

Susanna Haapasalmi

Potilasturvallisuusosaaminen sairaanhoitajan työssä

**Näkökulmana systeemilähtöinen potilasturvallisuus
triagetyöpisteessä**

Opinnäytetyö

Kevät 2013

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma/YAMK



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen/YAMK

Tekijä: Susanna Haapasalmi

Työn nimi: Potilasturvallisuusosaaminen sairaanhoitajan työssä. Näkökulmana systeemilähtöinen potilasturvallisuus triagetyöpisteessä

Ohjaaja: Finne Merja, Yliopettaja

Vuosi: 2013

Sivumäärä: 66

Liitteiden lukumäärä: 1

Potilasturvallisuus valtakunnallisesti on kehittämisen kohteena ajankohtainen. Päivystyspoliklinikalla toteutettava hoidon kiireellisyyden ensiarvio perustuu lakiin ja työpaikkakohtaisiin ohjeistuksiin, minkä perusteella sairaanhoitaja toteuttaa asiakkaalle/potilaalle arvion hänen voinnistaan ja tarvitseeko hän päivystyksellistä hoitoa. Tällöin sairaanhoitajan oma osaaminen korostuu taustakoulutuksen sekä työkokemuksen kautta. Valtakunnallisten linjausten mukaan potilasturvallisuusosaaminen tulisi olla osana hoitotyötä. Hoidon kiireellisyyden ensiarviossa sairaanhoitaja tekee kliinisen ensiarvion jokaiselle asiakkaalle/potilaalle. Sairaanhoitajalta vaaditaan moniosaamista, jolloin yhdenmukaisuudella sekä systemaattisuudella pyritään ehkäisemään mahdollisten haittatapahtumien syntyminen. Triagetyöpisteen sairaanhoitaja on päivystyksellisen potilaan palveluketjun alkupäässä, jolloin kokonaisuuden ymmärtäminen oman työn kautta on oleellista, jotta turvallinen toimintakulttuuri tulee osaksi työyhteisöä.

Tämä opinnäytetyö noudattaa kehittävän työntutkimuksen piirteitä. Opinnäytetyö toteutettiin teemahaastatteluna triagessa työskenteleville sairaanhoitajille (n=5) sekä heidän esimiehilleen (n=5). Tarkoituksena oli potilasturvallisuusosaamisen näkökulmasta, lisätä tietoista ajattelua sairaanhoitajan työtavoissa sekä tehdä hoidon kiireellisyyden ensiarviota. Lisäksi tarkoituksena oli lisätä tietoista ajattelua työhön vaikuttavista tekijöistä, jotta potilasturvallisuusosaaminen lisääntyy ja toiminnan kehittäminen on tarkoituksenmukaista. Tavoitteena oli selvittää sairaanhoitajan työssä kliinisen ensiarvion toteutumista, sekä mitkä tekijät kliinisen ensiarvion toteutumiseen vaikuttavat. Lisäksi tavoitteena oli tuoda systeemilähtöinen potilasturvallisuus esille, esimiesten haastatteluiden pohjalta.

Teemahaastatteluaineistoja oli kaksi. Aineistojen analyysi tapahtui induktiivisen sekä deduktiivisen sisällön analyysin avulla. Analyysi pohjautui potilasturvallisuusosaamiseen, perustuen hoitoprosessin turvallisuuteen. Tulosten avulla tuodaan sairaanhoitajien potilasturvallisuusosaaminen näkyväksi, jolloin voidaan kehittää triagessa työskentelevien sairaanhoitajien osaamista, perehtymistä työhön ja varmistaa sitä kautta mahdollisimman turvallinen hoidon kliininen ensiarvio. Taustavaikuttajana toimii systeemilähtöinen ajattelutapa potilasturvallisuuteen.

Avainsanat: potilasturvallisuus, osaaminen, kliininen osaaminen, triage, sairaanhoitaja

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's degree (UAS) in Social Work and Health care, Master's programme in development and management in Social Work and Health

Author: Susanna Haapasalmi

Title of thesis: Nurses' Knowledge of Patient Safety. The Perspective of System Based Patient Safety in Nursing Triage Work.

Supervisor: Merja Finne, Principal Lecturer

Year: 2013

Number of pages: 66

Number of appendices: 1

Patient safety nationwide is a topical subject under development. On the emergency department, the initial assessment of treatment urgency is based on the law and workplace-specific instructions, according to which a nurse assesses the condition of a patient / client and decides whether they need emergency care. If so, the nurse's own expertise is highlighted through background training and work experience. According to national guidelines, patient safety skills should be part of everyday work. In urgent care assessment, the nurse makes the initial clinical assessment of each client / patient. The nurse must have multiple skills, and by uniformity and systematic behavior it is tried to prevent any possible problematic situations.

This study complies with the developmental work research methods. The work was carried out through interviews of triage nurses (n = 5), as well as their supervisors (n = 5). The purpose was, from the perspective of patient safety competency, to increase conscious thinking in nurses' working approach, as well as to make a first assessment of the urgency of treatment. Another goal was to increase conscious way of thinking regarding factors that influence work, so that patient safety competence skills increase and activity development is appropriate. The aim was to determine the implementation of clinical assessment as reported by nurses, and to see the factors that are relevant in this process. In addition, the aim was to bring patient safety up through management interviews. A nurse who works in triage is the beginning of the service chain of emergency patients, where understanding the entirety of the situation is essential so that a safe working culture becomes part of the working community.

The theme of the interview material was two. Data was analyzed using both inductive and deductive content analysis. The analysis focused on patient safety competency, based on the safety of the treatment process. The results make nurses' competence regarding patient safety visible, thus enabling the development of nurses working in triage, familiarization with the work, and ensuring an initial assessment as safe as possible through clinical therapy. A background force was the changes in the operating system-driven approach regarding patient safety.

Keywords: patient safety, knowledge / competence, clinical expertise, triage, nurse

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	6
1 JOHDANTO	7
2 SYSTEEMILÄHTÖINEN POTILASTURVALLISUUS.....	8
2.1 Systeemilähtöinen johtaminen potilasturvallisuudessa	11
2.2 Systeemilähtöinen laatuajattelu potilasturvallisuudessa.....	12
2.3 Systeemilähtöinen potilasturvallisuus päivystyksen triagetyöpisteessä	12
2.4 Systeemilähtöinen potilasturvallisuus triagetyöpisteen sairaanhoitajan työssä.....	15
3 POTILASTURVALLISUUSOSAAMINEN.....	20
3.1 Sairaanhoitajan osaaminen päivystyspoliklinikan työssä	22
3.2 Triagetoiminnan vaiheet päivystyspoliklinikkatyössä.....	23
3.3 Yhteenveto teoreettisesta viitekehuksesta	24
4 TOTEUTUS JA MENETELMÄT	26
4.1 Kehittävän työntutkimuksen metodologiset valinnat.....	26
4.1.1 Sairaanhoitajien teemahaastattelu	32
4.1.2 Esimiesten teemahaastattelu	39
5 SAIRAANHOITAJIEN POTILASTURVALLISUUSOSAAMINEN....	43
5.1 Kliininen osaaminen triagetyöpisteen sairaanhoitajien työssä	43
5.1.1 Eettinen osaaminen ja arvoperustaan sitoutuminen	45
5.1.2 Menetelmien turvallisuus: hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus	46
5.2 Sairaanhoitajien kliinisen osaamiseen vaikuttavat tekijät	47
5.3 Systeemilähtöinen potilasturvallisuus esimiesten näkökulmasta sairaanhoitajien työssä.....	50
5.4 Yhteenveto tuloksista	53
5.4.1 Systeemilähtöinen potilasturvallisuusosaaminen triagetyöpisteen sairaanhoitajan työssä	54

5.4.2 Sairaanhoidajan klinisen osaamisen tukilista systeemilähtöisessä potilasturvallisuudessa	56
6 Johtopäätökset ja pohdinta	57
6.1 Tulosten yleistettävyys	61
6.2 Opinnäytetyön prosessi.....	63
LÄHTEET	66
LIITEET	72

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1 Potilasturvallisuusosaaminen STM julkaisua mukaillen	21
Kuvio 2 Hoitotyön prosessin turvallisuus systeemilähtöisen potilasturvallisuuden kautta	25
Kuvio 3 Potilasturvallisuus systeemilähtöisen ajattelutavan mukaan Engeströmin toimintajärjestelmän rakennemallia mukaillen.....	30
Kuvio 4 Sairaanhoidajan kliinisen osaamisen vaiheet kehittävässä työntutkimuksessa ekspansiivista oppimissykliä mukaillen.....	31
Kuvio 5 Analyysivaiheet Hirsjärvi ja Hurmetta mukaillen.....	36
Kuvio 6 Pelkistäminen induktiivisesti yhdistävään teema-alueeseen.....	36
Kuvio 7 Induktiivisen ja deduktiivisen analyysin yhdistyminen teemoiksi	37
Kuvio 8 Potilasturvallisuusosaamisen pääteema ja osateemat kehittävässä työntutkimuksessa	38
Kuvio 9 Deduktiivinen pelkistäminen potilasturvallisuusosaamisen pääteemaan .	39
Kuvio 10 Esimiesten haastattelun analyysin vaiheet.....	42
Kuvio 11 Eettinen osaaminen ja terveydenhuollon arvoperustaan sitoutuminen osana hoitotyön prosessia triagetyöpisteen sairaanhoidajan työssä.....	45
Kuvio 12 Menetelmien turvallisuus: hoidon lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus osana hoitotyön prosessia triagetyöpisteen sairaanhoidajan työssä.....	46
Kuvio 13 Potilasturvallisuuden hoitotyön prosessin hankaloittavat tekijät	50
Kuvio 14 Toimintajärjestelmän rakennemallia mukaillen yhteenveto tuloksista kehittyvässä työntutkimuksessa.....	54
Kuvio 15 Potilasturvallisuusosaaminen triagetyöpisteen sairaanhoidajan työssä systeemilähtöisen ajattelutavan mukaan	55
Kuvio 16 Kliinisen osaamisen tukilista hoidon tarpeen ensiarviossa	56
Taulukko 1 Yksilölähtöinen ja systeemilähtöinen lähestymistapa virheisiin	9

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuutta voidaan parantaa avoimella ja syyllistämättömällä ilmapiirillä, vaikuttaen asenteisiin sekä systeemilähtöiseen ajattelutapaan. Systeemilähtöinen potilasturvallisuus kohdistuu kokonaisuuksien tarkasteluun. Vuorovaikutuksen lisääminen sekä työkuulttuurin hierarkian muuttaminen edesauttavat kannustavaan ja viihtyisään työilmapiiriin, millä on merkittävä vaikutus hyvän potilasturvallisuuden kannalta. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 8–20.)

Turvallisen toimintakulttuurin syntyiselle potilasturvallisuutta edistävän johtamisen tulisi olla päivittäistä toimintaa. Tavoitteiden tulee olla selkeästi esillä ja ne ovat näkyvästi osana organisaation toimintaa. Systeemilähtöinen ajattelutapa lähtee perustehtävän tiedostamisesta: strategiasta, missiosta, visiosta ja arvoista. Tämän puuttuessa, riskeistä muodostuu herkästi osa toimintaa. Aina on tehty näin- ajattelutapa ei ole enää nykypäivää. Johdon vastuullisuus toiminnasta ja osaamisesta edellyttää jatkuvaa kehittämistä. (Pietikäinen, Reiman ja Oedewald 2008, 60; Helovu, Kinnunen ja Peltomaa 2011, 57–61.)

Moniammatillisessa tiimityössä potilasturvallisuutta kehitettäessä hoitohenkilökunnan osaaminen ja hoitoprosessin hallinta korostuu. Potilasturvallisuuden toteutumiselle tarvitaan systeemilähtöistä ajattelutapaa. Kokonaisuuden ymmärtäminen, työn tavoitteen tunnistaminen ja oman roolin merkitys palveluketjun osana luovat lähtökohdat hyvälle palvelulle. (Helovu ym. 2011, 53–56.)

Potilasturvallisuus on haasteellista ja kliinisen osaamisen taidot korostuvat. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää sairaanhoitajien kliinisen ensiarvion toteutumista päivystyspoliklinikan triagetyöpisteessä. Tavoitteena on tarkastella myös esimiesten näkemyksiä systeemilähtöisestä potilasturvallisuudesta. Opinnäytetyössä tuon tietoisuuteen potilasturvallisuudessa esiintyvät ulottuvuudet systeemilähtöisen ajattelutavan avulla. Vaikuttava sekä laadukas asiakaspalvelu toimivat opinnäytetyön motivaationa.

2 SYSTEEMILÄHTÖINEN POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuudella turvataan asiakkaan/potilaan saama turvallinen ja laadukas hoito. Potilasturvallista hoitotyötä toteutetaan niillä periaatteilla ja keinoilla, mitkä Suomessa potilasturvallisuuden ohjausryhmä on erikseen määritellyt potilasturvallisuusstrategiassa, vuosille 2009–2013. Strategian missio on potilasturvallisuuden edistäminen yhdessä ja sen visiona on potilasturvallisuuden juurruttaminen toimintatapoihin ja rakenteisiin, jolloin hoito on mahdollisimman turvallista ja vaikuttavaa. (STM 2009, 3.)

Potilasturvallisuus käsite on vielä osittain epäselvä ja sen määrittäminen on monitasoista. Sitä on vaikea jäsentää, mitä se kokonaisuudessaan tarkoittaa. (Helovuom. 2011, 13.) On hyvä pohtia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän vaikutusta potilasturvallisuudelle ja yksilöille; asiakkaille/potilaille, heidän saattajilleen ja läheisilleen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Kaikkien panosta tarvitaan, jolloin turvallisten toimintatapojen huomioiminen sekä haittojen ehkäiseminen on mahdollista. (WHO 2008, 7.)

Systemilähtöinen potilasturvallisuus ja sen edistäminen ovat hyvä lähtökohta kehittämistyölle. Tällöin katse tulee kohdistaa koko järjestelmän monimutkaisiin osiin ja niiden toimintojen yhteisvaikutuksiin. Tällaista kokonaisuuden huomioimista voidaan kutsua systemilähtöiseksi ajattelutavaksi. Systemin osia ovat organisaation johto ja heidän tekemänsä päätökset, lähiesimiestyö sekä olosuhteet, joissa hoitotyöntekijät työskentelevät. Vaaratapahtuman syntyminen voi olla osa systemin toimintaa. Erilaisilla suojausjärjestelmillä pyritään varmistamaan potilasturvallisuutta. Näitä voivat olla erilaiset varmistusrutiinit tai tarkastuskäytännöt. Vaaratapahtuman sattuessa on suojausjärjestelmä pettänyt tai se ei ole ollut riittävä. Työkuorman lisääntyminen liiaksi ja toiminnan häiriöt juuri sillä hetkellä, voivat olla turvallisuuden esteenä. Haittatekijöihin vaikuttaminen parantaa organisaation prosesseja, jolloin vastuu työnteosta on jokaisella työntekijällä itsellään. Työolosuhteista vastuu on johdolla. Kehittyäkseen organisaatio tarvitsee systemilähtöisen ajattelutavan, jolloin pyritään parantamaan järjestelmässä piileviä epäkohtia. Se vaatii syyllistämätöntä ja avointa ilmapiiriä sekä osaamista. (Helovuom. 2011, 53–56; Pennanen & Seitsonen 2013, 176.) Oheisessa taulukossa olen tuonut esil-

le yksilölähtöisen sekä systeemiähtöisen lähestymistavan virheisiin Helovuota (2011) mukailleen.

Taulukko 1 Yksilölähtöinen ja systeemiähtöinen lähestymistapa virheisiin (Lähde: Helovuoto 2011 mukailleen).

Yksilölähestyminen	Systeemiähestyminen
Keskittyminen yksittäiseen ihmiseen virheentekijänä	Keskitytään olosuhteisiin ja ympäristöön, missä työskennellään
Kysytään, kuka teki virheen	Kysytään, miksi virhe tapahtui
Syytetään yksilöä unohtamisesta, tarkkaamattomuudesta, huolimattomuudesta	Keskitytään kehittämään toimintaa, jotta virhe ei uusiudu ja toiminnasta tulee laadukkaampaa
Ajatellaan ”Parhaan tekeminen riittää”	Hyväksytään inhimillisten virheiden syntyminen, kukaan ei ole erehtymätön
Salaillaan virheitä ja niistä saatua tietoa käytetään syyllisen etsimiseen	Tuodaan virheet esiin avoimesti, niistä saatua tietoa käytetään tarkoituksenmukaisesti
Ei uskalleta kyseenalaistaa toisen toimintaa jolloin oma epävarmuus korostuu	Työntekijät uskaltavat ilmaista pelkoa ja epävarmuutta

Pasternack (2006) on julkaissut katsauksen virheiden syntyisestä ja haitoista terveydenhuollossa. Usein virheet ovat peräisin toimintayksiköiden järjestelmistä, ei yksittäisten työntekijöiden tuottamia. Virheiden tekeminen on inhimillistä ja virheitä tapahtuu kaikille, eriasia on, miten niistä annetaan palautetta ja miten niistä opitaan. Suurin osa virheistä pystytään estämään ja ehkäisemään, mikäli työyhteisön ilmapiiri on avoin ja syyllistämätön. Virheiden käsittely avoimesti, yhteistyössä eri organisaation tasojen kesken, parantaa potilasturvallisuutta sekä hoidon laatua. (Pasternack 2006, 2459–2470.)

Kinnusen (2010) mukaan johdon ja työntekijöiden näkemykset virheistä oppimiselle eivät kohtaa. Virheistä oppimisen odotetaan johdon näkökulmasta tapahtuvan työntekijöiden tasolla, kun työntekijät taas odottavat johdon tekevän toimintasuun-

nitelmia tapahtuneiden virheiden estämiseksi. Potilasturvallisuudesta oppiakseen, virheet ovat syytä tuoda avoimesti esille kaikilla organisaation tasoilla. Kinnunen (2010) tuo kuusi osatekijää esille, millä parannetaan organisaation oppimista. Niitä ovat: avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri, systeemiajattelu, johdon sitoutuminen sekä esimiesten tuki, systemaattinen ja vastuutettu tiedonkulku sekä vuoropuhelu, kehittämismyönteisyys ja poisoppiminen vanhoista tavoista. Avoimen ja luottamusta herättävän ilmapiirin luomiseksi on tärkeää etsiä systeemistä peräisin olevia syytä virheisiin, jolloin yksittäistä työntekijää ei syytetä. Näin virheistä uskalletaan puhua ja uskalletaan tuoda epäkohtia esille. Systeemilähtöinen ajattelu toimii puolestaan virheistä oppimisen mahdollistajana, koska yksilöä ei syyllistetä. (Kinnunen 2010, 143–145.)

Pietikäisen ym. (2008) mukaan kokonaisuuksien ymmärtäminen on tärkeää potilasturvallisuuskulttuurin syntyminen näkökulmasta. Perusajatuksena on organisaation kehittäminen turvallisuuskulttuuri käsitteen kautta, mihin vaikuttavat organisaation rakenteet, toimintamallit sekä prosessit. Turvallisuuskulttuurin ymmärtäminen edellyttää prosessien syvällistä jäsentämistä. Se auttaa huomioimaan toiminnan turvallisuutta, jolloin yksilö pystyy huomioimaan epäkohtia. Potilasturvallisuudesta tulee organisaation kokonaistoiminnan yhteinen piirre. (Pietikäinen ym. 2008, 27, 33.) Myös Turunen ja Partanen (2008) ovat tuoneet potilasturvallisuuskulttuurin esille. Heidän mukaansa pitkäjänteinen toiminnan kehittäminen potilasturvallisuuskulttuurin kautta tarvitsee prosessien näkyväksi tekemisen sekä johdon, yksilön ja tiimien yhteistyön toiminnan ymmärtämisen. (Turunen & Partanen 2008, 292.) VTT (2008) toteuttama TUKU-projektin (Turvallisuuskulttuurin arviointi- ja kehittämismenettely terveydenhuollossa) tarkoituksena oli kehittää suomalaisiin terveydenhuolto-organisaatioihin soveltuva turvallisuuskulttuurin arviointi ja kehittämismenettely. TUKU-projektissa mukana olivat Vaasan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Jyväskylän terveystieteiden keskus. Projektin mukaan yksittäisen työntekijän on ymmärrettävä työhön liittyvät vaarat kokonaisuudessaan. Myös työn hallinnan tunteella on merkitystä potilasturvallisuuskulttuurin sisäistämisessä. Perustyö on silloin sujuvaa ja yksilö kokee sen osaavansa. Tällöin voidaan sanoa, että henkilö hallitsee turvallisuuskulttuuri käsitteen. Heikko työn hallinnan tunne voi olla uhka henkilöstön turvallisuusmotivaatiolle, jolloin epäkohtien tunnistaminen ja

niihin vaikuttaminen ovat olennaisia organisaation kehittymisen kannalta. Turvallisuuden varmistaminen, henkilöstön resursointi sekä muutosten hallinta ovat osa arkipäivän työyhteisöä. Työn hallinnantunteella on vaikutusta myös henkilöstön työhyvinvointiin, organisaation tuloksellisuuteen ja talouteen. Tämä koettiin yleisesti huonoksi terveydenhuoltoalan toimijoiden kesken. Tulosten mukaan myös sisäisten ja ulkoisten sidosryhmien yhteistyön merkityksellä on vaikutusta potilasturvallisuudelle. Myös lähiesimiesten kanssa tehty yhteistyö koettiin merkitykselliseksi. Lähiesimiesten työn uhkana pidettiin isojen organisaatioiden byrokraattisuutta sekä varsinaisesta potilastyöstä erkaantumista. (Pietikäinen ym. 2008, 7, 57–59.)

Potilasturvallisuuden näkökulmasta hyvinvoiva työyhteisö parantaa potilaan turvallista hoitoa sekä edesauttaa laadun parantamista. Työn sujuvuuteen ja työssä jaksamiseen vaikuttavat työskentelyolosuhteet, laitteet, henkilöstön resursointi sekä osaaminen. Ilman hyvää johtamista ei ole sujuvaa työskentelyä, jolloin ei ole myöskään työhyvinvointia. Esimiesten roolin merkitys onkin tärkeä kaikilla alueilla työhyvinvoinnin näkökulmasta. (Räsänen & Meretoja 2013, 102.) Ilman avointa ja myönteistä ilmapiiriä ei asioiden kehittäminen ole mahdollista. Yhteisen tavoitteen toteutuminen arjen hoitotyössä hankaloituu. (Hyrkäs 2009, 138–139.)

2.1 Systeemilähtöinen johtaminen potilasturvallisuudessa

Osaamisen johtaminen on suomennettu sanoista ”knowledge leadership” ja se kuuluu esimiesten työnkuvaan kehitettäessä organisaatiota. Samalla se on koko työyhteisöä yhdistävä sosiaalinen ilmiö. (Viitala 2002, 201–203.) Osaamisen johtamisen ydin on strategian viemisessä arkeen. Yhteisten suuntaviivojen näyttämisen keskeisten kehitettävien alueiden kautta, parantaa perustehtävän ymmärrystä. Perustehtävän tiedostaminen parantaa strategian tietoisuutta arjessa. Johtamisen perustehtävä on viedä strategia arkityöhön eli osaamisen johtaminen. Tämän kautta voidaan saavuttaa tietoisuus sekä ymmärrys strategian tarkoituksesta ja sen tehtävästä. Perusarvojen ja suuntaviivojen tiedostaminen auttavat työyhteisöä tunnistamaan ja tiedostamaan työnsä perustan. Se innostaa ja luo mahdollisuuden osaamisen kehittämiseksi. Strategia työyhteisössä on laaja kokonaisuus. Tällöin

sen ymmärtäminen tuo myös asiakkuuden tietoiseksi perustehtävän kautta. Strategian avulla on mahdollista saavuttaa laaja kokonaisnäkemys myös sidosryhmien merkityksestä. Tällöin voidaan pohtia, mikä merkitys on omalla ja sidosryhmien työllä, asiakkuuden näkökulmasta. (Antilan 2012, 155.) Tästä näkökulmasta Antilan (2012) toteamukset tukevat myös systeemilähtöistä ajattelutapaa: ymmärrettään kokonaisuuksia ja niiden merkityksiä (vrt. Helovuo ym. 2011, 57–58).

2.2 Systeemilähtöinen laatuajattelu potilasturvallisuudessa

Michelsen (2012) tuo hyvin laatukäsitteen esille osaamisen johtamista sekä systeemilähtöistä ajattelutapaa tukien (vrt. Viitala 2002, 201–203; Antila 2012, 155; Helovuo ym. 2011, 57–58). Laadun perustehtävä on hajonnan hallitseminen, jolloin pyritään systemaattisuuteen ja estämään virheiden syntyminen. Oleellisinta on tehdä oikeita asioita oikealla tavalla, jolloin laadun kehittäminen ei pyri pelkästään hallinnoimaan, vaan se kannustaa jatkuvaan kehittämiseen ja toiminnan tarkkailuun. Se on koko organisaation toiminnan ominaisuus, mikä vaikuttaa kaikkialla. Asiakkaan tai potilaan näkökulmasta voidaan miettiä tuottaako tietty palvelu tai prosessi asiakkaalle sen mitä hän tarvitsee. Systemaattinen ja laadukas toiminta edellyttää yhteisen käsityksen työyhteisön perustehtävästä ja miten siinä näkyy laatu. Johtamisen tulee olla myös järjestelmällistä ja laatua edistävää. Tällöin työyhteisön toimintatapojen tarkastelu ja prosessien kuvausten esiin tuominen tulee olla tiedostettua, jotta laatuajattelu on mahdollista. Yksittäinen työyhteisön jäsen voi systemaattisesti tarkastella omaa toimintaansa ja toimintatapojaan, jolloin toiminnan arviointi tulee olla myös säännöllistä. Toiminnan edellytys on yhteisten tavoitteiden asettaminen sekä niiden saavuttamisen arviointi sekä tuloksiin reagoiminen. (Michelsen 18.12.2012.)

2.3 Systeemilähtöinen potilasturvallisuus päivystyksen triagetyöpisteessä

Valtakunnalliset päivystyspalvelut ovat perinteisesti jaettu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Toiminnasta on käytetty käsitettä yhteispäivystys. (STM 2010, 19.) Tällä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päi-

vystyspalveluita, riippumatta ovatko ne saman hallinnon alla vai eivät. Nykysuuntaus on poistaa raja-aitoja näiden kahden organisaation väliltä, jolloin hoitoprosessien sujuvuus on kaikkien etu. Hoitolinjausten yhdenmukaisuus sekä yksinkertaisuus ovat asiakkaan/potilaan etu. (Reissell ym. 2012, 23, 29.)

Päivystyspoliklinikalla annettava palvelu ja hoito ovat osa asiakkaan/potilaan palvelukokonaisuutta kotihoidon, ensihoidon, osastohoidon sekä laitoshoidon kesken. Tähän vaikuttavat asiakkaan/potilaan saapuminen, hänen saamansa hoito ja palvelu sekä hänen poistumisensa päivystyspoliklinikalta. (Sopanen 2009, 61.) Päivystyksellisen hoidon tavoite on kuitenkin päivystyksellisen hoidon tarpeen tunnistaminen. Sen tulee olla yhdenmukaista sekä tasavertaista kaikille, jolloin pystytään tarjoamaan laadukasta, vaikuttavaa ja oikea-aikaista palvelua. Tähän vaaditaan riittävä määrä osaavaa henkilöstöä, koulutusta sekä riittävä määrä jatkohoitopaikkoja niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Päivystyspoliklinikan perustehtävänä on torjua äkillisesti terveyttä ja henkeä uhkaavan tilan eteneminen. Tämä vaatii tilan ennakoivaa tunnistamista palveluketjun alkupäässä, missä hoidon tarpeen arviointia tehdään päivystysasiakkaan/potilaan hoidon turvaamiseksi. (STM 2010, 20.)

Valtioneuvoston asetuksen (A1019/2004) mukaan hoidon tarpeen arviossa (HTA) tulee selvittää yhteydenoton syy ja oireet sekä niiden vaikeusaste. Hoidon tarpeen arvioinnista, hoito-ohjeista ja toimenpide ehdotuksista tehdään asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoihin. (A 25.11.2004/1019.) HTA on aina ammattilaisen tekemä arvio terveydenhuollon palveluiden piiriin pääsystä ja arvio siitä, kuinka nopeasti henkilön kuuluu sinne päästä. Tämän tapaista arviointia on tehty aina. Toisinaan se on ollut tiedostamatonta ja toisinaan hyvinkin systemaattista. Nykyään hoidon tarpeen arviointi on sisäistetty hoitotakuulakiin, joka astui voimaan 1.3.2005. Yksilön kohdalla arvioidaan, tarvitseeko hän päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa tai ei hoitoa lainkaan. Usein hoidon tarpeen arviointiin sisältyy myös neuvonta ja puhelinpalvelut. (Syväoja & Äijälä, 2009, 9.)

Valtioneuvoston asetuksen (A1019/2004) mukaan kiireellisyys huomioidaan esitietojen perusteella. Terveydenhuollon ammattilainen tekee hoidon kiireellisyyden ensiarvion saamansa koulutuksen, toimintayksikön työnjaon ja potilaan kertomien

esitietojen ja hänestä tehtyjen havaintojen mukaisesti. (A 25.11.2004/1019.) Hoidon kiireellisyyden ensiarvio tehdään päivystyspoliklinikalle saapuvalla potilaalla. Tällaiseen hoidon kiireellisyyden ensiarviointiin on olemassa erilaisia malleja kun- ka sitä voidaan toteuttaa eri terveydenhuollon yksiköissä. Eniten malleja käytetään päivystyspisteissä, missä potilaita on paljon ja tilanteet vaihtuvat äkillisesti. Siitä käytetään maailmanlaajuisesti ranskankielistä termiä triage. Se tarkoittaa järjestä- mistä, jaottelua, valikointia tai erottelua. Triagen perustehtävä on erotella kiireellis- tä, välitöntä tai lähes välitöntä hoitoa tarvitsevat potilaat niistä, jotka voivat odottaa. Kiireellisessä hoidon ensiarviossa on päästävä heti tai mahdollisuuksien mukaan, lähes välittömästi, hoidon piiriin. Triagessa priorisoidaan asiakkaita/potilaita eri ryhmiin lääketieteeseen perustuen. (Syväoja ym. 2009, 94–95.) Oleellista on, että kaikki asiakkaat/potilaat ovat samanarvoisia, ketään ei syrjitä rotuun tai yhteiskun- taluokkaan katsoen, vaan kaikki hoidetaan tietyssä järjestyksessä, tietyllä tavalla, ohjeistuksista riippuen. (STM 2010, 21.)

Suomessa ei ole tutkittu päivystystoiminnan kokonaisprosessien, kiireellisyysluoki- tusten tai hoitolinjojen vaikutusta. Triagessa tärkeintä on tunnistaa luotettavasti potilaat, jotka eivät voi odottaa hoidon aloittamista ilman voinnin heikkenemistä. Valtakunnan tasolla on toivottavaa yhtenäisyys ohjeistuksiin, jolloin huolellinen perehdyttäminen sekä kouluttaminen ovat tasalaatuista. (Malmström R, Kiura, Malmström T, Torkki & Mäkelä 2012, 703.)

Finohtan (2011) julkaisema arviointiseloste on tiivistelmä Ruotsissa kirjallisuuskat- sauksen perusteella tehdystä raportista, jossa selvitettiin triage toimintaa. Arvioin- tiselosteessa on myös Suomen tilanne triage mallien käytöstä. Kirjallisuuskatsauk- sen perusteella, mikään malli ei ole toista mallia parempi tai turvallisempi. Erilaisil- la käytännön menetelmillä oli vaikutusta, kuten tiimitriagella: hoitaja, lääkäri ja sih- teeri tiiminä voivat arvioida potilaan vointia alkuvaiheessa. Arviointiselosteessa tuodaan esille, että tieteellinen näyttö on vahvinta erillisellä ” fast track, ohituskais- talla”. ”Ohituskaista” toiminta on tarkoitettu sellaisille potilaille, joiden hoitolinjaus on selkeä jo tulovaiheessa, kuten trauma- tai aivoverenkiertohäiriöpotilaat. Tällai- set ”ohituskaistat” lyhentävät potilaan odotusaikaa päivystyksessä. Finohtan (2011) suorittaman kyselyn mukaan Suomessa hoidon kiireellisyyden ensiarvioita tekevät yleisesti sairaanhoitajat ja sitä on tehty systemaattisesti vuodesta 2006

lähtien, erillisten ohjeistusten myötä. Tämä on lisännyt henkilökunnan koulutusta ja se on myös vaikuttanut organisaatioiden rakenteisiin sekä toimintoihin. (Kiura 2011, 1-5.)

Yli-Villamo (2008) tuo esille tekijöitä, jotka lisäävät potilasturvallisuutta päivystyspoliklinikalla. Niitä ovat triage, hoitoprotokolla, reflektointi, yhteistyö ja tilastointi. Samalla kuitenkin potilaan tilan arvioinnissa ja potilaan puutteellisessa tutkimisessa koetaan olevan uhkatekijöitä potilasturvallisuudelle, kuten myös hoitohenkilökunnan ammattitaidon puutteella. (Yli-Villamo 2008,19–22.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2010) selvityksessä potilasturvallisuuden näkökulmasta lääkehoito, kliininen tilan arvio, diagnostiikka ja potilaan saama hoito ovat päivystyksessä esiin nousevia ongelmia. Tällaiset virheet ovat potilaan terveydelle hankalia ja valtakunnallisesti kalliita. Usein ne johtuvat osaamisen puutteesta, systeemivirheistä tai toimintaohjeiden ja käytänteiden vaillinaisuudesta. Osaamisen on katsottu olevan tärkeä tekijä päivystyksen potilasturvallisuudessa ja osaamisen kehittäminen tarvitsee jatkuvaa arviointia niin hoitohenkilökunnalle kuin lääkäreille. (STM 2010, 37.)

2.4 Systeemilähtöinen potilasturvallisuus triagetyöpisteen sairaanhoitajan työssä

Kliininen osaaminen sairaanhoitajan työssä näkyy yhteistyönä potilaan, hänen läheistensä sekä sidosryhmien välillä. Raportointi sekä suullisena että kirjallisena turvaa hoidon jatkuvuutta. Sairaanhoitajan taitava, teoreettinen osaaminen on kliinisen osaamisen perusta. Hän varmistaa kliinisellä osaamisellaan potilasturvallisuutta. Tällöin hoitajalta vaaditaan päätöksentekokykyä, ongelmienratkaisutaitoja, potilaan kokonaishoidon hahmottamista sekä auttamismenetelmien hallintaa. (Kassara ym. 2005, 46–47; STM 2012, 11.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) velvoittaa sairaanhoitajaa kirjaamaan potilasasiakirjoihin ne tiedot, jotka ovat potilaan hoidon, sen suunnittelun, toteuttamisen ja jatkohoidon kannalta oleellisia. Päivystystyön kirjaaminen on haastavaa. Käynnit ovat lyhytkestoisia, mutta tapahtumia ja toimenpiteitä voi olla lukuisia ja kaikki tulisi kirjata ylös, lyhyes-

ti ja selkeästi. Potilaan turvallisuus ei saa kärsiä kirjaamisesta tai vuoronvaihdosta, jolloin hoitajat vaihtuvat. (L17.8.1992/785; Sopanen 2009, 74–76.)

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on julkaissut yhteisiin arvoihin, periaatteisiin ja tavoitteisiin pohjautuvan julkaisun. Sairaanhoitajan tulee kunnioittaa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta, edistää terveyttä ja suojella elämää. Hoidolta odotetaan tieteelliseen tietoon perustuvaa, vahvaa kliinistä kokemusta ja tutkittua tietoa. Sairaanhoitajan tulee tiedostaa konsultoinnin tarve ja sen merkitys potilaalle. Tällöin potilaan etujen mukaista on hoitaja, joka tunnistaa omat rajansa ja osaamisensa. (Etene 12.12.2001).

Triagessa toimitaan sujuvasti ja voinnin arviointi tulee tapahtua nopeasti. Toiminnan tarkoituksena on huomioida onko potilaan peruselintoiminnoissa välitöntä vaaraa (abc=airway, breath, circulation), sillä triagetyöpisteessä ei käytetä apuvälineitä, kuten verenpainemittaria, vaan sairaanhoitaja toimii työnsä instrumenttina. (Saikko 2005, 76–78.) Potilaan tilaa arvioitaessa on hyvä olla järjestelmällinen. Arviointitaidon ja ammattitaidon kehittyessä, ei hoitajan ensiarvio potilaasta vaikuta niin täsmälliseltä, sillä hoitaja havainnoi jo ensitilassa täsmennettyä tietoa potilaan tilasta ja tekee päätöksiä sen mukaan. Potilaan kokonaistilaa arvioitaessa aisteilla saadaan paljon tietoa. Asiakkaan/potilaan kohtaamisessa oleellista on kiinnittää huomio peruselintoimintoihin, hengitykseen ja verenkiertoon. Pelkkä ensiarvio ei kuitenkaan korvaa kliinisen tutkimuksen tekoa. Tästä voidaan käyttää termiä **kliininen ensiarvio**. Katsomisella nähdään esimerkiksi ihonväri, mahdollisia vammoja kehossa ja nähdään miten potilas hengittää. Kyseltäessä lisäinformaatiota, kuunnellaan hengitystä, puheen tuottamista ja saadaan selvyys tajunnantasosta potilaan vastatessa kysymyksiin. Onko hän yhteistyöhaluinen ja – kykyinen, pystyykö hän puhumaan kokonaisia lauseita, onko puhe sekavaa? Samanaikaisesti sykkeen tunnustelussa, koskettamisella, saadaan selville syketaajuus ja säännöllisyys, ihon lämpötila ja kosteus. Sykkeen epäsäännöllisyys tai lankamainen syke ja viileä, kostea iho, voivat enteillä potilaan voinnissa muutosta. Jatkohoitoa ajatellen, hoitovastuun siirtäminen edellyttää kliinisen ensiarvion toistamista. Tällä varmistetaan hoidonlaatu ja pyritään varmistamaan potilasturvallisuutta. Myös ympäristöllä on katsottu olevan vaikutusta kliinisen ensiarvion toteutumiseen. Erilaisten haittekkijöiden huomioiminen ja niihin reagoiminen vaikuttavat ammattilaisen työhön ja sitä

kautta myös asiakkaan/potilaan turvalliseen hoitotyöhön. (Aalto 2009, 79–92; Helovuori ym. 2011, 53–56.)

Aallon (2009) mukaan ensiarvion tekemiseen on luotu muistisääntö ABCDE. Tämä lista on tehty Advanced Trauma Life Support -koulutukseen, josta käytetään myös lyhennettä ATLS. Muistilista on tarkoitettu vaikeasti loukkaantuneen traumapotilaan ensiarvion ja hoitoon. Lista ohjaa tekemään välittömiä toimenpiteitä traumapotilaan hengenvälittämiseksi ja se on sopiva työkalu myös hätätilapotilaiden hoidon aloituksessa. Se ei ole toimiva kuitenkaan kaikissa olosuhteissa, sillä asiakkaat/potilaat ovat erilaisia, vaivat ja ongelmat ovat moninaisia. Kaikilla ei ole välittömiä hengenvälittämistä. Ensiarvion on olemassa myös 3- K muistisääntö. Kirjaimet muistuttavat hoitajaa katsomisesta, koskettamisesta ja kuuntelemisesta. Systemaattinen toiminta on oleellista ja sen tulee olla tietoista toimintaa, jolloin se helpottaa päätöksentekoa. (Aalto 2009, 82–84).

Oleellisinta potilaan tilan arvioinnissa on, ettei mitään kohtaa peruselintoiminnoista (hengitys, tajunta, verenkierto) saa jättää huomioimatta. Syvälinen ja täsmällinen tilan arviointi jatkuu päivystyksessä, triagetyöpisteen ohittamisen jälkeenkin. Tällöin tarkoituksena on pitää silmällä asiakkaan/potilaan vointia, selvittää tarkkoja, jatkohoidon kannalta merkityksellisiä tietoja; millainen asiakkaan/potilaan vointi oli ennen avun hälyttämistä ja sitä edeltävänä aikana, millaiset asiat johtivat voinnin heikkenemiseen. Taustatiedoilla on tärkeä merkitys jatkohoidon järjestelyjen ja varsinaisen hoitamisen turvaamiseksi. (Saikko 2005, 76–78; Aalto 2009, 92).

Paakkonen (2008) on tuonut esille päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan osaamista. Väitöstutkimus on ensimmäinen Suomessa julkaistu tutkimus, mikä käsittelee päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan kliinistä osaamista. Tutkimuksen kehittämisalueiksi nousivat mm. potilaiden itsenäinen tutkiminen ja peruselintoimintoihin liittyvien ongelmien havaitseminen ja niihin reagoiminen. Sairaanhoitajan tulee tunnistaa tilan heikkeneminen ilman laitteita, jolloin kliinisten taitojen ja osaamisen merkitys korostuvat. Tärkeäksi tekijäksi nousivat myös yhteistyön merkitys sekä kokonaisuuksien huomioiden terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Väitöstutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla oli puutteita kliinisen osaamisen alueella. (Paakkonen 2008, 185–186).

Tippins (2005) on tuonut esille kuinka päivystyksessä työskentelevillä hoitajilla on tietoa tunnistaa potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset, mutta siihen reagoiminen on huonoa. Esimerkkinä on hengitystaajuuden muutoksen reagointi. Mittaustuloksiin ei luoteta, eikä myöskään pyydetä apua kokeneemmalta. Tällainen toiminta vaarantaa potilaan selviytymistä jatkossa. Asiakkaan/potilaan saapuessa päivystykseen on tärkeää saada potilas mahdollisimman turvallisesti jatkohoitoon. Tämä lyhentää hoitoaikoja ja on taloudellista. (Tippins 2005, 24–33).

Bible (2006) on tuonut esille kirjallisuuskatsauksessa, kuinka kipu tunnistetaan ja kuinka siihen reagoidaan. Kirjallisuuskatsauksen perusteella kivun tunnistaminen on huonoa ja sen kehittämisen tulee jatkua. Näyttöön perustuvaa tietoa ja kliinistä osaamista tarvitaan, jolloin potilaan voinnin arviointi onnistuu luotettavammin. Tällä on katsottu olevan myös vaikutusta hoitoaikojen lyhentymiseen. (Bible 2006, 26–29).

McCann, Clark, McConnachie ja Harvey (2007) ovat tutkineet itseään vahingoittavien potilaiden vaikutusta triagetyöpisteen sairaanhoitajien toimintaan. Asenteilla ja yhteistyöllä on myös todettu olevan merkitystä triagessa työskentelevien sairaanhoitajien työhön. Sairaanhoitajia on ohjeistettu, mutta ohjeistuksiin reagoiminen on ollut puutteellista tai niitä ei ollut ymmärretty. Asenteilla katsotaan olevan merkitystä tässä asiassa. Yhteistyö toisen ammattiryhmän kanssa katsotaan myös hyödylliseksi. Se on hyvä tapa kehittää osaamista ja vaikuttaa asenteisiin. Esimerkkinä tuodaan psykiatristen sairaanhoitajien osaamisen hyödyntäminen päivystyksessä. (McCann ym. 2007, 1704–1711).

Potilasturvallisuudella halutaan varmistaa triagetyöpisteen asiakkaan/potilaan saama turvallinen hoidonarvio sekä mahdollisuudet hyvään jatkohoitoon. Turvallisuuden varmistamisella on haluttu korostaa erilaisten poikkeavuuksien vaihtelevuus. Sairaanhoitajan toimintatapoihin tai käytäntöihin vaikuttamalla sekä niiden esiin nostamisella on merkitystä. Toiminta vaihtelee, jolloin sitä on mahdotonta täydellisesti hallita. Vaara- tai haittatapahtuminen yhteensattuma, on usein hyvin yksinkertaisesta asiasta lähtöisin. Tällainen toiminta vaatii tietoisia, järjestelmällisesti sovellettavia varmistusrutiineja ja tarkastuksia, joiden tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta. Toimintatapoihin ja kulttuuriin on helpompaa vaikuttaa

kuin asenteisiin. Tapojen muuttaminen, ohjeistaminen ja niiden tarkoitusperän tiedostaminen, tarvitsee pitkäjänteistä toimintaa, jolloin asenteiden muuttuminen on mahdollista. (McCann ym 2007, 1704–1711; Snellman, 2009, 36–37; Helovuori ym. 2011, 13, 89.)

3 POTILASTURVALLISUUSOSAAMINEN

Osaaminen on tärkeää yksilön tehtävästä suoriutumiselle. Se muodostuu aina sel-
laisessa tilanteessa, missä henkilö toimii. Osaaminen syntyy niistä merkityksistä,
mitä henkilö luo ympärilleen toimiessaan työssään erilaisissa tilanteissa. Yksilöta-
son osaaminen on osa organisaation osaamista. Yksilön osaamiseen vaikuttavat
peruskoulutus sekä aiempi ammatillinen koulutus, käytännön ja teorian tiedot sekä
taidot. Näihin vaikuttavat myös yksilön psyykkiset ja fyysiset ominaisuudet. Asen-
teilla ja käsityksillä on merkitystä yksilön osaamisen kehittymisessä ja työssä sel-
viytymisessä. Lisäksi verkostoituminen ja sen hyödyntäminen ovat osa yksilön
osaamista. Yksilön työkokemus lisää työntekijän hiljaista tietoa, mikä on arvokas-
ta organisaatiolle. (Ahvo-Lehtinen & Maukonen 2005, 18–19; Hätönen 2011, 9).

Osaaminen on organisaation näkökulmasta sellaista osaamista, mikä näkyy orga-
nisaatioissa työntekijän lähdön jälkeen. Ne voivat olla järjestelmiä, työtapoja ja työ-
kaluja sekä käyttäytymismalleja. Ne sisältävät käsityksiä ja ajattelumalleja, millä on
vaikutusta organisaation toimintoihin. (Ahvo-Lehtinen ym. 2005, 21.)

STM (2012) on raportti ja muistiosarjassaan tuonut esille potilasturvallisuuden
osaamisalueet. Potilasturvallisuuden näkökulmasta ydinosoitukseen tarvitaan hoi-
toprosessien turvallista osaamista, eettistä ja menetelmien osaamista. Potilastur-
vallisuuden varmistaminen perustuu kliiniseen osaamiseen ja se tulee huomioida
koulutuksessa, jolloin koulutuksen tulee vahvistaa päätöksentekoa. (STM 2012,
10–11.) Oheisessa kuviossa (Kuvio 1) ovat STM (2012, 10–11) potilasturvallisuu-
den osaamisen alueet ja niihin vaikuttavat osatekijät. Tässä työssä lähestymistapa
on hoitotyön prosessin turvallisuuden näkökulma. Sairaanhoidajan toimintaan asi-
akkaan/potilaan hoitoprosessissa päivystyspoliklinikalla, keskitytään toiminnan
alkupäähän, hoidon kiireellisyyden ensiarviointiin. Toiminnalla on merkitystä koko
hoitoprosessin onnistumiselle ja se on osa asiakkaan/potilaan palveluketjua. Tästä
näkökulmasta olen tuonut osaamisen alueet oheiseen kuvioon (Kuvio 1). Tämän
työn pääteema on hoitotyön prosessin turvallisuus. Eettinen osaaminen ja tervey-
denhuollon arvoperustaan sitoutuminen sekä menetelmien turvallisuus: hoidon,
lääkehoidon ja laitteiden turvallisuudessa kuuluvat pääteemaan, joten ne ovat pää-
teeman osateemoja.



Kuvio 1 Potilasturvallisuusosaaminen STM julkaisua mukailten (Lähde: STM 2012).

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (L559/1994) mukaan potilasturvallisuuden ja terveyspalveluiden laatu ovat peruslähtökohta ammattihenkilön toiminnassa. Tämä edellyttää riittävää koulutusta sekä muita ammatissa vaadittavia valmiuksia. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee osata potilasturvallisuusosaaminen sekä laadun varmistaminen, tätä edellytetään jatkossa myös terveydenhuoltoalan opiskelijoiden koulutuksessa. Vastuu oman työn ammatillisuudesta sekä osaamisesta ovat itsellä. Työnantaja vastaa yksilön perehdyttämisestä ja osaami-

sen varmistamisesta muuttuvassa työympäristössä ohjein, osaamisen kehittämistä tukien ja näitä valvoen. (L 28.6.1994/559; STM 2012, 10–11.)

3.1 Sairaanhoidajan osaaminen päivystyspoliklinikan työssä

Tässä työssä tuodaan päivystyspoliklinikan triagetyöpisteen sairaanhoidajan osaaminen potilasturvallisuuden näkökulmasta esille. Päivystyspoliklinikan sairaanhoidajien osaamisen vaatimuksia ei valtakunnallisesti ole määritelty. Ohessa on eri näkökulmista määriteltyjä osaamisen vaatimuksia päivystyspoliklinikan sairaanhoidajan työssä.

Nummelin (2009) on pro gradu työssään tutkinut aloittelevan sairaanhoidajan tarvitsemää tietoa aloittaessaan työskentelyn päivystyspoliklinikalla. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta päivystyksessä aloittelevan sairaanhoidajan osaamista on tutkittu vähän. Katsauksen pohjalta päivystyspoliklinikan sairaanhoidajan osaamistasot ovat kliininen osaaminen, päätöksenteko-osaaminen, yhteistyöosaaminen, opetus- ja ohjausosaaminen sekä eettinen osaaminen. (Nummelin 2009, 15, 22.)

Paakkonen (2008) tuo päivystyspoliklinikan sairaanhoidajan osaamistason kolmella tasolla esille. Ne ovat: sairaanhoidajan perusosaaminen, sairaanhoidajan perusosaaminen päivystyspoliklinikalla sekä edistyneen sairaanhoidajan osaamisen taidot päivystyspoliklinikalla. (Paakkonen 2008, 159–160.)

Meritähti (2011) on ylemmänammattikorkeakoulun opinnäytetyössään laatinut triagehoitajan osaamisalueen kuvaukset. Opinnäytetyö työ oli osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksen erityisosaaminen -projektia. Meritähden (2011) työ oli osaprojekti sosiaali- ja terveysalan (SOTE) ennakointihanketta. Projektin tarkoituksena oli tuottaa tietoa erityisosaamisesta, jota tulevaisuudessa tarvitaan erikoissairaanhoidossa. Tuloksena syntyivät triagetyöpisteen sairaanhoidajan osaamisen vaatimukset. Niitä ovat päätöksenteko-osaaminen, hoitotyön kliininen osaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen, tekninen osaaminen, yhteistyö- ja vuorovaikutusosaaminen, hoitotyön kirjaamisen osaaminen ja eettinen osaaminen. (Meritähti 2011, 48.)

3.2 Triagetoiminnan vaiheet päivystyspoliklinikatyössä

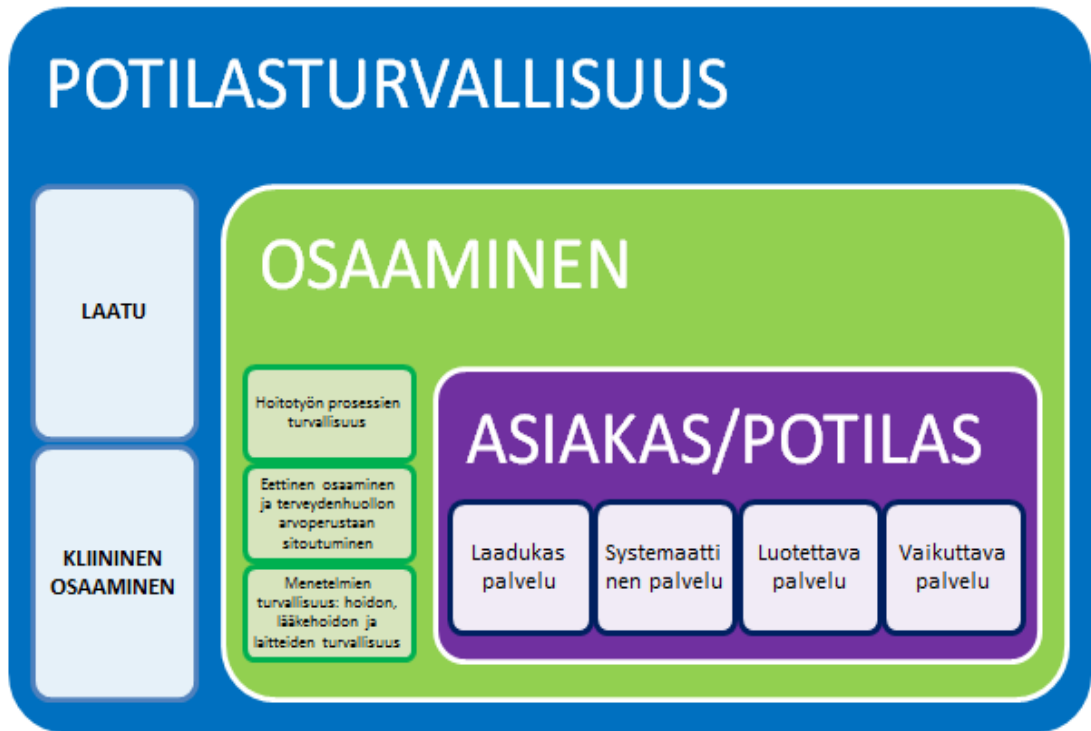
Tämän opinnäytetyön prosessiin on vaikuttanut oma roolini triagetyöpisteen sairaanhoitajana. Olen ollut laatimassa yhteistä triageohjeistusta Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikalle yhdessä ohjausryhmän kanssa. Laadin ohjeistuksen (TuKe) tutkimus ja kehittämishankkeena vuosien 2009–2010 aikana. Hankkeen johtajana toimi nykyinen päivystyskeskuksen toiminta -aluejohtaja. Ohjaustyöryhmään kuuluivat nykyinen ensihoidon vastuulääkäri, päivystyskeskuksen toiminta -alueen ylihoitaja, päivystyspoliklinikan osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja. Lisäksi Seinäjoen kaupungin terveyskeskuksen edustajana toimi lääkäri. Projektin tavoitteena oli kehittää päivystystoimintaa sujuvaksi ja laadukkaaksi erillisen ohjeistuksen myötä.

Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikka tarjoaa Etelä - Pohjanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon päivystystutkimukset sekä -hoidon. Sairaanhoitopiiriin asukkaita on lähes 200 000. Päivystyspoliklinikka on osa päivystyskeskuksen toiminta -aluetta, missä pyritään yhteisen tavoitteen saavuttamiseen. Sairaanhoitopiirin missio on ”Ihmisen terveyden tähden”. Visio vuoteen 2020 on ”Terveyshyötyä vaikuttavasti, asiakaslähtöisesti ja yhteistyökykyisesti vahvassa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä”. (EPSHP,[viitattu 28.9.2012.]).

Oma perehtyminen triagetoimintaan alkoi kirjallisuuden ja tutkimustiedon avulla. Erilaisista kiireellisyysluokittelumalleista sain tietoa puhelimitse sekä sähköpostiviestien välityksellä Oulusta, Hyvinkäältä, Mikkelistä ja Kuopiosta. Benchmarkin käyntejä tein Jyväskylään, Poriin ja Tampereelle. Ohjeistuksen valmistumisen aikana, kiireellisyysluokitusta pilotoitiin ja siihen tehtiin tarvittavat muutokset. Luokitusmallin valintaan vaikuttivat tutkittu tieto ja sen luotettavuus. Pohjana ohjeistukselle toimi ESI (Emergency Severity Index) käsikirja. Perehdytin koko päivystyksen henkilökunnan luokittelun periaatteisiin ja laadin tueksi erillisen taskuoppaan. Päivystyksen uusien tilojen valmistumisen myötä, aloitettiin uusi toiminta 12.9.2012. Sitä edelsi osastonhoitajan valitseman kymmenen sairaanhoitajan syvempi koulutus triage toimintaan.

3.3 Yhteenveto teoreettisesta viitekehystä

Tässä työssä keskitytään systeemilähtöisen potilasturvallisuuden näkökulmasta tuomaan triagetyöpisteen sairaanhoitajan työtä näkyväksi. Tästä näkökulmasta hoitotyön prosessin turvallisuuden tärkein lähtökohta on asiakas/potilas. Asiakkaan/potilaan lähtökohdasta olen yhdistänyt tämän työn teoreettisesta viitekehystä esiin nousevia teemoja kuvion muotoon. Teemoilla katson olevan vaikutusta asiakkaan/potilaan saamaan palveluun. Teemojen syntymiseen on vaikuttanut myös aikaisempi toiminta triageohjeistuksen laatimisesta, aina toiminnan käynnistymiseen saakka. Triagetyössä korostuvat systemaattisuus sekä tasapuolinen kohtelu kaikille, perimmäinen tarkoitus on potilasturvallisuuden paraneminen. (Syväoja ym. 2009, 94–95; STM 2010, 21.) Triagetyöpisteessä työskentelevän sairaanhoitajan työhön ovat vaikuttaneet aiempi koulutus, työkokemus sekä ohjeistukset. Potilasturvallisuuden näkökulmasta sairaanhoitajan osaaminen korostuu, jolloin osaamisella halutaan varmistaa mahdollisimman turvallinen, laadukas ja vaikuttava hoito. Kliininen osaaminen katsotaan potilasturvallisuusosaamisen lähtökohdaksi. Se on osa laatua. (STM 2012,10–11.) Laatu vaikuttaa kaikkialla ja se on osa potilasturvallisuutta. Laadun tehtävänä on hajonnan hallitseminen, pyritään systemaattisuuteen ja estämään virheiden syntyminen. Tärkeää on tehdä oikeita asioita, oikealla tavalla. (Michelsen 18.12.2012). Teemojen muodostuminen tapahtui potilasturvallisuudesta ja laadusta, triagesta sekä sairaanhoitajan osaamisesta (Liite 1). Lähtökohtana on asiakas/potilas, jonka vuoksi hoitotyön prosessin turvallisuus on tärkeää. Hoitotyön prosessin turvallisuus on osa laatua, joten palvelu on laadukasta, systemaattista, luotettavaa sekä myös vaikuttavaa. Teemojen avulla olen pyrkinyt jäsentämään potilasturvallisuuden kokonaisuutta sekä omaa ymmärrystäni aiheesta. Oheiseen kuvioon (Kuvio 2) olen yhdistänyt teemoja, joilla olen katsonut olevan vaikutusta, oman ymmärryksen jäsentymiseen systeemilähtöisessä potilasturvallisuudessa sekä myös sairaanhoitajan työhön ja osaamiseen triagetyöpisteessä.



Kuvio 2 Hoitotyön prosessin turvallisuus systeemilähtöisen potilasturvallisuuden kautta

4 TOTEUTUS JA MENETELMÄT

Tämän kehittämistyön tavoitteena on selvittää sairaanhoitajien kliinisen ensiarvion toteutumista päivystyspoliklinikan triagetyöpisteessä sekä millaiset tekijät vaikuttavat kliinisen ensiarvion toteutumiseen. Lisäksi tavoitteena on tuoda esimiesten näkökulmasta systeemilähtöinen potilasturvallisuus näkyväksi, refleктоimalla potilasturvallisuutta systeemilähtöisen ajattelutavan mukaan sairaanhoitajien työhön.

Työn tarkoituksena on tuoda potilasturvallisuusosaamisen avulla sairaanhoitajien työtä näkyväksi kliinisen ensiarvion kautta. Työn näkyväksi tekeminen lisää tietois- ta ajattelua työstä, jolloin sairaanhoitajan työn merkitys tulee osaksi kokonaisuutta ja oman työn tietoinen ajattelu mahdollistaa potilasturvallisuusosaamisen kehitty- misen. Samalla lisätään tietoista ajattelua toimintaan vaikuttavista tekijöistä, jolloin triagetoimintaa pystytään kehittämään ja potilasturvallinen kulttuuri tulee osaksi arkea. Kaiken taustalla vaikuttaa systeemilähtöinen ajattelutapa potilasturvallisuu- desta.

4.1 Kehittävän työntutkimuksen metodologiset valinnat

Tämän opinnäytetyön toteutin kehittävän työntutkimuksen piirteitä noudattaen, teemahaastatteluna. Tarkoituksena kehittävässä työntutkimuksessa on kehittää työtä erilaisten välineiden kautta, jotka edistävät työn toimintaa ja sen sujuvuutta. Tavoitteena on saavuttaa lisää ymmärrystä ja sisältöä työlle, jolloin pyritään ym- märtämään työn yhteiskunnallista vaikutusta. Kehittävä työntutkimus on tunnettu lähinnä Suomessa, mutta sen taustalla vaikuttava toiminnan teoria on kansainväli- sesti tunnettu. Kehittävä työntutkimus on kehittynyt Suomessa 1980-luvulla. Tässä työssä pyritään ymmärtämään potilasturvallisuuden vaikutusta työntekijään eli sai- raanhoitajaan. Pyritään tuomaan potilasturvallisuutta esille sopivilla työvälineillä. Tällöin yhdistyvät sosiaaliset suhteet sekä kielellinen vuorovaikutus. Tässä työssä sairaanhoitajat sekä esimiehet tuottavat aineistoa. Heidän avullaan tuodaan poti- lasturvallisuutta esille systeemilähtöisen potilasturvallisuus näkökulman kautta. Esimiesten ja sairaanhoitajien toiminta kulkee vuorovaikutuksessa keskenään,

joten toimintojen ymmärtäminen kokonaisuudessa on tärkeää. (Heikkinen, Kontinen ja Häkkinen 2008, 60–62; Helovuola ym. 2011, 53–56).

Filosofisesta näkökulmasta voidaan ihmistieteen metodologiassa puhua käsitteestä hermeneutiikka. Se on laaja kokonaisuus, jonka avulla pyritään tarkastelemaan niitä keinoja, millä saadaan tieto ymmärretyksi. Selitetään ilmiötä oman ymmärryksen kautta, jolloin hermeneuttisen tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat ymmärtäminen ja tulkinta. (Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 30; Metsämuuronen 2011, 69.)

Fenomenologisen filosofian mukaan tutkimuksen näkökulmasta ongelmallisin käsite on ihminen, toisin sanoen millainen ihminen on ja miten hän käsittelee tiedon, millaista tieto on luonteeltaan ja kuinka inhimillistä se on. Tässä työssä ei tutkita ihmistä vaan tuodaan ilmiö eli potilasturvallisuus näkyväksi ihmisten kautta. Pyritään kuvaamaan ilmiötä ja selittämään sitä. (Laine 2007, 28; Metsämuuronen 2011, 69.)

Laine (2007) on tuonut **fenomenologis-hermeneuttisen näkökulman** laajana kokonaisuutena esille. Siinä ihminen on osa tutkimuskohdetta, jolloin korostuvat tiedon ymmärrys, kokemus ja yhteisöllisyys. Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa pyritään nostamaan esille jo tietoisiksi entuudestaan tuttu asia, joka on hävinnyt rutiiniomaiseen, itsestään selvään toimintaan tai sitä ei ole vielä tietoisesti ajateltu. (Laine 2007, 28–33). Tässä työssä se on potilasturvallisuus, joka on käsitteenä jollain asteella tuttu, mutta sen kokonaisuuden hahmottaminen on puutteellista. (Pietikäinen ym. 2008, 7, 33, 57–58; Helovuola ym. 2011, 13).

Tästä näkökulmasta työssä tulevat fenomenologis-hermeneuttinen filosofia ja sen piirteet esille työn toteutukseen osallistuneiden henkilöiden tulkintojen ja ymmärryksen kautta. Työssä esiintyvien teemojen avulla muodostettu kuvio systeemilähteisestä potilasturvallisuudesta organisaation osana (ks. Kuvio 2, 24), on yksi keino tuoda potilasturvallisuutta esille, jolloin katson sen olevan osa hermeneuttista filosofiaa. Fenomenologiset piirteet tulevat kuvion sisällä esiintyvien teemojen avulla. Ne tulevat oman ymmärryksen ja käsityksen näkökulmasta teoretiedosta. Giorgia (1992, 1996) mukaillen Virtanen (2011, 179) on tuonut menetelmien kautta

muodostetut tulkinnat esille. Olen pyrkinyt tähän työhön tuomaan potilasturvallisuutta esille systeemilähtöisen ajattelutavan kautta seuraavasti.

1. Muodostetaan käsitys potilasturvallisuudesta, reflektoiden triagetoiminnan kehitymisenvaiheita nykyhetkeen
2. Jäsennetään kirjallisen teorian tiedon teemat merkitysyksiköihin
3. Muutetaan teemahaastattelun kautta muodostetun aineiston pelkistykset teoriaan sopien
4. Jäsennetään ja arvioidaan systeemilähtöistä potilasturvallisuuskokonaisuutta kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmä rakennemallin avulla
5. Kuvion lopullinen hahmottuminen yleiselle tasolle

Tässä työssä oman roolin merkitys näkyy tulkintojen kautta. Olenko ymmärtänyt aiheen todellisen luonteen ja sen tarkoituksen? Perinteisesti tutkija pyrkii olemaan huomaamaton toimija. Ihmisten toimintaa tai tapoja tutkittaessa, ei tutkija voi olla huomaamaton tai näkymätön. Hän on osa toimintaa, jota tutkitaan. Tällöin tavoitellaan molemminpuolista hyötyä tutkittavalle sekä tutkimuksen kohteelle. Sitä voidaan kutsua interventioksi. Sen avulla voidaan tuoda esille näkymättömiä tapoja tehdä työtä tai siihen vaikuttavia tekijöitä, kuten esimerkiksi sosiaaliset rakenteet tai perinteet. Tuodaan hiljaista tietoa näkyväksi, jolloin siinä korostuvat käytännön kokemus sekä monien vuosien synnyttämä tieto. Hiljainen tieto voidaan jakaa kahden eri ulottuvuuteen. Kognitiivisessa ulottuvuudessa esille nousevat arvot ja mallit sekä uskomukset ja oma ajatusmaailma, joiden pohjalta ihminen toimii. Teknistä ulottuvuutta määrittelevät tiedot ja taidot, kuten osaaminen ja ammattitaito. (Heikkinen 2008, 27–28; Saranto, Ensio, Tanttu ja Sonninen 2008, 22.)

Intervention tukena toimii reflektio. Reflektoinnin avulla saadaan hiljainen tieto paremmin näkyväksi. Reflektio tulee englannista, sanoista *reflexion* tai *refelection* (heijastus tai refleksiomainen). Sillä tarkoitetaan filosofiassa yleisesti sitä, kuinka ihminen tarkastelee omaa ajatusmaailmaansa. Hän pohtii käyttäytymistään omien kokemustensa kautta, peilaten niitä samaansa tietoon. Tällä tavoin hän voi nähdä toimintansa uudessa valossa ja pystyy kehittämään itseään ja toimintatapojaan ymmärryksen kautta. Tämän avulla pystytään kehittämään toimintatapoja, jolloin mahdollistetaan jatkuva kehittyminen. Tässä työssä pyritään tulosten avulla tuo-

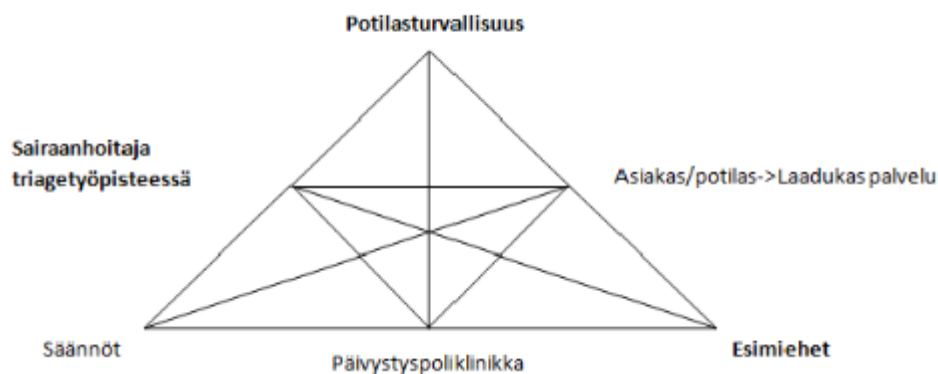
maan sairaanhoitajien työ näkyväksi, nostetaan työ näkyväksi tekemiseksi itsensänselvyyden sijaan. Myös esimiesten työn näkyvyys tulee esille systeemilähtöisen potilasturvallisuuden kautta organisaation tasolla. Näin pystytään reflektoidaan omaa työtä suhteessa kokonaisuuteen. Toisin sanoen systeemilähtöinen potilasturvallisuus tulee näkyväksi toiminnaksi sairaanhoitajien sekä esimiesten kautta. (Heikkinen 2008, 33–35; Saranto ym. 2008, 22–23.)

Potilasturvallisuus käsitteenä on pirstaleinen ja sen kokonaisuuden hahmottaminen, oman ymmärryksen ja sen kuvauksen vuoksi, on tärkeää. Tästä syystä työssä on vahva teoreettinen tausta ja lähtökohta. Olen reflektoinut omaa ymmärrystäni teoriasta nouseviin teemoihin. Tätä kautta olen pyrkinyt lisäämään omaa tietämystäni aiheesta. Myös aikaisemmalla toiminnalla on vaikutusta työn tuloksiin. Työ kohdistuu triagetyöpisteen sairaanhoitajiin, jolloin oma tietämykseni ja tuntemukseni triagetyöstä korostuvat. Aiheen syvällisellä tuntemuksella on merkitystä haastattelun analysoinnin yhteydessä. (Heikkinen 2008, 33–35; Metsämuuronen 2011, 51–52.)

Tässä työssä näkyy praktisen tiedonintressiä. Työ on hyvin käytännön läheinen, missä yhdistyvät toiminta ja teoria. Työn näkökulma on laaja, sillä tuloksiin ovat vaikuttaneet sairaanhoitajat sekä heidän esimiehensä sekä aikaisempi toiminta. Olen tuonut omaa rooliani myös esille. Työn kokonaiskuvan selkeyttämisen vuoksi, olen tuonut triageohjeistuksen laatimiseen vaikuttaneen hankkeen sekä ohjeistuksen valmistumisen vaiheet esille (ks. kpl 3.2), missä olen ollut osallisena. Työn tulosten avulla pyrin tuomaan näkymättömän näkyväksi. Sairaanhoitajien työhön vaikuttavat monet erilaiset tekijät, jolloin niiden ymmärtäminen on oleellista. Kehittävän työntutkimuksen näkökulmasta erilaisilla apuvälineillä ja niiden kehittämisellä on tärkeä rooli työyhteisön kehittämisessä. (Heikkinen ym. 2008, 62.) Tässä työssä tavoitteena on selvittää sairaanhoitajan konkreettista toimintaa systeemilähtöisen potilasturvallisuuden näkökulmasta, missä kliininen osaaminen on perusta. Lisäksi tavoitteeni on tuoda potilasturvallisuus näkyväksi refleктоimalla esimiesten näkemyksiä sairaanhoitajien työhön. Tavoitteen myötä on mahdollisuus parantaa hoidon tarpeen ensiarvion tasalaatuisuutta sairaanhoitajan toiminnan kautta, jolloin systemaattista hoidon kiireellisyyden ensiarviota ei määritä pelkkä ohjeistus, kuinka se tehdään, vaan siinä yhdistyvät ohjeistuksen lisäksi tietoinen toiminta

kliinisen osaamisen kautta. Näin on mahdollista havaita myös haittatekijöitä sairaanhoitajan työssä. Systemilähtöisen ajattelutavan kautta myös kokonaisuus selkeytyy potilasturvallisuusosaamisen näkökulmasta, jolloin esimiesten työn kautta tuotu potilasturvallisuus on ensiarvoisen tärkeää triagetoiminnan kehittämisen takaamiseksi. Toiminnan perustehtävänä on parantaa potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuus käsitettä lähdin pohtimaan Engeströmin (1987, 1995) toimintajärjestelmän rakennemallin kautta. Kappaleen lopussa on kuvio (Kuvio 3) rakennemallista päivystyspoliklinikan triagetyöpisteen sairaanhoitajan työstä, osana koko organisaatiota. Tekijänä kuviossa on triagetyöpisteen sairaanhoitaja, potilasturvallisuus käsite toimii välineenä. Kuvion kohde eli tuloksen hyötyjä on asiakas/potilas. Työnjako tapahtuu esimiesten toimesta, jolloin he vaikuttavat yhteisöön eli tässä työssä päivystyspoliklinikkaan ja sitä kautta myös triagetyöpisteen sairaanhoitajaan. Yhteisenä koko rakennemallia ohjaavat säännöt. Mallin avulla sain hyvän käsityksen systemilähtöisestä ajattelutavasta potilasturvallisuudessa ja miten se näkyy triageessa työskentelevän sairaanhoitajan työssä. Toimintajärjestelmän rakennemalli kuvio toimi myös apuna potilasturvallisuus teemojen muodostumisessa. (Heikkinen ym. 2008, 60–64.)



Kuvio 3 Potilasturvallisuus systemilähtöisen ajattelutavan mukaan Engeströmin toimintajärjestelmän rakennemallia mukailen (Lähde:Heikkinen ym. 2008).

Mallin tukena voidaan käyttää ekspansiivista oppimissykliä, minkä avulla voidaan analysoida kehitettävänä olevaa asiaa. Aineistoa voidaan kerätä erilaisilla menetelmillä, jolloin aineistoa voidaan reflektoida kehittämistilanteissa yhteisesti. Aineisto toimii eräänlaisena peiliaineistona suhteessa rakennemallin avulla esiin nouse-

viin mahdollisiin sisäisiin ristiriitoihin. Tässä työssä käytin oppimissykliä kehittävän työntutkimuksen tekemisen tukena. Oppimissykli jäsentää kehitettävää asiaa vaihe vaiheelta eteenpäin, jolloin oppimissyklin avulla pystytään tarkemmin tarkastelemaan ja kehittämään systeemilähtöistä potilasturvallisuutta triagetyöpisteen sairaanhoitajan työn näkökulmasta. Syklin avulla voidaan kehittää uusia toimintamalleja, työvälineitä tai muita tapoja työn jäsentämiseksi. (Heikkinen ym. 2008, 63.) Oheiseen kuvioon (Kuvio 4) olen hahmottanut sairaanhoitajien kliinisen osaamisen kehittämisen vaiheita kehittävää työntutkimusta mukaillen.



Kuvio 4 Sairaanhoidajan kliinisen osaamisen vaiheet kehittävässä työntutkimuksessa eks-panssiivista oppimissykliä mukaillen (Lähde: Heikkinen ym. 2008).

Tämä työ toteutettiin ryhmäteemahaastatteluna. Ihminen toimii vuorovaikutuksessa jatkuvasti ympäristönsä kanssa ja hän muuttuu kokemustensa myötä. Ympäristö vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä, jolloin sen ennustaminen on hankalaa. Haastatteleamalla ihmisiä, on oleellista muistaa, ettei ehdotonta totuutta voida saavuttaa. Totuuden käsite on verrannollinen sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja ym-

päristöön, jolloin yksilölle muodostuu omanlainen käsitys asioista ja ilmiöistä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 17- 18.)

Haastattelun luonnetta kuvastaa sana etymologia. Sana korostaa haastattelun luonteen vuorovaikutuksellisuutta, sosiaalista tilannetta. Haastattelemalla saadaan myös tietty kuva jostakin, jolloin haastateltavilla on näkemys aiheesta, josta haastattelija pyrkii saamaan kuvan. Teemahaastattelu sopii hyvin tilanteisiin, missä halutaan selvittää arkoja tai heikosti tiedostettuja alueita. (Hirsjärvi ym. 2008, 41; Metsämuuronen 2011, 119.) Ryhmähaastattelua voidaan pitää keskusteluna, jolloin tavoite voi olla vapaamuotoinen. Tällöin haastateltavat kommentoivat vuorollaan spontaanisti aihetta. Ryhmäteemahaastattelun toteutin päivystyspoliklinikan sairaanhoitajille, jotka työskentelevät triagetyöpisteessä. Toisena ryhmänä haastattelin päivystyspoliklinikan esimiehiä. (Hirsjärvi ym. 2008, 61, 63.)

4.1.1 Sairaanhoitajien teemahaastattelu

Sairaanhoitajien teemahaastattelun toteutin yhteisen ajanpuutteen vuoksi kahdes- sa osiossa. Kaikkiaan kymmenen sairaanhoitajaa koulutettiin syvemmin triagetoimintaan. Otanta teemahaastatteluun tapahtui heistä. Teemahaastattelun rungon laitoin kutsuna haastatteluun sähköpostin kautta, lisäksi annoin kutsut jokaiselle henkilökohtaisesti. Kutsuja annoin kaikkiaan kahdeksan, sillä perusteella, että kahdeksan sairaanhoitajaa oli työskennellyt siinä vaiheessa triagetyöpisteessä. Teemahaastatteluun osallistui kaikkiaan 5 sairaanhoitajaa (n=5). Kutsun sairaanhoitajia (n=5) tässä työssä ydinryhmäksi.

Teemahaastattelu eteni haastattelurungon kysymysten mukaan. Teema-alueeksi muodostuivat teoreettisen viitekehyksen potilasturvallisuuden osaamisen alueet, joiden merkityssisältö muodostui potilasturvallisuusosaamiseksi. Seuraavien kysymysten avulla teemahaastattelu eteni.

- Miten arvioit potilaan tilaa ja vointia hänen saapuessa päivystysvastaanotolle?
- Mitkä asiat tai tekijät hankaloittavat työtäsi, arvioidessasi potilaan tilaa ja vointia päivystysvastaanotolla?

- Millaisia ehdotuksia Sinulla on potilaan tilanarviointiin ja hänen vointinsa selvittämiseen päivystysvastaanotolla?

Työkokemusta ydinryhmällä oli 5 vuodesta aina 15 vuoteen, joten ryhmä koostui kokeneista sairaanhoitajista. Työkokemuksen perusteella oletin heidän osaamisentasonsa olevan korkea, millä oli merkitystä kehittämistyön tuloksille. Ydinryhmässä oli yksi mies ja neljä naista. Ydinryhmän aiemmalla koulutuksella triage-toiminnan aloittamisessa oli merkitystä tämän työn tuloksiin. Toiminta oli haastattelun toteutuksen aikana vielä uutta, joten toiminnasta oli muodostunut jokaiselle oma näkemys kokemuksen ja toiminnan kautta. (Metsämuuronen 2011, 47.)

Teemahaastattelun etuna oli, että tunsimme toisemme. Tämän vuoksi tilannetta ei tarvinnut jännittää. Minulle rooli haastattelijana oli vieras ja uusi kokemus. Luonnollisesti se hiukan jännitti. Pyrin olemaan ulkopuolinen havainnoija molemmissa haastatteluissa. En osallistunut haastatteluun, vaan pyrin objektiivisuuteen. (Hirsjärvi ym. 2008, 61; Metsämuuronen 2011, 102.)

Haastattelutilanteessa ei esiintynyt häiriötekijöitä, vaikka haastattelupaikkana oli päivystyspoliklinikan toimintaympäristön huone. Molemmat haastattelut kestivät tunnin. Ajallisesti se oli riittävä, sillä keskustelu pysyi aiheessa hyvin. Hiljaiset hetket ja tarkentavat kysymykset rytmittivät etenemistä molemmissa haastatteluissa, joten haastattelun eteneminen sujui luontevasti eteenpäin. Koen myös onnistuneeni haastattelijana, sillä ryhmien aktiivinen toiminta osoittivat sen, etteivät he jännittäneet minua ja ilmapiiri oli miellyttävä. (Hirsjärvi ym. 2008, 89–92, 102–105.)

Keskustelu oli runsasta. Molemmat ryhmät ($n=2$, $n=3$) toivat asioita esille potilasesimerkkien kautta. Tämä oli hyvä tapa saada haluamansa asia ymmärretyksi. Näin kaikki saivat käsityksen, mistä oli kysymys ja tulkinnanvara supistui pieneksi. Haastattelun alussa keskusteltiin myös eettisyydestä. Osallistuminen pohjautui vapaaehtoisuuteen ja täydelliseen luottamukseen ja vaitiolovelvollisuuteen. Analysointi tehtiin siten, ettei kenenkään lausumia voida yhdistää tiettyyn henkilöön. (Hirsjärvi ym. 2008, 20.)

Ensimmäinen haastatteluryhmä koostui kahdesta sairaanhoitajasta ($n=2$). Haastattelu eteni rauhallisesti, vaihe vaiheelta eteenpäin. Oli mukavaa huomioida, kuinka

paljon asioita oli jo pohdittu ja kuinka sairaanhoitajien oma ammatillisuus ja osaminen näkyivät. Toinen sairaanhoitajista ei ollut työskennellyt vielä triagepisteessä niin montaa vuoroa kuin toinen. Näin tilanteesta muodostui myös oppimistilanne. Keskustelu oli rauhallista ja esimerkkien kautta etenevää. Sairaanhoitajat osasivat selkeästi tuoda esille oman toimintansa potilaan vointia arvioitaessa. He reflektoivat toimintaansa keskenään. (vrt. Heikkinen 2008, 33–35; Saranto ym. 2008, 22–23.) Kysyminen oli helppoa ja vastaukset muodostuivat vaivattomasti. Molemmat haastateltavat toivat lyhyesti ja ytimekkäästi oman työnsä näkökulmasta asioita esille.

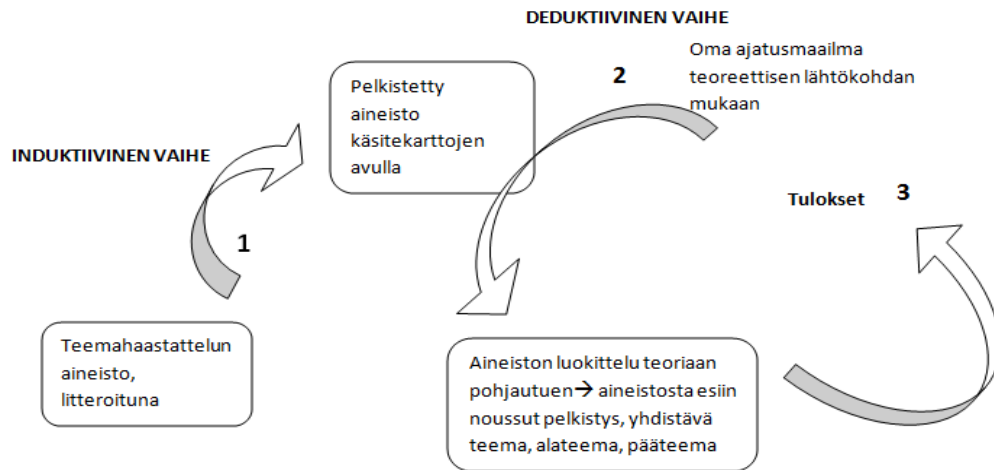
Toisessa ryhmässä oli kolme sairaanhoitajaa (n=3). Haastattelu eteni hyvin samalla tavalla kuten ensimmäisenkin ryhmän. Keskustelu oli runsasta. Ryhmän aktiivisuus ilahdutti. He toimivat itsenäisesti, kysyen toisiltaan kuinka he toimivat erilaisissa tilanteissa. Huomioin, kuinka hyvä tilanne oli oman oppimisen sekä haastateltavien sairaanhoitajien oppimisen kannalta. Vertaisarvioinnin kautta oli mahdollista saada lisää näkökulmia omaan toimintaan. (vrt. Heikkinen 2008, 33–35; Saranto ym. 2008, 22–23.)

Litterointi on aineiston purkamista ja sen puhtaaksi kirjoittamista kokonaisuudessaan. Ydinryhmän haastattelun litteroin kokonaan ja analysoinnin apuna käytin kirjaimia ja numerointia henkilöiden identifioimisessa. Sukupuolet erotin isoilla kirjaimilla N tai M. Järjestysnumeron laitoin kirjaimen perään sairaanhoitajilla työkokemuksen mukaan. Vähemmän työkokemusta omaavan sairaanhoitajan järjestysnumero oli suurempi. Työkokemus ei suoraan vaikuttanut tuloksiin, sillä pidän ydinryhmää kokeneina sairaanhoitajina heidän työvuosiensa mukaan. Myöskään sukupuolella ei tässä työssä ollut merkitystä, sillä identifioinnin tein analysoinnin jäsentämisen vuoksi. Sairaanhoitajien haastattelujen purkamiseen kului neljä päivää. Aineistoa kertyi yhteensä 14 sivua. Litterointi eteni luonnollisesti teemakysymysten mukaan. En käyttänyt tekstinkäsittelyohjelmia analysoinnin apuna vaan kirjoitin nauhurilta haastattelun tietokoneen tekstinkäsittelyohjelman turvin. Tämä oli työlästä ja hidasta. (Hirsjärvi ym. 2008, 138–140.) Haastattelun kirjoitin hyvin tarkasti, yksilökohtaisesti, sillä selvitin sairaanhoitajan omaa osaamista, tosiasioita omasta työstä. (vrt. Hirsjärvi ym. 2008, 106; Metsämuuronen 2011, 115–116, 119.) Sairaanhoitajien tosiasiakysymykset perustuivat triageohjeistuksen ymmärrykseen

sekä heidän ammatilliseen koulutukseensa, toisin sanoen kliniseen osaamiseen. Tällä tarkoitan tässä työssä asiakkaan/potilaan voimien arviointia, faktoja hengitysfrekvenssistä, kivusta ja niiden huomioimisesta. Tavoittelin siis sairaanhoitajien tapoja huomioida tosiasioita heidän työssään. (Hirsjärvi ym. 2008, 106.)

Litteroinnin jälkeen luin aineistoa läpi monta kertaa, jolloin käsitykseni syvenivät. Tämän jälkeen tein analysointia pelkistämällä aineistoa perinteisellä ”leikkaa ja liimaa” -tavalla. Haastateltavien identifioinnin avulla sain eri henkilöiden lausumia yhdistettyä omiin teema-alueisiin. Tällä tavoin pyrin löytämään aineiston ydintä, mitä haluan tuoda esiin. Pelkistys on tietty toistuva piirre aineistossa, mikä tulee esille haastatteluissa. Pelkistäminen riippuu ongelmanasettelun tavasta, haetaanko yksittäisen henkilön näkökulmia vai haetaanko laajempaa kokonaisuutta. Sitä voidaan tehdä joko omien kysymysten kautta tai haastateltavien esiin nostamisista asioista. Tällöin on oleellista löytää haastateltavien esiin nousevien asioiden merkitykset tutkimuksen ongelman lähtökohdasta. (Moilanen & Räihä 2007, 55; Hirsjärvi ym. 2008, 173.)

Teemat nousivat haastattelurungon kautta potilasturvallisuusosaamiseen liittyen. Teema-alueet tässä työssä muodostuivat teoreettisen viitekehyksen pohjalta, jotka antoivat oman merkityssisällön työlle. Merkityssisältö muodostui potilasturvallisuusosaamiseksi, joka toimi eräänlaisena käsittekarttana analysoinnin yhteydessä. (Moilanen & Räihä 2007, 56; Hirsjärvi ym. 2008, 173–174.) Analyysin kokonaisuuden havainnoimiseksi, oheinen kuvio (Kuvio 5) kuvastaa koko analyysivaihetta tuloksiin saakka.



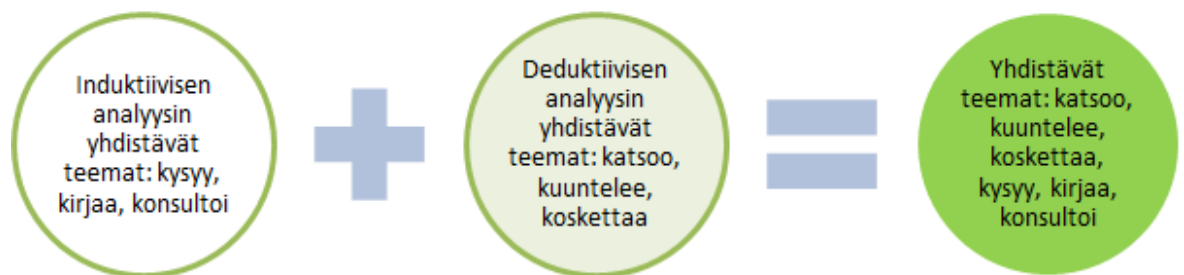
Kuvio 5 Analyysivaiheet Hirsjärvi ja Hurmetta mukailten (Lähde: Hirsjärvi & Hurme 2008).

Kuviossa ensimmäinen vaihe on litteroinnin jälkeen tapahtunut ajattelutyö ja aineiston sisäistäminen. Tämän jälkeen teemoitin aineistosta esiin nousevat pelkistykset, jotka ovat yhdistäviä teemoja pääteemaan. Tämä vaihe tapahtui induktiivisella sekä deduktiivisella sisällön analyysillä. Pelkistykset nousivat aineistosta suoraan kysymysten kautta. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 6) tuon esiin yhdistävän teema-alueen muodostumisen induktiivisen vaiheen sairaanhoitajien teemahaastattelusta. (Hirsjärvi ym. 2008,150, 173–174.)



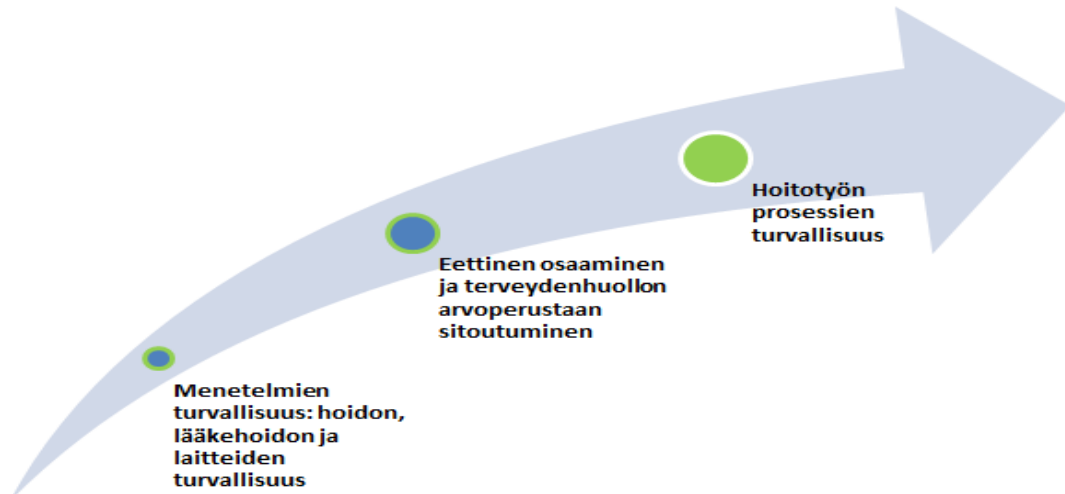
Kuvio 6 Pelkistäminen induktiivisesti yhdistävään teema-alueeseen

Induktiivisen analyysin kautta nousi kolme teemaa esille: kysyy, kirjaa ja konsultoi. Deduktiivinen analyysi pohjautui aiempaan 3-k muistisääntöön: katsoo, koskettaa ja kuuntelee. (Hirsjärvi ym. 2008,150, 173–174.) Yhdistävät teemat muodostuivat sairaanhoitajien kommenteista suoraan, pelkistysten kautta, kuten edellisessä kuviossa (Kuvio 6). Seuraavaan kuvioon (Kuvio 7) olen yhdistänyt induktiivisen sekä deduktiivisen analyysin yhdistävät teemat Hirsjärvi ja Hurmetta (2008, 150) mukailleen.



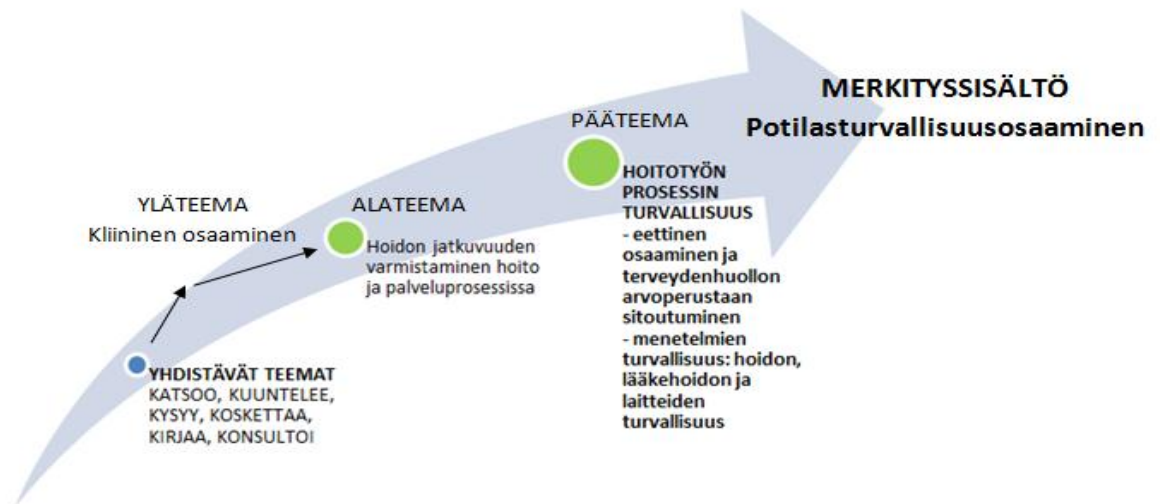
Kuvio 7 Induktiivisen ja deduktiivisen analyysin yhdistyminen teemoiksi

Yhdistävät teemat nousivat aineistosta sairaanhoitajien kommenteista. Ne ovat niitä tosiasioita, millä tavalla ydinryhmän sairaanhoitajat toimivat, tehdessään kliinistä ensiarviota asiakkaan/potilaan voinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Yhdistävät teemat olen luokitellut kuuluvaksi kliiniseen osaamiseen, mikä on yhdistävien teemojen yläteema. Yhdistävien teemojen jälkeen, analyysi jatkui deduktiivisen analyysin tapaan (ks. Kuvio 5). Potilasturvallisuuden osaamisen alueet muodostuivat deduktiivisen vaiheen yhdistäväksi pääteemaksi merkityssisällön kautta. Merkityssisältö muodostui kokonaisuudessaan analyysin vaiheista ja potilasturvallisuuden osaamisalueiden kautta, potilasturvallisuusosaamiseksi. Tämä työ kohdistui sairaanhoitajien toimintaan, joten pääteema muodostui siltä pohjalta koskemaan hoitotyön prosessin turvallisuutta. Sairaanhoitaja on tärkeä osa asiakkaan/potilaan hoitotyön prosessia päivystyspotilaan palveluketjun alkuosan triage-töypisteessä. Oheisessa kuviossa (Kuvio 8) ovat deduktiivisen analyysin pääteema ja pääteeman sisältämät osateemat. (Hirsjärvi ym. 2008, 150, 173–174.)



Kuvio 8 Potilasturvallisuusosaamisen pääteema ja osateemat kehittävässä työntutkimuksessa

Pääteeman kautta tuon sairaanhoitajien haastattelun esille. Pääteemaan sisältyvät tässä työssä eettinen osaaminen ja terveydenhuollon arvoperustaan sitoutuminen sekä menetelmien turvallisuus: hoito, lääkehoito ja laiteturvallisuus. Triagessa työskentelevä sairaanhoitaja on osa hoitotyön prosessin turvallisuutta. Hänen tehtävänä on hoidon jatkuvuuden varmistaminen hoito- ja palveluprosessissa. Oheisessa kuviossa (Kuvio 9) olen tuonut analyysin yhteenvedon koko prosessista. Kuvio muodostuu yhdistävistä teemoista, joiden yläteema kliininen osaaminen on potilasturvallisuuden lähtökohta (ks. STM 2012:7, 10–11). Yläteema sisältyy, pääteeman hoitotyön prosessin turvallisuuden, alateemaan. Alateema on hoidon jatkuvuuden varmistaminen hoito ja palveluprosessissa. Kuviossa (Kuvio 9) tuon myös teemoittamista näkyväksi deduktiivisen analyysin mukaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 150, 173–174.)



Kuvio 9 Deduktiivinen pelkistäminen potilasturvallisuusosaamisen pääteemaan

Näin pääsin analyysivaiheen viimeiseen kolmanteen osaan, tuloksiin (ks. Kuvio 6). Tulokset pohjautuvat induktiivisen analyysin jälkeen deduktiiviseen vaiheeseen, mikä syventää pelkistystä sekä niiden merkitystä. (Moilanen & Rähä 2007, 56; Toikko & Rantanen 2009, 133.)

4.1.2 Esimiesten teemahaastattelu

Esimiehistä halusin monipuolisen ryhmän, joten päädyin valitsemaan lähiesimiehet sekä päivystyskeskuksen toiminta - alueen johdon, jotka vaikuttavat päivystyspoli- klinikan toimintaan ja hallintoon. Yhtenäisyyden vuoksi kutsun heitä kokonaisuudessaan esimieheksi, sillä he ovat ryhmänä esimiehiä. Tästä näkökulmasta heillä kaikilla on johtamisosaamista. Esimiesten haastattelun toteutin fokus- ryhmähaastatteluna. Esimiesten asiantuntijuus johtamisessa teki heistä fokus- ryhmän. Ryhmässä oli 3 naista ja 2 miestä (n=5). Pidän heitä asiantuntijoina, sillä he tekevät päätöksiä, joilla on vaikutuksia toimintaan. (Metsämuuronen 2011,47; Alastalo & Åkerman 2010, 373–374.) Päätöksillään he vaikuttavat triagessa työskentelevän sairaanhoitajan työhön, jolloin se on osa systeemilähtöistä potilasturvallisuutta. (Pietikäinen ym. 2008, 60; Kinnunen 2010, 143–145; Helovuo ym. 2011, 53–56). Fokus- ryhmä koostuu päivystyskeskuksen toiminta-alueen johtajasta sekä ylihoi-

tajasta, päivystyspoliklinikan ylilääkäristä sekä osaston- ja apulaisosastonhoitajasta.

Koen esimiesten osallistumisen haastatteluun tärkeäksi. Systeemilähtöisen potilasturvallisuuden kehittymisen näkökulmasta se on oleellista. (Pietikäinen ym. 2008, 60; Kinnunen 2010, 143–145; Helovuo ym. 2011, 53–56). Oli ilahduttavaa nähdä, että kaikki kutsutut pääsivät paikalle. Osallistuminen kuvastaa myös esimiesten tahtoa kehittyä ja kehittää työtään. Yhteinen ajan löytyminen oli haasteellista, joten haastattelu toteutettiin aamulla klo 8. Aikaa haastattelulle oli varattu tunti ja se täyttyi. Oma valmistautuminen haastatteluun tapahtui sairaanhoitajien haastattelun tuloksia pohtien. Reflektoin tuloksia sairaalan potilasturvallisuussuunnitelmaan, potilasturvallisuusstrategian tavoitteisiin sekä yleisesti sairaanhoitopiirin strategiaan, arvoihin ja missioon. Taustalla reflektoinnissa vaikuttivat myös tämän työn teoreettinen viitekehys. Potilasturvallisuuskäsitteen hahmottamisen apuna päivystyspoliklinikan organisaatiossa hyödynsin Engeströmin (1987, 1995) toimintajärjestelmän rakennemallia hyväksi. (ks. Kuvio 3, 29). (Heikkinen ym. 2008, 60–64.).

Haastatteluun valmistautuminen ja reflektointi teoreettiseen viitekehukseen olivat haasteellisia. Potilasturvallisuuskäsitteen pirstaleisuus hankaloitti oman käsityksen muodostumista. Teoriatiedon pohjalta sekä oman ymmärryksen ja osaamisen myötä laadittu kuvio (ks. Kuvio 2, 24) toimi esimiesten haastattelun avaajana. Kuvion tavoitteena oli saada potilasturvallisuutta esille ja sen avulla saada esimiesten näkemystä esiin potilasturvallisuudesta heidän työnsä ja triagessa työskentelevien sairaanhoitajien kautta. Esimiesten haastattelun lähtökohta oli teorialähtöinen, joten analysointi perustui teoriasta esiin nousseihin teemoihin. (Hirsjärvi ym. 2008, 107, 150, 173–174; Metsämuuronen 2011, 38.)

Kutsun haastatteluun sekä haastattelun sisällöstä lähetin sähköpostilla. Kutsussa toin esille, että en tuo haastatteluja julki ja tuhoan haastattelun työn loppuun saattamisen jälkeen. Heidän lausumiaan ei voida myöskään tunnistaa missään vaiheessa, sillä haastattelu perustui ehdottomaan luottamukseen ja vapaaehtoisuuteen. Haastattelun alussa kerroin esimiehille, että tulokset tuodaan esille sairaanhoitajien työn näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2008, 20.) Kävimme myös alussa hyvin lyhyesti sairaanhoitajien haastattelujen tuloksia läpi. Esimiesten haastattelun

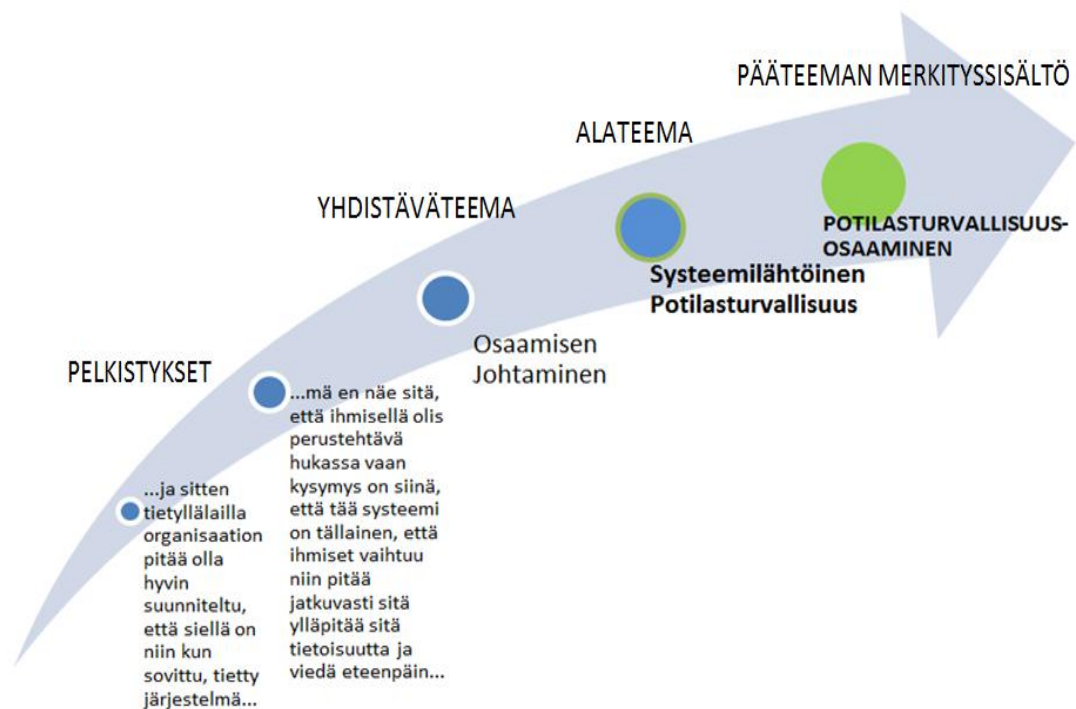
tavoitteena oli potilasturvallisuus ja sen näkyväksi tekeminen heidän työnsä kautta. Tästä syystä en tuonut sairaanhoitajien tuloksia niin yksityiskohtaisesti läpi, vaan käsittelin molempien ryhmien haastattelut omina aineistoina. Tällä tavoin potilasturvallisuuden kokonaisuuden hahmottaminen päivystyspoliklinikan triagessa työskentelevän sairaanhoitajan näkökulmasta, saa laaja-alaisemman kuvan, mikä on systeemilähtöisessä potilasturvallisuudessa tärkeä huomioida. Esimiehet luovat pohjan koko toiminnalle, jolloin sairaanhoitajat pystyvät toteuttamaan työtään mahdollisimman turvallisesti. (Pietikäinen ym. 2008, 60; Kinnunen 2010, 143–145; Helovuo ym. 2011, 53–56).

Esimiehet olivat ryhmänä kunnioittavia toisiaan kohtaan. Keskustelu tapahtui vuoropuheluna ja spontaanisti kysymysten pohjalta. Keskustelu oli aktiivista ja jokainen ryhmän jäsen osallistui keskusteluun. Toisinaan yksittäisellä haastateltavalla saattoi olla enemmän kommentoitavaa, mihin toiset esittivät omat kommenttinsa tai olivat hiljaa. Ryhmä toimi mielestäni tasavertaisena eikä erillistä johtajaa esiintynyt, vaan haastateltavat toivat omat näkemyksensä rohkeasti esille. (Hirsjärvi ym. 2008, 35, 61, 63.)

Esimiesten haastattelun purkaminen kesti kokonaisuudessaan kaksi päivää ja aineistoa kertyi 10 sivua. Toimin samalla tavalla heidän haastattelun purkamisessa kuin sairaanhoitajien. Erona sairaanhoitajien haastatteluun olivat teemakysymykset. Esimiehille en tehnyt etukäteen kovin tarkkaa suunnitelmaa haastattelun etenemisestä vaan kysymykset muodostuivat potilasturvallisuuskuviosta (Kuvio 2, 24) sekä fokusryhmän asiantuntijuudesta haastattelun edetessä. Näin toteutunutta teemahaastattelua voidaan kutsua avoimeksi haastatteluksi. Haastattelussa esimiesten omat näkemykset nousivat esille oman roolin kautta. Kysymyksiä esitin koko ryhmälle sekä yksittäisille haastateltaville. Yksittäisiä kysymyksiä tein kuitenkin vähän. Kysymykset olivat näin mielipidekysymyksiä, sillä esimiehet toivat potilasturvallisuutta esille oman näkemyksensä pohjalta. (Hirsjärvi ym. 2008, 106; Metsämuuronen 2011, 115–116, 119.)

Haastattelun puhtaaksi kirjoittaminen tapahtui nauhurilta suoraan kirjoittamalla, ilman apuohjelmia. Henkilöiden identifioimisen apuna käytin samaa menetelmää kuin sairaanhoitajien; isot alkukirjaimet M ja N kuvastivat miehiä ja naisia, järjestysnumerot perässä kuvastivat heidän asemaansa päivystyskeskuksen toiminta-

alueella. Isommat järjestysnumerot olivat lähiesimiesten numeroita. (Hirsjärvi ym. 2008, 138–140.) Analysoinnissa pyrin tasapuolisuuteen. Esimiesten haastattelun tavoitteena oli potilasturvallisuuden esille tuominen heidän työnsä näkökulmasta, joten hallinnolla päivystyksen organisaatiossa ei ole ollut merkitystä tulosten syntymiseen. Litteroinnin jälkeen luin tekstiä useaan kertaan. Esimiesten aineiston analysointi toteutui yleisellä tasolla, teoriaan tukien eli analysointi oli deduktiivista, jonka apuna käytin laatimaani potilasturvallisuuskuvia (ks. Kuvio 2, 24). Analyysissä pyrin esimiesten asiantuntijuuden kautta laajempaan kuvaan potilasturvallisuudessa, joten esimiesten asiantuntijuus johtajina nousi yhdeksi kantavaksi teemaksi kuviossa. Aineiston pelkistysten kautta pystyin teemoittamaan pelkistyksiä yhdistäviin teemoihin, jotka yhdistin ala- ja pääteeman merkityssisältöön, potilasturvallisuusosaamiseen. Näin saavutin esimiesten haastattelun pohjalta tulokset. (Moilanen ym. 2007, 55–56; Hirsjärvi ym. 2008, 173.) Oheisessa kuviossa (Kuvio 10) tuon esille deduktiivista analysointia pelkistyksestä lähtöisin. (Hirsjärvi ym. 2008, 150, 173–174.)



Kuvio 10 Esimiesten haastattelun analyysin vaiheet

5 SAIRAANHOITAJIEN POTILASTURVALLISUUSOSAAMINEN

5.1 Kliininen osaaminen triagetyöpisteen sairaanhoitajien työssä

Kliininen ensiarvio on osa hoitotyön prosessin turvallisuutta. Sillä pyritään turvaamaan hoidon jatkuvuus systemaattisena, luotettavana, laadukkaana ja vaikuttavana. Hoitotyön prosessin turvallisuus on potilasturvallisuuden osaamista (ks. Kuvio 2, 24). Seuraavissa kappaleissa, 5.1.1 ja 5.1.2, tuon hoitotyön prosessin turvallisuuteen sisältyvät tulokset esille. Eettinen osaaminen ja terveydenhuollon arvoperustaan sitoutuminen sekä menetelmien turvallisuus: hoidon, lääkehoidon ja laite-turvallisuudella katson olevan merkitystä hoitotyön prosessin turvallisuudelle. Aineiston analyysin tuon kuvioiden muodossa esille. Kuviot ovat deduktiivisen mallin mukaisia, missä olen käyttänyt teemoittamista apuna. Analyysi pohjautuu pelkistykseen kautta muodostuneeseen yhdistävään teemaan. Yhdistävä teema kuuluu alateemaan, joka sisältyy pääteemaan. Teemoittaminen tapahtui samalla tavalla kuin sairaanhoitajien ja esimiesten deduktiivinen teemoitus (ks. Kuvio 10, 41). (Hirsjärvi ym. 2008, 150,173–174.)

Hoidon jatkuvuuden varmistaminen hoito- ja palveluprosessissa: Kliininen ensiarvio. Yleisesti kaikki haastateltavat tekivät samoja asioita, hiukan eritavalla. Yleissilmäys oli kaikilla haastateltavilla ensimmäinen asia kliinisen ensiarvion toteutumisessa. Tämä oli yksiselitteistä.

...eka yleistila ja sitten tuota niini miltä se ulkoisesti näyttää...

Samoin sairaanhoitajan tarkentavat kysymykset sekä raportin kuuntelu, nousivat seuraavina tekijöinä esille.

.. no kyllä sitä kysymyksillä...yleensä sitä kysyy suoraan potilaalta.. jos potilas on vaan hereillä ja keskustelu...niin kyllä mä juttelen sen potilaan kanssa ja kyselen siltä...

Myös konsultaation merkitys nousi haastatteluista esiin, tosin se ei ollut tietoista toimintaa, vaan se nousi esiin, kun sairaanhoitaja tarvitsi lisää tietoa potilaan voinnista.

...ja jos mulla jää vieläkin vähän niin voin kysyä sitten ambulanssihenkilöstöltä et mikä niitten näkemys on niin ku asiasta...

Potilaan/asiakkaan koskettaminen ei myöskään ole kovin tietoista toimintaa. Yksi sairaanhoitajista kertoi käyttävänsä sormia halutessaan saada selville esimerkiksi syketaajuuden tai ihon lämmön.

.. tietysti tarvittaessa sitten kokeilla vitaalit... kyllä ne on ne sormet siinä kohtaan, et harvemmin sitä tulee niitä vitaaleita sen kummenin otettua muuta ku radiaalis + tyyliin..

Kirjaaminen oli yleisesti esillä haastattelun edetessä. Huonokuntoisista potilaista ensihoito antaa ennakoilmoituksen. Vastaajista lähes kaikki kirjasivat tiedot etukäteen sähköiseen tietojärjestelmään, turvaten näin tiedonkulun. Tämä ei tullut kuitenkaan systemaattisena tai tietoisena toimintona esiin.

... toki sitä voi haastatella siinä ajassa, mutta ei siinä menetä mitään kun saman tien avaa sen EAHOI:n ja kirjaa siihen..

Varsinaiseksi ongelmaksi eivät sairaanhoitajat kokeneet kirjaamista. Haastattelusta nousi kuitenkin esiin kirjaamisen puutteita. Päivystyspoliklinikalla on sähköinen kirjaaminen käytössä ja pohjana toimii kaavake, minne kirjataan vapaasti potilasta koskevat merkinnät. Systemaattista kirjausohjetta ei ole, mitä triagessa työskentelevän sairaanhoitajan tulisi potilaasta kirjata. Sairanhoitajat kirjaavat jokainen omalla tavallaan, kaksi (n=2) kertoivat kirjaavansa turhankin paljon ja he saattoivat unohtaa kirjaamisesta oleellista tietoa.

...mä en esimerkiksi kirjottanut siihen, että kouristanut symmetrisesti ja katse deviaatio ollut oikealle et sellaset sitten jääny...ne unohtu sit...

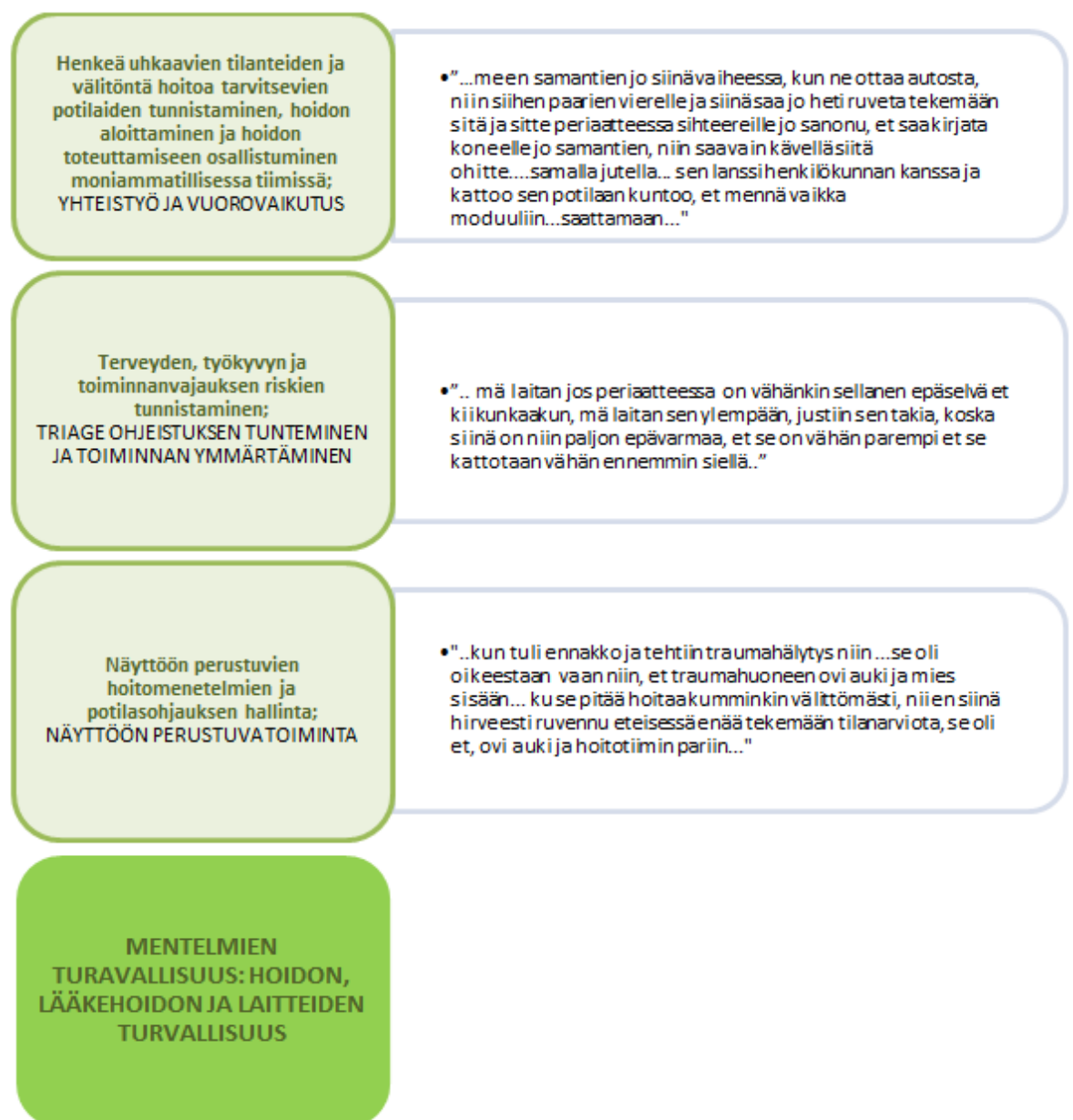
5.1.1 Eettinen osaaminen ja arvoperustaan sitoutuminen



Kuvio 11 Eettinen osaaminen ja terveydenhuollon arvoperustaan sitoutuminen osana hoitotyön prosessia triage työpiirteen sairaanhoitajan työssä

Sairaanhoitajien eettinen osaaminen näkyi työkokemuksena sekä työn ajatteluna, sillä työssä kohdattavat asiat olivat osittain sellaisia, ettei niihin löydy vastauksia kirjoista tai selkeästi organisaation ohjeistuksista. Myös aiempi koulutus nousi esiin lainsäädännön tietämyksenä sekä ammatillisuutena. Haastatteluissa näkyi myös vahva ammattietiikka omien rajojen sekä persoonallisuuden näkökulmasta.

5.1.2 Menetelmien turvallisuus: hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus



Kuvio 12 Menetelmien turvallisuus: hoidon lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus osana hoitotyön prosessia triagetyöpisteen sairaanhoitajan työssä

Yhteistyö sekä vuorovaikutus korostuivat menetelmien turvallisessa osaamisessa. Sairaanhoitajien haastatteluista nousivat kriittisessä tilassa olleiden potilaiden kohdalla yhteistyön sekä hyvän vuorovaikutuksen merkitys. Toisten auttaminen sekä huolellinen raportointi ja taustatietojen saaminen korostuivat jokaisella sairaanhoitajalla kiireellisissä tilanteissa. Myös triageohjeistuksen tunteminen näkyi. Sairaanhoitajat tiesivät luokitella asiakkaan/potilaan kiireellisempään luokkaan silloin, jos tilanne oli epäselvä. Tällä pyritään varmistamaan, että lääkäri katsoo asiakkaan/potilaan aikaisemmin, varmistaen siten potilasturvallisuutta.

5.2 Sairaanhoitajien kliinisen osaamiseen vaikuttavat tekijät

Oheiset häiritsevät tekijät olivat sairaanhoitajien tietoisesti tuomia ongelmia, millä he kokivat olevan merkitystä heidän työlleen. Kehitettävät asiat ovat pääteema, **hoitotyön prosessin turvallisuutta**, ja sen alateemoja: Potilasturvallisuuteen liittyvien riskien tunnistaminen ja hallinta: häiritsevät tapahtumien syntymisen mekanismit, erehdyksiä tai virheitä laukaisevat tekijät, väärät toiminnot, laiminlyönnit sekä työntekijöihin ja potilaiden sairauden vaikeusasteeseen liittyvät riskit sekä potilasturvallisuutta edistävien työkalujen käyttö (esim. leikkaustiimin tarkistuslista).

Potilasturvallisuuteen liittyvien riskien tunnistaminen ja hallinta: häiritsevät tapahtumien syntymisen mekanismit, erehdyksiä tai virheitä laukaisevat tekijät, väärät toiminnot, laiminlyönnit sekä työntekijöihin ja potilaiden sairauden vaikeusasteeseen liittyvät riskit: Levottomuus, melu ja kiire. Erikoissairaanhoidon triagepiste toimii heti päivystyksen sisäänkäynnin yhteydessä. Triagepisteessä työskentelee yksi sairaanhoitaja vuoroa kohden. Hänen työparinaan toimii sihteeri. Sairaanhoitajalle ilmoitetaan kahta eri reittiä, kahden eri oven kautta. Ihmiset, jotka kykenevät tulemaan itsenäisesti tai saattajan kera, saapuvat eri ovesta ilmoittautumispisteelle kuin ambulanssilla tulevat. Ilmoittautumispisteet sijaitsevat fyysisesti triagepisteen eripuolilla. Ambulanssitali on heti ambulanssipotilaiden ilmoittautumispisteen vieressä. Lisäksi kunnan terveyskeskuspäivystys toimii saman katon alla omana erillisenä toimintanaan. Heidän asiakkaansa käyttävät samaa ovea, mistä tullaan myös erikoissairaanhoidon päivystykseen. Sairaanhoitajat (n=3) kokivat työpisteen erittäin levottomaksi. Ihmisten epätietoisuus:

minne heidän kuuluu mennä ja mistä he löytävät oman läheisensä, työllistää. Lisäksi sairaanhoitaja vastaa puhelimeen sekä hoitaa ennakoilmoitukset ja Virve liikenteen. Haastateltavista kaikki kokivat kiireen ja levottomuuden olevan häiritsevää, myös uusien tilojen valmistuminen ja ihmisten epätietoisuus uuden edessä, lisää kyselijöitä.

..Monta potilasta yhtä aikaa ja sitte puhelimet ja Virve liikenne siinä ja siiten mun mielestä... että vaikka sulla on siinä joku kesken, ambulanssi siinä ja hoidat sitä asiaa siinä, niin ihmiset tuloo vaan röyhkeesti, kävelevät ihmiset sinne...huuteloo sinne välihin... ja niin ku se on mun mielestä tosi raivostuttavaa...

Puhelinliikenne. Merkittävää oli, että kaikki haastateltavat (n=5) sanoivat ensimmäisenä häiritseväksi tekijäksi puhelinliikenteen. Kaksi viidestä haastateltavasta koki sen erittäin häiritseväksi. Se hankaloitti sairaanhoitajan työtä potilaan vointia arvioitaessa, ajatuksen katkeaminen ja työnkeskeytys ovat työtä hankaloittavia.

... mä ainakin tähän heti voin suoraan sanoa, et mikä hankaloittaa, tosi paljon tuota työtä, on tuo puhelin... itellä välillä katkeaa niin ku ajatus, että sä oot ottamassa potilasta vastaan, et se puhelin rupee soimaa, sä mietit et pitäisköhän mun nyt vastata, tiedäkö ku rupeet miettimään et mikä täs ny on nii ku tärkeintä, että niin sitten se ajatus katkee, et rupee miettimään et mihinkäs mä nyt sit jäinkään, et se mun mielestä sellanen tosi häiritsevä tekijä ...

Epäselvä toimintamalli organisaatioiden välillä ja sisällä. Yksi haastateltavista nosti esiin terveyskeskuspäivystyksen ja erikoissairaanhoidon erilliset päivystykset hankaloittavaksi tekijäksi. Ihmisten epätietoisuus lisää sairaanhoitajan työtaakkaa. Lisäksi sairaanhoitaja toi esiin epäselvän toimintatavan lisäävän paineen tunnetta sairaanhoitajan työssä. Monta asiakasta yhtä aikaa, joista sairaanhoitaja ei voi etukäteen tietää, onko asiakas tulossa erikoissairaanhoidon päivystykseen vai kenties kysymässä läheistään tai hän on hakeutumassa terveyskeskuspäivystykseen.

..kun on tämä erillispäivystys, niin mun mielestä se on aika suuri taakka meille tällä hetkellä...et niitä voi olla montakin siellä odottamassa odotustilassa istumas... ja sitten kun sä otat ambulanssia siinä vastaan ja sä tiedät et siel on noin monta odottamassa, se lisää koko aika sitä et, sä et tiedä, onko ne lähetteellä tulevia vai onko ne terveyskeskuspotilaita, et se lisää sitä painetta siihen kokoajan...

Myös työyhteisön sisäiset tavat toimia aiheuttivat toisinaan epäselviä tilanteita.

..no mulla tulee ainakin välillä sihteereiden kanssa, et siinä huudellaan välillä ristiin....

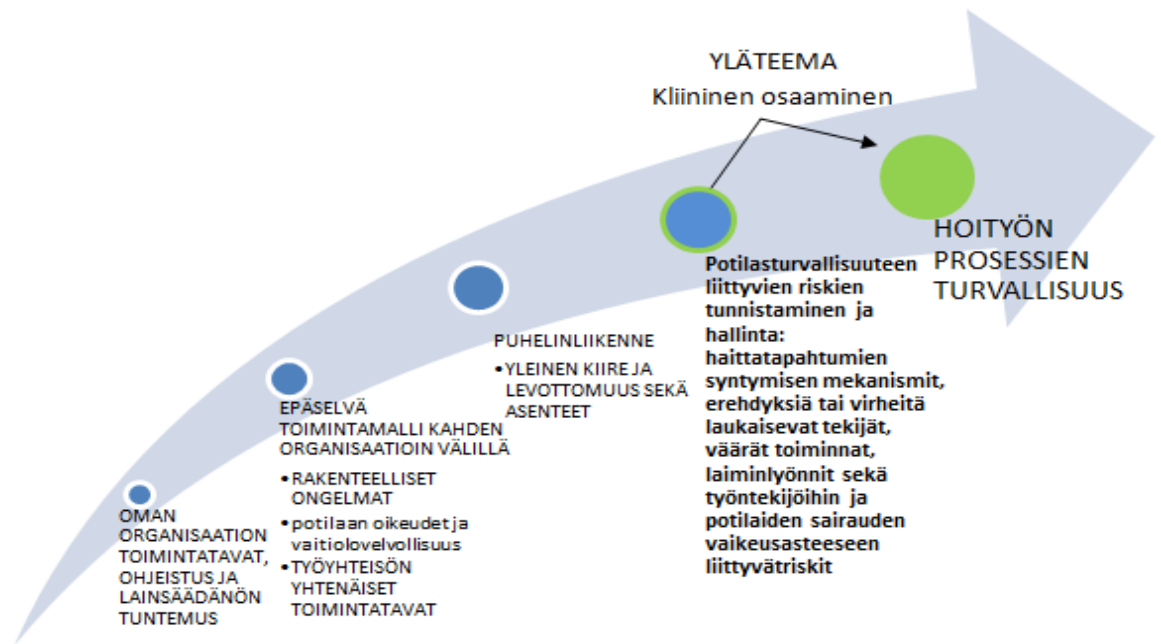
Rakenteelliset ongelmat. Triagetyöpisteen odotustila koettiin myös ongelmalliseksi sairaanhoitajan työn kannalta. Odotustilassa on opasteita ja sisäänkäynnin yhteydessä on opasteita, mutta sairaanhoitajien (n=3) mielestä asiakkaat eivät lue niitä. Ihmisten epätietoisuus työllistää tässäkin suhteessa triagetyöpisteen sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat tekevät huomattavan määrän työtä asiakkaiden/potilaiden opastamisessa muun toiminnan yhteydessä.

.. yks mikä mulla tulee tähän heti niin ku mieleen, ihan nii ku rakenteellisista, et siihen pitäis saada ovi siihe käytävään, mihnon vartijat tai jonkunnäköinen este... tulee vaikka ny kolome ambulanssia peräkannaa ja sä oot just sillä luukulla ja potilaat istuu siellä luukulla ja odottaa, ja sitte ne tuloo, nii ku kävelee sieltä nii ku ambulanssien välihin, siis se on tosi yleistä...

Potilasturvallisuutta edistävien työkalujen käyttö (esim. leikkaustiimin tarkistuslista): Mittarit. Sairaanhoitajat (n=2) kokivat haasteelliseksi arvioida potilaan kipua. Valtakunnallisesti käytössä oleva VAS mittari antaa suunnan, kuinka kipua koetaan. Kipu on subjektiivinen tuntemus jokaiselle. Haastateltavat ymmärtävät sen ja tietävät, että toisen tuntemuksia on vaikea arvioida. Tämä aiheutti kuitenkin pohtimista haastattelujen yhteydessä.

... sitten noi asteikot ihan yhtäläillä...tänäänkin on tullut monta VAS 8 ja 7 ihan sujuvasti kävellen tohon luukulle, nii se sit aina vähän tulee semmonen olo, et onkohan se sitten kumminkaan ihan VAS 8, niin kun itte ymmärtäisi mitä tarkoittaisi VAS 8...

Oheiseen kuvioon (Kuvio 13) olen laittanut yhteenvetona potilasturvallisuuden osaamista hankaloittavat tekijät sairaanhoitajan työssä triagetyöpisteessä.



Kuvio 13 Potilasturvallisuuden hoitotyön prosessin hankaloittavat tekijät

5.3 Systemilähtöinen potilasturvallisuus esimiesten näkökulmasta sairaanhoitajien työssä

Asiakas/potilas potilasturvallisuudessa. Haastattelu aloitettiin potilasturvallisuus käsitteen esiin tuomisella laatimani kuvion pohjalta. Kuvio viritti hyvää ja kriittistä keskustelua aiheesta. Keskustelu oli runsasta ja jokainen haastateltava toi omaa näkemystään esiin. Ensimmäiseksi esiin nousi näkemys asiakkuudesta. Haastateltavat pohtivat, ovatko triagen näkökulmasta ihmiset potilaita vai asiakkaita. Esimiehet toivat myös terveydenhuollon palvelurakenteen esiin ja sidosryhmien asiakkuuden. Asiakkuuden pohtiminen oli esimiesten mukaan tärkeää triagessa työskentelevien kannalta. Hoidon turvaaminen on oleellista ja välttämätöntä.

.. justiin triagessa se asiakkuuksien määrittely, niin kyllä se on tärkeää, että voidaan sitä turvallista hoitotyötä toteuttaa, ettei tavallaan jäädä miettimään sitä yhdestä, yhtä polkua pitkin, vaan sitten tulee sitä potilaan turvallista hoitoa eteenpäin..siinä mielessä sitä asiakkuutta on moneen muuhunkin tahoon, että se lopputulema, turvallinen hoito, on yhteyksissä toisiinsa..

Esimiehet kertoivat päivystystyössä olevan paljon erilaisia sidosryhmiä. Sidoryhmiä on organisaation sisällä sekä ulkopuolella. Triagessa työskentelevät sairaan-

hoitajat toimivat tiiviisti eri ryhmien kesken. Tämä vaatii sairaanhoitajalta laaja-alaista osaamista ja työkokemusta.

Sairaanhoitajan osaaminen potilasturvallisuudessa. Esimiehet toivat sairaanhoitajan osaamisen esille. Sairaanhoitajan toiminnan taustalla ovat vaikuttamassa hänen aiempi koulutus, työkokemus sekä osaaminen.

...tässä pitää olla vahva teoreettinen osaaminen ja sellanen koulutus, että ei pelkkä kliininen silmä riitä tai jotenkin niin kun sillä tavalla et... tietty koulutustaso... ihan vahva teoria asiantuntemus siellä takana...

Sairaanhoitajan tehtävänä triagetyöpisteessä on kaikkien auttaminen ja kuunteleminen, jolloin sairaanhoitajan omalla persoonalla on merkitystä. Esimiehet toivat esille, että sairaanhoitajan toiminnalla on merkitystä niin palvelun laadun ja turvallisuuden suhteen, kuin myös organisaation toiminnan jatkuvuuden suhteen. Kuvion pohjalta keskusteltiin laadun merkityksestä. Onko se hyvän palvelun lopputulos vai kulkeeko se koko prosessin mukana?

Tässä on varmaan, että mihinkä sen mieltää sen laadun, eikö se tulos ole se hyvä hoito. Ja se, et missä se laatu on tässä, joutuu niin kun jäsentämään... jos nämä palaset täydentävät toisiaan jos lopputuloksena on hyvä hoito.

Triagessa työskentelevän sairaanhoitajan tukena toimii laadittu ohjeistus, mutta oleellista on myös tietää eri potilasryhmien hoito ja kuinka heidän kohdallaan toimintaan ja kuinka heitä tulee ohjeistaa. Myös asiakkaan/potilaan tietoisuus toiminnasta on edellytys hoitoprosessin sujuvuudelle.

... potilas tuntee nämä päivystyksessä tapahtuvat systeemit ja toimenpiteet, ja et hoitaja tietää mitenkä flimmeripotilas hoidetaan... jos joku on tajuton, mitä sille tehdään, mitä sille tapahtuu, eikä sitä laiteta vaan sinne jonoperälle vaan osaa ottaa ne oikeat esille...

Sairaanhoitajan osaaminen ja tulevaisuus nousivat esimiesten kommentteista esille. Tulevaisuuden kannalta on oleellista miettiä työn rekrytointia. Potilasturvallisuuden kannalta se koettiin tärkeäksi. Sairaanhoitajan osaamisella ja sitoutuneisuudella sekä hyvinvoinnilla on merkitystä. Tällöin myös perehdytyksellä on merkitystä. Hoidon turvaaminen ja talon tavat toimia täytyy tietää.

.. mun näkökulmasta se lähtöö nimenomaan niin kun mä sanoin, tästä kunnollisesta rekrytoinnista, perehdytyksestä ja sitten siitä opetuksesta. Ja sitä kautta lähtee kaikki potilasturvallisuus, ilman sitä ei ole laadukasta, systemaattista, luotettavaa, vaikuttavaa palvelua.

Osaamisen johtaminen, yhteistyö ja vuorovaikutus potilasturvallisuudessa.

Haastattelussa nostin esiin perustehtävän tiedostamisen ja sen merkityksen. Pääsääntöisesti esimiehet uskoivat perustehtävän olevan tiedostettu koko päivystyksessä sekä triagessa. Esiin nousivat tässä kohtaa palvelurakenteen muutosten ja yhteistyön vaikutuksen merkitys perustehtävän suorittamisessa. Perustehtävän suorittamisen haittana nousi ison organisaation byrokraattisuus ja toimintaan vaikuttavat lukuisat projektit sekä kokoukset. Selkeästi esiin tuotiin päällekkäisten ja turhien töiden tekeminen. Tämä koettiin työllistäväksi. Ison organisaation hallinnollisuus tiedostettiin haasteelliseksi ja sen kehittäminen on tarpeellista. Triagen tarkoitus parhaimmillaan on potilasturvallisuuden parantamista. Triagetyöpisteen sairaanhoitajan perustehtävän osana kuuluu olla läsnä ja saatavilla kaikille sidosryhmille. Haastatteluista nousi esiin, kuinka oleellista potilasturvallisuuden kannalta on koko terveydenhuollon järjestelmän toiminta. Terveydenhuollon ammattilaiset eivät pysty toteuttamaan turvallista hoitoa, jos järjestelmät eivät ole toimivia ja prosessit sujuvia.

...ja sitten tietyllälailla organisaation pitää olla hyvin suunniteltu, että siellä on niin kun sovittu, tietty järjestelmä...

...mä en näe sitä, että ihmisellä olis perustehtävä hukassa vaan kysymys on siinä että tää systeemi on tällainen, että ihmiset vaihtuu niin pitää jatkuvasti sitä ylläpitää sitä tietoisuutta ja viedä eteenpäin..

Kuntien toiminta vaikuttaa myös yksittäisen sairaanhoitajan työhön, jolloin ohjeistuksen merkitys korostuu. Esimiehet toivat esille, että päivystyksen perustehtävänä on äkillisesti sairastuneen ajoissa aloitettu turvallinen ja oikea hoito. Tämä koettiin haasteelliseksi. Toisinaan asiakkaita/potilaita, joilla ei ole paikkaa kunnan terveydenhuollon piirissä, ohjataan erikoissairaanhoidon läheteellä. Perustehtävän suorittaminen tästä näkökulmasta koettiin haasteelliseksi heille, joilla olisi todellista tarvetta erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin. Tällainen toiminta aiheuttaa myös

paineita ja ylimääräistä työtä erikoissairaanhoidossa toimiville ja tätä kautta triageissa työskentelevälle sairaanhoitajalle.

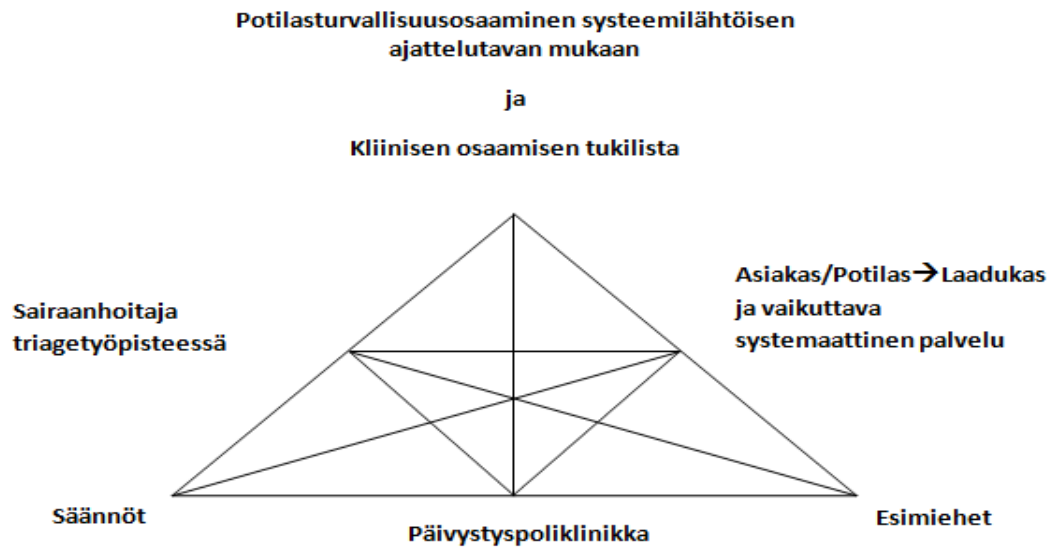
Kyllä mä uskon, että monessa työpisteessä se tavallaan tunnistetaan ja tiedetään, mutta niin kun viitataan aikaisempaan, kun tää tk päivystäjä, joka olis ottanut sen sinne vuodeosastolle, hän ei pysty ottamaan sinne, jolloinka hän tekee jonkun toisen ratkaisun ja taas kerran tää ketju ei ole suunniteltu, johtaminen, auditointi ja kaikki taustalla, ei ole mahdollistanut sitä hyvää työtä, siitä tässä esimerkiksi on kyse...

Asiakkaiden/potilaiden tiedon merkitys korostuu. Heidän voimaannuttaminen sekä heidän ohjeistaminen ovat olennainen osa sairaanhoitajan työnkuva. Sairaanhoitaja toimii voimaannuttavasti silloin, kun hänen perustehtävän lähtökohdat ovat tietoisia. Arvot ja niiden mukainen toiminta, ohjaavat ja tukevat sairaanhoitajan työtä, jolloin strategia tulee osaksi työtä.

Voimaannuttaminen hoitajan työssä on paljon asioita, että ei siinä niin ku mietitä, että nyt niin kun mä teen tätä ja nyt mä teen tätä vaan, että se on siinä työssä se kaikki sitä, se on siinä työssä automaattisesti.. et se mikä on se päämäärä ja tarkoitus siinä työssä, se ohjaa jo automaattisesti siihen..

5.4 Yhteenveto tuloksista

Haastattelun tulokset ovat potilasturvallisuusosaamista. Tuloksissa näkyvät sairaanhoitajien työn kautta systeemilähtöinen potilasturvallisuus. Systeemilähtöisyys nousee esille hoidon kiireellisyyden ensiarvion toteutumisen kautta, millaiset tekijät siihen vaikuttavat ja kuinka tietoisia sairaanhoitajat ovat työstään. Oman työn merkitys suhteessa kokonaisuuteen, ovat sairaanhoitajan potilasturvallisuusosaamista triagetyöpisteessä. Oheisessa kuviossa (Kuvio 14) yhteenvetona Engeströmin (1987, 1995) toimintajärjestelmän rakennemallia hyödyntäen tulokset systeemilähtöisen ajattelutapaa mukaillen. (Ahvo-Lehtinen ym. 2005, 8; Heikkinen ym. 2008, 63–64; Helovuori ym. 2011, 53–56.)



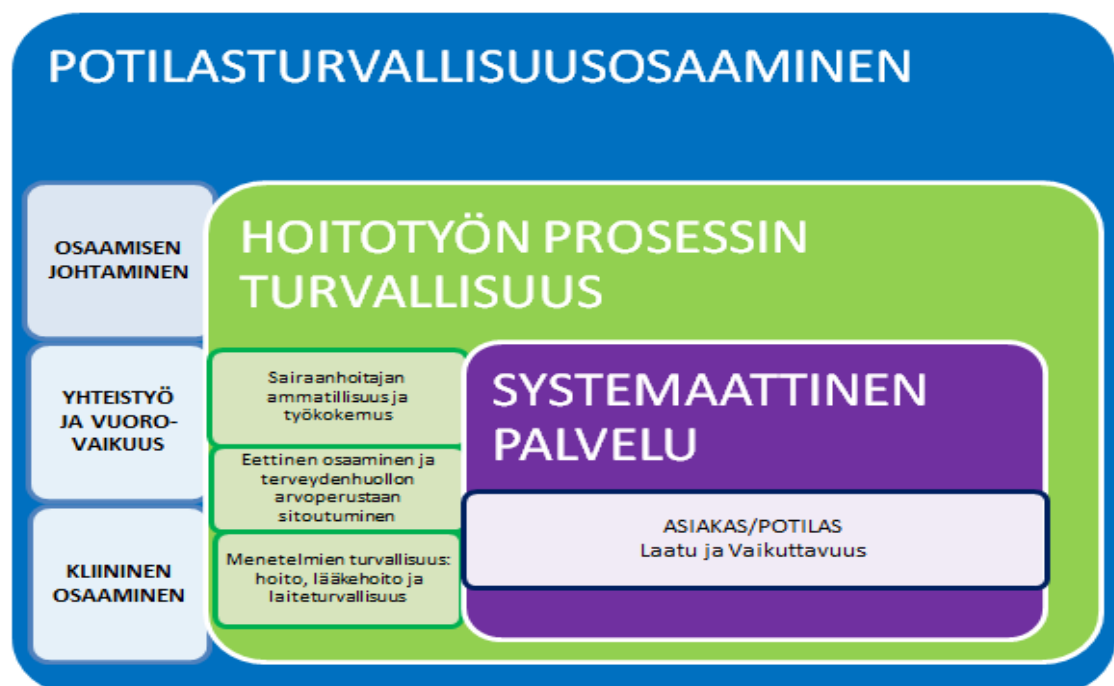
Kuvio 14 Toimintajärjestelmän rakennemallia mukaillen yhteenveto tuloksista kehittyvässä työntutkimuksessa (Lähde: Heikkinen ym. 2008).

5.4.1 Systeemilähtöinen potilasturvallisuusosaaminen triagetyöpisteen sairaanhoitajan työssä

Esimiesten haastattelun myötä syventyi sairaanhoitajien potilasturvallisuusosaamisen kokonaisuus, osana systeemilähtöistä ajattelutapaa. Engeströmin (1987, 1995) toimintajärjestelmän rakennemallia mukaillen, tässä työssä tekijänä on sairaanhoitaja ja toiminnan kehittämisen välineenä on potilasturvallisuusosaaminen. Työnjako tapahtuu esimiesten kautta koko työyhteisössä, jolloin hyvällä yhteistyöllä sekä vuorovaikutuksella on merkitystä. Vuorovaikutus ja yhteistyö ovat systeemilähtöisen potilasturvallisuusosaamisen yksi teemoista. Toimintaa ohjaavat säännöt, joilla on vaikutusta kaikilla organisaation tasoilla. Toiminnasta hyötyy triagetyöpisteen asiakas/potilas. Sairaanhoitajan potilasturvallisuusosaamiseen vaikuttavat monet tekijät. Palvelujärjestelmän kokonaisuus on riippuvainen hyvästä yhteistyöstä, vuorovaikutuksesta ja toimivasta järjestelmästä sekä henkilöstön osaamisesta, kaikilla organisaation tasoilla. Esimiesten roolilla on merkitystä systeemilähtöisessä potilasturvallisuudessa, sillä he vaikuttavat omilla päätöksillään sairaanhoitajan työhön, jolloin heillä on myös mahdollisuus auttaa sairaanhoitajan potilasturvallisuusosaamisen kehittymistä. (Heikkinen ym. 2008, 63–64; Helovuori ym. 2011, 53–56.) Osaamisen johtaminen on perustehtävän tiedostamista, mikä

ohjaa koko toimintaa ja mitä varten työtä tehdään. (Viitala 2002, 201–203; Antila 2012, 155.) Osaamisen johtamisen voidaan katsoa olevan Engeströmin (1987, 1995) toimintajärjestelmän rakennemallissa säännöt. Haastattelun analysoinnin myötä, osaamisen johtaminen nousi esimiesten fokus ryhmän asiantuntijuuden kautta esille. Esimiehet ovat ohjaamassa ja opastamassa sairaanhoitajaa toiminnallaan eteenpäin, taustalla vaikuttavat yhteiset tavoitteet sekä keinot saavuttaa tavoiteltu tulos. Säännöt ovat strategian toteuttamista, jolloin säännöt ovat osaamisen johtamista. (Viitala 2002, 201–203; Heikkinen ym. 2008, 63–64; Antila 2012, 155.)

Organisaation eritasot ovat riippuvaisia toisistaan, jolloin systeemiähtöinen potilasturvallisuus nousee näkyväksi. Tässä työssä potilasturvallisuusosaamisen avulla tuodaan näkyväksi hoitotyön prosessin turvallisuus. Hoidon kliinisen ensiarvion yhteydessä sairaanhoitajan toiminnalla on merkitystä. Triagetyöpisteen sairaanhoitaja toimii systemaattisesti sekä tasavertaisesti kaikkien asiakkaiden/potilaiden kohdalla, jolloin oman työn ymmärtäminen ja osaamisen kehittäminen potilasturvallisuuden kautta, parantaa asiakkaan/potilaan saamaa hoidon ja palvelun laatua sekä vaikuttavuutta. Tästä näkökulmasta, sairaanhoitajien potilasturvallisuusosaaminen on viety laajempaan kokonaisuuteen oheisen kuvion (Kuvio 15) kautta.



Kuvio 15 Potilasturvallisuusosaaminen triagetyöpisteen sairaanhoitajan työssä systeemiähtöisen ajattelutavan mukaan

5.4.2 Sairaanhoidajan kliinisen osaamisen tukilista systeemi­lähtöisessä potilasturvallisuudessa

Sairaanhoidajien teemahaastattelun tulokset pohjautuivat potilasturvallisuusosaamisen pääteemaan, hoitotyön prosessien turvallisuus. Sairaanhoidajien toiminnan tarkoituksena on hoidon jatkuvuus hoito- ja palveluprosessissa, jolla turvataan turvallinen hoito. Tulokset ovat sairaanhoidajien potilasturvallisuusosaamista, jolla tuetaan heidän kliinistä osaamista ensiarvion yhteydessä triagetyöpisteessä. Työn näkyväksi tekeminen lisää osaamisen kehittymistä. Sairaanhoidajien kliinisen osaamisen taidoissa on koettu puutteita. (Paakkonen 2008, 153–156) Systeemi­lähtöisen ajattelutavan mukaan järjestelmissä piilevien epäkohtien havainnointi voi olla vaikeaa. (Helovuo ym. 2011, 53–56.) Tässä työssä tuotiin sairaanhoidajien toiminta näkyväksi, jolloin oman osaamisen kehittäminen mahdollistuu ja työn kehittäminen mahdollistuu. Hoidon kiireellisyyden ensiarvio tehdään jouhevasti, turhaa aikaa käyttämättä, jolloin virheiden mahdollisuus myös kasvaa. Toiminnan kehittäminen ja potilasturvallisuuden parantaminen ovat tästä näkökulmasta tärkeitä. Asiakkaan/potilaan voinnin arviointi perustuu lääketieteellisiin ohjeistuksiin, jolloin sairaanhoidajan tulee ymmärtää omaa toimintaansa ja huomioida keinot havaita mahdolliset uhkatekijät asiakkaan/potilaan voinnissa. (Saikko 2005, 76–78; Aalto 2009, 92; Syväoja ym. 2009, 94–95.) Sairaanhoidaja on työnsä instrumentti, jolloin omat aistit ja osaaminen korostuvat. Kliinisen osaamisen tukilista on sairaanhoidajien työstä poimittuja tekijöitä, joiden avulla he työtä tekevät. Triagetoiminnan perustarkoitus on potilasturvallisuuden paraneminen, jolloin toiminnan tulee olla yhdenmukaista ja systemaattista sekä tietoista.



Kuvio 16 Kliinisen osaamisen tukilista hoidon tarpeen ensiarviossa

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä työssä sairaanhoitajien oman työn tiedostaminen ei ollut näkyvää. Haastatteluista osittain nousivat esille sairaanhoitajien toiminta kliinisen ensiarvion yhteydessä, mutta potilasturvallisuuden näkökulmasta toiminta ei ole riittävän tietoista. (Laine 2007, 28–33; Pietikäinen ym. 2008, 7, 33, 57–58; Helovuo ym. 2011, 13; Antila 2012, 158, 164–165.) Sairaanhoitajat tekivät omasta mielestään hyvin samalla tavalla töitä, mutta haastatteluista tuli eroavaisuutta toiminnoissa ja tavoissa. Tästä näkökulmasta voidaan olettaa, että oma työ on muodostunut rutiiniksi. Kokenut sairaanhoitaja tekee montaa asiaa yhtä aikaa, hän toimii hiljaisen tiedon varassa, hänellä on ammattitaitoa ja osaamista. (Heikkinen ym. 2008, 27–28; Saranto ym. 2008, 22.) Potilasturvallisuuden lähtökohtana on poikkeamien havainnoiminen ja toimintojen esiintuominen. Asiakkaan/potilaan saama palvelu tulee olla yhdenmukaista ja tasalaatuista, jolloin hän kykenee muodostamaan luottamuksen terveydenhuollon palveluun sekä henkilöstöön. Hoidon tarpeen ensiarviossa sairaanhoitaja on asiakkaan/potilaan tilan arviossa eräänlainen väline, jolloin sairaanhoitajan toiminta vaikuttaa asiakkaan/potilaan jatkohoitoon. Systemaattinen ja tiedostettu toiminta tuo näkyväksi potilasturvallisuuden, jolloin luottamuksen syntyminen ja turvallinen hoitotyön prosessi luo hyvän lähtökohdan jatkohoidolle. Kliinisen osaamisen tukilista tuo näkyväksi sairaanhoitajan tekemisen, auttaen huomioimaan sairaanhoitajaa työtavoissaan. Sairaanhoitaja tulee tietoiseksi omasta toiminnastaan listan avulla, jolloin hän myös tulee tietoiseksi omasta osaamisestaan. Hän tiedostaa ja osaa myös vaatia lisäkoulutusta tarpeen niin vaatiessa. (Pietikäinen ym. 2008, 57; Syväoja ym. 2009, 94–95; STM 2010, 19–20; Helovuo ym. 2011, 53–56; Antila 2012, 158; Reissell ym. 2012, 25.)

Sairaanhoitajien kirjaaminen oli myös vaihtelevaa ja toisinaan sattui unohduksia häiriötekijöiden vuoksi. Myös yhtenäinen tapa kirjata puuttui. Kirjaamisen kehittäminen on olennaista toiminnan systemaattisuuden vuoksi. Oikeiden asioiden kirjaaminen on tärkeää jatkohoidon turvaamiseksi. (L17.8.1992/785; Sopanen 2009, 74–76.) Myös levottomuus koettiin triagetyöpisteen haittaavaksi tekijäksi. Merkittävää oli, että kaikki sairaanhoitajat (n=5) ilmaisivat puhelinliikenteen olevan häiritsevä tekijä työssä. Tästä voidaan olettaa sen olevan uhkaava tekijä työn hallinnan tunteelle. Pietikäinen ym. (2008) Tuku - projektissa totesivat työnhallinnan tunteen

puuttumisen olevan yleistä Suomalaisessa terveydenhuollossa. Työn häiriöt ja työkuorman lisääntyminen voivat olla riski ja este turvallisuudelle. Tällöin työhallinnan tunteella on merkitystä. Työolosuhteiden rauhoittaminen, lisää työssä viihtyvyyttä sekä parantaa näin työmotivaatiota ja potilasturvallisuutta. (Pietikäinen ym. 2008, 60; Kinnunen 2010, 143–145; Helovuo ym. 2011, 53–56; Räsänen ym. 2013, 102–103, 105–106)

Sairaanhoitajat toivat selkeästi esille tekijöitä, jotka koettiin työtä häiritseviksi. Häiritsevät tekijät olivat niitä, mitkä sairaanhoitajat suoranaisesti mainitsivat. Huomioitavaa on, että tuloksiin vaikuttivat uudet tilat sekä uuden toiminnan aloitus. Haastatteluja tehtäessä, oli toiminta käynnistynyt 12.9.2012 ja haastattelut pidin 5. ja 9.11.2012. Pidän häiritsevien tekijöiden esille tuomista tärkeänä, sillä alkuvaiheen kartoitustilanteessa saadaan ehkäistyä mahdollisten haittaavien toimintojen ”juurtuminen” ja saadaan tärkeää tietoa kehittämis- ja parantamisehdotuksista. Potilasturvallisuuden kannalta välttämätöntä tietoa, millä edesautetaan turvallisen kulttuurin syventymistä. (Pietikäinen ym. 2008, 60; Kinnunen 2010, 143–145; Helovuo ym. 2011, 53–56).

Tässä työssä eettinen osaaminen ja arvoperustaan sitoutuminen kuuluu potilasturvallisuusosaamisen päätteeseen. (STM 2012, 10–11.) Eettinen toiminta nousi näkyväksi sairaanhoitajien ammatillisuudessa sekä työkokemuksessa. Haastateltavien työkokemus korostui tilanteissa, joissa selkeää vastausta ei löytynyt ohjeistuksista tai toisen ammattiryhmän epäammattillinen asenne sairaanhoitajien työtä kohtaan tuli esille. Tällaisissa tilanteissa sairaanhoitajien oma kokemus sekä ammattieettinen osaaminen ratkaisivat ongelmat. Tosin niissäkin tapauksissa sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä lisää koulutusta, selkeitä ohjeistuksia tai toimintamalleja.

Potilasturvallisuusosaamista oli myös menetelmien turvallisuus: hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuudessa. (STM 2012, 10–11.) Tältä osaamisalueelta näkyi yhteistyön ja vuorovaikutuksen merkitys sekä triageohjeistuksen tuntemisen ja näyttöön perustuvan toiminnan merkitykset. Näillä tekijöillä oli vaikutusta kliinisen ensiarvioin toteutumiseen ja toiminnan sujuvuuteen. Triageohjeistus tiedostettiin ja yleisesti sairaanhoitajat tiesivät, kuinka toimia tilanteissa, joissa oma arvio hoidon kiireellisyydestä oli epävarma. Sairaanhoitajat laittoivat kiireellisemmän

luokan niille asiakkaille/potilaille, joiden voinnin arvio oli epävarmaa. Kiireellisempi luokka oli tarkoituksenmukaista silloin, koska asiakkaan/potilaan vointi tarkistetaan nopeammin kuin vähemmän kiireellisen. Yhteistyö ja vuorovaikutus näkyivät silloin, kun sairaanhoitajat tiesivät kiireellistä hoitoa tarvitsevan potilaan tulosta päivitykseen. Toiminnoissa oli kuitenkin eroavaisuutta, eivätkä toimintatavat olleet yhdenmukaisia, vaikka jokainen haastateltava tiedosti asian kiireellisyyden. Yhtenäisyys toiminnasta puuttui myös traumapotilaiden kohdalla. Traumapotilaiden näyttöön perustuva toimintaohje oli sairaanhoitajille tuttu, joten he toimivat triage-työpisteessä sujuvasti. Huomioitavaa oli kuitenkin, ettei potilasturvallisuus vaarantunut sillä hetkellä, kun traumapotilas saapui triage-työpisteen sairaanhoitajan arviotavaksi, sillä toimiva ohjeistus ja käytännön toiminta ohjasivat sairaanhoitajaa työssään. Haastatteluista tuli esille, ettei hoidon aloitus viivästynyt kertaakaan triage-työpisteen sairaanhoitajan osaamattomuuden vuoksi.

STM (2012, 10–11) julkaisemat potilasturvallisuuden osaamisalueet ovat kattavat ja niiden eri osiot laajat. Sairaanhoitajien haastatteluista analysoidessa, esiin nousevan yhdistävän teemaan, olisi voinut laittaa eri osaamisalueen alle, esimerkkinä hoitotyön prosessien turvaaminen ja sen alateema: potilasturvallisuuteen liittyvien riskien tunnistaminen ja hallinta. Tämän alateeman alle, olisi voinut laittaa kaikki ongelmat mitä havaitsin, mutta olen laittanut ne erikseen pääteeman ja sen alateemojen alle. Näin sain laajan kuvauksen potilasturvallisuusosaamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä triage-työpisteen sairaanhoitajan työssä. Sairaanhoitajien esiin tuomat ongelmat laitoin yhden teeman alle, sillä ne ovat tiedostettuja ja sillä hetkellä sairaanhoitajien työtä haittaavia tekijöitä. Näin sain käsityksen, mitkä asiat heidän mielestään vaativat parantamista tai kehittämistä seuraavaksi ja miten he näkevät työnsä sillä hetkellä. Potilasturvallisuus osaamisalueet ovat hyvä tuki myös organisaatiolle osaamisen kehittämisessä. Tätä kautta tuodaan myös arjen toiminta lähelle ja näkyväksi potilasturvallisuuden näkökulmasta. Osaamisalueiden kautta saavutetaan myös strateginen tavoite potilasturvallisuuden juurruttamisessa osaksi toimintaa. (STM 2009, 11–13; STM 2012, 10–11.)

Esimiesten haastattelusta nousivat esiin eri sidosryhmien toimintojen eritasoisuus sekä järjestelmien tuomat eritasoiset vaihtelut toiminnoissa. Tämä on todettu valtakunnantasolla merkitykselliseksi ja sitä tulee kehittää. Asiakkaiden/potilaiden

hoito ei ole yhdenmukaista eikä hoitoa pystytä turvaamaan yhtenäisyyden puutteen vuoksi. (STM 2010, 36–37; Malmström ym. 2012, 699–703). Tästä näkökulmasta voidaan olettaa, että systeemilähtöinen potilasturvallisuus ja sen huomioiminen päivittäisessä toiminnassa on tärkeä tuoda esille. (Pietikäinen ym. 2008, 60; Kinnunen 2010, 143–145; Helovuo ym. 2011, 53–56; Antila 2012, 158,164–165.)

Yksittäisen hoitoprosessien näkyväksi tekeminen, kuten tässä työssä triagetyöpiirteen sairaanhoitajan työ, tulee näkyväksi toiminnaksi organisaation eritasoille. Yksittäisten toimintojen esiin tuominen koko organisaation toiminnan vuoksi, on systeemilähtöistä ajattelutapaa. Sairaanhoitajien työhön vaikuttavien kokonaisuuksien huomioiminen arjen toiminnoissa usein hämärtyy. Työstä tulee rutiinia, jolloin tietoinen ajattelu toiminnasta unohtuu. (Pietikäinen ym. 2008, 60; Kinnunen 2010, 143–145; Helovuo ym. 2011, 53–56). Tällöin erilaiset kuviot toimivat hyvinä apuvälineinä arjessa. Systeemilähtöinen potilasturvallisuusosaaminen kuvastaa kokonaisuutta triagessa työskentelevän sairaanhoitajan työnkautta. Ohjeistus ei yksistään ole turvallisen toiminnan takaaja. Sairaanhoitajan oma ymmärrys kokonaisuudesta, osaaminen sekä motivaatio, vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Potilasturvallisuuden osaamisenalueiden avulla tulee sairaanhoitajan työhön vaikuttavat yksityiskohdat esille, jolloin triagetoiminnan kehittäminen on tarkoituksenmukaista turvallisen hoitotyön prosessin turvaamiseksi.

Systeemilähtöistä potilasturvallisuutta voidaan tarkastella myös muutoksen ja oppivan organisaation avulla. Senge ym. (1994) on tuonut oppivan organisaation ja muutoksen johtamisen systeemiajattelun näkökulmasta esille, missä kohtaavat samanlainen ajattelutapa kuin systeemilähtöisessä potilasturvallisuudessa. Muutoksen ja uuden asian viemisessä arjen työkentälle, on tärkeä tiedostaa oman työn merkitys suhteessa koko organisaation toimintaan. Uuden asian oppimisessa, voidaan yksittäisen työntekijän kautta tuoda työtä näkyväksi. Myös kokonainen tiimi voi tarkastella toimintaansa oman työn kautta. Tällöin pienten yksityiskohtien ymmärtäminen tulee näkyväksi ja sen merkityksen ymmärtäminen tulee konkreettiseksi. Pyritään yksityiskohtien kautta kokonaisuuden ymmärtämiseen. Myös kokonaisuuden kautta ymmärtäminen, auttaa muutoksen viemisessä arkeen. Tällöin yksittäinen työntekijä tai ryhmä pyrkii hahmottamaan isomman kokonaisuuden organisaatiossa. Tämän jälkeen pyritään kokonaisuuden kautta menemään yksittä-

sen yksityiskohdan tasolle. Tässä työssä voidaan ajatella sairaanhoitajien kliinisen osaamisen tukilistan olevan yksittäinen yksityiskohta päivystyksen organisaatiossa. Systeemilähtöinen kuvio sairaanhoitajan potilasturvallisuusosaamisesta kuvastaa laajaa kokonaisuutta, mistä voidaan saavuttaa yksittäinen yksityiskohta työssä. Kuvioiden kautta pystytään ymmärtämään systeemilähtöinen potilasturvallisuusosaaminen ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Näin voidaan kehittää toimintaa joustavaksi ja huomioida mahdollisia puutoksia ja kehitettäviä asioita. Yksittäinen työntekijä oppii, tiimi tai ryhmä oppii, joten koko organisaatio oppii. Toimintojen kuvaaminen yksityiskohtaisesti sekä suurempina kokonaisuuksina, havahduttaa ymmärtämään myös sidosryhmien toimintaa. (Pietikäinen ym. 2008, 60; Kinnunen 2010, 143–145; Helovuo ym. 2011, 53–56; Stenvall & Virtanen 2007, 38–40.) Pyritään ymmärtämään organisaation systeemi kokonaisuutena, missä erilliset osiot kuuluvat yhteen, jolloin erilliset osiot vaikuttavat toisten osioiden toimintaan. Näin esimiesten toiminta vaikuttaa sairaanhoitajan toimintaan triagetyöpisteessä kuin myös sairaanhoitajan toiminta vaikuttaa esimiehen toimintaan. (Stenvall ym. 2007, 38–40.)

6.1 Tulosten yleistettävyyden

Ydinryhmän sairaanhoitajat (n=5) koostuivat niistä, jotka olivat saaneet syväällisen koulutuksen triagetoimintaan. Osallistuminen teemahaastatteluun oli hyvä, sillä kahdeksasta sairaanhoitajasta viisi osallistui. Kutsuja en antanut heille, jotka eivät olleet työskennelleet vielä haastatteluvaiheessa triagetyöpisteessä tai heidän työvuoroja oli ollut yksittäisiä. Pidän tärkeänä, että haastateltavilla oli tullut käsitys työstä triagetyöpisteessä. Näin sain mielestäni kattavan otoksen, jotta tieto perustuisi myös käytännön työkokemukseen triagetyöpisteestä. (Hirsjärvi ym. 2008, 58.)

Ydinryhmä jakaantui kahteen ryhmään, sillä työvuorot sekä arkielämä sanelivat ehdot haastattelun toteutumiselle. Ryhmien vastaukset olivat samansuuntaisia, tosin on hyvä miettiä, millaisia vastauksia olisi tullut, jos kaikki olisivat olleet yhtä aikaa paikalla. Triagetoiminta oli uutta, joten koko ryhmän keskustelu samanaikaisesti olisi voinut tuoda lisää näkemystä aineistoon. Tulosten yleistettävyyden vuoksi on oleellista huomioida, että triagetoiminta oli juuri aloitettu ja toiminta vielä

varsin uutta, joten tästä näkökulmasta tuloksia on syytä tarkastella kriittisesti. Ydinryhmän koko suhteessa muihin hoitotyöntekijöihin päivystyksessä on pieni, joten on hyvä pohtia, millaisia tuloksia olisi tullut laajemmalla sairaanhoitajan ryhmältä tai muilta hoitotyötä tekeviltä ammattiryhmiltä. Päivystyksessä tehdään tiimityötä, joten kaikilla ammattiryhmillä on osaamista ja sitä tulee jatkuvasti kehittää. STM (2012, 10–11) mukaan kliinisen osaamisen on katsottu olevan potilasturvallisuuden perusta. Paakkosen (2008, 185–186) mukaan kliininen osaaminen päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien työssä on vaillinaista. Tätä näkökulmaa korostavat myös Tippins (2005, 24–33) ja Bible (2006, 26–29).

Triagetoimintaa pohtiessa ja sairaanhoitajien osaamista pohtiessa, hoidon kiireellisyyden ensiarvio perustuu asiakkaan/potilaan vointiin, jolloin terveydenhuollon ammattilainen tekee voinnin arvion oman osaamisen ja ammattitaidon turvin. Oli ohjeistus tai malli millainen tahansa, tulee ammattilaisen tehdä tietyt asiat asiakkaille/potilaille. Ilman systemaattista toimintaa, vaarantuu asiakkaan/potilaan hoidon kiireellisyyden ensiarvio. (Saikko 2005, 76–78; Aalto 2009, 79–8, 92.) Työn näkyväksi tekeminen on potilasturvallisuuden toteutumiseksi olennainen tekijä, sillä erilliset ohjeistukset eivät ole tae hoidon kiireellisyyden ensiarvioinnin onnistumiselle. Oman toiminnan tiedostaminen ja kokonaistoiminnan ymmärtäminen osaamisen kautta, tukee erillisiä laadittuja ohjeistuksia. (McCann ym. 2007, 1704–1711; Snellman 2009, 36–37; Helovuori ym. 2011, 13, 89.) Tästä näkökulmasta voidaan todeta sairaanhoitajien kliinisen osaamisen tukilistan toimivan apuna kaikkialla, missä tehdään hoidon tarpeen ensiarvioita.

STM (2009, 11–13) mukaan potilasturvallisuusstrategian missio oli potilasturvallisuuden edistäminen yhdessä ja visiona oli sen vieminen arjen toimintoihin. Systemilähtöinen potilasturvallisuusosaamisen kuvio sekä kliinisen osaamisen tukilista ovat esimerkkejä organisaation eritasojen yhteistyöstä ja yhteisen asian viemisestä arkeen. Kuvioiden avulla saavutetaan myös potilasturvallisuus arjen toimintoihin sairaanhoitajan osaamisen kautta. Kuviot voivat toimia apuvälineinä perehdytyksessä triagetyöpisteeseen, jolloin systeemiä lähtöinen potilasturvallisuusosaaminen nousee näkyväksi apuvälineiden avulla. Kuviot toimivat myös muistin tukilistana perehdyttäjän tukena, jolloin yhtenäisyys säilyy ja perustehtävän tarkoitus

nousee näkyväksi. Asiakkaan/potilaan hoidon turvaaminen ja hänen terveyden edistäminen ohjaavat sairaanhoitajaa työssään.

Eettisestä näkökulmasta tässä työssä tarkastelin sairaanhoitajien tapaa tehdä työtä. Opinnäytetyön alussa anoin tutkimuslupaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä. Luvan saatuani pyrin ehdottomaan luottamukseen työn jokaisessa vaiheessa, niin haastatteluissa kuin sen purkamisessa sekä kirjoittamisen vaiheessa. Tarkoituksena oli sairaanhoitajien oman osaamisen kehittyminen sekä sitä kautta oman työn kehittäminen. Kokeneet sairaanhoitajat olivat alansa asiantuntijoita, joten heidän työnsä näkökulmat olivat tärkeitä ja oli hyvä tuoda näkyväksi muille, jolloin sairaanhoitajien työ sai ansaitsemansa arvostuksen. Myös esimiesten panos sairaanhoitajien työn kehittämisessä oli merkittävä, sillä heistä kaikki kutsutut osallistuivat haastatteluun. Näin työ sai laajan ja syvällisen näkemyksen osaamisen kehittämiseen potilasturvallisuuden näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2008, 20.)

6.2 Opinnäytetyön prosessi

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön prosessi oli haasteellinen toteuttaa omassa työyhteisössä. Tähän vaikuttivat muuttaminen uusiin tiloihin sekä triagetoiminnan aloitus samanaikaisesti. Oma roolini muutossa oli toimia yhtenä muuttovastaavana, joten työni sen pohjalta oli toisenlaista ja eritavalla stressaavaa. Opinnäytetyö oli tarkoitus toteuttaa kehittämistehtävänä osallistavilla menetelmillä, mutta se ei toteutunut muuttamisen sekä uuden toiminnan aloituksen vuoksi. Tämän vuoksi päädyin teemahaastattelun kautta toteutettavaan kehittävään työntutkimukseen.

Aiheena potilasturvallisuus sekä triage olivat haasteellisia. Potilasturvallisuudesta etsin tietoa kirjaston informaatikon apua käyttäen sekä erillisiä tietokantahakemistoja hyödyntäen. Ulkomaalaiset lehdet ja artikkeli tietokanta Cinahl, Nelli-portaali sekä Plari tietokanta olivat apunani. Myös yliopistojen tietokannat toimivat tiedonlähteinäni korkeakoulun kirjastopalveluiden kautta. Potilasturvallisuutta etsin hakusanoilla potilasturvallisuus, turvallisuus hoitotyössä, patient safety. Triagesta etsin tietoa hakusanoilla triage, hoidon tarpeen arviointi, hoidon kiireellisyyden arviointi. Osaamisesta käytin competence hakusanaa sekä sairaanhoitajan osaaminen tai osaaminen ja hoitotyö. Suomessa ei triagesta ole julkaistu tutkimuksia, yk-

sittäisiä artikkeleita sekä opinnäytetöitä löytyi. Ulkomaalaisia artikkeleita oli runsaasti sekä eritasoista tutkimustietoa. Potilasturvallisuuden sekä triage toiminnan yhdistäminen olivat haastavia. Mietin olinko ottanut liian haasteelliset alueet oman osaamisen näkökulmasta. Myös kiireinen aikataulu aiheutti omalta osaltaan haastetta aiheen ymmärtämisen sekä sen sisäistämisen vuoksi. Etuna pidin omaa tietämystäni triagetoiminnasta, mutta käsitteenä potilasturvallisuus ei ollut itselleni selkeä. Potilasturvallisuudesta on puhuttu paljon, mutta aiheeseen syvällisempi perehtyminen oli haastavaa kokonaisuuden hahmottamisen vuoksi.

Tässä työssä tarkastelen luotettavuutta sisäisellä sekä ulkoisella validiteetilla. Sisäinen validiteetti on tutkimuksen omaa luotettavuutta. Olen reflektoinut teoria aineistoa suhteessa pääkäsitteisiin potilasturvallisuus ja osaaminen. Ovatko käsitteet oikeita, ovatko käsitteet teorian mukaiset ja kattavatko ne laajasti potilasturvallisuuden? Olenko saavuttanut kysymyksillä oikeita asioita? Olenko ymmärtänyt haastateltavien kommentit oikein? Ulkoista validiteettia voidaan määritellä sillä, onko tulos kuinka yleistettävissä. Tällöin voi miettiä, voiko tulosta kohdistaa tietyille ryhmille tai henkilöille? (Metsämuuronen 2011, 51, 60.)

Aiheesta etäännyminen on eduksi. Tietynlaiseen objektiivisuuteen on hyvä pyrkiä. Kriittinen ajattelu sekä reflektointi korostuvat aineiston analyysin vaiheessa. Omia tapoja, oletuksia tai ennakkoluuloja en voinut työhön tuoda, jolloin tuotetun tiedon tuli perustua totuuteen. Fenomenologis-hermeneuttisen työn metodeja on vaikea täysin kuvata, jolloin tilannekohtaisesta arvioinnista on hyötyä. Tällöin kriittisen ajattelun ja reflektoinnin avulla saavutetaan tutkimuksellinen taso. (Laine, T. 2007, 33–35; Metsämuuronen 2011, 102.)

Kehittävän työntutkimuksen menetelmiä pohtiessa ryhmäteemahaastattelulla saadaan ryhmältä tietoa vaivattomasti. Ryhmähaastattelua pidin tässä työssä hyvänä kehittämisen mahdollistajana, sillä vertaisarvioinnin avulla on mahdollista saada toisten kommentteista näkökulmia omaan toimintaansa. (Hirsjärvi ym. 2008, 61.) Väistämättä miettii, millaista tieto olisi ollut osallistavilla menetelmillä, missä esmiehet sekä sairaanhoitajat olisivat keskustelleet yhdessä ja arvioineet toimintaa systeemilähtöisen potilasturvallisuuden näkökulmasta. Kehittävän työntutkimuksen piirteisiin kuuluu toiminnan kehittäminen ja ristiriitojen tarkasteleminen, tarkoituksena on saavuttaa uusi, parempi toimintamalli. Samalla eri osapuolet oppivat ja

kehittyvät, jolloin muutos on helppo hyväksyä. (Heikkinen ym. 2008, 66–67.) Tässä työssä sain mielestäni hyvää tietoa sairaanhoitajien työstä sekä toiminnasta. Kehittävän työtutkimuksen piirteet tulevat näkyviin esimiesten sekä sairaanhoitajien osallistumisella työn kehittämiseen. Tässä työssä se on sairaanhoitajan potilasturvallisuusosaaminen. Oma roolini oli yhdistää molempien osapuolten kommentit analysoinnin pohjalta. Tästä näkökulmasta kehittävän työtutkimuksen ote näkyy tässä työssä.

Tuloksia pohtiessa syntyi jatkotutkimusaiheita. Päivystyksen näkökulmasta ihmiset sairastavat yöllä ja päivällä. Päivystykset ovat paikkoja, mistä apua haetaan ja kysytään, joten tästä näkökulmasta alan tutkimukselliselle tiedolle on tarvetta. Myös asiakkaiden näkökulmaa triagetoiminnasta tarvitaan. Miten vaikuttavaa palvelu on? Onko palvelu odotusten mukaista ja ovatko asiakkaat/potilaat saaneet avun riittävän nopeasti? Onko heidät ohjattu aina oikeaan paikkaan? Millaista palvelua he ovat saaneet? Risikko (2013) sekä Toikkanen (2013) ovat tuoneet esille, miten tärkeää on akuuttilääketieteen kehittyminen potilasturvallisuuden osalta, jolloin saadaan siihen erikoistuneita lääkäreitä päivystyksiin töihin. Tämän tasoista erikoisosaamista tarvitaan myös hoitohenkilöstölle. (Risikko 22.3.2013; Toikkanen 3.1.2013.) Suomessa tällaista tietoa on vielä varsin vähän. Hyvä esimerkki olisi yhtenäiset osaamisalueet päivystyksessä työskenteleville hoitotyöntekijöille. Valtakunnallinen kriteeristö uupuu, millaista osaamista juuri päivystyksessä tarvitaan. Paakkosen (2008) väitöstutkimus on hyvä lähtökohta osaamisen alueiden kehittämiseksi.

Myös triagetoiminta ja siihen vaikuttavat tekijät ovat olleet kehittämisen kohteina ajankohtaisia. Oman työn näkökulmasta olisi mielenkiintoista saada lisää tietoa sairaanhoitajilta, kun he ovat tehneet työtä pidempään triagessa. Onko heidän työnkuvansa muuttunut tai onko työnsä häiriötekijät muuttuneet? Miten potilasturvallisuusosaaminen näkyy? Lisäksi olisi arvokasta saada tietoa miten triagetoiminta näkyy muualla päivystyksen työssä? Kuinka kliininen ensiarvio toteutuu moduulissa työskentelevien sairaanhoitajien työssä tai kuinka se toteutuu osastotyössä?

LÄHTEET

- A 25.11.2004/1019. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä.[Viitattu 20.11.2012]. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>
- Aalto, S. 2009. Potilaan tutkimus- ja seurantamenetelmiä: Potilaan peruselintointien ensiarvio. Teoksessa: Castren M., Aalto s., Rantala E., Sopanen P. ja Westergård A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Op-pimateriaalit Oy, 79–92.
- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Vaaratapahtumat terveydenhuollossa: Primum est non nocere. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8 - 20.
- Ahvo-Lehtinen, S. & Maukonen, S. (toim.). 2005. Osaamisen johtaminen kuntasektorilla. Kuntaosaaja 2012- työkirja. Helsinki: Efeko Oy. Saatavana: [http://www.laaninhallitus.fi/lh/ita/sivistys/home.nsf/files/AF4573A549C21546C225785B003782C1/\\$file/Osaamisen%20johtaminen%20kuntasektorilla.pdf](http://www.laaninhallitus.fi/lh/ita/sivistys/home.nsf/files/AF4573A549C21546C225785B003782C1/$file/Osaamisen%20johtaminen%20kuntasektorilla.pdf)
- Alastalo, M. & Åkerman, M. 2010. Asiantuntijahaastattelun analyysi: faktojen jäljillä. Teoksessa: Ruusuvoori, J., Nikander, P. ja Hyvärinen, M. (toim.). 2010. Haastattelun analyysi. [Verkkokirja]. Tampere: Vastapaino, 372–391. [Viitattu 2.1.2013]. Saatavana: Ellibslibrary -online palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Antila, M. 2012. Kehittämispääoman synty ja rakentuminen strategisessa palvelujen laadunkehittämistyössä. Case -tutkimus tamperelaisten hyvinvointipalvelujärjestöjen verkostomaisesta laadunkehittämistyöstä. Sähköinen väitöstutkimus. Vammalan kirjapaino Oy. [Viitattu 16.2.2013]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66877/978-951-44-8752-1.pdf?sequence=1>
- Bible, D. 2006. Pain assessment at nurse triage: A literature review. Emergency nurse vol 14, no 3 June, 26 - 29.
- Engeström, Y. 1987. Learning by expanding. An activity Theoretical approach to developmental research. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L.T., Rovio, E. ja Syrjälä, L. (toim.). 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki.3.korj. painos. Hansaprint Direct Oy.
- Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus: perusteita, tuloksia ja haasteita. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L.T., Rovio, E. ja Syrjälä L. (toim.). 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki.3.korj. painos. Hansaprint Direct Oy.

- EPSHP. Tietoa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä. [Viitattu 28.9.2012]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/111/SHPesitys_2011.pdf
- ETENE, 12.12.2001. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 13.8.2012]. Saatavana: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf
- Giorgi, A. 1992. Description vs. interpretation: Competing alternative strategies for qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology* 23, 119–135. Teoksessa: Metsämuuronen J. (toim.). 2011. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. [Verkkokirja] Helsinki: International Methelp Oy, 84–139. [Viitattu 2.1.2013]. Saatavana Booky.fi-online palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Giorgi, A. 1996a. Sketch of a psychological phenomenological method. Alkuperäinen teos: Giorgi, A. (ed.) *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne University press. Pittsburg, 8-22. (7th ed.). Teoksessa: Metsämuuronen J. (toim.). 2011. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. [Verkkokirja] Helsinki: International Methelp Oy, 84–139. [Viitattu 2.1.2013]. Saatavana Booky.fi-online palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Giorgi, A. 1996b. The Phenomenological Psychology of Learning and the Verbal learning tradition. Alkuperäinen teos: Giorgi, A. (ed.) *Phenomenology and Psychological Research*. Duquesne University press. Pittsburg, 8-22. (7th ed.). Teoksessa: Metsämuuronen J. (toim.). 2011. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. [Verkkokirja] Helsinki: International Methelp Oy, 84–139. [Viitattu 2.1.2013]. Saatavana Booky.fi-online palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. ja Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Sanoma pro OY.
- Heikkinen, Hannu L.T., Kontinen, T. ja Häkkinen, P. 2008. Toiminnan tutkimisen suuntaukset: Kehittävä työntutkimus. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L.T., Rovio, E. ja Syrjälä, L. (toim.). 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki.3.korj. painos. Hansaprint Direct Oy, 60 - 67.
- Heikkinen, Hannu L.T. 2008. Tutkiva ote toimintaan: Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, Hannu L.T., Rovio, E. ja Syrjälä, L. (toim.). 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki.3.korj. painos. Hansaprint Direct Oy, 15 - 37.
- Helovuori, A., Kinnunen, M. ja Peltomaa, P. 2011. Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki: Edita.
- Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Väitöstutkimus. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Digipaino. [Viitattu 28.2.2013]. Saatavana: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43678/isbn9789522147172.pdf?sequence=1>
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. ja Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatioissa. Väitöstutkimus. Acta Wasaensia No 230. Liiketaloustiede 94. Johtaminen ja organisaatiot. [Verkkajulkaisu] Universitas Wasaensis. [Viitattu 27.12.2012]. Saatavana: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf
- Kiura E. (toim.) 1/2011. Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit sairaalan päivystyspoliklinikalla. [Verkkajulkaisu] Finohta. Arviointiseloste. [Viitattu 20.6.2012]. Saatavana: http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. [Viitattu 23.5.2012]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstö [Viitattu 27.12.2012.]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Laine, T. 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva. 2. uud. painos. WS Bookwell Oy, 26–43.
- Malmström, R., Kiura, E., Malmström, T., Torkki P. ja Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen Lääkärilehti 9;vsk 6, 699–703.
- McCann, T.V., Clark, E., McConnachie, S. & Harvey, I. 2007. Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. Journal of Clinical Nursing 16,1704–1711.
- Moilanen, P. & Räihä, P. 2007. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.).2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva. 2. uud. painos. WS Bookwell Oy, 46–67.

- Meritähti, T. 2011. Triagehoitajan erityisosaaminen yhteispäivystyksessä. Turku. Opinnäytetyö/YAMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma: Terveysala. Saatavana: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29675/Meritahti_Tuulia.pdf?sequence=1
- Metsämuuronen, J. 2011. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa: Metsämuuronen J. (toim.). 2011. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. [Verkkokirja] Helsinki: International Methelp Oy, 84–139. [Viitattu 2.1.2013]. Saatavana Booky.fi-online palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Michelsen, T. 18.12.2012. LL, vanhempi asiantuntija. Työterveyslaitos. Työterveyshuollon laatu ja sen arviointi. [Verkkoluento]. [Viitattu 27.12.2012]. Luentoa ei saatavana.
- Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedontarve. Turku. Pro Gradu- tutkielma. Hoitotiede: Hoitotieteenlaitos. Saatavana: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoitotiede-gradu2009nummelin.pdf?sequence=4>
- Paakkonen, H. 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts' Perceptions Using Delphi- Technique. [Verkkopublication]. Väitöstutkimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 163. Kuopio: Kopijyvä. [Viitattu 20.1.2012]. Saatavana: <http://wanda.uef.fi/ukuvaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1222-9.pdf>
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Katsaus. Duodecim; 122,2459–2470.
- Pennanen, P. & Seitsonen, H. 2013. Valvira, potilas- ja laiteturvallisuuden edistäjä. Teoksessa: Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 167–187.
- Pietikäinen, E., Reiman T. ja Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT tiedotteita 2456. Julkaisia :VTT. [Viitattu 27.12.2012] Saatavana: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2008/T2456.pdf>
- Reissell, E., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S. ja Erhola, M. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. THL: Raportti 30/2012. Tampere: Tampereen yliopisto paino- Juvenes Print - Oy. [Viitattu 25.6.2012]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-634-2>
- Risikko, P. 2013. Päivystyksissä tarvitaan korkeatasoista osaamista. [Verkkopublication 22.3.2013] Tiedote 55/2013. [Viitattu 14.3.2013]. Saatavana: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1853100>

- Räsänen, K. & Meretoja, O. 2013. Vaaratapahtumat terveydenhuollossa: Työhyvinvointi ja henkilökunnan jaksaminen. Teoksessa: Aaltonen L-M. & Rosenberg P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 102–113.
- Saikko, S. Potilaan peruselintoimintojen tutkiminen ja turvaaminen. Teoksessa: Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Osakeyhtiö, 76–79.
- Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. ja Sonninen, AL. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: 2. uudistettu painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Senge, P.M., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R.B., Smith, B.J. 1994. The fifth discipline fieldbook. Strategies and tools for building a learning organization. Teoksessa: Stenvall J. & Virtanen P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Publishing Oy
- Sopanen, P. 2009. Potilaan ensihoito ja hoito päivystyspoliklinikalla: Potilaan hoito päivystyspoliklinikalla. Teoksessa: Castren, M., Aalto, s., Rantala, E., Sopanen, P. ja Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 60–77.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- STM julkaisu 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Yliopistopaino. 2. korj.p. [Viitattu 27.9.2012]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2760-5>
- STM selvityksiä 2010:4. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Kuvailulehti. [Viitattu 27.6.2012]. Saatavana: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2963-0>
- STM julkaisuja ja raportteja 2012:7. Koulutuksella osaamista. Asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. [Verkkajulkaisu]. Hoitotyön kehittämisen ohjausryhmä. [Viitattu 14.08.2012]. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-18410.pdf
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.
- Toikkanen, U. 3.1.2013. Päivystyksen erikoislääkäreiden koulutus alkoi Turussa. Lääkärilehti [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 22.2.1013]. Saatavana: http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=12902/type=1

- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino - Juvenes Print Oy.
- Tippins, E. 2005. How Emergency Department nurses identify and respond to critical illness. [Verkojulkaisu] Emergency Nurse vol.13, no 3, June,24 - 33. [Viitattu 11.6.2012]. Saatavana: <http://emergencynurse.rcnpublishing.co.uk/archive/article-how-emergency-department-nurses-identify-and-respond-to-critical-illness>
- Turunen, H. & Partanen, P. 2008. Potilasturvallisuuden ylläpitäminen ja edistämisen -läheltä piti tilanteista ja virheistä systemaattisesti oppimalla. Hoitotiede vol. 20, no 5/-08, 291 - 292.
- Viitala, R. 2002. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Summary Knowledge Leadership. Acta Wasaensia. No 109; Liiketaloustiede 44. Johtaminen ja organisaatiot. Universitas Wasaensis. [Viitattu 23.1.2012]. Saatavana: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_951-683-987-8.pdf
- Virtanen, J. 2011. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa: Metsämuuronen J. (toim.). 2011. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. [Verkokirja] Helsinki. International Methelp oy, 155–214. [Viitattu 2.1.2013]. Saatavana Booky.fi-online palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Välimäki, K. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen, kehittäminen ja valvonta. Työryhmän esitykset. [Verkojulkaisu]. Saatavana: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-15570.pdf
- WHO, World Alliance for patient safety 2008. Forward programme 2008-2009. [Verkojulkaisu]. Ranska. [Viitattu 13.1.2013]. Saatavana: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70460/1/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf
- Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro -gradu tutkielma. Saatavana: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03103.pdf>

LIITEET

LIITE 1 Systemilähtöisen potilasturvallisuuskuvion muodostumisen vaiheet

