



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Selvitys infektiopotilaiden hoidon siirtymiseen kuluvasta ajasta Lastenklinikan päivystyksestä infektio-osastolle K1

Hietaniemi, Emmi

Saari, Anna

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Selvitys infektiopotilaiden hoidon siirtymiseen kuluva ajasta Lastenklinikan päivystyksestä infektio-osastolle K1

Emmi Hietaniemi
Anna Saari
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2012

Emmi Hietaniemi & Anna Saari

Selvitys infektiopotilaiden hoidon siirtymiseen kuluva ajasta Lastenklinikan päivystyksestä infektio-osastolle K1

Vuosi 2012 Sivumäärä 35+2

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, kuinka kauan keskimäärin infektiopotilaan siirtyminen Helsingin Lastenklinikan päivystyspoliklinikalta infektio-osastolle kesti hoitopolun eri vaiheissa ja mitkä syyt aiheuttivat potilaille odotusta siirtymisvaiheessa. Tämä tutkimus oli osa infektio-osaston vuoden 2012 toimintasuunnitelmaa.

Toteutimme opinnäytetyömme kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytimme infektio-osaston henkilökunnan tekemiä potilasilmoitus - lomakkeita, joista tuli ilmi kellonajat jolloin potilas ilmoitettiin, pyydettiin ja siirrettiin päivystyksestä osastolle. Lomakkeista selvisi myös syyt, miksi potilas joutui odottamaan pääsyään infektio-osastolle. Lomakkeita oli käytetty osana päivittäistä hoitotyötä maaliskuuhun 2011 aikana uusien potilaiden siirtyessä päivystyksestä infektio-osastolle. Analysoimme tutkimustulokset SPSS tilasto-ohjelman avulla.

Opinnäytetyömme tulosten perusteella eniten odotusta aiheuttavat syyt potilaiden siirtyessä päivystyksestä infektio-osastolle olivat ne, että potilaspaikea ei ollut valmis ja toiseksi yleisin syy oli se, että hoitaja ei ollut vapaana vastaanottamaan potilasta osastolle. Keskimääräinen odotusaika potilaan ilmoittamisen ja saapumisen välillä infektio-osastolle oli 1 tunti 21 minuuttia, pyytämisen ja saapumisen välillä 31 minuuttia ja ilmoittamisen ja pyytämisen välillä 50 minuuttia.

Varsinaisten opinnäytetyön tulosten lisäksi vertailimme Lastenklinikan infektio-osastolla vuonna 2009 tehdyn selvityksen tuloksia infektiopotilaiden hoidon jatkuvuudesta. Tulosten vertailussa kävi ilmi, että odotusta aiheuttaneet syyt siirtymisvaiheessa päivystyksestä infektio-osastolle olivat hieman muuttuneet vuoteen 2009 verrattuna. Erot odotusaikojen välillä 2009 ja 2011 olivat melko pienet. Lisäksi kartoitimme opinnäytetyössä Hyvinkään sairaalan toimintatapoja infektiopotilaiden hoitopolkujen sujuvuudesta.

Avainsanat: Infektio-osasto, päivystyspoliklinikka, perhehoitotyö, hoitopolku

Emmi Hietaniemi & Anna Saari

Research for the time elapsed while transferring an infected patients from the Children's Hospital Emergency Clinic to the K1 Infectious Diseases Ward

Year	2012	Pages	35+2
------	------	-------	------

The aim of this thesis was to study how long the patient with infection disease had to wait the transfer from The Helsinki Children's Hospital's emergency Clinic to the infectious diseases ward in average, and the reasons which caused the patient to wait for a period of transition. This research was part of the infectious ward's year 2012 action plan.

This thesis was done as a quantitative research. The infectious diseases ward's own ready-made patient information forms were used to collect the data to the thesis, which showed the time passed during which the patient was informed and arrived from the emergency clinic to the infectious diseases ward. The forms also showed the reasons why the patient had to wait for access to the infectious diseases ward. The forms were used as part of the daily nursing during March and April in the year 2011 when new patients were transferred from the emergency clinic to the infectious diseases ward. The results were analyzed using the SPSS computer program.

The result show, that the highest cause of why the patient had to wait to get from emergency clinic to infectious diseases ward was the fact that, the place for the patient was not ready and the second most common reason was, that the nurse was not available to receive patient into infectious diseases ward. The average waiting time for patient between notification and arrival into infectious diseases ward was 1 hour and 21 minutes, between asking and arrival the time was 31 minutes and between notification and asking the time was 50 minutes.

In addition to the actual results of the thesis we compared the results of infection of patient care continuity in Children's Hospital's infectious diseases ward, which was made in 2009. The results of the comparison showed that the waiting from emergency clinic, to the infectious diseases ward was slightly changed compared to 2009. Differences in waiting times between 2009 and 2011 were relatively small. In addition, this thesis studies the Hyvinkää hospital's ways of functioning concerning the infected patients' path to care.

Keywords: Infectious diseases ward, emergency clinic, family nursing, path to care

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön lähtökohdat	8
2.1	HYKS Lastenkliniikka	8
2.2	Lastenklinikan päivystys	9
2.3	Lastenklinikan infektio-osasto	10
2.4	Perheiden tuki hoitotyössä	10
2.4.1	Perhe nuoren tukena	11
2.4.2	Perhe hoitotyössä	12
2.4.3	Perheen kokemukset yhden perheenjäsenen ollessa sairaalassa	13
2.5	Terveyspalvelujen kehittäminen, johtaminen ja henkilökuntien työolot	14
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	15
4	Tutkimuksen toteuttaminen	16
4.1	Mittari	17
4.2	Aineiston keruu	17
4.3	Aineiston analyysi	18
5	Opinnäytetyön tulokset	19
6	Vertailukappale tutkimustulosten tarkasteluun	21
6.1	Odotusajat ja odotusta aiheuttaneet syyt vuonna 2009	21
6.2	Esimerkki Hyvinkään sairaalan infektio-osastolta	23
7	Pohdinta	24
7.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	24
7.2	Tulosten tarkastelu	26
7.3	Johtopäätökset	27
7.3.1	Kehittämisehdotukset	27
7.3.2	Jatkotutkimusehdotukset	28
7.4	Opinnäytetyön prosessi	29
7.5	Oppimisen arviointi	30
	Lähteet	32
	Kuviot	34
	Taulukot	35
	Liitteet	36
	Liite 1. Alkuperäinen potilas ilmoitus -lomake infektio-osastolla	36
	Liite 2. Uudistettu potilas ilmoitus -lomake infektio-osastolla	37

1 Johdanto

Teimme opinnäytetyömme Helsingin Lasten ja nuorten sairaalan infektio-osastolle K1 osana osaston vuoden 2012 toimintasuunnitelmaa, joka koostuu neljästä hankeosasta. Tämän opinnäytetyön aihe on yksi osa toimintasuunnitelmaa. Lisäksi toimintasuunnitelma sisältää ehdotuksen kotisairaalan perustamisesta Lastenklinalle, hyvän hoidon määrittelyn henkilökunnan ja potilaiden näkökulmasta asiakaspalautteiden analysoinnin pohjalta sekä henkilökunnan täydennyskoulutuksen lapsipotilaiden infektiosairauksista. Potilaan hoitopolun kartoittamisen tarkoituksena on selkeyttää ja nopeuttaa infektiopotilaiden hoitoa, hoidon jatkuvuutta, turvallisuutta ja perhekeskeisyyttä. Tavoitteena on potilaiden hoidon laadun parantaminen, sairaansijojen sekä lääkäri- ja hoitajaresurssien tehokas ja tarkoituksenmukainen käyttö. Hyötyinä tehostetusta toiminnasta nähdään potilaiden osastolle tulemisen ja kotiuttamisen nopeuttaminen, päivystyspoliklinikan potilaspaikkojen vapauttaminen ja potilaiden osastosiirtojen nopeuttaminen. Siten erikoissairaanhoidon resursseja käytettäisiin tehokkaammin välttämällä turhia potilassiirtoja ja hyödyntämällä sairaansijojen käyttöä. (Toimintasuunnitelma v.2012, Infektio-osasto K1 2011, 15.) Potilaan hoitopolku sisältää erilaisia vaiheita. Ensin potilas saapuu päivystykseen, josta hänet ilmoitetaan diagnoosin perusteella infektio-osastolle. Osastolla lääkäri ja hoitaja vastaanottavat tiedon uudesta potilaasta, hoitajat järjestävät potilaalle paikan ja varaavat sinne tarvittavat hoitovälineet. Esivalmistelujen jälkeen osaston hoitaja ilmoittaa päivystyspoliklinikalle kun potilaan saa tuoda K1:lle. Potilaan hoitopolku osastolla jatkuu siten, että osastolle saapumisen jälkeen hoitajat tilaavat hänelle tarvittavat tutkimukset. Lääkäri tutkii potilaan, hoitajat ja moniammatillinen työryhmä (mm. lastentarhaopettaja, laboratorio, röntgen) hoitavat potilasta, ja lopuksi potilas siirtyy joko jatkohoitoon toiselle osastolle tai kotiin. (Potilaan hoitopolku -kaavio)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, kuinka kauan keskimäärin infektiopotilaan siirtymien päivystyksestä infektio-osastolle kesti hoitopolun eri vaiheissa, ja mitkä syyt aiheuttivat potilaalle odotusta siirtymisvaiheessa. Tavoitteena oli, että infektio-osasto ja päivystyspoliklinikka voivat tutkimustulosten pohjalta kehittää potilaiden hoitopolkujen sujuvuutta. Toitimme opinnäytetyömme kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytimme infektio-osaston henkilökunnan tekemiä potilasilmoitus - lomakkeita. Lomakkeita oli käytetty osana päivittäistä hoitotyötä maaliskuuhun 2011 aikana uusien potilaiden saapessa päivystyksestä infektio-osastolle. Lomakkeista tuli ilmi kellonajat, jolloin potilas ilmoitettiin, pyydettiin ja siirrettiin päivystyksestä osastolle. Lomakkeista selvisi myös syyt, miksi potilas joutui odottamaan pääsyään infektio-osastolle. Yhteensä täytettyjä lomakkeita oli 205 kappaletta, joista osa jouduttiin jättämään pois puutteellisten merkintöjen vuoksi. Analysoimme tutkimustulokset SPSS tilasto-ohjelman avulla.

Osaston henkilökunta halusi ajoittaa aineistonkeruun maaliskuuhun, joka on osastolla kaikkein kiireisintä aikaa. Infektio-osastolla on tehty vuonna 2009 samasta aiheesta vastaavanlainen kartoitus, jonka aineistonkeruu oli ajoitettu rauhalliseen ajankohtaan syyslokakuuhun. Varsinaisten opinnäytetyön tulosten lisäksi vertailimme saatuja tuloksia Lastenlinikan infektio-osastolla vuonna 2009 tehtyyn vastaavanlaiseen selvitykseen infektiopotilaiden hoidon jatkuvuudesta. Lisäksi kartoitimme Hyvinkään sairaalan toimintatapoja infektiopotilaiden hoitopolkujen sujumisesta lähettämällä sähköpostiviestin osastonhoitajalle. Olemme kertoneet opinnäytetyössä perheiden tuen merkityksestä lastenhoitotyössä, terveystalveluiden kehittämistä, johtamisesta ja henkilökuntien työoloista.

Terveystalveluiden henkilöstön työssä jaksaminen on ajankohtainen aihe. Ikääntyminen terveystalveluiden henkilöstöissä luo paineita työyksiköissä työhyvinvoinnin kehittämistä. Haasteena tulee olemaan lisäksi henkilökunnan johtamisen osaaminen. (Tulevaisuuden terveystalveluoto 2022, 19.) Toimintatapojen tehostaminen ja muutokset sosiaali- ja terveystalvelualla kannattaa aloittaa vähitellen, eikä käytännön syistä massiivisia muutoksia voida tehdä kerralla (Laine, Kokkinen, Kaarlela-Tuomaala, Valtanen, Elovainio, Keinänen & Suomi, 2010, 33, 34, 37). Työyksiköiden toiminta on siis monien osa-alueiden summa. Tehokkaaseen työskentelyyn ja työn mielekkyyteen vaikuttaa myös henkilökunnan kokemus kiire. Tämän opinnäytetyön prosessin aikana vierailimme päivystyspoliklinikalla ja infektio-osastolla tutustumassa osastojen toimintatapoihin ja resursseihin.

2 Opinnäytetyön lähtökohdat

Tämän opinnäytetyön tutkimusympäristö sijoittui Helsingin Lastenlinikalle. Keskeisessä roolissa olivat infektio-osasto K1 ja päivystyspoliklinikka. Lastenhoitotyössä korostuu hyvin paljon perhehoitotyön merkitys. Lasta hoidettaessa hoidetaan koko perhettä. Vanhemmat ovat osa pientä lasta, joka ei vielä itse osaa kertoa vaivoistaan ja voinnistaan. Käsittelimme siksi perhehoitotyötä ja perheen roolia hoitotyössä tässä teoreettisessa osuudessa. Tutkimusaineiston analyysin jälkeen havaitsimme, että työmme tulokset olivat suoraan yhteydessä henkilöstöresursseihin ja toiminnan kehittämiseen työyksiköissä, minkä vuoksi otimme näkökulmaksi myös terveystalouden toimivuuden kehittämisen. Työhyvinvoinnilla, työn organisoinnilla ja myös hoitotyön johtamisella on merkitys siihen, miten käytännön asiat toimivat.

2.1 HYKS Lastenlinna

Lastenlinna on ensimmäinen Suomeen perustettu lastensairaala vuonna 1893, joka alun perin toimi lastentautiopin yliopistotasaisen opetuksen edistäjänä (HYKS Lastenlinna 2011, 2). Toiminnan alussa sairaala toimi vuokratiloissa, mutta sai vuonna 1899 omat tilat Etelä-Helsingistä. Silloin Lastensairaallalla oli 35 potilaspaikkaa. Vuonna 1946 lastensairaala muutti Tehtaankadulta Meilahden sairaala-alueelle Lastenlinnan kiinteistöön. Uusilla toimitiloilla potilaspaikkojen lukumäärä saatiin moninkertaistumaan ja niin ikään röntgen, laboratorio ja poliklinikka saivat paremmat tilat. Samana vuonna 1946 sairaalassa aloitti toimintansa lastenkirurginen yksikkö. Tähän päivään mennessä lasten sairaanhoito on muun lääketieteen tavoin kehittynyt paljon. Terveystalouden kehittymisen myötä vaativien ja harvinaisten sairauksien hoito keskitettiin Lastenlinikalle. Nykyään hoitoajat ovat lyhentyneet, infektioaudit vähentyneet, hoitoa osataan porrastaa ja avohoitopalvelut ovat lisääntyneet, mitkä ovat vaikuttaneet potilaspaikkojen vähentämiseen. 1960-luvulla potilaspaikkojen määrä oli korkein, 320 paikkaa. (HYKS Lastenlinna 2011, 2) Vuonna 2010 potilaspaikkoja oli 140 (HYKS Lastenlinna 2011, 6).

Lastenlinikalla toimivia vuodeosastoja ovat Infektio-osasto K1, Lastentautien osasto K2, Munuais- ja elinsiirto-osasto K3, Sydänosasto K4, Lastenkirurgian ja urologian osasto K5, Pienten lasten kirurginen osasto K6, Vastasyntyneiden osasto K7, Ortopedian ja traumatologian osasto K8, Teho-osasto K9 sekä Kantasolusiirto-osasto K10. Lisäksi Lastenlinikalla toimii Sytostaatti-osasto ja päiväsairaala S10, Anestesia- ja leikkausosasto, Fysioterapian yksikkö, Kliinisen neurofysiologian osasto, Koulu, Laboratorio, Leikki- ja nuorisotoiminnan yksikkö, Opetus- ja tutkimus yksikkö, Päiväkirurgian yksikkö, Röntgen ja Sydäntutkimusyksikkö. Polikliinista toimintaa sairaalassa toteuttavat Lastenkirurgian poliklinikka, Pediatrian ajanvarauspoliklinikka ja Päivystyspoliklinikka. (HYKS Lastenlinna 2011, 6) Monipuolisten sairaanhoitopalvelujen lisäksi Lastenlinikalla toteutetaan lääketieteellistä tutkimustyötä ja koulutetaan terveyden-

huollon ammattilaisia esimerkiksi lääketieteen kandidaatteja ja sairaanhoitajaopiskelijoita. (HYKS Lastenkliniikka 2011, 12).

Vuoden 2011 huhtikuussa Lastenklinikan koko henkilökunnan määrä yhteensä oli 1009 työntekijää, joista hoitohenkilöstöön kuului suurin osa työntekijöistä eli 662 henkilöä. Vuonna 2010 Lastenkliniikalla oli 27 012 potilasta, hoitojaksoja oli 8 461, poliklinikakäyntejä 64 905, sairaalapäivystyskäyntejä 17 961, terveyskeskuspäivystyskäyntejä 25 813, leikkauksia ja muita toimenpiteitä 6 462 ja päivystysluontoisia toimenpiteitä 2 374. (HYKS Lastenkliniikka 2011, 6) Lastenkliniikalla hoidetaan Pääkaupunkiseudulla asuvia alle 16-vuotiaita lapsia ja nuoria. Vaikeiden ja harvinaisten sairauksien hoito on keskitetty koko maassa Lastenkliniikalle, esimerkiksi vaativat sydänkirurgiset hoidot ja syöpäpotilaiden kantasolusiirrot. (HYKS Lastenkliniikka 2011,5)

2.2 Lastenklinikan päivystys

Kun lapsi tulee Lastenklinikan päivystykseen, hän tarvitsee ensisijaisesti lähetteen. Kuitenkin ilman lähetettä voi tulla akuuteissa ja vaikeissa sairaustapauksissa sekä yöllä. Potilaat tulevat sairaalaan kaikilta erikoisaloilta ympäri Suomea. Lastenklinikan tiloissa toimii myös lasten terveyskeskuspäivystys, joka on avoinna virka-ajan ulkopuolella eli arkisin klo 16-22 ja viikonloppuisin klo 8-22. (Päivystys)

Lastenklinikan päivystyksessä työskentelee 3+1 sairaanhoitajaa, jotka tekevät pitkää työpäivää. Eli kolme hoitajaa työskentelee kentällä potilaiden kanssa ja yksi hoitaja huolehtii tarkkailuhuoneen potilaista. Pitkä työpäivä tarkoittaa sitä, että aamuvuoroja ja iltavuoroja ei ole erikseen määritetty. Yövuorossa työskentelee neljä hoitajaa. Päivystyksessä eristysluoneita ja tarkkailuhuoneita on neljä ja tarvittaessa käyttöön saadaan kaksi eristysluonetta lisää. Lastenklinikan päivystykseen saapui maaliskuun 2011 aikana 1786 lapsipotilasta, joista 337 sairasti jonkinlaista hengitystieinfektiota. Vuoden aikana potilaita saapui päivystykseen yhteensä useita tuhansia. (Vierailu Lastenklinikan päivystyspoliklinikalla 25.7.2011.)

Päivystykseen saapuva infektiosairautta sairastava lapsipotilas saa yleensä ensimmäisen nesteytyksen ja antibiootin ennen siirtoa infektio-osastolle K1, mikäli potilaalla on nesteytyksen ja lääkityksen tarvetta, ja jos potilas joutuu hetken odottamaan pääsyä K1:lle. Päivystyksestä ilmoitetaan infektio-osastolle tulevasta potilaasta ja infektio-osasto ilmoittaa päivystykseen, milloin potilaan voi tuoda osastolle. (Vierailu Lastenklinikan päivystyspoliklinikalla 25.7.2011.)

2.3 Lastenklinikan infektio-osasto

Lasten ja nuorten sairaalan infektio-osasto on päivystysosasto, jonne keskitetään kaikki Lastenklinikan infektiopotilaat. Infektio-osaston potilas voi olla jo hoidossa Lastenlinikalla perussairautensa takia. (Potilasopas, ”Tervetuloa infektio-osastolle K1!”) Osastolla on 12 potilaspaikkaa ja 3 tehostetun valvonnan paikkaa. Huoneita on kymmenen, joista kahteen on mahdollista saada yli- tai alipaine eristyksen tarpeen mukaisesti. Suurin osa osaston potilaista (80 %) on iältään alle 3-vuotiaita. Lapsen hoitopolku infektio-osastolle tapahtuu yleensä päivystyksen kautta. Hoitoaika osastolla on keskimäärin 2,5 vuorokautta. Osastolla hoidetaan vuodessa noin 1500 potilasta. (K1 Infektio-osasto) Infektio-osastolla keskeinen toimintaperiaate on hyvän hoidon takaaminen, jonka kautta korostuvat hoidon yksilöllisyyden ja turvallisuuden tunteen luominen paitsi potilaille myös heidän vanhemmilleen. (Potilasopas, ”Tervetuloa infektio-osastolle K1!”)

Yleisimpiä osastolla hoidettavia sairauksia ovat erilaiset hengitystieinfektiot, esimerkiksi keuhkokuume, ahtauttava keuhkoputkentulehdus ja kurkunpääntulehdus sekä esimerkiksi rotaviruksen aiheuttamat suolistoinfektiot. Myös eristystä vaativien sairauksien kuten RSV- ja MRSA/ESBL-infektioiden sekä tuberkuloosin hoito on keskitetty K1:lle. (K1 Infektio-osasto) Infektio-osastolla lapsille nimetään vastuuhoitajat, jotka vastaavat lapsen hoidosta aina omassa työvuorossaan. Osastolla on varsinaisen henkilöstön lisäksi opiskelijoita suorittamassa käytännön harjoittelujaksojaan. Infektio-osaston henkilökuntaan kuuluvat sairaanhoitajat, lastenhoitajat, osastonhoitaja, lääkärit, laitoshuoltajat sekä osastonsihteeri. Perheiden käytössä on myös tarvittaessa erityisytöntekijät kuten sosiaalityöntekijä, psykologi, psykiatrinen sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti, lastentarhaopettaja, peruskoulunopettaja, fysioterapeutti, kuntoutusohjaaja sekä sairaalapastori. (Potilasopas, ”Tervetuloa infektio-osastolle K1!”)

Osastolla on vapaat vierailuajat. Tilojen pienenä takia osaston henkilökunta toivoo enintään kahta vierailijaa kerrallaan. Vanhemmat luovat sairaalassa olollaan omalle lapselleen turvaa ja seuraa. Toinen vanhemmista voi yöpyä lapsen kanssa osastolla. (Potilasopas, ”Tervetuloa infektio-osastolle K1!”) Osastolla toteutetaan yksilövastuista, perhekeskeistä ja monikulttuurista hoitotyötä (K1 Infektio-osasto).

2.4 Perheiden tuki hoitotyössä

Lastenklinikan infektio-osastolla perheiden tukeminen on osa tärkeää työtä, kun lapsi sairastuu infektioautiin. Sairastuneen perheenjäsenen omaisten huomioiminen hoitotyössä on merkityksellistä, koska yksilön ja perheen hyvinvointi ja terveys liittyvät toisiinsa vahvasti. Perheenjäsenen voinnille on tärkeää se, miten hänen omaisensa voivat ja toisaalta perheen ter-

veyteen vaikuttaa omaisten terveydentilat. Perheiden ja perheenjäsenten fyysinen ja psyykinen vointi voi vaihdella silloin, kun perheessä tapahtuu odotettavissa olevia tai odottamattomia muutoksia. Muutoksilla voi olla positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia sen mukaan, millaisin voimavaroin perhe elää ja toimii. (Rantanen, Heikkilä, Paavilainen, Asikainen & Åstedt-Kurki 2010, 142.)

Perheiden tukemista voidaan tarkastella hoitotyön sosiaalisena väliintulona ja sen tavoitteena on perheiden voimavarojen vahvistaminen sekä hyvinvoinnin lisääminen. Hoitohenkilökunnalta saatu yksilöllinen tuki, turva ja tieto läheisen tilanteesta vähentävät omaisten tuntemaa ahdistusta ja avuttomuutta, sekä lisäävät potilaan ja koko hänen perheensä hyvinvointia. Myös potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta on erittäin tärkeää, että perheet huomioidaan sekä otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Toisaalta joskus omaiset saattavat aiheuttaa myös ongelmia potilaan hoidossa, mikä ilmenee esimerkiksi potilaan puolesta puhumisena, ylihuolehtivaisuutena sekä potilasta väsyttävänä vierailuina. Etenkin pienen lapsen kohdalla puolesta puhuminen on yleistä silloin, kun lapsi ei vielä osaa muodostaa sanoja ja kertoa omasta voinnistaan ja tuntemuksistaan. Vanhempien ylihuolehtivaisuus lapsen kohdalla on varsin ymmärrettävää. Vaativaksi perheiden tukemisen tekee se, että potilas saattaa joskus jopa torjua perheensä. Tämä on yleistä muun muassa teini-ikäisen joutuessa sairaalahoitoon. (Rantanen ym. 2010, 142-143.)

2.4.1 Perhe nuoren tukena

Varhaisnuoruudessa, fyysisen muutoksen ja kasvun vaiheessa, nuoren tuen tarve on ilmeinen. Henkiseen kehitykseen liittyvät usein sanasodat auktoriteettien kanssa, erityisesti konfliktit vanhempien kanssa ovat arkipäivää. Varhaisnuoren käytökselle ominaista on uhmaaminen, negatiivisuus, yksinäisyyden tunne ja epävarmuus, etenkin omasta minäkuvasta. Vanhemmat tarvitsevat voimavaroja lastensa sekä nuortensa tukemiseen arkielämässä ja etenkin lapsen tai nuoren joutuessa sairaalahoitoon. (Pietilä 1999, 247-248.)

Lapsen ja nuoren terveyden edistämisen lähtökohtana on se, että terveyden katsotaan kuuluvan joka päiväsiin valintoihin sekä yhteiskunnalliseen päätöksentekoon. Terveyden edistäminen sitoutuu vahvasti perheeseen, yhteisöihin ja aikaan. Terveydellä on tärkeä merkitys nuoren kehitykselle ja myöhemmälle hyvinvoinnille. Nuoruus on kriittistä aikaa, koska silloin omaksutaan niin terveyttä edistävät kuin sitä heikentävätkin tottumukset ja tavat. Terveyttä voidaan katsoa tasapainoisuutena, hyvän olon sekä hyvinvoinnin mahdollistajana. Terveyttä pidetään elämän voimavarana, joka liittyy nuoren elämään ja on perustana hänen myöhemmille vuosilleen elämässä. Terveys on nuoruusiässä myös tunnetta siitä, että on hyväksytty ja arvokas, etenkin muiden nuorten silmissä. On tärkeää ymmärtää nuoren motiivit terveyteen,

jotta voitaisiin syvällisesti ymmärtää nuoren terveydelle antamat merkitykset. (Pietilä 1999, 249-250, 252.)

Perheet elävät erilaisissa elämäntilanteissa. Perheiden voimavarojen selvittäminen on ajankohtaista, koska tiedetään, että koulua tärkeämpi kasvuympäristö on edelleen koti. Perheen voimavaroja ja kokonaiselämäntilannetta ei voida ymmärtää tutkimalla perheen jäseniä erikseen. Tärkeää on saada tietoa perheen sisäisestä vuorovaikutuksesta ja keinoista selviytyä arkielämän tuomista haasteista. Muun muassa näiden tietojen saanti auttaa hoitohenkilökuntaa luomaan luotettavan suhteen perheen, sairastuneen nuoren ja hoitajien välille. (Pietilä 1999, 250.)

Perheiden tukemisessa ja auttamisessa on keskeistä, kuinka hoitava henkilö osaa kohdata asiakkaan perheen sekä muut omaiset. Perheet odottavat, että hoitajat kuuntelevat perheenjäseniä ja ovat aktiivisesti läsnä keskustelutilanteissa. Lisäksi perheet ja omaiset pitävät tärkeänä luottamuksellista suhdetta hoitajiin. Myös erityisesti lasten kanssa työskentelevät hoitajat pitävät tärkeänä sitä, että perheitä kuunnellaan sekä ymmärretään heidän elämäntilanteissaan ja luodaan ympärille turvallinen ilmapiiri. Tiedon saanti on yksi tärkeimmistä tuen tarpeista, mitä perheillä ilmenee ja tiedon saantia pidetään merkityksellisenä hoitotyössä. Konkreettinen apu käy ilmi muun muassa siten, että perheenjäsenet voivat osallistua läheisensä hoitoon ja heille järjestetään tapaaminen läheisen hoitoon osallistuvien hoitotyön asiantuntijoiden kanssa. Perheenjäsenet odottavat myös, että heidät otetaan huomioon koko hoitoprosessin ajan. Lisäksi perheille on tärkeää, että heillä on mahdollisuus tavata samassa elämäntilanteessa olevia henkilöitä. Vertaistuki on tärkeää perheen selviämisen kannalta elämäntilanteessaan. (Rantanen ym. 2010, 143.)

2.4.2 Perhe hoitotyössä

Perhekeskeisyys on hoidossa laaja ja monitahoinen asia. Teeman käsittely on tuskin mahdollista ilman jonkinlaista perheen tarkastelua. Perhe on yhteiskuntamme peruspilari, jolla on suuri vaikutus omiin jäseniinsä. Se toimii välittäjänä yksilön ja yhteiskunnan välillä. Yleisesti perhe on määritelty yksiköksi, johon kuuluu äiti, isä ja lapset. Tätä suppeaa perheen määrittelyä on aihetta kritisoida. Nykyään perheeseen saattaa kuulua isovanhemmat, läheiset ja ystävät, jopa lemmikit. Perhe elää ja muuttuu. Perheen muutosta tarkasteltaessa kuvataan usein perheen rakenteissa sattuneita muutoksia. Perheet ovat pienentyneet, yksinhuoltaja-perheiden osuus on noussut, roolijako ja työn osittaminen perheissä on muuttunut. Hoitotyössä toimivien on tiedostettava perhekäsityksen muutokset ja pystyttävä muuttamaan perhekeskeisyysajattelmaa joustavasti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 15.)

Perhehoitotyö käsitteenä sisältää monenlaisia ominaispiirteitä. Perhe taustatekijänä - näkökulmassa hoito kohdistuu yksilöihin perheen ollessa taustatekijänä, mutta kuitenkin potilaan voimavarana tai kuormittavana tekijänä. Perhe osiensa summana tarkoittaa mielenkiinnon kohdistamista eri perheenjäseniin ja heidän väliseen vuorovaikutukseensa. Perhe asiakkaana merkitsee koko perheen hoitamista samanaikaisesti yksilön ollessa taustatekijänä. Tällöin mielenkiinto kiinnitetään hoitotyössä perheen dynamiikkaan, voimavaroihin ja selviytymiskeinoihin. Ominaispiirteet eivät sulje toisiaan pois, vaan niitä voidaan soveltaa joustavasti samankin potilaan kohdalla. (Paunonen, Koponen & Hakulinen 1999, 38.)

Eri ominaispiirteiden toteutumisen ennakkoehtoina ovat henkilön oikeaksi osoitetut taustat, koulutus ja vuorovaikutussuhteet sekä käytännön puitteet, esimerkiksi vastaanottoajan kesto ja paikka. Perhehoitotyön toteutuessa otetaan huomioon asiakasperheen yksilöllisyys ja sovelletaan erilaisia asiakkuusnäkökulmia hoitotyössä. Hoitotyössä otetaan käyttöön myös perheen voimavarat ja yritetään kannustaa perhettä hoitamaan itseään, esimerkiksi vähentämään negatiivisia tekijöitä. Seurauksena on sekä asiakkaiden että hoitohenkilökunnan tyytyväisyys hoitotyöhön. (Paunonen, Koponen & Hakulinen 1999, 38-39.)

2.4.3 Perheen kokemukset yhden perheenjäsenen ollessa sairaalassa

Perheenjäsenen vakava sairastuminen merkitsee muutospäivettä perheen elämässä. Koko perheen hyvinvointi ja selviytyminen joutuvat useimmiten tällaisissa tilanteissa vahvasti koe- tukselle. Perheenjäsenen sairaus ja siitä syystä sairaalahoitoon joutuminen, aiheuttavat perheessä erilaisia tunteita. Eri ihmiset reagoivat tällaisessa tilanteessa eri tavalla. Useimmiten tunnetaan huolta ja pelkoa. Lähiomaisen reaktio voi alkuvaiheessa olla shokin kaltainen, myöhemmin hänellä voi esiintyä erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 322.)

Läheisen ihmisen ollessa sairaalahoitossa perhettä useimmiten rasittaa epävarmuus tulevista elämänvaiheista. Potilaan tutkimustulosten odottaminen, sairauden laatu ja paranemisen todennäköisyys askarruttavat perheenjäsenten mieliä. Ajatus perheenjäsenen mahdollisesta menettämisestä aiheuttaa surua. Toisinaan perheenjäsenet saattavat miettiä sairauden syitä ja perheen elämäntapojen mahdollisia vaikutuksia yksilön sairastumiseen. Sairauden luonteen mukaan perheenjäsenet saattavat tuntea jopa häpeää, samalla kun suojellaan omaa perhettä ja pyritään säilyttämään perheestä ulospäin välittyvä kuva sellaisena, kuin se on ollut ennen sairautta. Syyllisyyden ja epävarmuuden tunnetta voi vähentää se, että perheenjäsenet tietävät, mitä he voivat tehdä sairaan omaisen hyväksi. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 322-323.)

Epätietoisuuteen liittyy vahvasti myös huoli ja pelko perheen selviytymisestä äkillisesti muuttuneessa elämäntilanteessa. Toisaalta perhe voi kokea helpotuksen tunteena sen, että sairastunut perheenjäsen pääsee asiantuntevaan hoitoon ja saa apua. Avunsaanti on omiaan vähentämään perheen epävarmuutta sekä lisäämään toivoa potilaan paranemisesta ja perhe-elämän normalisoitumisesta. (Åstedt-Kurki & Paavilainen 1999, 323.)

2.5 Terveyspalvelujen kehittäminen, johtaminen ja henkilökuntien työolot

Suomessa kansalaisille tarjottavat sosiaali- ja terveyspalvelut jakautuvat lainsäädännön puitteissa kansanterveystyöhön, eli perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Kunnat ovat velvollisia järjestämään ja rahoittamaan näitä palveluja asukkailleen, mutta palvelut voidaan ostaa muilta tuottajilta. Erikoissairaanhoidossa on meneillään rakenteellinen muutosprosessi, jossa erikoissairaanhoidosta tulee yhä enemmän erikoistuneempaa ja eriytyvämpää. Polikliinisten ja lyhyiden potilaskontaktien määrät ovat lisääntyneet paljon. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001, 105, 122.)

Johtaminen on yksi osa uudistusten aikaansaamista. Terveystieteiden huollossa tulisi olla avoimempia muutoksille ja innovaatioille, jotta vanhoja tapoja voitaisiin tehostaa paremmiksi. Innovaatiot vaikuttavat olevan liian aika- ja paikkasidonnaisia. Uudenlaisen innovaation ja käytännön syntymisessä ja sen käyttöönottamisessa ei saisi olla liian jäykkä, vaan uudistuksiin tulisi suhtautua avoimesti. Näin uusi käytäntö voisi levitä laajemmallekin. (Tulevaisuuden terveydenhuolto 2022, 20.)

Juhani Lehto (2001, 226) kirjoittaa, että sosiaali- ja terveydenhuoltoon olisi tulevaisuuden visioiden kannalta hyvä tehdä pieniä muutoksia vähitellen. Kuitenkin Lehdon (2001, 226) mukaan esimerkiksi sairaalan käytäntöjen, ammattikuntien välisten hierarkian ja vakiintuneiden käytänteiden muutokset vaatisivat kaikkien osien samanaikaisen muutoksen. Käytännössä massiiviset muutokset eivät onnistu, koska sairaalan on pystyttävä toimimaan myös muutosten keskellä (Lehto ym. 2001, 226).

Terveystieteiden huollon henkilöstön työssä jaksaminen ja ikääntyminen puhuttelevat eri tahoja. Hoitohenkilökuntakin ikääntyy ja se vaikuttaa tulevaisuudessa uusien työntekijöiden rekrytointiin. Ikääntyminen luo paineita työyksiköissä työhyvinvoinnin kehittämiseksi. Haasteena tulee olemaan lisäksi henkilökunnan johtamisen osaaminen. (Tulevaisuuden terveydenhuolto 2022, 19.) Vanhemmat ikäluokat lähtevät eläkkeelle lähivuosien aikana ja uusien työntekijöiden tulisi paikata tämä muutos riittävän työvoiman takaamiseksi. Koulutuspaikkoja ammatillisiin koulutuksiin on lisätty, mutta sen lisäksi uusien työntekijöiden rekrytointiin tulee kiinnittää huomiota. Eri toimipisteitä sosiaali- ja terveysalalla pidetään eri tavoilla kiinnostavina. (Laine ym. 2010, 14.) Työsuhteiden ollessa lyhyitä ja epävakaita, niiden vaikutus näkyy haital-

lisena henkilökunnan sitoutumisessa työhönsä ja tarjoamiensa palveluiden laatuun (Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen 1997, 16).

Työterveyslaitoksen julkaisema teos ”Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010, Kahden vuosikymmenen kehityskulku.” kertoo sosiaali- ja terveysalan työoloista ja henkilökunnan hyvinvoinnista. Julkaisu on jatkoa vuosina 1992, 1999 ja 2005 tehtyihin vastaavanlaisiin raportteihin. Tässä vuoden 2010 julkaisussa perehdytään kyseisen vuoden tilanteeseen ja verrataan tuloksia edellisiin vuosiin. Kysymyksiin vastanneet henkilöt poimittiin Tilastokeskuksen työssäkäyntirekisteristä ja työntekijät ovat eri toimialoilta, esimerkiksi sosiaalipalvelut, vanhainkodit ja sairaalahoito. (Laine ym. 2010, 5, 18.) Tuloksissa vastausprosentit ovat luonnollisesti kaikkien toimialojen yhteisiä, mutta raportissa on eritelty myös erikseen esimerkiksi sairaalahoidon osuus tiettyä kysymystä kohden.

Työyksiköissä koettu kiire vähentyi vuonna 2010 vuoteen 2005 verrattuna. Sairaalahoidossa ja vuodeosastoilla kiireen tuoma rasitus väheni selkeästi. Ammattikuntia tarkasteltaessa kiire vaivasi sairaanhoitajia kuitenkin 54 %:ssa vastauksista. Asiakasmäärien aiheuttama kuormitus sairaalahoidossa on muiden toimintasektoreiden ohella vähentynyt vuoden 2005 tilanteeseen verrattuna. Julkaisussa oletetaan kuitenkin, etteivät asiakasmäärät ole vähentyneet vaan kyse saattaa olla työnjaon kehityksestä tai kiireeseen turtumisesta, jolloin joitakin asioita katsotaan ikään kuin helpommin läpi sormien tehokkuuden nimissä. (Laine ym. 2010, 33, 34, 37.)

Työyksiköiden välinen tiedonkulku arvioitiin vähän keskimääräistä heikommaksi sairaaloissa samoin kuin terveyden- ja sairaanhoitajien keskuudessa ammattien perusteella tarkasteltaessa. Tiedonkulun riittävyys työyksiköiden välillä oli sairaalahoidon kohdalla noussut vuosien 1999 ja 2005 välillä, mutta laskenut hieman vuosien 2005 ja 2010 välillä. (Laine ym. 2010, 19, 73, 74.) Moniammatillinen toiminta potilaan hoidossa voi aikaansaada uudenlaisia innovaatioita ja ratkaisuja sekä vaikuttaa toiminnan rakenteellisen uudistamisen käynnistymiseen. Potilaiden hoidon jatkuvuus ja kattavuus parantuvat, kun vastuisiin ja yhteisiin tavoitteisiin sitoudutaan. (Perälä 1997, 38.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli, että infektio-osasto ja päivystyspoliklinikka voivat tutkimustulosten pohjalta kehittää potilaiden hoitopolkuja sujuvammiksi. Infektio-osaston henkilökunta halusi yhdessä päivystyksen kanssa tehdä infektiopotilaiden hoidon siirtymisestä tehokkaampaa ja tarvitsivat uutta tietoa potilaiden odotusajoista ja niihin vaikuttavista syistä. K1:llä on tehty vastaavanlainen kartoitus odotusajoista päivystyksen ja osaston välillä syyslokakuussa vuonna 2009, joten käytimme näitä tuloksia vertailukohteena tämän opinnäyte-

työn tulosten analysointiin. Tavoitteena oli myös, että tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa esimerkiksi muiden tekemissä tutkimuksissa tai aiheen käsittelyä voidaan tarvittaessa jatkaa eteenpäin. Pohdinnassa mietimme muun muassa sitä, voidaanko infektio-osastolla ja päivystyksessä nopeuttaa potilaan saamista vuodepaikalle.

Opinnäytetyökysymyksemme olivat:

1. Kuinka kauan aikaa kului infektiopotilaan päivystyksestä osastolle ilmoittamisen ja saapumisen välillä, pyytämisen ja saapumisen välillä sekä ilmoittamisen ja pyytämisen välillä?
2. Mistä syistä lapsi joutui odottamaan hoitopaikkaa siirtyessään päivystyksestä infektio-osastolle?

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset liittyivät siihen, kuinka kauan potilaan siirtyminen päivystyksestä infektio-osastolle kesti kaiken kaikkiaan ja eri vaiheissa hoitopolkua, sekä mitkä syyt aiheuttivat mahdollista viivästymistä. Keith F. Punch (2009, 76-77) kirjoittaa kirjassaan ”Introduction to research methods in education”, millaisia ovat oikeat tutkimuskysymykset. Punchin (2009, 76-77) mukaan oikeiden tutkimuskysymysten kuuluisi olla selkeitä, helposti ymmärrettäviä, vastattavissa olevia, erityisiä ja sellaisia, jotka ovat yhteydessä kerättyyn tietoon. Kysymysten kuuluisi olla yhteyksissä toisiinsa sekä olla kiinnostavia. Huonot tutkimuskysymykset eivät täytä edellä mainittuja kriteerejä. Jos ei ole tiedossa, kuinka tutkimuskysymykseen tulisi vastata tai mitä todisteita kysymykset vaativat, niin tutkimuksessa ei pystytä etenemään (Punch 2009, 76-77). Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset vastaavat oikeita kriteerejä, jotka Punch (2009, 76-77) on määritellyt liittyen kvantitatiiviseen tutkimukseen. Kun tutkimuskysymykset on muotoiltu, rajattu ja saatu vastaamaan oikeita kriteerejä, voidaan siirtyä teoriasta käytäntöön. Yhteys teorian ja käytännön välillä tarkoittaa kerättyä tietoa. Se, mitä tietoa tarvitaan, kuinka tiedot kerätään ja kuinka ne analysoidaan (Punch 2009, 85), tarkoittaa tässä opinnäytetyössä potilas ilmoitus -lomakkeita sekä tulosten analysointia SPSS tilasto-ohjelmalla.

4 Tutkimuksen toteuttaminen

Opinnäytetyö toteutettiin analysoimalla potilas ilmoitus -lomakkeet SPSS tilasto-ohjelmalla ja tekemällä tuloksista kuvio ja taulukko. Tässä opinnäytetyössä aineisto eli potilas ilmoitus -lomakkeet oli muokattu osastolla valmiiksi opinnäytetyötämme varten. Infektio-osaston henkilökunta oli käyttänyt niitä osana arkityötään maaliskuuhun 2011 aikana. Tutkimuksen tekijöinä emme osallistuneet lomakkeiden tekemiseen tai aineistonkeruuseen. Opinnäytetyössä käytimme aineistonkeruun menetelmänä dokumentteja. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2007, 186) kirjoittavat tieteellisen tutkimuksen aineistonkeruun menetelmistä. Koska erilaisissa tutkimustyypeissä käytetään samoja aineistonkeruun menetelmiä, niitä voidaan kutsua perusmene-

telmiksi. Yksi perusmenetelmä on dokumenttien käyttö. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 186.) Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisin menetelmin.

Kvantitatiivisen tutkimuksen pääpiirre erään filosofisen suuntauksen mukaan on aistihavaintojen ja loogisen päättelyn summa, joista kaikki tieto on peräisin. Määrälliselle tutkimukselle on tyypillistä aiempien tutkimusten perusteella tehtävät johtopäätökset, teoriat, hypoteesien esittäminen ja käsitteiden määrittely (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136). Vertailimme tässä opinnäytetyössä saamiamme tuloksia vuonna 2009 tehdyn vastaavanlaisen selvityksen tuloksiin.

Olimme yhteydessä Hyvinkään sekä Peijaksen sairaaloihin kartoittaaksemme niiden toimintatapoja ja tilanteita infektiopotilaiden hoitopolkujen sujumisesta lähettämällä sähköpostia sairaaloiden osastonhoitajille. Vastauksen saimme Hyvinkään sairaalasta. Lähettämässämme viestissä kerroimme tämän opinnäytetyön toteuttamisesta ja pyysimme vastausta siihen, miten kyseisessä sairaalassa toteutuu infektiopotilaiden hoidon siirtyminen päivystyksestä osastolle ja ovatko käytössä olevat järjestetyt toimivia. Valitsimme nämä kyseiset sairaalat sen perusteella, että voimme kertoa heidän vastauksistaan opinnäytetyössämme, koska ne kuuluvat HUS:n piiriin ja tutkimuslupamme on haettu HUS:lta.

4.1 Mittari

Mittarina tässä tutkimuksessa oli siis valmiiksi tehdyt potilas ilmoitus -lomakkeet. Saimme lomakkeet infektio-osaston osastonhoitajalta käydessämme tapaamassa häntä Lastenklinikalla. Lomakkeissa oli kohdat päivämäärälle, potilaan nimelle, syntymäajalle, tulositylle ja osastolle ilmoittamisen kellonajalle. Lisäksi lomakkeissa oli mahdollisuus laittaa rasti sellaisen väittämän kohdalle, jonka jälkeen potilas sai osaston puolesta saapua päivystyksestä. Näitä vaihtoehtoja olivat: ”heti”, ”toinen potilas kotiutuu”, ”hoitaja vapautuu”, ”huone on siivottu”, ”paikka on valmis” ja ”muuta, mikä”. Lomakkeissa oli kohdat kellonajoille, jolloin potilas oli pyydetty ja saapunut osastolle, sekä kohdat tietojen vastaanottajan nimelle, potilaalle suunnitellun huoneen numerolle ja vastaanottavien hoitajien nimille. Laitoimme lomakkeen liitteeksi tähän työhön (Liite 2) ja sen lisäksi alkuperäisen lomakkeen, joita oli käytetty aikaisemmin ennen nykyisten lomakkeiden uudistamista (Liite 1). Kaikkia tietoja ei ollut täytetty lomakkeisiin. Potilaan nimi ja syntymäaika oli poistettuina lomakkeista ennen niiden analysointia.

4.2 Aineiston keruu

Aineiston analysoinnissa meidän tuli huomioida käytettyjen lomakkeiden sisältämä tieto. Tutkimuksen tulosten luotettavassa arvioinnissa lomakkeiden tietojen tuli olla yhteneväisiä en-

sinnäkin siltä osin, mistä potilas oli ilmoitettu infektio-osastolle. Tässä työssä analysoimme tulokset, joissa potilas oli ilmoitettu päivystyksestä osastolle. Ne lomakkeet, joissa potilas oli ilmoitettu osastolle jostakin muusta yksiköstä, kun päivystyksestä, ei voitu käyttää tämän tutkimuksen tuloksissa. Toiseksi lomakkeisiin tuli olla merkitty kaikki oleelliset kohdat eli potilasilmoituksen kellonaika sekä toinen tai molemmat ajoista, jolloin potilas oli kutsuttu ja siirretty osastolle. Kriteerit kellonajoista määrittelimme siten, että pystyimme analysoimaan kellonajoista kaksi keskimääräistä odotusajan määrettä ja laskemaan kolmannen määreen näiden kahden avulla (Katso luku 5 ”Opinnäytetyön tulokset”). Lisäksi lomakkeissa tuli olla merkintä odotusta aiheuttavasta tekijästä, jotta saimme luotettavan vastausaineiston tutkimuskysymyksiimme. Lomakkeisiin merkityt kellonajat ja odotusta aiheuttaneet syyt eivät olleet sidoksissa toisiinsa, koska ne analysoitiin erikseen. Eli yhdessä lomakkeessa saattoi olla kaikki kellonajat merkittyinä, mutta siitä puuttui odotusta aiheuttanut syy. Näin menetellen saimme myös laajemman aineiston, kun tutkimuskysymykset eivät olleet toisistaan riippuvaisia. Edellä kuvattua prosessia Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2007, 216) ovat kuvanneet tutkimuksen tietojen tarkistamiseksi eli osaksi esitöitä. Esitöihin kuuluu myös tietojen täydentäminen esimerkiksi ottamalla yhteyttä vastauksen antaneeseen henkilöön (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2007, 117). Tässä opinnäytetyössä emme ottaneet yhteyttä lomakkeita täyttäneeseen henkilökuntaan liittyen lomakkeiden täyttämiseen tai niissä esiintyneisiin epäkohtiin. Lomakkeet analysoitiin sellaisinaan määrittelemiemme kriteerien mukaisesti.

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimustulokset saimme selville analysoimalla potilas ilmoitus -lomakkeet SPSS tilasto-ohjelman avulla. Lomakkeiden tiedoista tehtiin ohjelman avulla taulukko, jossa vaakariveille saatiin yhden lomakevastauksen kaikki tiedot ja pystysarakkeille kaikkien lomakkeiden samaa kysymystä koskevat vastaukset. Heikkilän (2005, 123) mukaan tällaista taulukkoa kutsutaan havaintomatriisiksi. Kaikista lomakkeiden kohdista tehtiin muuttujat ja yhteen ohjelman soluun lisättiin yksi tieto lomakkeesta (Heikkilä 2005, 123). Esitimme tutkimustulokset ympyräkuviona ja taulukkoina.

Tässä opinnäytetyössä muutimme tutkimusaineistomme muuttujiksi, sijoitimme havaintomatriisiin ja saimme lomakkeiden analysoinnin tulokset numeerisina. Määrällisen tutkimuksen piirteiksi edelliset asiat sopivat myös Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007, 136) teoksen mukaan. Tulokset muutimme taulukoksi ja ympyräkuvioksi SPSS tilasto-ohjelman avulla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136). Lopullisen kirjallisen version ympyräkuvion viimeistelimme kuitenkin Microsoft Wordilla. Toisen taulukoista (Taulukko 2) teimme myös Microsoft Word -ohjelmalla.

5 Opinnäytetyön tulokset

Tämän opinnäytetyön tulokset saimme infektio-osastolla täytetyistä uusien potilaiden ilmoitus-lomakkeista, joita oli käytetty K1:llä potilaiden siirtyessä päivystyksestä osastolle. Potilas ilmoitus -lomakkeita oli täytetty yhteensä 205 kappaletta. Lomake oli käyttökelpoinen aineistoksi, kun siihen oli merkitty aika, jolloin potilas oli ilmoitettu päivystyksestä osastolle sekä toinen tai molemmat ajoista, jolloin potilas oli pyydetty ja saapunut osastolle. Huomioimme ainoastaan ne lomakkeet, joissa potilasilmoitus oli tullut päivystyksestä.

Analysoimme lomakkeista kaksi aikajaksoa potilaan siirtyessä päivystyksestä infektio-osastolle. Aika 1 tarkoittaa aikaväliä potilaan ilmoittamisesta ja saapumisesta osastolle K1 ja Aika 2 tarkoittaa aikaväliä potilaan pyytämisestä ja saapumisesta osastolle K1. Aika 1-lomakkeita oli yhteensä 199, joista 6:sta puuttui saapumisaika. Aika 2-lomakkeita oli yhteensä 169, joista toinen aika puuttui 36 lomakkeesta.

Tilasto

	Aika 1	Aika 2
Vastatut	199	169
Puuttuvat	6	36
Keskimääräinen odotusaika	01:21	00:31

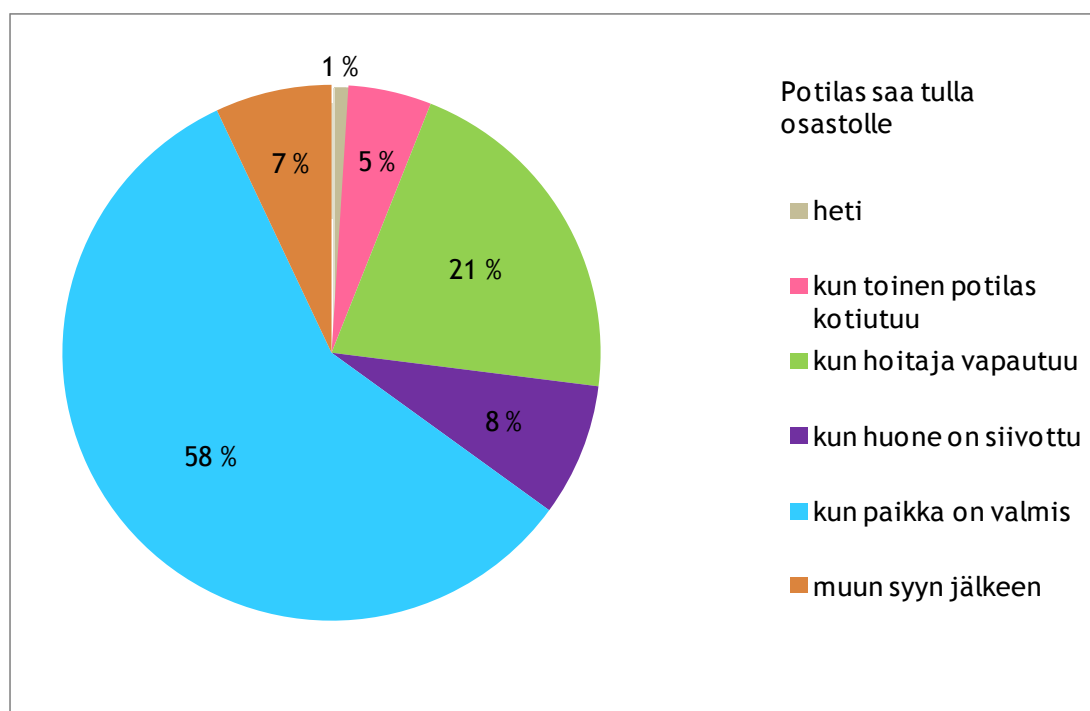
Taulukko 1. Keskimääräiset odotusajat potilaan hoitopolussa päivystyksen ja infektio-osaston välillä.

Opinnäytetyön ensimmäisen tutkimuskysymyksen tulos on siis se, että keskimääräinen odotusaika potilasilmoituksen ja potilaan saapumisen välillä infektio-osastolle oli 1 tunti 21 minuuttia. Keskimääräinen odotusaika potilaan pyytämisen ja saapumisen välillä osastolle oli 31 minuuttia. Tutkimusaineiston perusteella saaduista odotusajoista voidaan laskea suoraan keskimääräinen odotusaika potilaan ilmoittamisen ja pyytämisen välillä vuonna 2011. Tämän ajankäytön nimesimme Aika 3:ksi, joka oli 50 minuuttia. Kyseinen Aika 3 ei näy suoraan Taulukko 1:ssä.

SPSS tilasto-ohjelmalla saimme tuloksia myös potilaiden siirtymisvaiheessa odottamiseen vaikuttaneista syistä sekä niiden yleisyydestä. Ne vastaavat toiseen tutkimuskysymykseen (Katso kuvio 1.). Kaikista analysoiduista lomakkeista 178:ssa oli ilmoitettu viivästymistä aiheuttava syy. Puuttuvia vastauksia oli 27. Yleisin syy potilaan odotukseen siirtymisessä infektio-osastolle oli se, että potilaspaikka ei ollut valmis (58 %). Tähän asiaan osastolla vaikuttaa

esimerkiksi se, että potilaalle täytyy etsiä oikean kokoinen sänky ja joskus sänkyä pitää hakea toisilta osastoilta. Infektio-osastolla hoitajat laittavat huoneet ja potilaspaikat valmiiksi. Potilashuoneissa tarkistetaan olevaksi muun muassa imuvälineet, elvytysvälineet ja happihoidon toteuttamiseen tarvittavat tarvikkeet. (Vierailu Lastenklinikan infektio-osastolla K1 25.7.2011) Toiseksi yleisin syy potilaan odottaessa osastolle pääsyä oli se, että hoitaja ei ollut vapaana vastaanottamaan potilasta osastolle (21 %). Potilaista 8 % sai saapua osastolle sen jälkeen, kun huone oli siivottu. Huoneen siivouksesta huolehtivat laitoshuoltajat. Päivystysaikaan heidät pitää soittaa osastolle siivoamaan potilaspaikka (Vierailu Lastenklinikan infektio-osastolla K1 25.7.2011). Odotusta aiheuttava tekijä oli 7 %:ssa jokin, mitä ei ollut mainittu lomakkeessa. Muita lomakkeissa mainittuja syitä olivat muun muassa se, että potilas tuodaan osastolle, kun hän on päivystyksen puolesta valmis. Toisaalta potilas oli valmis siirtymään siten, kun hänen vointinsa päivystyksessä koheni osastokuntoiseksi. Odotusta aiheutti myös se, että edellisen potilaan äidin odotettiin poistuvan huoneesta kotiin (potilas oli kotiutumassa). Muuksi syyksi oli kirjattu myös potilaan hoitomääräyksien odottaminen.

Jos infektio-osasto on täynnä, pääsy osastolle edellyttää sitä, että joku toinen potilas kotiutuu (5 %). Kotiutukseen taas vaikuttaa osaston lääkäri, joka ensisijassa päättää onko potilas kotiutuskunnossa. Osaston lääkäri ei jatkuvasti ole osastolla paikalla ja kotiutuspapereita kuten reseptejä voi joutua odottamaan. Joskus myös vanhemmat myöhästyvät sovituksista ajasta, jolloin he tulevat hakemaan lapsen kotiin. (Vierailu Lastenklinikan infektio-osastolla K1 25.7.2011) Kolme potilasta eli 1 % sai saapua osastolle heti ilmoituksen jälkeen. Tutkimustuloksista oli kuitenkin hyvä huomata se, että vaikka potilas olisi saanut osaston puolesta saapua heti, oli hoito päivystyksessä vielä kesken. Näiden kolmen potilaan keskimääräinen odotusaika ilmoituksen ja osastolle saapumisen välillä oli 48 minuuttia. Tuloksista kävi ilmi, että potilaat pääsivät osastolle alle tunnin odotusajalla pääosin myöhään illalla, yöllä sekä varhain aamulla. Osa pääsi siirtymään myös päivän/iltapäivän aikaan sujuvammin. Yli kahden tunnin odotukset ilmoituksen ja saapumisen välillä sijoittuivat pääosin aamuun ja päivän välille.



Kuvio 1. Viivästystä aiheuttaneet syyt potilaan siirtyessä päivystyksestä infektio-osastolle. Kuvion mukaan potilas kutsuttiin osastolle heti (1 %), kun toinen potilas kotiutui (5 %), kun hoitaja vapautui vastaanottamaan uuden potilaan (21 %), kun huone oli siivottu (8 %), kun paikka oli valmis (58 %) ja jonkin muun lomakkeessa esiintyneen syyn jälkeen (7 %).

6 Vertailukappale tutkimustulosten tarkasteluun

Määrälliselle tutkimukselle on tyypillistä muun muassa aiempien tutkimusten perusteella tehtävät johtopäätökset (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136), joten vertailimme tässä opinnäytetyössä saamiamme tuloksia vuonna 2009 infektio-osastolla tehdyn vastaavanlaisen selvityksen tuloksiin potilaiden odotusajoista ja niihin vaikuttaneista syistä. Vertasimme sitä, onko odotusajoissa ja -syissä havaittavissa suuria eroja eri vuosien välillä, kun toisen selvityksen aineistonkeruu oli tehty infektio-osastolla hiljaiseen aikaan ja tämän opinnäytetyön aineistonkeruu kiireisimpään aikaan. Olimme myös yhteydessä Hyvinkään sairaalan infektio-osastoon ja saimme vastauksia, kuinka heillä sujuu infektiopotilaiden hoidon siirtyminen päivystyksestä osastolle. Näistä tuloksista olemme kertoneet seuraavissa kappaleissa.

6.1 Odotusajat ja odotusta aiheuttaneet syyt vuonna 2009

Infektio-osastolla oli tehty ennen tätä opinnäytetyötä syys-lokakuussa vuonna 2009 selvitys potilaiden odotusajoista ja -syistä heidän siirtyessä osastohoitoon. Nämä tulokset oli syötetty Excel-taulukon vaakariveille ja niille oli laskettu valmiiksi odotusajat ilmoittamisen ja pyytämisen sekä pyytämisen ja saapumisen välille yhtä vastausta kohden. Lisäksi taulukosta tuli ilmi päivämäärä, jolloin potilas oli ilmoitettu osastolle, yksikkö, josta potilas oli ilmoitettu osastolle sekä odotusta aiheuttanut syy, kuten hoitaja ei ole vielä valmis vastaanottamaan uutta potilasta. Joistakin kohdista puuttui jokin kellonaika ja potilaita oli ilmoitettu osastolle sydänasemalta, K2:lta, K10:ltä, teho-osastolta ja K6:lta, mutta enimmäkseen päivystyksestä. Yksi potilas tuli osastolle suoraan kotoa ja yksi leikkaussalin ja heräämön kautta. Saimme tämän kyseisen Excel-taulukon ja tulokset kopiona infektio-osaston osastonhoitajalta. Laskimme siis keskimääräiset odotusajat laskimella vuonna 2009 tehdystä selvityksestä potilaan ilmoittamisen ja saapumisen välillä, pyytämisen ja saapumisen välillä sekä ilmoittamisen ja pyytämisen välillä. Otimme Excel-taulukon vastauksen mukaan keskiarvon laskentaan, jos vastaukseen oli merkitty aika, jolloin potilas oli ilmoitettu päivystyksestä ja siitä tuli ilmi ilmoitusai-ka, sekä toinen tai molemmat ajoista, jolloin potilas oli pyydetty ja saapunut osastolle. Potilas tuli olla ilmoitettu osastolle päivystyksestä, jolloin pystyimme vertailemaan tässä opinnäytetyössä saatuja tutkimustuloksia vuoden 2009 vastaavanlaiseen tilanteeseen. Kriteerit olivat siis samat, kun tämän opinnäytetyön varsinaisten tutkimustulosten analysoinnissa. Yhteensä

Excel-taulukkoon merkittyjä vastauksia eli ajanmääreitä oli 106. Kriteeriemme mukaisesti puutteellisia tai epäsopivia vastauksia oli yhteensä 17.

Keskimääräinen odotusaika potilaan ilmoittamisen ja saapumisen välillä osastolle (Aika 1) vuonna 2009 oli 1tunti 11 minuuttia. Ero vuosien 2009 ja 2011 välillä oli siis 10 minuuttia eli potilas sai odottaa 2011 osastolle pääsyään 10 minuuttia kauemmin kuin 2009. Keskimääräinen odotusaika potilaan pyytämisen ja saapumisen välillä (Aika 2) oli 33 minuuttia. Vuonna 2011 potilaan pyytämisen ja saapumisen välillä kului tilastollisesti muutama minuutti vähemmän aikaa kuin 2009. Keskimääräinen odotusaika potilaan ilmoittamisen ja pyytämisen välillä (Aika 3) vuonna 2009 oli 37 minuuttia. Vuonna 2011 potilas joutui siis odottamaan osastolle ilmoituksen ja pyytämisen välillä 13 minuuttia kauemmin kuin vuonna 2009.

Vuosi	<u>Aika 1</u> (ilmoitus- saapuminen)	<u>Aika 2</u> (kutsuminen- saapuminen)	<u>Aika 3</u> (ilmoitus- kutsuminen)
2011	1h 21 min	31 min	50 min
2009	1h 11 min	33 min	37 min
Erot vuosien välillä	+10 min	-2 min	+13 min

Taulukko 2. Odotusaikojen vertailu vuosien 2009 ja 2011 välillä.

Vuoden 2009 selvityksestä huomasimme, että eniten odotusta aiheuttaneet tekijät olivat hoitajan vapautumisen odottaminen ja huoneen siivouksen valmistuminen. Muut vastaukset olivat jakautuneet tasaisemmin. Muita vastauksia olivat paikan siivoaminen, toisen potilaan kotiuttaminen ennen uuden potilaan vastaanottamista ja odotus kunnes potilas oli päivystyksen puolesta valmis siirtymään. Myös oikeanlaisen potilassängyn löytäminen, osaston vuorovaihdon jälkeen, päivystyksessä tarvittavien tutkimusten tekemisen jälkeen, potilaan seurannan ollessa ohi päivystyksessä ja kunnes päivystyksestä ehtivät tuoda potilaan osastolle, olivat lomakkeiden muita vastauksia. Odotusta aiheuttavat vastaukset oli kirjoitettu ilmeisesti vapaamuotoisesti, sillä vastauksissa oli hajontaa eikä siten voitu laskea täysin tarkkoja määriä tiettyjä vastauksia. Osassa vastauksia oli myös ilmoitettu useampi, kuin yksi odotusta aiheuttava syy. Myös osassa tämän opinnäytetyön varsinaisia tutkimustuloksia odotusta aiheuttaviin syihin oli annettu useampia vastauksia.

Infektio-osaston henkilökunta halusi ajoittaa uuden tutkimusaineiston keräyksen maaliskuuhun 2011, jolloin osastolla oli kiireisintä. Edellinen tutkimus oli toteutettu syyslokakuussa 2009, jolloin osastolla on henkilökunnan mukaan rauhallisinta. Tulosten vertailussa voidaan huomata, että odotusaikojen pituuksien erot olivat 10 ja 13 minuuttia. Erot ovat melko pieniä. Ja vuonna 2011 potilas pääsi kutsun jälkeen osastolle jopa 2 minuuttia nopeammin

kuin 2009. Vuoden 2011 potilasmäärässä (1368 potilasta) on ollut hieman kasvua verrattuna vuoteen 2009, jolloin potilaita oli 1321 (Portaankorva 2012). Hoitajien osalta työntekijävakkanssit olivat pysyneet molempina vuosina samassa määrässä eli 25 hoitajaa osastolla (Portaankorva 2012).

6.2 Esimerkki Hyvinkään sairaalan infektio-osastolta

Otimme yhteyttä Hyvinkään sairaalan infektio-osaston osastonhoitajaan halutessamme tietää, kuinka heillä päivystyksen ja infektio-osaston yhteistyö sujuu. Heillä tästä aiheesta ei ole virallista tutkimusta tehty, mutta he pyrkivät kehittämään infektiopotilaan hoitoprosessia toimivammaksi. Heillä osastolle siirtymiseen vaikuttaa ennen kaikkea osaston paikkatilanne. Hyvinkään infektio-osastolla infektiopotilaat hoidetaan samalla osastolla, kuin kaikki muutkin alle 15-vuotiaat potilaat kaikilta lastentautien erikoisaloilta, kuten lastenkirurgiset ja neurologiset potilaat. (Kuri 2011)

Jos osastolla on vapaa paikka uudelle potilaalle voi hän siirtyä päivystyksestä heti osastolle eli käytännössä tähän kuluu aikaa noin 15-20 minuuttia lääkärin osastolle ottamispäätöksestä. Jos osaston paikkatilanne on huono ja joudutaan tekemään huonevaihdoiksi ennen kuin uudelle potilaalle saadaan paikka, saattaa tähän kulua aikaa tunti joskus jopa ylikin.

Vuoden 2011 alusta Hyvinkään sairaalan infektio-osastolla on tehty yhteistyötä tiiviimmin päivystyksen kanssa. Infektio-osastolta on yksi sairaanhoitaja töissä maanantaista perjantaihin iltavuoroissa päivystyksessä hoitamassa kaikki lapsipotilaat. Tämä tapa on selvästi nopeuttanut potilaiden siirtymistä osastolle. Syynä on osastonhoitajan mukaan se, että infektio-osaston sairaanhoitajat tuntevat lapsipotilaat paremmin ja osaavat näin paremmin arvioida osastohoidon tarvetta. Iltavuoroon päivystykseen menevä hoitaja tulee töihin yleensä infektio-osaston kautta ja näin ollen hän saa tiedon senhetkisestä tilanteesta osastolla. Hoitaja myös informoi osastoa jo alustavasti osastolle tulevasta potilaasta ja tällöin osastolla osataan jo valmiiksi esimerkiksi miettiä tai tehdä tarvittavat huonevaihdot. Tämän uuden käytännön myötä on myös ollut mahdollista esimerkiksi nesteyttää ripulipotilaita päivystyksessä 4-6 tuntia ja näin on vältytty osastohoidolta kokonaan. Muutoin päivystyksen resurssit eivät ole riittävät lapsipotilaiden pidempiaikaiseen hoitoon. Hyvinkään sairaalassa päivystyksessä on tällä hetkellä menossa laajennusremontti, joka vaikuttaa toimintaan hyvin paljon myös lasten hoidon osalta. Vuoden 2012 alusta on ilmeisestikin tulossa sekä hoitaja- että tilaresursseja lisää, joten tämänhetkinen käytäntö heillä saattaa taas hieman muuttua. (Kuri 2011)

Tämä esimerkki on siinä mielessä erilainen tähän opinnäytetyöhön verrattaessa, koska Hyvinkään sairaalassa hoidetaan myös aikuisia potilaita. Lastenlinikalla kaikilla hoitajilla on vahva näkemys lapsipotilaista ja heidän sairauksistaan. Ehdotuksena Hyvinkään sairaalan toimintavoista voisi kuitenkin ottaa mallia siten, että Lastenklinikan infektio-osastolla olisi kiertävä

hoitaja, jolla olisi ajankohtainen tieto päivystyksen potilaista sekä infektio-osaston tilanteesta. Näin pystyttäisiin tiiviimpään yhteistyöhön päivystyksen ja infektio-osaston välillä. (Kuri 2011)

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tavoitteina oli tuottaa sellaisia tutkimustuloksia, joiden avulla Lastenlinikan infektio-osaston ja päivystyspoliklinikan henkilökunnat voivat kehittää ja parantaa potilaiden hoitopolkujen sujuvuutta jatkossa. Lisäksi tavoitteena oli, että työstä olisi hyötyä muille asiaan perehtyville tutkijoille ja että aiheen käsittelyä voisi tarvittaessa jatkaa eteenpäin. Käytännössä emme vielä tiedä miten tämä opinnäytetyö on päässyt tavoitteisiinsa. Olemme kuitenkin tämän työn tekijöinä saaneet vastauksia niihin opinnäytetyökysymyksiin, joita lähdimme työn alussa hakemaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli ainoastaan vastata tutkimuskysymyksiin, mutta olemme lisäksi pohtineet ehdotuksia, kuinka hoidon sujuvuutta infektio-osaston ja päivystyksen välillä voisi parantaa. Olimme yhteydessä Hyvinkään sairaalan infektio-osaston osastonhoitajaan, ja häneltä saimme mielestämme arvokkaan vastauksen siihen, kuinka heillä infektiopotilaiden hoidon siirtyminen päivystyksestä osastolle sujuu. Lisäksi mielestämme oli oleellista verrata vuoden 2009 tilannetta tämän opinnäytetyön tuloksiin, koska samaa aihetta on tutkittu jo aikaisemmin. Tällä aiheella näyttää olevan suuri merkitys päivystyksen ja osaston väliselle yhteistyölle.

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Aineistoa analysoitaessa on aina mahdollista se, että aineiston syötössä SPSS tilasto-ohjelmaan on tapahtunut jokin inhimillinen näppäilyvirhe. Toisaalta väärinymmärryksiä voi syntyä, jos lomakkeeseen on merkitty epäselvästi jokin kellonaika tai odotusta aiheuttanut syy. Osa lomakkeista oli täynnä tekstiä ja osassa oli epäselvästi ilmaistuja kellonaikoja. Kyseiset tiedot olivat se tärkein informaatio, mitä tässä työssä tarvitsimme. Teimme aineiston analyysin yhdessä ja tarkistimme siten, mitä arvoja olemme ohjelmaan syöttäneet. Määritimme yhdessä kriteerit, joilla otimme lomakkeita mukaan aineiston analyysiin eli SPSS-ohjelmointiin.

Opinnäytetyön luotettavuudesta kertoo myös tutkimusaineiston laadukkuus (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 210). Analysoimme potilas ilmoitus -lomakkeista ne, joista potilas oli ilmoitettu osastolle päivystyksestä. Jos potilas oli esimerkiksi ilmoitettu jostakin muusta yksiköstä, joutuimme jättämään lomakkeen pois aineistosta. Samoin jos lomakkeissa esiintyi muita puutteita, kuten kellonajat puuttuivat, lomake ei ollut enää pätevä. Aineiston syöttövaiheessa SPSS tilasto-ohjelmaan merkitsimme jokaiseen lomakkeeseen järjestysnumeron, jotta

pystyisimme tarvittaessa palaamaan kyseisen lomakkeen vastaukseen. Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (1997, 210) mukaan tutkimuksen tuloksia analysoitaessa tulee huomioida myös rehabiliteetti eli mittarin tarkkuus mitattavasta kohteesta. Mittarin tarkkuutta heikentävät mittarin käyttäjistä johtuvat virheelliset tekijät, kuten kiire ja väsymys (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 210). Lomakkeita oli todennäköisesti täytetty kiireen keskellä ja väsyneinäkin, koska osasta lomakkeita puuttui kellonaikoja ja odotusta aiheuttaneita syitä. Vieläkin luotettavimpia tuloksia olisi saatu, jos kellonajat ja odotusta aiheuttaneet syyt olisi muistettu merkitä jokaiseen lomakkeeseen.

Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen (1997, 207) kirjoittavat mittarin validiteetista, jota voidaan arvioida sisältövaliditeetin, käsitevaliditeetin ja kriteerivaliditeetin mukaan. Sisältövaliditeetin luotettava arvio saadaan käyttämällä aiheen asiantuntijoiden tietämystä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 208). Tämän opinnäytetyön yhteydessä näimme osaston henkilökunnan joukkona oman alansa asiantuntijoita. Mittarina käytettävä lomake oli suunniteltu käytännön hoitotyön parantamista varten tutkimustulosten pohjalta. Mittari palveli henkilökunnan tarpeita.

Teoriaosuudessa meidän täytyi soveltaa löytämäämme tietoa lasten hoitotyöhön, koska aiheesta oli hankalaa löytää täsmällistä tietoa. Kappaleessa, jossa kerrotaan terveyspalvelujen tarjoamisesta, näkökulma on aikuisissa potilaissa ja asiakkaita, mutta tutkimus käsittelee yleisesti työssäolojen kehitystä eri vuosina. Silloin kyseistä tutkimustietoa voidaan soveltaa myös tähän opinnäytetyöhön. Lähdeviitteinä meillä oli jonkin verran sellaista aineistoa, joissa näkyvät eri hoitohenkilökuntien omat näkemykset, kuten Hyvinkään osastonhoitaja ja päivystyksen sekä K1:n hoitajat. Sellainen tieto, mikä ei suoraan perustu kirjallisiin lähteisiin, saattaa olla laadultaan heikompaa. Käyttämämme lähteet sähköposteista ja vierailusta Lastenklinikalla perustuivat kuitenkin faktoihin, esimerkiksi potilasmäärät vuosina 2009 ja 2011, joten koimme ne suhteellisen luotettavina lähteinä. Vastaukset eivät olleet kenenkään varsinaisia mielipiteitä. Tämän valmiin työn tuloksia on tarkoitus pystyä soveltamaan infektio-osastolla ja päivystyksessä jatkossa, joten kyseiset lähteet ovat käyttökelpoisia.

Vuonna 2009 tehdyn aikakartoituksen ajanmäärät eli keskimääräiset odotusajat laskimme laskimen avulla käsin, mikä oli melko työlästä. Tarkistimme keskiarvot vuoden 2009 selvityksestä laskemalla ne useaan kertaan. Katsoimme lomakkeet yhdessä läpi ja päätimme mitkä lomakkeet otamme kriteerien mukaiseen tulostenlaskentaan. Käytimme samoja kriteerejä kuin varsinaisten tutkimustulosten analysointiin, jotta vastaukset olisivat verrattavissa. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus riippuu käsiteltävän asian mittaustavoista, aineistonhankinnasta ja tulosten tulkinnasta erityisesti erilaisten mittareiden avulla (Paunonen ja Vehviläinen-Julkunen 1997, 206). Tutkimuksen tulokset ovat myös suoraan verrannollisia käytettyjen mittareiden luotettavuuteen (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206).

Opinnäytetyömme eettisyys huomioiden emme luovuttaneet potilas ilmoitus -lomakkeita ulkopuolisille. Analysoimme ja tutkimme aineistot kahdestaan. Työprosessin päätyttyä hävitimme lomakkeet tietosuojajätteeseen. Toimme esille kaikki saamamme tutkimustulokset.

7.2 Tulosten tarkastelu

Tutkimustulosten perusteella keskimääräinen odotusaika potilaan ilmoittamisen ja saapumisen välillä infektio-osastolle oli 1 tunti 21 minuuttia (Aika 1). Tämä aika kertoo potilaan odottamisen tarpeesta koko hoitopolun aikana. Siihen vaikuttaa käytännössä sekä päivystyspoliklinikan että infektio-osaston sisäiset asiat ja toimintatavat. Muut analysoidut ajanmääreet (Aika 2 ja Aika 3) kertovat odotuksen tarpeesta eri vaiheissa hoitopolkua. Keskimääräinen odotusaika potilaan pyytämisen ja saapumisen välillä osastolle (Aika 2) oli hieman reilut puoli tuntia, ja tähän vaikuttaneet syyt on lähtöisin päivystyksestä. Voitaisiin pohtia esimerkiksi sitä, miksi aikaa kului päivystyksessä keskimäärin vielä 31 minuuttia, kunnes potilas saapui osastolle ja miten tähän aikaan voitaisiin vaikuttaa. Voisiko vastaus olla, että potilaan tutkimukset ovat sillä hetkellä kesken eikä potilas siksi voi siirtyä heti osastolle pyytämisen jälkeen? Väitettä tukisi se, että niissä tapauksissa, joissa potilas sai tulosten perusteella saapua infektio-osastolle heti ilmoituksen jälkeen (1 %), joutui osastolle pääsyä odottamaan vielä keskimäärin 48 minuuttia. Odotusaikoihin päivystyksessä voitaisiin todennäköisesti vaikuttaa myös lisäämällä resursseja päivystyksen henkilökunnan keskuuteen ja kehittämällä tehokkaampia ja joustavampia toimintatapoja. Tämän aiheen tarkasteluun tarvitaan enemmän tietoa päivystyksen toimintatavoista, joita meillä ei tämän työn tekijöinä ole. Aika 3 kertoo potilas ilmoituksen ja osastolle pyytämisen välisen keskimääräisen odotusajan, johon vaikuttaa eniten se, että potilaspaikka ei ole valmiina ja hoitaja ei ole vapaana vastaanottamaan potilasta osastolle. Tämän aikamäärään pituuteen vaikuttaneet syyt ovat siis lähtöisin infektio-osastolta.

Toiseen opinnäytetyökysymykseemme eli odotusta aiheuttaneiden syiden tarkasteluun teimme asiaa havainnollistavan piirakkakuvion (Kuvio 1). Sen mukaan eniten odotusta aiheuttivat potilaan siirtymisvaiheessa päivystyksestä osastolle se, että potilaspaikka ei ollut valmiina uudelle potilaalle. Toiseksi yleisin syy oli se, että hoitaja ei ollut vapaana vastaanottamaan potilasta. Nämä syyt voivat kertoa kiireestä henkilökunnan keskuudessa. Odotusta aiheuttavat syyt ovat loogisia ja kertovat ennen kaikkea henkilöstöresursseista. Tulokset näyttävät liittyvän ennen kaikkea johtamiseen, resursseihin ja myös organisaation sisäisiin asioihin ja toimintatapoihin. Muutoksiin ja toimintatapoihin tarvitaan paljon resursseja ja pohdintaa, eikä niitä siksi voi äkillisesti toteuttaa. Ylipäätään kaikilla tahoilla sosiaali- ja terveystalveissa tulisi uskaltaa lähestyä ongelmia ja kokeilla muutoksia toimintatavoissa. Suunniteltaessa muutoksia toimintatapoihin tulee huomioida, että koko henkilökunnan on tärkeää sitoutua yhteiseen tehtävään (Perälä 1997, 38).

Tutkimustulokset ovat siis siinä määrin yleistettävissä, että henkilöstöresurssit ja kiire työyksiköissä koskevat monia eri työympäristöjä niin lasten kuin aikuistenkin parissa. Olemme pohjineet ratkaisuvaihtoehtoja näille käytännön ongelmille seuraavassa kappaleessa, ajatuksena potilaan parhaan edistämisen, resurssien tehokas käyttö ja tämän opinnäytetyön tulosten soveltaminen käytännössä.

7.3 Johtopäätökset

Teoriassa odotusaikoihin ja odotusta aiheuttaviin syihin voitaisiin vaikuttaa rekrytoimalla lisää henkilökuntaa, jotta potilaspaikat saataisiin hyvissä ajoin valmiiksi ja aina olisi vapaa hoitaja ottamassa vastaan uutta potilasta. Myös potilaspaikkojen lisäämisellä voitaisiin varmasti vaikuttaa odotusaikojen lyhentymiseen. Se kuitenkin kulkisi käsi kädessä henkilökuntamäärän lisäämisen kanssa. Tutkimustuloksista ja teoreettisen osuuden kirjallisuuslähteiden perusteella (Lahti ym. 2010) voidaan päätellä, että henkilöstöresurssien riittävyydet työyksiköissä ovat edelleen kyseenalaiset. Työpaikoilla koetaan kiirettä (Laine ym. 2010, 34.) ja kiire vaikuttaa tämän tutkimuksen näkökulmasta siihen, että hoitajilla ei ole heti aikaa vastaanottaa uutta potilasta osastolle tai potilaspaikkaa ei saada tarpeeksi ajoissa valmiiksi. Ongelmakohtiin ei kuitenkaan voida vaikuttaa pelkästään resursseja lisäämällä, vaan toimintatapoja tulee kehittää samalla tavalla.

Emme tehneet hypoteeseja tai ennakkokäsityksiä tulevista tutkimustuloksista. Nyt työprosessin lopussa kun miettii odotusaikojen muuttumista vuosien 2009 ja 2011 välillä, odotusaikojen suurempi lisääntyminen olisi ollut loogista. Maalis-huhtikuu 2011 oli osastolla kiireisempää aikaa kuin syys-lokakuu 2009. Tuloksia vertaillen erot olivat siis keskimäärin 10 ja 13 minuuttia, ja vuonna 2011 potilas pääsi osastolle kutsun jälkeen vielä 2 minuuttia nopeammin kuin vuonna 2009. Sen sijaan odotusta aiheuttaneet syyt ovat samankaltaisia molempina vuosina ja se on loogista, kun henkilöstömäärätkin ovat pysyneet samana eli 25 hoitajaa osastolla (Portaankorva 2012).

7.3.1 Kehittämisehdotukset

Hyvinkään infektio-osaston mallin mukaisesti pohdimme sitä, että Lastenklinikan infektio-osastolla olisi kiertävä hoitaja, jolla olisi ajankohtainen tieto päivystyksen senhetkisestä tilanteesta sekä infektio-osaston tilanteesta, ja näin pystyttäisiin tiiviimpään yhteistyöhön. Samalla infektio-osaston hoitajan ollessa päivystyksessä työkierrossa infektio-osaston erityisosaimista voitaisiin hyödyntää tehokkaasti. Tämä kyseinen hoitaja toimisi konsultaatiohoitajan tavoin. (Kuri 2011)

Pohdimme myös voisiko infektio-osaston jokaisessa vuorossa olla esimerkiksi yksi hoitaja, joka huolehtisi niin sanotusti juoksevia asioita ja olisi tarvittaessa apuna potilaiden hoidoissa. Näin ollen uuden potilaan vastaanottava hoitaja voisi keskittyä pelkästään uuteen potilaaseen ja ylimääräinen hoitaja jatkaisi muiden potilaiden hoitoa sillä aikaa kun uusi potilas on vastaanotettu. Tai vastaavasti ylimääräinen hoitaja voisi vastaanottaa uuden potilaan ja raportoida siitä toiselle hoitajalle, josta tulee uuden potilaan omahoitaja. Ylimääräinen hoitaja voisi myös valmistella potilaspaikan etukäteen valmiiksi, heti kun potilasilmoitus päivystyksestä tulee, jolloin aikaa voitaisiin hyödyntää tehokkaasti. Suurin odotusta aiheuttanut syyhän oli se, että potilaspaikka ei ollut valmis (58 %). Samaa tapaa voitaisiin ehdottaa myös päivystykseen. Ylimääräinen hoitaja esimerkiksi kuljettaisi potilaan päivystyksestä infektio-osastolle ja infektiopotilasta hoitanut hoitaja voisi näin jatkaa päivystyksessä muiden potilaidensa kanssa. Tämä tietysti vaatisi hyvän raportoinnin ja kirjaamisen. Toisaalta nykyinen tapa, että päivystyksen omahoitaja vie potilaan osastolle, tukee hoidon jatkuvuutta ja luo turvallisuutta myös perheelle. Toisaalta aina potilaspaikkaa ei voida valmistella etukäteen, jos uuden potilaan saapuminen vaatii toisen potilaan kotiutumista (5 %) osaston ollessa täynnä.

7.3.2 Jatkotutkimusehdotukset

Tästä aiheesta saisi varmasti uusia näkökulmia tutkittavaksi. Esimerkiksi päivystyksen puolesta voisi olla kiinnostavaa tutkia, mitkä syyt siellä vaikuttavat potilaan osastolle siirtymisen odottamiseen. Aiheen laajempaa käsittelyä rajasi se, että aineisto perustui vain potilas ilmoitus -lomakkeisiin. Jos aihetta haluttaisiin tulevaisuudessa käsitellä laajemmin tai yksityiskohdaisemmin voisi siihen perehtyä esimerkiksi henkilökunnan haastatteluiden kautta. Myös laitoshuoltajien ja osastonhoitajan näkökulman voisi ottaa huomioon hoitajien lisäksi. Henkilökunnalta voitaisiin kysyä esimerkiksi missä käytännön toimintatavoissa he huomaavat kehittämistarpeita uuden potilaan ilmoittamisen ja osastolle saapumisen välillä.

Nyt työn ollessa valmis, toisin olisimme voineet tehdä sen, että olisimme miettineet tarkemmin, miten ilmaisemme ajanmääreet taulukossa. Eli Aika 3:sta olisi voinut tehdä samanlaisen ajanmääryksen, kuin muista ajoista, jolloin se olisi näkynyt taulukossa selkeämmin. Nyt Aika 3 on laskettu kahden muun ajanmäärään (Aika 1 ja Aika 2) avulla. Aikamääreet hahmottuivat meille paremmin vasta myöhemmin, kun vertailimme tutkimustuloksia vuoden 2009 tilanteeseen.

Ymmärsimme opinnäytetyömme realistisen viitekehyksen vasta sen verran myöhään, että olimme ehtineet käydä jo vierailulla Lastenklinikan päivystyksessä ja infektio-osastolla. Emme siis varanneet aikaa kunnolliseen haastatteluun, vaan löydettyämme yhteisen ajankohdan päätimme mennä vierailulle ja kysyä ne kysymykset, joihin henkilökunnilla oli aika vastata. Saimme vastauksia henkilökunnilta yhteisesti, emmekä olleet tietoisia hoitajien nimistä. Jos

olisimme varanneet paremmin aikaa vierailuille ja sopineet ne etukäteen, olisimme saaneet todennäköisesti vielä enemmän irti tapaamisista. Haastattelua olisi voinut käyttää mahdollisesti jopa osana aineistonkeruumenetelmiä lomakkeiden analysoinnin ohella. Nyt vierailu Lastenlinikalla jäi lähdeviitteen tasoiseksi. Tuloksien kannalta olisi ollut mielenkiintoista tutustua infektio-osaston ja päivystyksen toimintatapoihin tarkemmin työvuorojen kautta, jolloin olisimme konkreettisesti nähneet kuinka esimerkiksi siirtotilanne päivystyksestä osastolle sujuu. Tähän olisi varmasti tarvittu enemmän järjestelyjä ja suunnittelua, jos tämänlainen tutustuminen ylipäätään olisi ollut mahdollista.

7.4 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyömme aihe esiteltiin Tikkurilan Laurean hankemessuilla tammikuussa 2011. Aiheen esittelijä ei päässyt paikalle esittelemään tutkimuksen sisältöä, vaan saimme tietää ai-noastaan tutkimuksen otsikon. Kiinnostuimme siitä huolimatta aiheesta, koska siinä yhdistyivät lastenhoitotyö ja akuuttihoito, ja aihe vaikutti tarjolla olleista tutkimusaiheista kaikkein mielenkiintoisimmalta. Olimme molemmat sitä mieltä, että opinnäytteen aiheen tulee olla sellainen, johon molemmilla riittää kiinnostus koko prosessin ajan. Olimme heti hankemessujen jälkeen yhteydessä aiheesta vastanneeseen opettajaan, ja ilmaisimme kiinnostuksemme aihetta kohtaan. Melko pian saimme tiedon, että saimme aiheen omaksi opinnäytetyöksemme. Alkuperäinen otsikko aiheelle oli ”Päivystyspotilaan polku, Lastenklinikan päivystys ja K1”. Emme siis tienneet tulevasta tutkimuksesta aluksi muuta kuin otsikon.

Tapasimme työelämän yhteyshenkilöt Lastenlinikalla helmikuussa 2011 yhdessä muiden opiskelijoiden ja ohjaavien opettajien kanssa. Samalla sitouduimme opinnäytetyön prosessiin. Infektio-osaston osastonhoitajan kanssa tapasimme maaliskuussa 2011 ja saimme tietää, mihin asioihin osasto halusi meidän paneutuvan. Saimme osastonhoitajalta tulostetun version osastolla vuonna 2009 tehdystä aikakartoituksesta sekä kopion osaston toimintasuunnitelmas-ta. Opinnäytetyömme aihe oli kuitenkin mielestämme aluksi melko epäselvä, emmekä olleet varmoja omasta roolistamme. Olisimme tarvinneet prosessin alussa enemmän tukea ja apua aiheen sisälle pääsemiseen. Näimme tutkimuksen tekemisen eri osa-alueet irrallisina paloina, emmekä osanneet yhdistää niitä kokonaisuudeksi, vaikka aihe loppujen lopuksi oli yksinkertainen. Osallistuimme pian koululla tiedonhankinnan työpajaan ja aloimme tehdä alustavaa suunnitelmaa. Kokosimme ajatuksiamme yhteen miellekartan avulla, ja konkreettinen kirjoittaminen auttoi meitä jäsentämään ideoita yhtenäisiksi. Aloimme tehdä tiedonhakua etsimällä aineistoa Internetin hakukoneiden avulla sekä kirjoista. Ensimmäiset kirjalliset osuudet opinnäytetyösuunnitelmaan kirjoitimme lasten infektiosairauksista sekä lapsen roolista päivystyspoliklinikalla. Olimme tyytyväisiä siihen, että olimme päässeet etenemään työssämme. Suunnitelmaa esittäessämme koululla saimme ohjaajiltamme palautetta, että kirjallinen osuus ei liity työhömmme millään tavalla. Oman esityksen jälkeen jouduimme taas punnitsemaan omaa

rooliamme työssä uudelleen ja miettimään, mitä meidän halutaan saavan aikaan tässä opinnäytetyössä. Ymmärsimme, että infektiosairaudet eivät ole oleellisia asioita työmme kirjalliseen osuuteen. Tutkimukseen liittyvän luotettavan teorian tiedon löytäminen oli yllättävän vaikeaa. Vieraskielisten aineistojen löytäminen oli vielä vaikeampaa.

Ohjaava opettajamme vaihtui työprosessin puolivälissä, minkä koimme kuitenkin positiivisena asiana. Keskustelimme hänen kanssaan työhön liittyvästä teorian tiedon hankkimisesta. Toimme esille kokemamme ongelman, että emme hahmottaneet, minkälainen kirjallisuus liittyi tutkimukseemme. Tämän keskustelun jälkeen meille vasta selvisi teoreettisen viitekehyksen merkitys työhömmme. Ymmärsimme, että oleellista opinnäytetyössämme olisi kertoa tutkimukseen liittyvästä ympäristöstä, resursseista ja henkilöstömäärästä. Nämä asiat tukisivat tutkimustuloksia. Tutkimusympäristöstä saimme tietoa osittain Internetistä, mutta resurssi asioiden keräämiseen tarvitsimme vierailukäynnin Lastenklinikan päivystykseen ja infektio-osastolle. Saimme tutkimusaineiston eli potilas ilmoitus-lomakkeet osastonhoitajalta huhtikuussa 2011, mutta syvennyimme niihin vasta kun saimme tutkimusluvan työllemme.

Alustava valmiiden töiden esityspäivä oli sovittu ensimmäisen tapaamisen yhteydessä Lastenlinikalla joulukuuhun 2011. Ajankohtaa jouduttiin siirtämään monta kertaa eteenpäin erilaisien syiden takia. Hyväksyttävä versio tutkimuksen suunnitelmasta vei odotettua enemmän aikaa ja siten myös tutkimusluvan hakeminen myöhästyi. Teimme työtämme samanaikaisesti toisten opiskelijoiden kanssa ja esityspäivämäärät oli sovittu pidettäväksi samaan aikaan, koska arvioimme toistemme työt. Toisen ryhmän tutkimuksen valmistumisen viivästyminen vaikutti myös meidän työmme esittämiseen ja pystyimme siirtämään omaa työprosessiamme myöhemmäksi. Työprosessin loppuvaiheessa meille tuli lopulta kiire. Opinnäytetyöprosessin päätti työn raportointi Lastenlinikalla 15.3.2012, jolloin esitimme tutkimustulokset työelämän yhteistyöhenkilöille.

Toivomme, että tämän opinnäytetyön tuloksista oli hyötyä infektio-osaston ja päivystyksen henkilökunnille, ja että he pääsevät etenemään tavoitteessaan kehittää hoitopolkuja sujuvammiksi.

7.5 Oppimisen arviointi

Meille tämän opinnäytetyön tekijöinä tutkimustulosten analysointi eteni kohtuullisen sujuvasti, ja saimme selkeän ja havainnollistavan kuvion sekä taulukon SPSS tilasto-ohjelman avulla. Haasteelliseksi koimme aluksi teoreettisen viitekehyksen luomisen. Emme osanneet hahmottaa, mitkä asiat liittyivät työhömmme, koska kyseessä oli aikakartoitus. Kirjallisuuskatsauksessa ei olisi ollut hyötyä kertoa esimerkiksi lasten infektiosairauksista, mihin harhauimme aivan

työvaiheen alussa. Myöhemmin pääsimme aiheeseen paremmin kiinni ja ymmärsimme aikakartoituksen osana suurempaa aihetta. Siksi olemme kertoneet teoriaosuudessa muun muassa terveystalvelujen kehittämistä.

Työprosessi on jakautunut mielestämme keskenämme suhteellisen tasaisesti. Olemme kirjoittaneet ja pohtineet omilla tahoillamme, ja tavanneet ja yhdistelleet asioita nähdessämme. Olimme hieman huolissamme siitä, että kuinka saamme kyseisestä aiheesta rakennettua mahdollisimman tasokkaan lopputyön. Aihe oli rajattu jo valmiiksi hyvin selkeästi ja suoraviivaisesti, eikä meidän käytännössä haluttu perehtyvän muuhun, kuin potilas ilmoituslomakkeiden sisältöön. Meidän täytyi perustella itsellemme se, että teemme sen mitä meiltä halutaan ja olemme siihen tyytyväisiä.

Oleellista tämän opinnäytetyön tekemisessä oli se, että saimme itse olla aktiivisia ja omaaloitteisia prosessin sujuvuuden kannalta. Opimme, että tutkimuksen tekeminen on monivaiheinen prosessi, ja työ ei hetkessä valmistu. Työ vaatii monta kertaa uudelleen arviointia ja tekstin muokkausta. Tärkeää on tuoda tutkimustulokset luotettavasti esille ja vastata niihin tutkimuskysymyksiin, jotka itselleen on asettanut.

Opimme tämän tutkimuksen kautta ajattelemaan innovatiivisemmin. Tulevaisuudessa työssä tulee varmasti mietittyä ratkaisuvaihtoehtoja käytännön ongelmiin helpommin, kun on tietoperustaa siitä, mistä ongelmat voivat johtua. Uskomme, että toisen tutkimuksen tekeminen kävisi tämän työn jälkeen luontevammin ja olisimme paremmin tietoisia tutkimuksen eri vaiheista sekä eri vaiheiden etenemisestä. Osaisimme varmasti myös hallita ajankäyttöä ja tiedonkeruumenetelmiä paremmin.

Lähteet

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. [WWW-dokumentti.]
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,962,1973,1974,1844>>. (Viitattu 18.5.2011.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. [WWW-dokumentti.]
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,962,1973,1974,1834>>. (Viitattu 18.5.2011.)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.

HYKS Lastenklänikka. 2011. [WWW-dokumentti.]
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,962>>. (Viitattu 11.6.2011.)

K1 Infektio-osasto. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. [WWW-dokumentti.]
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,962,1973,1974,1844>>. (Viitattu 18.5.2011.)

Kuri, A. 2011. Sähköpostiviesti Hyvinkään sairaalan infektio-osaston osastonhoitajalle.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.

Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M. & Suomi, R. 2010. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010, Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Tampere 2011:Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. 1. painos. Juva: WSOY.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perhe hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Perälä, M. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta, Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Stakes. Hoitotyön projektiryhmä.

Portaankorva, M. 2012. Sähköpostiviesti Lastenklänikan infektio-osaston osastonhoitajalle.

Potilaan hoitopolku -kaavio. Lastenklänikan infektio-osasto.

Potilasopas, ”Tervetuloa infektio-osastolle K1!”. HYKS Lastenklänikka.

Punch, K. 2009. Introduction to research methods in education. London: SAGE Publications Ltd.

Päivystys. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. [WWW-dokumentti.]
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,962,1973,1974,1834>>. (Viitattu 18.5.2011.)

Rantanen A., Heikkilä A., Asikainen P., Paavilainen E. & Åstedt-Kurki P. 2010. Hoitotiede 2010, 22 (2). Oulun yliopisto: HTTS ry.

Toimintasuunnitelma v.2012, Infektio-osasto K1. 2011. Power Point -esitys.

Tulevaisuuden terveydenhuolto 2022. 2010. Sosiaali ja terveysministeriö, SITRA. Helsinki.
[WWW-dokumentti.]
<<https://www.sitra.fi/Julkaisut/Muut/Tulevaisuuden%20terveydenhuolto2022.pdf>>. (Viitattu 19.1.2012.)

Vierailu Lastenklinikan infektio-osastolla K1 25.7.2011.

Vierailu Lastenklinikan päivystyspoliklinikalla 25.7.2011.

Kuviot

Kuvio 1. Viivästystä aiheuttaneet syyt potilaan siirtyessä päivystyksestä infektio-osastolle.21

Taulukot

Taulukko 1. Keskimääräiset odotusajat potilaan hoitopolussa päivystyksen ja infektio-osaston välillä.	19
Taulukko 2. Odotusaikojen vertailu vuosien 2009 ja 2011 välillä.	22

Liitteet

Liite 1. Alkuperäinen potilas ilmoitus -lomake infektio-osastolla.

ILMOITUS UUDESTA POTILAASTA:

PVM : **KLO:**

NIMI:

SYNT. AIKA:

TULOSYY:

TIEDOT VAST.OTTI:

HUONE:

VASTAANOTTAVA HOITAJA:

Liite 2. Uudistettu potilas ilmoitus -lomake infektio-osastolla.

ILMOITUS UUDESTA POTILAASTA

PVM: **POT.ILM.KLO:** _____

NIMI:

SYNT.AIKA:

TULOSYY:

POTILAS SAA TULLA OSASTOLLE:

heti: _____ huone on siivottu: _____

toinen pt kotiutu: _____ paikka on valmis: _____

hoitaja vapautuu: _____ muuta, mikä: _____

POTILAS PYYDETTY OSASTOLLE: _____

POTILAS SAAPUNUT OSASTOLLE KLO: _____

TIEDOT VASTAANOTTI: _____

HUONE: _____

VASTAANOTTAVAT HOITAJAT: _____