

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitaja

2020

Aleksi Lindström, Eemeli Santanen ja Valtteri Järvinen

# SALON YHTEISPÄIVYSTYKSEN HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA PÄIVYSTYKSEN TOIMINNASTA

Alexi Lindström, Eemeli Santanen & Valtteri Järvinen

## SALON YHTEISPÄIVYSTYKSEN HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA PÄIVYSTYKSEN TOIMINNASTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Salon yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kokemuksia päivystyksen toiminnasta kyselytutkimuksen avulla. Tavoitteena on kehittää Salon päivystyksen toimintaa hoitohenkilökunnan kokemuksesta. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Tyks Akuutti.

Opinnäytetyön kohderyhmänä toimi Salon yhteispäivystyksen hoitohenkilökunta. Tutkimuksen aineisto koostui sairaanhoitajien (n=22) kokemuksesta. Aineisto kerättiin Webropol-kyselytyökalulla tehdyn kyselylomakkeen avulla. Aineisto analysoitiin sekä induktiivisella että tilastollisella analyysimenetelmällä.

Tutkimuksen kysymysalueet koostuivat hoidon tarpeen arvioinnista, tietoturvallisuudesta, työhyvinvoinnista, yhteistyöstä, päivystyksen tiloista, potilasohjauksesta sekä potilastietojärjestelmistä. Kyselyssä oli myös avoin kysymys lopussa.

Tutkimustulosten perusteella hoitajat kokivat triageluokituksen potilashoitoa parantavaksi tekijäksi sekä hoidon tarpeen arvioinnin olevan tehokasta. Potilaiden tietoturvallisuudessa todettiin olevan puutteita potilaspaikoilla sekä ilmoittautumislukulla. Hoitajat myös kokivat, etteivät tämänhetkiset työtilat ilmoittautumislukulla ja kanslioissa tue hoitotyötä. Yhteistyötoiminta koettiin hyväksi. Hoitajat kokivat oman potilasjaottelun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toimivaksi. Lisäksi hoitajilla ja lääkäreillä on yhteinen käsitys missä kukin potilas hoidetaan. Myös hoitajien pääsääntöisesti käyttämä potilastietojärjestelmä koettiin tarkoituksenmukaiseksi, mutta haastavaksi koettiin kaksi eri potilastietojärjestelmää, mitkä tuottivat ongelmia kirjaukseen. Hoitajat kokivat työilmapiirinsä hyväksi ja työtä tukevaksi, mutta kuitenkin virkistystoiminnan vähyyys, sekä esimiestoiminta eivät tukeneet hoitajien työssäjaksamista.

Opinnäytetyön tuloksissa Salon päivystyksen toiminnasta selkeinä vahvuuksina nousevat yhteistyö ja kommunikointi sekä potilasohjaus. Selkeiksi kehityskohteiksi nousivat tietoturvallisuus, potilastietojärjestelmät, tilat, välineet sekä työilmapiiri ja työssä jaksaminen. Yhteispäivystyksen toimintaa on tutkittu vähän, kuitenkin jo tehdyissä tutkimuksissa tulee ilmi ongelmia kahdesta eri tietojärjestelmästä, potilasjaottelusta, kommunikaatiosta johtuvista ongelmista sekä esimiestoiminnasta.

### ASIASANAT:

yhteispäivystys, päivystys, triage, moniammatillisuus, hoitohenkilökunta

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing

2020 | 54 pages, 8 pages in appendices

Alexi Lindström, Eemeli Santanen & Valtteri Järvinen

## NURSING STAFF'S EXPERIENCES OF THE EMERGENCY SERVICES AT SALO

The purpose of this thesis was to survey nursing staff's experiences of the emergency services at Salo's coordinated accident and emergency services with a help of questionnaire survey. The aim is to improve Salo's emergency services by nursing staff's experiences. The thesis was commissioned by Tyks Acute.

The thesis target group was Salo's coordinated accident and emergency services nursing staff. Data for the research consisted from nurse's (n=22) experience. The data were collected with questionnaire. The data were analyzed with statistical and inductive analysis methods.

Research consisted questions about assessment of the need for treatment, information security, on well-being at work, cooperation, facilities of emergency services, patient guidance, and patient information systems. The survey also included an open question at the end.

By the outcome of research nurses experienced triage rating to improve patient care and assessment of the need for treatment to be effective. Flaws were found in the patient information security at the patient sites and registration door. Nurses also experienced that the current workspaces do not support their nursing in the patient sites and office. The cooperation activities were experienced for the good. The nurses patient distribution between primary health care and special health care was experienced for the good. Doctors and nurses had similar understanding which organization the patients are treated. main patient information systems used by the nurses were experienced appropriate. However, two different patient information systems were experienced challenging and caused difficulties with writing patient reports. The nurses experienced the working environment good and supporting. The lack of recreational activities and the management did not support nurses working ability.

The cooperation, communications and patient guidance's stands up from the research as a strong suit for the Salo's emergency services. On the other hand, information security, patient's information systems, spaces, instruments, working environment and working ability needs improvements. There is not much researches done about coordinated accident and emergency services. In these researches turns out that two different patient information systems, patient distributions, communication problems and management needs improvements.

### KEYWORDS:

coordinated accident and emergency services, emergency service, triage, multi-professionalism, nursing staff

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 PÄIVYSTYSTOIMINTA SUOMESSA</b>	<b>7</b>
2.1 Päivystyspalvelut	8
2.2 Moniammatillinen yhteistyö	9
<b>3 HOIDONTARPEEN ARVIOINTI PÄIVYSTYKSESSÄ</b>	<b>12</b>
<b>4 POTILASTIETOJÄRJESTELMÄ JA TIETOTURVALLISUUS PÄIVYSTYKSESSÄ</b>	<b>15</b>
<b>5 TYÖHYVINVOINTI TERVEYDENHUOLLOSSA</b>	<b>18</b>
<b>6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA</b>	<b>22</b>
<b>7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>23</b>
7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	23
7.2 Aineiston analyysi	24
<b>8 TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>	<b>26</b>
8.1 Yhteispäivystyksen hoitajien kokemukset yhteistyöstä	27
8.2 Yhteispäivystyksen hoitajien kokemukset hoidon tarpeen arvioinnista	30
8.3 Yhteispäivystyksen hoitajien kokemukset potilastietojärjestelmistä, tietoturvallisuudesta, tiloista ja välineistä yhteispäivystyksessä	33
<b>9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>37</b>
<b>10 TUTKIMUKSEN POHDINTA</b>	<b>41</b>
10.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	41
10.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	46
<b>11 LÄHTEET</b>	<b>48</b>

## LIITTEET

Liite 1. Opinnäytetyön kyselylomake

Liite 2. Saatekirje

## KUVIOT

Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=22).....	26
Kuvio 2. Hoitajien työkokemus hoitoalalta (n=22).....	26
Kuvio 3. Hoitajien työkokemus Salon päivystyksessä (n=22). .....	27

## TAULUKOT

Taulukko 1. Hoitajien kokemukset yhteistyötoiminnasta ja kommunikaatiosta yhteispäivystyksessä.	28
Taulukko 2. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen työilmapiiristä ja työhyvinvoinnista.	29
Taulukko 3. Hoitajien kokemukset yhteispäivystyksen sisäisistä numeroista ja raportoinnista.	30
Taulukko 4. Hoitajien kokemuksia Yhteispäivystyksen hoidontarpeen arvioinnista.	30
Taulukko 5. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen triageluokittelusta.	31
Taulukko 6. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen potilasjaottelusta.	32
Taulukko 7. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen potilasohjauksesta.	33
Taulukko 8. Hoitajien kokemuksia potilastietojärjestelmästä yhteispäivystyksessä.	34
Taulukko 9. Hoitajien kokemuksia tietoturvasuudesta yhteispäivystyksessä.	34
Taulukko 10. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen tiloista ja välineistä.	35
Taulukko 11. Tulokset jaoteltu keskiarvon mukaan.	36

# 1 JOHDANTO

Terveydenhuoltolaissa on määritelty, että kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautista päivystystä kiireellistä hoitoa varten. Tässä yksikössä on oltava tarpeeksi voimavaroja ja osaamista turvatakseen sekä potilaan hoidon laatu että potilasturvallisuus. Kiireellisessä hoidossa ollut potilas voidaan siirtää jatkohoitoon kotikuntaansa, kun tarpeellinen jatkohoito on varmistettu vastaanottavassa yksikössä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 50 §.)

Päivystyksissä toteutetaan potilaille kiireellistä hoitoa riippumatta potilaan asuinpaikasta. Päivystyshoitoa vaativiksi hoidoiksi luokitellaan äkillinen sairaskohtaus, vammautuminen, kroonisen sairauden pahentuminen tai yleiskunnon ja toimintakyvyn alentuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b.) Yhteispäivystyksessä hoidetaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilaita, jotka huolehtivat potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta (Lång 2013).

Päivystyspoliklinikalle saapuvalla potilaalle tehdään hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvio. Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviolle käytetään termiä triage. Päivystykseen saapuvan potilaan kiireellisyysluokka arvioidaan potilaan antamien tietojen ja muiden esiin tulevien asioiden pohjalta. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään potilaan terveydentila, potilaan toimintakyky sekä tarvitseeko potilas välitöntä päivystyshoitoa, näiden perusteella kunnan tulisi mahdollisesti järjestää potilaalle tarpeellinen hoito. (Valvira 2018a.)

Salon yhteispäivystyksen rakenne koostuu kahden eri hallinnon alla olevasta päivystyksestä: Salon kaupungin perusterveydenhuollon (Salon sosiaali- ja terveyspalvelut 2020) sekä TYKS Akuutin erikoissairaanhoidon päivystyksistä (Turun yliopistollinen keskussairaala 2019).

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Salon yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kokemuksia päivystyksen toiminnasta. Tavoitteena on kehittää Salon päivystyksen toimintaa hoitohenkilökunnan kokemuksesta.

## 2 PÄIVYSTYSTOIMINTA SUOMESSA

Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt päivystyksen yleistermiksi, mikä tarkoittaa joko päivystyshoidon tarpeeseen tai päivystyshoitoa tuottavaa paikkaan (Setälä 2016, 4–5). Suomessa päivystyksen tuottamisesta ja turvaamisesta on tehty linjauksia useissa lainkohdissa. Muun muassa perustuslaissa (731/1999, 19 §) linjataan, että jokaisella on oikeus välittömään huolenpitoon, myös laki potilaan asemassa ja oikeuksissa (785/1992, 8 §) linjaa potilaan oikeudesta välittömään hoitoon akuutissa tilanteessa. Sosiaali- ja terveysministeriö (2017) on myös tehnyt asetuksen, minkä mukaan kuntien on turvattava ja taattava potilaan hoito kaikkina vuorokauden aikoina riippumatta siitä, missä ihmiset asuvat, sekä terveydenhuollon kiireellinen hoito ja päivystyksen palvelut tulee toteuttaa korkealaatuisina ja oikea-aikaisina siten, että hoitoon pääsy ja hoito toteutetaan yhdenvertaisesti ja vaikuttavasti. Terveydenhuoltolaki (1326/2010, 50§) määrittää, että päivystystoiminnan järjestämisen päävastuu on linjattu kunnille.

Suomessa päivystyksen palvelut järjestävät sairaalat ja terveyskeskukset (Kantonen 2014). Palveluiden tuottamisen malleja on monenlaisia, kunnat voivat muun muassa tarjota päivystyksen palveluita itse, sairaanhoitopiiri voi tuottaa palvelut tai tarvittaessa päivystyksen toiminnan voi ulkoistaa yksityiselle palveluntuottajalle kokonaan tai vain osittain. (Reissell ym. 2011, 18–23.) Kiireellistä hoitoa vaativia tilanteita voivat olla nopeasti syntyvä sairaskohtaus, vammautumiseen johtanut onnettomuus, henkilön kroonisen sairauden pahentuminen tai yleiskunnon ja toimintakyvyn alentuminen. (STM 2020b.) Iäkkäiden potilaiden hoitoon tulee kiinnittää myös huomioita päivystyksessä. Iäkkäiden potilaiden kunto vaihtelee rajusti ja heidän jatkohoitopaikkansa saaminen on hankalaa, joka vaikeuttaa palveluprosessia. (Reissell ym 2011, 21.)

Ei kuitenkaan voida olettaa, että kaikki päivystyksen asiakkaat ovat jonkin fyysisen ongelman omaavia. Päivystykseen saapuva potilas voi nimittäin tarvita apua psyykkiseen tai sosiaaliseen ongelmaan. (Reissell ym. 2011, 19–20.) Sairaanhoitajat pysyvät havaitsemaan psykiatriset ongelmat hyvin (Luukkonen 2014), ja sosiaalisia ongelmia varten päivystyksestä löytyy sosiaalipäivystys. Sosiaalipäivystys takaa välittömän ja äkillisen sosiaalipalvelujen ja muiden tarvittavien tukitoimien järjestämisen

vuorokauden sisällä henkilölle, ketä tarvitsee sosiaalista tukea tai huolenpitoa. (Valvira 2018a.) Päivystysyksiköillä on kokonaisuudessaan velvollisuus taata potilaille asianmukainen hoito, pitämällä huolen yksikön riittävästä voimavaroista ja ajankohtaisesta ja laadullisesta osaamisesta hoitotyössä (Valvira 2018b).

## 2.1 Päivystyspalvelut

Suomessa päivystyksiä on **perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon päivystys ja yhteispäivystys** (Reissell ym. 2011, 19). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako tai yhteistyö on toteutettu alueilla eri tavalla. Tähän jakoon vaikuttaa lääkäreiden koulutus, alueen omat perinteet ja käytettävissä olevat resurssit. Virka-aikana perusterveydenhuollon päivystys toteutuu terveyskeskuksissa. Muina aikoina terveyskeskus turvaa palvelujen saatavuuden joko yksin, tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. (Kantonen 2014, 21.)

**Perusterveydenhuollolla** tarkoitetaan kunnan järjestämää terveydentilan seuranta- ja terveyden edistämistä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 §3). Perusterveydenhuolto pitää sisällään terveysneuvonnan ja terveystarkastukset, suun terveydenhuollon, lääkinällisen kuntoutuksen, avo- ja kotisairaanhoidon sekä kotisairaala- ja sairaalahoitoa (Lehtonen 2019, 6). Päivystystoiminta on yleensä terveyskeskuksen yksin tuottamaa, mutta toiminnan tuottamiseen voi myös osallistua yhteistyössä useampi kunta. (Reissell ym. 2011, 18–23.)

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 52 §) määritellään **erikoissairaanhoidon** lääketieteelliseen ja hammaslääketieteelliseen erikoisalojen sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, ensihoitoon, hoitoon sekä päivystykseen. Kuntien on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin, jotta pystytään järjestämään erikoissairaanhoidon. (Kuntaliitto 2019). Sairaanhoitopiiri on se taho, joka pääsääntöisesti tuottaa erikoissairaanhoidon keskus- ja aluesairaaloissa (THL 2020). Kuntien tulee huolehtia siitä, että kunnan asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon varten sairaanhoitopiirejä on 20 Suomessa. Jokaista sairaanhoitopiiriä varten on keskussairaala sekä muita sairaaloita. (STM 2020c.)



**Yhteispäivystys** käsitteenä voi tarkoittaa päivystyspoliklinikkaa, mikä on jaettu useammalle kunnalle yhteiseksi. Se voi myös tarkoittaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystystä, mitkä toimivat saman katon alla. Yhteispäivystykseen kuuluu yleislääketieteelliset palvelut sekä myös erikoislääkäreiden tuottamat palvelut. Yhteispäivystys luokitellaan perusterveydenhuollossa päivystykseksi, joka sairaanhoitopiiri pystyy tuottamaan. (Reissell 2011, 29.) Suomessa on lähdetty keskittämään päivystystoimintaa 2000-luvulta lähtien yhteispäivystyksiin, jolla on pyritty saamaan perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon potilaat hoidettaviksi saman katon alle, missä molempien tuottamat palvelut olisivat saatavilla (Janhunen ym. 2014, 1). Vuonna 2019 on saatu yhdistettyä perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido kaikissa keskussairaaloissa (STM 2019a). Yhteispäivystyksessä hoidetaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilaita, jotka huolehtivat potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta (Lång 2013, 1). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako päivystyksessä on toteutettu eri kunnissa eritavoilla, mutta valtakunnallisesti yhteistä toimivaa toimimallia ei ole linjattu. Jotta yhteistyö kuitenkin olisi sujuvaa, on pyritty tuomaan palvelujen tuottajat yhteispäivystykseen. (Reissell ym. 2011, 13.) Yhteistyö ei kuitenkaan vielä ole mutkatonta. Päivystysten sisäiset byrokraatit, hankala tiedonkulku, henkilökuntien asenteet sekä taloudellisen kannustuksen puute eivät tue yhteistoimintaa. (Lehtonen 2019, 6–8.)

## 2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa prosessia, missä useampi ammattilainen käsittelee yhteistä ongelmaa. Yhteistyössä jokaisen ammattilaisen vahvuudet ja tietämykset tulevat esiin, jolloin pystytään takaamaan monialainen näkemys ongelmasta. (Airaaksinen 2013, 9.) Moniammatillista yhteistyötä edistää muun muassa hoidon kokonaisvaltaisuus, yhteinen päätöksenteko, asiantuntijuuden jakaminen sekä työilmapiirin avoimuus. Päivystyksessä toimiminen vaatii hyvää moniammatillista yhteistyötä. Päivystyksessä kriittisissä tilanteissa jokaisen on tiedettävä tehtävänsä ja jokaisen osallistujan on voitava luottaa toisten ammatilliseen osaamiseen. (Collin ym. 2012, 19–21.) Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillinen yhteistyö keskittyy lähinnä asiakkaaseen. Kun eri ammattiryhmien asiantuntijat toimivat yhteistyössä, pystytään takaamaan asiakkaalle mahdollisimman laaja-alainen ja toimiva hoitopolku. Moniammatillisessa yhteistyössä pystytään hyödyntämään jokaisen ammatillisista osaamista yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Näin yhteistyöllä tietoja ja taitoja yhdistämällä

voidaan saavuttaa tavoite paremmin, kuin yksin toimimalla. Jotta yhteistyöllä pystytään luomaan uudenlaista asiantuntemusta ja osaamista, on kunnioitettava ja kuunneltava kaikkia hoitoon osallistuvia asiantuntijoita. (Mäkinen 2015 13-14.)

Terveydenhuollossa korostetaan nykypäivinä merkittävästi yhteistyön merkitystä, ja samalla taas kehittyvä hoitotyö mahdollistaa henkilökunnan aina vain itsenäisemmän työskentelyn. Kuitenkin monimuotoiset ongelmat, potilaiden ja asiakkaiden halu saada enemmän tietoa hoidoistaan tekevät moniammatillisesta yhteistyöstä välttämätöntä. Tulevaisuuden haasteet korostavat, että monenlaiset interventiot ja ennaltaehkäisevät hoitomenetelmät tekevät yhteistyöstä välttämätöntä, missä korostuvat eri ammattiryhmien erityisosaaminen. (Isoherranen 2012, 29-30.)

Ylitörmänen (2011, 24-25) on tutkimuksessaan selvittänyt sairaanhoitajien (n=252) yhteistyöstä ja siihen vaikuttavia tekijöitä kyselylomakkeella. Tutkimukseen vastanneiden (n=113) hoitajien kesken kokonaisvaltaisesti hoitajat olivat arvioineet yhteistyönsä hyväksi. Ristiriitatilanteissa ratkaisua pyritään selvittämään huolellisesti yhdessä muun työyhteisön kanssa. Kommunikointi toisten sairaanhoitajien kanssa koettiin melkein yksimielisesti helpoksi, eikä hoitajien välisessä tiedon kulussa koettu suuria puutteita. Ammatillisuudessa huomattiin eroja koulutuksen tason perusteella. Huomattiin, että korkeammin koulutetut hoitajat hallitsivat ongelmatilanteiden ratkaisut paremmin. Ristiriitojen kannalta työyhteisössä tulisi olla selkeät linjaukset niiden nopeaan selvittämiseen, sillä tutkimuksessa huomattiin, että niillä voi olla joko kielteinen tai myönteinen vaikutus työyhteisöön. (Ylitörmänen ym. 2011, 45–54.)

Sairaanhoitajilta odotetaan moniammatillista yhteistyökykyä, sekä heidän on pystyttävä toimimaan asiantuntijoina tiimitöissä, projekteissa ja verkostoissa. Sairaanhoitajan tulee myös pystyä toimimaan konsultoivana asiantuntijana asiakkaalle tai kollegalle. Vaikeaa tästä tekee jatkuvasti muuttuva hoitoympäristö. (Opetusministeriö 2006, 66.)

Haasteen ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön voi tuoda eri ryhmien välinen itsenäinen työskentely ja mahdollinen hierarkia-asetelma. Lääkärit ovat yleensä viimeisenä päättämässä potilaan hoidosta. Tässä asetelmassa erimielisyys tilanteissa yleensä turvaututaan aina lääkärin sanaan. Jokaisen työntekijän ammattitaitoa tulee hyödyntää yhteisissä työoloissa, eikä eri ammattiryhmien jäseniä tule ajatella kilpailijoina, vaan tiimin jäsenenä. Yhteistyö tukee potilaan hoitoa, ja samalla potilas kokee hoidon mielekkääksi. (Käppeli 1995, 252–254.) On kuitenkin koettu, että varsinkin

juuri lääkärien kanssa yhteistyö on hankalaa. Lääkärien kommunikointi henkilökunnan kanssa on niukkaa ja vuorovaikutus koostuu lähinnä määräyksistä. Tästä voi aiheutua se, että hoitohenkilökunta kokee osallistumisen päätösten tekoon vaikeaksi. (Ylitörmänen ym. 2011, 13–14.) Yhteistyö on prosessi, mikä koostuu vuorovaikutuksesta ja jokaisen henkilökohtaisista arvoista, kokemuksista ja ideoista. Jotta yhteistyö olisi toimivaa ja mutkatonta, välttämättömänä edellytyksenä sen toimivuudelle on luottamus yhteistyötahojen välillä. Luottamukseen ei synny hetkessä. Tämäkin vaatii aikaa ja luottamussuhteen syntymistä yhteistyötahojen välille. Ikäväksi tätä voi haitata aikaisemmat huonot kokemukset ja asenteet. (Lehtonen 2019, 6.)

### 3 HOIDONTARPEEN ARVIOINTI PÄIVYSTYKSESSÄ

Potilaan saapuessa päivystykseen on hänestä tehtävä **ensiarvio**. Tämän tarkoituksena on selvittää peruselintoimintojen tila, mahdollisten vammojen tai elimistön häiriöiden varalta, mitkä uhkaavat potilaan henkeä. Tällaisia voivat olla este hengitysteissä, rintakehän kipu mikä vaikeuttaa hengitystä, ulkoiset tai sisäiset verenvuodot ja vatsanalueen vammat. (Wilkinson & Skinner 2000.) Hoitaja, joka tekee arvion ottaa huomioon hoitoyksikön linjaukset, potilaan esitiedot ja potilaan tulosityn. Tästä aloitetaan heti suunnittelemaan päivystyksen sisäistä työnjakoa, missä suunnitellaan mahdollinen hoidonkulku ja resurssien tarvittava määrä. Näin pystytään jakamaan potilaalle resurssit, joita hän tarvitsee. Tällä arvioidaan, tarvitseeko potilas palveluja juuri kyseisessä yksikössä, vai voidaanko hänet ohjata hakemaan apua toiselta piiriltä. (STM 2006a.)

Hoitajien on päivystyksessä jatkuvasti tehtävä arviota siitä, kenellä on suurin tarve hoidolle tällä hetkellä. Kaksi kiireellistä potilasta samanaikaisesti päivystyksessä aiheuttaa ongelmallisia tilanteita. (STM 2006b.) Potilaan tilanteen kiireellisyyttä arvioidessa hoitajat eivät voi vain tehdä omaa tulkintaansa, vaan tilanteen salliessa on otettava huomioon myös potilaan kanta siitä, millaiseksi hän arvioi oman kiireellisyytensä. Potilaiden kuvaillessa oireitaan näkemykset voivat yleensä perustua itsenäisesti haettuun tietoon, mikä on voitu hakea terveydenhuollon sivuilta tai yleisiltä keskustelupalstoilta. Hoidontarpeen arvioinnin ovat yleensä suorittaneet kokeneet ja arviointiin koulutetut hoitajat. Kyseisten hoitajien tulee arvioida kiireellisyys tulosityn perusteella ja hoitava yksikkö, johon lähetetään. Hoitajan tulee myös huomioida potilaan yleissairaudet ja miltä hän näyttää päivystykseen saapuessa. Hoitaja arvioi potilaan löydöstensä mukaan, ja ohjaa hänet jatkohoidon pariin. Jokainen päivystyspoliklinikka on määritellyt omat hoito-ohjeet potilaiden arviointiin, koska Suomella ei ole vielä koko maata kattavaa ohjeistusta potilaiden arviointiin. (Janhunen 2014, 5–7.)

**Triage** tulee ranskankielisestä sanasta trier, mikä suomennettuna tarkoittaa lajittelua (Janhunen 2014, 5). Päivystyksen ruuhkautuminen on maailmanlaajuinen ongelma, mikä voi aiheuttaa vaaratilanteita potilaille (Kallankari 2016). Triagen avulla pystytään tunnistamaan päivystyksen potilaat, joilla ei ole aikaa odottaa vastaanotolle pääsyä hätätilanteen vuoksi. Päivystyspoliklinikalle saapuvalla potilaalle tehdään hoidon

tarpeen kiireellisyyden ensiarvio. Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviolle käytetään termiä triage. Päivystykseen saapuvan potilaan kiireellisyysluokka arvioidaan potilaan antamien tietojen ja muiden esiin tulevien asioiden pohjalta. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään potilaan terveydentila, potilaan toimintakyky sekä tarvitseeko potilas välitöntä päivystyshoitoa, näiden perusteella kunnan tulisi mahdollisesti järjestää potilaalle tarpeellinen hoito. (Valvira 2012.) Päivystyspoliklinikalla sairaanhoitaja arvioi potilaat triage menetelmän avulla, jonka jälkeen hän asettaa heidät kiireellisyysluokkaan lääkärin vastaanotolle. Kiireellisyyden arviointi onkin ensiarvoisen tärkeää. (Janhunen 2014, 6.)

Triage potilasarvioinnissa voidaan hyödyntää **ESI-triagea** (Emergency Severity Index), mikä on kehitetty USA:ssa 1990-luvulla (Kallankari 2016). ESI-triage on kehitetty tuottamaan nopean ja ajankohtaisen tilannearvion potilaista ja jakaa heidät viisiportaiseen kiireellisyysluokkaan 1-5 asteikolla. Ensimmäisen luokan potilas on kaikkein kiireellisin, ja 5-luokan potilas vähiten kiireellinen. ESI:n avulla kiireellisyysluokkaa arvioivat hoitajat voivat jakaa potilaat tarkasti potilaan tarvitseman hoidon mukaan. (Gliboy ym. 2012, 1.)

Potilaita arvioidaan neljän kysymyksen pohjalta. Näiden kysymysten avulla selvitetään, mihin hoitoluokkaan potilas kuuluu. Välittömän hoidon tarvitsemisen arvioinnissa hoitajan tulee varmistaa potilaan hengitystiet ja hengitys, samalla hän voi selvittää, tuntuuko potilaalla pulssi ja jos tuntuu niin millaisena. Myös välittömän lääke- ja nestehoidon tarve tulee arvioida. Näiden selvitysten perusteella hoitaja voi luokitella potilaan akuutin avuntarvitsijaksi ja tällöin muita kysymyksiä hoitajan ei tarvitse käydä läpi. Mikäli arvioidaan, ettei potilas tarvitse välitöntä henkeä pelastavaa hoitoa, siirrytään kysymykseen, joka on ”Voiko potilas odottaa?”. Tätä arvioidaan seuraavilla kolmella apukysymyksillä: ”Onko potilas unelias, sekaisin tai orientoimaton”, ”Voiko odottaminen olla riski?” sekä ”Onko potilaalla suuria kipuja tai sekavuutta?”. Mikäli potilas voi odottaa niin arvioidaan potilaan vaatimat resurssit. Resursseja arvioidessa tulee ottaa huomioon potilaan ikä, sukupuoli, allergiat, potilaan hoitohistoria ja lääkitys. Tämän jälkeen arvioidaan, mitä toimenpiteitä tai testejä potilaalle tulee tehdä, jotta lääkäri kykenee saamaan potilaan hoidon päätökseen. Lopuksi hoitajan tulee tarkistaa potilaan perusvitaaliarvot ja tarvittaessa harkita kiireellisyysluokituksen muuttamista. (Gliboy ym. 2012, 7–14.)

ESI-triage on suosittu potilasarvioinnin keino, koska sen avulla pystytään nopeasti tunnistamaan akuuttia apua tarvitsevat potilaat. ESI-triagen ansiosta potilaiden hoito

ja jatkohoitojen suunnittelu pystytään toteuttamaan potilaskohtaisesti, ja ensiavun toiminta pysyy ripeänä sekä hyvin toimivana. Kaikki päivystykseen tulevat potilaat eivät tarvitse kiireellistä hoitoa ollenkaan. Monissa sairaaloissa onkin linjattu, että triagen mukaan kaikki, jotka ovat kiireellisyysluokitukseltaan luokkaa 4 tai enemmän, voidaan hoitaa lieviä traumoja hoitavissa osastoissa. (Gliboy ym. 2012, 4–5.)

## 4 POTILASTIETOJÄRJESTELMÄ JA TIETOTURVALLISUUS PÄIVYSTYKSESSÄ

**Potilastietojärjestelmä** tarkoittaa karkeasti terveydenhuollon ammattilaisten käytössä olevaa tietojärjestelmää. Potilastietojärjestelmät pitävät sisällään muun muassa potilaskertomukset, laboratorioiden lähettämät lähetteet ja lausunnot, terveydenhuollon aluetietojärjestelmät sekä kuva-arkistot. Nykypäivänä potilastietojärjestelmät ovat käytössä kaikkialla terveydenhuollonpiirissä. (Sipokoski 2017, 1–4.) Potilastietojärjestelmät ovat nykypäivänä oleellinen osa potilaiden hoitoa, ja niistä on tullutkin jokapäiväinen työväline. Tietojärjestelmän ympärille rakentuu kaikki potilaan tutkimisesta potilaan hoitoon. Siksi onkin erityisen tärkeää, että tietojärjestelmät ovat luotettavat ja toimivat, koska ne toimivat osana hoitoympäristöä. Tämä ympäristö hoitajan ja potilaan välillä auttaa keräämään, tallentamaan sekä välittämään tietoa liittyen potilaan hoitoon. Sairaanhoidajat ovat kertoneet käyttävänsä tietojärjestelmiä runsaasti, minkä vuoksi on tärkeää, että järjestelmät toimivat sujuvasti. Tieto on saatava tallennettua järjestelmään ajallaan sekä sujuvuuden kannalta olisi suotavaa, ettei sitä tarvitsisi kirjoittaa moneen eri paikkaan. Tämä voi vaarantaa potilasturvallisuuden, vaikeuttaa tiedonkulkua ja turhauttaa hoitajia. (STM 2019b.)

Hankalat tietojärjestelmät ja niiden tuomat ongelmat kuormittavat hoitotyöntekijöitä. Järjestelmien hitaus, käyttökatkot, moniin järjestelmiin kirjaaminen ja järjestelmien samanaikainen käyttö lisäävät hoitajien kuormaa. Potilasturvallisuuden kannalta huolta voivat aiheuttaa myös puuttuvat lääkitysmerkinnät sekä puutteelliset potilastiedot. Tähän yleisenä syynä hoitajien tiukka aikataulu. Kirjaamiseen ei löydy rauhallista aikaa. Tietojärjestelmien tulisi myös vastata ajan odotuksia. Monissa paikoissa kuitenkin järjestelmät voivat olla vanhentuneita, ja joudutaan ”menemään järjestelmän ehdoilla”. (THL 2018b.)

Sipokoski (2017,11) on tutkimuksessaan selvittänyt potilastietojärjestelmän käyttöä edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä terveydenhuollon organisaatiossa integroidun kirjallisuuskatsauksen (n=23) avulla. Jatkuvasta tietojärjestelmien kehittämisestä huolimatta hoitohenkilökunnat kokevat tietojärjestelmistä löytyvän edelleen puutteita. Järjestelmät voivat olla muun muassa niin hankalakäyttöisiä tai kankeita, etteivät ne tue moniammatillista yhteistyötä. Vaikeakäyttöiset järjestelmät lisäävät henkilökunnan

työkuormaa ja tekevät työstä stressaavan. Tyytyväisyyteen voidaan vaikuttaa kehittämällä järjestelmien laatua, helppokäyttöisyyttä ja painotusta moniammatillisuuteen. Tutkimuksessa painotettiin, että organisaatiolla on myös vastuu tietojärjestelmien kehityksessä. Järjestelmiä pyritään jatkuvasti kehittämään paremmiksi, ja jotta tietojärjestelmät olisivat edelleen helppokäyttöisiä, on organisaatiolla vastuu perehdyttää ihmisiä tietojärjestelmän käyttöön. Näin käyttäjät tuntevat järjestelmän paremmin ja kokevat sen tukevan työntekoa. Esiin nousi myös kirjaukseen ja tiedon hakuun kuluva aika. Tässä ongelmaksi nousi kirjaamisen normien noudattamattomuus. Kirjauksista voi tulla epäselkeitä, tietoa ei osata hakea tai niitä kirjataan väärään paikkaan. Kirjaamisen puutteet johtuvat säädöksistä, mitä ei päivitetä ja saattavat siksi unohtua. Olisi tärkeää, että kirjaamisen ”sääntöjen” noudattamista arvioitaisiin tasaisin väliajoin moniammatillisen tiimin voimin. Näin kirjaaminen pysyy laadukkaalla tasolla, ja tietoa osataan löytää oikeasta paikasta. (Sipokoski 2017, 50–54.)

**Potilastietoturvallisuus** on laaja alue, ja hoitoalalla potilaan tietoturvallisuus kohdistuu lähinnä potilastietoihin ja niitä käsitteleviin järjestelmiin. Potilaan oikeus yksityisyyteen hänen potilastietojensa suhteen on terveydenhuollossa hyvin tärkeää, ja siksi niitä ohjaa tarkkaan asetetut säädökset. (Hakala ym. 2006, 4– 6.) Potilastietosuojan on tarkoitus olla tarkkaan lailla säädettyä, ja tätä edesauttaakseen myös terveydenhuollon toimijat ovat lakisääteisesti määrätty liittymään valtakunnalliseen potilastietoarkistoon KanTaan (Kansallinen terveystietokanto), mikä helpottaa tietosuojanhallinnan kokonaisuutta. Kantapalvelu on kansalaisten, terveydenhuollon ja apteekkien käyttöön otettu sähköinen palvelukokonaisuus. (STM 2020a.)

Potilastietoturvallisuutta tukee kolme osa-alue, **luotettavuus, käytettävyys ja eheys**. Luottamus takaa sen, että käytettyjen tietojärjestelmien tiedot ovat käytössä vain niille terveydenhuollon ammattilaisille, joilla on oikeus niitä käsitellä. Käytettävyys takaa tietojen saamisen riittävän nopeasti. Lopuksi eheys takaa tietojen oikean muodon ja niiden paikkaansa pitävyyden. Virheiden ehkäisemiseksi tietojärjestelmissä tulee olla ”ohjelmia”, mitkä huomaavat mahdolliset kirjoitusvirheet. (Hakala ym. 2006, 4–6.)

Potilaan tiedot liikkuvat terveydenhuollon välillä erilaisten käyttöjärjestelmien ja sovellusohjelmien avulla. Kehittyvän yhteiskunnan myötä, myös potilaiden tietojärjestelmiä käsitteleviä sovelluksia päivitetään, tai niiden tilalle kehitetään uusia sovelluksia. Tämän seurauksena potilastietoturvallisuuteen pitää kiinnittää erityistä huomiota.



miota, sillä mitä enemmän sovelluksia käytetään verkon kautta, sitä enemmän tietoverkko on vaarassa virusten ”hyökkäyksille”, ja tietoturvan vaarantumiselle. (Norri-Sederholm ym. 2019.)

Potilaalla on aina oikeus tietää, mihin hänen tietojansa käytetään, mihin tiedot tallennetaan ja millä ehdoilla hänen tietojaan voidaan joutua jakamaan. Potilas voi myös aina pyytää saada lukea omia tietojaan ja tarvittaessa korjata vääriä tietoja. Asiakirjat ovat salassa pidettäviä, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille ilman potilaan lupaa. Hoitoympäristössä potilaan tietoja voidaan luovuttaa muille alueen terveyskeskuksille, mikäli potilaan hoito sitä vaatii. Tämänkin potilas voi halutessaan kieltää, ilmoittamalla siitä sairaanhoitopiiriin. Potilaan tietoja voivat käsitellä ainoastaan hoitoon osallistuvat henkilöt ja palvelun toteutuksesta tai käsittelystä vastaavat henkilöt. (STM 2020a.) Jotta kiireellisyysluokitusta voidaan arvioida, pitää arvioijalla olla pääsy henkilön potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjat ovat potilaiden hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa käytettäviä asiakirjoja, joista löytyy potilaan terveydentilasta kertomuksia ja henkilökohtaisia tietoja. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 2§.) Potilasasiakirjojen avulla pystytään näkemään, onko potilaalla perussairauksia, lääkityksiä tai jotain muuta mitä pitää ottaa huomioon, hoitoja suunniteltaessa (Lääkäriliitto 2020.)

Omaisille potilastietojen luovuttaminen tapahtuu erikseen, jos potilas on luvan antanut, tai jos potilas ei ole kykenevä antamaan lupaa, niin tiedot voidaan antaa vain lähiomaisille, jos ei ole syytä olettaa, että potilas kieltäytyisi tästä. VSSHP käyttää Alttia (aluetietopalvelu), jossa lääkärit ja hoitajat voivat tutustua nopeasti asiakas- tai hoitotietoihin. Alttian käyttö edellyttää, että potilaalta on saatu lupa asiakastietojen käyttöön ja tämä on kirjattu potilastietoihin. Rekisterin käytössä pitää myös olla hoitosuhde potilaaseen. (VSSHP 2019.)

## 5 TYÖHYVINVOINTI TERVEYDENHUOLLOSSA

**Työhyvinvointi määritellään** työntekijän psyykkiseksi ja fyysiseksi olotilaksi, mikä määräytyy työn, työympäristön ja vapaa-ajan luomaan kokonaisuuteen. Ammattitaidolla ja työn hallinnalla pystytään edistämään työhyvinvointia parhaiten. (Työsuoje-lusanasto 2006/2008.) Yksilön työhyvinvoinnissa omalla toiminnalla voidaan vaikuttaa jaksamiseen. Työhyvinvointi ei kuitenkaan rajoitu yksilöön, vaan sillä voidaan tarkoittaa myös työyhteisöä. Tällöin yhteisön toimintamallilla voidaan vaikuttaa hyvinvointiin. Päävastuu hyvinvoinnista tällöin on työnantajalla, joka voi vaikuttaa työpaikan olosuhteisiin sekä työntekijöiden ammatillisen osaamisen kehittämiseen. Toisin sanoen työntekijä pitää huolen omasta hyvinvoinnistaan, ja työnantaja kokonaisuudesta. (Laine 2013 28-30.)

Jokainen kokee työhyvinvoinnin eri tavalla, joten on pyrittävä vaikuttamaan niihin tekijöihin, jotka muokkaavat hyvinvointia. Työhyvinvointi muodostuu työstä, työn mielekkyydestä, terveydestä, turvallisuudesta sekä hyvinvoinnista. Työyhteisön ilmapiirillä sekä ammattitaidolla on myös lisääviä tekijöitä työhyvinvointiin. Työhyvinvoinnilla on myös todettu olevan vaikutuksia työssä jaksamiseen. Työhyvinvoinnin edistäminen on sekä työnantajan että työntekijän harteilla. (STM 2020d.) Hyvinvoivassa työyhteisössä innostetaan ja kannustetaan muita, työnteko on avointa ja on luottoa toisen työntekoon, tuodaan esille ongelmakohtia ja niistä puhutaan, palautteen antaminen ei ole aina negatiivista vaan myös positiivista sekä työmäärät ovat kohtuulliset. Työhyvinvointi myös vaikuttaa sairauspoissaoloihin, työntekijöiden vaihtuvuuteen sekä myös asiakastyytyväisyyteen. (Työterveyslaitos 2020.)

Työmäärällä on myös vaikutusta työhyvinvointiin negatiivisesti ja positiivisesti. Työhyvinvointiin yleisimpiä negatiivisesti vaikuttavia asioita ovat muun muassa, huonot työolosuhteet, epäorganisoidut työt, kiire ja työn tuottama paine. Työmäärät kuormittavat työntekijöitä psyykkisesti ja fyysisesti, mitkä riippuvat yleensä työpaikasta tai itse työstä. Kaikki kuormitus ei kuitenkaan ole negatiivista, sillä työntekijät tarvitsevat sopivissa määrin ”tekemistä”, jotta hän saavuttaisi aikaansaannin tunnetta. (Viitala 2013, 216-217.)

**Terveydenhuollossa hoitajien työhyvinvointi** on hyvin riippuvainen työpaikasta, työtehtävistä, hoitajien välisestä yhteisöllisyydestä sekä itse potilashoidosta. Terveydenhuollossa potilashoito onkin kaiken työhyvinvoinnin perusta. Suurimmaksi osaksi

terveydenhuollossa työntekijät kokevat työnsä tärkeäksi ja ammatillisen itsetuntonsa vahvaksi, mikä vahvistaa hyvinvointia. Tästä huolimatta työstä saatu arvostuksen vähäisyys kuitenkin laskee työhyvinvointia. Erityisesti nuoremmat tai kokemattomamat työntekijät kokevat työhyvinvointinsa alemmaksi, kuin vanhemmat. Terveysthuollossa työnteko kuvataan henkisesti ja fyysisesti raskaana, missä työtahti on kova. Työntahtiin ovat vaikuttaneet niukat työntekijä resurssit, mikä on vaikuttanut eettiseen työntekoon. Tämä on yksi suurimmista syistä työhyvinvoinnin laskuun. Tästä huolimatta suurin osa hoitajista pitää työstään, koska pitävät sitä mielekkäänä ja arvokkaana työnä. (Laine 2013, 158-160.)

Pekkarinen on tehnyt 2018 tutkimuksen julkisen alan työhyvinvoinnista puhelinhaastatteluina. Tutkimukseen vastasi yhteensä 3070 työntekijää. Vastausmäärä koostui kunta-alan (1520) henkilöstöstä, valtion (1045) henkilöstöstä sekä kirkon alan (505) henkilöstöstä. Sosiaali- ja terveysalalta oli yhteensä (n=680) vastaajaa. Sosiaali-, työnvälitys- ja terveystalveluiden työntekijät kokivat oman fyysisen työkykynsä hyväksi. Tutkimuksessa selvisi fyysisen työkyvyn olevan sidoksissa ikään. Nuorempi ikäluokka koki yleisemmin fyysisen työkykynsä erinomaiseksi. Henkistä työkykyä tarkasteltiin myös ja noin neljä viidestä koki sen hyväksi. (Pekkarinen 2018.)

Hoitajien yhteistyössä korostuvat työn mielekkyys, auttaminen, yhteisöllisyys, paritöskentely ja yhdessäolo (Laine 2013, 158). Ihmisten välinen yhteistyön terveydenhuollossa on siis paljon muutakin kuin ammatillista yhteistyötä. Siinä korostuvat yhteiset tavoitteet, päätöksenteko, sekä vastuu ja voima toimia yhdessä potilaan hyvinvoinnin hyväksi. Toimivaa ja hyvää yhteistyötä kehitetään yhteisillä koulutuksilla. Työpaikan tarjoamilla koulutuksilla pystytään pitämään henkilökunnan hoitotasoa ajankohtaisella standardilla, joka estää hoitotason ja tietämyksen laskun kliinisessä hoitotyössä. (Ylitörmänen 2011, 12–14.)

Sosiaalisia suhteita ja vuorovaikutustaitoja pidetään yhteistyön kannalta avainasemassa työyhteisön toimivuuden kannalta, ja toimivalla yhteistyöllä ja vuorovaikutustaidolla niin työkaverien, toisten ammattiryhmien ja esimiehen välillä edistetään yhteisön toimivuutta. Vuorovaikutuksen luonne voi myös vaikuttaa jokaiseen yksittäiseen työntekijään. Sosiaalisia suhteita työympäristössä määrittää työntekijöiden eri asemat, työympäristön toimitavat ja työjärjestelyt. Terveysthuollossa jo aiemmin mainittu päätavoite potilaan hoidosta määrää jokaisen työntekijän yhteisiä tavoitteita. Tämän takia jokaisen työntekijän on kyettävä toimimaan yhteistyössä myös tilanteissa, jossa työntekijöillä on erinäköisiä hoidosta. (Ahola ym. 2006, 56-58.)

Uusien työntekijöiden kannalta hyvällä työilmapiirillä on suuri merkitys. Uudet työntekijät huomaavat nopeasti, millainen ilmapiiri työympäristössä on ja kokevat itsensä paremmin tervetulleeksi hyvässä ilmapiirissä. Eri kulttuurien erot voivat aiheuttaa myös ennakkoluuloja työilmapiirissä. Kulttuurien välisiä ennakkoluuloja voidaankin työnantajan toimesta vähentää muun muassa koulutusten avulla, jotka lisäävät kulttuurienvälisestä ymmärrystä. (THL 2018a.)

Harjunpää ja Lintilä 2017 ovat tehneet tutkimuksen sairaanhoitajien henkisestä työhyvinvoinnista. Aineestoa kerättiin lomakehaastattelulla ja siihen vastasi seitsemän hoitajaa. Tutkimuksessa hoitajat kokivat kiireen, väsymyksen, jatkuvat muutokset, vähäiset hoitajaresurssit potilasta kohden, sekä huonot vaikutusmahdollisuudet työpaikan toimintaa heikentävän työhyvinvointia. Työyhteisön, monipuolisen työn ja hyvän yhteistyön hoitajien ja lääkäreiden välillä taas koettiin vahvistavan työhyvinvointia. Hoitajat kokivat, että työhyvinvointiin pystytään vaikuttamaan hyvällä resurssienjaoilla, toimivalla yhteistyöllä ja hyvällä johtamisella. Tuloksista nousi myös esille halu vaikuttaa työtekoon ja työpaikan asioihin. (Harjunpää & Lintilä 2017.)

Työhyvinvointia tukee ja jopa lisää hyvä sekä motivoiva johtaminen. Esimiehen tehtäviin kuuluu seurata työntekijöiden työhyvinvointia, työyhteisön tilaa sekä työtapojen turvallisuutta. Tarkoituksena tälle on havaita ajoissa haitallinen työkuormitus, joita työntekijät kestävät. Varhainen asiaan puuttuminen auttaa asian ratkaisemiseen. Hyviä tapoja seurata työyhteisöä ja kuormittavuutta ovat kehityskeskustelut, kyselyt henkilöstölle sekä työtapojen seuraaminen ja niiden turvallisuuden takaaminen. (Työosuojelu 2019.) Työkuormitus voi olla sekä henkistä että fyysistä kuormittumista. Pitkittänyt työkuormitus on haitallista työntekijän terveydelle sekä työkyvylle. Työnantaja on veloitettu toimenpiteisiin terveyttä vaarantavan tai haittaavan kuormituksen poistamiseksi, kun työntekijä on todettu kuormittuneen työstä. (Superliitto 2020.)

Loponen 2017 on tutkinut hoitohenkilökunnan työhyvinvointia sekä esimiehen vaikutusta työhyvinvointiin. Tutkimukseen osallistui 76 työntekijää. Tutkimuksessa ilmeni työhyvinvoinnin olevan hyvä. Esimiehen rooli työhyvinvointiin oli suuri, kuitenkin ilmeni myös hoitajien haluavan johdosta enemmän kiinnostusta sekä huolenpitoa hoitohenkilökuntaa kohden. Jopa kolmas osa työntekijöistä koki, ettei työpaikan johto ole kiinnostunut työntekijöiden terveydestä eikä hyvinvoinnista. Työhyvinvointi nousi tärkeäksi osaksi myös tutkimusta. Työhyvinvoinnin kehittäminen luottamuksen, työn avoimuuden, työrauhan, yhteisöllisyyden ja henkilökunnan takaamisen kautta nousi

esille. Asiakastyössä työhyvinvoinnilla on todella suuri merkitys. Työntekijän positiivisuus ja hyvinvointi edesauttaa asiakastyytyväisyyteen sekä laadukkaaseen potilas-työhön. (Loponen 2017.)

Pekkarisen (2018) tutkimuksessa julkisen sosiaali- ja terveysalan työntekijät kokivat saavansa muita aloja huonommin tukea esimieheltään. Muiden alojen työntekijöistä 88% koki saavansa esimieheltään tukea ja apua silloin kuin sitä tarvitsi. Kun taas sosiaali-, työnvälitys- ja terveystalveissa työntekijöistä joka neljäs ei voinut olla samaa mieltä tuen ja avun saamiseen esimieheltä. (Pekkarinen 2018.)

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Salon yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kokemuksia päivystyksen toiminnasta. Tavoitteena on kehittää Salon päivystyksen toimintaa hoitohenkilökunnan kokemuksesta

Tutkimusongelma:

- Millaisia kokemuksia Salon päivystyksen hoitohenkilökunnalla on päivystyksen toiminnasta?

## 7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Päivystys on oleellinen osa terveydenhuoltoa, jonka vuoksi on tärkeää, että yksiköt pystyvät tuottamaan parhaita mahdollisia palveluita. Laadun seuraaminen voi kuitenkin olla vaikeaa, koska haastetta palveluiden tuottoon tuo jatkuvasti muuttuva toimintaympäristö. (STM 2014.) Tutkimuksen avulla selvitettiin Salon päivystyksen vahvuuksia, ja samalla myös kehittämiskohteita. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi TYKS Salon sairaala, yhteistyössä Salon kaupungin kanssa.

### 7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimuksessa käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Määrällinen tutkimus perustuu tutkimuksen tutkimiseen tilastojen ja numeroiden avulla (Jyväskylän yliopisto 2015a). Tutkimusta varten kerättiin tietoa Webropol-kyselytyökälulla, sähköistä kyselyä käyttäen. Kyselytutkimuksen kautta saadaan kerättyä laajasti määrällistä tietoa ja laadukasta ajankohtaista aineistoa tuloksista (Vehkalahti 2014). Sähköinen kyselylomake antaa mahdollisuuden esittää laadullisia kysymyksiä suurelle väkijoukolle (Kemppainen 2016). Tutkimuksessa kerättiin tietoa sähköisen kyselyn kautta, mikä oli suunnattu Salon päivystyksessä toimiville hoitajille. Sähköinen kysely valittiin tutkimusta varten hoitajien kolmivuorotyön takia, jolloin heillä oli mahdollisuus vastata kyselyyn oman työvuoron aikana. Myös tutkimukseen osallistuminen olisi helpompaa hoitajille ja sitä kautta kasvattaisi vastaaja määrää.

Kyselylomake (Liite 1) oli tehty tätä tutkimusta varten Webropol- kyselytyökälulla. Kysely lähetettiin linkkinä Salon päivystyksen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osastohoitajille, jotka jakoivat sen muille hoitajille sähköpostin välityksellä. Kysely alkoi taustakysymyksillä missä selvitettiin muun muassa vastaajien ikää, työkokemusta ja työnantajaa. Kyselyssä oli 43 väittämää, mitkä oli jaoteltu 5-portaiselle asteikolle (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en samaa enkä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä ja 5=täysin samaa mieltä). Kyselyssä kartoitettiin hoidon tarpeen arviointia, triage luokittelua, tietojärjestelmiä, tiloja ja välineitä, käsityksiä potilasjaottelusta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, yhteistyötä, tiedonkulkua, ohjausta, työssäjaksamista sekä tietoturvallisuutta Salon päivystyksessä.

Kyselyn lopuksi oli yksi avoin kysymys, mihin vastaajalla oli mahdollisuus lisätä vielä omia mietteitään tai asiaa mitä kyselyssä ei kysytty.

Saatekirjeen tehtävänä on herättää luottamusta, selvittää tutkimuksen tausta ja motivoida vastaajaa osallistumaan tutkimukseen (KvantiMOTV 2011). Saatekirjeessä (liite 2) käytiin läpi tutkimus, mikä taho tutkimuksen teki sekä miten tutkimuksen tiedot käsiteltiin, hävitettiin ja miten huomioitiin luottamuksellisuus. Tutkimukseen osallistuminen katsottiin suostumuksena tutkimukseen. Tutkimuksen pystyi myös keskeyttää missä vaiheessa tahansa ja jättää palauttamatta kokonaan, tai vaihtoehtoisesti palauttaa keskeneräisenä. Vastausten analysoinnin jälkeen tulokset hävitettiin asianmukaisesti.

Tutkimuslupahakemukset tehtiin 2.4.2020. Luvat kyselytutkimukseen saatiin Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitokselta 20.4.2020 sekä Salon kaupungilta 27.4.2020. Tutkimuksen sähköinen linkki lähetettiin 27.4.2020 osastonhoitajille. Aineistoa kerättiin ajalla 27.4.2020-20.5.2020. Vastanneita tälle ajanjaksolle tuli 22, joista 50% (f=11) oli Salon perusterveydenhuollon päivystyksen puolelta ja 50% (f=11) Salon erikoissairaanhoidon päivystyksen puolelta. Tuloksia analysoitiin ja pohdittiin 21.5.2020-01.6.2020.

## 7.2 Aineiston analyysi

Määrällisen tutkimusosan tulokset analysoitiin ja esiteltiin numeerisin keinoin eli frekvensseinä, prosentteina ja keskiarvoina (Jyväskylän yliopisto 2015b.) Frekvenssi tarkoittaa tutkimuksessa ilmenevää lukumäärää, ja kyseisessä tutkimuksessa frekvenssi kertoo vastaajien lukumäärän (Tilastokeskus 2020a). Prosentilla tarkoitetaan sadasosaa jostakin asiasta (Tilastokeskus 2020b). Kyseisessä tutkimuksessa se ilmaisi eroja vastauksien välillä. Keskiarvo on tulosten summan jaettuna niiden lukumäärällä. Tämä kertoo niin sanotun ”keskiluvun” (kvantiMOTV 2003.) Sisällönanalyysissä aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä sekä eroja tiivistäen. Tässä pyritään luomaan aineistosta yhtenäistä ja selkeää informaatiota (Verne, Tampereen yliopisto 2020). Laadullisen tutkimusosan vastaukset analysoitiin ja esitettiin teemoittelun keinoin, eli etsimällä vastauksista keskeisiä asioita pelkistyksien avulla ja tämän jälkeen yhdistämällä ne sopiviin teemoihin. Pelkistäminen tarkoittaa aineistosta tutkimukselle tärkeimpien asioiden etsimistä ja ylös merkintää, nämä merkinnät sitten kirjoi-



tetaan uudelleen lyhyempään muotoon. (Leinonen 2018). Teemoittelu tarkoittaa aineistossa toistuvien aiheiden – eli tässä tutkimuksessa pelkistyksien – kokoomista yhteen ja yhdistämistä sopiviin kyselyn osa-alueisiin, mikäli mahdollista (Jyväskylän yliopisto 2016c). Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Tutkimuksen analyysissa arvioidaan ja käydään läpi kyselyn osa-alueet, joista nostetaan toistuvasti esille tulleet asiat (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Aineisto koostui Webropol-kyselytyökalun vastauksista. Vastauksia tarkistaessa kiinnitettiin huomiota perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tutkimukseen osallistuneisiin hoitajiin ja vastattujen väittämien määrään. Molemmilta puolilta oli vastannut yksitoista hoitajaa (n=22), kaikki osallistuneet hoitajat olivat vastanneet melkein jokaiseen väittämään. Muutamassa väittämässä vastanneita oli kaksikymmentäyksi, mikä ei kuitenkaan vaikuttanut suuresti tulosten tarkasteluun. Aineiston tarkastelussa käytettiin hyödyksi Excel-sovellusta, jonka avulla saatiin laskettua eri väittämien vastausprosentit. Nämä prosentit esitettiin taulukoiden avulla, jotta ne havainnollistaisivat paremmin.

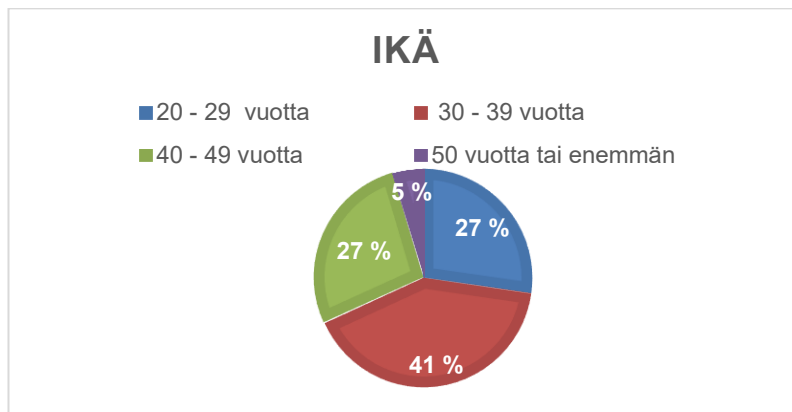
Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on myös oleellista, etteivät tulokset jäisi vain numeroiksi. Lukijan kannalta tulokset on pystyttävä myös selittämään, jotta sisältö ja laatu tulevat ymmärretyksi. (Vilkkä 2014, 147.) Taulukoiden tuloksia selitettiin myös sanallisesti, jotta tulokset olisivat esitettävissä visuaalisesti ja sanallisesti. Nämä edesauttoivat toisiaan tulosten esittelyssä. Tutkimuksessa oli myös avoin kysymys, jonka vastaukset koottiin yhteen ja luettiin läpi. Vastauksia ei käytetty sanatarkasti, vaan niitä pelkistettiin anonymiteetin säilyttämiseksi. Avoimet vastaukset lisättiin lyhennettyinä taulukkoon. Avoimen kysymyksen vastaukset jaoteltiin taulukossa niille sopiviin alueisiin. Tuloksia myös vertailtiin aiempiin tutkimuksiin, ja näistä tehtiin johtopäätöksiä.

Työ valmistui vuonna 2020 kesäkuussa, ja se esitettiin etäkokous käyttöön tarkoitetulla ohjelmistolla opinnäytetyöseminaarissa. Valmis tutkimus toimitetaan Salon perusterveydenhuollon päivystyksen ja Salon erikoissairaanhoidon päivystyksen toimipisteisiin.

## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

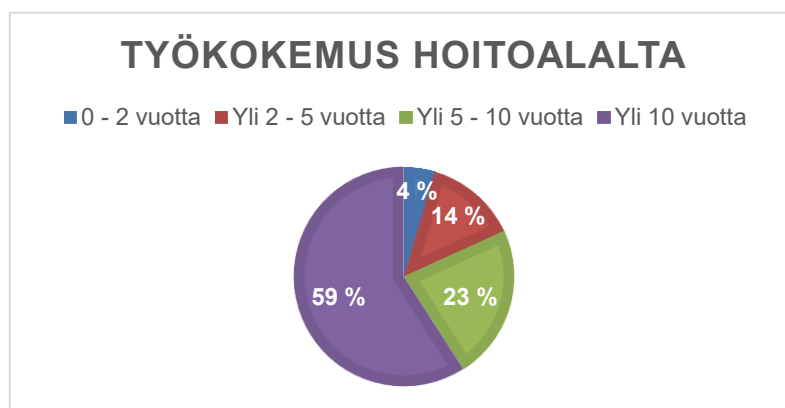
Tutkimukseen osallistui 22 hoitajaa, joista 50% oli Salon perusterveydenhuollon päivystyksen puolelta ja 50% oli Salon erikoissairaanhoidon päivystyksen puolelta. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat naisia.

Vastaajista suurin osa 41% (f=9) oli iältään 30-39 vuotiaita (Kuvio 1).



Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=22).

Vastanneiden työkokemusta kuvataan kuviossa 2. Vastanneista suurin osa 59% (f=13) oli työskennellyt hoitoalalla jo yli 10 vuotta.



Kuvio 2. Hoitajien työkokemus hoitoalalta (n=22).

Vastanneiden työkokemusta Salon päivystyksessä kuvataan kuviossa 3. Tutkimukseen osallistuneiden kesken suurin osa 37% (f=8) oli työskennellyt yli 10 vuotta Salon päivystyksessä.



Kuvio 3. Hoitajien työkokemus Salon päivystyksessä (n=22).

### 8.1 Yhteispäivystyksen hoitajien kokemukset yhteistyöstä

Yhteistoimintaan ja kommunikointiin liittyvissä väittämissä, hoitajat olivat suurimaksi osaksi jokseenkin samaa mieltä väittämien kanssa, sekä suhteellisen samaa mieltä keskenään. Hoitajista 73% (f=16) oli jokseenkin samaa mieltä, että kommunikointi lääkärien kanssa sujuu hyvin. Hoitajista 36% (f=8) oli täysin samaa mieltä ja 64% (f=14) oli jokseenkin samaa mieltä, että kommunikointi muiden hoitajien kanssa sujuu hyvin. Hoitajista 76% (f=16) oli jokseenkin samaa mieltä, että yhteistyö toimii hyvin ensihoidon ja Salon päivystyksen hoitohenkilökunnan välillä. Hoitajista 64% (f=14) oli jokseenkin samaa mieltä, että yhteistyö toimii hyvin Salon terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon päivystyksen hoitajien välillä. Hoitajista hieman yli puolet 59% (f=13) oli jokseenkin samaa mieltä, että yhteistyö toimii hyvin Salon terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon päivystyksen lääkärien välillä. Hoitajista hieman alle puolet 45% (f=10) oli jokseenkin samaa mieltä, että toimintakäytännöt päivystyksen sisällä ovat yhteneväisiä. Hoitajista 68% (f=15) oli jokseenkin samaa mieltä, että potilaan siirtyessä Salon päivystyksessä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon, on potilasta jo tutkittu riittävästi. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Hoitajien kokemukset yhteistyötoiminnasta ja kommunikaatiosta yhteis-päivystyksessä.

Väittämä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin sa- maa mieltä	Ka / kh
Kommunikointi lää- käreiden kanssa su- juu hyvin (n=22)	0% (f=0)	4% (f=1)	0% (f=0)	73% (f=16)	23% (f=5)	4,14 / 0,64
Kommunikointi mui- den hoitajien kanssa sujuu hyvin (n=22)	0% (f=0)	0% (f=0)	0% (f=0)	64% (f=14)	36% (f=8)	4,36 / 0,49
Yhteistyö toimii hyvin ensihoidon ja Salon päivystyksen hoito- henkilökunnan välillä (n=21)	0% (f=0)	0% (f=0)	5% (f=1)	76% (f=16)	19% (f=4)	4,14 / 0,48
Yhteistyö toimii hyvin Salon terveyskes- kuksen ja erikoissai- raanhoidon päivys- tyksen hoitajien vä- lillä (n=22)	0% (f=0)	4% (f=1)	5% (f=1)	64% (f=14)	27% (f=6)	4,14 / 0,71
Yhteistyö toimii hyvin Salon terveyskes- kuksen ja erikoissai- raanhoidon päivys- tyksen lääkärin vä- lillä (n=22)	0% (f=0)	4% (f=1)	23% (f=5)	59% (f=13)	14% (f=3)	3,82 / 0,73
Toimintakäytännöt päivystyksen sisällä ovat yhteneväisiä (n=22)	0% (f=0)	32% (f=7)	23% (f=5)	45% (f=10)	0% (f=0)	3,14 / 0,89
Potilaan siirtyessä Salon päivystyk- sessä perustervey- denhuollosta erikois- sairaanhoidon, on potilasta jo tutkittu riittävästi (lääkärin ja hoitajan tutkimukset, laboratoriotutkimuk- set, konsultoinnit...) (n=22)	0% (f=0)	9% (f=2)	14% (f=3)	68% (f=15)	9% (f=2)	3,77 / 0,75

Hoitajien työilmapiiriin ja työhyvin vointiin liittyvissä väittämissä vastaukset olivat suhteellisen mielipiteitä jakavia. Hoitajista puolet 50% (f=11) oli jokseenkin samaa mieltä, että yleinen työilmapiiri tukee työntekoa. Hoitajista hieman yli puolet 54% (f=12) oli jokseenkin eri mieltä, että työpaikalla järjestetään sopivasti virkistystoimintaa. Hoitajista hieman yli puolet 54% (f=12) eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä, että työaikojen

muutokset tukevat työssä jaksamista. Hoitajista hieman vajaa puolet olivat jokseenkin eri mieltä, että esimieheni toiminta tukee työssä jaksamista. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen työilmapiiristä ja työhyvinvoinnista.

Väittäjä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	Ka / kh
Yleinen työilmapiiri tukee työntekoa (n=22)	4% (f=1)	5% (f=1)	14% (f=3)	50% (f=11)	27% (f=6)	3,91 / 1,02
Työpaikalla järjestetään sopivasti virkistystoimintaa (n=22)	14% (f=3)	54% (f=12)	14% (f=3)	18% (f=4)	0% (f=0)	2,36 / 0,95
Työaikojen muutokset tukevat työssä jaksamista	9% (f=2)	23% (f=5)	54% (f=12)	9% (f=2)	5% (f=1)	2,77 / 0,85
Esimieheni toiminta tukee työssä jaksamisessa (n=22)	18% (f=4)	45% (f=10)	23% (f=5)	14% (f=3)	0% (f=0)	2,32 / 0,95

Työpaikan sisäisiin numeroihin ja raportointiin liittyvissä väittämissä, hoitajat olivat suurimmaksi osaksi jokseenkin samaa mieltä. Hoitajista hieman yli puolet 54% (f=12) olivat jokseenkin samaa mieltä, että työyhteisöni käytössä olevat yhteystiedot ovat riittävät. Hoitajista hieman yli puolet 55% (f=12) eivät olleet samaa eikä eri mieltä, että työyhteisön käytössä olevat yhteystiedot ovat ajan tasalla. Hoitajista 73% (f=16) oli jokseenkin samaa mieltä, että Salon päivystyksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen raportointi on hyvää. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Hoitajien kokemukset yhteispäivystyksen sisäisistä numeroista ja raportoinnista.

Väittämä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	Ka / kh
12.1 Työyhteisöni käytössä olevat yhteystiedot ("fläppitaulussa", kansli-oissa ja muuten saatavilla olevat) ovat riittävät	0% (f=0)	14% (f=3)	23% (f=5)	54% (f=12)	9% (f=2)	3,59 / 0,85
12.2 Työyhteisöni käytössä olevat yhteystiedot ("fläppitaulussa", kansli-oissa ja muuten saatavilla olevat) ovat ajan tasalla	0% (f=0)	9% (f=2)	55% (f=12)	27% (f=6)	9% (f=2)	3,36 / 0,79
12.3 Salon päivystyksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen raportointi on hyvää	0% (f=0)	4% (f=1)	5% (f=1)	73% (f=16)	18% (f=4)	4,05 / 0,65

## 8.2 Yhteispäivystyksen hoitajien kokemukset hoidon tarpeen arvioinnista

Yli puolet hoitajista 54% (f=12) oli jokseenkin samaa mieltä, että hoidon tarpeen arviointi tapahtuu sujuvasti. Hoitajista suurin osa 82% (f=18) oli jokseenkin samaa mieltä, että potilaalle tehtävä silmämääräisesti tapahtuva nopea hoidon tarpeen arviointi toteutuu hyvin "kävelevän" potilaan saapuessa päivystykseen. Hoitajista puolet 50% (f=11) olivat sitä mieltä, että tarvittavien vitaaliparametrien mittaukset toteutuvat hyvin hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitajista 77% (f=17) oli jokseenkin samaa mieltä, että päivystykseen saapuvan "kävelevän" potilaan pääseminen hoidon tarpeen arviointiin tapahtuu nopeasti. Hoitajista 77% (f=17) oli jokseenkin samaa mieltä, että potilaiden pääseminen hoitajan hoidettavaksi hoidon tarpeen arvioinnista tapahtuu nopeasti. Hoitajista 32% (f=7) oli jokseenkin samaa mieltä, että potilaiden pääseminen lääkärin hoidettavaksi hoidon tarpeen arvioinnista tapahtuu nopeasti. Kyseisessä väittämässä suurin osa hoitajista 50% (f=11) oli vastannut, ettei ollut samaa eikä eri mieltä. Hoidon tarpeen arviointiin liittyviin väittämiin kokonaisuudessa täysin samaa mieltä vastauksia saatiin 8% (f=10), jokseenkin samaa mieltä 62% (f=82), ei samaa eikä eri mieltä 21% (f=28) ja jokseenkin eri mieltä 9% (f=12). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Hoitajien kokemuksia Yhteispäivystyksen hoidontarpeen arvioinnista.

Väittäjä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseen- kin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	Ka / kh
Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu sujuvasti (n=22)	0% (f=0)	14% (f=3)	32% (f=7)	54% (f=12)	0% (f=0)	3,41 / 0,73
Potilaalle tehtävä silmämääräisesti tapahtuva nopea hoidon tarpeen arviointi toteutuu hyvin "kävelevän" potilaan saapuessa päivystykseen (n=22)	0% (f=0)	9% (f=2)	4% (f=1)	82% (f=18)	5% (f=1)	3,82 / 0,66
Tarvittavien vitaaliparametrien mittaukset toteutuvat hyvin hoidon tarpeen arvioinnissa (n=22)	0% (f=0)	13% (f=3)	23% (f=5)	50% (f=11)	14% (f=3)	3,64 / 0,90
Päivystykseen saapuvan "kävelevän" potilaan pääseminen hoidon tarpeen arviointiin tapahtuu nopeasti (n=22)	0% (f=0)	0% (f=0)	14% (f=3)	77% (f=17)	9% (f=2)	3,95 / 0,49
Potilaiden pääseminen hoitajan hoidettavaksi hoidon tarpeen arvioinnista tapahtuu nopeasti (n=22)	0% (f=0)	0% (f=0)	5% (f=1)	77% (f=17)	18% (f=4)	4,14 / 0,47
Potilaiden pääseminen lääkärin hoidettavaksi hoidon tarpeen arvioinnista tapahtuu nopeasti (n=22)	0% (f=0)	18% (f=4)	50% (f=11)	32% (f=7)	0% (f=0)	3,14 / 0,71

Hoitajista suurin osa 45% (f=10) oli jokseenkin samaa mieltä, että triageluokittelu toteutuu hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitajista 68% (f=15) oli jokseenkin samaa mieltä, että triageluokittelun käyttö nopeuttaa potilaan hoitoa. Hoitajista hieman yli puolet 54% (f=12) oli jokseenkin samaa mieltä, että triageluokittelun käyttö helpottaa potilaan hoitoa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen triageluokittelusta.

Väittäjä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	Ka / kh
Triageluokittelu toteutuu hoidon tarpeen arvioinnissa (n=22)	5% (f=1)	9% (f=2)	27% (f=6)	45% (f=10)	14% (f=3)	3,55 / 1,01
Triageluokittelun käyttö nopeuttaa potilaan hoitoa (n=22)	4% (f=1)	5% (f=1)	9% (f=2)	68% (f=15)	14% (f=3)	3,82 / 0,91
Triageluokittelun käyttö helpottaa potilaan hoitoa (n=22)	5% (f=1)	9% (f=2)	14% (f=3)	54% (f=12)	18% (f=4)	3,73 / 1,03

Väittämässä liittyen potilaiden jaotteluun suurin osa hoitajista oli suhteellisen samaa mieltä väittämien kanssa. Hoitajista 73% (f=16) oli jokseenkin samaa mieltä, että hoitajilla on hyvin tiedossa potilasjaottelu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitajista hieman yli puolet 59% (f=13) olivat jokseenkin samaa mieltä, että lääkäreillä on hyvin tiedossa potilasjaottelu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitajista puolet 50% (f=11) olivat jokseenkin samaa mieltä, että työntekijöillä (lääkäreillä ja hoitajilla) on yhtenäinen käsitys siitä, millaiset potilastapaukset hoidetaan perusterveydenhuollossa ja millaiset erikoissairaanhoidossa. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen potilasjaottelusta.

Väittämä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	Ka / kh
Hoitajilla on hyvin tiedossa potilasjaottelu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (n=22)	0% (f=0)	9% (f=2)	14% (f=3)	73% (f=16)	4% (f=1)	3,73 / 0,70
Lääkäreillä on hyvin tiedossa potilasjaottelu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (n=22)	0% (f=0)	14% (f=3)	27% (f=6)	59% (f=13)	0% (f=0)	3,45 / 0,74
Työntekijöillä (lääkäreillä ja hoitajilla) on yhtenäinen käsitys siitä, millaiset potilastapaukset hoidetaan perusterveydenhuollossa ja millaiset erikoissairaanhoidossa (n=22)	0% (f=0)	18% (f=4)	32% (f=7)	50% (f=11)	0% (f=0)	3,32 / 0,78

Potilasohjaukseen liittyvissä väittämässä suurin osa hoitajista on ollut kaikissa kohdissa jokseenkin samaa mieltä väittämien kanssa. Hoitajista 76% (f=16) oli jokseenkin samaa mieltä, että potilaan hoidonaikainen ohjaaminen toteutuu hyvin. Hoitajista 66% (f=14) oli jokseenkin samaa mieltä, että potilaan jatkohoitoon ohjaaminen toteutuu hyvin. Hoitajista 62% (f=13) oli jokseenkin samaa mieltä, että potilasohjaus on yhtenäistä molemmilla tahoilla. (Taulukko 7.)



Taulukko 7. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen potilasohjauksesta.

Väittäjä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	Ka / kh
Potilaan hoidonaikainen ohjaaminen toteutuu hyvin (n=21)	0% (f=0)	5% (f=1)	9% (f=2)	76% (f=16)	10% (f=2)	3,90 / 0,62
Potilaan jatkohoitoon ohjaaminen toteutuu hyvin (n=21)	0% (f=0)	5% (f=1)	5% (f=1)	66% (f=14)	24% (f=5)	4,10 / 0,70
Potilasohjaus on yhteistä molemmilla tahoilla (n=21)	0% (f=0)	9% (f=2)	24% (f=5)	62% (f=13)	5% (f=1)	3,62 / 0,74

### 8.3 Yhteispäivystyksen hoitajien kokemukset potilastietojärjestelmistä, tietoturvallisuudesta, tiloista ja välineistä yhteispäivystyksessä

Tulosten perusteella potilastietojärjestelmiin liittyvissä väittämässä enemmistö hoitajista on ollut eri mieltä väittämien kanssa. Hoitajista noin puolet 54% (f=12) on ollut täysin erimieltä, että kahden eri tietojärjestelmän käyttö on sujuvaa. Hoitajista puolet 50% (f=11) on ollut täysin erimieltä, että kaksi eri tietojärjestelmää ei tuota ongelmia potilaiden tiedonkulussa. Hoitajista 45% (f=10) on ollut jokseenkin eri mieltä, että tietojärjestelmiin dokumentointi on selkeää. Kuitenkin hoitajista 59% (f=13) oli jokseenkin samaa mieltä, että pääsääntöisesti käyttämä tietojärjestelmä on tarkoituksen mukainen. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Hoitajien kokemuksia potilastietojärjestelmästä yhteispäivystyksessä.

Väittäjä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	Ka / kh
Kahden eri tietojärjestelmän käyttö on sujuvaa (n=22)	54% (f=12)	41% (f=9)	5% (f=1)	0% (f=0)	0% (f=0)	1,50 / 0,60
Kaksi eri tietojärjestelmää ei tuota ongelmia potilaiden tiedonkulussa (n=22)	50% (f=11)	32% (f=7)	4% (f=1)	0% (f=0)	14% (f=3)	1,95 / 1,36
Tietojärjestelmiin dokumentointi on selkeää (n=22)	9% (f=2)	45% (f=10)	27% (f=6)	14% (f=3)	5% (f=1)	2,59 / 1,01
Pääsääntöisesti käyttämäni tietojärjestelmä on tarkoituksenmukainen (n=22)	4% (f=1)	18% (f=4)	14% (f=3)	59% (f=13)	5% (f=1)	3,41 / 1,01

Tietoturvallisuuteen liittyvissä väittämissä hoitajat olivat suurimmaksi osaksi eri mieltä väittämiensä kanssa. Hoitajista 41% (f=9) oli jokseenkin eri mieltä, että tietoturvallisuus toteutuu hyvin ilmoittautumisluukulla. Hoitajista hieman yli puolet 54% (f=12) oli jokseenkin eri mieltä, että tietoturvallisuus toteutuu hyvin hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitajista hieman yli puolet 54% (f=12) oli täysin eri mieltä, että tietoturvallisuus toteutuu hyvin potilaspaikoilla. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Hoitajien kokemuksia tietoturvallisuudesta yhteispäivystyksessä.

Väittäjä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseenkin samaa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	Ka / kh
Tietoturvallisuus toteutuu hyvin ilmoittautumisluukulla (n=22)	36% (f=8)	41% (f=9)	18% (f=4)	5% (f=1)	0% (f=0)	1,91 / 0,87
Tietoturvallisuus toteutuu hyvin hoidon tarpeen arvioinnissa (n=22)	14% (f=3)	18% (f=4)	9% (f=2)	54% (f=12)	5% (f=1)	3,18 / 1,22
Tietoturvallisuus toteutuu hyvin potilaspaikoilla (n=22)	54% (f=12)	41% (f=9)	0% (f=0)	5% (f=1)	0% (f=0)	1,55 / 0,74

Tulokset mitkä ovat liittyneet päivystyksen tiloihin, ovat selkeästi jakaneet mielipiteitä. Hoitajista 36% (f=8) oli jokseenkin samaa mieltä, että nykyisen hoidon tarpeen arvioinnin haastattelutilat ovat hyvällä sijainnilla päivystyksessä. Kuitenkin hoitajista 41%

(f=9) oli täysin tai jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Hoitajista 45% (f=10) oli jokseenkin samaa mieltä, että päivystyksen ilmoittautumislukun työtilat tukevat hoitajien työntekoa. Hoitajista 45% (f=10) oli taas jokseenkin eri mieltä, että päivystyksen kanslioiden työtilat tukevat hoitajien työtä. Hoitajista 36% oli jokseenkin samaa mieltä, että päivystyksen potilaspaikkojen työtilat tukevat hoitajien työtä. Hoitajista noin puolet 54% (f=12) olivat jokseenkin samaa mieltä, että päivystyksen vastaanottohuoneiden työtilat tukevat hoitajien työtä. Hoitajista yli puolet 64% (f=14) olivat jokseenkin samaa mieltä, että päivystyksen työvälineet ovat kattavat. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Hoitajien kokemuksia yhteispäivystyksen tiloista ja välineistä.

Väittäjä	1 Täysin eri mieltä	2 Jokseenkin eri mieltä	3 En samaa tai eri mieltä	4 Jokseen- kin sa- maa mieltä	5 Täysin samaa mieltä	Ka / kh
Nykyisen hoidon tarpeen arvioinnin haastattelutilat ovat hyvällä sijainnilla päivystyksessä (n=22)	23% (f=5)	18% (f=4)	23% (f=5)	36% (f=8)	0% (f=0)	2,73 / 1,20
Päivystyksen ilmoittautumislukun työtilat tukevat hoitajien työtä (n=22)	23% (f=5)	45% (f=10)	18% (f=4)	9% (f=2)	5% (f=1)	2,27 / 1,08
Päivystyksen kanslioiden työtilat tukevat hoitajien työtä (n=22)	41% (f=9)	45% (f=10)	14% (f=3)	0% (f=0)	0% (f=0)	1,73 / 0,70
Päivystyksen potilaspaikkojen työtilat tukevat hoitajien työtä (n=22)	18% (f=4)	32% (f=7)	14% (f=3)	36% (f=8)	0% (f=0)	2,68 / 1,17
Päivystyksen vastaanottohuoneiden työtilat tukevat hoitajien työtä (n=22)	9% (f=2)	23% (f=5)	9% (f=2)	54% (f=12)	5% (f=1)	3,23 / 1,15
Päivystyksen työvälineet ovat kattavat (n=22)	0% (f=0)	18% (f=4)	9% (f=2)	64% (f=14)	9% (f=2)	3,64 / 0,90

Avoimien kysymysten saatiin yhteensä 7 vastausta, tämä on 32% kaikista kyselyyn vastanneista hoitajista. Avoin vastaus pelkistettiin ja luokiteltiin sopiviin luokkiin. Avoin kysymyksen vastauksissa toistui erityisesti hoitajien ja muiden työntekijöiden välinen hyvä kollegiaalisuus, huonot työtilat, esimiestoiminnasta laajasti erilaisia palautteita sekä erillisten tietojärjestelmien huonot puolet. Näiden lisäksi tuli yksittäisiä avoimia vastauksia tietoturvan puutteista ja hoidon tarpeen arvioinnin ongelmista.

Parhaimman keskiarvon saivat väittämät, joilla kartoitettiin yhteistyötä (keskiarvolla 3,93), suurimmaksi kehittämiskohteeksi nousi esiin väittämäkokonaisuus, jolla kartoitettiin tietoturvallisuutta (keskiarvolla 2,21). Näihin tuloksiin vaikuttaa myös keskihajonta, joka oli yhteistyön väittämässä 0,77, sekä tietoturvan väittämässä keskihajonta oli 1,18. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Tulokset jaoteltu keskiarvon mukaan.

Kartoitettu väittämäkokonaisuus	Keskiarvo (keskihajonta)	Mahdolliset pelkistykset avoimesta kysymyksestä
Yhteistyö ja kommunikointi	3,93 (0,77)	- Erilaiset hoitotavat eri organisaation väleillä - Hyvät kollegat - Mukava työpaikka - Kollegat auttavat toisiaan - Yhteishenki koetaan hyväksi ammattinimikkeiden ja terveyspalvelujen rajat ylittävästi
Potilasohjaus	3,87 (0,71)	
Triageluokittelu	3,70 (0,98)	
Hoidon tarpeen arviointi	3,68 (0,74)	- Hoidon tarpeen arviointi ei välillä toteudu hyvin potilaiden näkökulmasta
Tiedonkulku	3,67 (0,81)	
Potilasjaottelu	3,50 (0,75)	
Työilmapiiri ja työssäjaksaminen	2,84 (1,14)	- Ei virkistystoimintaa - Ei koulutustarjontaa - Johtamisongelmia - Tiedottamisongelmia - Välillä esimiesten toimesta sijaisia eriarvoistetaan
Tilat ja välineet	2,71 (1,20)	- Tilat toimimattomia - Työtilat hankaloittavat työtä
Potilastietojärjestelmät	2,36 (1,24)	- Erilliset tietojärjestelmät eivät ole toimivia työnteon kannalta - Erilliset tietojärjestelmät hankaloittavat työnteoa
Tietoturva	2,21 (1,18)	- Tietoturvassa puutteita - Puhe kuuluu liiallisen laajalle alueelle hoidon tarpeen arvioinnin huoneesta - Puhe kuuluu liiallisen laajalle alueelle sihteerien kansliasta

## 9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tässä tutkimuksessa kerättiin aineistoa Salon päivystyksessä toimivilta hoitajilta. Aineistossa käsiteltiin hoitajien kokemuksia Salon päivystyksen toimivuudesta. Salon terveyskeskuspäivystyksessä sekä Salon erikoissairaanhoidon päivystyksessä toimii noin 30 hoitajaa yksikköä kohden, eli noin 60 hoitajaa yhteensä. Tutkimuksen suorittamiselle pyydettiin lupaa erikseen Salon kaupungilta ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Kun tutkimukselle saatiin lupa, kysely lähetettiin sähköisenä linkkinä Salon päivystyksen osastonhoitajille, jotka jakoivat sähköisen linkin päivystyksessä toimiville hoitajille. Vastaajan tuli olla vakituisessa työssä tai sijaisena toimiva hoitaja. Näin varmistettiin kyselyn eettisyys sekä hoitajien tietosuoja. Opinnäytetyön tekijät eivät saaneet vastaajien henkilötietoja. Aineisto kerättiin huhti- ja toukokuussa 2020. Tutkimuksen tulokset esitettiin taulukoittain ja johtopäätökset tuotiin esille tulosten tarkastelussa. Prosenttiluvut pyöristettiin kokonaisiin lukuihin.

Tutkimuksen raportissa on kirjoitettava vain tutkimuksen kannalta oleellisia asioita, ja huomioitava ettei siinä rikota lupausta luottamuksellisuudesta, salassapidosta ja vaitiolovelvollisuudesta. Aineiston yksityisyydensuojaa turvaavat henkilötietolaki 1999/523 ja laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621. Henkilötietolaki tarkoittaa karkeasti yksityisyyden suojaa tutkittaville. Tieteellinen tutkimus pitää tärkeänä, että tutkimuksiin osallistuvat joukot, ryhmät, kunnat pysyvät aina tuntemattomina. (Vilkkä 2014 95-97, 164.) Vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaajat pysyivät anonyymeina, ja heidän vastauksiaan käytettiin ainoastaan tämän tutkimuksen tekoon.

Määrällisessä tutkimuksessa ei yksilöidä vastaajien vastauksia, joten tunnistamisriskiä ei tässä ole. Määrällisessä tutkimuksessa tulee kuitenkin huomioida kirjoitustapa. Eettisyyden kannalta on siis otettava huomioon, mitä tutkimukseen osallistujista kirjoitetaan. Kirjoitustyyllillä miten tuloksia ilmaistaan, voidaan tahattomasti vahingoittaa osallistujien elämää. Tutkijan on siis mietittävä tulosten ilmaisutyyli tarkkaan, siten etteivät ne loukkaa tai syyllistä, ole epäkunnioittavia, yksipuolisia, halventavia tai mustamaalaavia. Kielteisellä raportilla voidaan tahattomasti leimata tutkimukseen osallistunut ryhmä, ja pahimmillaan jopa koko tutkimusala. (Vilkkä 2014 95-97, 164.) Tutkijalla on myös velvollisuus tietoa kerätessä selvittää tutkittaville, miten tuloksia aiotaan hyödyntää (Heikkilä 2014.) Kyselyyn vastaamatta jättämisestä ei aiheutunut

tutkittavalle mitään haittaa. Tutkimus oli vapaaehtoinen ja siitä oli mahdollisuus kieltäytyä.

Tutkimustuloksia arvioidessa tulee määrällisessä tutkimuksessa huomioida tulosten reliabelius eli kyky antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, ja tutkimuksen validius eli tutkimusmenetelmän kyky mitata sitä mitä sen on tarkoituskin mitata. Eli tutkimuksessa ei ole tullut virhettä. (Vilkkä 2014 149-151.) Tutkimuksen luotettavuutta parannettiin monilla tarkentavilla väittämillä eri osa-alueista, näiden avulla saataisiin myös mahdollisimman tarkka tulos. Työtä tehdessä huolellisuus sekä työn arviointi koko prosessin ajan lisäsi luotettavuutta. Ennen kyselyn julkaisua kysely esitettiin sairaanhoitajalla. Kyselyä muokattiin esitestauksen jälkeen ulkoasullisesti, sekä muuttamalla lauserakenteita.

Tutkimuksen luotettavuutta pystytään tarkastelemaan muun muassa selkeällä rajatulla tutkimusongelmalla tai ongelmilla, mikä auttaa selventämään lukijalle tutkimuksen tarkoitusta. Selkeällä tutkimussuunnitelmalla ja kyselylomakkeella pystytään tukemaan tutkimuksen kulkua, sekä tulosten laatua, mitkä ehkäisevät väärin ymmärryksiä. (Heikkilä 2014). Kyselyn valmistumisesta lähetettiin viesti osastonhoitajille ennen kyselyn lähettämistä, jotta vastausprosentti olisi mahdollisimman iso. Saatekirjeen avulla ja osastonhoitajien viestillä kannustettiin hoitohenkilökuntaa vastaamaan kyselyyn, jotta saataisiin mahdollisimman suuri osallistujia määrä, joka auttaisi tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuksessa tuloksia käsiteltiin ilman ennako-oletuksia. Tutkimuksessa on huomioitu kaikki tulokset, mitään ei ole jätetty esittämättä ja otettu kantaa esille nousseihin asioihin.

Hyvin harkitulla otantamenetelmällä pystytään tukemaan tiedonkeruuta, mikä puolestaan edesauttaa korkeaan vastausprosenttiin kyselyn suhteen (Heikkilä 2014). Tutkimuksen osoitettiin hoitajille, jotka toimivat Salon päivystyksessä. Otanta oli (n=60) hoitajaa, vastanneita tutkimukseen tuli (n=22) hoitajaa. Kaikki hoitajat eivät päässeet mukaan erinäisten poissaolojen takia, jolloin vain osa hoitajista pystyi osallistumaan tutkimukseen.

Lopuksi tutkimuksen luotettavuuden ja ennen kaikkea onnistumisen näyttää hyvin tehty raportti mikä keskittyy tutkimuksen objektiin. Tutkimuksen tekijällä/tekijöillä on myös vastuu tuoda tutkimuksen luotettavuutta laskevat asiat esille tutkimuksessa. Näitä voi olla heikko vastausprosentti, epäselkeät tai moniselitteiset kysymykset.

(Heikkilä 2014). Tutkimuksen luotettavuutta laski jonkin verran tämänhetkinen maailmanlaajuinen tilanne COVID-19 viruksen takia. Luotettavuuteen vaikutti myös lyhyt tutkimusaika sekä suhteellisen heikko vastausprosentti.

Mikäli lukija vastaa kysymykseen väärällä tavalla kysymyksen väärinymmärryksen vuoksi, voidaan tutkijan käsitellessä tuloksia saada epätosi tulos (Heikkilä 2014). Kyselyssämme väittämät olivat selkolukuisia ja tätä kautta niin sanotusti vaikea vastata väärin. Kyselyssä oli myös mahdollisuus olla vastaamatta tiettyyn epäselvään väittämään ja mahdollisuus esimerkiksi avata jotain kysymystä lopussa olevaan avoimeen kohtaan.

Monimenetelmällisessä tutkimuksessa on käytössä useampaa erilaista tutkimustapaa. Määrällinen tutkimusmenetelmä eli kvantitatiivinen menetelmä on tutkimustapa missä tuloksia tarkastellaan numeraalisesti. Tämä tarkoittaa tulosten tarkastelua numeroiden avulla. (Vilka 2014, 14.) Tällaisesta menetelmästä esimerkkinä internetkysely. Internet-kyselyssä vastausprosentti on yleensä ollut suhteellisen hyvä. Tähän kuitenkin on vaikuttanut vastausryhmä. Kyselyn vahvuuksiin kuuluu haastattelijoiden tarpeettomuus, minkä seurauksena voidaan kysely lähettää suurelle joukolle, huolehtimatta haastatteliijoista. Vastausten saanti on hyvää, mutta tähän voi vaikuttaa negatiivisesti kysymysten määrä, minkä seurauksena kysely voi jäädä vastaajan osalta kesken. Heikkouksiin kyselyssä kuitenkin kuuluu väärinymmärtämisen suurimahdollisuus, lisähavainnot ei voi tehdä ja avoimiin kysymyksiin jätetään yleensä vastaamatta. (Heikkilä 2014.) Vastausprosentti oli 37% (n=22), kuitenkin vastauksia tuli molemmilta tahoilta yhtä paljon. Tutkimukseen osallistujat vastasivat tasaisesti melkein kaikkiin väittämiin. Tutkimuksessa yhteensä neljään väittämään ei kaikki tutkimukseen osallistuneet vastanneet. Näissä kohdissa kaikista puuttui yksi vastaus, joka ei kuitenkaan vaikuttanut lopputulokseen. Lisäksi avoin kysymys ei saanut kuin seitsemän vastausta. Internetkyselyn koettiin parhaaksi mahdolliseksi tavaksi aineiston keruuseen koska hoitajien kolmivuorotyö tuo aikarajoitteita ja internetkyselyyn oli hoitajien helpompi vastata ajasta riippumatta.

Laadullinen tutkimusmenetelmä eli kvalitatiivinen menetelmä on tutkimustapa missä tuloksista on tarkoituksena ymmärtää merkitystä, ominaisuutta ja laatua (Jyväskylän yliopisto 2015a). Tutkimuksen alussa on valittava, mikä asema tutkimuksessa on teorialla. Useimmiten vaihtoehtoina on teorialähtöisen, teoriasidonnaisen tai aineistolähtöisten tutkimuksen välillä. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa nojataan hyvin

paljon aineistoon, joka tarkoittaa sitä, että esimerkiksi tutkimuksessa käytettävät yksiköt eivät ole ennalta päätetty tutkimuksessa, vaan teoria rakentuu aineistosta saatavista asioista. Teorialähtöisessä tutkimuksessa analyysi perustuu jo valmiiksi olevaan teoriaan tai malliin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tästä syystä tähän tutkimukseen valittiin tämä tutkimusmenetelmä, vastaajat saivat halutessaan vastata niitä asioita mitä kukin vastaaja koki tarpeelliseksi. Vastauksia alkuperäisilmaisuuilla ei voitu tässä tutkimuksessa näyttää pienen vastausprosentin ja anonyymiteetin säilyttämisen takia. Avoimen kysymyksen vastauksien alkuperäisilmaisujen näyttämättä jättäminen vaikuttaa kielteisesti tämän tutkimuksen luotettavuuteen, mutta avoimesta kysymyksestä saatu aineisto oli määrältään niin vähäinen, että alkuperäisilmaisuja ei voitu näyttää anonyymiteetin varmistamisen vuoksi.



## 10 TUTKIMUKSEN POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Salon päivystyksen hoitajien kokemuksia päivystyksensä toiminnasta. Kyselyn avulla saatiin kerättyä yhteenveto Salon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksien hoitajilta heidän kokemuksistaan päivystyksen toimivuudesta. Vastauksilla saatiin kerättyä tietoa muun muassa hoidon tarpeen arvioinnista, triageluokituksen käytöstä, potilastietojärjestelmistä, päivystyksen tiloista, potilaiden jaottelusta, yhteistoiminnasta ja kommunikoinnista, raportoinnista, potilasohjauksesta, työilmapiiristä, työhyvinvoinnista sekä tietoturvalisuuden toteutumisesta. Tutkimukseen osallistui 11 hoitajaa perusterveydenhuollosta ja 11 hoitajaa erikoissairaanhoidosta, eli yhteensä 22 hoitajaa. Osallistujamäärä oli vähemmän kuin toivottiin. Vastausprosenttiin todennäköisesti vaikutti yhteiskunnassa vaikuttava COVID-19 virus, sekä kyselyn tiukka aikataulu.

### 10.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Hoitajien vastausten mukaan **yhteistyötoiminta sekä kommunikointi** on hyvää päivystyksessä. Melkein yksimielisesti hoitajien mukaan kommunikointi lääkäreiden ja hoitajien kesken koettiin hyväksi sekä yhteistyötoiminta lääkäreiden ja hoitajien välillä on sujuvaa. Myös hoitajien keskeinen kommunikointi koettiin hyväksi. Mukava työpaikka, ja hyvät kollegat tukevat yhteistyötä. Erilaiset toimintatavat kuitenkin hieman hankaloittavat yhteistyötä organisaation välillä. Tästä huolimatta ensihoidon ja Salon päivystyksen yhteistyö henkilökunnan välillä koettiin hyvin toimivaksi. Toimintakäytäntöjen yhtenäisyydet päivystyksen sisällä aiheuttivat tuloksissa pientä erimielisyyttä. Lehtonen (2019) tutki yhteispäivystyksen toimintaa. Tutkimuksessa ilmeni ongelmia kommunikaatiossa perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon välillä. Yksiköiden välillä ilmeni kynnys konsultoida tai kysyä edes neuvoa toiselta yksiköltä. Tämä hankaloittaa potilaan hoitoa yksiköiden välisten siirtojen yhteydessä, jos tietoa ei uskalleta kysyä toiselta yksiköltä (Lehtonen 2019, 18–19). Yhtenäisyyksiä tutkimuksissa ei ilmennyt, ja tulosten perusteella voidaan olettaa, että yhteistyö ja kommunikointi toimivat suhteellisen hyvin Salon päivystyksessä.

Hoitajat kokivat kokonaisuudessa **potilasohjauksen** toteutuvan suhteellisen hyvin Salon päivystyksessä. Suurin osa koki potilasohjauksen olevan yhtenäistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoidon aikainen ohjaaminen koettiin myös hyväksi, ja erityisen hyväksi oltiin, koettu potilaan jatkohoidon ohjaaminen. Lehtosen (2019) tutkimuksessa potilaiden hoidon jatkuvuus ei aina ollut selvää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Potilaiden hoitoon ei aina panostettu, jos erikoissairaanhoidosta jouduttiin siirtämään potilas perusterveydenhuoltoon. Potilaiden jatkohoito-ohjeet koettiin myös vajanaiseksi, ja eri tahojen hoito oli ristiriitaista eikä yhtenäistä. (Lehtonen 2019, 34.) Tutkimuksista huomataan, että ne eroavat aika rajusti toisistaan. Tähän voi tietysti vaikuttaa tutkimusten kohderyhmien vastaajamäärien erot. Kuitenkin on positiivista huomata, miten hyväksi potilaanohjaus koettiin Salon päivystyksessä. Syitä siihen miksi hoitajat pitävät potilasohjausta toimivana, voi olla monia, ja konkreettista vastausta tähän ei tutkimuksessa saatu. Voidaan kuitenkin ajatella, että yhteiset linjaukset miten potilasta ohjataan ovat toimivat, ja siksi hoitajat kokevat potilasohjauksen toimivaksi.

Tutkimuksessa **hoidontarpeen arviointiin** liittyen suurin osa hoitajista koki, että hoidon tarpeeseen saapuva potilas pääsee nopeasti hoidon tarpeen arviointiin, ja tästä vielä hoitajan hoidettavaksi. Kuitenkin lääkärin arviointiin pääsyn nopeudessa ilmeni pientä hajontaa tuloksista, eivätkä suurin osa vastaajista osanneet antaa mielipidettä. Suurimmaksi osaksi kuitenkin hoidontarpeen arviointi koettiin suhteellisen hyväksi. Kallankari (2016) nosti omassa tutkimuksessaan esiin päivystyksen ruuhkautumisen, mikä on maailmanlaajuinen ongelma. Hyvällä hoidontarpeen arvioinnilla voidaan kuitenkin ruuhkautumista vähentää (Kallankari 2016.), mikä tuntuu toimivan suhteellisen hyvin Salon päivystyksessä. Avoimessa kysymyksessä esiin nousi myös hoidontarpeen arviointi potilaiden näkökulmasta. Tässä koettiin, ettei hoidontarpeen arviointi aina suju hyvin potilaiden näkökulmasta. Janhunen (2014) korostaa omassa tutkimuksessaan, että tilanteen salliessa potilaan mielipiteitä ja toiveita tulee, myös kuunnella hoitoa suunnitellessa. Hoidontarpeen arviointi on tärkeä osa potilaan hoitoa ja on tärkeää, että potilaat pystytään arvioimaan nopeasti ja että eniten hoitoa tarvitseva potilas pääsee nopeasti hoitoon. (Janhunen 2014.) Jokainen päivystyspoliklinikka määrittää itse ohjeet hoidon tarpeen arvioinnista ja tulosten perusteella Salon päivystyksessä hoidon tarpeen arviointi sujuu suhteellisen hyvin.

**Triageluokittelun** käyttö koettiin suurimmaksi osaksi Salon päivystyksessä positiivisesti vaikuttavana voimavarana. Vastaajat kokivat, että luokittelua käytetään arvioinnissa ja, että se nopeuttaa ja helpottaa potilaan hoitoa. Kallankari (2016) tutki triagen vaikutuksia päivystyksessä. Hän nosti esiin, että päivystyksen ruuhkautumista voidaan ehkäistä hyvällä triage-arvioinnilla, ja hoitoon pääsy tapahtuu sujuvasti. Hän tutki myös ESI-triagen vaikutuksia päivystyksessä ja huomasi, että potilaiden odotusaika lyhentyi sekä potilaiden siirtely eri organisaatioiden välillä vähentyi tämän ansiosta. (Kallankari 2016.) Gilboy ym. (2012) huomasivat samankaltaisia vaikutteita triagen käytöstä. Se nopeutti sekä selkeytti päivystyksen toimintaa (Gilboy ym. 2012). Tutkimuksen perusteella voidaan ajatella, että hoitajista suurin osa kokee triageluokituksen hyödylliseksi ja potilashoitoa parantavaksi tekijäksi. Tulosten perusteella triagen suurimmat hyödyt tulevat esille potilaan hoidon nopeutumisessa.

Suurin osa hoitajista koki kokonaisuudessa **potilasjaottelun** päivystyksessä suhteellisen hyväksi. Suurin osa hoitajista itse oli sitä mieltä, että hoitajilla on hyvin tiedossa jaottelu perusterveydenhuollon ja erikoisairaanhoidon välillä. Pientä hajontaa väittämässä kuitenkin syntyi, kun hoitajille esitettiin väittämiä liittyen lääkäreihin. Näihin liittyvissä väittämässä ainakin puolet olivat sitä mieltä, että lääkäreillä on hyvin tiedossa jaottelu sekä hoitajilla ja lääkäreillä on yhteinen käsitys missä kukin potilas hoidetaan. Lehtosen (2019) tutkimuksessa tuotiin ilmi konsultoinnista, jos oli epäselvyyttä siitä, kuuluuko potilas hoidettavaksi perusterveydenhuollolle vai erikoisairaanhoidolle. Kyseisessä tutkimuksessa ilmeni epävarmuutta lääkärin konsultoinnista, hoitajat eivät olleet varmoja kuuluuko konsultoida terveyskeskuslääkäriä vai erikoisairaanhoidon lääkäriä. (Lehtonen 2019, 19.) Tutkimuksissa voidaan huomata samankaltaisuuksia liittyen lääkäreihin. Suurimmaksi osaksi hoitajat kokevat, että lääkäreillä ja hoitajilla on yhteinen käsitys potilasjaottelusta, kolmasosa ei kuitenkaan osaa tähän sanoa vastausta. Potilasjaottelun selkeyttä voidaan yrittää parantaa yhteisillä linjauksilla potilaista, tai muistuttaa vanhoista linjauksista. Tästä huolimatta potilasjaottelussa voi ilmetä erimielisyyksiä johtuen persoonista, eri koulutustasosta tai sisäisestä hierarkiasta.

Hoitajien mukaan he kokivat yleisen työilmapiirin hyväksi ja sen tukevan heidän **työssäjaksamistansa**. Hoitajista suurin osa ei juurikaan ottanut kantaa uuteen työaikalakiin, mutta kantaa ottaneista suurin osa koki tämän heikentävän työssäjaksamista. Hoitajat myös kokivat, ettei työpaikalla järjestetä sopivasti virkistystoimintaa, ja avoimesta kysymyksestä nousi ilmi myös koulutustarjonnan puute. Suurena ongelmana

hoitajat pitivät myös esimiestoiminnan. Itse johtamisessa kerrottiin olevan ongelmia, ja että johdon puolelta sijaisina toimivia "eriarvoistetaan". Suurin osa hoitajista ei pidä esimiehen toimintaa työssäjaksamista tukevana. Pekkarisen (2018) tutkimuksessa ilmeni, että sosiaali- ja terveysalan työntekijät kokivat saavansa muita aloja huomattavasti enemmän tukea esimieheltä työhönsä. Tutkimukseen osallistuneet kuitenkin kokivat työilmapiiri olevan hyvä sosiaali- ja terveysalalla ja että työkavereilta saa tukea työssäjaksamiseen. (Pekkarinen 2018.) Harjunpään ja Lintilän (2017) tutkimuksessa tuloksissa nousi myös esille, että työhyvinvointiin voidaan vaikuttaa suuresti hyvällä johtamisella ja hyvällä yhteistyöllä (Harjunpää ja Lintilä 2017). Työhyvinvoinnista nousivat esille suurissa osin työkaverit ja esimies. Tutkimuksissa voidaan huomata samankaltaisuuksia esimiestoiminnassa, ja tuntuu että se on asia mikä on paljon ollut esillä sosiaali- ja terveysalan työssä. Esimiehen tulee olla alaistensa tukena, ja pyrkiä helpottamaan heidän työntekoaan omalla toiminnallaan. Tutkimustulosten perusteella hoitajat eivät kuitenkaan koe näin. Positiivista kuitenkin on, että työkaverit koetaan monesti suurena voimavarana. Työkaverit ovat ne henkilöt, joiden kanssa henkilö työskentelee päivästä toiseen. Työhyvinvoinnin ja työssäjaksamisen kannalta on hyvä, että työkaverit koetaan työyhteisön voimavarana.

**Työtilat** ovat oleellinen osa hoitotyötä, ja siksi näiden olisi hyvä tukea hoitotyötä. Tutkimuksessa vastanneiden hoitajien mukaan ilmoittautumislukun työtilat eivät ole toimivia eivätkä tue hoitotyötä. Heikoiten toimiviksi työtiloiksi hoitajat kokivat päivystyksen kansliat. Hoitajat kokivat vastaanottohuoneiden sekä päivystyksen työvälineiden tukevan hoitotyötä hyvin. Hoidon tarpeen haastattelutilojen sijainti sekä potilaspaikkojen työtilat jakoivat hoitajien mielipiteitä eniten. Osa hoitajista koki haastattelutilojen sijainnin sekä potilaspaikkojen työtilojen olevan toimivat ja asiaa ajavat, kun taas osa hoitajista oli täysin eri mieltä asiasta. Verrattavia tutkimuksia työtiloihin liittyen ei valitettavasti löydetty. Tutkimuksessa kuitenkin koettiin suurimmaksi osaksi tilat työtä hankaloittaviksi ja toimimattomiksi.

Lehtosen (2019) tutkimuksessa ilmeni ongelmia tiedonkulussa. Eri **potilastietojärjestelmät** eivät tue hoidon jatkuvuutta sekä dokumentoinnin eri käytänteet loivat ongelmia. (Lehtonen 2019, 17.) Sipokosken (2017) mukaan vaikeakäyttöiset ja kankeat tietojärjestelmät lisäävät työkuormaa, hankaloittavat työntekoa eivätkä tue moniammatillista yhteistyötä. Hän tuo myös tutkimuksessaan ilmi, että erilaiset kirjoitustyylit ja eri tietojärjestelmät vievät hoitajilta aikaa tiedonhakuun. Potilaiden tietoja kirjataan väärin paikkoihin, tai sitä ei osata hakea. Tässä organisaation vastuu perehdyttää

työntekijöitä järjestelmien käyttöön nousee vahvasti esille. (Sipokoski 2017.) Tutkimuksessa suurin osa vastanneista hoitajista koki, ettei kahden eri tietojärjestelmän käyttö ole selkeää ja, että se on ongelmallista. Vastaajat kokivat myös tietojärjestelmiin dokumentoinnin epäselkeänä. Kuitenkin suurin osa hoitajista koki omakäyttämän tietojärjestelmän olevan tarkoituksenmukainen. Vaikka tietojärjestelmät ovat jatkuvan kehityksen alla, ja niistä pyritään saamaan mahdollisimman helppokäyttöisiä, (Sipokoski 2017) niistä löytyy edelleenkin parannettavaa. Erilaiset potilastietojärjestelmät eivät ole toimivia ja jopa hankaloittavat työntekoa. Nämä asiat käyvät edelleen ilmi tässäkin tutkimuksessa.

Yli puolet hoitajista olivat kokeneet, että **työyhteisön saatavilla olevat yhteystiedot** ovat riittäviä. Kolmasosa hoitajista oli sitä mieltä, että yhteystiedot ovat ajan tasalla, mutta yli puolet eivät osanneet ottaa kantaa. Raportoinnista erikoissairaanhoidon ja perussairaanhoidon välillä oltiin melkein yksimielisiä sen suhteen, että raportointi toimii suhteellisen hyvin. Raportointi on oleellinen osa potilaan hoitoa tämän siirtyessä toiseen paikkaan, ja on siis erittäin tärkeää, että se toimii hyvin. Lehtonen (2019) tuo ilmi tutkimuksessaan, että erikoissairaanhoidolla oli käytössä paljon vääriä, virheellisiä tai vanhoja puhelinnumeroita. Myös raportoinnissa ilmeni ongelmia, muun muassa lähetteet eivät aina päässeet perille ja tieto ei kulkenut tahojen välillä. (Lehtonen 2019, 20–21.) Puutteelliset yhteystiedot eri tahojen välillä vaikeuttavat potilaiden hoitoa. Yhteystietojen ajankohtaisuutta voi olla myös hankala epäillä, ja usein niitä huomataankin vasta kun kyseiseen tahoon yritetään olla yhteydessä. On kuitenkin hyvä asia, että suurimmaksi osaksi eri tahot ilmoittavat päivittyneistä yhteystiedoistaan. Kuitenkin kaikkialle päivittynyttä yhteystietoa ei välttämättä muisteta ”kirjoittaa”, mistä voivat puutteelliset yhteystiedot johtua. Tutkimuksessa yhteystietojen ajankohtaisuutta voi olla vaikea arvioida, jos niitä ei ole tarvinnut käyttää vähään aikaan.

**Tietoturvallisuuden** toteutumisen hoidontarpeen arvioinnissa yli puolet hoitajista olivat sitä mieltä, että tämä tapahtuu suhteellisen hyvin. Muilla osa-alueilla liittyen tietoturvallisuuden toteutumiseen suurin osa hoitajista arvioi tietoturvallisuuden toteutumisen heikoksi. Noin kolme neljäsosaa vastanneista hoitajista arvioi, että ilmoitautumisluukulla toteutuva tietoturvallisuus ei toteudu hyvin. Hoitajat myös melkein yksimielisesti arvioivat potilaspaikoilla toteutuvan tietoturvallisuuden huonoksi. Avouudessa kysymyksessä tuodaan ilmi puheen kuuluminen liian pitkälle, muun muassa potilaan hoidontarpeen arvioinnin huoneesta ja sihteerin kansliasta. Hakala (2006)

kertoo omassa tutkimuksessaan, että potilaalla on oikeus yksityisyyteen hänen potilastietojensa suhteen, ja tämä on terveydenhuollossa hyvin tärkeää (Hakala 2006). Tutkimukseen vastanneiden hoitajien tulosten mukaan tietoturvallisuudessa on parannettavaa Salon päivystyksessä. Potilaan tiedot ovat yksityiset, ja niistä keskusteltaessa tiedot eivät saisi kuulua ulkopuolisille. Ohuet seinät, pienet huoneet tai jaetut potilashuoneet kaikki heikentävät tietoturvallisuutta. Juuri huoneet, joissa puhutaan potilastiedoista ovat hoitajien mielestä ongelmalliset, ja kaipaavat parannusta.

## 10.2 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset

Tulosten perusteella johtopäätökset ja mahdolliset kehittämissuositukset ovat tehty enemmistön tulosten perusteella.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset.

1. Hoitajat kokivat työyhteisön, työilmapiirin ja yhteistyön suhteellisen hyväksi, mitkä kaikki vaikuttavat positiivisesti työhyvinvointiin. Varsinkin sairaanhoitajien keskinen yhteistyö arvioitiin hyväksi. Keskeisellä yhteistyöllä on suuri rooli potilaan hoidon ja hoitajien yhteisöllisyyden kannalta. Hyväksi kuvattu yhteistyö kertoo luottamuksesta toisiin kahden eri työyhteisön välillä.
2. Tietoturvallisuudessa ja potilastietojärjestelmissä koettiin olevan parannettavaa. Kaikki työhuoneet eivät tue hoitotyötä, joistain huoneista kuuluvat keskustelun äänet ulkopuolisille, ja kahden eri potilastietojärjestelmän käyttö koettiin hankalana. Työhuoneiden toimimattomuudessa viitattiin suurimmaksi osaksi äänieristykseen. Potilaiden tiedoista keskusteltaessa, tai hoidontarpeen arviota tehdessä puhe ei saisi kuulua ulkopuolisille. Mahdollisuuksien mukaan voisi suunnitella hoidontarpeen tekemistä toiseen huoneeseen.
3. Kahden eri tietojärjestelmän käyttö koettiin myös suurimman osan mielestä hankalana. Tietojärjestelmien käyttöön voisi suunnitella koulutusta mikä voisi opastaa henkilökuntaa paremmin hallitsemaan järjestelmät. Mahdollisesti kannattaa myös miettiä kokonaan uutta järjestelmää.
4. Hoitajista suurin osa koki, ettei esimiestoiminta tue heidän työssä jaksamistaan. Myös viriketoiminnan vähyys sekä koulutustoiminnan puute nousi esille hoitajien vastauksista. Koulutustoimintaa voisi nostaa sekä esimiestoimintaan panostaa. Näillä pystyisi vaikuttamaan hoitajien työssä jaksamiseen sekä luoda entistä parempaa työilmapiiriä. Koulutustoimintaa olisi myös tärkeä parantaa, koska tätä

kautta hoitajat pystyvät panostamaan enemmän ja tehokkaammin työhönsä, kun on käytössä uutta tietoa ja taitoa.

## 11 LÄHTEET

Ahola, K.; Kivistö, S. & Vartia, M. 2006. Työterveyspsykologia. Työterveyslaitos. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy. Viitattu 12.05.2020

Airaksinen, M. 2013. Moniammatillisuus käsitteenä ja käytännössä: Vertailu kehittämisverkoston tähänastiseen työskentelyyn. Fimea. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Viitattu 20.04.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://www.fimea.fi/documents/160140/758926/26517\\_Moniammatillisuus\\_kasitteena\\_ja\\_kaytannossa\\_professori\\_Marja\\_Airaksinen.pdf](https://www.fimea.fi/documents/160140/758926/26517_Moniammatillisuus_kasitteena_ja_kaytannossa_professori_Marja_Airaksinen.pdf)

Collin, K.; Paloniemi, S. & Herranen, S. 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoidossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä. Viitattu 05.04.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37906/1/978-951-39-4758-3.pdf>

Gilboy, N.; Tanabe, T.; Travers D. & Rosenau, A. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. November 2011. Viitattu 05.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>

Hakala, M.; Vainio, M. & Vuorinen, O. 2006. Tietoturvallisuuden Käsikirja. Jyväskylä: Docendo Viitattu 04.05.2020.

Harjunpää, E ja Lintilä, N. 2017. Sairaanhoidajien kokemuksia henkisestä työhyvinvoinnista päivystysyksikössä. Opinnäytetyö. Centrian ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 14.05.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/137000/Lintila\\_Netta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/137000/Lintila_Netta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Edita Publishing Oy, Helsinki 2014. Viitattu 19.4.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä Helsingin yliopisto- university of Helsinki. Väitöskirja Sosiaalitiede laitos. Helsinki. Helsingin yliopisto.. Viitattu 03.05.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen\\_vaitoskirja.pdf](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf)



Janhunen, K. 2014. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokema. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Viitattu 03.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140571/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140571.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140571/urn_nbn_fi_uef-20140571.pdf)

Kallankari, S. 2016. ESI triage päivystyksessä. Näyttöön perustuvuudesta laatua ja sujuvamat prosessit. Viitattu 04.05.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa. <https://docplayer.fi/33658715-Esi-triage-paivystyksessa.html>

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampereen yliopisto- Acta Universitatis Tamperensis. Väitöskirja. Lääketieteen yksikkö. Tampere. Tampereen yliopisto. Viitattu 02.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kempainen, E. 2016. Aikaa vastata. Kommunikaation tuki kuvataiteen perusopetuksessa. Pro gradu -tutkielma Lapin yliopisto, taiteiden tiedekunta. Viitattu 18.03.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://core.ac.uk/download/pdf/44346756.pdf>

Koppa. Jyväskylän yliopisto. 2015a. Laadullinen tutkimus. Viitattu 28.05.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Koppa. Jyväskylän yliopisto. 2015b. Määrällinen tutkimus. Viitattu 28.05.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Koppa. Jyväskylän yliopisto. 2016c. Teemoittelu. Viitattu 2.6.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysi-menetelmat/teemoittelu>

Kuntaliitto. 2019. Erikoissairaanhoito. Viitattu 20.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/erikoissairaanhoito>

KvantiMOTV. 2003. Menetelmäopetuksen tietoarkisto. Keskiluvut. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 28.05.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/keskiluvut/keskiluvut.html>

KvantiMOTV. 2011. Menetelmäopetuksen tietoarkisto Postikysely aineiston kokoaminen. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 07.03.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/postikysely/postikysely.html>

Käppeli, S. 1995. Interprofessional cooperation: why is partnership so difficult?. Elsevier BV. Ireland. 1995. Viitattu 20.04.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/0738399195007550>

Laine, P. 2013. Työhyvinvoinnin kehittäminen. Turun yliopisto- University of Turku. Väitöskirja Kasvatustieteiden tiedekunta. Turku. Turun yliopisto. Viitattu 07.05.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/93684/Annales%20C%20372%20Laine%20VK.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Annettu Helsingissä 17.08.1992. Viitattu 03.05.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785>

Lehtonen, S. 2019. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmia. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, hoitotiede. Viitattu 26.02.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105800/1558336873.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Liikenteen tutkimuskeskus Verne. 2020. Tiedon analysointi. Tampereen yliopisto. Viitattu 16.04.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Lång, T. 2013. Sairaanhoidajien käsityksiä yhteispäivystyksessä tarvittavasta ammatillisesta osaamisesta. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotiede. Viitattu 26.02.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130435/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130435.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130435/urn_nbn_fi_uef-20130435.pdf)

[Luukkonen, N. 2014.](#) Potilaan psyykkisen avun tarpeen tunnistaminen päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Viitattu 03.05.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150030/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150030.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150030/urn_nbn_fi_uef-20150030.pdf)

[Lääkäriliitto. 2020.](#) Potilas-lääkärisuhde. Potilasasiakirja. Viitattu 3.5.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/potilas-laakarisuhte/potilasasiakirjat/>

[Mäkinen, L. 2015.](#) Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalipsykologia. Viitattu 03.05.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98123/GRADU-1446457835.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[Norri-Senderholm, T.; Laitinen, T.; Lehto, M & Kari M. 2019.](#) Terveystieteiden tiedekunta. Artikkelit. Helsinki. Viitattu 07.05.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://www.researchgate.net/publication/331659598\\_Terveystieteiden\\_tiedekunta\\_Artikkelit](https://www.researchgate.net/publication/331659598_Terveystieteiden_tiedekunta_Artikkelit)

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Viitattu 03.05.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pekkarinen, L. 2018. Kevan tutkimuksia 1/2018. Julkisen alan työhyvinvointi vuonna 2018. Viitattu 2.5.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/ta-tiedostot/esitteet-ja-julkaisut/tutkimusraportti-julkisen-alan-tyohyvinvointi-vuonna-2018.pdf>

Reissell, E.; Kokko, S.; Milen, A.; Pekurinen, M.; Pitkänen, N.; Blomgren, S. & Erhola, M. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. THL. Tampere. Viitattu 07.03.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80245/bc917b3e-23e1-495a-85a4-6ffb9db22482.pdf?sequence=1>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Aineisto ja teorialähtöisyys. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 25.05.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_3.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html)

Salo sosiaali- ja terveystieteet. 2020. Häättilanteet ja päivystys. Viitattu 23.03.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.salo.fi/sosiaalijaterveyspalvelut/terveyspalvelut/paivystys/>

Setälä, H. 2016. Ikääntyneiden päivystyspotilaiden palvelutarve. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede. Viitattu 11.04.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100512/GRADU-1485353032.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sipokoski, P. 2017. Mitkä asiat vaikuttavat sairaalassa käytettävien potilastietojärjestelmien käytettävyyteen ja toimivuuteen Kirjallisuuskatsaus aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinto. Viitattu 10.04.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20170466/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20170466.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170466/urn_nbn_fi_uef-20170466.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006a. Hoidon tarpeen arviointi erikoissairaanhoidossa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 16.04.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/bedomning-av-vardbehov-vid-specialiserad-sjukvard](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/bedomning-av-vardbehov-vid-specialiserad-sjukvard)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006b. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 29.03.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71221/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226779.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Tampere. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu

03.03.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3489-4.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalakohteisista edellytyksistä. Helsinki Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 03.05.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA\\_p%C3%A4ivystys\\_PM\\_22.8\\_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA\\_p%C3%A4ivystys\\_PM\\_22.8\\_2.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019a. Erikoissairaanhoidon työnjaon ja päivityksen toteutuminen kansallisessa kokonaisuudessa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.04.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161330/Rap\\_3\\_2019\\_Erikoissairaanhoidon%20toteutuminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161330/Rap_3_2019_Erikoissairaanhoidon%20toteutuminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019b. Suomessa on käytössä useita sähköisiä sosiaali- ja terveyspalveluja kansalaisille – ammattilaisten käytössä olevien tietojärjestelmien käytettävyyttä ja yhteen toimivuutta pitää kehittää. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 16.04.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/suomessa-on-kaytossa-useita-sahkoisia-sosiaali-ja-terveyspalveluja-kansalaisille-ammattilaisten-kaytossa-olevien-tietojarjestelmien-kaytettavyytta-ja-](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suomessa-on-kaytossa-useita-sahkoisia-sosiaali-ja-terveyspalveluja-kansalaisille-ammattilaisten-kaytossa-olevien-tietojarjestelmien-kaytettavyytta-ja-)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020a. Asiakas- ja potilastietojen salassapito. Viitattu 20.04.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://stm.fi/asiakastietojen-potilastietojen-salassapito>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020b. Päivystys. Viitattu 08.03.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteesta <https://stm.fi/paivystys>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020c. Sairaalat ja erikoissairaanhoido. Viitattu 20.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoido>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020d. Työhyvinvointi. Viitattu 30.03.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://stm.fi/tyohyvinvointi>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.03.2009/298. Annettu Helsingissä 30.03.2009. Viitattu 14.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 23.09.2014/782. Annettu Helsingissä 23.09.2014. Viitattu 03.05.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>

Leinonen, R. 2018. Spoken. Sisällönanalyysi. Viitattu 2.6.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://spoken.fi/sisallonanalyysi/>

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Annettu Helsingissä 11.06.1999. Viitattu 03.05.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Superliitto. 2020. Työkuormitus. Viitattu 21.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/tyohyvinvointi-tyosuojelu-ja-tyoelaman-kehittaminen/kuormitus/>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Finlex. Viitattu 08.03.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326#Pidp447178816>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2018a. Hyvä työilmapiiri ja oma kulttuurinen osaaminen avainasemassa ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden sopeutumisessa Suomeen. Viitattu 21.04.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://thl.fi/fi/-/hyva-tyoilmapiiri-ja-oma-kulttuurinen-osaaminen-avainasemassa-ulkomaalaistaustaisten-laakarierien-sopeutumisessa-suomeen>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2018b. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tietojärjestelmien heikko käytettävyys stressaa työntekijöitä. Viitattu 21.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://thl.fi/fi/-/terveydenhuollon-tietojarjestelmien-heikko-kaytettavyys-stressaa-tyontekijoi>

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2020. Palvelujen tuottaminen. Viitattu 03.05.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen>

Tilastokeskus. 2020a. Käsitteet. Frekvenssi. Viitattu 28.05.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.stat.fi/meta/kas/frekvenssis.html>

Tilastokeskus. 2020b. Käsitteet. Prosentti. Viitattu 28.05.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.stat.fi/meta/kas/prosentti.html>

TYKS. 2020. Salon Päivystys. Viitattu 20.03.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.vsshp.fi/fi/paivystys/paivystyspisteet/Sivut/salo-paivystys.aspx>

Tyosuojelu.fi. 2019. Tyosuojeluhallinnon verkkopalvelu. Psykososiaalinen kuormitus. Viitattu 9.4.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/psykososiaalinen-kuormitus>

Työsuojelusanasto (TSK35) 2006. Sanastokeskus TSK. Verkkodokumentti. Viitattu 07.05.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/ty%C3%B6hyvinvointi>

Työterveyslaitos. 2020. Työhyvinvointi. Viitattu 09.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>

Valvira. 2018a. Hoidon tarpeen arviointi. Viitattu 08.03.2020. saatavilla sähköisesti osoitteessa [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/hoidon\\_tarpeen\\_arviointi](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi)

Valvira. 2018b. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystoiminnan suunnitelmallinen valvonta vuosina 2016-2017. Viitattu 30.03.2020 Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.valvira.fi/documents/14444/2822570/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+p%C3%A4ivystystoiminnan+suunnitelmallinen+valvonta+vuosina+2016%E2%80%932017/eb31c133-8988-517a-caf5-107f375d9212>

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki. Finn Lecturan. Viitattu 03.03.2020 Saatavissa sähköisesti osoitteessa <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Viitala, Riitta 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Viitattu 07.05.2020

Vilka, H. 2014. Tutki ja mittaa Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. 2014. Viitattu 19.04.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

[Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2019. TYKS. Potilastiedot ja -asiakirjat. Viitattu 3.5.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa http://www.vsshp.fi/fi/potilaille-ja-laheisille/potilasasiakirjat/Sivut/default.aspx](http://www.vsshp.fi/fi/potilaille-ja-laheisille/potilasasiakirjat/Sivut/default.aspx)

Wilkinson, D. & Skinner, M. 2000. Primary Trauma Care Manual. North House, Farmoor Court, Cumnor Road, Oxford OX2 9LU: Trauma Care Foundation. Viitattu 04.05.2020 saatavilla sähköisesti osoitteessa. [http://www.primarytraumacare.org/wp-content/uploads/2011/09/PTC\\_ENG.pdf](http://www.primarytraumacare.org/wp-content/uploads/2011/09/PTC_ENG.pdf)

Ylitörmänen, T. 2011. Sairaanhoitajien välinen yhteistyö – Kyselytutkimus sairaanhoitajille sairaalassa. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotiede. Viitattu 09.04.2020. Saatavilla sähköisesti osoitteessa. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150065/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20150065.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150065/urn_nbn_fi_uef-20150065.pdf)

## Liite 1. Opinnäytetyön kyselylomake

### Salon päivystys

1. Sukupuolesi
  - Nainen
  - Mies
  - Muu / En halua kertoa
  
2. Ikäsi
  - 20 - 29 vuotta
  - 30 - 39 vuotta
  - 40 - 49 vuotta
  - 50 vuotta tai enemmän
  
3. Työnantajasi
  - Salon kaupunki
  - TYKS Akuutti
  
4. Työkokemuksesi hoitoalalta
  - 0 - 2 vuotta
  - Yli 2 - 5 vuotta
  - Yli 5 - 10 vuotta
  - Yli 10 vuotta
  
5. Työkokemuksesi Salon päivystyksestä
  - 0 - 2 vuotta
  - Yli 2 - 5 vuotta
  - Yli 5 - 10 vuotta
  - Yli 10 vuotta

- 1 = Täysin eri mieltä  
 2 = Jokseenkin eri mieltä  
 3 = En samaa enkä eri mieltä  
 4 = Jokseenkin samaa mieltä  
 5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
6.1 Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu sujuvasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2 Potilaalle tehtävä silmämääräisesti tapahtuva nopea hoidon tarpeen arviointi toteutuu hyvin "kävelevän" potilaan saapuessa päivystykseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.3 Tarvittavien vitaaliparametrien mittaukset toteutuvat hyvin hoidon tarpeen arvioinnissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.4 Päivystykseen saapuvan "kävelevän" potilaan pääseminen hoidon tarpeen arviointiin tapahtuu nopeasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.5 Potilaiden pääseminen hoitajan hoidettavaksi hoidon tarpeen arvioinnista tapahtuu nopeasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.6 Potilaiden pääseminen lääkärin hoidettavaksi hoidon tarpeen arvioinnista tapahtuu nopeasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 1 = Täysin eri mieltä  
 2 = Jokseenkin eri mieltä  
 3 = En samaa enkä eri mieltä  
 4 = Jokseenkin samaa mieltä  
 5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
7.1 Triageluokittelu toteutuu hoidon tarpeen arvioinnissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.2 Triageluokittelun käyttö nopeuttaa potilaan hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.3 Triageluokittelun käyttö helpottaa potilaan hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- 1 = Täysin eri mieltä  
 2 = Jokseenkin eri mieltä  
 3 = En samaa enkä eri mieltä  
 4 = Jokseenkin samaa mieltä  
 5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
8.1 Kahden eri tietojärjestelmän käyttö on sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2 Kaksi eri tietojärjestelmää ei tuota ongelmia potilaiden tiedon- kulussa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3 Tietojärjestelmiin dokumentointi on selkeää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4 Pääsääntöisesti käyttämäni tietojärjestelmä on tarkoituksen- mukainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 1 = Täysin eri mieltä  
 2 = Jokseenkin eri mieltä  
 3 = En samaa enkä eri mieltä  
 4 = Jokseenkin samaa mieltä  
 5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
9.1 Nykyisen hoidon tarpeen arvioinnin haastattelutilat ovat hy- vällä sijainnilla päivystyksessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.2 Päivystyksen ilmoittautumisluukun työtilat tukevat hoitajien työtä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.3 Päivystyksen kanslioiden työtilat tukevat hoitajien työtä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.4 Päivystyksen potilaspaikkojen työtilat tukevat hoitajien työtä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.5 Päivystyksen vastaanottohuoneiden työtilat tukevat hoita- jien työtä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.6 Päivystyksen työvälineet ovat kattavat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 1 = Täysin eri mieltä  
 2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En samaa enkä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
10.1 Hoitajilla on hyvin tiedossa potilasjaottelu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.2 Lääkäreillä on hyvin tiedossa potilasjaottelu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.3 Työntekijöillä (lääkäreillä ja hoitajilla) on yhtenäinen käsitys siitä, millaiset potilastapaukset hoidetaan perusterveydenhuollossa ja millaiset erikoissairaanhoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En samaa enkä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
11.1 Kommunikointi lääkäreiden kanssa sujuu hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.2 Kommunikointi muiden hoitajien kanssa sujuu hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.3 Yhteistyö toimii hyvin ensihoidon ja Salon päivystyksen hoitohenkilökunnan välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.4 Yhteistyö toimii hyvin Salon terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon päivystyksen hoitajien välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.5 Yhteistyö toimii hyvin Salon terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon päivystyksen lääkärien välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.6 Toimintakäytännöt päivystyksen sisällä ovat yhteneväisiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.7 Potilaan siirtyessä Salon päivystyksessä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon, on potilasta jo tutkittu riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(lääkärin ja hoitajan tutkimukset, laboratoriotutkimukset, konsultoinnit...)

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En samaa enkä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
12.1 Työyhteisöni käytössä olevat yhteystiedot ("fläppitaulussa", kanslioissa ja muuten saatavilla olevat) ovat riittävät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.2 Työyhteisöni käytössä olevat yhteystiedot ("fläppitaulussa", kanslioissa ja muuten saatavilla olevat) ovat ajan tasalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.3 Salon päivystyksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen raportointi on hyvää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En samaa enkä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
13.1 Potilaan hoidonaikainen ohjaaminen toteutuu hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.2 Potilaan jatkohoitoon ohjaaminen toteutuu hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.3 Potilasohjaus on yhtenäistä molemmilla tahoilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En samaa enkä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
14.1 Yleinen työilmapiiri tukee työntekoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.2 Työpaikalla järjestetään sopivasti virkistystoimintaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.3 Työaikojen muutokset tukevat työssä jaksamista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.4 Esimieheni toiminta tukee työssäjaksamisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 = Täysin eri mieltä

2 = Jokseenkin eri mieltä

3 = En samaa enkä eri mieltä

4 = Jokseenkin samaa mieltä

5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5
15.1 Tietoturvallisuus toteutuu hyvin ilmoittautumislukulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.2 Tietoturvallisuus toteutuu hyvin hoidon tarpeen arvioinnissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.3 Tietoturvallisuus toteutuu hyvin potilaspaikoilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Avoin sana Salon päivystyksestä, vastaa haluamallasi tavalla mikäli koet jonkin mainitsemattoman asian oleelliseksi.

## Liite.2 Saatekirje

Hyvä Vastaaja.

Opiskelemme Turun ammattikorkeakoulussa, ja teemme opinnäytetyönämme Salon päivystykseen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Salon yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kokemuksia päivystyksen toiminnasta sähköisen kyselyn muodossa. Tavoitteena on kehittää Salon päivystyksen toimintaa hoitohenkilökunnan kokemuksista.

Kyselyyn vastaa Salon terveyskeskuspäivystyksen sekä Salon erikoissairaanhoidon päivystyksen hoitohenkilökunta. Tämän linkin sinulle on jakanut osastonhoitajat sähköisesti. Opinnäytetyön tekijät eivät saa vastaajien henkilötietoja.

Kyselyssä on väittämiä koskien työtäsi päivystyksessä. Väittämien tarkoituksena on olla mielipiteitä herättäviä. Mikäli haluat tarkentaa väittämän vastaustasi, voit kirjoittaa tarkennuksen kyselyn lopussa olevaan avoimeen kysymykseen. Väittämiin voit vastata oman organisaatiosi rajapinnat ylittäen. Vastaamiseen menee kokonaisuudessaan noin 15 minuuttia.

Kyselyssä tehtävät rajaukset:

- Tässä kyselyssä "kävelevillä" potilailla tarkoitetaan niitä potilaita, jotka tulevat oma-aloitteisesti päivystykseen jollain muulla kyydillä kuin ensihoidon tuomana ja
- hoidon tarpeen arvioinnilla tarkoitetaan ilmoittautumisluukulla ja vastaanottohuoneissa tehtyjä arvioita.

Kyselyn teettämiseen on saatu lupa Salon kaupungilta sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Vastaaminen on vapaaehtoista, ja tapahtuu anonymisti ja yksittäisen vastaajan vastauksia ei voida tunnistaa. Kyselyn voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, ja niitä käytetään ainoastaan tähän tutkimukseen. Käsittelyn jälkeen sähköinen kyselylomake hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimus valmistuu 2020 kesällä. Valmis tutkimus toimitetaan osastonhoitajille.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Tiina Pelander ([tiina.pelander@turkuamk.fi](mailto:tiina.pelander@turkuamk.fi))

ja Sirpa Nikunen ([sirpa.nikunen@turkuamk.fi](mailto:sirpa.nikunen@turkuamk.fi)).

Jos Sinulle tulee kysymyksiä, niin vastaamme mielellämme.

Tsemppiä harmittavaan tilanteeseen, teette todella arvokasta työtä. Toivomme, että ehditte vastata kyselyyn koronaviruksen aiheuttamasta kiireistä huolimatta.

Suurkiitos vastaajille!

Ystävällisin terveisin opinnäytetyön tekijät: Aleks, Eemeli ja Valtteri.

[aleksi.lindstrom@edu.turkuamk.fi](mailto:aleksi.lindstrom@edu.turkuamk.fi)

[eemeli.santanen@edu.turkuamk.fi](mailto:eemeli.santanen@edu.turkuamk.fi)

[valtteri.jarvinen@edu.turkuamk.fi](mailto:valtteri.jarvinen@edu.turkuamk.fi)