

YHTEISPÄIVYSTYSKESKUKSEN HOITAJIEN UUDEN TYÖNJAKOMALLIN ARVIOIMINEN JA KEHITTÄMINEN

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala YAMK
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja
johtaminen
Joulukuu 2018
Taru-Tuulia Pulkkinen

Tiivistelmä

Tekijä(t) Pulkkinen, Taru-Tuulia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 58 sivua, 9 liitesivua	Valmistumisaika Joulukuu 2018
Työn nimi Yhteispäivystyskeskuksen hoitajien uuden työnjakomallin arvioiminen ja kehittäminen		
Tutkinto Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK		
<p>Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän yhteispäivystyskeskuksessa Akuutti 24:ssä otettiin lokakuussa 2016 käyttöön uusi työnjakomalli hoitajille konservatiiviseen ja operatiiviseen hoitoprosessiin. Uuden työnjakomallin myötä haluttiin tähdätä parempaan hoidon laatuun ja potilasturvallisuuden toteutumiseen sekä parempaan toiminnan sujuvuuteen hoitoprosesseissa. Hoitoprosessien organisoinnilla ja hoitoprosessien toimimisella on todettu olevan keskeinen vaikutus toiminnan sujuvuuteen ja hoidon laatuun.</p> <p>Työelämästä nousi esiin tarve arvioida tätä hoitajien uutta työnjakomallia ja mahdollisesti nostaa esiin kehittämisehdotuksia kehitettäessä uutta työnjakomallia yhä toimivammaksi. Työnjakomallin arvioinnissa oli keskeistä pyrkiä saamaan tietoa siitä, miten hoitajien uusi työnjako vaikuttaa sekä hoidon laatuun ja toiminnan sujuvuuteen, että potilasturvallisuuteen. Tietoa kerättiin Akuutti 24:ää koskevista HaiPro -ilmoituksista, asiakkaiden jättämistä sähköisistä asiakaspalautteista sekä hoitohenkilökunnalle toteutetulla kyselyllä. Tämä opinnäytetyö sisälsi kaksi erillistä tutkimusosiota, vertailevaa analyysiä valmiiksi kerätystä aineistosta sekä määrällistä analyysiä kyselylomakkeella kerättävästä materiaalista. Lisäksi kyselylomakkeen avoimen kysymyksen vastauksia analysoitiin laadullisella menetelmällä käyttäen sisällönanalyysiä.</p> <p>Potilaiden hoitoa myös vertailtiin hoitajien vanhan ja uuden työnjakomallin välillä hoitohenkilökunnalle suunnatussa kyselyssä. Vastaaajista suurin osa oli työskennellyt molempien työnjakomallien aikana ja he kokivat kaikkien kysytyjen osa-alueiden parantuneen potilaiden hoidossa uuden työnjakomallin myötä. Asiakaspalautteiden keskiarvot olivat pysyneet samoina tai parantuneet hoitajien uuden työnjakomallin myötä. Potilasturvallisuus oli HaiPro -ilmoitusten analysoinnin perusteella joiltain osin parantunut, ja joiltain osin on yhä parannettavaa. Kehittämiskohteita analysointien perusteella hoitajien uudesta työnjakomallista löytyi hoitajien uuden työnjakomallin kehittämiseen yhä toimivammaksi, laadukkaammaksi ja potilasturvallisemmaksi.</p>		
Asiasanat potilasturvallisuus, hoidon laatu, työnjakomalli, päivystyshototyö		

Abstract

Author(s) Pulkkinen, Taru-Tuulia	Type of publication Master´s thesis	Published December 2018
	Number of pages 59 pages, 4 pages appendices	
Title of publication The assessments and development of a new division of labour model for the nurses of a joint emergency care centre		
Name of Degree Master Thesis in Social and Health Care Development and Management		
<p>A new division of labour model was introduced by Akuutti 24, the joint emergency care centre of the healthcare and social welfare authority of Päijänne Tavastia, Finland, for nurses involved in conservative and operating care processes. The aim of the new division of labour model was to aim at the better quality of care and implementation of patient safety as well as improved smoothness of activities in care processes. Organising care processes and the functionality of care processes have been found to significantly affect the smoothness of activities and the quality of care.</p> <p>A need to assess this new division of labour model for nurses and propose possible development suggestions in developing the efficiency of the new division of labour model originated from the working life. In assessing the model, it was essential to obtain information about how the new division of labour of nurses affects both the quality of care and the smooth flow of activities as well as patient safety. Data were collected from the HaipPro incident reports concerning the Akuutti 24 services, electronic customer feedback from service users, and a survey conducted among nursing staff. This thesis included two separate research sections: a comparative analysis of previously collected data and a quantitative analysis of material collected with a questionnaire form. Moreover, the answers to an open question in the questionnaire were analysed with a qualitative method using content analysis.</p> <p>A comparison was also made of patient care based on the nurses' old and new division of labour model in the questionnaire aimed at nursing staff. The majority of the respondents had been working during the use of both of these models and they felt that the new division of labour model had resulted in an improvement in patient care in all of the areas that the questionnaire concerned. The mean averages of the customer feedback had remained unchanged or improved as a result of the nurses' new division of labour model. Based on the analysis of the HaipPro incident reports, patient safety had improved in some parts, while there continued to be room for development in others. According to the analyses, the development targets in the new division of labour model for nurses included improving the functionality and quality of the new model as well as related patient safety.</p>		
Keywords patient safety, quality of care, division of labour model, emergency nursing		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KOHDEORGANISAATIO	3
2.1	Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä	3
2.2	Akuutti 24	3
3	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	5
3.1	Kehittämishankkeen tausta	5
3.2	Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus	6
4	PÄIVYSTYSHOITO	7
4.1	Päivystyshoidon määritelmä ja velvoite järjestää päivystyshoitoa	7
4.2	Päivystyshoitotyö	8
4.3	Päivystykseen hoitoon ottaminen ja oikeaan hoitoprosessiin ohjaaminen	9
4.4	Oikeaan hoitoprosessiin ohjaaminen Akuutti 24:ssä	10
5	HOITOTYÖN TYÖNJAKOMALLEJA	12
5.1	Eniten käytetyt hoitotyön työnjakomallit	12
5.2	Hoitajien vanha työnjakomalli Akuutti 24:ssä	14
5.3	Hoitajien uusi työnjakomalli Akuutti 24:ssä	15
5.4	Vastuuhoitajuuden ja tiimityön yhdistäminen	16
6	HOIDON LAATU	17
6.1	Laatu terveydenhuollossa ja velvoite laadukkaaseen toimintaan	17
6.2	Hoidon laadun osa-alueet	17
6.3	Hoidon laadun arvioimisen näkökulmat	18
7	POTILASTURVALLISUUS	21
7.1	Potilasturvallisuuden määritelmä	21
7.2	Potilasturvallisuuden kehittäminen	22
7.3	Haittatapahtumien raportointijärjestelmä	24
8	TUTKIMUS- JA TIEDONKERUUMENETLEMÄT	26
8.1	Tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmät tässä opinnäytetyössä	26
8.2	Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus	26
8.3	Laadullinen sisällönanalyysi	28
9	TYÖNJAKOMALLIN ARVIOIMINEN	31
9.1	Hoidon laadun arvioiminen asiakaspalautteista	31
9.2	Henkilökunnan arviointi uudesta työnjakomallista	34
9.3	Potilasturvallisuuden arvioiminen	42

10 POHDINTA.....	48
10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	48
10.2 Johtopäätökset arvioinnin tuloksista	50
10.3 Kehittämisprosessin arviointi, kehitysehdotukset ja tutkimusehdotukset jatsoon	55
LÄHTEET	59
LIITTEET	65

1 JOHDANTO

Tämä kehittämishanke on osa sosiaali- ja terveysalan YAMK opintojani, ja se toteutettiin työpaikallani Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän (PHHYKY) yhteispäivystyskeskuksessa Akuutti 24:ssä. Työskentelen kyseisessä kohdeorganisaatiossa sairaanhoitajana.

Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010, 8§) velvoittaa terveydenhuollon toiminnan pohjautuvan näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Samassa lakipykälässä sanotaan, että terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Henkilökunta oli kokenut, että hoitajien työnjakomalli Akuutti 24:n konservatiivisessa ja operatiivisessa prosessissa ei ollut toimiva. Työnjakomallin koettiin olevan sekava, päällekkäistä työntekoa esiintyi ja vastuu potilaista ei jakautunut tasaisesti. Hoitajien työnjakomallissa hoitaminen oli tehtäväkeskeistä ja samaa potilasta hoiti useampi hoitaja. Kaivattiin selkeämpää työnjakoa hoitoprosesseihin ja selkeää suunnitelmaa siitä, että kuka hoitaa mitkäkin potilaat. Myös asiakaspalautteiden ja Akuutti 24:ää koskevien HaiPro -ilmoitusten perusteella muutoksia kaivattiin ja niinpä Akuutti 24:ssä otettiin syyskuussa 2016 käyttöön hoitajille uusi työnjakomalli konservatiiviseen ja operatiiviseen prosessiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (2014, 1) todetaan, että päivystyspoliklinikoiden potilasturvallisuudella on suuri rooli koko väestön terveydessä ja suuri rooli kun puhutaan terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Päivystyspoliklinikka on toimintaympäristönä altis haittatapahtumille ja virheille. Hoitajien työnjakomallin muutoksella tähdättiin parempaan potilasturvallisuuteen Akuutti 24:ssä. Myös toiminnan sujuvuutta ja hoidon laatua haluttiin parantaa hoitajien uuden työnjakomallin myötä. Koivuranta-Vaaran (2011, 13) toimittaman Terveydenhuollon laatuoppaan mukaan käytännön toiminnan sujuvuuteen vaikuttaa se, että potilashoidon keskeisimmät prosessit on kuvattu ja on sovittu vastuut ja työnjaot. Hoitoprosessien organisoinnilla ja hoitoprosessien toimimisella todetaan olevan keskeinen vaikutus toiminnan sujuvuuteen.

Akuutti 24:n hoitajien uudessa työnjakomallissa toteutetaan vastuuhoitajamallia niin, että jokaisella hoitajalla on nimetyt omat potilaat, kuitenkin niin, että työparin ja tiimin tuki ja kollegiaalisuus ovat koko ajan työssä läsnä. Saikkosen (2008, 86) tutkielman mukaan vastuuhoitajamalliin siirtymisellä oli ollut paljon positiivisia vaikutuksia hoitohenkilökuntaan, hoitotyön käytännön toimintaan ja hoidon laatuun. Saarisen (2007, 24) tutkielman mukaan potilastyytyväisyyttä heikentää työnjakomalli, missä potilasta hoitaa useampi hoitaja, uuden työnjakomallin myötä toivotaan tämän ongelman poistuvan ja asiakastyytyväisyyden paranevan.

Tässä kehittämishankkeessa arvioidaan Akuutti 24:n hoitajien uutta työnjakomallia. Kehittämishankkeen taustalla oli tarve arvioida ja kehittää Akuutti 24:n hoitajien uutta työnjakomallia yhä toimivammaksi. Työnjakomallin arvioinnissa oli keskeistä pyrkiä saamaan tietoa siitä, miten hoitajien uusi työnjako vaikuttaa sekä hoidon laatuun ja toiminnan sujuvuuteen, että potilasturvallisuuteen. Tärkeää oli myös saada tietoa olisiko hoitajien työnjakomallia tarpeen kehittää edelleen ja tuoda esiin mahdolliset muutostarpeet. Tietoa kerättiin HaiPro -ilmoituksista, asiakkaiden jättämistä sähköisistä asiakaspalautteista sekä hoitohenkilökunnalle toteutetulla kyselyllä. Työnjakomallin kehittämistä tehtiin myös koko prosessin ajan henkilökunnalta saadun palautteen perusteella.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän uuden strategian yksi tavoite on, että asiakastyytyväisyys paranee ja yhtymän kilpailukykyä arvioitaessa asiakaskokemus on nostettu yhdeksi tärkeäksi ”pakko-onnistua-asiaksi”. Palveluiden on oltava vetovoimaisia ja laadukkaita, jotta sote-uudistuksen tuomassa kilpailussa pärjää ja myös tässä asiakastyytyväisyydellä on suuri merkitys. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2017; Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018). Päivystyspoliklinikan voi ajatella olevan hyvinvointiyhtymän käyntikortti ja portti palveluihin ja niinpä onkin erittäin tärkeää, että päivystyspoliklinikan toimintaa kehitetään yhä laadukkaammaksi ja potilasturvallisemmaksi ja näin ollen palvelun laatua nostetaan.

Kehittämishankkeen tavoitteena on hoitajien työnjakomallin arvioiminen ja sen perusteella mahdollisten muutostarpeiden esiin tuominen yhä toimivamman työnjakomallin kehittämiseksi.

Kehittämishankkeen tarkoituksena on tuottaa tietoa uuden työnjakomallin toimivuudesta ja tämän avulla parantaa potilasturvallisuutta, hoidon laatua ja toiminnan sujuvuutta.

2 KOHDEORGANISAATIO

2.1 Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä (PHHYKY) tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristöterveyden palveluita Päijät-Hämeessä. Päijät-Hämeessä on asukkaita yli 212 000. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä on kuntien omistama julkinen organisaatio ja maakunnan suurin alan toimija ja työnantaja. Työntekijöitä hyvinvointiyhtymässä on yli seitsemäntuhatta. Omistaja kuntia ovat: Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Orimattila, Padasjoki, Pukkila ja Sysmä. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2016.) Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän strategian mukaan yhtymä toimii asiakkaiden etu edellä. Asiakaskokemus on yhtymälle tärkeä mittari ja tavoitteena on, että asiakastytyväisyys paraneu uuteen strategiaan kirjattujen toimenpiteiden ja kehityssuunnitelmien myötä. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2017.)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä on muiden julkisten organisaatioiden tapaan joutunut kohtaamaan täysin uudenlaisen tilanteen. Tilanteen, jossa he joutuvat kilpailemaan asiakkaista sekä muiden julkisten palveluntuottajien että yksityisten palveluntuottajien kesken. Yksityiset palveluntuottajat ovat tulleet markkinoille voimakkaasti sote-uudistuksen myötä ja ovat vahvasti kilpailussa mukana. Jotta tähän kilpailuun voidaan vastata, on hyvinvointiyhtymän tuottamien palveluiden oltava vetovoimaisia, ja asiakastytyväisyydellä on tässä iso rooli. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän kilpailukykyä arvioitaessa asiakaskokemus on nostettukin yhdeksi ”pakko-onnistua-asiaksi” (”must win battle”) (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018.)

2.2 Akuutti 24

Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 50§) velvoittaa jokaisen kunnan tai sairaanhoitopiirin järjestämään ympärivuorokauden hoitoa tarjoavan päivystyksen kiireellistä hoidon antamista varten. Yhteispäivystyksestä puhutaan, kun päivystyspoliklinikalla on sekä yleislääketieteen että muiden erikoisalojen lääkäreiden palveluja saatavilla (STM 2010, 19).

Akuutti 24 on Päijät-Hämeen keskussairaalan yhteydessä toimiva Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän ensihoito ja -päivystyskeskus. Akuutti 24:n päivystyskeskus on yhteispäivystyskeskus ja se on yksi Suomen suurimmista päivystyskeskuksista, potilaskäyntejä siellä on yli 100 000 vuodessa ja noin joka viides minuutti saapuu uusi potilas. Päivystyskeskuksessa hoidetaan kaikki päivystyshoitoa vaativat potilaat, joiden tutkimusta tai hoitoa ei voi turvallisesti siirtää seuraavalle arkipäivälle tai potilaan oman alueen terveyskeskuksessa tehtäväksi. Kaikkien potilaiden hoidontarve arvioidaan potilaan saapuessa ja

potilaat hoidetaan heidän tilansa tarvitsemassa kiireellisyysjärjestyksessä. Päivystyskeskuksessa työskentelee yli sata lähi- ja sairaanhoitajaa. Akuutti 24: strategian perustana on asiakkaan tarpeeseen perustuva akuutti hoito. (Akuutti 24 2016a.) Tässä työssä tarkoitetaan Akuutti 24:llä nimenomaan yhteispäivystyskeskusta.

Akuutti 24 on jaettu eri hoitoprosesseihin, hoitoprosessit ovat akuuttihuone, konservatiivinen hoitoprosessi, operatiivinen hoitoprosessi, lasten hoitoprosessi sekä kävelevien hoitoprosessi. Potilaat sijoittuvat näihin eri hoitoprosesseihin vaivansa, arvioidun hoidontarpeen kiireellisyyden sekä ikänsä perusteella. (Akuutti 24 2016b.) Tämä kehittämishanke ja tämä opinnäytetyö koskee Akuutti 24:n konservatiivista- ja operatiivista hoitoprosessia. Näitä kahta prosessia uudistettiin ja niissä otettiin käyttöön syyskuussa 2016 uusi työnjakomalli hoitajien työnjakoon. Ja näiden kahden prosessin hoitajien uutta työnjakomallia arvioidaan tässä opinnäytetyössä.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

3.1 Kehittämishankkeen tausta

Akuutti 24:ssä otettiin syyskuussa 2016 käyttöön hoitajille uusi työnjakomalli konservatiivisessa ja operatiivisessa hoitoprosessissa. Työnjakomallin muutokselle oli ollut selkeä tarve.

- Vanhan työnjakomallin koettiin olevan liian kankea ja sekava käytännössä ja Akuutti 24:ään kohdistuvat HaiPro -ilmoitukset kertoivat, että potilasturvallisuutta olisi syytä kehittää ja lisätä.
- Asiakaspalautteet kertoivat myös, että asiakkaat eivät olleet täysin tyytyväisiä saamaansa hoidon ohjaukseen ja palvelukokemukseensa Akuutti 24:ssä
- Henkilökunta oli kokenut vanhan työnjakomallin konservatiivisessa ja operatiivisessa hoitoprosessissa sekavaksi ja vastuunjakautumisen eriarvoiseksi.

(Orre 2016)

Rakenteiden ja prosessien jatkuva kehittäminen on keskeinen keino vähentää potilasturvallisuuden riskejä ja erehtymisen mahdollisuutta. Henkilöstölle suunnatut kyselyt, riskikartoitukset ja vaaratapahtumien raportointi ovat käytännön keinoja riskien tunnistamisessa. (STM 2017, 15.) Koivuranta-Vaaran (2011, 13) toimittaman Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan käytännön toiminnan sujuvuuteen vaikuttaa se, että potilashoidon keskeisimmät prosessit on kuvattu ja on sovittu vastuut ja työnjaot. Hoitoprosessien organisoinnilla ja hoitoprosessien toimimisella todetaan olevan keskeinen vaikutus toiminnan sujuvuuteen. Hoitajien uudella työnjakomallilla Akuutti 24:ssä oli muun muassa tarkoitus saavuttaa sujuvampi toimivuus hoitoprosesseihin.

Saamisen (2007, 24) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan potilastyytyväisyyttä heikentää työnjakomalli, jossa potilasta hoitaa useampi hoitaja. Uudessa työnjakomallissa jokaisella hoitajalla on nimetty omat potilaat, joiden nimetty omahoitaja hän on mutta taustalla ja tukena on koko ajan työpari ja tiimi. Uutta työnjakomallia on tarkoituksena kehittää koko ajan toimivammaksi ja uuden työnjakomallin toimivuudesta kaivattiin arviointia. Työnjakomallia kehitetään Akuutti 24:ssä esimies tasolla, ja tämä opinnäytetyö tuo kehittämisen pohjaksi tietoa hoitajien työnjakomallin arvioinnin tuloksista. Opinnäytetyön arviointien tuloksia voitiin hyödyntää työnjakomallin kehittämisessä prosessin aikana, jo ennen kuin kirjallinen opinnäytetyö oli valmistunut. Työntekijät saivat kertoa ja saavat kertoa myös

jatkossakin ajatuksiaan, mielipiteitään ja kehitysehdotuksiaan uudesta työnjakomallista ja niitä käydään säännöllisesti läpi osastokokouksissa ja työnjakomalliin tehdään tarpeen vaatiessa koko kehittämisprosessin ajan muutoksia. Tiaisén (2015, 141) mukaan prosessit eivät tulekaan koskaan valmiiksi, vaan niiden jatkuvaan kehittämiseen on sitouduttava tavoitteellisesti organisaation kaikilla tasoilla.

3.2 Kehittämishankkeen tavoite ja tarkoitus

Kehittämishankkeen tavoite kertoo konkreettisesti sen mitä kehittämishankkeen aikana tavoitellaan eli mitä on saatava aikaan ja mitä tapahtuu kehittämishankkeen aikana (LAMK 2016, 14). Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on hoitajien työnjakomallin arvioiminen ja sen perusteella mahdollisten muutostarpeiden esiin tuominen yhä toimivamman työnjakomallin kehittämiseksi Akuutti 24:ssä.

Kehittämishankkeen tarkoitus kuvaa sitä, mitä hyötyä kehittämishankkeesta on toimeksiantajalle (LAMK 2016, 14). Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on tuottaa tietoa uuden työnjakomallin toimivuudesta ja tämän avulla parantaa potilasturvallisuutta, hoidon laatua ja toiminnan sujuvuutta Akuutti 24:ssä.

4 PÄIVYSTYSHOITO

4.1 Päivystyshoidon määritelmä ja velvoite järjestää päivystyshoitoa

Päivystyshoidosta on olemassa useita määritelmiä ja käsitteitä mutta maailmanlaajuisista, yhtenäistä määritelmää siitä, mitä päivystyshoito on ja mitä se pitää sisällään, ei ole luotu (Hirshon ym. 2013, 386). Tässä luvussa esitellään merkittäviä kansainvälisiä päivystyshoidon määritelmiä ja kerrotaan miten suomessa laki velvoittaa järjestämään päivystyshoitoa ja miten päivystyshoito on määritelty Suomessa.

Yhdysvaltalainen akuuttilääkäreiden yhdistys American College of Emergency Physicians (ACEP 2015) on määritellyt päivystyshoidon varsin laajana käsitteenä. Määritelmä on hyväksytty vuonna 1982 ja sitä on tarkistettu vuosien varrella. Tämän määritelmän mukaan päivystyshoito kattaa minkä tahansa terveydenhuollon palvelun, jossa arvioidaan tai hoidetaan terveydentilan ongelma, joka on arvioitu välitöntä lääketieteellistä hoitoa vaativaksi. Tämän arvioinnin on voinut, tämän määritelmän mukaan, tehdä joko terveydenhuollon ammattilainen tai maallikko, joka omaa keskimääräiset lääketieteeseen ja terveyteen liittyvät tiedot. (ACEP 2015.)

Kansainvälinen päivystyslääketieteen yhdistys International Federation of Emergency Medicine (IFEM 2016) on määritellyt päivystyshoidon tarkoittavan hoitoa, joka annetaan kaikille ikäryhmille äkillisen sairauden tai vamman kohdatessa potilaan, ja kun heidän tilansa vaatii akuutisti ja kiireellisesti, vamman tai sairauden, diagnosointia ja hallintaa. WHO on puolestaan vuonna 2008 määritellyt 27 Euroopan maata kattavassa selvityksessään päivystyshoitotyön olevan sairaalassa tapahtuvaa toimintaa, joka toteutetaan erityisesti varustellussa yksikössä, jossa erikoistunut henkilöstö hoitaa kiireellistä hoitoa vaativia potilaita (WHO 2008 6-7). Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2010, 20) on laatinut määritelmän, jonka mukaan päivystyshoidolla tarkoitetaan välitöntä arviointia ja hoitoa, jota potilas tarvitsee äkillisen sairastumisen, vammautumisen tai kroonisen sairauden vaikeutumisen vuoksi.

Suomessa päivystyshoito on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää (Blomgren ym. 2012, 18). Kunta tai sairaanhoitopiiri on velvoitettu järjestämään ympärivuorokautinen päivystys kiireellisen hoidon antamista varten. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Päivystyshoitoa tuottavassa yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja riittävä osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 50§.) Päivystyshoitoa tarjoavat yksiköt ovat

päivystyksyköitä ja niistä käytetään nimeä päivystyskeskus tai yhteispäivystyskeskus, riippuen siitä onko käytössä muidenkin erikoisalojen lääkäreiden palveluja yleislääketieteen lisäksi. Potilas on hoidettava päivystyksyksikössä, mikäli hänen terveydentilansa ja toimintakykynsä sekä sairauden tai vamman ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen, hoitoa ei voi siirtää seuraavaan päivään tai viikonlopun ohi tai mikäli kiireellisen hoidon toteutuminen muualla on epävarmaa. (STM 2014, 3, 22).

4.2 Päivystyshoitotyö

Väestön jatkuva kasvu ja ihmisten eliniän piteneminen lisäävät henkeä uhkaavien hätätilanteiden, kroonisiin sairauksiin liittyvien äkillisten pahenemisvaiheiden ja muiden äkillistä puuttumista vaativien terveysongelmien hoitoon tarkoitettujen palveluiden tarvetta ja kehittämistä jatkuvasti ja yhä enenevässä määrin (Hirshon ym. 2013, 386).

Päivystyshoitotyö on hektistä ja yllätyksellistä. Päivystyksissä hoidetaan nopeasti vaihtuvissa tilanteissa vakavasti sairastuneita tai loukkaantuneita potilaita ja usein vielä samaan aikaan suuriakin määriä lievemmillä oireilla päivystykseen saapuneita potilaita. Päivystyksen potilaiden ikäjakauma on laaja, potilaita on vastasyntyneistä iäkkäisiin saakka. Työ päivystyspoliklinikalla on vuorotyötä ja henkilökunta ja tiimien kokoonpano vaihtuu työvuorosta toiseen. Osaavan ja riittävän henkilökunnan merkitys korostuu päivystyksen potilasturvallisuudessa. (STM 2010, 37; STM 2014, 3)

Lankinen (2013, 4) toteaa tutkimuksessaan, että päivystyshoitotyössä tarvitaan laaja-alaista osaamista, kun hoidetaan äkillisesti sairastuneita tai vammautuneita potilaita ja sosiaali- ja terveysministeriö (2014, 8) toteaa raportissaan, että henkilökunnalla tulee olla riittävä osaaminen päivystyspotilaiden hoidosta. Lankisen (2013, 23) tutkimuksen mukaan päivystyshoitotyössä työskentelevän sairaanhoitajan tulisi hallita työssään päätöksentekosaaminen, kliininen- ja eettinen osaaminen ja ohjaus- ja vuorovaikutusosaaminen. Nummelin ja Nygren (2012, 30, 76) mainitsevat loppuraportissaan lisäksi teknisen osaamisen, lääkehoito-osaamisen, kirjaamisen- ja raportoinniosaamisen, yhteistyöosaamisen sekä turvallisuusasioiden hallinnan osaamisen kuuluvan sairaanhoitajien päivystyshoitotyön osaamiseen. Paakkosen (2008, 185-186) mukaan myös potilaiden tilan systemaattinen arviointi ja hoidon priorisointi ovat tärkeitä osa-alueita sairaanhoitajan osaamisessa päivystyspoliklinikalla työskennellessä.

Paakkonen (2008 6, 185-186) tutki väitöskirjaa tehdessään päivystyspoliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien kliinisiä taitoja nyt ja tulevaisuudessa ja tämän tutkimuksen mukaan tulevaisuudessa tulee korostumaan hoitajien taito tutkia potilaita itsenäisesti ja kyky tunnistaa välitöntä hoitoa tarvitsevat potilaat ilman teknisiä apuvälineitä. Tutkimuksen

mukaan myös taitoa luotettavan potilasjaottelun tekemiseen tullaan tarvitsemaan tulevaisuudessa yhä enemmän.

Päivystyspoliklinikalla pyritään määrittämään potilaan tilan vaatima hoidon tarve, diagnoosi tai työdiagnoosi sekä hoidon aloitus ja jatkohoidosta päättäminen ja lisäksi pyritään järjestämään ja turvaamaan potilaan siirtyminen mahdolliseen jatkohoitopaikkaan. Potilaan hoitoprosessi päivystyksessä etenee pääsääntöisesti samojen, toistuvien ja toisiaan seuraavien vaiheiden mukaisesti. Nämä vaiheet ovat potilaan saapuminen päivystykseen ja vastaanottaminen, hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvio, potilaan sijoittaminen oikeaan tai parhaiten soveltuvaan hoitoprosessiin, hoitoprosessissa tutkiminen ja haastattelu, päätös välittömistä tutkimuksista ja hoidosta, hoidon toteuttaminen ja jatkuva arviointi ja päätös hoidon jatkumisesta. Näihin jokaiseen vaiheeseen sisältyy useita päätöksentekotilanteita, tarpeen määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia, jotka tapahtuvat päällekkäin ja samanaikaisesti hoitoprosessin edetessä. (Koponen & Sillanpää 2005, 70-73.)

4.3 Päivystykseen hoitoon ottaminen ja oikeaan hoitoprosessiin ohjaaminen

Potilaan saapuessa päivystyskeskukseen tehdään hänelle hoidon tarpeen kiireellisyydestä arvio, tästä käytetään termiä triage (STM 2014, 11). Termi triage tulee Ranskan kielestä Napoleonin ajalta ja tarkoittaa alun perin sotakirurgiassa käytettyä potilaiden kiireellisyysluokittelua. Nykypäivänä triage on yleistynyt termiksi katastrofilääketieteessä, ensihoidossa ja sairaaloiden päivystyksessä tehtävälle potilaan kiireellisyysluokitukseksi. (Kiura, Malmström, Malmström, Mäkelä & Torkki 2012, 699.)

Hoidon tarpeen kiireellisyyttä arvioidaan asiakkaan ilmoittaman tulosityyden, asiakkaan mahdollisten perussairauksien ja statuslöydösten perusteella. Hoidon tarpeen arvio sisältää arvion siitä, tarvitseeko asiakas välitöntä päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa vai ei laisinkaan hoitoa. (STM 2014, 11.) Hoidon tarpeen kiireellisyyden arvio yleensä päivystyksen triagehoitaja. Triagehoitajan tulee olla kokenut ja koulutettu tekemään triagea. Suomessa käytetään hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin ABCDE-kiireellisyysluokittelun mallia (taulukko 1), jota ollaan voitu soveltaa paikallisiin oloihin sopivaksi. (STM 2010, 21-22). Lång (2013) tutki pro gradu -tutkielmassaan sairaanhoitajien käsityksiä yhteispäivystyksessä tarvittavasta ammatillisesta osaamisesta. Tämän tutkimuksen mukaan yhteispäivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että työkokemuksen tuoman kokemuksen myötä hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi tapahtuu nopeammin ja luottamus omiin päätöksiin kasvaa ja työskentelystä tulee rauhallista ja johdonmukaista ja työhön tulee varmuutta (Lång 2013, 29).

TAULUKKO 1. Suomalainen viisiportainen ABCDE-kiireellisyysluokittelu. (Kantonen 2014, 28)

Triageluokat ja sen mukainen hoidonaloituksen tarve	
A	Välitön hoidon aloitus
B	Hoidon aloitus 10 minuutin kuluessa
C	Hoidon aloitus 1 tunnin kuluessa
D	Hoidon aloitus 2 tunnin kuluessa
E	Ei välitöntä hoidon tarvetta. (kiireettömät ja krooniset vaivat). Hoidetaan paikallisen ohjeistuksen mukaisesti

Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvio ei ole yksinkertainen prosessi. Triagehoitaja joutuu tekemään päätöksiä aikapaineen alla ja usein saatavilla ei ole kaikkea tarvittavaa ennakkotietoa potilaasta. Kaikilla potilailla ei ole merkittävää sairaushistoriaa, jota voisi käyttää apuna päätöksen teossa. Päätöksiä tekevällä triagehoitajalla tulee olla laaja-alaista kokemusta ja osaamista erilaisten sairauksien ja vammojen hoidosta. (Ganley & Gloster 2011, 52.)

4.4 Oikeaan hoitoprosessiin ohjaaminen Akuutti 24:ssä

Triagehoitajan hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin jälkeen potilas ohjataan hänen vaivansa ja vaivan kiireellisyyden perusteella oikeaan hoitoprosessiin. Akuutti 24:n hoitoprosessit ovat: akuuttihuone, konservatiivinen hoitoprosessi, operatiivinen hoitoprosessi, lasten hoitoprosessi sekä kävelevien hoitoprosessi.

Akuuttihuoneessa hoidetaan välitöntä hoitoa tarvitsevia potilaita, vakavasti loukkaantuneita tai sairastuneita potilaita. Konservatiiviseen hoitoprosessiin menevät sisätautisista sekä neurologisista vaivoista kärsivät potilaat ja se on jaettu kahteen osaan: erikoissairaanhoidon tarjoamaan siniseen osioon ja akuuttihoitoa eli yleislääketieteellistä hoitoa tarjoamaan mustaan osioon. Operatiiviseen hoitoprosessiin menevät mahdollisesti kirurgista hoitoa tarvitsevat ja loukkaantuneet potilaat. Operatiivinen hoitoprosessi on myös jaettu kahteen osaan: kirurgin hoitoa tarjoamaan punaiseen osioon ja akuuttihoitoa eli yleislääkärin hoitoa tarjoamaan valkoiseen osioon. Lasten hoitoprosessissa hoidetaan sairastuneet alle 17-vuotiaat lapset, loukkaantuneet lapset hoidetaan operatiivisessa prosessissa.

Kävelevien prosessissa hoidetaan niin kutsutut nopeasti hoidettavat potilaat, joista ei pääsääntöisesti tarvita hoitajan ottamaa pika-CRP testiä enempää laboratorion tutkimuksia ja he pärjäävät istumassa aulassa odottamassa vuoroaan. (Akuutti 2 2016b).

5 HOITOTYÖN TYÖNJAKOMALLEJA

5.1 Eniten käytetyt hoitotyön työnjakomallit

Hoitotyöhön on vuosien saatossa kehitetty erilaisia toimintamalleja, sovittuja malleja siitä kuinka hoitotyötä toteutetaan. Hoitotyön työnjakomallit ovat ajatuksellisia ja kirjallisia kuvaksia todellisuudessa tapahtuvista menettelytavoista. Hoitotyön toteutuksessa eniten käytettyjä työnjakomalleja ovat yksilövastuinen hoitotyö, tehtäväkeskeinen hoitotyö, modulaarinen hoitotyö ja potilaskeskeinen hoitotyö. (Lohikoski 2000, 7-10.) Toisaalta taas Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisussa (2013, 13) kerrotaan, että kehittämistyötä varten tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa yleisimmiksi hoitotyön työnjakomalleiksi nousivat tehtäväkeskeinen hoitotyö, tiimeihin perustuva hoitotyö ja yksilövastuinen hoitotyö. On myös todettu, että erityisesti päivystyshoitotyössä nousee selkeästi esiin tiimityön merkitys (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen ja Westergård 2009, 63-64).

Hoitotyön eri työnjakomallien määritelmät ovat peräisin melko iäkkäistä mutta paljon käytetyistä lähteistä. Tässä opinnäytetyössä käytetyt Hegyvaryn (1987), Munnukan (1993) ja Vuotilaisen ja Laaksosen (1994) määritelmät hoitotyön eri työnjakomalleista ovat kuitenkin yhä käyttökelpoisia ja niitä onkin paljon käytetty vuosien varrella ja edelleen käytetään lähteinä hoitotyön työnjakomalleja käsittelevissä opinnäytetöissä, pro gradu -tutkielmissa ja akateemisissa väitöskirjoissa.

Yksilövastuinen hoitotyö on suomennos termistä Primary nursing. Primary nursing -termin suomenkielisenä vastineena on käytetty myös termejä omahoitaja, omasairaanhoitaja sekä vastuuhoitaja. Yksilövastuisen hoitotyön keskeisinä ominaispiirteinä voidaan pitää potilaskeskeisyyttä, vastuullisuutta, jatkuvuutta, koordinoitua, kokonaisvaltaisuutta ja itsenäisyyttä. (Nyman 2006, 3-5). Hegyvaryn (1987, 18), mukaan yksilövastuisessa hoitotyön mallissa päävastuu potilaan hoidosta on nimetyllä omahoitajalla, joka tekee potilaan hoitoa koskevat päätökset huomioon ottaen koulutuksen ja työpaikan toimintatapojen suomat valtuudet. Potilaan hoitoon osallistuu omahoitajan lisäksi muitakin henkilöitä, mutta päävastuu hoitoon liittyvissä päätöksissä ja hoidon toteutuksessa on omahoitajalla (Hegyvary 1987, 18.) Hegyvaryn määritelmä yksilövastuisesta hoitotyöstä on iäkäs mutta siinä on niin selkeästi kiteytetty yksilövastuinen hoitotyö, että se on edelleen käyttökelpoinen ja paljon käytettykin lähde hoitotyön työnjakomalleja käsittelevissä opinnäytetöissä ja tutkielmissa. Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajajärjestelmä ovat olleet Suomessa hoitotyön kehittämiskohteina 1990-luvulta lähtien (Lauri, 2006, 33-34). Hjerppen (2006, 2) pro gradu -tutkielman tulosten mukaan omahoitajat kokivat toteuttavansa hoitotyötä yksilövastuisesti yliopistollisen sairaalan vuodeosastolla potilaskohtaisen kirjaamisen, vastuullisen

hoitotyön, eettisten periaatteiden, yhteistyön sekä potilaan kokonaisuhoiton toteuttamisen ja sen arvioinnin kautta. Yksilövastuiseen hoitotyöhön sisältyvä henkilökohtainen vastuu omapotilaan hoidosta siirretään toisille hoitotyöntekijöille työvuoron aikana tai työvuoron päättyessä sekä potilaan siirtyessä eteenpäin jatkohoitoon. Potilasvastuun siirtämisellä taataan hoidon jatkuvuus. (Hjerppe 2008, 30.) Laaksosen ja Ollilan (2017, 49) mukaan yksilövastuinen hoitotyö lisääkin hoitajien vastuuta potilaista merkittävästi verrattuna esimerkiksi tehtäväkeskeiseen hoitotyön työnjakomalliin.

Potilaskeskeisestä hoitotyöstä puhutaan, kun työskentelytapa pohjautuu näkemykseen, jonka mukaan hoitotyö on yksilöllistä, jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua. Potilaskeskeisessä hoitotyössä potilas on hoidon keskipisteenä ja hänet nähdään yhtenä kokonaisuutena. (Munnukka 1993, 114-116). Munnukan määritelmä potilaskeskeisestä hoitotyöstä hänen väitöskirjastaan vuodelta 1993 on myös iäkäs mutta selkeä ja yhä käyttökelpoinen ja paljon käytetty selventämään potilaskeskeistä hoitotyötä asiaa käsittelevissä opinnäytetöissä ja pro gradu -tutkielmissa.

Tehtäväkeskeisessä hoitotyön työnjakomallissa työt jaetaan kussakin työvuorossa tehtävien mukaan niin, että esimerkiksi yksi hoitaja hoitaa kaikki suonensisäiset nesteytykset ja toinen hoitaja jakaa kaikkien potilaiden lääkkeet. Tehtäväkeskeisessä työnjakomallissa kukaan hoitaja ei vastaa potilaan hoidon kokonaisuudesta, vaan jokainen huolehtii omasta nimetyistä tehtävistään ja on vastuussa vain sen toteutuksesta (Laaksosen ja Ollila 2017, 47-49). Munnukan tutkimuksen (1993, 112) mukaan tehtäväkeskeisessä hoitotyössä potilaat pystyvät osallistumaan omaan hoitoonsa vähemmän kuin yksilövastuussa hoitotyön mallissa.

Modulaarisesta hoitotyönmallista puhutaan, kun osasto on jaettu alueisiin, ja alueen potilaiden hoidosta vastaa itsenäisesti päivittäin lähes aina ja pysyvästi sama hoitohenkilöstö (Voutilainen & Laaksosen 1994, 74-75). Voutilainen ja Laaksosen ovat selkeästi ja lyhyesti määritelleet modulaarisen hoitotyönmallin käsitteen teoksessaan vuonna 1994 ja heidän käsitettään käytetään yhä tutkielmissa ja opinnäytetöissä, kun halutaan selventää mitä on modulaarisesti toteutettu hoitotyö. Saikkosen (2004, 67) pro gradu -tutkimuksen mukaan modulaarista työnjakomallia käytetään usein silloin, kun vastuuhoitajamalli ei ole soveltunut käytettäväksi osastolle tai vastuuhoitajamallia ollaan vasta kehittämässä osastolle. Saman tutkimuksen perusteella osastoilla saattaa olla samanaikaisesti käytössä sekä modulaarista työnjakomallia että vastuuhoitajuuteen perustuvaa työnjakomallia (Saikkonen 2004, 78).

Tiimityöllä tarkoitetaan työskentelyä pysyvässä ryhmässä tai tiimissä, jolla on yhteinen tehtävä ja jolla on mahdollisuus suunnitella omaa työtään (Tilastokeskus 2018). Tiimityö ja

ryhmätyö hoitoalalla on kuvailtu Laaksosen ja Ollilan (2017, 48) mukaan niin, että tiimi- ja ryhmätyössä tietty nimetty työryhmä vastaa jonkun tietyn, nimetyn solun, moduulin tai tiettyjen huoneiden potilaista. Yleensä tiimissä potilaat jaetaan työntekijöiden kesken niin, että jokainen on vastuussa omista potilaistaan ja töistään, kuitenkin niin, että jokainen on vastuussa myös tiimin aikaansaannoksista. Jos joku tiimin jäsen on työvuorosta poissa, niin muut tiimin jäsenet vastaavat hänen töistään. Näin ollen tiimin työn lopputulos on yhteisvastuullista. Ryhmätyössä taas työt on jaettu ryhmän kesken tasaisesti ja jokainen vastaa vain omasta suorituksestaan. (Laaksonen & Ollila 2017, 48.) Jokaisella tiimillä tulee olla tiimin vastaava, joka toimii tasavertaisena toimijana tiimin muiden jäsenten kanssa. Tiimin vastaavan tehtävät vaihtelevat työpaikkakohtaisesti työn luonne huomioiden. Tiimin vastaavan tehtäviin voi kuulua esimerkiksi tiedon välittämistä, hoitotyön ja tiimityön kehittämistä, tiimin jäsenten motivoimista ja työn erityispiirteiden huomioimista. Tiimin vastaava koordinoi ja suunnittelee hoitotyötä tiimissä ja hän osaa jakaa vastuuta tiimin jäsenille ja ottaa heidän osaamistaan tiimin yhteiseen käyttöön. Moniammatillisesta tiimityöstä puhutaan, kun tiimiin kuuluu eri ammattialojen edustajia (Koivukoski & Palomäki 2009, 67-71, 93).

Tiimi- ja työparityön käsitteet menevät osittain päällekkäin, kahden ihmisen yhdessä työskentelystä voidaan käyttää nimitystä työparityö tai sitä voidaan pitää tiimityönä (Tiili 2014, 8). Seinä ja Helander (2007, 9) määrittelevät työparityöksi kahden saman alan asiantuntijan tai kahden eri ammatin edustajan työskentelyn yhteistyötä tehden. Laitinen (2014) tutki pro gradu -työssään työparityöskentelyn etuja, hänen mukaansa työparityöskentelyllä on selviä etuja, tehtiin työtä sitten tiiviinä työparina, tai itsenäisemmin ja tarpeen vaatiessa työparina (Laitinen 2014, 89-90). Työparien erilaisen osaamisen hyödyntämistä, toisen auttamista kiiretilanteissa sekä yhteistyöhön käytetyn ajan hyödyntämistä niin, että asiat hoituvat joutuisammin kuin yksin tehden, voidaan pitää työparityöskentelyn selvinä etuina (Laitinen 2014, 67). Toiselta oppiminen on työparitoiminnan hyvä puoli ja etu. Työparitoiminnassa oppiminen tapahtuu luonnollisesti työparin työskentelyä seuraamalla sekä yhteisten dialogien, työn suunnittelun ja työn arvioinnin kautta. Työpareilla on molemmilla oma ammatillinen taustansa, sekä erilaista osaamista ja kokemusta, ja näitä hyödyntämällä osaamisen kokonaisuus on suurempi työparitoiminnassa kuin yksin työskennellessä. (Seinä & Helander 2007, 23-24.)

5.2 Hoitajien vanha työnjakomalli Akuutti 24:ssä

Hoitajien vanhassa työnjakomallissa Akuutti 24:ssä toimittiin tiimeissä hyvin tehtäväkeskeisesti. Vanhassa työnjakomallissa hoitoprosessissa oli yksi hoitaja, joka toimi tiimin vastaavana hoitajana ja loput hoitajat suorittivat yksittäisiä toimenpiteitä potilaille.

Tiiminvastaava otti vastaan raportit ambulanssilla saapuvista potilaista ja antoi potilaan vastaanottamisen toiselle hoitajalle tehtäväksi, joka jälleen raportoi tiiminvastaavalle oman raporttinsa potilaasta. Lääkäreiden määräykset tulivat tiiminvastaavalle ja hän jakoi näitä määräyksiä tiiminsä jäsenille. Vanha työnjakomalli koettiin kankeaksi ja tiiminvastaavilla koettiin olevan liikaa vastuuta. Koettiin, että loppupelissä kukaan ei tiennyt potilaasta kokonaisuutta, tiiminvastaavat eivät pystyneet ruuhkatilanteissa mitenkään hallitsemaan kaikkien prosessin potilaiden kokonaiskuvaa. Kaivattiin selkeämpää työnjakoa hoitoprosesseihin ja selkeää suunnitelmaa siitä, kuka hoitaa mitkäkin potilaat. Vanha työnjakomalli koski konservatiivista- ja operatiivista hoitoprosessia. (Akuutti24 2016b.)

5.3 Hoitajien uusi työnjakomalli Akuutti 24:ssä

Akuutissa otettiin syyskuussa 2016 käyttöön uusi hoitajien työnjakomalli. Uudessa työnjakomallissa toteutetaan sekä vastuuhoitajuutta, parityöskentelyä että tiimityötä. Hoitajien uusi työnjakomalli koskee konservatiivista- ja operatiivista hoitoprosessia. Työnjakomallissa jokaisella hoitajalla on nimetyt paikat (Liite 1 ja Liite 2) ja kukin hoitaja hoitaa omien paikkojensa potilaat vastuuhoitajamallilla kuitenkin niin, että hänellä on toinen hoitaja työparinaan. Tämä toinen hoitaja vastaa vastuuhoitajana omien paikkojensa potilaista, ja yhdessä he muodostavat työparin ja auttavat sekä toisiaan että samassa hoitoryhmässä toimivia työpareja, jotka muodostavat tiimin. Konservatiivinen prosessi muodostaa oman tiiminsä ja operatiivinen prosessi muodostaa oman tiimin. (Akuutti24 2016b.)

Hoitajat on nimetty konservatiivisella puolella koodeilla S1, S2, M1, M2, KonsT ja M3 sekä muutamana iltana apuna tiimissä toimii SM-hoitaja. S1 ja S2 hoitaja muodostavat työparin ja he hoitavat tietyillä monitoripaikoilla hoidettavat potilaat. M1 ja M2 muodostavat työparin ja he hoitavat myös nimetyillä monitoripaikoilla hoidettavat potilaat. KonsT ja M3 muodostavat työparin ja he hoitavat sivuhuoneissa, paripaikoilla ja aulassa olevat potilaat. KonsT toimii tiiminvetäjänä ja hänen vastuullaan on omien potilaiden lisäksi huolehtia, että tiimissä asiat hoituvat ja potilaiden hoito on sujuvaa. SM-hoitaja on paikalla muutamana iltana viikossa ja hän auttaa koko tiimiä siellä missä apua tarvitaan. Kirjainkoodit S ja M tulevat tiimin sisällä olevasta jaosta, mikä on merkattu värikoodeilla, sinisellä ja mustalla. Konservatiivinen tiimi on jaettu kahteen osioon potilaiden hoidontarpeen mukaan siniseen ja mustaan. Sininen osio hoitaa erikoislääkärin hoitoa vaativat konservatiiviset potilaat ja musta osio hoitaa akuuttilääkärin hoitoa vaativat konservatiiviset potilaat. Siniseen osioon kuuluu S-kirjainkoodilla merkityt hoitajat ja mustaan osioon kuuluu M-kirjaimella merkityt hoitajat. (Akuutti24 2016b.)

Operatiivisella puolella hoitajat on merkitty koodeilla P1, P2, V1, V2 ja OperT sekä viikonloppuisin Traumahoitaja. Operatiivinen hoitoprosessi on myös jaettu kahteen osaan:

kirurgin hoitoa tarjoavaan punaiseen osioon ja akuuttihoitoa eli yleislääkärin hoitoa tarjoavaan valkoiseen osioon ja näistä värikoodeista punaisesta ja valkoisesta on muodostunut kirjainkoodit P ja V hoitajille. P1 ja P2 muodostavat työparin ja he hoitavat potilaat valvonta ykkösessä sekä sivuhuoneissa ja aulassa istuvat kirurgiset potilaat. V2 ja OperT muodostavat työparin ja he hoitavat valvonta kakkosen potilaat sekä aulassa istuvia potilaita. OperT toimii tiiminvetäjänä ja hänen vastuullaan on omien potilaiden lisäksi huolehtia, että asiat sujuvat tiimissä ja potilaat hoituvat eteenpäin. V1 hoitaa valvonta kolmosen potilaat, sekä nopeasti hoidettavat traumapotilaat mikäli traumahoitaja ei ole paikalla.

(Akuutti 24 2016b.)

5.4 Vastuuhoitajuuden ja tiimityön yhdistäminen

Akuutti 24:n uudessa hoitajien työnjakomallissa yhdistetään vastuuhoitajuutta ja tiimityötä. On todettu, että yhdistämällä vastuuhoitajuus ja tiimityö voidaan saada aikaiseksi kollegiaalisen tuen jatkuva läsnäolo, vaikka potilaiden hoitaminen tapahtuukin vastuuhoitajaperiaatteella. Vastuuhoitajuuden ja tiimityön yhdistämisellä saadaan toimiva ja molempia malleja tukeva yhdistelmä, missä hoitotyö tapahtuu vastuuhoitajaperiaatteella mutta saatavilla on tiimin jatkuva tuki ja läsnäolo sekä kollegiaalisuus. (Koivukoski & Palomäki 2009, 87-89.) Laaksosen & Ollilan (2017, 48) mukaan on koettu, että yhdistämällä tiimityö vastuuhoitajuuteen pystytään ehkäisemään hoitajien työuupumusta, koska tällöin hoitajat voivat käyttää tiimin muiden jäsenten ammattitaitoa hyväkseen ja saada tukea ratkaisuilleen, eikä heidän tarvitse vastata aivan yksin potilaistaan.

Eri ammattiryhmien toimenkuvat ja valtuudet rajaavat työnsuorittamista. Lähihoitajan ja lääkintävahtimestarin ammattipätevyys ei oikeuta esimerkiksi toteuttamaan suonensisäistä neste- tai lääkehoitoa potilaalle mutta muilta osin hän voi toimia potilaan vastuuhoitajana. Tiimin sairaanhoitaja toteuttaa potilaiden suonensisäisen nestehoidon ja lääkityksen mutta muilta osin vastuuhoitaja tekee muut hoitotyön päätökset potilailleen ja toteuttaa niitä. (Koivukoski & Palomäki 2009, 85-88.) Koivukoski ja Palomäki (2009, 87) toteavat että käytännössä on havaittu vastuuhoitajuuden rakentuminen tiimityön oheen olevan nykyisessä terveydenhuollossa toimiva malli. Akuutti 24:ssä työskentelee sairaanhoitajia ja lähihoitajia sekä lääkintävahtimestareita ja on sovittu, että työpari tai joku muu tiimin jäsen toteuttaa tarvittaessa toisen hoitajan potilaiden lääkehoidon, mikäli hoitajan oma ammattipätevyys ei oikeuta sitä toteuttamaan.

6 HOIDON LAATU

6.1 Laatu terveydenhuollossa ja velvoite laadukkaaseen toimintaan

Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 8§) velvoittaa terveydenhuollon toiminnan pohjautuvan näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Samassa lakipykälässä sanotaan, että terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadulla on monia ulottuvuuksia, yhtä kaikkien hyväksymää määritelmää laadulle ole. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun katsotaan kuuluvaksi asiakas- ja potilaskeskeisyys, yhdenvertaisuus, saatavuus, saavutettavuus ja oikea-aikaisuus, potilas- ja asiakasturvallisuus ja vaikuttavien menetelmien käyttö. (STM 2017, 25.) Tiainen (2015, 75) toteaa väitöskirjassaan, että merkille pantavaa laadun määritelmässä on kautta aikojen ollut asiakaslähtöisyys. 1990 -luvulla potilaslähtöinen näkökulma nousi esiin myös hoidon laadusta puhuttaessa (Kvist 2004, 24). Ja tämä näkökulma on vuosi vuodelta vahvistunut, sillä asiakkaiden ja potilaiden palvelun tarve sekä vaateet hyvälle ja yksilöidylle palvelulle ovat voimakkaasti kasvaneet ja tulevat edelleen kasvamaan tulevaisuudessa (Korpela 2017, 166) ja tämä vaikuttaa luonnollisesti voimakkaasti siihen, miten laadukkaaksi asiakkaat ja potilaat kokevat hoidon laadun. Korpelan (2017, 198) mukaan julkisessa terveydenhuollossa ei kuitenkaan ole vakiintunutta käsitystä palvelusta, eikä palvelu siirry automaattisesti organisaation strategioista ja hallinnollisista linjauksista potilastyötä tekevien henkilöiden päivittäiseen työhön.

6.2 Hoidon laadun osa-alueet

Pain ja Charyn (2016) mukaan hoidon laatuun vaikuttavia näkökantoja ovat terveystilama, henkilöstö, sairaalan tai hoitolaitoksen imago, luotettavuus, hoitoprosessi, kommunikaatio, potilaan ja henkilöstön väliset suhteet, personointi sekä hallinnolliset toimenpiteet. Terveystilama pitää sisällään toimitilojen fyysisen ympäristön, tekniset laitteet ja koneet sekä työntekijöiden asut ja tarvikkeet. Henkilökunnan käyttäytyminen, vuorovaikutus potilaiden kanssa, pätevyys ja huolehtiva suhtautuminen vaikuttavat laatuun. Sairaalan tai hoitolaitoksen imago muodostuu potilaiden mielikuvasta sairaalasta, lääkäreiden ammattitaidosta, rehellisyydestä ja eettisyydestä. Luotettavuuteen vaikuttaa hoidon turvallisuus, yksityisyys ja tietosuoja. Hoidon järjestäminen, odottelu ja ohjeistus vaikuttavat hoitoprosessien laatuun. Kommunikaation laatuun vaikuttaa henkilökunnan inhimillinen ja ihmisläheinen vuorovaikutus, riittävän tiedon antaminen potilaalle ja hänen läheisilleen. Potilaan ja henkilöstön välisiin suhteisiin kuuluu luottamus ja potilaan tarpeiden ensisijaisuus.

Personointi tarkoittaa potilaan henkilökohtaista huomioimista ja yksilöllistä huomioimista sekä palvelun räätälöintiä juuri hänen tarpeidensa mukaiseksi. Hallinnollisiin toimenpiteisiin luetaan kuuluvaksi potilaan saapuminen sairaalaan, se kuinka sujuvasti se on hoidettu, sairaalassa olo ja sairaalasta lähteminen eli koko hoitopolun sujuminen sekä vierailuajkojen järjestäminen ja virheettömyys kirjaamisessa. Nämä kaikki näkökannat vaikuttavat hoidon laatuun ja sitä kautta potilas- ja asiakastytyvyyteen. (Pai & Chary 2016, 310-311).

Suomen Lääkäriliitto (2016) yhtyy Yhdysvaltalaisen Institute of Medicinen määritelmään hoidon laatuun vaikuttavista osa-alueista, nämä osa-alueet ovat: kustannus-vaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus ja oikeudenmukaisuus. Lääkäriliiton mukaan nämä hoidon laadun ulottuvuudet ovat laajalti kansainvälisesti hyväksytyjä hoidon laatuun vaikuttavia osa-alueita, ja he toimillaan panostavat näihin osa-alueisiin ja pyrkivät edistämään niiden kattavaa käyttöä laadun seurannassa.

Mylläri (2017, 156) tutki päivystyshoidon laatua iäkkäiden kokemana, ja tutkimuksesta nousi esiin hoidon laatuun vaikuttaviksi osa-alueiksi hoidon hyvä saatavuus, päivystyskäynnin tapahtumien ja lopputuleman mielekkyys, potilaan hyvinvointi, toimiva vuorovaikutussuhde henkilökunnan kanssa sekä potilaiden erilaisten tarpeiden tasapuolinen huomiointi. Sen sijaan yhdysvaltalaiset yli 65-vuotiaat päivystystä käyttäneet potilaat arvioivat tärkeimmäksi hoidonlaatuun vaikuttavaksi tekijäksi hoidon lääketieteellisen laadun, diagnoosin oikeellisuuden, henkilökunnan asiantuntijuuden sekä terveydentilan kannalta suotuisan lopputuloksen. Toiseksi tärkeimpänä tekijänä pidettiin hoitoon pääsyn nopeutta ja kolmanneksi tärkeimpänä henkilökunnan myötätuntoa ja välittämistä. (Hunold ym. 2016). Tiaisen mukaan potilaat tarkastelevat laatua päivystyskäynnillään hyvin käytännönläheisesti. Asiakkaan huomiot kiinnittyvät henkilökunnan tapaan kohdata potilas ammatillisesti, tasa-arvoisesti ja ystävällisesti. Henkilökunnan ammattitaitoon liittyvillä tekijöillä, kuten tekninen osaaminen, asiakaspalvelu ja viestinnälliset taidot, on erityisen tärkeä merkitys sille, minkälaiseksi asiakkaan palvelukokemus päivystyskäynnistä muodostuu. (Tiainen 2015, 149.)

6.3 Hoidon laadun arvioimisen näkökulmat

Hoidon laatua voidaan arvioida monin eri tavoin ja monista eri näkökulmista (Saarinen 2007, 1-2). Perälän (1995) mukaan hoitotyön laatua on kuitenkin mahdotonta määritellä ilman että otetaan huomioon asiakkaan, potilaan tai väestön näkökulma (Saarinen 2007, 1-2). Myös Tiainen (2015) toteaa väitöskirjassaan, että merkille pantavaa laadun määritelmässä on kautta aikojen ollut asiakaslähtöisyys. Terveyspalveluja tuotetaan asiakkaiden tarpeita varten, jolloin asiakkaiden ja potilaiden kokemusten tutkiminen on välttämätöntä,

jotta tietäisimme ja ymmärtäisimme, vastaavatko tuotetut palvelut lainkaan niihin kohdistuneita odotuksia. (Tiainen 2015, 75.) Tällöin laadun arvioinnin kohteena on potilaan tarpeisiin vastaaminen ja puhutaan potilastyytyväisyydestä (Saarinen 2007, 1-2). Hoidon laadun arvioimisen näkökulmat ovat vaihdelleet eri vuosikymmenillä. 1970-1980-luvuilla ammatillinen näkökulma oli vahvasti esillä, 1990-luvulla potilaslähtöinen näkökulma nousi esiin ja 1990-luvun lama toi myös mukaan johtamisen näkökulman laadun tarkasteluun ja arvioimiseen (Kvist 2004, 24.)

Kvist (2004) yhdisti samaan tutkimukseen useampia näkökulmia hoidon laadun arvioimiseen. Hän selvitti potilaiden, henkilökunnan ja johdon käsityksiä ja näkemyksiä hoidon laadusta ja vertaili niitä keskenään. Kvistin (2004, 5, 171) tutkimuksessa hoidon laatu oli yleisellä tasolla hyvää sekä potilaiden että henkilökunnan arvioimana, potilaat olivat arvioineet sen vielä paremmaksi kuin henkilökunta. Sen sijaan hoidon laadun eri osa-alueiden ja osatekijöiden toteutumisessa oli eroja potilaiden ja eri henkilöstöryhmien arvioimina. Potilaiden arvion mukaan hoidon laatu kärsi koska he saivat liian vähän tietoa koskien omaa hoitoaan, ja heillä oli liian vähäiset mahdollisuudet osallistua omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kvistin mukaan samat osa-alueet ovat nousseet esiin aiemmiskin potilaiden kokemaa hoidon laatua selvittävässä tutkimuksissa Suomessa. Kaikki henkilöstöryhmät arvioivat ammattitaitoisen ja riittävästi mitoitettun henkilökunnan sekä kiireettömän ilmapiirin olevan tärkeimmät hoidon laadun osa-alueet, mutta nämä osa-alueet toteutuivat hoidon laatua arvioitaessa henkilökunnan mukaan huonoiten. (Kvist 2004, 171-173.)

Käytännön hoitotyötä tekevän henkilöstön mukaan työntekijän henkilökohtaiset voimavarat ovat keskeinen tekijä hyvään hoidon laatuun. Organisaatioiden johdon tulisikin huomioida työntekijöiden yksilölliset tiedot, taidot ja voimavarat ja pyrkiä kehittämään niitä hoidon laadun edistämiseksi. Työhönsä tyytyväinen henkilöstö arvioi toteuttaneensa parhaiten hoidon laatua ja työhönsä tyytymätön henkilöstö arvioi hoidon laadun huonommaksi kuin työhönsä tyytyväiset. (Kvist 2004, 171-173.)

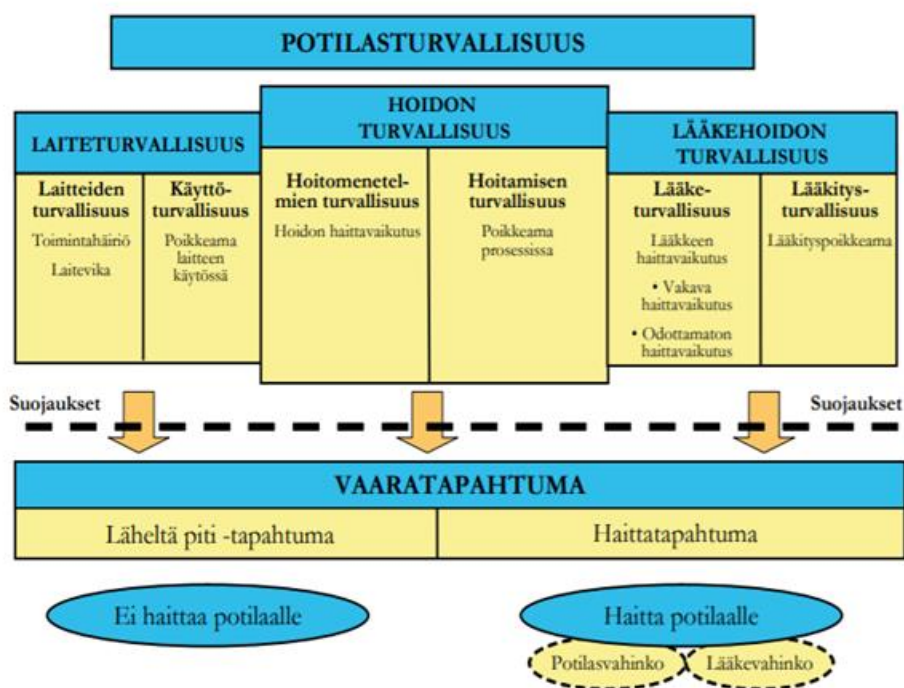
Myös Doughertyn (2005, 269-271) mukaan henkilöstön tyytyväisyys vaikuttaa suoraan potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen arvioitaessa saamansa hoidon ja palvelun laatua. Muun muassa hoitajien heikot vaikutusmahdollisuudet oman työn sisältöön ja vähäinen päätösvalta työyhteisössä saattaa johtaa turhautumiseen omaan työhön, ja heijastua negatiivisesti hoitajan ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen, ja näin ollen laskee hoidon laatua ja vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen. Korpelan väitöskirjan (2017, 198) mukaan henkilöstön kokema tyytyväisyys saattaa heikentyä, mikäli johtaminen painottuu liiaksi tehokkuuteen ja tuottavuuteen, ja sitä kautta myös palvelun laatu hoitotyössä heikentyy.

Myös potilasturvallisuus on osa hoidon laatua ja potilasturvallisuuden toteutuminen vaikuttaa moniin asioihin, kuten asiakastytyvyyteen (Yli-Villamo 2008, 9). Potilasturvallisuusstrategian (STM 2017, 13) mukaan potilaat, asiakkaat ja heidän läheisensä osallistuvat laadun ja hoidon turvallisuuden varmistamiseen yhdessä ammattitaitoisen henkilökunnan kanssa. Potilaita tulee kuunnella ja informoida ja antaa tietoa ja neuvontaa ymmärrettävästi, riittävästi ja oikea-aikaisesti. Potilaan halutessa tietoa tulee antaa myös hänen omalleen, läheiselleen tai muulle luotetulle ja nimetylle henkilölle.

7 POTILASTURVALLISUUS

7.1 Potilasturvallisuuden määritelmä

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon toiminnan periaate ja siihen kuuluu omina osa-alueinaan hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja lääkinnällisten laitteiden turvallisuus (kuvio 1). Potilasturvallisuus kattaa kaikki terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikein toteutettuna ja siitä koituu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta (STM 2017, 12).



KUVIO 1. Potilasturvallisuus. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2006.)

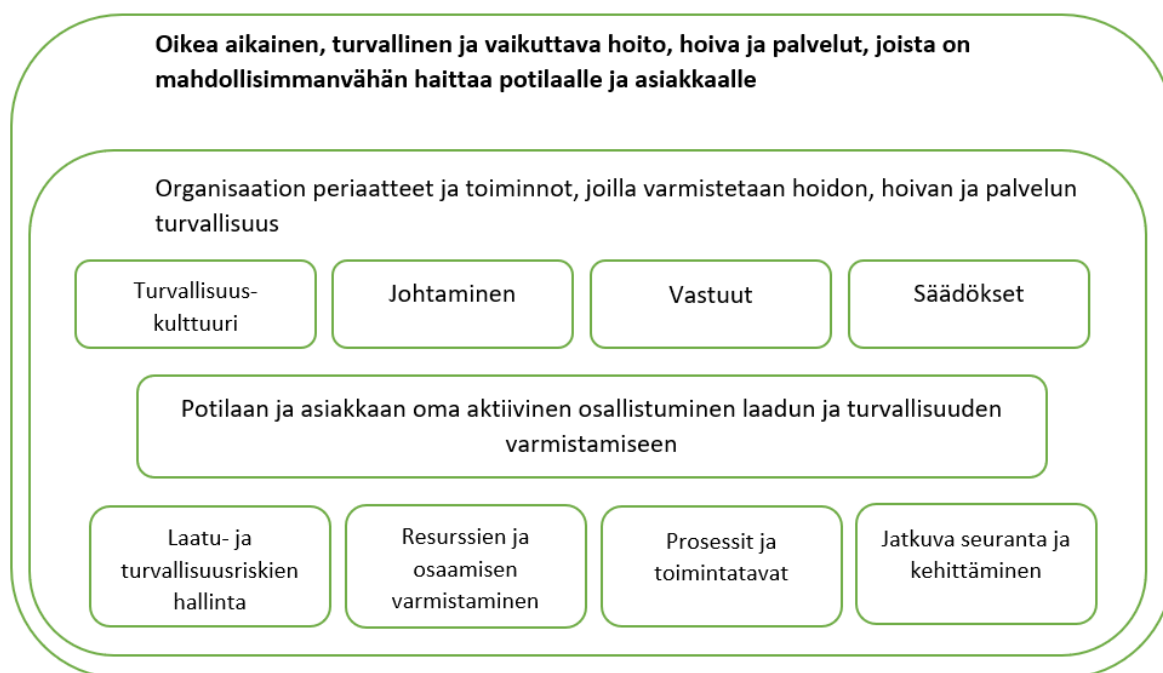
Potilasturvallisuudessa puhutaan vaaratapahtumista, ne voivat olla niin kutsuttuja läheltä piti –tilanteita tai haittatapahtumia (kuvio 1.) Läheltä piti –tilanteessa potilaalle vaarallinen tilanne on vältetty havaitsemalla turvallisuusuhka ajoissa, jolloin potilaalle ei ole aiheutunut haittaa. Haittatapahtumassa potilaalle on aiheutunut eriasteista hoitoon kuulumatonta haittaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Haittatapahtumat aiheuttavat potilaille ja heidän läheisilleen huomattavia ja vaikeasti mitattavissa olevia kärsimyksiä.

Haittatapahtumien johdosta hoitajaksot pitenevät, hoitokustannukset kasvavat ja potilas saattaa saada tilapäisiä tai pysyviä vammoja tai pahimmillaan jopa kuolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 41.)

7.2 Potilasturvallisuuden kehittäminen

Ensimmäisiä kansainvälisiä tutkimuksia ja raportteja potilasturvallisuudesta julkaistiin 1990-luvun lopulla ja niiden tuloksia voidaan pitää alkusysäyksenä potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Institute of Medicine julkaisi vuonna 1999 raportin *To Err is Human: Building a Safer Health System*, ja tämän raportin mukaan Yhdysvalloissa sairaaloissa kuolee vuosittain jopa 98 000 potilasta hoitovirheiden aiheuttamiin haittoihin. (Pasternack 2006, 2459.) Suomessa vastaavanlaisia tutkimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon haittatapahtumista ei ole tehty. Kansainvälisiin tutkimuksiin verraten voidaan kuitenkin arvioida, että vuosittain jopa 1700 potilasta kuolisi hoidon aiheuttamien haittatapausten vuoksi Suomessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10.) Härkänen (2014) tutki lääkehoidon vaaratapahtumia ja niihin myötävaikuttavia tekijöitä suomalaisessa yliopistosairaalassa vuosina 2010-2012. Tämän tutkimuksen mukaan jopa joka viidennen annetun lääkkeen yhteydessä pystyttiin todentamaan vaaratapahtuma (Härkänen 2014, 10.)

Suomessa alettiin kiinnittämään huomiota potilasturvallisuuteen ja sen ongelmiin 2000-luvun alussa. 2006 käynnistyi kansallinen potilasturvallisuustyö ja sosiaali- ja terveysministeriön asettama ohjausryhmä laati ensimmäisen kansallisen potilasturvallisuusstrategian vuosille 2009-2013 (STM 2017, 20). Samana vuonna julkaistiin Suomessa ensimmäinen potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, jota käytettiin tukemaan vaaratapahtumien raportointijärjestelmän suunnittelua ja määrittelyä (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 7). Uusin potilasturvallisuusstrategia julkaistiin heinäkuussa 2017 kattamaan vuodet 2017-2021, strategian tarkoituksena on auttaa kehittämään suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa kohti yhtenäistä turvallisuuskulttuuria ja edistää sen toteutumista. (STM 2017, 5.) Potilasturvallisuusstrategian sisältö ja tavoitteet ovat (kuvio 2), että potilas, asiakas ja heidän läheisensä osallistuvat aktiivisesti potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiseen ja varmistamiseen. Laatu ja potilasturvallisuus ovat osa jokapäiväistä riskienhallintaa, palveluprosessit ja toimintatavat ovat turvallisia ja suojaavat potilaita ja asiakkaita vaaratapahtumilta. Turvallisen hoidon ja hoivan voimavarat ja osaaminen on varmistettu työpaikoilla. Laadun ja turvallisuuden kehittäminen ja seuranta on varmistettu ja potilas- ja asiakasturvallisuutta edistetään kansallisesti. (STM 2017, 11.)



KUVIO 2. Potilasturvallisuusstrategian keskeinen sisältö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017).

Potilasturvallisuusstrategian onnistumisen kannalta neljä tärkeintä näkökulmaa ovat turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuu ja säädökset. Vahvistamalla turvallisuuskulttuuria työpaikoilla vähennetään toimintaan liittyviä riskejä ja potilaille toiminnan aikana sattuvia vahinkoja ja vaaratilanteita. Jotta turvallisuuskulttuuri paranee, tarvitaan yhteisesti sovittuja tutkimukseen ja kokemukseen perustuvia käytäntöjä. (STM 2017, 20-23.)

Johtamisen tulee olla potilasturvallisuutta ja laatua korostavaa kaikessa toiminnassa. Johdon tulee varmistaa työolosuhteet sellaisiksi, että hoito, hoiva ja palvelu voidaan toteuttaa turvallisesti ja asianmukaisesti. Organisaatiossa tulee olla asianmukaiset voimavarat, edellytykset ja ammatillinen osaaminen laadukkaan ja turvallisen hoidon ja hoivan toteuttamiseen. Organisaation johdon ja esimiesten vastuulla on potilas- ja asiakasturvallisuuden toteutumisen varmistaminen. Jokainen työntekijä vastaa omalta osaltaan turvallisuudesta ja sitoutuu sen edistämiseen arvioimalla ja kehittämällä omaa työtään, osaamistaan ja toimintaansa turvallisemmaksi yhteisesti sovittujen linjausten mukaisesti, ja pitämällä huolta ammattitaitonsa ylläpitämisestä ja päivittämisestä koulutuksiin osallistumalla. (STM 2017, 20-23.)

Potilaita kannustetaan tuomaan omia taustatietoja yhteiseen keskusteluun ammattilaisen kanssa ja rohkaistaan kysymään, jos he eivät ole ymmärtäneet hoitoon liittyviä ohjeita tai kokevat, että eivät ole saaneet tarpeeksi informaatiota hoidostaan. Näin toimien myös potilaat osallistuvat omalta osaltaan varmistamaan hoitajensa ja hänelle tarjottavien

palvelujen turvallisuutta. Säädöksistä ja laeista tärkeimmät, jotka ohjaavat potilas- ja asiakasturvallisuutta ovat Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sen perusteella annetut asetukset, Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). (STM 2017, 20-23.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetuksessa (2014, 1) todetaan että päivystyspoliklinikoiden potilasturvallisuudella on suuri rooli koko väestön terveydessä ja suuri rooli kun puhutaan terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Päivystyspoliklinikka on toimintaympäristönä altis haittatapahtumille ja virheille. Henkilökunnan vajaamiehitys ja korkea kuormitus ovat suuria potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä, tällöin tehtäviä joudutaan priorisoimaan, samanaikaisesti joudutaan tekemään useita asioita ja tekemiseen tulee keskeytyksiä, ja tällöin potilasturvallisuus heikentyy ja riski virheisiin kasvaa. (Källberg, Ehrenberg, Florin, Östergren & Göransson 2017, 14-16.) Potilasturvallisuutta edistää, kun johto ja esimiehet ovat määrittäneet potilasturvallisuusstrategian mukaisesti resurssit, jota turvallinen palvelu edellyttää, ja varmistanut niiden saatavuuden. Yllättävien ja äkillisten henkilöstövajeiden varalle tulee olla sovittuna tietyt toiminta- ja menettelytavat. (STM 2017, 15.)

7.3 Haittatapahtumien raportointijärjestelmä

Vaaratilanteiden, poikkeamien, virheiden ja läheltä piti -tilanteiden raportointi on ollut keskeinen osa toiminta- ja turvallisuusjärjestelmissä sekä johtamiskulttuureissa monilla eri toimialoilla jo vuosikymmenien ajan. Terveydenhuoltoalalla tämä vaara- ja haittatapahtumien raportoinnin merkityksellisyys on huomattu 2000-luvun alussa. (Knuutila ym. 2007, 10).

Valtion teknillinen tutkimuskeskus (VTT) ja Lääkelaitos alkoivat vuonna 2005 kehittämään yhteistyössä Peijaksen sairaalan, Tampereen Lääkärikeskus Oy:n ja Tampereen yliopistollisen sairaalan sydänkeskuksen kanssa potilasturvallisuutta vaarantavien vaaratapahtumien raportointijärjestelmää. Vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän nimeksi tuli HaiPro. HaiPron myötä on ollut tarkoitus luoda kansallisesti yhtenäinen vaaratapahtumien raportointimalli ja raportointikäytäntö. (Knuutila ym. 2007 3, 10.) HaiPro raportointijärjestelmä on tänä päivänä Suomessa käytössä yli kahdessa sadassa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ja käyttäjiä sillä on yli 144 000 (Awanic 2016b).

HaiPro haittatapahtumien -raportointijärjestelmä perustuu vapaaehtoisuuteen, luottamuksellisuuteen sekä rankaisemattomaan haitta- ja vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja ilmoitusten käsittelyyn. HaiPron keskeinen ominaisuus on anonyymius. HaiPro -raportointijärjestelmän tarkoituksena on edistää organisaatioiden kehittämistä ja sisäistä oppimista. (Knuutila ym. 2007, 10.) Organisaatio oppii virheistä, mikäli virheet nostetaan esiin ja

virheiden syitä selvitetään ketään syyllistämättä ja toimintaa kehitetään syiden pohjalta (Kinnunen 2010, 141).

HaiPro -raportointijärjestelmään ilmoitetaan potilasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat. Tapahtumat voivat olla haittatapahtumia, jolloin tapahtuma on aiheuttanut haittaa potilaalle tai läheltä piti -tapahtumia, jolloin tapahtuma olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. (Awanic 2016c.) Ilmoituksen laatija on voinut itse olla mukana vaaratapahtuman synnyssä tai hän on havainnut vaaratapahtuman. Ilmoituksen laatija laatii ilmoituksen järjestelmään nimettömästi. (Knuuttila ym. 2007, 9.) Tapahtuman tiedot ilmoitetaan valmiille HaiPro potilasturvallisuusilmoitus -lomakkeelle vaiheittain. Pakollisia tietoja ilmoitukseen ovat ilmoittajan työyksikkö, yksikkö missä tapahtuma tapahtui, ilmoittajan ammattiryhmä, tapahtum aika, tapahtuman luonne ja tapahtuman tyyppi. Ilmoittaja kirjoittaa vapaisiin tekstialueisiin omin sanoin mitä on tapahtunut ja tapahtumahetken olosuhteet. (Liite 3.)

HaiPro ilmoituksen käsittelee henkilö, joka on nimetty yksikkönsä vaaratapahtumailmoitusten käsittelijäksi, esimerkiksi osastohoitaja tai apulaisosastonhoitaja. Ilmoitusten käsittelijä saa sähköpostiinsa ilmoituksen jokaisesta hänen vastuualueellaan kirjatusta vaaratapahtumasta. (Knuuttila ym. 2007, 9.) Käsittelijän tehtävänä on jäsentää tapahtuman tiedot ilmoittajan kuvauksen perusteella. Ilmoituksen laatija pysyy läpi koko prosessin anonyminä. Ilmoituksista kertyvän tiedon perusteella voidaan suunnitella tarvittavia kehittämistoimia, joilla estetään samantyyppisten tapahtumien syntymistä ja parannetaan yleisesti toiminnan turvallisuutta (Awanic 2016 d.)

8 TUTKIMUS- JA TIEDONKERUUMENETLEMÄT

8.1 Tutkimus- ja tiedonkeruumenetelmät tässä opinnäytetyössä

Tämä opinnäytetyö sisälsi kaksi erillistä tutkimusosiota, vertailevaa analyysiä valmiiksi kerätystä aineistosta sekä määrällistä analyysiä kyselylomakkeella kerättävästä materiaalista. Lisäksi kyselylomakkeen avoimen kysymyksen vastauksia analysoin laadullisella menetelmällä käyttäen sisällönanalyysiä.

Opinnäytetyössä tein vertailevaa analyysiä selvittääkseni onko hoitajien työnjakomallin muutoksen jälkeen havaittavissa muutoksia tietyissä arvoissa. Vertailevaa tutkimusta tein valmiiksi kerätystä tutkimusaineistoista; QPro -asiakaspalauteraporteista ja HaiPro -raporteista. Vertaileva tutkimukseni on samalla määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusta. Koska vertailtavien aineistojen lukumäärä ei ollut sama vertailtavissa raporteissa käsittelen lukuja pääsääntöisesti prosentuaalisesti ja keskiarvoina, HaiPro -raporttien vertailun teen prosenttilukuina sekä ilmoitan raporttien väliset erot ja muutokset prosenttilukuina. QPro -asiakaspalauteraporteissa vastausten luvut on ilmoitettu keskiarvoina ja vertailen keskiarvoja ja niiden muutoksia.

Tässä kehittämishankkeessa hankin tietoa määrälliseen tutkimukseeni kyselylomakkeilla. Kysely toteutettiin sähköisesti Webropol -kyselynä Akuutti 24:n hoitohenkilökunnalle. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään toiminnan sujuvuutta Akuutti 24:ssä hoitohenkilökunnan näkökulmasta, kyselyssä kysyttiin muun muassa onko toiminta sujuvampaa ja onko potilasturvallisuus parantunut nyt kun hoitajien uusi työnjakomalli on käytössä? Kyselyssä myös kysyttiin avoimella kysymyksellä kehittämisehdotuksia hoitajien työnjakomallin kehittämiseen yhä toimivammaksi. Heikkilän (2008, 50) mukaan avointen kysymysten vastauksista on mahdollista saada uusia näkökantoja ja varteenotettavia parannusehdotuksia aiheeseen. Näitä kehittämisehdotuksia analysoin laadullisella tutkimusmenetelmällä sisällönanalyysiä käyttäen. Kysymyksiä hoitohenkilökunnalle suunnattuun kyselyyn pohdimme yhdessä Akuutti 24:n työnjakomallia kehittävien esimiesten kanssa 27.3.2017.

8.2 Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus

Heikkilän (2004, 16-18) mukaan määrällisen tutkimusmenetelmän avulla voidaan selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Määrällisessä tutkimuksessa asiat kuvataan numeerisesti ja tulokset voidaan esittää taulukoissa tai erilaisin kuvioin. Määrällinen tutkimusmenetelmä antaa vastauksen kysymykseen: kuinka paljon? Tämä tutkimusmenetelmä perustuu mittaamiseen, jonka avulla saadaan selvitettyä ja kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta asioiden syvällistä syytä ei pystytä tämän tutkimusmenetelmän

avulla selvittämään. (Heikkilä 2004, 16-18.) Materiaali määrälliseen tutkimukseen voidaan hankkia kyselylomakkeella, systemaattisella havainnoinnilla tai muiden keräämistä rekistereistä, tilastoista tai tietokannoista (Heikkilä 2004, 16-18; Vilkkä 2005, 73-76).

Kyselylomake on yksi tapa kerätä itse aineistoa määrälliseen tutkimukseen (Vilkkä 2005, 73). Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 193) mukaan kyselystä voidaan käyttää nimitystä survey-tutkimus, tämä tarkoittaa sitä, että kysely on standardoitu eli vakioitu. Vakioimisella tarkoitetaan, että kaikilta kyselyyn osallistujilta kysytään samat kysymykset täsmälleen samalla tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 193-194). Kyselyllä toteutettavan tutkimuksen ja kyselylomakkeiden etuna pidetään sitä, että niiden avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja kohderyhmältä voidaan kysyä monia asioita. Hyvin suunnitellusta kyselylomakkeesta voidaan käsitellä aineisto nopeasti tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneen avulla. Tällä tavalla kerätyn aineiston tiedolle on olemassa valmiita käsittelytapoja ja tilastollisia analyysitapoja sekä raportointimuotoja, joten tutkijan ei itse tarvitse kehittää niitä itse. (Hirsjärvi ym. 2009, 195).

Kyselylomakkeen kysymyksiä voidaan muotoilla usealla eri tavalla. Kolme yleisintä kysymysten muotoa ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset ja asteikoihin eli skaaloihin perustuvat kysymykset. Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten, johon vastaaja saa omin sanoin vastata. Avoimet kysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin, osoittaa vastaajien tietämyksen aiheesta, osoittaa vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden ja auttaa tutkijaa monivalintakysymyksiin annettujen poikkeavien vastausten tulkinnessa. Monivalintakysymyksiin tutkija on laatinut valmiit, numeroidut vastausvaihtoehdot ja vastaaja merkitsee rastilla tai rengastaa lomakkeesta vastausvaihtoehdon tai useampia vaihtoehtoja, mikäli niin on ohjeistettu. Monivalintakysymysten etu on, että ne tuottavat vastauksia, joita on tutkijan helppompi käsitellä ja analysoida tietokoneella ja niitä voidaan mielekkäästi vertailla. Asteikoihin eli skaaloihin perustuvissa kysymyksissä tutkija esittää väittämiä ja vastaaja valitsee vastausvaihtoehdoista sen, miten voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä kuin esitetty väittäjä. (Hirsjärvi ym. 2009, 198-201.) Likertin asteikko on tavallisesti mielipideväittämissä käytetty, yleensä neli- tai viisiportainen asteikko, jossa toisena ääripäänä on useimmiten vastausvaihtoehtona täysin samaa mieltä ja toisena ääripäänä vastausvaihtoehtona täysin eri mieltä. Vastaajan tulee valita vaihtoehdoista se mikä parhaiten kuvaa hänen omaa mielipidettään. (Heikkilä 2008, 53.)

Tässä opinnäytetyössä kerättiin tietoa ja tehtiin vertailevaa analysointia valmiiksi kerättyistä raporteista, QPro -asiakaspalauteraporteista ja HaiPro haittatapahtumien -raportointijärjestelmästä kerättyistä raporteista. QPro -asiakaspalauteraportteja vertailemalla

haettiin tietoa siitä, että mihin suuntaan asiakastyytyväisyys oli mennyt hoitajien uuden työnjakomallin myötä, ja voitiinko tämän perusteella todeta, että hoidon laatu oli parantunut hoitajien uuden työnjakomallin myötä. HaiPro -ilmoituksia koskevia raportteja vertailemalla etsittiin vastausta siihen, mihin suuntaan potilasturvallisuus oli mennyt hoitajien uuden työnjakomallin myötä. Hoidon laatua ja toiminnan sujuvuutta arvioitiin myös hoitohenkilöstölle suunnatulla kyselyllä. Kysely toteutettiin sähköisesti Webropol -kyselynä Akuutti 24:n hoitohenkilökunnalle. Kysely toteutettiin survey-kyselynä eli kaikilta vastaajilta kysyttiin samat kysymykset ja näin ollen kysely oli standardoitu eli vakioitu. Kyselyn kysymykset perustuivat skaaloihin eli kysymyksissä esitettiin väittämiä ja vastaaja valitsi vastausvaihtoehdoista sen, miten voimakkaasti hän oli samaa tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. Vastausvaihtoehtojen asteikkoina oli neliportainen Likertin asteikko, jossa vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä.

8.3 Laadullinen sisällönanalyysi

Kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä saatu aineisto oli laadullista ja sen käsittelyssä käytettiin menetelmänä sisällönanalyysiä. Laadullinen sisällönanalyysi soveltui tämän kysymyksen analysointiin koska analysoitiin avointa tekstiä, jossa vastaukset eivät olleet yksiselitteisiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan, että tutkimusaineisto tiivistetään lyhyeksi ja selkeäksi ja tekstimuodossa olevasta aineistosta pyritään muodostamaan tiivis kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimusaineistona voidaan käyttää materiaalia, joka on jo valmiiksi tekstimuodossa tai esimerkiksi haastatteluja ja keskusteluja, jotka on muutettu tekstimuotoon. Laadullisen aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto pilkotaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Tuomen ja Sarajärven (2009, 109) mukaan ennen kuin varsinainen sisällönanalyysi alkaa luetaan tutkimusaineisto huolella läpi ja perehdytään sen sisältöön. Sisällönanalyysi etenee prosessista toiseen (kuvio 3.). Sisällönanalyysi alkaa pelkistämällä aineiston alkupe räiset ilmaisut. Aineisto puretaan osiin ja tutkimustehtävän kannalta epäolennaiset asiat karsitaan tässä vaiheessa pois. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät, ja aineistosta etsitään tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Seuraavaksi ilmaisuista etsitään samankaltaisuuksia ja ilmaisut klusteroidaan eli ryhmitellään samansisältöisiin ryhmiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 113; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.) Kylmän ja Juvakan (2007, 118) mukaan tutkimusaineiston ryhmittelyä ohjaavat sekä itse aineisto että tutkijan omat tulkinnat. Tutkija päättää oman tulkinnan perusteella mitkä asiat voidaan sijoittaa samaan ryhmään ja mitä ei voida sijoittaa samaan ryhmään. Ryhmät eli

kategoriat nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Sisällönanalyysi etenee abstrahointiin eli jo muodostetuista kategorioista etsitään edelleen samankaltaisuuksia, ja samankaltaisia kategorioita yhdistetään edelleen toisiinsa ja näin muodostetaan yläkategorioita. Yläkategoriat nimetään kuvaamaan niitä alakategorioita, joista yläkategoriat muodostuivat. Abstrahointia voidaan jatkaa niin kauan kuin se on työn ja käsiteltävän sisällön kannalta mielekästä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112-113.)

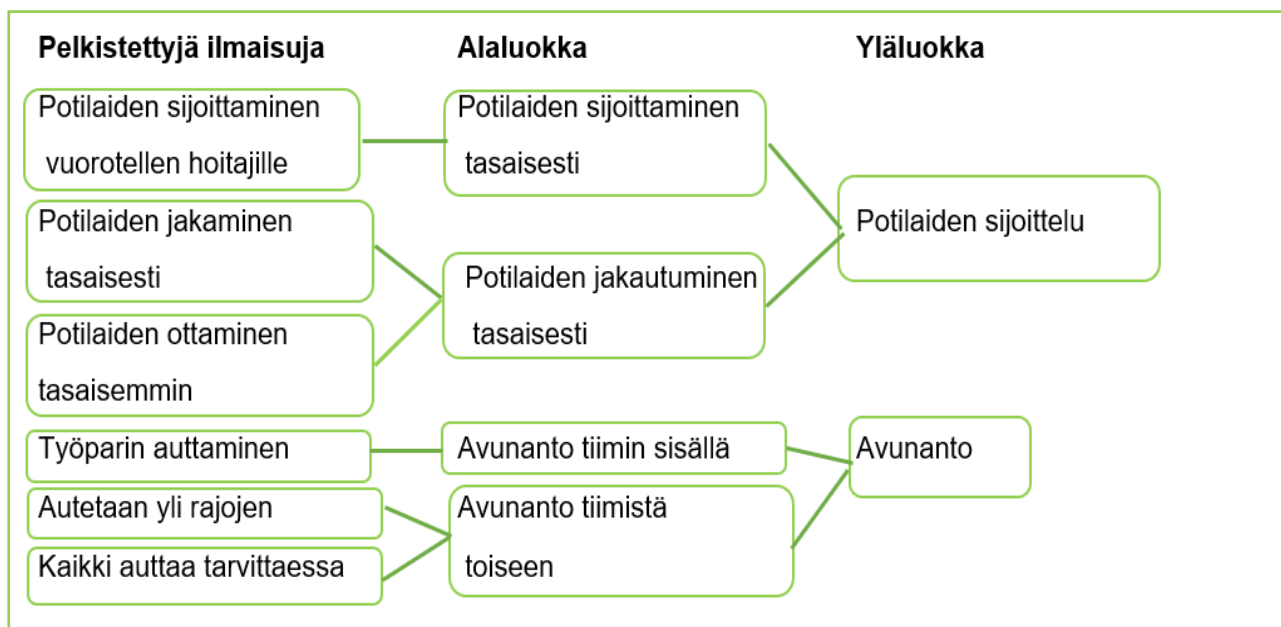


KUVIO 3. Aineiston sisällönanalyysin eteneminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 116.)

Ensimmäisessä vaiheessa luin avoimeen kysymykseen kirjatut kehittämissuositukset huolella läpi ja perehdyin vastausten sisältöön. Sisällön analyysissä käytin apuna Excel-taulukkoa, johon siirsin Webropol -raportista avoimeen kysymykseen vastatut alkuperäisilmaukset taulukon vasempaan sarakkeeseen. Seuraavaksi etsin alkuperäisilmauksista pelkistettyjä ilmaisuja ja kirjasin ne seuraavaan sarakkeeseen. Pelkistetyistä ilmauksista etsin samankaltaisuuksia ja klusteroin samankaltaiset ilmaisut kategorioihin ja nimesin kategoriat sisältöä kuvaaviksi. Nämä kategoriat kirjasin seuraavaan sarakkeeseen. Näitä kategorioita yhdistämällä muodostin yläkategorioita, jotka nimesin sisältöä kuvaaviksi. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä on kuvattu taulukossa 2. ja aineiston ryhmittelystä ja abstrahoinnista kuviossa 4.

TAULUKKO 2. Aineiston pelkistäminen

Alkuperäisiä ilmauksia vastauksista	Pelkistettyjä ilmauksia
"Kons T ja M3 (SM) voisivat ottaa potilaita vuorotellen..."	Potilaiden sijoittaminen vuorotellen hoitajille
"jos omassa prosessissa on rauhallista...voisi katsoa että tarviiko toinen prosessi apua"	Avunanto prosessista toiseen
"Huomioitaisiin potilas kuormittavuutta enemmän eikä vain luokiteltaisi potilaita monitorointi tarpeen mukaan"	Potilas kuormituksen huomioiminen
"Operille v2 hoitajan työtä kevennettävä esim yksi erillinen hoitaja lisää"	V2 hoitajan työtä kevennettävä
"Toisten auttaminen/avunpyytäminen"	Auttaminen ja avunpyytäminen
"Jos etenkin T-hoitajan työpanosta pystyisi jotenkin jakamaan, olisi helpompi toteuttaa varsinaista tehtävää tiiminvastaavana"	T-hoitajien työpanoksen jakaminen
"Sijoituksia huomioidessa on erityisen tärkeää huomioida se, että liian kokemattomia hoitajia ei olisi liian montaa yhtä aikaa samassa pisteessä"	Ei liikaa kokemattomia hoitajia samaan tiimiin
"Liian kokemattomia ei saa laittaa tiimivastaavan rooliin"	Ei liian kokemattomia tiimivastaavaksi



KUVIO 4. Aineiston abstrahointi

Aineiston pelkistämällä ja abstrahoinnilla sain selkiytettyä avoimeen kysymykseen tulleet kehittämissuhteet ja muodostin materiaalista nousseet, työn kannalta järkevät yläotsikot kehittämissuhteista.

9 TYÖNJAKOMALLIN ARVIOIMINEN

9.1 Hoidon laadun arvioiminen asiakaspalautteista

Hoidon laatua arvioin sekä asiakas- että työntekijöiden näkökulmasta. Hoidon laatua asiakasnäkökulmasta arvioin asiakaspalautteiden perusteella. Asiakkaat voivat antaa palautetta Akuutti 24:ssä saamastaan palvelusta PHHYKY:n nettisivujen kautta QPro Feedback palautejärjestelmällä. QPro Feedback on palautejärjestelmä, jolla voidaan kerätä ja luokitella asiakas- ja potilaspalautetta ja palautteista saadaan tuotettua raportteja eri organisaatio tasoille reaaliaikaisesti tai halutuilta aikaväleiltä. QPro Feedback -palautejärjestelmässä kysymykset ovat määriteltävissä organisaation tarpeiden mukaan (Awanic 2016a).

PHHYKY:n nettisivuilta pääsee valitsemaan yksikön mihin palautetta haluaa antaa.

Akuutti 24:n palvelupalautelomake (Liite 4.) koostuu väittämistä ja vastausvaihtoehdoista, joista vastaaja valitsee sen, miten voimakkaasti hän on samaa mieltä kuin esitetty väittämä. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2015.) Kyseessä on Likertin asteikko. Vastausvaihtoehdot ovat numeroitu yhdestä viiteen niin, että numero yksi tarkoittaa, että vastaaja on täysin eri mieltä kuin väittämä, ja numero viisi tarkoittaa, että vastaaja on täysin samaa mieltä kuin väittämä ja numerot kaksi, kolme ja neljä kuvaavat mielipiteitä kahden ääripään väliltä. Vastausvaihtoehtona on lisäksi ei koske minua- vaihtoehto vastaajille, joita väittämä ei koske tai mistä heillä ei ole kokemusta. (Heikkilä 2008, 53.) Lisäksi lomakkeella voi antaa avoimeen kohtaan kirjallista palautetta, kiitoksia sekä moitittavaa ja ehdotuksia. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2015.)

Muodostin vertailupohjan kuusi kuukautta ennen työnjakomallin uudistusta annetuista QPro Feedback -asiakaspalautteista eli ajalta maaliskuu 2016 - elokuu 2016 ja seurasin asiakaspalautteita kuusi kuukautta työnjakomallin aloituksesta eteenpäin eli ajalta lokakuu 2016 – maaliskuu 2017, ja vertailin asiakaspalautteiden keskiarvoja kysymys kerrallaan keskenään muodostaakseni käsityksen siitä, että onko asiakaspalautteissa tapahtunut muutosta hoitajien työnjakomallin muutoksen myötä ja voidaanko tämän perusteella nähdä onko hoidonlaadussa tapahtunut muutosta. Asiakaspalautteiden QPro Feedback vertailuraportin sain käyttöni esimiehiltäni. Vertailuraportti sisälsi vastusten keskiarvot kyseisiltä aikaväleiltä. Pohdimme yhdessä ylihoitajan ja hoitotyön kliinisen asiantuntijan kanssa, mihin erityisesti kiinnitän huomiota asiakaspalautteissa ja esiin nousi seuraavat väittämät:

- ”Hoitohenkilöstö kohteli minua hyvin ja ystävällisesti”
- ”Hoitohenkilöstö kuuli minua”
- ”Hoitohenkilöstöltä saamani tieto tutkimuksesta tai hoidosta oli ymmärrettävää”
- ”Minulle kerrottiin, kuinka kauan joudun odottamaan”
- ”Minulle kerrottiin odotusajan keston syy”
- ”Sain jatkohoito-ohjeet kirjallisena”
- ”Tiedän miten hoitoni jatkuu”

Maaliskuu 2016 – elokuu 2016 välisellä ajalla asiakaspalautetta oli annettu Akuutti 24:lle QPro Feedbackin kautta 183 kpl ja lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla 231 kpl (kuvio 5). Prosentuaalisesti asiakaspalautteen määrä oli noussut 26% uuden hoitajien työnjakomallin aloituksen jälkeen vertailukauteen verrattuna.



KUVIO 5. QPro -asiakaspalautteiden kpl-määrät vertailukausilla

Akuuttia koskevien tarkastelussa olleiden QPro -asiakaspalautteiden väittämien vastausten keskiarvot olivat joko nousseet tai pysyneet samoina. (Kuvio 6).

QPro asiakaspalautteiden vastausten keskiarvojen muutokset lokakuu 2016-maaliskuu 2017 verrattuna vertailukauteen maaliskuu-elokuu 2016

Vastausten keskiarvot nousseet väittämässä:

"Hoitohenkilöstö kohteli minua hyvin ja ystävällisesti"	+0,2
"Minulle kerrottiin kuinka kauan joudun odottelemaan"	+0,1
"Minulle kerrottiin odotusajan keston syy"	+0,3
"Sain jatkohoito-ohjeet kirjallisena"	+0,3

Vastausten keskiarvot pysyneet samoina väittämässä:

"Hoitohenkilöstö kuuli minua"	
"Hoitohenkilöstöltä saamani tieto tutkimuksesta tai hoidosta oli ymmärrettävää"	
"Tiedän miten hoitoni jatkuu"	

KUVIO 6. QPro -asiakaspalautteiden väittämien vastausten keskiarvojen muutokset.

"Hoitohenkilöstö kohteli minua hyvin ja ystävällisesti" -väittämään oli vastannut maaliskuu 2016 –elokuu 2016 välisellä ajalla 139 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 3,6. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla samaan väittämään oli vastannut 173 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 3,8. Vastausten keskiarvo vertailukaudella oli noussut 0,2:lla

"Hoitohenkilöstö kuuli minua" -väittämään oli vastannut maaliskuu 2016 –elokuu 2016 välisellä ajalla 133 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 3,5. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla tähän samaan väittämään oli vastannut 173 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli sama 3,5. Vastausten keskiarvo oli pysynyt vertailukaudella samana.

"Hoitohenkilöstöltä saamani tieto tutkimuksesta tai hoidosta oli ymmärrettävää" -väittämään oli vastannut maaliskuu 2016 –elokuu 2016 välisellä ajalla 127 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 3,5. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla tähän samaan väittämään oli vastannut 163 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 3,5. Vastausten keskiarvo oli pysynyt vertailukaudella samana.

"Minulle kerrottiin, kuinka kauan joudun odottamaan" -väittämään oli vastannut maaliskuu 2016 –elokuu 2016 välisellä ajalla 145 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 2,1. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla tähän samaan väittämään oli vastannut 189 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 2,2. Vastausten keskiarvo oli noussut vertailukaudella 0,1:llä.

"Minulle kerrottiin odotusajan keston syy" -väittämään oli vastannut maaliskuu 2016 –elokuu 2016 välisellä ajalla 136 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 2,1. Lokakuu 2016 –

maaliskuu 2017 välisellä ajalla tähän samaan väittämään oli vastannut 181 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 2,4. Vastausten keskiarvo oli noussut vertailukaudella 0,3:lla.

”Sain jatkohoito-ohjeet kirjallisena” -väittämään oli vastannut maaliskuu 2016 –elokuu 2016 välisellä ajalla 77 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 2,4. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla tähän samaan väittämään oli vastannut 109 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 2,7. Vastausten keskiarvo oli noussut vertailukaudella 0,3:lla.

”Tiedän miten hoitoni jatkuu” -väittämään oli vastannut maaliskuu 2016 –elokuu 2016 välisellä ajalla 98 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 3,5. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla tähän samaan väittämään oli vastannut 135 henkilöä ja vastausten keskiarvo oli 3,5. Vastausten keskiarvo oli pysynyt samana vertailukaudella.

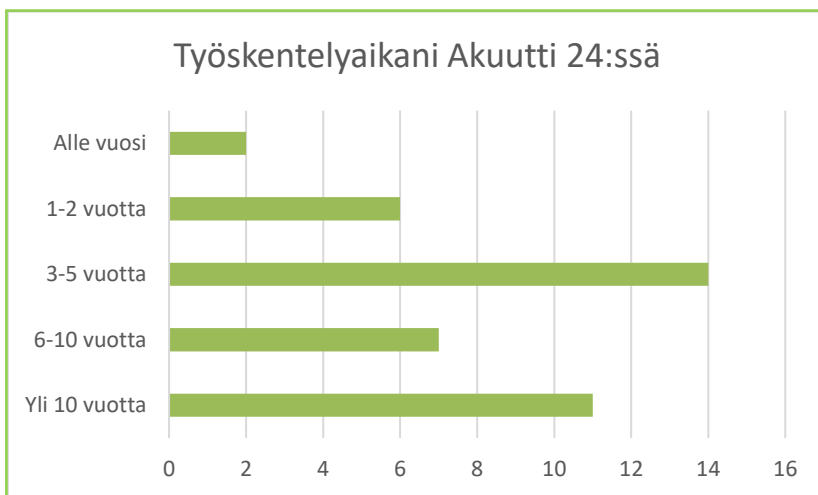
9.2 Henkilökunnan arviointi uudesta työnjakomallista

Hoitohenkilökunnan arviointi uudesta hoitajien työnjakomallista ja sen toimivuudesta toteutettiin Webropol -kyselynä marraskuussa 2017 Akuutti 24:n hoitohenkilökunnalle.

Osastonhoitaja lähetti hoitohenkilökunnalle linkin Webropol -kyselyyn ja saatekirjeen (Liite 5) sähköpostitse omalla postituslistallaan. Kysely lähetettiin 128 henkilölle ja vastauksia tuli 40 kappaletta määräaikaan mennessä, vastausprosentti kyselyyn oli näin ollen 31 prosenttia. Osastonhoitajan postituslista sisälsi kohderyhmän lisäksi henkilöitä, joita kysely ei koskenut, esimerkiksi Akuutissa työskenteleviä psykiatrisia sairaanhoitajia ja jo eläkkeellä olevia Akuutin sairaanhoitajia.

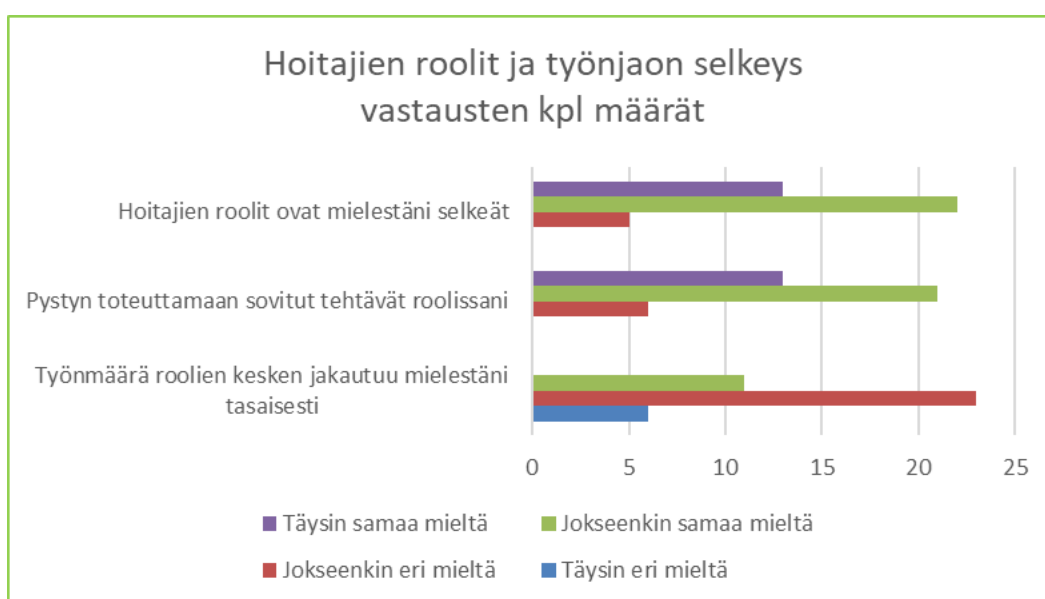
Kysely sisälsi yksitoista kysymystä, joista yksi oli avoin kysymys ja yhteen kehoitettiin vastaamaan kirjoittamalla oma mielipide, kolme kysymystä oli taustakysymyksiä ja niihin vastattiin valitsemalla itselle oikea vaihtoehto annetuista vaihtoehtoista ja loput olivat väittämiä. Taustakysymyksiä kysyttiin hoitajan koulutusta, työskentelyaikaan Akuutti 24:ssä ja sitä toimiiko hoitaja tiimivastaavana ja toimiiko hoitaja vastaavana hoitajana työvuoroissaan. Väittämiin vastattiin neliportaisella Likertin asteikolla. Asteikossa oli vastausvaihtoehtoina täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä, ja näistä hoitajia kehoitettiin valitsemaan se mikä kuvaa eniten hänen omaa mielipidettään.

Vastaajista valtaosa oli koulutukseltaan sairaanhoitajia, neljä vastaaja oli koulutukseltaan lähihoitaja, perushoitaja tai lääkintävahtimestari. Vastaajien työskentelyaika Akuutti 24:ssä näkyy kuviossa 7.



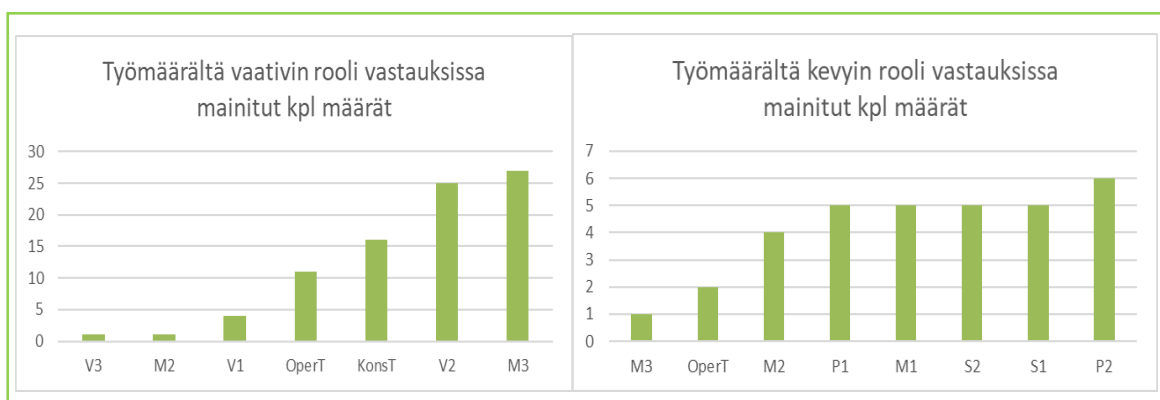
KUVIO 7. Vastaajien työskentelyaika vuosina Akuutti 24:ssä

Ensimmäisessä osiossa haluttiin selvittää hoitajien mielipidettä hoitajien roolien ja työnjaon selkeydestä, kuinka hoitajat kokevat sen (kuvio 8). Hoitajien roolit koettiin selkeiksi, suurin osa oli vastannut olevansa väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli vastaajista viisi. Vastaajat kokivat, että pystyvät toteuttamaan sovitut tehtävät roolissaan, suurin osa vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli vastaajista kuusi kappaletta. Työn määrä roolien kesken ei vastausten perusteella jakaudu tasaisesti, ”työn määrä roolien kesken jakautuu mielestäni tasaisesti” - väittämän kanssa täysin eri mieltä oli kuusi kappaletta vastaajista ja suurin osa vastaajista vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa.



KUVIO 8. Hoitajien roolit ja työnjaon selkeys

Toisessa osiossa kehoitettiin vastaamaan avoimeen kenttään työmäärältä vaativin ja työmäärältä kevyin rooli, mikäli vastaaja koki, että työmäärä roolien kesken ei jakaudu tasaisesti. Jotkut vastaajista olivat ilmoittaneet useampia rooleja sekä työmäärältä vaativimpaan että työmäärältä kevyimpään rooliin. Vastauksia tarkastellessa kaikki kirjatut vastaukset otettiin huomioon (Kuvio 9). Työmäärältään vaativimpana roolina koettiin M3-hoitajan rooli, vastauksissa oltiin mainittu se 27 kertaa, työmäärältään kevyimpänä koettiin P2-hoitajan rooli, se oltiin mainittu vastauksissa 6 kertaa kun työmäärältä kevyintä roolia kysyttiin.



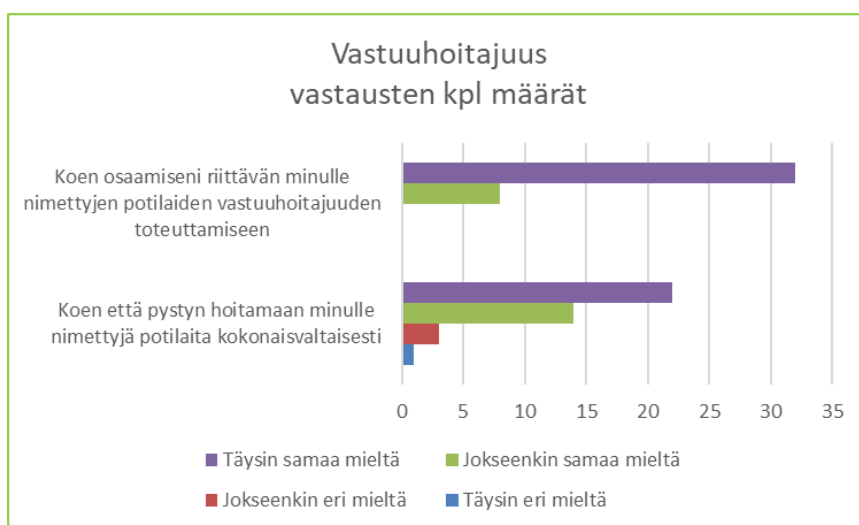
KUVIO 9. Työmäärältään vaativin ja kevyin rooli.

Vastaajista osa oli myös perustellut vastauksiaan, vaikka sitä ei kysymyksessä pyydetty. M3-hoitajan roolin työmäärän vaativuutta oltiin perusteltu potilaiden runsaalla lukumäärällä ja potilaiden sijoittumisella varsin laajalle alueelle. *Kursivoituina teksteinä* seuraavissa kappaleissa esitetään suoria lainauksia vastaajien perusteluista työmäärältään vaativimmasta ja kevyimmästä roolista. *”Varsinkin uutena hoitajana on vaikea hahmottaa missä vaiheessa kenenkin kanssa mennään”* *”Usein M3 ja V2 ovat ylikuormitettuja. Välillä päiviä joillon oper1 valvonta tyhjäkäytöllä, koska potilaat eivät tarvitse monitorointi/silmäaluspaikkaa.”* Tiimivastaavien roolien, sekä KonsT että OperT, työmäärän vaativuudesta oltiin kirjoitettu: *”Tiimihoitajan roolissa täytyy vastata kokonaisuudesta ja hoitaa omat potilaat, mutta lisäksi esimerkiksi operilla pitäisi auttaa V2 hoitajaa, jolla usein valtavasti työtä.”* *”Tiimivastaavalla joskus omia potilaita runsaasti ja valvonnan kokonaishallinta kärsii.”* Tiimihoitajien potilaiden runsas lukumäärä oltiin kirjattu vastauksiin useampaan kertaan.

Työmäärältä kevyimmän roolin nimeämiseen oli syyksi mainittu, että valvontatiloissa on helpompi hallita potilaat koska valvonta on selkeästi rajattu tila ja valvontatilojen hoitajien

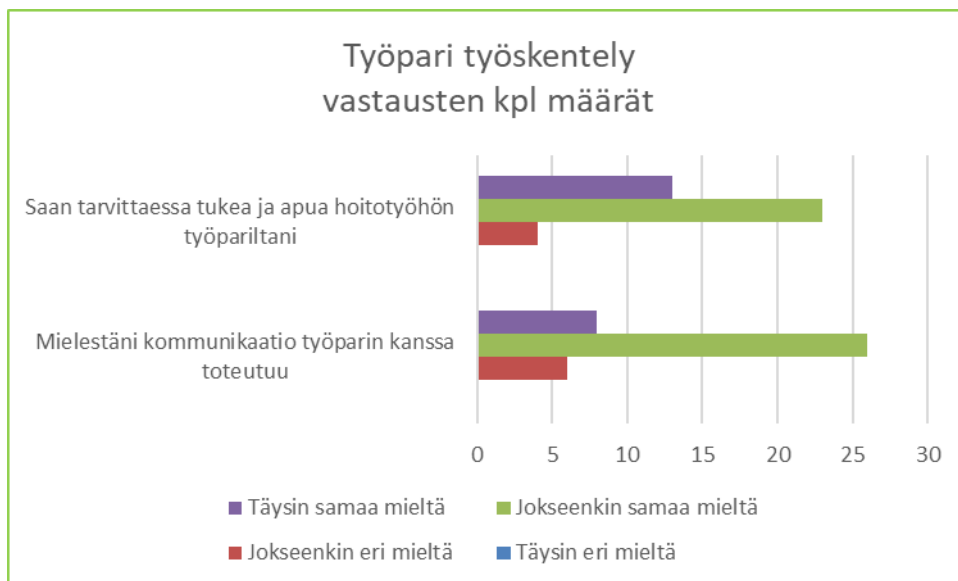
potilasmäärä on rajatumpi ja sen vuoksi tuntuu kevyemmältä. ”Valvontapaikat, ei työn keveyden, vaan selkeä hoitaa omaa 4 potilasta.”

Kolmannessa osiossa haluttiin selvittää hoitajien mielipidettä osaamisen riittävydestä vastuuhoidajuuteen ja potilaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta. (Kuvio 10.) Osaamisen koettiin riittävän nimettyjen potilaiden vastuuhoidajuuden toteuttamiseen. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli vastaajista 32 kappaletta. Vastaajat myös kokivat, että pystyvät hoitamaan nimettyjä potilaita kokonaisvaltaisesti, vain yksi vastaajista oli väittämän kanssa täysin eri mieltä ja kolme vastaajaa jokseenkin eri mieltä.



KUVIO 10. Vastuuhoidajuus.

Neljäs osio koski työpari työskentelyä. Suurin osa vastaajista koki, että saa tarvittaessa tukea ja apua hoitotyöhön työpariltaan, ja oli väittämän ”saan tarvittaessa tukea ja apua hoitotyöhön työpariltani”, kanssa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Neljä vastaajaa oli väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. Kommunikaatio työparin kanssa toteutuu myös suurimman osan mielestä, vastaajista suurin osa oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli vastaajista kuusi kappaletta. (Kuvio 11).

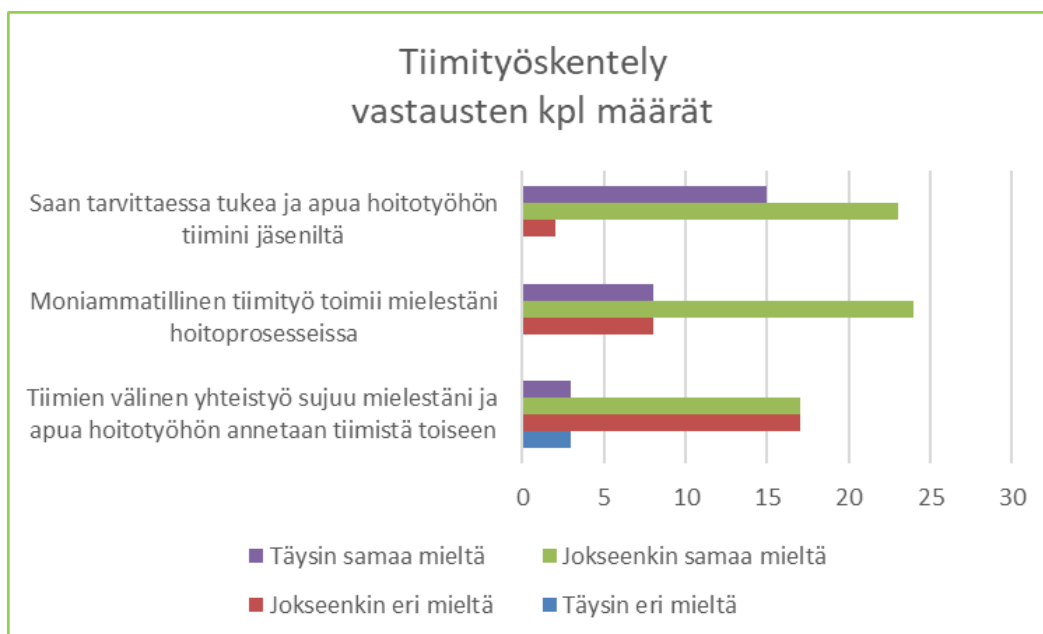


KUVIO 11. Työpari työskentely

Viides osio koski tiimityöskentelyä. (Kuvio 12.) Vastaajat kokivat, että saavat tukea ja apua hoitotyöhön tiiminsä jäseniltä, suurin osa oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä ”saan tarvittaessa tukea ja apua hoitotyöhön tiimini jäseniltä” väittämän kanssa oli vain kaksi vastaajaa.

Myös moniammatillinen tiimityö toimii hoitoprosesseissa vastaajista suurimman osan mielestä. Suurin osa oli vastannut olevansa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä väittämän ”moniammatillinen tiimityö toimii mielestäni hoitoprosesseissa”. Kahdeksan vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa.

”Tiimien välinen yhteistyö sujuu mielestäni ja apua hoitotyöhön annetaan tiimistä toiseen” väittämä hajautti mielipiteitä. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli seitsemäntoista vastaajaa ja yhtä monta oli vastannut olevansa jokseenkin samaa mieltä. Täysin eri mieltä väittämän kanssa oli 3 vastaajaa ja yhtä moni ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä. Puolet vastaajista oli siis sitä mieltä, että tiimien välinen yhteistyö ja avunanto sujuu ja puolet sitä mieltä, että tiimien välinen yhteistyö ja avunanto ei suju.



KUVIO 12. Tiimityöskentely.

Kuudes osio koski potilaiden hoitoa ja siihen kehoitettiin ohjeen mukaan vastaamaan, mikäli hoitaja oli työskennellyt Akuutissa jo edellisen työnjakomallin aikana eli ennen syyskuuta 2016. Vastauksia tuli kysymykseen 38 kappaletta (Kuvio 13). Kysymyksen tarkoituksena oli vertailevilla väittämällä selvittää hoitajien mielipidettä potilaiden hoidosta vanhan ja uuden työnjakomallin välillä. Seitsemännessä osiossa oli samat väittämät kuin kuudennessa osiossa mutta ilman vertailevaa näkökulmaa ja seitsemänteen osioon kehoitettiin ohjeen mukaan vastaamaan, mikäli oli työskennellyt Akuutissa vain nykyisen työnjakomallin aikana. Vastauksia tähän kysymykseen tuli 8 kappaletta. Vastausten lukumäärästä voi päätellä, että kuusi vastaajaa ei ole ymmärtänyt näiden kahden kysymyksen ohjeistusta ja he ovat vastanneet molempiin kysymyksiin, vaikka tarkoitus oli vastata vain toiseen.

Kuudennessa osiossa väittämään ”koen että nykyisen työmallin myötä minulla on enemmän aikaa potilaiden huomioimiseen” vastasi suurin osa olevansa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa oli viisi vastaajaa. Väittämän ”koen että nykyisen työnjakomallin myötä minulla on enemmän aikaa potilaiden informoimiseen esimerkiksi hoidon kulun ja jatkohoidon suhteen” kanssa suurin osa vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli kahdeksan vastaajaa. Väittämään ”koen että nykyisen työnjakomallin myötä minulla on enemmän aikaa omaisten huomioimiseen” vastasi suurin osa olevansa jokseenkin samaa mieltä. Tähän väittämään tuli vain 37 vastausta, minkä täytyy olla tekninen virhe kyselylomakkeessa. Kyselylomake oli asetettu niin, että jokaiseen väittämään piti vastata, jotta pääsi etenemään kyselylomakkeessa, tämän väittämän kohdalla ilmeisesti niin ei ollut

koska vastauksia on yksi vähemmän kuin tämän kysymyssarjan muissa väittämässä. (Kuvio 13.)

Suurin osa vastaajista koki, että nykyinen työnjakomalli mahdollistaa potilaiden voinnin seuraamisen ja sen kirjaamisen aiempaa paremmin. Vain kolme vastaajista oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Suurin osa vastaajista myös koki, että päällekkäin tehtävä työ (tehdään sama asia moneen kertaan tai useampi hoitaja tekee samaa asiaa yhtä aikaa) on vähentynyt nykyisen työnjakomallin myötä. Vain kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Vastaajat myös kokivat, että potilasturvallisuus on parantunut nykyisen työnjakomallin myötä. Suurin osa vastaajista oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Kolme vastaajaa oli vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. (Kuvio 13.)



KUVIO 13. Vertailevat kysymykset potilaiden hoidosta.

Seitsemänteen osioon Seitsemännessä osiossa oli samat väittämät kuin kuudennessa osiossa mutta ilman vertailevaa näkökulmaa ja seitsemänteen osioon kehoitettiin ohjeen mukaan vastaamaan, mikäli oli työskennellyt Akuutissa vain nykyisen työnjakomallin aikana. Vastauksia tähän kysymykseen tuli 8 kappaletta. Vastausten lukumäärästä voi päätellä, että kuusi vastaajaa ei ole ymmärtänyt näiden kahden kysymyksen ohjeistusta ja he ovat vastanneet molempiin kysymyksiin, vaikka tarkoitus oli vastata vain toiseen. tuli kahdeksan vastausta, kysymys oli tarkoitettu vain hoitajille, jotka ovat työskennelleet Akuutti

24:ssä ainoastaan nykyisen työnjakomallin aikaan. Webropol -kyselytutkimusohjelmalla saa valittua kysymysten vastausten käsittelyyn erilaisia ehtoja ja ehtoja tarkastelemalla sain selville, vastaukset työntekijöiltä, joita osion kysymykset koskivat. Ehtoja tarkastelemalla huomasi, että alle 1 vuoden Akuutti 24:ssä työskennelleet eli 2 vastaaja oli vastannut tähän osioon, 3-5 vuotta työskennelleistä kolme oli vastannut tähän osioon, 6-10 vuotta työskennelleistä 1 oli vastannut tähän osioon ja yli 10 vuotta työskennelleistä 2 oli vastannut tähän osioon. Alle 1 vuoden työskennelleet olivat siis niitä, jotka olivat vastanneet tähän osioon ohjeistuksen mukaisesti ja joiden vastaukset, kaksi kappaletta, otin huomioon.

Seitsemannen osion väittämään ” koen että työnjakomalli tukee ja mahdollistaa potilaiden huomioimisen ja minulla on aikaa siihen” vastaajista toinen oli vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä ja toinen jokseenkin samaa mieltä. Myös väittämiin ”Koen että työnjakomalli tukee ja mahdollistaa potilaiden informoimisen esimerkiksi hoidon kulun ja jatkohoidon suhteen ja minulla on riittävästi aikaa siihen” ja ”koen että työnjakomalli tukee ja mahdollistaa omaisten huomioimisen ja minulla on riittävästi aikaa siihen” oli molempiin toinen vastaaja vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä ja toinen jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista toinen oli täysin eri mieltä väittämän ”koen että työnjakomalli tukee ja mahdollistaa potilaiden riittävän voinnin seuraamisen ja kirjaamisen ja minulla on riittävästi aikaa siihen” kanssa ja toinen vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. ”Koen että työnjakomalli ehkäisee päällekkäisen työn tekoa (tehdään sama asia moneen kertaan tai useampi hoitaja tekee samaa asiaa yhtä aikaa)” väittämään olivat molemmat vastanneet olevansa täysin samaa mieltä. Vastaajista toinen koki olevansa jokseenkin eri mieltä väittämän ”koen että työnjakomalli edistää potilasturvallisuutta” ja toinen koki olevansa jokseenkin samaa mieltä.

Kahdeksannessa osiossa kysyttiin kehittämissuhteita hoitajien työnjakomallin kehittämiseen yhä toimivammaksi. Kysymys oli avoin kysymys ja vastauksia siihen tuli 18 kappaletta. Muutamissa vastauksissa oli useampi ehdotus työnjakomallin kehittämiseen niin että kaikkiaan vastaukseen tuli 30 ehdotusta työnjakomallin kehittämiseen yhä toimivammaksi. Vastauksista nousi esiin etenkin tiimivastaavien, M3 ja V2 -hoitajien työtaakan keventäminen, potilaiden sijoittelu hoitajien kesken tasaisemmin määrä ja potilaskuormittavuus huomioiden, avunanto sekä tiimin sisällä että tiimistä toiseen sekä toivottiin hoitajien kokemuksen huomioimista hoitajien sijoituksissa. Seuraavissa kappaleissa on käyty läpi kehittämissuhteita ja *kursivoidut tekstit* ovat suoria sitaatteja vastaajien esittämistä kehittämissuhteista.

Tiimivastaavien potilasmäärään toivottiin keventämistä, jotta roolissa pystyisi keskittymään toteuttamaan varsinaista tehtävää tiimivastaavana. *”Jos etenkin T-hoitajan työpanosta pystyisi jotenkin jakamaan, olisi helpompi toteuttaa varsinaista tehtävää tiiminvastaavana..”* *”Tiimihoitajan työnkuvan korostaminen: katsoo että potilaat jaetaan tasaisesti, autetaan yli rajojen”*

Tiimivastaavien, M3 ja V2 -hoitajien työmäärän ja potilasmäärän keventämistä ehdotettiin: *”En osaa sanoa. Potilasmääriä vaikea ennakoida, mutta toisinaan aiemmin mainittujen (V2, M3, T) hoitajien työkuorma lähentelee kohtuutonta.”* *”Ne hoitajat, jotka hoitaa paari-paikkoja/sivuhuoneita, voisi olla apurina kolmas. Hänellä ei välttämättä olisi potilaita (jos ei ole kaaos tilanne) ja hän auttaisi vastaanotossa (esim. huonokuntoisen potilaan pukemisessa) ja auttaisi muutenkin näitä kahta hoitajaa.”*

Potilaiden sijoittelua tasaisemmin hoitajien kesken potilaiden lukumäärä ja kuormittavuus huomioiden ehdotettiin toimenpiteeksi parantamaan hoitajien työnjakomallia yhä toimivammaksi: *”Huomioitaisiin potilas kuormittavuutta enemmän eikä vain luokiteltaisi potilaita monitorointi tarpeen mukaan. Yhdellä hoitajalla saattaa olla monta huonokuntoista, täysin autettavaa potilasta, jotka eivät tarvitse monitorointia. Toisella hoitajalla voi olla monitorissa neljä täysin omatoimista potilasta”* *”Potilaiden jakautuminen hoitajien kesken pitäisi olla tasaisempaa.”*

Avunanto sekä tiimin sisällä että tiimien välillä mainittiin kehittämissuhteiksi: *”Välillä tietysti itsekkin huomaa, että jos omassa prosessissa on rauhallista, niin saattaa vaan unohtaa, että voisi katsoa, että tarviiko toinen prosessi apua”* *”Muistetaan auttaa enemmän kaveria, jolloin raskaiden potilaiden hoito on helpompaa”* *”Yhteistyötä ja tilannetajua työpäiviin. Kaikki auttaa kaikkia tarpeen mukaan”*

Hoitajien kokemuksen huomioimista ehdotettiin hoitajien työnjakomallin kehittämiseksi yhä toimivammaksi: *”Sijoituksia huomioidessa on erityisen tärkeää huomioida se, että liian kokemattomia hoitajia ei olisi liian montaa yhtä aikaa samassa pisteessä, tämä kuormittaa tiimivastaavan työtä huomattavasti!”* *”Liian kokemattomia ei saa laittaa tiimivastaavan rooliin”*

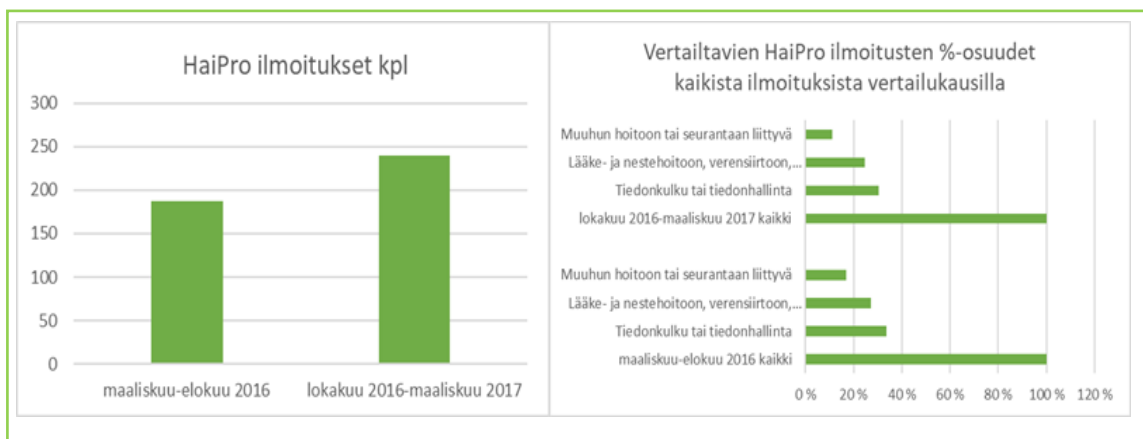
9.3 Potilasturvallisuuden arvioiminen

Potilasturvallisuutta arvioin Akuuttia koskevista HaiPro -ilmoituksista. Muodostin vertailupohjan 6 kuukautta ennen uuden työnjakomallin käyttöönottoa tehdyistä HaiPro -ilmoituksista eli maaliskuu – elokuu 2016 ja seurasin HaiPro -ilmoituksia 6 kuukautta työnjakomallin aloituksesta eteenpäin eli lokakuu 2016 – maaliskuu 2017. Vertailu ajanjaksot ovat samat mitä käytin hoidonlaatua arvioidessa Akuutti 24:ää koskevia sähköisiä QPro -

asiakaspalautteita. HaiPro -ilmoitukset sain käyttööni Akuutti 24:n klinisen hoitotyön asi-
antuntijalta. HaiPro -ilmoituksista oli noussut esiin kolme asiaa, joista oli eniten tehty ilmoi-
tuksia viimeisen 6 kuukauden aikana koskien Akuutti 24:ää, kun asiaa tarkasteltiin syk-
syllä 2016. Näiden kolmen yläotsikon alta poimittiin vielä alaotsikot, joista oltiin tehty yläot-
sikoiden alle eniten HaiPro -ilmoituksia. Eniten HaiPro -ilmoituksia oli tehty seuraavista asi-
oista ja nämä myös valittiin tarkastelun ja vertailun kohteeksi kehittämistyöhöni:

- Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvä ilmoitus
 - Potilastiedonhallintaan (dokumentointiin) liittyvä
 - Suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyvä
- Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liit-
tyvä ilmoitus
 - Määräysvirhe
 - Antovirhe
 - Kirjaamisvirhe
- Muuhun hoitoon tai seurantaan, seurantaan liittyvä ilmoitus
 - Potilaan tilan seuranta
 - Hoitotoimenpide

Akuutti 24:ää koskevia HaiPro -ilmoituksia tehtiin ajalla maaliskuu – elokuu 2016 188 kappaleta ja ajalla lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 240 kappaletta (Kuvio 14.) HaiPro -ilmoi-
tuksia oltiin tehty 52 kappaletta enemmän hoitajien uuden työnjakomallin alettua kuin ver-
tailukaudella vanhan työnjakomallin aikaan, prosentuaalisesti tämä on 27,7 % nousu il-
moitusten lukumäärään. Kuviossa 14. näkyy myös tarkasteltavien yläkategorioiden; tie-
donkulkuun tai tiedonhallintaan, lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiai-
neeseen ja muuhun hoitoon tai hoidon seurantaan liittyvien HaiPro -ilmoitusten prosentua-
aliset määrät kaikista HaiPro -ilmoituksista vertailukausilla.

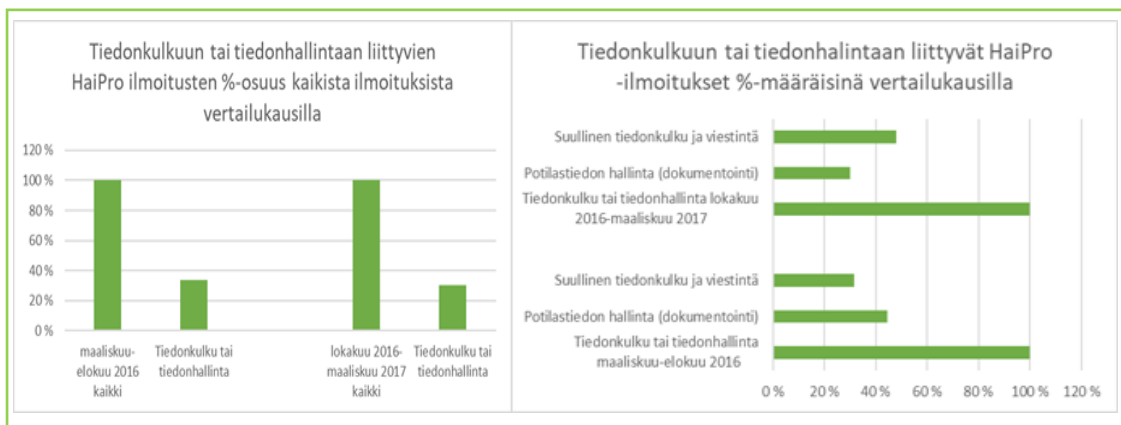


KUVIO 14. HaiPro -ilmoitusten kpl-määrät ja vertailtavien ilmoitusten yläkategorioiden %-osuudet vertailukausilla.

Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyviä HaiPro -ilmoituksia tehtiin ajalla maaliskuu – elokuu 2016 63 kappaletta ja määrä oli 33,5 % kaikista ilmoituksista. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla HaiPro -ilmoituksia tehtiin 73 kappaletta koskien tiedonkulkuun ja tiedonhallintaa ja määrä oli 30,4 % kaikista HaiPro -ilmoituksista. (Kuvio 15.) Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyviä HaiPro -ilmoituksia tehtiin hoitajien uuden työnjakomallin alettua ajalla lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 3,1 % vähemmän kuin vertailukaudella hoitajien vanhan työnjakomallin aikaan.

Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro -ilmoituksista 28 kappaletta oli tehty **potilastiedon hallintaan (dokumentointiin)** liittyvä –alaotsikon alle ajalla maaliskuu – elokuu 2016 ja prosentuaalisesti se on 44,4 % tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro -ilmoituksista 22 kappaletta oli tehty potilastiedon hallintaan (dokumentointiin) liittyvä –alaotsikon alle ja se on prosentuaalisesti 30,1 % tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvistä ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. (Kuvio 15.) Potilastiedon hallintaan (dokumentointiin) liittyvät HaiPro -ilmoitukset vähenivät uuden työnjakomallin myötä 14,3 % kaikista tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro -ilmoituksista vertailukauteen verrattuna.

Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro -ilmoituksista 20 kappaletta oli tehty koskien **suullista tiedonkulkua ja viestintää** maaliskuu – elokuu 2016 välisellä ajalla, ja prosentuaalisesti se on 31,7 % tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro -ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro -ilmoituksista 35 kappaletta oli tehty koskemaan suullista tiedonkulkua ja viestintää ja se on 47,9 % tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä HaiPro -ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. (Kuvio 15.) Suullista tiedonkulkua ja viestintää koskevat HaiPro -ilmoitukset lisääntyivät 16,2 % vertailukauteen verrattuna.



KUVIO 15. Tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyvät HaiPro -ilmoitukset.

Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyviä Haipro -ilmoituksia oltiin tehty maaliskuu – elokuu 2016 välisellä ajalla 51 kappaletta, ja se oli 27,1 % kaikista Akuutti 24:ää koskevista Haipro -ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyviä Haipro -ilmoituksia tehtiin 59 kappaletta mikä on 24,6 % kaikista Akuutti 24:ää koskevista Haipro -ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla (Kuvio 16). Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyviä **Haipro -ilmoituksia tehtiin 2,5 % vähemmän lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla kuin vertailujaksolla.**

Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvistä Haipro -ilmoituksista 24 kappaletta oli tehty koskien **määräysvirhettä** maaliskuu – elokuu 2016 välisellä ajalla ja se oli 47,1 % lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä –ylälotsikon alle tehdyistä ilmoituksista. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla 26 Haipro -ilmoitusta koski määräysvirhettä ja se on prosentuaalisesti 44,1 % kaikista lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä –otsikon alle tehdyistä ilmoituksista. (Kuvio 16). **Määräysvirhettä koskevat Haipro -ilmoitukset vähenivät 3 % vertailukauteen verrattuna.**

Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvistä Haipro -ilmoituksista 10 kappaletta oli tehty maaliskuu – elokuu 2016 välisellä ajalla koskien **antovirhettä** ja se oli 19,6 % lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä –yläotsikon alle tehdyistä ilmoituksista. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla 15 Haipro -ilmoitusta koski antovirhettä ja se on 25,4 % kaikista lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä –otsikon alle tehdyistä ilmoituksista. (Kuvio 16). **Antovirhettä koskevat Haipro -ilmoitukset lisääntyivät 5,8% vertailukauteen verrattuna.**

Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvistä Haipro -ilmoituksista 7 kappaletta oli tehty maaliskuu – elokuu 2016 välisellä ajalla koskien **kirjaamisvirhettä** ja se oli 13,7 % lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä –yläotsikon alle tehdyistä ilmoituksista. Lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisellä ajalla 3 Haipro -ilmoitusta oli tehty koskemaan kirjaamisvirhettä ja se on 5,1 % kaikista lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvä –otsikon alle tehdyistä ilmoituksista. (Kuvio 16). **Kirjaamisvirhettä koskevat Haipro -ilmoitukset vähenivät 8,6 % vertailukauteen verrattuna.**

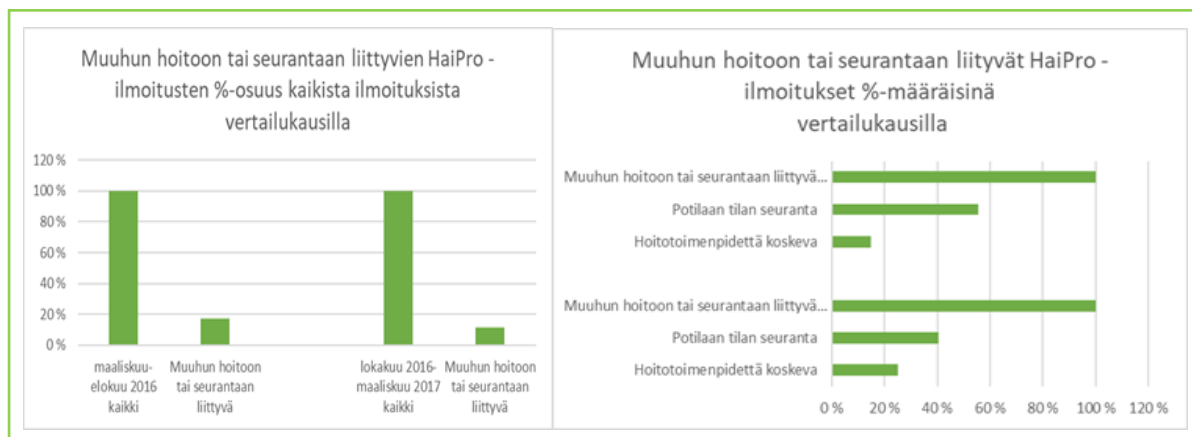


KUVIO 16. Lääke- ja nestehoitoon, verensiirtoon, varjo- tai merkkiaineeseen liittyvät HaiPro -ilmoitukset.

Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä –otsikon alle tehtiin 32 HaiPro -ilmoitusta maaliskuun – elokuun 2016 välisenä aikana ja se on 17 % kaikista Akuutti 24:ää koskevista HaiPro -ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. Lokakuun 2016 – maaliskuun 2017 välisellä ajalla tehtiin 27 HaiPro -ilmoitusta muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä –otsikon alle ja se on 11,3 % kaikista Akuutti 24:ää koskevista HaiPro -ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. (Kuvio 17.) **Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä –otsikon alle tehdyt HaiPro -ilmoitukset vähenivät 5,7% vertailukauteen verrattuna.**

Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä –otsikon alle tehdyistä HaiPro -ilmoituksista 13 kappaletta oli tehty **potilaan tilan seuranta** alaotsikon alle maaliskuun – elokuun 2016 välisenä aikana ja se oli 40,6 % muuhun hoitoon tai seurantaan otsikon alle tehdyistä HaiPro -ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. Lokakuun 2016 – maaliskuun 2017 välisellä ajalla 15 HaiPro -ilmoitusta koski potilaan tilan seuranta, se on 55,6 % kaikista muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä –otsikon alle tehdyistä ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. (Kuvio 17). Prosentuaalisesti **potilaan tilan seurannasta tehdyt HaiPro -ilmoitukset lisääntyivät 15 % seuranta kauteen verrattuna.**

Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä –otsikon alle tehdyistä HaiPro -ilmoituksista 8 kappaletta oli tehty **hoitotoimenpidettä koskien** maaliskuun – elokuun 2016 välisenä aikana ja se oli 25 % Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä –otsikon alle tehdyistä HaiPro -ilmoituksista. Lokakuun 2016 – maaliskuun 2017 välisellä ajalla 4 HaiPro -ilmoitusta oli tehty hoitotoimenpidettä koskien ja se on 14,8 % kaikista muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvä –otsikon alle tehdyistä ilmoituksista kyseisellä ajanjaksolla. (Kuvio 17). Prosentuaalisesti **hoitotoimenpidettä koskevat HaiPro -ilmoitukset vähenivät 10,2 % seuranta kauteen verrattuna.**



KUVIO 17. Muuhun hoitoon tai seurantaan liittyvät HaiPro -ilmoitukset.

HaiPro -ilmoitusten prosentuaalinen määrä väheni koskien potilastiedon hallintaa (dokumentointia), lääkityksen määräysvirhettä, lääkityksen kirjaamisvirhettä ja hoitotoimenpidettä. Eniten, 14,3% vähenivät potilastiedon hallintaa (dokumentointia) koskevat ilmoitukset. (Kuvio 18).

HaiPro -ilmoitusten määrien muutokset prosentteina lokakuu 2016-maaliskuu 2017 verrattuna vertailukauteen maaliskuu-elokuu 2016.

HaiPro -ilmoitukset vähenivät:

Potilastiedon hallintaan (dokumentointiin) liittyvät	-14,3%
Hoitotoimenpide	-10,2%
Lääkityksen kirjaamisvirhe	-8,6%
Lääkityksen määräysvirhe	-3%

HaiPro -ilmoitukset lisääntyivät:

Suullinen tiedonkulku ja viestintä	+16,2%
Potilaan tilan seuranta	+15%
Lääkityksen antovirhe	+5,8%

KUVIO 18. HaiPro -ilmoitusten muutokset prosentteina.

HaiPro -ilmoitusten prosentuaalinen määrä lisääntyi koskien suullista tiedonkulkua ja viestintää, lääkityksen antovirhettä ja potilaan tilan seuranta. Eniten lisääntyivät, 16,2%, ilmoitukset koskien suullista tiedonkulkua ja viestintää. (Kuvio 18.)

10 POHDINTA

10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseetiikasta puhutaan, kun pohditaan, kuinka tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta ja minkälaista eettisesti hyvä ja luotettava tutkimus on. Tutkimuseetiikkaa säätelevät useat normit, ohjeet ja lainsäädäntö (Leino-Kilpi 2014, 362.) Tutkimusten ja opinnäytetöiden tekijöiden on tehtävä lukuisia valintoja ja päätöksiä eri vaiheissa tutkimusprosessia, ja nämä kaikki vaikuttavat tutkimuksen eettisyyteen aina tutkimusprosessin suunnittelusta julkaisuun saakka (Kylmä & Juvakka 2007, 137).

Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut yhdessä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa tutkimuseettiset ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä (TENK 2012). Tämä tutkimuksellinen opinnäytetyö on toteutettu tämän kyseisen ohjeistuksen mukaisesti.

Tutkimusaiheen valinta on jo ensimmäinen eettinen kysymys tutkimuksen tai opinnäytetyön tekijälle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126). Tutkimusaiheen valinnan perusteen lähtökohana tulee olla, että tutkittava asia on tieteellisesti perusteltu ja mielekäs (Leino-Kilpi 2014, 367). Tämän opinnäytetyön aiheen valintaa määrittä toimeksiantajan tarve saada tietoa hoitajien uuden työnjakomallin toimivuudesta. Terveystieteiden laiton (1326/2010, 8§) velvoittaa terveydenhuollon toiminnan pohjautuvan näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja Koivuranta-Vaaran (2011, 13) toimittaman Terveystieteiden laiton laatuoppaan mukaan hoitoprosessien organisoinnilla ja hoitoprosessien toimimisella todetaan olevan keskeinen vaikutus toiminnan sujuvuuteen. Julkiset organisaatiot joutuvat sote-uudistuksen myötä kilpailemaan asiakkaista sekä muiden julkisten organisaatioiden että yksityisten palveluntuottajien kanssa. Jotta hyvinvointiyhtymä pystyy vastaamaan sote-uudistuksen myötä ilmaantuneeseen kilpailutilanteeseen, on sen tuottamien palvelujen oltava vetovoimaisia ja asiakastyytyväisyydellä on tässä suuri rooli. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän kilpailukykyä arvioitaessa asiakaskokemus onkin nostettu yhdeksi ”pakko-onnistua-asiaksi” (”must win battle”). (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018.) Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja tärkeä ja sillä tähdätään yhä toimivampiin ratkaisuihin hoitoprosesseissa ja näin ollen pyritään nostamaan hoidon laatua. Tutkimusluvan opinnäytetyöhön myönsi yhteispäivystyskeskuksen ylihoitaja 2.11.2016.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään erilaisia mittaustapoja. Tutkimusmenetelmien käsittelyssä kirjallisuudessa puhutaan usein käsitteistä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on alun perin ollut tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli sitä pää-

sisikö toinenkin tutkija samaan tulokseen tai sama tutkija uudelleen samaan tulokseen. Nämä käsitteet ovat laadullisessa tutkimuksessa hieman epäselviä, käsitteet kun on luotu määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selonteko tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamisesta. Sekä määrällisessä että laadullisessa tutkimuksessa voidaan tutkimuksen validiutta tarkentaa käyttämällä samassa tutkimuksessa useampia tutkimusmenetelmiä. Useamman tutkimusmenetelmän käytöstä samassa tutkimuksessa käytetään termiä triangulaatio tai metodien yhdistäminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-233.) Tässä opinnäytetyössä yhdistettiin eri tutkimusmenetelmiä. Opinnäytetyössä tehtiin vertailevaa tutkimusta, määrällistä tutkimusta ja laadullista sisällönanalyysiä.

Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (TENK 2012, 6). Mäkisen (2006, 120) mukaan tutkijan vastuulla on, että tutkimusaineisto ei joudu väärin käsiin ja se säilytetään huolellisesti. Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto on saatu kohdeorganisaation esimiehiltä sähköisessä muodossa ja sähköisellä henkilökunnalle suunnatulla kyselyllä. Tutkimusaineisto on säilytetty opinnäytetyön tekijän tietokoneella ja muistitikulla salasanojen takana, ja materiaali mitä on tulostettu, on säilytetty opinnäytetyöntekijän kotona ulkopuolisten ulottumattomissa. Opinnäytetyön tekijä on analysoinut aineistoa huolellisesti ja rehellisesti ja kertonut työssä analysoinnista ja sen eri vaiheista ja kuvannut tulokset tarkasti opinnäytetyössä.

Yksi tutkimusetiikan periaatteista on vapaaehtoisuus ja anonymisuus (Mäkinen 2006, 114.) Tähän opinnäytetyössä kerättiin tietoa ja analysoitiin sitä kolmesta erilaisesta aineistosta. Sähköisten asiakaspalautteiden keskiarvoja kahdelta eri ajanjaksolta arvioitiin valmiista vertailuraportista, jossa ei millään tavalla tullut esiin palautteiden antajien henkilöllisyys tai se ei ollut millään tavoin tunnistettavissa. HaiPro -ilmoituksia vertailtiin myös kahdelta eri ajanjaksolta valmiista vertailuraportista, opinnäytetyöntekijä ei käsitellyt yksittäisiä HaiPro -ilmoituksia missään vaiheessa opinnäytetyötä, ja HaiPro -ilmoitukset ovat anonymoituja, niistä ei käy ilmi henkilötietoja, ei ilmoittajan eikä virheen tekijän. Hoitohenkilökunnalle suunnattu kysely perustui vapaaehtoisuuteen ja toteutettiin Webropol -kyselynä niin että vastaajien anonymisuus säilyi. Hoitohenkilökunta sai sähköpostilla linkin Webropol -kyselyyn ja saatekirjeen (Liite 4) missä kerrottiin kyselystä ja opinnäytetyöstä. Kyselyssä oli myös ohjeet kyselyyn vastaamiseen.

Opinnäytetyössä on otettu huomioon muiden tutkijoiden työt ja niille on annettu arvoa ja niitä on kunnioitettu (TENK 2012, 6). Opinnäytetyö on kirjoitettu eettisiä periaatteita ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Lähteet on pyritty valitsemaan niin, että ne ovat aitoja, puolueettomia ja pääsääntöisesti alkuperäisiä (Mäkinen 2006, 128). Opinnäytetyön

lähdeviittaukset ja lähteet on merkattu asianmukaisella tavalla niin, että ne on mahdollista tunnistaa ja paikantaa. Täten on varmistettu, että lukija erottaa opinnäytetyön tekijän oman tuotoksen ja muilta lainatun materiaalin.

Opinnäytetyön tekijä työskentelee ja työskenteli koko opinnäytetyöprosessin ajan kohdeorganisaatiossa. Opinnäytetyön tekijällä oli paljon käytännön kokemusta sekä vanhasta että uudesta hoitotyönjakomallista. Tämä saattoi luoda ennakoasetelmia tutkimuksen suunnitteluun ja esimerkiksi hoitotyöntekijöille suunnatun kyselyn laadintaan, mukana kysymysten laadinnassa oli kuitenkin esimiehiä kohdeorganisaatiosta, joten näkökulma ei ollut ainoastaan opinnäytetyön tekijän. Opinnäytetyöntekijä ei saanut ulkopuolista rahoitusta tai muitakaan merkittäviä etuisuuksia opinnäytetyön tekemiseen, opinnäytetyö toteutettiin tekijän omalla ajalla ja kustannuksella. Tämä opinnäytetyön kirjallinen versio on julkinen asiakirja, jonka oikeudet ovat opinnäytetyön tekijällä. Opinnäytetyö on tarkistettu ennen julkaisua plagiaatintunnistusohjelma Urgundilla ja työn on osoitettu noudattavan hyvää tieteellistä käytäntöä.

10.2 Johtopäätökset arvioinnin tuloksista

Hoidon laatua arvioitiin vertailemalla sähköisten QPro -asiakaspalautteiden vastausten keskiarvoja kahdelta eri aikaväliltä, hoitajien vanhan työnjakomallin ajalta maaliskuu-elo-kuu 2016 ja uuden työnjakomallin ajalta lokakuu 2016-maaliskuu 2017. Tarkoituksena oli selvittää, että oliko asiakaspalautteissa tapahtunut muutosta hoitajien uuden työnjakomallin myötä. Vertailua tehtiin vastausten keskiarvoilla eli vertailtiin kysymyksen vastausten keskiarvoa vertailukauden kysymyksen keskiarvoon. QPro -asiakaspalautteiden määrä oli kasvanut 26% lokakuu 2016-maaliskuu 2017 välisellä ajalla vertailukauteen verrattuna. Päijät-Hämeen keskussairaalan laadun- ja potilasturvallisuuden yksikön kehittämispäällikön mukaan QPro -asiakaspalautteiden määrässä oli tapahtunut huomattava kasvu koskien koko Päijät-Hämeen keskussairaala, QPro -asiakaspalautteet olivat nousseet 41,5% kyseisenä ajanjaksona verrattuna samaan vertailukauteen (Päivä 2018). Päivän (2018) mukaan sähköisten asiakaspalautteiden määrän nousuun saattoi vaikuttaa uuden hyvinvointiyhtymän perustaminen 1.1.2017. Uuden hyvinvointiyhtymän aloitus alun haasteineen saattoi aktivoida potilaat ja asiakkaat antamaan enemmän palautetta. Teknologian kehitys on tällä hetkellä nopeampaa kuin koskaan aiemmin, digitalisoituminen ja internetin mahdollistamien uusien toimintatapojen synty helpottaa ihmisten arkea ja toimintaa, ja tietoisuus sekä osaaminen käyttää näitä lisääntyy koko ajan (Kiiski-Kataja 2016, 9). Sähköisten asiakaspalautteiden määrän kasvuun on voinut hyvinkin vaikuttaa myös ihmisten tietojen ja taitojen lisääntyminen käyttää sähköisiä asiointikanavia.

Asiakaspalautteiden vastausten keskiarvot olivat joko nousseet tai pysyneet samoina vertailukauteen verrattuina. Yksittäisten vastausten keskiarvojen nousut eivät olleet suuria, suurimmillaan keskiarvo nousi 0,3. Tämän perusteella voisi kuitenkin tulkita, että hoidon laatu asiakkaiden näkökulmasta tarkasteltuna olisi parantunut uuden työnjakomallin myötä.

Potilasturvallisuusstrategian (2017, 13) mukaan potilasta tulee kuunnella ja hänen tulee saada riittävästi ja oikea-aikaisesti informaatiota ja neuvontaa ymmärrettävästi. ”Hoitohenkilöstö kuuli minua- ja hoitohenkilöstöltä saamani tieto tutkimuksesta tai hoidosta oli ymmärrettävää” -väittämien, vastausten keskiarvot olivat pysyneet samoina vertailukauteen verrattuina. Laadukas potilasohjaus edellyttää sitä, että hoitajat itse ymmärtävät sen olevan osa potilaan hoitoa (Lång 2017, 34). Kirjallisia ohjeita oltiin ilmeisesti annettu potilaille aiempaa paremmin koska tätä koskevan väittämän vastausten keskiarvo oli noussut. Hoidon jatkumisesta tiedottaminen potilaille oli pysynyt vastausten keskiarvojen mukaan samalla tasolla.

Hoitohenkilöstön hyvä ja ystävällinen kohtelu potilaita kohtaan oli parantunut vertailukauteen verrattuna. Tämä parannus onkin tärkeää, sillä muun muassa Saarisen (2007, 53) tutkimuksessa potilaat ovat kuvanneet hyvän vuorovaikutuksen ja hoitohenkilökunnan ystävällisyyden, joustavuuden ja mukavuuden edistävän hyvän hoidon ja hyvän hoidon laadun toteutumista. Tiaisen (2015, 145) tutkimuksen mukaan onnistunut palvelukokemus syntyy hyvien käytösten mukaisesta, asiallisesta, kohteliaasta ja ystävällisestä asiakaspalvelusta sekä vuorovaikutuksesta, jonka myötä asiakas kokee osallisuutta ja tuntee, että häneen ja hänen asiaansa suhtaudutaan vakavasti.

Odotusajasta ja odotusajan keston syystä informoiminen oli parantanut. Silti keskiarvot olivat heikot ja asiakaspalautteiden huonoimmat eli parantamisen varaa selkeästi tällä osalla on. Odottaminen päivystyksessä koetaan huonontavan hoidon laatua, mutta jos odotuksen syystä ja kestosta informoidaan, niin sen koetaan parantavan hoidon laatua (Saarinen 2007, 53), ja Kettusen (2017, 39) mukaan se parantaa myös potilaan turvallisuuden tuntua. Myös Mylläri (2017, 97) tutkimuksessa nousi sama esiin, olennaista ei ollut odotusaika vaan se, mitä sen aikana tapahtui tai jäi tapahtumatta. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että heitä ei jätetty oman onnensa nojaan odottelemaan, vaan heitä käytiin katsomassa tihein väliajoin ja heidät pidettiin ajan tasalla hoidosta ja tutkimuksista, kerrottiin mitä tehdään ja miksi ja mitä odotellaan ja miksi (Mylläri 2017, 97). Potilaat, joiden kohdalla nämä asiat toteutuivat, kokivat odottaneensa huomattavasti vähemmän aikaa tai ei lainkaan, kuin potilaat, joiden odottamista sävytti käsitys pitkästä, yksinäisestä, turvattomasta ja raskaasta odottamisesta. Todellisuudessa heidän odotusaikansa oli ollut sama.

(Mylläri 2017, 167.) Myös Tiaisen (2015) tutkimuksessa nousi esiin odotusajat, ja tietämättömyys odotuksen kestosta ja syistä, palvelun laatua heikentävinä tekijöinä. Tiainen pitääkin hämmästyttävänä sitä, että potilaiden odotusajat ja tietämättömyys odotuksen kestosta ja syistä yhä nousevat tutkimuksissa esille, vaikka tutkimukset ovat jo vuosikymmeniä osoittaneet, että odottaminen tietämättömänä sen syystä ja kestosta heikentää palvelun laadun ja potilastyytyväisyyden kokemusta (Tiainen 2015, 142). Edellä mainittujen tutkimusten tulosten perusteella hoidon laatua myös Akuutti 24:ssä voitaisiin parantaa lisäämällä entisestään odotusajoista ja odotuksen syistä tiedottamista potilaille.

Kvistin (2004, 164) tutkimuksessa potilaat olivat arvioineet, että työyksiköiden kiire ja liian vähäinen henkilökunnan määrä olivat este hyvän hoidon laadun toteutumiselle. Potilaiden kokema hoidon laatu päivystyspoliklinikalla määräytyykin usein päivystyksen tilanteen, toisten potilaiden määrän, henkilökunnan toimintatapojen sekä sattuman perusteella (Mylläri 2017, 5, 161). Päivystyspoliklinikan potilaat toivovat ammattitaitoista hoitoa, sujuvaa toimintaa ja tiedonkulkua ja heidän tyytyväisyytensä saamaansa hoitoon riippuu heidän odotuksistaan (STM 2010, 40). Saarisen (2007, 63-64) mukaan tyytymättömiä hoidon laatuun olivat ne potilaat, joiden käynti päivystyksessä kesti yli kolme tuntia, ja myös ilta- vuorojen aikaan oli tyytymättömiä potilaita kuin aamu- ja yövuorojen aikaan. Mylläri (2017, 93) väitöskirjan tutkimuksen mukaan kielteisimpiä kokemuksia päivystyksestä toivat esiin potilaat, jotka olivat joutuneet odottamaan lääkärille pääsyä odotustiloissa pitkään, omien arvioidensa mukaan 2,5-4 tuntia. Saattaa olla, että hoitoonsa tyytymättömät antavat palautetta herkemmin kuin ne potilaat, joiden hoito on sujunut paremmin ja tämä näkyy myös Akuutti 24:n asiakaspalautteiden keskiarvoissa.

Hoidon laatua arvioitiin myös hoitohenkilökunnalle suunnatulla kyselyllä. Kyselyllä kartoitettiin hoitajien mielipidettä uudesta hoitajien työnjakomallista. Kvistin (2004) mukaan terveydenhuollossa tarvitaan moniulotteista hoidon laadun arviointia. Potilaat ovat aina hoidon keskiö mutta saadaksemme kokonaisvaltaisen kuvan hoidon laadusta on tärkeää tutkia myös laatua tekevien henkilöiden mielipiteitä siitä, ja siitä kuinka he arvioivat hoidon laadun toteutumisen (Kvist 2004, 171, 173.)

Hoitajien roolit koettiin selkeiksi ja suurin osa hoitajista koki, että pystyy totuttamaan sovitut tehtävät roolissaan. Työnmäärä roolien kesken ei vastaajien mielestä jakaantunut tasan tasaisesti. Työnmäärältään vaativimmaksi rooliksi koettiin M3 hoitajan rooli, ja työnmäärältään helpoimmaksi P2 hoitajan rooli. M3-hoitajan roolin työmäärän vaatavuutta oltiin perusteltu potilaiden runsaalla lukumäärällä ja potilaiden sijoittumisella varsin laajalle alueelle. Myös tiimivastaavien rooleja pidettiin työnmäärältään vaativina. Koettiin, että aikaa ei ollut tiimivastaavana toimimiseen, kun omia potilaita oli niin runsaasti ja työparilla (M3 tai V2)

oli myös runsaasti potilaita, joiden hoidossa toimittiin apuna. Kyselyn tulosten valmistuttua tarkasteltiin joulukuun 2017 tilastoja siitä kuinka potilaat lukumäärisesti olivat jakautuneet hoitajien kesken. Konservatiivisessa prosessissa joulukuussa eniten potilaita oli M2, M1 ja M3 hoitajilla, ja operatiivisessa prosessissa V1, V2 ja P2 hoitajilla. Valvontapaikkojen potilaiden hoitaminen koettiin helpompana ja selkeämpänä kuin sivupaikkojen potilaiden, jolloin potilaat olivat sijoittuneet laajalle alueelle.

Hoitajat kokivat, että heidän osaamisensa riittää nimettyjen potilaiden vastuuhoidajuuden toteuttamiseen. Sen sijaan osa vastaajista koki, ettei pysty hoitamaan nimettyjä potilaita kokonaisvaltaisesti. Hoidon laatua tutkittaessa sekä potilaiden että henkilöstön näkemyksen mukaan kiire ja henkilöstömäärän riittävyys heikentävän hoidon laatua (Kvist 2004, 172.) Myös Korpelan väitöskirjan (2017, 189) mukaan tutkimusnäyttö kertoo, että palvelun laadun ja sitä tuottavan henkilöstön määrän suhde on kiistaton.

Vastaajista suurin osa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että saa tarvittaessa tukea ja apua hoitotyöhön työpariltaan. Toisen auttamista kiiretilanteissa sekä yhteistyöhön käytetyn ajan hyödyntämistä niin, että asiat hoituvat joutuisammin kuin yksin tehden, voidaan pitää työparityöskentelyn selvänä etuina. Myös asioiden, vastuun kokemusten ja tunteiden jakaminen toisen ammattilaisen kanssa kuuluu toimivaan parityöskentelyyn (Laitinen 2014, 67, 88). Myöskin kommunikaation koettiin toteutuvan työparin kanssa. Toimiva vuorovaikutus ja kommunikaatio ovatkin merkittävässä asemassa, jotta työparityöskentely sujuu ja toimii hyvin (Laitinen 2014, 91).

Tiimien välisestä yhteistyöstä mielipiteet jakaantuivat tasan. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että se toteutuu ja apua annetaan tiimistä toiseen ja puolet oli sitä mieltä, että avunanto ja yhteistyö tiimistä toiseen ei toteudu. Kehittämisehdotuksena oltiinkin mainittu avun pyytäminen ja tarjoaminen sekä tiimin sisällä että tiimistä toiseen. Hjerppen (2008, 45) tutkielman mukaan aloite avunsaamiseen tulisi lähteä apua tarvitsevalta hoitajalta. Kollegiaalisuus edellyttää taitoa pyytää ja vastaanottaa apua sekä antaa apua sitä tarvitsevalle. Vastuuhoidajuuden ja tiimityön yhdistämisellä saadaan aikaiseksi kollegiaalisen tuen jatkuva läsnäolo ja molempia malleja tukeva yhdistelmä. Tässä hoitotyön yhdistelmässä hoitaminen toteutuu vastuuhoidajaperiaatteella, mutta saatavilla on tiimin ja työparin jatkuva tuki ja läsnäolo sekä kollegiaalisuus. Tietoa ja taitoa jaetaan työparin kesken ja tiimin sisällä (Koivukoski & Palomäki 2009, 87-89.)

Potilaiden hoitoa vertailtiin hoitajien vanhan ja uuden työnjakomallin välillä. Vastaajista 38 oli työskennellyt molempien työnjakomallien aikana Akuutti 24:ssä, ja he pystyivät vertailemaan potilaiden hoitoa hoitajien vanhan ja uuden työnjakomallin välillä. Vastaajat kokivat kaikkien kysytyjen osa-alueiden parantuneen potilaiden hoidossa uuden työnjakomallin

myötä. Suurin osa vastaajista oli kokenut, että uuden työnjakomallin myötä oli enemmän aikaa potilaiden ja omaisten huomioimiseen ja informoimiseen. Tämä oli havaittavissa myös asiakaspalautteissa. Uuden työnjakomallin koettiin mahdollistavan potilaiden voinnin seuraamisen ja kirjaamisen aiempaa paremmin. Kuitenkin HaiPro -ilmoitukset olivat lisääntyneet koskien potilaan tilan seurantaan. Tämä on siis ristiriidassa siihen, että hoitajat kokevat uuden työnjakomallin mahdollistavan potilaiden voinnin seuraamisen ja kirjaamisen aiempaa paremmin. Vastaajista suurin osa koki, että potilasturvallisuus oli parantunut uuden työnjakomallin myötä.

Työnjakomallin kehittämiseen yhä toimivammaksi kysyttiin ehdotuksia ja niitä tuli kolmekymmentä kappaletta. Vastauksista nousi esiin etenkin tiimivastaavien, M3 ja V2 -hoitajien työtaakan keventäminen, potilaiden sijoittelu hoitajien kesken tasaisemmin määrä ja potilaskuormittavuus huomioiden, avunanto sekä tiimin sisällä että tiimistä toiseen sekä toivottiin hoitajien kokemuksen huomioimista hoitajien sijoituksissa.

Potilasturvallisuutta arvioitiin Akuutti 24:ää koskevista HaiPro -ilmoituksista. Vertailupohja muodostettiin 6 kuukautta ennen uuden työnjakomallin käyttöönottoa tehdyistä HaiPro -ilmoituksista eli maaliskuu – elokuu 2016 ja HaiPro -ilmoituksia seurattiin 6 kuukautta työnjakomallin aloituksesta eteenpäin eli lokakuu 2016 – maaliskuu 2017. Vertailu ajanjaksoit ovat samat mitä käytettiin hoidonlaatua arvioidessa Akuutti 24:n QPro -asiakaspalautteita. Tarkoituksena oli selvittää, oliko HaiPro -ilmoituksissa tapahtunut muutosta uuden työnjakomallin muutoksen myötä, ja voidaanko niiden perusteella arvioida potilasturvallisuuden parantuneen hoitajien uuden työnjakomallin myötä. Akuuttia koskevien HaiPro -ilmoitusten määrä oli lokakuu 2016 – maaliskuu 2017 välisenä aikana noussut 27,7% vertailukauteen verrattuna. Tutkimuslupani tähän opinnäytetyöhön koski vain Akuutti 24:ää, joten en saanut tietooni oliko muutosta tapahtunut myös koko Päijät-Hämeen keskussairaalan HaiPro -ilmoitusten määrissä kyseisillä vertailu kausilla.

HaiPro -ilmoitusten prosentuaalinen määrä väheni koskien potilastiedon hallintaa (dokumentointia), lääkityksen määräysvirhettä, lääkityksen kirjaamisvirhettä ja hoitotoimenpidettä. Eniten, 14,3% vähenivät potilastiedon hallintaa (dokumentointia) koskevat ilmoitukset. HaiPro -ilmoitusten prosentuaalinen määrä lisääntyi koskien suullista tiedonkulkua ja viestintää, lääkityksen antovirhettä ja potilaan tilan seurantaan. Eniten lisääntyivät, 16,2%, ilmoitukset koskien suullista tiedonkulkua ja viestintää.

Akuutissa otettiin keväällä 2016 operatiivisessa prosessissa käyttöön sähköinen kirjaaminen ja syyskuussa 2016 sähköinen kirjaaminen laajeni koskemaan konservatiivista prosessia, tämä rajattiin tietoisesti tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Sähköisen kirjaamisen aloitus ja laajeneminen saattaa selittää sitä, että potilastiedonhallintaa eli dokumentointia

koskevat HaiPro -ilmoitukset vähenivät. Aiemmin kirjaaminen tehtiin paperiselle hoitosuunnitelma lomakkeelle, johon kirjattiin lääkemääräykset ja niiden toteutus, ja potilaan tilan seuranta koskevat kirjaukset ja hoitotoimenpiteet. Hjerppen (2008 27) mukaan yksilövastuisessa hoitotyössä huolellinen kirjaaminen kuuluu omahoitajan tehtäviin. Huolellisella kirjaamisella varmistetaan hoidon jatkuvuutta jatkohoitopaikassa tai seuraavassa työvuorossa (Hjerppe 2008, 27-28). Hoitajien uuden työnjakomallin myötä jokaisella hoitajalla on omat potilaat, joiden vastuuhoitajana, ”omahoitajana”, hän toimii työvuoronsa ajan, tämän voidaan myös katsoa parantaneen potilastiedonhallintaa, sillä kirjaaminen on osa potilasvastuuta mikä hoitajalla on omista potilaistaan. Saman voidaan tulkita vaikuttaneen lääkityksen kirjaamisvirheiden vähenemiseen. Lääkityksen määräysvirheet koskevat pääsääntöisesti lääkäreitä, joten se on tietoisesti jätetty tämän opinnäytetyön ulkopuolelle, mutta työnantajalle se oli tärkeä tieto.

Hjerppen (2008, 29) pro gradu -tutkielman mukaan omahoitajat kokivat, että vastuu kaikesta potilaan hoitoon liittyvästä on omahoitajalla, vaikka omahoitaja tukeutuisi muun tiimin apuun potilaan hoidossa. Tämä voisi selittää hoitotoimenpiteisiin liittyvien HaiPro -ilmoitusten vähenemistä. Kun hoitajilla on merkityt ”omat” potilaat, joista hän vastaa työvuoronsa ajan, niin työskentely saattaa olla vastuullisempaa, tarkempaa ja huolellisempaa. Myös Saikkosen (2004, 86) pro gradu -tutkielman mukaan vastuuhoitajamallin käyttöönoton myötä hoitotyöntekijöiden vastuunotto lisääntyi. Myös Laaksosen ja Ollilan (2017, 49) mukaan yksilövastuinen hoitotyö lisää hoitajien vastuuta potilaista merkittävästi verrattuna esimerkiksi tehtäväkeskeiseen hoitotyön työnjakomalliin.

10.3 Kehittämisen prosessin arviointi, kehitysehdotukset ja tutkimusehdotukset jatkoon

Opinnäytetyö oli pitkä prosessi ja vaativampi, työn ja muun opiskelun ohessa, kuin alun perin olin osannut kuvitella. Opinnäytetyöni myöhästyi alkuperäisestä aikataulustaan lähes vuoden. Hoitajien työnjakomallin kehittäminen kuitenkin meni koko ajan eteenpäin, ja hoitajille suunnatun kyselyn tuloksia hyödynnettiin maaliskuussa 2018 samalla kun konservatiivisen prosessin lääkäreiden työnjakomallia uudistettiin.

Sähköisiä asiakaspalautteita ja HaiPro -ilmoituksia vertailemalla ja arvioimalla sekä hoitajille suunnatulla kyselyllä hoitajien uudesta työnjakomallista löytyi kehittämiskohteita. Tärkeimmät kehittämiskohteet ja kehittämisehdotuksia niihin on nähtävissä taulukossa 3.

Asiakaspalautteiden perusteella kehitettävää olisi eniten odotusajasta ja odotusajan keston syystä tiedottamisessa potilaille. Aiempien tutkimusten perusteella odotusajasta tiedottaminen potilaille lisää hoidon laatua ja potilaiden turvallisuuden tunnetta (Saarinen 2007;

Mylläri 2017; Kettunen 2017). Hoitajien tulisikin entistä aktiivisemmin tiedottaa potilaille odotusajan keston syistä, tarkkoja jonotusaikoja päivystyksessä harvoin pystytään edes antamaan, tilanteet muuttuvat, jos esimerkiksi päivystykseen tulee kiireellisemmin hoitoa tarvitsevia potilaita. Mielestäni odotustiloihin tulisi myös harkita jonkinlaisia jonotustilanteesta kertovien digitaalisten infotaulujen asentamista. Digitaalisesta infotaulusta hyväkuntoiset auloissa istuvat ja odottavat potilaat voisivat seurata esimerkiksi keskimääräistä odotusaikaansa ja se saattaisi vähentää heidän turhautumistaan odottamisen suhteen, ja näin ollen hoidon laatu paranisi.

Henkilökunta on saanut kertoa mielipiteitään ja antaa palautetta hoitajien uudesta työnjakomallista ja sen toimivuudesta alusta alkaen. Henkilökunnan mielipiteitä ja palautteita ollaan käyty läpi viikkopalavereissa ja huomioitu työnjakomallin kehittämisessä. Palautteissa oli jo tullut esille sama, mikä hoitajille suunnatulla kyselyllä tuli selkeästi ilmi, että työn määrä hoitajien roolien kesken ei vielääkään jakaudu tasaisesti ja tähän kaivattiin muutosta. Myös hoitajien kokemuksen huomioimista hoitajien sijoituksissa toivottiin otettavan entistä paremmin huomioon. Avunannon tiimin sisällä ja tiimistä toiseen toivottiin myös lisääntyvän entisestään.

HaiPro -ilmoitusten perusteella kehitettävää olisi edelleen aiheissa, joita koskevat HaiPro -ilmoitukset olivat lisääntyneet eli suullinen tiedonkulku ja viestintä, lääkityksen antovirhe ja potilaan tilan seuranta. Hoitajat itse kokivat, että potilaan tilan seuranta mahdollistuu uuden työnjakomallin myötä paremmin kuin aiemmin. Potilaan tilan ja voinnin seurantaan ja sen kirjaamiseen on siis paremmat edellytykset kuin aiemmin, tätä pitäisikin muistutella hoitajille, ja kerrata potilaan tilan ja voinnin seurannan ja sen kirjaamisen tärkeydestä. Lääkityksen antovirheitä voisi käydä läpi osastokokouksissa, ja näin herätellä ja muistutella hoitohenkilökuntaa tarkkuuden lisäämisestä lääkehoitoa toteutettaessa. Suullinen tiedonkulku ja viestintä on haasteellista varsinkin kiireessä ja taustameluisessa tilanteessa päivystyksessä. Suullista tiedonkulkua ja viestintää koskevia HaiPro -ilmoituksia olisi hyväavata auki enemmän, jotta saataisiin tietoa mitä tilanteita nämä yleensä koskevat, raportointia jatkohoitopaikkaan vai mitä? Ja kun saataisiin enemmän tietoa, voitaisiin analysoida, että onko näissä tilanteissa joku yhteinen tekijä. Ja mikäli löytyisi selkeä tekijä tai tekijät tai olosuhde, mitkä aiheuttavat näitä kyseisiä vaaratapahtumia, niin niitä voitaisiin muuttaa ja korjata ja kehittää. Näin toimimalla saataisiin potilasturvallisuutta parannettua ja kyseessä olevien HaiPro -ilmoitusten määrä vähenemään.

TAULUKKO 3. Kehityksen kohteita ja kehitysehdotuksia uuteen hoitajien työnjakomalliin.

<p>Kehityksen kohteita hoitajien uudessa työnjakomallissa ja kehitysehdotuksia niihin</p> <p>Asiakaspalautteiden perusteella:</p> <p>Odotusajasta ja odotusajan keston syystä tiedottaminen potilaille</p> <p>Kehitysehdotuksia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odotusajasta ja odotusajan keston syystä tiedottamisesta potilaille tulisi muodostua työhön kuuluva tapa hoitajille ja tiedottamisen tulisi olla aktiivista ja systemaattista. • Hoitajien tietoisuutta odotusajan syystä tiedottamisen vaikutuksesta asiakastyytyvyyden ja hoidon laadun nousuun tulisi lisätä • Odotusauloihin jonotustilanteesta kertovia info-tauluja <hr/> <p>Henkilökunnalle suunnatun kyselyn perusteella:</p> <p>Työmäärä hoitajien kesken tasaisemmaksi</p> <p>Tiimihoitajan työnkuvan tarkistaminen</p> <p>Hoitajien kokemuksen huomioiminen hoitajien sijoituksissa</p> <p>Avunantoa tiimin sisällä ja tiimistä toiseen tulisi lisätä</p> <p>Kehitysehdotuksia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiimihoitajan työnkuvaan muutos niin, että hän keskittyy tiimin vetämiseen ja huolehtii, että potilaat jaetaan tasaisemmin hoitajille • Huomioidaan hoitajien kokemus niin, että samassa tiimissä ei ole liian montaa kokemattonta hoitajaa. Sijoitetaan sekä kokeneita että kokemattomampia hoitajia tasaisesti tiimeihin • Tiimihoitajan rooliin ei sijoiteta liian kokemattomia hoitajia • Akuutin vastaavahoitaja voisi herkemmin siirrellä hoitajia prosessista toiseen auttamaan, ja tiimihoitaja voisi delegoida apua tiimin sisällä, mikäli avuntarvetta ei siellä huomata <hr/> <p>HaiPro -ilmoitusten perusteella:</p> <p>Potilaan tilan ja voinnin seuranta ja sen kirjaaminen</p> <p>Lääkityksen antovirheet</p> <p>Kehitysehdotuksia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muistutusta ja koulutusta hoitajille potilaan tilan seurannan ja sen kirjaamisen tärkeyden merkityksestä • Lääkkeen antovirheiden läpikäymistä säännöllisesti viikkopalaverien yhteydessä syyttämättä tai syyllistämättä ketään.
--

Konservatiivisessa prosessissa aloitettiin maaliskuussa 2018 uusi työnjakomalli ja toimintatapa lääkäreille, ja samalla toteutettiin muutoksia myös hoitajien työnjakomalliin. Konst hoitaja alkoi vastaamaan tiiminvastaavalääkäriä työparina prosessin sujuvuudesta. Konst nimike muutettiin tiimihoitajaksi, ja tiimihoitajalla ei ole enää omia nimettyjä potilaita, vaan

hän toimii tiimin vastaavana hoitajana konservatiivisessa hoitoprosessissa ja huolehtii muun muassa potilaiden tasaisesta sijoittelusta tiimin muille hoitajille. Tiimihoitaja tekee uudelleen arvion potilaan hoidonaloituksen kiireellisyydestä tiimin vastaavanlääkärin kanssa ja sen mukaan sijoittelee potilaita tiimin hoitajille tasaisesti. Tiimihoitaja auttaa ja neuvoo tiimin muita hoitajia, ja toimii yhteistyössä koko Akuutin vastaavan hoitajan kanssa esimerkiksi henkilökuntaa siirrettäessä avuksi toiseen tiimiin. Konservatiivisen prosessin sivupaikkoja hoitaa tasapuolisesti ja toisiaan autellen S3 ja M3 hoitajat, ja lisäksi henkilökuntaa lisättiin niin, että aulahoitaja hoitaa aulaan istuvia ja odottelevia potilaita ja lisäksi saatiin ylimääräinen hoitaja, joka auttaa siellä prosessissa missä eniten apua tarvitaan.

Myös operatiivisessa prosessissa tehtiin lokakuussa 2018 lääkärin työnjakomalliin muutos ja samalla siellä muutettiin OperT hoitajan työnkuva saman kaltaiseksi kuin konservatiivisessa tiimissä. Samassa muutoksessa myös V2 hoitajan työmäärää tasattiin ja aulaan odottavien potilaiden hoitoa tasattiin niin, että heidän hoitonsa jaetaan kaikkien tiimin hoitajien kesken kunkin hoitajan sen hetkinen potilasmäärä huomioiden. Molempien sekä konservatiivisen että operatiivisen tiimin hoitajien kirjankoodit selkeytettiin tämän muutoksen yhteydessä. Nyt konservatiivisen prosessin hoitajien kirjainkoodit on merkattu K-kirjaimella ja operatiivisen prosessin hoitajien koodit O-kirjaimella.

Olisi mielenkiintoista, jos asiakaspalautteiden vertailu uusittaisiin vielä uudella vertailu jaksolla ja analysoitaisiin, että onko asiakastytyväisyys noussut vai laskenut, nyt kun hoitajien työnjakomallia on jälleen uudistettu ja myös lääkäreiden työnjakomallia on uudistettu. Hoidon laatua potilasnäkökulmasta olisi myös mielenkiintoista tutkia syvällisemmin kuin se nyt tässä opinnäytetyössä asiakaspalautteiden keskiarvoja vertailemalla tapahtui. Esimerkiksi asiakaspalautteiden mediaaneja tutkimalla ja vertailemalla saisi jo tarkempaa tietoa asiakaspalautteista. Mielenkiintoista olisi nähdä miten asiakaspalautteet jakaantuvat, antaako eniten palautetta palveluun tyytyväiset ja tyytymättömät asiakkaat ja potilaat, ja mitä arvosanoja asteikoilla on annettu eniten. Mielenkiintoista olisi myöskin tehdä syvällisempää tutkimusta hoidon laadusta ja tutkia sitä samassa työssä sekä potilaan näkökulmasta että hoitohenkilöstön näkökulmasta samankaltaisin kysymyksin. Näitä ehdottaisinkin jatkoon tutkimusaiheiksi.

LÄHTEET

ACEP American College of Emergency Physicians 2015. Definition of Emergency Service. [viitattu 18.9.2018]. Saatavissa: <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-an-emergency-service/#sm.0001pw30v8fy0fkarls2j1af4kyuu>

Aalto, P., Pitkänen, A. 2013. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja. [viitattu 26.1.2017]. Saatavissa: www.tays.fi/download/noname/%7BF9E59D58-5FA3-44B4.../33829

Akuutti 24. 2016a. Akuutti 24. [viitattu 17.11.2016]. Saatavissa: <http://www.akuutti24.fi/>

Akuutti 24. 2016b. Akuutti 24. Henkilökunnan koulutusmateriaalia.

Awanic. 2016a. Tuotteet ja palvelut [viitattu 6.3.2018]. Saatavissa: <http://awanic.com/tuotteet-ja-palvelut/>

Awanic. 2016b. HaiPro, Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä [viitattu 7.2.2017]. Saatavissa: <http://awanic.com/haipro/>

Awanic. 2016c. Ilmoittajan ohje. [viitattu 8.11.2018]. Saatavissa: http://www.haipro.fi/ohjeet/pt-ilmoittajan_ohje_07032015.pdf

Awanic 2016d. Käsittelijän ohje. [viitattu 8.11.2018]. Saatavissa: http://www.haipro.fi/ohjeet/pt-kasittelijan_ohje_30092015.pdf

Blomgren, S., Erhola, M., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N. & Reissell, E. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. Raportti 30/2012. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopenan, P., Westergård, A. 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.

Dougherty, C. M. 2005. Customer service in the Emergency Department. Topics in Emergency Medicine, 27(4), 265-272.

Ganley, L. & Gloster, AS. 2011. An Overview of Triage in the Emergency Department. Nursing Standard 26 (12), 49-56.

Hegyvary, S.1987. Yksilövastuinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hirshon, J. M., Risko, N., Calvello, E. J., Stewart de Ramirez, S., Narayan, M., Theodosis, C., & O'Neill, J for the Acute Care Research Collaborative at the University of Maryland Global Health Initiative. 2013. Health Systems and Services: The Role of Acute Care. Bulletin of the World Health Organization 91 (5), 386–388.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Hunold K., Pereira G., Jones C., Isaacs C., Braz V., Gadi S. & Platts-Mills T. (2016) Priorities of care among older adults in the emergency department: a cross-sectional study. Academic Emergency Medicine 23(3), 362-365.

Härkänen, M. 2014. Medication-related Adverse Outcomes and Contributing Factors among Hospital Patients. An Analysis Using Hospital's Incident Reports, The Global Trigger Tool Method, and Observations with Record Reviews. Akateeminen väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

IFEM 2016. About us. [viitattu 19.9.2018]. Saatavissa: <https://www.ifem.cc/about-us/>

Kettunen, M. 2017. Päivystyspotilaiden kokemuksia Lean hoitopolusta. Pro Gradu -tutkielma. Hoitotieteiden laitos. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Kiiski Kataja, E. Megatrendit 2016 –Tulevaisuus tapahtuu nyt. Helsinki: Sitra. [Viitattu 30.10.2018]. Saatavissa: https://media.sitra.fi/2017/02/23211717/Megatrendit_2016.pdf

Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. Liiketalouden laitos. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Kiura, E., Malmström, T., Malmström, R., Mäkelä, M. & Torkki, P. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen lääkärilehti 9, 699-703a

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Helsinki: Lääkelaitos.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön Tiimikirja. Helsinki, Sairaanhoidajaliitto.

- Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveystieteiden laatuopas. Kuntaliiton verkkosivusto. [viitattu 13.2.2017]. Saatavissa: <http://hoidonvaikuttavuus.fi.wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Korpela, T. 2017. Palvelun merkityksellistäminen sensemaking-näkökulman valossa, Tutkimus sairaalan hoitoprosessista. Akateeminen väitöskirja. Johtamiskorkeakoulu. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.
- Källberg, A-S., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J. & Göransson, K. 2017. Physicians' and Nurses' Perceptions of Patient Safety Risks in the Emergency Department. International Emergency Nursing. 33,14-19.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lahden ammattikorkeakoulu. 2016. Yamk-opinnäytetyöprosessin käsikirja.
- Laitinen, S. 2014. Yksilöllinen tuki ja ohjaus aikuislukiossa: erityisopettajan ja opinto-ohjaajan työparityöskentely. Pro gradu -tutkielma. Kasvatustieteiden laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Lankinen, I. 2013. Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.
- Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Leino-Kilpi, H. 2014. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 8-9. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 361-375.
- Lohikoski, H. 2000. Yksilövastuisten hoitotyön tunnuspiirteiden toteuttaminen hoitotyön opiskelijoiden harjoittelussa. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Lång, T. 2013. Sairaanhoitajien käsityksiä yhteispäivystyksessä tarvittavasta ammatillisesta osaamisesta. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Lääkäriliitto. 2016. Terveydenhuollon laadun kokonaisvaltainen mittaaminen osana sote -uudistusta – Lääkäriliiton suuntaviivat. [viitattu 3.10. 2018]. Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/linjauksia/terveydenhuollon-laadun-kokonaisvaltainen-mittaaminen-osana-sote-uudistusta-laakariliiton-suuntaviivat/>

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mylläri, E. 2017. Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana. Akateeminen väitöskirja. Lääke- ja biotieteiden tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nummelin, M & Nygren P. 2012. YHES-projekti. Yhteispäivystyksen hoitotyön erityisosaminen –projekti. Loppuraportti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja. Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Nyman, A. 2006. Yksilövastuuden hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Orre, P. 2016. Operatiivisen tulosalueen ylihoitaja. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä, keskussairaalan tulosryhmä. Haastattelu 22.9.2016.

Paakkonen, H. 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts' Perceptions Using Delphi Technique. Väitöskirja. Hoitotieteiden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Pai, Y.P. & Chary, S.T. 2016. Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual framework. International Journal of Health Care Quality Assurance 3, 29, 300–323.

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 20/2006, 2459-2470.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2015. Anna palautetta. [viitattu 6.3.2017]. saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/asiakkaalle/palaute/>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2016. Yhtymä. [viitattu 17.11.2016]. Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/fi/yhtyma/>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2017. Strategia 2022. [viitattu 19.11.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/tietoja-yhtymasta/strategia/>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2018. Päijät-Hämeen julkisen Sote-tuottajan suunnitelma. [viitattu 19.11.2018]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/assets/files/2018/09/Julki-sen-tuottajan-suunnitelma.pdf>

Päivä, M. 2018. Re: QPro tilastoja [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Pulkkinen, T. Lähetetty 26.10.2018.

Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Saikkonen, P. 2004. Vastuuhoitajamallin kehitysvaihe hoitotyössä vuodeosastojen osastonhoitajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön: opas opiskelijalle, opettajalle ja TKI-henkilölle. Turun ammattikorkeakoulun, puheenvuoroja 72. [viitattu 17.11.2016] Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Seinä, S. & Helander, J. 2007. Tiimeistä työpareiksi: toiselta oppiminen ja ammatillinen kehittyminen. Hämeenlinna: HAMK

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolaki-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2010. Yhtenäiset päivystyshoitotyön perusteet. Työryhmän raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [viitattu 10.1.2017] Saatavissa: <https://stm.fi/documents/1271139/1365218/Sosiaali-+ja+terveysministeri%C3%B6n+asetus+kiireellisen+hoidon+perusteista+ja+p%C3%A4ivystyksen+erikoisalakohtaisista+edellytyksist%C3%A4.pdf/3b00f921-0e30-4636-bb06-907e923a4221>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Stakes, työpapereita 28/2006. Helsinki: Stakes.

TENK 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017. Laatu ja potilasturvallisuus, mitä on potilasturvallisuus?. [viitattu 7.2.2017] Saatavissa: www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus

Tiainen, M. 2015. Uudelleen organisoitujen palvelujen laatu asiakkaan arvioimana. Seurantatutkimus terveydenhuollon hajautettujen päivystyspalveluiden keskittämisestä. Akateeminen väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Tiili, A. 2014. Työparityö lastensuojelun sosiaalityössä, tuen ja ammatillisen asiantuntijuuden keskustelut. Pro gradu –tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto

Tilastokeskus. 2018. Käsitteet. [viitattu 23.1.2018]. Saatavissa: www.stat.fi/meta/kas/tiimityo.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2015 Tutki ja Kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö – Askel eteenpäin. Jyväskylä: Kirjayhtymä.

WHO (2008): Emergency medical services systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. [viitattu 20.9.2018]. Saatavissa: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/114564/E92039.pdf

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

LIITTEET

Liite 1: Konservatiivisen prosessin tiimityö- ja vastuuhoitajamalli

Liite 2: Operatiivisen prosessin tiimityö- ja vastuuhoitajamalli

Liite 3: HaiPro -ilmoituslomakkeen näkymä ilmoituksen tekijälle

Liite 4: Akuutti 24: sähköinen palvelupalautelomake

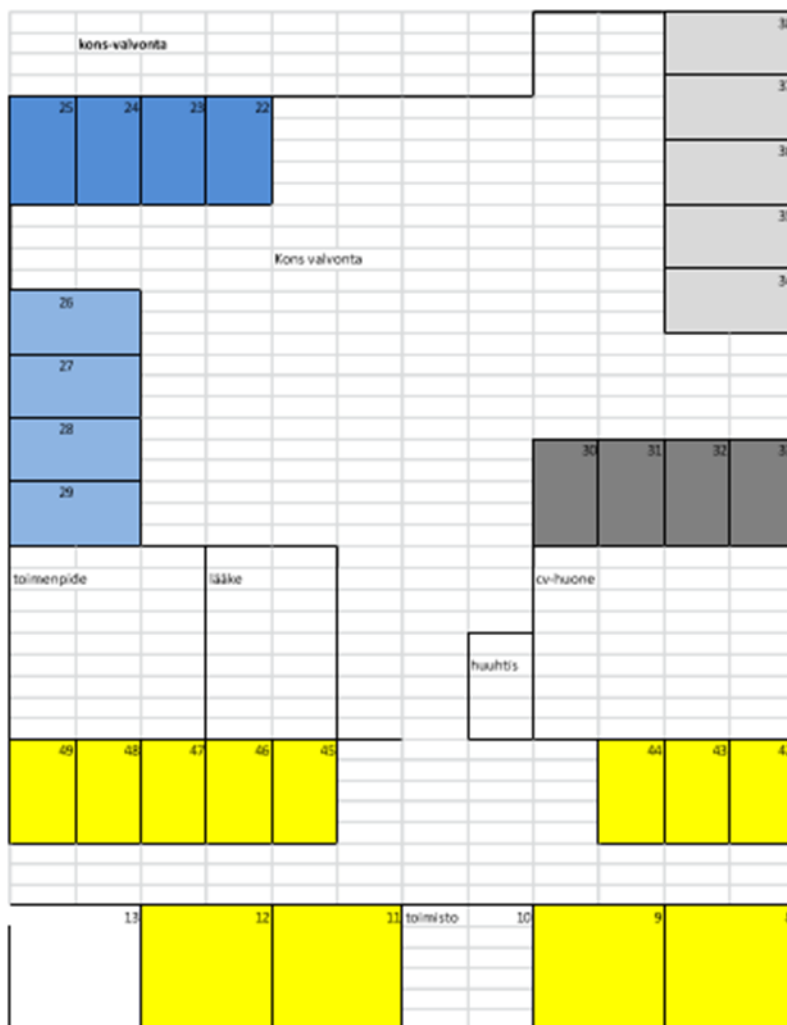
Liite 5. Saatekirje hoitohenkilökunnalle

Liite 6. Hoitohenkilöstölle suunnattu Webropol -kysely

LIITE 1.

Konservatiivisen prosessin tiimityö- ja vastuuhoidajamalli

Kons tiimityö- ja vastuuhoidajamalli



	Ksininen1 = potilaat 26-29
	Ksininen2 = potilaat 22-25
	Kmusta1 = potilaat 30-33
	Kmusta2 = potilaat 34-38
	Kmusta3 ja kons tiimivastaavavastaava

LIITE 3.

Akuutti 24:n sähköinen palvelupalautelomake

* = pakollinen tieto

[← Palaa](#) **Palvelupalautte - Päivystys (Akuutti24)**

* Yksikkö, jota palautteeni koskeePäivystys (Akuutti24) ▼

Palveluun pääsy
1 = Täysin eri mieltä, 3 = En osaa sanoa, 5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	Ei koske minua
Minua kohdeltiin hyvin Akuutti24 neuvontapuhelimesta	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Ymmärsin Akuutti24 neuvontapuhelimesta saamani ohjeet	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>

Kohtelu
1 = Täysin eri mieltä, 3 = En osaa sanoa, 5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	Ei koske minua
Lääkärit kohtelivat minua hyvin ja ystävällisesti	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Lääkärit kuulivat minua	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Lääkäreiltä saamani tieto tutkimuksesta tai hoidosta oli ymmärrettävää	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Hoitohenkilöstö kohteli minua hyvin ja ystävällisesti	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Hoitohenkilöstö kuuli minua	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Hoitohenkilöstöltä saamani tieto tutkimuksesta/hoidosta/palvelusta oli ymmärrettävää	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Muu henkilöstö kohteli minua hyvin ja ystävällisesti	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Hoitooni/palveluani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>

Läheisilläni oli mahdollisuus keskustella henkilöstön kanssa riittävästi ☹ ☹ ☹ ☹ ☹

Palvelukokemus
1 = Täysin eri mieltä, 3 = En osaa sanoa, 5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	Ei koske minua
Saamani hoito/palvelu oli hyvää	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Koin palvelusta olevan minulle hyötyä	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Minulle kerrottiin kuinka kauan joudun odottamaan	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Minulle kerrottiin odotusajan keston syy	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Sain tarvittaessa apua niin nopeasti kuin tarvitsin	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Keskustelin henkilökunnan kanssa käytössä olevista lääkkeistäni	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Hoitohenkilöstö kertoi minulle lääkkeiden mahdollisista haitoista	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Sain kirjallisen potilasohjeen uudesta lääkityksestäni	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Yksityisyyttäni kunnioitettiin	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Luottamuksellisuus toteutui	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Koin henkilökunnan ammattitaitoiseksi	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Koin oloni turvalliseksi tutkimuksen/hoidon/palvelun aikana	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Tilat olivat siistit ja toimivat	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>

Jatkosuunnitelma
1 = Täysin eri mieltä, 3 = En osaa sanoa, 5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	Ei koske minua
Sain ymmärrettävät jatkohoito-ohjeet	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Tiedän miten minun tulee seurata vointiani kotona	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Tiedän miten hoitoni jatkuu	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>
Minulta kysyttiin lopuksi "voimmeko vielä olla jotenkin avuksi?"	☹	☹	☹	☹	☹	<input type="radio"/>

LIITE 4.

HaiPro -ilmoituslomakkeen näkymä ilmoituksen tekijälle

HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus Sisäiset sivut

Ilmoituksen pvm: 24.2.2015

pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Osasto/yksikkö	Ilmoittajan yksikkö (*) Valitse Hae
	Yksikkö, jossa tapahtui (*) Valitse Hae
Ilmoittajan ammattiryhmä	Valitse ⓘ
Tapahtuma	<p>Tapahtuma-aika(*) Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> :00 <input type="checkbox"/> Ei tiedossa</p> <p>Tapahtuman luonne (*) <input type="radio"/> läheltä piti ⓘ <input type="radio"/> tapahtui potilaalle ⓘ <input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus <input type="checkbox"/> Täytetään myös tietoturvailmoitus ⓘ <input type="checkbox"/> Täytetään myös toimintaympäristöilmoitus ⓘ</p>
Tapahtuman tyyppi	Valitse
Tapahtuman kuvaus (*)	<p>Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. Tarkista että kuvauksesta tulevat esiin mahdollisuuksien mukaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitä oltiin tekemässä - Mitä ja miten tapahtui - Miten tilanne hoidettiin - Mitä seurasi potilaalle - Mitä seurasi henkilöstölle ja yksikölle. <div style="border: 1px solid #ccc; height: 80px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Kuvaa lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 60px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 40px;"></div>
Sähköpostiosoite	<p>Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse.</p> <p>Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu.</p> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 200px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>

[Tulosta ilmoitus](#)

Saatekirje hoitohenkilökunnalle

Saatekirje

Hyvä Akuutti 24:n hoitotyöntekijä.

Akuutti 24:ssä otettiin syyskuussa 2016 käyttöön hoitajille uusi työnjakomalli. Työnjakomallin muutokselle koettiin olevan selkeä tarve. Osana työnjakomallin jatkuvaa kehittämistä halutaan tällä kyselyllä kerätä Akuutin hoitotyöntekijöiltä kokemuksia uuden työnjakomallin toimivuudesta ja sujuvuudesta. Työnjakomallin arvioinnissa on keskeistä pyrkiä saamaan tietoa siitä, miten hoitajien uusi työnjakomalli vaikuttaa sekä hoidon laatuun, potilasturvallisuuteen että toiminnan sujuvuuteen. Tämän kyselyn lisäksi tietoa kerätään HaiPro-ilmoituksista ja asiakkaiden jättämistä asiakaspalautteista.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Saadut vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja tulokset raportoidaan siten, ettei yksittäisen vastaajan henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Kerättyä tietoa käytetään ainoastaan tähän kehittämistyöhön. Suostumaksesi kehittämistyöhön annat vastaamalla tähän kyselyyn.

Tämä kysely on osa kehittämishanketta mikä kuuluu opinnäytetyöhöni Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämissä ja johtamisessa (YAMK) koulutusohjelmassa. Kyselyn tulokset julkaistaan valmiissa opinnäytetyössäni.

Kyselyyn vastaamaan on vaivatonta ja vastaamaan pääset oheisesta linkistä, vastausaikaa on kolme viikkoa, 27.11.2017 saakka.

Kiitos kun vastaat kyselyyn ja olet mukana kehittämässä Akuutti 24:n hoitajien työnjakomallia yhä toimivammaksi. Mikäli sinulla on kysyttävää tästä kyselystä tai opinnäytetyöstäni niin vastaan mielelläni, voit ottaa yhteyttä sähköpostitse taru-tuulia.pulkkinen@phsotey.fi

Ystävällisin terveisin

Taru Pulkkinen

Hoitohenkilöstölle suunnattu Webropol -kysely



Akuutti 24:n hoitajien työnjakomallin arvioiminen

Akuutti 24:ssä otettiin syyskuussa 2016 käyttöön hoitajille uusi työnjakomalli konservatiivisella- ja operatiivisella -hoitolinjalla. Työnjakomallissa jokaiselle hoitajalle on merkitty työvuoron ajaksi oma tehtävä, oma rooli. Roolien mukaisesti on jaettu jokaiselle hoitajalle omat potilaat, joiden vastuuhoidajana hoitaja kyseisessä työvuorossa toimii. Tässä kyselyssä on tavoitteena kartoittaa hoitajien kokemuksia nykyisen työnjakomallin toimivuudesta ja sujuvuudesta **konservatiivisella- ja operatiivisella -hoitolinjalla**.

Kyselyssä on esitetty väittämiä, valitse vastausvaihtoehdoista se mikä eniten kuvaa omaa mielipidettäsi. Kohta 6. kysymykset ovat tarkoitettu hoitajille, jotka ovat työskennelleet Akuutissa edellisen työnjakomallin aikaan eli ennen syyskuuta 2016 ja kohta 7. kysymykset hoitajille, jotka ovat aloittaneet työskentelyn Akuutissa nykyisen hoitajien työnjakomallin aikana eli syyskuun 2016 jälkeen. Muutoin kaikki vastaavat kaikkiin kysymyksiin.

Vastaaminen kyselyyn on anonymiä ja luottamuksellista.

Jokainen vastaus on tärkeä.

Kiitos vastaamisesta!

1. Hoitajien roolit ja työnjaon selkeys *

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin sama mieltä	Täysin sama mieltä
Hoitajien roolit ovat mielestäni selkeät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pystyn toteuttamaan sovitut tehtävät roolissani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työn määrä roolien kesken jakautuu mielestäni tasaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Jos koet, että työmäärä roolien kesken ei mielestäsi jakaudu tasaisesti, niin vastaa seuraavaan kysymykseen. Muutoin voit siirtyä kysymykseen 3.

Minkä roolin koet työmäärältään vaativimmaksi?

Minkä roolin koet työmäärältään kevyimmäksi?

3. Vastuuhoitajuus *

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen osaamiseni riittävän minulle nimettyjen potilaiden vastuuhoitajuuden toteuttamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen että pystyn hoitamaan minulle nimettyjä potilaita kokonaisvaltaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Työpari työskentely *

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Saan tarvittaessa tukea ja apua hoitotyöhön työpariltäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielestäni kommunikaatio työparin kanssa toteutuu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Tiimityöskentely *

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Saan tarvittaessa tukea ja apua hoitotyöhön tiimini jäseniltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moniammatillinen tiimityö toimii mielestäni hoitoprosesseissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tiimien välinen yhteistyö sujuu mielestäni ja apua hoitotyöhön annetaan tiimistä toiseen

6. Potilaiden hoito

Vastaa kohdan 6. kysymyksiin vain, mikäli työskentelit Akuutti 24:ssä jo hoitajien edellisen työnjakomallin aikana (ennen syyskuuta 2016).

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen että nykyisen työnjakomallin myötä minulla on enemmän aikaa potilaiden huomioimiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen että nykyisen työnjakomallin myötä minulla on enemmän aikaa potilaiden informoimiseen esimerkiksi hoidon kulun ja jatkohoidon suhteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen että nykyisen työnjakomallin myötä minulla on enemmän aikaa omaisten huomioimiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen että nykyinen työnjakomalli mahdollistaa potilaiden voinnin seuraamisen ja sen kirjaamisen aiempaa paremmin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen että päällekkäin tehtävä työ (tehdään sama asia moneen kertaan tai useampi hoitaja tekee samaa asiaa yhtä aikaa) on vähentynyt nykyisen työnjakomallin myötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen että potilasturvallisuus on parantunut nykyisen työnjakomallin myötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Potilaiden hoito

Vastaa seuraaviin kysymyksiin, mikäli olet työskennellyt Akuutti 24:ssä vain hoitajien nykyisen työnjakomallin aikana (olet aloittanut työskentelyn Akuutissa syyskuun 2016 jälkeen).

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen että työnjakomalli tukee ja mahdollistaa potilaiden huomioimisen ja minulla on aikaa siihen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen että työnjakomalli tukee ja mahdollistaa potilaiden informoimisen esimerkiksi hoidon kulun ja jatkohoidon suhteen ja minulla on riittävästi aikaa siihen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Koen että työnjakomalli tukee ja mahdollistaa omaisten huomioimisen ja minulla on riittävästi aikaa siihen
- Koen että työnjakomalli tukee ja mahdollistaa potilaiden riittävän voinnin seuraimisen ja sen kirjaamisen ja minulla on riittävästi aikaa siihen
- Koen että työnjakomalli ehkäisee päällekkäisen työn tekoa (tehdään sama asia moneen kertaan tai useampi hoitaja tekee samaa asiaa yhtä aikaa)
- Koen että työnjakomalli edistää potilasturvallisuutta

8. Hoitajien työnjakomallin kehittäminen yhä toimivammaksi

Minkälaisia kehittämissuhteita sinulla on hoitajien työnjakomallin kehittämiseen yhä toimivammaksi?

9. Koulutukseni *

- Sairaanhoidaja
- Lähihoitaja / Perushoitaja / Lääkintävahtimestari

10. Työskentelyaikani Akuutti 24:ssä *

- Alle 1 vuosi
- 1-2 vuotta
- 3-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- Yli 10 vuotta