisen työaika olisi viikonloppuisin pidempi
Työrauha	Eri toimipisteiden työrauha	Puhelinneuvonnassa pitäisi olla rauhallinen työympäristö
Potilaiden yksityisyys	Potilaiden yksityisyys eri toimitiloissa	Ensiapu ja tarkkailutilat ovat rauhattomia
Koulutus	Koulutuksen saatavuus, sairaanhoidtajat, lähihoitajat	Elvytyskoulutusta pitäisi olla säännöllisesti
Tiedonkulku	Kaikki tiedonkulkuun liittyvät asiat osaston ja talon sisällä, tiedottaminen asiakkaille/potilaille	Palaveri maanantaisin kahvihuoneessa selkiyttäisi tiedonkulkua

5.1.3 Materiaalin segmentointi

Seuraavaksi tutkimuksen kannalta merkityksellinen osa ensimmäisestä haastattelun materiaalista segmentoitiin. Se tarkoittaa, että haastattelut jaettiin koodausyksiköiksi. Näin merkittiin, mitkä osat materiaalista piti koodata. Segmentoinnissa käytettiin temaattista kriteeriä määräämään koodiyksikön loppua ja alkua. Näin ollen aiheen teeman muuttuminen ilmaisi, milloin koodiyksikkö loppui ja toinen alkoi.

Tekstikatkelmat jaettiin pienimpiin osiin siten, että jokainen koodiyksikkö/segmentti sopi vain yhteen tietyn pääkategorian alakategoriaan. Tämä tarkoittaa, että alakategorioiden pitäisi olla toisensa pois sulkevia. (Schreier 2012; Ryan & Bernard 2000, 769–793.) Segmentoinnilla varmistettiin, että kaikki materiaali otettiin huomioon. Lisäksi segmentointi auttoi yhtenäisyyden arvioinnissa, kun eri aikoina suoritettuja koodauksia vertailtiin.

5.1.4 Pilottivaihe

Segmentoinnin jälkeen koodikehystä kokeiltiin ainoastaan ensimmäiseen haastatteluun, koska Schreierin (2012) mukaan riittää, että 10 - 20 % materiaalista otetaan mukaan testikoodaukseen. Schreier huomauttaa myös, että tyypillisesti pystytään muistamaan ja erottelemaan noin 40 kategoriaa samanaikaisesti. Tässä työssä pääkategorioiden määrä oli 10 ja kaikkiaan kategorioita oli yli 40, joten testikoodaus jaettiin kahteen osaan sit-

ten, että käytettyjen kategorioiden määrä ei ylittänyt kummassakaan testikoodauksen osassa neljääkymmentä.

Ensimmäinen haastattelu sopi hyvin testikoodaukseen, koska se sisälsi eniten erilaisia näkökohtia. Tämä oli tärkeää, jotta voitiin testata mahdollisimman montaa kategoriaa. Testikoodauksen tarkoituksena on havaita mahdolliset koodikehyksen puutteet mahdollisimman aikaisessa vaiheessa (Schreier 2012).

Ensimmäisen testikoodauksen jälkeen jäi muutamia tekstisegmenttejä, joiden merkitykset olivat sen verran epäselviä, että ne päätettiin jättää kokonaan pois. Lisäksi havaittiin, että muutaman kategoria oli huonosti nimetty, joten ne nimettiin uudelleen. Schreier (2012) suosittelee testikoodauksen uusimista noin neljäntoista päivän kuluttua, mikäli koodaajia on vain yksi. Testikoodaus uusittiinkin noin kolmen viikon kuluttua myös siitä syystä, että koodikehystä oli ensimmäisen testikoodauskerran yhteydessä muutettu. Vertailtaessa näitä kahta testikoodausta havaittiin, että koodaukset olivat yhteneväiset.

5.1.5 Koodikehyksen luotettavuus ja validius

Testikoodauksen jälkeen kuuluu Schreierin (2012) mukaan arvioida koodikehyksen laatua. Sen kriteereinä käytetään muun muassa luotettavuutta (reliability) sekä validiutta (validity). Vertailtaessa eri aikoina suorittuja koodauksia keskenään, voitiin todeta, että koodaukset olivat yhdenmukaiset, joten koodikehystä voidaan pitää luotettavana.

Koodikehys on validi vain siltä osin kuin sen kategoriat riittävästi edustavat tutkimuskysymysten käsitteitä. Laadullisessa sisällönanalyysissä validiudessa on kaksi kiistanalaista aluetta. Ensimmäinen alue liittyy piileviin, monimerkityksellisiin merkityksiin (latent meaning) ja toinen alue analyysin perusteella tehtävien johtopäätösten laajuuteen. (Schreier 2012.) Tässä tutkimuksessa ei materiaali kuitenkaan ollut erityisen monimerkityksellistä eikä sisällönanalyysin perusteella yritetty tehdä aineiston ulkopuolisia päättelyitä, joten validiuden käsitettä koodikehyksen laadun kriteerinä voidaan käyttää.

Koodikehystä arvioitaessa keskitytään ilmivaliditeettiin (face validity) ja sisällönvaliditeettiin (content validity). Alhainen ilmivaliditeetti ilmenee muun muassa siten, että jäännöskategorioihin on koodattu paljon tekstisegmenttejä tai että ne jakautuvat hyvin epätasaisesti alakategorioiden kesken. Tämä merkitsee usein alhaista ilmivaliditeettia .

(Schreier 2012.) Tässä tutkimuksessa jäännöskategorioihin oli koodattu vain vähän segmenttejä. Segmentit jakautuivat osin epätasaisesti alakategorioihin, mutta se johtui siitä, että niihin liittyviä tekstisegmenttejä oli runsaasti materiaalissa. Lisäksi pyrittiin välttämään liian abstrakteja kategorioita, ettei yksityiskohtia menetettäisi.

Sisältövalidius koskee deduktiivisesti johdettua koodikehystä. Tässä tutkimuksessa molemmat pääkategoriat, toimivat asiat ja kehittämiskohteet, johdettiin deduktiivisesti tutkimuskysymyksistä. Alakategoriat puolestaan johdettiin induktiivisesti. Koodikehysten sisältövalidius tarkoittaa, että kategoriat kiteyttävät riittävästi käsitteet, joihin ne perustuvat. Sisällönvalidiuden arvioinnissa asiantuntijan arviointi on hyvä menettelytapa. (Schreier 2012.) Tässä tutkimuksessa koodaajalle olivat pääkategorioiden kuvaamat käsitteet tuttuja, koska hän itse työskentelee päivystyksessä sairaanhoitajana ja on näin ollen asiantuntija kyseisissä asioissa.

5.1.6 Analysointivaihe

Analysointivaiheessa aiemmin luotua testattua koodikehystä käytettiin koko jäljellä olleen merkityksellisen materiaalin koodaukseen. Ensiksi kuitenkin koodikehystä laajennettiin kattamaan koko aineisto ja uusille kategorioille luotiin määrittelyt. Seuraavaksi aineisto segmentoitiin. Pääkoodauksessa toimittiin samalla tavoin kuin testikoodauksessakin eli jäljellä ollut aineisto koodattiin kahteen kertaan noin kolmen viikon kuluttua ensimmäisestä pääkoodauksesta. Koodauksia vertailtaessa poistettiin muutamia epäselviä tekstisegmenttejä. Koodaukset olivat muuten yhteneväiset.

6 TULOKSET

Pääkategoriat, toimivat asiat ja kehittämiskohteet, johdettiin tutkimuskysymyksistä. Toimivia asioita löydettiin suhteessa huomattavasti vähemmän kuin kehittämiskohteita. Toimivista asioista löydettiin seuraavat alakategoriat (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Toimiviin asioihin liittyvät alakategoriat

Toimivat asiat	
T1.1	Hyvä työyhteisö
T1.2	Yhteistyö eri tahojen välillä
T1.3	Sairaanhoitajien roolit päivystyksessä
T1.4	Korvaushoito ja Marevan-määritykset
T1.5	Koulutus
T1.6	TeleQ
T1.7	Ajanvaraukset vastaanotoille
T1.8	Muut toimivat asiat

6.1 Toimivat asiat

Työpaikalla oli hyvä henki, työyhteisö toimi hyvin ja oltiin innostuneita kehittämään työyhteisön toimintaa.

”Meillä toimii hyvin yhteen ja porukka on aika innokasta kumminki kehittään.”

Yhteistyö sairaanhoitajien ja päivystyksessä työskentelevien lääkärin välillä oli pääosin toimiva. Tutun lääkärin kanssa työskentely oli helpompaa, koska työtavat olivat molemmille tuttuja. Laboratorion ja röntgenin kanssa toimiva yhteistyö oli päivystyksen toiminnan kannalta tärkeä. Palveluiden nopea saatavuus takasi päivystyksen sujuvuuden.

”Niin ja se hoitaja-lääkäri, että meillä päivystyksessä toimii ihan.”

”Labran ja röntgenin kans yhteistyö toimii hyvin. Siltä tuntuu ainakin kaikin puolin.”

Päivystyksen sairaanhoitajien nykyinen työnjako oli mielekäs ja toimiva. Päivystyksessä työskenteli kaksi sairaanhoitajaa, joista toinen oli päivystävän lääkärin työpari ja toi-

nen hoitajista vastasi päivystävän hoitajavastaanoton potilaista. Tarvittaessa kumpikin sairaanhoitajista avusti toista, jos työ sitä vaati. Muuten toivottiin, että vastattaisiin vain omasta työstä. Näin työnjako oli selkeä ja se koettiin toimivaksi.

“Kiireellisten päivystyksen sairaanhoitajien roolit on siinä aika selkeet.”

Päivystyksen hoitajavastaanotolla oli hoidettu korvaushoitopotilaita jo useiden vuosien ajan. Aluksi potilaiden korvaushoito eli sulattelu suoritettiin tabletti-muotoisella lääkkeellä. Kesällä 2015 käyttöön otettiin filmi-muotoinen lääke, jolloin päivittäiset tai viikoittaiset korvaushoitopotilaan vastaanottoajat lyhenivät ja korvaushoitopotilaiden hoidosta oli tullut toimivampaa.

”No mun mielestä nyt ne sulattelut on toiminu hyvin ku on se filmi.”

Koulutukseen pääsy oli kaikille mahdollista, niihin pääsi helposti ja kaikilla oli samanlainen mahdollisuus hakeutua erilaisiin koulutuksiin.

“Se on siis meillä varmaan talon parasta on se, että päästään koulutukseen.”

TeleQ on takaisinsoittojärjestelmä, jossa voi yhtä aikaa toimia useita soittajia ja vastajia. Puhelut tallentuivat järjestelmään ja kaikille soitettiin takaisin. Järjestelmä antoi paremman mahdollisuuden vastata potilaiden tarpeisiin, esimerkiksi potilasohjaukseen ja hoidon tarpeen arviointiin. Tyytyväisiä oltiin siitä, että ajanvarauksessa hoidon tarpeen arviointia tekivät sairaanhoitajat.

“Ja se TeleQ on hyvä, siel on se sairaanhoitaja joka siellä arvioi sitä hoidontarvetta siis päivällä.”

Sekä lääkärien että hoitajien vastaanotoille oli ajanvaraus. Tällä käytännöllä vältettiin ruuhkia ja turhia odotusaikoja.

“Joo, se on ihan ehdoton, että on ajanvaraus. Että yleensä kaikkiin vastaanottoihin pitää olla ajanvaraus eli se on niinko se a ja o.”

Muut toimivat asiat-kohtaan kerättiin yksittäisiä kommentteja toimivista asioista. Päivystyksen aukioloajat muuttuivat, päivystys oli auki klo. 8.00 – 22.00. Päivystykseen tulevat puhelut ohjautuvat klo. 20.00 alkaen Satakunnan Keskussairaalan yhteispäivystykseen ja potilaita otettiin päivystykseen sisään vain klo. 21.00 asti. Ennen päivystysaikojen muutosta päivystys ja hoitajien työajat venyivät ylitöiksi lähes joka ilta. Pääsääntöisesti nykyään iltavuorolaisen työaika päättyi klo. 22.00, mikä oli virallinen työajan päättymisaika.

”Tämä on hyvä asia, että me päästään iltasin lähteen suht hyvin kotiin. Se oli hyvä kehitys.”

6.2 Kehittämiskohteet

Toinen pääkategoria, kehittämiskohteet, muodostuivat toisesta tutkimuskysymyksestä. Tähän pääkategoriaan muodostui kymmenen alakategoriaa, jotka muodostettiin haastattelussa esille tulleista kehittämistarpeista. Alakategoriat olivat seuraavat ja löytyvät alla olevasta taulukosta:

6.3 Toimitilat

Päivystys oli toiminut samoissa tiloissa pitkään. Toimitilat oli rakennettu 1980-luvulla ja vastaanottotiloihin kohdistuneet muutostarpeet olivat huomattavat. Henkilökunnan määrä oli lisääntynyt, kuten myös potilasmäärät. Päivystyksen toiminta oli hajautettu talon sisällä kahteen osaan. Erillään olevat tilat hankaloittavat päivystyksien toimintaa sekä yhteistyötä lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä. Päivystysvastaanottojen siirtäminen toistensa läheisyyteen helpottaisi päivystyksien ja hoitajavastaanottojen toimintaa.

“ Kaikki päivystykset olis samalla puolella, kaikki voitais toimia kokonais tiiminä. ”

Ensiapuhuoneen ja tarkkailun tilojen epäkäytännöllisyys ja ahtaus haittasivat toimintaa. Tarkkailupaikkoja löytyi vain kaksi ja usein potilaita oli tarkkailussa enemmän, jolloin henkilökunnan käytävien tilat olivat täynnä tarkkailussa olevia potilaita.

”Niitä ja tarkkailu täytyy olla ihan ehdottomasti.

Sairaanhoitajien vastaanottotilat koettiin hyvin haasteellisiksi. Samassa huoneessa vastaanottoa piti kaksi sairaanhoitajaa ja tilat toimivat ensiavun yhteydessä, viereisessä huoneessa. Päivystävän sairaanhoitajan toimitilan toivottiin olevan muualla, mutta kuitenkin lähellä.

”Se on aika hankalaa ja haasteellista. Tosi inhottava on ottaa potilasta siihen hoitaja-vastaanotolle, jos siinä on ensiavussa joku.”

Haavanhoitohuonetta käytettiin pääasiassa haavanhoitoihin, mutta se toimi myös eristyspotilaiden vastaanottohuoneena potilaiden tullessa hoitoihin tai päivystykseen.

”Ehkä pitäis olla ihan erillinen eristyspotilaiden huone.”

Ajanvarauksen ja puhelinneuvonnan tilassa työskenteli lähihoitajia, vastaanottoavustajia sekä ajanvarauspuhelimeen vastaavat sairaanhoitajat. Tila toimi talon ”keskipisteenä”. Tilasta löytyvät myös muun muassa lääkäreiden postilokerot. Tila koettiin hankalaksi ajanvarauspuheluiden vastaanottoon, koska siellä oli paljon hälinää ja häiriötekijöitä. Myös kuuluvuus odotustiloihin ja ilmoittautumisluukuille oli suora.

”Niin se tila on hankala, se tila on haaste. Se on liian äänekkäs se paikka puhelinvastajalle.”

Varastotilat sijaitsivat hajallaan eri puolilla taloa ja ovat liian ahtaita ja niiden käyttö rajallista ja epäkäytännöllistä.

“Varastot on hajautetusti kovin, kun ne on joka puolella taloo.”

6.3.1 Välineet

Käytössä olevat perustyövälineet koettiin vanhoiksi ja osittain käyttökelvottomiksi. Myös osaa työvälineistöstä jouduttiin lainaamaan huoneesta toiseen, joka hankaloitti toimintaa. Likaisille instrumenteille tulisi olla laatikoita jokaisessa vastaanottohuoneeseen, ettei likaisia instrumentteja tarvitse siirtää erikseen välinehuoltoon.

”Varmaan, ihan tämmösiä halpoja välineitä, tuntuu, että puuttuu. Semmosia ihan perustyökaluja, jotka menee käytösksi huonoksi”

6.3.2 Päivystyksen ruuhkautuminen

Päivystyksen ruuhkautumisen helpottamiseksi esitettiin erilaisia keinoja. Esimerkiksi päivystysaikoja lisättäisiin tai päivystäviä lääkäreitä olisi useita. Normaalien vastaanottoaikojen lisääminen nähtiin tarpeellisena.

“Sille, että jos on yks lääkäri, niin ymmärrän, ettei sekään voi sille mitään, että jos ei jono vedä, niin ei vedä. Ei sekään mihinkään mahdottomiin pysty.”

Joillekin vastaanottoa pitävälle lääkäreille voitaisiin lisätä muutamia nopeita päivystysaikoja ajanvarausaikojen lisäksi. Näille ajoille voisi varata flunssaa, poskiontelovaivaa, kurkkukipua tai korvakipua potevia potilaita.

”Joka päivästä esimerkiksi kolme neljä aikaa, sä pystyt sinne laittaa niitä, vastaanottojen puolelle”

6.3.3 Ajanvaraus ja puhelinneuvonta

Selkeiden ja yhdenmukaisten potilasohjeiden tekeminen puhelinneuvontaa varten yhtenäistäisi ja helpottaisi sairaanhoitajien puhelinneuvontaa ja ohjausta. Potilasohjeet olisivat terveyskeskuksen johtavan lääkärin hyväksymät ja niillä linjataan hoito. Potilasohjeiden tulisi myös olla helposti saatavilla. Selkeätä kysymyslista, mitä potilaalta kysyttäisiin, selkiyttäisi hoidon tarpeen arviointia ja potilasohjausta itsehoitoon kotona. Ajanvarauskäytäntöjä yhtenäistettäisiin, laadittaisiin selkeät, yhtenäiset ohjeet ja käytännöt hoidon tarpeen arviointiin ajanvarauksen yhteyteen.

“Tavallaan niitä käytäntöjä pitäis yhtenäistää niin paljon, että jokainen puhelimeen vastaaja tietäis tämän, mikä se systeemi on, miten varataan ne päivystyksen ajat ja miten varataan ne hoitajien ajat.”

”Yleisimmät. Flunssaa, vatsatauti, ripuli. Sydänvaivat, vatsavaivat, siihen kuuluu ripulit ja nämä, onko oksentanut, ripuloinut, onko kuumetta, onko se ylävatsalla vai alavatsal-

la tai onko se kuinka kovaa ja tämmöset näin. Kun sä potilasta ohjaat, niin, sanotaan, että näitä on ohjattu ja annettu näitä neuvoja tai ohjauksia sitten ku potilas vaikka tekee valituksen, nämä on häneltä kysytty ja näin hänet on ohjattu.

Triagen tekeminen eli hoidon tarpeen arviointi pitäisi tehdä huolellisesti. Triagen tekemiseen tulisi varata aikaa riittävästi, joka tuottaa ongelmia varsinkin aamuisin, jolloin puhelimeen vastaajia ei ole riittävästi ja soittajia runsaasti. Puhelimessa tulisi kerrata ja tarkentaa potilaalta oireiden kuvaus. Triagen tekeminen koettiin haasteelliseksi, koska se vaatii paljon kokemusta ja tietämystä. Triagen tekeminen puhelimesta oli haasteellista, se vaatii aikaa, taitoa, neuvottelukykyä ja jämäkkyyttä. Haastateltavat kokivat sen tuovan myös suurta vastuuta mukanaan. Ajanvaraukseen tulisi ehdottomasti luoda selkeitä ohjeita kiireetöntä hoitoa tarvitseville potilaille. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat saatettiin ottaa päivystysvastaanotolle kartoittamatta riittävästi hoidon tarvetta. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat voitaisiin käännättää kotiin, antaa heille selkeät potilasohjeet. Mahdollisena vaihtoehtona nähtiin sairaanhoitajavastaanotto, jonka kautta potilaat tarvittaessa siirtyisivät päivystykseen.

“No enempi mun mielestä pitäis potilaita, kun ne soittaa niin, ainakin haastatella niitä mikä se on se asia.”

“Ko aina tarttis tietysti olla se, että täytyy varmaan arvioida siinä luukulla paremmin se sekä puhelimesta, että koska se ihminen tarvii sen hoidon. Mut hankalaa se triage on täällä toimia tietenki sen takia, et ajanvaraus ei aina pelaa.”

Kontrollikäynnit tulisi hoitaa kiireettömällä vastaanottoajalla. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevia potilaita ei tulisi ottaa vastaanotolle iltaisin, koska päiväaikaan vastaanotto toiminta laajempaa ja kiireettömät potilaat hoidetaan silloin.

“Se, että hoitajajonoon niin jos siihen ny tulee joku ja sanoo, että haluan korvahuuhtelun, niin sitä ei lainkaan tarte tänään tehdä.”

6.3.4 Johtaminen

Johtamiseen sekä henkilökunnan työhön kohdistuvia muutos- ja kehittämistarpeita oli paljon. Jos muutosta haluttiin, piti ajaa voimakkaasti itse näitä asioita eteenpäin. Esi-

mieheltä odotettiin kiinnostusta kehittämiseen. Toivottiin henkilökunnan osaamisen hyödyntämistä uusien asioiden kehittämisessä ja toteuttamisessa. Koettiin voimakasta tarvetta uudistumiselle ja muutoksia nykyiseen toimintaan.

”Semmosta rohkeutta tarttua niihin asioihin ja viedä niitä eteenpäin.”

”Mut nyt on vähä jääny sillai, että ku me yritetään esittää jotain asiaa, niin sitten se ei kumminkaan niinko etene mihkää. Mutta se, että millä me voidaan saada muutosta on, että me voimakkaasti itte ajamme näitä asioita.”

Säännöllisesti käydyt kehityskeskustelut puuttuivat. Kaivattiin avointa keskustelua esimiehen kanssa työntekijöiden osaamisesta sekä työyhteisön kehittämisestä ja odotettiin palautetta henkilökunnalle. Enimmäkseen saatiin negatiivista palautta, positiivista palautteen tai yleensä palautteen saaminen oli vähäistä.

”Siis jos se antaa palautetta, niin se on kriittistä palautetta sulle, se ei oo missään nimessä rakentavaa palautetta.”

”Kyl esimieheltä pitäis saada palautetta. Eikä oo mitään käsitystä, mitä hän on ollut esimerkiks mieltä mun työpanoksesta.”

Sairaanhoitajien vastaanottoihin liittyviä kehittämistarpeita olivat esimerkiksi korvaushoitopotilaiden vastaanottotoiminnan siirtäminen päihdetyön puolelle ja yksi hoitaja hoitaisi haavanhoitoihin tulevia potilaita useamman päivän peräkkäin tai olisi haavanhoitaja erikseen.

”Tai korvaushoitolaisetko viä saatas tonne oikeeseen paikkaan kanssa, niin se olis hieno asia.”

”Mutta täälläkin olis hirmu hyvä, kun täällä olis haavahoitaja, joka tekis niitä.”

Päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien töihin kuulumattomia tehtäviä olivat potilaiden laboratoriovastauksia koskevat tiedustelut tai lääkäriä konsultoivat puhelut, ajanvarauspuhelut ja varastotilauksen tekeminen ja purkaminen. Myös selkeä työnjako

siitä, mitkä asiat ja potilaat kuuluvat päivystykseen ja mitkä esimerkiksi aikuisneuvolaan tai muihin toimipisteisiin.

“..päivystävän sairaanhoitajan huoneessa tai tuolla päivystyksessä, niin kyllä mä monta kertaa niitä aattelen, että otanko mä puhelua.”

”Tää varastotilauksen tekeminen ja että kaikki nämä piikit ja pistokset, rokotukset, kaikki, nehän kuuluis mennä aikuisneuvolaan.”

Sairaanhoitajien työtehtävät ovat lisääntyneet. Toivottiin selkeämpiä rajauksia mitkä potilaat kuuluvat mihinkäkin yksikköön. Työ koettiin usein kiireiseksi, ei ehditty tehdä päivittäisiä vastuutehtäviä kunnolla.

“Lisääntynyt meidän työtehtävät ainakin päivystyksen osalta. Musta tuntuu ainakin, että me tehdään ihan kaikki. Onhan se niin, että jos jotakin sanotaan, että ei me tehdä, niin oikeestaan meille taitaa vastaus aina olla, että kyllä se kuuluu tähän päivystykseen. Ja sitten mä mietin noita jotain muita organisaatioita niin, ne voi sanoa, että he ei tee sitä ja se on sillä selvä, mutta me ei voida ikänä sanoo niin.”

Reseptihoitajien koulutusta pitäisi hyödyntää paremmin, tavoitteena olisi saada potilaita esimerkiksi päivystyksen vastaanotolta reseptihoitajille.

“Mun mielestä se reseptihoitajan homma on vähän semmonen, että se ei oo miksikä ne on kouluttautunu, eikö niitten ollu tarkoitus, että he hoitas oikeesti semmosia asioita, mitä he voivat hoitaa.”

Lähihoitajien työtehtävien muutosten myötä saataisiin karsittua pois jo tarpeettomiakin asioita. Esimerkiksi arkistossa työskentelevän lähihoitajan työnkuvaan toivottiin muutosta ja koulutusta uusille lähihoitajille ja sijaisille. Kiireisinä päivinä toivottiin lähihoitajista apua esimerkiksi lääkärin avustukseen, koska sairaanhoitajat olivat ylityöllistettyjä. Myös iltaisin ajanvarauksessa työskentelevän lähihoitajan toivottiin avustavan tarvittaessa sairaanhoitajaa

”Joskus illalla se olis oikeesti ihan kiva et ne tulis auttaan ilman et menee pyytään tai se, et jos tulee joku kuumeinen ne vois tulla just ottaan sen tulehdusarvon tai pissanäytteen tai sekin nopeuttais tosi paljon meidän työtä.”

Laitoshuoltajien säännölliset siivousajat olisivat helpommat, voitaisiin tauottaa päivystyksen ja sairaanhoitajavastaanottojen toimintaa, kuten esimerkiksi röntgenissä, jossa on selkeästi siivousaika päivällä.

”Voitashan siihen ajatella.. siistijät kävis sinä aikana kun on se niin sanottu tauko.”

6.3.5 Työajat

Ilta- ja välivuorossa työskentelevän sairaanhoitajan työaikoihin toivottiin muutoksia. Välivuorolaisen työajan toivottiin päättyvän myöhemmin, koska illat olivat usein kiireisiä. Viikonloppuiltoina työssä oli vain yksi hoitaja, koska välivuorolaisen työaika oli silloin vain kuusi tuntia.

“Mutta mä oon edelleenkin sitä mieltä, että arkisin välivuoron hoitaja sais tulla vasta kahteentoista ja olla kaheksaan. Ku se kiire alkaa aina sen jälkeen, kun se välivuorolainen lähtee.”

” Olis viikonloppuna vaikka sitten yhdestatoista seittemään, sekin auttaa enemmän.”

6.3.6 Työrauha

Ajanvarauksen ja puhelinneuvonnan koettiin olevan rauhaton ja meluinen. Äänieristystä puuttui tästä toimipisteestä, käydyt keskustelut kuuluivat potilaiden odotusaulaan.

“Semmonen tila, missä sulla ei olisi kauheeta höpötystä takana, kukaan ei kuulisi sitä keskustelua, ne luukulla olevat ihmiset, koska siitähän kuuluu ihan odotusaulaan se puhe.”

Hoitajavastaanottojen koettiin olevan myös rauhattomia. Varsinkin kakkoshoitajan vastaanoton, koska siihen tullaan usean lääkärin taholta pyytämään avustusta ja hoitaja pitää omaa vastaanottoa. Potilaatkin olivat kokeneet vastaanottotilanteen rauhattomana.

”Kyllä potilaat niistäkin on sanonu, että onko tää teillä tämmöstä touhua, että kyllä häiriintyy vastaanotto.”

Ensiavun työrauhan koettiin häiriintyvän potilasvastaanoton aikana. Puhelimen soidessa hoitaja joutui jättämään potilaan odottamaan ja puhelimesta saatettiin kysyä esimerkiksi laboratoriovastauksia tai kiireettömän lääkärikäynnin ajanvarausta. Nämä puhelut tulisi siirtää ajanvarausta tekevän sairaanhoitajan puhelimeen. Ensiavussa oli useita sisäänkäyntimahdollisuuksia ja niistä kuljettiin ottamatta huomioon ensiavun käyttöä, joka myös aiheutti tilaan rauhattomuutta. Toivottiin, että potilaille tiedotettaisiin paremmin puhelinnumerot, joista he voivat kysyä ajanvarausta, laboratoriovastauksia ja niin edelleen. Sekä poistettaisiin osa puhelinnumeroista potilaiden käytöstä.

”Ja rauhattomia paikkoja, ku joka ovesta pääseen kulkemaan ohi ja menemään, ensiavustaki aina siitä joku kulkee edestakasi, jos siinä jotain tekee ja tarkkailussa ihan sama.”

”Että on se oma rauha tehdä sitä kyllä sitä ensiaputyötä. Puhelin soi ihan koko ajan. Polin puhelimen sais rauhottaa”

6.3.7 Potilaiden yksityisyys

Nykyiset päivystyksen toimitilat olivat epäkäytännölliset ja riittämättömät potilasmääriin nähden. Potilaiden yksityisyys ensiavussa ja tarkkailussa oli huono. Tarkkailun tilat olivat pienet ja ahtaat, potilaat joutuivat olemaan henkilökunnan käytävällä tarkkailussa. Tilat olivat rauhattomat ja vetoiset. Potilaiden yksityisyyden koettiin kärsivän myös ajanvarauksen tiloissa. Tila oli avoin ja kuuluvuus yleisiin odotustiloihin avoin. Toivottiin äänieristystä tilaan, jotta potilaiden yksityisyys säilyisi.

”Se on aika hankalaa ja haasteellista. Tosi inhottava on ottaa potilasta siihen hoitajavastaanotolle, jos siinä on ensiavussa joku.”

”Se on kauhee ongelma kun ihmiset joutuu oleen siinä henkilökunnan käytävällä ja kuuluu kaikki puhe ainakin tonne päivystyksen vastaanotto- tai siis odotusaulaan.”

6.3.8 Koulutus

Koulutuksiin päästiin osallistumaan hyvin. Koulutusta toivottiin esimerkiksi siedätys-hoitoon, ja työssä käytettäviin välineisiin, kuten silmänpainemittarin käyttöön. Elvytys-koulutuksen toivottiin olevan säännöllistä. Ensiaputaidot unohtuivat herkästi ja niihin kaivattiin säännöllistä koulutusta.

“Ensiapukoulutusta saisi olla enemmän, säännöllinen kertaus.”

“Ja sitten vanhojen välineiden käytön kertausta riittävän usein, vaikka kerrattin ni sen silmänpainemittarin käyttö, osasin sen siinä. En oo kertaakaan käyttäny sen jälkeen. En osaa enää.”

Lähihoitajille toivottiin täydennyskoulutusta. Ajanvarauksessa työskennellessä pitäisi olla aikaa, taitoa ja kykyä ohjata ja antaa ohjeita eli tehdä hoidon tarpeen arviointia. Uskaltaa käännyttää kiireetöntä hoitoa tarvitseva potilas kotiin. Lähihoitajien toivottiin osallistuvan tarvittaessa hoitotyöhön.

”Mutta myös se, että luukun toiminta pitäis olla semmosta, et siinä pitäis olla asiansa osaava ihminen. ”

”Sitten sitä perehdytystäki, jos pömpeliin tulee uusi terveystakeskusavustaja tai lähihoitaja.”

6.3.9 Tiedonkulku

Tiedonkulkuun työyhteisössä kaivattiin tehokkuutta, lisää informaatiota sekä koko talon että oman osaston sisällä tapahtuvista asioista. Yleensä tiedonkulku oli heikkoa.

“Tää yks mikä meillä ontuu pahasti, on tiedon kulku. Siis sehän on oikeen viimeisen päälle ongelma.”

Palaverit koettiin tärkeinä informaation lähteinä. Ehdotettiin säännöllisesti pidettäviä viikko- tai aamu palavereja, joissa tiedotettaisiin tulevan viikon tärkeimmät asiat, esimerkiksi ketkä ovat lomalla, kenelle löytyy vastaanottoaikoja, onko uusia lääkäreitä.

“Sehän vois olla periaattees, esimerkiksi maanantaiaamuna puoli kahdeksan, siinähan vois ilmottaa esimerkiksi kuka on lomalla, ketä lääkäreitä on tällä viikolla. Esimerkiksi sekin ku, sä meet puhelinvastaajaksi, sä et tiedä ketä lääkäreitä meillä on talos.”

”Jonkun muistion jättää sitte siihen pöytään, että jokainen pystyy kattoon tämän viikon asiat.”

Ilmoitustaulut toimivat tiedonkulun välineenä. Usein näistä löytyi vanhentunutta tietoa. Ajanvarauksen tiloissa oleva ilmoitustaulu toimi tärkeänä informaation lähteenä. Siihen toivottiin vielä selkeyttä.

”Mä kaipaen jotain semmosta, että ilmoitustaulu olis sillalailta virallisemmän näkönen.”

Osastokokoukset kuuluivat säännöllisesti osaston toimintaan. Osastokokouksia pidettiin noin kerran kuukaudessa. Niissä saatavaa informaatioita ei pidetty riittävänä. Näihin kokouksiin ei myöskään mielellään menty. Työajan puitteissa se ei aina ollut edes mahdollista. Osastokokoukseen voisi koota isommat asiat ja viikoittain järjestettävässä aamupalaverissa käsiteltäisiin kyseisen viikon asiat. Kokouksessa sovituista käytännöistä ei pidetty kiinni, vaan niitä asioita ei tuotu käytäntöön ja noudatettu niin kuin oli sovittu.

“Osastokokoushan on semmonen, et kukaan ei halua sinne mennä ja jos jotain esittää, niin se ei tuu meneen läpi ja jos se menee läpi, niin sitäkään ei noudateta.”

”Ne pitäs olla jotenkin säännöllisesti ja sitte ne pitäs olla ihan vaikka tohon ajanvarauskirjalle merkittynä.”

Posan toimitusjohtajaan ja yleensä hallintoon kohdistuvia kontakteja odotettiin enemmän yhteistyötä suoraan osaston ja hallinnon välille.

”Mutta tietysti, että jos ajatellaan tämmösiä, eihän toimitusjohtaja koskaan käy meillä tai näy, tule kertomaan mitä täällä suunnitellaan.”

”Sekin olis aika ihana asia, että ko joskus tulee niitä kiitoksia tai jotakin sähköpostitse, ni olishan se aika hieno kun hän tulis joka yksikköön ja sanois ne kiitokset ihan itse.”

Tiedottamista asiakkaille ja potilaille pitäisi tehostaa. Terveyskeskuksen aukioloajoista ja puhelinnumeroista pitäisi tiedottaa. Lisäksi lehdessä julkaistaisiin tiedotteita ajankoh-
taisista asioista, muistutettaisiin käytössä olevasta ajanvarausjärjestelmästä, käytössä
olevista puhelinnumeroista sekä mistä mitäkin asiaa voisi kysyä. Posan käytössä oleville
kotisivuille voisi laittaa tietoa yleisemmistä sairauksista ja niiden itsehoidosta.

*”Niitähän on tullu niitä semmosia, missä on kaikki posan puhelinnumerot, mutta sitte
aina kuulee kummenkin, että joku potilas sanoo, että joo he yritti soittaa, mut ko he ei
löytäny mitää oikeen numeroon, et millä numerolla he nyt tänne pääsee.”*

*”Ja siä Posan sivuilla olis sitte, että nyt on tämmöstä tällä hetkellä menossa ja hoito-
ohjeita vois olla siäki. Kotihoito-ohjeita tai kuumeenhoito-ohjeita tai millai toimii.”*

*“On, kyllä on nettisivut. Mutta siellä on ne puhelinnumerot kaikki on siellä rivissä, ettei
tarvi ko sieltä valkata ja soittaa, ei siellä kauheen selkeesti oo, että ota näissä asioissa
yhteys tähän numeroon ja näissä tähän numeroon.”*

Tutkimuksen tuloksista merkittävimpänä päivystyksen toimintaa tehostavana tekijänä
tuli triage eli hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi. Selkeillä hoidon tarpeen kiireelli-
syyden arvioinnin ohjeilla pystyttäisiin ohjaamaan potilaat oikeisiin hoitopaikkoihin
oikea-aikaisesti. Päivystyksen yhtenäiset, kaikkien käytössä olevat, selkeät toimintaoh-
jeet helpottaisivat ruuhkautunutta päivystystä. Yhtä tärkeänä koettiin myös johtamiseen
liittyvät tekijät. Uudistamista ja kehittämistä päivystyksen toimintaan tarvittiin. Muu-
toksia hoitajien työnkuviin, joiden avulla hoitajavastaanotot saataisiin toimiviksi sekä
ajanvarauksessa työskenteleville hoitajille lisää koulutusta hoidon tarpeen arviointiin.
Osaston kokouskäytäntöihin tarvittaisiin muutosta, osastokokoukset koettiin hyödyttö-
miksi nykyisellään. Ajanvaraukseen ja puhelinneuvontaan selkeät potilasohjeet, rauhal-
linen työympäristö ja riittävästi osaavaa henkilökuntaa, joka helpottaisi ajanvarauksen
ja puhelinneuvonnan toimintaa.

7 TRIAGEN KÄYTTÖNOTOSSA HUOMIOON OTETTAVIA SEIKKOJA

Haastattelujen analyysin perusteella eniten päivystyksen toimintaan tehostavasti vaikuttavana nähtiin triagen käyttöönotto. Tässä luvussa pohditaan teoriaan peilaten triagen käyttöönottoon liittyviä seikkoja.

Triagen käyttöönotossa on hyvä ottaa huomioon Grolin ym. (2013) muutosmallin (kuvio 1) havainnollistaman käyttöönottoprosessin vaiheet ja niihin liittyvät seikat. Mallia ei ole kuitenkaan tarkoitettu noudatettavaksi orjallisesti vaan tarvittaessa soveltaen. Muutosmallissa innovaation, kuten tässä tapauksessa triagen, käyttöönoton taustalla on käytännön hoitotyössä havaitut ongelmat ja tieteellinen tieto triagen hyödyistä. (Grol ym. 2013.)

Muutosmallin ensimmäisessä vaiheessa luodaan muutosehdotus (Grol ym. 2013). Triagen osalta se tarkoittaisi muun muassa sitä, että valittaisiin olemassa olevista triage-luokituksista sopiva ja mahdollisesti mukautettaisiin sitä vastaamaan paremmin paikallisia olosuhteita. Tämän jälkeen haettaisiin hyväksyntä luokituksen käytölle

Muutosmallin toisessa vaiheessa arvioidaan nykyistä hoidon suorituskykyä, jolloin tarvitaan indikaattoreita, mittareita ja tietoa olemassa olevista käytännöistä (Grol ym. 2013). Tähän tutkimukseen kuuluvista haastatteluista ilmeni, että päivystyksessä tarvitaan ohjeistus hoidon kiireellisyyden tarpeen arviointia varten, koska kiireetöntä hoitoa tarvitsevat asiakkaat ruuhkauttavat päivystystä. Ohjeistuksen oletettiin vähentävän ruuhkautumista, koska kiireetöntä hoitoa vaativat potilaat voidaan ohjata kotihoitoon tai lääkärin vastaanotolle päiväaikaan

Muutoksen kohderyhminä ovat sairaanhoitajat, lähihoitajat, päivystyksessä toimivat lääkärit sekä päivystyksen asiakkaat. Hoidon suorituskykyä voitaisiin mitata esimerkiksi asiakaspalautteista ja sairaanhoitajia haastatteleamalla. Muutoksen kohteena olisi sekä paikan päällä, että puhelimitse tehtävä ajanvaraus, johon sisältyy hoidon kiireellisyyden tarpeen arviointi ja puhelinneuvonta.

Muutosmallin kolmannessa vaiheessa tehdään kohderyhmän ja puitteiden analyysi, jossa selviää muun muassa tekijät, jotka haittaavat käyttöönottoa (Grol ym. 2013).

Analyysin perustana voidaan käyttää esimerkiksi haastatteluja tai kyselyjä. Käyttöönottoon vaikuttavat tekijät voidaan kategorisoida liittyviksi triage-ohjeistukseen, yksittäisiin hoidon tarjoajiin, sosiaaliseen kontekstiin, organisaationaaliseen kontekstiin tai taloudelliseen ja oikeudelliseen kontekstiin (ks. taulukko 5). Jokaisessa muutosprosessin vaiheessa (ks. taulukko 4) voi olla omat käyttöönottoa haittaavat ja edistävät tekijänsä. Nämä voidaan esittää taulukkomuodossa (taulukko 6).

Taulukkoon kahdeksan on koottu mahdollisia triagen käyttöönottoa haittaavia tekijöitä. Muutosprosessin vaiheissa perehdyttäminen ja käsitys, suurimpina käyttöönoton esteinä voivat olla lähihoitajien asenteet ja muutosvastarinta. Lähihoitajat ovat toimineet ajanvarauksessa iltaisin ja viikonloppuisin. Tällöin he ovat vastanneet ajanvarauksesta ja hoidon tarpeen arvioinnista. On koettu, että heillä ei ole riittävää pätevyyttä hoidon tarpeen arviointiin. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevat potilaat ovat siksi ruuhkauttaneet päivystyksen toimintaa. Jos triage otetaan käyttöön, hoidon tarpeen arvioinnista pitäisi vastata sairaanhoitajat

Triagen käyttöönoton muutos ja ylläpitovaiheessa voisi käyttöönottoon vaikuttavina tekijöinä olla muun muassa sosiaaliseen kontekstiin liittyvät asiat eli asiakkaiden tietämys, asenteet ja odotukset sekä ohjeistukseen liittyvät asiat, kuten ohjeistuksen monimutkaisuus ja käytön vaikeus. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevat asiakkaat ovat tottuneet siihen, että pääsevät päivystävän lääkärin vastaanotolle, joten he myös odottavat pääsevänsä sinne, vaikka triage on käytössä. Monimutkainen ohjeistus puolestaan hankaloittaa hoitajien työtä ja muuttaa suhtautumisen triageen kielteiseksi, jolloin käytännön juurruttaminen osaksi toimintarutiineja voi epäonnistua. Triagen käyttöönottoa saattaa haitata myös resurssipula, koska ajanvarauksessa toimivia lähihoitajia tulisi korvata sairaanhoitajilla. Resurssipula voi haitata myös tietokoneavusteisen triage-ohjeistuksen käyttöönottoa. (Grol ym. 2013.)

TAULUKKO 8. Esimerkki mahdollisista triagen käyttöönottoa haittaavista tekijöistä

Muutosprosessin vaihe:	Haittaavia tekijöitä:
Perehdyttäminen	Lähihoitajilla ei ole käsitystä ajanvaraukseen liittyvistä puutteista eikä triagen tarpeellisuu- desta.
Käsitys	Lähihoitajilla voi olla puolustuskannalla ole- va asenne, koska heidän työnkuvansa muut- tuisi triagen käyttöönoton seurauksena
Hyväksyntä	Sairaanhoitajilla voi olla taitoihin liittyvää epävarmuutta
Muutos	Vaikeakäyttöinen triage-ohjeistus, asiakkailla ei ole tietoa triagesta, asiakkaat odottavat pääsevänsä aina päivystävän lääkärin vas- taanotolle. Triagea ei voi kokeilla ensin pie- nimuotoisesti. Resurssien puute.
Ylläpito	Vaikeakäyttöinen triage-ohjeistus, asiakkailla ei ole tietoa triagesta, asiakkaat odottavat pääsevänsä aina päivystävän lääkärin vas- taanotolle. Voidaan ottaa vanhat käytännöt käyttöön. Johdon tuen puute.

Muutosmallin neljännessä vaiheessa kehitetään ja valitaan parannuksiin tähtäävät stra-
tegiat. Strategioiden soveltamisen ja valinnan pitäisi perustua kolmannessa muutosmal-
lissa tunnistettuihin käyttöönottoa estäviin tai edistäviin tekijöihin. (Grol ym. 2013.)

Taulukossa 9 on esimerkki mahdollisista triagen käyttöönottoon luoduista strategioista.

Sairaanhoitajille tehdyistä haastatteluista ilmeni, että kaikki tiedostivat ongelman, joka
aiheutuu kiireettömän hoidon tarpeessa olevien potilaiden ruuhkauttaessa päivystyksen
toimintaa. Kaikki olivat myös tietoisia siitä, että helppokäyttöisellä ja selkeällä triage-
ohjeistuksella voitaisiin selkeyttää ja helpottaa hoidon kiireellisyyden tarpeen arvioin-
tiin liittyvää päätöksentekoa. Sairaanhoitajat tuntuivat olevan hyvin motivoituneita ot-
tamaan ohjeistuksen käyttöön, kunhan se on helppokäyttöinen ja selkeä. Muutosproses-
sin muutos vaiheessa yhtenä strategiana voisi olla muun muassa reseptihoitajien ja mui-
den sairaanhoitajien vastaanottojen tehokkaampi hyödyntäminen. Esimerkiksi resepti-

hoitajia voitaisiin hyödyntää paljon tehokkaammin ohjaamalla heidän vastaanotoilleen esimerkiksi aikuiset flunssa- ja kuumeapotilaat sekä virtsatieoireiden vuoksi tulleet potilaat. Sairaanhoitajien vastaanottoja pitäisi lisätä ja poistaa heille kuulumattomia tehtäviä, kuten esimerkiksi korvaushoitopotilaiden lääkehoito, varastotilauksien teko. Näillä muutoksilla voitaisiin vähentää päivystävän lääkärin vastaanotolle ohjautuvien kiirettöntä hoitoa tarvitsevien potilaiden määrää.

TAULUKKO 9. Esimerkki mahdollisista käyttöönottostrategioista

Muutosprosessin vaihe:	Haittaavia tekijöitä:	Strategia:
Perehdyttäminen	Lähihoitajilla ei ole käsitystä ajanvaraukseen liittyvistä puutteista eikä triagen tarpeellisuudesta.	Lähihoitajia informoidaan triagen eduista ja vaikutuksista
Käsitys	Lähihoitajilla voi olla puolustuskannalla oleva asenne, koska heidän työnkuvansa muuttuisi triagen käyttöönoton seurauksena	Lähihoitajille kerrotaan ohjeistuksen käyttöönoton vaikutuksista ja mitä käyttöönotto merkitsee heidän työnkuvansa kannalta.
Hyväksyntä	Sairaanhoitajilla voi olla taitoihin liittyvää epävarmuutta	Hoitajille tarjotaan koulutusta, vierailu päivystyksessä, jossa triage käytössä
Muutos	Vaikeakäyttöinen triage-ohjeistus, asiakkailta ei ole tietoa triagesta, asiakkaat odottavat pääsevänsä aina päivystävän lääkärin vastaanotolle. Triagea ei voi kokeilla ensin pienimuotoisesti. Resurssien puute.	Hoitajat otetaan mukaan triage-ohjeistuksen mukauttamiseen, levitetään tietoa triagen käyttöönotosta asiakkaille netin, lehtien ja informaatiolehtisten avulla, kokeillaan triagea tietty aika ja kerätään sen jälkeen palautetta mahdollisia muutoksia varten. Hoitajien tehtävien tehokkaampi organisointi.
Ylläpito	Vaikeakäyttöinen triage-ohjeistus, asiakkailta ei ole tietoa triagesta, asiakkaat odottavat pääsevänsä aina päivystävän lääkärin vastaanotolle. Voidaan ottaa vanhat käytännöt käyttöön. Johdon tuen puute.	Tehdään muutoksia ohjeistukseen hoitajien palautteen perusteella, asiakkaiden informointi, hoitajille ja johdolle annetaan palautetta ohjeistuksen käytön todetuista todellisista hyödyistä

Muutosmallin toteuttamisen viidennessä vaiheessa kehitetään, testataan ja toimeenpannaan käyttöönottosuunnitelma (Grol ym. 2013).

Terveyskeskuksen päivystyksessä ei ole mahdollisuutta testata triagea ensin pienimuotoisesti vaan se on otettava käyttöön heti koko päivystyksessä. Triagen toimivuutta ja vaikutuksia voidaan kuitenkin tarkastella tietyn ajan kuluttua, esimerkiksi kolmen tai neljän kuukauden kuluttua käyttöönotosta. Tällöin voidaan tehdä muutoksia ohjeistukseen hoitajilta saadun palautteen perusteella ja reagoida mahdollisiin muihin käyttöönottoa haittaaviin tekijöihin. Sairaanhoitajien pitäisi olla mukana ohjeistuksen kehittämisessä ja mahdollisten ongelmien analysoinnissa.

Tässä muutosmallin toteuttamisen vaiheessa on myös tärkeää ottaa huomioon vallitseva organisaatiokulttuuri. Grolin ym. (2013) mukaan muutoksen toteuttaminen vaatii selkeää ihmisten johtamista, hyvää yhteistyötä, jatkuvaa oppimista sekä hoidon kehittämistä suosivaa kulttuuria. Sairaanhoitajien haastatteluista ilmeni, että päivystyksessä vallitseva kulttuuri näkyi enemmän vanhojen toimintamallien säilyttämisenä kuin uusien menetelmien ja toimintatapojen innovointina ja käyttöönottona.

Muutosmallin toteuttamisen kuudennessa vaiheessa muutos integroidaan käytännön rutineihin ja organisaation prosesseihin. Tässä vaiheessa on vaarana, että palataan vanhoihin käytäntöihin. Triagen osalta se tarkoittaisi, että ohjeistusta ei käytettäisi hoidon kiireellisyyden tarpeen arvioinnin tukena. Tämä voisi johtua esimerkiksi liian monimutkaisesta ja vaikeakäyttöisestä ohjeistuksesta. Ohjeistus voitaisiin toteuttaa tietokoneohjelmana, joka linkittyisi nykyiseen tietojärjestelmään. Tällaisen toteutuksen esteenä saattaa kuitenkin olla resurssien puute. Toinen mahdollinen syy vanhoihin käytäntöihin palaamiseen voisi olla asiakkaiden puolelta tuleva paine päästä päivystävän lääkärin vastaanotolle. Tällainen paine voi saada hoitajat muuttamaan triage-päätöksiään.

Muutosmallin toteuttamisen viimeisessä eli seitsemännessä vaiheessa arvioidaan tuloksia siinä valossa, että ovatko asetetut tavoitteet saavutettu (Grol ym. 2013).

Triagen käyttöönoton tavoitteena on muun muassa vähentää kiireetöntä hoitoa vaativien potilaiden aiheuttamaa kuormitusta päivystyksessä ja siten lyhentää asiakkaiden odotusaikoja. Ellei tavoitteita ole saavutettu, voidaan päätyä mukauttamaan triage-ohjeistusta tai muita muutosmallin toteuttamisen vaiheisiin liittyviä tekijöitä, kuten esimerkiksi käyttöönoton edistämiseen tähtääviä strategioita. Lisäksi tarkastellaan, onko muutos hyväksytty ja ovatko käyttöönoton edellytykset toteutuneet.

Käyttönottotavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi tarvitaan indikaattoreita tai mittareita, jotka toimivat tavoitteiden saavuttamisen kriteereinä. Yksi indikaattori tai mittari voisi olla päivystykseen otettujen kiireetöntä hoitoa vaativien asiakkaiden lukumäärän suhde kaikkiin päivystykseen otettujen potilaiden lukumäärään. Muutosprosessin suunnittelemisessa on Grolin ym. (2013) mukaan tärkeää, että muodostetaan motivoitunut ja asiantunteva tiimi ja luodaan muutosmyönteinen ympäristö ja ilmapiiri sekä saadaan johdon tuki muutoksen toteuttamiselle.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu tutkijan ja tutkittavan välinen suhde. Tutkijan ja tutkittavan välinen suhde sisältää luottamuksellisuuden, vapaaehtoisuuden ja keskinäisen kunnioituksen. Lisäksi eettisyyteen kuuluu tutkittavien identiteetin suojaaminen. (Tracy 2010, 846 - 947.) Hirsjärvi ym. (2009, 24, 89 - 90) ovat teoksessaan kuvanneet, että eettisyyttä pohdittaessa otetaan huomioon tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä toteutetaan tutkimustuloksia julkaistaessa tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta eli otetaan asianmukaisella tavalla huomioon muiden työt ja saavutukset, kun tutkimuksen tuloksia julkaistaan.

Tässä opinnäytetyössä on otettu huomioon tutkimuksen tekemiseen liittyvät eettiset seikat koko opinnäytetyöprosessin ajan. Tuomi & Sarajärven (2009, 127) mukaan hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Tämä näkyi esimerkiksi siten, että haastateltavia informoitiin tiedon keräämisestä ja käytöstä. Sairaanhoidtajille jaettiin tiedote, jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja miten tutkimus toteutetaan. Lisäksi kerrottiin tietojen käytöstä, niiden luottamuksellisuudesta ja tietojen hävittämisestä tutkimuksen valmistuttua. Haastatteluihin osallistujilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastattelujen nauhoittamiseen ja heitä informoitiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä oikeudesta kieltäytyä osallistumasta.

Opinnäytetyön tekijä valitsi tutkimusaiheen oman kiinnostuksensa pohjalta. Tutkimussuunnitelma esiteltiin työnantajalle ja pyydettiin suostumus opinnäytetyön tekemiseen. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitettiin ammattikorkeakoulussa 28.5.2015 sekä kohdeyksikössä 2.6.2015. Opinnäytetyön tekijä ei ole saanut rahallista korvausta tutkimuksesta.

8.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat aineistonkeruu ja analyysi sekä tutkimustulosten esittäminen. Sisällönanalyysiä käytettäessä vaikuttaa lisäksi aineiston pelkistäminen niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36; Eskola & Suoranta 2003, 210; Hirsjärvi ym. 2013, 232.)

Kylmän ja Juvakan (2007, 127) mukaan tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, totuudellisuus ja siirrettävyys. Uskottavuus sisältää tutkijan omat ennako-odotukset ja johtopäätösten oikeellisuuden. Tutkijan oma persoona on mukana tutkimuksessa, mutta hänen tulee säilyttää neutraali ote tutkimuksen löydöksiä kohtaan. Haastattelutilanteissa pyrin tiedostamaan oman toimintani ja puheeni vaikutukset haastatteluaineistoon ja analysointivaiheeseen. Tässä tutkimuksessa haastattelija ja haastateltavat olivat kaikki sairaanhoitajia ja työskentelivät samassa työpaikassa, mikä vähensi asemaan ja tilanteeseen vaikuttavia seikkoja ja helpotti luottamuksellisen suhteen syntymistä. Haastateltavat kertoivat tehdyissä haastatteluissa avoimesti ja laajasti ajatuksiaan. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tekijä ei voi välttyä vaikuttamasta tutkimuksen lopputuloksiin omien havaintojensa ja tulkintojensa kautta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136). Tätä pyrittiin kuitenkin tietoisesti välttämään esimerkiksi haastattelutilanteissa varomalla ohjaamasta liikaa haastattelujen suuntaa vaan annoin haastateltavien vapaasti kertoa toimivista asioista ja kehittämiskohteista.

Vahvistettavuus tarkoittaa, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista tutkimuksista tai triangulaatiosta. Totuudellisuus kuvaa sitä, kuinka paljon löydökset eli tutkijan johtopäätökset vastaavat tutkimuskohteen todellista tilaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Analyysin vääristymisen estämiseksi puretut haastattelut kategorioitiin aluksi merkitykselliseen ja merkityksettömään materiaaliin. Lisäksi ainoastaan kerran mainitusta tiedosta ei luotu kategoriaa. Alakategorioiden luonnissa otettiin huomioon, että alakategorioiden pitää olla toisensa poissulkevia. Schreierin (2012) mukaan tyypillisesti pystytään muistamaan ja erottelemaan noin neljäkymmentä kategoriaa samanaikaisesti. Tämän vuoksi testikoodaus jaettiin kahteen osaan siten, että käytettyjen kategorioiden määrä ei ylittänyt kummassakaan testikoodauksessa neljäkymmentä. Testikoodaus uusittiin kolmen viikon kuluttua, koska koodaajia oli vain yksi. Koska eri aikoina suoritettut koodaukset olivat keskenään yhdenmukaisia, voitiin koodikehystä pitää luotettavana.

Siirrettävyys edellyttää, että tutkimusaineiston kuvaus on rikasta, jonka avulla lukija voi päätellä, kuinka paljon tutkimuksen löydöksiä voi soveltaa muihin tutkimuskohteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole tutkimusasetelmasta johtuen siirrettäviä.

8.3 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli sairaanhoitajien haastattelujen perusteella kartoittaa päivystyksessä toimivat asiat ja kehittämiskohteet. Tavoitteena oli päivystyksen toiminnan tehostuminen. Tuloksista tärkeimpiä asioita olivat työyhteisön toimivuus, koulutus, johtaminen, puhelinneuvonta, potilasohjaus ja tiedonkulku. Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi osoittautui päivystyksen toimintaa eniten tehostavaksi kehittämiskohteeksi.

Varsinaista kehittämistä työyhteisössä ei toteutettu, vaikka haastattelujen tuloksien perusteella kehitettäviä kohteita oli useita. Alkuperäisen suunnitelman mukaista kehittämistehtävään valittua asiantuntijaryhmää ei koottu, joten myöskään tulosten esittämisen jälkeen tärkeintä kehittämiskohdetta ei valittu. Tuloksia tarkasteltaessa on peilattu teoreettiseen tietoon tärkeimpiä tutkimuksen tuloksia.

Sairaanhoitajien mielestä työpaikalla oli hyvä henki. Heillä oli hyvä työyhteisö. Laakso-
sen (2008, 28) mukaan hyvässä työyhteisössä on selkeät säännöt ja toimintatavat. Ihmiset viihtyvät työssään. Työilmapiiri on ennakkoluuloton, avoin ja turvallinen. Ihmiset kunnioittavat toisiaan. Hyvä työilmapiiri ilmenee muun muassa henkilöstön hyvinä vaikutusmahdollisuuksina, työntekijöiden vastuunkantona ja haluna uudistaa taitojaan ja tietojaan. (Kangasmäki 2007, 13.) Työyhteisössä vaikutusmahdollisuudet olivat heikot, koska esimiehen kiinnostusta kehittämiseen ja muutokseen ei ollut. Työntekijät olivat innokkaita uudistamaan tietojaan ja taitojaan sekä kehittämään työyhteisönsä toimintaa sujuvammaksi.

Koulutukseen pääsyyn oltiin pääosin tyytyväisiä. Elvytyskoulutuksen säännöllisyyttä pidettiin tärkeänä. Kaikille ajanvarauksessa työskenteleville hoitajille, etenkin lähihoitajille toivottiin lisäkoulutusta, koska he eivät tällä hetkellä osallistuneet hoitotyöhön, johon heidän toivottiin osallistuvan. He myös työskentelivät ajanvarauksessa ja puhe-

linneuvonnassa tehden hoidon tarpeen arviointia. Perusterveydenhuollossa sairaanhoitajanhoitajan työnkuvaa on laajennettu sairaus- ja seurantavastaanotoilla sekä puhelinneuvonnassa. (Eloranta & Virkki 2012, 47.) Päivystyksessä työskentelevien hoitajien puhelinneuvonnan koulutuksen tarve on jatkuvaa. (Purc-Stephenson & Trasher 2010, 486) ja tarvitaan myös monikulttuurista osaamista ja kielitaitoa (Elinkeinoelämän keskusliitto EK 2006, 62). Hoitotyön johtajan on varmistettava, että hoitohenkilöstön rakenne, osaaminen sekä työskentelyolosuhteet vastaavat yksikön tehtävän ja potilasturvallisuuden vaatimuksia myös toimintaympäristön muuttuessa, mikä edellyttää ennakointia osaamisen ja henkilöstömäärien osalta (Surakka 2013, 7). Hoitohenkilöstön rakentamiseen tulisi tehdä muutoksia, hoidon tarpeen arviointia tekemässä pitäisi olla aina hyvin koulutettu sairaanhoitaja, joka ei tällä hetkellä työpaikalla toteutunut.

Johtaminen sai osakseen paljon kritiikkiä. Sairaanhoitajien mielestä työpaikalla tarvittaisiin uudistuksia ja muutoksia päivystyksen toimintaan. Esimieheltä kaivattiin kiinnostusta työn kehittämiseen ja henkilökunnan osaamisen hyödyntämiseen. Yhteistoiminnallisella ja osallistuvalla kehittämistyöllä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia hoidon laatuun, työhyvinvointiin ja työn mielekkyyteen (Kivimäki 2011, 21). Esimiesten toimenkuvaan kuuluu auttaa kehittämistyön aloittamisessa ja olla tukena ohjaamassa sekä innostajana oppimisessa ja kehittymisessä (Sulavuori 2007, 64). Kehittämistyön ongelmat liittyvät usein kuitenkin johtamiseen, vuorovaikutukseen ja viestintään (Seppänen-Järvelä 2004, 21). Jos työpaikalla haluttiin kehittää, sitä piti henkilökunnan itse ajaa voimakkaasti eteenpäin, koska esimiehen innostus ja tuki puuttui.

Kehityskeskustelut koettiin tarpeellisiksi, mutta niitä ei pidetty säännöllisesti. Toivottiin avointa keskustelua esimiehen kanssa itsensä ja työyhteisön kehittämisestä. Henkilöstöjohtamisen keskeisiä välineitä ovat muun muassa kehittämissuunnitelmat, jotka pohjautuvat osaamiskartoituksiin ja kehityskeskusteluihin (Surakka 2013, 10). Esimieheltä toivottiin palautetta henkilökunnalle. Palautteen saaminen oli vähäistä ja palaute oli useimmiten negatiivista. Osastonhoitajien johtamistyössä suurimpana kehittämiskohteenä Suomessa on palkitseminen ja palautteen antaminen (Eneh ym. 2012, 167; Orre 2009, 61). Laadukkaan johtamisen piirteitä ovat henkilöstön avoin tukeminen ja osallistuva johtaminen. Myös henkilöstöltä saatua palautetta pidetään tärkeänä ja sen antamiseen kannustetaan. Hoitotyön johtajien tulisi olla helposti lähestyttäviä ja valmiita kommunikoimaan henkilöstön kanssa. (Surakka 2013, 2.) Palautteen ja palkitsemisen avulla voidaan parantaa työtyytyväisyyttä sekä ammatillista kehittymistä ja voimaantu-

misen tunnetta. Palkitsemisena voidaan kokea myös henkilökunnan arvostaminen, koulutus- ja kehittämismahdollisuuksien tarjoaminen sekä oikeudenmukainen työvuoro- suunnittelu. (Surakka 2013, 8.) Johtamisen oikeudenmukaisuus merkitsee työntekijöiden näkökulmasta kuulluksi tulemistä, tiedon saantia, osallistumisen sekä vaikuttamisen mahdollisuutta, reilua palkitsemista sekä rehellistä ja kunnioittavaa kohtelua (Surakka 2013, 5). Positiivisena koettiin se, että hoitajat pystyivät vaikuttamaan työvuorosuunnitteluun. Esimies ei ollut helposti lähestyttävä, joten kommunikointi oli puutteellista henkilöstön kanssa.

Töiden uudelleen organisointi toisi selkeyttä päivystyksen toimintaa ja tyytyväisyyttä työntekijöiden näkökannalta. Päivystyksessä hoidettiin sinne kuulumattomia tehtäviä. Esimerkiksi korvaushoitopotilaat voitaisiin hoitaa mielenterveys- ja päihdetyön piirissä. Osa haavanhoidoista tulisi hoitaa aikuisneuvolan kautta. Muun muassa varastotilauksen teko vie paljon aikaa hoitajien hoitotyöstä. Ajanvarauksessa ja puhelinneuvonnassa toimii tällä hetkellä myös lähihoitajia. Heillä ei ole hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin riittävää koulutusta. Hoitajien mielestä lähihoitajien tilalla pitäisi olla sairaanhoitajia. Lisäksi lähihoitajien työnkuvaa tulisi muuttaa siten, että he osallistuisivat enemmän hoitotyöhön ja reseptihoitajien osaamista tulisi hyödyntää tehokkaammin. Elorannan ja Virkin (2012, 91) tutkimuksessa tehokkaan toiminnan ytimenä nähtiin näyttöön perustuvaan toimintaan liittyvät yhteiset toimintamallit, jotka kohdistuisivat muun muassa työnjakoon ja resurssien tarkoituksenmukaiseen jakamiseen. Fakhriin (2013, 24) tutkimuksessa puolestaan ilmeni, että sairaanhoitajien työtä pystyttiin kehittämään työvuoro- ja työnjakosuunnitteluun vaikuttamalla, päivittäisen toiminnan organisoinnilla, työyhteisön toimintaan vaikuttamisella ja hoitotyötä kehittämällä. Sairaanhoitajien työhyvinvoinnissa ei ole sairaanhoitajien mukaan tapahtunut pitkään aikaan parannusta kiristyvän taloustilanteen vuoksi.

Potilasohjauksen kehittäminen ja hoitohenkilöstön ohjaustaitojen vahvistaminen sekä hoitoketjun arviointi ja tehostaminen ovat tärkeitä kehittämiskohteita terveydenhuollossa (Lipponen 2014, 14). Useimmiten sairaanhoitajat antavat päivystyksessä puhelinneuvontaa, arvioi hoidon tarpeen, antaa ohjeita kotihoitoon sekä ohjaa potilaan hoitoyksikköön (Hansen & Hunskaar 2011, 390). Ajanvarauksen ja puhelinneuvonnan toimintaan toivottiin ohjeistusta. Talon omat potilasohjeet, esimerkiksi vatsataudin ja kuumeen hoitoon selkiyttäisivät ja yhtenäistäisivät potilasohjausta. Lisäksi selkeät hoito-ohjeet

voisi olla saatavilla www-sivuilla (Lindfors-Niilola 2014, 38), tämä tuli esille myös haastatteluissa.

Potilasohje sisältäisi potilaan tilaa kartoittavat kysymykset sekä potilasohjaukseen liittyvät ohjeet, jolloin kaikki neuvoisivat potilaita samalla tavalla. Myös kirjaaminen potilaan puhelinohjaustilanteessa selkiytyisi kaikkien puhelinneuvontaa antavien kohdalla. Puhelinneuvonnalla voidaan ehkäistä tarpeettomia käyntejä päivystysyksikössä ja ohjata potilas tarpeen mukaiseen terveystalouteen (Bishop 2008, 44). Laadukas puhelinneuvonta vaatii aikaa, ohjausmateriaalia sekä ohjausvälineistöä (Tarkiainen ym. 2012, 100). Laadukas puhelinneuvonta on asiakaslähtöinen prosessi, johon sisältyy tiedon keruuta ja käsittelyä sekä päätöksentekoa. Jotta puhelinneuvonta olisi laadukasta, sairaanhoitajalta edellytetään ohjattaviin asioihin, oppimiseen, ohjausprosessiin sekä vuorovaikutukseen liittyviä taitoja ja tietoja. (Purc-Stephenson & Thrasher 2010, 490 – 491.) Päivystysyksikön puhelinneuvonnan tekee haasteelliseksi se, ettei hoitaja näe potilasta vaan joutuu tekemään hoitopäätökset puhelinkeskustelun perusteella (Tarkiainen 2012, 99). Haastatteluissa pohdittiin puhelimesta tehtävän arvioinnin vaikeutta. Soittaja saattaa esimerkiksi liioitella oireitansa, jolloin arviointi ja neuvonta ovat vaikeaa.

Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia varten tulisi olla yhtenäiset, talon sisäiset triage-ohjeet. Ohjeiden avulla hoitoon pääsy selkiytyisi, potilaat ohjattaisiin oikeaan aikaan oikeaan paikkaan. Kaikki ajanvarausta ja puhelinneuvontaa tekevät hoitajat noudattaisivat talon omia ohjeita, tällä pyrittäisiin toimivampaan päivystykseen ja voitaisiin välttää turhia käyntejä ja täten päivystyksen ruuhkautumista. Puhelintriagen tekemiseen tarvittaisiin enemmän aikaa, jotta potilaita voitaisiin haastatella riittävän hyvin. Tämän tueksi pitäisi olla myös joko kirjalliset triageohjeet tai mahdollisuus käyttää päätöksen teon tukena tietokoneohjelmistoa (Purc-Stephenson & Thrasher 2010, 491).

Omanin (2007, 3) mukaan triagen voi toteuttaa tehokkaasti sairaanhoitaja, joka on koulutettu triagen toteuttamiseen ja jolla on pitkä työkokemus päivystyspoliklinisesta hoitotyöstä. Lisäksi hoidon kiireellisyyden tarpeen arviointi vaatii lisäosaamista joiltakin lääketieteen osa-alueilta eikä arviointia voi tehdä pelkän ohjeistuksen varassa (Lindfors-Niilola 2014, 24). Kuitenkin tällä hetkellä ajanvarauksessa ja puhelinneuvonnassa työskentelee lähihoitajia, joilla ei ole arviointiin ja ohjaukseen riittävää koulutusta. Päivystyksessä puhelinneuvonnan koulutuksen tarve on jatkuvaa (Purc-Stephenson & Thrasher 2010, 486).

On olemassa hyvää näyttöä siitä, että puhelintriage voi vähentää ensiavussa työskentelevien perusterveydenhuollon työmäärää (Meer ym. 2012, 124.) Triage- luokittelun käyttö on vaikuttanut huomattavasti potilaiden hoitoon pääsyyn. Se on edistänyt potilasvirtojen hallintaa sekä resurssien tarkoituksenmukaista ja tehokasta käyttöä. (Sillanpää 2008, 42.) Triage-luokittelut vähentävät potilasmääriä päivystyksessä, lyhentävät odotusaikoja, vähentävät henkilökunnan kuormitusta ja auttavat kohdentamaan resurssit oikein (Syväoja & Äijälä 2009, 94 - 95). Terveyskeskuksen päivystyksessä ei karsittu kiireetöntä hoitoa tarvitsevia potilaita pois, vaan he pääsivät kaikki lääkärin vastaanotolle. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevien potilaat tulisi päästä sairaanhoitajien vastaanotolle hoidon tarpeen arviointia varten. Selkeästi kiireettömät potilaat tulisi käännötyä kotihoitoon.

Talon sisäisen tiedonkulun koettiin olevan huonoa ja lisäksi potilaille suunnatussa tiedottamisessa oli kehitettävää. Työyhteisössä tietoa saatiin pääosin sähköpostin välityksellä, mutta tiedonkulkuun osaston sisäisistä asioista kaivattiin parannusta. Viikkopalaverit helpottaisivat tiedon kulkua päivystyksen sisällä. Osastokokoukset koettiin nykyisellään huonoiksi. Niihin ei haluttu osallistua, koska keskustelu osastokokouksissa ei ollut avointa ja kehitettävää. Koko talon sisäiseen informointiin kaivattiin myös tehostusta. Hyvässä työyhteisössä tiedonkulku on hyvä ja työyhteisö arvioi toimintaansa jatkuvasti, jota tukevat säännölliset palaverit (Laaksonen 2008, 28). Tiedottamisen pitäisi olla avointa, työntekijöitä pitäisi kuunnella ja päätöksiä ei pitäisi tehdä hoitajia kuulematta (Kangasmäki 2007, 31 - 32).

8.4 Johtopäätökset ja jatkokehittämisehdotukset

Teoreettisen viitekehyksen ja tutkimuksen tulosten perusteella eniten päivystyksen toimintaan vaikuttava tekijä on hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin käyttöönotto. Triage-ohjeistuksen käyttöönotto helpottaisi potilaiden priorisointia. Henkilökunta toimisi yhdenmukaisesti, potilaat ohjattaisiin oikea-aikaisesti hoitoon oikeaan paikkaan. Lisäksi voitaisiin vaikuttaa päivystyksen ruuhkautumiseen, koska kiireetöntä hoitoa vaativat potilaat ohjattaisiin sairaanhoitajan vastaanotolle, kotihoitoon tai ajanvarausvastaanoille.

Teoreettisen viitekehyksen mukaan triagen ja muiden ohjeistusten käyttöönotossa on otettava huomioon muun muassa käyttöön ottoa edistävät ja haittaavat tekijät, sekä luo-

tava strategiat haittaavien tekijöiden eliminoimiseksi. Se edellyttää, että kohderyhmä ja olemassa olevat puitteet analysoidaan ennen käyttöönottoa. Lisäksi käyttöönoton jälkeen on varmistettava, että uusi käytäntö juurrutetaan aikaisempiin käytäntöihin. Pyritään estämään, ettei vanhoihin toimintatapoihin palata. Muutosten toteuttaminen vaatii muutoksia myös johtamisessa, joka sai osakseen paljon kritiikkiä. Henkilökunta toivoi muutosta ja toimintatapojen uudistamista, lisäksi toivottiin, että henkilökunnan osaamista hyödynnettäisiin paremmin uusien työ- ja toimintatapojen kehittämisessä.

Jatkokehittämisehdotuksena olisi, että Kankaanpään terveyskeskuksen päivystykselle luotaisiin oma triage-ohjeistus. Lähtökohtana voisi olla, joku aiemmin tässä työssä esitellyistä triage-luokituksista, jota mukautettaisiin paikallisiin olosuhteisiin sopivaksi. Ohjeistuksen käyttöönotossa voitaisiin hyödyntää teoriassa esitettyä Grolin ym. (2013) muutosmallia.

LÄHTEET

Alasuutari P. 2007. Laadullinen tutkimus. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Andersson A, Omberg M, & Svedlund M. 2006. Triage in the emergency department a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11(3), 136-145 10p.

Bishop T. 2008. Introducing telephone triage. *Practice Nurse* 36 (4), 43-45.

Elinkeinoelämän keskusliitto EK. 2006. Palvelut 2020 - Osaaminen kansainvälisessä palveluyhteiskunnassa. Loppuraportti.

Eloranta, T. & Virkki, T. 2012. Sairaanhoidajan tulevaisuuden taitoprofiili. Pro Gradu. Kasvatustieteiden yksikkö. Ammattikasvatuksen koulutus. Tampere: Tampereen yliopisto.

Emergency Nurses Association (ENA). 2011. *Emergency nursing, Scope and Standards of Practice*. Des Plaines, IL. USA.

Eneh V, Vehviläinen-Julkunen K & Kvist T. 2012. Nursing leadership practices as perceived by Finnish nursing staff: high ethics, less feedback and rewards. *Journal of Nursing Management* 20, 159 - 169.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6.p. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Estryn-Behar M., van der Heijden B., Fry, C., Hasselhorn, H.-M. 2010. Longitudinal Analysis of Personal and Work-Related Factors Associated With Turnover Among Nurses. *Nursing Research*, 59(3), 166 - 177.

Fakhr, K. 2013. Sairaanhoidajien käsityksiä vaikuttamisestaan ja vaikutusmahdollisuuksistaan. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Fortes-Lähdet, E., Suserud, BO., Jonsson, A., Lundberg, L. 2009. Analysis of triage worldwide. *Emergency Nurse*. 2009. 17(4),16-19.

Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., A., Rosenau, A., M. & Eitel, D., R. 2005. *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. Rockville, MD: AHRQ Publication.

Greatbatch D, Hanlon G, Goode J, OCathain A, Strangleman T, & Luff D. 2005. Telephone triage, expert systems and clinical expertise. *Sociology of Health & Illness*, 27(6), 802830 29p.

Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. 2006. UpDate: international report. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models: integrating

- telephone consultations, triaging, and physician visits or house calls offers a promising model for after-hours care. *Health Affairs*, 25(6), 1733–1737.
- Grol R, Wensing M. 2004. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med JAust* 2004;180:S57-S60.
- Grol, R., Wensing, M., Eccles, M., & Davis, D. 2013. *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*. 2nd edition. Hoboken: Wiley.
- Göransson KE, Ehnfors M, Fonteyn ME, Ehrenberg A. 2008. Thinking strategies used by registered nurses during emergency department triage. *J Adv Nurs*. 2008;61:163-172.
- Handysides G. (1996). *Triage in Emergency Practice*. St Louis: Mosby-Year Book Inc.
- Hansen E. & Hunskaar S. 2011. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway. An evaluation study based on written case scenarios. *BMJ Quality and safety in health care*.
- Harjanne M., Äikäs H., Vaula E., Lähtenmäki H. 2011. Triageohjeistus, yhteispäivystys – Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Kariston Kirjapaino Oy: Hämeenlinna.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. p. Helsinki: Tammi.
- Hitchcock, M., Gillespie, B., Crilly, J., & Chaboyer, W. 2014. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1532-1541.
- Hocker S.M. & Trofino J. 2003. Transformational leadership: the development of a model of nursing case management by the army nurse corps. *Lippincott's Case Management*. 8(5):208-13
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä 2 painos. Helsinki. WSOY.
- Jobe, J., Ghuyssen, A., Gerard, P, Hartstein, G., & D'Orion, V. 2014. Reliability and validity of a new French-language triage algorithm: the ELISA scale. *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 115-120.
- Kaartinen, J., Kirves, H. & Kantonen, J. 2010. Kurkistus peiton alle olisi auttanut. *Suomen lääkirilehti* 2010;65(33), 2593- 2595.

- Kaartinen, J., Kirves, H. & Kantonen, J. 2010. Kurkistus peiton alle olisi auttanut. Suomen lääkirilehti 2010;65(33), 2593- 2595.
- Kangasmäki, E. 2007. Eettisen johtajuuden toteutuminen ja sen merkitys henkisen työhyvinvoinnin tukemisessa - sairaanhoitajien kokemuksia sairaalan osaston työyhteisössä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Kiuru, S. 2008. Triage päivystyshoitajan erityisosaamista. Tehy 2008;16, 21–24.
- Kivimäki R (2011) Työhyvinvointi on tehtävä. Terveystieteiden työpaikat työhyvinvointia kehittämässä. Tampereen yliopisto. Työelämän tutkimuskeskus. Työraportteja 87/2011.
- Kokkinen L. 2013. Työntekijät julkisten sairaaloiden rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä ja rakennemuutosten seurausten kokijoina. Tampereen Yliopisto: väitöskirja.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.
- Kylmä, J & Juvakka, T.2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.
- Laaksonen H. 2008. Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Vaasan yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Lerssi-Uskelin, J., Vanhala, A., Vähätiitto, H. 2011. Kohti innostunutta työyhteisöä. Työterveyslaitos: Helsinki.
- Lindfors-Niilola, A. 2014. Kiireettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: triagehoitajien haastattelut. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Lång, T. 2013. Sairaanhoitajien käsityksiä yhteispäivystyksessä tarvittavasta osaamisesta. Pro gradu –tutkielma. Itä Suomen yliopisto.
- Malmström, R. Kiura, E., Malström, T., Torkki, P. & Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen Lääkirilehti 67 (9), 699-703.
- Meer, A., Gwerder, T., Duembgen, L., Zumbrunnen, N., & Zimmermann, H. 2012. Is computer-assisted telephone triage safe? A prospective surveillance study in walk-in patients with non-life-threatening medical conditions. Emergency Medicine Journal, 29(2), 124-128.
- Oman, K.S. & Koziol-McLain, J. 2007. Emergency nursing secrets. Toinen painos. Missouri, USA: Mosby Elsevier.

Orre P 2009. Hoitotyön vetovoimaisuus osastonhoitajan työn haasteena. Pro Gradututkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Pousi Jouni. 2012. Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion kehittäminen Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma.

Purc-Stephenson RJ & Thrasher C. 2010. Nurses' experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. *Journal of Advanced nursing* 66 (3), 482-494.

Riikonen E, Tuomi K, Vanhala S, Seitsamo J. 2003. Hyvinvoiva henkilöstö-menestyvä yritys. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.

Ruusuvuori J. & Tiittula L. (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino: Tampere.

Ryan, G. & Bernard, H. 2000. Tiedon hallinta ja analyysimenetelmät. Teoksessa *The Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks. Denzin, N. & Lincoln, Y. (toim.) London. Sage Publications, 769–793.

Schreier M. 2012. *Qualitative Content Analysis in Practice*. Lontoo: Sage.

Seppänen A. 2013. Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista. *Suomen lääkirilehti* 2013(18), 1318 - 1320.

Seppänen-Järvelä R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. *Stakes, FinSoc arviointiraportteja 4/2004*. Helsinki.

Sillanpää, K. 2008. Potilaaksi päivystyspoliklinikalle. Teoksessa *Ensihoito*. Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. (toim.) Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 40–45.

STM 2004. Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 13. Helsinki. STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Haettu 2.12.2014. osoitteesta: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2010a Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmämuistio. 2010:4. Helsinki.

STM. 2010b. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, Helsinki, 19 - 22, 27 - 28.

Sulavuori M. 2007. Kehittämistyöllä pallo haltuun. Kehittämissuorituksen avulla ideoita lastensuojeluun ja voimavaroja työssä jaksamiseen. Raportteja 3/2007. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Suominen T, Rankinen S, Kuokkanen L, Kukkurainen M-L, Savikko N & Irvine Doran D. 2007. The constancy of work- related empowerment. *Journal of Nursing Management* 15: 595 – 602.

Surakka T. 2013. Hoitohenkilökunnan arviointeja osastonhoitajan ja ylihoitajan johtamisesta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

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

Tarkiainen, K., Kaakinen, R, Kyngäs, H., & Kääriäinen, M. 2012. Quasi-experimental study of the quality of telephone triage in emergency unit. *Hoitotiede*, 24(2), 98-113.

Toikko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Tracy S.J. 2010. Qualitative Quality: Eight “Big.Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 30.4.2016. Hyvä <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

Vehmanen M. 2010. Päivystykset siirtyvät triage-aikaan. *Suomen lääkärilehti* 2010(37), 2914 - 2916.

Yoon, P., Steiner, I., Reinhard, G. 2003. Analysis of Factors influencing length of stay in the emergency department. *Canadian Journal Emergency Medicine*. 2003:5, 155-161.

Zimmerman PG (2002). Guiding principals at triage: advice for new triage nurses. *Journal of Emergency Nursing*; 28: 24–33.

LIITTEET

Liite 1. Kategoriat ja niihin koodattujen tekstikatkelmien lukumäärät

Kategoriat					H1	H2	H3
Toimivat asiat					0	0	0
T1.1	Hyvä työyhteisö				1	1	1
T1.2	Yhteistyö eri tahojen välillä				4	4	0
T1.3	Sairaanhoidtajien roolit päivystyksessä				1	0	1
T1.4	Korvaushoito ja Maren määritykset				0	0	2
T1.5	Koulutus				0	1	2
T1.6	TeleQ				0	4	0
T1.7	Ajanvaraukset vastaanotoille				0	3	0
T1.8	Muut toimivat asiat				1	0	1
Kehittämiskohteet					0	0	0
K1	Toimitilat				0	0	0
K1.1		Päivystykset samaan toimitilaan			0	0	4
K1.2		Ensiavun ja tarkkailun tilat			2	1	3
K1.3		Päivystävän sairaanhoidajan tila			1	0	1
K1.4		Haavanhoituhuone			3	0	1
K1.5		Ajanvaraus ja puhe-			5	0	3

		linneuvonta					
K1.6		Varastotilat			1	1	0
K1.7		Ajanvarauksen pyö- rätuoliluukku			3	0	0
K1.8		Ambulanssipilaat			0	0	2
K1.9		Muuta toimitiloista			3	0	1
K2	Välineet				0	0	0
K2.1		Perustyövälineet			4	1	1
K2.2		Välinehuolto			2	0	0
K2.3		Muuta välineistä			9	2	0
K3	Päivystyk- sen ruuh- kautuminen				0	0	0
K3.1		Lääkäreiden määrä			2	0	0
K3.2		Lääkäreiden toiminta			1	3	2
K3.3		Päivystysajanvarauk- sia vastaanottoa pitä- ville lääkäreille			0	4	0
K3.4		Muuta päivystyksen ruuhkautumisesta			2	1	0
K4	Ajanvaraus ja puhelin- neuvonta				0	0	0
K4.1		Ajanvarauksen oh- jeistus			6	4	1
K4.2		Ajanvarauskirjan täyttäminen			12	1	0
K4.3		TeleQ			1	0	0
K4.4		Potilasohje			0	0	3
K4.5		Triage			0	0	0
K4.5.1			Triagen tekemisen haasteita		20	1 1	4
K4.5.2			Kysymys- lista		0	0	3
K4.5.3			Muuta triagesta		2	4	1
K5	Johtaminen				0	0	0
K5.1		Uudistaminen ja kehittäminen			11	4	2
K5.2		Kehityskeskustelut			0	2	0

K5.3		Esimiehen palaute			0	4	0
K5.4		Lääkäreiden ja hoitajien yhteistyö			5	0	3
K5.5		Työn organisointi			0	0	0
K5.5.1			Sairaanhoidotajien työn organisointi		0	0	0
K5.5.1.1				Korvaushoidot	1	3	0
K5.5.1.2				Haavahoidot	0	2	4
K5.5.1.3				Pömpeli	2	8	5
K5.5.1.4				Hoitajavastaa- ottojen ajanva- raus	3	0	0
K5.5.1.5				Päivystykseen kuulumattomia asioita	4	1	3
K5.5.1.6				Kakkoshoitaja	0	2	1
K5.5.1.7				Muuta sairaan- hoitajan työn organisoinnista	12	0	1
K5.5.2			Reseptihoi- tajan työn organisointi		4	3	6
K5.5.3			Lähihoita- jien työn organisointi		12	7	5
K5.5.4			Laitoshoita- jien työn organisointi		7	0	0
K5.5.5			Muuta työn organisoin- nista		1	2	5
K5.6		Muuta johtamiseen liittyvää			6	2	0
K6	Työajat				0	0	0
K6.1		Aamu- ja välivuoro- laisen työajat			3	5	3
K6.2		Marevan määritykset			0	2	2
K7	Työrauha				0	0	0
K7.1		Ajanva- raus/puhelinneuvonta			5	2	1

K7.2		Hoitajavastaanotot			2	0	1
K7.3		Ensiapu			8	2	1
K8	Potilaiden yksityisyys				0	0	0
K8.1		Ensiapu ja tarkkailu			3	1	3
K8.2		Pömpeli			1	0	1
K9	Koulutus				0	0	0
K9.1		Lähihoitajat			7	2	2
K9.2		Elvytyskoulutus			1	1	1
K9.3		Muuta koulutuksesta			1	6	0
K10	Tiedonkulku				0	0	0
K10.1		Hoitajien vastuualu- eet			1	3	0
K10.2		Palaverit			3	7	7
K10.3		Ilmoitustaulut			3	0	3
K10.4		Jäsenkunta-asiat			4	0	0
K10.5		Osastokokoukset			6	7	7
K10.6		Kontaktit johtopor- taaseen			0	0	2
K10.7		Tiedottaminen asiak- kaille			8	5	0
K10.8		Muuta tiedonkulusta			4	4	1

Liite 2. Opinnäytetyössä käytettyjä tärkeimpiä lähteitä

Tutkimuksen tekijät, vuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehävät	Metodi	Kohderyhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
Andersson A. ym. 2006. Triage in the emergency department a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions	Tarkoituksena oli kuvailla, miten hoitajat suorittavat hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointia potilaiden saapuessa Ruotsin maaseudulla sijaitsevan maakunnalliseen sairaalan päivystyksikköön sekä myös tuoda esiin tekijöitä, jotka huomioidaan priorisoitaessa päätöksen teon yhteydessä	Kvalitatiivinen tutkimus.	Päivystystilanteita varten koulutetut sairaanhoitajat (n=19)	Haastattelu ja tarkkailu. Analysointi sisällönanalyysillä.	Sairaanhoitajien triage-päätöksiin vaikuttavat tekijät, tietämys, intuitio, rohkeus, epävarmuus, itseluottamus, rationaalisuus, yleiset olosuhteet, aikatekijät, riskit/uhat, kipu, testitulokset, fyysiset tarkastukset, kokonaisvaltainen näkemys.
Greatbatch D. ym. 2005. Telephone triage, expert systems and clinical expertise.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kuvata käytännöt ja päättely, joita triagea tekevät ja potilaat käyttävät toimiessaan ja tulkitessaan toisten käyttäytymistä. Triagen tekemiseen käytettiin asiantuntijajärjestelmää.	Kvalitatiivinen tutkimus	perustuu kuumakymmenen potilaan nauhoitettuun soittoon sekä niihin liittyviin kopioihin CAS-puheluraportteista.	Aineisto puhelunauhokasetista ja puheluraportteista. Keskusteluanalyysin periaatteita käytettiin analysointiin.	Käytännössä hoitajat käyttävät CAS-järjestelmää monin eri tavoin, vaikka järjestelmän tarkoitus oli standardoida annettavaa ohjeistusta. Hoitajat tarjosivat yksilöllistä hoitoa ja asettivat oman ammattitaitonsa etusijalle. Asiantuntijajärjestelmät tallentavat vain osan siitä, mitä hoitajat tekevät.
Hitchcock, M. ym. 2014. Triage: an investigation of the process and potential vulnerabilities	Tarkastella ja kuvailla päivystysosaston triage-prosessia sellaisten ongelmien ja haavoittuvuuksien tunnistamiseksi, jotka voivat vaikuttaa triage-prosessiin	Kvalitatiivinen tutkimus.	Triage-hoitajat ja muut triage-prosessissa olleet henkilöt, vastaavat lääkärit. 60 tarkkailtavaa triage-tapahtumaa, 31 vapaamuotoista haastattelua, 14 puolistrukturoitua haastattelua.	Aineiston keruussa käytettiin havainnointia, kenttämuistiinpanoja sekä haastatteluja. Analysointi teemaattista analyysia käyttäen.	Löydettyjä haavoittuvuuksia ja ongelmia olivat: hoidon tarpeen yli- ja aliarviointi, pidentynyt triageen käytetty aika, virheet triageessa, useiden potilaiden saapuminen samanaikaisesti, sekä päivystysyksikön ruuhkautuminen.

<p>Kangasmäki, E. 2007 Eettisen johtajuuden toteutuminen ja sen merkitys henkisen työhyvinvoinnin tukemisessa - sairaanhoitajien kokemuksia sairaalan osaston työyhteisössä</p>	<p>Selvittää eettisen johtajuuden toteutumista ja sen merkitystä henkisen työhyvinvoinnin tukemisessa sairaalan osaston työyhteisössä sairaanhoitajien kokemusten mukaan. Näkemyksiä eettisestä johtamisesta.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Sairaanhoitajat (=13)</p>	<p>Avoin esseevastaus Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Hyvästä eettiseltä johtajuudelta odotetaan oikeudenmukaisuutta, tasa-arvoa, sairaanhoitajan työn ja asiantuntemuksen arvostusta työyhteisössä ja organisaatiossa. Sairaanhoitajat odottavat myös vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä.</p>
<p>Meer, A. ym. 2012. Is computer-assisted telephone triage safe? A prospective surveillance study in walk-in patients with non-life-threatening medical conditions.</p>	<p>Tutkia ilman ajanvarausta ja ilman hengenvaaraa oleviin potilaisiin kohdistuneen tietokoneavusteisen puhelintriagea turvallisuutta eräässä Sveitsin yliopistollisen sairaalan päivystysyksikössä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Cohenin k-kerroin ja Cohenin painotettu k-kerroin</p>	<p>208 tapausta otettiin mukaan tutkimukseen, joille puhelinneuvonta teki myöhemmin hoidon kiireellisyuden arvioinnin ja jotka sairaalalääkärit arvioivat</p>	<p>Tiedot tallennettiin potilastietokantaan ja luettiin seiltä.</p>	<p>Puhelinneuvonta edellyttää kommunikointiin koulutuksen saaneita päteviä spesialisteja sekä sopivaa tietotekniikkaa. Jos nämä ehdot täyttyvät tietokoneavusteista puhelintriagea voidaan pitää turvallisena menetelmänä potilaiden terveydentilan mahdollisten kliinisten riskien arvioimiseen.</p>
<p>Surakka, T. 2013 Hoitohenkilökunnan arviointeja osastonhoitajan ja ylihoitajan johtamisesta.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata erään sairaalan hoitohenkilöstön arviointeja osastonhoitajan ja ylihoitajan johtamisesta omassa työyhteisössä ja miten heidän taustatekijänsä ovat yhteydessä näihin arviointeihin</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä keväällä 2012 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin erään sairaalan medisiinisen ja operatiivisen tulosyksikön hoitohenkilökunnalta (=75)</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake. Tilastollisina menetelminä käytettiin ristintaulukointia ja khiin neliö-testiä, joiden avulla tarkasteltiin hoitohenkilökunnan arviointien välisiä eroja taustamuuttujittain.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan arviointien mukaan osastonhoitajien johtamiseen ollaan pääosin melko tai erittäin tyytyväisiä. Lähijohtajat kohtelevat työntekijöitään ystävällisesti, oikeudenmukaisesti ja kannustavat heitä kehittämään omaa osaamistaan.</p>

Liite 3. Tiedote sairaanhoitajille

TIEDOTE

2015

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydän sinua osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kartoittaa Po-Sa:n päivystyksen sairaanhoitajien kehittämisehdotuksia sairaanhoitaja- ja päivystysvastaanottojen tehostamiseksi.

Osallistumisesi tähän opinnäytetyöhön on vapaaehtoista. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pohjois-Satakunnan peruspalvelu kuntayhtymästä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla päivystyksen yhdeksää sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutetaan ryhmähaastatteluina haastateltavien työajalla pääterveyskeskuksen kokoushuoneessa. Haastattelut suoritetaan kolmessa ryhmässä ja kuhunkin haastatteluun varataan aikaa 1-2 tuntia. Haastattelut nauhoitetaan haastateltavien luvalla.

Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä ja opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Sinulta pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, eikä opinnäytetyön raportista pysty yksittäistä vastaajaa tunnistamaan.

Mikäli sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni kysymyksiisi.

Opinnäytetyön tekijä:

Jaana Hartonen
Sairaanhoitaja (YAMK)- opiskelija
Terveystieteiden koulutusohjelma
Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 4. Suostumus

SUOSTUMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa PoSa:n päivystyksen sairaanhoitajien kehittämis ehdotuksia vastaanotto- ja päivystystoiminnan tehostamiseksi. Suostun siihen, että haastattelut nauhoitetaan.

Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä siitä tai perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen, että haastattelussa saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika Kankaanpää _____

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys