



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

---

Jukka Käkelä

## **Hoitohenkilökunnan kokemat haasteet ja kehittämistarpeet yhteispäivystyksen muuttuvassa toimintaympäristössä**

Kehittämistyö

Syksy 2020

SeAMK sosiaali- ja terveystieteiden  
YAMK Kliininen asiantuntijuuks

SeAMK sosiaali- ja terveystieteiden  
YAMK Kliininen asiantuntijuuks



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Kliininen asiantuntijuus, Ylempi AMK

Tekijä: Jukka Käkelä

Työn nimi: Hoitohenkilökunnan kokemat haasteet ja kehittämistarpeet yhteispäivystyksen muuttuvassa toimintaympäristössä

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala, TtT, yliopettaja

Vuosi: 2020

Sivumäärä: 70

Liitteiden lukumäärä: 2

---

Kehittämistehtävän lähtökohtana olivat yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kokemat haasteet käytännön hoitotyössä, joita viimeisen kahden vuoden aikana tapahtuneet muutokset yhteispäivystyksen toiminnassa olivat saaneet aikaan. Vuoden 2019 alussa käynnistynyt ympärivuorokautinen yhteispäivystys ja vuoden 2020 aikana maailmanlaajuisesti levinnyt Covid19-virus ovat asettaneet yhteispäivystyksen toiminnalle merkittäviä haasteita. Näihin haasteisiin on jouduttu vastaamaan ajoittain varsin nopeallakin aikataululla, ja kaikilta osin yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan mielipiteitä ei ole aina ollut mahdollisuutta tiedustella ja huomioida muutosten yhteydessä.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata muutosta, joka Seinäjoen keskussairaalan päivystyksen toiminnassa tapahtui vuoden 2019 alussa siirryttäessä ympärivuorokautiseen yhteispäivystyksen toimintamalliin. Tarkoituksena oli kuvata myös koronaviruspandemian aiheuttamia haasteita yhteispäivystyksen toiminnalle. Tehtävänä oli selvittää yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kokemat kehittämistarpeet muuttuneessa toimintaympäristössä ja mahdollisuuksien mukaan muodostaa uusia toimintatapoja yhteispäivystyksen käytännön hoitotyöntekijöiden asiantuntemusta hyödyntäen. Kehittämismenetelminä käytettiin brainstorm tree -tyyppistä ideaseinää, benchmarkingia, ryhmähaastatteluja sekä aivoriieheä. Kehittämistyö tehtiin Foresight framework -työkalua mukailen.

Kehittämistyön tuloksina saatiin selville ne aihealueet käytännön hoitotyössä, joissa yhteispäivystyksen henkilökunta koki olevan epäkohtia tai kehittämisen tarvetta sekä se, millä toimenpiteillä epäkohtia korjattaisiin ja kehitettäisiin. Kehittämistyön tuloksena muodostettiin viisi uutta työvuorojärjestelyn mallia, joissa huomioitiin yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan esiin nostamat epäkohdat lähinnä henkilöstön resurssoinnin osalta. Eri malleissa painotettiin hoitohenkilökunnan tarkoituksenmukaisia vuorovahvuuksia, sijoittelua eri toimipisteisiin, erilaisia ja erimittaisia työvuoroja sekä työparityöskentelyä uutena yhteispäivystyksen hoitotyön toimintamallina. Kehittämistyön tuloksena nostettiin esiin myös useita jatkokehittämisehdotuksia yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan käytännön työnteon näkökulmasta.

Asiasanat: Hoitohenkilökunta, yhteispäivystys, muutos, toimintaympäristö, työvuorojärjestelmä

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master`s Degree Programme in Nursing, Advanced Practise Nursing

Author: Jukka Käkelä

Title of thesis: Challenges and Development Needs Experienced by Nursing Staff in the Changing Operating Environment of the Emergency Department

Supervisor: Mari Salminen-Tuomaala, Ph.D., Principal Lecture

Year: 2020

Number of pages: 70

Number of appendices: 2

---

The background for this development work was the challenges that nurses experienced over a two-year-time period when tasks and operations in Emergency Department were revoked. The starting of countywide, around the clock joint emergency services and the emergence of the novel coronavirus in 2020 set up a series of challenges for operation and nursing in Emergency Department. These challenges had to be met on a fairly fast schedule, and in all respects, it has not always been possible to inquire and take into account the opinions of Emergency Department staff in connection with these changes.

The purpose of this development work was to describe the change that took place in the Emergency Department of Seinäjoki Central Hospital at the beginning of 2010, when moving to a 24-hour joint emergency service operating model. This development work also pictures the challenges to operations in Emergency Department caused by the novel coronavirus. The purpose was to find out the improvement needs in the newly formed joint Emergency Department and, if possible, create new methods in nursing and operations using the knowledge and expertise of the nursing staff. The methods used to carry out this development work were benchmarking, group interviews, brainstorming and idea wall in the form of brainstorm tree. The development work was made using the Foresight framework tool.

This development work helped to discover the fields that needed improvement according to the nursing staff, and the measures to correct and develop these fields. As a result, five new models of work procedures were formed that took into consideration the shortcomings raised by the nursing staff, mainly with regard to staff resourcing. Different models emphasis on the appropriate assets in shifts, assignments to different posts, different shift of different length and work-pair work as new operating models of nursing in the Emergency Department. In addition, as a result of the development work, several suggestions for further development were also raised from the perspective of the practical work of the nursing staff.

Keywords: nursing staff, emergency department, change, operational environment, work procedure

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	4
Kuva- ja kuvioluettelo.....	6
Käytetyt termit ja lyhenteet.....	7
1 JOHDANTO .....	8
2 YHTEISPÄIVYSTYS .....	11
2.1 Yhteispäivystys osana suomalaista terveydenhuoltoa.....	11
2.2 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteispäivystys .....	14
2.3 Yhteispäivystys hoitotyön työympäristönä .....	18
2.4 Työntekijänä Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksessä.....	20
3 TYÖNTEKIJÄ OSANA MUUTTUVAA TYÖYMPÄRISTÖÄ .....	23
3.1 Työyhteisön muutos .....	23
3.2 Muutoksen läpivienti työyksikössä.....	25
3.3 Työyhteisön hyvinvointi muutoksessa .....	27
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	30
5 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS.....	31
5.1 Kehittämistyön eteneminen .....	31
5.2 Perspektiivin hahmottaminen .....	32
5.3 Mahdollisuuksien tunnistaminen.....	34
5.4 Ratkaisun etsiminen .....	35
5.5 Tiimityön ja yhteistyön edistäminen .....	36
6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET .....	38
6.1 Ideaseinä joulukuussa 2019 .....	38
6.1.1 Hoitotyön kehittäminen yhteispäivystyksessä .....	38
6.1.2 Psykososiaalisen kuormituksen vähentäminen yhteispäivystyksessä .....	40

6.2	Benchmarking .....	43
6.2.1	Benchmarking tammikuu 2020.....	44
6.2.2	Benchmarking helmikuu 2020.....	46
6.3	Ideaseinä kesällä 2020.....	46
6.4	Ryhmähaastattelut .....	48
6.5	Aivoriihi .....	53
7	POHDINTA.....	57
7.1	Työvuorojärjestelymallien vertailua.....	58
7.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	60
7.3	Tutkimus- ja kehittämissuhteita jatkossa.....	62
	LÄHTEET .....	66
	LIITTEET .....	70

## Kuva- ja kuvioluettelo

Kuva 1. Päivystyssairaaloiden verkosto Suomessa 1.1.2018.....	13
Kuva 2. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.....	18
Kuvio 1. PDCA-sykli toiminnan kehittämisen mallina.....	26
Kuvio 2. Kehittämistyön eteneminen Foresight Framework -työkalun avulla.....	31

## Käytetyt termit ja lyhenteet

<b>AVH</b>	Aivoverenkiertohäiriö
<b>Covid19</b>	Sairaus, jonka aiheuttaa koronaviruksiin kuuluva SARS-CoV-2. Virus on aiheuttanut vuoden 2019 lopussa alkaneen koronaviruspandemian.
<b>Elektiivinen</b>	Ei-päivystyksellinen toiminta (esim. suunniteltu operaatio)
<b>Hoitoprosessi</b>	Yhden organisaation sisäinen tiettyyn aihekokonaisuuteen kohdistuva palveluiden kokonaisuus
<b>Hoitoryhmä</b>	Itsenäinen osa, jollaisista koostuu yhteispäivystys
<b>Koronavirus</b>	Virus, joka on aiheuttanut vuoden 2019 lopussa alkaneen koronaviruspandemian.
<b>Moduuli</b>	Vrt. hoitoryhmä
<b>Pandemia</b>	Maaialmanlaajuisesti levinnyt epidemia
<b>Poliklinikka</b>	Sairaalan yhteydessä oleva vastaanotto-, tutkimus- ja hoitopaikka
<b>Tehtäväkuvaus</b>	Kuvaus tai määrittely toimeen liittyvistä tehtävistä ja vastuista
<b>Traumahälytys</b>	Protokolla, jonka mukaan edetään, jos sairaalan on tulossa vakavasti vammautunut traumapotilas
<b>Työaika-autonomia</b>	Työntekijän mahdollisuus osallistua omaan työvuorosuunnitteluun
<b>Virka-aika</b>	Valtion ja kunnallisten virastojen aukioloaika. Terveystieteiden alalla pääosin klo 7-15 tai klo 8-16 välinen aika.

# 1 JOHDANTO

”Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin on järjestettävä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalan yhteyteen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen”. (L 30.12.2010/1326.)

Seinäjoen keskussairaalan päivystys muuttui 2.1.2019 alkaen ympärivuorokautiseksi yhteispäivystykseksi. Tuohon päivänmäärään saakka Seinäjoen keskussairaalan päivystys toimi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteisenä päivystyksenä ainoastaan yöaikaan ja muuna aikana erikoissairaanhoidon läheteellisenä päivystyksenä sairaanhoitopiirin alueen terveystieteiden hoitaessa perusterveydenhuollon tasoiset päivystystapaukset. Yhteispäivystyksen myötä sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon päivystyksellinen toiminta siirtyi kokonaisuudessaan Seinäjoen keskussairaalan hoidettavaksi ympäri vuorokauden vuoden jokaisena päivänä. Samalla päättyi myös potilaiden hallinnollinen erottelu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyspotilaiksi.

Oletuksena oli, että muutoksen myötä Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksen potilasmäärä tulee kasvamaan. Tämä aiheutti paineita toiminnan kehittämiseksi ja henkilökuntamäärän kasvattamiseksi. Muiden sairaanhoitopiirien yhteispäivystykseen tehtyjen tutustumiskäyntien avulla pyrittiin muodostamaan uusi toimintamalli, joka huomioisi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen erityispiirteet sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Olemassa olevat fyysiset tilat asettivat omat rajoituksensa, mutta tarjosivat samalla myös mahdollisuudet yhteispäivystyksen toiminnalle.

Ennen muutosta Seinäjoen keskussairaalan päivystys toimi kahden hoitoprosessin mallilla, joiden perustana olivat konservatiivinen ja operatiivinen moduuli. Yhteispäivystyksen myötä hoitoprosesseja muodostettiin neljä. Konservatiivisesta ja operatiivisesta moduulista luovuttiin, ja siirryttiin käyttämään Hoitoryhmä-termejä. Perustettiin Hoitoryhmät 1, 2 ja 3 vuodepaikkaa vaativille potilaille sekä Nopsa-linja, jonne sijoitettiin pääosin kaikki sellaiset potilaat, joiden



vointi salli odottamisen istuen odotustilassa. Yhteispäivystyksen myötä uusia hoitohenkilökunnan toimia tuli 18 kpl ja täysin uusia tehtävänkuvia tuli 2 kpl, vuorovastaava ja Nopsa-linjan hoitaja. Olemassa oleviin tehtävänkuviiin tehtiin muutoksia.

Yhteispäivystyksen käynnistyttyä uutta toimintamallia arvioitiin kriittisesti, ja sitä pyrittiin kokemuksen perusteella muuttamaan tarvittaessa toimivampaan suuntaan. Joulukuussa 2019 hoitoprosesseja muutettiin lähinnä niiltä osin, miten ja millä perusteella vuodepaikkaa vaativat potilaat jakautuvat hoitoryhmien 1, 2 ja 3 välillä. Samalla tehtiin pieniä muutoksia hoitohenkilökunnan työvuoroihin. Käytännössä aamuvuoroja vähennettiin ja vapautuneet vuorot kohdistettiin potilaskuormituksen mukaisesti illan ja iltayön työvuoroiksi.

Koronaviruspandemian myötä maaliskuussa 2020 tapahtui myös merkittävä muutos koko yhteispäivystyksen toiminnassa. Tuolloin käytännössä koko yhteispäivystyksen toiminta jouduttiin erittäin lyhyessä ajassa muuttamaan siten, että se vastasi niitä tarpeita, joita muuttunut tilanne yhteispäivystykselle asetti. Muutos oli suuri, ennalta suunnittelematon ja koski käytännössä kaikkia osa-alueita päivystyksessä. Tätä kehittämistehtävää kirjoitettaessa syksyllä 2020 on tuo koronaviruksen aiheuttama haaste yhteispäivystyksen toiminnalle edelleen erittäin merkittävä. Selvää vakiintunutta toimintamallia yhteispäivystykseen ei ole koronaviruksen vuoksi voitu luoda, vaan toimintaa muutetaan viikoittain, välillä jopa päivittäin sen mukaisesti, mitä vallitseva tilanne kulloinkin vaatii.

On selvää, että jatkuva epävarmuus toiminnan muutoksista aiheuttaa henkilökunnalle ylimääräistä kuormitusta. Vuosien 2019 ja 2020 aikana yhteispäivystyksen toimintaan tehdyt muutokset ovat johtuneet joko rakenteellisesta palvelukentän muutoksesta tai koronaviruksen aiheuttamista välttämättömistä muutostarpeista. Osa muutoksista on jouduttu tekemään erittäin nopealla aikataululla ilman mahdollisuutta suunnitella ja huomioida kaikkia niitä osa-alueita, jotka muutokseen liittyvät suoraan tai välillisesti. Tässä yhteydessä henkilökunnalla ei ole ollut myöskään aina mahdollisuutta vaikuttaa omassa työssä tapahtuviin muutoksiin, eikä työnantajalla ole ollut mahdollisuutta henkilökunnan mielipiteitä aina huomioida. Tämän kehittämistehtävän tarkoitus on selvittää niitä haasteita ja kehittämistarpeita, joita hoitohenkilökunta kokee tällä hetkellä Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksessä tehtävänkuvauksiin ja työnjakoon liittyen. Tässä kehitystehtävässä hoitohenkilökunnan esiin nostamia haasteita ja kehittämistarpeita pyritään huomioimaan jatkossa mahdollisuuksien mukaan suunniteltaessa ja kehitettäessä edelleen yhteispäivystyksen toimintaa.

Hoitohenkilökunnan selkeällä työnjaolla ja tehtäväkuvauksilla varmistetaan yhteistyön sujuvuus päivystyksessä. Selkeä työnjako toimii myös pohjana toimintojen suunnittelulle ja ennakkoinnille potilaan vastaanottotilanteissa (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan, Taskinen 2017, 109). Yhtenäiset toimintatavat lisäävät myös työn tehokkuutta, selkeyttä sekä johdonmukaisuutta ja parantavat potilasturvallisuutta (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa, Pennanen 2011, 171). Tehtävien ja työnjaon uudistaminen on työyhteisön toiminnan kehittämistä. Tavoitteena on hoidon kokonaisuuden tarkoituksenmukainen järjestäminen ja eri ammattiryhmien välinen toimiva yhteistyö. Samalla kiinnitetään huomiota yksittäisten työntekijöiden työmäärän ja oman työn hallintaan (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 6).

## 2 YHTEISPÄIVYSTYS

### 2.1 Yhteispäivystys osana suomalaista terveydenhuoltoa

Suomessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon aikaisemmin täysin erillisistä päivystyspisteistä ryhdyttiin siirtymään alueellisiin yhteispäivystyksiin 2000-luvulta lähtien. Laman jälkeisinä vuosina mietittiin hyvinvointipalveluiden tulevaisuutta. Valtio vaati säästöjä ja tehostamista, palveluiden kehittäjät puolestaan voimavaroja laman jälkeisten palvelujen eteenpäin viemiseksi ja kehittämiseksi. Vuosituhannen alkupuolella terveydenhuollossa haluttiin tehdä rakenteellisia ja tehostavia muutoksia huolehtien samalla tarpeellisista painotuksista painopistealueilla. Aikaisemmasta poiketen perusterveydenhuollon palveluita haluttiin järjestää kirjavan terveystakeskus- ja kuntakentän asemasta entistä laajemmalle väestöpohjille. Samalla tavoiteltiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä sekä voimavarojen jakamista. Erikoissairaanhoidon tarjosi erikoislääkäreitä ja erikoissairaanhoidon toimintatapojen viemistä terveystakeskukseen. Toiminnallista yhteistyötä lähdettiin hahmottelemaan ja konkreettisimpia yhteistyön muotoja tuossa vaiheessa muodostui päivystyspalveluiden järjestämisessä. (Niemelä ym. 2015, 36-37.)

Suomalainen terveydenhuolto perustuu verorahoitukseen, kunnalliseen järjestämisvastuuseen sekä eri laeilla ja säädöksillä asetettuihin potilaan oikeuksiin (Koponen & Sillanpää 2005, 18). Suomen kansalaisella on perustuslaillinen oikeus kiireelliseen päivystyshoitoon ja oikeus saada terveydentilansa edellyttämää hoitoa kulloinkin käytössä olevin voimavaroin. Vuonna 2005 kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin tehtiin muutoksia hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Terveystakeskuksen oli järjestettävä potilaalle mahdollisuus välittömään yhteydensaantiin arkisin virka-aikana. Virka-ajan ulkopuolella kunnan tehtävä oli järjestää päivystysvastaanotto. (Castren ym. 2008, 62.) Virka-ajan ulkopuolella päivystys järjestettiin joko laajemman alueen yhteisenä perusterveydenhuollon päivystyksenä tai yhteispäivystyksellisesti erikoissairaanhoidon kanssa (Kuisma ym. 2017, 93). Aluksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksiä ryhdyttiin tuottamaan samoissa tiloissa, melko nopeasti myös yhteisillä henkilövoimavaroilla (Niemelä ym. 2015, 37).

2000-luvulla tyypillisessä yhteispäivystyksessä perusterveydenhuolto toimi erikoissairaanhoidon sisällä, mutta hallinnollisesti siitä erillään. Tavallisimmin

perusterveydenhuolto vastasi ainoastaan terveyskeskuslääkäreiden palkkaukseen liittyvistä asioista. Erikoissairaanhoidon järjesti ja hallinnoin toimintaa muilta osin. Hoitohenkilökunta oli pääosin palvelusuhteessa erikoissairaanhoidon, vaikka toimi hallinnollisesti ja työskenteli sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilaiden kanssa yhteispäivystyksissä. (Pitkälä 2006, 56-57.)

2010-luvulle siirryttäessä alueelliset erot päivystysten järjestämisessä olivat suuria. Kunnat ja sairaanhoitopiirit järjestivät päivystysaikaisen terveydenhuollon useilla eri tavoilla. Erilaisia malleja alueellisesti sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä päivystysten järjestämiseksi oli paljon. Perusterveydenhuollon virka-aikainen päivystys löytyi kaikista kunnista, mutta järjestämismuotoja oli niissäkin useita. Ilta-aikaiset järjestelyt olivat hyvin monimuotoisia. Yöaikainen päivystys oli jo tuolloin kuitenkin melko vakiintunutta, vaikka päivystyspisteitä ympäri Suomen oli vielä lähes 70 kappaletta. Yhteispäivystyksiä oli perustettu eri puolille Suomea, mutta myös niiden toiminnassa oli merkittäviä eroavaisuuksia. Lisäksi paikallisesti esiintyi selviä puutteita päivystysten järjestämisessä mm. osaavan työvoiman puutteen vuoksi, ja päivystysten taso vaihteli merkittävästi erityisesti keskeisillä erikoissairaanhoidon osa-alueilla. Näillä eroavaisuuksilla oli merkitystä päivystyksellisen hoidon onnistumiselle. Päivystystoiminta on terveydenhuollon merkittävä osa ja päivystysjärjestelyihin tehtävät muutokset heijastuvat nopeasti terveydenhuollon muuhun toimintaan. (THL 2012, 3-5.)

Vuonna 2010 julkaistu terveydenhuoltolaki korostaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Päivystyksissä tulee olla riittävät voimavarat ja osaaminen hoidon laadun ja potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Päivystyshoidon tarve tulee osata tunnistaa, potilaiden yhdenvertainen hoitoon pääsy on varmistettava ja päivystyksen järjestämiseksi vaaditaan riittävää asiantuntemusta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos suositti raportissaan vuonna 2012, että erikois- ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen päivystys järjestetään alueellisesti yhden toimijan kautta. Raportin mukaan riittävän suuren väestöpohjan varmistamiseksi päivystystoiminta tulisi jakaa maan laajuisesti 12-15 järjestämisvastuun toimijan kesken. (THL 2012, 3.)

Syyskuussa 2014 Sosiaali- ja terveysministeriö antoi asetuksen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Kysymyksessä oli erikoissairaanhoidon uudistus, jolla tuettiin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja suunniteltua

maakuntaudistuksen toimeenpanoa vuoden 2019 alusta lukien. Tähän liittyen terveydenhuoltolakiin tehtiin muutoksia vuonna 2017. Kaksitoista sairaalaa järjesti toimintansa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkönä. Näissä alkoi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystys, johon lisättiin myös sosiaalipäivystys. Laajan päivystyksen sairaaloista 5 oli yliopistosairaloita, loput 7 keskussairaloita. Laajan päivystyksen toiminnan ulkopuolelle jääneet 8 muuta keskussairalaa muodostivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystyksen suppeammalla erikoisalojen valikoimalla. Päivystysuudistuksen tavoitteena oli varmistaa palvelujen yhdenvertainen saatavuus, riittävä osaaminen, asiakas- ja potilasturvallisuus hoitavassa yksikössä sekä hillitä kustannusten kasvua. Lisäksi haluttiin varmistaa paremmin kiireelliseen hoitoon pääsyä. Terveyskeskusten vastuulle jäi kiireellisen vastaanotto toiminnan järjestäminen, jolla osaltaan pyrittiin vähentämään päivystysyksiköiden kuormitusta. (STM 2017, 1-3.)



Kuva 1. Päivystyssairaaloiden verkosto Suomessa 1.1.2018 (Kara 2019, 3).

## 2.2 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteispäivystys

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella siirtyminen täysin erillisistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksistä yhteispäivystykseen on tapahtunut varsin pitkän aikavälin kuluessa. 2000-luvulla alueen terveyskeskukset ja kuntayhtymät luopuivat hiljalleen kukin vuorollaan yöaikaisesta perusterveydenhuollon päivystyspalvelusta siirtäen sen Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoidettavaksi. 2010-luvulle tultaessa käytännössä koko Etelä-Pohjanmaan alue oli siirtynyt yöaikaisessa päivystystoiminnassa yhden toimijan malliin, jossa palveluntuottajana oli Seinäjoen keskussairaalan päivystyspoliklinikka. Terveyskeskukset sulki ovensa iltaisin pääosin kello 22.00, ja päivystystoiminta jatkui heidän tiloissaan seuraavana aamuna kello 8.00. (THL 2012, 78.) Varsinaisesta yhteispäivystyksestä ei yön osalta voinut tuolloin kuitenkaan puhua. Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon potilaita hoidettiin samoissa tiloissa ja saman hoitohenkilökunnan toimesta. Yöaikaan perusterveydenhuollon alaisille potilaille oli kuitenkin määritelty hoitava lääkäriresurssi erilleen erikoissairaanhoidon lääkäriresursseista. Myös hallinnollisesti perusterveydenhuollon potilaat oli eriytetty erikoissairaanhoidon päivystyspotilaista esimerkiksi erillisillä ajanvarauskirjoilla. Muitakin hallinnollisia raja-aitoja toiminnassa oli, esimerkiksi perusterveydenhuollon potilaan siirtyminen erikoissairaanhoidon potilaaksi vaati kirjallisen konsultaatiokäytännön.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikka siirtyi syyskuussa 2012 uusiin tiloihin keskussairaalan yhteyteen rakennettuun uudisrakennukseen. Samoihin tiloihin muutti myös Seinäjoen terveyskeskuksen päivystys, joka oli siihen asti toiminut fyysisestikin täysin erillään sairaanhoitopiirin sairaala-alueesta. Hallinnollisesti Seinäjoen terveyskeskuksen päivystys jatkui kuitenkin erillään sairaanhoitopiirin päivystyksestä. Lopulta myös fyysiset tilat uudisrakennuksessa sijoittuivat erilleen Seinäjoen terveyskeskuksen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päivystysten välillä. Kiireellinen ensihoito siirtyi tässä vaiheessa kuitenkin jo kokonaisuudessaan yksityisiltä palveluntuottajilta ja alueen terveyskeskuksilta sairaanhoitopiirin järjestämäksi toiminnaksi. Samalla myös hallinnollinen vastuu ensihoidosta siirtyi terveyskeskuksilta erikoissairaanhoidon vastuulle. Maakunnan terveyskeskusten päivystykset jatkoivat toimintaansa pääosin samalla periaatteella kuin aikaisemminkin. Seinäjoen terveyskeskusta lukuun ottamatta muilla alueen terveyskeskuksilla ei ollut laboratorio- ja röntgenpalveluita käytettävissä virka-ajan ulkopuolisena aikana.

2000-luvulla yhteispäivystyksiä perustettiin enenevässä määrin ympäri Suomea eri sairaanhoitopiirien alueilla. Lakiuudistusten myötä myös muutokset Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen päivystystoimintaan tulivat ajankohtaisiksi. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Seinäjoen keskussairaala päätyi niiden 12 laajan päivystyksen sairaalan joukkoon, joilta edellytettiin jatkossa tiettyjen erikoissairaanhoidon erikoisalojen päivystyksellistä toimintaa. Ensisijaisesti se tarkoitti sitä, että Seinäjoen keskussairaalassa tuli olla mahdollisuus hoitaa tiettyjen erikoisalojen päivystyksellinen hoito. Tuossa vaiheessa Vaasan keskussairaala ei ollut laajan päivystyksen sairaaloiden listalla, vaan sinne jäi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, jolla piti olla valmiudet väestön tavanomaisten sairauksien hoitoon. (L 30.12.2010/1326; A 29.8.2017/583.) Mahdollisiin Vaasan sairaanhoitopiirin alueelta tulevien potilaiden hoitamiseen valmistauduttiin päivystyksessä lähinnä ruotsin kielen opiskelun kautta, jota työnantaja aktiivisesti tuossa vaiheessa tarjosi. Myöhemmin myös Vaasan sairaanhoitopiiri ja Vaasan keskussairaala määriteltiin laajan päivystyksen sairaaloiden joukkoon.

Lakimuutoksen myötä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin on järjestettävä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalan yhteyteen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan laissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti. Kunnan tai kuntayhtymän tehtäväksi jää virkaaikainen sekä ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellisen vastaanottotoiminnan järjestäminen. (L 30.12.2010/1326.) Seinäjoen keskussairaalan päivystys muuttui ympärivuorokautiseksi yhteispäivystykseksi 2.1.2019 alkaen (STM 2019, 43). Tuohon päivänmäärään saakka Seinäjoen keskussairaalan päivystykseen oli keskitetty myös perusterveydenhuollon päivystys ainoastaan yöaikaan ja muuna aikana erikoissairaanhoidon päivystyksenä sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskusten hoitaessa perusterveydenhuollon tasoiset päivystystapaukset. Yhteispäivystyksen myötä sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon päivystyksellinen toiminta siirtyi kokonaisuudessaan Seinäjoen keskussairaalan hoidettavaksi ympäri vuorokauden vuoden jokaisena päivänä.

Ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen myötä Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksen potilasmäärä kasvoi noin 50 prosenttia (NHG 2020). Muutoksen vuoksi yhteispäivystyksen toimintaa ja henkilökuntamäärää jouduttiin sovittamaan paremmin uusia

tarpeita vastaaviksi. Ennen muutosta Seinäjoen keskussairaalan päivystys toimi kahden hoitoprosessin mallilla, jotka olivat konservatiivinen ja operatiivinen moduuli. Konservatiivisessa moduulissa oli 20 vuodepaikkaa ja operatiivisessa moduulissa 15 vuodepaikkaa. Lisäksi molemmissa moduuleissa oli omat odotustilat potilaille, jotka pystyivät odottamaan vuoroaan istuen. Molemmat moduulit palvelivat potilaita ympäri vuorokauden.

Yhteispäivystyksen myötä hoitoprosesseja muodostettiin neljä. Konservatiivisesta ja operatiivisesta moduulista luovuttiin ja siirryttiin käyttämään hoitoryhmä-termejä. Operatiivisesta moduulista tuli Hoitoryhmä 1. Siellä oli 15 potilaspaikkaa. Hoitoryhmään 1 sijoitettiin kaikki intensiivistä hoitoa vaativat päivystyspotilaat erikoisalasta riippumatta sekä yöaikaan operatiivisten erikoisalojen potilaat. Konservatiivisesta moduulista tuli Hoitoryhmä 2 ja siellä oli 20 potilaspaikkaa. Hoitoryhmässä 2 hoidettiin konservatiivisia potilaita, jotka eivät vaatineet intensiivistä seurantaa. Seinäjoen terveyskeskuksen päivystyksen toiminta muuttui kiirevastaanotoksi, jolloin heidän käytössään ollut 15-paikkainen perusterveydenhuollon moduuli vapautui yhteispäivystyksen käyttöön. Sen nimeksi tuli Hoitoryhmä 3. Se toimi päivittäin klo 07-22 välisenä aikana ja siellä hoidettiin operatiivisia potilaita, jotka eivät vaatineet intensiivistä hoitoa. Hoitoryhmät 1 ja 2 olivat toiminnassa ympäri vuorokauden. Neljäs hoitoprosessi nimettiin Nopsa-linjaksi ja karkeasti määriteltynä se on tarkoitettu potilaille, jotka pystyvät odottamaan vuoroaan pääosin istuen. Yhteispäivystyksen myötä uusia hoitohenkilökunnan toimia tuli 18 ja täysin uusia tehtävänkuvia tuli 2, vuorovastaava ja nopsalinjan hoitaja. Olemassa oleviin tehtävänkuviin tehtiin muutoksia.

Joulukuussa 2019 yhteispäivystyksen toimintaa muokattiin kokemuksen perusteella paremmin potilasvirtoja vastaavaksi. Muutoksen jälkeen Hoitoryhmät 1 ja 2 olivat edelleen auki ympäri vuorokauden vuoden jokaisena päivänä. Hoitoryhmässä 1 hoidettiin kaikki operatiiviset potilaat ja Hoitoryhmässä 2 kaikki konservatiiviset potilaat. Hoitoryhmä 3 toimi niin sanottuna ylivuotohoitoryhmänä. Sinne sijoitettiin sekä operatiivisia että konservatiivisia potilaita, joiden sairaus tai vamma ei vaatinut hoitohenkilökunnalta kaikkein raskaimpia hoitotoimenpiteitä ja intensiivistä seurantaa. Hoitoryhmä 3 oli avoinna kello 12-22 välisenä aikana eli silloin, kun yhteispäivystyksen potilaskuormitus on tilastollisesti voimakkainta.

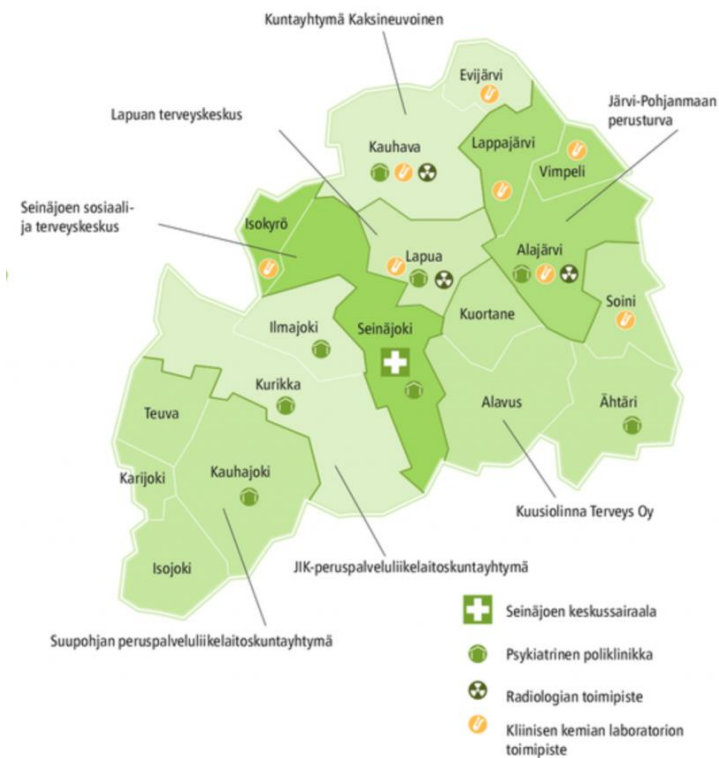
Maaliskuussa 2020 koronaviruspandemia aiheutti nopean muutostarpeen yhteispäivystyksen ja koko keskussairaalan toimintaan. Hoitoryhmät 1 ja 2 jatkoivat toimintaansa ennallaan. Hoitoryhmä 3 muutettiin sellaisten potilaiden sijoituspaikaksi yhteispäivystyksessä, joiden



oireet sopisivat mahdolliseen Covid19-infektioon. Näitä potilaita varten Hoitoryhmä 3 oli avoinna ympäri vuorokauden. Lisäksi Korona-pandemian myötä yhteispäivystykseen perustettiin erillinen pandemiapoliklinikka, joka on tarkoitettu sellaisille potilaille, joiden oireet saattavat viitata mahdolliseen Covid19-infektioon, mutta jotka eivät yleisvointinsa vuoksi vaadi erillistä petipaikkaa yhteispäivystyksessä ollessaan. Yhteispäivystyksen yhteyteen perustettiin myös Drive in -linja koronatestauksia varten. Sairaalan elektiivistä toimintaa ajettiin alas ja sen myötä vapautunutta hoitohenkilökuntaa ohjattiin yhteispäivystykseen lisätyövoimaksi.

Kevään ensimmäinen aalto Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä jäi koronaviruspotilaiden osalta kuitenkin pieneksi. Päivystykseen hakeutuneiden muiden potilaiden määrä samanaikaisesti laski merkittävästi. Valtiovallan löysätessä rajoituksia ja kesälomakauden lähestyessä voitiin myös yhteispäivystyksessä osa koronaviruspandemian vuoksi tehdyistä järjestelyistä purkaa. Tätä kehitystehtävää kirjoitettaessa koronavirusepidemian toinen aalto käynnistyi Suomessa. Sen myötä muutoksia yhteispäivystyksen toiminnalle jouduttiin jälleen tekemään. Samaan aikaan potilasmäärät yhteispäivystyksessä ovat myös palautuneet sille tasolle, missä ne ennen koronaviruspandemian ensimmäistä aaltoa olivat. Yhteispäivystyksessä valmistaudutaan päivittäin muokkaamaan toimintaa sellaiseksi, mitä vallitseva tilanne kulloinkin vaatii.

Vuonna 2020 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluu 18 suomenkielistä kuntaa. Sairaanhoitopiirin alueella on 7 perusterveydenhuollon palveluita tuottavaa terveyskeskusta tai kuntayhtymää. Yhden kuntayhtymän toimijana on yksityinen palveluntuottaja. Lopuissa kuntayhtymistä tai terveyskeskuksista palveluntuottajana on julkinen taho. Aukkaita sairaanhoitopiirin alueella on lähes 200 000. Somaattisen puolen erikoissairaanhoito sekä erikoissairaanhoidon alainen psykiatrian laitoshoido on keskittynyt Seinäjoen keskussairaalaan, mutta psykiatrian avohoidon palveluja tuotetaan myös eri puolella maakuntaa. (EPSHP, viitattu 9.9.2020.)



Kuva 2. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Perusterveydenhuoltoja tarjoavat alueen terveyskeskukset, kuntayhtymät ja osakeyhtiöt sekä sairaanhoitopiirin hallinnoimat psykiatrian poliklinikat sekä radiologian ja kliinisen kemian laboratorion toimipisteet (EPSHP, viitattu 9.9.2020).

### 2.3 Yhteispäivystys hoitotyön työympäristönä

”Kiireellinen sairaanhoito tarkoittaa äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Kiireelliselle hoidolle on luonteenomaista, että sitä ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Päivystyshoito tarkoittaa yleisesti alle 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta annettavaa arviointia ja hoitoa, jota ei voida siirtää myöhemmäksi ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista ja sitä tarvitaan sen vuoksi kaikkina vuorokauden aikoina”. (A 29.8.2017/583.)

Ennakoimattomuus, nopeasti muuttuvat tilanteet, urakkatahtinen työ ja tiimityöskentely ovat tunnusomaisia piirteitä päivystystyölle. Potilaat tarvitsevat monen eri erikoisalun asiantuntemusta. Avuntarpeen syy voi olla somaattinen sairaus, psyykinen sairaus tai

sosiaalinen ongelma. Potilaita on kaikista ikäryhmistä ja sosiokulttuuriset taustatekijät ovat laajat. Hoitosuhde on lyhyt, vain muutaman tunnin mittainen. Päivystyksellinen potilas saattaa olla vakavasti sairas tai vammautunut. Toisaalta päivystykseen saapumisen syynä voi olla muutos terveydentilassa, joka ei kuitenkaan tarkoita välitöntä kiireellisen avun tarvetta. Päivystyshoitotyöhön liittyy olennaisena osana myös potilaan kuolema. Tällöin myös surevien ja kriisissä olevien omaisten tukemiseen pitää osata varautua. Päivystyksessä potilaat hoidetaan moniammatillisessa työryhmässä. Työntekijältä vaaditaan yhteistyökykyä, joustavuutta ja työkaverin asiantuntemuksen arvostamista. Työlle on tyypillistä myös kuormituksen vaihtelut eri vuoden- ja vuorokaudenaikojen välillä. Myös viikonpäivien välillä kuormitus vaihtelee. (Castren ym. 2009, 63-64.)

Yhteispäivystyksen työntekijältä vaaditaan paljon. Eri erikoisalojen sairaudet ja niiden hoitomuodot tulee hallita laajasti. Tiedon hallinnan merkityksen ymmärtäminen on tärkeää ja tulee osata etsiä tarvittavaa tietoa toiminnan taustaksi. Täytyy osata tunnistaa eri kulttuurien asettamat vaatimukset potilaan hoidossa. Perusterveydenhuollon sekä yksityisen sektorin toimintaperiaatteiden ja hoitoon hakeutumisen käytännöt suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä täytyy tuntea. Käytössä oleva teknologia tulee hallita ja tuntea rakenteellisten tilojen vaikutukset potilastyössä. Hoitotyön käytännön perustehtävä, eri hoitoprosessit yhteispäivystyksessä, lääkehoito ja yhteistyötahot ovat merkityksellinen osa päivystyshoitotyötä. Työtä ohjaavat hoitotyön eettiset säännöt ja lainsäädäntö. Niiden tuntemus on välttämätöntä. Ymmärtääkseen yhteispäivystyksen toimintaa, tulee työntekijän myös perehtyä toimintayksikkönsä organisaatioon ja hallintoon, toimintafilosofiaan ja henkilökuntaan. (Nummelin, M. 2009, 1.) Päivystyshoitotyölle on ominaista myös hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi. Se on osa päivystyshoidon erityisosaamista (Lång 2013, 37). Päätöksentekokyky, hyvät vuorovaikutustaidot sekä ohjausosaaminen ovat myös niitä erityispiirteitä, joita päivystystyössä tarvitaan (Lankinen 2013, 44).

Työskentely yhteispäivystyksessä on henkisesti kuormittavaa. Pelkoa tai ahdistusta aiheuttavat esimerkiksi tapahtunut hoitovirhe tai epätietoisuus siitä. Neulanpisto-onnettomuus, altistuminen mahdolliselle tartuntataudille, uhkaus fyysisestä väkivallasta tai fyysisen väkivallan kokeminen ovat asioita, jotka ovat työntekijälle pelkoa aiheuttavia tilanteita. (Mikkola 2013, 57.) Turvattomuus ja ahdistuneisuus työssä ovat tekijöitä, jotka saavat päivystyksen työntekijän hakeutumaan toiseen työpaikkaan tai jopa toiselle alalle. Monipuolinen ja jatkuva

koulutus, työnohjaus ja riittävät henkilöstöresurssit ovat toimenpiteitä, joilla turvattomuutta ja uupumista työssä pystytään ehkäisemään. (Rasimus 2002, 150.)

Sosiaali- ja terveysalalla työ on pääsääntöisesti vuorotyötä, näin myös yhteispäivystyksessä. Vuorotyön ja muun elämän yhteensovittaminen on usein haasteellista. Erityisesti lasten tai omien vanhempien hoito sekä muut perheeseen liittyvät velvoitteet saattavat lisätä vuorotyön kuormittavuutta. Ilta-, yö- ja viikonlopputyön lisääntyminen on yhteydessä työn ja muun elämän yhteensovittamisen haasteellisuuteen. Työn ja muun elämän yhteensovittavista puolestaan helpottaa tilanne, jossa ilta-, yö- ja viikonlopputyön määrä vähenee. (TTL 2019, 37.) Vuorotyön ja perhe-elämän yhteensovittamisen suurimmat haasteet liittyvät työn epäsäännöllisyyteen, jatkuvaan epävarmuuteen, lähipiirin ymmärryksen puutteeseen, fyysiseen poissaoloon kotoa ja väsymykseen arjessa (Jokinen 2018, 92).

Vuorotyön terveyshaitat liittyvät ensisijaisesti yötyöhön, jolloin elimistön fysiologinen säätelyjärjestelmä ja unirytmisi sekoittuvat. Myös liian lyhyet lepoajat työvuorojen väleillä lisäävät vuorotyön kuormitusta ja terveyshaittoja. (TTL 2019, 11.)

## **2.4 Työntekijänä Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksessä**

Potilas saapuu Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystykseen kotoa, terveyskeskuksesta, palveluasumisen tai laitoshoidon piiristä. Potilas saapuu joko ambulanssilla tai muulla kyydillä, jolloin ilmoittautuminen tapahtuu ns. kävelevien potilaiden linjalta. Hoidon tarpeen arvioissa sairaanhoitaja tekee arvion potilaan hoidon tarpeesta ja ohjaa hänet tulositynsä perusteella tarkoituksenmukaiseen hoitoryhmään tai Nopsa-linjalle. Jos päivystyksellisen hoidon kriteerit eivät täyty, potilas ohjataan tarvittaessa muiden terveystalvelujen piiriin. Tavanomaisesti hoitoryhmässä tai Nopsa-linjalla potilaan ottaa ensiksi vastaan hoitaja, joka tekee tarvittavat alkututkimukset ja tilaa tarvittaessa esimerkiksi verikokeet itsenäisesti. Poikkeuksena ovat pääosin ennakoilmoituksella tulevat potilaat, joiden tila vaatii yleensä nopeaa reagoitua. Tällöin myös esimerkiksi hoitava lääkäri on mukana jo heti potilaan tulovaiheessa. Tällaisia ovat esimerkiksi tilanteet, joissa potilaan vointi laukaisee yhteispäivystyksessä traumahälytys- tai AVH-protokollat. Ellei potilaan tila vaadi välitöntä reagoitua, tapaa potilas hoitajan alkututkimusten jälkeen hoitavan lääkärin. Oireiden, löydösten ja tutkimustulosten perusteella potilaan hoito jatkuu yhteispäivystyksessä. Tähän liittyvät olennaisena osana mahdolliset laboratorion ottavat tarvittavat lisänäytteet sekä kuvantamistutkimukset. Hoitopäätösten

jälkeen selvitetään potilaan jatkohoitoa paikkaa. Yhteispäivystyksestä potilas siirtyy sairaalan tai oman terveyskeskuksen osastolle taikka kotiin. Hoitoryhmiin sijoitetuista potilaista kotiutuu noin 55 % potilaista ja Nopsa-linjan potilaista kotiutuu noin 90 % vastaanoton jälkeen. Hoitoryhmissä läpimenoaika on noin 6 tuntia, Nopsa-linjalla noin 3,5 tuntia. (NHG 2020.)

Yhteispäivystyksen hoitajan työkuva on erittäin laaja. Toimipaikkakoulutuksen ja päivystyksellisen työkokemuksen myötä työkuva yleensä laajenee lisää. Hoidon tarpeen arviota tehdään ilmoittautumisen yhteydessä, mutta myös puhelimitse. Epäselvissä tilanteissa potilaita ohjeistetaan soittamaan tarvittaessa päivystysapupuhelimeen ennen päivystykseen lähtemistä. Tällöin hoidon tarpeen arviointi tehdään puhelimesta. Hoitoryhmissä ja Nopsa-linjalla potilaan tutkiminen, hoitaminen, erilaiset toimenpiteet ja jatkohoitopaikan selvittäminen ovat hoitohenkilökunnalle kuuluvaa perustyötä. Hoitoryhmien hoitajat osallistuvat myös erikseen koottaviin traumahälytys- ja AVH-protokollan mukaisiin ryhmiin. Nopsa-linjalla toimii päivystävä sairaanhoitaja, joka on yhteispäivystyksen lisäkoulutettu sairaanhoitaja. Päivystävän sairaanhoitajan tehtävänkuvassa osa lääkärille kuuluvista tehtävistä, esimerkiksi yksinkertaisten haavojen sulkeminen ompelemalla, on osoitettu päivystävän hoitajan tehtäväksi. Vuorovastaava hoitaja vastaa yksikössä hoitotyön sujuvuudesta ja henkilökunnan uudelleen sijoittelusta tarpeen mukaan. Osa hoitohenkilökunnasta on työvuorossaan kiireapuvuorossa, jolloin vuorovastaava sijoittaa heitä niihin toimipisteisiin, missä kulloinkin potilaskuormitus on voimakkainta. Koronapandemian myötä yhteispäivystyksen hoitajat on koulutettu toimimaan myös erillisellä pandemiapoliklinikalla sekä ulkotiloihin sijoitetulla Drive-in näytteenottolinjalla.

Yhteispäivystyksen työ pohjautuu normaaliin kolmivuorotyöhön eli aamu-, iltana ja yövuoroihin. Näiden perusvuorojen henkilövahvuudet vaihtelevat 8-15 hoitajan välillä. Sen lisäksi lähinnä potilaskuormitukseen liittyen yhteispäivystyksessä on paljon erilaisia välivuoroja, joiden henkilövahvuus on 1-3 hoitajaa. Kaikkiaan eri aikaväleille suunniteltavia työvuoroja yhteispäivystyksessä on 8 kappaletta. Tätä kehittämistehtävää kirjoitettaessa yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan yhteenlaskettu työvuorojen lukumäärä vuorokaudessa oli 47, ja se on sama viikon jokaisena päivänä. Samanaikaisesti töissä olevan hoitohenkilökunnan vahvuus vaihtelee vuorokauden aikana 9-21 hoitajan välillä. Vähiten hoitohenkilökuntaa on töissä klo 03-07 välisenä aikana, eniten puolestaan klo 18-21 välisenä aikana. Työ yhteispäivystyksessä on siis varsin iltapainotteista. Tämä hoitohenkilökunnan määrän vaihtelu mukaillee vuorokautista potilasmäärän vaihtelua. Yhteispäivystyksessä on

käytössä työvuorosuunnittelun pohjana työaika-autonomia, mutta koronapandemian vuoksi sitä ei ole voitu 2020 vuoden alun jälkeen juurikaan hyödyntää työvuorojen suunnittelussa. Kolmen viikon työvuorojaksolle jokaisella työntekijällä on oikeus esittää 3 ehdotonta työvuorotoivetta. Lisäksi yksi kokonainen viikonloppuvapaa kolmen viikon työjakson aikana kuuluu jokaiselle työntekijälle. Kaikki työntekijät ovat velvollisia tekemään kaikkia työvuoroja.

Yhteispäivystyksen päivittäinen potilasmäärä vuonna 2019 oli keskimäärin 130 potilasta vuorokaudessa. Vuositasolla potilasmäärä oli noin 47 000 vuonna 2019. Suurin potilaskuormitus vuorokausittain ajoittuu kello 14-23 väliselle ajalle. (NHG 2020.) Vuositasolla tarkasteltuna eniten potilaita vuonna 2019 oli viikonpäivistä maanantaina, mutta kuukausittainen vaihtelu osoittaa, että tiistaita lukuun ottamatta myös kaikki muut viikonpäivät saattoivat olla kuukauden kiireisimpiä. Vuositasolla puolestaan sunnuntaisin oli keskimääräisesti vähiten potilaita, mutta kuukausittainen tarkastelu osoittaa, että maanantaita tai tiistaita lukuun ottamatta hiljaisin viikonpäivä saattoi olla mikä muu viikonpäivä tahansa sunnuntain lisäksi. (EPSHP, viitattu 22.10.2020.)

Yhteispäivystyksen potilaskuormitus siis vaihtelee vuorokaudenaikojen mukaisesti. Yleisesti hiljaisinta on aamuyön tunteina, eniten potilaita perinteisesti illan ja iltayön aikana. Arkipäivät eroavat viikonloppun päivistä jonkin verran vuorokauden ajan mukaan. Viikonloppuna Nopsalinjan potilasmäärä klo 19-22 välisenä aikana on arkipäiviä suurempi. Hoitoryhmissä puolestaan on viikonloppuisin enemmän potilaita yöllä verrattuna arkipäivien öihin. Hoitoryhmissä päiväaikainen potilasmäärä on puolestaan viikonloppuisin matalampi kuin arkipäivinä. Näin ollen vuorokausitasolla potilasmäärät pysyvät lähes samanlaisina, vaikka vuorokaudenaikoihin suhteutettuna potilasmäärä vaihtelee. Yhteispäivystyksessä potilaskuormitusta lisäävät merkittävästi myös jatkohoitopaikkaa odottavat potilaat. (NHG 2020.)

## 3 TYÖNTEKIJÄ OSANA MUUTTUVAA TYÖYMPÄRISTÖÄ

### 3.1 Työyhteisön muutos

Työpaikan organisaatiomuutos voidaan määritellä rakenteelliseksi, koko organisaatiota koskevaksi toiminnalliseksi muutokseksi. Yleensä se koskettaa vähintään useampaa työntekijää, heidän työtehtäviään ja asemaansa. Toisaalta organisaatiomuutos voi koskettaa myös koko työyhteisöä ja kaikkia sen työntekijöitä tavalla tai toisella. Organisaatiomuutoksen myötä päivittäinen elämä työpaikalla muuttuu vähintään joltain osin erilaiseksi kuin se on siihen saakka ollut. Etukäteen muutoksien ennakoiminen voi olla hankalaa. Organisaatiomuutosten tyypejä on erilaisia. Ne voidaan lajitella esimerkiksi fuusioksi, ulkoistamiseksi tai joksikin muuksi muutoksen tyyppiä. Organisaatiomuutoksen yhteydessä voidaan tehdä useita erityyppisiä muutoksia samanaikaisesti. Organisaatiomuutokselle on tyypillistä, että se vaikuttaa sekä henkilöstön että tuotetun palvelun määrään. Yhteistä kaikille organisaatiomuutoksille on niiden prosessiluonne. Muutosprosessissa on erilaisia vaiheita. Se lähtee liikkeelle, kun asia tulee työyhteisössä yleisesti tietoon. Käytännössä muutosprosessia on siinä vaiheessa kuitenkin jo valmisteltu jonkin tahon toimesta. Muutosprosessi ei pääty, kun uusi organisaatio tai toimintatapa otetaan virallisesti käyttöön, vaan käytännössä uuden toimintatavan opettelu vie huomattavasti kauemmin aikaa. (TTL 2013, 4.)

Nykypäivän muutokset työelämässä tapahtuvat aikaisempaa nopeammalla tahdilla. Pelkkä asioihin reagoiminen eri riitä, vaan on yritettävä ennustaa ja ennakoida tulevat tilanteet, jotka saattavat asettavaa toiminnalle uusia vaatimuksia. Muutostarve alkaa yleensä siitä, että joku taho on tyytymätön vallitsevaan tilanteeseen. Toisinaan muutokseen vaikuttaa välttämätön pakko, jota ei voi sivuuttaa. (Nevalainen 2007, 135-136.)

Muutos voidaan jakaa pinta- ja syvätason muutokseen. Pinnalliset eli näkyvät organisaatiomuutokset saadaan usein aikaiseksi nopeasti, ja niiden muutosten vaikutukset ovat nähtävillä lyhyellä aikavälillä. Organisaatiossa tapahtuvia syviä muutoksia on huomattavasti vaikeampi toteuttaa. Niihin liittyy arvoja ja työskentelykulttuureja, joihin vaikuttaminen on selvästi haasteellisempaa. (Nevalainen 2007, 136.)

Organisaatiomuutoksessa työ- ja toimintajärjestelmiä eli -prosesseja kehitetään. Kyse on siis siitä, mitä tehdään ja miten. Työtä määrittää ensinnäkin sen kohde tai tavoite eli mitä ollaan tekemässä. Toinen tekijä on työn suorittaja. Kolmas tekijä on työväline eli miten työ tehdään. Prosesseja kehitettäessä pyritään vaikuttamaan pääasiassa noihin kolmeen työtä määrittävään osa-alueeseen joko yksitellen tai useampaan, mahdollisesti kaikkiin kolmeen samanaikaisesti. Työn kohteeseen voidaan vaikuttaa työnjaon avulla, jolloin työ pilkotaan pienempiin osiin, jotka muodostavat omat kokonaisuutensa osana prosessia. Työn suorittajaan voidaan vaikuttaa valitsemalla siihen mahdollisimman hyvin sopivat henkilöt. Myös osaamisen kehittäminen on osa työn suorittajaan vaikuttamista. Työvälineeseen voidaan vaikuttaa esimerkiksi erilaista teknologiaa hyväksikäyttämällä. Organisaatiomuutoksessa tulee ensin analysoida työn kohdetta ja tavoitteita. Sitten mietitään keinot ja välineet työnteolle eli määritetään tehtävät ja työprosessit. Viimeisenä asetetaan tarkoituksenmukaiset henkilöt suorittamaan tehtäviä. (Honkanen 2006, 159.)

Useissa ammateissa erilaisia työhön vaikuttavia muutoksia tapahtuu samanaikaisesti useita, ne vaikuttavat toisiinsa ja ainoastaan osa muutoksista voidaan toteuttaa loppuun saakka työn asettamien muuttuvien haasteiden ja muiden muutosten vuoksi. Työ ei varsinaisesti muutu jostakin aiemmasta joksikin uudeksi, vaan työ on useissa ammateissa siirtynyt eräänlaiseen jatkuvan muutoksen tilaan. Valitettavasti tämä tarkoittaa monella työpaikalla myös sitä, että kenelläkään ei oikein ole hallinnassa lukuisten erilaisten ja eritasoisten muutos- ja kehittämishankkeiden kokonaisuutta. Aina ei edes osata välttämättä sanoa, montako eri kehittämishanketta työyksikössä on samaan aikaan meneillään, onko niistä jotkin tietyt hankkeet muita tärkeämpiä, ja vievätkö hankkeet työyksikköä ja sen työtä edes samaan suuntaan. (Mäkitalo 2012, 12-13.)

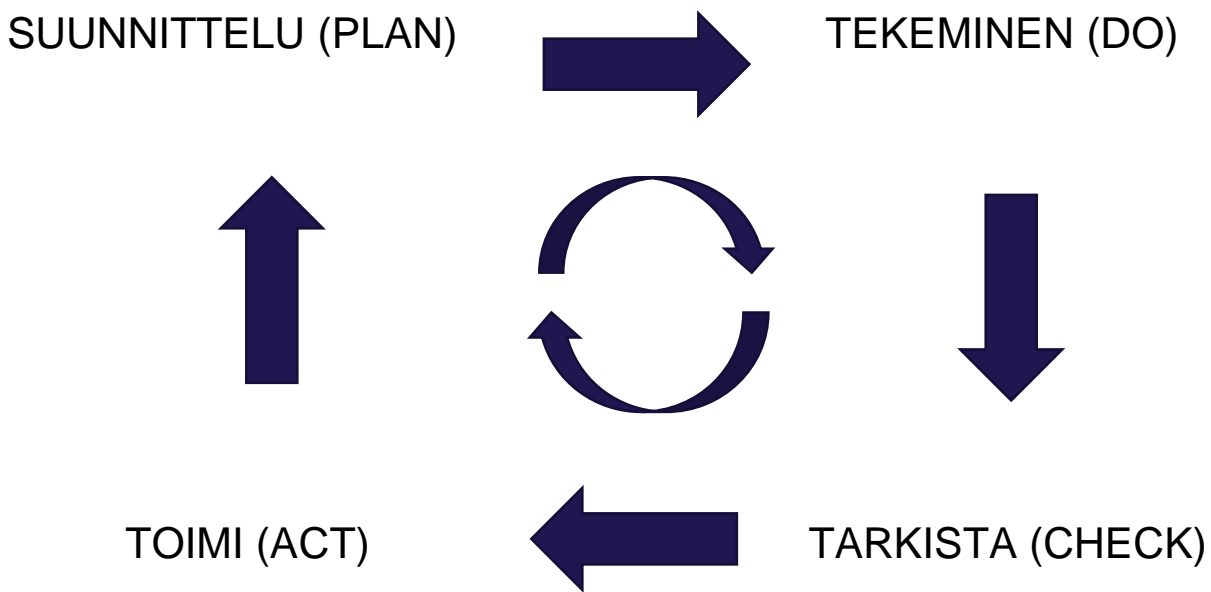
Muuttuva työ pitää erottaa työpaikan organisaatiomuutoksesta. Muuttuva työ tarkoittaa tavallisten ammattien ja töiden muutosta. Tällä tarkoitetaan sitä, että ei ainoastaan työelämä muutu, vaan myös tietyn ammatin työkuva muuttuu. Se johtuu pääosin työn kohteen, esimerkiksi hoitotyössä potilaiden ja heidän tarpeidensa muutoksista aikojen kuluessa. (Mäkitalo 2012, 12.)



### 3.2 Muutoksen läpivienti työyksikössä

Yhä suurempi osa työnteosta muodostuu jatkuvasta kehitystyöstä. Jatkuvalla kehitystyöllä saadaan parempia tuloksia, kuin keskittymällä työhön pelkästään olemassa olevilla käytännöillä ja rutiineilla. (Mäkitalo 2012, 13.) Toiminnan jatkuvassa parantamisessa arvioidaan omaa tekemistä, projektia, hanketta, tuotetta tai palvelua ja pohditaan mitä muutoksia se tarvitsee, että lopputulos olisi laadukkaampi ja peremmin tavoitteita vastaava. Parannettavista osa-alueista kerätään tietoa ja sitä sovelletaan kehitettävään kohteeseen. Muutosten vaikutuksia arvioidaan jatkuvasti ja tehdään tarvittavia muutoksia edelleen. Apuna tässä voidaan käyttää esimerkiksi PDCA-mallia (Plan, do, check, act). Se on jatkuvan kehittämisen kehä, jossa säännöllisesti arvioidaan, miten esimerkiksi tehtävästä työstä tai sen osasta on suoriuduttu. Arvioinnin yhteydessä esiin nousseita kehitettäviä osa-alueita ja keinoja niiden parantamiseksi suunnitellaan (plan). Suunnitelma muutetaan käytännöksi (do), jonka toimivuutta ja tuloksia tarkastellaan (check) esimerkiksi tietyn aikavälin jälkeen. Tarkastelun perusteella tehdään tarvittavat korjaukset (act) toimintaan. Korjausten jälkeen kehällä palataan alkuun, eli suunnitteluun. (Ojala 2018, 196-197.)

Sosiaali- ja terveysministeriön antaman suosituksen (Laatu- ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä) mukaisesti laatu- ja potilasturvallisuustyö tulee integroida osaksi päivystyksen päivittäistä toimintaa ja siitä tulee muodostua jatkuva käytäntö työpaikoille. Suositus painottaa myös systemaattisen PDCA-syklin hyväksikäyttöä laadun kehittämisessä ja varmistamisessa. (STM 2019, 8.)



Kuvio 1. PDCA-sykli toiminnan kehittämisen mallina

Suunnittelu (Plan) tulee pohjautua organisaation ja sen toiminnan nykytilan arviointiin. Arvioinnin tarkoituksena on selvittää organisaation ja sen toiminnan vallitseva tila, merkittävät vahvuudet ja tarvittavat kehittämiskohteet. (STM 2019, 20.) Ihmiset luottavat enemmän omiin, työn kautta saamiinsa kokemuksiin ja havaintoihin kuin työnjohdon ja esimiesten tekemiin analyysihin. Lisäksi työnjohtoa ei aina organisaatioissa pidetä täysin luotettavana, vaan saatetaan ajatella erilaisten pyrkimysten ja muutostarpeiden johtuvan enemmän esimiesten omista tarpeista tai organisaation itsekkäistä intresseistä työntekijöiden kustannuksella. (Juuti & Virtanen 2009, 141.) Suunnittelussa ja nykytilan arvioinnissa onkin kuunneltava organisaation kaikkia jäseniä ja huomioitava mahdollisuuksien mukaan heidän ideoitaan ja kehittämisajatuksia. Valmistelutyöhön tulee ottaa mukaan koko se henkilöstö, jota muutostyö tulee koskemaan. (Laaksonen & Ollila 2017, 118-119.) Muutoksen johtajana työyksiköissä toimii esimies. Suunnitteluvaiheessa tuleekin muistaa kaksi tärkeää periaatetta. Sellaiseen kehitystyöhön ei koskaan pitäisi lähteä, jota esimiehet ja työnjohto eivät koe välttämättömäksi ja toisaalta heidän tulee osata perustella muutostarve siten, että kaikki yksikön työntekijät sen ymmärtävät. Jos siis ei ole erityistä syytä muuttaa toimintaa, siihen ei kannata lähteä ainakaan laajassa mittakaavassa. (Järvinen 2013, 127-129.)

Suunnitelman täytäntöönpanosta (Do) vastaavat yleensä eri henkilöt kuin sen suunnittelusta. Keskeneräistä suunnitelmaa ei pidä ottaa käyttöön. Täytäntöönpano pitää resursoida tarvittavissa määrin ja huomioida sitä ennen esimerkiksi tarvittavat koulutustarpeet ja -vaatimukset. Työnjohdon tehtävä on seurata suunnitelman täytäntöönpanon etenemistä ja huolehtia siitä, että se suoritetaan loppuun saakka. Muutoksen käytännön täytäntöönpanon menestyksenkäs onnistuminen lähtee johdon sitoutumisesta muutostyöhön, mutta siinä onnistuminen vaatii koko henkilökunnan osallistumista. (STM 2019, 23.) Uusien toimintatapojen omaksuminen kestää - osalla henkilökunnasta kauemmin kuin toisilla. Muutoksen vaikutukset näkyvät yleensä vasta pidemmän ajan kuluessa. (Nevalainen 2007, 148.)

Muutoksen toteuman seuranta ja arviointia (Check) voidaan toteuttaa yksikön omana itsearviointina tai ulkoisella auditoinnilla erillisen toimijan toimesta. Sosiaali- ja terveysministeriö on kehittänyt erilaisia mittareita toiminnan arvioinnin tueksi päivystyksessä. Näitä mittareita ovat toiminnan ehdottomat edellytykset, rakennemittarit, prosessimittarit, kustannusmittarit, lopputulosmittarit, riskienhallinta- ja turvallisuusmittarit sekä potilasturvallisuusmittarit. Lisäksi merkittävässä roolissa arvioinnissa on kokeneen ammattihenkilön suorittama päivittäinen seuranta ja havainnointi toimintayksikössä. (STM 2019, 23, 30-33.)

Toiminnan systemaattinen kehittäminen ja parantaminen (Act) yksikössä perustuu jatkuvaan työn arviointiin. Esiin nousseet korjaustarpeet priorisoidaan arvioinnista saadun tiedon perusteella. (STM 2019, 36.) Tämän jälkeen laaditaan parannussuunnitelma kerätyn tiedon pohjalta. Näin PDCA-sykli pyörittää uudelleen liikkeelle arvioinnin perusteella päätettyjen muutostarpeiden muodossa, kun niiden edellyttäviä muutoksia toimintaan lähdetään suunnittelemaan. (Ojala 2018, 197.)

### **3.3 Työyhteisön hyvinvointi muutoksessa**

Suuri muutos organisaation toiminnassa vaatii paljon koko työyhteisöltä. Riippumatta siitä, miten hyvin organisaatiomuutos viedään läpi, on se aina jonkin asteinen stressitekijä yksikön työntekijöille. Kuormittavuus kasvaa sitä mukaan, mitä huonommin muutos viedään läpi. Kuormitus näkyy työyhteisön hyvinvoinnissa. Epätietoisuus tulevasta, vastuukysymykset ja vaikkapa resurssipula saattavat aiheuttaa muutosvastarintaa, joka yleensä ilmenee sitä

voimakkaampana, mitä epävarmempi työyksikön jäsenet ovat tulevasta muutoksesta ja sen vaikutuksesta omaan työhön. Muutosvastarintaa esiintyy harvoin vain pelkän periaatteen vuoksi. Muutosvastarinta kohdistuu kielteisenä reaktiona muutosta tai sen vaikutuksia yhteisöä sekä yksilöitä kohtaan, ja pääosin se vaikeuttaa muutoksen läpiviientä. (Laaksonen & Ollila 2017, 121.)

Ihmiset kokevat muutokset eri tavalla. Osa on innostuneempia kaikesta uudesta kuin toiset, jotkut kokevat lähes kaikki muutokset negatiivisina. Muutosvastarinta voi ilmetä esimerkiksi välinpitämättömyytenä, informaation torjumisena tai korostuneena itsesuojeluna. Muutosvastarintaa tulee pitää jossain määrin myös merkityksellisenä asiana. Muutoksen vastustajilla saattaa olla tärkeää kerrottavaa muutokseen liittyen, josta voi myös oppia ja jota voi hyödyntää tilanteessa. Organisaatiomuutos saattaa olla myös yksilölle hyväksi. Muutos saatetaan ottaa haasteena ja se koetaan sitä suuremmaksi, mitä enemmän se vaikuttaa yksilön elämään. Muutosvastarintaan liittyviä negatiivisia vaikutuksia vähennetään eniten tiedotuksella. Kun tiedetään, miksi muutokseen ryhdytään ja miten se vaikuttaa työpaikan tulevaisuuteen, muutoksen ymmärtäminen ja hyväksyminen on helpompaa. (Ponteva 2012, 20-21.)

Resilienssi-käsitteellä voidaan kuvata sekä organisaation, että sen osana toimivan yksittäisen työntekijän kykyä selviytyä erilaisista elämäntapahtumista tai elämänvaiheista, muutoksista ja odottamattomista toiminnan uudelleen järjestelyistä (Pojjula 2019, 16-17). Yksilötasolla resilienssi on sopeutumiskykyä stressaavissa tapahtumissa ja olosuhteissa. Resilientti persoonallisuus tarkoittaa ihmistä, jolla tyypillisiä luonteenpiirteitä ovat esimerkiksi vahva minäkuva ja terve itseluottamus. Lisäksi ulospäin suuntautunut temperamentti eli luonne liittyy vuorovaikutteisuuden kautta hyvään sopeutumiskykyyn. (Pojjula 2019, 141). Organisaation resilienssi tarkoittaa sen kykyä sopeuttaa, muuttaa ja ennakoida työyksikön toimintaa jatkuvasti muuttuvien tarpeiden asettaessa muutospaineita sen toiminnalle (Pojjula 2019, 182).

Organisaatiomuutoksen yhteydessä henkilöstö voidaan jakaa muutokseen suhtautumisen osalta esimerkiksi viiteen erilaiseen rooliin. Nämä ovat aktivisti, seurailija, epäilijä, oppositio ja opportunisti. Aktivistit suhtautuvat muutokseen innokkaasti. He ovat usein muutostyön vetureita. Aktivisteilla on korkea motivaatio oppia uutta. Seurailijat muodostavat usein työyhteisössä suuren, hiljaisen enemmistön, joka jättäytyy etenkin muutoshankkeen alkuvaiheessa varovaisen tarkkailijan rooliin. Seurailijat usein tinkivät omasta mukavuudesta

työyhteisössä ja uhrautuvat yhteisen hyvän takia, mutta uhkaavat herkästi jäädä innokkaampien ja kovaäänisten työntekijöiden jalkoihin. Epäilijät suhtautuvat nimensä mukaisesti epäluuloisesti organisaatioon ja työn muuttumiseen. Epäilijät ovat yleensä työyhteisön pitkäaikaisia vaikuttajia, jotka nauttivat myös tiettyä arvostusta työyhteisön sisällä. Epäilysten taustalla ovat pettymykset aikaisempaan toimintaan. Toistuvasti täyttymättä jääneet houkuttelevat lupaukset työyhteisössä ovat johtaneet kyynisyyteen. Oppositio näkee muutoksen pääasiassa pelkästään negatiivisena asiana. Oppositio on yleensä työyhteisössä harvalukuinen, mutta esiintyy mielellään esimerkiksi koko työyhteisön suulla. Sitkeästi muutosta vastustava ja siihen negatiivisesti suhtautuva henkilö käy valitettavan usein lopulta raskaaksi muille organisaation jäsenille. Opportunistit ovat myös työyhteisössä selkeä vähemmistö. Heille muutoksen lopputulos on useinkin merkityksetön. Välinpitämättömyydestä kertoo myös se, että heille erilaiset nopeatkin suunnanvaihdokset toiminnassa eivät aiheuta ongelmia. Tämän ajatusmaailman kääntöpuoli opportunisteilla on kuitenkin usein se, että heidän ensisijainen tavoite työyhteisössä on henkilökohtaisen edun maksimointi. Työyhteisön etu ei opportunistia useinkaan erityisen paljon kiinnosta. (Mattila 2007, 72-86.)

Yksikön toimintaan ja ilmapiiriin vaikuttaa myös se, miten työt on suunniteltu ja miten työnjako toimii. Hyvin suunniteltuina ne heijastuvat suoraan työyhteisön hyvinvointiin. Jos työ ei suju, esiintyy ongelmia työnteossa ja ihmissuhteissa. (Laaksonen & Ollila 2017, 262.) Rooli- ja vastuunjaon epäselvyydet ovat usein työympäristöön liittyvä syy konflikteille. Rooli- ja vastuunjaon epäselvyydet aiheuttavat väärinymmärtämisä ja väärintulkintoja, jotka ruokkivat eripuraa. Lisäksi erilaiset työ- ja toimintatavat, muutokseen reagoiminen ja epävarmuus saattavat olla konfliktien taustalla. (Lappi 2018, 47.) Työssä jaksamisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää jakaa vastuuta siten, ettei se kuormita yksittäistä työntekijää tai johtajaa liiaksi. Työssä jaksamista tukee oikeanlainen töiden delegointi ja priorisointi sekä joustavat työjärjestelyt. Myös oikea työnjohdollinen resursointi on siis avainasemassa. (Lepistö 2006, 50) Työyhteisön kannalta on erittäin tärkeätä, että yksikön esimiehen jaksamiseen kiinnitetään riittävästi huomiota. Keulakuvana toimivan esimiehen uupuessa työtakan alle, uupuu ainakin osa työyhteisöstä myös herkästi. (Laaksonen & Ollila 2017, 149.)

## 4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän kehittämistehtävän tarkoitus on selvittää niitä haasteita ja kehittämistarpeita, joita hoitohenkilökunta kokee tällä hetkellä Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksessä tehtävänkuvauksiin ja työnjakoon liittyen. Tavoitteena on tarjota tässä kehittämistehtävässä esiin nousseita ajatuksia ja ideoita avuksi ja työkaluiksi, kun yhteispäivystyksen toimintaa jatkossa edelleen suunnitellaan ja kehitetään.

Kehittämistehtävän kehittämiskysymyksiä ovat:

1. Millaisia haasteita yhteispäivystyksen hoitotyöntekijä kokee työssään tällä hetkellä?
2. Millaisilla toimenpiteillä ja muutoksilla yhteispäivystyksen hoitotyöntekijä muuttaisi omaa työnkuvaansa?

## 5 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS

Tämä kehittämistyö on laadullinen eli kvalitatiivinen työ. Kvalitatiivinen tutkimus perustuu tulkitsevaan ja ymmärtävään tiedekäsitykseen, jonka oletuksena todellisuus tavoitetaan kokemuksen kautta. Asioita ja ilmiöitä kuvataan, selitetään ja yritetään ymmärtää tutkittavien näkökulmasta luonnollisessa yhteydessä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 20.)

Tutkin kehitystyöni aineistoa induktiivista sisällönanalyysiä hyödyntäen. Induktiivinen lähestymistapa tarkoittaa aikaisemmin tuntemattoman tiedon hankintaa todellisuudesta teorian kehittämiseksi. Hoitotieteessä todellisuus tarkoittaa käytännön hoitotyötä. Induktiivisessa lähestymistavassa tehdään yleistyksiä havaittujen toistuvien yksityistapausten pohjalta. Käytännön todellisuudessa esiintyvistä ilmiöistä tehdään yleisiä johtopäätöksiä. Näin kerätään yleistettyä teoriaa ohjaamaan käytännön hoitotyötä. (Lauri & Elomaa 1999, 78.)

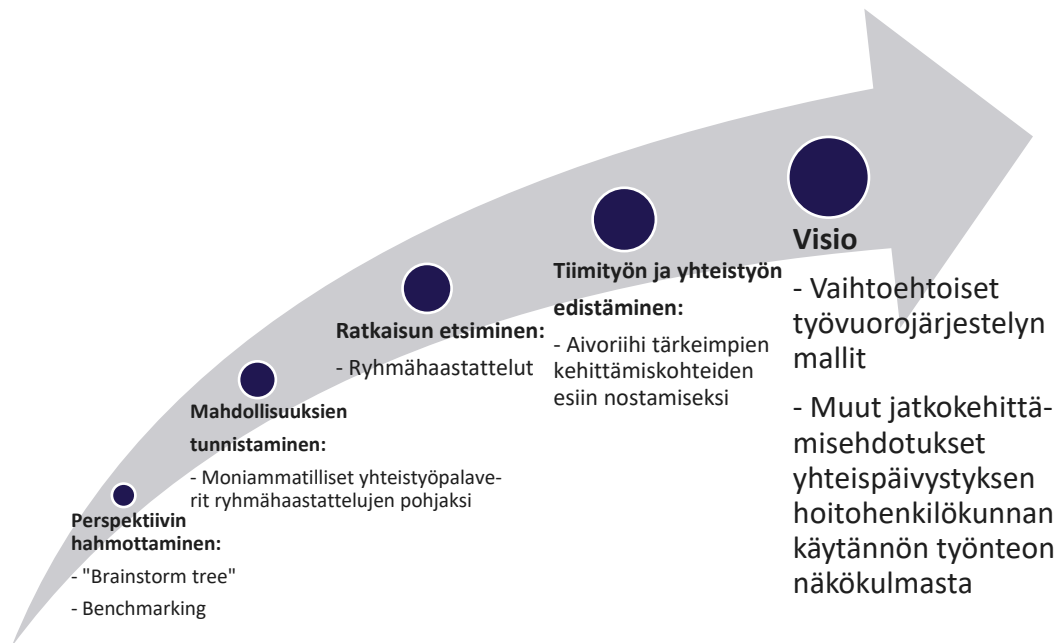
Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston analysointi aloitetaan yleensä litteroimalla. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi nauhoitetun haastattelutiedon auki kirjoittamista sanasta sanaan. Litteroitu aineisto analysoidaan induktiivisessa sisällönanalyysissä vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 132-135.)

### 5.1 Kehittämistyön eteneminen

Kehittämistyö toteutettiin The Foresight Framework -mallia hyödyntäen. Sen etuja ovat esimerkiksi joustavuus ja kehitettävän työyksikön asiantuntijuuden hyödyntäminen. Erityisesti lähtökohtana on nimenomaan työntekijän asiantuntemuksen kunnioittaminen, jonka vuoksi se soveltuu hyvin käytettäväksi kliinisen hoitotyön kehittämisessä. Kehitysideat nostetaan käytännön työntekijöiden havainnoista ja ehdotuksista, jolloin se lisää huomattavasti työntekijöiden osallistumismotivaatiota kehitystyöhön. Tarkoitus ei ole vain listata toiminnassa todettuja puutteita ja epäkohtia, vaan kaikkia kehitystyöhön osallistuvia pyritään kannustamaan vaihtoehtojen ideoimisessa, päätöksenteossa ja ongelmien ratkaisemisessa. Työyksikön kehitystyö onnistuu sitä paremmin, mitä tärkeämmäksi kukin kehitystyöhön osallistuva yksilö kokee oman roolinsa sen läpiviennissä. (Salminen-Tuomaala 2016, 98-99.)

The Foresight Framework -malli koostuu viidestä eri vaiheesta, joiden mukaisesti kehittämistyö etenee. Nämä viisi vaihetta ovat perspektiivin hahmottaminen,

mahdollisuuksien tunnistamiseksi, ratkaisun etsiminen, tiimityön ja yhteistyön edistäminen ja visio. (Carleton, Cockayne & Tahvanainen, 2013, 11.)



Kuvio 2. Kehittämistyön eteneminen Foresight Framework-työkalun avulla

## 5.2 Perspektiivin hahmottaminen

Kehittämistyön perspektiivin hahmottaminen aloitettiin Brainstorm tree -tyyppisen ideaseinän avulla. Brainstorm tree -menetelmää käytetään innovointityön alussa määrittelemään kohderyhmän tarpeita ja elämänarvoja. Se on helppo ja selkeä tapa kerätä ideoita, hahmottaa kokonaisuutta ja herättää keskustelua. (INNOKYLÄ, viitattu 30.9.2020.)

Ideaseinä perustettiin yhteispäivystyksen henkilökunnan tiloihin verrattain rauhalliseen paikkaan, jonka ohi jokainen työntekijä kulkee useamman kerran työvuoronsa aikana. Ideaseinän ajankohta oli joulukuu 2019. Ideaseinällä esitettiin hoitohenkilökunnalle seuraavat kaksi kysymystä:

1. *Miten kehittäisit hoitotyötä yhteispäivystyksessä?*
2. *Miten vähentäisit psykososiaalista kuormitusta yhteispäivystyksessä?*



Benchmarkingissa eli vertaiskehittämisessä organisaatiot peilaavat toimintaansa toiseen organisaatioon nähden. Benchmarkingilla tavoitellaan parannuksia omassa toiminnassa oppimalla toisen organisaation hyvistä käytännöistä. Benchmarkingin avulla pyritään tunnistamaan oman toiminnan heikkoudet, laatimaan niiden kehittämiseen tähtäävät tavoitteet ja kehittämisideat. (UEF, viitattu 30.9.2020.)

Hoitohenkilökunnan tekemiä kirjauksia ideaseinälle käytiin karkeasti läpi, jolloin saatiin alustava käsitys niistä aihealueista, joita hoitohenkilökunta oli vastauksissaan nostanut esiin. Yhteispäivystykset eri puolella Suomea toimivat hieman eri tavalla esimerkiksi fyysisten tilojen tai alueellisen palvelurakenteen aiheuttamien erityispiirteiden vuoksi. Tietyt osa-alueet yhteispäivystyksien toiminnassa ovat kuitenkin vertailukelpoisia. Ideaseinälle esiin nostettujen ajatusten pohjalta tehtiin kaksi eri Benchmarking-kyselyä muihin yhteispäivystyksiin. Kyselyt tehtiin sähköpostin välityksellä tammi- ja helmikuussa 2020, ja ne suunnattiin Benchmarkingissa mukana olleiden yhteispäivystyksien osastonhoitajille.

Tammikuussa 2020 Benchmarking-sähköpostikysely lähetettiin kahdeksan eri yhteispäivystyksen osastonhoitajalle. Yhteispäivystyksistä kaksi oli yliopistollisen sairaalan alaisuudessa toimivia, loput kuusi keskussairaaloiden yhteispäivystyksiä. Kaikki kahdeksan yhteispäivystystä toimivat laajan päivystyksen sairaaloiden yhteydessä. Osastonhoitajilta kysyttiin seuraavat kuusi kysymystä:

- 1. Monessako työvuorossa teillä hoitohenkilökunta tekee töitä?*
- 2. Paljonko eri työvuoroissa on hoitohenkilökuntaa?*
- 3. Kuinka monessa työpisteessä/työtehtävässä yhteispäivystyksen hoitohenkilökunta työskentelee ja mitä nämä työpisteet ovat?*
- 4. Miten työ eri työpisteillä on organisoitu, onko työvuoron vastaavan hoitajan lisäksi eri työpisteissä omat vastuuhoitajansa?*
- 5. Työskenteleekö hoitohenkilökunta työpareina vai onko työtapa enemmän yksilövastuinen?*

## 6. *Miten potilaat jakaantuvat työpisteissä hoitohenkilökunnan kesken?*

Helmikuussa 2020 viittä laajan päivystyksen keskussairaalan yhteydessä toimivan yhteispäivystyksen osastonhoitajaa lähestyttiin vielä uudelleen sähköpostitse. Tällä kerralla heiltä pyydettiin mahdollisia hoitohenkilökunnan aukikirjoitettuja tehtäväkuvauksia yhteispäivystyksen kehitystyön tueksi. Samalla tiedusteltiin mahdollisesta kotiuttamishoitajamallin käytöstä yksiköissä sekä siihen liittyvästä aukikirjoitetusta tehtäväkuvauksesta.

Kehitystyö pysähtyi kokonaan keväällä 2020 koronapandemia vuoksi. Käytännössä tämä tarkoitti ajanjaksoa maaliskuun puolesta välistä kesäkuun puoleen väliin kevään ja alkukesän 2020 aikana. Kesäkuussa 2020 kehitystyötä jatkettiin muuttuneessa tilanteessa Brainstrom tree -ajatuksella ideaseinää uudelleen apuna käyttäen. Tällä kertaa hoitohenkilökunnan tehtävänkuvaukset kirjattiin yleisellä tasolla paperille sen mukaisesti, miten käytäntö oli ne muokannut. Tehtäväkuvaukset kirjattiin vuorovastaavalle hoitajalle, hoidon tarpeen arvioinnissa (triage) työskentelevälle hoitajalle, Nopsa-linjalla työskentelevälle hoitajalle sekä hoitoryhmässä työskentelevälle hoitajalle. Päivystävän sairaanhoitajan tehtävänkuvaus kirjattiin osaksi Nopsa-hoitajan tehtävänkuvausta ja kipsaajana toimivan hoitajan tehtävänkuvaus osaksi hoitoryhmän hoitajan tehtävänkuvausta. Tehtävänkuvausten yhteyteen merkittiin myös niihin liittyvät erilaiset työvuorot. Ideaseinällä olleet käytännön muokkaamat tehtäväkuvaukset löytyvät Liitteestä 1.

### 5.3 Mahdollisuuksien tunnistaminen

Ideaseinien aineisto pelkistettiin ja ryhmiteltiin alaluokkiin. Alaluokat esiteltiin yhteispäivystyksen esimiesten kanssa pidetyssä yhteistyöpalaverissa. Muihin yhteispäivystykseen sähköpostitse tehtyjen benchmarking-kyselyjen vastaukset esiteltiin myös tässä yhteydessä. Samalla käytiin läpi sellaiset selvitystyöt ja kehittämistehtävät, joissa oli jo etsitty ratkaisuja ideaseinältäkin nousseisiin haasteisiin ja kehittämistarpeisiin.

Samanaikaisesti tämän kehittämistehtävän kanssa työstettiin myös henkisesti kuormittaviin tilanteisiin yhteispäivystyksessä liittyvää kehittämistehtävää. Koko sairaanhoitopiirin työntekijöitä koskeva hyvinvointikysely ajoittui myös syksylle 2020. Nordic Healthcare Group julkaisi tammikuussa 2020 loppuraportin, jonka aihe oli EPSHP:n päivystyksen kehittäminen.

Siinä keskityttiin toiminnan kehittämiseen lähinnä potilasvirran läpimenoaikoja tarkastelemalla. Lisäksi kiinnitettiin huomiota ikääntyneiden potilasryhmien potilasvirtaan. (NHG 2020.)

Keväällä 2020 valmistui YAMK-kehittämistehtävä, jonka aiheena oli yhteispäivystyksen hoitotyön työnjaon kehittäminen potilasturvallisuuden parantamiseksi. Kehittämistehtävän tuloksena muodostui työparityöskentelyn toimintamalli. Korona-pandemiasta johtuen kyseistä mallia ei ole vielä voitu lähteä muuttamaan vallitsevan tehtäväkeskeisen työnjakomallin tilalle. (Ojanperä 2020.)

Ideaseinillä toistuvasti esiin nousseet aiheet olivat työvuorot ja hoitohenkilökunnan vuorovahvuudet sekä epäselvyydet hoitohenkilökunnan tehtäväkuvauksissa ja työnjaossa hoitoryhmien ja nopsalinjan välillä. Yhteispäivystyksen esimiesten kanssa pidetyssä palaverissa sovittiinkin juuri nämä aihealueet ryhmähaastattelujen pohjaksi. Näitä aihealueita oli kartoitettu myös benchmarking-kyselyissä. Kyseiset aihealueet liittyvät suoraan myös hoitotyön työparityöskentelyn toimintamallin käynnistämisen vaatimien muutostarpeiden selvittelyihin toiminnassa. Ryhmähaastattelujen suunnitelma esiteltiin vielä moniammatillisessa päivystyksen toimintayksikön johtoryhmässä, jossa on hoitotyön esimiesten lisäksi edustus yhteispäivystyksen lääkärikunnasta sekä käytännön hoitotyöstä. Johtoryhmällä ei ollut huomautettavaa ryhmähaastattelujen suunnitellulle toteuttamiselle.

#### **5.4 Ratkaisun etsiminen**

Ryhmähaastattelu on hyvä aineistonkeruumenetelmä silloin, kun osallistujat edustavat esimerkiksi samaa ammattiryhmää. Ryhmähaastattelun etuna on tiedon saaminen useammalta henkilöltä samaan aikaan. Lisäksi ryhmän sisäinen vuorovaikutus edesauttaa osallistujia esimerkiksi muistamaan jonkin tietyn asian haastatteluun liittyen toisen haastateltavan kertoman perusteella. Strukturoidussa haastattelussa ennalta laaditut kysymykset esitetään aina jokaisella haastattelukerralla samassa järjestyksessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 95-96.)

Ryhmähaastattelut järjestettiin lokakuussa 2020. Koronapandemian toinen aalto oli tuolloin käynnissä, joten haastatteluryhmien kokoa jouduttiin rajoittamaan. Jokaisella haastattelukerralla haastateltavia oli 3-4. Poikkeustilanteen vuoksi jokaisella suunnitellulla

haastattelukerralla ryhmää ei voitu muodostaa, ja osa suunnitelluista ryhmähaastatteluista jäi tämän vuoksi suorittamatta. Ideaseinän mukaisesti ryhmähaastatteluihin osallistuvien yhteispäivystyksen hoitajien pohjakoulutusta tai työkokemusta ei rajoitettu. Haastatteluihin osallistui sekä vakituisia että määräaikaisia yhteispäivystyksen hoitajia. Tavoitteeni oli saada tällä tavoin mahdollisimman laaja-alaisia vastauksia haastateltavilta henkilöiltä. Ryhmähaastatteluissa esitettiin seuraavat 5 strukturoitua kysymystä:

1. *Koetko nykyisen työvuorojärjestelyn (3-vuorotyö + välivuorot) työnteon kannalta toimivimmaksi ratkaisuksi? Jos et koe, miten muuttaisit sitä?*
2. *Onko nykyisessä työvuorojärjestelyssä vuorovahvuudet tarkoituksenmukaiset? Jos ei ole, miten muuttaisit niitä?*
3. *Onko potilaiden jakautuminen nopsalinjan ja hoitoryhmien välillä tarkoituksenmukaista? Jos ei ole, miten muuttaisit sitä?*
4. *Onko hoitoryhmien ja nopsalinjan kuormitus tasapuolista hoitohenkilökunnan resursseihin verrattuna? Jos ei ole, miten muuttaisit sitä?*
5. *Onko hoitohenkilökunnan kuormitus eri tehtävänkuvissa tasapuolista? Jos ei ole, miten muuttaisit niitä?*

## 5.5 Tiimityön ja yhteistyön edistäminen

Aivoriihessä sen vetäjä antaa ryhmälle ratkaistavaksi ongelman. Ryhmän jokainen jäsen ideoi ajatuksia ongelman ratkaisemiseksi. Ryhmän jäsenet voivat kirjata ideoitaan esimerkiksi post-it lappusille. Aivoriihen tarkoitus on nostaa esiin mahdollisimman paljon erilaisia ideoita esitetyn ongelman ratkaisemiseksi ja mahdollisesti myös yhdistää ja jalostaa erilaisia ideoita parhaan mahdollisen lopputuloksen löytämiseksi. Esitetyistä ideoista ja niistä jalostuneista ratkaisumalleista ryhmä valitsee lopuksi parhaat vaihtoehdot. (INNOKYLÄ, viitattu 25.10.2020.)

Aivoriihi järjestettiin lokakuun lopussa 2020. Siihen osallistui jäsenenä yhteispäivystyksen ylihoitaja ja 3 lähiesimiestä eli 2 osastonhoitajaa ja 1 apulaisosastonhoitaja.

Ryhmähaastatteluista saatu aineisto pelkistettiin ja ryhmiteltiin alaluokkiin. Yläluokkina toimivat ryhmähaastattelujen kysymysten viitekehykset. Vastaukset käytiin läpi yläluokittain siinä strukturoidussa järjestyksessä, jossa ne oli ryhmähaastatteluissa esitetty. Kukaan aivoriihen jäsen ei merkitse tärkeänä pitämäänsä ryhmähaastattelussa esiin nousseita kehityshaasteita post-it lappusille. Aivoriihen jäsenet esittivät ideoita sekä lisähuomioita kehittämishaasteiden ratkaisemiseksi. Lopuksi kaikkia esitettyjä ideoita käsiteltiin kokonaisuutena ja keskusteltiin kehittämistarpeiden tarkoituksenmukaisista parantamisvaihtoehdoista parhaiden lopputulosten löytämiseksi.

## 6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

### 6.1 Ideaseinä joulukuussa 2019

Yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus anonyymisti kirjoittaa ideaseinälle mielipiteitä, ehdotuksia ja parannuskeinoja noin kolmen viikon ajan. Vastaaajaryhmää ei rajoitettu millään tavalla, vaan kuka tahansa hoitohenkilökuntaan kuuluva saattoi kirjoittaa näkemyksensä ideaseinälle.

#### 6.1.1 Hoitotyön kehittäminen yhteispäivystyksessä

**Hoitoprosessien kehittäminen.** Potilasjako eri hoitoryhmien välillä koettiin epäselväksi ja epätasaiseksi. Kuormitus eri hoitoryhmien välillä oli suurta. Lääketieteellistä tukea kaivattiin aikaisempaa enemmän eri toimipisteisiin. Yhteispäivystyksen myötä perustetun Nopsa-linjan toiminta koettiin epäselväksi. Hoitoprosesseja toivottiin yksinkertaisemmiksi ja selkeämmiksi.

*”Järkevä potilasjako hoitoryhmien kesken.”*

*”Triageen oma lääkäri.”*

*”Toimintaa pitää yksinkertaistaa.”*

*”Nopsa-linjan selkeyttäminen.”*

*”Nopsa-linjalle ei työläitä petipotilaita.”*

*”Hoitoryhmien tasapuolinen kuormitus.”*

**Omahoitajuus ja yksilövastuinen hoitotyö.** Yhteispäivystys on toiminut hoitohenkilökunnan työnjaon osalta tehtäväkeskeisestä näkökulmasta. Käytännössä kaikki hoitoryhmässä työskentelevät hoitajat osallistuvat yksittäisen potilaan hoitamiseen. Tällöin hoitotoimenpiteet tulee tehtyä nopeasti, mutta potilasturvallisuus saattaa vaarantua. Omahoitajuus ja yksilövastuinen hoitotyö jakaa yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan mielipiteet. Osa on sen

kannalla, osa uskoo tehtäväkeskeisen tiimityön olevan paras tapa tuottaa hoitotyötä yhteispäivystyksessä.

*”Omat potilaat.”*

*”Otetaan potilaita vastaan hoitoryhmissä vuorotellen.”*

*”Yksilövastuinen hoitotyö ei toimi päivystyksessä.”*

*”Tiimityöskentely on päivystyspolin voimavara.”*

**Yhteistyöorganisaatioiden toiminta.** Yhteispäivystys kuormittuu usein potilaista, jotka odottavat pääsyä jatkohoitoon tai esimerkiksi röntgentutkimuksiin. Toisaalta hoitohenkilökunta kokee myös, että yhteispäivystykseen päätyy sellaisia potilaita, jotka eivät sinne sairautensa tai vammansa vuoksi kuuluisi.

*”Potilaiden edettävä nopeammin. Monesti osastolle tai röntgeniin pääsy sakkaa.”*

*”Jouhevampi kulku osastolle.”*

*”Paljon turhia potilaita päivystyksessä.”*

**Työvuorot.** Työn ja siviilielämän yhteensovittaminen riippuu paljon työvuoroista. Erilaiset elämäntilanteet vaikuttavat siihen, millaisia työvuoroja haluttaisiin tehdä. Tämän vuoksi työvuorotkin jakavat yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan mielipiteitä.

*”Välivuorot pois, työntekijät perusvuoroihin eli 3-vuorotyö.”*

*”12 tunnin työvuorot.”*

*”Liikaa erilaisia työvuoroja.”*

**Työvuorosuunnittelu.** Hoitohenkilökunnan resursointiin ja sijoitteluun työvuoron aikana toivottiin muutosta. Vastuuta toivottiin porrastettavan työkokemuksen mukaisesti ja erilaisia

ennakoitavia yhteispäivystyksen kuormitushuippuja toivottiin korostettavan resursoinnin avulla enemmän.

*”Jokaiseen hoitoryhmään vastuuhoitaja.”*

*”Ruuhkatilanteisiin enemmän hoitajia.”*

**Parityöskentely.** Yhteispäivystyksessä on paljon tilanteita, joissa hoitotyötä suorittamaan tarvitaan samaan aikaan kaksi hoitajaa. Parityöskentely linkittyy myös omahoitajuuteen ja yksilövastuiseen hoitotyöhön esimerkiksi työn tauottamisen kautta. Suurimmaksi ongelmaksi parityöskentelylle hoitoryhmissä osoittautui hoitohenkilökunnan määrä. Hoitohenkilökuntaa oli hoitoryhmien perusvuoroissa (aamu, ilta, yö) pääosin 3 hoitajaa vuorossa, mikä ei täysin mahdollistanut parityöskentelyä.

*”Parityöskentely, yksilövastuinen hoitaminen olis jees!”*

*”Työparityöskentely, 4 hoitajaa perusvuoroihin.”*

**Muutosten aiheuttama henkinen kuormitus.** Yhteispäivystyksen muutokset kuluneen kahden vuoden ajalta ymmärrettävästi kuormittavat työntekijöitä myös henkisellä tasolla.

*”Jatkuvat muutokset rasittavat arkityötä.”*

### 6.1.2 Psykososiaalisen kuormituksen vähentäminen yhteispäivystyksessä

**Työvuorot.** Psykososiaalisen jaksamisen kannalta työvuorot olivat eniten esiin nostettu aihealue. Oman elämän kannalta juuri työvuorot ovat se asia, joka vaikuttaa työn kautta siviilielämään eniten. Erilaisilla työvuoroihin vaikuttavilla keinoilla halutaan saada lisää vapaa-aikaa tai pyrkiä vähentämään työn ja siviilielämän samanaikaista kuormitusta.

*”12 tunnin työvuorot, enemmän vapaata töistä toipumiseen.”*

*”Helpottaisi elämää, jos saisi työvuorolistat aikaisemmin...perhemenojen suunnittelu.”*



*”Työaikapankki käyttöön, kun ei saa aikahyvitystä säännöllisesti. Ylimääräinen vapaa auttaa kummasti jaksamaan.”*

*”3-vuorotyö!”*

*”Ei 3-vuorotyötä, pystyy paremmin suunnittelemaan omaa elämää, kun on paljon erilaisia vuoroja.”*

**Työvuorosuunnittelu.** Psykososiaalisen kuormituksen vähentämiseksi työvuorosuunnittelu nousi merkittäväksi tekijäksi nimenomaan työntekijän henkisen jaksamisen kannalta. Erityisesti vaihtelu eri työpisteiden välillä, erityisosaaajien riittävä määrä ja tasapuolisuus erilaisissa työvuoroissa koettiin tärkeiksi.

*”Vaihtelua siihen, missä hoitoryhmässä työskentelee, eli ei esimerkiksi 5 traumahoitajavuoroa peräkkäin,”*

*”Lisää triage-osaajia.”*

*”Työvuorosuunnittelu; sovitut pelisäännöt, sijoittelu, tasapuolisuus.”*

*”Kaikille kaikkia työvuoroja.”*

*”Ei suunnitelmallisesti mennä vajailla hoitajilla listoja.”*

**Yhteisöllisyys.** Työyhteisön muutos on aina rasite myös henkilösuhteille. Epätietoisuus, uusien työtapojen opettelu, uudet työkaverit ja heidän perehdyttämisenä ovat kuormittavia tekijöitä muutoksen yhteydessä. Se saattaa näkyä yhteisöllisyydessä, negatiiviset ajatukset saattavat nousta herkemmin pintaan. Tietoinen kannustaminen yhteisöllisyyteen auttaa osaltaan siihen, etteivät negatiiviset ajatukset ja kommentit ota ylivaltaa työyhteisössä.

*”Kannustettaisiin enemmän yhteisöllisyyteen.”*

*”Yritetään valittaa vähemmän, negatiivisuus ruokkii negatiivisuutta.”*

*”Yksi negatiivisesti suhtautuva pilaa koko työvuoron.”*

*”Enemmän kollegiaalisuutta hoitajien kesken, ei vanhat vs. nuoret-asetelmaa.”*

*”Toisen työn arvostelu pitäisi loppua. Arvostetaan enemmän toisiamme!”*

**Henkisestä jaksamisesta huolehtiminen.** Yhteispäivystykseen päätyy vakavasti sairastuneita ja vammautuneita potilaita. Vastaan tulee myös erilaisia psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia, jotka saattavat olla työntekijälle vaikeita käsitellä. Työnohjaus ja henkisesti kuormittavien tilanteiden läpikäynti ohjatusti koetaan tärkeäksi osa-alueeksi päivystystyössä.

*”Kuormittavien tilanteiden läpikäynti (debriefing).”*

*”Debriefing esimerkiksi vuorovastaavan hoidettavaksi.”*

*”Lyhyitä ja ytimekkäitä purkuja, tarvittaessa pahemmista pidempiä. Henkisen jaksamisen lisäksi oppii tilanteista.”*

*”Säännöllinen, jatkuva työnohjaus halukkaille.”*

**Eri työtehtävien arvostus.** Työyhteisön muutoksen yhteydessä huomio kiinnittyy usein uusien osa-alueiden käynnistämiseen ja niiden kehittämiseen. Aikaisemmin olemassa ollut toiminta saattaa pyöriä omalla painollaan, eikä siihen kiinnitetä vastaavassa määrin huomiota. Lisäksi erilaiset erityisosaamiset saattavat olla palkallisestikin erilaisen arvostuksen kohteena ja se aiheuttaa herkästi ristiriitaa.

*”Puhelinpalvelu tuntuu olevan ainut päivystyksen asia, mitä/mihin voimavarat suunnataan?”*

*”Palkkaluokat kohdilleen!”*

*”Palkka-asiat; kipsaus, triage?”*

**Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ja tiedottaminen muutoksista.** Viimeisen kahden vuoden aikana Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksessä tapahtuneet muutokset ovat johtuneet palvelurakenteen muutoksista tai siitä, että terveydenhuollolle suuntautuvat vaatimukset ovat muuttaneet toimintaa esimerkiksi koronapandemian yhteydessä. Tällöin työntekijöiden mahdollisuus vaikuttaa työn muutoksiin ei ole useinkaan riittävä, ja se vaikuttaa

työviihtyvyyteen. Mahdollisuuksien mukaan työntekijät tulee ottaa mukaan toimintaa kehitettäessä ja suunniteltaessa.

*”Työntekijöiden kuunteleminen ja kehitettävien ideoiden tuunaaminen, eikä heti asioiden hylkääminen.”*

*”Tiedottaminen; huhut, henkilöstöltä ideoita siihen miten tiedottaminen onnistuisi ja tavoittaisi paremmin.”*

*”Asioista tiedottaminen.”*

**TYHY-toiminta.** Työhyvinvointitoiminta on viime vuosina hiljalleen vähentynyt. Taloudelliseen tilanteeseen liittyen työnantajan tarjoamat työhyvinvointia tukevat rahalliset avustukset työyksiköille ovat loppuneet. Osa työntekijöistä kokee kuitenkin tällaiset työyksikön yhteiset työaikaan sisällytetyt tai työajan ulkopuoliset tapahtumat merkityksellisinä psykososiaalisen jaksamisen kannalta.

*”TYHY-rahat!”*

*”TYHY-toiminta hitsaa työporukan yhteen. Olisi kiva saada takaisin tämä toiminta.”*

**Ammatillinen kuormitus.** Varsinkin tilanteessa, jossa toiminta laajenee merkittävästi, työyksikköön tulee paljon uusia työntekijöitä ja sijaisia. Heidän riittävästä perehdyttämisestään ja esimerkiksi sen varmistamisesta, että he hallitsevat myös työhön liittyvät erikoistilanteet, tulee huolehtia. Näin vakituinen, pidemmän aikaa työyhteisössä työskennellyt henkilöstö ei kuormitu työssään liiallisesti.

*”Ei sijaisia/uusia traumatiimiin, ennen kuin ovat saaneet riittävän perehdytyksen.”*

## 6.2 Benchmarking

Tammikuussa 2020 Benchmarking-kysely lähetettiin sähköpostitse kahdeksan eri yhteispäivystyksen osastonhoitajalle. Vastaus saatiin neljästä yhteispäivystyksestä, joista puolet oli yliopistollisen sairaalan yhteydessä toimivia yhteispäivystyksiä ja toinen puoli laajan päivystyksen keskussairaalan yhteydessä toimivia yhteispäivystyksiä.

Helmikuussa 2020 Benchmarking-kysely lähetettiin viidelle laajan päivystyksen keskussairaalan yhteispäivystyksen osastonhoitajalle. Vastaus saatiin tällä kertaa kolmelta yhteispäivystyksen osastonhoitajalta.

### 6.2.1 Benchmarking tammikuu 2020

**Erilaisten työvuorojen määrä.** Jokaisessa kyselyyn vastanneessa yhteispäivystyksessä työvuorojen perusta muodostui 3-vuorotyön ympärille (aamu, ilta, yö). Sen lisäksi jokaisessa yhteispäivystyksessä oli potilaskuormituksen mukaisesti sijoitettuja välivuoroja. Yhteensä vuoroja oli eri päivystyksissä 5-14 kappaletta eli kolmen perusvuoron lisäksi erilaisia välivuoroja oli toimintayksiköstä riippuen 2-11 kappaletta.

**Vuorovahvuus.** Yhteispäivystysten hoidettavana on eri kokoisia vastuualueita. Siitä johtuen myös työvuorokohtaiset henkilöstömäärät vaihtelivat vastanneissa yksiköissä runsaasti. Aamuvuoroissa oli 10-20 hoitajaa, iltavuoroissa 13-22 hoitajaa ja yövuoroissa 8-16 hoitajaa toimipaikasta riippuen. Välivuorojen henkilöstömäärä vaihteli 2-3 hoitajan välillä.

**Yhteispäivystysten eri toimipisteet ja työtehtävät.** Kysyttäessä yhteispäivystysten eri toimipisteistä, joissa hoitohenkilökunta työskentelee, esiin tulivat hyvin vahvasti erilaiset fyysisten tilojen aiheuttavat rajoitukset sekä palvelurakenteiden eroavaisuudet yhteispäivystysten välillä. Jokaisessa yhteispäivystyksessä toimipisteiden ja työtehtävien lukumäärä oli kuitenkin varsin korkea vaihdellen 9-14 välillä toimintayksiköstä riippuen. Osa vastaajien käyttämästä termistöstä oli vertailtavissa keskenään, osa olisi vaatinut tarkempaa toiminnan määrittelyä. Yhteispäivystysten toimipisteistä ja työtehtävistä käytettiin esimerkiksi sellaisia termejä kuten pariseuranta, shokkihuone, ensihoituhuone, valvomo, lasten päivystys, aula, eristys, ensiarvio, triage, hoidon tarpeen arvio, vuorovastaava, organisoiva hoitaja, kenttäjohtaja, vastaava hoitaja, käytävähoitaja, valvomohoitaja, sairaanhoitajan vastaanotto, päivystävä sairaanhoitaja, puhelinneuvonta, nopea linja, nopsa, konservatiivinen hoitoryhmä, operatiivinen hoitoryhmä, kipsaus ja kirurgian-, neurologian-, sisätautien- sekä yleislääketieteen tiimi.

**Työn organisointi.** Jokaisessa kyselyyn vastanneessa yhteispäivystyksessä oli perusvuorokohtainen vuorovastaava hoitaja. Vuorovastaava löytyi aamu- ilta- ja yövuoroista.

Yhtä yhteispäivystystä lukuun ottamatta työtä oli organisoimassa vuorovastaavan lisäksi esimerkiksi kenttäjohtaja tai useampia tiimivastaava. Tiimivastaava toimi vaihtoehtoisesti myös ryhmävastaavan nimellä. Yhdessä kyselyyn vastanneista yhteispäivystyksistä myös apulaisosastonhoitaja toimi työn organisoijana arkipäivisin sekä aamu- että iltavuorossa.

**Työparityöskentely ja yksilövastuinen hoitotyö.** Kaikissa kyselyyn vastanneissa yhteispäivystyksissä työtapana oli hyvin vaihteleva. Potilaskuormitus ja henkilökuntaresurssit vaikuttivat hyvin paljon siihen, miten sovitusta työtavasta voitiin pitää kiinni.

*”Paarivälikoissa työpareina.”*

*”On yritetty muuttaa, että toimisivat enemmän pareina, mutta ottavat omalle vastuulleen ja auttavat sitten toisiaan.”*

*”Ajatuksena olisi, että valvomossa olisi työparityöskentely, mutta ei ole oikein kunnolla toteutunut.”*

*”Yksilövastuinen hoitotyö, mutta hoitoryhmän sisällä on myös työpariajattelu.”*

**Potilaiden jakautuminen hoitohenkilökunnan kesken.** Jokaisesta vastauksesta käy ilmi, että kuormitusta pyritään jakamaan tasaisesti eri toimipisteiden ja hoitohenkilökunnan kesken. Hoidon tarpeen arviointi (triage) tekee pääsääntöisesti päätöksen siitä, minne tuleva potilas yhteispäivystyksessä sijoitetaan.

*”Kaikki potilaspaikat saman arvoisia. Sokkihuoneessa sitten koitetaan jakaa paripotilaat tasaisesti ja yleensä ne on iltavuorossa jossain vaiheessa aina kaikki täynnä.”*

*”Triagessa pyritään potilaat jakamaan, mutta tässäkin on variaatiota.”*

*”Potilaat ottaa hoitaja, joka on paikalla, johon potilas tulee. Valvomo on jaettu 2 osaan ja siellä hoitajat itse jakavat potilaat, jos eivät työskentele työpareina.”*

*”Meillä on jaettu potilaspaikat, joille potilaat ohjautuu tasaisesti.”*

## 6.2.2 Benchmarking helmikuu 2020

**Hoitohenkilökunnan tehtäväkuvaukset.** Missään niistä yhteispäivystyksistä, jotka vastasivat kyselyyn, ei ollut hoitohenkilökunnan aukikirjoitettua tehtäväkuvausta saatavilla tai sitten ne oli vanhentuneina poistettu käytöstä.

**Kotiuttamishoitajamalli.** Perusterveydenhuollon vastuulla oli kotiuttamishoitajan työnkuva yhdessä vastanneista yhteispäivystyksistä. Se ei kuitenkaan koskenut koko yhteispäivystyksen toiminta-aluetta, mutta tokikin merkittävää osaa siitä sairaanhoitopiirin keskuskaupungin perusterveydenhuollon toimesta. Toisessa vastanneista yhteispäivystyksistä kotiuttamismallia oli tarkoitus lähteä pilotoimaan kevään 2020 aikana.

## 6.3 Ideaseinä kesällä 2020

Hoitohenkilökuntaa kannustettiin kirjaamaan ideaseinälle ehdotuksia, kysymyksiä, tarkennuksia ja muutoksia tehtävänkuvuihin ja työnjakoon liittyen. Myös työaikoihin pyydettiin ottamaan kantaa. Hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus kirjoittaa mielipiteitään ideaseinälle verrattain kauan eli noin kahden kuukauden ajan kesäkuun puolesta välistä elokuun puoleen väliin 2020.

**Hoitotyöhön liittyvä työnjako.** Hoitoryhmien välinen työnjako perustuu yhteispäivystyksen hoitoprosesseihin, jotka muodostuvat moniammatillisen yhteistyön tuloksena. Ideaseinälle nousivat kuitenkin esiin lähinnä toimipisteiden sisäinen tehtävänkuvauksien ja työnjaon epäselvyydet, vuorovastaavan rooli hoitotyössä ja sellaiset hoidolliset työnjakoon vaikuttavat tilanteet, jotka eivät näy välttämättä jokapäiväisessä arjessa. Vakavasti sairastuneen tai vammautuneen potilaan hoitotyö herätti myös keskustelua. Traumatismi tai AVH-protokolla käynnistetään aina silloin, jos niiden käynnistämiseksi asetetut kriteerit täyttyvät potilaasta saatujen esitietojen perusteella. Se, kenen on helpointa ja tarkoituksenmukaisinta irrottautua muusta työstä näiden tilanteiden vuoksi, aiheutti myös kommentteja ideaseinälle.

*”Jos vuorovastaava ottaa AVH-potilaan ja tulee hänen kanssaan takaisin hoitoryhmään, silloin rapsa ja nopea irrottautuminen potilastyöstä.”*

*”Vuorovastaava voisi ottaa aktiivisemmän roolin purkutilanteiden järjestämisessä.”*

*”Selkeä työnjako hoitoryhmän sisällä, kuka hoitaa ketäkin.”*

*”Kenelle kuuluu turvahuoneessa olevan potilaan hoitaminen?”*

*”Nopsa-hoitajalle enemmän potilaita tarkempaan arvioon ennen lääkärille päätymistä.”*

*”Kenelle AVH-protokolla hoitaminen sopisi parhaiten?”*

*”Traumatiimin K1-rooli vuorovastaavalle?”*

*”Onko SUROssa jokin rooli vuorovastaavalla?”*

*”Vuorovastaava voisi mielestäni hyvin toimia traumahoitajana, tarvittaessa nimeää siihen itselleen sijaisen. Samoin voisi toimia AVH-potilaiden kanssa.”*

**Hoitotyötä tukevien osa-alueiden hoitaminen.** Hoitotyön lisäksi terveydenhuoltoalan yksiköissä on paljon toimintaa tukevaa huolto- ja ylläpitotyötä, josta hoitohenkilökunta osaltaan vastaa. Lisäksi monilla hoitotyötä tekevillä on jokin vastuualue hoidettavanaan. Näiden tehtävien osalta oli kirjattu myös jonkin verran epäselvyyksiä työnjaossa.

*”Velvollisuus tarkistaa oma vastuualue työn ohessa? Tietenkin kiireellisimmät asiat hoidetaan ensin.”*

*”Joku voisi tarkistaa lepari-sängyt päivittäin...traumahoitaja?”*

*”Kenen vastuulle lääketilauksen purku, että tulisi varmasti purettua eikä esimerkiksi jääkaapissa säilytettävät lääkkeet jäisi liian kauaksi aikaa huoneenlämpöön.”*

**Riittävä henkilöstöresursointi.** Yhteispäivystyksessä on hoitohenkilökunnalla paljon erityisosaamista, johon heidät on koulutettu. Tiettyjen tehtävien hoitaminen myös edellyttää näiden koulutusten käymistä, että niissä voi ylipäättään toimia. Hoitohenkilökunnassa heräsi huoli myös tästä koulutetun ja riittävän kokeneen henkilökunnan määrästä.

*”Kuka vastaa 116117, mikäli yövuorossa oleva sairastuu?”*

*”Vuorovastaavan olisi oltava riittävän kokenut henkilö.”*

**Työvuorot ja työvuorosuunnittelu.** Aikaisemman ideaseinän (joulukuu 2019) tapaan myös tällä kertaa työvuorot ja työvuorosuunnittelu olivat osa-alueita, jotka kirjattiin ylös.

*”12 tunnin vuorot.”*

*”6 viikon listasuunnittelu, listat aiemmin ulos.”*

#### 6.4 Ryhmähaastattelut

Ryhmähaastattelut järjestettiin lokakuussa 2020 kahden viikon aikana. Haastatteluja järjestettiin yhteensä 9 kertaa. Haastateltavien yhteismäärä oli 28. Kaikki haastateltavat olivat peruskoulutukseltaan sairaanhoitajia, joukossa oli sekä vakituisia että määräaikaista työntekijöitä.

**Nykyinen työvuorojärjestely työnteon kannalta.** Haastateltavat olivat pääosin sitä mieltä, että vallitseva työvuorojärjestelmä päivystyksessä oli toimiva. Työvuorot koettiin pääosin hyviksi, potilaskuormituksen mukaisesti tarkoituksenmukaisiksi. 3-vuorotyötä täydentävät välivuorot katsottiin työnteon kannalta välttämättömiksi. Välivuoroilla pystyttiin tasaamaan potilaskuormituksen huippuja ja mahdollistamaan esimerkiksi ruokailujen vaatimat tauotukset työnteossa. Nykyisen työvuorojärjestelmän kannalta katsottiin välttämättömäksi, että kaikki olemassa olevat välivuorot säilytettäisiin.

Välivuorolaisen työnkuva kuitenkin koettiin usein hieman epäselväksi. Työ jäi välivuorossa usein kesken, kun siirtyminen toiseen työpisteeseen saattoi tapahtua varsin nopeastikin. Välivuorolainen ei aina saanut raporttia hoidettavista potilaista, eikä hänelle välttämättä aina ollut omaa tietokonetta, joka koettiin työnteon kannalta hankalaksi. Välivuoroa kuvailtiin termillä ”irtolainen”. Välivuorot koettiin jossain määrin myös työtehoa alentavina, koska niiden yhdistäminen siviilielämän kanssa ei pidetty aina helppona. Kello 10-18 välisen vuoron koettiin kuluttavan lähes koko päivän, etenkin jos työntekijällä oli työmatkaa, johon kului aikaa. Kello 16-24 välinen vuoro aiheutti sen, että esimerkiksi päivätyössä olevaa puolisoa tai koulussa olevia lapsia ei sinä päivänä tavannut käytännössä lainkaan.



Moni työntekijä olisi kuitenkin myös halukas ainakin kokeilemaan toisenlaisiakin työvuorojärjestelyitä yhteispäivystyksessä. Lukuisat erilaiset työvuorot aiheuttivat osalle haastatelluista uupumusta ja kokemusta siitä, että niiden vuoksi työnteko yhteispäivystyksessä oli raskaampaa. Toisaalta useat erilaiset työvuorot koettiin myös oman työvuorosuunnittelun kannalta hyväksi. Haastateltujen keskuudessa oli halukkuutta sekä pelkistetyimmän 3-vuorotyön että 12 tunnin työvuorojärjestelmän kokeilemiselle. Niitä perusteltiin esimerkiksi välivuorojen vähenemisellä perusvuorojen vahvistuessa, raportoinnin määrän vähenemisellä, hoitosuhteen pidentymisellä, yleisellä jaksamisella sekä vapaa-ajan lisääntymisellä. Yksittäisiin vapaapäiviin ja iltapainotteisuuteen työnteossa koettiin liittyvän myös merkittävää kuormitusta työssäjaksamisen kannalta. Aamu- ja iltavuoron päällekkäinen kahden tunnin mittainen työaika koettiin usein merkityksettömäksi työnteon kannalta.

**Nykyisen työvuorojärjestelyn vuorovahvuudet.** Työvuorojen vuorovahvuudet koettiin pääosin oikeiksi. Ne vastasivat melko hyvin keskimäärin niitä potilaskuormituksen asettamia vaatimuksia, mitä yhteispäivystyksessä oli. Missään työvuorossa ei koettu olevan kuitenkaan varaa vähentää nykyistä hoitohenkilökunnan resurssia. Päinvastoin useampi haastateltava kaipasi pientä resurssilisää aamuvuoroihin sekä illan ja iltayön tunteihin. Iltapäivä ja puolenyön jälkeinen osa yövuorosta katsottiin vuorovahvuuksien osalta olevan riittävä. Aamuvuoroissa resurssilisää kaivattiin lähinnä hoitoryhmään 2. Sieltä ei aina aamuvuoron aikana ollut kiireen vuoksi mahdollisuutta päästä syömään etenkin silloin, jos yövuoron jäljiltä oli normaalia enemmän potilaita yhteispäivystyksessä. Tämä korostui varsinkin silloin, kun kello 10-18 välisessä vuorossa ei ollut hoitohenkilökuntaa.

Lisäksi resurssilisäys aamuvuorossa koettiin mahdollisuudeksi hoitaa myös omia hoitotyön vastuualueita potilastyön ohessa. Vastuualueiden hoitamiseen koettiin jääneen viime aikoina liian vähän aikaa. Iltavuorojen osalta potilaskuljettajan työpanos nähtiin merkittävänä. Hoitohenkilökunnan resurssipula illan ja iltayön aikana liittyi pääasiassa iltavuoron osalta hoitoryhmään 3 ja yövuoron alun osalta hoitoryhmään 2. Tämä resurssivaje muodostui lähinnä infektiopotilaiden hoidosta, johon haastatteluhetkellä vallinnut tilanne koronapandemian toisen aallon osalta vaikutti. Kriteerien mukainen infektiopotilaiden hoito koronaviruksen osalta tapahtui iltavuorossa hoitoryhmässä 3 ja sen sulkeutuessa yöksi, kyseiset potilaat hoidettiin yövuoron aikana hoitoryhmässä 2. Yhteispäivystyksen kuormitus vaihtelee jonkin verran eri

viikonpäivien välillä. Osa haastatelluista koki tarpeelliseksi eri viikonpäivien kuormituksen huomioimisen hoitohenkilökunnan resursoinnissa.

**Potilaiden jakautuminen nopsalinjan ja hoitoryhmien välillä.** Potilaiden jakautumisen nopsalinjan ja hoitoryhmien välillä tarkoituksenmukaisesti ja sovittujen sääntöjen puitteissa koettiin toteutuvan pääsääntöisesti hyvin. Etenkin hoitoryhmiin 1 ja 2 sijoittuvien potilaiden osalta hoitopaikan valinnassa ei yleisesti koettu ongelmia tai epäselvyyksiä.

Lähes kaikki haastatteluun vastanneet kokivat kuitenkin ongelmalliseksi liian huonokuntoisten tai hoidettavan syyn osalta liian vaativien potilaiden päätyminen nopsalinjalle. Useimpien haastateltujen mielestä niiden potilaiden, joiden vointi ei sallinut odottamista istuen, sijoittaminen hoitoryhmiin nopsalinjan sijaan olisi tarkoituksenmukaisempaa. Nykyisen käytännön mukainen makaavien nopsapotilaiden hoitaminen fyysisesti hoitoryhmän puolella koettiin haasteelliseksi sekä nopsalinjan vähäisen hoitajaresurssin että makaavien potilaiden tarkkailumahdollisuuksien heikkouden vuoksi. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että makaava potilas ei kuuluisi nopsalinjalle lainkaan. Ehdotettiin myös, että hoitovastuu makaavista nopsalinjan potilaista pitäisi olla hoitoryhmän hoitajilla nopsahoitajan sijaan. Osa haastatelluista oli sitä mieltä, että esimerkiksi migreenipotilas saattoi hyvin olla nopsalinjan potilas, mutta nopsalinjan tiloissa tulisi olla erillinen muutaman potilaspaikan tila tällaisten potilaiden hoitamiseksi. Kukaan haastatteluun vastanneista ei kokenut nykyisen käytännön mukaista nopsalinjan makuupotilaiden hoitamista ongelmattomaksi tai toimivaksi ratkaisuksi.

Toinen esiin noussut ongelma koski hoito-ohjeistuksia. Haastateltavat kokivat, että hoito-ohjeet olivat epäselvät, liian tulkinnanvaraiset tai niitä ei aina suostuttu noudattamaan. Tämän ongelman koettiin koskevan lähinnä nopsalinjaa ja vallitsevasta koronatilanteesta johtuen myös infektiopotilaiden hoidosta vastaavan hoitoryhmän 3 toimintaa. Vastaajat kokivat, että potilaiden suhteen joutui käymään tietynlaista kaupankäyntiä siitä, mihin hoitoryhmään tai mahdollisesti nopsalinjalle potilas sijoitetaan hoidettavaksi. Potilaat eivät aina sijoittuneet hoito-ohjeiden mukaisesti oikeisiin hoitoryhmiin tai nopsalinjalle. Kaupankäyntiä joutui tekemään jonkin verran hoitohenkilökunnan kesken, mutta suurimmaksi osaksi koettiin, että ongelma johtui lääkäreiden halusta ohjata potilas eri ajanvarauslistalle kuin minne hänet alun perin oli ohjeistuksen mukaisesti sijoitettu. Hoito-ohjeisiin lähinnä nopsapotilaiden sekä hoitoryhmän 3

osalta toivottiin tarkennuksia ja selkeyttä. Lisäksi toivottiin yhtenäistä linjaa ja sitoutumista hoito-ohjeiden noudattamiseksi.

**Nopsalinjan ja hoitoryhmien potilaskuormitus hoitohenkilökunnan resursseihin verrattuna.** Nopsalinjan hoitajaresurssin riittävyys jakoi haastateltujen mielipiteet. Valtaosa oli sitä mieltä, että nopsalinjalla pärjää pääosin yhdellä hoitajalla. Makaavien nopsapotilaiden koettiin kuitenkin kuormittavan nopsahoitajaa ajoittain niin paljon, että niissä tilanteissa oli vaikeuksia pärjätä potilaskuormituksen kanssa. Jos nopsahoitajana toimi päivystävän sairaanhoitajan koulutuksen saanut henkilö, jonka työkuva on tavallista nopsahoitajaa laajempi, koettiin potilaskuormitus usein niissä tilanteissa nopsalinjalla liian suureksi.

Hoitoryhmässä 1 hoitajaresurssin koettiin vastaavan hyvin potilaskuormitusta. Ainoaksi ongelmaksi vastaajat kokivat tilanteet, joissa hoitoryhmän hoitajavahvuuteen kuuluva kipsaaja oli pitkiä aikoja pois hoitoryhmästä hoitaessaan erityistehtäväänsä hoitoryhmän ulkopuolella esimerkiksi kipsaushuoneessa. Tällöin hoitoryhmään 1 jäi vain kaksi hoitajaa, jonka koettiin olevan haasteellista tilanteissa, jolloin hoitoryhmässä oli paljon tai haastavia potilaita. Kipsaajan työpanosta vaativia potilaita oli hoitoryhmän 1 lisäksi myös nopsalinjalla. Edellä mainittu tilanne korostui esimerkiksi talvella erityisen huonoilla keleillä, jolloin kaatumisista johtuvia luunmurtumia sattui normaalia enemmän. Näiden tilanteiden yhteydessä myös hoitoryhmän 1 kuormitus oli tavallisesti keskimääräistä korkeampi.

Hoitoryhmässä 2 potilaskuormitus koettiin raskaimmaksi, mutta hoitajaresurssin koettiin olevan pääosin siellä kuitenkin kunnossa. Ajoittain ongelmaksi muodostui aamuvuorojen potilasmäärät, jotka saattoivat lähteä nousuun heti aamuvuoron alkaessa. Tällaisissa tilanteissa kuormitusta lisäsivät myös mahdolliset yövuorosta jääneet tavallista runsaammat potilasmäärät. Haastateltujen mukaan iltavuorojen kuormitushuippuihin puolestaan oli saatu hyvin lisää hoitajaresursseja illan ja iltayön välivuoroista.

Haastatteluajankohta osui syksyllä 2020 koronapandemian toisen aallon kanssa samaan aikaan. Hoitoryhmän 3 kuormittumista koskevissa kommentteissa poikkeustilanteen vaikutus näkyi. Hoitoryhmän 3 iltavuorot koettiin useissa kommentteissa erittäin kuormittaviksi, eikä hoitajaresurssi siellä aina riittänyt. Hoitoryhmä 3 suljettiin yöksi, ja sinne oli suunnitellusti osoitettu hoitohenkilökuntaa päivittäin kello 22 saakka. Useissa kommentteissa todettiin kuitenkin, että hoitoryhmässä 3 oli potilaita vielä iltavuoron päättymisen jälkeenkin. Näitä

potilaita hoitamaan jouduttiin ohjaamaan iltayön välivuorolaisia, joiden työpanos oli näin ollen pois muista toimipisteistä.

Kaiken kaikkiaan välivuorot nähtiin välttämättömiksi kuormitushuippujen tasaamisessa eri työpisteiden välillä. Toki välillä yhteispäivystyksessä oli sellaisiakin päiviä, että potilaita oli joka paikassa niin paljon, ettei apua ollut saatavilla. Suurin osa haastatelluista kuitenkin koki, että apua aina saa, kun sitä pyytää. Vuorovastaavan rooli hoitajaresurssin jakautumisessa ruuhkatilanteissa nähtiin tärkeäksi.

**Yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan eri tehtävänkuvien kuormittavuuden tasapuolisuus.** Vastaajien kokemukset yhteispäivystyksen eri työtehtävien kuormittavuudesta erosivat jonkin verran toisistaan. Osa vastaajista osasi nimetä työtehtäviä, jotka heidän mielestään kokonaisuudessaan olivat toisia työtehtäviä helpompia. Osa koki kaikki työtehtävät kokonaisuudessaan saman kaltaisiksi, mutta niiden fyysisessä ja henkisessä kuormittavuudessa nähtiin eroja.

Hoidon tarpeen arvioinnissa ja 116117-puhelinpalvelussa työskenteleminen oli vastaajien mielestä yksimielisesti fyysisesti helppoa työtä. Osa vastaajista piti kuitenkin kyseisiä työtehtäviä henkisesti melko kuormittavina. Fyysisesti raskaaksi työksi yhteispäivystyksessä koettiin hoitoryhmissä työskentely. Hoitoryhmään 2 painottui paljon ja fyysisesti raskashoitaisia vuodepotilaita. Tämä koettiin myös henkisesti kuormittavaksi. Hoitoryhmässä 3 työskentely vaati koronapandemian vuoksi lähes jatkuvaa suojavaatteissa työskentelyä, joka koettiin sekä fyysisesti että henkisesti raskaaksi. Hoitoryhmä 1 koettiin muita hoitoryhmiä helpommaksi kuormituksen osalta. Tähän vaikuttivat potilasmateriaalin laatu, mutta myös lyhyemmiksi koetut potilasvirtojen läpimenoajat. Tässäkin yhteydessä esiin nousivat kuitenkin tilanteet, joissa kipsaaja joutuu poistumaan hoitoryhmästä 1, jolloin sinne jäi ainoastaan kaksi hoitajaa. Tällöin hoitoryhmään jääneiden hoitajien kuormitus saattoi nousta merkittävästi. Välivuorojen osalta vastaajat kokivat työpisteiden vaihtumisen, joskus useammankin kerran kesken työvuoron, haasteelliseksi.

Vuorovastaavan tehtävänk kuva oli monelle hieman epäselvä. Vastauksista ilmeni, että vuorovastaavan työtä tehtiin hyvin monella eri tavalla. Osa koki vuorovastaavan tehtävän erittäin haasteelliseksi ja ylikuormitetuksi, osa taas piti sitä varsin helppona työtehtävänä yhteispäivystyksessä. Mielipiteeseen vaikutti hyvin paljon se, mitä kaikkea vastaaja mielsi

kuuluvaksi vuorovastaavan tehtäväkenttään. Moni vastaajista toivoi, että vuorovastaavan tehtävänkuvaa selkeytettäisiin nykyisestä.

Haastatellut suhtautuivat erilaisiin työvuorojen sisäisten vastuutehtävien aiheuttamiin kuormituksiin myös melko eri tavalla. Tällaisia tehtäviä olivat esimerkiksi vuorovastaavan ja traumahoitajan tehtävät. Osalle vastuutehtävät lisäsivät lähinnä henkistä kuormitusta, toisille taas ei. Vastuuta toivottiin myös kokeneemmille sijaisille, jolloin vastuuvuorot jakautuisivat useammille hoitohenkilökunnan jäsenille. Näin kokeneet hoitajat saisivat useammin myös niin sanottuja tavallisia työvuoroja hoitaakseen. Eri työtehtävien aiheuttamaa kuormitusta esitettiin vähennettäväksi myös jonkinlaisella systemaattisemmalla järjestelmällä hoitohenkilökunnan sijoitteluun työvuoroissa. Katsottiin kuitenkin, että myös jatkossa lähiesimiehen tulisi vastata sijoittelusta. Hoitoryhmiin toivottiin vastuuhoidajan nimeämistä perusvuoroissa eli aamu-, ilta ja yövuoroissa.

## 6.5 Aivoriihi

Aivoriihen jäsenet merkitsivät tärkeänä pitämiään ryhmähaastatteluista esiin nousseita kehityshaasteita post-it lappusille. Kaikki lappuset käytiin yksitellen läpi ja mietittiin yhdessä ideoita sekä lisähuomioita kehittämishaasteiden ratkaisemiseksi. Karkeasti jaettuna ratkaisut saattoi jakaa kahteen pääryhmään. Toisessa avainasemassa oli työvuorosuunnittelu ja toisessa erilaisten yhteispäivystyksen toimintaa ohjaavien kirjallisten asiakirjojen selkeyttäminen, tarkistaminen sekä niiden sisällön painottaminen käytännön työnteossa.

Työvuorosuunnittelun kautta haettiin ratkaisuja moniin kehityshaasteisiin. Ne liittyivät esimerkiksi hoitohenkilökunnan tarkoituksenmukaiseen sijoitteluun päivystyksen eri toimipisteisiin, parempaan potilaskuormituksen mukaiseen resursointiin eri vuorokaudenaikoina sekä päällekkäisen työajan optimoimiseen. Työvuorosuunnittelun avulla haettiin ratkaisuja myös hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin. Työn ja vapaa-ajan yhdistäminen paremman lopputuloksen toivossa tai liian usein toistuva kuormittavassa työpisteessä työskentelyn välttäminen nähtiin mahdolliseksi juuri työvuorosuunnittelun kautta. Myös mahdollinen työparityöskentely yhteispäivystyksen uutena hoitotyön työnjakomallina vaatii onnistuakseen hyvin valmisteltua työvuorosuunnittelua.

Työvuorosunnittelun avulla haluttiin keskittää aikaisempaa paremmin hoitohenkilökuntaa sellaisiin toimipisteisiin, joissa kuormitukset koettiin henkilöstöresursseihin nähden liian koviksi. Eri vuorokauden aikojen ja eri viikonpäivien tilastollinen kuormitus haluttiin ottaa entistä paremmin huomioon vuorovahvuuksia mietittäessä. Vastuualueiden hoitamiseen haluttiin myös tarjota työaikaa aikaisempaa enemmän työvuorojärjestelyjen avulla. Aamu- ja iltavuoron päällekkäinen kahden tunnin työaika haluttiin muuttaa tarkoituksenmukaiseksi siten, että siinä huomioitaisiin vain raportoinnin vaatima päällekkäisen työajan tarve. Poikkeuksena olivat sellaiset työpäivät, jolloin oli suunnitelmallisesti esimerkiksi hoitohenkilökuntaa koskevaa koulutusta tiedossa, jolloin nykyistä aamu- ja iltavuoron päällekkäistä työaikaa pystytään käyttämään hyväksi koulutuksia järjestettäessä. Erilaisten työvuorojen runsasta lukumäärää pyritään mahdollisuuksien mukaan vähentämään. Työvuorosunnittelun yhteydessä toteutettavaan hoitohenkilökunnan sijoitteluun eri toimipisteiden välillä pyritään kiinnittämään enemmän huomiota, ettei eri tavoilla raskaaksi koettujen työpisteiden toistuminen työntekijän työvuoroissa tapahtuisi liian useasti tai peräkkäisissä työvuoroissa. Ergonomisemman ja riittävästi yhtäjaksoista vapaa-aikaa tarjoavan työvuorosunnittelun tueksi on sairaanhoitopiirissä alkamassa toiminnallisen työvuorosunnittelun pilotointi, johon yhteispäivystys lähtee mukaan yhtenä pilottiyksikkönä. Toiminnallinen työvuorosunnittelu tarkoittaa automatisoinnin lisäämistä työvuorosunnittelussa. Näin toivotaan vähennettävän työvuorosunnittelusta aiheutuvan kuormituksen määrää esimiestasolla ja samalla tasalaatuisuuden lisääntymistä sekä inhimillisten virheiden vähentymistä työvuorosunnittelun yhteydessä. 12 tunnin työvuorojärjestelmän osalta yhteispäivystyksessä on samanaikaisesti tämän kehittämistehtävän kanssa suoritettu Webropol-kysely tähän työvuorojärjestelyyn liittyen. Tätä kehittämistehtävää kirjoitettaessa kyselyn analysointi oli vasta alkamassa. Työparityöskentelyn mallin mahdollisuutta yhteispäivystyksen hoitotyön toimintamalliksi haluttiin selvittää työvuorosunnittelun näkökulmasta.

Työvuorosunnittelun osalta aivoriihi totesi kuitenkin, että tietyt asiat yhteispäivystyksen toiminnassa ja hoitohenkilökunnan resursoinnissa ovat tällä hetkellä sellaisia, että niihin ei voida juurikaan vaikuttaa. Siksi nämä asiat ovat erittäin merkityksellisiä yhteispäivystyksen toiminnan kehittämisessä. Potilasmäärät eri vuorokauden aikoina ja viikonpäivinä sekä saapuvien potilaiden tulosyy yhteispäivystykseen ovat asioita, joihin ei yhteispäivystyksessä kovinkaan paljoa pystytä vaikuttamaan. Kysyntä määrää tarjonnan tarpeen, eli henkilökuntaa tulee olla paikalla työn määrää vastaavan tarpeen mukaisesti. Tämän mukaan on myös

nykyiset työvuorot määritelty, joten esimerkiksi tietyistä työvuoroista luopuminen saattaa aiheuttaa kuormituksen muuttumisen epätasaisemmaksi potilasvirran ja paikalla olevan hoitohenkilökunnan välillä. Toisaalta myöskään nykyisessä taloudellisessa tilanteessa ja koronapandemian uhan ollessa jatkuvasti läsnä, ei pidetty todennäköisenä, että yhteispäivystykseen olisi tarjolla jatkossakaan lisää henkilöstöresursseja. Tämä tarkoittaa sitä, että muutoksia hoitohenkilökunnan työnjaossa on tehtävä lähinnä yhteispäivystyksessä sisäisesti ilman ulkopuolelta tulevaa lisäresursointia. Kokonaan eri asia on mahdollinen koronapandemian voimakas aktivoituminen ja sitä myöden tapahtuva voimakkaaseen kysyntään vastaaminen lisäämällä henkilöstöresursseja myös yhteispäivystyksen ulkopuolelta. Nykyisessä työvuorojärjestelmässä on 47 työvuoroa vuorokaudessa. Kolmen viikon listassa tämä tarkoittaa 987 työvuoroa, jotka työvuorolistan tekijä sijoittelee vielä työvuorojen suunnittelun jälkeen työntekijöiden kesken. Aivoriihessä esitettiin myös merkittävä kyseenalaistus siitä, riittääkö kenenkään listansuunnittelijan resurssi huomioimaan esimerkiksi toistuvan sijoittelun aiheuttamaa mahdollista kuormitusta eri työntekijöiden välillä, etenkin kun eri työntekijät kokevat eri työtehtävät henkilökohtaisesti eri tavalla. Tämä vaatisi nykyistä enemmän aikaa työvuorosuunnittelun ja henkilökunnan sijoittelun määrittelyyn. Tällä hetkellä paine on kuitenkin mieluummin toiseen suuntaan, työvuorojen suunnitteluun käytettävää työaikaa tulisi pystyä vähentämään. Toiminnallinen työvuorosuunnittelu saattaa tuoda apua näihin ongelmiin. Toisaalta tämän järjestelmän pilotointi on vasta alkamassa, joten mahdollisia tuloksia sen toimivuudesta voidaan odottaa vasta tulevina vuosina.

Erilaisten yhteispäivystyksen toimintaa ohjaavien kirjallisten asiakirjojen selkeyttäminen, tarkistaminen sekä niiden sisällön painottaminen käytännön työnteossa koettiin aivoriihessä yhteispäivystyksen toiminnan kehittämisen kannalta tärkeäksi. Vuorovastaavan tehtävänkuvan selkeyttäminen ja nopsalinjan hoitoprosessin tarkistaminen olivat merkittävimmät aivoriihessä esiin nostetut kehitettävät asiat tällä osa-alueella. Hoitoryhmän mahdollisen vastuuhoidajan tehtävänkuvan määrittely ja alustava suunnittelu katsottiin aiheelliseksi ennen tehtävänkuvan mahdollista jalkauttamista käytännön työhön. Arkipäivisin iltavuorojen aikana on päivystyksessä toiminut potilaskuljettaja, joka on ollut tähän saakka työsuhteessa asiakaspalvelukeskukseen. Tavoitteena olisi tulevaisuudessa saada tämä työnkuva suoraan yhteispäivystyksen alaisuuteen. Jos toiminta toteutuu suunnitellusti eli potilaskuljettaja siirtyisi yhteispäivystyksen hallinnolliseen alaisuuteen, tämän mahdollisen tehtävänkuvauksen määrittely katsottiin myös tärkeäksi. Nopsalinjalla tähän saakka vaihtelevasti toimineen

päivystävän sairaanhoitajan tehtäväkuvaus koettiin selkeäksi. Se perustuu erilliseen toimivaltamääräykseen, jossa tietyt lääkärille normaalisti kuuluvat työtehtävät siirretään päivystävän sairaanhoitajan hoidettaviksi. Ongelmaksi on muodostunut lähinnä päivystävän sairaanhoitajan koulutuksen saaneiden hoitajien vähäisyys. Päivystävän sairaanhoitajan koulutus on tähän saakka ollut vain kuudella yhteispäivystyksen sairaanhoitajalla.



## 7 POHDINTA

Tätä kehittämistehtävää kuvastaa sanana parhaiten muutos. Se on saanut aikaan tarpeen tehdä kehittämistehtävän, ja muutos on ollut merkittävässä osassa myös sen toteutuksessa. Kehittämistehtävänäi aivan alkuperäinen tarkoitus oli tutkia vuoden 2019 alusta käynnistyneen Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kokemia ajatuksia ammattikuntansa välisestä työnjaosta ja tehtäväkuvauksista yhteispäivystyksessä. Alkuperäinen suunnitelma tutkimuksen toteuttamiselle sijoittui syksylle 2019. Yhteispäivystyksen toimintaa kuitenkin päätettiin muuttaa juuri syksyllä 2019, jolloin myös hoitohenkilökunnan työnjakoon ja tehtäväkuvauksiin tehtiin pieniä muutoksia. Tämän vuoksi myös kehittämistyön tutkimusta päätettiin siirtää alkuvuoteen 2020, jolloin hoitohenkilökunnalla olisi riittävästi näkemystä muutetuista käytännöistä. Valitettavasti tuokin suunniteltu aikataulu meni uusiksi, koska maailmanlaajuisesti levinnyt koronavirus muutti myös yhteispäivystyksen toimintaa ja sen henkilökunnan työskentelyä nopealla aikataululla. Siinä tilanteessa ei ollut tarkoituksenmukaista lähteä tekemään tutkimusta. Tutkimuksen taustatyötä oli tiedonkeruun osalta kuitenkin ehditty jo jossain määrin tehdä, ja se jatkui koronapandemian ensimmäisen aallon mentyä ohi kesällä 2020. Varsinainen kehittämistyö ajoittui syksyyn 2020, mutta myös sitä hankaloitti omalta osaltaan koronapandemia ja sen toinen aalto.

Alkuperäinen ajatus tutkimuksen aiheesta on matkan varrella jalostunut. Taustalla oli edelleen osaksi ajatus yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan tehtäväkuvauksista ja työnjaosta, mutta lopullisessa työssä tilannetta tarkasteltiin hoitohenkilökunnan kannalta laajemmin. Yhteispäivystyksen käynnistymisen jälkeen sen toimintaa on merkittävästi muokannut myös koronaviruspandemia. Sen vuoksi kehittämistehtävän lopulliseksi aiheeksi muodostui hoitohenkilökunnan kokemien haasteiden ja kehittämistarpeiden kartoittaminen yhteispäivystyksen muuttuvassa toimintaympäristössä. Tässä yhteydessä tulivat esiin myös hoitohenkilökunnan työnjako ja tehtäväkuvaukset monien muiden kehitettävien osa-alueiden ohessa. Kehittämistehtävän tarkoitus oli muodostaa yhteispäivystykseen hoitohenkilökunnan toimintatapaan viisi uutta mallia työvuorojärjestelyjen kautta. Niissä hyödynnetään sitä palautetta, jota tutkimuksesta saatiin. Kyseiset mallit sekä alkuperäinen, tällä hetkellä käytössä oleva malli vertailuineen löytyvät Liitteestä 2.

## 7.1 Työvuorojärjestelymallien vertailua

Uusia työvuorojärjestelyn malleja verrattiin alkuperäiseen, tällä hetkellä käytössä olevaan malliin. Vaihtoehtoisia malleja muodostettaessa pyrittiin siihen, että tuntikohtainen yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan vuorovahvuus säilyisi vähintään samana kuin se alkuperäisessä mallissa on. Näin huomioitiin yhteispäivystyksen potilaskuormitus vuorokauden eri aikoina myös uusissa malleissa. Viikonpäivien vaihtelua potilaskuormituksessa ei otettu tässä yhteydessä huomioon. Työvuorojen yhteenlaskettua yhteistuntimäärää vuorokaudessa ei haluttu merkittävästi ylittää. Tämä sen vuoksi, että uusien työvuorojärjestelyn mallien tuli onnistua nykyisen yhteispäivystyksen henkilökuntaresurssin puitteissa. Aamu- ja iltavuorojen kello 13-15 välille ajoittuvaa päällekkäistä työaikaa haluttiin vähentää. Näin saatiin siitä vapautuvaa resurssia kohdennettua muihin vuorokaudenaikoihin. Hoitohenkilökunnan henkilöstöresurssia pyrittiin lisäämään hoitoryhmän 2 aamuvuoroihin, jolloin kello 10-18 välisen välivuoron tarve väheni. Tällä tavoin voitiin vähentää välivuorojen ja sen myötä erilaisten työvuorojen kokonaislukumäärää. Illan ja iltayön aikaan ajoittuvien välivuorojen karsiminen ei ollut tarkoituksenmukaista, sillä tutkimuksen mukaan kyseinen aika vuorokaudesta oli sellaista, jolloin henkilöstöresurssiin kohdistui päinvastaisesti lisäspaineita. Hoitohenkilökunnan henkilöstöresurssia pyrittiin lisäämään myös hoitoryhmän 3 iltavuoroihin. Tarpeetonta henkilöstöresurssin lisäystä eri vuorokaudenaikoina pyrittiin välttämään. Pelkistettyihin 3-vuorotyön ja 12 tunnin vuoroihin perustuvia työvuorojärjestelyn malleja luotiin. 12 tunnin työvuorojärjestelyä huomioiden luotiin myös 8 ja 12 tunnin vuoroja hyödyntävä hybridimalli. Työparityöskentelyn näkökulmasta luotiin malli sekä alkuperäistä, tällä hetkellä käytössä olevaa työvuorojärjestelmää mukaillen, että 8 ja 12 tunnin vuoroja hyödyntävän hybridimallin pohjalta.

**Pelkistetty 3-vuorotyö.** Tässä työvuorojärjestelmässä kaikki välivuorot jäävät pois. Työvuorojen yhteenlaskettu kokonaistuntimäärä vuorokaudessa pysyy lähes samana alkuperäiseen työvuorojärjestelmään verrattuna. Aamuvuoron henkilöstöresurssiin tulee pientä lisäystä, joka voitaisiin suunnata hoitoryhmän 2 käyttöön. Illan ja iltayön tuntikohtainen vuorovahvuus pienenee kuitenkin merkittävästi ja aamuyön tunteihin tulee tarpeetonta henkilöstöresurssin lisäystä. Tässä työvuorojärjestelmässä aamu- ja iltavuoron päällekkäisen työajan aiheuttama vuorovahvuus kasvaa entisestään alkuperäiseen malliin verrattuna.

**8 ja 12 tunnin vuoroilla.** Tässä työvuorojärjestelmässä työvuorojen yhteenlaskettu kokonaistuntimäärä vuorokaudessa pysyy lähes samana alkuperäiseen työvuorojärjestelmään verrattuna. Tuntikohtainen vuorovahvuus pysyy samana tai lisääntyy aamu- ja ilta vuoron päällekkäistä ajanjaksoa lukuun ottamatta, jolloin tapahtuu tarkoituksenmukainen vuorovahvuuden lasku alkuperäiseen malliin verrattuna. Tarpeetonta henkilöstöresurssin lisäystä ei tässä mallissa tapahdu käytännössä lainkaan. Aamuvuoron henkilöstöresurssin lisäys voitaisiin ohjata hoitoryhmän 2 käyttöön, jolloin kello 10-18 välisen välivuoron tarve vähenee. Iltavuoron resurssilisä ohjattaisiin hoitoryhmän 3 käyttöön. Iltayön henkilöstöresurssi pysyy alkuperäisen mallin tasolla välivuorojen turvin.

**Pelkistetty 12 tunnin työ.** Tämä työvuorojärjestelmä perustuu pelkästään kolmeen eri ajankohtaan sijoitettuun 12 tunnin työvuoroon vuorokauden aikana. Tässä työvuorojärjestelmässä työvuorojen yhteenlaskettu kokonaistuntimäärä vuorokaudessa pysyy lähes samana alkuperäiseen työvuorojärjestelmään verrattuna. Työvuorojen määrä kello 13-15 välisenä aikana optimoituu, mutta samalla aamuvuorojen ensimmäisten tuntien sekä iltayön aikainen vuorovahvuus pienenee merkittävästi, ja aamuyölle tulee tarpeetonta resurssilisää. Tällä mallilla ei pystytä täysin vastaamaan hoitoryhmien resurssipulaan sellaisina kellonaikoina, jolloin tarve siihen olisi.

**Alkuperäinen työvuorojärjestely parityönä.** Alkuperäisen työvuorojärjestelyn muuttaminen hoitoryhmiä koskevaksi kokoaikaiseksi parityöskentelyksi kasvattaisi työvuorojen yhteenlaskettua kokonaistuntimäärää vuorokaudessa merkittävästi, lähes 30 tunnin verran. Parityöskentelyn vaatima henkilöstöresurssi jouduttaisiin ottamaan välivuoroista, joita ei tässä mallissa olisi lainkaan. Se aiheuttaisi merkittävän resurssivajeen etenkin illan tunteihin koko yhteispäivystyksen toimintaa ajatellen, vaikka hoitoryhmissä olisikin enemmän hoitohenkilökuntaa perusvuoroissa. Aamuvuoroon ja aamuyön tunteihin tulisi tarpeetonta ja tarpeettoman suurta henkilöstöresurssin lisäystä. Myös kello 13-15 välisen ajan vuorovahvuus kasvaa tässä mallissa alkuperäiseen verrattuna.

**Parityönä 8 ja 12 tunnin vuoroilla.** Kahdesta parityönä toteutettavasta työvuorojärjestelmän mallista hieman paremmin toimisi 8 ja 12 tunnin vuoroihin pohjautuva malli. Toki siinäkin on pääosin samat ongelmat kuin alkuperäisestä työvuorojärjestelmästä kehitetyssä parityömallissa. Tässäkin mallissa työvuorojen yhteenlaskettua

kokonaistuntimäärää vuorokaudessa kasvaisi, mutta ainoastaan 10 tunnin verran. Lisäksi aamu- ja iltavuoron päällekkäisen ajan vuorovahvuudessa tapahtuu tarkoituksenmukaista lasku alkuperäiseen malliin verrattuna.

Loppuyhteenvedon voidaan todeta, että sellaista työvuorojärjestelmän mallia, joka vastaisi täysin kaikkiin kehittämistehtävän yhteydessä esiin nousseisiin haasteisiin, ei taida olla mahdollista edes muodostaa. Uusista työvuorojärjestelmän malleista toimivimmaksi ja myös melko käyttökelpoiseksi tämän kehittämistehtävän perusteella näyttäisi muodostuvan 8 ja 12 tunnin hybridimalli ilman parityöskentelyä. Tällaisen uuden työvuorojärjestelmän sisäänajo, johon liittyy aikaisempaan verrattuna poikkeuksellisia työvuoroja, ei ole kuitenkaan yksinkertaista. Ongelmaksi muodostuvat esimerkiksi sijaistamiset 12 tunnin työvuoroihin. Läheskään kaikki yhteispäivystyksen erilaisia poissaoloja sijaistavista henkilöistä eivät olisi halukkaita tekemään sellaisia työvuoroja, jotka ovat 3-vuorotyöhön verrattuna normaalia pidempiä. Ennen uuden työvuorojärjestelmän käynnistämistä olisi selvitettävä myös se, olisivatko kaikki yhteispäivystyksen hoitotyöntekijät halukkaita siirtymään 8 ja 12 tunnin järjestelmään. Voitaisiko järjestelmää edes ottaa käyttöön, jos kaikki työntekijät eivät siihen osallistuisi, vaan osa jäisi tekemään työtään nykyisen työvuorojärjestelmän pohjalta? Aiheuttaisiko tämä työntekijöiden eriarvoistumista ja millaisia haasteita se muodostaisi työvuorosuunnittelun kannalta? Näihin kysymyksiin ei tämän kehittämistehtävän yhteydessä oteta kantaa. Jos uutta työvuorojärjestelmää yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan malliksi lähdetään pilotoimaan, on sen yhteydessä mietittävä näiden ja monien muidenkin muutokseen liittyvien osa-alueiden merkitystä ja käytännön järjestelyjä erikseen.

## **7.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen uskottavuus on suoraan yhteydessä tutkijan käyttämiin eettisiin ratkaisuihin. Uskottavuuden peruspilareita tutkimuksessa ovat hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamiset. Vastuu tutkimuksen rehellisyydestä ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on tutkimuksen tekijällä itsellään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.)

Tämä kehitystehtävä oli sekä potilas-, työntekijä- että työnantajalähtöinen. Kehittämistehtävän tuloksilla parannetaan potilasturvallisuutta, kohdennetaan potilaaseen

tarkoituksenmukaista hoitoa ja ehkäpä myös lyhennetään potilaan läpikulkuaikaa päivystyksessä. Se karsii päällekkäisiä työtehtäviä ja sujuvoittaa hoitohenkilökunnan työntekoa. Tarkoituksena oli kohdentaa resursseja aikaisempaa paremmin potilaiden hoitamiseen ja samalla tunnistaa ne epäkohdat, jotka vaarantavat hoitohenkilökunnan työhyvinvointia yhteispäivystyksessä. Kehitystehtävän tavoitteena ja tarkoituksena ei ollut arvioida yksittäisen hoitotyötä tekevän henkilön ammattitaitoa. Kehitystehtävässä ei myöskään käsitelty potilastietoja. Kehitystehtävän tarkoituksena oli kerätä mielipiteitä käytössä olevista menetelmistä ja käytännöistä sekä selvittää vastaajien mielipiteitä mahdollisista muutostarpeista niissä. Tiedonkeruu kohdistui ainoastaan henkilöstöryhmään, jonka omaa työnjakoa ja tehtävänkuvaa oltiin kehittämässä.

Kehittämistyön eettisyydestä pyrittiin huolehtimaan työn eri vaiheissa. Aiheen valinta oli eettinen. Siinä pyrittiin löytämään yhteispäivystyksen toiminnassa piileviä epäkohtia käytännön hoitotyön näkökulmasta. Kyseisen näkökulman puuttuminen toiminnan kehitykseen liittyen tiedostettiin etukäteen. Kaikkiin tiedonkeruumenetelmiin osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastaajien henkilöllisyys ei ole todennettavissa minkään tiedonkeruumenetelmän yhteydessä. Tutkimukseen osallistuneille annettiin myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan yksilöllisesti sähköpostin välityksellä, jos koki ryhmähaastattelutilanteessa asetelman sellaiseksi, ettei voinut sanoa mielipidettään vapaasti. Ainuttakaan yksilöllistä yhteydenottoa ryhmähaastattelujen osalta ei kehittämistehtävän tekijään kuitenkaan otettu.

Merkittävä eettinen poikkeama liittyi kehittämistehtävän tutkimuslupaan, joka haettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä. Alun perin keväälle 2019 valmisteltu tutkimusluvan hakeminen yksinkertaisesti jäi muiden asioiden varjoon, eikä sitä kehittämistehtävän tekijän toimesta epähuomiossa tullut tehtyä tuolloin keväällä 2019 lainkaan. Asia selvisi kehittämistehtävän tekijälle lokakuun loppupuolella 2020, jolloin kehittämistehtävä oli jo hyvin pitkällä. Tutkimuslupa laitettiin vireille välittömästi, kun epäkohta tuli kehittämistehtävän tekijän tietoon. Ironista kyllä, tutkimusluvan puuttuminen selvisi kehittämistehtävän tekijälle siinä vaiheessa, kun hän alkoi kirjoittaa tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta käsittelevää osiota. Myönteinen tutkimuslupa tuli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä varsin nopeasti, mutta tutkimuksen eettisyys koki merkittävän kolauksen tässä yhteydessä.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä, miten tutkittava ilmiö on tavoitettu. Tässä yhteydessä aineiston laatu korostuu. Sisällönanalyysin haasteena on se, miten hyvin pelkistetty tieto vastaa tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysin tuloksen luotettavuus mitataan sillä, miten hyvin kerätyn aineiston ja lopputulosten välinen yhteys pystytään osoittamaan. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36-37.)

Tämän kehittämistehtävän aineistonkeruu perustui ideaseinän, ryhmähaastattelujen ja aivoriihen tuottamaan tietoon. Vertailutietoa kehittämistehtävän tueksi haettiin benchmarkingin avulla. Yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus kirjoittaa mielipiteitään ideaseinille verrattain pitkän ajan kuluessa. Tämä takasi sen, että kaikilla halukkailla oli mahdollisuus mielipiteensä antaa. Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 28 hoitajaa, joka vastaa noin kolmasosaa koko yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan vahvuudesta määräaikaiset työntekijät mukaan luettuna. Aivoriiehen osallistuivat yhteispäivystyksen kaikki lähiesimiehet ja päivystysalueen ylihoitaja. Kaikkiaan kehittämistehtävän aineistoa kerättiin kymmenen kuukauden aikana, tosin koronapandemiasta johtuen kevään ja alkukesän 2020 aikana siinä oli noin 3 kuukauden mittainen tauko. Aineistonkeruuseen käytetty aika muodostui olosuhteista johtuen melko pitkäksi. Tästä huolimatta tulokset niin ideaseinältä, ryhmähaastatteluista kuin aivoriihestäkin olivat varsin samankaltaisia. Tulosten toistettavuus on merkittävässä roolissa tulosten luotettavuuden ja tutkitun ilmiön tavoitettavuuden arvioinnissa kun käytetään eri aineistonkeruumenetelmiä verrattain pitkän aikavälin kuluessa ja muutospaineiden vaikuttaessa koko ajan tutkittavaan ilmiöön.

Kehittämistehtävän luotettavuutta kuvaa myös se, että sen tuloksena syntyneitä työvuorojärjestelmämalleja käytetään osin jo vuoden 2020 marras-joulukuussa apuna, kun arvioidaan 12 tunnin työvuorojärjestelmän soveltumista yhteispäivystyksen käyttöön. Kehittämistehtävän luotettavuudesta kertoo myös se, että sen kirjallista tuotosta tullaan aktiivisesti tarjoamaan kaikkien yhteispäivystyksen työntekijöiden tutustuttavaksi.

### **7.3 Tutkimus- ja kehittämis ehdotuksia jatkossa**

Kehittämistyön pohjalta nousi melko runsaasti erilaisia kehittämishaasteita myös tulevaisuutta ajatellen. Osa niistä oli pienempiä, mutta myös muutamia suurempia, koko

yhteispäivystykseen toimintaa vaikuttavia kehittämishaasteita nousi esiin. Tutkimusaineiston myötä erottui viisi erilaista tulevaisuuden kehittämishaastetta Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Niihin on sisällytetty myös pienempiä tutkimuksen eri vaiheissa esiin nousseita haasteita.

Vuorovastaavan tehtäväkuva vaatii tulevaisuudessa korostamista. Olemassa oleva tehtäväkuva on varsin selkeä, mutta noudatetaan hyvin vaihtelevasti. Vuorovastaavan työtä tehdään hyvin pitkästi sen mukaan, miten kulloinkin siinä tehtävässä toimiva parhaaksi itse näkee. Se aiheuttaa jossain määrin sekaannusta yhteispäivystyksen toiminnassa, koska hoitohenkilökunta ei voi olla varma siitä, että vuorovastaava tekee työtään aina samalla tavalla. Etenkin silloin, kun yhteispäivystyksessä ei ole lähiesimiestä paikalla, kasvaa vuorovastaavan rooli merkittävästi. Sen vuoksi vakiintunut, kaikkien yhteispäivystyksen hoitajien noudattama yhteinen toimintamalli vuorovastaavana olisi ensiarvoisen tärkeää. Vuorovastaavan tehtäväkuvaa voisi lähteä tarkistamaan ja tarvittaessa muokkaamaan ideaseinän avulla. Näin tehtäväkuvasta voitaisiin muodostaa pääosin sellainen, millaisena valtaosa yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnasta sen näkee. Samalla voitaisiin määritellä muutamia pienempiä yhteispäivystyksen työtehtäviä joko vuorovastaavalle tai jollekin muulle yhteispäivystyksen tehtäväkuvalle kuuluvaksi. Tällaisia pienempiä tutkimuksen yhteydessä esiin nousseita työtehtäviä ovat esimerkiksi hoitoryhmien lääketilausten purkaminen, leposidesänkyjen tarkistaminen sekä turvahuoneisiin ja eristys huoneisiin sijoitettujen potilaiden hoitovastuun selkeä määrittäminen.

Nopsalinjan hoitoprosessi nousi esiin merkittävänä kehittämistarpeena tulevaisuudessa. Ongelmaksi muodostuivat lähinnä nopsalinjalle ohjautuva potilasmateriaali ja makaavien nopsalinjan potilaiden sijoittelu sekä haasteet hoitotyön kannalta. Nopsalinjan potilasmateriaali tulisi jatkossa joko rajata täysin potilaisiin, jotka pystyvät odottamaan vuoroaan istuen tai sitten makaaville nopsapotilaille tulisi perustaa erillinen muutamalla paikkaa varustettu tila nopsalinjan yhteyteen. Jos näin toimittaisiin, nopsalinjalle päätyvät makuupaikkaa vaativat potilaat tulisi rajata selkeämmin sellaisiin potilasryhmiin, jotka ovat nopsalinjan toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisia. Sellaisia istuvia potilaita, joiden tulossyy vaatii jo lähtökohtaisesti erikoissairanhoidon palveluita, ei tulisi sijoittaa nopsalinjalle. Nopsalinjan hoitoprosessin selkeyttäminen vaatii moniammatillista selvitystyötä, koska pitää ottaa huomioon hoitotyön, lääketieteen ja potilashallinnon näkökulmat. Kaikkein merkittävin rooli on

kuitenkin sillä, että hoitohenkilökunnan ja lääkärinkunnan veloitetaan noudattamaan vallitsevaa hoitoprosessia.

Hoitoryhmään nimetty vastuuhoitaja voisi olla vastaus esimerkiksi työnjaollisiin haasteisiin hoitoryhmissä. Tämä voisi toimia etenkin siinä tapauksessa, että työparityöskentelyä ei saada toteutettua yhteispäivystyksen hoitotyön toimintamallina. Silloin hoitoryhmään nimetty vastuuhoitaja voisi huolehtia potilaiden tasaisesta jakautumisesta hoitoryhmän eri hoitajien välillä. Vastuuhoitaja voisi myös määritellä välivuorolaisten työtehtävät hoitoryhmässä kulloisenkin tilanteen mukaan. Vastuuhoitajan tehtävänä voisi myös olla sen varmistaminen, että yhteispäivystyksessä potilaana olevan henkilön perustarpeista, kuten ruokailuista, tarvittavista kotilääkityksistä, perussairauksiin liittyvistä mittauksista ja esimerkiksi erittämiseen liittyvistä hoitotoimenpiteistä sekä vaikkapa vuodepotilaan makuuhaavojen ehkäisemisestä huolehdittaisiin varmasti tarvittavin väliajoin. Tietyt erityistehtävät, esimerkiksi hoitoryhmän lääketilauksen purkaminen, voisivat olla vastuuhoitajan tehtävänkuvaan kuuluvaa työtä.

Tällä hetkellä potilaskuljettaja toimii yhteispäivystyksessä arkisin iltavuoroissa. Hän on hallinnollisesti asiakaspalvelun työntekijä, jonka työnkuvaa yhteispäivystyksessä voi luonnehtia ostopalveluluonteiseksi. Tulevaisuuden tavoitteena on saada potilaskuljettaja yhteispäivystyksen työntekijäksi. Jos potilaskuljettaja siirtyy hallinnollisesti yhteispäivystyksen alaisuuteen, voidaan hänen tehtävänkuvansa määritellä tarkemmin yhteispäivystyksen tarpeista lähteväksi. Tehtävänkuva pohjautunee pääosin erilaisiin potilaskuljetustehtäviin, mutta se mahdollistaa kyseisen työntekijän käyttämisen myös muissa avustavissa työtehtävissä päivystyksessä. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi vessassa käynnin avustamiset, potilasruokailusta huolehtimiset tai muut sellaiset juoksevat asiat, jotka liittyvät potilaan päivystyksessä viettämään aikaan, mutta eivät välttämättä vaadi hoitohenkilökunnan työpanosta. Potilaskuljettajan työn haasteena tulisi varmasti olemaan sen iltapainotteisuus. Tällä hetkellä työ on pelkkää iltavuoron tekemistä arkisin. Jos työajat noudattavat myös jatkossa tätä periaatetta, ongelmana tulee varmasti olemaan pitkäaikaisen työntekijän sitouttaminen tehtävään.

Päivystävän sairaanhoitajan koulutuksen käyneiden sairaanhoitajien lukumäärä yhteispäivystyksessä on ollut tähän saakka vähäinen. Se on aiheuttanut sen, että toimintaa ei ole voitu järjestää jatkuvana, eikä edes minkään tietyn kaavan mukaisena, vaan päivystävän



sairaanhoitajan palvelut ovat olleet tarjolla epäloogisesti. Se on aiheuttanut hämmennystä ja epätietoisuutta, kun vakiintunutta käytäntöä ei ole voitu päivystävän sairaanhoitajan palveluihin muodostaa. Vuoden 2020 loppuun mennessä päivystävän sairaanhoitajan koulutuksen saaneiden henkilöiden määrä kuitenkin kaksinkertaistuu, jonka toivotaan selkiyttävän päivystävän sairaanhoitajan vastaanoton pyörittämistä. Se, miten sitä jatkossa tullaan pyörittämään nopsalinjan yhteydessä tai sen rinnalla, riippuu erittäin suurelta osin siitä, miten suuri työvuororesurssi yhteispäivystyksessä voidaan irrottaa päivystävän sairaanhoitajan vastaanottoon. Lisäksi nopsahoitajan ja päivystävän sairaanhoitajan työskentely rinnakkain nopsalinjalla täytyy saada tarkoituksenmukaiseksi niin, että hoitohenkilökunnan työaika vastaa sitä kuormitusta, mikä nopsalinjalla kulloinkin eri vuorokauden aikoina ja viikonpäivinä on.

## LÄHTEET

- A 29.8.2017/583. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Saatavana: [https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA\\_p%C3%A4ivystys\\_22.8\\_2.pdf/b1a32d3f-6fbc-4867-a4e9-bc9e6413c3a2/VNA\\_p%C3%A4ivystys\\_22.8\\_2.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_p%C3%A4ivystys_22.8_2.pdf/b1a32d3f-6fbc-4867-a4e9-bc9e6413c3a2/VNA_p%C3%A4ivystys_22.8_2.pdf)
- Carleton, T., Cockayne, W. & Tahvanainen, A-J. 2013. Playbook for strategic foresight and innovation. A hands-on guide for modeling, designing, and leading your company's next radical innovation. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 27.9.2020. Saatavana: <https://www.the-geniusworks.com/wp-content/uploads/2016/01/Playbook-for-Strategic-Foresight-and-Innovation-A4.pdf>
- Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopenan, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. [Verkkosivu]. Viitattu 9.9.2020. Saatavana: <https://www.epshp.fi/sairaanhoitopiiri>
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Exreport-raportointijärjestelmä. Yhteispäivystyksen potilaskuormitus vuonna 2019. Viitattu 22.10.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy
- Honkanen, H. 2006. Muutoksen agentit. Helsinki: Edita Prima Oy
- INNOKYLÄ. Kaikille avoin yhteisen kehittämisen ja tiedon jakamisen ympäristö. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Aivoriini. Viitattu 29.9.2020. Saatavana: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriini>
- Janhonen S. & Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY
- Jokinen, N. 2018. Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen epäsäännöllisessä vuorotyössä. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 14.9.2020. Turun yliopisto. Pro Gradu. Saatavana: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/146596/JokinenNelliOpinnayte.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Juuti, P. Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Helsinki: Kustannusyhtiö Otava.
- Järvinen, P. 2013. Onnistu esimiehenä. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

- Kara, S. 2019. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon keskittäminen Suomessa ja sen aiheuttamat muutokset Pohjois-Kymen sairaanhoitopiirin toimintaan. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 10.9.2020. Helsingin Yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Tutkielma. Saatavana: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/308277/Kara\\_Sanna\\_Pro\\_gradu\\_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/308277/Kara_Sanna_Pro_gradu_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2017. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- L 30.12.2010/1326. Terveystieteiden lakien muuttamisesta. Kiireellinen hoito 50 §. Saatavana: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Laaksonen H., Ollila S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Lankinen, I. 2013. Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden arvioimana. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 11.9.2020. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston hoitotieteen tohtoriorjelma. Väitöskirja. Saatavana: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/90492/AnnalesC363Lankinen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Lappi T. 2018. Konfliktit ja niiden ratkaiseminen työyhteisössä – Osastonhoitajien haastattelututkimus. [Verkko-julkaisu]. Viitattu 16.9.2020. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Pro Gradu-tutkielma. Saatavana: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20180583/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20180583.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180583/urn_nbn_fi_uef-20180583.pdf)
- Lauri S. & Elomaa L. 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY
- Lepistö S. 2006. Hoitotyön johtajan työssä jaksamiseen saamansa tuki. [Verkko-julkaisu]. Viitattu 16.9.2020. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93410/gradu01064.pdf>
- Lång, T. 2013. Sairaanhoitajien käsityksiä yhteispäivystyksessä tarvittavasta ammattitaidosta. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 11.9.2020. Itä-Suomen Yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro Gradu-tutkielma. Saatavana: [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)
- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy
- Mikkola, R. 2013. Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapuklinikoilla. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 11.9.2020. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja. Saatavana: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/68157/978-951-44-9137-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Mäkitalo, J. Paso, E. 2012. Muutostyössä. Oulu: Erweko Oy
- NHG, 2020. Päivystyksen kehittäminen. Loppuraportti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Nordic Healthcare Group. Jaettu yhteispäivystyksen henkilökunnalle.
- Nevalainen, V. 2007. Ihminen ja työ. Helsinki: Edita Prima Oy
- Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-K (toim.) 2015. Terveystieteiden muutokset. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 8.9.2020. Tampere: Tampere University Press. Saatavana: [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98488/Terveystieteiden\\_muutokset\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98488/Terveystieteiden_muutokset_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 11.9.2020. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro Gradu-tutkielma. Saatavana: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoitotiede-gradu2009nummelin.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Ojanperä L. 2020. Yhteispäivystyksen hoitotyön työnjaon kehittäminen potilasturvallisuuden parantamiseksi. Seinäjoen Ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. YAMK-kehittämistehtävä.
- Otala, L. 2018. Ketterä oppiminen. Viro: Meedia Zone Oy
- Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY
- Pitkälä, K. 2006. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystisyhteistyö. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 10.9.2020. Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Terveystieteiden tiede. Pro Gradu-tutkielma. Saatavana: <https://docplay-er.fi/27305562-Perusterveydenhuollon-ja-erikoissairaanhoidon-paivystisyhteisty.html>
- Poijula, S. 2018. Resilienssi. Helsinki: Kirjapaja
- Ponteva, K. 2012. Muutoksessa. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoimittajana. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 10.9.2020. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja. Saatavana: [Verkkojulkaisu]. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-781-937-4/urn\\_isbn\\_951-781-937-4.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-937-4/urn_isbn_951-781-937-4.pdf)

- Salminen-Tuomaala, M. 2016. The Foresight Framework –malli yhteistoiminnallisen workshop-työskentelyn menetelmänä. Teoksessa: Asta Heikkilä & Jenni Kulmala (toim.). Uusia työmenetelmiä ja innovaatioita hyvinvoinnin edistämiseen: SeAMK Sosiaali- ja terveysala tutkii ja kehittää. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 27.9.2020. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B. Raportteja ja selvityksiä 120. Saatavana: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/121237/B120.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- STM, 2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 8.9.2020. Saatavana: [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)
- STM, 2019. Erikoissairaanhoidon työnjaon ja päivystyksen toteutuminen kansallisessa kokonaisuudessa. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 9.9.2020. Saatavana: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161330/Rap\\_3\\_2019\\_Erikoissairaanhoidon%20toteutuminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161330/Rap_3_2019_Erikoissairaanhoidon%20toteutuminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- STM, 2019. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä – suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 18.9.2020. Saatavana: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161737/STM\\_2019\\_23\\_Laatu-ja\\_potilasturvallisuus\\_ensihoidossa\\_ja\\_paivystyksessa.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161737/STM_2019_23_Laatu-ja_potilasturvallisuus_ensihoidossa_ja_paivystyksessa.pdf)
- Tehtävien ja työnjaon muutokset. Opas terveydenhuollon ja työelämän kehittämiseen. 2009. Helsinki: Kunnallinen työmarkkinalaitos, suomen kuntaliitto
- THL, 2012. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan päivystys Suomessa 2011. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 8.9.2020. Saatavana: <https://thl.fi/documents/10531/95751/Raportti%202012%2030.pdf>
- TTL, 2013. Organisaatiomuutos työntekijän näkökulmasta. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 16.9.2020. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131753/Organisaatiomuutos%20ty%C3%B6ntekij%C3%A4n%20n%C3%A4k%C3%B6kulmasta.pdf?sequence=1>
- TTL, 2019. Työaikojen muutosten ja kehittämisinterventioiden vaikutukset työhyvinvointiin, työturvallisuuteen ja työhön osallistumiseen. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 14.9.2020. Saatavana: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137526/H%C3%A4rm%C3%A4\\_ym\\_2019\\_Ty%C3%B6aikojen\\_muutosten\\_ja\\_kehitt%C3%A4misinterventioiden\\_vaikutukset.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137526/H%C3%A4rm%C3%A4_ym_2019_Ty%C3%B6aikojen_muutosten_ja_kehitt%C3%A4misinterventioiden_vaikutukset.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Kustannusyritys Tammi
- University of Eastern Finland. Ei päivystä. Benchmarking. [Verkkosivu]. Viitattu 30.9.2020. Saatavana: <http://www3.uef.fi/web/guest/benchmarking>

## **LIITTEET**

Liite 1. Hoitohenkilökunnan tehtäväkuvat (kirjattu käytännön mukaisesti)

Liite 2. Työvuorojärjestelyn malli

## Liite 1. Vuorovastaavan tehtäväkuva

(kirjattu käytännön mukaisesti)

# VUOROVASTAAVA

TYÖVUOROT;            **A 7-15, I 13-21, Y 20.30-7.15**

## TYÖTEHTÄVÄT

- Operatiivinen hoitotyön vastuuhoidtaja työvuorossa
  - o Päivystyksen kokonaistilanteen seuranta
  - o Hoitohenkilökunnan uudelleensijoittelu tarvittaessa potilasmäärän ja hoitoisuuden mukaan
  - o Tarvittavan ulkopuolisen lisäavun hälyttäminen
- Sairaspoissaolojen järjestely silloin, kun lähiesimies ei ole paikalla. Esimiehen informointi sairaspöissaoloista ja niiden järjestelyistä
- Esimiehen informointi poikkeavista tilanteissa työvuoron aikana
- Hoitovastuu Nopsalinjan potilaista klo 03-07 välisenä aikana
- Virveliikenteen varmistaminen; ellei kutsuttu taho vastaa, vuorovastaava vastaa kutsuun ja hoitaa asian eteenpäin
- Auttaa tarvittaessa potilastyössä. Kuitenkin niin, että pystyy irrottautumaan siitä nopeastikin
- Raportoi vallitsevasta tilanteesta yhteispäivystyksessä seuraavalle vuorovastaavalle
- Yhteistyö L2:n (lääkäreiden vuorovastaava) kanssa
- Alkoverinäytteiden otto tarvittaessa

## Liite 1. Hoidon tarpeen arvioinnissa työskentelevän hoitajan tehtäväkuva

(kirjattu käytännön mukaisesti)

### HTA-HOITAJA (TRIAGE)

TYÖVUOROT;            **A 7-15, F 8-16, I 13-21, Ä 16-24, Y 20.30-7.15**

#### TYÖTEHTÄVÄT

- Potilaan vastaanotto, hoidon tarpeen arvio (ESI-luokitus) ja kirjaaminen ajanvarauskirjoille
- Hoidon tarpeen arvion perusteella potilaan ohjaus muiden palveluiden piiriin
- Hoidon tarpeen arvion perusteella potilaan sijoittaminen oikeaan hoitoryhmään
- Tarvittavien potilasasiakirjojen tulostaminen (potilasranneke, henkilötietotarrat, sairauskertomusteksti, jne.)
- Lyhyt, selkeä tulovaiheen kirjaus AKUHOI-lehdelle. Kuumekurvan avaaminen tarvittaessa.
- Vartijan informoiminen uhkaavasti käyttäytyvästä potilaasta
- Ennakoilmoituksen vastaanottaminen ja ennakoilmoituskaavakkeen täyttö
- Ennakoilmoituspotilaan saapumisaikataulusta ja mahdollisista voinnin muutoksista ilmoittaminen Virve-puhelimella
- Selvittää traumahälytyksen tarpeen ja tekee traumahälytyksen. Ks. erillinen ohje.
- Selvittää AVH-potilaan liuotusprotokollan tarpeen ja tekee AVH-hälytyksen. Ks. erillinen ohje.
- Informoi hoitoryhmiä suoraan niihin tulevista potilaista (esim. seinäjoen tk:n vuodeosastot ja sairaalan poliklinikat)
- Toiminnan aloitus perus- ja täyshälytyksessä. Ks. erillinen ohje.
- Helikopterin saapumisen valmistelu. Ks. erillinen ohje.
- Asiakaspalvelu; ohjata potilaita ja omaisia oikeisiin paikkoihin
- Turvahuoneen potilaiden seuranta ja tarkkailun kirjaaminen. Ks. erillinen ohje. Hoitoryhmien hoitajat tekevät tarvittavat hoitotoimenpiteet.
- Triagehuoneen ja triagen odotustila aamukierto
- Palautettujen hoitovälineiden (esim. kyynärsauvojen) puhdistus ja vienti varastoon
- Sanomalehtien vieminen odotustiloihin
- Alkoverinäytteiden otto tarvittaessa



## Liite 1. Nopsa-linjalla työskentelevän hoitajan tehtäväkuva

(kirjattu käytännön mukaisesti)

# NOPSA-HOITAJA/PÄIVYSTÄVÄ SH

TYÖVUOROT;           A 7-15, I 13-21, Ö 18.15-03

**Nopsa-linja auki 24/7**

## TYÖTEHTÄVÄT

- Potilaan vastaanotto Nopsalinjalle. Potilaan/saattajan haastattelu. Perehtyminen potilaan lähetteeseen tai muihin sairaskertomuspapereihin.
- Potilaan hoidon tarpeen tarkennetun arvion tekeminen
- Oirediagnostiikka tukevien tutkimusten tekeminen ja tilaaminen harkinnan mukaan
- Potilaan hoidon aloittaminen, potilaan hoito ja kotihoidon ohjaus tarvittaessa
- Potilaan jatkohoidon järjestäminen, tarvittavien hoitomääräysten toteuttaminen ja niiden kirjaus sekä potilasasiakirjojen päivittäminen ennen potilaan siirtoa jatkohoitopaikkaan
- Raportointi potilaasta vastaanottavaan yksikköön
- Tarvittavan kuljetuksen järjestäminen jatkohoitopaikkaan tai kotiin
- Potilaiden sekä heidän omaistensa ohjaus ja neuvonta, itsehoidon ohjaus ja tukeminen omahoidossa
- Alkoverinäytteiden otto tarvittaessa
- Nopsalinjan lääketilausten tekeminen
- Vastaanottohuoneiden huolto- ja täydennystyöt ensisijaisesti aamuvuorojen aikana
- Hoitolaitteiden tarvittavat kalibroinnit ensisijaisesti aamuvuorojen aikana
- Rikkoutuneiden laitteiden ja välineiden toimittaminen huoltoon
  
- Päivystävät sairaanhoitajat toimivat erikseen laaditun toimivaltamääräyksen perusteella. Ks. erillinen ohje.

## Liite 1. Hoitoryhmässä työskentelevän hoitajan tehtäväkuva

(kirjattu käytännön mukaisesti)

# HOITORYHMÄN HOITAJA/KIPSAAJA

TYÖVUOROT;                   A 7-15, Q 10-18, I 13-21, Ä 16-24, Ö 18.15-03, Y 20.30-7.15

Kipsari A 7-15, I 13-21, Y 20.30-7.15

Hoitoryhmät 1 ja 2 auki 24/7, hoitoryhmä 3 auki klo 12-21

## TYÖTEHTÄVÄT

- Potilaan vastaanotto hoitoryhmään. Raportin vastaanotto (ensihoito, saattamassa oleva hoitaja, jne.) ja/tai perehtyminen potilaan läheteeseen tai muihin sairaskertomuspapereihin. Potilaan/saattajan haastattelu.
- Potilaan hoidon tarpeen tarkennetun arvion tekeminen
- Oirediagnoosiikka tukevien tutkimusten tekeminen ja tilaaminen
- Potilaan hoidon aloittaminen, potilaan hoito ja kotihoito ohjaus tarvittaessa
- Potilaan jatkohoidon järjestäminen, tarvittavien hoitomääräysten toteuttaminen ja niiden kirjaus sekä potilasasiakirjojen päivittäminen ennen potilaan siirtoa jatkohoitopaikkaan
- Raportointi potilaasta vastaanottavaan yksikköön
- Tarvittavan kuljetuksen järjestäminen jatkohoitopaikkaan tai kotiin
- Potilaiden sekä heidän omaistensa ohjaus ja neuvonta, itsehoidon ohjaus ja tukeminen omahoidossa
- Traumahälytyksessä toimiminen (traumahoitaja, K1- ja K2-hoitajat). Ks. erillinen ohje.
- AVH-potilaan liuotusprotokollan mukainen toiminta (traumahoitaja). Ks. erillinen ohje.
- Tulipalotilanteessa pelastajina toimiminen. Pelastajina toimivat traumatiimin jäsenet. Ks. erillinen ohje
- Hoitoryhmien lääketilausten tekeminen
- Hoitoryhmien ja muiden tilojen huolto- ja täydennystyöt ensisijaisesti aamuvuorojen aikana. Hoitoryhmien henkilökunta vastaa aina oman hoitoryhmän tilojen huollosta ja täydennyksestä.
- Hoitoryhmän 1 henkilökunta vastaa traumahuoneen huollosta ja täydentämisestä
- Hoitolaitteiden tarvittavat kalibroinnit ensisijaisesti aamuvuorojen aikana
- Rikkoutuneiden laitteiden ja välineiden toimittaminen huoltoon
- Infektiohuoneisiin sijoitettujen potilaiden hoito
- Turvahuoneisiin sijoitettujen potilaiden hoito
- Toiminta perus- ja täyshälytyksessä. Ks. erillinen ohje
  
- Kipsaaja vastaa yhteispäivystyksen potilaiden kipsaus- ja tuentatoimenpiteistä
- Kipsaaja työskentelee ensisijaisesti hoitoryhmässä 1, jos kipsaus- tai tuentatoimenpiteitä ei ole tehtävänä
- Kipsaaja vastaa kipsihuoneen ja toimenpidehuoneiden huollosta ja täydennyksistä
- Kipsaaja toimii traumahälytyksessä K2-hoitaja

## Liite 2. Alkuperäinen työvuoromalli

ALKUPERÄINEN		38 x 8 h ja 9 x 10,45 h	
7.00-15.00	Vuorovastaava	1	
	HTA	1	
	HR1	3	
	HR2	3	
	HR3	3	
	Nopsa	1	
	Puhelin	2	
			<b>Yhteensä 14</b>
8.00-16.00	Drive in	2	
	HTA	1	
			<b>Yhteensä 3</b>
13.00-2100	Vuorovastaava	1	
	HTA	1	
	HR1	3	
	HR2	4	
	Nopsa	1	
14.00-22.00	HR3	3	
	Puhelin	2	
			<b>Yhteensä 15</b>
16.00-24.00	HTA	1	
	Kiireapu	2	
			<b>Yhteensä 3</b>
18.00-02.00	Nopsa	1	
	Kiireapu	2	
			<b>Yhteensä 3</b>
20.30-07.15	Vuorovastaava	1	
	HTA	1	
	Puhelin	1	
	HR1	3	
	HR2	3	
			<b>Yhteensä 9</b>
			<b>Yht/vrk 47 400,75 h</b>

## Liite 2. Pelkistetty 3-vuorotyö

PELKISTETTY 3-VUOROTYÖ		37 x 8 h ja 10 x 10,45 h	
7.00-15.00	Vuorovastaava	1	
	HTA	2	
	HR1	3	
	HR2	4	
	HR3	3	
	Drive in	2	
	Nopsa	1	
	Puhelin	2	
			Yhteensä 18
13.00-2100	Vuorovastaava	1	
	HTA	2	
	HR1	4	
	HR2	4	
	HR3	4	
	Nopsa	2	
	Puhelin	2	
20.30-07.15	Vuorovastaava	1	
	HTA	1	
	HR1	3	
	HR2	3	
	Nopsa	1	
	Puhelin	1	
			Yht/vrk 47
			403,5 h

## Liite 2. 8 ja 12 tunnin vuoroilla

8/12 H VUOROILLA		20 x 8 h ja 19 x 12,5 h	
7.00-15.00	HR3	3	
	Nopsa	1	
	Puhelin	1	
			Yhteensä 5
7.00-19.30	Vuorovastaava	1	
	HTA	1	
	HR1	3	
	HR2	4	
	Puhelin	1	
			Yhteensä 10
8.00-16.00	Drive in	2	
	HTA	1	
			Yhteensä 3
14.00-22.00	Nopsa	1	
	HR3	4	
	Puhelin	1	
			Yhteensä 6
16.00-24.00	HTA	1	
	Kiireapu	2	
			Yhteensä 3
18.00-02.00	Nopsa	1	
	Kiireapu	2	
			Yhteensä 3
19.00-07.30	Vuorovastaava	1	
	HTA	1	
	Puhelin	1	
	HR1	3	
	HR2	3	
			Yhteensä 9
			Yht/vrk 39 397,5 h

## Liite 2. Pelkistetty 12 tunnin työ

PELKISTETTY 12H TYÖ		8 x 12 h ja 24 x 12,5 h		
7.00-19.30	Vuorovastaava	1		
	HTA	1		
	HR1	3		
	HR2	4		
	Nopsa	1		
	Drive in	2		
	Puhelin	1	Yhteensä 13	
10.00-22.00	HTA	1		
	HR3	3		
	Kiireapu	2		
	Nopsa	1		
	Puhelin	1	Yhteensä 8	
19.00-07.30	Vuorovastaava	1		
	HTA	1		
	Puhelin	1		
	Nopsa	1		
	HR1	3		
	HR2	4	Yhteensä 11	
		Yht/vrk	32	396 h

## Liite 2. Alkuperäinen parityönä

## ALKUPERÄINEN PARITYÖNÄ 39 x 8 h ja 11 x 10,45 h

7.00-15.00	Vuorovastaava	1		
	HTA	1		
	HR1	4		
	HR2	4		
	HR3	4		
	Nopsa	1		
	Puhelin	2	Yhteensä	17
8.00-16.00	Drive in	2		
	HTA	1	Yhteensä	3
13.00-2100	Vuorovastaava	1		
	HTA	1		
	HR1	4		
	HR2	4		
	Nopsa	1		
14.00-22.00	HR3	4		
	Puhelin	2	Yhteensä	17
16.00-24.00	HTA	1	Yhteensä	1
18.00-02.00	Nopsa	1	Yhteensä	1
20.30-07.15	Vuorovastaava	1		
	HTA	1		
	Puhelin	1		
	HR1	4		
	HR2	4	Yhteensä	11
			Yht/vrk	50 430,25 h

## Liite 2. Parityönä 8 ja 12 tunnin vuoroilla

PARITYÖNÄ 8/12 H		17 x 8 h ja 22 x 12,5 h	
7.00-15.00	HR3	4	
	Nopsa	1	
	Puhelin	1	
			Yhteensä 6
7.00-19.30	Vuorovastaava	1	
	HTA	1	
	HR1	4	
	HR2	4	
	Puhelin	1	
			Yhteensä 11
8.00-16.00	Drive in	2	
	HTA	1	
			Yhteensä 3
14.00-22.00	Nopsa	1	
	HR3	4	
	Puhelin	1	
			Yhteensä 6
16.00-24.00	HTA	1	
			Yhteensä 1
18.00-02.00	Nopsa	1	
			Yhteensä 1
19.00-07.30	Vuorovastaava	1	
	HTA	1	
	Puhelin	1	
	HR1	4	
	HR2	4	
			Yhteensä 11
			Yht/vrk 39
			411 h



