

”EA TUKOSSA! MONTA TULOSSA.”

Vastuuhoitajien huomioita työvuoroista
päivystys- ja infektio-osastolla

Tuulia Haapaharju
Henna Hämäläinen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) HAAPAHARJU, Tuulia HÄMÄLÄINEN, Henna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 12.04.2011
	Sivumäärä 53	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi "EA TUKOSSA! MONTA TULOSSA." Vastuuhoitajien huomioita työvuoroista päivystys- ja infektio-osastolla		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PERTTUNEN, Jaana TYRVÄINEN, Hannele		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri/ Päivystyksen toimialue		
Tiivistelmä <p>Päivystystoiminnassa on tehty suuria muutoksia lähivuosina. Myös päivystys- ja infektio-osasto osana nopean vasteen toimintamallia on verraten uusi toiminnanohjauksen keino Keski-Suomen keskussairaalassa. Edellytyksiä laadun seurannalle ovat riittävät ja ajantasaiset tiedot toiminnasta. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystysalue. Työn aineistona käytettiin Keski-Suomen keskussairaalan päivystys- ja infektio-osaston vastuuhoitajien täyttämiä vuorokausiseurantalomakkeita kolmen kuukauden ajalta. Tutkimusote oli laadullinen ja tutkimusmenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata päivystys- ja infektio-osaston vastuuhoitajien huomioita työvuoroista. Vuorokausiseurantalomakkeen huomioita ei ollut aiemmin systemaattisesti analysoitu. Tavoitteena oli mahdollistaa esille nousevien asioiden huomioiminen prosessien ja hoitotyön sujuvuuden kehittämiseksi sekä tarjota tulosten perusteella lisätietoa vastuuhoitajien perehdytystä varten. Tutkimuksen tehtävinä oli kuvata vastuuhoitajien huomioita hoitajien työn määrästä ja sisällöstä, potilaiden hoitoon liittyvien prosessien sujuvuudesta sekä turvallisuuden takaamisesta osastolla.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että osastolla hoidettavat potilaat koettiin raskashoitaisiksi ja työtahti vaihtelevaksi. Tutkimuksia ja toimenpiteitä koettiin olleen osastolla paljon. Hoitajat tekivät myös paljon potilaskuljetuksia. Prosessien sujuvuutta heikensivät ongelmat tiedonkulussa sekä yhteistyössä ja potilasvirran liikkuvuudessa. Rauhattomien potilaiden hoito osastolla vaati potilaiden fyysistä rajoittamista ja vartijapalveluiden käyttöä. Tuloksia voidaan hyödyntää päivystys- ja infektio-osastolla työkuormitusta tarkasteltaessa. Opinnäytetyötä voidaan käyttää hyväksi osin henkilökunnan mitoituksen arvioinnissa, prosessien sujuvuuden tarkastelussa sekä vastuuhoitajien perehdytyksessä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) päivystysosasto, päivystysaikainen hoito, työkuormitus, kvalitatiivinen tutkimus		
Muut tiedot		



Author(s) HAAPAHARJU, Tuulia HÄMÄLÄINEN, Henna	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 12042011
	Pages 53	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title "ER BLOCKED UP! SEVERAL COMING." Notices of responsible nurses about shifts in the observation and infection ward		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) PERTTUNEN, Jaana TYRVÄINEN, Hannele		
Assigned by Central Finland Health Care District/ Emergency Area		
Abstract <p>Massive changes have taken place in the emergency duties in Finland during the past decade. Also Central Finland Central Hospital's emergency area established an observation and infection ward as a part of the fast reaction standard of care in 2007. The standards for quality assurance include, for example, adequate and real time information about operations. The assigner of the Bachelor's Thesis was the Emergency Area of Central Finland Health Care District. The material consisted of the follow-up forms filled by the observation and infection ward's responsible nurses during three months in 2010. The study was qualitative and the research method used was content analysis.</p> <p>The purpose of the Bachelor's Thesis was to describe the points made by the responsible nurses about shifts. The follow-up forms had not previously been systematically analyzed. The aim was to enable taking the nurses' observations into account so as to develop the expediency of nursing and patient care and the processes related to them. The aim was also to provide new information for the orientation of new responsible nurses in the ward. The research tasks were to describe responsible nurses' observations on the quantity and content of nurses' work, the expediency of nursing procedures and the observation of safety issues.</p> <p>The results showed that the patients' treatment in the ward was seen as heavy work and the working pace was considered hectic at times. The number of operations and procedures was considered high. Also the transportation of patients was often the nurses' responsibility. The expediency of processes was diminished by problems in communication and cooperation and in the swiftness of patient flows. The treatment of disorderly patients required the use of guard services and physical restraining of patients. The results may be utilized in the target unit while examining the workload. The ward can also benefit from the results while estimating staff needs, the expediency of processes and improving the orientation of new responsible nurses.</p>		
Keywords observation ward, after-hours care, workload, qualitative research		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
	2.1 Työkuormitus.....	4
	2.2 Työkuormitus hoitotyössä	7
	2.3 Potilasturvallisuus	10
	2.4 Tarkkailuosasto osana potilaan hoitoketjua	12
3	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	15
	3.1 Nopean vasteen toimintajärjestelmä NOVA	15
	3.2 Päivystys- ja infektio-osasto	17
	3.3 Vastuuhoitajuus päivystys- ja infektio-osastolla	19
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	21
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	22
	5.1 Aineiston kokoaminen	22
	5.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston analyysi	22
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	25
	6.1 Vastuuhoitajien huomiot hoitajien työn määrästä ja sisällöstä	25
	6.2 Vastuuhoitajien huomiot hoitoon liittyvien prosessien sujumisesta	30
	6.3 Vastuuhoitajien huomiot turvallisuuden takaamisesta osastolla.....	34
7	POHDINTA	36
	7.1 Tulosten tarkastelu.....	36
	7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	44
	7.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset.....	46
	LÄHTEET	47
	LIITTEET	51
	Liite 1. Vuorokausiseurantalomake	51
	Liite 2. Pelkistetyt ilmaukset	52
	Liite 3. Esimerkki aineiston analyysistä	53

KUVIOT

KUVIO 1. Päivystyspoliklinikan läpimenoaikoihin oletetusti vaikuttavat tekijät	13
KUVIO 2. Päivystyspotilaan keskeisimmät yhteistyötahot	16
KUVIO 3. Aineistolähtöisen analyysin päätehtävät	24
KUVIO 4. Hoitajien työn määrä ja sisältö	25
KUVIO 5. Hoitoon liittyvien prosessien sujuminen	30
KUVIO 6. Turvallisuuden takaaminen osastolla	34

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Työn kuormitustekijöitä	5
TAULUKKO 2. Terveiden kannalta myönteinen ja kielteinen lyhyt- sekä pitkäkestoinen kuormittuneisuus	6
TAULUKKO 3. Vastuuhoitajan työtehtävät päivystys- ja infekti-osastolla	20

1 JOHDANTO

Päivystystoiminnassa on tehty suuria muutoksia 2000-luvulla. Päivystyksen rakenne on muuttunut ja päivystystoimintaa keskitetty monin paikoin yhä suurempiin yksiköihin. On kehitetty yhteispäivystysmalleja, ja potilasohjausta on pyritty tarkastelemaan alueellisesti. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 3.) Riittävät ja ajantasaiset tiedot toiminnan sisällöstä ja määrästä ovat edellytyksiä laadun seurannalle ja mittaamiselle. Keskeisiä käsitteitä ovat esimerkiksi potilasturvallisuus ja prosessin laatu. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 35–40.)

Myös Keski-Suomessa on viime vuosina tehty muutoksia päivystysalueella. Keski-Suomen keskussairaalaan valmistui vuonna 2007 päivystys- ja infektio-osasto osaksi NOVA- eli nopean vasteen toimintamallia (NOVA Tavoitteet 2006). Päivystys- ja infektio-osasto on siis verraten uusi toiminnanohjauksen keino Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Päivystys- ja infektio-osastolla hoidetaan kaikkien erikoisalojen päivystyspotilaiden lisäksi erilaisten tartuntatautiin vuoksi eristyshoitoa tarvitsevia potilaita (NOVA 2003, 5; Manninen & Viinikainen 2010). Potilasvirrat ovat suuria ja hoitokausot lyhyitä: vuonna 2010 osastojaksoja oli 9269 keskimääräisen hoitoajan ollessa 1½ vuorokautta (Päivystyksen benchmarking 2011, 53, 65).

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystyksen toimialue. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päivystys- ja infektio-osaston vastuuhoidajien huomioita työvuoroista. Aineistona käytetään päivystys- ja infektio-osastolla täytettyjä vuorokausiseurantalomakkeita (ks. liite 1.) vuodelta 2010. Kyseistä vuorokausiseurantalomaketta ei ole aikaisemmin systemaattisesti tutkittu, eikä sitä näin ollen ole voitu parhaalla mahdollisella tavalla hyödyntää. Tavoitteena on mahdollistaa esille nousevien asioiden huomioiminen prosessien ja hoitotyön sujumuuden kehittämiseksi. Tiedon valossa osasto voi tarkastella esimerkiksi miehityksen tai avustavan henkilökunnan riittävyyttä ja työkuormitusta. Tavoitteena on tarjota tulosten perusteella myös lisätietoa vastuuhoidajien perehdytystä varten.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Työkuormitus

Työhyvinvointia voidaan tarkastella viidestä portaasta muodostuvan mallin mukaan. Mallissa työhyvinvoinnin edellytyksinä ovat psykofyysisisten perustarpeiden, turvallisuuden, liittymisen, arvostuksen sekä itsensä toteuttamisen tarpeiden täyttyminen. (Rauramo 2008, 34.) Ensimmäisen portaan, mallin perustan, muodostaa psykofyysisien perustarpeiden täyttyminen. Näiden perustarpeiden tyydyttymisen edellytyksenä on työ, joka on sopivan haastava ja mahdollistaa mielekkään vapaa-ajan vieton, sekä yksilön terveelliset elämäntavat. Työntekijälle sopiva työkuormitus edistää hyvinvointia ja työkykyä. (Rauramo 2008, 37.)

Työkuormituksella tarkoitetaan ihmisen fyysisten ja psyykkisten toimintojen ja ominaisuuksien käyttöä työssä ja työprosessissa. Sekä liiallinen, että liian vähäinen työkuormitus ovat haitallisia terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. (Lindström, Elo, Hopsu, Kandolin, Ketola, Lehtelä, Leppänen, Mukala, Rasa & Sallinen 2005, 5.) Ihanteena onkin, että työ on suorituskyvyn kannalta sopiva ja tarjoaa tekijälleen tunteen työn hallinnasta. Jotta tähän päästäisiin, tulee työn olla sekä määrällisesti, että laadullisesti sopivan kuormittavaa. (Waris 2001, 19.)

Työkuormituksen muodostavat kuormitustekijät, jotka voivat liittyä työhön itsessään, työprosesseihin, työn organisointiin, työyhteisön ja organisaation toimintatapoihin tai työympäristöön. Kuormitustekijät voivat olla psyykkisiä, fyysisiä, sosiaalisia, työturvallisuuteen liittyviä ja työaikoihin liittyviä. Kaikilla työhön liittyvillä tekijöillä on ihmiseen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen vaikutus. (Lindström ym. 2005, 4–5.) Kuormitustekijöitä on esitelty taulukossa 1. Kuormitustekijän voimakkuus, kesto ja kohdistuminen vaikuttavat siihen, miten kuormittavana se koetaan (Lindström ym. 2005, 6). Myös ihmisen yksilölliset ominaisuudet, kuten perimä, kasvuolosuhteet, elämäntilanne ja elämäntilanteen hallinta vaikuttavat valmiuksiin selviytyä työn paineista (Waris 2001, 14).

TAULUKKO 1. Työn kuormitustekijöitä (Lindström ym. 2005, 26–55.)

FYYSISIÄ	<ul style="list-style-type: none"> • sopimattomat työpisteen mitoitus ja säädöt • työvälineiden epäsopivuus • koneiden ja laitteiden heikko käyttömukavuus • työn fyysinen raskaus ja rajoittavuus • runsaasti nostoja vaativa työ • toistotyö • hankalat työasennot • epäsopivat lämpöolosuhteet
TYÖTURVALLISUUTEEN LIITTYIÄ	<ul style="list-style-type: none"> • suoja- ja turvalaitteiden puute • kulkuteiden ja lattioiden vaarallisuus • altistuminen vaarallisille aineille • haitallinen melu ja täriinä • riittämätön valaistus • henkilösuojaimien puute • väkivallan uhka
PSYKKISIÄ	<ul style="list-style-type: none"> • epäselvät työn tavoitteet ja toimintatavat • liiallinen työmäärä ja työtahti • vähäiset vaikutusmahdollisuudet työmäärään ja -tahtiin • vähäiset kehittymismahdollisuudet työssä • häiriötekijät ja työn jatkuva keskeytyminen • oman päätösvallan ja osaamisen kanssa ristiriidassa oleva vastuu • työstä saadun palautteen ja arvostuksen puute
SOSIAALISIA	<ul style="list-style-type: none"> • yksin työskentely • vuorovaikutuksen ja yhteistyön puuttuminen • tiedonpuute ja heikko tiedonkulku • työn epäjohdonmukaisuus ja huono organisointi ja johtaminen • epätasa-arvo ja syrjintä • epäasiallinen kohtelu tai häirintä • kielteisiä tunteita herättävät asiakastilanteet eikä mahdollisuutta niiden rakentavaan käsittelyyn
TYÖAIKOHIN LIITTYVIÄ	<ul style="list-style-type: none"> • ylitöiden korvauksettomuus • liiallinen viikkotuntimäärä • usein viikonlopputyötä • työpäivän muodostuminen useista jaksoista • peräkkäisten työvuorojen välinen liian lyhyt palautumisaika • useita peräkkäisiä yövuoroja • yövuoron jälkeisen vapaajakson lyhyys • liikaa aikaisia aamuvuoroja • yhden päivän vapaat • tavallista pidemmät työvuorot • liian pitkät työpäivät

Kuormitus muodostuu siis monista työhön ja työympäristöön liittyvistä kuormitustekijöistä. Kuormituksen seurauksena ihminen kokee kuormittumista, joka ilmenee joko myönteisenä tai kielteisenä kuormittuneisuutena. (Waris 2001,

15.) Lyhytkestoinen kuormittuneisuus on työpäivän aikana kertynyttä työn aiheuttamaa kuormittuneisuutta; pitkäaikaisesta kuormittuneisuudesta taas puhutaan, kun kuormittumisprosessi ei lakkaa työpäivän jälkeen (Waris 2001, 26.) Kokonaiskuormituksen muodostavat työ ja vapaa-aika yhdessä, ja riittävä palautuminen työstä on tärkeää (Rauramo 2008, 37–38). Lyhyt- ja pitkäkestoinen myönteisen ja kielteisen kuormittuneisuuden vaikutuksia on esitelty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Terveiden kannalta myönteinen ja kielteinen lyhyt- sekä pitkäkestoinen kuormittuneisuus (Waris 2001, 28.)

	MYÖNTEINEN	KIELTEINEN
LYHYTKESTOINEN	<ul style="list-style-type: none"> • työn sujuminen • aikaansaamisen tunne • tunne, että voi käyttää kykyjään ja taitojaan • työn hallinnan tunne • halu tehdä työtä (motivaatio) • viihtymisen tunne • energisyyden tunne • hyvä työilmapiiri • toimivat vuorovaikutussuhteet • tunne, että saa tukea tarvittaessa 	<ul style="list-style-type: none"> • toimintahalun ja kyvyn tilapäinen aleneminen • tunne, että omat kyvyt ja taidot eivät tule kunnolla käytetyiksi • tunne, ettei ”homma ole hanskassa” • viihtymättömyyden tunne • psykofyysinen väsymisen tunne • huono työpaikkailmiö • kyllästyneisyyden tunne • yksitoikkoisuuden tunne • yksinäisyyden tunne • turhautuneisuus • ärtyneisyys
PITKÄKESTOINEN	<ul style="list-style-type: none"> • tunne, että kehittyty työssään ja ihmisenä • uusien taitojen ja tietojen oppiminen • itsearvostuksen parantaminen • halu kehittää työyhteisöä • elämänpiirin laajentuminen • terveyden ja työkyvyn pysyminen yllä tai parantuminen 	<ul style="list-style-type: none"> • loppuun palaminen • kykyjen köyhtyminen • ammatillisen itsetunnon puute • uupumisasteinen väsymys • kynnisyys • elämänpiirin kapeutuminen • päihdeongelmat • mielenterveysongelmat • fyysiset ja psykosomaattiset sairaudet • työkyvyn pettäminen

2.2 Työkuormitus hoitotyössä

Terveydenhoito- ja sosiaalipalveluiden haasteet terveyden ja hyvinvoinnin kannalta liittyvät toisaalta työn henkiseen kuormittavuuteen, mutta myös monien tehtävien fyysiseen raskauteen (Laine 2010, 228–229). Nuikka (2002) selvitti tutkimuksessaan hoitajien kuormittumista hoitotilanteissa ja kuvasi sairaanhoitajien kokemuksia kuormittavista hoitotilanteista. Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kuormittuvat eniten sellaisissa hoitotilanteissa, joissa potilaan auttaminen edellyttää fyysistä ponnistelua ja kehonhallintaa, käden tai toja sekä teknologisia valmiuksia, ja joihin liittyy samanaikaisesti kiire, potilaan voimien muuttuminen ja surukokemus. (Nuikka 2002, 102.)

Nuikan (2004) mukaan perushoitotilanteet, kuten peseytymisessä ja erittämissä avustaminen, ovat fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavia. Fyysistä kuormitusta aiheuttavat lisäksi potilaiden nostaminen ja kannattelu sekä muut epäergonomiset työskentelyasennot. Psyykkisesti kuormittavia ovat vastuun tunteminen potilaista, voimien odottamattomat muutokset ja kanssakäymiseen liittyvät ärtymys ja tyytymättömyys. (Nuikka 2004, 108.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa riskejä tulisi pyrkiä hallitsemaan kokonaisvaltaisesti sekä tunnistaa työssä esiintyvät vaarat. Myös tiedonkulun hallinta ja yhteistyön toimivuuden varmistaminen muuttuvissa ja kehittyvissä organisaatioissa ovat ensiarvoisen tärkeitä. Muutos- ja kuormitustilanteissa myös työyhteisön sisällä on tärkeää pystyä tunnistamaan ja hyödyntämään voimavaroja. (Laine 2010, 228–229.) Esimiehen onkin tärkeää keskustella yhdessä työyhteisön kanssa toiminnassa tapahtuvista muutoksista ja hoitotyössä havaituista epäkohdista sekä toiminnan kehittämisestä. Avoin ja työntekijöitä arvostava keskustelu ja ilmapiiri luovat luottamusta siihen, että työyhteisön kehittäminen on kaikkien yhteinen asia. (Nuikka 2004, 108.)

Valtakunnallisessa Työterveyslaitoksen Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005 -kyselytutkimuksessa selvitettiin sosiaali- ja terveysalan työoloja sekä alalla työskentelevän henkilöstön hyvinvointia ja terveyttä. Tutkimus on uusintatutkimus vuosina 1992 ja 1999 tehdyistä tutkimuksista. Tutkimuksen tuloksissa käsitellään työhön ja työoloihin, osaamiseen ja kehittymiseen, työn

ja muun elämän yhteensovittamiseen sekä terveyteen ja työkykyyn liittyviä asioita. Työhön ja työoloihin liittyen on tarkasteltu yhtenä osa-alueena työkuormitusta. (Laine, Wickström, Pentti, Elovainio, Kaarlela–Tuomaala, Lindström, Raitoharju & Suomala 2006, 3–9.)

Työn kuormittavuutta Laineen ja muiden (2006) tutkimuksessa kartoitettiin kysymyksillä työn luonteesta ja sisällöstä sekä työmäärästä. Tulosten mukaan työn kuormittavuus sosiaali- ja terveysalalla näyttää lisääntyneen. Asiakkaiden ja potilaiden moniongelmaisuus ja siihen usein liittyvät mielenterveyshäiriöt, päihteiden ongelmakäyttö, sosiaaliset ongelmat ja somaattiset sairaudet koettiin rasittaviksi lähes koko sosiaali- ja terveysalalla. (Laine ym. 2006, 96–97.) Sairaalahoidossa toimivat kokivat työssään rasittavimmiksi tekijöiksi potilaiden moniongelmaisuuden lisäksi vastuun tuntemisen potilaista, työn ruumiillisen raskauden sekä ajan kulumisen toisarvoisiin tehtäviin (Laine ym. 2006, 95).

Sosiaali- ja terveysalalla myös infektioiden vaara ja yötyön tekemisen yleisyys ovat riskitekijöitä terveydelle ja hyvinvoinnille. Työympäristöissä esiintyy biologisia, kemiallisia ja fysikaalisia kuormitustekijöitä. (Laine 2010, 230–231). Työ ja terveys -haastattelututkimuksen 2009 mukaan työympäristön ja sisäilman ongelmista eniten haittaavia olivat sosiaali- ja terveysalalla kuiva ja tunkkainen ilma, veto sekä melu (Kauppinen & Reijula 2010, 11).

Laine ja muut (2006, 96–98) raportoivat sosiaali- ja terveysalalla joka kymmenennen kokeneen asiakkaiden ja potilaiden väkivaltaisuuden usein huolestuttavana. Väkivallan uhka onkin keskeinen haaste terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa (Laine 2010, 231). Työ ja terveys -haastattelututkimuksen 2009 mukaan lähes joka neljäs terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevä on joutunut kokemaan fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa työssään (Salminen 2010, 14). Aikenin, Clarken, Sloanen, Sochalskin, Bussen, Clarken, Giovannettin, Huntin, Raffertyn ja Shamianin (2001) tutkimuksessa selvitettiin yhteensä 711 hoitajan näkemyksiä henkilöstömitoituksesta, organisaatioista ja hoidon tuloksista viidessä eri maassa. Tutkimuksessa enemmistö yhdysvaltalaisista ja kanadalaisista hoitajista ilmoitti joutuneensa solvausten kohteeksi

säännöllisesti viimeisen vuoden aikana (Aiken ym. 2001, 50). Tämä antaa viitteitä myös henkisen väkivallan esiintymisestä hoitotyössä.

Viime vuosikymmeninä erikoissairaanhoidon palvelujen kysyntä on tarjontaa suurempaa, minkä seurauksena kunta-alan palveluksessa olevien työkuormitus on kasvanut. Terveyskeskussairaaloissa työkiirettä raportoitiin olleen selkeästi eniten, mutta myös sairaaloissa sen koettiin lisääntyneen tasaisesti. (Laine ym. 2006, 98.) Tutkimuksessa 61 % sairaanhoitajista ilmoitti kokevansa usein kiirettä työssään; harvoin kiirettä koki 11 % (Laine ym. 2006, 28). Kiire, useat vaikeahoitoiset potilaat, paljon apua tarvitsevat potilaat ja työmäärä, josta hoitaja ei koe suoriutuvansa itseään tyydyttävällä tavalla, vaikuttavat kuormittumiseen (Nuikka 2004, 108).

Laineen ja muiden tutkimukseen osallistuneista puolet ilmoitti miettivänsä usein eettisesti oikeita tapoja toimia eri tilanteissa, ja hieman harvempi koki kohtaavansa eettisiä ongelmia työssään. Lähes joka kymmenes koki vajallisten resurssien estävän eettisesti oikeaksi katsomansa toiminnan. Myönteisiä, ilon ja mielihyvän, tunteita koettiin usein asiakas- ja potilastyössä; kielteisistä tunteista yleisimpiä olivat riittämättömyyden ja turhautuneisuuden tunteet. Riittämättömyyden tunteita työssään koki 40 % sairaalahoidossa toimivista (Laine ym. 2006, 95). Kielteisten tunteiden syiden tunnistaminen ja pyrkimys niiden poistamiseen ovat tärkeitä, sillä kielteiset tunteet ovat kuormittavia ja heikentävät työssä jaksamista. (Laine ym. 2006, 99.)

Laineen ja muiden (2006, 95) mukaan 27 % sairaalahoidossa työskentelevistä lopettaisi työnsä, mikäli toimeentulo olisi siitä riippumatonta. Aikenin ja muiden (2001) tutkimuksessa havaittiin suuren osan hoitajista olevan tyytymättömiä työhönsä, ja ainakin Yhdysvalloissa tyytymättömyys työhön oli yleisempää sairaanhoitajien, kuin muiden ammattiryhmien keskuudessa. Kaikissa tutkimuksen viidessä maassa hoitajat kärsivät huomattavasta työhön liittyvästä kuormituksesta. Hoitajien työtyytyväisyys ja työuupumuksen asteet ovat erityisen merkityksellisiä tämänhetkisen hoitajapulan vuoksi. Osassa maista jopa yli kolmasosa tutkituista hoitajista suunnitteli luopuvansa työstään seuraavan vuoden aikana – lisäksi tutkimus osoitti, että alle 30-vuotiaat sairaanhoitajat suunnittelivat jättävänsä työnsä todennäköisemmin, kuin kaikkien ikäryhmien

hoitajat keskimäärin. Tämän uskotaan ennustavan suuria ongelmia sairaaloille tulevina vuosina, ellei kuvatunkaltaista trendiä saada käännettyä. (Aiken ym. 2001, 45–47.)

2.3 Potilasturvallisuus

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee potilasturvallisuuden (patient safety) olevan peruseriaate terveydenhuollossa. Potilasturvallisuuden varmistamisessa on olennaista tarkastella koko järjestelmää ja siihen liittyviä toimenpiteitä, ympäristöturvallisuuden ja riskien hallintaa, infektioiden hallintaa, lääkkeiden turvallista käyttöä, välineistön turvallisuutta, turvallista kliinistä työskentelyä ja turvallista hoitoympäristöä. (Patient safety 2011.) Myös terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määritelmän mukaan potilasturvallisuus ja sen edistäminen on keskeinen osa hoidon laatua ja sosiaali- ja terveystuollon yksiköiden laadunhallintaa. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, oikein toteutettua ja oikea-aikaista. (Potilasturvallisuus 2011.) Potilasturvallisuuteen sisältyvät hoidon turvallisuus, lääkitysturvallisuus ja laiteturvallisuus (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 20).

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian vuosiksi 2009–2013 päämääränä on turvallinen ja vaikuttava hoito (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13). Strategian mukaan potilasturvallisuuteen kuuluvat terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joilla pyritään varmistamaan hoidon turvallisuus ja suojaamaan potilasta vahingoilta. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 12.) Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että potilasta tuetaan osallistumaan hoitoonsa ja että hän saa riittävästi tietoa sekä tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 15–20).

Potilasturvallisuutta edistäviä seikkoja ovat syyllistämätön, rakentava ja myönteinen toimintakulttuuri, tilanteiden ennakointi, johdon sitoutuminen potilasturvallisuuden edistämiseen, omasta ja muiden toiminnasta oppiminen, ammattirajat rikkova yhteistyö ja yhteisesti sovittujen toimintatapojen noudattaminen

sekä potilaiden ja omaisten aktiivinen mukana olo hoidossa. Potilasturvallisuus tulisi ottaa kattavasti mukaan terveydenhoitohenkilöstön koulutukseen. (Potilasturvallisuus 2009.)

Suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa vuosille 2009–2013 turvallista ja vaikuttavaa hoitoa lähestytään neljästä eri näkökulmasta. Näkökulmia ovat turvallisuuskulttuuri, johtaminen, vastuu ja säädökset. Näkökulmiin sisältyvät potilaiden informointi ja hoitoon mukaan ottamalla voimaannuttaminen, ennakoointi ja laadunhallinta rakenteisiin, prosesseihin ja tiedonkulkuun liittyen sekä käytäntöjen perustuminen tutkimukseen ja kokemukseen. Raportointikanavien ja tietovarantojen toimivuus ja hyödyntäminen sekä palautteen antaminen ja virheistä oppiminen ovat myös osa vaikuttavaa ja turvallista hoitoa. Potilasturvallisuusresurssit ja osaaminen varmistetaan koulutuksen ja työnjaon toimivuuden sekä toimivien ja turvallisten tilojen ja laitteiden avulla. Pehdytys ja koulutus ovat edellytyksiä vaikuttavan ja turvallisen hoidon toteutumiselle. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13.)

Turvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan yksilöiden ja yhteisön tapaa toimia siten, että potilaalle varmistetaan aina turvallinen hoito. Siihen sisältyvät potilaiden turvallista hoitoa ohjaavat systemaattiset toimintatavat ja niitä tukevat arvot, asenteet ja johtaminen sekä myös riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toiminnot ja toiminnan kehittäminen. Olennaisia asioita turvallisuuskulttuurissa ovat avoin ilmapiiri, ammattiryhmien välinen systemaattinen toimintatapa sekä toiminnan kehittäminen, joka sisältää esimerkiksi haittatapahtumien käsittelyn ja niistä oppimisen. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13–14.)

Organisaation johdon tulee ottaa näkyvä vastuu potilasturvallisuudesta ja sen edellytyksistä yksikössä. Sen tulee korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassaan ja varmistaa, että työolosuhteet mahdollistavat hoidon turvallisen toteutumisen. Johdon tulee varmistaa, että organisaation henkilökuntaa on riittävästi ja työntekijöiden ammattitaito on riittävää työn toteuttamiseen. Potilasturvallisuus tulee ottaa huomioon kaikissa päätöksissä. Johdon ja työntekijöiden vastuut potilasturvallisuudesta ja hoidon laadusta on määriteltävä toimintayksikössä. Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla; kuitenkin jokainen työntekijä kussakin ammattiryhmässä on osaltaan

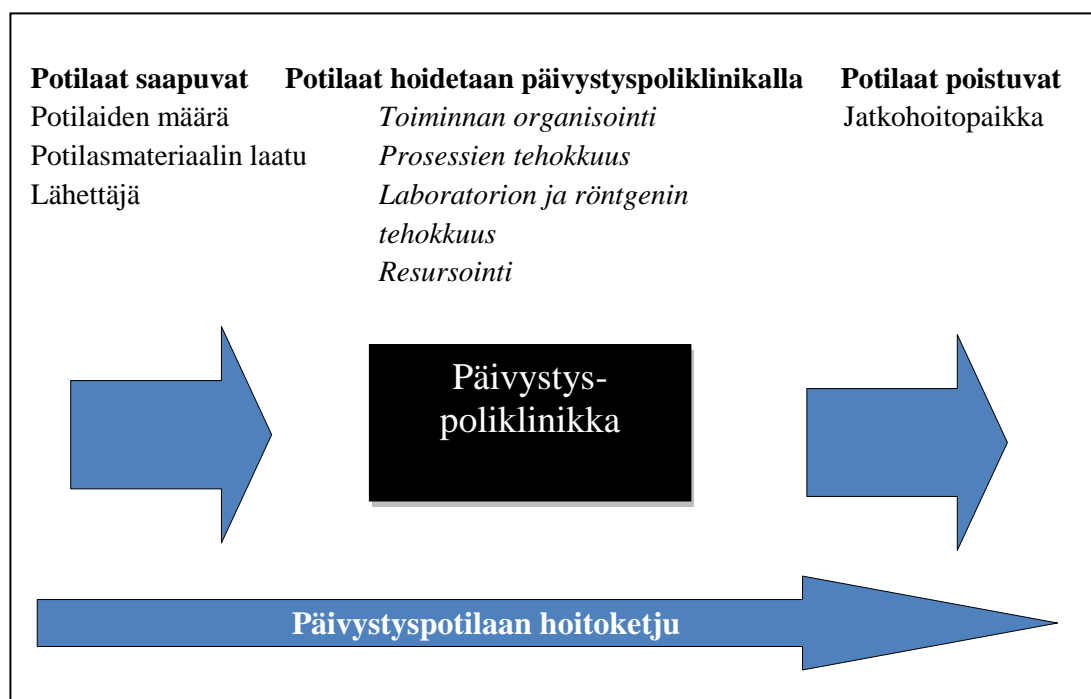
vastuussa turvallisen hoidon mahdollistumisesta sitoutumalla potilasturvallisuuden edistämiseen omaa työtään ja osaamistaan arvioimalla ja turvallisemmaksi kehittämällä. Johdolla on vastuu turvallisuusriskien arvioinnista ja hallinnasta sekä haittatapahtumien käsittelystä ja niiden hyödyntämisestä potilasturvallisuuden kehittämisessä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 14–15.)

Terveydenhuollon lainsäädännön mukaan toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytänteisiin perustuvaa ja ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 15). Toukokuussa 2011 voimaan astuvan uuden terveydenhuoltolain yhtenä tarkoituksena on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lain mukaan terveydenhuollon toimintayksikön on myös laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. (L 30.12.2010/1326.) Muita potilasturvallisuutta ja poikkeamia käsitteleviä lakeja ovat muun muassa Suomen perustuslaki 731/1999, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Potilasvahinkolaki 585/1986, Henkilötietolaki 523/1999, Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999, Kielilaki 423/2003 ja Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007 (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 22).

2.4 Tarkkailuosasto osana potilaan hoitoketjua

Päivystyspoliklinikoilla hoidetaan yhä enemmän potilaita, ja odotusajat koe-taan pitkiksi. Päivystyksissä hoidettavien terveyskeskuspotilaiden määrä on kasvanut, ja vuodeosastot ovat ylikuormittuneet; lisäksi potilaiden siirtäminen jo ennestään ruuhkautuneisiin jatkohoitopaikkoihin on vaikeutunut. Tämä aiheuttaa tyytymättömyyttä niin potilaissa, kuin henkilökunnassakin, ja sairaaloiden on haettava uusia ratkaisuja ongelman selvittämiseksi. (Gröhn, Hussi, Kärri & Naukkarinen 2006, 2133–2134.) Pitkänen (2010) on kuvannut päivystyspoliklinikan hoitoprosessien läpimenoaikoihin vaikuttavia tekijöitä, jotka liittyvät päivystyspoliklinikalle saapumiseen, poliklinikalla tapahtuvaan hoitoon

sekä päivystyspoliklinikalta poistumiseen. Nämä tekijät ovat esitelty esimerkinomaisesti kuviossa 1. (Pitkänen 2010, 25)



KUVIO 1. Päivystyspoliklinikan läpimenoaikoihin oletetusti vaikuttavat tekijät (Pitkänen 2010, 26).

Pitkänen (2010, 25) toteaa osan tekijöistä olevan sellaisia, joihin päivystyspoliklinikka voi organisaationa vaikuttaa. Näitä ovat kuviossa 1. kursivoidut kohdat. Gröhnin ja muiden (2006) mukaan Lenox (1997) toteaa tarkkailuosaston perustamisen olevan yksi vaihtoehto sairaalan ylikuormituksen purkuun; sillä pyritään ohjaamaan potilasvirtoja tarkoituksenmukaisemmin. Tarkkailuosaston perustamisella pyritään lyhentämään potilaiden kokonaishoitoaikoja, mikä vaikuttaa sairaalan suorituskykyyn parantaen kustannustehokkuutta ja laatua. (Gröhn ym. 2006, 2133–2135.)

Gröhnin ja muiden (2006) mukaan Haraden ja Resar (2004) esittävät, että sairaalan potilasvirtoja pystytään ennakoimaan ja hallitsemaan satunnaisesta vaihtelusta ja potilaiden eri diagnooseista huolimatta. Sairaalan tulisi olla varautunut tällaiseen niin sanottuun luonnolliseen potilasvirtojen vaihteluun. Keinotekoisella vaihtelulla taas tarkoitetaan sellaista henkilöstöstä ja toimenpiteistä johtuvaa vaihtelua, jotka voivat lisätä potilasvirran vaihtelua, mutta jotka

olisivat suunnittelulla estettävissä (esimerkiksi huonosti suunnitellut leikkaus-aikataulut). Sujuvampi potilasvirta edellyttääkin koko hoitojärjestelmän tarkistamista. Sujuvemmän potilasvirran myötä odotusajat ja kustannukset pienenevät, turvallisuus lisääntyy sekä läpimenoajat ja lopulliset hoitotulokset paranevat. (Gröhn ym. 2006, 2134.)

Brillman, Mathers-Dunbar, Craff, Joseph, Leikin, Schultz, Severance ja Werne (1995, 824) esittävät hyvin toimivan tarkkailuosaston parantavan hoidon laatua muun muassa tarjoamalla lisäaikaa päivystyshoidolle ja sen vaikutusten seurannalle sekä vähentävän potilaiden ottamista vuodeosastoille. Myös Cooken, Higgingsin ja Kiddin (2003, 141) mukaan tarkkailuosastojen käyttö on turvallista, lyhentää joidenkin potilasryhmien kokonaishoitoaikoja, pienentää päivystyksen henkilökunnan työkuormaa, parantaa potilastyytyväisyyttä ja voi nopeuttaa hoitopäätösten tekoa sekä saattaa estää epätarkoituksenmukaisia kotiutuksia.

Toisaalta Chang, Chen, Chang ja Kuo (2004, 110) havaitsivat tutkimuksessaan, että vaikka potilaat olivat tarkkailuosastolla jatkuvassa seurannassa, saattoi kriittinen tila jäädä tunnistamatta tai diagnosoimatta, mistä seurasi kuolemia, oikeudenkäyntejä ja katumusta. Brillman ja muut (1995) toteavatkin tarkkailuosaston olevan pahimmassa tapauksessa paikka, johon potilaat sijoitetaan odottamaan päätöksiä tai saamaan hoitoa siksi, ettei muutakaan hoitopaikkaa ole. Hoidon jatkuvuus voi olla uhattuna jatkuvan lääkäreiden vaihtumisen vuoksi. Tarkkailuosasto voi olla rauhaton hoitopaikka, jossa yksityisyyden turvaaminen ei onnistu. (Brillman ym. 1995, 824.)

Nordic Health Groupin (2011) raportissa vertailtiin kahdeksaa Suomen päivystysosastoa. Kyseisillä osastoilla hoidetaan pääosin erikoissairaanhoidon potilaita, jotka tarvitsevat lyhytaikaista hoitoa. Potilaiden tilanne voi myös olla epäselvä ja vaatia jatkoselvittelyä; tällaisia potilaita otetaan osastoille myös odottamaan hoitopäätöksiä seuraavaan aamuun. Osassa osastoista hoidetaan myös ei-päivystyksellisiä potilaita, esimerkiksi yhdessä toimii tehovalvonta. Osastoja käytetään myös niin sanottuina puskuriosastoina, kun potilaan siirtyminen tarkoituksenmukaiseen jatkohoitopaikkaan on estynyt. Potilaat menevät osastolle myös odottamaan vuodeosastolle tai leikkaukseen pääsyä.

Potilaspaikkoja päivystyspotilaille näillä päivystysosastoilla on 12–30,8. Hoidon tavoiteajat päivystysosastoilla ovat yhdestä kolmeen vuorokautta, ja vuonna 2010 päivystyspoliklinikoiden potilaista 8–29 % ohjautui päivystysosastoille. (Päivystyksen benchmarking 2011, 52–59.)

Vaikka tarkkailuosaston tavoitteena on kokonaisläpimenoajan eli hoitoajan ja ohjattavuuden parantaminen, voi huonosti suunniteltu tarkkailuosasto kuitenkin päinvastoin vähentää potilasvirran liikkuvuutta. Tarkkailuosaston toiminta tuleekin määritellä selkeästi, jotta sen edut olisivat suuremmat kuin haitat. (Gröhn ym. 2006, 2135.) Cooken ja muiden (2003) mukaan edellytykset päivystysosaston menestykselle toiminnalle ovat osaava henkilöstö ja mahdollisuus säännöllisesti konsultoida kokeneita lääkäreitä, tarkoituksenmukainen sijainti ja hyvä kuvantamis- ja laboratorion palveluiden saatavuus sekä jatkohoitopaikkoihin pääsy ja osaston läpi kulkevan potilasvirran ylläpito. Tarkkailuosaston tehtävä, osastolle oton edellytykset ja hoidon kriteerit tulee olla selkeästi määritelty. Johtamisen tulee olla selkeää ja toimintatapojen säädelyjä ja tarkasti seurattuja. (Cooke ym. 2003, 141.)

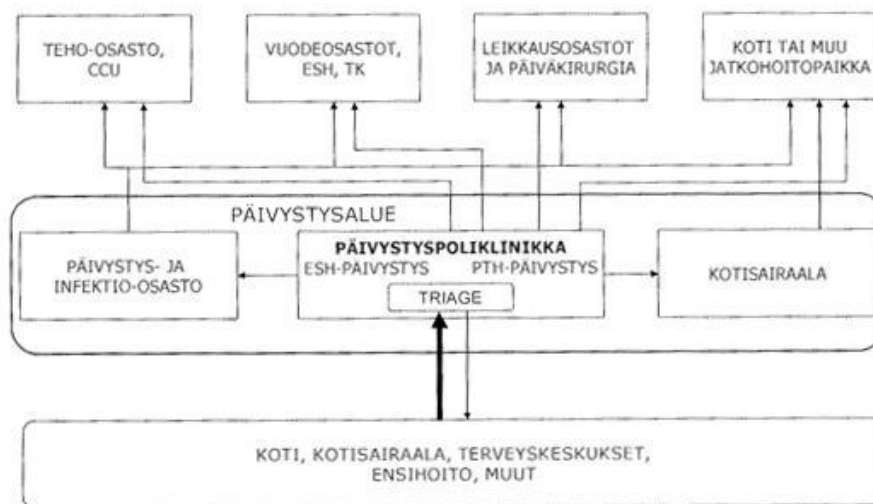
3 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

3.1 Nopean vasteen toimintajärjestelmä NOVA

Nova on nopean vasteen toimintajärjestelmä päivystystyöhön. Se on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hanke, joka on saanut rahoitusta Sosiaali- ja terveysministeriöltä sekä Tekesiltä. (Nopean vasteen toimintamalli 2010.) Nopean vasteen toimintajärjestelmä on kehitelty noin 200 000 asukkaan väestön päivystyspalveluiden tarpeita silmällä pitäen. Nova koostuu useammasta moduulista, joita ovat yhteispäivystys poliklinikalla, päivystys- ja infektio-osasto, kotisairaala sekä keskitetty puhelinseuranta. (NOVA 2003, 5.)

Novan tarkoituksena on nopeuttaa päivystyspotilaan hoitoprosessia. Tavoitteena on, että aikaisempaa suurempi osa potilaista siirtyy suoraan kotiin, avo-

hoitoon tai terveyskeskukseen vuodeosastolle sairaalan vuodeosastojen sijaan. (Nopean vasteen toimintatapa päivystystyössä 2006.) Novan tärkeimmät toimintaperiaatteet ovat 1) määrittää nopealla vasteella potilaan diagnoosi, 2) aloittaa välittömästi kiireellinen hoito sekä 3) määrittää jatkohoidon tarve ja jatkohoitopaikka (NOVA 2003, 5).



KUVIO 2. Päivystyspotilaan keskeisimmät yhteistyötahot (Nova 2003, 16.)

Tavoitteena on, että 80 % päivystyspoliklinikalle saapuneista potilaista viipyy siellä alle 2 tuntia. Potilaiden siirtämistä erikoissairaanhoidon vuodeosastoille diagnoosin tekoa varten pyritään välttämään mahdollisuuksien mukaan. (NOVA 2003, 5.) Potilas tutkitaan päivystyspoliklinikalla, ja jos tilanne vaatii tarkempaa diagnostiikka tai seuranta, on päivystys- ja infektio-osasto käytettävissä. Potilas saa tarvitsemansa tutkimukset, mahdollisen diagnoosin ja akuuttihoiton päivystysalueella, jonka jälkeen hän siirtyy tarpeen mukaan kotiin tai jatkohoitoon. Näin luodaan mahdollisuudet nopeisiin ja toimiviin päivystyspalveluihin, mikä luo myös potilastyytyväisyyttä. Nopean vasteen toimintajärjestelmä luo hyvät edellytykset päivystysten keskittämiseen vastaten myös vanhusväestön kasvavaan palvelutarpeeseen. (Teittinen 2010; Nova tavoitteet 2006.)

3.2 Päivystys- ja infektio-osasto

Päivystys- ja infektio-osasto on yksi keskeisistä Novan yksiköistä. Sen tilat valmistuivat 2007. Osasto on diagnostinen ja konsultoiva yksikkö, joka toimii erikoissairaanhoidon tai muuhun jatkohoitoon ohjaavana asiantuntijana (Nova tavoitteet 2006.) Päivystyspotilaiden hoitoaika osastolla pyritään pitämään korkeintaan kahdessa vuorokaudessa. Täten ne potilaat, joiden arvioitu erikoissairaanhoidon tarve on korkeintaan kaksi vuorokautta, tai jotka vaativat erityistä tarkkailua, ohjautuvat päivystysosastolle. Eristystä tarvitsevien infektiopotilaiden hoito voi olla pidempikestoista. (NOVA 2003, 5; Manninen & Viinikainen 2010.)

Potilaat ohjautuvat osastolle erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikalta. Päivystys- ja infektio- osastolla on 41 sairaansijaa ja se hoitaa kaikkien erikoisalojen potilaita, paitsi lapsipotilaita. Tästä poikkeuksena ovat ne lapset, joilla on jokin eristystä vaativa infektiosairaus, tyypillisesti vesirokko. Suurimmat erikoisalat osastolla ovat kirurgia, sisätaudit, neurologia, keuhkosairaudet, korva-nenä-kurkkutaudit ja gynekologia. (Manninen & Viinikainen 2010.) Myös osa päivystysleikkausta vaativista potilaista ohjataan päivystyspoliklinikalta päivystys- ja infektio-osastolle, jossa potilaat valmistellaan leikkaustoimenpiteisiin (NOVA 2003, 12).

Osastolla kiertävät aamuisin kirurgian, sisätautien, neurologisten ja keuhkosairauksien erikoislääkärit. Potilasaineistosta riippuen on mahdollisuus saada osastolle myös gynekologi, korva-nenä-kurkkutautien erikoislääkäri tai jonkin muun erikoisalan lääkäri. Päivystysaikana otetaan yhteys päivystäviin lääkäreihin, joten potilas tulee hoidettua päivästä tai ajasta riippumatta. Osastolla on mahdollisuus myös hyödyntää esimerkiksi sosiaalityöntekijän sekä psykiatrisen päivystystiimin palveluita. (Viinikainen 2011.)

Osastolla on yhdeksän infektiohuonetta, joissa voidaan hoitaa eristyspotilaita. Osaston tilat mahdollistavat kaikki erilaiset eristystavat. Infektiohuoneet sisältävät omat kylpytilat, ja osassa huoneista ovat niin sanottuja alipainehuoneita, esimerkiksi tuberkuloosipotilaiden hoitoa varten. Päivystys- ja infektio-osastolla hoidetaan myös epideemiset taudit, kuten SARS ja lintuinfluenssa.

Kaikilla potilaspaikoilla on mahdollisuus valvontamonitorien käyttöön. (Manninen & Viinikainen 2010.) Muut osaston potilashuoneet on tarkoitettu seurantaan vaativille päivystyspotilaille. Huoneista yksi on P7-huone, jonka kolmea potilaspaikkaa käytetään erityistä seurantaan vaativille potilaille. P7-huoneessa potilaita valvoo jatkuvasti yksi sairaanhoitaja. (Viinikainen 2011.)

Osastolla toimii 50 sairaanhoitajaa. Lisäksi henkilöstöön kuuluu osastonhoitaja, kuusi osastosihteeriä sekä sairaalahuoltajia. Potilaan lääkärinä toimii aina tietyn erikoisalalan lääkäri ja tarvittaessa käytössä on toisten erikoisalojen konsultaatioapua. Päivystysalueella toimii vartija, ja tarvittaessa osastolle on mahdollista saada tilausvartiointia. Vartiointia joudutaan hyödyntämään sekavien ja aggressiivisten potilaiden hoidon yhteydessä turvallisuuden takaamiseksi. (Manninen & Viinikainen 2010.)

Hoitajille jaetaan potilaat ennen vuoron alkua. Jokainen hoitaja on vuoronsa aikana vastuussa omista potilaistaan, ja toteuttaa hoitoa itsenäisesti. Hoitaja osallistuu mahdollisuuksien mukaan lääkärin kanssa kierrolle ja aloittaa tai lopettaa lääkärin määräysten mukaan lääkityksiä tai muita toimenpiteitä sekä tilaa laboratoriotutkimuksia. Päivystysaikana hoitajan tehtävänä on ottaa yhteyttä päivystävään erikoisalalan lääkäriin, jos potilaan tila huononee. (Viinikainen 2011.)

Päivystys- ja infektio- osasto toimii ympäri vuorokauden. Aamu- ja iltavuoroissa hoitajavahvuus on 9, ja yövuoroissa 6. Potilaiden vaihtuvuus on suurta, potilaita otetaan hoitoon, kotiutetaan ja siirretään jatkohoitoon kaikkina viikonpäivinä ympäri vuorokauden. Työ on monipuolista ja haastavaa, joten hoitajat perehdytetään työhönsä perehdytysohjelman avulla. (Manninen & Viinikainen 2010.) Huomattava osa potilaista siirtyy yksiköstä kotiin, avohoitoon, kotisairaalaan tai terveyskeskuksen vuodeosastolle (NOVA 2003, 5).

3.3 Vastuuhoitajuus päivystys- ja infektio-osastolla

Päivystys- ja infektio-osaston viralliseen organisaatioon kuuluu vastuuhoitaja. Hoitajavahvuudesta yksi sairaanhoitaja toimii vuoron vastuuhoitajana, joka nimetään vuoroon edellisen vuoron vastuuhoitajan toimesta. Vastuuhoitajalla ei pääsääntöisesti itsellään ole potilaita hoidettavana, vaan hän vastaa osaston toimivuudesta vuoronsa aikana. Yövuoroissa vastuuhoitajalla on muutama potilas muiden tehtäviensä lisäksi. (Janhunen & Pyhälä-Liljeström 2009.) Vastuuhoitajan työtehtäviä päivystys- ja infektio-osastolla on esitelty taulukossa 3.

Vastuuhoitajan työnkuva on hyvin näkyvä ja tärkeä osastolla. Jokaisella osaston pidempiaikaisella hoitajalla on mahdollisuus toimia vastuuhoitajana pienen perehdytyksen jälkeen. Vastuuhoitajan on tärkeä tuntea hyvin hoitotyö, jotta hän kykenee ohjaamaan tulevat potilaat tarpeenmukaisiin huoneisiin. Lisäksi hoitajalla on tärkeä olla vankka perustieto osaston toiminnasta. Osastolla olevasta vastuuhoitajan kansioista löytyy tarkempia ohjeita vastuuhoitajana toimimisesta. (Viinikainen 2011.)

TAULUKKO 3. Vastuuhoitajan työtehtävät päivystys- ja infektio-osastolla (Janhunen & Pyhälä-Liljeström 2009; Vastuuhoitajan tehtävät Päivystys- ja infektio-osastolla 2010; Viinikainen 2011.)

Käytännön hoitotyön sujumisesta vastaaminen	<ul style="list-style-type: none"> • kokonaistilanteen seuranta ja töiden sujuminen • töiden tasainen jakautuminen • huonokuntoisten potilaiden hoidon järjestely
Toiminnan kannalta välttämättömät hallinnolliset tehtävät virka-ajan ulkopuolella tai osastonhoitajan tai tämän sijaisen ollessa muutoin estynyt	<ul style="list-style-type: none"> • sijaisjärjestelyt • työvuorovaihdot • sairausloman myöntäminen hoito- ja muulle osaston henkilökunnalle (oma ilmoitus)
Hoitotyön ongelmatilanteiden hoito	<ul style="list-style-type: none"> • sovittelu ja päätöksenteko • raportointi lisäselvitystä vaativista asioista osastonhoitajalle tai hänen sijaiselleen
Suuronnettomuustilanteessa toimiminen suuronnettomuusohjeen mukaan + muut tehtävät, joista erilliset ohjeet, kuten	<ul style="list-style-type: none"> • palohälytys • takapäivystäjän kutsuminen päivystyspoliklinikalle ruuhkatilanteessa • raportointi ongelmatilanteissa päivystyspoliklinikan ylilääkärille ja osastonhoitajalle
Potilaiden otto osastolle	<ul style="list-style-type: none"> • ilmoituksen vastaanottaminen • potilaspaikalle sijoittaminen • vastaanottavalle hoitajalle tiedottaminen • huonesiirron tekeminen tarvittaessa esimerkiksi potilaan voinnin heikentyessä
Hoitajien työnjaon suunnitteleminen	<ul style="list-style-type: none"> • potilaiden jako seuraavan vuoron hoitajien kesken • työparien suunnittelu
Työnjohto-oikeus ja -velvollisuus	<ul style="list-style-type: none"> • henkilökunnan työkuormituksen seuraaminen ja tarvittaessa potilasjaon muuttaminen • osastolla olevan hoitohenkilökunnan riittävyyden arviointi ja siitä huolehtiminen (esimerkiksi ruokataukojen aikaan)
Muut tehtävät	<ul style="list-style-type: none"> • elvytyskärryn tarkistus aamuin, illoin • magneettiliivien riittävyyden varmistaminen • veripussien ja myrkyverien tyhjentäminen maanantaisin • lääke- ja ruokatilaukset

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päivystys- ja infektio-osaston vastuuhoitajien huomioita työvuoroista. Tavoitteena on mahdollistaa esille nousevien asioiden huomioiminen prosessien ja hoitotyön sujuvuuden kehittämiseksi. Tiedon valossa osasto voi tarkastella esimerkiksi miehityksen tai avustavan henkilökunnan riittävyyttä ja työkuormitusta. Tavoitteena on tarjota tulosten perusteella myös lisätietoa vastuuhoitajien perehdytystä varten.

Tutkimuksen tehtävinä ovat:

- 1) Kuvata vastuuhoitajien huomioita hoitajien työn määrästä ja sisällöstä osastolla.
- 2) Kuvata vastuuhoitajien huomioita potilaiden hoitoon liittyvien prosessien sujuvuudesta.
- 3) Kuvata vastuuhoitajien huomioita turvallisuuden takaamisesta osastolla.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Aineiston kokoaminen

Päivystys- ja infektio-osaston vastuuhoitaja täyttää työvuorosta vuorokausi-seurantalomaketta (ks. liite 1.). Lomakkeen yläosa on taulukkomainen ja sen avulla seurataan mm. potilasvaihtuvuutta, hoitajavahvuutta sekä erilaisten eristyksien määrää; lomakkeen alaosassa on tyhjä tila, johon vastuuhoitaja voi kirjoittaa omin sanoin huomioitaan vuoron kulusta. Tässä opinnäytetyössä käsitellään vastuuhoitajien vapaamuotoisia kuvauksia työvuoroista kolmen kuukauden ajalta.

Tässä työssä käytettävä aineisto on laadullista. Laadulliseksi informaatioksi nimetään verbalisessa tai kuvallisessa muodossa olevia aineistoja, kuten esimerkiksi kirjoituksia, raportteja, artikkeleita ja valokuvia. (Latvala & Vanhala-Nuutinen 2001, 23). Aineistona käytetään seurantalomakkeita kolmen kuukauden ajalta vuodelta 2010. Aineisto koostuu tammikuun, kesäkuun ja joulukuun vuorokausiseurannoista. Aineistoksi valikoituivat kyseiset kuukaudet, jotta mukaan saatiin huomioita niin alku-, keski- kuin loppuvuodestakin. Aineistona käytetyt lomakkeet saatiin alkuvuodesta 2011 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystysalueen ylihoitajalta.

5.2 Tutkimusmenetelmät ja aineiston analyysi

Laadullisessa, eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisuuden kuvaaminen, johon sisältyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta. Asioista ja tapahtumista on mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita, mikä on otettava huomioon laadullista tutkimusta tehdessä. Kohteen tutkiminen pyritään toteuttamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä voidaan sanoa olevan tosiasioiden löytäminen ja paljastaminen enemmän kuin jo olemassa olevien väittämien todentaminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160–161.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tekijällä on aktiivinen rooli. Tutkijan tavoitteena on selvittää, mitä tutkittava ilmiö, ja sen myötä todellisuus, on tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulmasta. Tämä voidaan lukea yhdeksi laadullisen tutkimuksen ominaispiirteeksi. Muita ominaispiirteitä laadulliselle tutkimukselle on muun muassa se, että tutkimusaiheesta on usein vain vähän tutkimustietoa, tutkimustehtävät tarkentuvat vasta tutkimusprosessin aikana, ja että aineiston keruu voidaan toteuttaa avoimin menetelmin. (Kylmä & Juvakka 2007, 28–31.)

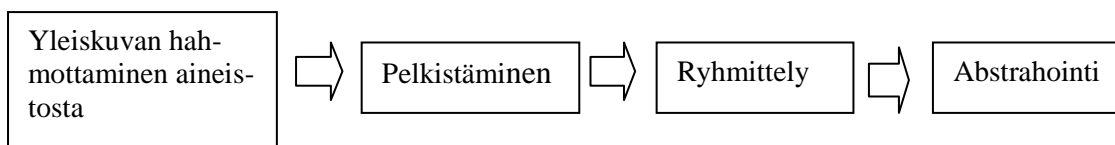
Tämän opinnäytetyön tutkimusotteeksi valittiin kvalitatiivinen tutkimus, koska haluttiin selvittää, millaisia kokemuksia ja huomioita vastuuhoidajilla on työvuorojen kulusta. Opinnäytetyössä kuvataan aineistoa hyödyntäen erilaisia kokemuksia todellisissa tilanteissa, ja nämä kokemukset ovat ainutlaatuisia. Tutkimusmenetelmänä käytetään sisällönanalyysia.

Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla on mahdollista tiivistää tietoa aineisto niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Menetelmä mahdollistaa havainnointien tekemisen dokumenteista ja näiden analysoimisen systemaattisesti. Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Latvala & Vanhala-Nuutinen 2001, 23.) Aineisto luokitellaan erojen ja yhtäläisyyksien perusteella ja kategorioidaan eri kategoria-riatasoille.

Sisällönanalyysissa aineisto luetaan aluksi useaan kertaan, jotta siitä saadaan muodostettua yleiskuva. Tämän jälkeen aineistoa aletaan pelkistää aineistossa esiintyvien ilmaisujen mukaan niin, että merkityksellisten ilmauksien olennainen sisältö säilyy. Tätä vaihetta voidaan kutsua myös tiivistämiseksi. (Kynäs & Vanhanen 1999, 5–7; Kylmä & Juvakka 2007, 116–117.)

Seuraavassa vaiheessa pelkistettyjä ilmaisuja luokitellaan ja ryhmitellään erojen ja samankaltaisuuden perusteella yhdistämällä samaa tarkoittavat ilmaisut alakategorioiksi. Yläkategoriat muodostetaan vertaamalla alakategorioita toisiinsa. Tätä viimeistä vaihetta, jossa yläkategoriat luodaan, voidaan kutsua myös abstrahoinniksi. Lopputuloksena analysoidusta aineistosta pystyy esit-

tämään käsitteellisen, kategorisoidun mallin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Kylmä & Juvakka 2007, 116–119.)



KUVIO 3. Aineistolähtöisen analyysin päätehtävät (Kylmä & Juvakka 2007, 116).

Tässä työssä opinnäytetyön tekijät toteuttivat analyysin tiiviissä yhteistyössä keskenään. Aineisto silmäiltiin useaan otteeseen läpi ennen kuin ilmauksia alettiin kirjata koneelle. Ilmaukset kerättiin 276 vuorosta, joista käytettiin 267 vuoron materiaalit. Käyttämättömiä vuoroja oli yhdeksän: kahdeksan vuoron osalta ei ollut tehty merkintöjä ja yhdestä ei saanut selvää. Ilmauksia kertyi analysoitavaksi yhteensä 578.

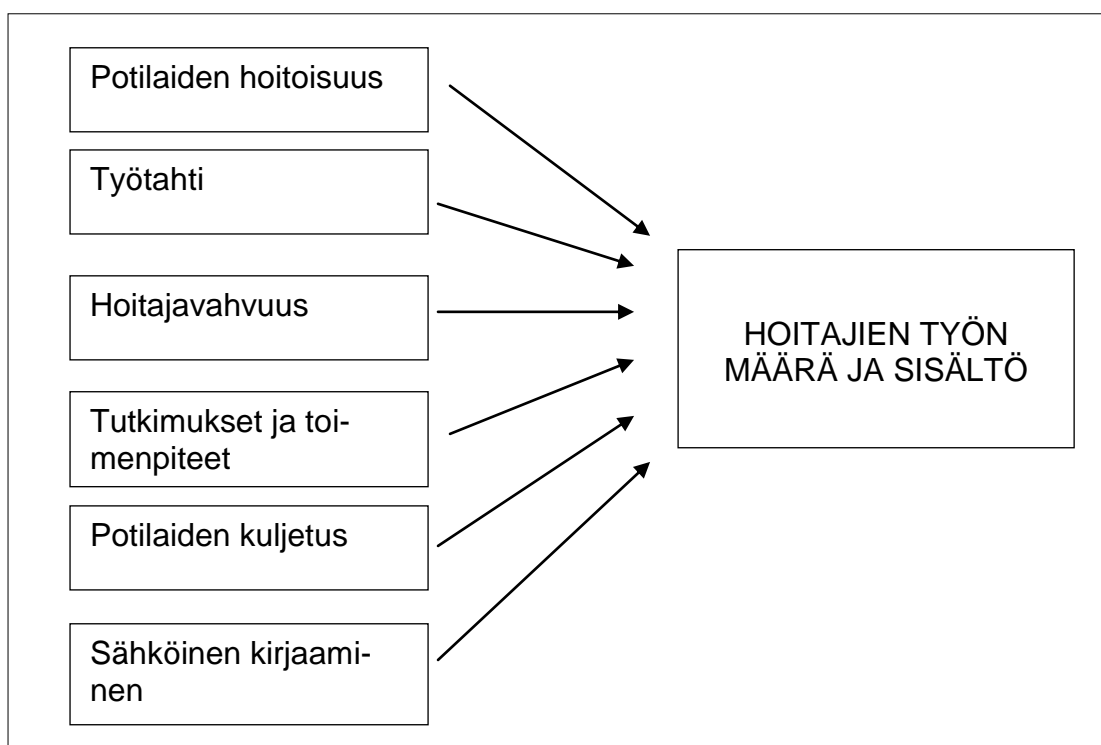
Aineistossa esiintyvät ilmaukset kirjattiin samankaltaisuuksien sekä työvuorojen mukaisesti, jonka jälkeen aineistoa silmäiltiin uudelleen. Koska työssä ei kuitenkaan keskitytä työvuorojen väliseen vertailuun, päädyttiin niiden välinen jako poistamaan. Tämän jälkeen ilmauksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia yhteensä 97, jotka koottiin lopulta yhdelle arkille kokonaisuuden hahmottamiseksi. Liitteessä 2. on lista pelkistetyistä ilmauksista.

Pelkistettyjä ilmauksia tarkasteltiin ja hiottiin, jonka jälkeen siirryttiin suunnittelemaan ryhmittelyä, eli alakategorioiden muodostumista. Aineistosta muodostettiin 13 eri alakategoriaa, joista muodostui lopulta kolme yläkategoriaa. Yläkategorioiden yhdistäväksi käsitteeksi muodostui työkuormitus. Liitteessä 3. havainnollistetaan esimerkin avulla kategorioiden syntyä.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Vastuuhoitajien huomiot hoitajien työn määrästä ja sisällöstä

Vastuuhoitajien huomiot hoitajien työn määrästä ja sisällöstä -yläkategoriasta muodostui kuudesta alakategoriasta, jotka muodostuivat 62 pelkistetystä ilmauksesta. Kuviossa 4. on esitelty tämän yläkategorian muodostuminen alakategorioista.



KUVIO 4. Hoitajien työn määrä ja sisältö

Potilaiden hoitoisuus

Potilaiden kuvattiin olleen työllistäviä, raskashoitoisia ja huonokuntoisia; lisäksi oli mainintoja vuodepotilaiden suuresta tai pienestä määrästä. Perushoidettavien potilaiden määrä koettiin suureksi, ja raskashoitoisia potilaita mainittiin olleen paljon. Potilaiden kuvattiin myös olleen sekavia, deliriumissa, levottomia tai touhuilevia. Sekavia potilaita mainittiin olleen paljon. Sekavasta ja huu-

televasta potilaasta mainittiin olleen häiriötä muille potilaille. Vastuuhoitajat mainitsivat myös potilaan olleen arvaamaton ja vaellelleen käytävällä paikkoja tutkien. Lisäksi oli huomioitu osastolla olleen edellisiin viikkoihin verrattuna hyväkuntoisia potilaita.

”paljon sekavia/vahdittavia/hoitoisia potilaita”

”Hyvin huonokuntoista potilasta osastolla”

”yksi sekava potilas (delirium) levoton, touhuileva”

Potilaiden kuvattiin olleen monisairaita vanhuksia, ja auteltavia potilaita olleen paljon. Vastuuhoitajat mainitsivat myös paljon valvontaa vaativia potilaita. Suurienergisen vamman kärsineen potilaan mainittiin siirtyneen päivystys- ja infektio-osastolle. Vierihoidoa tai paljon valvontaa esimerkiksi vakavien rytmihäiriöiden vuoksi tarvitsevien potilaiden kuvattiin vieneen yhden tai useamman hoitajan ajan. Tarkkailuhuone P7 oli koettu työllistäväksi, ja sen potilaat oli koettu raskashoitaisiksi, vaativiksi ja monihoitaisiksi. P7-huoneen kuvattiin olleen fyysisesti ja henkisesti raskas, ja sen mainittiin työllistäneen kaksi hoitajaa koko vuoron ajan.

”monisairaita vanhuksia”

”1 potilaalla bradya/asya, vaati 1 hoitajan ~1h ajaksi”

”todella hoitoisia potilaita 2 kpl P7:ssa, 1 hoitajan aika mennyt per potilas”

Vastuuhoitajat kokivat psykoottisen potilaan työllistäneen paljon. Osastolla mainittiin myös olleen puolihalvauspotilas, jolla oli hoitorinki. Eristyksistä ja niiden aloittamisesta ja purkamisesta oli mainintoja. Huomioissa oli mainittu myös potilaiden kuolemia, kuolemaisillaan olevia potilaita ja vesirokon takia osastolla olleita lapsipotilaita. Kuolevan potilaan sekä lapsipotilaan luona mainittiin olleen omainen; lisäksi äidin mukana oli osastolla ollut pieni vauva. Hengityksen tukemista CPAP- tai BiPAP -laitteilla tarvinneista potilaista mainittiin. Eristyshuoneessa CPAP: ssa ollut potilas oli vaatinut erityisjärjestelyjä.

"3 CPAP:a!"

"1 kuoleva potilas intubaatioputken kanssa"

"I-3 huoneen eristyspot. sitoi O2:n jälkeen yhden hoitajan kokonaan (CPAP:ssa eristyksessä)."

Työtahti

Vastuuhoitajat kuvasivat huomioissaan työmäärää ja vuoron työteliäisyyttä. Työtahtia oli kuvattu hyväksi. Huomioissa kuvattiin vuoron olleen rauhallinen, normaali tai työntäyteinen. Huomioissa oli mainintoja myös kiireestä. Kiireinen vuoro koettiin sekavaksi. Vastuuhoitajat mainitsivat töitä riittäneen, vaikka vahvuus oli hyvä ja potilaita vähän. Vaikka työvuoron kuvattiin muutoin olleen tavanomainen, koettiin P7-huone rankemmaksi. Toisaalta huomioissa ilmeni P7-huoneen hoitajan "pelastaneen" kiireisen vuoron muita auttamalla, kun P7-huone oli tyhjillään.

"normipäivä!"

"tavanomainen iltavuoro, tasaisesti töitä, P7-huone rankempi"

"alkuyö erittäin kiireinen. Koko ajan tekemistä"

Työvuorossa mainittiin olleen niin kiire, että osa töistä oli jouduttu jättämään seuraavalle vuorolle. Mainittiin myös, että vuoroa työllisti edelliseltä vuorolta tekemättä jääneet työt. Työvuoroja kuvattiin myös vilkkaiksi ja vauhdikkaiksi. Myös työniloa oli koettu, ja työtä kuvattiin olleen sopivasti. Kaikilla mainittiin olleen paljon potilaita. Vuorojen mainittiin olleen aluksi rauhallisia ja loppuvaiheessa kiireisempiä, sekä myös päinvastoin. Rauhallisen vuoron yhteydessä mainittiin olleen mahdollisuus tehdä vastuualuetehtäviä. Huomioissa mainittiin töitä riittäneen, ja toisaalta työskentelyä kuvattiin tasaiseksi. Työn kuvattiin jakautuneen epätasaisesti hoitajien kesken.

"Tasaisesti töitä."

"Rauhallinen ja mukava vuoro."

"Hyvin kiireinen aamuvuoro"

”Alkuyö kiireinen (töitä jäänyt iltavuorolta tekemättä)”

Hoitajavahvuus

Aineistossa vastuuhoidajat kommentoivat miehityksen riittävyttä – oli toisaalta mainintoja hyvästä vahvuudesta, mutta myös rajoilla menemisestä ja riittämättömästä miehityksestä. Potilaita mainittiin olleen paljon yhtä hoitajaa kohden. Aineistossa oli huomioita sairastumisista ja niiden aiheuttamista sijais- ja työvuorojärjestelyistä, jotka oli koettu työllistäviksi, sekä hoitajan jäämisestä toiseenkin työvuoroon varsinaisen vuoronsa jälkeen. Sairastumisia oli tullut myös kesken työvuoron. Vuoroonsa saapumatta jättänyttä hoitajaa oli myös yritetty tuloksetta tavoittaa. Hoitajia mainittiin olleen poissa vahvuudesta esimerkiksi heidän oltuaan apuna päivystyspoliklinikalla tai opiskelija-arvioinnissa; tämän koettiin työllistäneen muita hoitajia. Toisaalta vastuuhoidajat toivat ilmi, että muualta oli saatu poikkeustilanteissa apua vahvuuteen. Huomioissa oli myös mainintoja sijaisesta, jolla ei ollut lupia suonensisäisen lääkehoidon toteuttamiseen, sekä perehtyjistä osastolla. Huomioissa oli myös toive palkankorotuksesta.

”Hyvä vahvuus!”

”5 yökköä rajoilla mennään. Korvaavaa yökköä ei ole saatu”

”Minimivahvuus.”

”4 uutta perehtyjää”

Tutkimukset ja toimenpiteet

Vastuuhoidajien huomioissa oli mainintoja tutkimuksista ja toimenpiteistä. Niiden runsaus oli myös huomioitu. Tutkimusten ja toimenpiteiden koettiin sekoittavan työvuoroa. Tutkimuksista ja toimenpiteistä mainittiin erikseen röntgen-tutkimusten paljous, kardioversiot, pleurapunktiot ja cystofixin laitto.

”Paljon tutkimuksia”

”paljon toimenpiteitä pleurapunktioita mm.”

”4 kardioversiota”

Potilaiden kuljetus

Vastuuhoitajat kuvasivat kuljetuksia olleen paljon. Kuljetusten tarkoitusta oli myös eritelty saliin kuljetuksiin, osastolle kuljetuksiin ja tutkimuksiin kuljetuksiin. Potilaskuljettajan puutteesta oli mainintoja, ja siihen liittyen hoitajien tekemistä kuljetuksista. Potilaskuljettajan mainittiin olleen käytettävissä vain osan aikaa vuorosta. Kuljetusten koettiin vieneen paljon aikaa. Kuljetuksia kuvattiin myös olleen niin paljon, että potilaskuljettajasta huolimatta hoitajat olivat tehneet paljon kuljetuksia. Lisäksi vastuuhoitajien huomioista ilmeni, että röntgenin kuljettajaa oli pyydetty avuksi, tuloksetta. Lisäksi huomioissa kuvattiin, että potilaita oli jouduttu viemään takaisin röntgentutkimuksiin, koska heidät oli tuotu osastolle, vaikka tutkimukset olivat olleet vielä kesken. Mainittiin myös, ettei päivystyspoliklinikan potilaskuljettaja ollut juuri ehtinyt kuljettamaan päivystys- ja infektio-osaston potilaita; poliklinikan kuljettajasta oli vastuuhoitajien huomioiden mukaan ollut kuitenkin myös apua. Potilaskuljettajista koettiin olleen suuri hyöty silloin, kun heitä oli ollut käytettävissä.

”Paljon kuljetuksia, kuljettajan lisäksi myös hoitajat tehneet kuljetuksia.”

”Paljon kuljetuksia, ei kuljettajaa”

”paljon saliin vientiä”

Sähköinen kirjaaminen

Aineistossa vastuuhoitajat mainitsivat kirjallisten töiden runsauden. Lisäksi tietokoneiden kanssa kuvattiin olevan ongelmia sekä uuden sähköisen kuumekurvan ja lääkelehden (OSKU) työllistävän paljon toimimattomuutensa ja riittämättömien käyttötaitojen vuoksi. Ohjelmien toimimattomuuden koettiin hidastavan työntekoa ja aiheuttavan ahdistusta kiireen keskellä. Sähköinen kirjaaminen oli vastuuhoitajien mukaan vienyt paljon aikaa, ja ohjelmien toimimattomuuden koettiin haittaavan potilaiden asiallista hoitamista. Tietotekniikkatuen puuttuminen osan aikaa vuorokaudesta koettiin haitalliseksi.

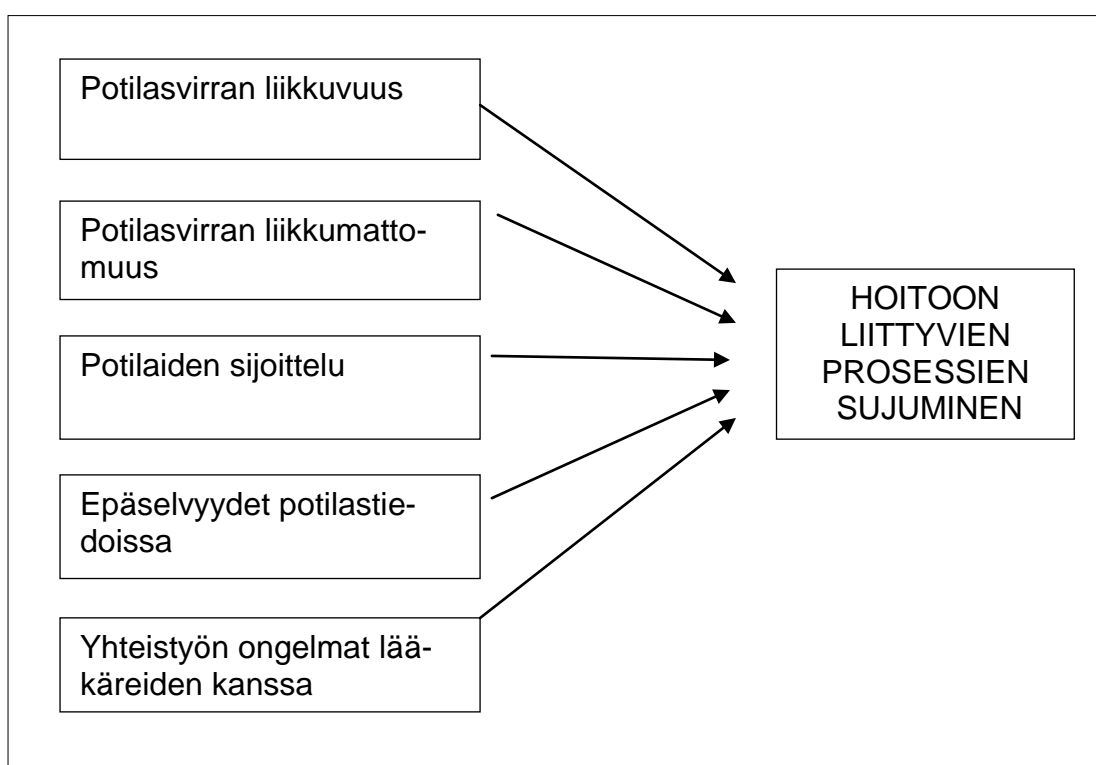
*”Oskun kanssa takkuamista riittää edelleen. Ohjelma hidas ja kaa-
tuilee -> hidastaa työntekoa.”*

”sähköinen kirjaaminen vienyt paljon aikaa”

”kuumekurva ja osku kiireen keskellä aiheuttivat ahdistusta”

6.2 Vastuuhoitajien huomiot hoitoon liittyvien prosessien sujumisesta

Hoitoon liittyvien prosessien sujuminen – yläkategoria muodostui viidestä alakategoriasta, jota muodostuivat yhteensä 28 pelkistetystä ilmauksesta. Kuviossa 5. on esitelty sekä ylä- että alakategoriat.



KUVIO 5. Hoitoon liittyvien prosessien sujuminen

Potilasvirran liikkuvuus

Vastuuhoitajat kuvasivat huomioissaan suurta potilaiden vaihtuvuutta. Huomioissa ilmeni runsaasti lähteviä potilaita, sekä myös runsaasti tulevia potilaita. Huomioita oli myös potilassiirtojen ja kotiutusten runsaudesta iltavuorossa.

"lähes 20 tullutta ja 20 lähtenyttä"

"vapaat paikat täyttyivät tasaisesti"

"paljon lähteneitä potilaita"

"iltaa kohden paljon tulijoita"

"paljon lähtenyt myöhään illalla, paljon otettu vastaan"

Hoitajat huomioivat lomakkeessa myös potilassiirrot eri valvontayksikköihin, joihin lukeutuivat teho-osasto ja tehon tarkkailu, sydänvalvomo sekä neurologian ja keuhkosairauksien osastojen valvontayksiköt. Osaan siirroista oli tarvittu useamman hoitajan työpanos. Tyhjiksi jääneitä potilaspaikkoja ilmoitettiin myös lomakkeessa.

"P7:sta 1 potilas teholle, vaati useamman hoitajan työpanosta."

"Paljon osastosiirtoja + TK-siirtoja illan aikana"

"Aamulla jopa tyhjiä paikkoja."

Potilasvirran liikkumattomuus

Vastuuhoitajat mainitsivat huomioissa, etteivät terveyskeskukset ja erikoissairaanhoidon osastot pystyneet ottamaan potilaita vastaan. Tästä johtuen päivystys- ja infektio-osasto ei voinut ottaa uusia potilaita sisään.

"TK:t eivät vedä potilaita. Useampi jonossa"

"Paljon tulleita potilaita, pari jouduttu laittamaan jonoon"

"potilaita jonossa tk:n ja osastoille"

"yöltä potilaita jonossa 3kpl, jotka pystytyttu ottamaan vastaan ~12 aikoihin"

"yövuoron alussa lähti viimeinen tk-siirtyjä tälle päivälle"

Päivystys- ja infektio-osastolle oli ylitarjontaa, mikä näkyi potilasjonona osastolle. Täyden osaston potilaat eivät siirtyneet eteenpäin, koska jatkohoitopaikat eivät voineet vastaanottaa potilaita. Myös hoitoaikojen pitkittyminen oli huomioitu erikseen lomakkeissa.

"Ea tukossa! Monta tulossa. Potilaat ei liiku kun osastot/tk eivät vedä!"

"Potilaista useita ollut monta vuorokautta osastolla!!!"

"osasto aamusta täynnä. Poliilta illalla tulleita jonossa. Huonosti lähtee potilaita

"vuoron alkaessa jo 4 potilasta jonossa osastolle ->osasto täynnä"

"monta (useamp pv) tk paikkaa odottavaa"

Huomioissa ilmeni, että osa potilaista joutui täyden osastotilanteen vuoksi jäämään ensiapupoliklinikalle yöksi. Tulijoita jouduttiin käännättämään myös varatun potilaspaikan vuoksi. Huomioissa oli myös mainintoja potilaista, jotka olivat kotiutuneet ja hakeutuneet myöhemmin samana päivänä takaisin sairaalaan. Lisäksi jatkohoidon ongelmallisten järjestelyjen mainittiin aiheuttaneen lisätoimia.

"jouduttu pitämään luvatussa paikalla (bronkoskopiaan) tulevalle paikka tyhjänä ---- vaikka tulijoita olisi ollut"

"EA pkl:lle jäänyt potilaita yöksi"

" Kir (+ keuhko.kons.) pt:n jatkohoidon järjestely murtumaleikkauksen jälkeen työllisti hoitajaa paljon. (Lääkäri) ohjeilla pt ei tarvitse yhden hengen huonetta, kun ei enää eristystä, joten lopulta siirtyykin os:lle 20..."

Potilaiden sijoittelu

Huomioita keräsivät myös potilaiden sijoittelut. Vastuuhoitajien huomioista ilmeni osastolle tulleen sinne kuulumattomia potilaita. Lisäksi vuoroa työllistivät useat huonesiirrot ja potilaat, jotka oli sijoitettu väärin huoneisiin potilaan vointiin nähden. Huonesiirtoja oli myös jouduttu tekemään potilaiden voinnin muuttuessa. Vastuuhoitajat ilmoittivat myös tyhjistä huoneista, jotka olivat kuitenkin soveltumattomia tulevien potilaiden vointiin nähden. Lisäksi mainittiin, ettei päivystyspoliklinikalta ilmoitetuille runsaasti tarkkailua vaativille potilaille ollut vapaana sopivia huoneita. Jonossa olevien potilaiden tähden piti tehdä myös huonesiirtoja, jotta tulevat potilaat pystyttiin vastaanottamaan. Huonokuntoisia potilaita oli jouduttu ottamaan myös soveltumattomille potilaspaikoille lääkärin

määräyksestä, mikä koettiin turvallisuusriskiksi. Vastuuhoitaja ja päivystyspoli-
klinikan vastuuhoitaja tekivät yhteistyötä, jotta erikoislääkärit tulivat siirtämään
potilaita toisiin paikkoihin.

*”klo 15:15 soitettu päiv.polin vastuuhoitajalle, kun 2 tarkkailupaik-
kaa jäljellä ja kovasti tunkua polilta. Polin vastuuhoitaja soittanut
erikoisalojen päivystäjille tilanteen selvittämiseksi. 16:30 kirurgi ja
neurologi siirtämässä potilaita.”*

”1 psyk.pt os:lla PLV:tä varten!”

*”Potilas tullut osastolle kaulasuonten-CT vuoksi. Olisi pitänyt
mennä pkl:lle.”*

*”tuleva potilasaines sellaista että p-huoneet eivät tahdo riittää!
Vain 2 potilasta tullut i-huoneisiin”*

*” P7 huone täynnä, muuten pystytty ottamaan kaikki tarjotut poti-
laat heti.”*

Epäselvyydet potilastiedoissa

Vastuuhoitajat kuvasivat ongelmia potilastiedoissa. Raporttien kuvattiin olleen
vajaita, eikä tulleista potilaista ei ollut tarpeeksi tietoja osastolle saapuessa.
Osasta potilaista ei ollut saatu tietoa laisinkaan. Hankaluuksia aiheutti myös
väärin tietojen saanti tulevista potilaista. Vaillinaisilla raporteilla tulleet poti-
laat työllistivät hoitajia huonejärjestelyjen vuoksi.

*”Ea:sta tulleiden potilaiden tiedot vajaita ilmoittaessa, ei oltu kipu-
lääkitty ym.”*

*”EA:sta tuotu potilas CV:tä varten, ei ilmoitettu etukäteen, ei pape-
reita mukana, ei viggoa ym. Noloa potilaan kannalta.”*

”potilaita tullut ”väärin” ennakkotiedoin ea:sta”

Yhteistyön ongelmat lääkäreiden kanssa

Lisähuomioita ilmeni myös yhteistyössä lääkäreiden kanssa. Kiertojen pitkittymi-
nen huomioitiin lomakkeessa, varsinkin sisätautikierrat venyivät.

”sis.kierto päättyi klo 16”

”sis.kierto hidasta. (klo 10.30 kierto edelleen p7:ssä)”

Vastuuhoitajat kuvailivat myös lääkärien aikatauluongelmien vaikuttaneen potilaiden siirtoihin sekä kotiutuksiin. Lääkäriltä oli jäänyt siirtoepikriisi tekemättä, ja potilas joutui tämän takia odottamaan päivystävää lääkäriä, mikä taasen hidasti potilaan siirtoa jatkohoitoon. Lisäksi lääkärien tietojärjestelmätaitojen puute aiheutti hoitajille lisätyötä. Osasta potilaista ei ollut sähköisiä määräyksiä, eivätkä lääkärit ottaneet kantaa potilaiden lääkityksiin.

”Päivälääkäreiltä jäänyt sanelematta siirtoepikriisi -> pot. siirto joutunut odottamaan sis-takapäiv. käyntiä illalla”

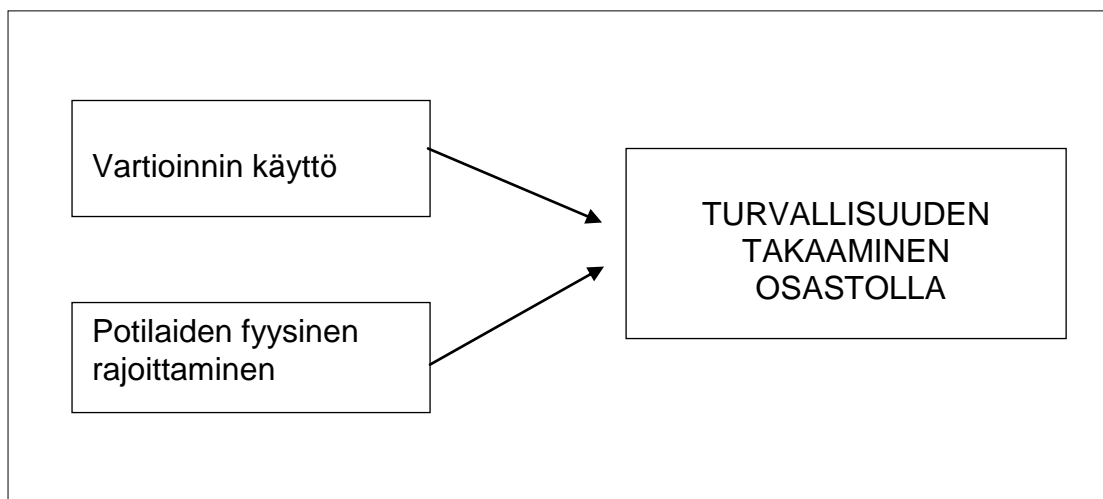
”Muutamia potilaita osastolla yön yli siksi ettei illalla päivystäjä tullut ”kotiuttamaan”.”

”lääkäreiden osku-aidot puutteellisia -> työllistää kovasti hoitajia”

”Lääkärit eivät ota kantaa potilaiden lääkityksiin, selvitystyö POS:lla vie hirvittävästi aikaa.”

6.3 Vastuuhoitajien huomiot turvallisuuden takaamisesta osastolla

Turvallisuuden takaaminen – yläkategoria muodostui kahdesta alakategorias- ta, jotka muodostuivat yhteensä seitsemästä pelkistetystä ilmauksesta. Kuvio- ssa 6. on esitelty yläkategorian muodostuminen alakategorioista.



KUVIO 6. Turvallisuuden takaaminen osastolla

Vartioinnin käyttö

Vastuuhoitajien huomioissa mainittiin vartijan olo osastolla. Erikseen oli lisäksi mainintoja vartijan käytöstä levottomien, aggressiivisten, karkailevien sekavien sekä deliriumpotilaiden kanssa. Myös M1-lähetteellä hoidossa olevalla potilaalla mainittiin olleen vartija. Vartijaa oli myös tarvittu käymään osastolla sekä potilaan mukaan tupakalla käymisen ajaksi. Vastuuhoitajat mainitsivat myös vartijan puutteesta: tarpeesta huolimatta vartijaa ei ollut aina saatu osastolle.

"yritetty saada vartija aggressiiviselle deliriumpotilaalle, ei saatu"

"1 pot. tarvinnut vartijaa tupakkareissuille"

"vartija osastolla"

Potilaiden fyysinen rajoittaminen

Vastuuhoitajat mainitsivat, että magneettiliivejä oli jouduttu käyttämään potilailla. Myös useampi potilas kerrallaan oli tarvinnut magneettiliivejä ja niitä oli käytetty levottomilla ja deliriumpotilailla. P7-huoneessa oli turvauduttu yhtä aikaa useamman potilaan kohdalla liivien käyttöön, mikä vaati toisen hoitajan huoneeseen.

"useita delirium pot. magn. liiveillä levottomia"

"1 pt laitettu/sidottu sänkyyn levottomuuden takia"

"P7 3 potilasta magneettiliiveissä, vaativia potilaita, huoneessa 2 hoitajaa"

Lisäksi päivystysalueen turvahuoneen käytöstä oli mainintoja. Siihen oli jouduttu turvautumaan myös kun vartijaa ei ollut saatavilla.

"1 potilas turvahuoneessa"

"1 pt turvahuoneeseen koska vartijaa ei saatavilla"

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia huomioita vastuuhoitajat olivat tehneet vuoroista päivystys- ja infektio-osastolla. Tutkimus vastasi hyvin tutkimustehtäviin, ja tuloksista on nähtävissä lukuisia hoitajien työn sisältöön ja määrään, potilaiden hoitoon liittyvien prosessien sujuvuuteen sekä turvallisuuden takaamiseen liittyviä tekijöitä. Eri kategoriat nivoutuvat toisiinsa, eikä jako niiden kesken ollut yksiselitteinen. Kuitenkin monien muutosten ja erilaisten kokeilujen seurauksena muodostunut, tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysin tuloksena saatu jako koettiin tarkoituksenmukaisimmaksi vastuuhoitajien huomioiden sisältöä kuvaamaan.

Vastuuhoitajien huomioissa hoitajien työn määrästä ja sisällöstä oli havaittavissa potilaiden suuri hoitoisuus. Pulkkinen (2000,12) mukaan hoitoisuus on Suomessa vakiintunut käsite, jolla kuvataan hoidon tarvetta ja hoitamisen vaativuutta ja näistä tekijöistä muodostuvaa hoidollista tilannetta. Kuvaukset raskashoitoisista ja huonokuntoisista potilaista olivat moninaisia, ja paljon hoitoa ja tarkkailua tarvitsevien potilaiden koettiin työllistävän kovasti. Kuitenkin päivystys- ja infektio-osaston potilaat ohjautuvat osastolle päivystyspoliklinikalta, jolloin on ilmeistä, että hoidon ja seurannan tarpeet ovat suuria. Potilaiden suuren hoidontarpeen on todettu kuormittavan hoitohenkilökuntaa (Fagerholm 2007, 67; Partanen 2002, 135). Myös päivystys- ja infektio-osastolla vaikutus lienee samanlainen.

Tämän opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että päivystys- ja infektio-osaston hoitajat kohtaavat työssään kuolemaa. Nuikan (2002) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat potilaan kuoleman ahdistavaksi. Ensimmäinen kuoleman kohtaaminen oli hoitajien mielestä erityisen hankala – elämän- ja työkokemuksen myötä kuoleman kohtaamisen koettiin helpottuvan. Etenkin nuoren ihmisen kuolema tai potilaan löytyminen kuolleena osastolta koettiin erityisen raskaaksi. (Nuikka 2002, 71). Myös kuolevan potilaan hoitamiseen liittyvä luopumis-

prosessi koettiin kuormittavaksi (Nuikka 2002, 102). Voisi siis ajatella, että myös tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmennyt kuoleman kohtaaminen lisäisi päivystys- ja infektio-osaston hoitajien työn kuormittavuutta.

Partasen (2002) tutkimuksessa hoitajat arvioivat normaalia suuremman potilasmäärän ja potilaiden suuren avuntarpeen vaikuttaneen siihen, että henkilöstömitoitus koettiin riittämättömäksi. Lisäksi työvuoroon koettiin alun perin suunnitellun liian vähän henkilökuntaa. Yksi lähtökohta henkilöstömitoituksen suunnittelulle onkin potilaiden hoitoisuus. (Partanen 2002, 145, 175).

Henkilöstömitoituksella tarkoitetaan sitä, että riittävän pätevä henkilöstö tuottaa määrällisesti ja laadullisesti sopivat hoitotyön palvelut suurimmalle mahdolliselle potilasmäärälle siten, että hoito on mahdollisimman kustannustehokasta ja inhimillistä. Henkilöstömitoituksessa otetaan siis kantaa hoitotyössä tarvittavan hoitohenkilöstön määrän lisäksi sen rakenteeseen. (Voutilainen 2004, 126–127.) Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että vastuuhoidajat kokivat hoitajamiehityksen toisinaan riittämättömäksi, mikä koettiin työllistäväksi. Toisaalta miehitykseen oltiin kuitenkin myös tyytyväisiä. Suunniteltua pienemmällä miehityksillä työskentelemistä kuvattiin rajoilla menemiseksi, jossa rajalla tarkoitettaneen sitä, että miehitys oli koettu juuri ja juuri riittäväksi. Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski ja Silber (2002, 1990) havaitsivat, että hoitajakohtaisten potilasmäärien kasvaessa myös työn psyykinen kuormitus ja tyytymättömyys työhön kasvoivat.

Partanen (2002) havaitsi tutkimuksessaan, että jos henkilöstömitoitus työvuorossa erikoissairaanhoidon osastolla oli riittämätön, laski hoitotyön laatu keskimäärin 17 %. Laadun heikkeneminen näkyi esimerkiksi siinä, että potilasohjauksesta jouduttiin tinkimään ja potilaiden hygieniasta huolehtiminen kärsi. (Partanen 2002, 171.) Aikenin ja muiden (2002, 1991) tutkimuksessa todettiin myös, että jokaisen sellaisen potilaan myötä, joka hoitajalla oli tavanomaisen työkuormansa lisäksi, potilaiden oletettavissa oleva kuolleisuus 30 vuorokauden sisällä kasvoi 7 %. Sopivalla hoitajamitoituksella myös päivystys- ja infektio-osastolla voitaisiin olettaa olevan vaikutusta paitsi työkuormitukseen ja hoitajien työhyvinvointiin, myös hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. Päivystys- ja infektio-osaston potilasmäärät ja potilaiden vointi ja diagnoosit ovat

vaihtelevia, mikä asettaa haasteensa henkilöstösuunnittelulle. Koska huomi-
oissa mainittiin myös hoitajavahvuuden olleen hyvä, voisi olettaa, että henki-
löstömitoituksessa kuitenkin myös onnistuttu.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että vastuuhoidajat olivat havainnoineet kiiret-
tä osastolla. Nuikan (2002, 70) tutkimuksessa noin puolet sairaanhoitajista
koki kiireen vaikuttavan kuormittumiseensa hoitotilanteissa. Lehtisen (2006,
61) mukaan kiireinen työnteko kuluttaa voimia ja energiaa ja on fyysisesti ras-
kasta, ja siitä seuraa muun muassa väsymistä, voimattomuutta, hermostunei-
suutta ja kiputiloja. Niin ikään Lehtisen (2006, 62) tutkimuksessa hoitajat koki-
vat kiireen heikentävän hoidon laatua, ja laadun huonontumisen aiheuttaman
huolen ja paineen taas toisaalta lisäävän puutteiden korvaamista kiireisellä
työskentelyllä.

Lehtisen (2006) mukaan kiireen taustalla hoitotyössä on toiminnan tehotto-
muutta. Tehottomassa toiminnassa työkäytäntöjä ei tarkastella kriittisesti ja
uusita, hoitoympäristö ja -välineet eivät ole asianmukaisia, työnjako ja päivä-
rytmit eivät toimi ja hoitajien työn suunnitelmallisuudessa ja koordinoinnissa
on puutteita. Tehokkuuteen vaikuttavat myös työolosuhteiden toimivuus ja tu-
loksien arviointi suhteessa resursseihin. (Lehtinen 2006, 66.) Toisaalta Lehti-
nen (2006, 57) toteaa, että kiirettä voidaan käyttää myös yleisilmaisuna monil-
le erilaisille ilmiöille, ja se on helppo antaa nimeksi myös ongelmille niin yksi-
lön kuin työyhteisön työn hallinnassa. Voisikin pohtia, mikä juuri päivystys- ja
infektio-osastolla aiheuttaa kiireen kokemusta, ja olisiko siihen mahdollista
vaikuttaa esimerkiksi työtapoja tarkastelemalla ja suunnitelmallisuutta kehit-
tämällä. Myös päivystys- ja infektio-osastolla koetun kiireen voitaisiin ajatella
vaikuttavan työkuormitukseen ja hoitajien työssä jaksamiseen sekä hoidon
laatuun.

Tässä opinnäytetyössä vastuuhoidajat kuvasivat työvuoroja myös normaaleik-
si. Vuorojen oli mainittu olleen myös rauhallisia. Erään vuoron mainittiin olleen
rauhallinen, vaikka samassa huomiossa oli merkintöjä lukuisista tutkimuksista
ja muista vuoroon vaikuttavista tekijöistä. Kiireen kokeminen voikin olla yksilöl-
listä – mikä toiselle on kiirettä, voi toisen mielestä olla tavanomaista työsken-
telyä. Kuten Lehtinen (2006, 82) mainitsee, voi kiire myös yleistyä työntekijöi-

den kokemaksi mielentilaksi esimerkiksi hoitotyöhön ja hoitotyöntekijöihin kohdistuneiden yhteiskunnallisten asenteiden ja odotusten vuoksi – tällöin hoitajat kokevat, että heiltä ammattivalintansa vuoksi edellytetäänkin uhrautuvaisuutta, ja että kiire on luonnollinen osa työtä. Vastuuhoitajien huomioissa oli kuvattu vuoroa myös termillä ”normikiire”. Ilmaisulla voidaan ajatella olevan positiivinen kaiku – kiire on ollut, mutta se on koettu tavanomaiseksi, ja näin ollen sillä kenties on haluttu kuvata osastolle ominaista työskentelytahtia. Huomioissa mainittiin myös ”Hyvä työtahti!”, joka kuvaa työtahdin vilkkautta myönteisellä tavalla. Kiire ei siis välttämättä olekaan kielteinen kokemus, vaan kuten Lehtinen (2006, 74) mainitsee, voi sen kokeminen myös lisätä hoitajien motivaatiota ja kokemusta tehokkaasta työskentelystä ja työn tärkeydestä.

Vastuuhoitajien huomioissa mainittiin myös, että vuoroa olivat työllistäneet edelliseltä vuorolta tekemättä jääneet työt; mainittiin myös töitä olleen niin paljon, että niitä oli jouduttu jättämään seuraavalle vuorolle. Näiden mainintojen valossa voikin pohtia vuorotyön luonnetta. On tietenkin yleistä, että osaston yhteisesti sovittujen käytäntöjen mukaan tietyt tehtävät suoritetaan tietyissä vuoroissa, ja nämä käytännöt osaltaan rytmittävät työvuoroja ja edesauttavat työvuorojen sujuvuutta. Käytänteiden noudattamisen onnistumisen ja hoitotyön sujumisen kannalta olisikin oleellista varmistaa, että kaikki osaston työntekijät ovat selvillä näistä käytännöistä. Kuitenkin tästä huolimatta vuorotyölle on ominaista, että seuraavan vuoron työntekijät jatkavat siitä, mihin edelliset jäävät. Tilanteet osastolla vaihtelevat, eikä tehtäviä aina ehditä tehdä suunniteltuina aikoina. Samojen potilaiden hoito jatkuu usein seuraavassa vuorossa, jolloin työt jäävät väistämättä kesken. Yhteisesti sovittujen käytänteiden noudattamisen lisäksi vuorotyö vaatiikin hoitajalta joustavuutta ja ymmärrystä työn vaihtelevasta luonteesta.

Tuloksista ilmeni, että vastuuhoitajat olivat maininneet tutkimuksia ja toimenpiteitä olleen paljon. Tutkimusten runsauden oli mainittu sekoittavan työskentelyä. Tutkimuksista ja toimenpiteistä pleurapunktiot, kardioversiot ja cystofixin laitot tapahtuvat osastolla ja röntgentutkimukset osaston ulkopuolella. Osastolla ja sen ulkopuolella tapahtuvat tutkimukset vaativat osaston sairaanhoitajilta erilaista työpanosta. Osastolla tehtävissä toimenpiteissä sairaanhoitaja saattaa valmistella potilaan ennen toimenpidettä, koota ja valmistella tarvittavat

välineet ja tilat sekä olla avustamassa lääkäriä itse toimenpiteessä; muualla tapahtuvissa tutkimuksissa osaston sairaanhoitajan työnkuva taas on erilainen, ja sairaanhoitaja saattaa esimerkiksi viedä potilaan tutkimukseen. Näin tarkasteltuna muualla tapahtuviin tutkimuksiin liittyykin usein potilaan kuljettamista, ellei potilaskuljettajaa ole saatavilla tai mikäli potilaan tila vaatii hoitajan läsnäoloa kuljetuksen aikana. Vastuuhoitajien huomioista ei kuitenkaan aina ilmennyt toimenpiteen tai tutkimuksen laatu, joten suoraan niiden perusteella ei voida päätellä, miten tutkimukset ja toimenpiteet vaikuttivat hoitajien työhön osastolla. Kuitenkin voisi olettaa, että esimerkiksi aikataulutuksen onnistumisella ja yhteistyön sujumisella muiden ammattiryhmien ja henkilökunnan kanssa olisi vaikutusta työn sujumiseen.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat myös, että vastuuhoidajat kokivat ongelmia yhteistyössä lääkäreiden kanssa. Kantasen (2008) tutkimuksessa joka kolmas sairaanhoitaja ilmoitti olevansa tyytymätön ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. Kokonaisuudessaan sairaanhoitajien ja lääkärien välinen yhteistyö koettiin kuitenkin hyväksi. (Kantanen 2008, 31.)

Kantasen (2008) mukaan yhteistyön ongelmia koettiin yleisimmin erikoislääkäreiden kanssa työskenneltäessä. Ongelmat johtuivat pääsääntöisesti erikoislääkäreiden kiireestä ja erikoistuvien lääkäreiden tiedollisista vajeista sekä kokemuksen puutteesta. Etenkin päivystysaika osoittautui haasteelliseksi ja yhteistyön kannalta kriittiseksi. Päivystysaikana ilmeni erikoislääkäreiden epäasiallista käytöstä, mikä aiheutti yhteistyön ongelmia. (Kantanen 2008, 31.) Kantasen (2008, 53) tutkimuksessa ilmeni myös, että lähes kaikki sairaanhoitajat kokivat ammattiryhmien välisen yhteistyön vaikuttavan heidän työtyytyväisyyteensä. Lisäksi enemmistö koki hyvällä yhteistyöllä olevan sairauspoissaoloja vähentävä vaikutus. Yhteistyöllä nähtiin olevan myös vaikutusta potilaiden saamaan hoidon laatuun, potilasturvallisuuteen sekä potilaiden sairaalassaolon pituuteen. (Kantanen 2008, 31.)

Tutkimus tukee tässä opinnäytetyössä saatuja tuloksia. Päivystys- ja infektio-osaston hoitajat työskentelevät erikoislääkäreiden ja erikoistuvien lääkäreiden sekä virka- että päivystysaikana. Yhteistyöongelmat lisäsivät hoitajien työn määrää, toisaalta myös potilaiden hoitoaikojen nähtiin venyneen lääkäreiden aikatauluon-

gelmien vuoksi. Yhteistyöongelmien voidaan nähdä vaikuttavan sekä hoitoaikoihin, että hoitajien työtyytyväisyyteen.

Myös Fagerholmin (2007, 53) tutkimus osoitti yhteistyön ongelmien lääkäreiden kanssa lisäävän hoitajien työn kuormittavuutta. Jos tämän opinnäytetyön tuloksia heijastetaan aikaisempaan tutkimustietoon, voidaan yhteistyöongelmien lääkäreiden kanssa olettaa lisäävän kohdeosaston hoitajien kuormittuneisuutta. Lisäksi esimerkiksi lääkäreiden sähköisten määräysten puutteen voidaan olettaa vähentävän potilasturvallisuutta kohdeosastolla, sillä kun esimerkiksi sähköiset määräykset puuttuvat, hoitajat eivät ole aina tietoisia määräyksistä ja näin ollen ne saattavat jäädä toteuttamatta.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa ilmeni myös ongelmia hoitajien raportoinnissa, minkä voidaan olettaa lisäävän hoitajien työn määrää. Sekä kirjallista että suullista tiedonkulkua pidetään erittäin tärkeänä terveydenhuollossa niin potilaan kuin henkilökunnankin turvallisuuden takaamiseksi (Kinnunen & Peltonen 2009, 87). Vajaat raportit työllistävät hoitajia turhaan, minkä voidaan ajatella hidastavan hoitoon liittyviä prosesseja. Hoitajan työaika kuluu, kun hän joutuu selvittämään potilaan taustatiedot puutteellisen tuloraportoinnin takia uudelleen. Tämä vie aikaa varsinaiselta hoitotyöltä. Lisäksi ongelmat tiedonkulussa vaikuttanevat potilaan hoidon jatkuvuuteen, ja näin ollen väärin tai puutteellisten tietojen saanti on myös potilasturvallisuusriski. Myös tietojärjestelmän käytön osaamattomuuden koettiin hidastaneen työntekoa. Tietojärjestelmään liittyviä ohjeistuksia ja apua olisikin syytä olla tarpeeksi saatavilla, jotta voidaan minimoida tietojärjestelmän käytön ongelmien vuoksi kuluva aika.

Tässä tutkimuksessa ilmeni hoitajien tehneen potilaskuljetuksia silloin kun kuljettajia ei ollut, mutta myös silloin kun kuljettajia oli käytettävissä. Nuikan (2002, 58) tutkimus osoittaa potilaiden kuljettamisen toimenpideyksikköihin olevan sairaanhoitajille kuormittavin hoitotilanne fyysistä kuormittavuutta mitattaessa, tällöin syketaajuus oli korkeimmillaan. Väänäsen (2007, 30) tutkimuksen mukaan keskussairaalan sairaanhoitajista 68 % kuljetti potilaita, vaikkei se kuulu varsinaisesti sairaanhoitajan tehtäviin. Tästä voitaisiinkin päätellä, että hoitajat kokevat niin sanotusti ylimääräistä kuormittuneisuutta työvuoroissaan kuljetusten myötä. Kuten Vallimies-Patomäki ja Hukkanen (2006, 7–8)

toteavat, avustavan ja tukihenkilöstön määrä vaikuttaa osaltaan toiminnan sujuvuuteen, lisäksi myös hoitajien kuormittuneisuuteen. Tässä tutkimuksessa kuljetusten mainittiinkin vievän myös paljon aikaa. Kun hoitajat tekevät kuljetuksia, jotka eivät kuulu hoitotyöhön, vähentää se samalla aikaa varsinaisen hoitotyön osalta. Jatkossa olisikin syytä arvioida avustavan henkilökunnan riittävyyttä päivystys- ja infektio-osastolla.

Pitkäsen (2010, 66) mukaan jatkohoidon järjestäminen on yksi merkittävimpiä läpimenoaikaa pidentäviä tekijöitä päivystyspoliklinikalla. Tämän opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella vastuuhoidajat kokivat potilasvirran olevan suurta päivystys- ja infektio-osastolla. Vuonna 2010 päivystys- ja infektio-osastolla potilaiden keskimääräinen osastojakson kesto oli 1½ vuorokautta. (Päivystyksen benchmarking 2011, 65). Tämän tiedon valossa potilasvirta liikkui keskimäärin päivystysalueen tavoitteen mukaisesti. Kuitenkin tulokset paljastivat osin potilasvirran liikkumattomuutta, mikä toisaalta tarkoittaa juurikin läpimenoaikojen pitkittymistä.

Päivystys- ja infektio-osaston tarkoitus on parantaa päivystyspotilaan hoitoprosessia. Kuitenkin voidaan pohtia, ovatko potilaat ohjautuneet osastolle sen toimintaperiaatteen mukaisesti, jos he eivät lopulta siirry tavoiteajan sisällä jatkohoitoon tai kotiin. Tätä ajatusta tukevat myös opinnäytetyön tulokset, joissa ilmeni potilaiden jonottaneen muun muassa terveyskeskuksiin useamman päivän ajan. Lisäksi osastolle ilmoitettiin tulleen niin sanotusti sinne kuulumattomia potilaita. Päivystys- ja infektio-osaston luonteeseen ei kuulu toimia odotuspaikkana jatkohoitoon siirtyville potilaille. Osasto ruuhkautuu turhaan ja tämä heikentää potilasvirran liikkuvuutta, kun tulevat potilaat jäävät vuorostaan päivystyspoliklinikalle odottamaan paikkaa päivystys- ja infektio-osastolle. Tätä ilmiötä on syytä tarkastella tulevaisuudessa osaston kehittämisen ja prosessien sujuvoittamisen kannalta. Prosessien sujuvuuteen vaikuttavat kuitenkin monet, myös päivystys- ja infektio-osastosta riippumattomat seikat, kuten keskussairaalan toisten osastojen ja muiden jatkohoitopaikkojen resurssit, joihin vaikuttaminen edellyttäisi laajempaa asiaan perehtymistä ja kehitystyötä.

Tutkimustuloksista ilmeni myös vartijan tarve aggressiivisten, sekavien, deliroiden ja levottomien potilaiden hoidossa. Osa potilaista tarvitsi vartijaa

myös tupakalla käydessä. Aina ei ollut saatu vartijaa osastolle, vaikka vartijaa oli tarvittu. Päivystys- ja infektio-osastolla ei ole omaa vartijaa, vaan osaston vartijapalvelut ovat yhteisiä päivystyspoliklinikan kanssa (Manninen & Viinikainen 2010). Tästä voitaisiin päätellä, että nykyisillä sairaalan vartiointiresursseilla vartiointitoiminnassa voidaan joutua priorisoimaan samanaikaisten hoitajien työturvallisuutta vaarantavien tilanteiden kesken. Vartiointin lisääminen saattaisi taata turvallisemman sairaalaympäristön, sekä antaisi hoitajille mahdollisuuden keskittyä varsinaisiin töihinsä paremmin.

Kriteerien vartijan tilaamiselle tulee olla yhtenäiset. Olisi oleellista varmistaa, että vartijan tarve on aina tarkoin harkittu. On selvää, että vartija on hyvä tilata aina, jos on pienikin uhka, että potilas on vaaraksi itselleen, muille potilaille tai hoitajille. Kuitenkin esimerkiksi magneettiliiveissä tai tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden kohdalla vartijan tarvetta on hyvä tarkastella. Mielenterveyslain pykälässä 22 f säädetään, että vasten tahtoaan eristettäväksi tai sidottavaksi määrätylle potilaalle on nimettävä hoitaja, joka huolehtii potilaan saavan toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon sekä mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Samassa pykälässä määritetään, että sidotun potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen. (L 14.12.1990/1116.) Lepoliiveissä olevan potilaan seuranta ei saisi olla vartijan tehtävä somaattisessa hoidossa, vaan hoitohenkilökunnan resurssien tulisi olla sellaiset, että sairaanhoitaja voisi toteuttaa vierihoitoa.

Osassa vastuuhoidajien vapaamuotoisista huomioista oli kuvattu sellaisia tekijöitä, jotka on huomioitu jo vuorokausiseurantalomakkeen taulukkomaisessa alkuosassa. Kaksoiskirjaamisen välttämiseksi onkin syytä pohtia, onko esimerkiksi eristyksistä tarpeellista mainita uudelleen, jos ne on jo kirjattu niille varattuun kohtaan. Vuorokausiseurantalomakkeen taulukko-osiota onkin ajoittain hyvä päivittää, mikäli havaitaan joidenkin tekijöiden, kuten tiettyjen tutkimusten tai toimenpiteiden, toistuvan tiuhaan vapaamuotoisissa huomioissa. Tämä nopeuttaa ja selkeyttää kirjaamista. Kirjaamisen vertailukelpoisuuden edistämiseksi myös kirjaamisen perusteiden tulisi olla yhtenäiset, mihin voidaan vaikuttaa kirjaamisen käytänteistä keskustelemalla ja kriteereistä sopimalla.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen ja etiikan yhteyden sanotaan olevan kaksijakoinen. Tutkimuksen tuloksien ajatellaan vaikuttavan eettisiin ratkaisuihin, toisaalta taas eettisten kantojen ajatellaan vaikuttavan tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Tässä työssä tiedon keruu toteutettiin eettisesti. Vuorokausiseurantakaavake oli valmis osaston käytössä oleva kaavake, jonka työstämisessä kunnioitettiin vastuuhoidajien anonymiteettiä. Työssä ei oltu tekemisissä varsinaisten potilastietojen kanssa, joten seurantalomakkeen huomioista on mahdotonta selvittää, keihin huomiot liittyivät. Sairaalan henkilökuntaan liittyvät huomiot analysoitiin myös kunnioittaen henkilökunnan anonymiteettiä.

Kolmen kuukauden vuorokausiseurantalomakkeet nähtiin riittäväksi aineistoksi, sillä jo tästä määrästä saatiin lähes 300 vuoron huomiot. Suuremman aineistomäärän ei katsottu tuovan merkittävästi uutta tietoa. Tutkimusmateriaalia saatiin päivystysalueen ylihoitajalta alkuvuodesta 2011. Aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti, ja palautettiin analyysin valmistuttua ylihoitajalle, joka huolehti materiaalin takaisin arkistoitavaksi. Opinnäytetyön tekijät noudattivat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joihin lukeutuvat rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen arvioinnissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132).

Tutkimuksen tekoon ja osaston nimen käyttöön tutkimuksessa pyydettiin lupa syksyllä 2010 päivystysalueen ylihoitajalta. Myös silloinen päivystys- ja infektio-osaston osastonhoitaja oli ideoimassa aihetta. Heiltä saatu hyväksyntä nähtiin riittäväksi, sillä opinnäytetyön tekijät eivät olleet tekemisissä vastuuhoidajien kanssa. Toinen tekijöistä oli ollut aikaisemmin muutaman kuukauden työsuhteessa kyseisellä osastolla; tästä toisen tekijän suhteesta tutkittavaan ilmiöön oltiin tietoisia. Tekijä tunsikin nimeltä myös osan osaston henkilökunnasta, mutta sen ei kuitenkaan nähty vaikuttavan tutkimukseen, sillä analysoiminen toteutettiin puhtaasti ilmaisujen mukaan, eikä vastuuhoidajien henkilöllisyydellä nähty olevan siihen vaikutusta. Paitsi eettisyyden, myös luotettavuuden kannalta on oleellista tarkastella tutkimuksen refleksiivisyyttä, eli tutkijoiden suhdetta tutkittavaan asiaan (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Tuomen ja Sarajärven (2009, 134) mukaan laadullinen tutkimus ei ole yksi yhtenäinen tutkimusperinne, vaan siihen kuuluu useita melko erilaisia perinteitä. Näin ollen laadullisen tutkimuksen piiristä löytyy monenlaisia käsityksiä tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä kysymyksistä. Laadullisen tutkimuksen oppaiden luotettavuustarkasteluista löytyy monesti hyvin erilaisia ja eri asioita painottavia näkökulmia. Yleisesti voidaan kuitenkin ajatella, että tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–140.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuitenkin arvioida esimerkiksi uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä, sekä toisaalta myös arvioimalla tutkimusprosessin luotettavuutta vaihe kerrallaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129–133.)

Työn rakenne on johdonmukainen ja noudattaa Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjeita. Aluksi on käsitelty tutkimuksen teoreettisia lähtökohtia sekä tutkittavan osaston ominaispiirteitä ja toimintaympäristöä. Lisäksi työssä on haluttu selvittää vastuuhoidajan työnkuvaa kohdeosastolla, koska vastuuhoidaja-käsitettä käytetään monissa eri merkityksissä. Näiden kuvausten ansiosta tutkimus on siirrettävissä vastaaviin ympäristöihin, mikä parantaa tutkimuksen luotettavuutta.

Analyysiprosessin työvaiheet kuvattiin tarkasti ja johdonmukaisesti. Analyysi eteni vaiheittain ja sen havainnollistamisessa käytettiin kuvioita ja liitteeksi lisättiin esimerkki analyysin kulusta. Tulokset esiteltiin kattavasti ja selkeästi. Analyysia alettiin tehdä aineistolähtöisesti, jolloin pelkistykset ja kategoriat muotoutuivat ilmauksien pohjalta. Aineistoa kuvaavaksi yhdistäväksi käsitteeksi havaittiin kuitenkin jo varhaisessa vaiheessa työkuormitus. Työn edetessä myös tutkimustehtävät tarkentuivat. Kylmän ja Juvakan (2007, 113) mukaan onkin mahdollista, että laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät tarkentuvat lopulliseen muotoonsa aineiston keruuvaiheessa tai analyysin edetessä. Koska tutkimusprosessin etenemisen vaiheet on selostettu tarkasti, vahvistettavuuden kriteerit toteutuvat (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Tässä työssä uskottavuus näkyi siinä, että analysoitava materiaali oli saatu oikeassa elämässä kootusta aineistosta. Vastuuhoidajat eivät tienneet vuonna

2010 vuorokausiseurantalomakkeita täyttäessään, että lomakkeet tulisivat olemaan osa tutkimusta. Näin ollen tutkimuksen teko ei ole päässyt vaikuttamaan vastuuhoitajien huomioihin lomakkeissa.

7.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tutkimusta voidaan hyödyntää osin henkilökunnan mitoituksen arvioinnissa, sekä vastuuhoitajien perehdytyksessä. Vastuuhoitajien perehdytyksessä voidaan jatkossa käydä läpi asioita, joita tämän tutkimuksen perusteella vastuuhoitajat kohtaavat työssään. Kohdeosasto voi jatkossa tarkastella myös hoitajien ja lääkärin välistä yhteistyötä sekä hoitotyön sisältöä tämän opinnäytetyön valossa.

Tämä opinnäytetyö antaa monia jatkotutkimusmahdollisuuksia. Päivystys- ja infektio-osaston vuorokausiseurantalomakkeen taulukko-osiosta ei ole vielä tilastollisia tietoja. Voisikin olla mielenkiintoista selvittää, mitä uutta tietoa lomakkeen tilastointi voisi tuoda. Lisäksi voisi selvittää, kohdistuvatko potilasjonot jollekin tietylle erikoisalan osastolle. Tämä voisi hyödyttää esimerkiksi yhteistyön suunnittelua osastojen välillä. Toisaalta olisi mielenkiintoista tutkia myös, ilmeneekö päivystys- ja infektio-osaston työvuorojen välillä eroavaisuuksia esimerkiksi työtahdin kokemisessa ja vuoron kuormittavuudessa. Tällä tavoin voisi saada tietoa esimerkiksi siitä, onko tämänhetkiset työvoimaresurssit kohdennettu parhaalla mahdollisella tavalla eri työvuoroissa.

Myös hoitajien kokemuksia työvuoroista voisi tutkia, sillä tämä opinnäytetyö keskittyi ainoastaan vastuuhoitajien kuvauksiin. Tuloksia voisi heijastaa tähän työhön ja tarkastella, eroavatko hoitajien ja vastuuhoitajien kokemukset toisistaan. Hoitajien kokemuksia voisi kartoittaa esimerkiksi haastattelun avulla. Samoin jatkotutkimusehdotuksena on selvittää hoitajien työtyytyväisyyttä ja vielä tarkemmin hoitajien kuormittumista. Tietoa voisi kerätä haastattelumenetelmän myötä, mihin kaikkeen hoitajien aika kuluu työvuoron aikana.

LÄHTEET

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane D.M., Sochalski, J. & Silber, J.H. 2002. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *American Medical Association* 288, 16, 1987–1993. Viitattu 24.3.2011. <http://jama.ama-assn.org/content/288/16/1987.full.pdf+html?sid=cc008672-3df5-4260-8c5c-46767fc57aa8>

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M. & Shamian, J. 2001. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs* 20, 3, 43–53. Viitattu 15.3.2011. <http://content.healthaffairs.org/content/20/3/43.full.html>.

Brillman, J., Mathers-Dunbar, L., Graff, J., Joseph, T., Leikin, J.B., Schultz, C., Severance Jr, H.W. & Werne, C. 1995. Management of Observation Units. *Annals Of Emergency Medicine* 25, 6, 823–830. Viitattu 15.3.2011. <Http://www.sciencedirect.com>, Health Sciences, *Annals of Emergency Medicine*, Volume 25, Issue 6.

Chang, Y., Chen, C., Chang, C & Kuo, Y. 2004. Evaluation Of Unpredictable Critical Conditions Of Patients Treated In The Observation Unit Of The Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine* 27, 2, 109–113. Viitattu 15.3.2011. <Http://www.sciencedirect.com>, Health Sciences, *The Journal of Emergency Medicine*, Volume 27, Issue 2.

Cooke, M.V., Higgings, J. & Kidd, P. 2003. Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review. *Emergency Medicine Journal* 20, 138–142. Viitattu 15.3.2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726054/pdf/v020p00138.pdf>

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosiksi 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Viitattu 8.1.2011. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Fagerholm, N. 2007. Hoitotyön kuormittavuus poliklinikalla – sähköisten rekisteritietojen analysointi. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Gröhn, J., Hussi, E., Kärrä, T. & Naukkarinen, H. 2006. Tarkkailuosasto sairaalan toiminnanohjauksen keinona. *Suomen lääkärilehti* 61, 19, 2133–2136.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. p., uud. p. Helsinki: Tammi.

Janhunen H. & Pyhälä-Liljeström, P. 2009. Päivystysalueen vastuuhoidajan tehtävät. Ohje työntekijöille 1.6.2009. Päivystysalue, Keski-Suomen keskussairaala.

Kantanen, A. 2008. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden yhteistyö erikoissairanhoidossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Kauppinen, T. & Reijula, K. 2010. Fysikaaliset ja kemialliset työympäristötekijät. Teoksessa Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Toim. M. Perkiö-Mäkelä, M. Hirvonen, A-L. Elo, I. Kandolin, K. Kauppinen, T. Kauppinen, R. Ketola, T. Leino, P. Manninen, S. Miettinen, K. Reijula, S. Salminen, M. Toivanen, S. Tuomivaara, M. Vartiala, S. Venäläinen & M. Viluksela. Työterveyslaitos, 11. Viitattu 18.3.2011.
http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Toim. M. Kinnunen & K. Peltomaa. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 75–97

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 1, 3-12.

Laine, M. 2010. Terveystuho ja sosiaalipalvelut. Teoksessa Työ ja terveys Suomessa 2009. Toim. T. Kauppinen, R. Hanhela, I. Kandolin., A. Karjalainen, A. Kasvio, M. Perkiö-Mäkelä, E. Priha, J. Toikkanen & M. Viluksela. Työterveyslaitos. Sastamala: Vammalan kirjapaino, 228–233.

Laine, M., Wickström, G., Pentti, J., Elovainio, M., Kaarlela-Tuomaala, A., Lindström, K., Raitoharju, R. & Suomala, T. 2006. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Työterveyslaitos. Tampere: Juvenes Print.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. p., uud. p. Helsinki: WSOY, 21–43.

Lehtinen, R-L. 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena. Hoitajien ja lähihoitajien kiireelle antamia merkityksiä konservatiivisessa hoitotyössä. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystuho ja talouden laitos. Viitattu 31.3.2011.
https://www.uef.fi/c/document_library/get_file?uuid=2775d661-b7ab-4de1-a4cc-af8457b7d12a&groupId=122710

Lindström, K., Elo, A-L., Hopsu, L., Kandolin, I., Ketola, R., Lehtelä, J., Leppänen, A., Mukala, K., Rasa, P-L. & Sallinen, M. 2005. Työkuormituksen arviointimenetelmä TIKKA. Työterveyslaitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Viitattu 29.3.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Viitattu 6.4.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Manninen, M. & Viinikainen, S. 2010. Päivystys- ja infektio-osasto. Dia-esitys osaston toiminnasta. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Nopean vasteen toimintamalli. 2010. Nova. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 7.1.2011.
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=2996&nodeid=24964>

Nopean vasteen toimintatapa päivystystyössä. 2006. Mikä on NOVA? NOVA tiedote 13.2.2006. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 7.1.2011.
<http://nova.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=759&nodeid=23342>

NOVA Tavoitteet. 2006. Nopean vasteen toiminta päivystystyössä. Tietoa palvelusta 10.2.2006. Viitattu 7.1.2011
<http://nova.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=23952&culture=fi-FI&contentlan=1>

NOVA. 2003. Nopean vasteen toiminta päivystystyössä. Toimintajärjestelmä. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoitajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere: Juvenes Print.

Nuikka, M-L. 2004. Työntekijän näkemys johtamisen merkityksestä työhyvinvoinnille. Teoksessa Työn johtaminen ja hyvinvointi. Hoitotyön vuosikirja 2004. Toim. A. Peiponen, T. Koivisto, S. Muurinen & E. Rajalahti. Helsinki: Tammi, 105–114.

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Patient safety. 2011. World Health Organization WHO. Viitattu 8.1.2011.
http://www.who.int/topics/patient_safety/en/

Pitkänen, L. 2010. Läpimenoajat lasten päivystyspoliklinikalla – mitkä tekijät vaikuttavat? Case Lastenkliniikka. Maisterin tutkinnon tutkielma. Helsingin kauppakorkeakoulu. Liiketoiminnan teknologian laitos. Viitattu 30.3.2011.
http://hsepubl.lib.hse.fi/FI/ethesis/pdf/12437/hse_ethesis_12437.pdf

Potilasturvallisuus. 2011. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Tietopaketti verkkosivustolla. Viitattu 8.1.2011.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus. 2009. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön verkkosivut. Viitattu 8.1.2011.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus

- Pulkkinen, M-L. 2000. Hoitoisuuden arviointi erikoissairaanhoidossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja. Turku: Kirjapaino Pika.
- Päivystyksen benchmarking. 2011. Nordic healthcare groupin raportti 14.3.2011.
- Salminen, S. 2010. Tapaturmat ja fyysinen väkivalta. Teoksessa Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Toim. M. Perkiö-Mäkelä, M. Hirvonen, A-L. Elo, I. Kandolin, K. Kauppinen, T. Kauppinen, R. Ketola, T. Leino, P. Manninen, S. Miettinen, K. Reijula, S. Salminen, M. Toivanen, S. Tuomivaara, M. Vartiala, S. Venäläinen & M. Viluksela. Työterveyslaitos, 14. Viitattu 18.3.2011. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf
- Rauramo, P. 2008. Työhyvinvoinnin portaat – viisi vaikuttavaa askelta. Helsinki: Edita Prima.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. p., uud. p. Helsinki: Tammi.
- Teittinen, J. 2010. Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystys. DIA-esitys. Sairaalapäivät 2010. Päivystyksen toiminta-alue. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 25.1.2011. <http://www.kuntatieto.fi/binary.asp?path=1;29;353;85691;129992;149105;166721;166735&field=FileAttachment&version=1>
- Vallimies-Patomäki, M. & Hukkanen, E. 2006. Riittääkö terveydenhuollon henkilöstö? Pro terveys, 34, 1, 4–10.
- Vastuuhoitajan tehtävät Päivystys- ja infektio-osastolla. 2010. Päivystys- ja infektio-osaston laatima ohje työntekijöille 23.6.2010. Päivystys- ja infektio-osasto, Keski-Suomen keskussairaala.
- Viinikainen, S. 2011. Päivystysalueen ylihoitaja, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Haastattelu 20.1.2011.
- Voutilainen, P. 2004. Henkilöstömitoitukset ja henkilöstön hyvinvointi. Teoksessa Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Hoitotyön vuosikirja 2004. Toim. A. Peiponen, T. Koivisto, S. Muurinen & E. Rajalahti. Helsinki: Tammi, 126–132.
- Väänänen, T. 2007. Sairaanhoidajan tehtäväkuva – Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Waris, K. 2001. Näköaloja työelämään - Kuormittuminen voimavaraksi. Työterveyslaitos. Helsinki: K-Print.
- Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmän raportti. Viitattu 25.1.2011. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf

Liite 2. Pelkistetyt ilmaukset

<ul style="list-style-type: none"> -Raskashoitoisia potilaita -Työllistäviä potilaita -Vierihoito -Huonokuntoisia potilaita -Paljon vuodepotilaita -Exitus -Sekavia potilaita -Eristyksiä -Mt-potilaita -P7 työllistää -Verraten hyväkuntoisia potilaita -CPAP/BiPap-potilaita -Levottomia potilaita -Henkisesti raskas -Fyysisesti raskas -Lapsipotilas -Potilaiden omaiset osastolla -Hoitorinkiläinen osastolla -Paljon kuljetuksia -Saliin kuljetuksia -Kuljettajien pula -Tutkimuksiin kuljetuksia -Potilaiden kuljetus osastoille -Hoitajien tekemät kuljetukset -Potilaskuljettajasta suuri apu -Täysi osasto -Potilasjonot -Tk:n vetämättömyys -Osastojen vetämättömyys -Jono päivystysosastolle -Hoitopäivien venyminen osastolla -Osastolle kuulumattomat potilaat -Suuri vaihtuvuus 	<ul style="list-style-type: none"> -Potilaiden siirrot valvontayksikköihin -Paljon lähtijöitä -Paljon tulijoita -Potilassiirtojen painottuminen iltavuoroon -Potilaiden tulon painotumien iltavuoroon -Jatkohoidon järjestely -Hyvin paikkoja -Vartija osastolla -Vartijaa tarvittu käymään -Vartija levottoman potilaan kanssa -Vartija aggressiivisella potilaalla -Vartijan puute -Turvahuoneen käyttö -Magneettiliivien käyttö -Työteliäisyys -Töitä riittänyt -Vilkas vuoro -Kiireinen vuoron alku -Kiire -Vauhdikasta -Työntäyteinen vuoro -Rauhallinen vuoro -Tasaista työskentelyä -Normaali vuoro -Työn epätasainen jakautuminen -Vaillinaiset raportit -Tulleiden potilaiden tietojen vajavaisuus -Väärin tietojen saanti potilaista -Kiertojen pitkittyminen -Lääkärin aikatauluongelmat -Lääkäreiden tietojärjestelmätaitojen puute -Kaikista potilaista ei sähköisiä määräyksiä 	<ul style="list-style-type: none"> -Lääkäri ei ota kantaa potilaan lääkityksiin -Kuumekurvan toimimattomuus -Oskun puutteelliset käytötaidot -Oskun työllistävyys -ATK-tuen puute -Paljon kirjallisia töitä -Hyvä vahvuus -Sairastumisia -Sijaisjärjestelyt -Työvuorojärjestelyt -Sairastumiset kesken työvuoron -Minimivahvuus -Muualta saatu apu vahvuuteen -Iv-luvattomat sairaanhoitajat -Alimiehitys -Tuplavuoron teko -Paljon potilaita yhtä hoitajaa kohti -Apuna ea:ssa -Perehtyjiä osastolla -Lisää liksaa -Poissa vahvuudesta -Soiteltu töihin -Potilaiden uudelleen sijoittaminen/huonesiirrot -Vapaita paikkoja ”väärissä” huoneissa -Runsaasti tarkkailua vaa- tiville potilaille ei paikkoja -Potilaita ”väärillä paikoilla” -Voinnin äkillinen muuttuminen -Paljon kardioversioita -Paljon toimenpiteitä -Paljon rtg-tutkimuksia -Pleurapunktio -Cystofixin laitto
---	--	---

Liite 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä käsite
<p>"Käytävällä vaeltavia arvaamattomien paikkojen tutkija"</p> <p>"Useita sekavia ja huutelevia potilaita!"</p>	Sekavia potilaita			
<p>"Kovin huonokuntoisia potilaita"</p> <p>"1 kuoleva potilas intubaatioputken kanssa"</p>	Huonokuntoisia potilaita	Potilaiden hoitoisuus	Hoitajien työn määrä ja sisältö	Työkuormitus
<p>"Useampi todella raskashoitoinen potilas osastolla"</p> <p>"paljon auteltavia"</p>	Raskashoitoinen potilaita			
<p>"1 TBC-epäily tuli ilmaeristykseen"</p> <p>"paljon kosketuseristykseen"</p>	Eristyksiä			
<p>"exitus ilta- ja yövuoron vaihteessa"</p> <p>"exitus (dnr-potilas) klo ~18"</p>	Exitus			