

Susan Nummelin

Vastaanottoprosessin kehittäminen erikoissairaanhoidon lastenpoliklinikalla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystenhoitaja Ylempi AMK

Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtaminen

Opinnäytetyö

5.11.2018

Tekijä(t) Otsikko	Susan Nummelin Vastaanottoprosessin kehittäminen erikoissairaanhoidon lastenpoliklinikalla
Sivumäärä Aika	58 sivua + 6 liitettä 5.11.2018
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan palvelujen johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Terveydenhoitaja ylempi AMK
Ohjaaja(t)	Antti Niemi, Lehtori TtT
<p>Lasten ja nuorten sairauksien tulosityksikkö on osa HUSia. Tulosityksikön tavoitteena on tarjota asiakkailleen laadukasta, tehokasta ja oikea-aikaista hoitoa sen jokaisessa toimintayksikössä. Toimintayksiköt ovat jakaantuneet alueellisesti seitsemään eri yksikköön pääkaupunkiseudulla. Opinnäytetyön kohteena oli yksi näistä yksiköistä. Tarkoituksena oli luoda kohdepoliklinikalle uusi toimintamalli, jossa sairaanhoitajan vastuuta vastaanottoprosessin eri vaiheissa tarkennettiin ja jaettiin muille ammattiryhmille.</p> <p>Kehittämistyön taustalle haastateltiin sähköistä lomaketta apuna käyttäen sairaanhoitopiirin muita vastaavanlaisia yksiköitä (n=5). Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa käytössä oleva toimintamallit näissä yksiköissä, jotta voitaisiin luoda yhtenevä toimintamalli myös kohdepoliklinikalle. Kohdepoliklinikan sairaanhoitajat vastasivat toiseen kyselyyn, jolla kartoitettiin heidän kokemuksiaan muutostarpeista (n=3).</p> <p>Uuden toimintamallin kehittäminen aloitettiin jakamalla vastaanottoprosessi potilashoidon perusteella kolmeen osa-alueeseen, minkä jälkeen kartoitettiin sairaanhoitajan vastuu näissä vaiheissa. Aiemmasta toimintamallista lähdettiin siirtämään puhdas toimistotyö osastosihteereille ja tarkennettiin sairaanhoitajan vastuuta. Sairaanhoitajat osallistuivat mallin kehittämiseen kommentoimalla omia mielipiteitään yhteiseen sähköiseen muistioon.</p> <p>Uutta toimintamallia kokeiltiin kuukauden verran. Suurimmat muutokset olivat vastuuhoidajamallin käyttöönotto, ei-paikallaolevien potilaiden (hoitopuhelut, hoitokirjeet) jatkosuunnitelman toteutuksen siirtäminen sihteerille sekä sihteerin sijoittuminen ilmoittautumiseen. Kokeilun jälkeen teetettiin uusi kysely, jossa kartoitettiin sairaanhoitajien (n=4) mielipiteitä kokeilussa olleesta toimintamallista. Edellä mainitut muutokset koettiin hyväksi ja ne päätettiin jättää käytäntöön. Sairaanhoitajien mukaan uusi työnjako loi päivään rytmiä ja antoi enemmän aikaa varsinaiseen hoitotyöhön. Lyhyellä kokeiluvälillä ei vielä saatu selville onko uudella toimintamallilla vaikutusta esimerkiksi itsenäisten hoitajakäyntien määrään.</p> <p>Työn toteutuksessa käytettiin hyväksi lean-ajattelumallia. Itse kehittämisprosessi mukaili yhtä Demingin ympyrän kierrosta (PDSA).</p>	
Avainsanat	polikliininen hoitotyö, lastenpoliklinikka, vastaanottoprosessi, lean

Author(s) Title	Susan Nummelin Development of the reception model in the pediatric outpatient clinic
Number of Pages Date	58 pages + 6 appendices 5. November 2018
Degree	Master of Social Services and Health Care
Degree Programme	Master Degree in Social Services and Health Care
Specialisation option	Management in Social Services and Health Care
Instructor(s)	Antti Niemi, Lecturer, PhD
<p>The Center for Children and Adolescent is a part of HUS. The goal of this center is to provide high-quality, efficient and right-timed care for its customers in every unit. The division is divided into seven different units in the metropolitan area. The subject of this thesis was one of these units. The aim was to create a new operating model for one of the outpatient clinics. In the new model the nurses responsibility at the various phases of the reception process was clarified and shared with other occupational groups if necessary.</p> <p>For the background of the development work the other similar units in the nursing area (n = 5) was interviewed using an electronic form. The purpose of these questions was to identify the operating models in use at these other units. These answers were used as guidelines to create a coherent approach to the outpatient clinic in task. The nurses of the clinic in task responded to another questionnaire that surveyed their experiences of what was needed to be changed in process (n=3).</p> <p>The reception process was divided into three phases. After this the nurse's responsibility at these stages was surveyed using the knowledge get from the other units. In the new model it was decided to move office work to the secretaries and clarify the nurse's responsibility. Nurses participated for the development by commenting their own opinions on a common electronic memo (OneNote).</p> <p>The new operating model was tested for one month. The biggest changes were the use of staff nurse and transferring the implementation of a follow-up plan for non-attending patients (care calls, care letters) to the secretary. It was also decided that person in the registration desk will in the future be secretary. After the experiment, a new survey was carried out to get opinion of the nurses (n=4) experiment about the new operating model. The changes mentioned above were considered to be functional and they were decided to be put into practice. According to nurses, the new division of labor helped to clarify the day and gave more time to concentrate to the nursing. Because of the short trial period, it was not yet clear whether the new approach would have an impact on, for example, the number of independent appointments of the nurses.</p> <p>The work was implemented using lean-thinking model as a guideline. The development process itself aligned one of the Deming Circuit Rounds (PDSAs).</p>	
Keywords	ambulatory nursing, pediatric outpatient clinic, service blueprint, lean

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Polikliininen hoitotyö	5
2.2	Sairaanhoitajan työ polikliinisessä hoitotyössä	7
2.2.1	Potilas- ja perhekeskeinen hoitotyö	8
2.2.2	Potilasohjaus polikliinisessä hoitotyössä	9
2.2.3	Kirjaaminen polikliinisessä hoitotyössä	13
2.3	Lapsi erikoissairaanhoidon asiakkaana	14
2.4	Vastaanotto- ja palveluprosessi	16
2.5	LEAN -filosofia toimintaa ohjaavana strategiana polikliinisessä hoitotyössä	18
2.5.1	Keinoja epäkohtien tunnistamiseen ja ratkaisemiseen lean-ajattelua hyväksi käyttäen	19
2.5.2	PDSA-malli toiminnan kehittämisen ohjaajana	21
3	Tutkimuksen toimintaympäristö	23
3.1	Vastaanottoprosessin nykykäytäntö kehittämistyön kohteena olevalla lastenpoliklinikalla	24
3.2	Sairaanhoitajan roolin kehitys kehittämistyön kohteena olevalla lastenpoliklinikalla	26
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	28
5	Opinnäytetyön toteutus	29
5.1	Tutkimuksellinen kehittäminen	29
5.2	Tutkimusmenetelmä ja teoreettisen tiedon hakuprosessi	30
5.3	Aineiston keruu ja sisällönanalyysi	30
5.4	Prosessikuvaus	31
5.5	Tulosten analysointi	34
5.5.1	Lastenpoliklinikoiden toiminnan kartoittaminen kyselykaavaketta avuksi käyttäen	34
5.5.2	Kohdepoliklinikan sairaanhoitajien haastattelu	39
6	Vastaanottoprosessin kehittäminen tutkimustuloksia hyödyntäen	41
6.1	Ennen vastaanottoa	44
6.2	Lääkärin vastaanoton jälkeen	45
6.2.1	Välitön potilastyö	45
6.2.2	Välillinen potilastyö	46
6.3	Muu potilastyö	46

6.4	Muut muutokset poliklinikan toiminnassa	47
7	Kohdepoliklinikan sairaanhoitajien kokemuksia uudesta toimintamallista	48
8	Pohdinta	50
8.1	Opinnäytetyön eettisyys	50
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus	51
8.3	Opinnäytetyön käytettävyys	54
8.4	Tulosten ja opinnäytetyöprosessin pohdinta	54
8.5	Jatkokehittämissuhteita	57
	Lähteet	1

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake: Lastenpoliklinikoiden toiminnan kartoittaminen

Liite 2. Kyselylomake: Lohjan lastenpoliklinikan sairaanhoitajat

Liite 3. Somaattisten erikoisalojen käyntityypit ja avohoitotuotteet

Liite 4. Uuden vastaanottoprosessin mallinnus

Liite 5. Opinnäytetyön prosessipäiväkirja

Liite 6. Päivä- ja viikkorytmin ehdotus

1 Johdanto

Viime vuosina polikliinisen hoitotyön merkitys on kasvanut hoitoaikojen lyhenemisen myötä. Samalla asiakkaiden vaatimukset ja tietoisuus omasta hoidostaan muuttuu ja he odottavat saavansa palvelua nopeasti ja tehokkaasti. Tämä asettaa yksiköt tarkastelemaan omaa toimintaansa uudesta näkökulmasta, jotta palvelu vastaisi mahdollisimman hyvin asiakkaiden odotuksiin. Muutokset tulisi kuitenkin tehdä niin, etteivät kustannukset liiaksi nouse tai palvelun laatu kärsi. Suunnitteilla olevat SOTE -muutokset vaikuttavat osaltaan yksiköiden kilpailuasetelmaan. Asiakkailla on yhä paremmat mahdollisuudet valita hoitopaikakseen yksikkö, jonka toiminnan he kokevat laadukkaimmaksi. Yksityisen sektorin mukaan tuleminen kilpailuun aiheuttaa paineita myös julkiselle sektorille. Asiakkaat haluavat vastinetta rahalleen. Myös hoitohenkilöstö on tunnistanut ongelmat SOTE-muutosten ympärillä. Ongelmiksi on tunnistettu muun muassa yhtenäisten käytäntöjen muodostaminen, asiakaslähtöisyyden huomiointi sekä palvelujen saatavuuden ja tasa-arpuisuuden turvaaminen. (Holopainen – Korhonen – Korhonen 2016.) Juuri tämä on ollut yksi lähtökohta tämän opinnäytetyön taustalla.

Työ poliklinikalla on moniammatillista. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaiden hoitoon osallistuu usean eri ammattiryhmän edustajia. Jotta työ sujuisi joustavasti, on vastuunjako poliklinikalla oltava kaikille selvä. Näin vältetään päällekkäiseltä työltä ja toiminta on kustannustehokasta ja laadukasta. Työnjakoa on tutkittu eri näkökulmista ja sen perusteella on pyritty selkeyttämään eri ammattiryhmien vastuuta potilastyössä. Näin saadaan myös turvattua potilaiden oikea-aikainen hoitoon pääsy ja henkilöstön riittävyys, mikä taas on omiaan lisäämään potilasturvallisuutta. (Kärkkäinen – Tuominen – Seppälä – Karvonen 2003; Lindström 2003; Hukkanen – Vallimies-Patomäki 2005; Kärkkäinen – Tuominen – Seppälä – Karvonen 2006; Lavander 2017.)

Sairaanhoitajan työ lastenpoliklinikalla on suurimmaksi osaksi ohjaamista. Ohjattavia vastaanotolla on aina vähintään kaksi: potilaana oleva lapsi ja hänen saattajansa. Tämä luo sairaanhoitajan antamalle ohjaukselle oman erityispiirteensä. Ohjaus tulisi ensisijaisesti antaa asiakkaana olevalle lapselle itselleen, mutta on varmistettava, että myös saattaja ymmärtää asian. Näin taataan omahoidon tuki myös kotona. Ohjaamisen lisäksi sairaanhoitajalla on poliklinikalla paljon välillistä potilastyötä, joka tapahtuu ennen tai jälkeen vastaanoton. Välillinenkin potilastyö koskee toki potilaan hoitoa, mutta on pitkälti

sellaista työtä, jonka voisi suorittaa myös osastosihteeri. Tällaista ovat esimerkiksi tutkimusten tilaaminen tai aikojen varaaminen.

Erään HUS-alueen sairaalan lastenpoliklinikalla vastaanottoprosessia on pyritty vuosien varrella selkeyttämään useampaan otteeseen. Viime vuosina poliklinikan toiminta on huomattavasti laajentunut ja työnjaon tarkastelu on tullut yhä ajankohtaisemmaksi. Lisäksi poliklinikan toiminta yhdistettiin vuoden 2018 alusta osaksi HUS Lasten ja nuorten sairauksien tulosyksikköä. Jotta toiminta tämän tulosyksikön sisällä olisi jokaisessa hoitopaikassa yhtä laadukasta, tulisivat myös toimintamallit olla mahdollisimman yhtenevät. Tämä loikin pohjan tutkimuskysymykselle tässä työssä. Yhteneväisyyden tulisi ulottua kaikkialle vastaanottoiminnassa: toimintatapaan, käytettävissä oleviin hoito-ohjeisiin ja potilasoppaisiin sekä kirjaamiseen. Tässä työssä keskitytään kuitenkin vain yhden poliklinikan toimintatavan kehittämiseen. Lopullista tuotosta voidaan hyödyntää myös muissa vastaavanlaisissa yksiköissä niiltä osin, kuin se nähdään tarpeellisenä.

On todettu, että HUSin sisällä toiminnan tulisi olla mahdollisimman yhteneväistä, jotta henkilökunta voisi tarvittaessa siirtyä helpommin eri työyksiköiden välillä. Tämä vaatii eri tiimien välistä kommunikointia ja kehittämistä, jotta tällaisiin tuloksiin voidaan päästä. Tätä työtä tehdessä tekijä oli yhteydessä myös muiden lastenpoliklinikoiden työntekijöihin, jotka omalta osaltaan olivat olleet mukana kehittämässä omien yksiköidensä toimintaa. Yhdessä kommunikoiden, suunnitellen ja toimintatapojen yhtenäistämisen avulla voidaan luoda myös henkilökunnalle turvallinen ja motivoiva työilmapiiri (Kauppinen 2018).

Toimintaa voidaan kehittää eri tavoin. HUSissa on laajalti käytössä lean-filosofia toiminnan kehittämistä ohjaavana ajatteluna. Lean-ajattelussa tavoitteena on jatkuva toiminnan kehittäminen. Tavoitteena on, että toiminnan kehittämiseen osallistuvat juuri ne, jotka työtä tekevät. Yhdessä Aalto yliopiston kanssa onkin koulutettu lean-osaajia vuodesta 2014 lähtien. (HUS:n lean-koulutukset ja koulutukseen valitut, 2014.) Lean-filosofiaa on hyödynnetty myös tässä opinnäytetyössä.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Työn painopisteenä on työnjako polikliinisessä erikoissairaanhoidon yksikössä ja tässä nimenomaan sairaanhoitajan osuus. Työn teoreettisena lähtökohtana on selvittää poliklinikkatoiminnan erityispiirteitä, pohtia lapsen asemaa erikoissairaanhoidon asiakkaan sekä sairaanhoitajan työnkuvaa polikliinisessä hoitotyössä. Lisäksi teoreettisessa viitekehyksessä esitellään tutkimuksellista kehittämistyötä yhtenä opinnäytetyön toteutustyy- leistä sekä lean-filosofiaa osana toiminnan kehittämistä.

Teoreettista tutkimustietoa haettiin polikliinisestä sairaanhoidosta, työnjaosta, lastensai- raanhoidosta sekä ohjaamisesta polikliinisessä lastensairaanhoidossa. Pääpaino haussa oli löytää aiempia tutkimuksia nimenomaan vastaanotto-prosessin etenemisestä ja eri ammattiryhmien vastuunjaosta sen eri vaiheista. Hakuja suoritettiin useasta eri tie- tokannasta. Tärkeimpinä hakukantoina mainittakoon Cinahl, PubMed sekä Medic. Ha- kusanoina käytettiin muun muassa polikliin*, työnjak*, ambulator*, pediatric AND nurs*, nurses role AND outpatient. Aineiston haku rajattiin viimeiseen kymmeneen vuoteen (2008-2018) sekä kokotekstiin. Kieleksi hyväksyttiin joko suomi tai englanti. Myöhemmin hakukriteereistä poistettiin vielä kokoteksti, mutta tämä ei tuonut hakutuloksiin lisäarvoa. Hakutulosten määriä eri tietokannoista esitellään taulukossa 1. Työn edetessä haettiin lisäksi tietoa leanista terveydenhuollossa.

	Hakusanat	Hakutulos	Luettu vähintään abstraktitasolla
CINAHL	Ambulator* AND nurs*	1197	3
	Ambulator* AND Pediatr* AND nurs*	365	9
	Nurses role AND outpatient AND pediatr*	17	2
	Työnja*	0	0
	Polikliin*	0	0
Pub- Med	Ambulator* AND nurs*	4058	2
	Ambulator* AND pediatr* AND nurs*	296	8
Medic	Polikliin*	17	2
	Polikliin* AND työnj*	0	0
	Polikliin* AND last*	2	0

Taulukko 1. Esimerkki hakuprosessista ja hakutuloksista

Polikliinisen lasten sairaanhoidon näkökulmasta hakutulokset jäivät suppeaksi. Tutkittu aineisto keskittyi yleensä yhteen suppeaan erikoisalaan, yleensä kirurgiseen, päivystyk- selliseen tai onkologiseen lasten sairaanhoitoon. Usein tutkimuskohteena oli poliklinikan

sijaan osastotoiminta. Tästä aineistosta saatua tietoa ei sellaisenaan kykene hyödyntämään tässä kehittämistyössä, mutta teoreettista taustaa voidaan kuitenkin osin soveltaa käytäntöön myös poliklinikatyössä. Lapsipotilaan ohjaamisesta ja ohjauksen vaikutuksesta on sen sijaan tutkittu eri näkökulmista. Frisch, Johnson, Timmons ja Weatherford (2010) muun muassa selvittivät kirjallisuuskatsauksen avulla mitkä ovat eniten lapselle ja perheelle ahdistusta aiheuttavat tekijät valmistauduttaessa kirurgiseen toimenpiteeseen ja mikä merkitys on annetulla opastuksella ja sen toteutustavalla ennen toimenpidettä. Gillette, Rockich-Winston, Flesher ja Shepherd (2016) puolestaan tutkivat, mikä vaikutus on astmalääkkeen ottotekniikan testaamisella hoidon toteutumisessa. Näissä molemmissa tutkimuksissa aihetta pohdittiin pitkälti sairaanhoitajan näkökulmasta. Taulukossa 2 esitellään osa teoreettisessa viitekehyksessä käytetyistä tutkimuksista.

Tutkimuksen tekijät, vuosiluku ja maa	Tutkimuksen tavoite	Aineisto ja menetelmät	Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset
<p>Frisch, Ashley M. – Johnson, Arlene – Timmons, Shirley – Weatherford, Carol 2010:</p> <p>Nurse practitioner role in preparing families for pediatric outpatient surgery</p>	<p>1) Kuvata päiväkirurgisen toimenpiteen vaikutuksia perheisiin ja lapsiin, 2) kuvata erilaisia menetelmiä ja niiden vaikutuksia päiväkirurgiseen lapseen ja perheisiin, 3) selvittää vanhempien tyytyväisyyttä nykyisiin menetelmiin, 4) arvioida ammattilaisen roolia pre-operatiivisessa valmistautumisessa</p>	<p>Tutkimuksia aiheesta aikaväliltä 1998-2006. Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Sairaanhoitajan toiminnalla selkeästi ahdistusta vähentävä vaikutus lapsen ja perheen valmistuessa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Tutkimuksessa vertailtiin myös keinoja, joita hoitaja voi hyödyntää eri ikäisten lasten kanssa. Lisäksi raportoitiin vanhempien tyytyväisyyttä nykyisiin menetelmiin.</p>
<p>Gillette, Chris - Rockich-Winston, Nicole - Kuhn, JoBeth A. - Flesher, Susan - Shepherd, Meagan. 2016:</p> <p>Inhaler Technique in Children With Asthma: A Systematic Review</p>	<p>1) Selvittää mikä on oikean lääkkeenotto-tekniikan prevalenssi astmaatikkolasten keskuudessa, 2) parantaako ohjattu lääkkeenottotekniikan harjoittelu inhalaatiotekniikkaa, 3) onko parantuneella inhalaatiotekniikalla vaikutusta astman hoidon paranemiseen</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. Tutkijat löysivät aiheesta 98 eri tutkimusta, joista valikoitiin tarkemmin analysoitavaksi 28 tutkimusta. Tutkimukset analysoitiin kvalitatiivisesti eikä niistä kerätty muuta dataa.</p>	<p>1) Lasten astmalääkkeen inhalaatiotekniikan todettiin olevan yleisesti huono. Todettiin, että perheet ja lapset itse tarvitsevat ohjausta lääkkeen oikeaan ottotapaan. 2) Tutkimusten perusteella myös todettiin ohjauksen parantavan lääkkeenottotekniikkaa. 3) Sen sijaan tutkimuksia siitä, miten inhalaatiotekniikan paraneminen vaikuttaa astman hoidon yleiseen paranemiseen, ei ollut riittävästi näyttöä.</p>

<p>Lavander, Päivi 2017:</p> <p>Nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden työnjako yliopistosairaalan muuttuvassa toimintaympäristössä.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja analysoida työnjakoa somaattisella aikuispoliklinikalla työskentelevien ammattilaisten kesken sekä pohdita mahdollisia haasteita ja esteitä työnjaon kehittämisessä.</p>	<p>Lähestymistapa oli monimenetelmäinen. Tätä valintaa tuki ilmiön kompleksisuus, sillä tutkija koki, ettei yhtä tutkimusmenetelmää käyttämällä olisi saatu vastauksia. Menetelmiä olivat kirjallisuuskatsaus (N=16) sekä taustatutkimus (N=1989). Aineisto analysoitiin tutkimusmenetelmästä riippuen käyttäen joko narratiivista, tilastollista tai sisällönanalyysiä.</p>	<p>Tulokset raportoitiin eri ammattiryhmien perusteella. Muun muassa sairaanhoitajien todettiin hoitotyön lisäksi tekevän paljon ei-hoidollista työtä. Työnjako yleisesti koettiin epäselväksi. Haasteeksi koettiin esimiesten taholta selkeiden tehtävänkuvien luominen, työnjaon rajapinta sekä asenteet työnjaon muuttamiseksi. Myös eri aikakausien erilainen koulutus hankaloitti työnjakoa.</p>
<p>Virtanen, Tuija 2010:</p> <p>Polikliinisen hoitotyön autonomia ja sitä edistävät tekijät.</p>	<p>Tavoitteena 1) kuvata sairaanhoitajien käsitystä hoitotyön autonomiasta ja sitä edistävästä tekijöistä polikliinisessä toiminnassa 2) saada tietoa työn autonomiasta ilmiönä sekä 3) tuottaa johdolle tietoa tekijöistä, jotka tukevat ja edistävät sairaanhoitajien käsityksen mukaan autonomiaa hoitotyössä.</p>	<p>Haastattelututkimus (N=7). Haastateltavat työskentelivät yliopistosairaalan somaattisella ajanvarauspoliklinikalla. Haastattelumateriaalin analysointiin käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.</p>	<p>Sairaanhoitajat kuvasivat autonomiaa paitsi oikeutena, myös välttämättömyytenä tehdä potilaan hoitoon liittyviä itsenäisiä päätöksiä. Autonomia tuo myös vastuuta. Kokemus ja ammattitaito auttavat päätöksenteossa ja rajojen tiedostamisessa. Sairaanhoitajat kokevat autonomian lisäävän arvostusta, mutta toivoivat saavansa rakentavaa palautetta sekä läsnäoloa lähiesimieheltä.</p>

Taulukko 2. Esimerkkejä opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käytetyistä tutkimuksista

Itse vastaanottoprosessia lasten sairaanhoidon näkökulmasta ei ollut tutkittu juuri lainkaan. HUSissa vastaanottoprosessin kehittämisen tärkeys on huomattu ja lastenpoliklinikan vastuunjako on lähdetty kehittämään esimerkiksi Taitava hoitaja –koulutukseen liittyvässä kehittämistehtävässä (Kauppinen 2018).

2.1 Polikliininen hoitotyö

Käytettäessä sanaa *poliklinikka* tai *polikliininen* tarkoitetaan vastaanotto- tai tutkimuspaikkaa, joka toimii sairaalan yhteydessä (Kielitoimisto). Poliklinikasta käytetään usein

myös käsitettä avohoito. NordDRG-oppaan suoritekäsikirjan määritelmän mukaan avohoito on palvelua, jonka antamiseen ei liity ympärivuorokautista ja yhtäjaksoista hoitovastuuta (NordDRG-opas 2017: 31). Poliklinikoilla työskentelee moniammatillinen työyhteisö. Moniammatillinen tiimi koostuu eri ammattiryhmien edustajista (Kielitoimisto), joiden yhteisenä tavoitteena on tukea potilasta hänen selviytymisessään terveysongelmansa kanssa.

American Academy of Ambulatory Care Nursing eli AAACN on määritellyt polikliiniseen hoitotyölle ja -hoitajalle mallin, jota tarkasteltiin viimeksi vuonna 2017. Sen mukaan polikliininen hoitotyö on monimutkaista ja monitahoista toimintaa, joka sisältää sekä itsenäistä työtä että tiimityötä. Polikliinisen sairaanhoitajan työ on näyttöön perustuvaa hoitamista, joka kattaa ihmisen koko elinkaaren. Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa, että se perustuu parhaaseen mahdolliseen saatavilla olevaan tietoon. Sairaanhoitajan tehtävänä on toimia yhteistyössä asiakkaan ja moniammatillisen työyhteisön välillä potilaan parhaaksi. Polikliininen sairaanhoitaja tukee asiakasta ja alati kasvavaa monipuolista väestöä laadukkaalla, asiakasystävällisellä sekä taloudellisella toiminnalla terveyden eri osa-alueilla. (Holopainen – Juntila – Jylhä – Korhonen – Seppänen 2013: 15; AAACN Position statement 2017.)

HUS määrittelee hoitotyön ydintehtäväksi potilaan hoitamisen. Tähän hoitamiseen kuuluu niin hoidon tarpeen määrittely kuin myös suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi. Hoitolliset päätökset perustuvat kriittisesti arvioituun kokemukseen ja tutkittuun tietoon sekä potilaan näkemykseen. (Hoitotyön vuosikertomus 2017: 16.) HUS on kehittänyt hoitohenkilökunnalle ammattiuramallin mukaista osaamista tukevan koulutuksen, Taitava hoitaja -koulutuksen. Ammattiuramallin eli AURAn tarkoitus on antaa sairaanhoitajalle työvälineet kehittämään omaa osaamistaan yksilöllisesti perehtyvistä aina asiantuntijaksi asti. (AURA Ammattiura sairaanhoitajana.) Lisäksi jokaiselta potilastyössä olevalta sairaanhoitajalta vaaditaan viiden vuoden välein päivitettävä iv-koulutus, joka antaa oikeuden suonensisäiseen lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon sekä epiduraaliseen lääkehoitoon toteuttamiseen. Tällä varmistetaan laadukas ja turvallinen potilaan lääkehoito. (Hoitotyön vuosikertomus 2017: 12, Johtajaylilääkärin ohje 2/2017.)

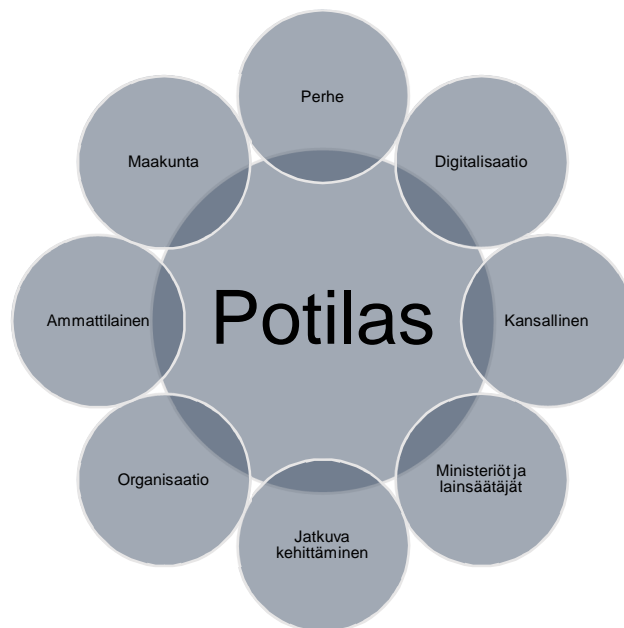
2.2 Sairaanhoidajan työ polikliinisessä hoitotyössä

Polikliininen hoitotyö poikkeaa osastolla tapahtuvasta hoitotyöstä merkittävästi. Suurin ero on potilaskontaktien pituudessa. Ajanvarauspoliklinikalle potilas tulee sovittuna aikana tietyn vaivan vuoksi. Ajanvarauspolilinikat ovat yleensä yhteen tiettyyn erikoisalaan erikoistuneita yksiköitä. Tämä määrittelee jo tulovaiheessa sen, mitä vastaanotto suunnilleen tulee sisältämään. Sairaanhoidajan osuus poliklinikalla rajoittuu lääkärin vastaanottojen yhteydessä lähinnä tulotilanteeseen ja lähtötilanteeseen. Tiettyihin sairausryhmiin kuuluu usein tiettyjä rutiinitutkimuksia, jotka sairaanhoitaja tekee ennen lääkärin vastaanottoa (esimerkiksi pituuden ja painon mittaaminen). Lisäksi poliklinikoilla on itsenäisiä hoitajavastaanottoja, joiden tarkoituksena on seurata sovittujen tavoitteiden toteuttamista, ohjata päivittäisessä elämässä selviytymisessä ja joissakin kohteissa tehdä pieniä toimenpiteitä. Tällaiset hoitajavastaanotot ovat yleisiä sellaisissa pitkäaikaissairauksissa, joissa seurannalla on suuri merkitys mutta jotka eivät välttämättä vaadi aina lääkärin vastaanottoa. Esimerkkinä voidaan mainita diabeetikkojen omahoidon toteutumisen seuranta. Välittömän potilastyön, kuten ennen lääkärin vastaanottoa tehtävien toimenpiteiden tai ohjaamisen lisäksi tärkeä osa sairaanhoidajan työtä on kirjaaminen. Kirjaamisen tarkoituksena on edistää hoidon jatkuvuutta palvelemalla hoidon suunnittelua ja toteuttamista. Lisäksi se varmistaa potilaan oikeusturvaa sekä mahdollistaa tietojen vaihtamisen eri hoitavien tahojen välillä. Kirjaamiselle on kansallisesti pyritty laatimaan minimikriteeristö, jota tulisi noudattaa hyvän hoidon toteutumiseksi. (toim. Nykänen – Junttila 2012: 15-16.) Tämän lisäksi eri yksiköillä voi olla omia kriteereitä, joita he käyttävät kirjaamisessa.

HUSissa on viime aikoina panostettu yhä enemmän polikliinisen hoitotyön kehittämiseen. Jaana Kassinen toteutti vuonna 2017 työryhmineen projektin, jonka tarkoituksena oli selvittää polikliinisen sairaanhoidajan työn ydinkompetenssit. Kyselyyn vastasi 142 poliklinikalla työskentelevää sairaanhoitajaa. Projektin tuotoksena luotiin kuusi hoitotyön keskeistä osaamisaluetta. Nämä osaamisalueet ovat: potilaskeskeinen hoitotyö, kliininen osaaminen, potilaan ja läheisen ohjaaminen, yhteistyöosaaminen, näyttöön perustuva toiminta ja turvallisuusosaaminen. Näiden osa-alueiden alle projektiryhmä kokosi vastausten perusteella kuvauksen sairaanhoidajan osuudesta eri osaamisalueissa. (Kassinen 2017.)

2.2.1 Potilas- ja perhekeskeinen hoitotyö

Hoitotyötä toteutetaan yhteistyössä moniammatillisen tiimin ja potilaan kanssa. Potilaskeskeisessä hoitotyössä pääpaino on potilaan tarpeissa. Sairaanhoidajan tulee hoitoa suunnitella huomioida myös potilaan ja hänen läheisensä merkitys (Kassinen 2017). Potilaskeskeisessä hoitotyössä potilas on ikään kuin osa moniammatillista tiimiä, jolloin hän pääsee itse vaikuttamaan niin hoitonsa suunnitteluun kuin toteutukseen. Potilaskeskeisen toiminnan toteutuminen vaatii molemminpuolista luottamusta.



Kuvio 1. Potilaan hoidon ympärillä vaikuttavat näkökulmat (Mukaiillen lähde Potilas toiminnan keskiössä, HUS Intranet)

HUS määrittelee toimintaansa siten, että keskiössä on aina potilas. Potilaan näkökulma vaikuttaa kaikessa hänen hoidossaan, niin suunnitelmassa kuin toteutuksessa. Lisäksi ympärillä on monia muita vaikuttavia näkökulmia (kuvio 1).

Lasten etua sairaanhoidossa seuraa muun muassa Suomen NOBAB, Nordisk förening för sjuka barns behov. NOBAB on yhdistys, jonka toiminnan lähtökohtana ovat eri ammattilaisten ja vanhempien yhteistyössä laatimat lasten sairaanhoidon standardit. Nämä standardit nojaavat YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen. Ja niiden tarkoituksena on turvata lasten hyvä, turvallinen ja laadukas hoito. (Suomen NOBAB – NOBAB i Finland.)

Lasten sairaanhoidossa toteutetaan perhekeskeistä hoitotyötä, sillä lapsi on aina osa suurempaa kokonaisuutta, perhettä. Tässä koko perhe lapsi mukaan lukien otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Perhekeskeinen hoitotyö otettiin käyttöön pediatriisessa hoitotyössä vuonna 2003. Siinä kommunikaatiotaidoilla, yhteistyön luomisella ja neuvottelutaidoilla on suuri merkitys. Näiden puutteellisuuden onkin koettu olevan suuri este perhekeskeisyyden toteutumisessa. (James – Nelson – Ashwill 2013: 23.) Vuonna 2015 esittelivät Jocelyne Tourigny ja Julie Chartrand uuden mallin polikliinisen hoidon toteuttamiseksi. Uuden mallin tarkoituksena oli panostaa enemmän perheiden toiveisiin, voimavaroihin ja kykyihin toimia terveysongelman kanssa. Neuvottelemalla ja ohjaamalla perhettä nämä osa-alueet huomioiden, voidaan hoito ja ohjaaminen räätälöidä yksilöllisesti kunkin potilaan kohdalla. (Tourigny – Chartrand 2015: 113-114.)

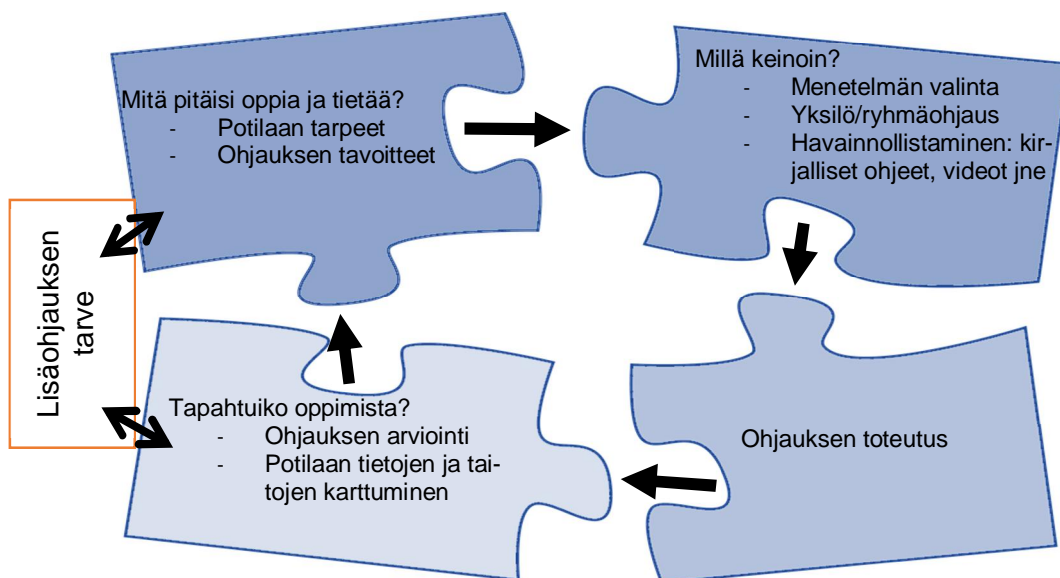
2.2.2 Potilasohjaus polikliinisessä hoitotyössä

Potilasohjaus on yksi hoitotyön auttamismenetelmistä. Ohjaamisen perustana toimivat lainsäädäntö, etiikka ja toimintaa ohjaavat suositukset. Tärkeintä on, että ohjauksessa kunnioitetaan asiakkaan ihmisarvoa, yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta sekä vakaumusta. Ohjaus on aina toteutettava asiakkaan suostumuksella. Ohjaamista säätelevät terveydenhuollon eettiset periaatteet. Nämä periaatteet on määritellyt valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta eli ETENE. Periaatteet ohjaavat kaikkea toimintaa näillä aloilla, myös potilasohjausta. Nämä kuusi periaatetta luovat perustan toimivalle ohjaustilanteelle. Ohjaus perustuu näiden eettisten periaatteiden mukaan yhteistyöhön ja keskinäiseen arvonantoon, oikeudenmukaisuuteen, itsemääräämisoikeuteen sekä ihmisarvon kunnioittamiseen. Näiden lisäksi toimintaa ohjaa asiakkaan oikeus hyvään hoitoon, sairaanhoitajan hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri. (Eloranta – Virkki 2011: 11-14.)

Potilasohjauksen, kuten kaiken muunkin toiminnan terveydenhuollossa, tulisi perustua tuoreimpaan ja tasokkaimpaan tietoon, mitä käytettävissä on. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi potilasohjauksessa ohjauksen tulisi olla näyttöön perustuvaa, jolloin hoitotyön toimintaa ohjaavat laadukkaasta tutkimustiedosta ja toimintanäytöstä saadut tiedot. Näyttöön perustuvan toiminnan tarkoituksena on karsia pois vanhentuneet, mahdollisesti jopa haitalliset käytänteet ja ohjeet. Säännöllisellä toiminnan kehittämällä ja hoitosuositusten tarkistamisella voidaan myös vaikuttaa terveydenhuoltomenojen taloudelliseen

puoleen. Hoitosuosituksen tarkastelu saa useimmiten alkunsa siitä, että aiemmat käytännöt ovat olleet eri yksiköissä hyvin vaihtelevia, toimintatavat ovat vanhentuneet, uudemmaa tutkimustietoa on riittävästi saatavilla tai haittatapahtumien määrä tietyssä hoidon vaiheessa on kenties kasvanut poikkeuksellisen paljon. (Kinnunen – Tervo-Heikkinen – Hynninen – Seppänen – Iivanainen – Ahtiala – Holopainen 2017; 170-171.)

Potilasohjaus on sairaanhoitajan työssä suunnitelmallinen prosessi, jonka tarkoituksena on turvata asiakkaan hoitoon sitoutuminen ja hoidon jatkuvuus myös hänen arjessaan. Ohjaustilannetta voidaan kuvata oppimisprosessina. Sitä ohjaa prosessi, jonka vaiheita ovat motivoituminen, orientoituminen, sisäistäminen, ulkoistaminen ja arviointi. Jokainen osa-alue on tärkeä osa oppimisprosessia, jonka päämääränä on saada asiakas oman terveytensä näkökulmasta oppimaan uutta, syventämään aiemmin opittua tai oppimaan pois huonosta toimintamallista. (Eloranta – Virkki 2011: 25-29.) Potilasohjausta voidaan kuvata palapelinä (kuvio 2), jossa ohjauksen toteuttaminen ja sen vaikuttavuuden arviointi perustuvat eri osa-alueiden hallintaan. Sairaanhoitajan tulisi huomioida potilas yksilönä ja aistia hänen olemuksestaan se, millä tyylillä juuri tämä potilas oppii omaa hoitoaan. Lopuksi hoitajan tulisi vielä arvioida miten juuri tämä potilas kykeni vastaanottamaan ohjauksen, oppiko hän jotakin uutta, tarvitseeko hän kenties kertausta ja jos niin millä aikavälillä. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 26-29.)



Kuvio 2. Potilasohjauksen palapeli (mukailtu teoksesta *Potilasohjeet ymmärrettäviksi: opas potilasohjeiden tekijöille*)

Toimiakseen ohjaus vaatii sairaanhoitajalta ennen kaikkea kommunikointitaitoja. Ohjauksessa sairaanhoitajan tulee antaa luotettava, kunnioittava ja huolehtiva kuva itsestään. Myös sairaanhoitajan persoonallisuus vaikuttaa selkeästi ohjaustilanteen onnistumiseen. Jotta ohjaus on laadukasta, vaatii se toimiakseen asianmukaisia resursseja. Tärkeimmät näistä ovat hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet, aika sekä henkilöstömitoitus. Myös ympäröivällä tilalla on todettu olevan vaikutusta potilasohjauksen laatuun. Ohjausmateriaalin tulee olla laadukasta ja selkeästi ymmärrettävää. Ohjeita kehitettäessä on muistettava huomioida, kenelle asiakirja laaditaan ja mitä hän annetusta materiaalista haluaa saada selville. On siis huomioitava, onko tarkoituksena antaa kotihoito-ohjeita, ohjeita tutkimukseen valmistautumisesta vai tietoa jostakin sairaudesta ja sen vaikutuksesta arkipäivän elämään. HUSissa on julkaistu johtajaylilääkäriin ohje, jossa kerrotaan hyvän potilas- ja hoito-ohjeen laadinnassa huomioon otettavia asioita. Tässä ohjeessa määritellään mitä erilaisia asiakirjoja tehtäessä on otettava huomioon, kuten tuleeko ohje potilaalle vai henkilökunnalle, kuka on vastuussa ohjeen sisällön oikeellisuudesta ja päivittämisestä sekä miten asiakirja arkistoidaan. (James – Nelson – Ashwill 2013: 37, Kääriäinen 2007: 121, Torkkola ym 2002: 30, 35-36: JYL 4/2018.)

Perinteisen ohjaamisen rinnalle ovat nousseet sähköiset potilaspalvelut. Osana tätä on myös sähköinen potilasohjaus. Sähköinen ohjausmateriaali voi olla kirjoitettua tekstiä tai esimerkiksi videoita, joissa esitellään lääkkeenottotekniikkaa, tutkimukseen valmistautumista tai muita toimenpiteitä. Koska potilasohjaukseen käytettävä aika on poliklinikalla rajallinen, ovat nämä ohjausvideot usein sisällöltään laajempia, kuin mitä vastaanoton yhteydessä ehditään käsittelemään. Digitaalisen materiaalin käyttöön on viime aikoina alettu panostamaan yhä enemmän. Tämän tyyppisen materiaalin käytön ei tarvitse olla vain kotona tapahtuvaa, vaan sitä voitaisiin hyödyntää myös yksikössä, jolloin printattavan materiaalin määrä vähenee selkeästi. Luettavan ja katseltavan materiaalin lisäksi on kehitetty erilaisia pelejä tukemaan omahoidon oppimista ja oman terveysongelman käsittelemistä. Virtuaalisairaala 2.0 tarjoaa erikoissairaanhoidon ja potilaiden yhdessä kehittämän palvelun, Terveyskylän. Se tarjoaa runsaasti oppaita, ohjeita ja välineitä niin omahoitoon kuin pitkäaikaissairauksista selviytymiseen. Osana tätä palvelua on myös ammattilaisosio, josta sairaanhoitajat voivat hakea ajantasaisia potilasohjeita ohjauksen tueksi. (Mikä on terveyskylä.fi.)

Ohjauksessa on otettava huomioon myös vastaanottavan tahon käytettävissä olevat resurssit ja voimavarat. Oppimiseen vaikuttavat muun muassa ikä ja kehitystaso mutta myös aikaisemmat sairaudet sekä hoitokokemukset. Näillä saattaa olla vahva vaikutus

potilaan motivaatioon, tietoihin, taitoihin sekä asenteisiin ohjauksen suhteen. Selkeimmin etenkin iän ja kehitystason merkityksen huomaa lasten kohdalla. Lasten ohjauksessa perhe on aina mukana, mutta silti tulee muistaa, että ohjattavana on ensisijaisesti lapsi, ei vanhemmat. Nuoresta iästään huolimatta lapsi on ohjauksen keskiössä ja ohjaavan osapuolen on kyettävä arvioimaan mitä ohjauksessa voi antaa lapsen vastuulle ja mitä muulle perheelle. Nuorten kohdalla on huomioitava, että nuori haluaa usein itse olla mukana häntä koskevassa päätöksenteossa, jolloin ohjaus on tehtävä yhteisymmärryksessä hänen ja hänen vanhempiansa kanssa. Lapselle on tärkeää, että hänelle kerrotaan rehellisesti mitä on tulossa. (Eloranta – Virkki 2011: 60-61, Torkkola ym. 2002: 30-32.)

Lapsen kykyyn oppia omahoitoon liittyviä taitoja riippuu pitkälti hänen kehitystasonsa vaiheesta. Näin ollen myös ohjauksessa on huomioitava tämä kehitystaso ja edettävä myös ohjauksessa sen mukaan. Vanhemmat saattavat joskus arvioida lapsensa kyvyt omahoitoon huomattavasti vähäisemmiksi kuin mitä ne todellisuudessa ovat. Sairaanhoidajan tehtävänä on kannustaa vanhempia luottamaan lapsen taitoihin ja ohjata heitä toimimaan lasta tukien. (Betz 2000: 206.) Myös perheillä itsellään on odotuksia siitä, miten hoitaja tukee lasta ja perhettä terveydenhuollossa (Hopia - Tomlinson – Paavilainen – Åstedt-Kurki 2005.) Nuorimmille lapsille ohjauksessa tärkeintä on turvallisuus ja hyvänolontunteen luominen. Heidät voidaan ottaa mukaan omahoitoon, mutta on muistettava, että aktiivisuus osallistumiseen on vaihtelevaa. Sen sijaan vanhemmille lapsille taitojen opettaminen on tärkeää, sillä itsenäistyminen tuo myös vastuuta. Juuri näiden asioiden huomioimisessa sairaanhoitajat ovat myös kokeneet tarvitsevansa lisää opetusta. (Sy 2016: 248.) Tutkimusten mukaan ohjauksella ja sen oikea-aikaisuudella on suuri merkitys päivittäisen omahoidon toteuttamisessa. Muun muassa astmalasten inhalaatiotekniikan tarkastaminen riittävän usein takaa onnistuneemman lääkehoidon (Gillette ym. 2016).

Ohjauksen tarkoituksena on välittää asiakkaalle tietoa sairauksista, niiden hoitamisesta sekä auttaa asiakasta selviytymään päivittäisessä elämässään ja tukea häntä omahoidossa. On kuitenkin todettu, että sairaanhoitajat tekevät poliklinikoilla myös paljon sihteerin työtehtäviä kuten ajanvarausta tai erilaisten tutkimusten tilaamista. Toisin sanoen paljon sellaista työtä, joka liittyy potilaaseen vain välillisesti. (Virtanen 2010: 13-14.) Tutkimusten mukaan sairaanhoitaja käyttää potilasohjaukseen työpäivästään vain 15,5 minuuttia (Salminen 2010: 45). Asianmukaisella ja selkeällä työnjaolla voitaisiin potilasohjaukseen käyttää enemmän aikaa.

2.2.3 Kirjaaminen polikliinisessä hoitotyössä

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee asetuksessaan potilasasiakirjoista (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009) sen, kenellä on oikeus käsitellä tietoja ja miten. Aikaisemmin kirjaaminen oli hyvin narratiivista ja tapahtui erillisille hoitotyön kirjaamiseen laadituille paperisille asiakirjoille. Sittenkin kirjaamista on lähdetty kehittämään yhä enemmän luokitusten avulla tapahtuvaan eriteltyyn rakenteiseen kirjaamiseen. (Hyppönen - Vuokko – Doupi - Mäkelä-Bengs 2014: 60.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on toimittanut oppaan, joka käsittelee sähköisen potilaskertomuksen sisältöä ja käyttöä. Sen tarkoituksena on antaa ohjeet yhtenäiseen tietorakenteeseen, jonka tavoitteena on helpottaa sekä kirjaamista, että tiedon löytämistä kirjatusta tekstistä. Rakenteinen kirjaaminen helpottaa potilastekstien käsittelyä. Lisäksi kirjaamisella on selkeä vaikutus myös potilasturvallisuuteen. (Virkkunen – Mäkelä-Bengs – Vuokko 2015, Jylhä 2017.)

Kehittyvät potilastietojärjestelmät pyrkivät ohjaamaan sairaanhoitajien kirjaamista, jotta muun potilastyön ohella myös kirjaaminen olisi näyttöön perustuvaa ja laadukasta (Apotti 14.3.2018). Suomessa kirjaamisessa noudatetaan kansallisia säädöksiä. Säädösten mukaan kirjaamisessa tulisi huomioida ainakin seuraavat osa-alueet: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. HUSissa on luotu hoitotyön kirjaamisen asiantuntijaryhmän kesken näihin säädöksiin perustuvat kirjaamisen ohjeet, joita päivitetään tarpeen tullen. Kirjaamisen laatua seurataan vuosittain tapahtuvalla auditoinnilla. (Junttila – Heija – Konttinen – Kotavuopio - Leppänen - Paavilainen – Saloranta – Tuhkanen – Vahteri 2011.) On kuitenkin todettu, että nykyisin esimerkiksi HUSissa käytössä oleva rakenteisen kirjaamisen malli koetaan hankalaksi, eikä se sellaisenaan palvele moniammatillista henkilökuntaan. Muutosta siis kaivataan. Perusohjeena kuitenkin kirjaamisessa on, että siinä tulisi pyrkiä tiedon ajantasaisuuteen. Tulisi kirjata vain se, mikä on hoidon kannalta tarpeellista ja tiedon tulisi olla sellaista, mikä ei ole muista käytössä olevista järjestelmistä saatavissa. (Nykänen – Junttila 2012: 15, 24.) Lasten ja nuorten tulosityksikön sisällä kirjaamisen kehittämiseen on ottanut kantaa opinnäytetyössään Johanna Räsänen (2016), joka työnsä pohjalta kehitti kirjaamisen minimikriteeristön Jorvin sairaalan lastenpoliklinikalle.

Kirjaamista on kehitetty jo vuosia. HUS-alueella käyttöön otettu Apotti muuttaa kirjaamista yhä enemmän rakenteiseksi. Kirjaamisen pääpaino on valmiissa fraaseissa, jolloin

vapaan tekstin kirjoittaminen aiempaan verrattuna vähenee ja kirjaaminen tehostuu. Tämän rakenteisen kirjaamisen tarkoituksena on, että kerran kirjattua tietoa voidaan myöhemmin hyödyntää muissa potilaskertomuksen osissa, eikä niin sanottua tuplakirjaamista enää olisi. (Apotti verkostoinfo, henkilökohtainen muistiinpano 2018.)

2.3 Lapsi erikoissairaanhoidon asiakkaana

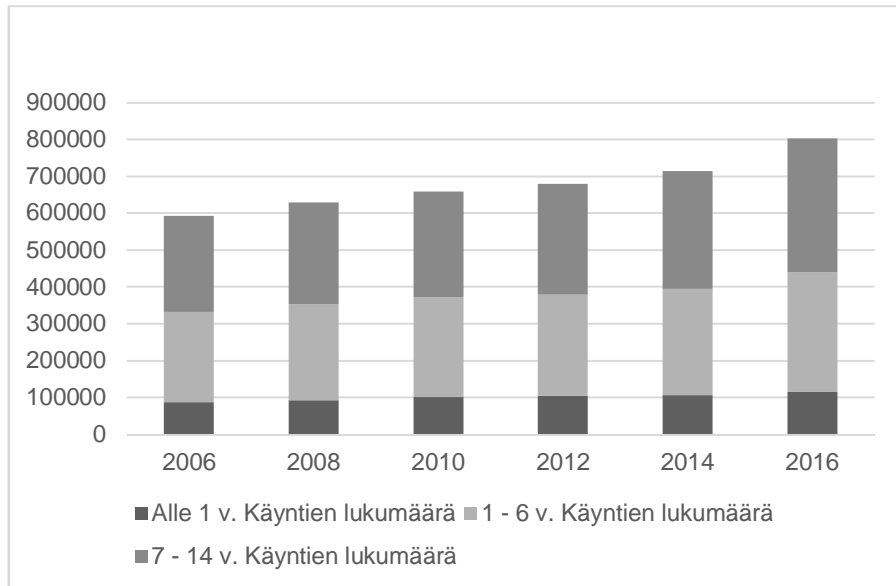
Terveystieteiden toimintaa ohjaavat erilaiset lait ja asetukset. Terveystieteiden pääkohteena on asiakas eli potilas. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) määrittelee, että potilas on terveyden- ja sairaanhoito- palveluja käyttävä tai niiden kohteena oleva henkilö. Lastenpoliklinikoiden asiakkaat ovat yleensä iältään 0-16 -vuotiaita. Samainen edellä mainittu laki määrittelee 7§:ssä alaikäisen lapsen asemaa seuraavasti:

Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 7§.)

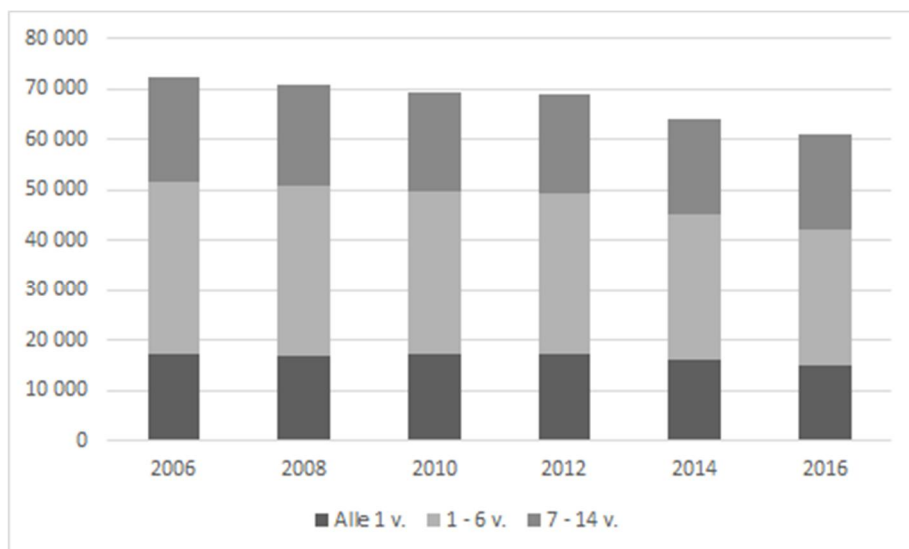
Lasten ja perheiden potilaskokemuksia on viime vuosina tutkittu yhä enenevässä määrin. Eri tutkimuksista saatuja tuloksia hyödynnetään niin lastensairaaloitten rakentamisessa kuin myös palvelujen suunnittelussa. Erilaisilla perheillä on toki erilaiset tarpeet ja odotukset sairaanhoidosta, mutta tulokset on voitu jakaa kolmeen eri osa-alueeseen. Nämä osa-alueet olivat fyysiset puitteet, lapsen ja perheen kohtaaminen sekä hoidon helppous ja järkevyyt. Saatuja tuloksia hyödyntämällä voidaan toimintoja jatkossa kehittää enemmän potilaslähtöiseksi, kun lapset ja nuoret ovat itse olleet mukana niitä kehittämässä. (Karisalmi – Kaipio – Lahdenne 2017, Kaipio – Stenhammar – Karisalmi – Immonen – Nieminen – Nieminen – Mannonen – Litovuo – Aarikka-Stenroos – Lahdenne 2018.)

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan vuonna 2016 erikoissairaanhoidon avohoidossa oli hiukan yli 250 000 potilasta (0-14-vuotiaat). Kuviossa 3 vertaillaan avohoitokäyntien määriä vuosien 2006 ja 2016 välisenä aikana.



Kuvio 3. Lastentautien avohoitokäynnit vuosina 2006-2016, 0-14-vuotiaat (lähde: THL tietokantaraportit 2016)

Tästä voidaan todeta, että etenkin kouluikäisten (7-14v) käyntien määrä on kasvanut jopa 12,5%. Osasyynä avohoitokäyntien määrän nousuun on hoitoaikojen lyheneminen. Tämä voidaan todeta, kun vertaillaan samalta ajalta vuodeosastopotilaiden määrien kehitystä samoissa ikäryhmissä (kuvio 4).



Kuvio 4. Vuodeosastohoidon potilaat vuosina 2006-2016, 0-14-vuotiaat (lähde: THL tietokantaraportit 2016)

Hoitoprosessit, jotka ennen vaativat yöpymistä sairaalassa, pyritään nykyään yhä useammin hoitamaan avohoidossa. Trendi on huomattavan nouseva, mikä merkitsee myös

kustannusten lisääntymistä avohoidossa. THL:n mukaan vuonna 2015 sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvoivat edeltävään vuoteen nähden jopa 1,2%. Tuolloin menojen yhteen laskettu määrä oli noin 19,8 miljardia euroa. Kuten kuviossa 3 voidaan nähdä, ovat lasten käyntienkin lukumäärät nousussa, mikä vaikuttanee tulevaisuudessa myös kasvaviin menoihin. (THL tilastoraportti 2016.)

Asiakkaaksi lapsi tulee erikoissairaanhoidon samalla tavalla kuin aikuinen. Sairaudet ovat pohjimmiltaan samanlaisia ja ne vaativat samanlaisia hoitoja. Hoidon toteuttaminen sen sijaan on erilaista. Taustalla vaikuttavat niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaaliset eroavaisuudet. Lapsi on aina osa suurempaa kokonaisuutta, perhettä. Lasten hoitotyössä keskiössä on kuitenkin aina nimenomaan lapsi. Lapsella on erilaiset odotukset ja ajatukset sairaanhoidosta. Tämä luo hoitotyöhön omat haasteensa. Lapsi ei välttämättä ensisijaisesti arvosta sitä, kuinka paljon sairaanhoitaja kertoo hänelle hänen sairaudestaan vaan ensisijaisesti hän kiinnittää huomiota hoitajan olemukseen. Hän kunnioittaa myös sitä, että häntä kohdellaan ensisijaisena asiakkaana, mutta toivoo myös vanhempien olevan osana hoitamista. Ohjauksessa lapset odottavat käytettävän enemmän heitä kiinnostavia ja innostavia ohjaustyylejä kuten pelillisyyttä tai leikkiä, jonka avulla he ymmärtävät sairauttaan ja sen hoitamista paremmin. (Pelander 2008: 86-87.)

2.4 Vastaanotto- ja palveluprosessi

Vastaanottoprosessiksi kutsutaan polkua, jonka asiakas kulkee ongelman toteamisen jälkeen. Samasta asiasta voidaan käyttää myös muita termejä, kuten palveluprosessi, palvelupolku tai vastaava. Englannin kielessä saatetaan käyttää esimerkiksi termiä service blueprint. Käytettiinpä mitä termiä tahansa, on tarkoituksena jäsentää prosessin eri vaiheet, avata niiden sisältö ja pohtia mikä on kenenkin vastuu eri prosessin vaiheissa. Prosessin vaiheet voidaan jakaa näkyviin ja ei-näkyviin toimintoihin. Näkyvät toiminnot ovat niitä, jotka tapahtuvat asiakkaan läsnä ollessa, kun taas ei-näkyvä toiminto tapahtuu asiakkaan näkymättömissä, ikään kuin taustalla. (Tuulaniemi 2011: 76-77.)

Poliklinikan vastaanottoprosessi etenee myös vaiheittain ja se saa yleensä alkunsa siitä, kun asiakas, hänen läheisensä tai joku muu huomaa ongelman. Asiakas hakeutuu tällöin joko perusterveydenhuoltoon tai yksityiselle lääkäriasemalle. Kun asiaan tai vaivaan ei näissä yksiköissä saada selvyttä, tehdään lähete erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon

hoidossa vastaanotetaan lähete, sille määritellään kiireellisyysluokka ja mahdolliset ennakkotutkimukset. Asiakkaalle lähetetään kutsu saapua vastaanotolle joko ennen tai jälkeen mahdollisten tutkimusten.

Perheen saapuessa vastaanotolle, on heillä olemassa ajatus siitä, mitä he vastaanotolta odottavat. Seinäjoen keskussairaalan lastenyksikössä muun muassa lähdettiin kehittämään vastaanotto-/tulotilannetta asiakastyytyväisyysmittausten perusteella. Tutkimuksessa pyydettiin perheitä asettamaan tärkeysjärjestykseen onnistuneeseen vastaanotto-/tulotilanteeseen vaikuttavat tekijät. Suurin osa vastaajista oli lasten vanhempia. Näissä kolmeksi tärkeimmiksi osa-alueiksi nimettiin tiedon saaminen lääkäriltä, tiedon saaminen hoitajalta ja henkilökunnan ammattitaito. Vähiten merkittäväksi koettiin fyysinen ympäristö/odotustila, etukäteistieto kutsukirjeessä sekä tulotilanteeseen käytetty aika hoitajalla. (Koski 2003.)

HUSissa ei ole yksittäistä käytössä olevaa mallia, joka ohjaisi polikliinisessä vastaanotto toiminnassa potilaalle tehtäviä toimintoja, vaan jokainen yksikkö on muokannut toimintamalliaan vuosien aikana itselleen sopivaan suuntaan. Lähtökohdiltaan toimintaa ohjaavat yksiköiden itse tekemät hyvän hoidon kriteerit. Yksikön hyvän hoidon kriteerit pohjautuvat HUSin arvoihin ja strategiaan, joiden tavoitteena on taata oikea-aikainen, tasarvoinen ja laadukas hoito kaikille. Hyvän eli optimaalisen hoidon kriteerit määritellään jokaisessa yksikössä erikseen. Niiden tarkoituksena on toimia apuvälineenä, kun sairaanhoitaja arvio omaa päivittäistä työtään. Optimaalisen hoitoisuuden mittarina käytetään PAONCIL-mittausta (the Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level), jolla tälle optimaaliselle hoitoisuudelle määritetään numeerinen arvo. Sairaanhoitaja arvioi jokaisen potilaskontaktin jälkeen toteutuneen hoitotyön kuormittavuutta suhteessa tähän optimiin. Mittaria tarkastetaan kahden vuoden välein tai aina, kun yksikön toiminta muuttuu merkittävästi. Hoitoisuusluokittelusta saatuja arvoja käytetään hyödyksi silloin, kun arvioidaan, onko yksikön hoitohenkilöstöressurssin suhteessa työn kuormittavuuteen sopivassa suhteessa. (Fagerholm 2014: 15-16.)

Tulevina vuosina vastaanottoprosessia kehitetään niin sanottuun front desk-malliin. Front desk –mallissa on neuvonta- ja ilmoittautumistiski sekä erilliset mittaushuoneet potilaiden mittaamiseen. Vastaanottohuoneissa tapahtuu vain välittömästi potilaaseen liittyvä toiminto, kuten tutkiminen sekä potilastekstin sanelu, ja kaikki muu toiminta, mukaan lukien kirjaaminen, tapahtuu niin sanotussa takatoimistossa. Pidemmät ohjaustilanteet, kokoukset ja neuvottelut tapahtuvat niille varatuissa neuvottelutiloissa. Tässä mallissa

myös erityistyöntekijät jalkautuvat poliklinikalle potilaan luokse. Näin pyritään maksimoimaan vastaanottohuoneiden käyttö. Samalla toiminta on asiakaslähtöisempi, kun palvelut tulevat potilaan luokse, eikä potilaan tarvitse siirtyä paikasta toiseen palvelujen perässä. Kyseinen malli otetaan käyttöön Uudessa lastensairaalassa, mutta siihen on siirrytty jo Lastenklinikan yleispediatrisella vastaanotolla. Lisäksi toimintaa kehitettiin tarkastelemalla sairaanhoitajien ja sihteereiden välistä työnjakoa sekä tekemällä siihen tarvittavia muutoksia. Tulevaisuudessa samanlainen toimintamalli pyritään laajentamaan HUS-tasoiseksi. (HUS tilinpäätös- ja toimintakertomus 2017: 7-8, HUS-Intranet: Uudet toimintamallit testauksessa, Lastentautien vastaanotoilla valmistaudutaan muuttoon 2017.)

2.5 LEAN -filosofia toimintaa ohjaavana strategiana polikliinisessä hoitotyössä

HUSissa on jo vuosien ajan kehitetty toimintaa Lean-ajattelumallin mukaan, joten tämä on taustalla myös tätä opinnäytetyötä tehtäessä. Lean on strategiamalli, jossa työn virtaustehokkuutta pyritään parantamaan kiinnittämällä huomiota turhiin työvaiheisiin, poistamalla hukkaa sekä selkeyttämällä työtä ja sen tekotapaa. Se sai alkunsa Toyotan tehtaalta, jossa toimintaa haluttiin kehittää tehokkaammaksi ja samalla taloudellisemmaksi. Sosiaali- ja terveysalalla pyritään siihen, että potilas saa oikean hoidon, oikeaan aikaan oikeasta paikasta. Lean pyrkii kehittämään prosesseja siten, että ne vastaavat näihin asiakkaan tarpeisiin. Hoidon ja palvelun arvo on tärkeä määrittellä asiakkaan näkökulmasta, sillä juuri hänen kokemuksensa määrittelee sen, miten hyvin toiminnassa on onnistuttu. Potilaan kokemus koostuu siitä kaikesta, mikä hänen hoitamisensa ympärillä tapahtuu. Toiminnan kehittämisen lähtökohtana on tunnistaa asiakas ja hänen kokemansa palvelun arvo. Vasta tämän jälkeen voidaan lähteä kehittämään toimintaa. (Perttunen – Korhonen – Jokela – Korte 2018: 4-6.) Sari Torkkola listaa kirjassaan *Lean asiiantuntijatyön johtamisessa (2015)* viisi asiakkaan perustarvetta, jotka antavat vastauksen kysymykseen ”mikä on palvelumme tarkoitus”. Vastaanotto toiminnassa näistä tärkeimmiksi voitaneen listata seuraavat kolme tarvetta:

1. Anna minulle täsmälleen se, mitä haluan. Ymmärrä todellinen tarpeeni äläkä pakota väkisin ottamaan vastaan jotakin muuta ratkaisua.
2. Ole luotettava.
3. Älä hukkaa aikaani.

Nämä kolme osa-aluetta huomioiden voidaan lähteä kehittämään toimintaa selkeästi asiakaslähtöisempään suuntaan. (Torkkola 2015: 90.)

2.5.1 Keinoja epäkohtien tunnistamiseen ja ratkaisemiseen lean-ajattelua hyväksi käyttäen

Yksiköissä tavoitellaan aina parasta mahdollista tulosta. On todettu, että suurin este tämän tuloksen saavuttamisessa on vaihtelu. Lean-ajattelussa pyritään kiinnittämään huomiota juuri tähän vaihteluun eliminoimalla, vähentämällä sekä hallinnoimalla sitä. Koska optimaalista tasoa ei aina voida saavuttaa, on lean-toiminnoilla tarkoitus pyrkiä pääsemään ainakin mahdollisimman lähelle täydellistä tilaa. (Modig – Åhlström 2016; 100-105.) Jotta mahdollisimman täydelliseen tilaan voidaan päästä, on työ vakioitava. Vasta vakioitua työtä voidaan lähteä kehittämään. Vakioidussa työssä kaikki toimivat samalla tavalla, mikä puolestaan mahdollistaa sen, että voidaan selvittää miten toteutustapa vaikuttaa potilaan saaman palvelun laatuun, tuottavuuteen ja turvallisuuteen. Tämä ei tarkoita sitä, että henkilöstöltä kielletään oma-aloitteisuus ja luovuus, vaan ennemminkin kannustetaan tekemään ehdotuksia ja aloitteita toiminnan kehittämiseksi. Vakiointi on myös tärkeää, jotta eri yksiköiden toimintaa voidaan verrata toisiinsa (Perttunen ym. 2018: 21.)

Koska lean-ajattelussa tavoitteena on virtauksen parantaminen, tulee toimintaa pyrkiä saamaan virtaustehokkaammaksi. Virtaustehokkuuden kehittämisessä pyritään optimaaliseen tilanteeseen, jossa resurssit ovat käytössä 100% ja asiakas saa nopeinta mahdollista palvelua. Tavoitteena on pitää keskeneräisen työn määrä ja varastot mahdollisimman pieninä. Virtaustehokkaassa yksikössä voi työntekijä joutua odottamaan työtä, mutta toisaalta asiakkaan saama palvelu nopeutuu. Vastakohtana tälle on resurssitehokkuus, jossa puolestaan työtehtäviä on koko ajan odottamassa. Tämä johtaa siihen, että työt kasaantuvat ja asiakkaan läpimenoaika kasvaa. Resurssitehokkaaseen toimintaan tottunut saattaa kokea virtaustehokkuuden pelottavana: olenko unohtanut jotakin, kun minulla on aikaa. Todellisuudessa työ vain tehdään tehokkaammin. (Perttunen ym. 2018: 27, Torkkola 2018; 57.) Yksikön näkökulmasta voidaan ajatella, että sairaanhoitajan lyhyempi aika potilaan kanssa tarkoittaisi automaattisesti tehokkaampaa virtaustehokkuutta, mutta asiakkaan näkökulmasta asia ei ole näin yksinkertainen. Asiakkaan kannalta suurempi merkitys on sillä, kuinka paljon kokonaisuudesta menee arvoa tuottamattomaan odottamiseen. Hän ei siis välttämättä arvosta eniten sitä, kuinka nopeasti hän käynnistään selviytyy. Ei ole kyse toimintojen nopeuttamisesta vaan arvoa tuottavien toimintojen siirron tiheydestä. (Modig – Åhlström 2016; 26-28.)

Lean-ajattelun mukaisessa toiminnassa pyritään poistamaan hukkaa eli työn vaiheita, jotka ovat asiakkaalle hyötyä ja arvoa tuottamattomia. Tällaiset vaiheet ovat yleensä tilanteita, joissa asiakas joutuu syystä tai toisesta odottamaan ilman, että hänen hoidosaan tapahtuu etenemistä. Vaiheet hidastavat prosessia. Näitä vaiheita kutsutaan yleensä lean-ajattelussa ”pullonkauloiksi”. Hukkaa on olemassa kolmenlaista: ei arvoa tuottava työ (MUDA), epätasapainossa oleva työ (MURA) ja ylikuormittava työ (MURI). Muokkaamalla toimintaa pystytään vaikuttamaan näihin kaikkiin.

Myös työpisteellä ja etenkin sen siisteydellä on suuri merkitys toiminnan sujuvuuteen. Terveysthuollossa 5S-metodia voidaan käyttää niin työskentelytilan kuin prosessien ”siivoamiseen”. Nämä viisi osa-aluetta ovat:

1. **Selvitä** (Seiri): Lajittele toiminnot, työkalut, instrumentit, hoitovälineet ym. niiden tarpeellisuuden mukaan. Poista työpisteestä ylimääräinen ja turha tavara. Prosesseissa tämä tarkoittaa turhien vaiheiden poistamista.
2. **Sijoita** (Seiton): Asettele tarvittavat työkalut, instrumentit, hoitovälineet ym. tarkoituksenmukaisille paikoille. Merkitse paikat selkeästi. Käytä hyödyksi esimerkiksi kuvia, jotta näet yhdellä silmäyksellä mitä puuttuu. Prosesseissa käytä hyödyksi vuokaavioita ja etene aina saman kaavan mukaan saman tyyppisissä tilanteissa.
3. **Siisti** (Seiso): Puhdista ja huolla käytössä olevat välineet. Näin vältät turhat onnettomuudet, jotka johtuvat rikkiäisistä välineistä. Prosessissa varmista toimintojen toimivuus. Korjaa tarvittaessa.
4. **Standardoi** (Seiketsu): Tee järjestelmällisyydestä rutiini, toimintatapa. 5S tulee olla osa arkea, ei ”hetken mielijohde”
5. **Säilytä** (Shitsuke): Toteuta vaiheita 1-3 vakioidusti. Auditoi säännöllisesti työtilat ja toiminnot.

Kun työtiloja lähdetään tarkastelemaan näiden viiden osa-alueen perusteella, saadaan hoitovälineet ja muut tarvikkeet ovat järjestettyinä omille paikoilleen. Kun niiden paikat on selkeästi merkitty ja järjestystä ylläpidetään ei kulu turhaa aikaa ja energiaa etsimiseen. Lisäksi siisti toimintaympäristö antaa potilaille luotettavan kuvan toiminnasta sekä

samalla niin työ- kuin potilasturvallisuuskin paranee. (Perttunen ym. 2018: 19, Reijula - Ruohonmäki - Lahtinen – Aalto – Reijula – Reijula 2017: 17.)

Prosessin läpimenoon vaikuttavat niin ulkoiset kuin sisäiset tekijät. Poliklinikatyössä ulkoa päin vaikuttavaa vaihtelua voisi olla potilaan saapumisessa vastaanotolle vaikuttavat tekijät. Näihin liittyvät esimerkiksi sairaalan ulkopuolella olevat opasteet, kutsukirjeen sisältämä informaatio ja sen sisäistäminen ja ennalta annettujen ohjeiden noudattaminen. Sisäistä vaihtelua aiheuttavia tekijöitä puolestaan ovat esimerkiksi työyksikössä tapahtuva työnjako, henkilöstön toiminta ja sen säännöllisyys/yhdenmukaisuus, työtilojen sisustus ja niin edelleen. Näiden sisäisesti vaihtelua aiheuttavien toimintojen muokkaaminen on juuri se, mihin voidaan vaikuttaa toiminnan kehittämisellä. (Torkkola 2015: 23.) Läpimenoajan yhteydessä voidaan myös puhua tahtiajasta. Tahtiajalla tarkoitetaan asiakaskysynnän rytmiä eli sitä, kauanko yhden asiakkaan hoitamiseen menee aikaa. Tahtiajan laskemiseen voidaan käyttää omaa laskukaavaa, joka esitetään alla:

Tehokas työaika

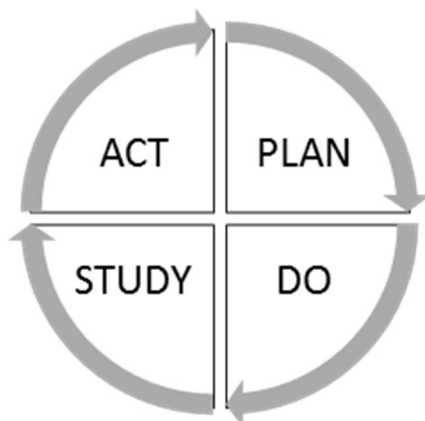
Tahtiaika = -----

Hoidettavien asiakkaiden määrä

Näin saadaan laskettua aika, joka yhtä asiakasta kohti on käytettävissä ilman, että jonoa alkaa muodostua. Toki poliklinikalla toiset potilaat eivät välttämättä tarvitse yhtä paljon sairaanhoitajan aikaa, kun taas toiset tarvitsevat sitä huomattavasti enemmän. Siksi tahtiaika onkin vain suuntaa antava. Toisaalta mikäli yhden sairaanhoitajalla työt kasaantuvat toistuvasti, voidaan pohtia olisiko kenties työnjaossa muutettavaa. (Perttunen ym. 2018: 25, Torkkola 2015: 173-174.)

2.5.2 PDSA-malli toiminnan kehittämisen ohjaajana

Toiminnan kehittäminen on jatkuva prosessi, jossa uusia toimintamalleja suunnitellaan, kokeillaan, tarkastellaan ja kehitetään uudelleen. Kehittämisen apuvälineenä voidaan käyttää Demingin ympyrää eli PDSA -mallia. PDSA tulee sanoista PLAN (suunnittele), DO (kokeile), STUDY (arvioi) ja ACT (toimi). Tämä prosessimainen eteneminen onkin toimintatutkimuksen yksi ominaisuus.



Kuvio 5. PDSA-malli (ACT Academy)

PDSA-mallissa jokaisella vaiheella on oma tarkoituksensa ja nämä vaiheet saattavat toistua useamman kerran. Aivan kuten toiminnan kehittäminenkin, on PDSA-malli jatkuva prosessi, jota pyöritetään kehässä aina kerta toisensa jälkeen ja tehdään tarvittavia muutoksia toiminnan kehittämiseksi (kuvio 5). Apuna voidaan käyttää erilaisia lean-työkaluja, kuten A3-ongelmanratkaisua, *kanban*-tauluja tai *gemba*-kävelyjä. (Perttunen ym. 2018: 38-39, Torkkola 2015: 41-43.)

Ennen kehittämistä on työyhteisön jäsenet saatava sitoutumaan muutoksen tekemiseen. Samalla esimiesten on tunnistettava henkilöt, joilla on tietoa ja taitoa lähteä kehittämään toimintaa. Kehittäminen lähtee käyntiin ongelman kartoittamisella (PLAN). Tässä vaiheessa lähdetään tunnistamaan toiminnan tehokkuuden esteenä olevia kohtia, jotka listataan. Tämän jälkeen pohditaan, miten niitä voitaisiin muuttaa. Samalla pohditaan sitä, mistä tiedämme onnistuneemme muutoksessa. Mitkä ovat muutoksen mittarit? (Perttunen ym. 2018: 38-39, Torkkola 2015: 41-43.)

Seuraavassa vaiheessa lähdetään saatuja toimenpiteitä kokeilemaan käytännössä (DO). Kokeilu voi olla pienimuotoistakin. Vaikka vain yhden yksilön toiminnan muutoksen kokeilemistä. (Perttunen ym. 2018: 38-39, Torkkola 2015: 41-43.)

Kolmannessa vaiheessa pohditaan, onko tehdyt toimenpiteet olleet toimivat (STUDY). Oliko kokeilu onnistunut? Saavutettiin haluttu muutos vai tuliko esteitä? Vai menikö kenties jotakin pieleen ja jos, niin miksi? Jos muutoksen mittarina tässä vaiheessa käytetään esimerkiksi tilastoja, on myös pohdittava sattuman mahdollisuutta: oliko nyt kenties hiljaisempi aika? (Perttunen ym. 2018: 38-39, Torkkola 2015: 41-43.)

Neljännessä vaiheessa puututaan havaittuihin epäkohtiin (ACT). Tässä vaiheessa tehdään tarvittavia muutoksia ja päätetään, otetaanko uusi toimintamalli tai toiminto osaksi käytäntöä vai hylätäänkö se. Tarvittaessa koko prosessi aloitetaan alusta. Uusi PDSA-sykli on kuitenkin hyvä saada mahdollisimman nopeasti liikkeelle, jotta toiminnan kehittäminen on nopeampaa ja tehokkaampaa. Tärkeintä koko prosessissa on kuitenkin se, että kaikki toimivat samalla tavalla. Vain näin voidaan arvioida ratkaisua ja uuden toimintamallin toimivuutta. (Perttunen ym. 2018: 38-39, Torkkola 2015: 41-43.)

3 Tutkimuksen toimintaympäristö

Tämän opinnäytetyön kohdepoliklinikan toiminta on osa HYKS lasten ja nuorten tulosityksikköä. Sen vastuualueena ovat neljän kunnan 0-16 -vuotiaat lapset. Alueen kokonaisväestömäärä oli vuonna 2016 hiukan yli 91 000 asukasta. Taulukossa 3 esitetty 0-16 -vuotiaiden määrät kyseisten asuinkuntien alueella vuonna 2016 (Tilastokeskus).

	0-16 vuotiaat / 2016
Kunta 1	1701
Kunta 2	9252
Kunta 3	1405
Kunta 4	6412

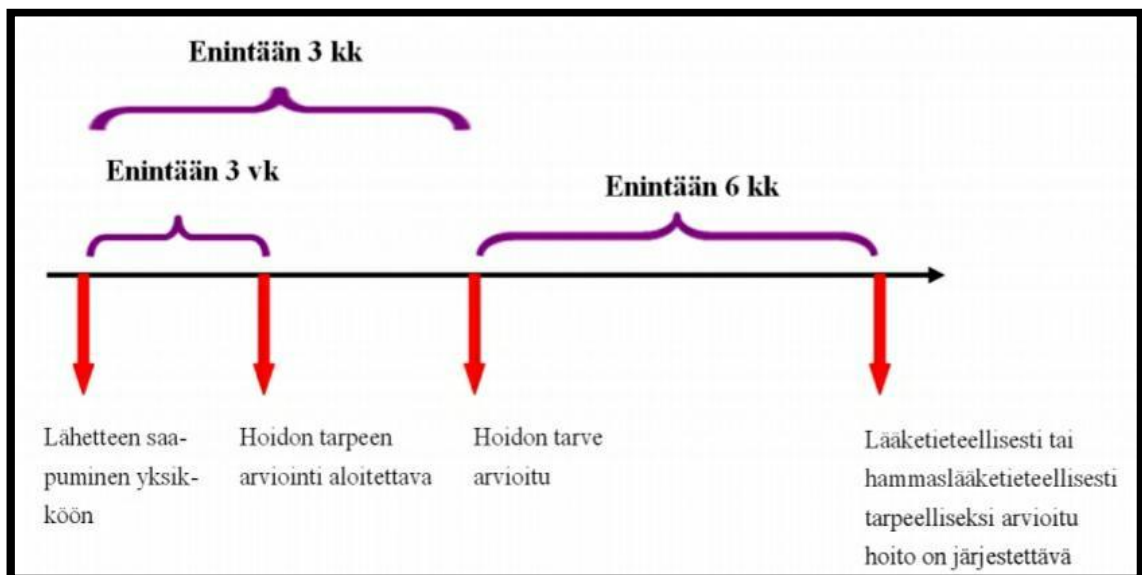
Taulukko 3. 0-14 -vuotiaiden määrä kohdepoliklinikan vastuualueella vuonna 2016

Viime aikoina potilasmäärät myös kolmen muun ympäristökunnan alueelta ovat lisääntyneet jonkin verran. Kyse on kuitenkin niin pienestä määrästä, ettei näillä ole juurikaan ollut vaikutusta kokonaismäärään. Vuonna 2017 kohdepoliklinikalla hoidettiin 3926 käyntiä. Vastaava luku viisi vuotta aiemmin oli 2825 (Cressida -raportointiportaali).

Poliklinikalla työskentelee sairaanhoitajia, osastonsihteereitä, lastenlääkäreitä eli pediatreja sekä lastenneurologi. Lisäksi poliklinikalla käy konsultoiva lastenkardiologi ja -endokrinologi sekä puheterapeutti, toimintaterapeutti ja neuropsykologi. Tilojen vuoksi paikalla on kuitenkin neljän sairaanhoitajan lisäksi korkeintaan viisi lääkäriä tai erityis-työntekijää kerrallaan.

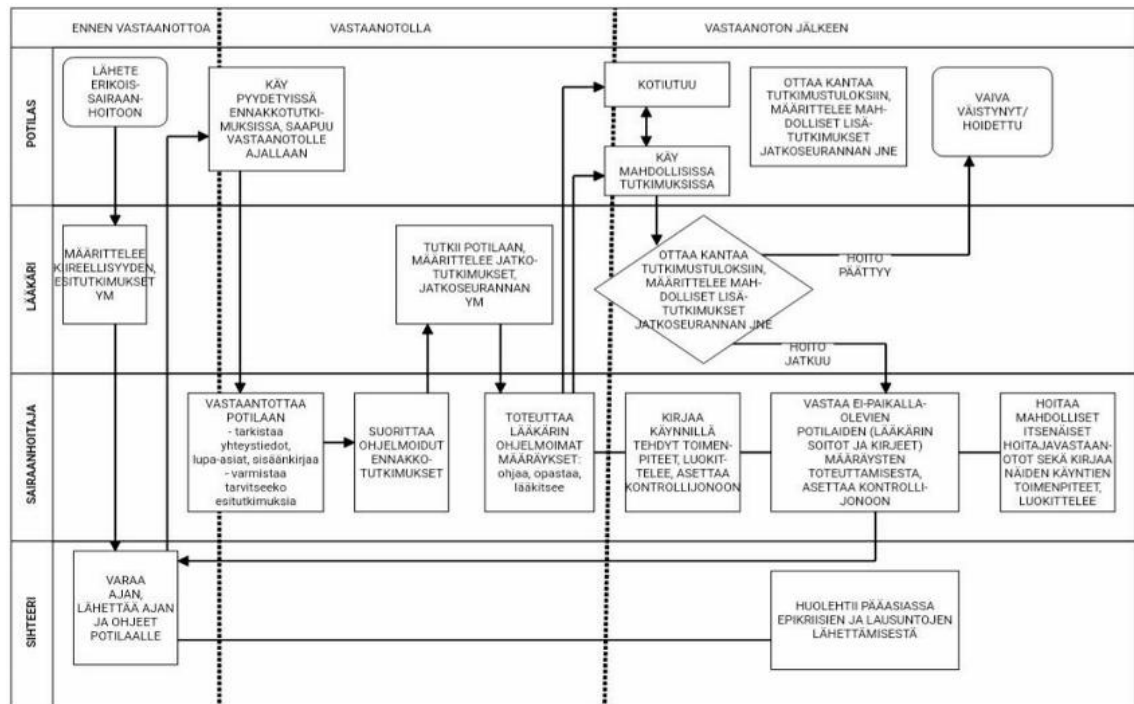
3.1 Vastaanottoprosessin nykykäytäntö kehittämistyön kohteena olevalla lastenpoli- klinikalla

Kohdepoliklinikalle lapsi saa lähetteen yleensä perusterveydenhuollosta, yksityiseltä lääkäriasemalta tai toisesta erikoissairaanhoidon yksiköstä. Lähetete on määrätyn muotoinen asiakirja, jolla toinen palveluntuottaja pyytää palvelua toiselta palveluntuottajalta (HUS suoritekäsikirja 2018; 30). Lähetteet vastaanotetaan lähettekeskuksessa. LASTENTAUDIT-lähettekeskus otettiin käyttöön vuoden 2017 lopulla (HUS Intranet: Lähetteiden kulku HUS:ssa muuttuu). Lähettekeskus jakaa lähetteet eri yksiköihin asuinpaikan ja vaivan perusteella. Kuviossa 6 on esitetty aikataulu, jonka puitteissa lähetteet tulisi käsitellä (HUS Suoritekäsikirja 2018: 38).



Kuvio 6. Lähetteen käsittelyn enimmäisajat (HUS Suoritekäsikirja 2018)

Vastaanotettuun lähetteeseen on valmiiksi ohjelmoitu mahdolliset ennakkotutkimukset. Osastonsihtööri ohjelmoi lähetteessä annettujen ohjeiden mukaan vastaanottoajan, jonka hän ilmoittaa perheelle joko kirjeitse tai puhelimitse kiireellisyysluokan mukaan. Kiireellisyysluokkia on neljä: kiireellisyysluokka 3 tarkoittaa, että aika annetaan kolmen kuukauden sisään lähetteen saapumisesta, kiireellisyysluokka 2 taas tarkoittaa aikaa yhden kuukauden sisään, kiireellisyysluokka 1 vaatii ajan antamista yhden viikon sisällä ja kun aika tulee antaa vuorokauden sisälle lähetteen saapumisesta, on sen luokka päivystys (HUS Suoritekäsikirja 2018; 31). Vastaanottoprosessia ennen opinnäytetyön toteuttamista esitellään kuviossa 7.



Kuvio 7. Vastaanotto prosessi kohdepoliklinikalla ennen muutosta

Saapuessaan vastaanotolle perhe ilmoittautuu käyttäen joko sairaalan sisäntuloau-
lassa sijaitsevaa itseilmoittautumisautomaattia tai suoraan poliklinikan ilmoittautumi-
sessa olevalle sairaanhoitajalle tai sihteerille. Perhettä pyydetään kutsukirjeessä saapu-
maan vastaanotolle 20 minuuttia ennen varattua aikaa. Ilmoittautumisessa tarkistetaan
yhteyshenkilöt, kerrotaan hoitavan lääkärin ja sairaanhoitajan nimet sekä heidän huone-
nensa. Mikäli ilmoittautumisessa istuu sairaanhoitaja, arvioi hän onko lapsella tarvetta
sairaanhoitajan vastaanottoon ennen lääkäriä. Käytännössä jos lapsesta ei ole käytettä-
vissä viimeisen kuukauden aikana otettuja tietoja pituuden ja painon kehityksestä tai hän
tulee kasvuongelman vuoksi, tapaa hän ennen lääkäriä vielä sairaanhoitajan. Samoin,
jos hänestä tarvitsee ennen lääkäriä ottaa vaikkapa verenpaine tai muita mittauksia. Tä-
män jälkeen lapsi menee lääkärin vastaanotolle. Harvoin poikkeustilanteissa sairaan-
hoitaja saattaa olla mukana vastaanottotilanteessa.

Vastaanoton päätteeksi lapsi käy usein vielä sairaanhoitajalla, joka varmistaa moniam-
matillisista määräyksistä jatkotoimenpiteet. Hoitaja ohjelmoi tässä vaiheessa mahdolliset
laboratoriotutkimukset, varaa ajat tarvittaviin jatkotutkimuksiin, käy lapsen ja hänen saat-
tajansa kanssa mahdolliset esivalmisteluohjeet suullisesti ja antaa ohjeet myös kirjalli-
sena, toteuttaa tarvittavan lääkehoidon, sekä kertaa jatkohoito-ohjeet. Tarvittaessa hän

antaa myös mahdollisen seuraavan vastaanottoajan. Vastaanoton päätteeksi hoitaja uloskirjaa lapsen/nuoren ja kirjaa hoitotoimenpiteet potilaskertomukseen. Näiden lisäksi sairaanhoitaja vastaa myös sen päiväisen lääkäriparinsa ei-paikallolevien potilaiden jatkohoidon toteuttamisesta.

3.2 Sairaanhoitajan roolin kehitys kehittämistyön kohteena olevalla lastenpoliklinikalla

Poliklinikalla toimintaa on pyritty vuosien varrella kehittämään siten, että sairaanhoitajat voisivat yhä enemmän osallistua varsinaiseen hoitotyöhön. Toimivaa käytäntöä ei kuitenkaan ole vielä löytynyt. Toiminta poliklinikalla on laajentunut viimeisen kymmenen vuoden aikana tasaisesti, mutta muutos työnjaossa on tapahtunut hyvin hitaasti.

Aikaisemmin poliklinikalla työskenteli vain kolme lääkäriä ja kolme sairaanhoitajaa. Niimettyä sihteeriä ei ollut lainkaan. Potilastietojärjestelmät olivat vasta kehitysvaiheessa ja työ tehtiin enemmän paperille kuin digitaalisesti. Tuolloin pullonkauloja olivat ennen kaikkea puuttuvat potilaspaperit, kirjoittamattomat sanelut ja kirjaamisen puutteellisuus. Myös potilasasiakirjojen postittaminen saattoi viivästyä usealla kuukaudella, koska hoitajilla ei muun potilastyön keskellä ollut aina mahdollisuutta postittaa niitä.

Muutamassa vuodessa toiminta kasvoi ja lääkäreiden määrä lisääntyi viiteen. Samalla myös sairaanhoitajien määrä kasvoi neljään. Käyttöön saatiin myös yksi täysipäiväinen sihteeri. Myös potilastietojärjestelmät kehittyivät. Pullonkaulat muuttuivat ja nyt suurin syy potilaiden odottamiseen oli sairaanhoitajien tekemä esityö ennen vastaanottoa. Sairaanhoitaja mittasi ja punnitsi potilaan joka kerta, lähes poikkeuksetta. Lisäksi hän kyseli muun muassa voinnista ja lääkkeiden käytöstä. Ennen kuin potilas pääsi vastaanotolle, hoitaja kävi vielä raportoimassa lääkärille potilaan voinnin. Päivittäisen välittömän potilastyön lisäksi sairaanhoitajalla meni edelleen runsaasti aikaa myös välilliseen potilastyöhön, kuten epikriisien ja lähetteiden postittamiseen. Tämän prosessin toimimattomuus näkyi myös potilaiden asiakastyytyväisyydessä ja koettiin, että prosessiin on tehtävä muutos.

Ensimmäisen kerran vastaanottoprosessin kehittämistä varten koottiin vuonna 2015 projektiryhmä, joka pohti vastaanottoprosessin mallia ja teki uusia ehdotuksia. Ryhmä koos-

tui poliklinikan työntekijöistä (lääkäri, sairaanhoitaja ja sihteeri) sekä lähiesimiehestä. Ensimmäisessä versiossa yksi neljästä sairaanhoitajasta toimi ilmoittautumishoitajana, joka sisäänkirjasi potilaan, tarkisti yhteystiedot ja kertoi vastuuhoidajan sekä -lääkärin nimen. Tämän jälkeen vastuuhoidaja vastasi potilaan hoidosta kuten aiemmin. Kokeilun aikana ilmoittautumishoitaja vastasi myös kaikista lääkärin ajanvarauslistalla olevista hoitopuheluista ja -kirjeistä. Sihteeri hoiti läheteiden ohjelmoinnin sekä suurimman osan epikriisien postittamisesta. (Karvinen – Korhonen – Mäkelä – Peldan 2015.)

Kokeilussa oli paljon positiivisia puolia, mutta siitä huolimatta palattiin aiempaan toimintamalliin. Osasyynä oli tilojen toimimattomuus. Lääkäreiden määrä vuosien varrella oli kasvanut niin paljon, että uusia huoneita jouduttiin jopa rakentamaan jakamalla isompia huoneita pienemmiksi tiloiksi. Toimintaa oli huonetilojen vuoksi jouduttu myös sijoittamaan jopa kahteen eri kerrokseen. Kun poliklinikan toiminta vihdoinkin siirtyi isompiin tiloihin, lähdettiin vastaanottoprosessia kehittämään uudestaan. Nyt käytössä oli suurempi määrä vastaanottohuoneita, toimenpidehuone sekä ilmoittautumispiste.

Tällä hetkellä poliklinikalla on neljä sairaanhoitajan vakanssia. Lisäksi poliklinikalla työskentelee päivittäin viisi lääkäriä tai erityistyöntekijää. Kuluvana vuotena poliklinikalle saatiin toiminnan laajenemisen myötä myös puolikas sihteerin vakanssi lisää, joten käytävissä on useampi sihteeri ainakin osan aikaa viikosta. Nykyisessä toimintamallissa sairaanhoitaja osallistuu melko kokonaisvaltaisesti potilaan hoitoon. Koska poliklinikalla ei aiemmin ollut käytössä lainkaan osastosihteeria, on hoitohenkilökunta tottunut tekemään paljon myös niin sanottua välillistä potilastyötä, joka useimmalla poliklinikoilla on määritelty sihteerin vastuualueeksi. Toisaalta potilastietojärjestelmien kehittyminen ja sähköisten potilaspalveluiden käyttöönotto on nopeuttanut tätä toimintaa huomattavasti.

Välillisen potilastyön lisäksi sairaanhoitajat osallistuvat potilasohjaukseen. Kohdepoliklinikan sairaanhoitajilla on jokaisella oma potilasryhmänsä, jonka hoitamiseen he ovat erikoistuneet. Näin pyritään takaamaan se, että tarpeen vaatiessa kyseisen sairaanhoitajan osaamista voidaan hyödyntää perushoitoa syvällisemmin. Päivittäisen lääkärin vastaanotto toiminnan lisäksi sairaanhoitajilla on omia itsenäisiä hoitajavastaanottoja, joilla seurataan hoidon toteutumista ja annetaan ohjausta ja opastusta omahoitoon eri sairausryhmissä sekä tehdään mahdollisia tutkimuksia kuten pienten lasten astmatutkimuksia eli oskillometrioita.

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tehtävänä on avata ja kehittää vastaanottoprosessia niin, että sairaanhoitajan työtehtävät sen eri vaiheissa selkenisivät ja näin toiminta tehostuisi. Kehittämisen taustalle selvitetään sähköistä kyselyä avuksi käyttäen muiden HUS-alueen saman erikoisalun yksiköiden toimintaa ja kehittämisehdotuksia sekä kohdepoliklinikan sairaanhoitajien mielipiteitä muutoksen tarpeellisuudesta ja muutostarpeen kohteista. Kohdepoliklinikan sairaanhoitajien kyselyn pohjalta nostetaan esiin muutoskohteita vastaanoton eri osa-alueilta. Tämän jälkeen etsitään niihin liittyviä tehtäviä ja toimintoja, joita muokkaamalla ja jakamalla sairaanhoitajien vastuuta vastaanottoprosessin eri vaiheissa voitaisiin selkeyttää.

Tehtyjen kyselyjen perusteella lähdetään kehittämään vastaanottoprosessia, jossa työnjako eri ammattiryhmien välillä on selkeämpää. Tavoitteena on jakaa tiettyjä työtehtäviä sairaanhoitajilta muille poliklinikan ammattiryhmille huomioiden lean-ajattelun mukainen työn sujuvoittaminen. Lisäksi työntehtävien jakaminen vapauttaa sairaanhoitajien aikaa käytettäväksi varsinaiseen hoitotyöhön. Kehittämistyön taustalla suunnittelua ohjaa osaltaan Lasten ja nuorten tulosityksikön suunnitelma laajentaa front desk -mallia myös kohdeyksikön toimintamuodoksi sekä tulevina vuosina käyttöön otettavan Apotti-potilastietojärjestelmän mukana tuomat muutokset. Työn pohjalta muodostetaan kaksi eri kaaviomallia, joista toisessa esitellään vastaanotto prosessina ja toisessa sairaanhoitajan vastuuta hoidon eri vaiheissa konkreettisemmin. Vaikka mallinnus koskee tässä työssä vain yleispediatrisia potilaita, voidaan sen pohjaa hyödyntää myös muiden potilasryhmien vastaanottoprosessien pohjalla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on:

1. Kuvata sairaanhoitajan tehtävät vastaanottoprosessin eri vaiheissa
2. Luoda vastaanottoprosessin malli, hoitajan näkökulmasta

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö

Tämä työ toteutetaan tutkimuksellisenä kehittämistyönä. Kehittämistyön taustalle voidaan esittää suuntaa antavat peruskysymykset: kuka, kenelle ja kenen kanssa kehitetään, miten kehitetään, mitä kehitetään ja miksi kehitetään tietyllä tavalla ja tiettyyn suuntaan. (Heikkilä - Jokinen - Nurmela 2008: 22-23.) Tutkimuksellista kehittämistyön prosessia ohjaa viisi kokonaisuutta: perustelu, organisointi, toteutus, levittäminen ja arviointi. Se poikkeaa projektista lähinnä siinä, että projektissa edetään huomattavasti jämäkemmin ja siinä korostuu enemmän prosessin suunnittelun merkitys kuin se, miten projektia viedään eteenpäin. Kehittämistyössä taas edetään prosessimaisesti. (Toikko - Rantanen 2009: 10, 56-57.) Projektilla on yleensä selkeä päämäärä ja se on kestoltaan rajallinen. Voidaankin ilmaista, että projekti on ”väliaikainen organisaatio, joka puretaan, kun tavoite on saavutettu”. (Karlsson – Marttala 2001: 11-14.) Kehittämistyössä tärkeää on näyttöön perustuva tieto, sillä sen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, onko jokin toimintamalli toista parempi. Vaikka tutkimuksellinen kehittämistyö sinänsä ei ole tiedepurustaista tutkimusta, hyödyntää se tutkimuksellista logiikkaa. Suurempi merkitys onkin sillä, miten systemaattista tiedonkeruuta, dokumentointia ja analyysia hyödynnetään kehittämistyössä. (Toikko - Rantanen 2009: 39, 156-157.)

Kehittämistyö voidaan toteuttaa erilaisilla tutkimusotteilla ja -menetelmillä. Tässä työssä aihetta käsitellään moniotteisesti. Kyseessä on toimintatutkimus, jonka tavoitteena on muutos. Tällaisessa tutkimusotteessa on tärkeää ymmärtää ilmiöön liittyvien syy-seuraussuhteita, jotta toimintaa voidaan lähteä muuttamaan. Tämä yksin ei kuitenkaan riitä, vaan niihin on myös kyettävä vaikuttamaan interventiolla. Tästä syystä toimintatutkimuksessa työn tekijä on itse osa tutkimuskohdetta. Toisaalta raja toiminta- ja kehittämistutkimuksen välissä on kuin veteen piirretty viiva. Kehittämistutkimus poikkeaa yleensä vain sillä, että siinä tutkimuksen tekijä on ulkopuolinen osallistuja. Tämä ei kuitenkaan poista sitä tosiasiaa, että tutkimuksen tekijän on tunnettava kehitettävän toiminnan edellä mainitut syy-seuraussuhteet riittävän hyvin. Kehittämistutkimus tutkimus etenee yleensä juuri aiemmin esitellyn PDSA-syklin mukaisesti ongelman kartoituksesta sen poistamiseen. (Kananen 2015: 41-42, Kananen 2012: 15, 27.) Toimintatutkimusta voidaan kutsua osallistavaksi tutkimukseksi, jolla pyritään yhdessä ratkaisemaan käsittelyssä oleva ongelma ja saada toiminnassa aikaan muutos. Kun ryhmä toimii yhdessä ratkaistua vaativan ongelman hyväksi, on lopputulos yleensä parempi kuin se, että ratkaisu annetaan

ulkoapäin. Toimintatutkimuksessa jokainen ryhmän jäsen on tasa-arvoinen keskenään, olipa hänen asemansa työyhteisössä mikä tahansa. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 58-61.)

5.2 Tutkimusmenetelmä ja teoreettisen tiedon hakuprosessi

Työ toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä. Tutkimusongelmaksi valittiin vastaanotto-prosessin kehittäminen ja sen suppeampana osa-alueena sairaanhoitajan vastuu prosessin eri vaiheissa. Tutkimusprosessi eteni vaiheittain noudattaen Demingin ympyrän eli PDSA-mallin vaiheita. Opinnäytetyötä tehdessä edettiin yksi kierros tätä kehää. Tavoitteena oli luoda uusi toimintamalli vanhan mallin pohjalta hyödyntäen muista vastaavanlaisista yksiköistä saatua tietoa.

5.3 Aineiston keruu ja sisällönanalyysi

Opinnäytetyön aineisto kerättiin lähettämällä ensin sähköinen kyselylomake viidelle eri HUS-alueen yleispediatriselle lastenpoliklinikalle. Kysymykset koskivat lähinnä työnjakoa poliklinikoilla sekä sairaanhoitajan tehtäviä (liite 1). Lisäksi selvitettiin taustakysymyksillä eri ammattikuntien jakaumaa ja vuosittaisten suoritteiden määriä.

Sähköisen kyselyn käyttö saatetaan joskus kokea hankalaksi ja vastaajalle aikaa vieväksi. Etenkin hoitohenkilökunnan ollessa kohteena, on hyvä, jos vastaamiseen voidaan palata myöhemmin. On myös hyvä varmistaa, ettei kysely ole liian pitkä. Jotta kysely saadaan eteenpäin tutkittavalle ryhmälle, tarvitaan kohdeorganisaatiosta yhteyshenkilö. Toisaalta sähköinen kysely on todettu nopeaksi ja taloudelliseksi. Sähköisenä se on myös ekologinen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 120-121.) Tässä työssä kyselystä pyrittiin tekemään mahdollisimman suppea mutta informatiivinen, jotta vastaaminen kävisi nopeasti muun työn ohessa. Opinnäytetyötä varten pyydettiin osallistuvia yksiköitä määrittelemään yhteyshenkilönsä. Vastaajaksi kuitenkin hyväksyttiin myös muu kuin osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja. Kehittämistyön kohteena olevan lastenpoliklinikan hoitohenkilökunnalle lähetettiin oma sähköinen haastattelulomake, johon poliklinikan sairaanhoitajia pyydettiin vastaamaan mahdollisimman anonyymisti (liite 2). Tällä haastattelulomakkeella selvitettiin, minkälaista muutosta sairaanhoitajat kehittä-

mistyön kohteena olevalla lastenpoliklinikalla kaipasivat nykyiseen toimintamalliin. Kohdepoliklinikan hoitajien haastatteluun valittiin myös sähköinen kyselylomake yksikön pienen koon ja anonymiteetin säilymisen vuoksi. Molemmista kohteissa vastausaikaa annettiin ensin noin kolme viikkoa. Vastaamista oli myös mahdollista jatkaa myöhemmin. Näin pyrittiin maksimoimaan vastaamisprosentti.

Saatu aineisto analysoitiin käyttäen apuna sisällönanalyysia sekä taulukointia. Jotta aineistoa voitaisiin lähteä analysoimaan, tulee se ensin saattaa selkeämpään malliin. Pelkistettyä tekstiä on helpompi analysoida. (Ojasalo ym 2014: 138.) Pelkistämisessä laajat vastaukset pyritään supistamaan pilkkomalla ne osiin tai tiivistämällä, jonka jälkeen ne on helpompi käsitellä ja ryhmitellä tutkimuskysymysten pohjalta luotujen pääkäsitteiden alle. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109-110.) Kun tekstiä on työstetty yhä suppeampaan tilaan, saadaan vastauksista muodostettua yhä abstraktimpia ilmaisuja. Tästä käytetään nimitystä abstrahointi. Abstrahoinnin tavoitteena on luokitella abstraktein ilmaisin aineisto yhä yleisempiin käsitteisiin. Nämä yleiskäsitteet voidaan jakaa lopuksi eri pääkäsitteiden alle, jolloin ne vastaavat myös tutkimuskysymyksiin. (Ojasalo ym. 2014: 140.) Tässä työssä pääkäsitteet muodostettiin hoitoprosessin eri vaiheiden perusteella. Pääkäsitteiksi muotoutuivat seuraavat käsitteet: ennen lääkärin vastaanottoa tapahtuva hoitotyö, lääkärinvastaanoton jälkeen tapahtuva hoitotyö sekä muu potilastyö. Avointen kysymysten käsittelyä hankaloitti jonkin verran vastausten suppea sisältö. Osa vastaajista oli vastannut vain muutamalla sanalla, kun taas toisissa vastaukset olivat huomattavasti pidempiä ja informatiivisempia. Numeerisista vastauksista koostettiin pylvästaulukoita, jotka esittivät henkilöstörakennetta ja poliklinikkakäyntien määriä. Taustatietoja, kuten yksikköä tai vastaajan tehtävänimikettä ei tunnustettavuuden vuoksi raportoitu. Työstämisen jälkeen saatua aineistoa käytettiin hyödyksi uuden mallin suunnittelussa. Suppean otannan vuoksi tässä työssä ei kuitenkaan esitetä abstrahoinnin pohjalta saatua sisältöä, jotta anonymiteetti ei kärsi.

5.4 Prosessikuvaus

Työ toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistyönä. Aluksi kartoitettiin ongelma, joka määritteli myös tämän tutkimustyön tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymysten muotoutuminen lähti opinnäytetyön tekijän omasta kokemuksesta ja tarkentuivat kohdepoliklinikan sairaanhoitajien kyselyn pohjalta. Teoreettiseen taustatietoon perehtymisen jälkeen prosessi eteni vaiheittain noudattaen Demingin ympyrän eli PDSA-mallin vaiheita.



Ensimmäisessä vaiheessa (PLAN) kerättiin tausta-ai-

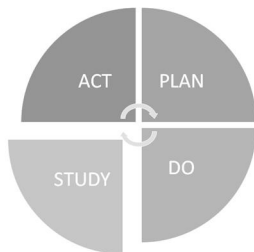
neistoa HUS-alueen eri yleispediatrisilta poliklinikoilta sekä kohdepoliklinikalta. Tausta-aineiston avulla haettiin siis vastaanottoprosessin ongelmakohtia ja kehittämistarpeita. Aineiston keruu toteutettiin sähköisellä kyselykaavakkeella. Sähköisen kyselyn vastauslinkki lähetettiin neljälle yksiköiden määrittämille vastuuhenkilöille. Yksi vastaajista edusti kahta eri poliklinikkaa, joten häntä pyydettiin vastaamaan molempien poliklinikoiden osalta erikseen (n=5).

Samoihin aikoihin lähetettiin myös muutoksen kohteena olevan poliklinikan sairaanhoitajille (n=3) sähköinen kysely, jolla selvitettiin heidän kokemustaan ja mielipiteitään nykyisestä tilanteesta ja kehittämisehdotuksia uuden mallinnuksen pohjalle. Vastausaikaa annettiin aluksi kaksi viikkoa, mutta määräaikaan mennessä vastauksia tuli vain yksi. Vastausaikaa jatkettiin vielä kahdella viikolla. Jo tässä vaiheessa lähdettiin vanhan mallin pohjalta pohtimaan uutta toimintamallia jo aiemmin kokeilussa olleista malleista saadun kokemuksen pohjalta.

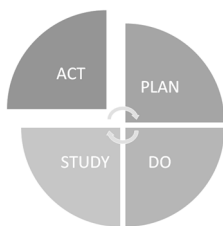
Toisessa vaiheessa vastaukset analysoitiin ja niiden pohjalta saatua tietoa hyödyntäen lähdettiin kehittämään uutta toimintamallia. Aikataulullisesti haastetta toiseen vaiheeseen toi kesäaika sekä tutkimuksen tekijän siirtymineen toiseen yksikköön. Tästä syystä vaihetta varten kehitettiin oma sähköinen muistikirja, jota kautta kohdepoliklinikan sairaanhoitajia pyydettiin ottamaan kantaa kehitettäviin osa-alueisiin. Kyselyistä saadut vastaukset analysoitiin käyttäen analyysimenetelmänä lähinnä lähilukua. Lähiluvussa aineistoa luetaan useaan kertaan. Tekstin sisällöstä etsitään toistuvuutta ja samanlaisuutta.



Kolmannessa vaiheessa (DO) uutta mallia lähdettiin kokeilemaan kehittämistyön kohteena olevalla lastenpoliklinikalla. Ennen kokeilua pidettiin osastotunti, jossa uutta mallia esiteltiin poliklinikan henkilökunnalle. Varsinainen kokeilu aloitettiin heti seuraavalla viikolla. Kokeilua oli tarkoitus jatkaa kuukauden ajan, mutta painotettiin kyseessä olevan kokeilun, jonka perimmäisenä tarkoituksena oli sysätä muutos alkuun, ei luoda valmista mallia. Sairaanhoidajille lähetettiin kokeilun puolivälin aikoihin pyyntö kommentoida kulunutta jaksoa muutamalla sanalla. Kommenttien mukaan kokeilua on hankaloittanut useampi tekijä (perehdytys, opiskelijaohjaus, vuosilomat), jonka vuoksi tilanne ei vastaajien mukaan ollut aivan optimaalinen kokeilulle. Toisaalta tarkoituksena on löytää juuri nämä mahdolliset epäkohdat, joita kehittämällä tulevaisuudessa voidaan toimintaa lähteä muokkaamaan lisää. Vastaajien mukaan vastuuhoidajamalli sen sijaan oli koettu hyväksi. Osastotunnilla päätettiin, että vastuuhoidaja määritellään aina työvuorolista kerrallaan, eli kolmen viikon jaksoissa.



Neljännessä vaiheessa (STUDY) tutkimuksen kohteena olevan poliklinikan sairaanhoidajille lähetettiin vielä kysely uuden mallin toimivuudesta ja kehittämisehdotuksista. Kysymyssarja koostui pääosin samoista kysymyksistä kuin ensimmäisessäkin kyselyssä. Niiden tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoidajien mielipiteitä kokeilusta ja pohtia, mitä toimenpiteitä tulevaisuudessa lähdetäisiin toteuttamaan.



Viimeisessä vaiheessa (ACT) yksikössä päätettiin mitä kokeilusta jätettiin käytäntöön ja mitä lähdettiin kehittämään jatkossa lisää. Tämä osio to-

teutettiin järjestämällä osastotunti, jossa käsiteltiin yleisellä tasolla sairaanhoitajien kokemuksia uudesta työnjaosta. Tässä vaiheessa opinnäytetyön tekijä toimi lähinnä kokeilun raportoijana ja antoi ehdotuksia jatkokehittämiseen perusteluineen.

5.5 Tulosten analysointi

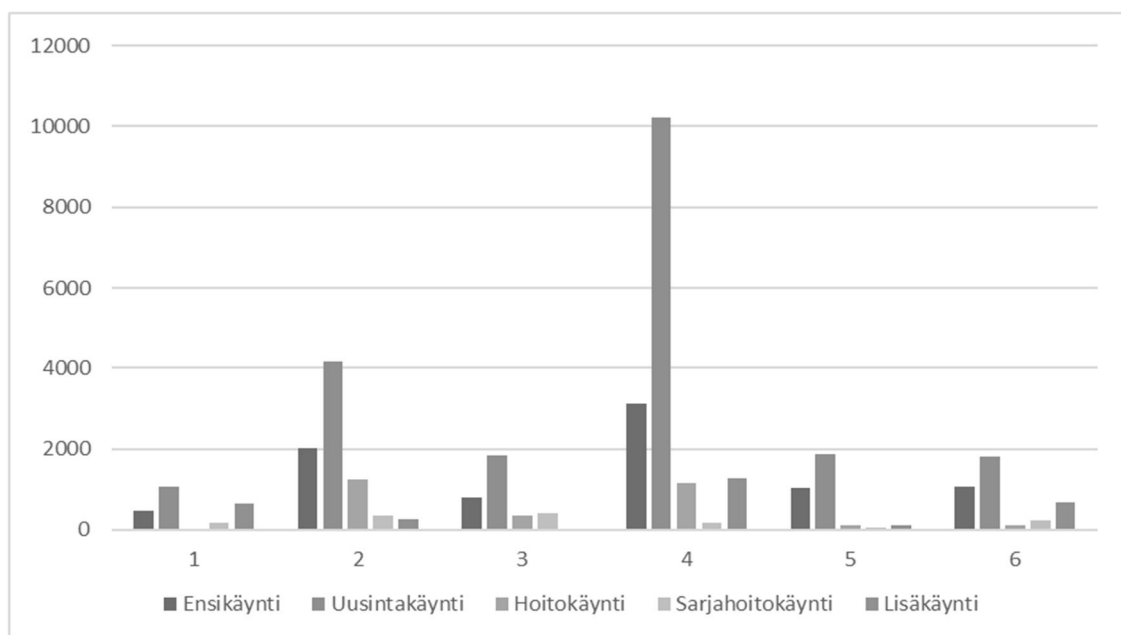
Ensimmäisessä vaiheessa lähetettyjen kyselyiden vastaukset analysointiin erikseen. Kohdepoliklinikan sairaanhoitajien vastauksista koottiin oma yhteenveto ja muiden poliklinikoiden vastauksista oma. Lisäksi käyntitilastoissa ja henkilökuntajakaumassa käytettiin kaikista yksiköistä saatuja tietoja. Kyselyt toteutettiin eLomake -ohjelmalla tehdyllä sähköisellä kyselyllä, joka sisälsi lähinnä avoimia kysymyksiä. Taustatietokysymyksillä kartoitettiin vastaajien ammattiluokkaa, poliklinikan henkilöstörakennetta sekä käyntimääriä. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällöllisesti käyttäen apuna Excel-taulukko-ohjelmaa. Vastauksista haettiin yhteneväisyyksiä niin sanamuodoista kuin sisällöstä. Vastauksista on esitetty anonyymejä lainauksia seuraavissa kappaleissa siten, ettei vastaajaa kyettä tunnistamaan.

5.5.1 Lastenpoliklinikoiden toiminnan kartoittaminen kyselykaavaketta avuksi käyttäen

Kysely HUS-alueen lastenpoliklinikoille lähetettiin huhtikuun 2018 lopulla yksiköiden osastonhoitajille. Vastausaikaa annettiin kolme viikkoa. Puolessa välissä ei vastauksia vielä ollut yhtään, jonka vuoksi lähetettiin muistutusviesti vastaanottajille. Määräpäivään mennessä vastauksia oli tullut vain kaksi. Yksi vastaajista pyysi lisää aikaa seuraavaan viikkoon. Määräpäivän jälkeen lähetettiin vielä uusi muistutusviesti vastauslinkkeineen ja jatkettiin vastausaikaa vielä kahdella viikolla. Lopulta vastausprosentiksi saatiin 100% (n=5). Näin ollen tavoite vastausmäärän suhteen oli opinnäytetyön tekijän mielestä hyvin saavutettu.

Tuloksia lähdettiin analysoimaan käyttäen apuna Excel-ohjelmaa otannan pienen koon vuoksi. Kyselyyn vastanneet olivat yhtä lukuun ottamatta osastonhoitajia. Yhdessä yksikössä vastaamiseen oli osallistunut sekä osastonhoitaja, että apulaisosastonhoitaja. Vastaajan ammattiryhmän selvittämisen jälkeen luotiin yleiskuva poliklinikoiden suorite- ja henkilöstömäärästä. Suoritteiksi kutsutaan kaikkea sitä, mistä poliklinikalla on olemassa ajanvaraus. Sekä suoritteiden, että henkilöstömäärien vaihtelu riippui hyvin paljon poliklinikan koosta ja toiminnan laajuudesta.

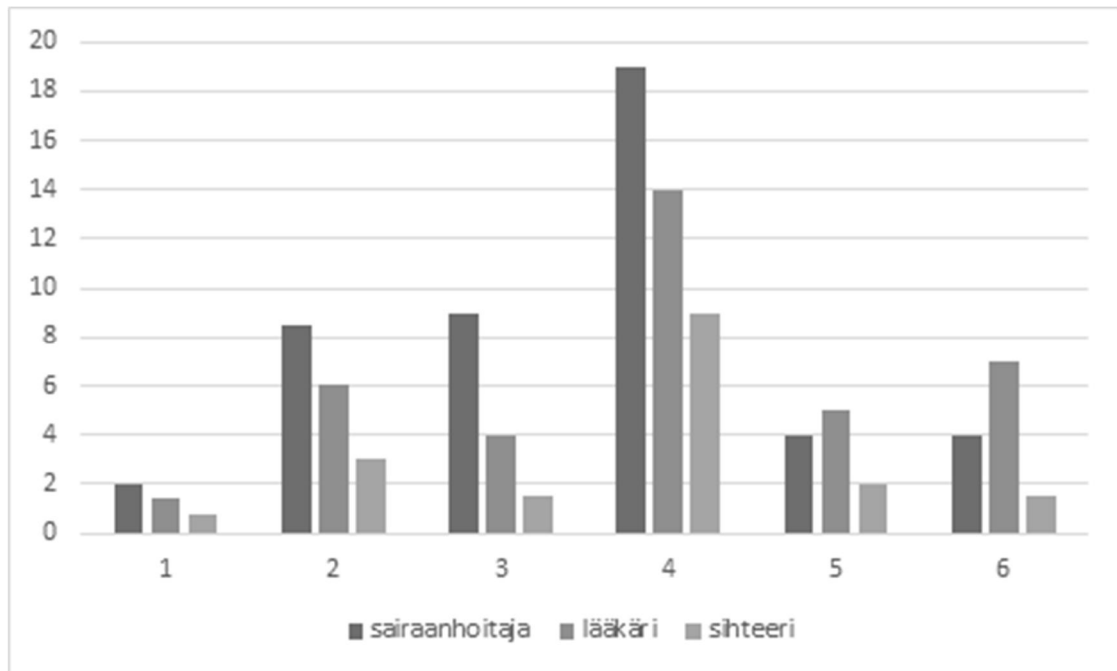
Ajanvarauksissa käytettävät käyntityypit esitellään liitteessä 3. Suurin kävijäryhmä oli jokaisella poliklinikalla kuitenkin uusintakävijät. Hoito-, sarjahoito ja lisäkäyntien määrät vaihtelivat eniten. Tähän osasyynä voi olla poliklinikoiden erilaiset käytössä olevat toimintamallit, joiden mukaan toisissa käytetään etenkin lisäkäynti -käyntityyppiä huomattavasti harvemmin kuin toisissa. Lisäkäynti -käyntityyppiä voidaan suoritekäsikirjan mukaan käyttää tilanteissa, joissa se selkeyttää yksikön toimintaa (HUS Suoritekäsikirja 2018). Usein tätä käyntityyppiä käytetään, kun halutaan selkeästi varata erillinen sairaanhoitajan vastaanottoaika ennen lääkärin vastaanottoa. Käyntityyppiä ei siis käytetä itsenäisissä hoitajavastaanotoissa. Esimerkiksi diabeetikoille, joiden esivalmisteluun ennen lääkärin vastaanottoa kuluu huomattavan paljon aikaa, varataan toisissa yksiköissä ennen varsinaista käyntiä lisäkäynti. Käyntityyppiä voidaan käyttää myös tilanteissa, joissa potilaalla on jo yksi maksullinen käynti saman päivän aikana. Tämä käyntityyppi on maksuton kaikille, eli siitä ei laskuteta potilasta eikä kuntaa. Kaikkien mukana olevien poliklinikoiden keskimääräiset kävijämäärät on esitetty kuviossa 8.



Kuvio 8. Poliklinikkakäyntien lukumäärä vuonna 2017 (n=6, mukana myös kohdepoliklinikka)

Vakituisen henkilöstön määrä vaihteli myös paljon: yhdessä yksikössä sairaanhoitajia oli vain kaksi, kun taas toisessa kokonaismäärä oli jopa 19. Lääkäreiden määrä vaihteli 1,4 aina 14 lääkäriin. Osastosihteereiden määrä puolestaan vaihteli 0,8 sihteeristä aina yhdeksään sihteeriiin. Henkilöstöjakaumaa on esitelty taulukossa 9. Tuloksia vääristää jon-

kin verran henkilöstön laskentatapa. Toisissa yksiköissä sairaanhoitajien toimipiste saattaa vaihdella yksikön sisällä eri erikoisaloilla, kun taas lääkäreiden määrä puolestaan saattaa vaihdella eri päivinä hyvinkin paljon. Näin ollen eivät siis raportit henkilöstömäärän suhteen ole aivan yksiselitteiset, mutta muun muassa lääkäreiden epätasapaino eri viikonpäivien suhteen ilmeni useammasta vastauksesta, niin kohdepoliklinikalla kuin myös muilla HUS-alueen lastenpoliklinikoilla. Lukumäärät ovat kuitenkin suuntaa antavia ja osoittavat, kuinka suurta vaihtuvuus voi olla.



Kuvio 9. Henkilöstöjakauma (lukumäärä)

Taulukkoa ja tuloksia tarkastellessa huomio kiinnittyy siihen, ettei lääkäreiden määrä välttämättä ole aina suurempi, kuin sairaanhoitajien. Tämä osaltaan vaikuttanee myös hoitokäytien määrien eroon poliklinikoiden kesken. Poliklinikoilla, joilla hoitajia on suhteessa lääkäreihin enemmän, pystyvät järjestämään kenties paremmin itsenäisiä hoitajakäyntejä, kun sairaanhoitaja ei ole kiinni lääkärin vastaanotoissa.

Jokaisella poliklinikalla lääkäri-hoitaja -työpari vaihtui päivittäin. Vastaajista 60% ilmoitti, että jokainen potilas tapaa sairaanhoitajan jo ennen vastaanottoa, kun taas 40%:lla sairaanhoitajan kohtasivat vain tietyt potilasryhmät. Ennen vastaanottoa tapahtuvat toimenpiteet vaihtelivat yksiköittäin. Lähes kaikissa yksiköissä kuitenkin ennen vastaanottoa sairaanhoitaja otti lapsesta tuoreet mittatiedot. Muiden toimenpiteiden sisältö riippui vas-

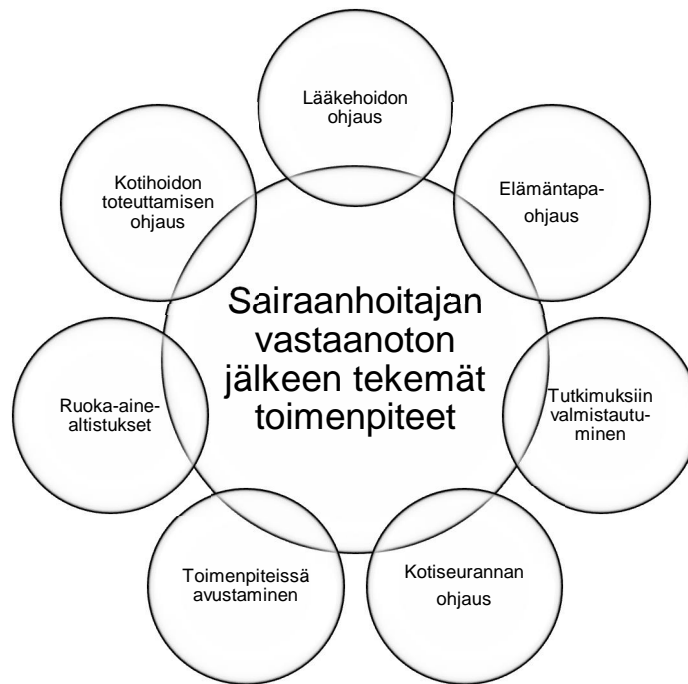
taajien mukaan siitä, minkälaisesta vastaanotosta oli kysymys. Osassa yksiköistä ennakkotoimenpiteiden sisältö riippui myös lääkärin määräyksistä. Sairaanhoidajan ennen lääkärin vastaanottoa tekemiä eri toimenpiteitä on esitelty kuviossa 10.



Kuvio 10. Sairaanhoidajan tekemät toimenpiteet ennen vastaanottoa

Vastaajista suurin osa ilmoitti, ettei potilaille varattu yleensä erillistä aikaa sairaanhoitajalle ennen lääkärin vastaanottoa. Poikkeuksena kuitenkin tässä olivat jälleen diabeetikot, jonka vuoksi yhdellä poliklinikalla käytäntö oli sekalainen. Kuitenkin vain yhdellä poliklinikalla oli jokaisella hoitajalla oma ajanvarauskirjansa järjestelmässä. Kaksi vastaajaa oli ottanut kantaa siihen, montako minuuttia ennen vastaanottoa potilasta pyydetään saapumaan (20min ja 30min).

Kaikissa yksiköissä vastaanoton jälkeinen sairaanhoidajan työ oli hyvin samanlaista. Pääpaino oli potilaan ohjaamisessa liittyen niin lääkerohjaukseen, elämäntapaohjaukseen kuin myös eri tutkimuksiin valmistautumiseen (kuvio 11). Joskus vastaanoton jälkeen potilas ei tarvitse minkäänlaista ohjausta tai auttamista. Vastauksista voidaan siis todeta, että sairaanhoidajan tärkein työpanos potilaan vastaanottoprosessissa keskittyy juuri siihen osa-alueeseen, joka tapahtuu lääkärin vastaanoton jälkeen.



Kuvio 11. Sairaanhoidajan tekemät toimenpiteet vastaanoton jälkeen

Sairaanhoidajan itsenäisiä vastaanottoja oli jokaisessa yksikössä. Ne pitivät sisällään osittain samoja asioita kuin vastaanoton jälkeisen toimenpiteet yleensä, mutta aihetta käsiteltiin laajemmin kuin lääkärin vastaanoton yhteydessä. Pääpaino hoitajakäynneissä oli kuitenkin enemmän hoidon toteutumisen seurannassa kuin varsinaisissa tutkimuksissa.

Viimeiseksi vastaajia pyydettiin antamaan omia ehdotuksia siitä, miten poliklinikan toimintaa tulisi kehittää. Useampi vastaaja toi ilmi sen, että eri ammattiryhmien välistä vastuunjakoja ja tehtävänkuvia tulisi heilläkin avata selkeämmin. Nykyisellään toiminta oli muissakin yksiköissä päällekkäistä. Toisaalta yksi vastaajista toivoi kaikille potilasryhmille sairaanhoidajan ja lääkärin yhteisvastaanottoa.

Poliklinikalla tulisi "aukikirjoittaa" selkeä työnjako hoitajan ja lääkärin välillä (nyt tehdään päällekkäistä työtä).

Tieto front desk-mallin laajenemisesta toi myös huolta, sillä suurin osa poliklinikoista toimii tiloissa, jotka eivät sovellu kyseiseen malliin sellaisenaan. Erilaisia versioita oli tosin kokeiltu. Yksiköissä oli myös tunnistettu, etteivät kaikki potilasryhmät välttämättä vaadi yhtä paljon sairaanhoidajan työpanosta kuin toiset. Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin myös puhelinpalvelun tärkeys.

Kaikki vanhemmat ja potilaat eivät tarvitse samanlaista palvelua (esim kilpirauhas-kontrollissa käyvät). Toiset potilasryhmät vaativia, esim. neurologiset potilaat.

Potilaan tulisi saada aina henkilökunta kiinni, esim. ajanvarausta muutettaessa, terveydentilan muuttuessa, terveysongelmien ratkaisemisessa jne.

Sairaanhoitajien määrä yksiköissä oli hyvin tasainen viikon jokaisena päivänä. Sen sijaan vastaajat kertoivat, että ongelmana joissakin yksiköissä on lääkäreiden epätasainen läsnäolo eri viikonpäivinä. Toisina päivinä lääkäreitä saattoi olla maksimimäärä huoneti-loihin nähden, kun taas toisena päivänä lääkäreitä saattoi olla paikalla vain murto-osa.

Lisäksi yksi vastaajista oli ottanut kantaa tilanteeseen, jossa sairaanhoitajaa tarvitaan turvaamaan lääkärin ja vanhempien välinen keskustelu ilman, että lapsi on mukana tilanteessa. Nämä tilanteet kuormittavat ennestään hoitajan työtaakkaa, kun lapsen vah-timinen tällaisessa tilanteessa irrottaa sairaanhoitajan kokonaan muusta potilastyöstä.

5.5.2 Kohdepoliklinikan sairaanhoitajien haastattelu

Kohdepoliklinikan sairaanhoitajat vastasivat sähköisesti viiteen avoimeen kysymykseen. Kysymyksissä pyydettiin vastaajia kertomaan nykyisestä toiminnasta, sen hyvistä ja huonoista puolista, muutostoiveista sekä hyvän hoidon kriteereiden täyttymisestä ja näky-misestä päivittäisessä toiminnassa. Määräaikaan mennessä kolmesta vastauksesta oli saatu vain yksi, joten vastausaika jouduttiin pidentämään. Tämän jälkeen lähetettiin vielä kaksi erillistä muistutusviestiä ja lopulta saatiin vastausprosentiksi 100% (n=3).

Tulokset käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jonka pohjalta luotiin kuva sai-raanhoitajien kokemuksesta nykytilanteesta, muutostoiveesta sekä siitä, minkälaista muutosta hoitohenkilökunta koki poliklinikalla tarvittavan.

Nykytilanteessa hyväksi koettiin se, että ilmoittautumisessa oleva sairaanhoitaja vastasi kaikista lääkäreiden ei-vastaanotolla olevien potilaiden asioista. Näin potilastyössä ole-vat hoitajat pystyvät panostamaan enemmän varsinaiseen potilastyöhön. Koettiin myös, että ilmoittautumishoitaja loi potilaille jo saapuessa turvaa, kun he saivat vakuuden siitä, että olivat saapuneet oikeaan paikkaan.

Potilasta on joku vastassa ilmoittautumisessa, uskon sen lisäävän potilaan koke-maa turvallisuutta (olenko oikeassa paikassa, mitä pitäisi seuraavaksi tehdä ym.)

Tämän ansiosta sairaanhoitaja pääsi heti lähestymään potilasta hoidollisesta näkökulmasta, kun toimistotyöt eli henkilötietojen tarkistaminen ja muu informointi sekä sisäänkirjaus oli hoidettu jo ilmoittautumisen yhteydessä. Kun taas ilmoittautumisessa ei ole ketään vastaanottamassa, saavat hoitajien kokemuksen mukaan potilaat nopeammin kontaktin hoitavaan sairaanhoitajaansa.

Huonoksi kaikki hoitajat kokivat tilanteen sekavuuden. Aiemmin oli sovittu, että ilmoittautumisessa oleva sairaanhoitaja arvio mittaamisen tarpeen ja lähetti potilaat vain tarvittaessa sairaanhoitajalle ennen lääkärin vastaanottoa. Kun ei ole aivan varma kuka potilaista tulee sairaanhoitajan vastaanoton kautta, on hankala keskittyä muuhun potilastyöhön kuten kirjaamiseen. Huolta aiheutti myös se, etteivät kaikki potilaat poistu sairaanhoitajan kautta. Huonona koettiin myös se, ettei ilmoittautumisessa yleensä ottaen vakiuisesti istu ketään. Toivottiin, että ilmoittautumisessa olisi koko ajan sihteerin vastaanottamassa potilaat.

Koen päivät ajoittain sekaviksi, koska aina en osaa arvioida kuka potilaista tulee hoitajan kautta.

...suoraan lääkärille menevät [potilaat] eivät aina pois lähtiessään käy hoitajan luona... hoidon laatu kärsii...

...ilmoittautumisessa oltava koko ajan työntekijä. Sekavaksi menee, kun toisinaan se on ja toisinaan ei ole.

Ilmoittautumiseen liittyvänä asiana koettiin hankalaksi myös potilaat, jotka käyttävät ilmoittautumisautomaattia tullessaan. Lastenpoliklinikalla ei ole omaa automaattia, vaan ne sijaitsevat sairaalan kahden pääsisäänkäynnin yhteydessä. Ilmoittautumisautomaatilla pystyy kuitenkin ilmoittautumisen lisäksi vain tarkastamaan tietojen oikeellisuuden. Muokkauksia virheellisiin tietoihin ei voida suoraan automaattilla kuitenkaan tehdä. Mikäli itseilmoittautumisen jälkeen ei henkilötietojen oikeellisuutta varmisteta potilaalta säännömukaisesti, tulee usein vastaan tilanteita, joissa esimerkiksi puhelinnumero tai kannanotto potilastietojen lähettämistä eteenpäin puuttuvat kokonaan. Nämä puutokset ovat omiaan paitsi hidastamaan hoidon toteutumista, myös vaarantamaan potilasturvallisuutta. Ongelmaksi koettiin vielä kaiken lisäksi myös se, että sairaanhoitajan ollessa ilmoittautumisessa, tarkoitti se yhtä käsiparia vähemmän varsinaisessa hoitotyössä.

Myös kohdepoliklinikan sairaanhoitajilta kysyttiin, minkälaista muutosta he kokivat poliklinikan vastaanottoprosessissa tarvittavan. Kehittämisehdotuksissaan vastaajat lähes-

tyivät ongelmaa jokainen hiukan eri näkökulmasta. Toivottiin, että ilmoittautumisessa potilaan olisi vastaanottamassa aina sihteerin, jolloin sairaanhoitajan työpanos vapautuisi hoitotyöhön. Samalla sihteerin toivottiin hoitavan ei-paikallollevien potilaiden jatkohoidosta ja määräysten toteuttamisesta. Toivottiin myös lääkäreiden tarkkaavaisuutta siitä, ketkä potilaista tarvitsevat sairaanhoitajaa vastaanoton jälkeen. Koettiin tärkeäksi varmistaa, että potilas oli ymmärtänyt annetut ohjeet ja tarvittaessa ne kerrattaisiin. Kaiken kaikkiaan nykytilanteen sekavuudesta toivottiin päästävän irti ja toiminnan selkeytyvän kehitettävällä toimintamallilla. Yksi vastaajista otti kantaa myös työparien huoneiden sijaintiin.

Sihteerin ilmassa pysyvästi... kirjeiden/hoitopuheluiden huolehtiminen sihteerille.

...että toimittaisiin samalla tavalla, eikä kovin vaihtelevasti...

Parempaa sujuvuutta, myös lääkäreiltä tarkkaavaisuutta ohjata potilas/asiakas hoitajan luo tarvittaessa... asioiden kertaamista... ohjeiden tarkistus, onko oikein ymmärretty.

...olisi mukava, jos hoitajan ja lääkärinhuoneet olisivat lähekkäin, jolloin toiminta olisi jouhevampaa.

Viimeiseksi vastaajia pyydettiin ottamaan kantaa poliklinikan hyvän hoidon kriteereiden toteutumisesta poliklinikalla. Jokainen vastaaja koki, että kriteerit toteutuivat joko osittain tai kokonaan. Koettiin myös, että toiminta nykyisellään vastasi muiden yksiköiden toimintamallia.

Vertailtaessa kohdepoliklinikan sairaanhoitajien vastauksia muiden poliklinikoiden edustajien vastauksiin, voidaan huomata, että samat ongelmat toistuvat useammassa yksikössä. Useimmassa yksikössä nämä ongelmat on tunnistettu, mutta vain muutamassa asian suhteen on tehty konkreettisia muutoksia. Tai ainakaan niitä ei vastauksissa tuotu ilmi.

6 Vastaanotto-prosessin kehittäminen tutkimustuloksia hyödyntäen

Vastaanotto-prosessia lähdettiin muokkaamaan jo ennen vastausten saapumista. Aiheesta oli keskusteltu lähes viikoittain aamukokouksissa ja lounastauoilla. Uusia ajatuksia tuli ilmi ja niiden pohjalta lähdettiin jo miettimään muutosta. Pieniä muutoksia tehtiin

muun muassa lääkärin ajanvarauslistojen aikatauluihin. Poliklinikalla otettiin myös käyttöön päivittäisjohtamisen taulu, jonka ääreen hoitohenkilökunta, esimies ja osastonsihtööri(t) kokoontuivat joka aamu kymmenen minuutin kokoukseen. Päivittäisjohtamisen taulu on osa lean-ajattelua. Sen tarkoituksena on, että kaikki yksikössä tietävät mikä on päivän tavoite ja mikä on työnjako. Se antaa myös jokaiselle mahdollisuuden pyytää apua tai tuoda esiin poikkeamat, kehittämis ehdotukset sekä ongelmat (Perttunen ym. 2018: 33.) Tavoitteena olikin, että myös lääkärit osallistuisivat kokoukseen, mutta ajankohta ei ollut heille sopiva. Jatkossa on syytä pohtia poliklinikan koko henkilökunnan kesken olisiko jokin muu aika päivästä parempi. Vaihtoehtoisesti voidaan pohtia, olisiko mahdollisuutta pitää yhteinen kokous vaikkapa kerran viikossa siten, että myös lääkärit pääsisivät osallistumaan. Itse vastaanotto prosessin suunnittelu aloitettiin vastausten analysoinnin jälkeen.

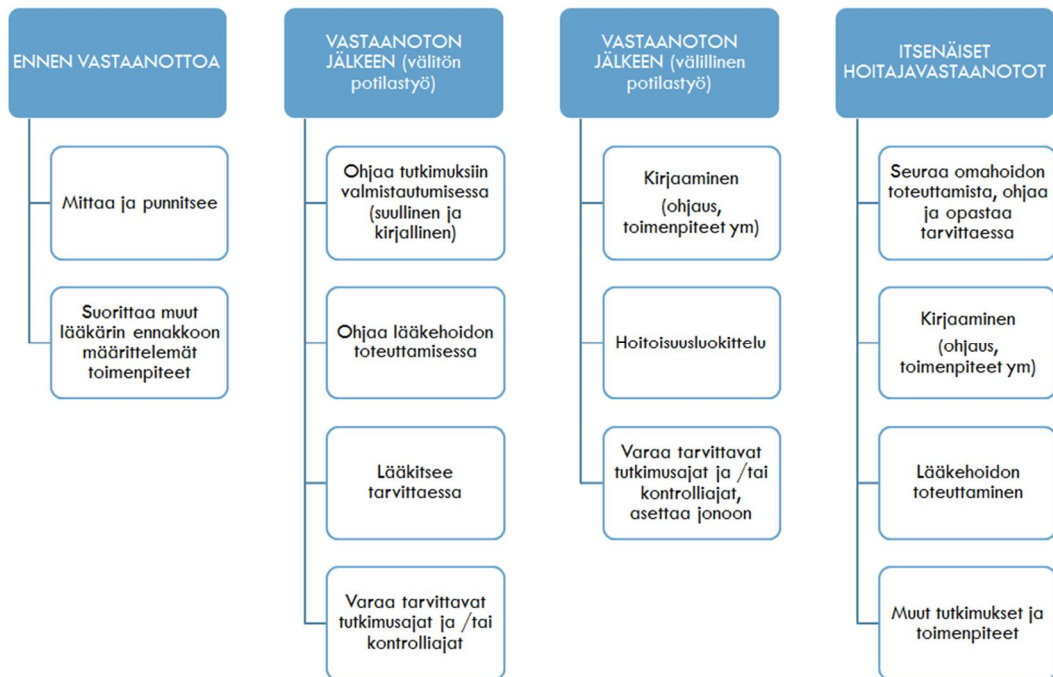
Suunnittelussa käytettiin hyödyksi sähköistä muistikirjaa (Microsoft OneNote 2016), johon kaikilla kohdepoliklinikan sairaanhoitajilla oli käyttöoikeudet. Tämä toimintamuoto valittiin, koska yhteisen tapaamisajan sopiminen koettiin hankalaksi. Muistikirjaan liitettiin mukaan nykyistä toimintaa kuvaava kaavio sekä kyselyjen perusteella muokattu ehdotus uuden toimintamallin kaaviosta. Sairaanhoitajia pyydettiin kommentoimaan kaavioita omilla ehdotuksillaan ja muokkauksillaan. Samalla heitä pyydettiin ottamaan kantaa siihen, mikä heidän mielestään on sairaanhoitajan vastuu vastaanotto prosessin eri vaiheissa. Muistikirjan käytön opastus annettiin osin paikan päällä. Samoihin aikoihin käytiin vastaavan ylihoitajan kanssa keskustelua suunnitelmasta ja sen taustalla vaikuttavista asioista. Sairaanhoitajat listasivat muistikirjaan seuraavia asioita eri otsikoiden alle (taulukko 4):

TULOTILANNE	VASTAANOTON JÄLKEEN	MUU POTILASTYÖ
Tervehtii potilaan ja perheen	Jatkohoidon turvaaminen	Hoitoprosessin suunnittelu
Tiedustelee vointia hoitotyön näkökulmasta	Ohjaa	Päivystyspotilaiden hoidosta huolehtiminen
Mittaa ja punnitsee	Opastaa	Muistilistan = potilaspalautteiden ja muiden määräysten hoitaminen
Mittaa verenpaineen	Kirjaa reaaliajassa oleelliset asiat hoitotyön näkökulmasta	Diabeetikkojen koulu/pk-käynnit
Huolehtii aikataulussa pysymisestä		Diabeetikkojen muu kuin vastaanotolla tapahtuva ohjaaminen
Diabeetikon esitutkimukset		Seuraavan päivän työnjako
		Aamulla listojen ja tutkimustulosten ym. jakaminen lääkäreiden huoneisiin

Taulukko 4. Sairaanhoitajan tehtävät kohdepoliklinikan hoitajien listaamana

Lisäksi pyydettiin listaamaan muita poliklinikan toimintaan liittyviä tehtäviä, joiden hoitamisen vastuun sairaanhoitajat kokivat kuuluvan juuri heille. Tällaisia olivat esimerkiksi yleinen "järjestyksenpito" ja ohjeiden ynnä muiden dokumenttien ajan tasalla pitäminen, joiden kuitenkin koettiin kuuluvan myös kaikille muille yksikön jäsenille.

Itse suunnittelussa edettiin vaiheittain. Päivittäisen potilastyön hallinnoimiseksi poliklinikalla otettiin käyttöön vastuuhoitaja-malli. Vastuuhoitajan pääasiallisena tehtävänä on huolehtia päivittäisestä työnjaosta sekä vastata poikkeustilanteista. Myös päivä- ja viikkorytmiä pyrittiin jaksottamaan, jotta itsenäisille hoitajavastaanoille saatiin säännölliset ajat. Sairaanhoitajan tehtäväkuva lähdettiin avaamaan liitteen 4 mukaan. Liitteessä esitettävässä kaaviossa on esitelty potilaan vastaanottoprosessi lähetteen saapumisesta aina hoidon päättymiseen lastenpoliklinikalla. Sairaanhoitajan tehtäviä vastaanottoprosessin eri vaiheissa lähdettiin avaamaan alla esitettävän kaavion mukaan (kuvio 12). Nämä kaksi kaaviota yhdessä toimivat siis pohjana sairaanhoitajan työnkuvalle kohdepoliklinikalla.



Kuvio 12. Sairaanhoitajan vastualueet vastaanottoprosessin eri vaiheissa

Seuraavissa kappaleissa nämä vastaanoton eri vaiheet on vielä eritelty tarkemmin sekä kuvattu sairaanhoitajan vastuu näissä vaiheissa.

6.1 Ennen vastaanottoa

Yleensä varsinainen sairaanhoitajan työ alkaa potilaan saapuessa vastaanotolle. Aiemmin ilmoittautumisessa oli toiminut lähinnä sairaanhoitaja tai vaihtoehtoisesti potilaat ilmoittautuivat suoraan hoitavalle hoitajalle. Ilmoittautumisen toimenkuvaa lähdettiin pohtimaan ja todettiin, että paikalla voisi myös istua sihteeri, kun selkeät työnkulut eri potilasryhmille on sovittu yhdessä. Valtaosa potilaista on astmaatikkoja. Heistä lähes kaikki yli 6-vuotiaat käyvät ennen vastaanottoa keuhkofunktio tutkimuksissa, jossa heidät myös mitataan ja punnitaan. Näin ollen sairaanhoitajan tapaaminen ennen vastaanottoa näiden potilaiden kohdalla ei ole tarpeen, vaan ilmoittautumisessa istuva sihteeri antaa vastaanotolle tulevalle astmaatikolle iän mukaisen astmatestin, jonka perusteella lääkäri arvioi hoidon toteutumista yhdessä potilaan kanssa vastaanotolla. Muut potilaat tapaavat ennen lääkärin vastaanottoa sairaanhoitajan, joka huolehtii lääkärille ajantasaiset kasvutiedot mittaamalla ja punnitsemalla lapsen tarvittaessa ennen vastaanottoa. Ajantasaiset kasvutiedot tarvitaan etenkin silloin, kun lapsi tulee vastaanotolle mahdollisen kasvuhäiriön vuoksi. Mittatietojen perusteella seurataan muutenkin lapsen kasvua, jotta poikkeamiin voidaan puuttua riittävän ajoissa. Lisäksi painotietoa tarvitaan määrättäessä lääkitystä. Lasten lääkehoidossa tämä painotieto on tärkeää, sillä lääkkeet voivat vaikuttaa pienen lapsen elimistössä huomattavasti eri tavalla kuin aikuisella. Siksi lasten lääkemäärät on suhteutettava aina potilaan kokoon tai pinta-alaan. (Inkinen – Volmanen – Hakoinen 2015: 21.)

Riippuen käynnin aiheesta voi hoitaja tarvittaessa mitata verenpaineen, purkaa verensokerimittarin tai insuliinipumpun tiedot tietokoneelle tai toteuttaa muita ennakkotutkimuksia, jotka lääkäri on ohjelmoinut suoritettavaksi ennen vastaanottoa. Lähtökohtaisesti tarvittavat esitutkimukset ovat joko yhdessä sovittuja, tai lääkärin etukäteen ohjelmoimia. Sovitut ja ohjelmoidut esitutkimukset tulee perustua tutkittuun ja yleisesti määritelyihin kriteereihin, kuten Käypä hoito –suositukseen. Jatkossa poliklinikalla olisi hyvä ottaa myös nämä ohjeistukset tarkasteluun. Tämä tukee myös työn vakiointia. Lääkityksen toteutumisen arviointi kuuluu näillä käynneillä lääkärille. Lastenpoliklinikalla on myös sovittu aiemmin, että lääkäri tarkistaa ja päivittää vastaanoton yhteydessä potilaan lääkityksen. Tarvittaessa sairaanhoitaja avustaa lääkärinä tutkimuksissa tai toimenpiteissä varsinaisella vastaanotolla.

6.2 Lääkärin vastaanoton jälkeen

Vastaanoton jälkeinen hoitotyö voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen: Välittömään potilastyöhön eli siihen, joka tehdään vielä potilaan läsnä ollessa ja välilliseen potilastyöhön, joka tapahtuu potilaan poistuttua vastaanotolta.

6.2.1 Välitön potilastyö

Vastaanoton jälkeen lääkäri ohjaa tarvittaessa potilaan sairaanhoitajan vastaanotolle jatkohoidon järjestämiseksi. Hoitaja tarkistaa moniammatillisista määräyksistä (MMO) lääkärin tekemän jatkohoitosuunnitelman, käy sen läpi perheen kanssa ja kertoo mahdolliset jatkohoito-ohjeet. Tärkeä osa ohjausta on lääkehoidon toteutuksen ohjaus. Jotta ohjaus on laadukasta, tulee yksikössä olla sovittuna yhdenmukaiset käytännöt ohjauksen ja neuvonnan suhteen. Lisäksi jokaisella ammattiryhmällä on oma vastuunsa lääkehoidossa. Lääkeosaamisen tulee olla laadukasta ja turvallista, mikä puolestaan vaatii osaamisen säännöllistä tarkastamista. (Inkinen – Volmanen – Hakoinen 2015: 32, 58.) Terveystieteiden ammattilaisen antamalla ohjauksella on todettu olevan selkeä vaikutus lääkehoidon oikeaan toteutumiseen. Tämän ohjauksen tulisi kattaa myös mahdollisista haittavaikutuksista ja niiden todennäköisyydestä informoiminen. Mahdolliset lapsen ja vanhempien esiin tuomat huolet tulee ottaa vakavasti ja pyrkiä käsittelemään ne avoimesti, sillä asiallinen suhtautuminen näihin on todettu tukevan lääkehoidon toteutumista. (Sepponen 2011: 80). HUSissa sairaanhoitajilta vaaditaan viiden vuoden välein päivitettävä lääkehoidon osaamisen osoittava lupa, jolla taataan henkilökunnan osaaminen niin lääkkeiden annossa kuin myös tieto - taito lääkkeiden vaikutuksesta. Lasten parissa työskenteleviltä vaaditaan perustietojen lisäksi erillinen lasten osio, joka takaa lasten turvallisen lääkehoidon toteuttamisen (JYL 2/2017). Tällä varmistetaan laadukas ja turvallinen potilaan lääkehoito (Hoitotyön vuosikertomus 2016: 13, Johtajaylilääkärin ohje 2/2017).

Läkehoidon lisäksi ohjaamisessa painottuu yleensä erilaisiin tutkimuksiin valmistautuminen. Koska varsinaisena asiakkaana on lapsi, tulee ohjaaminen antaa ensisijaisesti hänelle. Ohjaamisessa tulee huomioida lapsen ikä ja kehitystaso. Ohjeet on kuitenkin hyvä kerrata myös saattajan kanssa. Ohjauksessa apuna voidaan käyttää havainnollistavia kuvia tai ohjauskansioita. On myös olemassa erilaisia valmiita videoita erilaisista tutkimuksista ja niihin valmistautumisista (esimerkiksi Ohjausvideo pään magneettitutkimukseen menevälle lapsipotilaalle tai Lasten uni-EEG). Näihin videoihin perheet voivat

palata myös kotona. Mahdollisuuksien mukaan ohjeet on annettava myös kirjallisena, jotta niihin voidaan palata myöhemmin. Lisäksi potilaalla tulee olla mahdollisuus olla yhteydessä poliklinikalle, mikäli kysyttävää ilmenee. Kirjallisessa materiaalissa tulee ennen kaikkea huomioida ymmärrettävyys ja ajantasaisuus. (Torkkola ym. 2002: 35-36.)

6.2.2 Välillinen potilastyö

Vaikka tulevaisuudessa reaaliaikaiseen kirjaamisen pyritään yhä enemmän, jää usein varsinainen käyntien kirjaaminen vastaanoton jälkeen. Kirjaamisessa noudatetaan rakenteisen kirjaamisen mallia, jota esiteltiin kappaleessa 2.2.3. Kirjaamiseen liittyy myös hoitotietojen kirjaaminen sekä potilaan uloskirjaus. Uloskirjaus on kuitenkin tehtävä mahdollisimman reaaliajassa. Suurin osa hoitotiedoista puolestaan päivittyy suoraan käytössä olevan potilastietojärjestelmän kautta. Tilanteessa, jossa välittömästi toteutettavia jatkotoimenpiteitä ei ole, potilas kotiutuu suoraan lääkärin vastaanotolta sihteerin kautta, jolloin sihteeri myös uloskirjaa hänet.

Toisinaan jatkotutkimuksiin varattavia aikoja ei pystytä syystä tai toisesta antamaan potilaalle suoraan mukaan, vaan niiden järjestäminen vie aikaa. Tämä työ jää usein käynnin jälkeen suoritettavaksi. Oli kysymys sitten välittömästä tai välillisestä hoitotyöstä, on tavoitteena turvata potilaan jatkohoidon toteutuminen.

6.3 Muu potilastyö

Vastaanottojen lisäksi poliklinikalla on paljon ei-paikallaolevien potilaiden asioita hoidettavana. Aiemmin lääkärin soitto- ja kirjelistoilla olevien potilaiden asiat hoiti lääkärin sen päiväinen hoitajapari. Tämä johti usein siihen, että kiireisinä päivinä työt kasaantuivat ja työtaakka sairaanhoitajien kesken oli hyvin epätasainen. Yleensä näiden soittojen ja kirjeiden perusteella potilaalle tarvitsee varata uusia tutkimusaikoja tai vastaanottoaikoja, joten työ on enimmäkseen toimistotyötä. Uudessa toimintamallissa näiden potilaiden asiat siirretään pääsääntöisesti sihteeille hoidettavaksi. Näin sairaanhoitajille vapautuu enemmän aikaa välittömään potilastyöhön.

Jatkossa poliklinikalla otetaan aktiiviseen käyttöön vastuuhoitajamalli. Vastuuhoitaja määrittellään aina kolmeksi viikoksi kerrallaan. Vastuuhoitaja vastaa päivittäisestä työn-

jaosta ja poikkeustilanteiden koordinoinnista sairaanhoitajien kesken. Hän huolehtii päivittäisjohtamisen taulun ajantasaisuudesta sekä toimii poliklinikan aamupalaverissa puheenjohtajana. Tarvittaessa hän raportoi mahdollisista poikkeustilanteista apulaisosastonhoitajalle tai osastonhoitajalle.

Poliklinikalla hoidetaan myös päivystyksellisiä potilaita. Tämä potilasryhmä on kuitenkin melko pieni. Aiemmin näiden potilaiden hoidosta vastasi mahdollisuuksien mukaan ilmoittautumisessa oleva sairaanhoitaja. Uudessa toimintamallissa päivystyspotilaista vastaa ensisijaisesti vastaava hoitaja. Tilanteen mukaan hän voi siirtää hoitovastuun kuitenkin toiselle sairaanhoitajalle.

6.4 Muut muutokset poliklinikan toiminnassa

Sujuvan potilastyön kannalta on tärkeää, että myös tilat ovat toimivat. Kyselyissä kävi ilmi, että useassa yksikössä tilojen toimimattomuus oli yksi toiminnan kehittämisen este. Kohdepoliklinikalla ongelmana on työtilojen puute. Lääkäreiden ja erityistyöntekijöiden vastaanotot ovat pääsääntöisesti suunniteltu niin, ettei heitä ole samaan aikaan paikalla enempää kuin mitä huonetiloja on käytettävissä. Sen sijaan sairaanhoitajien ja sihteerien määrä poliklinikalla on käytännössä vakio koko viikon. Koska sihteerit tarvitsevat ilmoittautumisen lisäksi oman työtilansa, jää yksi sairaanhoitajista päivittäin ilman työskentelytilaa. Ratkaisuksi on ehdotettu esimerkiksi liikutettava tietokoneyksikön eli kiertokärryn hankkimista poliklinikalle, jolloin yksi hoitajista pystyy liikkumaan tilanteen mukaan. Vaihtoehtoisesti ehdotettiin toisen sihteerin työtilan etsimistä muualta kuin poliklinikan tiloista silloin, kun huoneita ei olisi riittävästi käytössä.

Myös työtilojen käytännöllisyys ja asianmukaisuus ovat osa toimivuutta sekä työturvallisuutta. Kohdepoliklinikalla on jo osittain toteutettu lean-ajattelun mukaista työympäristön kehittämistä. Tässä kehittämisessä on hyödynnetty visuaalisuutta. Käytännössä tämä tarkoittaa siis sitä, että kaappien ja laatikoiden sisältö on kerrottu ovesa olevilla tarroilla. Huoneissa on pyritty pitämään niiden käyttötarkoituksen mukainen perusvälineistö (sairaanhoitajan huone, lääkärin huone), mutta tämän lisäksi sairaanhoitajien huoneissa varustelutaso on määritelty osittain myös käyttötarkoituksen mukaan. Huoneet eivät siis ole henkilökohtaisia, vaan päivittäisessä työjaossa huomioidaan myös tilan tarve. Tutkimusvälineet, joita sairaanhoitaja tarvitsee harvemmin, on sijoitettu toimenpidehuoneeseen kaikkien työntekijöiden saataville.

Tärkeä osa poliklinikan toimintaa on myös riittävän oheismateriaalin saatavuus. Hoitotarvikkeet sekä toimistotarvikkeet tilattiin aiemmin tarpeen mukaan ja toisinaan tärkeätkin hoitotarvikkeet saattoivat loppua kesken. Poliklinikalla on mahdollisuus ottaa käyttöön täyttöpalvelu, jossa materiaalikeskus vastaa tarvikkeiden riittävydestä ja täyttää varastoa erikseen määritellyssä aikataulussa. Näin taataan jatkuvassa käytössä olevien tuotteiden, kuten toimistopaperin, säännöllisessä käytössä olevien tutkimusvälineiden ja tarvikkeiden sekä hoitotarvikkeiden saatavuus. Ongelmana harvemmin käytössä olevien materiaalien suhteen on sopimattomat pakkauskoot. Tämä lisää paitsi turhaa varastointia, myös jätteen määrää. Asia on hyvä ottaa käsittelyyn työyksikössä ja pohtia jatkossa sen käytettävyyttä.

7 Kohdepoliklinikan sairaanhoitajien kokemuksia uudesta toimintamallista

Ennen uuden toimintamallin kokeilua poliklinikalla pidettiin osastotunti, jossa käytiin henkilökunnan kanssa läpi uudet muutokset. Toimintamallin kokeilujaksoksi määriteltiin yksi kuukausi. Uudesta toimintamallista muistutettiin sähköpostiviestillä sairaanhoitajia sekä lähetettiin sama viesti tiedoksi poliklinikan muulle henkilökunnalle.

Noin viikko kokeilun jälkeen käytiin epävirallinen keskustelu siitä, miten kokeilu oli lähtenyt käyntiin. Kävi ilmi, että sovittua mallia ei oltu lähetty toteuttamaan annettujen ohjeistusten mukaan. Osa sihteerille siirretyistä töistä oli edelleen sairaanhoitajalla. Syyksi kerrottiin henkilöstön vajaus. Kokeilujaksoa hankaloitti myös muut tekijät, kuten perehdytys sekä opiskelijanohjaus. Toisaalta kaikki nämä tekijät ovat sellaisia, jotka toteutuvat todennäköisesti myös normaalissa poliklinikkatyössä, joten sinänsä tällä ei ole kokeilun onnistumisen suhteen suurta merkitystä, vaikka henkilökunta sihteerit mukaan lukien asian niin kokivatkin. Toisaalta pienessä yksikössä yhdenkin työntekijän puuttumisella on suuri merkitys kokonaisuuteen. Keskustelun pohjalta sovittiin lopulta, että ainakin tämä yksi osa-alue säilytettiin sairaanhoitajan vastuulla, kunnes henkilöstömäärä vastasi todellisuutta.

Kokeilujakson jälkeen kohdepoliklinikan sairaanhoitajille lähetettiin kysely kokeilun toteutumisesta. Kysely toteutettiin tälläkin kertaa sähköisenä ja anonyyminä. Vastausaikaa annettiin vain yksi työviikko, jotta kokemukset olisivat riittävän tuoreessa muistissa.

Kaikki sairaanhoitajat (n=4) vastasivat kyselyyn määräpäivään mennessä. Itse kyselyssä käytettiin pääosin samoja kysymyksiä, kuin ensimmäisessä kyselyssä:

1. Kuvaa omin sanoin mikä kokeilussa olleessa vastaanottoprosessissa on mielestäsi hyvää
2. Mikä kokeilussa olleessa käytännössä on huonoa tai mikä vaatisi kehittämistä?
3. Minkälaista muutosta koet toiminnan tarvitsevan?

Vastauksissa tuotiin ilmi, että vastuuhoidajamalli oli koettu toimivaksi. Ongelmatilanteita tuotti lähinnä tilanteet, joissa vastuuhoidajalla oli iltapäivällä hoitajakäynti tai iltapäivällä oli kokouksia. Näissä tilanteissa työnjaossa tuli herkästi kiire. Toisaalta yksi vastaajista koki, että työnjako tehtiin pitkälti samalla tavalla kuin ennen kokeilua. Yleisesti kuitenkin vastuuhoidajamallia toivottiin jatkettavan tulevaisuudessa. Päivittäisten lääkärin hoitopuheluiden ja -kirjeiden hoitamisen siirtäminen sihtereille koettiin myös tuovan sairaanhoitajan päivään selkeyttä ja vapauttavan aikaa hoitotyöhön.

Huonoa palautetta kokeilussa olleesta mallista sairaanhoitajat eivät antaneet. Toisaalta vastauksissa tuotiin ilmi, että edelleen potilaat olivat lääkärin vastaanoton jälkeen ”hukassa”, koska lääkäri ei selkeästi ollut ohjeistanut potilaita joko kotiin sihteerin tai sairaanhoitajan kautta. Lisäksi koettiin kokeilun olleen ajankohdaltaan haastava, sillä jaksolle osui useampi päivä, jolloin henkilöstöstä oli vajausta. Etenkin sihteerien kohdalla.

Tulosten raportointia varten sovittiin kohdepoliklinikalle toinen osastotunti. Osastotunnilla käytiin läpi kokeilussa esiin tulleet mielipiteet, pohdittiin mitä kokeilussa olleesta mallista jätetään käytäntöön sekä lähdettiin yhdessä pohtimaan jatkotoimenpiteitä. Osastotunnilla tuotiin esille myös erilaisia kehittämissuhteita jatkoon. Näiden tarkoituksena on olla apuna toiminnan yhtenäistämiseen ja kehittämiseen suhteessa muihin HUS-alueen lastenpoliklinikoihin. Tällaisia kehittämissuhteita olivat sähköisiin palveluihin, kuten Terveyskylään tutustuminen ja sen hyödyntäminen päivittäisessä työssä, säännöllisten osastotuntien järjestäminen sekä benchmarking-tyyppiset yhteistyökokoukset muiden lasten yksiköiden kanssa. Etenkin näiden yhteistyökokousten avulla kyettäisiin jakamaan yksiköstä toiseen toimivia käytänteitä niin hoito-ohjeiden kuin toimintatapojen suhteen.

Sairaanhoitajilta kysyttiin lisäksi mitä muutosta poliklinikalla vielä tarvittaisiin. Esiin nousi puhelinliikenteen selkeyttäminen ja lääkäreiden toisistaan eriävät vastaanottoajat. Toivottiin myös, että kokeilussa ollutta toimintamallia jatkettaisiin vielä kuluvan syksyn ja talven aikana ainakin osittain.

Poliklinikalla otettiin pysyvästi käyttöön vastuuhoidajamalli sekä sihteerin läsnäolo ilmoitautumisessa. Vastaanoton eri vaiheet esiteltiin kappaleessa 6 alakappaleineen. Nämä osa-alueet koettiin muuten toimiviksi, mutta uloskirjaamisen vastuunjako jäi vielä pohdittavaksi. Nyt ongelmana oli lähinnä se, ettei potilaita oltu ohjattu lääkärin vastaanotolta poistumaan hoitajan tai sihteerin kautta, jolloin ilmeni epäselvyyttä niin sairaanhoitajien kuin potilaiden taholta. Tälle ongelmalle ei keksitty toimivaa ratkaisua. Sovittiin, että tois- taiseksi pyrittäisiin muistuttamaan lääkäriä informoimaan potilaan kotiuttamisesta suo- raan sen päiväiselle hoitajaparille. Lisäksi sovittiin, että ei-läsnä olevien potilaiden jatko- hoitosuunnitelman toteuttaminen säilyy jatkossakin sihteerin vastuualueena. Toki osas- totunnilla painotettiin ottamaan huomioon poliklinikan toiminta kokonaisuutena. Sinänsä tällaista työnjakoa tukee se, että muissa samanlaisissa yksiköissä nämä hoitopuhelut ja -kirjeet ovat jo nyt sihteerin vastuulla. Osassa yksiköitä jatkotoimenpiteiden ohjelmointi, kuten laboratoriotutkimusten tilaaminen ja niiden tulosten raportoinnista vastaaminen kuuluu lääkärille itselleen. Tulevaisuudessa tämä tulee Apotin käyttöönoton myötä siirty- mään lääkärille, joten myös kohdepoliklinikalla voitaisiin pohtia toimintatavan käyttöön- ottoa. (Apotti verkostoinfo 2.3.2018, henkilökohtainen muistiinpano.)

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusta tehdessä tulee seurata hyvää tieteellistä käytäntöä eli tutkimusetiikkaa. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimusta tehdessä noudatetaan yleisesti sovittuja säädöksiä suhteessa tutkimuskohteeseen, työntekijöihin ja kollegoihin. Se tarkoittaa myös sitä, että tiedonhankinnassa käytetään keinoja, jotka on hyväksytty tiedeyhteisön toimesta. Kun tutkija käyttää raportoinnissaan toisen tutkijan tekstiä, tulee hänen asianmukaisesti ker- toa lainauksestaan oikeaoppisin lähdeviittein. (Vilka 2015: 41-42.) Tutkimusetiikka sää- telee myös sitä, miten saatua aineistoa tulee säilyttää. Jo aineistoa kerätessä tulee osal- listujaa informoida siitä, mihin hänen antamia vastauksia käytetään ja miten niitä käsitel- lään. Tutkimusetiikka määrittelee, miten aineisto tulee säilyttää ja kenellä on pääsy ke- rättyyn materiaaliin. Tämä tarkoittaa sitä, että vastaukset ovat vain tutkimuksen tekijän tai tekijöiden saatavilla. Toisaalta vastaajalla on oikeus nähdä omat vastauksensa niin halutessaan. Suomessa näiden käytäntöjen toteutumista valvoo TENK eli tutkimuseetti-

nen neuvottelukunta. Sen lisäksi sosiaali- ja terveysalalla tutkimusetiikkaa valvoo ja ohjaa ETENE. Sen tarkoituksena on valvoa ennen kaikkea potilaiden oikeuksia tutkimuksissa. (Vilkkä 2015: 41-49.)

HUS määrittelee selkeästi, miten tutkijan tulee menetellä, kun tutkimus koskee potilaita, henkilöstöä tai tietojärjestelmistä. Tällöin tutkimuksen toteuttaminen vaatii sairaanhoitopiirin antaman tutkimusluvan. Johtajaylilääkäriin ohje 2/2015 määrittelee myös, miten saatua aineistoa säilytetään ja käsitellään. Perustana kaikelle tutkimustyölle on tietosuoja, minkä vuoksi myös opinnäytetyön tekijän on allekirjoitettava vaitiolo-/salassapitovelvollisuuslomake, ellei hän ole HUS henkilökuntaa. Tällöin kyseinen lomake on allekirjoitettu jo työsuhteen alkaessa. Mikäli opinnäytetyötä tehdessä kerätään henkilötietoja, tulee tutkijan raportoida jo ennen tutkimuksen aloittamista, miten hän aineistoa tulee säilyttämään ja käsittelemään. Tutkimusluvan saaminen HUSissa vaatii myös, että lopullinen tuotos tallennetaan Tietu- tietokantaan (JYL 2/2015). Ennen tämän opinnäytetyön toteuttamista haettiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuslupa haettiin tutkimus- ja tiedeylihoitajalta, kohdesairaalan naisten- ja lastentautien vastaavalta ylihoitajalta sekä lisäksi muiden tutkimukseen osallistuvien sairaaloiden lastenpoliklinikoista vastaavilta ylihoitajilta. Lisäksi varmistettiin vielä lastenpoliklinikoiden osastonhoitajilta halukkuus osallistua sähköiseen kyselyyn.

Tässä opinnäytetyössä eettisyys on huomioitu aihevalinnassa. Vastaanottoprosessin kehittäminen on osa potilastyötä. On otettava huomioon, että kehitettävällä mallilla on vaikutusta välillisesti myös asiakkaiden saamaan palveluun ja sen laatuun. Nyt ja tulevaisuudessa näihin kahteen panostaminen on iso osa organisaation selviytymistä, sillä tuleva SOTE-malli asettaa jokaisen toimivan yksikön kilpailuasemaan, jossa palkintona ovat asiakkaat. Uudistusten myötä olennaisiksi asioiksi muodostuvat asiakkaan saama ja ehdottomasti myös kokema hyöty, asiakasohjaus, osallisuus ja osallistuminen sekä moniammatillinen ja verkostomainen yhteistyö (Rannisto - Tienhaara 2016: 9.) Tehokas toimintamalli näkyy käyntimäärissä. Myös kilpailukyky sopimuksen tuomat lisätunnit on saatava näkyviin tehostetussa potilastyössä (HUS Talousarvio 2017.)

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimusta tehdessä on tutkijan pohdittava työn luotettavuutta. Luotettavuuden tarkastelu on prosessi, jota tulee tehdä koko tutkimusprosessin aikana. Jo aiheen valinnassa

tulee pohtia, miksi juuri tämä valikoitui tutkimuksen aiheeksi. Teoreettisen taustatiedon tulee perustua laadukkaista lähteistä saatuun, tutkittuun tietoon. Tutkimusaineistoa valittaessa on pohdittava, vastaavatko juuri tämä aineisto ja sen keruumenetelmät käsitteilyssä oleviin tutkimuskysymyksiin vai olisi mahdollinen tieto saatavissa jostain muualta ja joillakin muilla keinon luotettavammin. Kun aineiston analyysi on tehty ja tuloksia raportoidaan, tulee pohtia luotettavuuden kannalta miksi tultiin juuri näihin tuloksiin ja miksi tulosten pohjalta päädyttiin tiettyihin ratkaisuihin. (Vilkkä 2015: 196-197.) Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuuden arviointia rajoittaa jonkin verran se, ettei sillä ole omaa tutkimusotetta. Tällöin luotettavuuden analysointi on tehtävä menetelmien mukaan. (Kananen 2015: 111.) Tässä opinnäytetyössä menetelmän voidaan todeta olevan enemmän laadullinen kuin määrällinen, joten myös luotettavuutta on tarkasteltava laadullisen tutkimuksen näkökulmasta.

Tämän opinnäytetyön aiheeksi valikoitui vastaanotto prosessi ja sairaanhoitajan rooli sen eri vaiheissa, koska opinnäytetyön tekijä oli omassa työssään huomannut aiheen olevan ajankohtainen. Aiheen valintaa tukivat myös muualla sairaanhoitoalueella lähiaikoina tehdyt selvitykset ja niiden pohjalta tehdyt muutokset toiminnassa (Uudet toimintamallit testauksessa, Lastentautien vastaanotoilla valmistaudutaan muuttoon 2017; Kauppinen 2018). Toteutusmuodoksi valikoitui tutkimuksellinen kehittämistyö, koska tällöin opinnäytetyöstä saatiin aikaiseksi konkreettista tulos, jota kyetään heti hyödyntämään myös käytännössä. Toisaalta kokeilujakson pituus oli varsin lyhyt ja ajankohta haastava (poissaolot, perehdytys, opiskelijanohjaus), mutta kokemukset kuitenkin olivat hyviä, mikä tukee aihevalinnan luotettavuutta. Tässä vaiheessa opinnäytetyön tekijä ei ollut enää osa tutkimuksen kohteena olevaa yksikköä, joten siihen nähden vaikuttamismahdollisuus työn tuloksiin oli olematon.

Teoreettista taustaa työlle etsittiin laadukkaista tutkimuksista, jotka koskivat juuri vastaanotto prosessin kehittämisestä. Hakuprosessissa käytettiin laadukkaita tietokantoja, kuten Cinahl, PubMed sekä Medic. Myös muista lähteistä, kuten Google Scholarista tai muiden tutkimusten lähdeluetteloista saatuja tutkimuksia käytettiin satunnaisesti hyödyksi varmistaen kuitenkin näiden tutkimusten laatu. Halutun teoretiedon kerääminen osoittautui hankalaksi. Varsinaisia tieteellisiä tutkimuksia löytyi aiheesta vähän, ProGradu –tutkimuksia jonkin verran ja opinnäytetöitä jo huomattavasti enemmän. Tämä saattaa olla osoitus siitä, että itse vastaanotto prosessiin on vasta nyt alettu kiinnittämään

enemmän huomiota. Aiemmin tutkimuskohteena on ollut enemmän juuri tekninen hoitaminen. Myös erilaisista vastaanottoprosessin osa-alueista, kuten lääkitsemisestä tai ohjaamisesta tutkimustietoa löytyi enemmän.

Kehittämistyö olisi voitu toteuttaa suoraan kohdeyksikköön, mutta opinnäytetyön tekijä koki luotettavuuden lisääntyvän, kun toiminnan kehittämisessä huomioitaisiin myös muiden yksiköiden toiminta. Ovathan nämä kaikki yksiköt kuitenkin saman tulosityksikön alaisia yksiköitä. Kohdesairaalan lastenpoliklinikalla hoitohenkilökunnan määrä puolestaan on vähäinen, vain neljä hoitajaa. Jokainen näistä vastaajista oli huomannut toiminnassa kehittämistarpeen jo ennen opinnäytetyön toteutusta, joten vastausten voidaan arvioida olevan luotettavia. Muissa yksiköissä vastaajana oli yksi henkilö, joten on mahdollista, että vastauksissa vaikutti jonkin verran vastaajan oma mielipide. Vaihtoehtoisesti kysely olisi voitu lähettää myös kaikille näiden yksiköiden työntekijöille, mikä olisi voinut poistaa vääristymää ainakin avoimien kysymysten kohdalla huomattavasti.

Aineiston keruu toteutettiin molemmissa kohteissa sähköisellä lomakkeella. Vaihtoehtoisesti olisi voitu käyttää myös esimerkiksi teemahaastattelua tai tarkkailua, mutta näissä aineistonkeruumenetelmissä vastausten luotettavuus olisi saattanut kärsiä, koska opinnäytetyön tekijä oli tutkimusprosessin alkaessa osa kohdeyksikköä. Muiden yksiköiden kohdalla haastattelun ongelmaksi olisi puolestaan muodostunut aikataulujen yhteensovittaminen. Kohdepoliklinikan sairaanhoitajat vastasivat kyselyyn nimettömänä, jotta anonymiteetti pystyttäisiin mahdollisimman hyvin säilyttämään. Muista yksiköistä kerättiin vain yksikön vastuuyksikkönumero sekä vastaajan/vastaajien tehtävänimike. Vastuuyksikkönumeroa ei tässä työssä kuitenkaan raportoitu. Vastaukset säilytettiin sähköisessä muodossa salasanasuojatussa tiedostossa. Vain tutkimuksen tekijällä oli pääsy vastauksiin. Molempien ryhmien vastauksista käytettiin varsinaiseen työhön lainauksia, joihin ei kuitenkaan liitetty minkäänlaisia tunnistettavia kuvauksia vastaajasta. Vastaajille myös painotettiin, että vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella oli oikeus jäädä pois tutkimuksesta niin halutessaan.

Aineisto analysointiin käyttämällä sisällönanalyysia. Analysoinnissa tulisi varmistua siitä, ettei tutkimuksen tekijän omat mielipiteet, asenteet ja odotukset tulosten suhteen vaikuta analysoinnissa. Tarkoituksena oli käyttää selkeää sisällönanalyysia, jossa vastaukset ja oteltiin eri aihepiirien mukaan, mutta tätä hankaloitti jonkin verran vastausten suppeus. Myös suppean otoskoon vuoksi opinnäytetyössä ei raportoida sisällönanalyysia vastaus-

ten tunnistettavuuden vuoksi. Vastauksista on kuitenkin lainattu lausemia työn raportointiin paitsi elävöittämään tekstin sisältöä, myös parantamaan luotettavuutta. Analysointivaiheessa pyrittiin löytämään yhdistäviä käsitteitä, mutta koska jokainen vastaajista on vastannut omin sanoin, saatetaan vastaus ymmärtää eri tavalla kuin mitä vastaaja on sen tarkoittanut. Analyysissä pyrittiin olemaan mahdollisimman objektiivinen ja puolueeton.

8.3 Opinnäytetyön käytettävyys

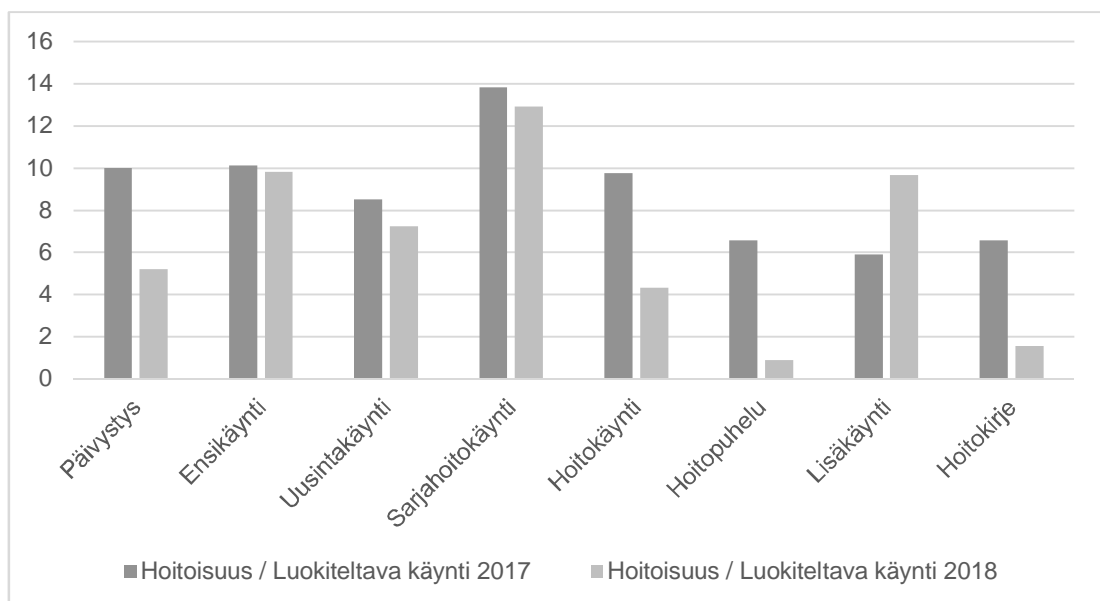
Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa tai uusia ja parempia käytäntöjä. Voidaan sanoa, että yhtenä tieteellisen tutkimuksen vaatimuksena on se, että siitä on oltava hyötyä muille. (Vilka 2015: 31-32.) Tämän opinnäytetyön tuottamien tulosten käytettävyys muilla vastaavilla poliklinikoilla riippuu pitkälti siitä, minkälainen toimintaplaneissa on ollut aiemmin käytössä. Tiettyihin ongelmiin taas ei tämän työn puitteissakaan löydetty ratkaisua. Kyseessä oli kuitenkin juuri tämän yhden tietyn poliklinikan toiminnan muokkaaminen siten, että se vastaa mahdollisimman hyvin muiden yksiköiden toimintaa. Osa toiminnan muutoksesta olisi varmasti ollut mahdollista toteuttaa ilman opinnäytetyön tekoakin, mutta tällä prosessilla muutos saatiin mahdollisesti nopeammin vauhtiin sekä samalla saatiin käyttöön aineistoa siitä, miten muut yksiköt toimivat. Työn taustalla kehittämistyötä kuitenkin ohjasi tavoite siitä, että Lasten ja nuorten sairauksien tulosityksikön sisällä toiminta olisi mahdollisimman identtistä hoitopaikkaan katsomatta.

8.4 Tulosten ja opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyössä lähtökohtana oli yhden HUS lasten ja nuorten sairauksien tulosityksikön alaisuudessa toimivan poliklinikan toiminnan yhtenäistäminen muiden vastaavanlaisten yksiköiden toiminnan kanssa. Tavoitteena oli tarkastella vastaanottoprosessin työnjakoa ja etenkin sairaanhoitajan vastuuta sen eri vaiheissa. Opinnäytetyössä luotiin ensin katsaus käytössä olevaan vastaanottoprosessiin (sivu 25, kuvio 7). Tämän jälkeen vastaanottoprosessi jaettiin eri vaiheisiin sairaanhoitajan näkökulmasta. Tietoa muiden vastaavanlaisten yksiköiden toiminnasta sekä kohdepoliklinikan sairaanhoitajien kokemuksia muutostarpeesta kartoitettiin käyttäen apuna sähköistä kyselyä. Saatu aineisto analysoitiin ja tuloksia hyödyntäen kehitettiin uusi vastaanottoprosessin malli, jossa sairaanhoitajan työtä tasattiin jakamalla muun muassa puhdas toimistotyö sihteereille. Kuukauden

kestäneestä kokeilusta saatiin hyvää palautetta ja käytäntöön jätettiin sihteerin sijoittuminen ilmoittautumiseen, vastuuhoitaja-malli sekä hoitopuheluiden ja -kirjeiden hoitamisen vastuun siirtyminen sairaanhoitajalta ensisijaisesti sihteerin hoidettavaksi. Sairaanhoitajien kokemuksen mukaan muutokset antoivat mahdollisuuden keskittyä varsinaiseen hoitotyöhön sekä selkeyttivät päivää. Tutkimustavoitteisiin vastattiin opinnäytetyön tekijän mielestä hyvin.

Toiminnan kehittämisen yhtenä tavoitteena oli sairaanhoitajan työmäärän tasaaminen ja selkeyttäminen suhteessa yksikön muihin ammattiryhmiin. Tämän toteutumista pystytään selvittämään esimerkiksi tarkastelemalla potilaiden hoitoisuutta. Kuviossa 13 esitellään poliklinikan HUS-Total -raporttia *hoitoisuus/luokiteltava käynti* kokeilujaksona verrattuna edeltävän vuoden samaan ajanjaksoon. Kokeilun tuoma muutos näkyy selkeästi hoitokirjeiden ja -puheluiden hoitoisuuspisteiden laskussa, sillä hoitoisuusluokitteluun osallistuu vain sairaanhoitajat. Nyt kun näiden hoitamisen vastuu siirrettiin sihteerille, ei hoitoisuuspisteitä myöskään kerry.



Kuvio 13. Hoitoisuus / luokiteltava käynti vko 33-37 vuosina 2017 ja 2018 (HUS-Total)

Toistaiseksi uusi toimintamalli ei siis näkynyt muussa raportoinnissa. Jatkossa mahdollisesti odotettavissa muun muassa itsenäisten hoitajavastaanottojen määrien nousu (sarjahoitokäynti, hoitokäynti). Tähän saattaa vielä kulua aikaa, sillä uusi toimintatapa vaatii vielä yksityiskohtien muokkaamista. Lisäksi poliklinikalla on määriteltävä uudes-

taan optimaalinen hoitoisuuslukema eli PAONCIL, sillä edellä kuvattu vastuualueen siirtäminen toiselle ammattiryhmälle vaikuttaa merkittävästi sairaanhoitajien työn kuormittavuuteen ja näin ollen myös yleisesti poliklinikan toimintaan.

Tässä työssä keskityttiin vastaanottoprosessin kehittämiseen. Jatkossa voidaan vielä pohtia, olisiko tarvetta tarkastella poliklinikan toimintaa viikko- ja päivätasolla. Pohdittavaksi jää myös, voitaisiinko hoitajavastaanotot jakaa sairausryhmittäin tai vastaanottajittain eri päiville. Nämä toimenpiteet yhdessä puhelinaikojen uudelleen järjestelyn kanssa voisivat luoda päivä- sekä viikkorytmiin johdonmukaisuutta. Ehdotus tähän esitellään liitteessä 6. Tätä suunnitelmaa tukee poliklinikalla aiemmin tehty suullinen ehdotus viikkorytmistä.

Itse työn tekeminen oli mielenkiintoista ja antoi uusia näkökulmia toiminnan kehittämiseen. Terveystieteiden tutkimuksessa hoitotyön toteuttaminen on vain yksi osa-alue, jonka ympärillä vaikuttavat monet näkökulmat. Työn tekijälle asiakaslähtöisyys on tärkeää, mutta muuttuvassa yhteiskunnassa on ajateltava myös näitä muita vaikuttavia tekijöitä asiakaslähtöisyyden ympärillä. Aiemmin työssä sivulla 8 esitelty kuvio 1 (Potilaan hoidon ympärillä vaikuttavat näkökulmat) eri näkökulmista on hyvin informatiivinen ja avaa lukijalle sitä, miten monta eri näkökulmaa potilaiden hoidon taustalla oikeastaan vaikuttaa.

Opinnäytetyön tekemisessä aikataulut tuottivat suurimman ongelman. Alussa vastauksen saaminen kyselyyn aiheutti viivytystä, analysointi ja suunnitteluvaiheessa taas kesä ja loma-aika. Olisi ollut myös hyvä kokeilla uutta mallia jossakin toisessa yksikössä. Työtä tehdessä huomio kiinnittyi myös siihen, miten suuri projekti toiminnan kehittäminen oikeastaan onkaan. Vaikka tämän työn avulla saatiin sysättyä toiminnan muutosprosessi alkuun, tuli työtä tehdessä esiin useampi kehittämistä tai ainakin päivittämistä vaativa toiminta. Ongelmaksi opinnäytetyön toteutuksessa osoittautui myös muutosvastarinta. Sinänsä tämä oli odotettavissa, onhan se osa muutosprosessia. Vastaanottoprosessin muokkaaminen on pitkälinen prosessi, joka vaatii säännöllisin väliajoin tilanteen tarkastamista ja muokkaamista tarpeen mukaan. Toiminta, henkilökunta sekä työnjako muuttuvat tilanteiden mukaan, mikä puolestaan vaikuttaa siihen, miten työmäärä moniammatillisessa työyksikössä jaetaan. Uuden toimintatavan juurruttaminen käytäntöön vaatii myös aikaa, eikä muutosvastarinnaltakaan voida välttyä. Tässä tilanteessa juuri esimiehellä onkin suuri merkitys siinä, miten hän esittelee toiminnan muutoksen henkilöstölle. Toisaalta raamit toiminnalle ja sen muutokselle sanelee Lasten ja nuorten sairauksien tulosyksikkö, jonka alaista toimintaa myös kohdepoliklinikan vastaanotot ovat.

8.5 Jatkokehittämisehdotuksia

Usein miten Lasten ja nuorten tulosyksikössä toiminnan kehittäminen keskittyy enemmän Lasten ja nuorten sairaalaan. Yhteistyöllä myös reuna-alueiden toimintaa voitaisiin paremmin yhtenäistää. Tämä vaatii kuitenkin asennemuutoksen niin reuna-alueilla kuin myös Lasten ja nuorten sairaalassa. Reuna-alueiden sairaaloilla tarkoitetaan tässä yksiköitä, jotka sijaitsevat HUS-alueen reunoilla (Hyvinkää, Lohja, Raasepori Porvoo ja Peijas). Viime aikoina yhteistyö yksiköiden välillä on alkanut enemmän nostaa päätään, mutta parannettavaakin on. Jo nyt on alettu osasto- ja päivystystasolla lasten ja nuorten tulosyksikössä kehittämään yhteistä ohjepankkia, johon kerätään yhteiset toimintaohjeet eri hoitotilanteisiin. Tutkimuksen tekijä on esittänyt ehdotuksen, että myös poliklinikoilla käytettävät potilasohjeet sekä hoito-ohjeet saataisiin yhteneviksi. Näin taattaisiin potilaille hyvä ja tasa-arvoinen hoito ja sen laatu hoitopaikkaan katsomatta. Tämä helpottaisi myös henkilökunnan siirtymistä yksiköstä toiseen. Lisäksi taattaisiin jatkuvasti ajantasainen ja laadukas potilastyö, kun jokaisella olisi mahdollisuus päivittää ohjeistuksia viimeisimmän käytettävissä olevan tiedon mukaan. Osana tätä kehittämistyötä voisivat olla benchmarking-tyyppiset tapaamiset yksiköiden kesken.

Yhtenäisten ohjeiden käyttöä tukee myös TerveyskyläPro. Tätä Terveyskylän ammattilaisosiota voitaisiin käyttää hyödyksi yhtenäisten hoito- ja potilasohjeiden jakamisessa. Palvelusta löytyy tätä työtä tehtäessä jo kattava määrä potilas- ja hoito-ohjeita, mutta jatkossa tätä palvelua kehitetään entisestään. (ammattilaiset.terveyskyla.fi.) Näin ohjeet eivät hukkuisi intranettiin vaan ajantasainen materiaali olisi aina helposti saatavilla. Pohdittavaksi jää myös se, miten paljon jatkossa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi Terveyskylän lastentalossa olevaa materiaalia vaikkapa uusintakävijöiden ohjaamisessa ja lääkitysasioiden kertaamisessa. Sähköisten palveluiden hyödyntäminen on osa tulevaisuuden terveydenhuoltoa, mutta sen käytön omaksuminen vaatii asenteen muutosta myös henkilökunnalta. Sähköisten palveluiden käyttöönotto vaatii kommunikointia ja tukea esimiesten ja henkilöstön välillä, mutta pidemmällä aikavälillä helpottaa huomattavasti työntekoa. (Kujala – Hörhammer – Ervast – Kolanen – Rauhala 2018: 221, 233.) Tulevaisuudessa olisikin mielenkiintoista selvittää miten sähköisten palveluiden käyttö on omaksumattu.

HUS kehittää hoitotyön laatua jatkuvasti. Meneillään on myös erilaisia hankkeita. Magneettisairaalahanke on tällä hetkellä yksi HUS:n kärkihankkeista. Se tavoittelee ANCC:n (American Nurses Credentialing Center) myöntämää Magneettisairaala-statusta (HUS

internet). Statuksen saaminen edellyttää, että sairaala on sitoutunut erinomaisen toimintakulttuurin vaalimiseen, resurssien oikeaan ja tehokkaaseen kohdentamiseen sekä ylläpitämään potilashoidon ja hoitohenkilökunnan ammatillista kehitystä tukevia järjestelmiä. Joanna Briggs Instituutin vuonna 2009 teettämässä katsauksessa todettiin, että hoitajien työolosuhteilla kyettiin oleellisesti vaikuttamaan myös potilasturvallisuuteen. Katsauksen pohjalta on luotu suositus, sillä tutkimustulokset näyttivät mallin toimivan (Näyttöä Magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin 2010). Vaikka Magneettisairaala-statusta haetaan ensisijaisesti Helsingissä toimintansa aloittavaan Uuteen lastensairaalaan, koskevat sen taustalle asetetut tavoitteet myös muita lastenpoliklinikoita.

Muutokset organisaatiossa sekä yhteiset tavoitteet antavat aihetta toiminnan yhtenäistämiseen, jotta palvelu on yhtä laadukasta kaikkialla, eivätkä potilaat joudu asuinpaikkansa perusteella eriarvoiseen asemaan. Magneettisairaalastatukseen saaminen edellyttää kaikilta sitä hakevilta yksiköiltä tiettyjen markkereiden seuraamista. Osana tätä on myös asiakastytyväisyyden seuraaminen. Asiakastytyväisyyteen liittyy saumattomasti myös vastaanottoprosessin sujuvuus sekä potilaskokemus. Myös potilastietojärjestelmä Apotin käyttöönotto tulevina vuosina aiheuttaa muutoksia toiminnassa. Apotin yhtenä tavoitteena on hoitotyössä lisätä sairaanhoitajien varsinaisen hoitotyön määrää. Nyt suunniteltu malli on ottanut huomioon myös näiden muutosten mukana tuomat muutokset ja niitä on tulevaisuudessa helppo muokata. Tietysti lopullinen tarve toiminnan muokkamiselle tulee esille vasta, kun uusi järjestelmä on otettu käyttöön.

Tässä työssä keskityttiin polikliinisen vastaanoton prosessiin sairaanhoitajan näkökulmasta. Jatkossa olisi hyvä paneutua vielä syvemmin esimerkiksi eri potilasryhmien itsenäisten hoitajavastaanottojen sisältöön ja niiden vaikuttavuuden mittaamiseen. Ennen tätä olisi toki hyvä kartoittaa mitä erilaisia hoitajavastaanottoja HUSissa on käytössä. Hoitotyö on aina hoitotyötä, mutta se, miten sitä toteutetaan, muuttuu vuosien saatossa. Nyt kehitteillä on muun muassa digitalisaation lisääminen potilastyössä. Aika näyttää miten kehitys tulee vaikuttamaan niin sairaanhoitajien koulutukseen kuin itse työhön.

Lähteet

ACT Academy: Online library of quality, service improvement and redesign tools. Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. NHS Improvement. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://improvement.nhs.uk/documents/2142/plan-do-study-act.pdf>>.

American Academy of Ambulatory Care Nursing position Statement - Updated 2017. The role of the registered nurse in ambulatory care position statement. Verkkodokumentti. <www.aaacn.org/practice-resource/position-statements. Ladattu 1.12.2017>.

Apotti.fi: Tutkimustulokset eivät yllättäneet: Sairaanhoidajat kaipaavat parannusta nykyisiin potilastietojärjestelmiin. Sähköinen tiedote 14.3.2018 <www.apotti.fi>. Luettu 2.4.2018.

Apotti verkostoinfo 2.3.2018: henkilökohtaiset muistiinpanot.

Apotti verkostoinfo 27.4.2018: henkilökohtaiset muistiinpanot.

AURA Ammattiura sairaanhoitajana. HUS Intranet. Ladattu 14.2.2018.

Uranus-potilastietojärjestelmä: Cressida-raportointiportaali. Haettu 10.4.2018.

Betz, Cecily L. 2000. California healthy and ready to work transition health care guide: Developmental guidelines for teaching health care self-care skills to Children. Comprehensive pediatric nursing, 23: 203-244.

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Fagerholm, Nina 2014. Sairaaloiden somaattisten poliklinikoiden hoitotyön henkilöstömitoitus – tunnusluku- ja asiantuntijaperusteinen mallinnus. Väitöskirja: Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta / Hoitotieteen laitos. Sähköisesti ladattavissa <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1604-4>>.

Frisch, Ashley M. - Johnson, Arlene – Timmons, Shirley – Weatherford, Carol 2010: Nurse practitioner role in preparing families for pediatric outpatient surgery. Pediatric nursing. January-February 2010/Vol 36/No 1.

Gillette, Chris - Rockich-Winston, Nicole - Kuhn, JoBeth A. - Flesher, Susan - Shepherd, Meagan 2016. Inhaler Technique in Children With Asthma: A Systematic Review. Academic Pediatrics (ACAD PEDIATR), Sep/Oct2016; 16(7): 605-615. (11p).

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaali Oy.

Hoitotyön vuosikertomus 2016: Hoitotyötä potilaan parhaaksi. Sähköinen asiakirja. <www.hus.fi>. Luettu 7.10.2017.

Holopainen, Arja – Junttila, Kristiina – Jylhä, Virpi – Korhonen, Anne – Seppänen, Salla 2013: Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fioca Oy. Helsinki.

Hopia, Hanna – Tomlinson, Patricia S. – Paavilainen, Eija – Åstedt-Kurki, Päivi 2005: Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. Journal of Clinical nursing, Feb2005, Vol. 14 Issue 2, p 212-222.

Hukkanen, Eija – Vallimies-Patomäki, Marjukka 2005: Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriö.

HUS:n lean-koulutukset ja koulutukseen valitut. Tiedote 24.11.2014. HUS Intranet.

HUS Suoritekäsikirja 2018. Luettu HUS Intranetistä 14.2.2018.

HUS Talousarvio 2017 – Taloussuunnitelma 2017-2019. Sähköinen asiakirja. <www.hus.fi> Luettu 20.9.2017.

HUS Tilinpäätös- ja toimintakertomus 2017. Sähköinen asiakirja. <www.hus.fi>. Luettu 2.7.2018.

Hyppönen, Hannele – Vuokko, Riikka – Persephone, Doupi - Mäkelä-Bengs, Päivi (toim.) 2014: Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. THL Raportti 31/2014. Tampere. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Inkinen, Ritva – Volmanen, Petri – Hakoinen, Suvi (toim.) 2015: Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL:n julkaisu 14/2015. Sähköisesti ladattavissa < http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-577-6>

James, Susan – Nelson, Kristine – Ashwill, Jean 2013. Nursing care of children. Principles & practice. Fourth edition. Elsevier inc.

Johtajaylilääkärin ohje 2/2015: Opinnäytetyön tutkimuslupa. Sähköinen asiakirja. <www.hus.fi>. Ladattu 8.10.2017.

Johtajaylilääkärin ohje 2/2017. Lääkehoidon toteuttamisen edellyttämä osaaminen ja lupakäytännöt HUS:ssa. Sähköinen asiakirja. <www.hus.fi> Ladattu 17.2.2018.

Johtajaylilääkärin ohje 4/2018. Potilas- ja hoito-ohjeiden laadinta HUSissa. <www.hus.fi>. Ladattu 2.7.2018.

Junttila, Kristiina – Heija, Rauni – Konttinen, Riitta – Kotavuopio, Tuija - Leppänen, Sari – Paavilainen, Erja – Saloranta, Tiina – Tuhkanen, Anita – Vahteri, Pipsa 2011: Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa. HUS Intranet.

Jylhä, Virpi 2017. Information management in health care: a model for connecting information culture and patient safety. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta / Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos.

Kaipio, Johanna – Stenhammar, Hanna – Karisalmi, Nina – Immonen, Susanna – Nieminen, Marko – Nieminen, Mika P – Mannonen, Petri – Litovuo, Lauri – Aarikka-Sten-

roos, Leena – Lahdenne, Pekka 2018: Lapsus-tutkimushanke: Näkökulmia lapsiperheen potilaskokemukseen. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 10(2-3), 310-318. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<https://doi.org/10.23996/fjhw.69180>>

Kananen, Jorma 2012: Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, Jorma 2015: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistyön vaihe vaiheelta? Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen Katri 2013: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karisalmi, Nina – Kaipio, Johanna – Lahdenne, Pekka 2017: Lasten potilaskokemukset digitaalisten palveluiden kehittämisen lähtökohtana. Finnish Journal of EHealth and EWelfare, 9(2-3), 167- 183. Luettavissa sähköisesti osoitteessa: <<https://doi.org/10.23996/fjhw.63090>>.

Karlsson, Åke – Marttala, Anders 2001: Projektikirja. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Helsinki: Kauppakaari.

Karvinen, Monika – Korhonen, Raija – Mäkelä, Sari – Peldan, Päivi 2015: Ilmoittautumishoitajakokeilu. Sisäinen muistio.

Kassinen, Jaana 2017: Polikliinisen hoitotyön ydinkompetenssien kehittäminen ja pilotointi. Sisäinen raportti. HUS Intranet.

Kauppinen, Tiina 2018: Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen lastentautien ajanvarauspolilinikalla. Kehittämistehtävä. HUS Taitava hoitaja. Sisäinen raportti. HUS Intranet.

Kielitoimiston sanakirja <<http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>>.

Kinnunen, Ulla-Mari – Tervo-Heikkinen, Tarja – Hynninen, Nina – Seppänen, Salla – Iivanainen, Ansa – Holopainen, Arja 2017: Näyttöön perustuvan hoitosuosituksen laatiminen – esimerkkinä aikuispotilaan painehaavojen ehkäisy ja tunnistaminen. Hoitotiede 3/2017, vol 29.

Koski, Annikki 2003: Vastaanotto-/tulotilanteen kehittäminen. Seinäjoen keskussairaalan lastentautien tulosyksikön asiakastyytyväisyysmittaustulosten hyödyntäminen. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Kujala, Sari – Hörhammer, Iiris – Ervast, Minna – Kolanen, Heta – Rauhala, Minna 2018: Johtamisen hyvät käytännöt sähköisten omahoitopalveluiden käyttöönotossa. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2018;10(2-3), 221-235. Luettavissa sähköisesti osoitteessa: < <https://doi.org/10.23996/fjhw.69140>>

Kääriäinen, Maria 2007: Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Luettavissa sähköisesti osoitteessa: <<http://urn.fi/urn:isbn:9789514284984>>.

Kärkkäinen, Oili – Tuominen, Juha A., Seppälä Anja, Karvonen Jukka 2003: Selvitys lääkärien ja hoitajien välisestä työnjaosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Suomen lääkärilehti 12/2003, vsk 58, s 1457-1460.

Kärkkäinen, Oili – Tuominen, Juha A., Seppälä Anja, Karvonen Jukka 2006: Lääkärien ja hoitajien välisen työnjaon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Suomen lääkärilehti 24/2006, vsk 61, s. 2647-2652.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <www.Finlex.fi>.

Lavander, Päivi 2017: Nimikesuojattujen ja laillistettujen ammattihenkilöiden työnjako yliopistosairaalan muuttuvassa toimintaympäristössä. Väitöskirja: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta / Terveystiede. Luettavissa sähköisesti osoitteessa: <<http://um.fi/um:isbn:9789526216683>>.

Lindström, Elina 2003: Terveystieteiden eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettavissa sähköisesti osoitteessa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014093044987>>.

Mikä on terveyskylä.fi. 2018. Verkkodokumentti. <<https://www.terveyskyla.fi/tietoa-terveyskyl%C3%A4st%C3%A4/mik%C3%A4-on-terveyskyl%C3%A4-fi>>.

Modig, Niklas – Åhlström, Pär 2016: Tätä on LEAN. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Halmstad. Rheologica publishing.

NordDRG-opas – Suoritekäsikirja 2017. Luettavissa sähköisesti osoitteessa: <www.soteluokitustuotteet.fi> Kehittäminen.

Nykänen, Pirkko (toim.) – Junttila, Kristiina (toim.) 2012: Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti: Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Raportti 40/2012. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki 2012.

Näyttöä Magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2010 (viitattu 24.10.2017). Saatavilla <www.hotus.fi>.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014: Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: SanomaPro.

Pelander, Tiina 2008: The quality of paediatric nursing care – Children´s perspective. Department of nursing science, faculty of medicine, University of Turku. Turku: Painosalama Oy.

Perttunen, Jyrki – Korhonen, Esko – Jokela, Ritva – Korte, Henna 2018: Lean sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS). Helsinki. Kopio Niini Oy.

Rannisto, Pasi-Heikki – Tienhaara, Piia (toim.) 2016: SOTE-palvelut markkinoilla; Tavoitteita, toiveita ja ristiriitoja. Tampereen yliopisto. Johtamiskoulu. Luettavissa sähköisesti osoitteessa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0320-4>.

Reijula, Jori - Ruohonmäki, Virpi - Lahtinen, Marjaana – Aalto, Leena – Reijula, Emmi – Reijula, Kari 2017: Terveydenhuollon työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla (TeLean). Tutkimushankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos. Helsinki. Luettavissa sähköisesti osoitteessa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-773-6>>.

Räsänen, Johanna 2010: Kirjava kirjaaminen: - hoitotyön kirjaamisen minimikriteeristön kehittäminen Jorvin Lastentautien poliklinikalle. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016112817932>>.

Salminen, Sari 2010: Hoitohenkilöstön työajan käyttö potilasohjaukseen ja yhteydenottoihin erikoissairaanhoidossa. Pro Gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto.

Sepponen, Kati 2011: Lasten lääkkeiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat lasten ja vanhempien näkökulmasta. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto, Farmasian laitos. Luettavissa sähköisesti osoitteessa <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0379-2>>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Finlex.fi.

Suomen NOBAB – NOBAB i Finland. Sähköinen materiaali. www.nobab.fi. Luettu 22.11.2017.

Sy, Virginia 2016: Empowering staff nurses as primary educators to children with type 1 diabetes. *Pediatric nursing*, September-October 2016 / Vol. 42 / No 5. p 247-252.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (THL) 2017: Somaattinen erikoissairaanhoido 2016. Tilastoraportti. Luettavissa sähköisesti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017113055167>>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tietokantaraportit <www.thl.fi/tilastot>.

Terveyskylä.fi. Sähköinen erikoissairaanhoidon verkkopalvelu.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009: Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Torkkola, Sari 2018: Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Helsinki: Alma Talent.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäviksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tourigny, Jocelyne – Chartrand, Julie 2015. Partnering with parents in pediatric ambulatory care setting: A new model. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2015; 38(2): 105–117

Tuomi, Jouni – Sarajärvi Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuulaniemi, Juha 2011: Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Talentum.

Uudet toimintamallit testauksessa, Lastentautien vastaanotoilla valmistaudutaan muuttoon. HUS Intanet. Sisäinen tiedote 21.12.2017. Luettu 2.1.2018.

Virkkunen, Heikki – Mäkelä-Bengs, Päivi – Vuokko, Riikka (toim) 2015: Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1, versio 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ohjaus 2/2015.

Virtanen, Tuija 2010: Polikliinisen hoitotyön autonomia ja sitä edistävät tekijät. Pro Gradu-tutkielma: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Luettavissa sähköisesti osoitteessa:< <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-20507>>.

Kyselykaavake 1

Lastenpoliklinikoiden toiminnan kartoittaminen

Hyvä vastaanottaja!

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyönäni kehitän vastaanotto toiminnan prosessimallia sairaanhoitajan näkökulmasta ensisijaisesti Lohjan sairaalan lastenpoliklinikalle. Koska poliklinikan toiminta on osa HYKS Lasten ja nuorten tulosyksikköä, on tärkeää saada työn taustaksi tietoa nykyisistä toimintamalleista muilla vastaavilla lastenpoliklinikoilla HUS-alueella. Tässä Te, hyvä vastaanottaja, olette hyvin tärkeässä asemassa.

Oheinen kysely kerää tietoja, joiden pohjalta uutta ja yhtenäistä toimintamallia lähdetään muotoilemaan. Vaikka etenkin isoilla vastaanotoilla ollaan tulevaisuudessa yhä enemmän siirtymässä niin sanottuun FrontDesk-malliin, on eri ammattiryhmien vastualueiden tarkastelu paikallaan.

Tämän kyselyn vastaajana voi olla ylihoitaja, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai sairaanhoitaja, joka tuntee poliklinikan toiminnan. Vastaajan nimi ei tule ilmi työssä, eikä vastaajan toimipaikkaa yksilöidä vaan raportoidaan yleisellä tasolla. Mikäli poliklinikkanne hyvän hoidon kriteerit löytyvät sähköisessä muodossa, toivoisin Teidän lähettävän ne minulle sähköpostitse tai liittävä ne tämän kyselyn lopussa olevan linkin kautta.

Kiitos vaivannäöstänne!

Ystävällisin terveisin

Susan Nummelin

susannum@metropolia.fi

1.Kyselyn vastaaja

Voitte valita useamman

Ylihoitaja

Osastonhoitaja

Apulaisosastonhoitaja

Sairanhoitaja

Muu, kuka

2.Yksikkö, jonka toiminnasta kyselyyn vastaaja vastaa

Sairaala, poliklinikka, vastuuyksikkökoodi

3.Poliklinikan henkilöstörakenne

Montako sairaanhoitajaa poliklinikallanne työskentelee säännöllisesti?

Montako lääkäriä poliklinikallanne työskentelee säännöllisesti?

Montako sihteeriiä poliklinikallanne työskentelee säännöllisesti?

4.Kuinka monta käyntiä poliklinikallanne on vuodessa?

Ensikäynti

Uusintakäynti

Hoitokäynti
Lisäkäynti

5. Poliklinikan työnjako ja käytänteet

Onko jokaisella sairaanhoitajalla oma vastuulääkäri vai vaihtuuko hoitajalääkäripari?	Kyllä Vaihtuu päivittäin Vaihtuu viikottain Vaihtuu kuukausittain Vaihtuu tarvittaessa (esim työntekijä siirtyy muuhun yksikköön)	
Tapaako jokainen potilas ennen vastaanottoa sairaanhoitajan?	Kyllä Ei Tietyt potilasryhmät	Kerro lyhyesti mitkä

Mikäli vastasit edellä olevaan *kyllä* tai *tietyt potilasryhmät*, siirry seuraavan kysymykseen. Mikäli vastasit *ei*, siirry kohtaan *vastaanoton sisältö*

Varataanko potilaalle erillinen hoitaja-aika vai pyydetäänkö potilas saapumaan paikalle ennen vastaanottoaikaa?	Varataan Ei varata, pyydetään saapumaan vastaanotolle x minuuttia ennen	montako minuuttia ennen?
Onko jokaisella sairaanhoitajalla oma varauspohjansa?	Kyllä Ei	
Mitä sairaanhoitaja tekee potilaan kanssa ennen vastaanottoa?		

6. Sairaanhoitajan vastaanoton sisältö

Mitä sairaanhoitaja tekee potilaan kanssa vastaanoton jälkeen?

7. Itsenäinen hoitajavastaanotto

Onko sairaanhoitajilla normaalin vastaanotto toiminnan lisäksi itsenäisiä hoitajavastaanottoja?	Kyllä Ei
---	-------------

Miten itsenäiset hoitajavastaanotot on sijoitettu suhteessa lääkärin vastaanottoihin? Onko näille oma säännöllinen aika esim viikossa?

8. Paoncil ja hyvän hoidon kriteerit

Onko poliklinikallanne tehty Paoncilmittaus? Mikä on optimaalisen hoitoisuutenne lukema?	Ei ole tehty On tehty
--	--------------------------

opti-
maali-
nen
hoitoi-
suu-
temme
on

9.Miten vastaanottoprosessia mielestänne pitäisi kehittää? Mihin olette nykyisessä mallissa tyytyväisiä? Onko teillä vinkkejä tutkimustyön tekijälle?

Osittainen tallennus

Tahdon tallentaa täyttämäni tiedot ja jatkaa myöhemmin linkistä, joka lähetetään antamaani osoitteeseen.
Sähköpostiosoite

Tietojen lähetys

Kiitos vastauksistanne!

Kyselykaavake 2

Lohjan lastenpoliklinikan sairaanhoitajat

Hyvä vastaanottaja!

Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilökunnan mielipiteitä nykyisestä vastaanottoprosessista Lohjan lastenpoliklinikalla. Toivon sinun vastaavan oheisiin kysymyksiin avoimesti.

Vastaukset käsitellään anonyymisti ja niistä koostetaan erillinen raportti. Vastaukset säilytetään ainoastaan tutkimuksen tekijän saatavilla. Jatkossa käsiteltyjen raporttien perusteella lähdetään kehittämään uutta vastaanottoprosessia hyödyntäen tässä kyselyssä esiin tulleita asioita.

Nykytila

Kuvaa omin sanoin mikä nykyisessä vastaanottoprosessissa on mielestäsi hyvää

Mikä nykikäytännössä on huonoa tai mikä vaatisi kehittämistä?

Minkälainen on poliklinikalla nyt käytössä oleva vastaanottoprosessi? Selitä käytännössä mikä on sairaanhoitajan osuus potilaan päivittäisessä hoidossa. Voit erotella myös mikä on lääkärin ja/tai sihteerin osuus vastaanottoprosessissa

Muutos

Minkälaista muutosta koet toiminnan tarvitsevan?

Hyvä hoito

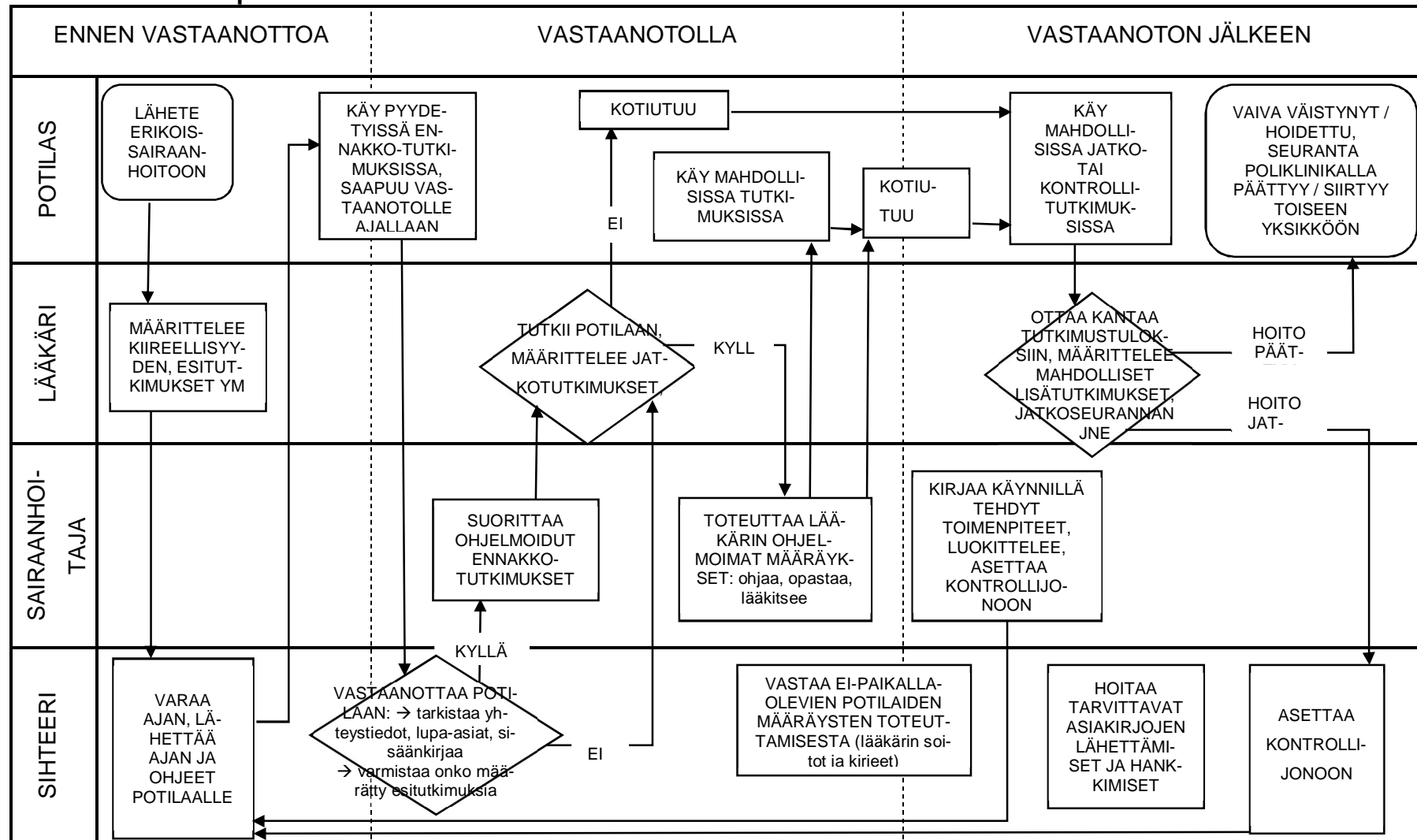
Onko poliklinikalla käytössä hyvän hoidon kriteerit? Entä toteutuvatko ne mielestäsi käytännössä? Kuvaa lyhyesti miten hyvän hoidon kriteerit näkyvät tai eivät näy päivittäisessä hoidossa.

Somaattisten erikoisalojen käyntityypit ja avohoitotuotteet

Käyntityyppi	Selite
Ensikäynti	Avohoitokäynti, jolloin potilas tulee lähetteen perusteella ensimmäistä kertaa lääkärin tutkimukseen tai hoitoon
Uusintakäynti	Potilas tulee saman vaivan vuoksi uudelleen lääkärin vastaanotolle
Päivystys	Avohoitokäynti, johon potilas otetaan ilman ennalta varattua aikaa tai ilman erillistä sopimusta joko heti tai yhden vuorokauden kuluessa siitä, kun hän on hoitoon hakeutunut
Hoitokäynti	Etukäteen ajanvarauksella varattu hoitosuunnitelman mukainen muun kuin lääkärin suorittama hoitoa, kuntoutusta, neuvontaa, terapiaa ja tutkimusta sisältävä itsenäinen käynti.
Sarjahoitokäynti	Ajanvarauskäynti, jonka aikana potilas saa lääkärin määräämää sarjana annettavaa hoitoa
Lisäkäynti	Avohoitopotilaan käynti saman erikoisalan yksikössä. Täysin maksuton käynti, joka liittyy oleellisesti varsinaiseen poliklinikkakäyntiin.

Lähde: HUS Suoritekäsikirja 2018

Uuden vastaanottoprosessin mallinnus



Opinnäytetyön prosessipäiväkirja

Päivämäärä	Aihe	
elokuu -17	Aiheesta keskusteltu ylihoitajan ja osastonhoitajan kanssa	Aihe rajattu vastaanotto-prosessin kehittämiseen
syksy -17	Teoreettisen taustatiedon hakemista	
joulukuu -17 ja tammikuu -18	Keskusteltu tutkimussuunnitelmasta apulaisosastonhoitajan (työelämäohjaajan) kanssa	Muokattu suunnitelmaa
15.2.2018	Kohdepoliklinikan sairaanhoitajille esitelty lyhyesti aihetta koulutusaamupäivän päätteeksi	
27.2.2018	Tutkimussuunnitelma hyväksytty	
3/2018	Vastuuhenkilöt eri yksiköistä	
21.3.2018	HUS-tutkimuslupahakemus eteenpäin käsittelyyn	
12.4.2018	Tutkimussuunnitelman hyväksyminen	
17.4.2018	Kyselyjen lähettäminen kohdepoliklinikan sairaanhoitajille	Vastausaikaa 30.4.2018 asti
23.4.2018	Kyselyjen lähettäminen muihin pediatriisiin yksiköihin	Vastausaika 20.5.2018 asti
30.4.2018	Lastenpoliklinikan vastauksia saapunut vain yksi, palautusaikaa jatketaan	Vastausaikaa jatkettu ad 7.5.2018
30.5.2018	Vielä kerran lähetetty muistutussähköposti uuden vastauslinkin kera vastuuhenkilöille	Kaikki yksiköt vastanneet 2.6.2018 mennessä
kevät 2018	Keskusteltu sairaanhoitajien kesken aiheesta	
Alkukesä 2018	Kyselyiden vastausten käsittely	
26.6.2018	Keskusteltu suunnitelmasta ylihoitajan kanssa	
5.7.2018	Keskustelu apulaisosastonhoitajan (työelämäohjaajan) kanssa	
8.8.2018	Osastotunti kohdepoliklinikalla uudesta toimintamallista	
13.8.2018	Uuden toimintamallin käytön aloitus	
14.9.2018	Kokeilujakso loppuu, kohdepoliklinikan hoitajille uusi kysely	Vastausaika 21.8.2018 asti
26.10.2018	Keskustelu apulaisosastonhoitajan (työelämäohjaajan) kanssa työn viimeistelyvaiheesta	

Päivä- ja viikkorytmin ehdotus

7.45	Sairaanhoitajien työaika alkaa
7.50- 8.00	Päivittäisjohtamisen taululla kokoontuminen
8.00- 9.00	Sairaanhoitajan puhelintunti (kiertävä, vain yksi puhelinnumero potilaille). muilla sairaanhoitajilla hoitajavastaanottoja sekä päivään orientoituminen, muu kuin välitön potilastyö
8.30- 11.30	Lääkärin vastaanottoajat
11.45- 12.15	Lääkäreiden lounastauko
12.00- 12.30	Sairaanhoitajien lounastauko
12.45- 14.00	Lääkäreiden iltapäivän vastaanotot
14.00- 15.00	Itsenäiset hoitajavastaanotot
15.00- 15.30	Kirjaaminen, vastuuhoidtaja tekee seuraavan päivän työnjaon
15.30	Sairaanhoitajien työaika päättyy

VIIKKORYTMI

Maanantai	Diabeetikot 1x sairaanhoitaja
Tiistai	Diabeetikot 1x sairaanhoitaja
Keskiviikko	Diabeteshoitajan itsenäiset hoitajavastaanotot, pump- pualoitukset jne
Torstai	Oskillometriat 1x sairaanhoitaja
Perjantai	Sairaanhoitajan itsenäiset hoitajavastaanotot