

Jaana Peltola

# Näyttöön perustuva toiminta hoitotyön koordinoinnissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan  
kehittäminen ja johtaminen  
Sairaanhoitaja, ylempi AMK  
Opinnäytetyö  
Kevät 2012

Tekijä(t) Otsikko	Jaana Peltola Näyttöön perustuva toiminta hoitotyön koordinoinnissa
Sivumäärä Aika	45 sivua + 5 liitettä 30.3.2012
Tutkinto	Sairaanhoitaja, YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Yliopettaja, TtT, Anneli Sarajärvi
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön koordinaattoreiden kokemuksia koordinaattoritoiminnasta sekä hakea näyttöä koordinaattorimallin hyödyistä HUS Lasten ja nuorten sairaalassa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla koordinaattoritoimintaa voidaan edelleen kehittää näyttöön perustuen.</p> <p>Tutkimuksen lähestymistapa on sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen. Primääriaineisto kerättiin hoitotyön koordinaattoreilta teemahaastattelun avulla (N=4) kevään 2011 aikana. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä. Sekundaariaineiston koostui koordinaattoreiden tekemistä raporteista (N=80), jotka analysoitiin kvantitatiivisesti ja kvalitatiivisesti.</p> <p>Tulosten mukaan koordinaattoritoiminnassa näyttöön perustuva hoitotyö ei korostunut. Koordinaattorit käyttivät vähän tieteellistä tietoa työssään toimintansa perustana. Kuitenkin tieteellisen tiedon hyödyntäminen koettiin tärkeänä toiminnan kehittämisen kannalta. Kokemukseen perustuva tieto ohjasi pääosin koordinaattorin toimintaa ja toiminnan kehittämistä. Koordinaattorin työ koettiin vaativana, mutta mielekkäänä. Koordinaattoritoiminnalla koettiin olevan positiivista vaikutusta hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin, työviihtyvyyteen ja toiminnan sujuvuuteen hoitotyössä. Koordinaattorit kokivat hoitotyön päätöksenteon olevan jäsentyneempää kuin aikaisemmin. Koordinaattoritoiminta oli edistänyt kollegiaalisuutta, toimintakäytänteiden yhtenäistämistä, yhteistoiminnallista työskentelyä sekä osallistavan johtamisen toteutumista. Yhteistoiminnallinen työskentely edisti potilasturvallisuutta ja asiakaslähtöistä toimintatapaa. Asiakkaan etu katsottiin hoitotyön päätöksenteon lähtökohdaksi ja asiakas otettiin mukaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.</p> <p>Edelleen kehittämishaasteena on koordinaattoreiden tieteellisen tiedon käytön lisääminen hoitotyön päätöksenteossa, koska se perustui pääosin kokemustietoon.</p>	
Avainsanat	Hoitotyö, koordinointi, näyttöön perustuva toiminta

Author(s) Title	Jaana Peltola Evidence-Based Practice in management
Number of Pages Date	45 pages + 5 appendices Spring 2012
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Social Services and Health Care Development and Management
Specialisation option	
Instructor(s)	Anneli Sarajärvi, PhD, Principal Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe bed management and to find evidence for the benefits of the use of the bed management model at the Children's Hospital within the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS). The objective was to provide information which would benefit in developing the model more. The research task was to evaluate bed management through the main concepts of the evidence-based practice model.</p> <p>The research approach to the primary data is qualitative, and theme interviews (n=4) were used for gathering the data from the bed managers during spring 2011. The data were analyzed using content analysis. In addition, the reports (n=80) written by the bed managers, that formed the secondary data, were analyzed qualitatively and quantitatively.</p> <p>According to the findings, most of the bed managers rarely used scientific knowledge in their work. However, the utilization of scientific knowledge was seen important in developing bed management. Experience-based knowledge has guided the development of bed management job. Bed management has promoted collegiality and unification of practical customs, enhanced client orientation, the actualization of multiprofessional co-operation and participatory management. The decision-making is currently more structured. All these increase client safety. Bed management has also had an impact on work well-being because resources are now being divided more evenly.</p> <p>Increasing the use of scientific knowledge of bed managers came up further as the developmental challenge in the decision making of nursing, since it was based mainly on experience.</p>	
Keywords	Evidence-based practise, bed management, nursing care

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Näyttöön perustuva toiminta hoitotyön koordinoinnissa	2
2.1	Näyttöön perustuva toiminta	2
2.2	Näyttöön perustuva toimintamalli	4
3	Hoitotyön koordinaattoritoiminta	7
3.1	Koordinaattoritoiminnan taustaa	7
3.2	Koordinaattoritoiminta aikaisemman kirjallisuuden perusteella	8
3.3	Koordinaattoritoiminnan hyödyt	11
4	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät	13
5	Tutkimuksen toteuttaminen	13
5.1	Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat	13
5.2	Aineiston keruu	14
5.2.1	Teemahaastattelu	14
5.2.2	Sekundaariaineisto	17
5.3	Aineiston analyysi	17
6	Tutkimuksen tulokset	20
6.1	Tieteellisen tiedon käyttö	21
6.2	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö	22
6.3	Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tiedon käyttö	27
6.4	Koordinaattoritoiminnan vaikutukset johtamiseen	30
6.5	Sekundaariaineiston tulokset	36
7	Pohdinta	38
7.1	Tutkimustulosten tarkastelua	38
7.2	Eettiset näkökohdat	41
7.3	Luotettavuuden tarkastelua	42
7.4	Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	44

Lähteet

Liitteet

## 1 Johdanto

Maailman terveysjärjestö (WHO) on tuottanut linjauksia hoitotyön vaikuttavuuden lisäämiseksi. WHO:n yleiskokouksen päätöslauselma vuodelta 2001 korostaa näyttöön perustuvan terveydenhuollon edistämistä. Se kehottaa vastaamaan terveystarpeisiin vankan tieteellisen ja kliinisen näytön perusteella. Myös monet Euroopan maat, kuten Suomi, ovat sitoutuneet tukemaan tutkimusta ja tiedon levittämistä sekä näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä. (Perälä – Toljamo – Vallimies-Patomäki – Pelkonen 2008.)

Suuri ikäluokka on jäämässä eläkkeelle poistuen työmarkkinoilta. Terveystarpeissa on todettu olevan henkilöstövajetta johtuen määräaikaisista poissaoloista tai vuosilomista. Terveystarpeiden organisaatioissa joudutaan miettimään, kuinka hoitaa potilaita mahdollisimman tehokkaasti huomioiden potilasturvallisuus ja hoitotyön laatu. Haasteena on luoda terveydenhuollosta niin vetovoimainen, että se tuo ammattitaitoista ja osaavaa henkilökuntaa alalle. Ratkaisuksi tarvitaan uusia ja innovatiivisia työtapoja sekä moniammatillisia verkostoja, jotka tarjoavat asiakaslähtöisiä, turvallisia ja vaikuttavia hoitotyön palveluita. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) on tiedostettu lähitulevaisuuden henkilöstöstrategian muutoshaasteet: vähenevä työvoiman määrä, palvelujen kysynnän kasvu sekä tiedon ja teknologian lisääntyminen. Näihin muutoshaasteisiin HUS vastaa henkilöstöstrategiansa mukaisesti asiakkuusajattelulla, johtamisen parantamisella ja ydinosaamisella. (HUS strategia 2010.)

Syksyllä 2009 HUS Lasten- ja nuorten sairaalan pediatrian tulosyksikössä otettiin käyttöön hoitotyön koordinaattorimalli, joka perustui kansainvälisesti käytettyyn "Bed Management" -toimintaan. Hoitotyön koordinoijana toimi apulaisosastonhoitaja tai kokenut sairaanhoitaja, joka organisoivat potilaan sujuvaa ja tarkoituksenmukaista hoitoa sairaalan sisällä. Toiminta on vielä uutta Suomessa, joten tietoa toiminnasta tarvitaan. Ongelmana HUS Lasten ja nuorten sairaalan päivystyksessä oli pitkä siirtymäaika osastohoitoon. Koordinaattorimallin kehittäminen pohjautui tarpeeseen saada työntekijä, joka on selvillä osastojen tilanteesta päivystysaikana ja joka osaa koordinoita toimintaa. Hoitotyön koordinaattorin tulisi olla tietoinen siitä, minkälaisia potilaita hoidetaan osastoilla ja päivystyksessä, millainen on potilaspaikka- ja henkilökuntatilanne, resurssit ja osaaminen. Hänellä pitäisi olla myös taitoa ennakoida seuraavaa työvuoroa.

Tärkeimpiä hoitotyön haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuvissa toimintaympäristöissä ovat henkilöstön sitoutumisesta ja työhyvinvoinnista huolehtiminen, näyttöön perustuvat, yhtenäiset käytännöt sekä potilasturvallisuutta edistävät toimintatavat. Hoitotyön koordinoinnilla pyritään vaikuttamaan myös näihin asioihin. (Perälä – Toljamo – Vallimies-Patomäki – Pelkonen 2008.) Tämän työn tarkoituksena oli selvittää hoitotyön koordinaattoreiden kokemuksia koordinaattoritoiminnasta sekä hakea näyttöä koordinaattorimallin hyödyistä HUS Lasten ja nuorten sairaalassa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla koordinaattoritoimintaa voidaan kehittää edelleen näyttöön perustuen.

## **2 Näyttöön perustuva toiminta hoitotyön koordinoinnissa**

### **2.1 Näyttöön perustuva toiminta**

Terveydenhuollossa ja hoitotyössä tavoitellaan toiminnan perustumista näyttöön sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Myös johtamisen, poliittisen päätöksenteon, laadun kehittämisen ja koulutuksen perustumista näyttöön korostetaan. Onnistunut näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen hoitotyössä edellyttää eri tehtävissä toimivien hoitotyön johtajien, opettajien ja tutkijoiden yhteistyötä. Näyttöön perustuva hoitotyö (evidence-based nursing), näyttöön perustuva toiminta (evidence-based practise) ja tutkimukseen perustuva hoitotyö (research based nursing), näyttöön perustuva johtaminen (evidence-based management/ evidence-based leadership) ja näyttöön perustuva lääketiede (evidence-based medicine) voidaan yleisesti määrittää parhaan, ajantasaisen tiedon hankkimiseksi sekä sen järjestelmälliseksi, kriittiseksi ja harkituksi käytöksi sekä arvioinniksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotyössä. Kyse on siis tiedosta, päätöksenteosta, toiminnan toteutuksesta, tuloksesta ja arvioinnista. Kaiken perustana on käsite "näyttö", jonka perusteella tulos arvioidaan. (Perälä ym. 2008; Sarajärvi 2009.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisilla kehittämisohjelmilla, KASTE -ohjelmilla (2008-2011, 2012-2015) ohjataan ja tuetaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä sosiaali- ja terveystieteellisen linjauksen mukaisesti. Pää tavoitteina ovat: (1) ennalta ehkäiseminen ja varhainen puuttuminen, (2) henkilöstön riittävyyden vahvistaminen ja osaamisen vahvistaminen ja (3) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksien ja vaikuttavien toimintamallien uudistaminen. Johtamisosaamisen ja käytäntöjen uudistaminen

on välttämätöntä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisten ja toiminnallisten uudistusten toteuttamiseksi sekä edistää näin henkilökunnan riittävyyttä, oikeaa kohdentumista sekä työhyvinvointia muuttuvassa toimintaympäristössä. Keskeisenä näkökulmana on ennen kaikkea asiakaslähtöisyys. (STM 2008, 2012.)

KASTE- ohjelmien valtakunnallisten toimeenpanosuunnitelmien mukaan johtamisen kehittämisen tavoitteena on parantaa sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuutta ja saatavuutta edistämällä näin henkilöstön hyvinvointia. "Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön toimintaohjelma (2009 – 2011) " tarkoituksena on tukea hoitotyön johtajia hoitohenkilöstön osaamisen ja ammatillisen toiminnan kehittämisessä. Toimintaympäristön muutokset ja uudet palvelukonseptit muuttavat hoitotyötä vaativammaksi ja itsenäisemmäksi edellyttäen vahvaa tiimityötä. Hoitotyön tehtäväkuvat laajenevat, jolloin hoitotyön johtamisen kehittämisen haasteet liittyvät toiminnan eettisiin lähtökohtiin ja potilasturvallisuuteen sekä vaikuttavuuden tuottavuuden ja tuloksellisuuden parantamiseen. (STM 2009, 2012.)

Hoitotyön johtajilla on keskeinen rooli hoitotyön kehittämisessä. Hoitotyön johtaminen on tiedolla johtamista, millä tarkoitetaan organisaation henkisen pääoman, aineettomien voimavarojen ja tiedon tuottamisen johtamista sekä tiedon hallintaa. Avoin tiedonvälitys takaa yhtenevän ja läpinäkyvän tiedon organisaation työntekijöille, yhteistyökumppaneille, asiakkaille, potilaille ja väestölle. Avoin tiedonvälitys auttaa jakamaan merkityksellistä kokemusta, välttämään tarpeetonta työtä, nopeuttamaan perehdytystä ja ylläpitämään tietoja ja taitoja toimintaympäristön muutoksessa. Hoitotyön johtamisen päämääränä on asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen asiakaslähtöisillä, turvallisilla ja vaikuttavilla hoitotyön käytännöillä. Johtamisen tulisi perustua näyttöön ja sen tarkoituksena on lisätä terveydenhuollon tuottavuutta, vaikuttavuutta ja turvata asiakaslähtöinen hyvä hoito sekä potilaan oikeudet. Huomioitavaa on, että tiedolla on merkitystä vain, jos sitä hyödynnetään. Näyttöön perustuva toiminta tukee tiedolla johtamista (STM 2009, 2012.)

Osallistava johtaminen kuuluu yhteistyöhön perustuviin johtamistapoihin. Se edistää ammatillisuutta ja työntekijän osallistumista päätöksentekoon. Osallistava johtaminen tarjoaa hoitotyöhön johtamisrakenteen, jossa ammatilliseen toimintaan liittyvää päätöksentekovaltaa delegoidaan organisaatioissa työskenteleville ammattilaisille. Tutkimusten mukaan osallistavaa johtamista ja jaettua päätöksentekoa soveltavat sairaalat ovat vetovoimaisempia kuin muut sairaalat. Vetovoimaisissa sairaaloissa toimintafiloso-

fiaa johtaa näyttöön perustuva toiminta, joka näkyy sairaanhoitajien toimenkuissa, perehdyttämisessä, hoitohenkilökunnan koulutus- ja kehittämisohjelmissä sekä lisäksi henkilöstön pätevyyden arvioinnissa. Terveyspalveluiden laadun, potilasturvallisuuden ja henkilöstön hyvinvoinnin on todettu olevan paremmat näissä magneettisairaaloissa. (STM 2009; Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011.)

Myös hoitotyön koulutuksessa on ollut tarvetta kehittää hoitotieteen opetusta. Ammatikorkeakoulujen tehtävä on antaa työelämän ja sen kehittämisen vaatimuksia vastaavaa sekä tutkimukseen perustuvaa korkeakouluopetusta ammatillisiin asiantuntijatehtäviin. Ammatikorkeakoulun tulee tukea yksilön ammatillista kasvua (ammattikorkeakoululaki 2003/351). Hoitotyön käytännön edustajilta ja opettajilta saadun tiedon mukaan sairaanhoitajaopiskelijat eivät käytä riittävästi tieteellistä tietoa toimintansa perustana. Tämä saattaa johtua siitä, että hoitotieteen opiskelu omana erillisenä kokonaisuutenaan, jättää sen vielä liian irralliseksi ammattiaineiden opiskelusta. Näyttöön perustuva hoitotyö vaatii sairaanhoitajilta jatkuvasti uusien tietojen ja taitojen hankkimista. Tärkeää ovat erityisesti tutkimusten ja tilastojen tuntemus, kielitaito sekä kriittisen ajattelun taito ja tutkimuksen perusteiden hallinta. Myös erilaiset välineet, kuten käytännön hoito-ohjeet ja tietokannat, on tunnettava. (Ääri – Nurmela – Palta – Salmela – Schantz 2008.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön taustalla on myös erilaisia lakeja. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oltava ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, riittävä ammatillinen pätevyys ja lisäksi muita ammattitoiminnan edellyttämiä valmiuksia (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559). Sairaanhoitajien perus- ja täydennyskouluttautuminen näyttöön perustuvan hoitotyön vaatimukseen on nykyään välttämätöntä. Potilaiden on voitava luottaa parhaaseen mahdolliseen lääketieteelliseen ja hoitotieteelliseen tietoon hoidossaan. (Ääri ym. 2008.) Onnistunut näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen edellyttää yhteistyötä eri tehtävissä toimivien hoitotyön johtajien, opettajien ja tutkijoiden kesken. (Perälä ym. 2008.)

## 2.2 Näyttöön perustuva toimintamalli

Sarajärven (2009) on tuottanut työelämän tarpeisiin soveltuvan näyttöön perustuvan toimintamallin, jonka avulla voidaan kehittää ja ohjata hoitotyötä. Toimintamallia voi-



daan käyttää myös näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen ja johtamisen vahvistamiseen. Näyttöön perustuva hoitotyön toimintamalli muodostuu neljästä pääkäsitteestä ja niiden yhteydessä olevista kahdesta yläkäsitteestä ja 15 alakäsitteestä. (Sarajärvi 2009.) Sarajärven (2010) artikkelissa kuvataan näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisprojekteja. Kehittämisprojektista saatujen arviointien mukaan hoitotyöntekijät kokivat näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen ja toimintamallin käytäntöön soveltamisen innostavana, mutta toisaalta haastavana. Toimintamallin käyttöönoton myötä hoitotyöntekijät kykenivät jäsentämään toimintaansa uudella tavalla ja he pystyivät priorisoimaan paremmin hoitotoimintoja. Samalla positiivinen asennoituminen tutkimus- ja kehittämistyöhön lisääntyi ja sitä kautta myös motivaatio ja sisältö omaan työhön. Näyttöön perustuva hoitotyö vahvisti hoitotyön asiantuntijuutta lisäten samalla yhteenkuuluvuuden tunnetta ja työssä viihtyvyyttä. Asiakaslähtöinen ajattelu- ja toimintatapa lisääntyi, koska asiakkaat otettiin mahdollisuuksien mukaan hoitotyön päätöksentekoon. (Sarajärvi 2010.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön toimintamallin neljä pääkäsitettä ovat 1) tieteellisen tiedon käyttö 2) asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö 3) asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon käyttö ja 4) toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö. Lisäksi näyttöön perustuvassa toimintamallissa on kaksi yläkäsitettä, jotka ovat näyttöön perustuvan toiminnan edellytykset ja näyttöön perustuvan toiminnan vahvistaminen. Näyttöön perustuvan toiminnan edellytykset muodostuvat 8 alakäsitteestä ja näyttöön perustuvan toiminnan vahvistaminen 7 alakäsitteestä. (Sarajärvi 2009; 2010.)

Tieteellinen tieto määritellään tiedoksi, jolla on oma teoriapohja, selkeä perusmotiivi ja merkitysyhteydet. Tieteellisen tiedon käyttö tarkoittaa tutkimuksen avulla ja tieteellisiin kriteereihin saavutettua näyttöä, jolla voidaan vaikuttaa suoraan tai välillisesti hoitotyön käytäntöön. (Burns – Grover 1997.) Tieteellisen tiedon käyttö edellyttää myönteistä asennoitumista tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä tieteellisen tiedon merkityksen ymmärtämistä hoitotyön kehittämisessä ja hoitotoimintojen päätöksenteossa. Tieteellisen tiedon käytön edellytyksenä on, että esimies toimii hoitokulttuurin uudistamistarpeiden tunnistajana ja tunnetuksi tekijänä. Esimiehen tehtävänä on johtaa työyhteisön kehittämistä ja mahdollistaa uuden tiedon saatavuus. Tieteellisen tiedon käyttöä on vahvistettava tukemalla tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistumista. Hoitotyönjohtajan tulisi itse perustaa toimintansa tieteelliselle tiedolle ja toimia näin esimerkkinä tieteellisen tiedon käytössä. Toiminnassa on hyvä kyseenalaistaa omia toimintakäytän-

teitä sekä etsiä uutta tutkittua tietoa oman toiminnan perustaksi. Tieteellistä tietoa on hyvä myös arvioida kriittisesti. (Sarajärvi 2009, 2010.)

Asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedon käyttö perustuu käytännön kokemuksesta saatuun tietoon ja käytön edellytyksenä on hoitotyön muutosprosessien johtamisosaaminen. Johtajan on tunnistettava henkilökunnan muutosvastarinta ja kehitettävä ja tuettava muutosvalmiutta. Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö edellyttää yhteistoimintaa eri työyhteisöjen, ammattiryhmien sekä asiakkaan välillä. Yhteistoiminta edellyttää kollegiaalista tiedonvaihtoa ja yhteisiä sovittuja toimintakäytänteitä työyhteisössä. Uuden tiedon käytön edellytyksenä on kuitenkin se, että henkilökunnalle mahdollistetaan tietojen päivittäminen osallistumalla koulutuksiin ja konferensseihin. Asiantuntijan kokemuksiin perustuvan tiedon käyttöä vahvistetaan työyhteisön toimintakäytänteiden ja oman osaamisen kriittisenä tarkasteluna, arviointina sekä kokemuksen myötä kehittyneen hiljaisen tiedon tunnistamisena. (Sarajärvi 2009, 2010.)

Asiakaslähtöisyys hoitotyössä tarkoittaa, että toiminnassa keskeistä on ottaa huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset sekä omaan kokemukseen perustuva tieto. Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon käyttö edellyttää asiakaslähtöistä ajattelua ja toimintatapaa. Hoitotyön lähtökohtana ovat aina asiakkaan ja hänen omaisensa ilmaisemat hoidon tarpeet. Asiakasta pidetään ainutkertaisena yksilönä ja oman elämänsä asiantuntijana. Asiakas nähdäänkin aktiivisena ja tasavertaisena osallistujana hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon käyttöä vahvistetaan osallistamalla asiakas hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hoitotyön lähtökohtana on yhteisvastuullisuus, joka tarkoittaa jaettua vastuuta ja yhteistä päätöksentekoa. (Sarajärvi 2009, 2010; Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011.)

Hoitotyön esimiehen tehtävänä on johtaa henkilökuntaa siten, että se kykenee tekemään näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja kohtaamaan siihen liittyvät vaatimukset. Hoitotyön esimiehiltä edellytetään osallistavaa johtamista, koska kyseessä on toimintafilosofian ja hoitokulttuurin muutos. Osallistavassa johtamisessa on piirteitä transformatiivisesta johtamisesta, joka on samanaikaisesti sekä osaamisen että muutoksen johtamista. (Leach 2005; Sarajärvi ym. 2011.) Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttöä vahvistetaan mahdollistamalla aikaa tieteellisen tiedon hakuun sekä mahdollistamalla ajanmukaiset välineet ja jatkuva kouluttautuminen. (Sarajärvi 2009,2010) Päätöksentekotaidot ovat olennainen osa hoitotyötä. Näyttöön perustuvassa toiminnassa keskeistä on tutkitun tiedon hyödyntäminen, mutta hoitotyön päätök-

senteossa se ei yksin riitä. Näyttöön perustuvassa toiminnassa yhdistyvät kokonaisuudeksi paras saatavilla oleva tutkimusnäyttö, tieto potilaan tarpeista ja toiveista, kokeemukseen perustuva asiantuntemus sekä organisaation voimavarat. (Stetler 2001; Sara-järvi – Rehn 2010.)

### 3 Hoitotyön koordinaattoritoiminta

#### 3.1 Koordinaattoritoiminnan taustaa

Koordinoinnilla (co-ordination) tarkoitetaan tehtävien ja toimintojen yhteen järjestämistä, kokonaisuudeksi eheyttämistä tai yhdistämistä. (Eloranta 1977: 78). Klassisista organisaatioteoreetikoista Fayol (1990) pitää koordinoitua yhtenä johtamistehtävänä ennustamisen, suunnittelun, organisoimisen, käskemisen ja kontrolloimisen ohella. Koordinointi on Fayolin (1990) mukaan toimintojen yhteensovittamista organisaation tarkoituksenmukaisen tavoitteen saavuttamiseksi. Koordinointi tapahtuu kolmen toiminnon kautta: ensimmäiseksi tehtävien jaksottaminen tai ajoittaminen niiden liittämiseksi toisiinsa, toiseksi voimavarojen, ajan ja prioriteetin kohdentaminen soveltuvassa suhteessa tehtäviin ja toimenpiteisiin ja kolmanneksi keinojen sopeuttaminen tavoitteisiin. (Fayol 1990). Sana koordinaattori tarkoittaa järjestäjää, yhteen sovittajaa sekä henkilöä tai laitetta, joka koordinoi. (MOT sanakirja). Termille "hoitotyön koordinointi" ei löydy suoraa määrittelyä sanakirjoista, ei myöskään suoraa käännettä englanniksi. Englannissa hoitotyön koordinointi tunnetaan sanalla "bed management". MOT englanti-suomi-sanakirjan mukaan sana bed tarkoittaa suomeksi sänkyä, vuodetta, petiä tai sairaalapaikkaa. Management tarkoittaa suomeksi käsittelyä, johtoa, hoitoa tai hallintaa. Voisi siis ajatella, että hoitotyön koordinointi tarkoittaa sairaalapaikan hallintaa eli tietoisuutta siitä, missä käytössä sairaalan vuoteet ovat. Hoitotyön koordinaattori tunnetaan Englannissa nimellä "bed manager" ja vastaavasti USA:ssa on käytössä myös termi "patient care facilitator". Sana patient tarkoittaa potilaan lisäksi kärsivällistä, pitkämielistä ja malttavaista. Sana care taas tarkoittaa hoitoa, hoitamista ja huolenpitoa. Facilitation tarkoittaa helpotusta tai helpottamista. Amerikkalaisen vastineen voisi kääntää suomeksi potilaan hoidon helpottajaa tai mahdollistajaa. (MOT sanakirja) Tähän työhön on haettu artikkeleita vain käsitteellä "bed management".

Hoitotyön koordinaattorimalli on suhteellisen uusi ilmiö Suomessa, vaikka toimintaa on aina koordinoitu jollakin tavalla. Aiheesta löytyy vähän kotimaista kirjallisuutta, sen

sijaan kansainvälisiä artikkeleita runsaammin. Aineiston perusteella syyt hoitotyön koordinointiin ovat olleet hyvin samantyyppisiä. Yleisin syy on ollut päivystyksen ruuhkautuminen, koska potilaille ei ole löytynyt osastopaikkoja. Toiminnan avulla on haluttu tehostaa toimintaa ja osastojen kotiutuskäytäntöjä. Tavoitteena on ollut jakaa resursseja tarkoituksenmukaisesti niin, että hoitohenkilökunta ja potilaat jakautuvat tasaisemmin osastoille.

Päivystyspoliklinikoille on muodostunut uudentyyppisiä, enemmän potilaiden tarpeista lähtöisin olevia työnjaon periaatteita. Potilaiden hoitopolku sisältää päällekkäisyyksiä ja on yleensä aika monimutkainen. Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajan perinteinen työnkuva on muuttunut ja sitä on ryhdytty kehittämään paikallisesti. Lasten osalta päivystyksen järjestelyihin ei ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien välisessä työnjaossa tulisi huomioida paremmin kunkin toimijan tehtävät. Sairaanhoitajan työnkuvaa tulee kehittää korostaen sekä itsenäisten vastaanottojen järjestämistä että työskentelyä osana päivystyksen tiimiä. Osana päivystyksen tiimiä sairaanhoitajalla tulee olemaan tärkeä ja kasvava rooli päivystyksen potilastilanteen arvioinnissa ja seurannassa. (STM 2010; Mattila 2006.)

### 3.2 Koordinaattoritoiminta aikaisemman kirjallisuuden perusteella

Koordinaattoritoiminnasta haettiin kansainvälisiä artikkeleita eri tietokannoista. Tietoa haettiin CINAHL tietokannasta hakusanalla *Nursing coordinate*. Osumia tuli 52, joista otsikon perusteella hylättiin 49 ja abstraktin perusteella kaksi. Lopuksi hyväksyttiin yksi artikkeli. Seuraavaksi käytettiin hakusanaa *Bed Management*, josta saatiin 62 osumaa. Käsite *Bed Management* oli tullut tutuksi HUS:n Lasten ja nuorten sairaalan hoitotyön koordinaattorimallin myötä. Näistä osumista jouduttiin hylkäämään otsikon perusteella 44 ja abstraktin perusteella 8 ja lopulta kokotekstin perusteella neljä. Kaksi artikkelia poistettiin, koska ne olivat kirjallisuuskatsauksia. Jäljelle jäi kuusi artikkelia. Kokonaisuudessaan tähän kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin seitsemän artikkelia. Tämä ei ole systemaattinen kirjallisuuskatsaus, vaikka se on yritetty tehdä mahdollisimman systemaattisesti. Aikataulun vuoksi kirjallisuuskatsaukseen ei haettu artikkeleita muilla hakusanoilla. Artikkelit ovat USA:sta, Australiasta ja Iso-Britanniasta. (Taulukko 1.)

Taulukko1. Aineistohaun toteutuksen kuvaus.

Tietokanta ja hakusana(t)	Kaikki tulokset	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu abstraktin perusteella	Poistettu koko tekstin perusteella	Laadun arvioinnin perusteella hylätyt perustelut	Hyväksytään
CINAHL <i>Nursing coordinate</i>	52	49	2			1 Proudlove ym. (2003)
CINAHL <i>Bed management</i>	62	44	8	4		6 Howell ym. (2008) Proudlove ym. (2007), Fletcher ym.(1999) Maloney ym. (2007) Cobelas ym(2001) Xiao ym. (2010.)

Valittujen artikkeleiden (taulukko 1) tulosten mukaan hoitotyön koordinaattorin toimenkuva koettiin haasteellisena ja työnkuva vaihteli eri organisaatioissa. Hoitotyön koordinaattorin tehtävä oli tunnistaa tyhjät potilaspaikat ja sijoittaa odottavat potilaat niihin. Lisäksi hän oli vastuussa hoitohenkilökunnan riittävydestä. Hoitotyön koordinoijalta vaadittiin hyviä ihmissuhdetaitoja, koska työ oli enemmän ihmisten johtamista kuin potilaspaikoista huolehtimista. Koordinaattorilla ei välttämättä ollut todellista valtaa ja siksi työssä esiintyi myös ristiriitatilanteita. Koordinaattorit toimivat yksin ja kaipasivat kollegoiden tukea, mutta myös mahdollisuutta vaihtaa tietoa hyvistä käytänteistä. Tärkeää oli myös, että toiminnan hyödyllisyys tunnustettiin koko organisaation tasolla. Tutkimustulosten mukaan hoitotyön koordinointi sisälsi hyvin monenlaista osaamista, kuten potilaspaikkojen käytön maksimointia sekä tiedon keräämistä ja analysointia. (Proudlove – Boaden – Jorgensen 2007.)

Hoitotyön koordinaattorin oli mahdollisuus ottaa aktiivinen rooli. Toimenkuvaan kuuluivat yleensä säännölliset vierailut osastoilla ja samalla koordinaattori arvioi käytettävissä olevien potilaspaikkojen määrää ja mihin potilas voisi siirtyä jatkohoitoon. (Howell ym. 2008). Hoitotyön koordinaattorina toimi yleensä sairaanhoitaja, jolla oli hyvä kliininen asiantuntemus ja jolla oli tärkeä rooli neuvottelijana, koordinoijana ja vastuuhenkilönä potilaan tullessa sairaalaan tai lähtiessä sairaalasta. Hoitotyön koordinaattori toimi yleensä johtajana yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa saadakseen leikkauspotilaiden peruuntumiset vähenemään ja toiminnan tehokkaammaksi. Lisäksi hän tutustui

koko hoitoprosessiin, jotta kokonaisuus hahmottui paremmin. Kyky yhteistyöhön ja kommunikointiin sekä henkilökunnan luottamuksen saaminen osoittautuivat erityisen tärkeiksi. (Fletcher – Hodges 1999.)

Hoitotyön koordinaattorin tuli tietää päivystykseen otetuista potilaista, muista sairaaloista tapahtuvista potilassiirroista sekä hallinnoida suunniteltuja osastohoitoja. Koordinaattori olisi pystynyt hyvällä suunnittelulla lisäämään sairaalapaikkojen kapasiteettia, mutta siinä ei onnistuttu hyvin hitaan tiedonkulun vuoksi. Hoitotyön koordinaattorit keräsivät tietoa osastoilla käyden ja puhelimitse, mikä oli erittäin työlästä ja hidasta. Osastoilla käyminen paransi kuitenkin koordinaattorin ja henkilökunnan yhteistyötä sekä luottamusta ja näin koordinaattori sai enemmän hiljaista tietoa. Yhdessä henkilökunnan kanssa koordinaattori yhtenäisti hoitokäytänteitä. (Proudlove ym. 2003.)

Tietokoneohjelman avulla lääkärit, hoitajat ja muut asiantuntijat pystyivät kommunikoimaan tehokkaammin keskenään. Aikaisemmin potilaan kokonaistilanteesta ei kukaan tehnyt yhteenvetoa. Uuteen ohjelmaan kirjattiin arvio mm. potilaan kotiutumiskunnosta, ennakoiden mahdollinen kotiutumisajankohta. Samaan ohjelmaan potilaalle tehtiin kotiutumissuunnitelma, huomioiden myös jatkohoito. Näin moniammatillinen tiimi näki ohjelmasta jokaisen työntekijän arvion potilaan tilanteesta, minkä ansiosta kotiuttaminen tehostui. Ohjelma myös ilmoitti, jos päivystys oli kuormittumassa liikaa, jolloin pyrittiin vapauttamaan paikkoja päivystyspotilaiden käyttöön. Ohjelman ansiosta koordinaattoreiden työ helpottui, jolloin suunnitelmallisuus lisääntyi ja toiminta muuttui tavoitteellisemmaksi. Tässä artikkelissa ei varsinaisesti kuvattu hoitotyön koordinaattorin toimenkuvaa, vaan lähinnä miten "Patient Tracker" -tietokoneohjelma edesauttoi potilaan hoidon koordinoitua. (Maloney ym. 2007.)

Teho-osaston hoitotyötä koordinoivat työvuorovastaavat, vastaava hoitaja sekä osastonlääkäri tarkastivat yhdessä henkilökuntatilanteen ennakoiden lähtevät ja tulevat potilaat. Työvuorovastaava osallistui myös sairaalan hoitotyön koordinoitupalaveriin, jossa käsiteltiin teho-osastolta lähtevät ja mahdollisesti sinne tulevat potilaat. Palaverissa muut osastot saivat tietoa teho-osaston tilanteesta ja ennakoivat ottamaan vastaan sieltä saapuvia potilaita. Kun työvuorovastaava oli saanut varmistuksen lähtevistä potilaista, heidät pyrittiin saamaan muille osastoille mahdollisimman pian. Samanaikaisesti teho-osaston vastaava hoitaja järjesteli tulevia potilaita osastolle ja tarkisti henkilökuntatilanteen. Lähtevien ja tulevien potilaiden oikea ajoittaminen oli kuitenkin hyvin haastavaa. (Xiao ym. 2010.)

### 3.3 Koordinaattoritoiminnan hyödyt

Paremmalla hoitotyön koordinoinnilla ja kapasiteettisuunnittelulla oli vaikutuksia mm. päivystyspoliklinikan odotusaikoihin ja leikkausten peruuntumisiin. Vaikutusta oli myös toiminnan sujuvuuteen, jolloin hoito pystyttiin aloittamaan ajoissa ja sitä kautta sairaalassaoloaika lyheni. Samalla se lisäsi asiakastyytyväisyyttä (Proudlove 2003). Erityisesti huomattiin, että hoitotyön koordinaattorimallin ansiosta potilaan keskimääräinen aika päivystyspoliklinikalla väheni. Myös ambulanssipotilaat pääsivät tehokkaammin päivystykseen. (Howell ym. 2008.)

Hoitotyön koordinaattorin johdolla yhteistyössä kirurgisten osastojen, leikkaussalin, anestesia- ja leikkausjonoista vastaavan henkilöstön kanssa leikkausten peruuntumiset saatiin loppumaan ja toiminta tehostui. Samalla sairaalassaolo aika väheni, koska kotiuttamiskäytäntöä tehostettiin. Erityisenä avaintekijänä tässä prosessissa olivat potilas-siirrot oikeille osastoille ja vapaiden potilaspaikkojen tunnistaminen. Hoitotyön koordinaattori etsi myös erilaisia malleja ja vaihtoehtoja potilashoidolle, esimerkiksi perustamalla kotiutusosasto niille potilaille, jotka eivät enää tarvitse kirurgista erityisosaamista, vaan apua lähinnä perustoiminnoissa. Näin resurssit kohdentuivat paremmin omaan erityisosaamiseen. (Fletcher – Hodges 1999.)

"Patient Tracker"- ohjelman osoitettiin olevan hyödyllinen tehokkaammassa hoitotyön koordinaattoritoiminnassa. Ohjelman käyttöönoton aikana leikkausten peruuntumiset vähenivät huomattavasti. Toisaalta sairaalan potilaspaikkoja lisättiin. Myös odotusaika päivystyksestä osastolle väheni. Ohjelma auttoi arvioimaan potilaan kotiutumisajankoh-  
taa, joten potilaspaikkojen vapautumista kyettiin suunnittelemaan paremmin, tehosta-  
en esimerkiksi päivystyspotilaiden sijoittelua vuodeosastoille. Selkeiden kotiuttamispro-  
sessin kriteerien laatimista pidettiin myös tärkeänä. "Patient-Tracker"-ohjelman avulla  
eri asiantuntijat kommunikoivat keskenään ja pysyivät paremmin ajan tasalla potilas-  
paikkojen käytöstä. (Maloney ym.2007.)

Päivystyksen parantamisohjelma lisäsi selkeästi tietoisuutta laadunhallinnan tärkeydes-  
tä. Päivystyksen parantamisohjelmalla vaikutettiin monen eri tekijän laadun kehittämi-  
seen ja sitä kautta toiminnan parantamiseen. Sillä oli myönteistä vaikutusta erityisesti  
hallinnollisiin käytäntöihin, työtapojen muutoksiin, potilasvirran hallitsemiseen, infor-  
maatioteknologian käyttöön sekä uusien laitteiden hankintaan. Lisäksi ohjelmalla vaiku-  
tettiin palkkausjärjestelmään, henkilökunnan määrään ja laatuun lisäämällä osaavaa

henkilökuntaa. Osaavalla henkilökunnalla oli ratkaisevin rooli laadun parantumiseen. Tärkeimmät muutokset koettiin henkilöstön profiilissa, työtavoissa, päivityksen läpimenoajoissa, hallinnon muutoksessa sekä henkilöstön määrän lisäämisellä. Kaiken kaikkiaan ohjelmalla oli erityisen paljon vaikutusta potilaan hoidon laatuun. (Cobelas ym.2001.)

Toimintaa tehosti tehokkuuden ja perusteellisuuden (ETTO) periaatteiden huomioiminen. Teho-osastolla kehitettiin oma henkilöstöpolitiikka, jolloin hiljaisena aikana suosituksena oli mennä muualle auttamaan. Teho-osaston hoitajat eivät yleensä siirtyneet muille vuodeosastoille auttamaan, eikä ketään siihen pakotettu. Osastolla otettiin käyttöön työaikapankki, jonka avulla työtunteja pystyttiin säätelemään joustavasti. Työaikapankilla yritettiin vaikuttaa erityisesti työhyvinvointiin ja ehkäistä työntekijöiden irtisanoutumisia. Osastoa hyödytti se, että kiireisenä aikana osaava henkilökunta saattoi tehdä enemmän työtunteja. Joskus teho-osastolle varattu leikkauspotilaan paikka osoittautui tarpeettomaksi. Käyttöön otetulla tarkistussoitolla varmistettiin potilaan tulo ja näin säästettiin henkilöstömenoissa tai saatiin sijoitettua joku muu potilas teho-osastolle. Potilaspaikkojen sijoitteluun alettiin kiinnittää erityistä huomiota. Järkevällä potilassijoittelulla mahdollistettiin sairaanhoitajan tauot, tehokkaampi potilaan hoito ja uuden työntekijän perehdytys. Tunnistamalla paremmin potilaan hoidon tarve, osattiin sijoittaa oikeaa osaamista oikeisiin paikkoihin. Myös seuraavan vuoron ennakointi oli tärkeää. Tällä kaikella toiminnalla oli vaikutusta resurssien tehokkaaseen käyttöön, potilasturvallisuuteen ja työhyvinvointiin. (Xiao 2010.)

Hoitotyön koordinaattoreiden koulutuksen todettiin olevan tärkeää, koska se antoi paremmat valmiudet hoitaa koordinaattorin tehtävää. Sillä oli myös vaikutuksia henkilökunnan pysyvyyteen, ylenemismahdollisuuksiin ja toimenpiteiden peruutuksiin. Olisi tärkeää tunnistaa koordinaattorin roolin haasteet ja kehittää paremmat keinot ja välineet haasteiden kohtaamiseen. Hoitotyön koordinaattorimallin hyödyllisyydestä potilaalle on ollut toistaiseksi suhteellisen vähän tutkittua tietoa, joten tuloksista ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä. (Proudlove ym. 2007.)

Hoitotyön koordinointi on hyvin monivivahteista ja moniammatillista työtä. Näiden tutkimustulosten valossa ei kuitenkaan voida vetää suoraan johtopäätöstä siitä, että toiminnan paraneminen on nimenomaan hoitotyön koordinaattoritoiminnan ansiota. Sairaalan toiminta on hyvin monimutkaista. Siihen vaikuttavat mm. potilasaines, infektiokausi ja henkilökunnan osaaminen, joten näitä asioita on vaikea yhdistää ja olla varma



siitä, mikä johtuu mistäkin. Siksi tutkimusnäyttö hoitotyön koordinaattoritoiminnan hyödyllisyydestä ei ole vahva.

#### **4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön koordinaattoreiden kokemuksia koordinaattoritoiminnasta sekä hakea näyttöä koordinaattorimallin hyödystä HUS Lasten ja nuorten sairaalassa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla koordinaattoritoimintaa voidaan kehittää edelleen näyttöön perustuen. Tutkimustehtävänä oli arvioida näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista hoitotyössä. Lisäksi toimintaa arvioitiin koordinaattoreiden tekemien raporttien perusteella.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Miten tieteellisen tiedon käyttö ohjaa koordinaattoritoimintaa?
- 2) Miten asiantuntijan kokemukseen perustuva tieto ohjaa koordinaattoritoimintaa?
- 3) Miten asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tiedon käyttö vaikuttaa koordinaattoritoimintaan?
- 4) Millaisia vaikutuksia koordinaattoritoiminnalla on ollut johtamiseen?

#### **5 Tutkimuksen toteuttaminen**

##### 5.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

Metodologialla tarkoitetaan laajemmin todellisuutta koskevan tiedon peruslähtökohtia, tieteellistä perusnäkemystä ja ylipäätään maailmankatsomusta. Metodiikalla tai metodien käytöllä tarkoitetaan suppeammin sitä, miten tutkittavasta ilmiöstä hankitaan uutta tietoa. Tällöin tarkastellaan lähinnä aineiston keruun ja analyysin menetelmiä. (Kankunen – Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus voi olla kuvailevaa, selittävää ja arvioivaa. Sen tarkoituksena on kuvata todellista elämää, joka voi olla hyvinkin moninaista. Tarkoituk-

sena on selkeyttää tutkimuskohteena olevaa asiaa ja tuottaa uutta tietoa tutkimuskoh- teesta. Kohteena on yleensä ihminen ja ihmisen maailma. Laadullisen tutkimuksen läh- tökohtana on todellisen, moninaisen maailman kuvaaminen ja kohdetta pyritään tutki- maan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Sen avulla voidaan tuottaa yksilöllistä ja subjektiivista tietoa näyttöön perustuvan toiminnan pohjaksi. Tutkimustulokset eivät ole irrallaan käyttäjästä tai käytetystä havaintomenetelmästä. Laadullisen tutkimuksen tuottama tieto on merkittävää näyttöön perustuvan toiminnan ja sen kehittämisen kan- nalta. Siinä tarvitaan teoriaa metodien, tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden hahmot- tamiseen. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa olosuhteissa. Tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja eli aineistoa tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli saada selville hoitotyön koordinaattoreiden ko- kemuksia toiminnasta sekä hakea näyttöä koordinaattorimallin hyödystä HUS Lasten ja nuorten sairaalassa. Tämän tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadulli- nen. Tutkimusta täydennettiin koordinaattoreiden tekemillä raporteilla, joista saatiin kvantitatiivista aineistoa. Kun tarkastellaan saman ilmiön eri puolia, on kyse triangulaa- tiosta. Triangulatiivisen tutkimusasetelman soveltamisessa oli tarkoitus lisätä luotetta- vuutta ja saada asiasta mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva. (Tuomi – Sarajärvi 2009; Viinamäki – Saari 2007.)

## 5.2 Aineiston keruu

### 5.2.1 Teemahaastattelu

Haastattelu on kvalitatiivisessa tutkimuksessa paljon käytetty aineistonkeruumenetel- mä, jossa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Sen etu- na on, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen; tutkija pystyy saman tien tarkentamaan samaansa tie- toa ja estämään väärinkäsitykset. Haastattelun lisäksi tiedonantajia voidaan havainnoi- da: sen lisäksi, mitä sanotaan, voidaan myös huomioida, miten sanotaan. Toisaalta haastattelu on hidas, herkkä ja vaativa menetelmä. Tutkijan rooli haastattelijana edel- lyttää huolellista suunnittelua ja kouluttautumista. Haastatteluun sisältyy myös paljon virhelähteitä haastattelijaan, haastateltavaan ja tilanteeseen liittyen. Oleellista on haas-

tattelussa kuitenkin se, että tutkittavan tarjoama informaatio on arvokasta tutkimusaineistoa ja haastattelu sujuu joustavasti ja tuo olennaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston riittävyttä kuvataan saturaatiolla eli aineiston kylläntymisellä. Se tarkoittaa tilannetta, jolloin aineisto alkaa toistaa itseään eli tiedonantajat eivät tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. (Kiikkala – Krause 1996; Hirsjärvi ym. 2007; Eskola – Suoranta 1999; Järvinen – Järvinen 2004; Tuomi – Sarajärvi 2009; Viinamäki – Saari 2007; Roth, 2010.)

Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto, jossa aihepiirit ja teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja esittämisjärjestys puuttuvat. Teemahaastattelussa keskeiset asiat on sovittu, mutta aineiston keruuseen liittyy vapauksia. (Tuomi – Sarajärvi 2009; Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2009.) Teemahaastattelussa keskustelun on tarkoituksenmukaista pysyä annetun aiheen rajoissa. Sille on tyypillistä, että aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten muoto ja järjestys voivat vaihdella. (Hirsjärvi ym. 2007.) Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista sekä heidän asioille antamia merkityksiä ja niiden vuorovaikutussuhteita. Teemahaastattelussa pyritään löytämään tutkimustehtävien mukaisia merkityksellisiä vastauksia. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli siihen, mitä ilmiöstä jo ennestään tiedetään. Teemojen sisältämät kysymykset voivat kuitenkin vaihdella intuitiivisista ja kokemusperäisistä havainnoista hyvinkin tiukkoihin, jo etukäteen määriteltäisiin kysymyksiin haastattelun avoimuudesta riippuen. (Tuomi – Sarajärvi 2009; Hirsjärvi – Hurme 2009.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa painotetaan aineiston laatua määrää enemmän, koska mielenkiinto keskittyy tutkittavan ilmiön kuvaukseen aineistosta käsin. Siksi tutkimukseen osallistuvien määrä on yleensä pieni ja heidät valitaan soveltuvuuden perusteella. Tärkeää on, että henkilöt, joilta tieto kerätään, tietävät mahdollisimman paljon ilmiöstä tai heillä on kokemustietoa asiasta. (Green 2000:125–129.) Tutkijan on jo suunnitteluvaiheessa hahmoteltava itselleen, pyrkiikö hän saamaan selville tosiasioita vai arvostus-tyyppisiä asioita. Tutkijan onkin pidettävä erillään nämä kaksi kategoriaa eli puhuuko haastateltava siitä, mitä hän tietää vai siitä, mistä hän pitää. Haastattelukysymykset voidaan jakaa kolmeen tyyppiin: pääkysymykset, jotka muodostavat kehyksen haastattelulle, tarkentavat kysymykset, jotka rohkaisevat haastateltavaa täydentämään tai selittämään tarkemmin vastauksiaan ja jatkokysymykset, jotka tuovat uusia näkökulmia asiaan. (Hirsjärvi – Hurme 2009.)

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastattelulla, jonka teemat oli luotu deduktiivisesti näyttöön perustuvan toimintamallin mukaan. Se toteutettiin yksilöhaastatteluna. Osastoryhmäpäällikkö valitsi haastateltavat tarkoituksenmukaisesti ja antoi haastattelijalle heidän yhteystietonsa. Haastateltaviksi ehdotettiin kahdeksaa apulaisosastonhoitajaa, jotka olivat olleet mukana alusta lähtien hoitotyön koordinaattoritoiminnassa. Haastattelupyyntö lähetettiin valituille haastateltaville sähköpostitse, joista haastateltaviksi suostui lopulta neljä koordinaattoria. Heitä valmisteltiin haastatteluun lähettämällä tutkimussuunnitelma ja saatekirje etukäteen. Osa haastatelluista ei ollut kuitenkaan tutustunut näihin ennalta. Haastattelut tehtiin huhti-toukokuussa 2011. Ensimmäinen haastattelu oli esihaastattelu, mutta koska se onnistui hyvin, se otettiin mukaan tutkimusaineistoon. Esihaastattelu antoi hieman kokemusta haastattelun teosta. Siinä voi testata nauhurin toimivuutta, itse haastattelutilannetta sekä kasvattaa omaa luottamusta haastattelijana. (Hirsjärvi – Hurme 2009.)

Haastattelutilanteet pyrittiin luomaan rauhallisiksi ja puitteiltaan samankaltaisiksi kaikille vastaajille. Haastattelut toteutettiin työntekijöiden omilla työpaikoilla ja niiden kesto vaihteli 45 minuutista tuntiin. Keskustelun nauhoittaminen toi aluksi jännitystä haastatteluun, mutta sen edetessä, haastateltavat keskustelivat jo hyvin vapautuneesti. Haastattelut sujuivat teemahaastattelurungon mukaisesti, joita täydennettiin tarkentavilla kysymyksillä. Osa haastattelua häiritsi huoneeseen tuleva ulkopuolinen henkilö, mutta niitä päästiin jatkamaan nopeasti. Haastattelijalla pyrki roolissaan olemaan kyselevä, havainnoiva, kuunteleva ja analysoiva sekä keskustelua eteenpäin vievä. Haastattelijalla pystyi mielestään luomaan luottamuksellisen ilmapiirin haastattelutilanteissa. Tutkittavien tulee olla varmoja siitä, ettei tutkimustuloksia käytetä heitä vastaan eikä niistä saa koitua harmia tutkittaville. Kolmannen ja neljännen haastattelun kohdalla haastattelijalla tunnisti samoja vastauksia verrattuna edellisten haastateltavien vastauksiin eli aineisto alkoi toistaa itseään. Haastattelut kirjoitettiin auki sana sanalta touko-kesäkuun aikana. Yhteen auki kirjoittamiseen meni aikaa kymmenestä kahteenkymmeneen tuntia ja tekstiä tuli 9-14 sivua haastattelua kohden.

Tämän teemahaastattelurungon laatimisessa hyödynnettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Sarajärven (2010) laatimia kysymyksiä. Tässä työssä kohdejoukko oli valittu tarkoituksenmukaisesti ja tutkimussuunnitelma muotoutui tutkimuksen edetessä. Laadullisessa tutkimuksessa tapaukset ovat ainutlaatuisia ja aineistoa tulkittiin sen mukaisesti. (Roth 2010; Tuomi – Sarajärvi 2009.) Aineiston keruussa käytettiin sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä. Tavoitteena oli saada

tutkittavien näkökulmat ja "ääni" esille. Tähän liittyy myös se, että vaikka aineistoa olisi tuotu lisää suuria määriä, se ei enää olennaisesti olisi vaikuttanut tutkimustuloksiin. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

### 5.2.2 Sekundaariaineisto

Tässä työssä käytettiin sekundaariaineistona koordinaattoreiden tekemiä raportteja. Raporttien tarkoituksena oli arvioida koordinaattoritoimintaa ja ne olivat ajalta joulukuu 2009 – syyskuu 2010. Raportteja oli yhteensä 80. Raportit oli kirjoitettu vapaamuotoisesti aina työvuoron päätteeksi ja niiden sisältö oli vaihtelevaa. Ne kuuluivat vielä pilot-tivaiheeseen eikä niissä ollut selkeätä runkoa ja informaatio oli ajoittain niukkaa. Niistä hyödynnettiin määrällisesti tuotettua tietoa ja laskettiin usein käytettyjä käsitteitä. Samoin kaikki muu mahdollinen informaatio yritettiin hyödyntää. Määrällisesti lasketut asiat laitettiin excel-aulukkoon ja muut esille tulleet asiat kirjoitettiin ylös.

### 5.3 Aineiston analyysi

Tämän tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on usein käytetty perusanalyysimenetelmä erityisesti hoitotieteellisissä tutkimuksissa ja sitä voidaan käyttää usealla eri tavalla. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Lisäksi sen avulla voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. (Burns & Grove 1997; Tuomi – Sarajärvi 2009.) Sisällönanalyysillä on tarkoitus järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita ja luodaan selkeyttä aineistoon, jotta sen perusteella voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä aineistosta. (Kyngäs – Vanhanen; Tuomi – Sarajärvi 2009.) Tarkoituksena on tuottaa selkeä sanallinen kuvaus ilmiöstä. Keskeistä sisällönanalyysissä on, että aineisto pystytään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon sen sisältämää informaatiota kadottamatta. Sen jälkeen tutkittavasta ilmiöstä pyritään luomaan selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Kvalitatiivisessa aineistossa analyysi on mukana tutkimusprosessin joka vaiheessa. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä tai teoriaohjaavaa. Tässä työssä käytettiin teorialähtöistä sisällönanalyysiä, jolloin

pääkäsitteet ohjasivat aineiston analysointia. Tutkijalla on käytössään tällöin jokin analyysikehikko, johon teoreettinen viitekehys on operationalisoitu aikaisemman tiedon ja tutkimuksen tarkoituksen suuntaisesti. Tässä työssä analyysikehikkona toimivat näyttöön perustuvan hoitotyön pääkäsitteet. Alkuperäisistä lausumista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja, jotka jaettiin alaluokkiin ja yläluokkiin, joissa yhdistävänä tekijänä toimi näyttöön perustuvan hoitotyön malli. Analyysikehikon ulkopuolelle jäävistä asioista voidaan muodostaa uusia luokkia induktiivisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2009.) Sisällönanalyysi jaetaan kolmeen osaan 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi – Sarajärvi 2009). Kuviossa 1. esitetään tutkimusaineiston analyysin eteneminen vaiheittain.

Kuvio 1. Aineiston analyysin eteneminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 109.)



Tässä tutkimuksessa analyysin aluksi tutkija kuunteli nauhoitetut haastattelut useaan kertaan ja auki kirjoitti ne. Tekstiä tuli yhteensä 42 sivua. Haastattelujen auki kirjoituksen jälkeen tutkija luki tekstit läpi useaan kertaan. Ensimmäisen lukukerran aikana tut-

kija kuunteli haastattelut vielä kertaalleen läpi ja teki tarvittavat korjaukset teksteihin. Lukeminen auttoi kokonaiskuvan luomisessa ja tutkijalle nousi käsitys tekstistä nousevista asioista, mikä selvensi tekstien sisältöä. Ennen varsinaista analyysin aloittamista sisällönanalyysissä määritettiin analyysiyksikkö. Se voi olla sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Tuomi – Sarajärvi 2009.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin lausuma.

Pelkistämisessä eli redusointivaiheessa aineistosta pyrittiin etsimään tutkimustehtävien kysymyksillä niitä kuvaavia ilmauksia. Ilmaukset alleviivattiin ja alleviivatut ilmaukset siirrettiin omaksi ryhmäkseen tietokoneelle peräkkäin kirjoitettuna. Näin tutkimuksesta karsiutui tutkimukselle epäolennainen osa pois. Apuna käytettiin tutkimustehtävää. Seuraavaksi nämä alleviivatut lauseet irrotettiin omaksi ryhmäkseen tietokoneelle. Pelkistämisessä eli redusoinnissa pyrittiin tiivistämään aineistoa. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

Seuraavaksi aineisto klusteroitiin eli ryhmiteltiin, jolloin aineistosta koodatut alkupe-  
räisilmaukset käytiin läpi ja siitä etsittiin samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Pelkistettyjä ilmauksia verrattiin tässä vaiheessa uudelleen alkupe-  
räisilmauksiin. Vertailu pyrittiin tekemään mahdollisimman tarkasti, jotta alkuperäinen sanoma säilyy. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdisteltiin omaksi luokakseen ja nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Näin syntyivät analyysin alaluokat. Luokittelun myötä aineisto tiivistyi yksittäisten tekijöiden sisältyessä yleisempiin käsitteisiin. Klusteroinnin myötä saatiin alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisvaiheessa erotettiin tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostettiin valikoidun tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä. Tämä tapahtui yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se sisällöstä käsin oli mahdollista. Alakategorioista muodostettiin yläkategorioita. Yhdistävänä kategoriana oli näyttöön perustuvan toimintamallin neljä pääkäsitettä, jotka esiintyivät myös tutkimuskysymyksissä. Aineiston analyysin lopuksi tutkija tuotti vastauksen tutkimustehtävään. (Tuomi – Sarajärvi 2009.) Analyysin tuloksissa kuvattiin myös luokittelun pohjalta muodostuneet käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. Tutkija on pyrkinyt ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi – Sarajärvi 2009.)

Taulukko 2. Esimerkki tieteellisen tiedon käytöstä koordinaattoritoiminnassa

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
"Mun täytyy myöntää, että en oo hakenu tietoa artikkeleista"	Ei käytetä tieteellistä tietoa	Tieteellisen tiedon merkityksen ymmärtäminen	Asennoituminen tieteellisen tiedon käyttöön
"Työkokemuksesta on ehdottomasti hyötyä. Tietysti työkokemus täällä, mutta varmaan myös jossakin muussa organisaatiossa"	Hyötyä työkokemuksesta täällä tai jossain muussa organisaatiossa	Kokemustieto eri työyhteisöistä	Kokemukseen perustuva työskentelyote

Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus eroavat metodologialtaan sangen paljon toisistaan jo pelkästään aineiston keruussa ja analysoinnissa. Niitä voidaan käyttää kuitenkin rinnakkain, koska ne ovat toisiaan täydentäviä lähestymistapoja. Tällaista monimetodista lähestymistapaa kutsutaan triangulaatioksi. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimusaineisto edustaa tilastollisesti havaintoyksiköiden muodostamaa perusjoukkoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa edetään selvemmin vaiheittain, jolloin ensin kerätään aineisto, sitten se muokataan tilastollisen käsittelyn edellyttämään havaintomatriisin muotoon, jonka jälkeen havaintomatriisi käsitellään tilastollisin menetelmin. Aineisto on siis selkeästi rajattu eikä sitä enää täydennetä uusien havainnoin tai muuttujin. (Viinamäki – Saari 2007; Tuomi – Sarajärvi 2009.) Tässä tutkimuksessa laadullista primaariaineistoa täydennettiin kvantitatiivisella sekundaariaineistolla eli hoitotyön koordinaattoreiden tekemillä raporteilla. Aineistosta nostettiin esiin usein käytettyjä käsitteitä ja laskettiin niiden esiintyvyys. Aineistosta pyrittiin myös hakemaan syy-seuraussuhteita, esimerkiksi jos oli ollut kiire, mikä yhteys sillä oli ollut hoitohenkilökunnan tai potilaiden siirtoihin eri osastoille.

## 6 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön koordinaattoreiden kokemuksia koordinaattoritoiminnasta sekä hakea näyttöä koordinaattorimallin hyödyistä HUS Lasten ja nuorten sairaalassa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla koordinaattoritoimintaa voidaan edelleen kehittää näyttöön perustuen. Tutkimustehtävänä on arvioida miten näyttöön perustuva toiminta toteutuu hoitotyön koordinaattoritoiminnassa. Lisäksi toimintaa arvioidaan koordinaattoreiden tekemien raporttien perusteella.



Tulokset esitetään tutkimustehtävittäin, jotka perustuvat Sarajärven (2009) muodostamaan näyttöön perustuvan hoitotyön toimintamallin pääkäsitteisiin. Aluksi kuvataan tieteellisen tiedon käyttöä koordinaattoritoiminnassa. (luku 5.1) Seuraavaksi asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttöä koordinaattoritoiminnassa. (luku 5.2) Kolmanneksi asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon käytön vaikuttavuutta koordinaattoritoiminnassa. (luku 5.3) Neljänneksi kuvataan koordinaattoritoiminnan vaikutuksia johtamiseen (luku 5.4). Viimeisessä kappaleessa käydään läpi sekundaariaineiston tulokset (5.5).

### 6.1 Tieteellisen tiedon käyttö

Tieteellisen tiedon käyttö koordinaattoritoiminnassa sisälsi kaksi yläluokkaa: **asennoituminen tieteellisen tiedon käyttöön** ja **tieteellisen tiedon hyödyntäminen**.

Taulukossa 3 kuvataan tieteellisen tiedon käyttöä koordinaattoritoiminnassa.

Taulukko 3. Tieteellisen tiedon käyttö koordinaattoritoiminnassa

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokka	Yläluokka
Ei hae itse tieteellistä tietoa artikkeleista Ei koe tarvetta käyttää tutkittua tietoa Ei ole lisännyt tutkitun tiedon käyttöä Tieteellisen tiedon käyttö ei ohjaa toimintaa Ei ole paneutunut tieteelliseen tietoon Ei osaa etsiä tieteellistä tietoa	Ei käytetä tieteellistä tietoa	Asennoituminen tieteellisen tiedon käyttöön
On kiinnostusta toiminnan kehittämiseen On tarvetta tutkia asiaa Tärkeää selvittää, mitä toiminta oikeasti on Tarvitaan lisää kirjallista tietoa toiminnasta Toimintaan tulisi paneutua syventyä paremmin	Tarve toiminnan kehittämiseen ja tiedon syventämiseen	
Tärkeää, että henkilökunta sisäistää toiminnan hyödyt Tutkimusten käyttö olisi hyödyllistä	Tiedostetaan tutkitun tiedon tärkeys	
Hakenut tutkittua tietoa koordinaattoritoiminnasta joka tuki käytännön kokemuksia asiasta Ei aktiivista tiedonhakua, mutta muiden opintojen yhteydessä törmännyt tutkittuun tietoon aiheesta	Tutkittua tietoa käytetään satunnaisesti	Tieteellisen tiedon hyödyntäminen
Toimintaa on lähdetty tekemään aika pienin tiedoin Olisi pitänyt olla enemmän tietoa heti alussa	Tietoa toiminnasta olisi tarvittu enemmän etukäteen.	
Toiminta lähti liikkeelle ihan ilman koulutusta Koottua tietoa sai jälkikäteen, kun raportti valmistui	Valmentautuminen toimintaan tieteellisen tiedon avulla	

**Asennoituminen tieteellisen tiedon käyttöön** oli pääosin myönteistä. Tieteellisen tiedon nähtiin hyödyttävän toiminnan kehittämistä ja syventämistä. Samalla nähtiin tärkeäksi, että koko henkilökunta sisäistäisi koordinaattoritoiminnan hyödyllisyyden ja kokisi sen tapahtuvan tutkitun tiedon avulla. Suurin osa koordinaattoreista käytti vähän tieteellistä tietoa toiminnassaan. Koordinaattoritoiminta ei ollut lisännyt tieteellisen tiedon käyttöä, koska koordinaattorit kokivat resurssit riittämättömiksi tieteellisen tiedon etsimiseen. Enemmistö koordinaattoreista koki, ettei osannut hakea tutkittua tietoa.

*"Mun täytyy myöntää, että en oo hakenu tietoa artikkeleista..."*

**Tieteellisen tiedon hyödyntäminen** koettiin tärkeänä, vaikka tieteellistä tietoa käytettiin vähän ja satunnaisesti. Tieteellistä tietoa ei haettu systemaattisesti vaan sitä löydettiin sattumalta. Koordinaattoritoiminta aloitettiin ilman koulutusta ja koordinaattoreiden mukaan tieteellistä tietoa toiminnasta olisi tarvittu enemmän etukäteen. Valmentautuminen koordinaattoritoimintaan olisi ollut helpompaa, jos tieteellistä tietoa koordinaattoritoiminnasta olisi ollut etukäteen enemmän. Koordinaattorien mukaan resurssit olivat rajalliset, joten oli mahdotonta perehtyä tutkittuun tietoon. Osa koki valmiutensa riittämättömäksi etsiä tutkittua tietoa ja näin ollen toivoivat henkilöä, joka tekee tiedonhakuja ja tuo tieteellistä tietoa koordinaattoreiden käyttöön. Tieteellisen tiedon hyödyntäminen koettiin tärkeänä toiminnan kehittämisen kannalta.

*"Kyllähän se tutkimus olis ihan tarpeellista, aina siitä hyötyä varmaan olis."*

## 6.2 Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö

Asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedon käyttö sisälsi kolme yläluokkaa. Yläluokat ovat: **kokemukseen perustuva työskentelyote, yhteistoiminnallinen työskentelyote ja oman asiantuntijuuden ylläpitäminen.**

Koordinaattorin työ perustui suurelta osin kokemukseen. Tulosten mukaan **kokemukseen perustuva työskentelyote** tarkoitti koordinaattorin työn perustuvan kokemustietoon eri työyhteisöistä, hyötyyn kokemuksesta esimiehenä, omaan kokemukseen koordinaattorina ja muiden koordinaattoreiden kokemuksiin. Koordinaattoritoimintaan

ryhdyttiin ilman koulutusta ja näin ollen toiminta ja toimenkuva kehittyivät kokemuksen kautta. Taulukossa 4 a kuvataan kokemukseen perustuvan tiedon käyttöä toiminnassa.

Taulukko 4a. Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö.

Kokemukseen perustuva työskentelyote

<b>Pelkistetyt ilmaiset</b>	<b>Alaluokat</b>	<b>Yläluokat</b>
<p>Kokemus antaa varmuutta hoitaa koordinaattoritehtävää</p> <p>Hyötyä siitä, kun on kokemusta eri osastoista</p> <p>Hyötyä työkokemuksesta täällä tai jossain muussa organisaatiossa</p> <p>Koordinaattorilla täytyy olla työkokemusta ja tietoa muistakin erityisaloista</p> <p>Tärkeää tuntea osastojen erityispiirteet, jotta henkilökuntaa osaa resursoida oikein</p> <p>Tärkeää on kokemus siitä, miten tämä sairaala toimii organisaationa</p>	<p>Kokemustieto eri työyhteisöistä</p>	<p>Kokemukseen perustuva työskentelyote</p>
<p>Hyötyä lähiesimieskokemuksesta</p> <p>Toiminta perustuu kokemukseen esimiehenä</p> <p>Osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat tapaavat 3-4 kertaa vuodessa ja toimivat eräänlaisena ohjausryhmänä toiminnassa</p>	<p>Hyöty esimieskokemuksesta</p>	
<p>Tietoa on tullut oman kokemuksen kautta</p> <p>Kokemus sairaanhoitajana on tärkeää</p> <p>Myöhemmin on kouluttanut uusia mukaan toimintaan omaan kokemukseen perustuen</p> <p>Käytäntö ohjaa toimintaa</p> <p>Työhön harjaantuu</p> <p>Työ on erilaisten asioiden punnitsemista ja vaihtoehtojen miettimistä</p> <p>Tietoa kerätään eri tavoin ja niistä tehdään yhteenveto</p> <p>Koordinaattorin täytyy osata kysyä oikeita asioita vuorovastaavalta</p> <p>Koordinaattori on aktiivinen tiedonkerääjä ja arvioija</p>	<p>Kokemuksen kautta saatu tieto</p>	
<p>Omia kokemuksia ja käytäntöjä toiminnasta on jaettu</p> <p>Koordinaattoritoiminnasta tehty kirjallinen työ on ollut hyödyllinen</p> <p>Koordinaattorit ovat pitäneet keskenään keskustelutilaisuuksia ja jakaneet tietoa toimintatavoistaan</p> <p>Kokoukset, joissa on tuotu esiin kokemuksia ja mielipiteitä ovat hyödyttäneet toiminnan kehittämistä</p> <p>Koordinaattoreiden erilaisia työtapoja on hyödynnetty ja jaettu toisille</p> <p>Keskustelutilaisuus on eräänlainen tilannekatsaus toiminnasta</p> <p>Avoin keskustelu on samalla koulutusta</p> <p>Koordinaattorit ovat keskenään laatineet toimintaohjeet koordinaattoritoiminnalle</p> <p>Koordinaattorin työ on ennakkointia</p> <p>On huomioitava mikä on lääkärin ja koordinaattorin toimenkuva</p> <p>Toiminnalle on vedetty rajoja.</p>	<p>Muiden kokemuksen kautta tullut tieto</p>	

Koordinaattoreiden toiminnassa pidettiin tärkeänä omaa aikaisempaa työkokemusta. Haastateltavat kokivat, että koordinaattorilla tulee olla työkokemusta sairaanhoitajana sekä tietoa muista erikoisaloista. Jostain toisesta organisaatiosta hankittua työkokemusta pidettiin erityisen hyödyllisenä. Esimieskokemuksesta koettiin olevan hyötyä, koska koordinaattoritoiminta on nimenomaan johtamista. Haastatellut koordinaattorit toimivat kaikki apulaisosastonhoitajina ja heidän mielestään juuri esimieskokemus oli antanut hyvän lähtökohdan koordinaattorina toimimiseen. Erilaisten työkokemusten koettiin antavan varmuutta ja ongelmanratkaisutaitoja hoitaa koordinaattoritehtävää. Osastojen erityispiirteiden tuntemus auttoi resursoimaan henkilökuntaa tehokkaammin.

*"Aiemmasta työkokemuksesta on ollu hyötyä... jos ihan vastavalmistuneena pitäis lähteä miettimään tällaisia, oishan se aika, no eihän sitä pystyis tekemään."*

Oman kokemuksen kautta tullut tieto ohjasi koordinaattoritoimintaa. Siihen ei ollut koulutusta, vaan käytäntö ohjasi toimintaa ja työhön oli pikkuhiljaa harjaannuttu. Kokemus muokkasi käytäntöjä ja toiminta lisäsi yhteistyötä vuoronvastaavan kanssa. Uusien koordinaattoreiden perehdytys perustui kokemuksen kautta saatuun tietoon. Koordinaattorin työ oli ennakointia, tiedon keräämistä ja ongelmien ratkaisemista. Koordinaattorin toimenkuvassa korostui aktiivinen tiedonkerääminen ja sen arviointi. Lääkärin ja koordinaattorin toimenkuvaa selkeytettiin kokemuksen myötä.

Tietoa oli saatu myös muiden koordinaattoreiden kokemusten kautta. Koordinaattorit olivat tavanneet toisiaan säännöllisesti ja yhteisissä tapaamisissa jaettiin hyviä toimintakäytänteitä ja kokemuksia. Hyviksi havaittuja työtapoja jaettiin ja hyödynnettiin hyvin toisten koordinaattoreiden kesken. Pilotoinnista tehtyä raporttia pidettiin hyödyllisenä, samoin kuin koordinaattoreiden vuoronsa päätteeksi tekemiä raportteja. Kokouksissa oli tuotu esille kokemuksia ja mielipiteitä, jotka hyödyttivät yhteisesti toiminnan kehittämistä. Koordinaattorit laativat yhteiset ohjeet toiminnalle, joiden mukaan toimittiin.

*"Sitten oli semmoinen keskustelutilaisuus, että kukin kertoi, että miten oli tehnyt. Saatiin niinku vinkkejä toisiltamme..."*

Koordinaattorin työssä näkyi **yhteistoiminnallinen työskentelyote**, joka lisääntyi koordinaattoritoiminnan myötä. Yhteistoiminnallinen työskentelyote näkyi kollegiaali-

suuden lisääntymisenä, yhteistyön parantumisena sekä toimintakäytänteiden yhtenäistämisenä. Taulukossa 4 b kuvataan yhteistoiminnallista työskentelyotetta.

Taulukko 4b. Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö.

Yhteistoiminnallinen työskentelyote

<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Kollegiaalisuus on parantunut Avunanto on parantunut Asenteet toisten osastojen auttamiseen ovat parantuneet Valmius lähteä toiselle osastolle on parantunut Kun tapaa kollegoita, opitaan näkemään asioita myös muiden näkökulmasta Sairaanhoitajat ovat sitoutuneet tähän toimintaan Toiminnan halutaan hyödyttävän jokaista osastoa oikeudenmukaisesti Kollegiaalinen tiedonvaihto on sujuvampaa	Kollegiaalisuuden lisääntyminen	Yhteistoiminnallinen työskentelyote
Toiminta on auttanut muuttamaan asenteita myönteisemmiksi muita osastoja kohtaan Asenteet auttamiseen ovat parantuneet Mietitään tarkemmin, minkälaisia potilaita auttaja laiteaan hoitamaan Tärkeää on, että auttamaan tullut saa osastolta onnistumisen kokemuksia Auttajaan suhtaudutaan kunnioittavammin Halutaan, että auttaja tulee uudestaan	Yhteistyön lisääntyminen	
Koordinaattori- ja sissi toiminnan kautta hoitokäytänteitä ollaan yhdenmukaistamassa On helpompi mennä eri osastolle, jos perusasiat on sovittu samalla tavalla Koordinaattoritoiminta tukee yhdenmukaisten hoitokäytäntöjen toteutumista	Toimintakäytänteiden yhtenäistyminen	

Kollegiaalisuus ja kollegiaalinen tiedonvaihto lisääntyivät koordinaattoritoiminnan myötä. Yhteistyö eri osastojen kanssa edesauttoi kollegiaalisuuden lisääntymistä ja auttoi näkemään asioita muiden osastojen näkökulmasta. Toiminnan myötä osastojen henkilökunta tutustui toisiinsa ja tiedonvaihto muuttui sujuvammaksi. Avunanto ja valmius lähteä toisille osastoille lisääntyivät. Asenteet auttamiseen ja yhteistyöhön muuttuivat selkeästi myönteisemmiksi. Osastot saattoivat tarjota apua oma-aloitteisesti, jos tarjolla oli ylimääräisiä resursseja. Auttamaan tulleelle mietittiin tarkemmin hoidettavat potilaat, jotta hän sai onnistumisen kokemuksia. Koordinaattoreiden kokemuksen mukaan sairaanhoitajat tuntuivat sitoutuneen toimintaan, koska siitä koettiin olleen hyötyä. Toiminnan toivottiin hyödyttävän jokaista osastoa oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti.

Koordinaattoritoiminta tuki hoitokäytäntöjen yhtenäistämistä. Toimintakäytänteiden kyseenalaistamista ja arviointia tapahtui automaattisesti kun henkilökunta kävi muilla osastoilla. Sisäisen sijaistoiminnan myötä hoitokäytänteitä oli jo aikaisemmin alettu yhtenäistää ja tätä kehittämistä jatkettiin koordinaattoritoiminnan aikana. Sen aikana huomattiin muille osastoille siirtymisen olevan helpompaa, kun perusasiat tehtiin samalla tavalla.

*"Nyt ollaan niinku valmiudessa lähteä muille osastoille auttamaan ja ennakoidaan paremmin potilaspaiikat. Se on hienoa."*

*"Liikkuvuus on toiminnan myötä parantunut ja kollegiaalisuus ja samallahan sitä verkostoidutaan."*

**Oman asiantuntijuuden ylläpitämiseen** kuuluu koulutuksen merkityksen ymmärtäminen ja koulutuksen mahdollistaminen. Taulukossa 4 c kuvataan oman asiantuntijuuden ylläpitämistä.

Taulukko 4c. Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö.

Oman asiantuntijuuden ylläpitäminen

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka
Koulutus on tärkeää Ammatillisuuden tukemiseksi koulutus on tarpeellista Tarvetta koordinaattoritoiminnan koulutukseen	Koulutuksen merkityksen ymmärtäminen	Oman asiantuntijuuden ylläpitäminen
Tarvittaisiin tietoa oman organisaation yksiköistä ja niiden toimintatavoista Koordinaattori tarvitsee tietoa osastojen toiminnasta Tieto henkilökuntarakenteesta on tärkeää Tieto henkilökunnan työvuoroista on tärkeää ja millaista osaamista osastolla tarvitaan Epäselvää minkälaista koulutuksen pitäisi olla Koulutus varmaan täsmentyy, kunhan toiminta vielä tästä kehittyy Tarvitaan esimieskoulutusta ja valmennusta, ei niinkään koordinaattorikoulutusta Koulutuksiin pääsee tarvittaessa hyvin	Koulutuksen mahdollistaminen	

Koordinaattorit pitivät koulutusta tärkeänä, mutta eivät osanneet kuvata selkeästi sen sisältöä. Koulutus koettiin tarpeellisena koordinaattorin ammatti-identiteetin kehittymisen sekä oman toiminnan tukemisen kannalta. Koulutusta kaivattiin varsinaisesta koordinaattoritoiminnasta ja mutta tietoa haluttiin myös omasta organisaatiosta ja eri yksi-

köiden toimintatavoista. Tietoa osastojen henkilökuntarakenteesta, työvuoroista ja tarvittavasta osaamisesta pidettiin myös tärkeänä, jotta henkilökunnan sijoittuminen oikeisiin paikkoihin olisi sujuvampaa. Myös esimieskoulutuksesta ja valmennuksesta koettiin olevan hyötyä. Koulutuksen ajateltiin tarkentuvan toiminnan kehittyessä. Koordinaattorien mukaan koulutuksiin pääsy oli mahdollistettu organisaatiossa hyvin.

*"Koulutuksen paikka voisi olla se, että miten osaa ottaa tehtävän niin ammatillisesti, ei niin tunteella."*

*"...meillä nyt pääsee ylipäättään hyvin koulutuksiin, että niihin kannustetaankin. Et varmasti jos sä koet, että on joku koulutus, mikä tukee tätä, niin ihan varmasti voisit kuvitella, että jos sinne ei miljoonia maksa, niin varmasti kyllä näytetään vihreää valoa."*

### 6.3 Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tiedon käyttö

Asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tiedon käyttö sisältää 2 yläluokkaa. Ne ovat **asiakaslähtöinen ja yhteistoiminnallinen työskentelytapa** sekä **potilasturvallisuutta edistävä toimintatapa**. Taulukossa 5 kuvataan asiakaslähtöistä ja yhteistoiminnallista työskentelytapaa sekä potilasturvallisuutta edistävää toimintatapaa.

Taulukko 5. Asiakslähtöinen ja yhteistoiminnallinen työskentelytapa sekä potilasturvallisuutta edistävä toimintatapa.

<b>Pelkistetyt ilmaiset</b>	<b>Alaluokat</b>	<b>Yläluokat</b>
<p>Toiminta on edistänyt asiakslähtöistä ajattelua Potilaan etu on aina tärkein Potilassiirtoihin ollaan yleensä tyytyväisiä, kun ne perustellaan hyvin Yleensä hyvin perusteltuna asiakkaat ymmärtävät siirrot, kunhan potilaiden tarpeet ja toiveet pyritään huomioimaan</p>	<p>Asiakslähtöisyys päätöksenteossa</p>	<p>Asiakslähtöinen ja yhteistoiminnallinen työskentelytapa</p>
<p>Henkilökunta saa keskittyä potilashoittoon Ennakoidaan paremmin potilaspaikat ja potilas pääsee nopeammin osastolle Etukäteen järjestellään potilaspaikkoja, jotta päivystysosastolta tulijoille olisi tilaa Koordinaattori hahmottaa potilaspaikat niin, että päivystäjät tiedostavat ne myös paremmin Päivystyspotilas on saatu siirtymään nopeammin osastolle potilassiirtojen avulla Tuntuma, että läpimenoaika olisi lyhentynyt. Potilaiden sijoittelu on tehostunut Tarkistetaan paremmin, missä on tilaa Koetaan, että potilaat pääsevät nyt sujuvammin ja nopeammin osastolle päivystyksestä Kotiutuminen on todennäköisesti tehostunut</p>	<p>Toiminnan sujuvuus</p>	
<p>Mietitään potilaalle turvallisin hoitopaikka. Potilasturvallisuus lisääntyy, kun hoitajaresurssi on oikeassa paikassa Potilas hyötyy, kun koordinaattori auttaa kokemattomaa vuorovastaavaa potilaan hoitoon liittyvissä ongelmissa Koordinaattori ehdottaa tarvittaessa potilaan siirtoa esim. teho-osastolle Resurssien tehokkaampi jakautuminen, kun ammattitaitoa on voitu siirtää eri osastolle</p>	<p>Potilasturvallisuuden lisääntyminen</p>	<p>Potilasturvallisuutta edistävä toimintatapa</p>
<p>Tähdätään siihen, että hoitopaikka on potilaalle oikea Koordinaattori järjestelee henkilökuntaa ja puuttuvia resursseja Joskus joudutaan siirtämään potilas, jota voidaan hoitaa toisellakin osastolla On välttytty öisiltä potilassiirroilta Potilaita saatetaan siirtää lääketieteellisen perustein Siirto eri osastolle johtuu yleensä henkilökuntatilanteesta tai infektiokaudesta Potilassiirtoja joudutaan joskus tekemään toiseen sairaalaan</p>	<p>Parhaan mahdollisen hoitopaikan turvaaminen</p>	

**Asiakslähtöinen ja yhteistoiminnallinen työskentelytapa** lisääntyi koordinaattoritoiminnan myötä. Toiminta edisti asiakslähtöistä ajattelua siten, että potilaspaikkoja mietittiin tarkemmin ja tarkoituksenmukaisemmin. Henkilökunta sai keskittyä potilashoittoon, koska koordinaattori ratkaisi puutteet työvuoroissa. Kun tehtiin potilasta koskevia päätöksiä, esimerkiksi siirtämään potilas eri osastolle tai sairaalaan, pyrittiin



ottamaan huomioon potilaan tarpeet ja toiveet. Päätöksiin oltiin yleensä tyytyväisiä, kun siirrot perusteltiin hyvin ja perheet osallistuivat päätöksentekoon. Päätösten lähtökohtana pidettiin aina potilaan etua.

*"Asiakkaan näkökulmahan on tärkein. Kyllä mä uskon, että tää toiminta on lisännyt asiakaslähtöistä ajattelua."*

Toiminta muuttui tehokkaammaksi koordinaattoritoiminnan myötä. Potilaspaikkoja pyrittiin järjestämään etukäteen, jotta päivystysosastolta tulijoille olisi tilaa. Koordinaattori pyrki tuomaan potilaspaikat päivystäjien tietoisuuteen, mikä edesauttoi potilaan nopeampaa siirtymistä osastolle. Koordinaattoreilla oli sellainen tuntuma, että potilaiden läpimenoaika olisi lyhentynyt ja kotiutuminen olisi tehostunut. Tästä ei ole kuitenkaan mitattua tietoa.

*"Uskon, että potilaat pääsee nyt sujuvammin ja nopeammin sille osastolle. Ja hoitopaikkakin on sille potilaalle se oikea."*

**Potilasturvallisuutta edistävä toimintatapa** toteutui koordinaattoritoiminnan myötä paremmin. Parantunut potilasturvallisuus ilmeni siten, että potilaalle suunniteltiin tarkasti paras ja turvallisin hoitopaikka. Ammattitaitoa siirrettiin sinne, missä sitä eniten tarvittiin ja näin resurssit jakautuivat tehokkaammin. Koordinaattoritoiminnan myötä hoitohenkilökunta keskittyi potilashoittoon, koska sen ei tarvinnut huolehtia työvuorojen puutoksista. Toiminnan myötä potilaat pääsivät nopeammin osastolle ja hoidot päästiin aloittamaan ajoissa. Potilasturvallisuuden säilyttämiseksi potilas jouduttiin siirtämään joko toiselle osastolle tai eri sairaalaan. Koordinaattorin täytyi ajatella kokonaisuutta miettien parhaat mahdolliset vaihtoehdot. Koordinaattori auttoi myös aloittelevaa hoitajaa potilaan hoitoon liittyvissä ongelmissa, jolloin koordinaattori toimi aloittelijalle mentorina, jolloin potilasturvallisuus lisääntyi.

*"Kyllä mun mielestä tämä koordinaattoritoiminta on parantanut tätä potilaan hoitoa, niin se mun mielestä aina päällimmäisenä kuitenkin on se potilaan turvallisuus."*

#### 6.4 Koordinaattoritoiminnan vaikutukset johtamiseen

Koordinaattoritoiminnan vaikutukset johtamiseen sisälsi viisi yläkäsitetä. Ne olivat **yhteistoiminnallinen työskentelyote, osallistava johtaminen, vaikutukset työhyvinvointiin, resurssien mahdollistaminen ja kokonaisuuksien hallinta.**

Taulukossa 6 a kuvataan yhteistoiminnallista työskentelyotetta, 6 b osallistavaa johtamista, 6 c vaikutuksia työhyvinvointiin, 6 d resurssien mahdollistamista ja 6 e kokonaisuuksien hallintaa.

Taulukko 6 a. Koordinaattoritoiminnan vaikutukset johtamiseen

##### Yhteistoiminnallinen työskentelyote

<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alaluokat</b>	<b>Yläluokat</b>
Yhteistyö on parantunut Tutustutaan muihin ja verkostoidutaan Ymmärrys muiden osastojen toimintaan kasvaa Apulaisosastonhoitajien verkostoituminen on tullut toiminnan myötä Kollegiaalinen tiedonvaihto on sujuvampaa Koordinaattori ja vuorovastaavat käyvät tilannetta läpi yhteistyössä Vuorovastaava on oman osastonsa asiantuntija Koordinaattori luottaa vuorovastaavaan osaston tilanteesta	Verkostoituminen lisääntynyt	Yhteistoiminnallinen työskentelyote
Toiminta on parantanut yhteistyötä lääkäreiden, koordinaattoreiden ja hoitohenkilökunnan kesken Yhteistyössä ratkotaan ongelmia On lisännyt yhteistä keskustelua Yhteistyö tuo uutta näkökulmaa toimintaan Yhteinen ymmärrys on kasvanut	Yhteistyö eri ammattikuntien kanssa lisääntynyt	
Koordinaattoritoiminta perustuu vuorovaikutukseen Koordinaattorilla oleellisinta ovat ihmissuhdetaidot Koordinaattorilla oltava hyvät vuorovaikutustaidot Koordinaattori ei voi käskää tai määräillä Koordinaattorin työ on kuuntelemista, keskustelemista, myötäilemistä, kannustamista ja tukemista. Näiden avulla löytyvät ratkaisut ongelmiin Toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen Koordinaattorin tulee olla luottamusta herättävä ja rehellinen Koordinaattori voi olla kokemattomalle vastaavalle hoitajalle tukena ja ohjaajana	Yhteistyötaidot	
Koordinaattori pystyy rauhoittamaan osaston tilannetta Koordinaattorilla on usein vuorovastaavaa enemmän auktoriteettia vaikuttaa asioihin Lääkärit kysyvät koordinaattorin mielipiteitä Lääkärit arvostavat koordinaattorin näkemystä	Koordinaattorin auktoriteettiasema	
Koordinaattorin on hyvä saada palautetta Onnistuneesta työstä koordinaattori saa heti palautetta Koordinaattori antaa palautetta osastoille viikonlopun toiminnasta Raportit ovat tärkeää palautetta toiminnasta	Palautteen anto lisääntynyt	

**Yhteistoiminnallinen työskentelyote** lisääntyi koordinaattoritoiminnan myötä. Toiminnan kautta koordinaattorit ja hoitajat tutustuivat muiden osastojen työntekijöihin ja verkostoituivat. Toiminta lisäsi ymmärrystä muiden osastojen toimintaan. Yhteistyö parani ja kollegiaalinen tiedonvaihto muuttui sujuvammaksi. Koordinaattori ja vuorovastaavat kävivät yleensä osaston tilannetta läpi yhteistyössä ja koordinaattorit luottivat vuorovastaavaan oman osastonsa asiantuntijana. Toiminnan kehittyessä vuorovastaavat ilmaisivat koordinaattorille selkeämmin osastojen tilanteen ja toiveet. Moniammatillinen yhteistyö lisääntyi toiminnan myötä, koska yhteistyö lääkäreiden, koordinaattoreiden ja hoitohenkilökunnan kesken parani. Moniammatillinen yhteistyö lisäsi yhteistä keskustelua ja ymmärrystä ja toi uutta näkökulmaa toimintaan.

*"Koordinaattoritoiminta on ihan hirveesti parantanu yhteistyötä eri osastojen välillä. Verkostoidutaan ja vähän tutustutaan. Kun hoitaja käy muilla osastoilla, se tekee hirveän hyvää."*

Ihmissuhdetaidot koettiin tärkeinä ja koordinaattoritoiminnassa korostui hyvä vuorovaihtus. Koordinaattorin työ perustui kuuntelemiseen, keskustelemiseen, myötäilemiseen, kannustamiseen sekä tukemiseen ja toiminnan tuli olla luottamusta herättävää ja rehellistä. Koordinaattori oli kokemattomalle vastaavalle hoitajalle tukena ja ohjaajana. Koordinaattorilla oli myös vuorovastaavaa enemmän auktoriteettia ja hän pystyi rauhoittamaan osaston tilanteen. Lääkärit kysyivät koordinaattorin mielipiteitä ja arvostivat tämän näkemyksiä. Palautteen anto lisääntyi toiminnan myötä. Onnistuneesta työstä koordinaattori sai heti palautetta, mikä koettiin palkitsevana. Myös koordinaattori antoi palautetta osastoille viikonlopun toiminnasta ja hänen tekemänsä raportit koettiin tärkeänä palautteena toiminnasta. Palautteiden koettiin kehittäneen koordinaattoritoimintaa.

*"Kyllähän koordinaattoristakin tuntuu hyvälle, kun on tehnyt työnsä hyvin ja saanut hyvää aikaiseksi...ja sitten saa siitä hyvää palautetta. Että voi lähteä kotiin tyytyväisenä kun resurssit on saatu kuntoon..."*

*"Toiminta on parantanut sujuvuutta. Onhan se, että joku tekee niitä päätöksiä ja on vastuussa. Ja on tavallaan tuki niille vuorovastaaville, kun muita esimiehiä ei ole paikalla. Ja paraneehan se toiminta kun ollaan yhteistyössä vuorovastaavien ja lääkäreiden kanssa..."*

Taulukko 6 b. Koordinaattoritoiminnan vaikutukset johtamiseen  
Osallistava johtaminen

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokat</b>	<b>Yläluokat</b>
Koordinaattori ottaa osan vastuusta Vastaava hoitaja saa keskittyä enemmän potilastyöhön Johtajuutta on nyt pystytty jakamaan myös sairaanhoitajille	Jaettu johtajuus	Osallistava johtaminen
Koordinaattori ei tee päätöksiä yksin, vaan toiminta on yhteistyötä Koordinaattorin ja vuorovastaavan yhteistyö on parantanut päätöksentekoa Vuorovastaavat ja koordinaattori toimivat työparina Koordinaattori tekee päätökset yhdessä vuorovastaavan kanssa	Yhteistyö	
Toiminta on parantanut ja systematisoinut päätöksentekoa Johtaminen on toiminnan myötä jäsentyneempää Osastot osaavat ilmaista paremmin tilanteen ja toiveet koordinaattorille Vuorovastaava on osastolla sen vuoron johtaja Koordinaattori toimii silloin, kun ei ole muita hoitotyön johtajia Koordinaattorilla hoitotyön johtajan valtuudet Vuorovastaava oman osaston asiantuntija	Systemaattinen päätöksenteko	
Koordinaattori ei voi kävellä vuorovastaavan yli Osastoille on helpotus, kun koordinaattori tekee päätöksiä ja on vastuussa Koordinaattorin työ ei sovi kaikille Koordinaattorin työ on johtajuutta Koordinaattorin tulee olla jämäkkä Johtamiskokemus on tärkeää koordinaattorille	Johtamistaitoihin kiinnitetään huomiota	

**Osallistava johtaminen** lisääntyi toiminnan myötä, koska tehtäviä jaettiin useammalle taholle. Koordinaattori oli viikonloppuisin päävastuussa koko toiminnan sujuvuudesta, kun taas osaston vuorovastaava oli oman osastonsa johtaja. Koordinaattori toimi silloin, kun muita hoitotyön johtajia ei ollut. Koordinaattorilla oli hoitotyön johtajan valtuudet, mutta ei tehnyt päätöksiä yksin, vaan työparina vuorovastaavan kanssa. Myös lääkärit osallistuivat päätöksentekoon. Päätöksenteko muuttui systemaattisemmaksi yhteistyön myötä. Koordinaattorin työssä kiinnitettiin huomiota johtamiskokemukseen, josta koettiin olevan hyötyä. Koordinaattorin tuli olla jämäkkä ja yhteistyökykyinen. Koordinaattorit kokivat, että heitä oli liian vähän, joten koordinaattoreiden määrää lisättiin ja näin johtamiskokemusta kertyi useammalle työntekijälle.

*"Tämä on nimenomaan osallistavaa johtamista. Ei ole tarkoitus, että koordinaattori tekee niitä päätöksiä yksin ja käy sitten johtamassa miten se tehdään. Ja kyllä tämä on nimenomaan yhteistyötä."*

*"Tärkeää että koordinaattori on silloin kun täällä ei ole muita hoitotyön johtajia. Että koordinaattorilla on niin kuin ne valtuudet silloin."*

*"Vuoronvastaavahan on siinä sen vuoron johtaja sillä osastolla ja kyllä se parantaa sitä päätöksentekoa. Että kyllä se vuoronvastaava on hyvä työpari siinä päätöksenteossa."*

Taulukko 6 c. Koordinaattoritoiminnan vaikutukset johtamiseen.  
Vaikutukset työhyvinvointiin.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	Yläluokat
Osastonhoitajan työhyvinvointi parantunut, koska koordinaattori huolehtii mahdollisista viikonlopun ja maanantain työvuoropuutoksista Ei tarvitse huolehtia niin paljon osaston selviytymistä Nykyään ei pelota tulla töihin Koordinaattorivuoro koetaan raskaana ja työläänä Kuormittavuuden vähentämiseksi koordinaattoreita lisättiin Koordinaattoritoiminnan ansiosta resurssit ovat jakautuneet tasaisemmin Kun on saatu siirrettyä kiireiselle osastolle hoitajia toiselta osastolta, se varmasti lisää työhyvinvointia	Työn jakaminen lisää työhyvinvointia	Vaikutukset työhyvinvointiin
Koordinaattoritoiminnan myötä toiminta on muuttunut sujuvammaksi Maanantaiaamut ovat rauhoittuneet toiminnan myötä Koordinaattori toimii eräänlaisena koko talon osastonhoitajana viikonlopun Koordinaattori ottaa viikonloppuna osastonhoitajien vastuun Yhteydenotto koordinaattoriin oli helppoa	Toiminnan sujuvuus on parantunut	

Toiminta vaikutti myös **työhyvinvointiin**. Erityisesti osastonhoitajien työhyvinvointi lisääntyi, koska koordinaattori huolehti toiminnasta viikonlopun ja maanantain osalta. Aikaisemmin osastonhoitajalla oli huono omatunto kotiin lähtiessään, koska viikonloppuna saattoi olla edelleen työvuoroissa puutoksia. Koordinaattori otti viikonloppuna vastuun toimiessaan eräänlaisena koko talon osastonhoitajana, ratkaisten myös maanantain työvuoropuutokset. Aikaisemmin töihin tuloa pelättiin, koska osastolla saattoi olla vajaa miehitys. Koordinaattoriin oli helppo ottaa yhteyttä, jolloin toiminnan sujuvuus parani. Kokemuksen mukaan myös resurssien tasaisempi jakautuminen lisäsi henkilökunnan työhyvinvointia. Koordinaattorit kokivat vuoronsa kuitenkin raskaana ja vaativana ja siksi heitä lisättiin. Tällöin koordinaattorilla ei ollut vuoroja niin usein ja työn kuormittavuus väheni.

*"Ja osastonhoitajalle kun lähtee perjantaina pois, niin voi olla rauhallisin mielin, koska tietää, että siellä on joku, joka huolehtii tästä asiasta. Eli asiat eivät ole vain yhden ihmisen vastuulla."*

*"Työhyvinvointi on parantunut. Ei tarvitse pelätä niitä työvuoroja, kun joskus on ollut niin niukasti henkilökuntaa et oikeesti pelottaa tulla töihin."*

Taulukko 6 d. Koordinaattoritoiminnan vaikutukset johtamiseen.

Resurssien mahdollistaminen

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokat</b>	<b>Yläluokat</b>
Koordinaattoreita oli aluksi liian vähän Koordinaattori on omalta osastolta arkivuorosta pois Nykyään myös muut kuin apulaisosastonhoitajat toimivat koordinaattoreina	Koordinaattoreiden lisääminen	Resurssien mahdollistaminen
Pitäisi olla toimintaan sitoutunut, erillinen vetäjä Toimintaan tulisi resursoida riittävästi ihmisiä Resurssien käyttö on tehostunut	Toimintaan kaivattiin enemmän resursseja	
Tukea ja arvostusta on tullut Ylemmältä johdolta on tullut enemmän ymmärrystä muuttuvia tilanteita kohtaan Koordinaattori on saanut vapauden tehdä työtä omalla tavallaan Johto tukee koordinaattoritoimintaa järjestämällä keskustelutilaisuuksia Johto on tukenut vastuun rajaamista Osastoryhmäpäällikkö on toiminnassa aktiivinen tukija Osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat tapaavat 3-4 kertaa vuodessa ja toimivat eräänlaisena ohjausryhmänä toiminnassa	Johdon tuki	
Alaiset tuntuvat suhtautuvan toimintaan myönteisesti Ihmiset ovat kokeneet mielekkäänä tulla pois omien rajojen ulkopuolelle Jotkut työntekijät lähtevät herkemmin auttamaan toiselle osastolle	Alaisten tuki	

Koordinaattorit eivät olleet saaneet toimintaan ylimääräisiä **resursseja** ja kokivat heitä olleen liian vähän. Aluksi vain apulaisosastonhoitajat toimivat koordinaattoreina, jolloin toiminnan koettiin vievän resursseja omasta työstä. Myöhemmin sairaanhoitajia koulutettiin koordinaattoreiksi. Toimintaa pidettiin hyödyllisenä, mutta siihen toivottiin erillistä vetäjää ja lisäresursseja. Johto antoi toimintaan tukea, arvostusta sekä ymmärrystä ja järjesti yhteisiä keskustelutilaisuuksia. Osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat tapasivat kolme – neljä kertaa vuodessa ja silloin johto toimi eräänlaisena koordinaattoritoiminnan ohjausryhmänä. Koordinaattori sai luoda omat työtavat ja jos työssä ilmaantui ongelmia, tuki johto koordinaattoria. Alaisten suhtautuminen koordinaattoritoimin-

taan muuttui myönteisemmäksi, mikä myös osaltaan tuki toimintaa. Resurssien käyttö tehostui selkeästi koordinaattorin näkökulmasta.

*"Olemme saaneet hyvin tukea omilta esimiehiltä ja osastonhoitajat kokee, että tämä on hyödyllistä ja helpottaa meidän stressiä."*

*"Nyt se yksi tai kaksi henkilökunnasta, joka tätä työtä tekee, niin se on muusta miehi-tyksestä pois. Ja kun se on se osaava ihminen, niin se on pois omalta osastolta. Se on aika arvokas pala."*

Taulukko 6 e. Koordinaattoritoiminnan vaikutukset johtamiseen.

Kokonaisuuksien hallinta

<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Alaluokat</b>	<b>Yläluokat</b>
Osaaminen tulee paremmin näkyviin ja hoi- totyön arvostus lisääntyy Koordinaattori viestii muille osastoille toisten osastojen tilanteen	Hoitotyön arvostus on lisään- tynyt	Kokonaisuuksien hallin- ta
Koordinaattori ei tee päätöksiä potilassiirrois- ta, eikä korvaa lääkärin työpanosta Koordinaattori on ihmisten ja tapojen toi- minnanjohtaja, koordinoija Koordinaattoritoiminta on vahvistanut ja jäsentänyt myös vuorovastaavan toimenku- vaa Työ on erilaisten asioiden punnitsemista ja vaihtoehtojen miettimistä Koordinaattorin työ on ennakkointia Koordinaattorin täytyy pysyä toimenkuvan- saan Koordinaattorin tehtävää on selkeytetty ja tehty kirjalliset ohjeet	Täsmentyneet toimenkuva	
Tärkeä ominaisuus on kokonaisuuksien hah- mottaminen Toiminnan myötä ollaan paremmin ajan tasalla Täytyy hahmottaa tämän sairaalan pediatri- sten yksiköiden kokonaistilanne Koordinaattorilla on yhteenvedo ja kokonais- näkemys tilanteesta Koordinaattorin täytyy ottaa huomioon mo- nenlaisia tekijöitä, työ on palapeliä Koordinaattori toimii eräänlaisena koko talon osastonhoitajana viikonlopun Vuorovastaava pitää osaston kokonaisuuden hallinnassa Koordinaattori on ihmisten ja tapojen toi- minnanohjaaja, koordinoija	Kokonaisuuden hahmottami- nen parantunut	

**Kokonaisuuksien hallinta** parani toiminnan myötä. Koordinaattorin tehtävää selkeytettiin ja siitä laadittiin kirjalliset ohjeet. Koordinaattorin tehtävänä ei ollut korvata lääkärin työpanosta ja työtä pidettiin erityisesti ihmisten ja tapojen toiminnanjohtajana. Työ oli erilaisten asioiden punnitsemista ja vaihtoehtojen miettimistä sekä ennakointia. Koordinaattoritoiminta vahvisti ja jäseni myös vuoronvastaavan toimenkuvaa. Toiminnan koettiin parantavan kokonaisuuden hallintaa. Hoitotyön arvostus lisääntyi koordinaattoreiden mukaan, koska osaaminen tuli läpinäkyväksi. Koordinaattori viestitti toisten osastojen tilanteesta ja siksi tarvittavan osaamisen merkitys tiedostettiin paremmin.

*"Ja tärkeää on sitten myös sellainen kokonaisuuden hahmottaminen. Se on vähän kuin työvuorojen tekeminen. Jos sä osaat tehdä työvuoroja niin silloin hahmotat myös kokonaisuuksia. Tässä pitää hahmottaa tän sairaalan pediatrian yksikköjen kokonaistilanne."*

*"Tämä koordinaattoritoiminta on myöskin jotenkin vahvistanut ja jäsentänyt sitä vuoronvastaavan toimenkuvaa, ehdottomasti. Että vuorovastaava pitää osaston kokonaisuutta hallinnassa."*

## 6.5 Sekundaariaineiston tulokset

Hoitotyön koordinaattorit tekivät työvuoronsa päätteeksi raportteja, joiden tarkoituksena oli arvioida koordinaattoritoimintaa. Raportit oli kirjoitettu vapaamuotoisesti ja niiden tieto oli ajoittain niukkaa. Ne oli laadittu joulukuun 2009 ja syyskuun 2010 välisenä aikana. Niitä oli yhteensä 80 ja ne olivat noin 80 päivältä. Tähän tutkimukseen kerättiin olennaista tietoa exeltauukkoon, johon laskettiin määrällisesti ilmoitettua tietoa. Lisäksi tietoa kerättiin muista huomionarvoisista asioista. Raportit muuttuivat kuitenkin systemaattisemmiksi toiminnan kehittymisen myötä. Muutama raportti koski arki-iltaa, vaikka koordinaattoritoiminta oli viikonloppupainotteista. Tulokset eivät ole luotettavia, koska raportteja ei ole tehty systemaattisesti ja määrät oli usein jätetty merkitsemättä. Päivystysosaston potilassiirtoja ei laskettu mukaan, koska päivystyksen perustoimintaan kuuluu laittaa potilaat eteenpäin osastoille tai kotiuttaa. Kun potilasta oli tarkoitus siirtää pois päivystyksestä, oli huomioitava osastojen potilaspaikka- ja henkilökuntatilanne. Päivystyksen ruuhkautumisen takia potilaita saatettiin lähettää toisen sairaalan päivystykseen. Ajankäytön tehostamiseksi päivystyksen olisi tärkeää tietää potilaspaikat reaaliajassa. Raporteissa kävi ilmi päivystyksen ruuhkautuminen erityisesti iltaisin ja tämä tulisi huomioida resursoinnissa. Kiireisinä aikoina päivystyksen toimintaa auttoi,



kun osastot itse hakivat potilaita päivystyksestä. Joskus potilaan hoito viivästy, koska hänelle ei löytynyt ajoissa potilaspaikkaa.

Taulukko 9. Raportteihin kirjatut hoitotyön koordinaattoreiden tekemät järjestelyt

Järjestely	Määrä yhteensä	Huomioitavaa
<b>Hoitajaresurssien siirrot</b>	126	Erityisesti sisäiset sijaiset siirtyivät eri osastolle auttamaan. Hoitajat siirtyivät yleensä osaamisen mukaan (iv-lupa, muu osaaminen).
<b>Tilapäisten työntekijöiden hankkiminen</b>	57	Tilapäisten työntekijöiden hankkiminen oli työlästä, aikaa vievää ja ajoittain tuloksetonta.
<b>Potilassiirrot</b>	44 Siirrot: eri osastolle 32 eri sairaalaan 4 teho-osastolle 8	Erityisesti epidemia-aikana potilaita siirrettiin eri osastoille, jotta saatiin tilaa infektiopotilaille. Siirtoja eri sairaalaan oli todennäköisesti ilmoitettua enemmän. Määriä ei aina ilmoitettu. Potilaat siirtyvät teho-osastolle oman vointinsa takia, ei potilaspaikkojen

Hoitajia siirrettiin eri osastoille suhteellisen paljon: 126. Alkumittausta ei tehty, joten tätä tilastoa ei voida verrata mihinkään aikaisempaan tietoon. Raporttien perusteella sisäiset sijaiset ja tilapäiset työntekijät siirtyivät vakituista henkilökuntaa useammin apua tarvitsevalle osastolle. Ajoittain oli pulaa osaavista hoitajista, jolloin paras ratkaisu oli oman henkilökunnan työvuorovaihdokset. Osastoilla ei aina ollut riittävää erityisosaamista, vaikka sellaisen tarve oli ollut todennäköistä. Tästä johtuen henkilökuntaa jouduttiin hälyttämään vapaapäivältä töihin. He joutuivat myös vaihtamaan työvuoroja, jotta joihinkin vuoroihin saatiin riittävää osaamista. Myös vastaava hoitaja saattoi järjestellä työvuoroja. Kokenut henkilökunta selviytyi raporttien mukaan vähemmällä henkilökuntamäärällä. Joillakin osastolla oli usein kiire ja vaativa potilasaines, jolloin osaamisen kartoittaminen ja resursointi olisi pitänyt miettiä tarkemmin.

Tilapäisiä työntekijöitä oli raporttien mukaan ollut 57. Tämä luku ei ole tarkka, koska kaikissa raporteissa määrää ei aina ilmoitettu. Koordinaattori ei ollut nähnyt aiheelliseksi raportoida lukumäärää erikseen, mikäli tilapäisen työvoiman hankintaan oli varauduttu jo arkena. Tilapäisiä työntekijöitä yritettiin usein tavoittaa tekstiviestein ja ajoittain

heitä oli vaikea saada työvuoroihin. Ongelmaksi muodostui erityisesti infektioaika, joka oli muutenkin hyvin haasteellista aikaa niin henkilöstön kuin koko toiminnan kannalta.

Raporttien mukaan potilassiirtoja oli 44. Siirtoja eri osastoille oli eniten: 32. Potilassiirrot lisääntyivät erityisesti infektioaikana, jolloin päivystys ja infektio-osasto ruuhkautuivat. Potilaita siirrettiin sinne, missä heitä pystyttiin hoitamaan ja missä oli tilaa. Kirurgiset osastot eivät osallistuneet hoitotyön koordinaattoritoimintaan, mutta infektioaikana sinne saatettiin sijoittaa sellaisia potilaita, jotka eivät kuuluneet sen erityisalaan. Infektioaikana pidettiin erillisiä infektiokokouksia, joissa lääkärit, vastaavat hoitajat ja koordinaattorit miettivät yhdessä potilaiden sijoittelua. Tämä auttoi luomaan kokonaisnäemyksen osastojen tilanteesta. Koordinaattori selvitti usein aktiivisesti muiden yksiköiden hoitajaresursseja ja potilaspaikeatilannetta, mutta siirtyneiden potilaiden määrää ei aina ilmoitettu raporteissa. Potilassiirtoja johonkin muuhun sairaalaan oli yhteensä neljä ja teho-osastolle kahdeksan. Potilaat siirtyivät kuitenkin teho-osastolle oman vointinsa, ei potilaspaikeatilanteen takia. Teho-osaston ollessa täynnä, huonokuntoisia jouduttiin pitämään osastolla, mutta toisaalta potilasta saatettiin pitää kauemmin teho-osastolla vuodeosastojen paikkapulan tai henkilökuntatilanteen vuoksi.

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Tutkimustulosten tarkastelua**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön koordinaattoreiden kokemuksia koordinaattoritoiminnasta sekä hakea näyttöä koordinaattorimallin hyödystä HUS Lasten ja nuorten sairaalassa. Tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla toimintaa voidaan edelleen kehittää näyttöön perustuen.

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä yhdistyvät paras saatavilla oleva tutkimusnäyttö, hoitotyöntekijän kliininen asiantuntemus, tieto potilaan tarpeista, toiveista ja mieltymyksistä sekä organisaation resurssit eheäksi kokonaisuudeksi. (DiCenso – Cullum – Ciliska 1998; Stetler 1998.) Tämän tutkimuksen mukaan päätöksenteko perustui lähinnä kokemustietoon ja tutkimustiedon käyttö oli vähäistä lähinnä taito- ja resurssiesteiden takia. Asenteet tutkitun tiedon käyttöön olivat kuitenkin myönteiset. Kaikki koordinaattorit olivat apulaisosastonhoitajia. Tämä tukee aikaisempaa tutkimusta, jonka mukaan myönteisimmin tutkitun tiedon käyttöön suhtautuivat osastonhoitajat verrattu-

na muuhun henkilökuntaan. (Sarajärvi – Markkanen 2009.) Tältä osin tulokset olivat myös positiivisemmat verrattuna aikaisempaan, joiden mukaan hoitohenkilökunnan suhtautuminen tutkittuun tietoon ei ollut myönteistä. (Elomaa 2003; Fink ym. 2005.) Koordinaattoreilla oli pitkä työkokemus sairaanhoitajana, joten heidän koulutukseensa ei ole välttämättä kuulunut tutkitun tiedon käyttöä ja siksi päätöksentekoa ohjasi lähinnä asiantuntijan kokemukseen perustuva näyttö.

Koordinaattorin toimenkuva muotoutui toiminnan kehittyessä. Koordinaattorit kokivat yhteiset kokoontumiset tärkeiksi toiminnan kehittämisen kannalta. Yhteisissä kokouksissa saatiin tukea kollegoilta ja johdolta, mitä pidettiin erityisen tärkeänä. Koordinaattorit kartoittivat tilannetta osastoilla käyden, mikä koettiin työläänä ja aikaa vievänä. Osastokäyntien katsottiin edistävän yhteistyötä, vuorovaikutusta ja luottamusta henkilökunnan ja koordinaattorin kesken. Yhteisissä kokouksissa saatiin tietoa toiminnasta, jolloin sen hyödyt tulivat paremmin esille. Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan tapaamiset olivat koordinaattoreille tärkeitä. Koordinaattorit toimivat yksin ja kaipasivat kollegoilta tukea ja mahdollisuutta vaihtaa tietoa hyvistä käytänteistä. Olisi tärkeää tunnistaa koordinaattorin roolin haasteet ja kehittää siihen paremmat keinot ja välineet. (Proudlove ym. 2007.) Sairaalat tarvitsevat myös uusia innovaatioita ja teknologiaa, joiden avulla toiminta saadaan tehokkaammaksi ja ajan tasalla olevaksi. (Maloney ym. 2007.)

Potilas nähdään oman alansa asiantuntijana ja vastuullisena osallistujana hoitoaan koskevissa päätöksissä. Vaatimukset hoidon laadulle ovat myös lisääntyneet. Näyttöön perustuvan toiminnan ydin todentuu potilastyössä siten, millaista tietoa päätöksenteossa käytetään ja miten potilas osallistuu omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Sarajärvi 2009; Sarajärvi – Markkanen 2009; Korhonen – Jylhä – Holopainen 2012.) Tämän tutkimuksen mukaan päätöksenteossa pyrittiin huomioimaan asiakkaan tarpeet sekä toiveet ja asiakaslähtöisyyden koettiin toteutuvan hyvin koordinaattoritoiminnan myötä. Asiakkaan etu katsottiin hoitotyön päätöksenteon lähtökohdaksi ja asiakas otettiin mukaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilasturvallisuus lisääntyi, koska resursseja jaettiin tasaisemmin ja potilaan sijoittumista mietittiin tarkemmin. Tehostuneen ennakkoinnin ansiosta potilas pääsi nopeammin osastolle, koska vapaita paikkoja valmisteltiin etukäteen ja hoito päästiin aloittamaan ajoissa. Koordinaattori hankki puuttuvaa henkilökuntaa, jolloin hoitohenkilökunta sai keskittyä potilashoittoon. Hoitotyön laadun koettiin parantuneen näiden ansiosta.

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä päätös perustellaan parhaalla saatavalla olevalla tutkimustiedolla, omalla käytännön asiantuntijuudella huomioiden potilaan tarpeet päätöksenteossa sekä käytettävissä olevat resurssit. Näyttöön perustuva toiminta todentuu organisaation kaikilla tasoilla johtamista ja potilaan hoitoa koskevilla päätöksissä. (Di-Censo ym. 1998; Korhonen ym. 2012.) Tämän tutkimuksen mukaan koordinaattorit kokivat päätöksenteon olevan jäsentyneempää kuin aikaisemmin. Työkokemuksesta ja etenkin lähiesimieskokemuksesta koettiin olleen etua päätöksenteossa ja kokonaisuuden hallinnassa. Yhteistoiminnallinen työskentelytapa ja osallistava johtaminen lisääntyivät, koska koordinaattori ja muu henkilökunta tekivät päätökset yhteistyössä vastuu- ta jakaen. Koordinaattoritoiminnan koettiin myös vahvistaneen vuorovastaavan toimenkuvaa. Koordinaattorin työ oli neuvottelemista ja erilaisten asioiden järjestämistä, joten hyviä vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja pidettiin tärkeinä. Koordinaattorit jakoivat toisilleen hyviksi todettuja käytänteitä, mikä osaltaan kehitti toimintaa. Toiminta auttoi tuomaan osaamista ja sen merkitystä paremmin esille, mikä lisäsi hoitotyön arvostusta. Tähän verraten koordinaattoreilla olisi hyvät mahdollisuudet kehittää toimintaa näyttöön perustuvaksi. Onnistunut näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen vaatii yhteistyötä sekä kollegoiden että eri ammattiryhmien kesken. (Sarajärvi – Rehn 2010.)

Tutkimukset magneettisairaaloista osoittavat, että hyvällä johtajuudella, työyhteisön toimivuudella kuin myös hoidon korkealla laadulla on vaikutusta työhyvinvointiin. (Kramer – Maguire – Brewer 2011.) Tämän tutkimuksen mukaan erityisesti osastonhoitajien työhyvinvointi lisääntyi, koska koordinaattorit ottivat vastuun viikonlopun toiminnasta. Myös hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin ja työviihtyvyyden koettiin lisääntyneen, koska hoitajien työn kuormitus väheni resurssien jakautuessa tasaisemmin. Henkilökunnan työskentely muilla osastoilla lisäsi tietämystä toisten työstä, mikä edisti kollegiaalisuutta ja toimintakäytänteiden yhtenäistämistä. Hoitotyöntekijöiden tulisi toimia yhteisesti sovittujen näyttöön perustuvien käytäntöjen mukaisesti ja arvioida niiden toimivuutta ja vaikuttavuutta. (Holopainen ym. 2010.)

Koordinaattorit itse kokivat työvuoronsa raskaana ja vaativana, mikä on samansuuntainen tulos kuin kirjallisuuskatsauksessa esitetty. (Proudlove ym. 2007.) Vaikka työ oli vaativaa, se koettiin kuitenkin mielekkäänä positiivisten vaikutustensa takia. Koordinaattorit kokivat saaneensa johdolta tukea toiminnalleen, mutta resursseja kaivattiin lisää. Resurssien mahdollistaminen asettaa jatkuvia haasteita hoitotyön johtajille. Näyttöön perustuva hoitotyö vahvistaa hoitotyön asiantuntijuutta lisäten samalla yhteenkuuluvuuden tunnetta ja työssä viihtyvyyttä. Sillä on vaikutusta myös asiakaslähtöiseen

ajattelu- ja toimintatapaan, koska asiakkaat otetaan mahdollisuuksien mukaan hoitotyön päätöksentekoon. (Sarajärvi 2010.)

Sekundaaritulosten mukaan potilaita saatettiin lähettää toiseen sairaalaan päivystyksen ruuhkautumisen takia, joka täyttyi yleensä iltaisin. Potilassiirrot lisääntyivät erityisesti infektioaikana, jolloin päivystys ja osastot ruuhkautuivat. Potilaan hoito saattoi viivästyä potilaspaikan puutteen vuoksi. Tehokkaammin toteutettu hoito tehostaisi päivystyksen toimintaa. Se siirtäisi myös työtaakkaa päiväsaikaan, mikä helpottaisi työaikojen järjestelyä. (Mattila 2006.) Tehokkaammalla hoitotyön koordinoinnilla ja suunnittelulla on mahdollista vaikuttaa toiminnan sujuvuuteen, jolloin potilas pääsee mahdollisimman nopeasti osastolle ja hoito päästään aloittamaan ajoissa, mikä osaltaan lyhentää sairaalassaoloaikaa lisäten myös asiakastytyväisyyttä (Proudlove 2003.)

Erityisosaamisen tarvetta ei aina osattu suunnitella etukäteen ja ajoittain oli pulaa osaavista hoitajista, jolloin henkilökunta joutui tekemään työvuorovaihdoksia. Kokeneet hoitajat selviytyivät yleensä vähemmällä henkilöstömäärällä. Ajoittain oli aikaa vievää saada tilapäisiä työntekijöitä, erityisesti infektioaika oli hyvin haasteellista koko toiminnan kannalta. Osaavan henkilökunnan lisäämisellä on kuitenkin ratkaiseva rooli laadun parantamisessa. (Cobelas ym.2001.) Oikean osaamisen sijoittamista oikeaan paikkaan auttaa myös, kun tunnistetaan potilaan todellinen hoidon tarve. (Xiao 2010.) Koordinaattoritoiminnalla voidaan vaikuttaa oikeanlaiseen resurssien kohdentumiseen, jolloin osaaminen on oikeassa paikassa. (Fletcher – Hodges 1999.)

Tutkimustiedon käyttöön kohdistuva tutkimus on sekä hoitotyön kannalta että yhteiskunnallisesti perusteltua, koska terveydenhuoltoalalla vallitsee laadun ja tuloksellisuuden vaatimus. (Lahtonen – Johansson – Hupli 2010.) Tieteellistä tietoa hyödynnettiin vähäisesti koordinaattorin työssä, jolloin ei muodostunut arviointia teoreettisen tiedon, kokemustiedon ja käytännön toiminnan välillä. Tavoitteena kuitenkin on, että hoitokäytännöt ja toimintatavat perustuvat parhaaseen ajan tasalla olevaan tietoon, koska se lisää hoitotyön vaikuttavuutta ja tehokkuutta.

## 7.2 Eettiset näkökohdat

Tutkimus on inhimillistä, arvoperusteista toimintaa ja sillä pyritään löytämään totuus tieteellisesti hyväksytyillä menetelmillä. Tutkija ja koko tiedeyhteisö on vastuussa yh-

teiskunnalle, itselleen ja toisille yhteisöille tutkimuksensa eettisistä ratkaisuksista. Erityisen tärkeää se on tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tiedonlähteinä. Tutkimusetiikassa kyse on siitä, että tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Tutkimuskohteen valinnan lähtökohtana on, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu. Tässä tutkimuksessa aihe on ollut mielenkiintoinen ja ajankohtainen. (Leino-Kilpi – Välimäki 2004.)

Tutkimusetiikkaa säätelevät erilaiset normit ja säädökset. Tutkimuksessa eettisyydellä tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, joka tarkoittaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. On käytettävä tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä ja noudatettava avoimuutta tulosten julkaisemisessa. Tutkija ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja antaa niille kuuluvan arvon. Eettisyyteen liittyvät kysymykset tulee pitää mielessä työn jokaisessa vaiheessa ja on myös tärkeää pohtia omia valmiuksia tehdä opinnäytetyötä. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaukset jaetaan kahteen pääluokkaan: piittaamattomuuteen hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä vilppiin tieteellisessä käytännössä. Tutkimusprosessin edetessä tutkija joutuukin ratkaisemaan useita eettisiä kysymyksiä. (Vilkkä 2005; Leino-Kilpi - Välimäki 2004.)

Tutkijan ja tutkimusorganisaation välinen suhde on tärkeä silloin, kun käsitellään tutkimustyön etiikkaa. Molemmilla osapuolilla on vastuu tulosten käytöstä: millaista tietoa voidaan käyttää ja millaista ei. Tutkimusta tehtäessä noudatettiin tutkimustyön eettisiä sääntöjä. Tähän tutkimukseen saatiin lupa Naisten- ja lastentautien tulosityksiköstä ja haastateltavat olivat pediatrian yksiköstä. Tutkittaville taattiin anonymiteetti eikä tutkimusraportin perusteella voitu yksilöidä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. Tutkimukseen osallistuvat tiesivät tutkimuksen riskit ja hyödyt. Tutkimukseen liittyvä aineisto on käsitelty ja säilytetty luottamuksellisesti koko tutkimusprosessin ajan. Haastatelluaineistoa käsitteli ainoastaan tutkija itse. (Paunonen – Vehviläinen – Julkunen 1998; Janhonen – Nikkonen 2003.) Tutkimusaineiston analyysi pyrittiin tekemään luotettavasti ja tulokset raportoimaan rehellisesti.

### 7.3 Luotettavuuden tarkastelua

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhtä tarkkoja kriteereitä kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkastelussa

on kyse tutkimusprosessin luotettavuudesta, joka sisältää aineiston keruun, aineiston analyysin ja tulosten kirjoittamisen. Luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta aineiston keruun ja analyysin kaikissa vaiheissa. Tämä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita huomioiden aineiston tuottamisen olosuhteet ja tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena. Tutkijan tulee osoittaa luotettavasti yhteys tuloksen ja aineiston välillä. Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan oman persoonan tuoma näkemys, jossa on mukana hänen tunteensa ja intuiotensa. Siksi tutkijan on aina perusteltava omat päätelmänsä. (Tuomi – Sarajärvi 2009.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan Lincolnin ja Guban (1985) luomien kriteerien mukaan, jotka ovat uskottavuus, siirrettävyys, varmuus ja vahvistettavuus (Lincoln – Guba 1985).

Uskottavuus (credibility) luotettavuuden arvioinnissa tarkoittaa sitä, että tutkijan on tarkistettava, vastaavatko hänen tulkintansa tutkittavien käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen uskottavuus viittaa tulosten totuudenmukaisuuteen. Siihen vaikuttavat tutkijan sitoutuminen tutkimukseen sekä tutkimushenkilöiden luottamuksen saavuttaminen. Tutkija ei tuntenut tutkimusympäristöä eikä haastateltavia entuudestaan ja siksi hänelle piti selventää joitakin asioita haastatteluissa. Tutkimustuloksia verrattiin aikaisempiin tutkimustuloksiin, jolloin voitiin vakuuttua tulosten luotettavuudesta. Tutkimustulosten uskottavuutta pyrittiin lisäämään sillä, että niiden yhteydessä esitettiin koordinaattoreiden suoria lainauksia haastatteluista jokaisen muodostuneen kategorian yhteydessä. (Lincoln – Guba 1985) Tässä työssä tutkimustuloksia tarkasteltiin näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisen kannalta.

Tutkimustulosten siirrettävyys (transferability) voidaan varmistaa arvioimalla, voidaan ko tutkimustulokset siirtää toiseen samanlaiseen yhteyteen niin, että tulkinat pysyvät samoina. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä. Luotettavuus liittyy eettisiin pohdintoihin ja onnistuneeseen analyysiin. Tutkittavien valinta, taustat, aineistonkeruu ja analysointi kuvataan tarkasti, jotta prosessia pystytään seuraamaan. Lainaus on esittävä niin, ettei tutkittavia tunnisteta. Se varmistaa tutkimuksen luotettavuutta. Lukijankin on voitava arvioida tulosten siirrettävyyttä. On muistettava, että tutkimustulokset ovat ainutkertaisia, joten tulosten siirrettävyyteen on syytä suhtautua kriittisesti. (Lincoln – Guba 1985; Isola ym. 2005; Tuomi – Sarajärvi 2009.) Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää samantyyppisessä ympäristössä.

Tutkimuksen varmuuden (dependability) tarkistamiseksi on huomioitava ennustamattomasti vaikuttavat tekijät. Tutkimustilannetta on arvioitava niin, että ulkoiset vaihtelua aiheuttavat tekijät tuloksiin huomioidaan. Tutkijan on myös itse oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja arvioitava, kuinka itse vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. (Lincoln – Guba 1985.) Tärkeänä luotettavuuskriteerinä pidetään vahvistettavuutta (confirmability), joka merkitsee sitä, miten hyvin tutkimus vastaa tutkittavaa todellisuutta. Tutkimustulokset perustuvat aineistoon eivätkä tutkijan käsityksiin, vaikka tutkijan subjektivaikutus on laadullisessa tutkimuksessa aina läsnä. Vahvistettavuutta voidaan arvioida myös sillä, että tehdyt tulkinnat saavat tukea vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista. Tulosten tulee perustua kokemukseen ja aineistoon. Tutkittavaa ilmiötä tulee lähestyä tutkijan oman näkökulman lisäksi eri näkökulmista erilaisten aineistojen avulla. (Lincoln – Guba 1985; Isola ym.2005; Tuomi- Sarajärvi 2009.) Tämän tutkimuksen tuloksia verrattiin aikaisempiin tutkimustuloksiin koordinaattoritoiminnasta sekä arvioitiin näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Kvantitatiivisena aineistona tässä tutkimuksessa käytettiin sekundaariaineistoa, joka koostui hoitotyön koordinaattoreiden raporteista. Niitä ei ole alun perin tarkoitettu tutkimusaineistoksi. Tutkija ei voi tarkentaa valmiiksi kirjoitettuja raportteja lisäkysymyksin. Vapaamuotoisesti kirjoitetuista raporteista oli saattanut jäädä pois olennaisia asioita, oli myös saatettu muistaa väärin, muunnella totuutta tai miellyttää tutkijaa tuottamalla sosiaalisesti hyväksyttäviä kertomuksia. Raporttien aineisto jäi aika suppeaksi, joten aineistosta keskityttiin hakemaan määrällisesti esitettyjä asioita sekä lisäksi kirjattiin ylös merkityksellisiä asioita. Toisaalta raporttien runsas lukumäärä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Kirjoitusten sisältö ei vaikuttanut aineiston valintaan. Aineistosta ei myöskään tehty sellaisia johtopäätöksiä, joihin se ei anna edellytyksiä. Tutkijan toiminnan täytyy olla läpinäkyvää eli tutkimusraportissa tutkija esittää valintaperusteensa. (Paunonen ym.1998; Kääriäinen – Lahtinen 2006.)

#### 7.4 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Hoitotyön koordinoinnista oli ollut hyötyä HUS lasten ja nuorten sairaalassa. Tässä työssä näyttöön perustuva hoitotyön toimintamalli ohjasi koordinaattoritoiminnan jäsentämisessä. Samalla tässä työssä arvioitiin näyttöön perustuvan toiminnan toteutumista.



Tämän tutkimuksen mukaan hoitotyön koordinaattorit käyttivät vähän tutkittua tietoa työnsä perustana, vaikka asenteet tutkittuun tietoon olivat myönteiset. Kehittämishaasteeksi voidaan esittää, että jatkossa koordinaattorit perustavat toimintansa enenevässä määrin tutkittuun tietoon. Tarvitaan lisää koulutusta ja resursseja, jotta tutkittua tietoa hyödynnetään enemmän käytännössä. Valmiiksi arvioitua, tutkittua tietoa voitaisiin tuoda käytäntöön esimerkiksi klinisen asiantuntijan avulla. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää itse koordinaattoritoimintaa sekä täydennyskoulutusta kehitettäessä.

HUS lasten ja nuorten sairaalassa tulisi kehittää näyttöön perustuvan toiminnan koulutusta, johon myös koordinaattorit osallistuisivat. Tärkeää olisi saada koulutusta tutkimusten ja tilastojen ymmärtämiseen ja niiden käytäntöön viemiseen. Näyttöön perustuvan hoitotyön koulutuksilla olisi mahdollista tukea koordinaattoreiden tietoja ja taitoja toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hoitotyön koordinaattorit voisivat pitää eräänlaisia tutkimusklubeja eli kehittämiskokouksia, joissa esiteltäisiin jokin aiheeseen liittyvä tutkimus, jota kriittisesti keskustellen arvioitaisiin. Silloin toimintaa voitaisiin kehittää tieteellisen tiedon, asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon, asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon sekä toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon kautta.

Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden kokemuksia koordinaattoritoiminnasta olisi hyvä kartoittaa, jotta toiminnasta saataisiin kattava kuva. Sen lisäksi toimintaa tulisi kehittää systemaattisesti toteutettujen asiakaskyselyjen avulla. Olisi tärkeää selvittää tarkemmin sairaalassa tarvittava osaaminen sekä laatia kriteerit erityisesti päivystysaikana tarvittavan henkilöstön osaamisesta. Tietotekniikkaa tulisi myös pystyä hyödyntämään paremmin koordinaattorin työn helpottamiseksi. Jatkossa toimintaa tulee kehittää siten, että hoitokäytännöt ja toimintatavat perustuvat parhaaseen ajan tasalla olevaan tietoon, joka lisää hoitotyön vaikuttavuutta ja tehokkuutta.

## LÄHTEET

- Burns, Nancy – Grove, Susan K. 1997. *The Practice of Nursing Research; Conduct, Critique and Utilization*. Third edition. W.B. Saunders Company. West Washington Square. Philadelphia.
- Cobelas, Carlos – Cooper, Carolyn – Ell, Mary – Hawthorne, Graeme – Kennedy, Marcus – Leach, Deborah (2001). Quality management and the Emergency Services Enhancement Program. *Journal of Quality in Clinical Practise* 21; 80-85.
- DiCenso, Alba – Cullum, Nicky – Ciliska, Donna 1998. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing* 1 (2), 38-40.
- Elomaa, Leena 2003. Research evidence implementation and its requirements in nursing education. *Annales Universitatis Turkuensis*, ser D 532. Turku
- Eloranta, Kari 1977. *Johdatus organisaatiosuunnitteluun*. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab, Kustannusosasto.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1999. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 3. painos (1. p.1998). Jyväskylä: Vastapaino.
- Fayol, Henry 1990. *Johtamisen perusteet*. Administration Industrielle et Generale. Suom. Lehtinen Silva (1.ed 1918 et 1981) Jyväskylä: Gummerus
- Fletcher, John P – Hodges, B (1999). Making the surgical beds go around. *Journal of Quality in Clinical Practise* 19; 208-210.
- Flink R. – Thompson C. – Bonnes D. 2005. Overcoming Barriers and Promoting the Use of Research in Practice. *Journal of Nursing Administration* 35(3), 121-129.
- Green, J. 2000. The role of theory in evidence-based health promotion practice. *Health Education Research* 15 (2), 125-129.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2009. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. *Tutki ja kirjoita*. Keuruu: Otava.
- Holopainen, Arja – Korhonen Teija – Miettinen, Merja – Pelkonen, Marjaana – Perälä, Marja-Liisa. 2010. *Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi*. Premissi terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu 1. 2010: 38–44.
- Howell, E - Bessman, E – Kravet, S – Kolodner, K – Marshall, R – Wright, S 2008. Active Bed Management by Hospitalists and Emergency Department Throughput. *Annals of internal Medicine* 149; 804-810.

HUS strategia 2010. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/>> Luettu 21.10.2010.

Isola, A. - Backman K. – Saarnio R. – Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 17(3): 145–154

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Järvinen, Pertti – Järvinen, Annikki 1996. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpaja.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kiikkala, Irma – Krause, Kaisa 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Korhonen, Anne – Jylhä, Virpi – Holopainen, Arja 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? *Tutkiva Hoitotyö*, Vol. 10 (1), 40-42.

Kramer, Marlene – Maguire, Pat – Brewer, Barbara B. 2011. Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management* 2011, 19, 5–17.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11(1), 3 - 12.

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1).

Lahtonen, Pirjo – Johansson, Kirsi – Hupli, Maija 2010. Sairaanhoitaja tutkimustiedon käyttäjänä. *Hoitotiede*, 22 (2), 108–117.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2004: Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Lincoln, Yvonne – Guba, Egon 1985. *Naturalistic Inquiry*. California: Sage Publications.

Maloney, Christopher G - Wolfe, Douglas - Gesteland, Per H - Hales, Joe W - Flory L. Nkoy (2007) USA. A Tool for Improving Patient Discharge Process and Hospital Communication Practices: the Patient Tracker. *AMIA 2007 Symposium Proceedings* 493-497.

Mattila, Juho 2006. Hoitoprosessi ja resurssien käyttö tertiäarisellä päivystyspoliklinikalla. Diplomityö. Teknillinen korkeakoulu. Tuotantotalouden osasto.

MOT Kielitoimiston sanakirja 2.0. 2010. MOT sanakirjasto. Helsinki: Kotimaisten kielten tutkimuskeskus ja Kielikone.

Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Perälä, Marja-Leena - Toljamo, Maisa - Vallimies-Patomäki, Marjukka - Pelkonen, Marjaana 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004-2007) arviointi. Stakesin raportteja 28, 2008.

Proudlove, N C - Gordon, K - Boaden, R (2007). Developing bed managers: the why and the how. *Journal of Nursing Management* 15; 34-42.

Proudlove, N C - Gordon, K - Boaden, R 2003: Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? *Emergency Medicine Journal* 20, 149-155.

Roth, Pia-Christina 2010. Näkökulmia laadulliseen ja tilastolliseen tutkimukseen. <<http://www.piachristina.tarinoi.fi/9> >Luettu 20.11.2010.

Sarajärvi, Anneli 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö – kuvaus toimintamallin kehittämisestä. *Pro terveys - Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat lehti*. 6 (37). 10–14.

Sarajärvi, Anneli – Markkanen, Päivi 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä. Kehittämisprojektin alkukartoituksen tulokset ja toimintamallin muodostamisprosessi. *Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja 2009:1*. Helsinki: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopalvelu.

Sarajärvi, Anneli 2010. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisestä ja toimintamallin käytäntöön soveltamisesta. *Pro terveys - Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat lehti*. 5 (87). 12–14.

Sarajärvi, Anneli – Rehn, Katja 2010. Sairaanhoidajan kokemuksia näyttöön perustuvasta päätöksen teosta. *Sairaanhoidaja* 83 (4). 48–50.

Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Stetler CB. – Brunell M. – Giuliano K. – Morsi D. – Prince L. – Newell W. 1998. Evidence-Based Practice and Role of Nursing Leadership. *Journal of Nursing Administration* 28(31), 35-36.

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa:  
<[http://www.hyvinvointiklusteri.fi/tiedostot/File/STM\\_KASTE2008-11.pdf](http://www.hyvinvointiklusteri.fi/tiedostot/File/STM_KASTE2008-11.pdf) >.

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa:  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf) >.

STM 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. 2010:4. Sosiaali -ja terveysministeriön selvityksiä. Verkkodokumentti.  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf)>. Luettu 20.2.2011.

STM 2012. Sosiaali -ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriö Julkaisuja 2012:1. Helsinki. Yliopistopaino. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa:  
<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf)>

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi

Viinamäki, Leena - Saari, Erkki 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Xiao, Tania – Sanderson, Penelope – Clayton, Samantha – Venkatesh, Bala 2010. The ETTO principle and organisational strategies: a field study of ICU bed and staff management.

Ääri, Riitta-Liisa - Nurmela, Tiina - Paltta, Hannele - Salmela, Marjo & von Schantz, Marjale.2008. Hoitotiede ja näyttöön perustuva hoitotyö koulutuksen haasteina. Sairaanhoitajalehti 6-7, 38-41.

LIITE 1. Kirjallisuushaun tulokset

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus on tehty	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos )	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
Eric Howell, Edward Bessman, Steven Kravet, Ken Kolodner, Robert Mar- shall, Scott Wright. 2008, USA  Kohtalainen näyttö	Selvittää kuinka aktiivinen hoitotyön koordinointi vaikuttaa päivystyspoliklinikan suoritustehoon. Kun päivystyspoliklinikka on täynnä, joudutaan ambulanssit ohjaamaan muualle ja potilaan hoito viivästyy.	Aikuiset potilaat, jotka ovat olleet päivystyspoliklinikalla sisällä tutkimuksen aikana John Hopkins Bayview Medical Centerissä Baltimoresa Marylandissa.	Aineisto kerättiin takautuvasti ja siinä verrattiin tilastoja ennen hoitotyön koordinoinnin käyttöönottoa ja käyttöönoton jälkeen. Kyseessä oli vertaileva tutkimus. Tutkimuksessa arvioitiin aikaa, joka kului potilaan siirtymiseen päivystyspoliklinikalta osastolle ja ambulanssipotilaan pääsyä päivystyspoliklinikalle hoitoon.	Aktiivinen hoitotyön koordinointi paransi päivystyspoliklinikan suoritustehoa eli potilaat pääsivät aikaisemmin osastolle ja Päivystyspoliklinikan potilasmäärä kasvoi, joten päivystyspoliklinikan paikat olivat tehokkaammin käytössä. Myös ambulanssit pääsivät tuomaan potilaista päivystykseen useammin. Hoitotyön koordinoinnilla ei ollut vaikutusta tulosten mukaan henkilökuntamäärään, sairaalasaoloaikaan, teho-osaston siirtolukuihin tai kuolleisuuteen. Tuloksia ei kuitenkaan voi yleistää, koska tutkimus tehtiin yhdessä sairaalassa
Nathan Proudlove, Ruth Boaden, Julie Jorgensen. 2007, Iso-Britannia  Kohtalainen näyttö	Artikkeli kuvailee ja analysoi hoitotyön koordinaattorin roolia ja kuinka sitä voi tukea koulutuksen kautta.	Kohderyhmänä on 70 hoitotyön koordinaattoreina toimivaa, jotka ovat käyneet hoitotyön koordinaattorikoulutuksen	Hoitotyön koordinaattori- koulutuksen käyneille tehtiin kyseilytutkimus ja lisäksi he tekivät oman portfolion. Näissä oli sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tietoa.	Koulutuksella on osoitettu olevan vaikutuksia hoitotyön koordinaattoreiden tietoihin ja taitoihin. Sillä oli myös vaikutuksia henkilökunnan pysyvyyteen, ylenemismahdollisuuksiin ja myös toimenpiteiden peruutuksiin. Tarpeellista olisi, että hoitotyön koordinaattorit loisivat oman foorumin, jossa vaihtaa tietoa ja kokemuksia. Myös roolin tärkeyden tunnustaminen organisaation joka tasolla olisi tärkeää.

<p>John P Fletcher, B Hodges. 1999, Australia. Making the surgical beds go around</p> <p>Kohtalainen näyttö</p>	<p>Suunniteltuja leikkauksia joudutaan usein perumaan esim. jos tehohoitoa paikka meneekin onnettomuuspotilaalle. Se aiheuttaa potilaalle ja omaisille suuren pettymyksen ja toisaalta leikkauksosaston resursseja haaskataan.</p>	<p>Kohderyhmänä kaikki leikkauksipotilaat Westminsterin sairaalassa.</p>	<p>Tutkimuksessa verrattiin kuinka paljon leikkauksia peruutettiin/kuukausi ennen toiminnan muutosta ja sen jälkeen.</p>	<p>Tehostuneen hoitotyön koordinoimalla saatiin kohdennettua leikkauksipotilaille paikkoja ja leikkausten peruuntumiset loppuivat kokonaan. Perustettiin mm päiväkirurginen osasto, jolloin osattiin arvioida tiettyjen potilasryhmien kotiutumiset ja saatiin näin tehostettua kirurgista toimintaa. Myös ohjaamalla potilaat oikeanlaisille osastoille oli merkittävä tekijä toiminnan tehostumiselle. Myös onnettomuuspotilaille pystyttiin takamaan hoito.</p> <p>Toiminnan myötä kirurgisten potilaiden sairaalassaoloaika lyheni. Hoitotyön koordinaattoreiden, leikkaussalin, anestesia-puolen, kirurgisten osastojen ja leikkauksosastoista vastaavien yhteistyöllä oli merkittävä vaikutus leikkausten peruuntumisen loppumiseen ja toiminnan tehostumiseen. Tämä tutkimus tehtiin yhdessä sairaalassa, joten sitä ei välttämättä voida yleistää.</p>
<p>Christopher G. Maloney, Douglas Wolfe, Gesteland, Joe W. Hales, Flory L. Nkoy. 2007 USA. A Tool for Improving Patient Discharge Process and Hospital Communication Practices: the Patient Tracker</p> <p>Heikko näyttö</p>	<p>Sairaalassa on otettu käyttöön "Patient Tracker" tietokoneohjelma, josta ilmenee ajantasaisesti potilasmäärä, kotiutusprosessi, leikkauksosastot ja potilaspaikkaa tarvitsevat potilaat. Ohjelman avulla on tarkoitus parantaa potilaan kotiuttamistehokkuutta, minimoida odotusaikoja osastolle ja vähentää leikkausten peruuntumisia. Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää onko ohjelmalla vaikutusta tehokkaaseen potilaspaikkojen käyttöön.</p>	<p>Tutkimuksessa verrattiin lastensairaaloiden potilaita Salt Lake Cityn sairaalassa ennen ja jälkeen "Patient Tracker" tietokoneohjelman käyttöönoton jälkeen.</p>	<p>Tämä tutkimus tehtiin "Patient Tracker" tietokoneohjelman käyttöönoton yhteydessä. Siinä haluttiin tutkia sen vaikutuksia hoitotyön koordinaatiotoimintaan. Tutkimuksessa verrattiin kontrolliryhmää (ennen "Patient Tracker" ohjelman käyttöönottoa) ja testiryhmää ("Patient Tracker" ohjelman käyttöönoton jälkeen)</p> <p>Tutkimuksessa analysoitiin leikkausten peruuntumisten määrää, päivystyksestä osastolle siirtymisai-kaa ja keskimääräistä potilasmäärää.</p>	<p>Tulosten mukaan leikkausten peruutukset vähenivät merkittävästi. Siirtoaika päivystyksestä osastolle väheni. Keskimääräinen potilasmäärä lisääntyi. Leikkausten määrän peruuntumisten väheneminen oli merkittävää, joka saattoi johtua myös kuuden potilaspaikkamäärän lisäämisestä.</p> <p>Tässä tutkimuksessa oli muutamia puutteita: Tämän tutkimuksen tuloksien ei voida suoraan sanoa johtuvan "Patient Tracker" ohjelman käyttöönotosta. Ohjelman käyttöönoton myötä annettu koulutus tehokkaasta kotiutuksesta on saattanut myös vaikuttaa tuloksiin.</p> <p>Tärkeää oli määrittää selkeät kotiuttamisprosessin kriteerit. Ohjelman avulla eri asiantuntijat pysyvät ajan tasalla kotiuttamisprosessista kommunikoiden keskenään.</p>

<p>Nathan Proudlove, Ruth Boaden, Julie Jorgensen. 2003, Iso-Britannia. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments?</p> <p>Kohtalainen näyttö</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena on osoittaa, että hoitotyön koordinaattorin johtamana sairaalapaikkojen kapasiteetin suunnittelu ja kontrollointi parantaa sairaalan suorituskykyä ja palvelua.</p> <p>Tämä artikkeli hahmottaa minkälainen rooli hoitotyön koordinaattorilla on potilaan nopeampaan siirtoon päivystyksestä osastoille, miten hoitotyön koord. toimii ja miten potilaat kokevat toiminnan.</p>	<p>Hoitotyön koordinaattorit ja Manchesterin akuuttisairaalat</p>	<p>Haastattelututkimus hoitotyön koordinaattoreille sekä vertaileva tilastollinen analyysi 12:ssa akuuttisairaalassa Manchesterissa. Vertailtiin kuinka päivystyksen ruuhkahuiput, suunnitellut sairaalakäynnit, kotiutukset ja vapaana olevat potilaspaikat sijoittuvat toisiinsa nähden.</p>	<p>Vertailuanalyysillä saatiin tietoa mm. siitä, että esimerkiksi sunnuntaisin ei ole riittävästi potilaspaikkoja päivystyspotilaille, koska silloin kotiutumisia on vähän. Sunnuntaisin tapahtuu tilastojen mukaan eniten onnettomuuksia, jolloin päivystykset ruuhkautuvat. Myös tiistaisin on pulaa potilaspaikoista, jolloin potilaita otetaan paljon sairaalaan mm. suunnitelluille hoitopaikoille.</p> <p>Seuraamalla näitä tilastoja voidaan priorisoida tai järjestellä hoitopaikkoja paremmin jotta potilaspaikat olisivat tehokkaammin käytössä ja vältettäisiin turhaa ruuhkaa. Sujuva hoitotyön koordinaatio on monivaiheista työtä, joka vaatii joka ammattiryhmän ponnistelun asian eteen.</p>
<p>Carlos Cobelas, Carolyn Cooper, Mary Ell, Graeme Hawthorne, Marcus Kennedy, Deborah Leach, 2001, Australia. Quality management and the Emergency Services Enhancement Program</p> <p>Kohtalainen näyttö</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia, miten päivystyksen parannusohjelmalla (ESEP) voidaan vaikuttaa päivystyksen odotusaikoihin, ambulanssien pääsemiseen ja sairaalapaikkojen puutteeseen.</p>	<p>Tutkimukseen kuului Victorian osavaltion 18 sairaalaa, jotka osallistuivat ESEP-ohjelmassa. Kohderyhmänä oli 4 ryhmää, johon kuului kahden tason hoitotyön johtajia, hoitotyön koordinaattoreita ja hoitohenkilökuntaa (vastaajia 101).</p>	<p>Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jonka oli laatinut asiantuntijaryhmä.</p> <p>Tulokset analysoitiin faktorianalyysillä.</p>	<p>ESEP-ohjelman käyttöönotto on selkeästi parantanut toimintaa. Tärkeimmät muutokset koettiin henkilöstön profiilissa, päivystyksen läpimenoajoissa, muutokset hallinnossa ja työtavoissa sekä henkilöstön määrän lisäämisellä. Suurin merkitys oli kuitenkin osaavan henkilökunnan lisäämisellä. Kaiken kaikkiaan ohjelmalla oli vaikutusta potilaan hoidon laadun paranemisella.</p> <p>ESEP onkin selkeästi lisännyt tietoisuutta laadun hallinnan tärkeydestä.</p> <p>Tässä tutkimuksessa ei suoraan tutkittu koordinaattoritoimintaa, vaan monen eri tekijän vaikutusta.</p>



<p>Tania Xiao, Penelope Sanderson, Samantha Clayton, Bala Venkatesh. 2010, Australia. The ETTO principle and organisational strategies: a field study of ICU bed and staff management</p> <p>Kohtalainen näyttö</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tunnistaa organisaation strategioita, joita hoitajat käyttävät vastaten tehokkuuden ja perusteellisuuden vaatimuksiin ja joilla voidaan vaikuttaa teho-osaston vuodepaikkoihin ja henkilökuntamiehitykseen. Tutkimuksessa testattiin, kuinka Hollnagelin ETTO periaatteet sopivat hoitotyön koordinointiin teho-osastolla.(tehokkuusperusteellisuusvaihtokauppa)</p>	<p>Kohderyhmänä olivat vastaavat hoitajat, työvuoroista vastaavat ja osastonhoitaja.</p>	<p>Aineisto kerättiin havainnoimalla ja haastatteleamalla. Tutkija havainnoi yli 120 tuntia työtä teho-osastolla. Haastatteluja tehtiin 6.</p> <p>Tässä tutkimuksessa tutkittiin miten näitä vaatimuksia toteutetaan. Tehokkuuden tavoitteet ovat: ottaa niin monta potilasta kuin on tarve teho-osastolle. Toinen on minimoida henkilöstömenot. Perusteellisuuden tavoitteet ovat: taata korkea hoidon laatu ja edistää henkilöstön hyvinvointia.</p>	<p>Tulosten mukaan ETTO periaatteet voivat auttaa tasapainoilussa tehokkuuden ja perusteellisuuden vaatimusten välillä.</p> <p>Osastolle tehtiin oma henkilöstöpolitiikka työhyvinvoinnin lisäämiseksi. Kaikki eivät halunneet siirtyä vuodeosastolle auttamaan hiljaisena päivänä, joten osastolle otettiin käyttöön eräänlainen työaikapankki. Tällä keinolla yritettiin ehkäistä hoitotyöntekijöiden siirtymistä muualle töihin. Teho-osastolle varattiin usein paikka leikkauspotilaalle, joka sitten ei tarvinnutkaan tehopaikkaa. Otettiin käyttöön tapa, jolloin hoitaja varmistaa paikan tarpeen. Myös potilaspaikkojen sijoitteluun kiinnitettiin huomiota. Järkevällä sijoittelulla mahdollistetaan esim. sairaanhoitajan tauot, tehokkaampi potilaan hoito ja uuden työntekijän perehdyttäminen. Tunnistamalla paremmin potilaan hoidon tarve voidaan sijoittaa oikeaa osaamista oikeisiin paikkoihin. Tärkeää on myös ennakoida seuraavan vuoron tilanne.</p> <p>Hoitotyön koordinointi on erittäin haastavaa, jolla voi olla vakavat seuraukset potilasturvallisuudelle. Tutkittavat eivät olleet varsinaisesti hoitotyön koordinoijia. Hoitotyön koordinoijina toimivat työvuorovastaavat ja osaston vastaava hoitaja.</p> <p>Tämä tutkimus tehtiin yhdellä osastolla, joten sitä ei voida yleistää.</p>
---	--	--	--	--

Teemahaastattelukysymykset:

Teema1.

**Kuvaile, miten tieteellisen tiedon käyttö ohjaa koordinaattoritoimintaa?**

Apukysymykset

Miten käytät tutkittua tietoa työssäsi koordinaattorina?

Miten hoitotyön koordinaattorina toimiminen on lisännyt tutkitun tiedon käyttöä työssä?

Millaista koulutusta hoitotyön koordinaattorina toimimiseen on annettu? Millaista koulutusta siihen pitäisi antaa?

Mihin toimintasi perustuu?

Millaista tietoa tarvitsisit toimiessasi koordinaattorina?

Teema2.

**Kuvaile miten asiantuntijan kokemukseen perustuva tieto ohjaa koordinaattoritoimintaa?**

Apukysymykset

Millaista hyötyä aiemmasta työkokemuksestasi on ollut koordinaattoritoimintaan?

Miten olet hyödyntänyt muiden hoitotyön koordinaattoreiden kokemuksia?

Miten tärkeänä koet koordinaattoritoiminnan?

Mitä hyötyä koordinaattoritoiminnasta on ollut henkilökunnalle?

Miten mielestäsi olet saanut tietoa osastojen tilanteesta? Toimiiko yhteistyö?

Teema3.

**Kuvaile miten asiakkaan tarpeita ja toiveita koskeva tiedon käyttö vaikuttaa koordinaattoritoimintaan?**

Apukysymykset

Miten huomioit asiakkaan tarpeet ja toiveet työssäsi?

Mitä hyötyä toiminnasta on ollut asiakkaalle?

Millä tavalla koordinaattoritoiminta on lisännyt asiakaslähtöistä ajattelua?

Miten koordinaattoritoiminta on parantanut potilaan hoitoa?

Miten toiminta on muuttunut koordinaattoritoiminnan myötä? Esimerkiksi ovatko hoitokäytänteet muuttuneet jotenkin?

Teema4.

**Millaisia vaikutuksia koordinaattitoiminnalla on ollut johtamiseen?**

Apukysymykset

Miten mielestäsi koordinaattoritoiminta on parantanut toiminnan sujuvuutta?

Miten mielestäsi koordinaattoritoiminta on parantanut päätöksentekoa?

Miten koet johtamisen parantuneen toiminnan myötä?

Miten työntekijät mielestäsi suhtautuvat koordinaattoritoimintaan?

Mitä vaikutuksia toiminnalla on ollut resurssien käyttöön?

Miten johto tukee koordinaattoritoimintaa?

Millaisia vaikutuksia toiminnalla on ollut työhyvinvointiin?

Tuleeko teillä vielä jotain muuta mieleen? Sana on vapaa!

Liite 3.

4.4.2011

### **ARVOISA TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAINEN**

Opiskelen Metropolia Ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla YAMK-tutkintoa Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen, johon toivoisin sinun osallistuvan.

HUS, Lasten- ja nuorten sairaalan pediatrian tulosyksikössä otettiin kokeiluun loppuvuodesta 2009 hoitotyön koordinaattorimalli, joka perustuu kansainvälisesti käytettyyn "Bed Management" toimintaan. Hoitotyön koordinoijana toimii yleensä kokenut sairaanhoitaja, joka organisoii potilaan sujuvaa ja tarkoituksenmukaista hoitoa sairaalan sisällä. Toiminta on vielä uutta Suomessa, joten tietoa toiminnasta tarvitaan. Ongelmana HUS Lasten ja nuorten sairaalan päivystyksessä on ollut pitkä siirtymäaika osastohoitoon. Hoitotyön koordinaattorimallin kehittäminen pohjautuu osastojen henkilökunnan ja lääkäreiden tarpeeseen saada sellainen henkilö, joka on selvillä osastojen tilanteesta päivystysaikana.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyön koordinaattoritoiminnan hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä hakea näyttöä koordinaattorimallin hyödyistä hoitotyön toimintakäytänteille. Tavoitteena on kehittää hoitotyön toimintakäytänteitä asiakasläh- töiseksi sekä taata osastoille riittävä määrä osaavaa henkilökuntaa, joka mahdollistaa henkilöstön hyvinvoinnin ja potilasturvallisuuden. Tutkimustehtävänä on arvioida hoitotyön koordinaattorimallia näyttöön perustuvan toiminnan pääkäsitteiden kautta. Haastatteluihin osallistuu hoitotyön koordinaattoreina toimineita Lasten- ja nuorten sairaalasta. Tutkimusajankohdaksi on suunniteltu huhti-toukokuu 2011. Haastattelut suoritetaan sairaalan tiloissa, työajalla, työntekijän kanssa sovittuna ajankohtana.

Toivon, että sinulla on aikaa osallistua haastatteluun, joka kestää noin 60 minuuttia. Tutkimus on ehdottoman luottamuksellista. Vastaajien anonymiteetti säilytetään niin, että vastaajien nimet ja vastaukset eivät tule julkisuuteen missään tutkimuksen vaiheessa niin, että heitä voitaisiin tunnistaa. Halutessasi, tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää. Voit perehtyä tutkimussuunnitelmaan etukäteen.

Mikäli haluat lisätietoja tai selvennystä, voit ottaa minuun yhteyttä.

Kiitos yhteistyöstä!

**Jaana Peltola**, sairaanhoitaja AMK,  
Metropolia Ammattikorkeakoulu gsm 040-5065596

Opinnäytetyön ohjaaja: Anneli Sarajärvi, TtT,  
yliopettaja, Metropolia Ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala

Liite 4.

Suostumuslomake

Jaana Peltola  
YAMK-opiskelija  
Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala

Opinnäytetyön ohjaaja  
Anneli Sarajärvi, TtT, yliopettaja  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala

### Suostumuslomake

Tutkimuksen nimi: Näyttöön perustuva toiminta hoitotyön koordinoinnissa. Opinnäytetyö

Tutkimukseen osallistuvat HUS Naisten- ja lastentautien tulosyksikön, pediatrian vastualueen hoitotyön koordinaattoreina toimineet.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyön koordinaattoritoiminnan hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä hakea näyttöä koordinaatiomallin hyödystä hoitotyön toimintakäytänteille.

Tavoitteena on kehittää hoitotyön toimintakäytänteitä asiakaslähtöiseksi sekä taata osastoille riittävä määrä osaavaa henkilökuntaa, joka mahdollistaa henkilöstön hyvinvoinnin ja potilasturvallisuuden. Tutkimustehtävänä on arvioida hoitotyön koordinaattorimallia näyttöön perustuvan toiminnan pääkäsitteiden kautta.

Toivon, että tutkimustulokset kehittävät hoitotyön koordinoitintoimintaa pediatrian vastualueella.

Minä \_\_\_\_\_ ilmoitan täten suostuvani olemaan vapaaehtoisesti mukana edellä mainitussa tutkimuksessa. Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistumisesta ei ole minulle mitään haittaa.

Suostun täten haastateltavaksi ja anna luvan haastattelujen nauhoittamiseen, jotka tutkimuksen päättyessä hävitetään. Minulla on mahdollisuus niin halutessani lukea aukikirjoitettu haastatteluaineisto ja tarkentaa sitä tarvittaessa. Tiedän, että tutkimuksen tulokset julkaistaan ja minulle on luvattu, että henkilöllisyyttäni ei paljasteta tutkimusraportissa. Tiedän voivani kieltäytyä vastaamasta mihin tahansa haastattelun kysymyksiin. Tiedän voivani keskeyttää tutkimuksen milloin tahansa ilman, että siitä minua rangaistaan. Minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkimuksesta kaikki haluamani kysymykset tarkentaen tutkimuksen kulkua ja olen saanut niihin tyydyttävät vastaukset.

\_\_\_\_\_  
Osallistuja

\_\_\_\_\_  
Tutkija

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä

<https://mail.metropolia.fi/owa/WebReadyViewBody.aspx?t=att&id...>



**HYKS-sairaanhoitoalue**  
HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLIKKO

Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö  
Lasten sairauksien klinikkaryhmät

12.4.2011

#### Tutkimuslupa

**Lomakepäätös 15/2011**

Professori Mikael Knip on myöntänyt opinnäytetyön tutkimusluvan lomakepäätöksensä 15/2011 tutkimukselle.

#### Näyttöön perustuva toiminta hoitotyön koordinoinnissa

Aika 12.4.2011-31.12.2012  
Tekijä Sairaanhoitaja Jaana Peltola  
Vastuhenkilö Osastoryhmän päällikkö Briitta Klemetti  
Oppilaitos Metropolia Ammattikorkeakoulu, ylempi AMK-tutkinto

Tutkimusluvan päättymisestä ilmoitetaan tutkimusrekisterin hoitajalle. Jos tutkimus tarvitsee jatkoajan, annetaan sitä vapaamuotoisella hakemuksella.

Kun tutkimus on valmis, lähetetään **valmis opinnäytetyö** sekä oheinen **Opinnäytetyön raportointi -lomake** täytettynä osoitteeseen: Pirjo Riihimäki, Lastenlinna, PL 280, 00029 HUS.

Pirjo Riihimäki  
Tutkimus ja evo-asiat  
Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö  
Lasten sairauksien vastualueet  
p. 09 471 74730  
pirjo.riihimaki@hus.fi

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
HYKS-sairaanhoitoalue  
Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö  
Lasten sairauksien klinikkaryhmät

PL 280  
Lastenlinnantie 2  
00029 HUS

Puh (09) 4711  
Faksi (09) 471 74703

www.hus.fi  
etunimi.sukunimi@hus.fi