

Laura Ojanperä

Yhteispäivystyksen hoitotyön työnjaon kehittäminen potilasturvallisuuden parantamiseksi

Kehittämistyö

Kevät 2020

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

YAMK Kliininen asiantuntijuus



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Kliininen asiantuntijuus, Ylempi AMK

Tekijä: Laura Ojanperä

Työn nimi: Yhteispäivystyksen hoitotyön työnjaon kehittäminen potilasturvallisuuden parantamiseksi

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala, TtT, yliopettaja

Vuosi: 2020

Sivumäärä: 89

Liitteiden lukumäärä: 4

Kehittämistyön lähtökohtana oli yhteispäivystyksen hoitotyön työnjaon kehittäminen sujuvammaksi ja potilasturvallisemmaksi. Yhteispäivystyksessä potilaan hoitopolku saattaa olla pirstaleista, tiedonkulussa ongelmia ja kiireessä päivystyksen kokonaiskuvan hallinta on haastavaa. Potilaan hoitotyöhön saattaa osallistua koko moduulin henkilökunta nykyisellä työnjaolla, joka on modulaarista tehtäväkeskeistä tiimityötä. Kehittämällä työnjakoa yksilövastuisempaan hoitotyöhön, omahoitajamallin avulla, pyritään saada potilaan hoitopolusta eheämpi, sujuvampi ja turvallisempi.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä yhteispäivystyksessä. Tavoitteena oli luoda potilasturvallisuutta ja hoitotyön sujuvuutta edistävä toimintamalli yhteispäivystykseen. Tehtävänä oli saada selville mikä on potilasturvallisuuden nykytila, miten potilasturvallisuutta voisi parantaa ja parantaisiko omahoitajamalli potilasturvallisuutta. Kehittämismenetelminä käytettiin kyselyä, SWOT -analyysiä, aivoriihiä ja ryhmähaastatteluja yhteispäivystyksen henkilökunnalle. Kehittämistyö tehtiin PDCA sykliä mukaillen. Uusi toimintamalli suunniteltiin, mutta pilotointia, käyttöönottoa ja arviointia ei tämän kehittämistyön aikana ehditty toteuttaa koronaviruspandemian ja valmiuslain käyttöönoton vuoksi.

Kehittämistyön tuloksina saatiin selville nykyisen toimintamallin hyvät ja huonot puolet, mitä omahoitajuus tarkoittaa yhteispäivystyksen henkilökunnalle, mitä uudessa toimintamallissa tulee huomioida sekä miten potilasturvallisuutta voisi parantaa. Kehittämistyössä selvisi, mitä ovat nykyisen toiminnan vahvuudet ja heikkoudet sekä uuden toimintamallin mahdollisuudet ja uhat. Kyselyssä selvisi, että työparityöskentely voisi sopia paremmin yhteispäivystykseen kuin omahoitajamalli. Aivoriihen ja ryhmähaastattelun avulla luotiin työparityöskentelyn toimintamalli yhteispäivystykseen. Uusi toimintamalli otetaan yhteispäivystyksessä käyttöön, koronapandemian jälkeen, kun aika on sopiva. Työparityöskentelyn toimintamallille tehtiin arviointisuunnitelma.

Avainsanat: potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, hoitotyön työnjako, yksilövastuinen hoitotyö, omahoitaja, työparityöskentely, yhteispäivystys

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: Laura Ojanperä

Title of thesis: Developing Nursing Assignments in Emergency Department to Improve Patient Safety

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

Year: 2020

Number of pages: 89

Number of appendices: 4

The background for this development work was to find out how to improve patient safety with new nursing assignments in Emergency Department. Nursing assignments are modular, teamwork and task-oriented. All nurses in emergency can become involved in patient care using task-orient assignment. This can cause confusion, communication problems and it is difficult to handle the holistic nursing. Task-orient nursing does not offer quality and patient safety as it should. By developing nursing assignments for primary nursing, the nursing path could be more clear, safe and holistic.

The purpose of this study was to describe what improves and what reduces patient safety in Emergency Department. The aim was to develop an operations model that improves patient safety. The mission was to find out what the actual status of patient safety is, how to improve patient safety and whether primary nursing could improve patient safety. This study is a qualitative research. The methods for this development work were questionnaire, SWOT-matrix, brainstorm and group interview to emergency personnel. This study was carried out following PDCA cycle. A new operations model for nursing was developed. The Emergency Power Act was introduced in April 2020, so piloting and putting the new model into practice were not done in time for this study.

The results indicated the good and bad issues about the actual nursing operations model, what primary nursing means to emergency nurses, aspects that should be considered when designing a new operations model, and how to improve patient safety. The results pointed out the strengths and weaknesses of actual nursing path, as well as the opportunities and threats of new nursing operations model. It became clear in questionnaire that instead of primary nursing, working in pairs could be better in Emergency Department. During brainstorm and group interview, a new operations model was created. The new operations model will be used when time is right. An instrument to measure the new operations model was developed.

Keywords: patient safety, patient safety culture, work division for nursing, primary nursing, working in pair, emergency department

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvioluettelo.....	6
Käytetyt termit ja lyhenteet	7
1 JOHDANTO	8
2 POTILASTURVALLISUUS PÄIVYSTYKSESSÄ	9
2.1 Potilasturvallisuus	9
2.1.1 Potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä.....	10
2.1.2 Potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä.....	13
2.1.3 Potilasturvallisuuskulttuuri.....	16
2.2 Yhteispäivystyksen turvallisuuteen vaikuttavat tekijät	18
2.3 Yhteispäivystyksen potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät.....	19
3 HOITOTYÖN TYÖNJAKO.....	22
3.1 Hoitotyön työnjakomallit	22
3.2 Yksilövastuinen hoitotyö.....	23
3.3 Omahoitajuus potilasturvallisuutta edistävänä mallina	24
3.4 Haasteita omahoitajuuden toteutumiselle	26
3.5 Työparityöskentely	27
4 MUUTOKSESSA ONNISTUMINEN	29
5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	32
6 YHTEISPÄIVYSTYS KEHITTÄMISYMPÄRISTÖNÄ	33
7 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT	35
7.1 Laadullinen tutkimus	35
7.1.1 Laadullinen kyselytutkimus ja induktiivinen sisällönanalyysi	36
7.1.2 SWOT -analyysi ja deduktiivinen sisällönanalyysi.....	36
7.2 PDCA	37
7.3 SWOT -analyysi	38
7.4 Aivoriihi	38

7.5 Ryhmähaastattelu	39
8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	41
8.1 Laadullisen kyselyn toteutus	41
8.2 SWOT -analyysin toteutus	42
8.3 Aivoriihen ja ryhmähaastattelun toteutus	44
8.4 Uuden toimintamallin suunnitelma	44
8.5 Arviointisuunnitelman kehittäminen toimintamallin arviointia varten	45
8.5.1 Arviointisuunnitelman kehittäminen.....	45
8.5.2 Arviointisuunnitelma Suunta työkalua käyttäen.....	46
9 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	48
9.1 Kyselyn tulokset	48
9.1.1 Nykyisen hoitotyön työnjaon hyviä puolia	48
9.1.2 Nykyisen hoitotyön työnjaon huonoja puolia	50
9.1.3 Mitä omahoitajamalli tarkoittaa.....	53
9.1.4 Omahoitajamallin hyviä puolia	55
9.1.5 Omahoitajamallin haasteita	58
9.1.6 Omahoitajamallin haasteiden ennakointi.....	61
9.1.7 Miten parantaa potilasturvallisuutta?	63
9.2 SWOT -analyysin tulokset.....	66
9.2.1 Nykyisen toimintamallin vahvuudet	66
9.2.2 Nykyisen toimintamallin heikkoudet	67
9.2.3 Työparityöskentelyn mahdollisuudet	69
9.2.4 Työparityöskentelyn uhat	70
9.3 Aivoriihien ja ryhmähaastattelujen tulokset	71
10 POHDINTA	75
10.1 Tulosten tarkastelua.....	75
10.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	78
10.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	80
LÄHTEET	81
LIITTEET	89

Kuvioluettelo

Kuvio 1. Potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.....	16
Kuvio 2. Kehittämistyön teorian osa-alueet.....	31
Kuvio 3. PDCA -sykli toiminnan kehittämisen mallina.....	37
Kuvio 4. SWOT -analyysi malli.....	38
Kuvio 5. Kehittämistyön etenemissuunnitelma.....	40
Kuvio 6. Esimerkki kyselyn induktiivisesta sisällönanalyysistä.....	42
Kuvio 7. Esimerkki SWOT -analyysin deduktiivisesta sisällönanalyysistä.....	43
Kuvio 8. Muutoksen arviointi.....	46
Kuvio 9. Nykyisen hoitotyön työnjaon hyviä ja huonoja puolia.	52
Kuvio 10. Mitä omahoitajamalli tarkoittaa.....	55
Kuvio 11. Omahoitajamallin hyviä puolia ja haasteita.....	61
Kuvio 12. Omahoitajamallin haasteiden ennakointi.....	63
Kuvio 13. Miten potilasturvallisuutta voisi parantaa.....	65
Kuvio 14. Kehittämistyön eteneminen.....	74

Käytetyt termit ja lyhenteet

K1 ja K2	K1 ja K2 hoitajan rooli on olla kirurgian lääkärin avustajana traumahälytyksessä. Traumahälytyksen aikana he irrottautuvat työpisteistään traumapotilaan hoitamiseen.
Omahoitaja	Omahoitajalla tarkoitetaan hoitajaa, joka on nimetty potilaan hoitajaksi yhden työvuoron ajaksi.
Omahoitajamalli	Hoitotyön työnjakomalli, jossa potilaalle on nimetty oma hoitaja, joka vastaa potilaan hoidosta.
Potilasturvallisuus	Potilas saa oikean hoidon oikeaan aikaan ja siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa.
Suunta työkalu	Toiminnan muutoksen arvioinnissa käytettävä työväline nimeltään Suunta.
Traumahoitaja	Yhteispäivystyksen sairaanhoitaja, joka ottaa vastaan kiireellisen aivoverenkiertohäiriö potilaan ja toimii traumahälytyksessä vastaavana sairaanhoitajana.
Työparityöskentely	Yhteispäivystyksen kahdesta hoitajasta muodostettu työpari yhden työvuoron ajaksi.
Vuorovastaava	Yhteispäivystyksessä on jokaiseen vuoroon irrotettu yksi sairaanhoitaja vastaamaan päivystyksen hoitotyön sujuvuudesta ja henkilökunnan sijoittumisesta sinne, missä on tarve.
Välivuorohoitaja	Yhteispäivystyksessä on aamu-, ilta- ja yövuorojen lisäksi välivuoroja, joilla mahdollistetaan lisäapu ruuhkaisena aikana, esimerkiksi kello 10-18 ja 16-24 väliseksi ajaksi.
Yhteispäivystys	Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan päivystystä, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon kiireellinen päivystys on yhdistetty.

1 JOHDANTO

”Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua”. (L 30.12.2010/1326.)

Yhteispäivystyksessä potilaat hoidetaan sairauden mukaisessa kiireellisyysjärjestyksessä. Hoidon tarpeen arvioinnin tekee sairaanhoitaja. Potilaat voidaan jakaa kolmeen eri hoitoryhmään, joissa on 15-20 potilaspaikkaa. Lisäksi yhteispäivystyksessä on Nopsa vastaanotto, jossa on lääkäri ja sairaanhoitaja. Hoitoryhmissä on 3-4 hoitajaa vuorossa sekä välivuorohoitajat. Hoitotyön työnjako on modulaarista tehtäväkeskeistä tiimityötä. Yleisesti hoitotyön työnjakoa kutsutaan ”kaikki hoitaa kaikkia”.

Yhteispäivystyksessä potilaan vastaanottaa moduulissa hoitaja, joka tekee tarvittavat alkututkimukset. Hoitaja antaa tarvittavan akuuttihoidon, ottaa vitalielintoiminnat, haastattelee potilaan, tilaa verikokeet ja tekee kirjaukset. Tämän jälkeen potilasta hoitaa kaikki moduulin hoitajat, potilas hoidetaan tehtäväkeskeisesti ja tarvittaessa tiimityönä. Kuka ehtii, vie potilaan röntgeniin, lääkitsee, tekee hoitotoimenpiteitä, järjestää jatkohoito paikan ja antaa raportin seuraavalle hoitoyksikölle. Hoitoon osallistuu monta eri hoitajaa, jolloin virheiden mahdollisuus kasvaa. Tehtäväkeskeinen hoitotyön työnjako on tehokasta ja hoitotoimenpiteet tulee tehtyä nopeasti, mutta onko se laadukasta ja turvallista hoitoa? Kiireisenä päivänä tehtäväkeskeisellä toimintamallilla tulee tehtyä herkästi päällekkäistä työtä, hoitotyön ja kokonaisuuden hallinta on haastavaa. On epäselvyyksiä, kuka on kenen kanssa tehnyt ja sopinut mitään. Potilas saattaa joutua kertomaan tilanteestaan usealle eri hoitajalle. Hoitoprosessien pirstaleisuus on haaste potilasturvallisuudelle. Erityisesti ongelmat tiedonkulussa lisää virheiden mahdollisuutta. (THL 2011.)

Kehittämistyön aiheena on parantaa potilaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta yhteispäivystyksessä. Tarkoituksena on kuvata potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä yhteispäivystyksessä. Tavoite on luoda potilasturvallisuutta ja hoitotyön toiminnan sujuvuutta edistävä hoitotyön työnjakomalli yhteispäivystykseen.

2 POTILASTURVALLISUUS PÄIVYSTYKSESSÄ

2.1 Potilasturvallisuus

”Terveysthuollon toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveysthuollon toimintayksikön tulee laatia laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelma, jossa huomioidaan potilasturvallisuuden edistäminen”. (L 30.12.2010/1326.) Terveysthuollon lähtökohta on potilaan etu, joka edellyttää oikeudenmukaista, jatkuvaa ja laadukasta hoitoa. Hyvää hoitoa on potilaan yksilöllinen ja inhimillinen kohtelu, suvaitsevaisuus ja terveyden kokonaisvaltainen tarkastelu. (ETENE 2011, 5-6.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Potilas ja asiakasturvallisuusstrategia vuosille 2017-2021 määrittelee potilasturvallisuuden: henkilön saama hoito, huolenpito ja palvelu edistävät hänen fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointiaan ja niistä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon organisaation sekä ammattilaisten periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja potilasta vahingoittumasta. Potilas- ja asiakasturvallisuuteen kuuluvat ehkäisevät, hoitavat ja kuntouttavat sosiaali- ja terveystalvet. Potilasturvallisuuteen kuuluu osaava henkilökunta, tilojen ja välineiden asianmukaisuus sekä tiedonkulun ja dokumentoinnin turvallisuus. (STM 2017, 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa säädetään laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon organisaatioiden, toimintayksiköiden ja henkilökunnan toimintakäytäntöjä ja periaatteita, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus. Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus sekä infektioiden torjunta. Hoidon turvallisuutta on myös sairauksien ehkäisy, diagnostiikka ja kuntoutuksen turvallisuus. Turvallinen hoito toteutetaan oikein, oikeaan aikaan, on vaikuttavaa ja turvallista. Potilasturvallisuutta edistämällä voidaan vähentää inhimillistä kärsimystä, niin potilaiden kuin hoitajien sekä tehdä huomattavia säästöjä terveydenhuollossa. Potilasturvallisuus kuvaa terveydenhuollon laatua. (STM, 2017; THL, 2019, 10-11.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin laatu- potilasturvallisuussuunnitelmassa potilasturvallisuudella tarkoitetaan yksikön ja organisaation periaatteita, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja estää potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta hän saa tarvitsemansa oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus on osa hoidon korkeatasoista laatua. (EPSHP 2013, 5.)

Potilasturvallisuuteen kuuluu vaaratilanteita ehkäisevä toiminta, riskien arviointi, vaara- ja haittatapahtumilta oppimisen, tunnistetuilta riskeiltä suojaava toiminta, järjestelmällinen seuranta ja sen kehittäminen. Potilasturvallisuuden varmistaminen ja kehittäminen on henkilökunnan vastuulla. (Olin & Terävä 2017.) **Vaaratapahtuma** on tilanne, jossa potilasturvallisuus vaarantuu, joka aiheuttaa tai olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle. **Läheltä piti** -tilanne on vaaratapahtuma, joka huomataan ajoissa ja potilaan vahingoittuminen estetään. **Haittatapahtuma** on vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitta voi olla lievä, mutta saattaa johtaa myös potilaan pysyvään vahingoittumiseen tai menehtymiseen. Vaara- ja haittatapahtumiin liittyviä tekijöitä ovat epäselvä tiedonkulku ja kommunikaatio, epäselvät vastuut ja tehtäväkuvat, inhimilliset virheet ja erehdykset, hoitolaitteiden viat ja toimintahäiriöt. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12; Olin & Terävä 2017.) Vaaratapahtuman aiheuttaja on harvoin yhden ihmisen toiminta, vaan taustalla on useita eri tekijöitä, jotka heikentävät potilasturvallisuutta ja näiden tekijöiden selvittäminen on tärkeää (Helovuori ym. 2011, 21). Haittatapahtumia voidaan estää riskejä ennakoimalla, toiminnan seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla (THL 2011, 10).

2.1.1 Potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä

Sosiaali- ja terveysministeriön uudistus tavoitteet terveydenhuollolle ovat hoidon yhdenvertainen saaminen, terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen, kustannusten kasvun rajoittaminen sekä ammattiryhmien ja työnjaon kehittäminen. Hoidon laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi on tärkeää, että henkilöstön osaamista kehitetään ja seurataan. Henkilöstön osaamista kehittämällä voidaan parantaa toiminnan sujuvuutta ja hoidon vaikuttavuutta. (STM 2020, 14.) Terveydenhoitolaki ja -asetus

laatu- ja potilasturvallisuussuunnitelmasta ovat valtion tapa parantaa potilasturvallisuutta. Potilasturvallinen hoito tulee olla näyttöön perustuvaa. Turvallinen hoito on terveydenhuollon ammattilaisten varassa ja sen lähtökohtana on hyvä koulutus sekä ammattitaito. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 17; Volmanen & Alaluhta 2015, 332-333.)

Potilasturvallisuutta parantaa kokenut, pätevä ja ammattitaitoinen henkilöstö, perustietojen ja -taitojen hallinta, laitteiden käyttökoulutus, lääkehoidon osaaminen, koulutusmahdollisuudet sekä infektioiden torjunta (STM 2010, 20). Työvuorosuunnittelussa tulee huomioida henkilöstön osaaminen ja määrä, joka mahdollistaa potilasturvallisuuden. Potilasturvallisuuteen vaikuttaa olennaisesti yhteiset selkeät ja ajantasaiset toimintaohjeet, jotka ovat kaikkien saatavilla. (THL 2011, 13.) Turvallisen ja tehokkaan yhteistyön perusta on selkeä työnjako hoitohenkilökunnan välillä. Ryhmän jäsenten vastuut, roolit ja tehtävät tulee olla jaettu. Standardoitu työnjako tekee ryhmän jäsenten vastuut selkeäksi, jolloin tarvittavat tehtävät tulee tehtyä. (Helovuo 2009, 104-105.)

Potilasturvallisuutta voidaan parantaa tutkimalla ja arvioimalla hoitopolkua sekä poistamalla siellä olevia riskejä. Hoitotyön kehittämisen tavoitteena tulee olla toimintojen yksinkertaistaminen, järjestelmällisyys, suunnitelmallisuus ja toimintatapojen yhtenäistäminen. On tärkeää analysoida hoitoprosessit ja poistaa niistä kaikki epäoleelliset ja turhat vaiheet. Prosesseissa tulee olla riittävästi varmistavia vaiheita, joissa mahdolliset poikkeamat voidaan havaita ennen toiminnan jatkamista. (STM 2009, 187; STM 2010, 20; THL 2011, 33; Helovuo ym. 2011, 64.)

Potilasturvallisuutta voi edistää selkeyttämällä epäselviä työprosesseja, kommunikation ja tiedonkulun parantamisella sekä tarkistuslistoilla. Tiimityötä tulee harjoitella ja vaaratapahtumia läpikäydä eli oppia virheistä. Työrauha tulee antaa keskittymistä vaativissa tilanteissa. (Helovuo ym. 2011, 64; Aaltonen & Rosenberg 2013, 20; Olin & Terävä, 2017.) Työn häiriötön sujuminen vähentää työnkuormitusta. Työn sujumisella on positiivinen vaikutus työn laatuun. (TTL 2014, 20.)

Potilasturvallisuutta voidaan parantaa hoitohenkilökunnan antamilla raporteilla vaaratapahtumista. Raportit ja seurantatieto tulee käsitellä työyhteisössä säännöllisesti

ja niiden tavoitteena on toiminnan riskien vähentäminen tai poistaminen. Vaaratapahtumien ja seurantiedon käsittelyssä keskitytään työolosuhteisiin ja -ympäristöön, toimintamalleihin ja niihin tekijöihin, jotka altistivat vaaratapahtumalle. Kysytään, miksi jotakin tapahtui, eikä sitä, kuka sen teki. Tietojen avulla on tarkoitus oppia virheistä ja löytää järjestelmästä virheitä sekä kehittää toimintaa turvallisemmaksi. Potilasturvallisuuden kehittämisessä tarvitaan esimiehen tukea ja hyvää johtamista. (Kinnunen 2009, 117-122; Olin & Terävä, 2017.)

Henkilöstön hyvä ammattitaito ja perehdyttäminen parantaa työn sujuvuutta, lisää henkilöstön osaamista ja varmistaa palvelun laadun. Henkilöstön osaamisella, pätevyydellä, koulutuksella ja ammattitaidolla on suuri merkitys potilasturvallisuudelle. Ammattitaitoinen henkilöstö kehittää omaa työtään ja osaamistaan. Myönteinen työilmapiiri parantaa työyhteisön toimintaa ja lisää motivaatiota. Perehdyttämällä vähennetään työn kuormittavuutta, tuetaan työssä jaksamista ja ehkäistään työtapahtumia. Hoitotyön ammattilainen vastaa työnsä laadusta ja eettinen osaaminen on olennainen osa ammattitaitoa. Työturvallisuuteen ja työssä jaksamiseen panostaminen vähentää poissaoloja ja pidentää työntekijöiden työuria. (STM 2009, 183; ETENE 2011, 6; TTK 2014, 10.)

Yhteistyötaidot ja kommunikaatio kuuluvat potilasturvallisuusosaamiseen moniammatillisessa työyhteisössä (EPSHP 2013, 14). Hoitohenkilökunnan ja potilaiden välinen vuorovaikutus on toista arvostavaa ja inhimillistä. Hyvään vuorovaikutukseen kuuluu rehellisyys, luottamus, osaamisen ja kokemuksen arvostaminen sekä kuuluksi tulo ja tiedonsaanti. (ETENE 2011, 6.) Yhteispäivystyksessä turvallisuutta on lisännyt viranomaisradioverkko Virven käyttö. Eri ammattiryhmien välinen viestintä päivystystoiminnassa on tarkentunut ja nopeutunut. Henkilökunnan sekä henkilökunnan ja potilaan välinen toimiva vuorovaikutus ja potilasturvallisuuskulttuurin säistäminen on kuitenkin laitteita tärkeämpää. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 19.)

Potilasturvallisuutta voidaan parantaa hyvällä viestinnällä. Tiedon avulla johdetaan osaamista ja organisoidaan työtä. (TTK 2014, 16.) Laadukkaalla informaatiolla pyritään parantamaan hoidon laatua, turvallisuutta ja kustannustehokkuutta (Helovuo ym. 2011, 67). Hoitotyössä tarvittavien tietojen hyvä, selkeä ja perusteellinen dokumentointi on erittäin tärkeää, jonka perusteella turvallinen tiedonkulku varmistetaan.

Luotettava tiedonkulku on tärkeä tekijä potilasturvallisuudessa. Väärin ymmärtäminen ja tiedonkulun katkeaminen ovat yleisiä haittatapahtumien syitä, esimerkiksi potilaan siirtyessä toiseen yksikköön. (Helovuo ym. 2011, 72.)

Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä erikoissairaalan henkilöstön kuvaamana ovat kannustava työyhteisö, koulutus ja toiminnan kehittäminen. HaiPro -järjestelmän systemaattinen käyttö, vaaratapahtumien käsittely, potilasturvallisuuden korostaminen ja hoitajien tyytyväisyys potilasturvallisuuteen parantaa potilasturvallisuutta. (Holkko 2012, 15.)

Potilasturvallisuudessa tulee ymmärtää, että turvallisuus muodostuu järjestelmän eri osien välisestä vuorovaikutuksesta, ei vain yksilön, yksikön tai laitteen toiminnasta. Organisaation kyky ymmärtää, miten turvallisuus syntyy eri organisaatioiden välisestä kommunikaatiosta, edistää potilasturvallisuutta. (WHO 2008.)

2.1.2 Potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä

Terveystieteidenhuollossa tapahtuvat muutokset vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Terveystieteidenhuollon tulee olla tehokas ja ajan tasalla. Haasteena on vähäiset resurssit ja työntekijöiden nopea vaihtuminen. Ongelmia lisää, että avohoito vahvistuu, ammattiryhmien työnjakoa ja vastuita uudistetaan. Lääketiede ja teknologia kehittyvät hurjaa vauhtia, tietojärjestelmien ja sähköisen asioinnin lisääntyminen luo haasteita tulevaisuudessa. (STM 2010, 20.)

Ammattilaisten osaaminen ja kehitys ei vahvistu keikkaluonteisella työllä vaan se tarvitsee pidemmän sitoutumisen työyksikköön. Henkilöstön suuri vaihtuvuus ei edistä työyhteisön kehittämistä. Hoitotiimiin tulee tietää vastuualueet, yksikön ja organisaation tavat. Tilapäisen henkilöstön jatkuva käyttö vaarantaa vakituisen henkilöstön jaksamisen. (Honkalampi 2008, 27.) Lisääntynyt työmäärä heikentää hoidon laatua, on uhka potilasturvallisuudelle ja henkilökunnan jaksamiselle, se vähentää alan houkuttelevuutta ja siten vaarantaa työvoiman saatavuuden tulevaisuudessa. Henkilöstömitoitus tulee olla riittävä potilasturvallisuudelle. (Kinnunen ym. 2019.) Suurta työkuormaa kantava henkilökunta ei voi tehdä työtään niin hyvin kuin ammattietiikka vaatisi (ETENE 2008, 28).

Työhyvinvointi ja henkilöstön jaksaminen vaikuttavat potilasturvallisuuteen, hoidon tuloksiin, läheltä piti- tilanteisiin ja hoitovirheisiin. Henkilöstön hyvinvointia lisää toimiva hoitoprosessi. Työn sisältöön ja sujuvuuteen vaikuttavat työolot, henkilöstön riittävä määrä ja osaaminen. Sujuvaa työntekoa tulee myös johtaa. Esimiehellä on tärkeä rooli työhyvinvoinnissa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 102-111.)

Virheiden tekeminen on inhimillistä ja ajattelemalla, että virheet ovat yksittäisen henkilön vika, ei paranneta potilasturvallisuutta (WHO 2019). Inhimillisestä virheestä on kyse silloin, kun tapahtuman pääasiallinen syy on ihminen eikä esimerkiksi vika laitteessa (Helovuo 2009, 99-100; Helovuo ym. 2011, 75). Potilasturvallisuudessa inhimillisiä tekijöitä ovat tarkkaavaisuus, muisti, työkuorma, stressi, vireystila ja väsymys. Inhimillisiä virheitä ovat lipsahdukset ja unohdukset sekä virheet päätöksenteossa ja toiminnan suunnittelussa. (Helovuo ym. 2011, 99.) Sairaalan henkilökunta tekee vuorotyötä ja väsymys on riski laadulle ja potilasturvallisuudelle. Väsyneenä asiat unohtuvat herkästi, toiminta- ja päätöksentekokyky hidastuu sekä riskejä otetaan helpommin. (Helovuo ym. 2011, 80-83; Aaltonen & Rosenberg 2013, 45.)

Potilasturvallisuutta heikentää yhteistyön toimimattomuus. Yhteistyön merkitystä korostetaan työyhteisöjen kehittämisessä ja koulutuksessa. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 304.) Tiedonkulku ja virheet kommunikaatiossa ovat suurin syy haittatapahtumiin. Hoitotiimin viestintää, yhteistyö- ja ryhmätyötaitoja voidaan kehittää esimerkiksi simuloimalla erilaisia akuuttihoitotilanteita. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 325; Volmanen & Alaluhta 2015, 335.)

Kirjallinen ja suullinen tiedonkulku terveydenhuollossa on tärkeää sekä potilaan että henkilökunnan turvallisuuden vuoksi (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86-87). Työnjaon, vastuiden, tehtävien ja roolien epäselvyydet aiheuttavat helposti riskin potilasturvallisuudelle, vaikka monen ihmisen työpanos tuntuu parantavan potilasturvallisuutta. Epäselvä tiedonkulku ja tiimin viestintä kasvattaa riskiä, että asioita jää tekemättä sillä kaikki olettavat, että joku toinen on sen tehnyt. (Helovuo ym. 2011, 84.)

Hoitovastuun siirtymisellä tarkoitetaan vastuun siirtymistä osittain tai kokonaan toiselle henkilölle tai ryhmälle. Potilaat ovat alttiita tiedonkulussa tapahtuville virheille hoitovastuun siirtyessä. Erityisesti työvuorojen vaihdot altistavat tiedonkulku vir-

heille. (Metsävainio & Tamminen 2015, 338-339.) Jaettu vastuu valvonnasta voi johdattaa siihen, että todellisuudessa kukaan ei ole tarkistanut tai tehnyt asiaa, jonka kaikki olettavat jonkun muun tehneen (Helovuo ym. 2011, 78).

Terveydenhuolto on monikulttuuristunut viime vuosina, mikä on huomioitava työyhteisöjen viestinnässä (TTK 2014, 16). Potilasturvallisuudelle oleellista on luotettava kommunikaatio hoitohenkilökunnan kesken sekä potilaan ja häntä hoitavan henkilön välillä. Turvallisen kommunikaation edellytys on yhteinen kieli. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 316.) Monikulttuurisuus, uskonnot ja eri kielet vaikuttavat potilaiden ja henkilökunnan turvallisuuteen. Haasteina on ymmärretyksi tuleminen sekä henkilöstön osaamisen hallinta. Henkilöstön ammattitaidon kehittäminen ja ajan tasalla pitäminen on haasteellista. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 322.)

Henkilöstön huonot työskentelyolosuhteet, vähäinen määrä ja työpaine heikentää hoidon laatua, potilasturvallisuutta sekä henkilökunnan turvallisuutta. Väkivaltatilanteet ovat yleistyneet. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 81.) Potilasturvallisuuden kannalta kriittisimpinä osa-alueina sairaanhoitajat pitivät työvuorojen vaihtoja ja siirtymiä, palautetta ja kommunikaatiota vaaratapahtumista sekä sairaalan johdon tukea potilasturvallisuudelle (Turunen ym. 2015, 149).

Turvallisuusriskejä voivat olla järjestelmälähtöiset ongelmat, työkuulttuurista ja väli-neistä johtuvia. Riskejä voivat olla myös henkilökunnan ammattitaidosta ja asenteista johtuvia sekä potilaan toiminnasta aiheutuvia. Eettisiä haasteita turvallisuusriskejä huomioidessa ovat sensitiivisyys ja kyky havaita eettinen ongelma tai turvallisuusriski. Kyky analysoida ja määritellä riskin suuruus, motiivi puuttua tilanteeseen sekä rohkeus toimia ja ottaa erehtymisen riski ovat eettisiä haasteita riskin arvioinnissa. (Lehto 2012, 4-5.)

Potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä erikoissairaanhoidon hoitajien kuvaamana ovat kiire, työn kuormittavuus, henkilökuntavaje ja epäselvyydet tiedonkulussa esimerkiksi tiedon puute. Potilasturvallisuutta heikentää myös ongelmat organisaation toiminnassa, HaiPro -järjestelmän käyttö sekä raportoinnin seurausten pelko. (Holkko 2012, 15.)

Salhströmin tutkimuksessa (Patient participation in promoting patient safety – Finnish patients' and patient safety experts' views) selvisi, että potilaat eivät saa tarvittavaa tukea hoitohenkilökunnalta osallistuakseen turvallisen hoidon edistämiseen. Potilailla on tärkeä rooli potilasturvallisuudessa, sen edistämisessä ja heidän tulisi osallistua enemmän turvallisen hoidon luomiseen. Potilaat tulisi nähdä oman hoidonsa asiantuntijoina heidän tahtonsa ja kykynsä mukaisesti, heidän antamia tietoja tulisi käyttää turvallisen hoidon edistämisessä. (Salhström 2019, 7.) Kuviossa 1 on havainnollistettu potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.

POTILASTURVALLISUUTTA EDISTÄVIÄ TEKIJÖITÄ	POTILASTURVALLISUUTTA HEIKENTÄVIÄ TEKIJÖITÄ
<ul style="list-style-type: none"> •osaava, pätevä, ammattitaitoinen henkilöstö •henkilöstön riittävä määrä, perehdytys ja koulutus •työhyvinvointi •hyvä tiedonkulku ja kommunikaatio •perustietojen ja taitojen hallinta •lääkehoidon osaaminen •laitteiden käyttökoulutus •infektioiden torjunta •koulutus mahdollisuudet •yksinkertaiset, selkeät prosessit •selkeät toimintaohjeet •selkeä työn- ja vastuunjako •seurantareportit ja virheistä oppiminen •näyttöön perustuva hoitotyö 	<ul style="list-style-type: none"> •suuri työmäärä ja kiire •työkuormittavuus •henkilökunnan nopea vaihtuminen •henkilöstön riittämätön mitoitus •työhyvinvoinnissa ongelmia •yhteistyön toimimattomuus •tiedonkulun ongelmat •epäselvät, monimutkaiset prosessit •epäselvyydet työnjaossa, vastuussa, rooleissa ja tehtävissä •työympäristö ja hoitotyön välineet •inhimilliset tekijät, kuten stressi, väsymys ja monta muistettavaa asiaa

Kuvio 1. Potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä.

2.1.3 Potilasturvallisuuskulttuuri

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia ohjaa terveydenhuoltoa turvallisuuskulttuurin edistämiseen. Terveydenhuollossa turvallisuuskulttuuri on yksilöiden ja yhteisön tapa toimia niin, että varmistetaan potilaan hoidon turvallisuus. Hyvä turvallisuuskulttuuri sisältää turvallista toimintaa tukevan johtamisen, toimintatavat, arvot ja asenteet. Turvallisuuskulttuuria edistää päivittäinen tapahtuva riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Turvallisuuskulttuurin kehittäminen vähentää diagnostiikkaan ja hoitoihin liittyviä riskejä. Hyvässä turvallisuuskulttuurissa organisaatiolla on yhteinen vastuu. (Aaltonen &

Rosenberg, 2013, 145 – 146; STM 2017, 25.) Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (2019) määrittelee potilasturvallisuuskulttuurin potilaiden hoitoa edistävänä suunnitelmallisena ja järjestelmällisenä toimintatapana (THL 2019).

”Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin arvot ovat ihmisarvon kunnioittaminen ja vastuullisuus”. Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa turvallisuus on arvo, joka otetaan huomioon päivittäisessä päätöksenteossa. (EPSHP 2013, 5.) Potilasturvallisuus rakentuu eri tekijöistä eikä yksittäisistä henkilöistä. Turvallisuuskulttuuri luo perustan organisaation riskienhallinnalle. Turvallisuuskulttuuri syntyy organisaatiokulttuurin, asenteiden, arvojen, näkemysten ja kokemusten perusteella. (EPSHP 2013, 12-13.)

Oppivassa organisaatiossa luodaan potilasturvallisuuskulttuuri, jossa vaaratapahtumista raportoidaan ja niistä voidaan rohkeasti keskustella. Syyllistämättömän kulttuurin luominen on haasteellista ja esteitä ovat esimerkiksi henkilökohtaiset, koulutuksen aikana hankitut ja organisaatioon liittyviä asiat. (Volmanen & Alaluhta 2015, 332.) Vahva turvallisuuskulttuuri on yhteydessä alhaisempaan kuolleisuuteen, kustannuksiin ja haittatapahtumien vähenemiseen (Männikkö ym. 2019, 21).

Potilasturvallisuuskulttuuri on tahtoa ja kykyä ymmärtää mitä turvallinen toiminta on. Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa mietitään mitä vaaroja organisaation toimintaan liittyy sekä miten niitä voitaisiin ehkäistä. Potilasturvallisuuskulttuuri tarkoittaa avointa tiedon jakamista. (Turunen 2012, 9.) Vaaratapahtumista ilmoitetaan eniten päivystyspoliklinikalla. Työkokemus vaikuttaa hoitajien potilasturvallisuuskulttuurin arvioimiseen. Pitkään hoitoalalla olleet ja kokemattomat hoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuuria positiivisemmin kuin vuodesta viiteentoista vuoteen työkokemusta omaavat hoitajat. (Turunen 2012, 55.)

Tulevaisuudessa terveydenhuollolla on monia haasteita. Turvallisuuskulttuurin kehittäminen on vaativaa. Monia uhkakuvia liittyy sairaalan toimintaympäristöön, ikääntyvään väestöön, potilaiden vaatimusten lisääntymiseen, pula osaavista ja kokeneista ammattilaisista. Uhkavia liittyy myös taloudelliseen tilanteeseen, globalisaatioon, kulttuureihin sekä yhä kalliimmat hoidot ja tekniikka luovat haasteita. (Aaltonen & Rosenberg, 2013, 329 – 330.)

2.2 Yhteispäivystyksen turvallisuuteen vaikuttavat tekijät

Yhteispäivystyksen perustehtävänä on äkillisen henkeä ja terveyttä uhkaavan vaaran torjuminen. Yhteispäivystykseen tullaan lääkärin läheteellä tai ilman lähetettä kiireellisessä tai henkeä uhkaavassa tilanteessa. Hoidettava voi olla vaikeasti loukkaantunut tai sairas potilas, joka tarvitsee välittömästi toimenpiteitä peruselintoimintojen turvaamiseksi. Hoidettavana voi olla potilas, joka on lähetetty päivystykseen tutkittavaksi, mutta hänellä ei ole kiireellistä avun tarvetta. Potilaat hoidetaan kiireellisyysjärjestyksessä. Kiireellisyys arvioidaan hoidon tarpeen arvioinnissa. Potilaita hoidetaan moniammatillisesti eri ammattiryhmien kesken ja yhteinen tavoite on potilaan hyvä hoito. Ennakoimattomuus, urakka tahtinen työ, muuttuvat tilanteet ja tiimityöskentely kuuluvat päivystystyöhön. (Aalto ym. 2008, 63.)

Päivystysten pyörittäminen vaatii suuria resursseja. On haasteellista löytää henkilökuntaa päivystyksiin, jossa työtahti on kova ja työn hallinnan tunne katoaa. Päivystysten ruuhkautuminen johtuu muiden yksiköiden ruuhkautumisesta. Jonot kasvavat ja kokonaisuuden hallinta on vaikeaa. Potilaiden tila voi heiketä ennen hoidon saamista. Ei-akuuttien vaivojen vuoksi päivystykseen tulevat potilaat vievät aikaa niiltä, joiden sairaus edellyttää välitöntä hoitoa. Kiireessä erehdysten ja virhearviointien riski kasvaa. Jonojen kohtuullistaminen parantaisi potilasturvallisuutta, henkilöstön jaksamista ja potilaat saisivat ihmisarvoisen kohtelun. (Welling 2019.)

Päivystyspoliklinikka työssä on väkivallan uhka, siellä kohdataan ihmisten hätä ja avuntarve. Haasteena on psyykkisestä häiriöstä johtuva käyttäytymisen ennakoimattomuus ja potilaiden tai saattajien päihtymys. (Rasimus 2002, 46.) Väkivalta on ongelma, sillä potilaat vaativat palvelujen tapahtuvan nopeasti ja esittävät vaatimuksia. Väkivalta ajoittuu yövuoroihin ja viikonloppuihin, päihteet vaikuttavat suuresti potilaiden käyttäytymiseen. (Rasimus 2002, 70-71.) Vartijan läsnäolo päivystyspoliklinikoilla on välttämätön (Rasimus 2002, 162).

Laatua sekä potilas- ja asiakasturvallisuutta parannetaan riskienhallinnalla. Laatu- ja turvallisuusongelmia ennakoimalla estetään vaaratilanteita ja vahinkoja sekä edistetään henkilöstön työturvallisuutta. (STM 2017, 14.) Päivystyspoliklinikalla pelkoa aiheuttavat potilasturvallisuus, kiire, väkivalta- ja uhkatilanteet, lapsipotilaiden

hoitaminen ja elvyttäminen sekä henkilökunnan riittävyys (Mikkola 2013, 126). Kaatumistapaturmat ja sairaalainfektiot ovat keskeisiä sairaalaympäristön turvallisuudessa (Aaltonen & Rosenberg 2013, 318).

Päivystyspoliklinikat ovat haasteen edessä, sillä potilasmäärät kasvavat, mutta jatkohoitopaikat suhteessa potilas määriin eivät lisäänty. Suurimpia haasteita on vastata väestön ikääntymisestä johtuvaan päivystys palveluiden kysyntään. Vaarana on päivystysten laaja kuormittuminen. Tulevaisuudessa tarvitaan uusia toimintoja päivystyspoliklinikoiden kuormituksen hallintaan. Päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan työssä tarvitaan monenlaista erikoisosaamista. Päivystyksen hoitajan ammattitaidon ydin on hallita päivystyksen kokonaistilanne ja samalla ymmärtää yksittäisten potilaiden riskit. (Aalto ym. 2008, 76; Paakkonen 2008.) Tulevaisuudessa päivystyspoliklinikan henkilökunnasta ja heidän työssä jaksamisestaan on huolehdittava paremmin ja heidän työtään tulee tukea (Mikkola 2013, 18).

2.3 Yhteispäivystyksen potilasturvallisuuden vaikuttavat tekijät

Yhteispäivystyksessä hoidetaan vakavasti sairaita, vammautuneita ja samaan aikaan suuria määriä lievempi oireisia potilaita. Päivystyksessä potilasturvallisuuteen liittyvät ongelmat korostuvat, henkilökunta vaihtuu vuorosta toiseen ja tiedonkulku ongelmat korostuvat. Virheet liittyvät inhimillisiin erehdyksiin, osaamisen puutteeseen sekä järjestelmään. (STM 2010, 37.) Potilasturvallisuutta edistäviillä toimenpiteillä voidaan vähentää inhimillistä kärsimystä, niin potilaan kuin hoitajan, ja tehdä huomattavia säästöjä terveydenhuollossa (THL 2011,10).

Yhteispäivystyksen kiire, ruuhkat, muuttuvat tilanteet, jatkuva kokoneiden ja osavien ammattilaisten vajoisuus on tavallista. Vaadittavan potilasturvallisuuden ylläpito on haasteellista jatkuvasti muuttuvassa ja kehittyvässä päivystystyössä. Potilaan hoitoon liittyvistä vahingoista suuri osa olisi ehkäistävissä yksinkertaisin keinoin: asenteiden, käytänteiden ja toimintatapojen muokkaamisella. Kehittämällä järjestelmällisiä toimintamalleja, riskien arviointia, ehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä sekä toiminnan jatkuvuutta kehittämällä parannetaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Kommunikointi ja yhteistyötaitoja kehittämällä voidaan tehostaa hoidon laatua ja turvallisuutta. (Vainionperä 2012, 6, 52-53.)

Potilasturvallisuuden takaamiseksi tarvitaan yhdessä sovittuja järjestelmällisiä toimintatapoja ja varmistusrutiineja. Niiden avulla voidaan ehkäistä olosuhteiden ja ihmisten virheiden vaikutus potilasturvallisuuteen. Potilasturvallisuutta varmentavia tekijöitä ovat hoitoprosessin sujuvuus, henkilöstön riittävä määrä ja osaaminen, työhyvinvointi, hoitolaitteet ja niiden toiminta, lääkehoidon turvallisuus. Moniammatillinen yhteistyö, tiedonkulku ja sujuva kommunikaatio on tärkeää. (Olin & Terävä, 2017.) Valvira tähdentää, että päivystyksyksikössä hoidon tarpeen arviointia tekevällä henkilöllä tulee olla tehtävän edellyttämä koulutus ja osaaminen. Työnantajan velvollisuus on huolehtia riittävästä ohjauksesta, koulutuksesta ja valvonnasta. (Valvira, 2017.)

Kiireinen työtahti ja ruuhkat ovat riski päivystyspoliklinikan potilasturvallisuudelle (Mikkola 2013, 33). Mikkolan tutkimuksessa (2013) potilasturvallisuudessa pelkoa hoitajille aiheutti potilaan selviytyminen ruuhkan aikana, pitkä odotusaika, potilaan karkaaminen, häviäminen ja putoaminen. Ruuhkan aikana potilaat joutuvat odottamaan useita tunteja ennen hoitoon pääsyä, jonka aikana he odottavat yksin potilas-huoneessa, ilman suoraa näköyhteyttä hoitajiin. (Mikkola 2013, 63.) Työolosuhteissa pelkoa aiheutti vähäinen henkilökunta, kokematon työkaveri, kiire, laitteet ja välineet sekä työympäristö. Henkilökuntaa koettiin olevan riittämättömästi potilasmäärään nähden. Pelkoa aiheutti myös työssä vallitseva jatkuva kiire sekä kokematon tai uusi kollega. (Mikkola 2013, 62.)

Paakkosen väitöskirjan (The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses) mukaan päivystyksen sairaanhoitajan klinisiä taitoja tulisi kehittää erityisesti potilaan tutkimisessa ja tilan arvioinnissa, yhteistyössä ensihoidon kanssa, kivun hoidossa, peruselintoimintojen liittyvien ongelmien havaitsemisessa ja reagoinnissa sekä teoreettisen tiedon hallinnassa. Päivystyksen sairaanhoitajan toimenkuvaan toivottiin enemmän vastuunottoa ja taitoa luotettavan hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen. (Paakkonen, H. 2008.)

Väestön ikääntyminen vaikuttaa päivystysklinikan toimintaan ja luo paineita päivystyshoidon toteuttamiseen. Ikääntyminen lisää geriatrinen päivystyspotilaiden määrää, heidän osuutensa kasvaa ja joka viides päivystyspotilas on yli 75-vuotias. Ikääntyneet päivystyspotilaat ovat haasteellisia, sillä vakavat sairaudet saattavat piiloutua epämääräisten oireiden taakse. Potilaat kärsivät pitkistä odotusajoista ja

ruuhkista, kun samaan aikaan päivystyksen resurssit suhteessa tarpeeseen niukkevat. Potilasturvallisuus voi vaarantua hoitoa odotellessa. Potilaslähtöisyydellä ja hoidon laadulla on iäkkäiden päivystyspotilaiden kohdalla suuri merkitys. (Malmström ym. 2017, 4; Mylläri 2017, 5.)

3 HOITOTYÖN TYÖNJAKO

Terveysthuollon organisaation ja yksikön tapaa toimia ja reagoida kutsutaan organisaatio kulttuuriksi, joka on muokkautunut vuosien myötä. Mitä suurempia muutoksia yksikössä tai organisaatiossa halutaan tehdä, sitä syvemmälle kulttuuriin joudutaan vaikuttamaan. Hoitotyön työnjako vaikuttaa hoitotyön laatuun, sillä voidaan parantaa yksilöllisyyden ja jatkuvuuden toteutumista. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 67- 69.)

3.1 Hoitotyön työnjakomallit

Potilaskohtainen hoitotyö on hoitotyön vanhin toimintatapa. Se oli käytössä vuosisadan alussa, jolloin potilaita hoidettiin vielä kotona. Sairaanhoitaja oli potilaan kotona ja huolehti hänestä vuorokauden ympäri. Sairaanhoitajalla oli yksi tai muutama potilas, joiden hoitotyöstä hän vastasi. Sairaanhoitaja vastasi koko hoitotyöstä. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 69.)

Tehtäväkeskeinen hoitotyö tuli potilaskohtaisen hoitotyön jälkeen. Potilaita alettiin hoitaa sairaaloissa ja sairaanhoito mukautui laitosten odotuksiin. Sairaanhoitaja ei arvostettu, he olivat halpaa työvoimaa sairaaloille ja heillä oli runsaasti tehtäviä, jotka eivät liittyneet hoitotyöhön vaan pitivät sairaalan toiminnassa. Tehtäväkeskeisessä hoitotyössä hoitaja vastaa tehtävien tekemisestä ja suorittamisesta. (Heggyvary 1991, 21.) Vuosisadan alkupuolella hoitotyössä omaksuttiin yritysten ja tehtaiden oppeja, joissa työn jakaminen pieniksi osiksi lisäisi tehokkuutta. Toiminta on nopeaa, tehokasta ja tehtäviä tulee suoritettua pienessä ajassa. Toimintamalli on epätyydyttävää potilaiden ja henkilökunnan mielestä, sillä hoitotyö on pilkottua ja pakotahtista. Eri hoitajat käyvät potilaan luona tekemässä tietyn tehtävä esimerkiksi yksi hoitaja auttaa syömään, toinen tekee haavanhoidon ja kolmas jakaa lääkkeitä. Tehtäväkeskeisellä työnjaolla hoitotyö ei ole kokonaisvaltaista. Jatkuvuuden turvaaminen on haasteellista. Tiedonkulku on ongelmallista ja aikaa vievää, koska siihen tarvitaan useita ihmisiä. Vastuu liittyy tehtävien suorittamiseen eikä potilaan tarpeisiin. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 70-72.)

Ryhmätyönä toteutettava hoitotyötä alettiin toteuttaa Suomessa 1970-luvulla. Ryhmätyö on vieläkin työnjakomallina monissa yksiköissä. Ryhmätyössä ryhmän jäsenten tulee sitoutua yhdessä sovittuihin tavoitteisiin ja pyrkiä potilaskeskeiseen hoitotyöhön. Ryhmätyönä tehtävässä hoitotyössä tulee kehittää ja ylläpitää yhteistyötaitoja. Ryhmätyössä on mahdollista sovittaa hoitotyöhön jokaisen hoitajan osaamiset ja potilaiden tarpeet. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 73-74.)

Uudempi käsite **tiimityö** tarkoittaa, että yhteisvastuu potilaista on yhteisesti tiimin jäsenillä ja potilasta ei ole nimetty yksittäiselle hoitajalle. Tiimityössä on työryhmä, jota ohjaa sovitut toimintatavat ja yhteiset säännöt. Parhaimmassa toimintamallissa tiimityö luo perustan yksilövastuiselle hoitotyölle sekä tukee oma- ja vastuuhoitaja mallia. Tiimityö koetaan tarpeelliseksi, sillä hoitotyö ja teknologia ovat kehittyneet haasteellisimmiksi ja yksilön osaaminen ei välttämättä enää riitä. (Koivukoski & Palomäki 2009, 9, 88.) Hyvän tiimityön edellytyksenä on, että jokainen jäsen on pätevä ja kykenevä toimimaan yksin, mutta osaa toimia tiimissä ja tietää tehtävänsä sekä roolinsa. Tiimissä kommunikaation tulee olla selkeää. (Helovuori ym. 2012, 182.) Tiimityön mahdollistaa vahva henkilöstö, mutta siihen liittyy myös haasteita ja esteitä (Strann ym. 2015, 53).

Modulaarisessa hoitotyössä yksikkö jaetaan maantieteellisiin alueisiin eli moduuleihin. Moduuleissa työskentelee oma henkilöstö, joka huolehtii oman moduulin potilaiden hoitotyöstä. Moduulin sisällä voi nimetä potilaille omahoitajia ja toteuttaa yksilövastuisen hoitotyön periaatteita. Edut ovat samat kuin potilaskohtaisessa hoitotyössä ja hyvin toteutuneessa ryhmätyössä. Siinä voidaan hyödyntää työntekijöiden erikoisosaaminen. Modulaarisessa työnjaossa haasteena on, miten jakaa moduuli. (Voutilainen & Laaksonen 1994, 74-76.)

3.2 Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuinen hoitotyö alkoi hoitajien tyytymättömyydestä hoitotyön työnjakoon. Sairaanhoidajat kokivat, että tehtäväkeskeisellä hoitotyöllä hoito oli pirstaleista, tiedonkulku ongelmallista, varsinaista hoitotyötä oli vähän ja potilaan asioihin ei ollut aikaa perehtyä. Yksilövastuisessa hoitotyössä yhdistyy hoidon itsenäisyys, koordinaatio, vastuullisuus, kattavuus ja jatkuvuus. Yksilövastuinen hoitotyö on hoitotyön

toimintamalleista edistynein. Toimintamalli parantaa hoitajien työtyytyväisyyttä, vaikka osa on kokenut yksinäisyyttä työtavassa. Potilaiden mielipiteet ovat positiivisia, potilaskeskeisyys on parantunut ja hoito on kokonaisvaltaisempaa. Omahoitajuus antaa ammatillisia haasteita, joista selviytyminen koetaan palkitsevaksi. Yksilövastuisen hoitotyön soveltaminen käytäntöön on haasteellista. (Hegyvary 1991: Voutilainen & Laaksonen 1994, 76-81.)

Yksilövastuisen hoitotyön ydin on, että potilaan hoito on saman hoitajan hoidossa sairaalaan saapumisesta, kotiin tai jatkohoitoon saakka (Hegyvary 1991, 17). Yksilövastuisessa hoitotyössä omahoitaja vastaa potilaan hoidosta. Yksilövastuisessa hoitotyössä omahoitajan hoitotyö kohdistuu määrättyihin potilaisiin. Hoitotyön jatkuvuus, vastuullisuus, itsenäisyys, hoidon ja hoitotyön koordinointi sekä vastuu päätöksenteossa kuuluu omahoitajan työnkuvaan. (Aalto & Munnukka 2002, 25.) Yksilövastuiseen hoitotyöhön siirtyminen käytännössä on haasteellista. Päävastuu muutoksen onnistumisesta on esimiehillä. (Aalto & Munnukka 2002, 109.) Yksilövastuista hoitotyötä toteuttaa omahoitaja, myös vastuuhoitaja toteuttaa yksilövastuisen hoitotyön periaatteita (Koivukoski & Palomäki 2009, 88).

3.3 Omahoitajuus potilasturvallisuutta edistävänä mallina

Omahoitaja vastaa hoitotyön suunnitelmallisuudesta niin, että potilaan hoitopolusta muodostuu luotettava, eheä ja turvallinen kokonaisuus. Omahoitajalla on tärkeä rooli lyhyessä hoitosuhteessa. Hoitaja estää hoidon pirstoutumisen, hallitsee potilaan kokonaihoidon ja säästää näin aikaa. Tehtäväkeskeisellä toimintatavalla vastuu on usealla hoitajalla tai vastuuta ei ole jaettu lainkaan. Vaarana on, että potilaan hoitopolku on pirstaleinen, hajanainen ja tiedonkulku katkeaa. Kun potilaan hoidon vastuuta ei jaeta lainkaan tai vastuu on jokaisella hoitajalla, potilaan hoidossa tulee herkästi epäselvyyksiä ja sekaannuksia sekä hoitajille että potilaalle. (Munnukka & Aalto 2002, 155.)

Lyhyissä hoitosuhteissa tulee edetä järjestelmällisesti ja sujuvasti. Hoitotyö tulee suunnitella hyvin, ajoittaa oikein ja jokainen hetki tulee käyttää hyvin hyödyksi. (Munnukka & Aalto 2002, 154.) Omahoitajuuden järjestäminen lyhytaikaisessa hoitosuhteessa on ongelmallista. Siihen tarvitaan jatkuvaa hoitotyön kehittämistä,

suunnittelua, tutkimista ja uusien mahdollisuuksien etsimistä. (Munnukka & Aalto 2002, 161.)

Ryhäsen tutkimuksen mukaan omahoitaja lisää potilaalle turvallisuuden tunnetta. Tuttu omahoitaja lisää luottamusta hoitoon. Hoitaja on ajan tasalla, edistää hoidon jatkuvuutta, antaa tukea ja lisää potilaalle turvallisuuden tunnetta. (Ryhänen 2005, 73.) Omahoitaja on tärkeä hoidon koordinoija ja lyhyessä hoitosuhteessa omahoitajan työ korostuu. Omahoitajuus ei kuulu vain pitkäaikaishoitoon, vaan sitä voidaan käyttää hyvin myös polikliinisessä työssä. (Aalto & Munnukka 2002, 158.) Lääkäreiden palautteen mukaan omahoitajuuden paras puoli on se, että omahoitaja tietää potilaan asiat ja tuo ne esille. Omahoitajuudessa potilaan asioiden hoitoa ei jätetä kesken. (Aalto & Munnukka 2002, 142,146.)

Vastuuhoitaja toimii yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Vastuuhoitajan tehtävä on vastata potilaan hoidon kokonaisuudesta. Vastuuhoitaja työnjako onnistuu täydellisesti vain, jos kaikki hoitajat ovat sairaanhoitajia. Lähi- tai perushoitaja voi toimia vastuuhoitajana, mutta sairaanhoitaja vastaa suonensisäisestä lääkityksestä. Vastuuhoitajan velvollisuus on pyytää tarvittaessa apua toisilta hoitajilta. Oma- ja vastuuhoitajuuden rakentuminen tiimityön lisäksi on toimiva hoitotyön malli. Hoitotyön sisällön muuttuminen vaativammaksi ja teknologian kehittyminen edellyttää moniammatillista osaamista eikä yksilötason osaaminen välttämättä riitä. (Koivukoski & Palomäki 2009, 88.)

Vastuuhoitaja lisää potilaan turvallisuuden tunnetta, myös omaisten kokemus on positiivinen. Hoitajan työn hallinta lisääntyy. Työn suunnitelmallisuus on helpompaa ja potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset ovat vastuuhoitajan helpompi huomata. Potilas kokee saavansa hyvää hoitoa, kommunikaatio ja tiedonkulku on sujuvaa. (Koivukoski & Palomäki 2009, 88-89.)

3.4 Haasteita omahoitajuuden toteutumiselle

Terveydenhuoltoala on kiireistä ja vaativaa. Työelämän muutokset haastavat työyhteisöjä. Työyhteisön muutostilanteessa viestinnällä on tärkeä rooli. Epätietoisuudessa huhuja alkaa liikkua ja siten herättävät turhia pelkoja sekä luovat ennakkosenteita. (TTL 2014, 16-17.)

Yksilövastuisen hoitotyön aloittaminen puutteellisin tiedoin ja ilman joustavuutta, johtaa epäonnistumiseen. Jokainen hoitotyön yksikkö on erilainen eikä ole olemassa yhtä selkeää toimintamallia omahoitajuuden toteuttamiselle. Omahoitajuutta suunnitellessa on ensin määriteltävä mitä se kyseiselle yksikölle tarkoittaa. Ajan myötä jokaiseen yksikköön kehittyy oma tyyli toteuttaa sitä. (Hegyvary 1991, 16, 107.)

Henkilökunnan asenteet voivat olla este omahoitajuuden onnistumiselle. Keskustelulla, koulutuksella ja perehdytyksellä voidaan asenteisiin vaikuttaa, mutta ne muuttuvat hitaasti ja se vaatii aikaa. Potilaat odottavat laadukkaampaa hoitoa ja haluavat tietoa yhä enemmän. Suomalaisten hoitajien ammattitaito on hyvä eikä vastuun ottamista tulisi pelätä. (Aalto & Munnukka 2002, 98.)

Käytännössä selkeä oma- ja vastuuhoitajuuteen perustuva työnjako on haasteellinen toteuttaa. Haasteena on esimerkiksi vastavalmistuneen hoitajan riittävät taidot vastata potilaan hoidosta. Onko työyhteisössä sallittu tunnustaa oma osaamattomuus vai peitelläkö sitä? Monet käytännön taidot opitaan työtä tekemällä. Vastavalmistunut tarvitsee tukea eikä kaikkea tarvitse osata heti. Tiimityön tuki taustalla auttaa uutta hoitajaa turvallisen hoitotyön toteuttamiseen. Lähi- ja perushoitajan ammattipätevyydellä ei voi antaa suonensisäistä lääkitystä, he tarvitsevat sairaanhoitajan vastaamaan siitä, muuten lähi- ja perushoitaja voi olla oma- tai vastuuhoitaja. (Koivukoski & Palomäki 2009, 88-90.)

Hjerppen tutkimuksen mukaan esteet omahoitajuuden toteutumiselle ovat ajanpuute ja kiire. Omahoitajuuden esteitä on työmäärä ja sen epätasaisuus, ajanpuute ja hoitajapula. Estäviä tekijöitä on vieläkin paljon, vaikka yksilövastuista hoitotyötä on ollut jo kymmeniä vuosia. (Hjerppe 2008, 99.)

Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuuri on vahva ja rikas, mutta osa ilmiöistä on epätoivottavia. Vahva työpaikkakulttuuri voi ylläpitää vanhoja muuttumattomia toimintamalleja. Jatkuvat muutokset päivystyksissä aiheuttavat hoitajissa jopa pelkoa, joka lisää henkistä kuormitusta. Päivystyspoliklinikoiden työpaikkakulttuuria leimaa potilaan tehokas yksin hoitaminen. Tiimityöllä on suuri merkitys työssä viihtyvyyteen. (Strann ym. 2015, 61.) Muutosvastarinta käsitellään luvussa 4.

3.5 Työparityöskentely

Työparityöskentely vähentää henkilöstön kuormitusta, yhteistyö paranee, työkuva selkiytyy, tiedonkulku paranee, työ tehostuu, kaoottisuus vähenee ja työrauha onnistuu paremmin (Peltonen 2009). Työparityöskentely lisää joustavuutta ja potilasturvallisuutta. Kokemattoman hoitajan tai työyksikköön siirtyneen uuden hoitajan ei tarvitse toimia yksin vaan hänellä on mahdollisuus kollegan tukeen. Sairaanhoidajilla on omat potilaat ja työpari mahdollistaa konsultoinnin. (Rantala ym. 2008, 155.) Hyvä perehdyttäminen on erittäin tärkeää, työparityöskentelyllä ja mentoroinnilla perehdytystä voidaan syventää (Lahtinen 2016, 3). Ammatillinen kehitys tapahtuu työtä tekemällä, työssä oppimalla ja sitä kehittämällä (TTL 2014, 17).

Työparityöskentelyn perusta on avoin vuorovaikutus, osallistuminen ja yhteinen tietämys (Sarja ym. 2013, 182). Työparityöskentelyn etuna on työparin tuki niin henkisesti kuin käytännön tasolla. Työparin kanssa on käytössä kahden henkilön ammattitaito. Asiakastilanteiden läpikäyminen parin kanssa nähdään tärkeäksi tekijäksi työssä jaksamisen kannalta. Myös työturvallisuuden tunne kasvaa työparityöskentelyssä. Parityöskentely koetaan haastavana ja antoisana työmuotona. Työparityöskentely koetaan raskaaksi, jos parin henkilökemiat eivät kohtaa. (Heinonen 2010, 37-41.)

Työparityöskentelyä edistää työn suunnitelmallisuus, työparin tunteminen, yhdessä tekeminen, tiedonkulku ja myönteinen asenne työparia kohtaan. Työparityöskentelyä heikentää yhteisen näkemyksen puuttuminen, sooloilu, tiedonkulun katkeaminen ja väärinkäsitykset. Työparityöskentelyn mahdollisuuksia on työn mielekkyys, selkeä työnjako, jaettu asiakastyö, työn yhteinen hallinta ja pohdinta. Työparityöskentelyn kautta voidaan hyödyntää moniammatillista osaamista. (Rahko 2010.)

Hyvässä työyhteisössä hyödynnetään henkilöstön osaamista ja tietotaitoa. Työyhteisössä tulisi edistää kulttuuria, jossa halutaan oppia uutta ja opettaa toisia. Kokemus osaamisen jakamisella pyritään saamaan hiljaista tietoa näkyväksi. Osaamisen jakamisen keinoja ovat työparityöskentely, mentorointi, mallintaminen ja oppimiskokemusten kertominen. (Hyppänen 2015, 6-7.)

4 MUUTOKSESSA ONNISTUMINEN

Muutosprosessi voidaan jakaa suunnittelu-, käynnistys-, toteutus-, loppuun saatto ja arviointi vaiheeseen. Arjessa muutos ei etene suoraviivaisesti vaan muutoksessa on aina haasteita ja ennalta-arvaamattomia tilanteita. Muutoksen aikana tieto lisääntyy ja kokemukset muuttavat alkuperäistä suunnitelmaa. Suunnittelua ja arviointia tapahtuu jatkuvasti muutoksen aikana. Esimiehen tehtävä on saada työyhteisö toimimaan kohti yhteistä tavoitetta. Muutoksen aikana tulee huomioida potilasturvallisuus, se ei saa vaarantua muutoksesta johtuvista syistä. (Kallankari 2019.)

Henkilökunnan osallistaminen kehittämissuunnitelmaan on osa projektin onnistumista. Ottamalla ihmisiä mukaan käytännön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, muutosta voidaan edistää ja lisätään sitoutumista muutokseen. Osallistamisella otetaan jokaisen työntekijän kokemus mukaan kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 90: Ponteva 2012, 24.) Osallistamalla työntekijät muutoksen suunnitteluun, muutos ei välttämättä tunnu niin vaikealta. Toisaalta ottamalla työntekijät mukaan suunnitteluun ja pohdintaan, he odottavat voivansa vaikuttaa asioihin, joka ei aina ole mahdollista suuressa organisaatiossa. (Ponteva 2012, 108.) Kokemus siitä, että voi vaikuttaa omaan työhönsä on suurin motivaatiotekijä muutoksessa. Muutokseen valmistautuminen alkaa tavoitteen selventämisellä ja muutoksen suunnittelulla. (Kallankari 2019.)

Hoitotyössä muutosprosessien tarkoituksena on parantaa hoitotyön laatua ja toimintaa. Käytännön hoitotyön ja tutkimusten perusteella työyhteisössä tiedetään, mitkä tiedot ovat oleellisia hoitotyön kehittämisessä ja millaisia hoitotyön uudistuksia tulisi tehdä. Tieto motivoi ja auttaa ymmärtämään miksi muutos on tarpeellinen. (Sarajärvi ym. 2011, 100.) Onnistuneessa muutoksessa inhimillisyyden ja vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtäminen on tärkeää (Kallankari 2019).

Muutoksen onnistumisessa auttaa muutosmyönteinen organisaatio ja esimies sekä hyvinvoiva henkilöstö. Muutoksessa tulee olla selkeää ja avointa vuorovaikutteista kommunikointia esimiehen ja alaisten välillä. Oikea aikainen ja jatkuva tiedottaminen lisää onnistumisen mahdollisuutta. (Kallankari 2019.)

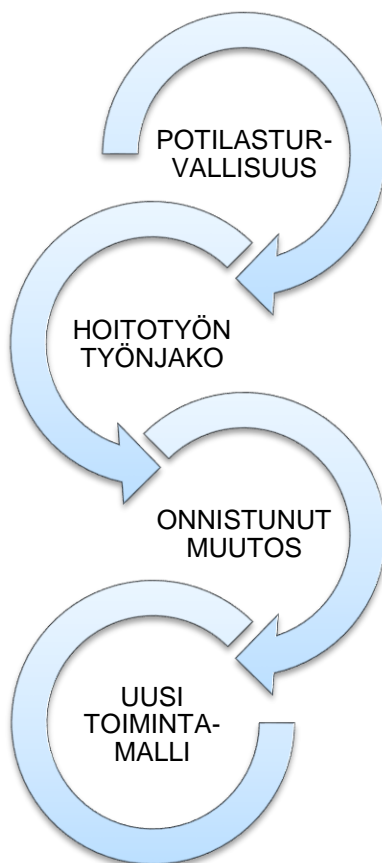
Kaikissa muutoksissa ei tarvita laajaa kirjallista suunnitelmaa toiminnan muutoksesta. Muutosta suunniteltaessa tulee huomioida suunnittelun riittävä taso ja muutoksen toteuttaminen voidaan aloittaa. Suunnittelua tehdään myös muutoksen edessä. Liian tarkan suunnitelman laatiminen on turhaa, jos muutos ei etene niin kuin oli tarkoitus ja voi aiheuttaa henkilöstössä joustamattomuutta. Muutoksen mahdollisuus selkiytyy muutoksen myötä. (Kallankari 2019.)

Muutosprosessissa vastarinnalla tarkoitetaan sitä, kun ihmiset eivät suhtaudu myönteisesti muutoksiin. Muutosvastarinta on yleensä tiedossa etukäteen, joten siihen on helpompi suhtautua. Näyttöön perustuvan hoitotyön muutosprosessi vaatii tilanteeseen sopeutumista, uuden oppimista ja vanhoista toimintamalleista poisoppimista. Muutosprosessissa työyhteisöä osallistetaan mahdollisuuksien mukaan, jolloin kehittämisellä on parempi mahdollisuus toteutua. Epävarmuutta siitä, mitä muutos käytännössä tarkoittaa ja mitä tulevaisuudessa tapahtuu, voidaan estää tiedottamisella ja kommunikoinnilla muutoksen eri vaiheissa. Organisaatiokulttuurin muuttaminen on pitkä prosessi. Vanhasta toimintamallista poisoppimisen jälkeen omaksutaan uusi toimintatapa ja siihen sitoudutaan. (Sarajärvi ym. 2011, 105-110; Ponteva 2012,15,18; Kallankari, 2019.)

Hoitohenkilökunnalle muutos on haaste ja kuormittava tekijä. Muutos vie aikaa, resursseja ja energiaa, siksi on tärkeää huomioida muutoksen positiiviset vaikutukset. Onnistumiset muutoksesta ja niistä nauttiminen voimaannuttaa, lisää me -henkeä ja motivaatiota. Muutosta tulee arvioida koko muutoksen ajan. Muutoksen aikana tulee valmistautua yllätyksiin, oppia virheistä, sietää epävarmuutta ja pysyä rauhallisena, vaikka suunnitelma ei etene suunnitelmien mukaan. Muutoksen sabotointiin tulee heti puuttua. Muutoksen päätösvaiheen jälkeen alkaa vakiinnuttaminen ja uuden toiminnan juurruttaminen. Jos kiusaus vanhaan toimintamalliin palaamisesta on suuri, esimiehellä on tärkeä rooli kannustaa, tukea ja motivoida työyhteisöä pysymään uudessa toimintamallissa. (Kallankari 2019.)

Kehittämällä toimintaa on mahdollisuus saada asiakastyytyväisyyttä, parempaa hoidon laatua, potilas- ja työturvallisuutta, työhyvinvointia, taloudellisia säästöjä sekä parempaa ergonomiaa. Jatkuva kehittäminen on osa laatua. Muutos haastaa työyhteisön hyvinvointia, toimintaa ja tuloksellisuutta. Työssä hyvinvoiva henkilökunta jaksaa innostua ja kehittää työyhteisöä. Hallittu muutos ja hyvä muutosjohtaminen

edistää työhyvinvointia. (Kallankari 2019.) Muutoksen arviointi käsitellään luvussa 8.5. Kuviossa 2 on kuvattu kehittämistyön teorian tavoite kehittää uusi hoitotyön työnjaon toimintamalli.



Kuvio 2. Kehittämistyön teorian osa-alueet.

5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena on kuvata potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä yhteispäivystyksessä. Tavoite on luoda potilasturvallisuutta ja hoitotyön toiminnan sujuvuutta edistävä hoitotyön työnjakomalli yhteispäivystykseen. Kehittämistyön kehittämiskysymyksiä ovat:

Mikä on potilasturvallisuuden nykytila yhteispäivystyksessä?

Miten modulaarinen tehtäväkeskeinen tiimityön työnjako vaarantaa potilasturvallisuuden?

Miten omahoitajamalli voisi parantaa potilasturvallisuutta?

Mitä keinoja voisi käyttää potilasturvallisuuden parantamiseksi?

6 YHTEISPÄIVYSTYS KEHITTÄMISYMPÄRISTÖNÄ

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluu 18 kuntaa, joissa on asukkaita yhteensä noin 190 000. Yhteispäivystyksessä hoidetaan kaiken ikäisiä potilaita vauvoista ikäihmisiin ympäri vuorokauden. Yhteispäivystyksessä hoidetaan potilaat, joiden hoitoa ei voi siirtää myöhemmäksi ilman oireiden tai vamman vaikeutumista. Yhteispäivystyksessä potilaat hoidetaan sairauden mukaisessa kiireellisyysjärjestyksessä. Yhteispäivystykseen tullaan läheteellä tai akuutissa tilassa ilman lähetettä. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioi vastaanottava sairaanhoitaja. (EPSHP, viitattu 14.4.2020.)

Hoidon tarpeen arvioinnissa sairaanhoitaja jakaa potilaat oireiden ja sairauden mukaan operatiiviseen Hoitoryhmä 1 tai konservatiiviseen Hoitoryhmään 2. Nopsa vastaanotossa on lääkäri ja sairaanhoitaja, sinne voidaan sijoittaa hyvävointiset, ilman lähetettä tulevat potilaat. Hoitoryhmä 3 avataan kello 12-21 väliseksi ajaksi, jonne voidaan sijoittaa operatiivisia sekä konservatiivisia potilaita, jotka eivät ole intensiivihoidettavia. Hoitoryhmissä on 15-20 potilaspaikkaa. Hoitoryhmissä on 3-4 hoitajaa aamu-, ilta- ja yövuoroissa. Yhteispäivystyksessä on myös välivuoroja, kello 10-18 kaksi hoitajaa sekä kello 16-24 kolme hoitajaa, jotka vahvistavat päivystyksen ruuhkaisinta aikaa. Lääkäreitä on päivällä ja illalla (kello 8-22) korkeintaan kahdeksan ja yöllä (kello 22-8) minimissään kolme. Päivittäinen potilasmäärä vaihtelee 100-160 välillä. Vuosittainen kävijämäärä on noin 43 000 – 45 000. Suurin osa hoitajista on sairaanhoitajia sekä muutama lääkintävahtimestari, lähi- ja perushoitaja. Hoitotyön työnjako on modulaarista tehtäväkeskeistä tiimityötä. Yleisesti hoitotyön työnjakoa kutsutaan ”kaikki hoitaa kaikkia”.

Hoitoryhmässä potilaan vastaanottaa hoitaja, joka ottaa ensihoidon raportin vastaan. Hoitaja haastattelee potilaan, mittaa vitaalielintoiminnot, antaa tarvittavan ensihoidon, tilaa tarvittavat verikokeet ja tekee hoitotyön kirjaukset. Tämän jälkeen potilas on kaikkien moduulissa olevien hoitajien hoidettavana. Yksi hoitaja vie röntgen tutkimukseen, toinen hoitaja lääkitsee, kolmas auttaa perushoidossa ja neljäs tiedottaa potilassiirrosta osastolle. Potilaan hoitoon osallistuu monta eri hoitajaa, saatetaan tehdä päällekkäistä työtä ja potilas saattaa joutua selittämään asiansa monelle eri hoitajalle. Jatkohoitoa soittava hoitaja ei välttämättä ole tavannut potilasta.

Suuri osa päivystyspoliklinikan potilaista ovat iäkkäitä ja monisairaita. Iäkkäiden potilaiden hoidon tarve on erilainen kuin muilla aikuispotilailla. Hoidossa on huomioitava monta eri tekijää kuten useat eri sairaudet, lääkitys, allergiat, aikaisempi toimintakyky, kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon tarve, omaiset. Jatkohoitoa suunniteltaessa on huomioitava tiedon kulku eri organisaatioiden ja ammattihenkilöiden välillä. Tiedonkulku on tärkeää potilasturvallisuudelle. (THL 2011, 27.) Hoitoprosessien pirstaleisuus vaikeuttaa kokonaisvaltaisen, turvallisen hoidon toteutumista. Ongelmat tiedonkulussa lisäävät virheiden mahdollisuutta. (THL 2011, 9.)

Hoitoryhmien potilaiden keskimääräinen läpimenoaika on kuusi tuntia. Tämä aiheuttaa päivystyksen ruuhkautumista. Eniten päivystys on ruuhkautunut arkisin kello 14-24 välillä. Ruuhkautuminen vaikuttaa potilasturvallisuuteen, asiakastyytyvyyteen, henkilöstötyytyvyyteen, kuolleisuuteen sekä kustannuksiin. Pitkiä läpimenoaikoja aiheuttavat ei-päivystykselliset potilaat, jotka kuormittavat päivystystä, lääkäri resursseihin liittyvät haasteet sekä tutkimusten prosessit. Läpimenoaikoja pidentää jatkohoidon järjestämisen ennakoimattomuus, osastolle pääsyn odottaminen sekä potilas- ja siirtokuljetusten haasteet. Läpimenoajan lyhentämisellä voidaan saavuttaa hyötyjä potilasturvallisuuteen ja asiakastyytyvyyteen. (NHG 2020.)

Työelämää tulee kehittää siihen suuntaan, että mahdollisimman moni on halukas jatkamaan työelämässä (TTK 2014, 8). Työn kehittämisen tavoitteena on vahvistaa työyhteisön mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä, selkiyttää yhteisellä keskustelulla työnjakoa ja vastuualueita sekä luoda yhteisiä työtapoja (TTK 2014, 18).

7 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT

Tässä kappaleessa kerrotaan menetelmistä, joita on käytetty tämän kehittämistyön tekemiseen.

7.1 Laadullinen tutkimus

Tämä kehittämistyö on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta samanlaisuuksia, toimintatapoja tai eroja (Janhonen & Nikkonen 2001, 23). Laadullisen tutkimuksen määrittelyssä korostuu ihmisten kokemusten, käsitysten, tulkintojen tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaaminen. Laadullinen tutkimus liittyy asenteisiin, uskomuksiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Lähtökohtana on ongelmien havaitseminen, tiedostaminen, uuden ilmiön käsitteellistäminen ja kuvaaminen. Se sopii käytettäväksi, kun halutaan saada uusi näkökulma, epäillään käsitteiden tai teorian merkitystä. Laadullisessa tutkimuksessa ei tavoitella yleistettävyyttä. Laadullisen tutkimuksen keskeinen merkitys on lisätä ymmärrystä tutkimus ilmiöstä, ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan myös ihmisten omia kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 65-74.)

Tutkijat käyttävät laadullista tutkimusta kuvailemaan käyttäytymistä, tunteita ja kokemuksia. Laadullista lähestymistapaa voidaan käyttää kuvaamaan muutosta ja ongelmatilannetta. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan havainnoida, haastatella ja kuunnella sekä kuvitella itsensä tutkittavan asemaan. Ymmärtääkseen tutkittavaa asiaa tai ilmiötä tulee siihen ensin perehtyä hyvin. Tutkijalla ja tutkittavalla tulee olla luottamus toisiinsa. Laadullisen tutkimuksen haasteena voi olla suuri määrä tietoa, mutta vähän aikaa tutkia ja reflektoida sitä. Haastattelujen auki kirjoittaminen, useaan kertaan läpi käyminen ja luokittelu ovat aikaa vievää. (Holloway & Galvin 2017,3-12.)

7.1.1 Laadullinen kyselytutkimus ja induktiivinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua tekstiä, jonka avulla voidaan tarkastella asioiden merkityksiä, yhteyksiä ja seurauksia. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää, jos asiasta ei tiedetä tai aikaisempi tieto on hajanaista. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä, jolloin tutkittavia ilmiöitä voidaan yleistävästi ja napakasti kuvailla sekä tuoda tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita selkeästi esille. Sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23; Kyngäs ym. 2011, 139-140; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on aineiston kirjoittaminen eli litterointi. Seuraavaksi aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Pelkistäminen tarkoittaa, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta löytyvät vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. Kolmas vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi. Aineiston ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimi. Neljäs vaihe on yleiskäsitteiden muodostaminen eli abstrahointi. Siinä yhdistetään samansisältöisiä luokkia, jolloin saadaan yläluokkia. Raportointi kirjoitetaan aineistolähtöisesti. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24-29; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017.)

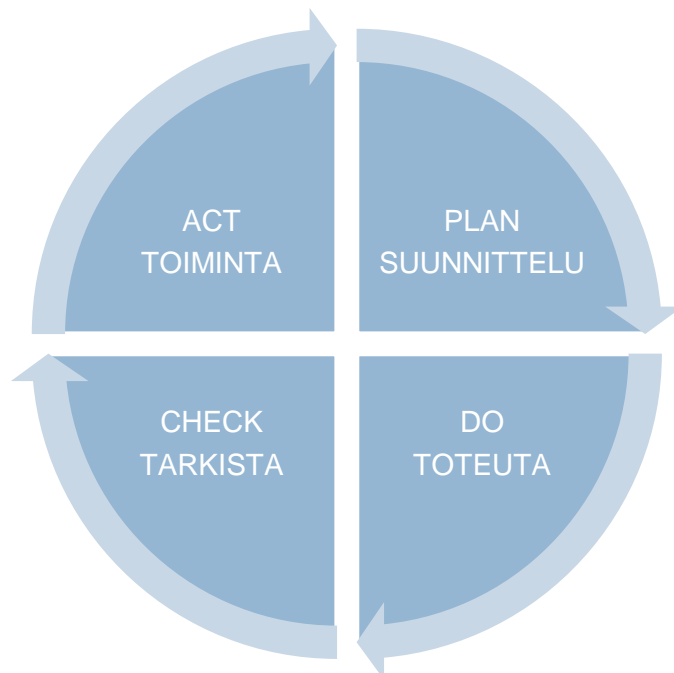
7.1.2 SWOT -analyysi ja deduktiivinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysistä valitaan tarkasteltava aihe, siihen tutustutaan, se pelkistetään, luokitellaan, tulkitaan ja arvioidaan sen luotettavuutta. Sisällönanalyysi voidaan tehdä teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Lähtökohtana on teoria, teema tai malli, jonka ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä käytetään lomaketta tai analyysikehikkoa, jonka lähtökohta on aikaisempi tieto. Aineistoa ohjaa teemat, käsitekartta tai malli. Tutkimuksessa kuvataan tämä malli ja sen mukaan määritellään kiinnostavat käsitteet eli aloitetaan analyysirungon muodostamisella. Analyysirunko voi olla tarkasti analyysiä ohjaava tai väljä. Aineiston pelkistäminen ja luokittelu tehdään etsimällä analyysirungon mukaisia ilmauksia.

Ensin aineisto luetaan useaan kertaan läpi. Alkuperäiset ilmaukset pelkistetään aineiston käsittein ja niistä etsitään samanlaisuuksia sekä erilaisuuksia. Pelkistetyille ilmauksille tehdään alakategoria. Alakategorioille luodaan yläkategoria. (Janhonen & Nikkonen 2001, 30-32; Tuomi & Sarajärvi 2002, 116; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 167-169.)

7.2 PDCA

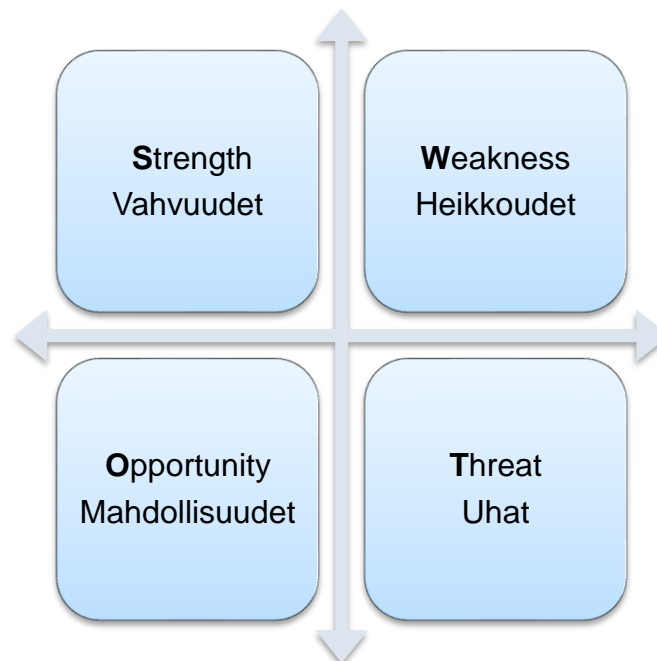
Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suosituksen (Laatu- ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä), jolla annetaan työkaluja laatu- ja potilasturvallisuustyön edistämiseen. Suosituksessa ehdotetaan PDCA -syklin käyttöä toiminnan kehittämiseen. PDCA tulee sanoista plan (suunnittelu), do (tehdä), check (tarkista), act (toimi). Ensin muutos suunnitellaan. Suunnittelun jälkeen se toteutetaan, voidaan kokeilla myös eri vaihtoehtoja. Arviointi vaiheessa muutos tarkastetaan ja kerätään tietoa siitä, mikä toimii ja mikä ei. Korjattu ja paranneltu toiminta otetaan käyttöön. (STM 2019, 20-36.) Muutosta ei tarvitse suunnitella alussa kokonaan valmiiksi vaan sitä voi muuttaa ja korjailla muutoksen edetessä, tiedon ja kokemuksen lisääntyessä (Kallankari 2019). Kuvio 3 havainnollistaa PDCA-syklin.



Kuvio 3. PDCA -sykli toiminnan kehittämisen mallina.

7.3 SWOT -analyysi

SWOT -nelikenttä analyysin avulla voidaan selvittää nykyisiä vahvuuksia ja heikkouksia sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat. Vahvuudet (**S**trength) ovat nykyisiä toimenpiteitä ja resursseja, joita voidaan hyödyntää. Heikkoudet (**W**eakness) on niitä nykyisiä tekijöitä, joita tulee parantaa tehokkaaseen toimintaan. Mahdollisuudet (**O**ppportunity) ja uhat (**T**hreat) ovat tulevaisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Hyvä tapa on, että SWOT analyysi tehdään ensin yksin ja sen jälkeen yhdistetään ja tarkastellaan yhdessä ryhmän kanssa. (Honkanen 2006, 410-413; Ojala 2017; Kallankari 2019.) Kuviossa 4 havainnollistetaan SWOT -analyysi. Vahvuudet ja heikkoudet kuvaavat nykyhetkeä, mahdollisuudet ja uhat tulevaisuutta.



Kuvio 4. SWOT -analyysi malli.

7.4 Aivoriihi

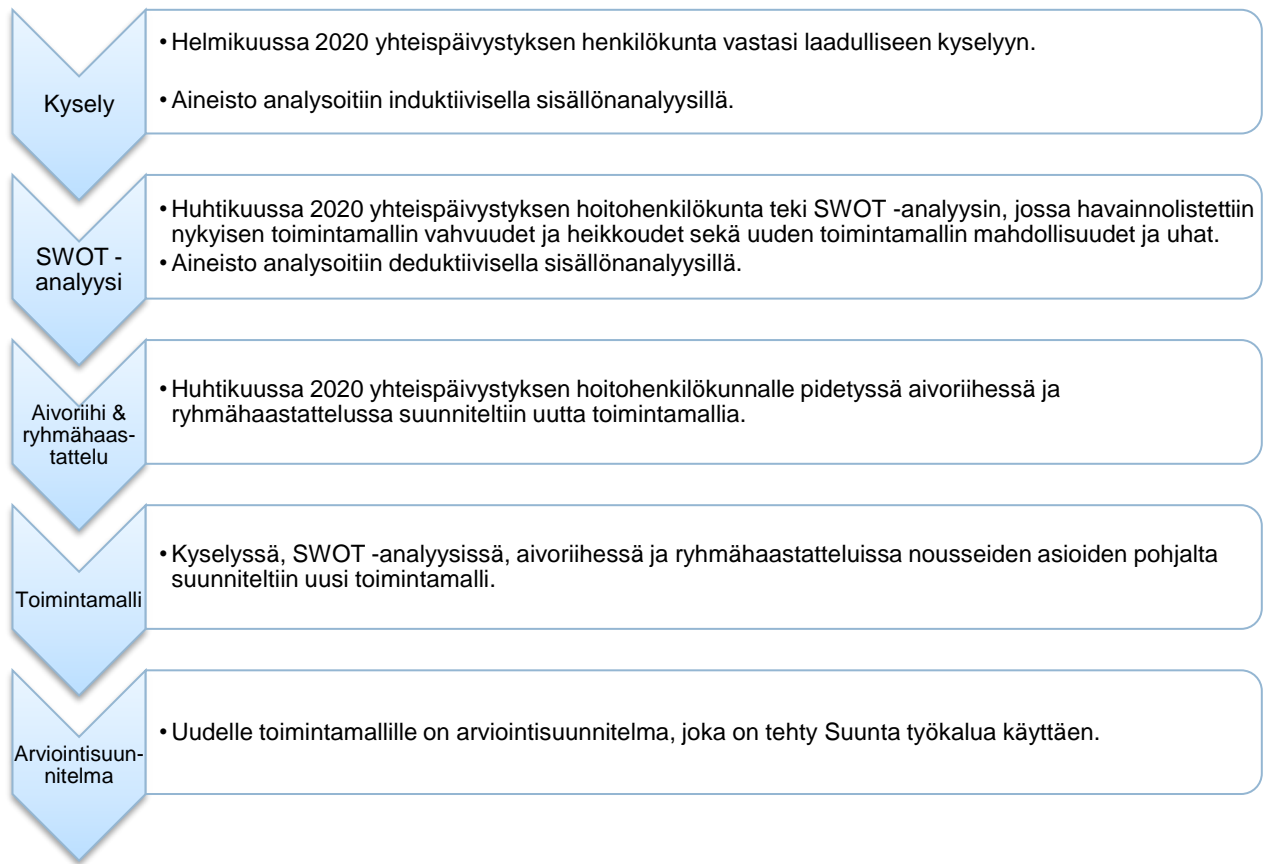
Aivoriihi on luovan ongelmanratkaisun menetelmä, jonka tarkoituksena on tuottaa suuri määrä luovia ideoita ryhmässä. Tarkoituksena on, että jokainen ryhmän jäsen osallistuu ja ideoiden määrä tuottaa laatua. Aivoriihellä on vetäjä ja ryhmä, jolle en-

simmäisenä esitellään ideoinnin aihe. Toinen vaihe on määritellä ongelma. Ryhmälle annetaan ongelma ratkaistavaksi. Ryhmässä jokainen ideoi ajatuksiaan tarapaperille. Vetäjä kirjaa jokaisen idean taululle ja huolehtii ettei kukaan vielä tässä vaiheessa arvostele ideaa. Kaikki ideat kirjataan ja tarkoitus on kannustaa vapaaseen ideointiin, niitä arvostelematta. Kun kaikki ideat on kerätty yhteen ja ryhmitelty, osallistuvat tarkastelevat ideoita kriittisesti ja arvioiden. Parhaimmat ideat kerätään yhteen, niitä voi vielä parannella ja muokata. Ongelma voidaan ratkaista äänestämällä paras vaihtoehto. (Madu 2010; Kallankari 2019).

7.5 Ryhmähaastattelu

Haastattelun voi luokitella osallistuvien henkilöiden lukumäärällä, kuten yksilö-, pari- ja ryhmähaastattelu. Ryhmähaastattelu sopii aineistonkeruu menetelmäksi erityisesti, jos osallistujat ovat samaa ammattiryhmää. Ryhmähaastattelulla voidaan tutkia miten ryhmä muodostaa yhteisen näkemyksen jostain asiasta, millaisia puheenvuoroja ja perusteluja muodostuu. Haastattelu voi olla teema-, avoin- tai strukturoitu. Tässä kehittämistyössä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelussa on valmiiksi valittu teema ja aihepiiri. Kysymysten järjestys voi vaihdella ja niihin voi tehdä täsmennyksiä. Teemahaastattelussa korostuu ihmisten asioille antamat merkitykset ja tulkinnat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 123-128.)

Ryhmähaastattelun etuna on, että saadaan nopeasti tietoa usealta henkilöltä. Aineiston keruu on joustavaa, saadaan monitahoisia vastauksia ja saatuja tietoja voidaan syventää. Haasteena on yhteisen ajan sopiminen ja haastattelu on aikaa vievää. Ryhmän ilmapiiriin vaikuttaa, ketkä puhuvat ja mistä puhutaan, joku saattaa olla varautuneempi ryhmässä. Haastateltavat saattavat myös antaa sosiaalisesti hyväksyttävämpiä vastauksia ryhmässä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 123-128.) Kuviossa 5 havainnollistetaan tämän kehittämistyön etenemissuunnitelma.



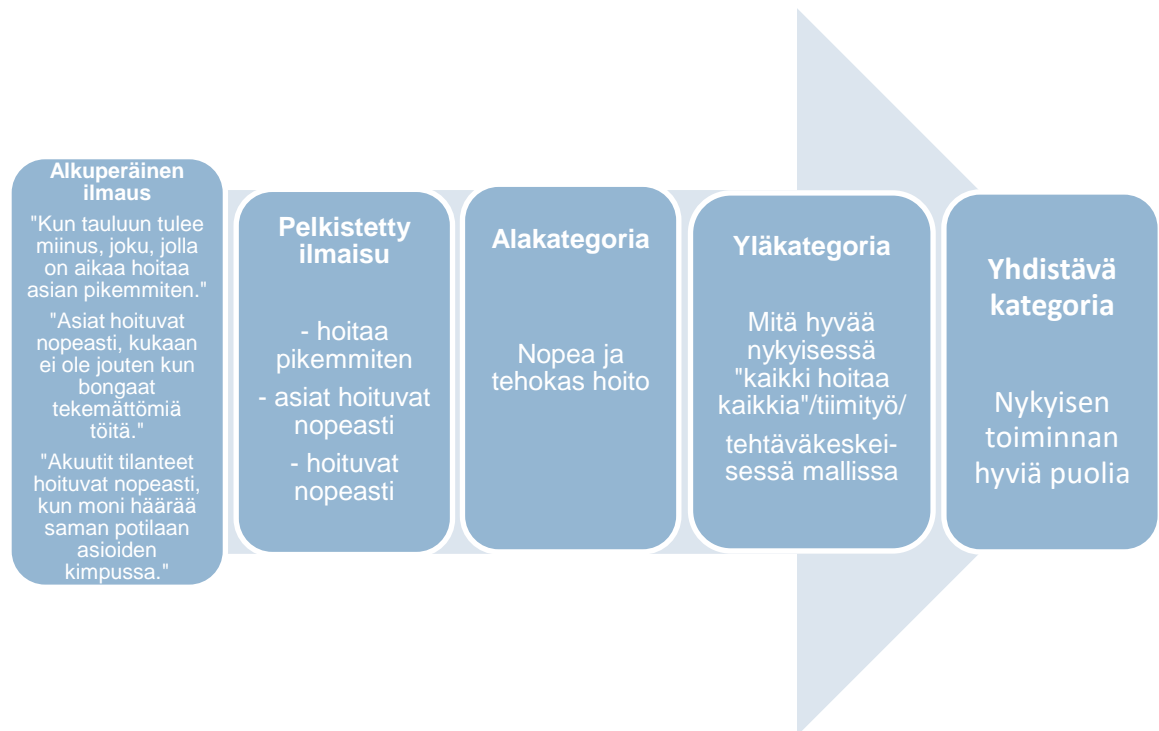
Kuvio 5. Kehittämistyön etenemissuunnitelma.

8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

8.1 Laadullisen kyselyn toteutus

Helmikuussa 2020 saatiin lupa kehittämistyön tekemiseen opetusylihoitajalta ja sairaanhoitopiirin johtajalta. Yhteispäivystyksen henkilökunnalle osoitetussa kyselyssä oli seitsemän avointa kysymystä. Kysely lähetettiin yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille sähköpostitse, yhteensä sadalle henkilölle. Sähköpostissa saatteena oli viesti, jossa kerrottiin, kuka kehittämistyön tekee, mitä opiskelee, miksi kehittämistyö tehdään ja mitä se käsittelee. Kyselylomakkeet sai tulostettua ja vastaajat saivat täyttää niitä työaikana. Kahvihuoneessa oli palautuslaatikko, jonne kyselyn sai palauttaa. Saatekirjeessä kerrottiin, että kyselyyn vastataan nimettömästi ja palautusaikaa oli kolme viikkoa. Vastauksia tuli 17 kappaletta. Vastauksia ei ollut paljon, mutta jotka olivat vastanneet, olivat pohtineet asiaa laajasti ja vastauksissa tuli ilmi monta eri näkökulmaa.

Vastausajan loputtua aineiston tulokset luettiin useaan kertaan huolellisesti läpi. Aineisto kirjoitettiin puhtaaksi. Puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen tulostettua aineistoa leikattiin ja ryhmiteltiin omiin nippuihin. Alkuperäisistä ilmauksista pelkistetyt ilmaukset niputettiin alakategorioiksi. Yläkategoria muodostui alakategorioista. Kirjoittaessa kehittämistyön tuloksia, palattiin takaisin alkuperäisiin vastauksiin, varmistettiin, että tiedon alkuperäinen tarkoitus pysyi muuttumattomana. Kuviossa 6 havainnollistetaan, miten aineistonanalyysiä on tässä kehittämistyössä tehty. Kysely ja sen saatekirje löytyy Liitteestä 1 ja 2.



Kuvio 6. Esimerkki kyselyn induktiivisesta sisällönanalyysistä.

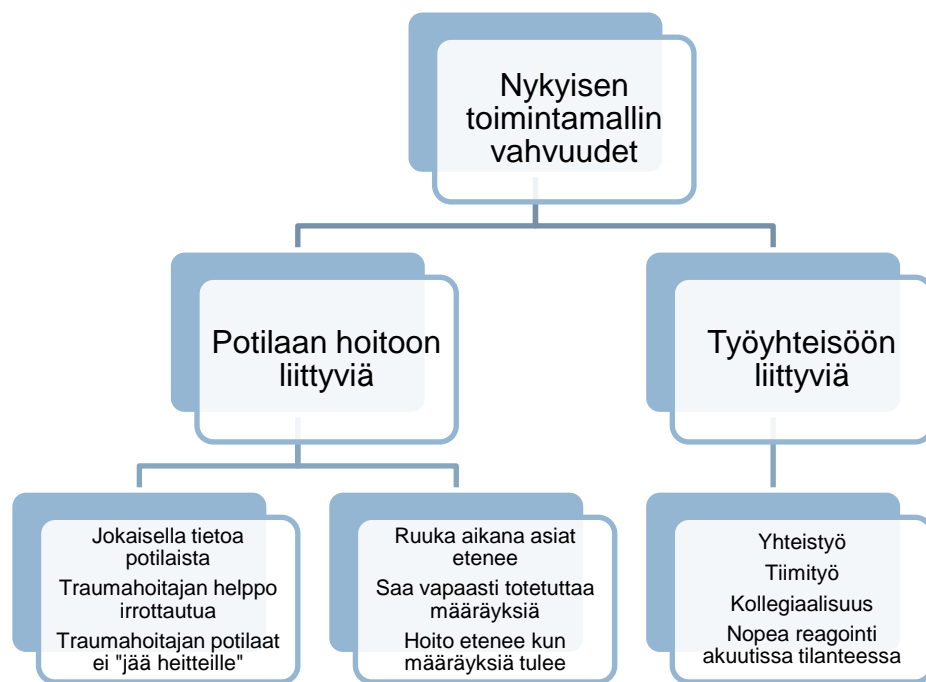
8.2 SWOT -analyysin toteutus

Aiemmin toteutetussa kyselyssä vastausprosentti jäi pieneksi ja SWOT -analyysillä haluttiin varmistaa, tuottaako uusi aineisto ja sen analyysi uutta tietoa.

Huhtikuussa 2020 yhteispäivystyksen kokoushuoneessa pidettiin kehittämistuokio. Vuorovastaava etsi työvuoroista neljä-viisi kokenutta hoitajaa, jotka pystyttiin irrottamaan omista töistään kehittämistuokion ajaksi. Kriteerinä oli, että hoitaja on kokenut päivystyksen hoitaja. Kehittämistuokio aloitettiin kehittämistyön esittämisellä; osallistujille kerrottiin, että kyse oli kehittämistyöstä yhteispäivystykseen, tarve muutokseen tulee esimiehiltä ja tavoite on luoda hoitotyön työnjakomalli, jolla työn sujuvuus ja potilasturvallisuus turvattaisiin paremmin. Osallistujille jaettiin tulostettu SWOT -analyysi paperi. Heidät ohjattiin kirjoittamaan nykyisen toiminnan vahvuudet ensin ja sen jälkeen heikkoudet. Kun osallistujat olivat saaneet ne valmiiksi, avattiin seuraavan kohdan termejä paremmin. Termi oli omahoitaja/vastuuhoitaja/työparityöskentely. Kyselyssä oli tullut ilmi, että työparityöskentely voisi toimia paremmin yhteispäivystyksessä kuin omahoitajamalli. Termi omahoitaja avattiin, miten termiä

oli kuvattu kyselyssä saaduissa vastauksissa. Hoitajilla oli erilaisia käsityksiä vastuusta ja siten vastuuhoitaja termi tuli esiin kyselyssä. Tässä vaiheessa käytiin läpi nämä kolme toimintamallia, jotka käytännössä olisi hyvin samantyyllisiä. Tämän jälkeen osallistujat jatkoivat SWOT -analyysin omahoitaja/vastuuhoitaja/työparityökentely mahdollisuudet ja uhat kirjoittamista. Valmiit analyysi lomakkeet kerättiin. Myöhemmin vastaukset luettiin useaan kertaan läpi ja kirjoitettiin puhtaaksi.

Laadullinen sisällön analyysi tehtiin teorialähtöisesti. Pääkategoria on nykyisen toiminnan vahvuudet. Yläkategoriaksi nousi potilaan hoitoon ja työyhteisöön vaikuttavat tekijät. Näiden luokkien alapuolelle etsittiin ilmauksia aineistosta. Alkuperäisestä tekstistä pelkistettiin ilmauksia alaluokkiin. Kuviossa 7 havainnollistetaan, miten deduktiivinen sisällön analyysi on tässä opinnäytetyössä tehty.



Kuvio 7. Esimerkki SWOT -analyysin deduktiivisesta sisällönanalyysistä.

8.3 Aivoriihen ja ryhmähaastattelun toteutus

Huhtikuussa 2020 pidettiin aivoriihi ja ryhmähaastatteluja yhteispäivystyksen hoitajille kolmena eri päivänä, kuusi eri ryhmää, joissa oli yhteensä 25 hoitajaa. Yhteispäivystyksen vuorovastaava oli valinnut hoitajat työvuoroista siten, ettei se häirinnyt yksikön muuta toimintaa. Jokaisen kuuden eri ryhmän haastattelu tyyli oli samanlainen ja se kesti noin tunnin. Ryhmässä oli 3-5 hoitajaa kerrallaan. Ensimmäisenä esiteltiin kehittämistyön aihe ja sen tarve. Hoitajat täyttivät ensin SWOT -analyysin ja sen jälkeen aloitettiin aivoriihi. Jo ensimmäisessä aivoriihessä post it-lappujen käyttö koettiin aikaa vieväksi, joten post it-laput unohdettiin ja hoitajat ideoivat ääneen. Haastattelija itse kirjasi uudet tiedot ylös. Kahden ensimmäisen aivoriihen jälkeen tehtiin löyhä ryhmähaastattelu runko. Haastattelu rungossa oli kysymyksiä esimerkiksi siitä, miten potilaat jaetaan uudessa toimintamallissa, miten parit tehdään, miten akuuttihoito potilaan hoito onnistuu ja kuka traumahoitajan potilaita hoitaa trauma hälytyksen tullessa. Ryhmähaastatteluissa saatiin luotua löyhät raamit, mitä asioita tulee huomioida uudessa toimintamallissa. Jokaisessa ryhmässä kaikki hoitajat osallistuivat tasapuolisesti. Jokaisen ryhmän ja ryhmien sisällä ideat vaihtelivat runsaasti, erilaisia näkökulmia löytyi paljon.

8.4 Uuden toimintamallin suunnitelma

Muutoksen suunnittelun tavoitteena on antaa suuntaviivat uudelle toiminnalle. Muutossuunnitelma sisältää tavoitteet, aikataulut, toimenpiteet ja tiedottamisen. (Kallankari 2019.) Kyselyssä henkilökunnalle oli ilmennyt, että omahoitajamallin sijaan työparityöskentely sopisi paremmin yhteispäivystykseen. Aivoriihessä ja ryhmähaastatteluissa suunnitellut mallit esiteltiin esimiehelle. Esimiehen kanssa sovittiin, että tämä kehittämistyö rajataan työparin toimenkuvan suunnitteluun ja sille arviointisuunnitelman tekemiseen. Uudelle toimintamallille, eli työparityöskentely yhteispäivystyksessä, suunniteltiin löyhät raamit. Toimenkuvassa on ensimmäiseksi avattu mitä työparityöskentely tarkoittaa yhteispäivystyksessä. Tarkoituksena, että jokainen ymmärtää samalla tavalla mitä työparityöskentelyllä tarkoitetaan. Seuraavaksi on kuvattu mitkä ovat työparityöskentelyn tavoitteet. Kolmantena on avattu työparityöskentelyn toimintamalli. Toimintamalli on koottu ryhmähaastattelussa ja

aivoriivessä keskustelluista teemoista. Malli on suuntaa antava, jota voi muuttaa tarvittaessa käytännön työn ohella. Suunniteltu toimintamalli löytyy Liitteestä 3.

8.5 Arviointisuunnitelman kehittäminen toimintamallin arviointia varten

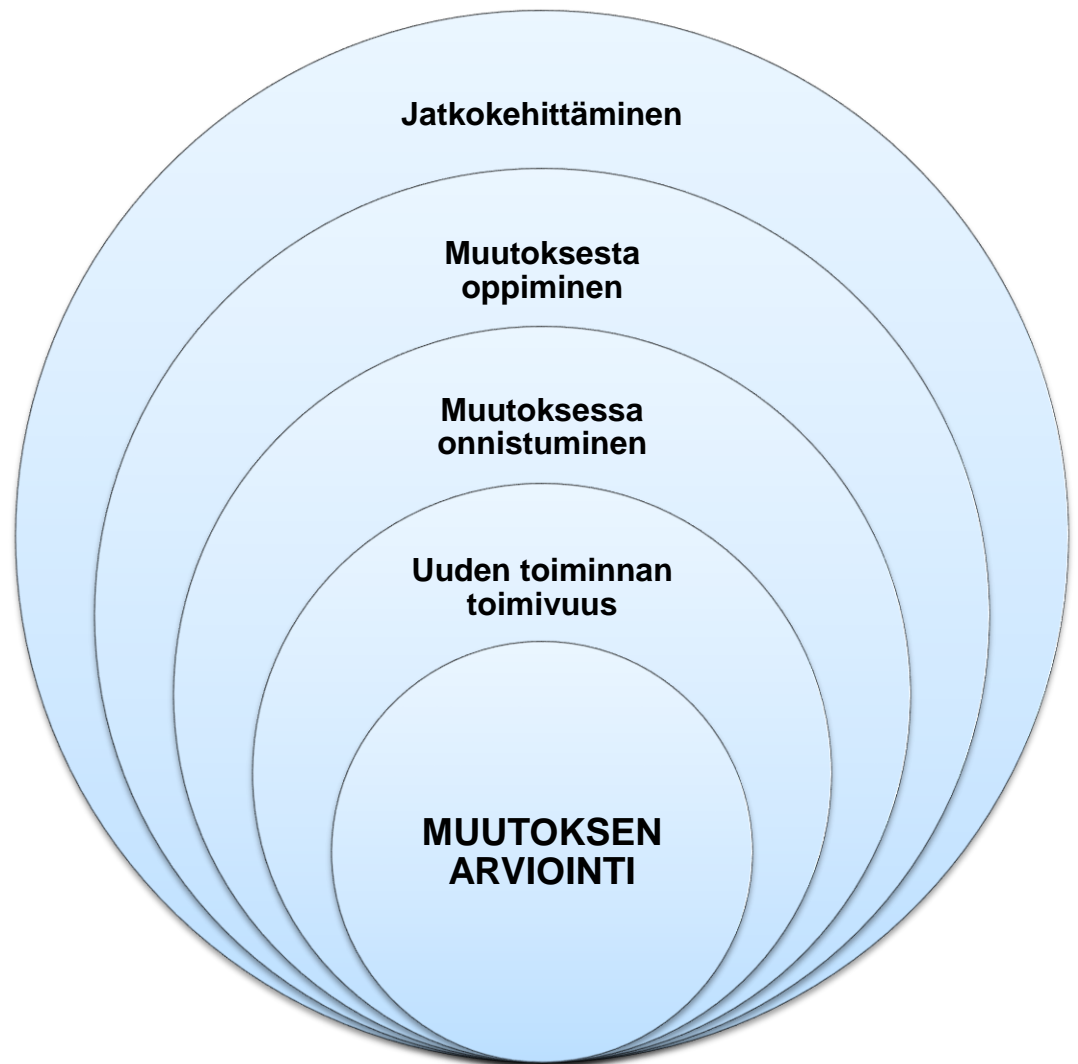
Arvioinnin tarkoituksena on saada selville muutoksen hyödyt ja miten onnistuttiin. Arvioinnissa on mahdollisuus hyödyntää tietoa ja oppia lisää. Muutoksen arviointia tehdään koko muutoksen ajan, siten varmistetaan, että muutoksen suunta on oikea. Muutoksen loppuarvioinnilla arvioidaan, miten uusi toiminta toimii ja vastaako se odotuksia. Tuloksia verrataan lähtötilanteeseen ja saavutettuihin tuloksiin. (Kallankari 2019.)

8.5.1 Arviointisuunnitelman kehittäminen

Keskeistä ennen arvioinnin aloittamista on tietää, miksi se tehdään, mikä on motiivi, kuka arvioi ja tekee sen. Mitkä ovat tavoitteet, resurssit sekä mitä eettisiä seikkoja on huomioitava. Arviointisuunnitelman laatimisessa tulee huomioida teoria, arviointikysymykset, aineiston hankinta, raportointi ja sen analyysi. (Lindberg 2013, 21,33.)

Arviointi tiedolla voi tuoda näkyväksi toimintamallin, sen tavoitteet, prosessit, tuotokset ja vaikutukset. Arviointimenetelmän valinnassa tulee pohtia, millaista tietoa tarvitaan. Halutaanko tietää toimintaan osallistuneiden tai palvelujen käyttäjien mielipide. Arviointi voi olla laadullista tai määrällistä. (Kivipelto 2008,16.) Vaikuttavuudessa yleensä kiinnitetään huomiota toiminnan lopputulokseen, mutta vaikuttavuus syntyy monen tekijän yhteissummasta. Keneltä ja millä menetelmällä arviointitietoa kerätään vaikuttaa lopputulokseen. (Kivipelto 2008, 36.) Vaikuttavuuden arviointia tarvitaan tunnistamaan toimivia ja vaikuttavia työmenetelmiä sekä käytäntöjä. Vaikuttavuuden arvioimiseksi menetelmät, tavoitteet, tilannetekijät sekä toiminnot tulee saada näkyväksi dokumentoinnissa. (Kivipelto ym. 2013,17.)

Arviointi tulisi suunnitella ennen muutoksen käynnistämistä, että saadaan kerättyä kaikki tarvittava tieto lähtötilanteesta. Muutoksen vaikutuksen arviointi on helpompaa, kun tarve ja lähtötilanne on selkeästi dokumentoitu. (Kallankari 2019.) Kuviossa 8 havainnollistetaan mitä uuden toiminnan arvioinnissa huomioidaan.



Kuvio 8. Muutoksen arviointi (muk. Kallankari 2019).

8.5.2 Arviointisuunnitelma Suunta työkalua käyttäen

Uudelle toimintamallille eli työparityöskentelylle tehtiin arviointisuunnitelma Suunta työkalua käyttäen. Suunta työkalu sopii käytettäväksi suunnittelun ja arvioinnin

apuna. Sitä voidaan käyttää projektin, ohjelman, toiminnon ja strategian suunnittelussa ja arvioinnissa. Suunta työkalun avulla suunnitelmasta ja arvioinnista tulee loogisesti etenevä kokonaisuus. Siinä on kaksi työvaihetta, suunnitelman kirjoittaminen ja arvioiminen. Arviointi osuudessa on toiminnan arviointi ja lähtökohdat arviointisuunnitelman tekemiseen. (SOSTE 2013, viitattu 16.4.2020.) Työparityöskentelyn arviointisuunnitelma Suunta työkalua käyttäen löytyy Liitteestä 4.

9 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

9.1 Kyselyn tulokset

Kyselyyn vastanneista (N=17) eniten oli naisia (n=14). Yli puolet (n=9) vastaajista oli hoitohenkilökuntaan kuuluvia naisia, joilla oli yli 16 vuoden työkokemus. Vain yksi kyselyyn vastanneista oli lääkäri. Kyselyyn ei osallistunut yhtään hoitajaa, jolla olisi ollut alle kolmen vuoden työkokemus.

9.1.1 Nykyisen hoitotyön työnjaon hyviä puolia

Nopeaa ja tehokasta. Nykyisellä toimintamallilla potilas tulee nopeasti hoidetuksi, asiat hoituvat ja vaikka on kiire, aina joku ehtii toteuttaa määräyksiä. Potilaan asiat etenevät tasaisesti. Vapaana oleva hoitaja ottaa asian hoidettavaksi ja kuka tahansa voi ottaa vastaan määräyksiä ja suorittaa hoitotoimenpiteitä. Se tekee, joka ehtii.

”Kiireessä joku kuitenkin ehtii jossain kohtaa homman hoitaa.”

”Akuutit tilanteet hoituu nopeasti, kun moni hääää saman potilaan asioiden kimpussa.”

Joustava siirtyminen vastuualueelle. Nykyinen toimintamalli mahdollistaa joustavan siirtymisen omalle vastuualueelleen esimerkiksi traumahoitaja traumahälytykseen. Hoidon jatkumo on turvattu akuuttien tilanteiden ja tauon ajaksi. Jos on kauemman aikaa kiinni toisen haastavamman potilaan kanssa, joku jatkaa muita töitä sillä välin. Toiset määräykset eivät viivästy eikä tarvitse murehtia, että ei itse ehdi kaikkea tehdä.

”Mikäli itse olen kiinni pidemmän aikaa jossain hoitotilanteessa tms. niin joukossa on muita ketkä sillä välin hoitavat asioita eteenpäin.”

”Joustava siirtyminen kiireellisiin tehtäviin esim. K1.”

Työn ja kokemuksen tasainen jakaantuminen. Osa vastaajista koki, että nykyisellä hoitotyön työnjaolla työkuorma jakaantuu tasaisesti ja kaikilla on saman verran

töitä. Työvuoroissa on sekä kokeneita että uusia, kokemattomampia hoitajia, näin kokemus jakaantuu tasaisesti. Uusilla on mahdollisuus saada tukea kokeneemalta hoitajalta. Epävarman hoitajan on helppo saada tukea.

”Työkuorma jakaantuu paremmin, kun vuorotellen käydään haastavia potilaita hoitamassa.”

”Kaikilla ns. saman verran hommaa, kun hoidetaan yhdessä kaikkia.”

Tietoa jokaisesta potilaasta. Vastaajat kokivat hyvänä puolena, että kaikki tietää kaikista potilaista. Yhteispäivystyksessä tilanteet muuttuvat nopeasti ja on hyvä, että hoitaja tietää edes vähän jokaisesta moduulin potilaasta.

”Jokainen (hoitaja) tietää jokaisesta potilaasta edes jonkin verran, se luo turvallisuuden tunnetta esim. omaisille sekä potilaalle, ei tarvitse sanoa, että en tiedä siitä potilaasta mitään, kun en hoida sitä.”

Yhteistyö ja yhteinen vastuu. Tiimityöskentely, hoidon suunnittelu tiimin kesken ja yhteistyö koettiin nykyisen toimintamallin parhaimpina puolina. Yhteistyössä tärkeänä pidettiin monen hoitajan työpanosta, joku aina huomaa jotain, mitä toinen ei huomannut. Tiimityöskentelyssä on enemmän ”silmäpareja”, jolloin potilas tulee huomioitua paremmin. Yhteistyössä pystyy auttamaan muita helposti ja konsultointi koettiin tärkeänä. Osa vastaajista koki, että nykyisellä hoitotyön työnjaolla vastuu on jokaisella hoitajalla ja kaikilla on yhteinen vastuu kokonaistilanteesta.

”Tiimityöskentelyssä on ns. enemmän silmäpareja hoitamassa potilasta. Yksin hoitaessa voi joltain jäädä jokin olennainen asia huomioimatta.”

”Yhteistyö, konsultointi ja hoidon suunnittelu tiiviisti koko tiimin kesken.”

”Kiire päivinä vastuu on jokaisella moduulin hoitajalla.”

”Yhteisvastuu moduulin kokonaistilanteesta.”

9.1.2 Nykyisen hoitotyön työnjaon huonoja puolia

Epäselvä kokonaiskuva. Erityisesti kiireisenä päivänä, kun potilaita on paljon, yhteispäivystyksen potilaiden kokonaiskuvaa on vaikea hallita. Huonoina puolina koetaan, että kenelläkään ei ole käsitystä moduulin kokonaistilanteesta, kokonaisarvio on hatara ja kenelläkään ei ole huonokuntoisen potilaan hoidosta kokonaiskuvaa. Hoitajilla ei ole tietoa, kuka on käynyt tarkistamassa kenenkin potilaan voinnin viimeksi eikä tiedä kuka on kenenkin kanssa mitään sopinut. Osasta potilaista hoitajille jää hatarampi kokonaiskäsitys ja laaja näkemys potilaan tilasta voi jäädä suppeaksi. Kokonaistilanteen hahmottaminen on haasteellista ja sen vuoksi hoitopolku on katkonaista sekä voi viivästyä.

”Potilaan hoitopolku katkonaista ja viivästyy toisinaan. Kukaan ei hallitse kokonaisuutta.”

”Henkilökunta ei itse välttämättä ole kartalla, mitä potilaan kanssa on puhuttu ja sovittu. Joku voi sopia potilaan ja omaisten kanssa toista, toinen toista.”

”Suurissa potilas määrissä on myös vaarana se, että kenelläkään ei välttämättä ole huonokuntoisen hoidosta täyttä kokonaiskuvaa.”

Hoitotyön sekavuus. Moni vastaaja kokee nykyisen hoitotyön työnjaon aiheuttavan herkästi sekaannuksia ja hoitotyön työnjako on epäselvää. Hoitajilla ei ole tietoa mitä toinen hoitajan on potilaan kanssa tehnyt. Erityisesti kiireisessä iltavuorossa tulee paljon sekaannuksia ja hoitotyö on yleisesti sekavaa. Hoitotyössä on paljon turhaa miettimistä, kyselemistä ja asioiden selvittelyä. Lääkärille on epäselvää, kuka ketäkin potilasta hoitaa ja kuluu turhaan aikaa selvittämään, kuka potilaasta tietää parhaiten. Saattaa myös jäädä epäselväksi onko lääkärin määräykset jo toteutettu.

”Sekavaa ja hallitsematonta.”

”Lääkärille voi olla epäselvää, kuka hoitaja hoitaa potilasta.”

”Joskus sekavaa, varsinkin iltavuoroon tullessa, jos potilaita moduulissa paljon.”

”Joku asia voi olla jo täysin hoidossa jollain toisella ja sovittuna potilaan kanssa ja siihen väliin saattaa joku muu mennä ”sekaamaan”.

Epäselvä tiedonkulku. Ruuhkaisena päivänä tietoa voi tulla runsaasti erityisesti vuoronvaihdon yhteydessä. Osastolle soittava hoitaja ei välttämättä tunne potilasta, vaan on muiden kirjausten varassa, mitä tutkimuksia potilaalle on tehty, miten lääkitty ja mikä on aikaisempi toimintakyky. Potilaan raportin osastolle voi antaa hoitaja, joka ei tunne potilasta. Hoitotyötä tehdessä tulisi puhua enemmän ääneen, kuka mitään kullekin potilaalle tekee. Omaiset eivät saa selkeitä vastauksia kysymyksiinsä, kun ei ole varsinaista omaa tai vastaavaa hoitajaa. Lääkärille voi jäädä epäselväksi kuka potilaan asioita hoitaa. Lääkäri ei tiedä kenelle antaa määräykset. Lääkärin kysyessä ”kuka tätä potilasta hoitaa”, vastataan ”kaikki hoitaa kaikkia” ja suullisia ohjeita ei välttämättä kuuntele kukaan. Määräyksiä saattaa jäädä toteuttamatta ja viivästyä, kun vastaavaa/omaa hoitajaa ei ole määrätty.

”Potilaan siirtää usein toiseen yksikköön, jatkohoitoon hoitaja, joka ”ei tiedä potilaasta mitään”.

”Täytyisi puhua paljon ääneen, mitä kukakin tekee.”

”Saattaa jäädä epäselväksi, onko lääkärin määräykset jo toteutettu.”

”Lääkärin suullisia ohjeita ei välttämättä kuuntele kukaan.”

Virallisen hoitovastuun jakamattomuus. Monet vastaajista kokevat, että kukaan ei ole päävastuussa potilaan hoidosta. Kenelläkään ei ole viimekäden vastuuta potilaasta ja joku ei ota vastuuta välttämättä lainkaan. Nykyisellä hoitotyön työnjaolla kenelläkään ei ole selkeää ja pääasiallista hoitovastuuta.

”Kukaan ei ota vastuuta välttämättä lainkaan.”

Virheiden mahdollisuus. Kiireisinä päivinä virheiden mahdollisuus kasvaa. Hoitaja ei välttämättä tiedä jostain potilaasta tarpeeksi, se vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja virheitä voi sattua helpommin. Vahinkoa voi tulla myös siitä, että jokin asia jää kokonaan tekemättä, hoitamatta tai jää vain roikkumaan.

”Kiire päivinä tietenkin virheiden mahdollisuus kasvaa.”

”Virheitä voi sattua helpommin.”

”Kukaan ei välttämättä tiedä jostakusta potilaasta ”tarpeeksi” – potilasturvallisuus.”

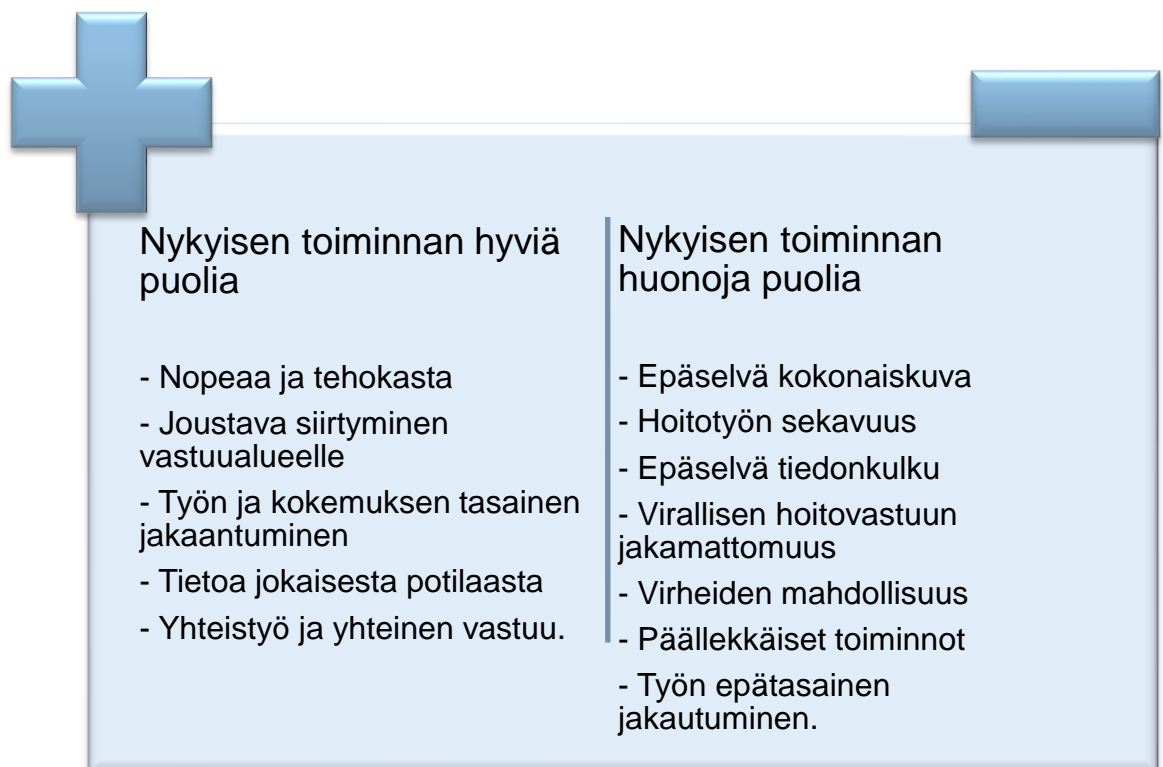
Päällekkäiset toiminnot. Nykyisellä toimintamallilla potilaan asioita hoitaa monta eri hoitajaa. Näin asioita saatetaan tehdä moneen kertaan, saattaa olla päällekkäisiä lääkityksiä ja hoitoja. Tehdään turhaa työtä, kun hoidetaan jo hoidossa olevia asioita.

”Päällekkäisiä toimintoja, turhaa miettimistä ja kyselyjä kuka on tehnyt mitä.”

”Kuka on hoitanut mitäkin, tehdäänkö samat asiat moneen kertaan.”

Työn epätasainen jakautuminen. Osa vastaajista kokee, että nykyisellä toimintamallilla työt eivät jakaannu tasaisesti. Tunnollinen hoitaja tekee enemmän töitä ja joku saattaa päästä vähemmällä työnteolla, kun hoitotyötä ei ole jaettu. Kuviossa 9 on jaoteltuna nykyisen toiminnan hyviä ja huonoja puolia.

”Osa pyrkii istumaan, osa tekee työt.”



Kuvio 9. Nykyisen hoitotyön työnjaon hyviä ja huonoja puolia.

9.1.3 Mitä omahoitajamalli tarkoittaa

Omahoitaja hoitaa alusta loppuun saakka. Vastaajat kuvaavat omahoitajuuden tarkoittavan sitä, että ottaa potilaan vastaan, perehtyy potilaaseen ja hoitaa jatko-hoitopaikkaan asti. Yksi ja sama hoitaja pyrkii hoitamaan potilasta mahdollisimman paljon.

”Jokainen joka ottaa potilaan vastaan, hoitaa hänet ns. loppuun asti.”

”Yksi hoitaja hoitaa potilaan alusta loppuun asti.”

Vastuu hoidosta. Omahoitajan kuvataan olevan päävastuussa omahoitajalle nime-
tyn potilaan hoidosta. Omahoitajamallissa hoitaja ottaa potilaan kokonaishoidosta
vastuun. Hoitaja ottaa vastuun potilaan hoidosta tulo vaiheesta lähtien ja vastaa jat-
kohoidon järjestämisestä. Toiset hoitajat voivat potilaan hoidossa auttaa, mutta pää-
vastuu on omahoitajalla.

*”Omahoitajana otan vastuun siitä, että minulla on kokonaiskuva tiedossa ja koko-
naistilanne hoidossa.”*

”Päävastuu silloin potilaan hoidosta yhdellä hoitajalla.”

Tiedon hallinta. Omahoitajamallilla hoitajalla on eniten tietoa potilaan voinnista.
Hoitaja tietää potilaan ongelman, tutkimusten vaiheen ja odotuksen syyn. Jatkohoi-
toa järjestettäessä raportointi on helpompaa, kun tietää miksi potilas on päivystyk-
seen tullut, mitä siellä tehty ja miksi tarvitsee jatkohoitoa. Omahoitajan on helpompi
tiedottaa omaisia, sillä tietää tarkasti mikä on potilaan vointi ja osaa informoida jat-
kohoidosta.

*”Otan raportin vastaan, perehdyn historiaan ja nykytilanteeseen, hoidan mahdolti-
simman pitkälle potilaan ja huolehdin raportoinnista potilaan siirtyessä eteenpäin.”*

*”Eniten tietoa potilaan voinnista. Vaikka siirtotilanteessa jatko ohjeistus/rapsa on
helpompi antaa.”*

Kokonaisuuden hallinta. Vastaajat kuvaavat omahoitajamallilla paremmin hallitse-
maan potilaiden kokonaiskuva. Hoitaja hallitsee kokonaisuuden ja on tietoinen hoi-

don tarpeesta, sujuvuudesta sekä sen etenemisestä. Lääkäri tietää kenelle hoitajalla määräyksen antaa. Selkeyttää kokonaisuutta, kun tietää kuka hoitaja on potilaan ottanut vastaan ja jatkaa hoitoa.

”Potilaan kokonaistilanne selkeämpi.”

”Selkeyttä työskentelyyn, kun tiedetään, kuka hoitaa ketäkin.”

”Otan potilaan vastaan, kuuntelen raportin. Hoidon potilaan alkututkimukset, haastattelun ja tarkkailun päivystyksessä oloajan. Pyydän apua tarvittaessa. Toteutan lääkärin määräykset ja hoidon potilaan jatkot.”

Laatu ja potilasturvallisuus. Osa vastaajista kuvaa omahoitajamallin antavan laadukkaampaa hoitoa potilaalle, sillä hoitajalla on eniten tietoa hänen voinnistaan ja hänen asioistaan.

”Hoitaja on tietoinen potilaan hoidon tarpeesta, sen sujuvuudesta ja etenemisestä.”

”Pystyt keskittymään korkeintaan muutamaaan potilaaseen kerrallaan, tiedät paremmin hänen voinnistaan ja asioistaan. Laadukkaampaa hoitoa potilaalle. Potilasturvallisuus toteutuu.”

Ei ole yksin hoitamista. Omahoitajamallia kuvataan, että se ei tarkoita sitä, ettei voi muita auttaa tai pyytää itse apua. Hoitotyön koetaan olevan yhteistyötä, vaikka omahoitaja tai vastaava hoitaja nimettäisiin. Vastaajat kuvaavat, että omahoitajuus ei tarkoita yksin hoitamista vaan apua voi pyytää ja sitä voi muille antaa. Yhteistyö ja kollegiaalisuus kuuluu hoitotyöhön.

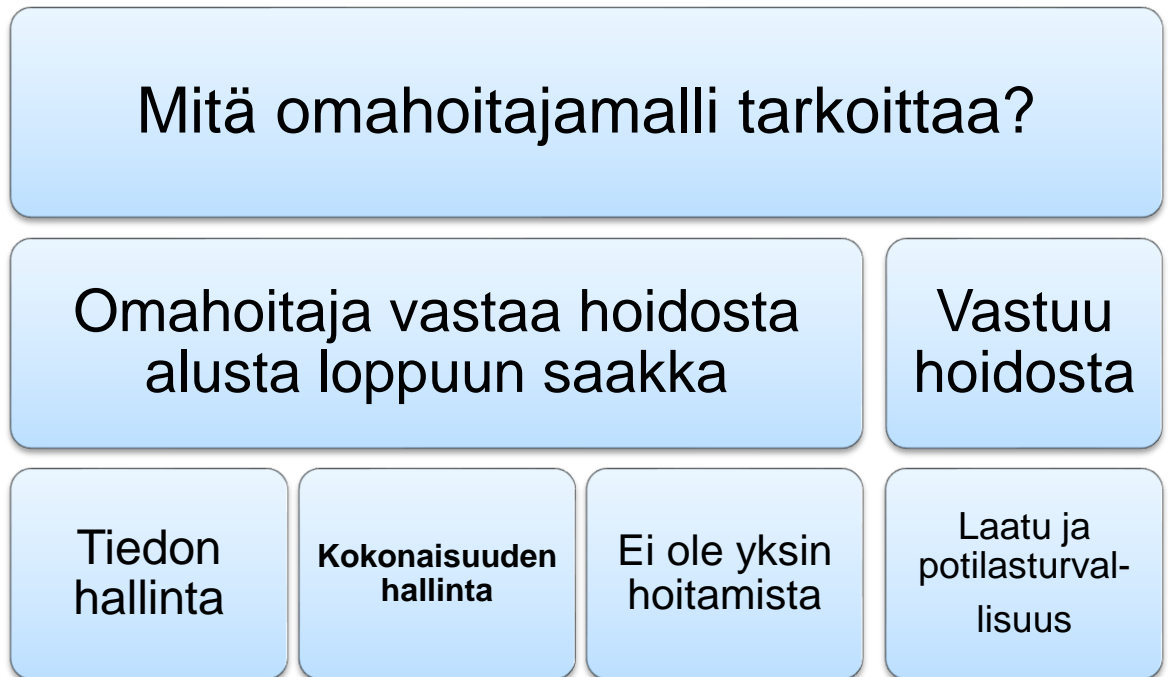
”Tämä ei tarkoita sitä, että hoitaisin potilaan yksin.”

”Ei tarkoita sitä, ettenkö voisi auttaa toisia, tai pyytää muilta apua.”

”Pyydän apua ja annan muille, jos tilanne näin vaatii. Yhteistyötä tämä kuitenkin on. Omahoitajuus ei tarkoita yksin hoitamista. Kollegiaalisuutta pitää kaikilla olla ja tarkkailla muidenkin tilannetta.”

Yksittäisiä eriäviä vastauksia. Erään vastaajan mukaan omahoitajamalli ei sovi päivystykseen, vaan sopii ainoastaan osastotyöhön. Päivystyksessä hoitosuhde on

lyhyt, jossa ei tarvitse kiinteämpää yhteyttä potilaaseen. Yhdessä vastauksessa kuvataan, että omahoitaja hoitaa potilaan alusta loppuun saakka, eikä kukaan muu saa puuttua sen potilaan hoitoon. Kuviossa 10 on kuvattu, mitä omahoitajamalli tarkoittaa yhteispäivystyksen henkilökunnalle.



Kuvio 10. Mitä omahoitajamalli tarkoittaa.

9.1.4 Omahoitajamallin hyviä puolia

Kokonaisvaltaisempaa hoitoa. Omahoitajamallin hyvinä puolina pidetään sitä, että hoidon kokonaiskuva on selkeä ja eheä. Yksi tai kaksi hoitajaa hoitaa potilaan kokonaan valmiiksi, hoitoa ei pirstaloidu eikä sitä jätetä kesken. Kokonaisvaltaisessa hoidossa potilaasta on kaiken kattava näkemys, seuranta on tehokkaampaa ja hoito nopeutuu, sillä joka kerta ei tarvitse perehtyä uuteen potilaaseen vaan hoidetaan sitä, kenen asiat jo tiedetään. Kokonaisvaltaisessa hoidossa voi itse jäsentää ja organisoida potilaan hoitokokonaisuuden ja voi itse suunnitella työjärjestyksen, miten itse näkee parhaaksi.

”Keskittyminen omiin potilaisiin ”ehkä” kokonaisvaltaisempaa.”

”Lisäksi raportointi ja jatkohoidon järjestäminen helpottaa, kun kokonaiskuva päivystyksessä olemista ja tehdyistä toimenpiteistä on selvillä.”

Parempi tiedonkulku. Omahoitajamallin koetaan parantavan tiedonkulkua. Hoitaja ja lääkäri työpari kommunikoivat keskenään, jolloin tiedonkulku on turvattu. Potilasta hoitavan hoitajan on helppo antaa raportti jatkohoitopaikalle, sillä hänellä on tiedossa potilaan tulosyy, tehnyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet. Hoitaja tietää hoidon syyn ja jatkohoidon tarpeen. Omahoitajamallilla tiedonkulku on turvallista.

”Raportointi osastolle helpottuu, kun tiedät potilaan hoitopolun päivystyksessä ja esitiedot jo valmiiksi.”

”Lisäksi lääkärin ja hoitajan välinen tiedonkulku helpottaisi huomattavasti, samoin esim. labran ja hoitohenkilökunnan välinen tiedonkulku.”

Työn tasainen jakaantuminen. Jakamalla päivystyksen potilaat tasaisesti hoitajien kesken, kaikilla on saman verran töitä. Tunnollinen hoitaja ei kuormittuisi liikaa ja kukaan ei pääsisi helpommalla.

”... työt jakaantuisivat tasaisesti: kaikilla olisi sama määrä potilaita itsellään, eikä kukaan muu tunnollisempi työntekijä kuormittuisi liikaa, eikä myöskään kukaan pääsisi livahtamaan helpommalla.”

Potilaaseen perehtyminen. Omahoitajamallilla pystyy perehtymään ja keskittymään omiin potilaisiin paremmin. Omia potilaita olisi vähemmän kuin nykyisellä hoitotyön työnjaolla, joten potilaita kenen asioihin tulisi perehtyä, olisi vähemmän. Omahoitaja on paremmin perehtynyt omien potilaiden asioihin.

”Pystyy perehtymään/keskittymään ns. omiin potilaisiin.”

”Hyvä raportti esim. osastoille, kun on alusta asti perehtynyt potilaan asioihin.”

Hoitotyö selkeää. Vastaajat kuvaavat omahoitajuuden mahdollistavan hoitotyön selkeyden. Omahoitajalla on potilaan hoitopolku selkeänä mielessä, mitä tulee tehdä ja mitä asioita huomioida. Työ on suunniteltua, järjestelmällistä, selkeää ja potilaan tarpeet tulee huomioitua paremmin hoitotyön eri vaiheissa.

”Organisoitua, selkeää ja tasapuolista.”

”On selkeää, mitä hommia pitää tehdä. Potilaan asiat selkeänä mielessä.”

Mielekkäämpi kokemus potilaalle. Vastaajien mielestä omahoitajamalli olisi mielekkäämpää potilaalle, sillä olisi vain yksi tai kaksi hoitajaa, jolle asiansa ja huolensa kertoa. Omahoitajamallilla potilaan ei tarvitse kertoa asioitaan alusta saakka monelle eri hoitajalle ja lääkärille.

”Potilaan ei tarvitse aina selittää kaikkea A-sta alkaen uudelle hoitajalle.”

”Potilaan kannalta mielekkäämpää, ei niin montaa hoitajaa selittämässä asioita.”

Hoidon laatu ja potilasturvallisuus. Vastaajien mielestä omahoitajamallilla potilasturvallisuus paranee. Hoidon laatu olisi mahdollisesti parempaa ja hoidon jatkuvuus jokaisessa hoitotyön työvaiheessa olisi turvattu.

”Työskentelyn selkeys, hoidon laatu ja potilasturvallisuus parantuu.”

”Omahoitajamalli on mielestäni yksi tärkeimmistä asioista potilasturvallisuuden ja tiedonkulun takaamiseksi.”

Nimetty hoitotiimi. Omahoitajamallissa potilaalle tulisi olla nimetty hoitotiimi. Selkeästi nimetty lääkäri ja hoitaja tai hoitajapari, joka vastaa potilaan hoidosta alusta loppuun saakka. Hoitotiimissä potilaan hoitopolku yhteispäivystyksessä olisi turvallinen ja eheä. Nimetyn hoitotiimin tulisi kirjoittaa nimensä potilaan kohdalle, hoitoryhmässä olevaan info/tussitauluun ja tietojärjestelmään hoidonvaraus kirjalle.

”Potilaan hoidon päävastuussa 1 lääkäri ja 1 hoitaja, muut auttaa pyydettyä/tarvittaessa.”

”... oma nimi tauluun potilaan kohdalle, kuka hoitaa.”

”Omahoitajana otan vastuun siitä, että potilaalla olisi nimetty ”tiimi”, lääkäri ja hoitaja, jotka huolehtivat potilaan hoidosta.”

9.1.5 Omahoitajamallin haasteita

Potilaiden tasapuolinen jako. Omahoitajamallin haasteeksi koettiin miten jakaa potilaat tasapuolisesti hoitajien kesken. Potilaiden numerollinen määrä ei vastaa potilaan hoidettavuutta ja työn kuormittavuutta. Akuutti potilas vaatii vähintään kaksi hoitajaa. Ei-akuutilla tulosityllä tullut potilas saattaa taas olla moniongelmainen, haasteellinen ja viedä paljon hoitajan aikaa. Potilaan hoidettavuutta on vaikea arvioida etukäteen, joten potilaiden jako tasapuolisesti on haasteellista. Uhkana on, että jollekin hoitajalle osuu kaikki haastavat potilaat ja heidän haasteelliset läheiset.

”Työmäärän tasapuolisuus. Ei voi tietää kuka potilaista on helppo ja kuka työläs.”

”Jokaisen moduulissa olevan on otettava uusia potilaita vastaan vuorotellen. Saattaa käydä niin, että jollekin hoitajalle osuu kaikki haastavat ja moniongelmaiset potilaat/omaiset.”

”Potilaiden jakaantuminen tasapuolisesti hoitajien kesken. Toisilla ”helpompia” potilaita kuin toisilla.”

Avun saaminen. Haasteelliseksi omahoitajamallissa koetaan avun saaminen. Onko avun saaminen yhtä helppoa kuin nykyisellä mallilla, jos kaikki keskittyvät vain omiin potilaisiin. Uhkana on, että muita ei enää auteta, vaan vastataan, että ei ole minun potilaani.

”Muut istuu mitään tekemättä, kun ei ole oma potilas.”

”Avunsaaminen voi olla hankalampaa, kun kaikki keskittyvät vain niihin omiin potilaisiinsa.”

Akuutin potilaan hoito. Omahoitajamallin haasteeksi koetaan akuutin potilaan hoito. Akuutti potilas tarvitsee moniammatillisen yhteistyön. Akuutin potilaan hoidossa aikaa voi vierähtää tunteja, haasteeksi koetaan kuka jatkaa omien potilaiden hoitoa sillä aikaa, kun on itse estynyt ja miten turvata hoidon turvallinen jatkumo. Uhkana pidetään myös sitä, että jonkun toisen oman potilaan päivystyksessä oloaika pitkittyy sen vuoksi, että on kiinni akuutissa tilanteessa.

"...traumahälytyksessä omahoitaja voi olla pitkäänkin kiinni toisessa tilanteessa ja vaarana on, että potilaan hoito ei jatku ennen kuin omahoitaja saapuu takaisin."

"Yhdellä hoitajaparilla voi yhden potilaan kanssa vierähtää yli tuntikin akuutissa hetkessä, silloin muut potilaat jäävät vaille huomiota. Varasuunnitelma?"

Huoli osaamisen riittävydestä. Omahoitajamallin haasteeksi koetaan henkilökunnan suuri vaihtuvuus. Uusien ja kokemattomien hoitajien osaaminen ei vielä välttämättä riitä potilaiden itsenäiseen hoitotyöhön. Kokeneiden hoitajien huolen aiheena on, ettei tiedä uuden hoitajan osaamista ja kykyä vastata potilaan hoidosta ja riittääkö kaikkien hoitajien työkokemus ottamaan vastuun.

"Nuoret uudet hoitajat, ihan ei aina tiedä kaikkien osaamista/kykyä toimia".

"Kaikkien hoitajien taidot ei yksin riitä?"

Yhteistyön puuttuminen. Omahoitajamallin haasteeksi koetaan, että siitä puuttuisi yhteistyö. Nykyisellä hoitotyön työnjaolla tehdään yhdessä hoitotyötä, ja uhkana on, että yhdellä hoitajalla saattaa jäädä jokin tärkeä asia huomioimatta. Laadukkaan hoidon kuvataan tarvitsevan moniammatillisen tuen onnistuakseen.

"Jää huomioimatta asioita, joita yhteisellä ammattitaidolla tällä hetkellä myös hoidetaan."

"Tasalaatuinen hoito tarvitsee tiimin ja yhteistyön. Potilaan etu on, että hoitohenkilökunta kehittyy ja kasvaa toisiltaan oppien ja toisiaan tukien."

Kiireen vaikutus hoidon laatuun. Kiireen koetaan olevan haaste omahoitajamallin toteutumiselle. Haastavan potilaan hoidossa kuluu paljon aikaa, pelkona on, että muiden potilaiden hoito viivästyy sillä aikaa, kun itse ei ehdi kaikkea tehdä. Kiireellisemmän potilaan hoidon aikana, muut omat potilaat ovat vaille hoitoa, seurantaa, ja heidän hoitonsa saattaa viivästyä.

"Kun on kiire, ei pysty hoitamaan potilasta kokonaisvaltaisesti. Jos on kiinni pitkään toisessa potilaassa, jää muut potilaat vaille hoitoa ja seurantaa."

Kuormittavat potilaat. Omahoitajamallin haasteeksi koetaan kuormittavat potilaat. Kuormittavat potilaat voivat olla haasteellisia fyysisesti tai henkisesti, he tarvitsevat paljon seurantaa, huomiota ja siten kuormittavat hoitajaa. Monen kuormittavan potilaan hoito voisi aiheuttaa hoitajan väsymisen.

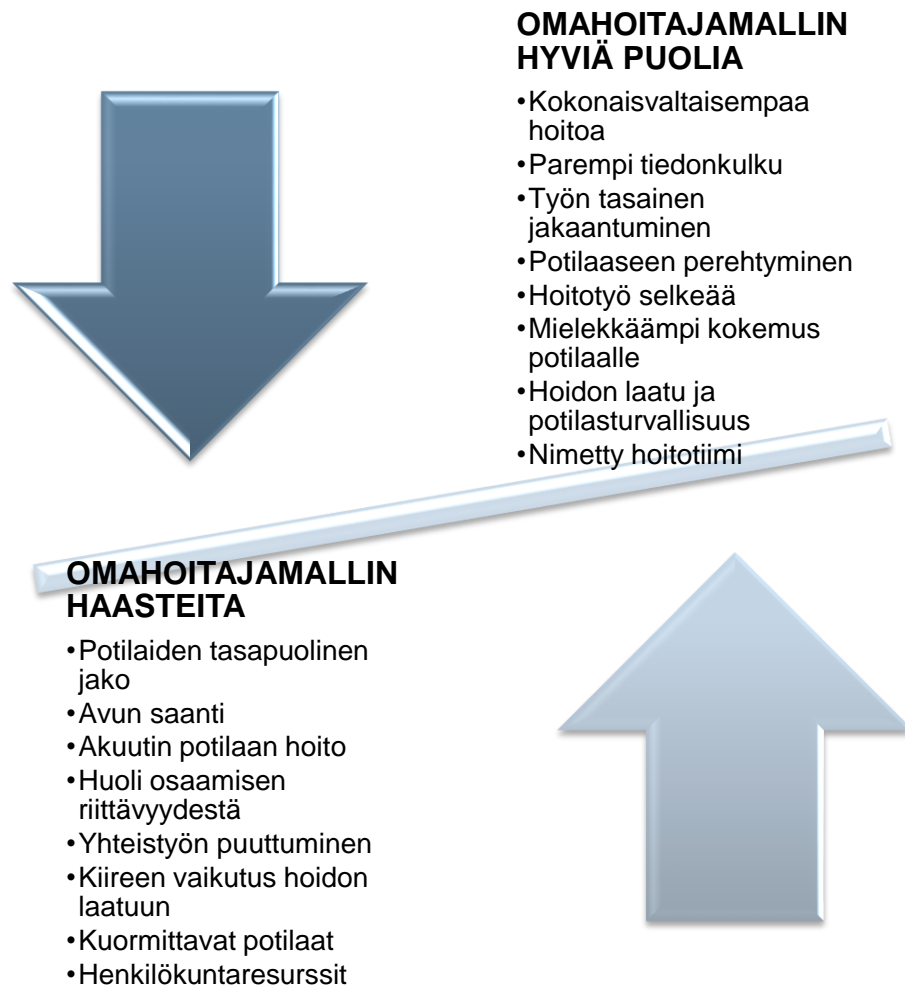
”Potilaskuormitus voi olla liian suuri yhdelle hoitajalle. Esim. vuodepotilas tarvitsee automaattisesti kaksi hoitajaa.”

”Jos on ns. monta ”hoidettavaa” potilasta, niin väsyä, työtaakka voi kasvaa liian suureksi – väsymys.”

Henkilökuntaresurssit. Hoitajien riittävyys koetaan haasteelliseksi omahoitajuuteen. Lähihoitajilla ei ole lääkelupia ja lääkeshoidossa he tarvitsevat sairaanhoitajan tukea. Hoitotyön työnjakoon ehdotetaan työpärejä, kaksi hoitajaa, joista toinen olisi tarvittaessa lähihoitaja. Hoitotyössä tarvitaan usein kaksi hoitajaa potilasta kohden, jolloin työparityöskentely sopisi myös siihen. Kuviossa 11 on punnittu omahoitajamallin hyviä puolia ja haasteita.

”Lähihoitajilla ei ole lääkelupia, tarvitsevat aina sairaanhoitajan tuen.”

”Henkilökunnan riittävyys työparityöskentelyyn + osaaminen.”



Kuvio 11. Omahoitajamallin hyviä puolia ja haasteita.

9.1.6 Omahoitajamallin haasteiden ennakointi

Suunnittelu ja selkeät ohjeet. Omahoitajamalli tulee suunnitella hyvin yhteispäivystykseen sopivaksi. Työnkuva tulee määritellä, luoda toimintakaavake, jonka ohjeita seurataan. Tulee luoda selkeät säännöt ja ohjeet, joita tarvittaessa muutetaan, jos se ei käytännössä toimi. Muutos tulisi suunnitella huolellisesti, osallistaa henkilökuntaa ja ottaa heidät mukaan suunnitteluun. Säännöllisiä palaute hetkiä ehdotettiin, että voisi käydä läpi eteen tulleita tilanteita.

”Suunnittelemalla muutos huolellisesti ja osallistamalla henkilökunta muutostyöhön. He ovat oman työnsä asiantuntijoita.”

”Selkeät ohjeet ja työnkuvan määrittely.”

Perehdytys ja koulutus. Omahoitajamallin haasteeseen voidaan ennakoida perehdyttämällä hoitohenkilökunta uuteen muutokseen. Kouluttamalla hoitajia tekemään haastavampia hoitotoimenpiteitä, jolloin kaikilla olisi omahoitajuuteen tarvittava osaaminen.

”Perehdytyksellä, koulutuksella ja tulisi myös varmistaa se, että potilas ei jää ”heitteille” tai hoitamatta mikäli omahoitaja/hoitajat ovat estyneet syystä tai toisesta.”

Potilaiden tasapuolinen jako. Omahoitajamallissa tulee suunnitella hyvin, miten potilaat jaetaan, että työ jakaantuu tasapuolisesti. Yhdelle hoitajalle ei voi antaa kaikkia hoidettavia potilaita. Tulee myös huomioida, että hoitajalla on riittävä osaaminen potilaan hoitamisen. Vuorovastaava voi olla tärkeässä roolissa potilaiden tasapuolisella jakamisella; yhdessä vuorovastaavan ja hoitotiimin kanssa katsottaisiin, kenen hoitotiimiin potilas kuuluu ja sopii parhaiten.

”Rajaamalla montako omaa potilasta tulee yhdelle hoitajalle.”

”Miettiä yhdessä miten huonokuntoiset potilaat jakaantuvat tasaisesti.”

Vastuu ja esimiehen tuki. Työvuorosuunnittelulla esimiehen tulee varmistaa riittävä osaaminen jokaiseen työvuoroon. Jokaisessa työvuorossa voi olla työpari, kaksi hoitajaa. Hoitovastuun siirtyessä vuoronvaihdon yhteydessä tulee selkeästi nimetä kuka jatkaa potilaan hoitajana ja kuka vastaa hoidosta seuraavassa vuorossa. Vastuuseen kuuluu myös, että sitoudutaan auttamaan oma-aloitteisesti muita.

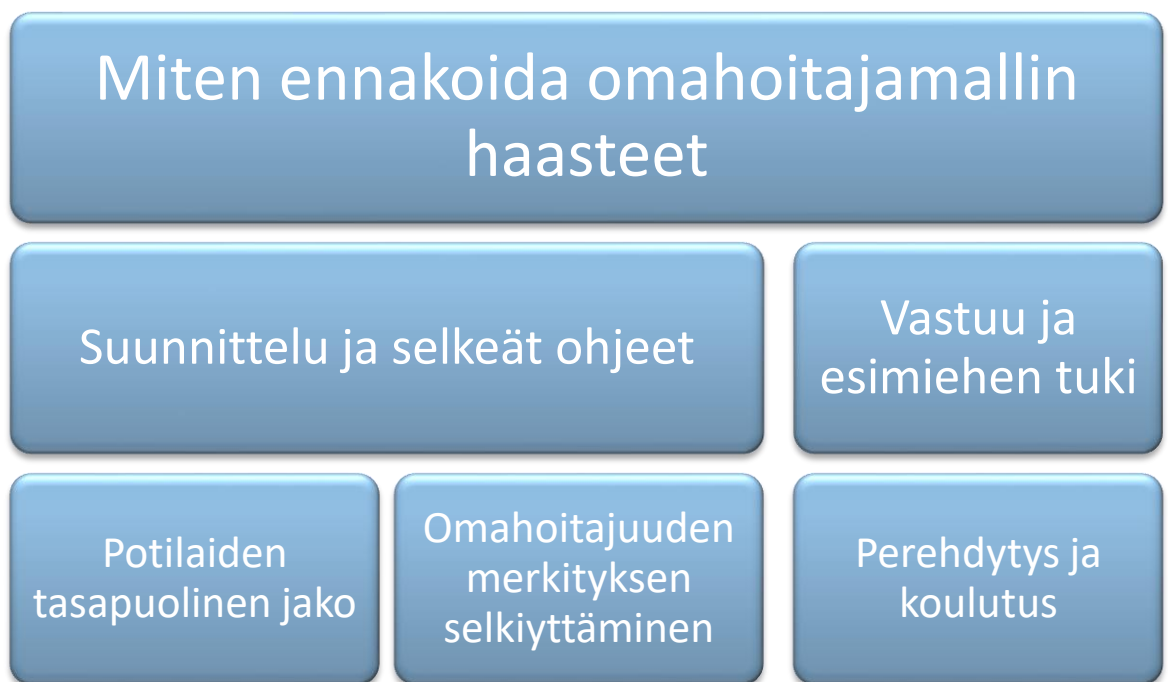
”Työvuorosuunnittelulla varmistamalla tasainen osaaminen (myös erityisosaaminen) kaikkiin vuoroihin.”

”Jos hoitovastuu siirtyy toiselle hoitajalle, nimen kirjoitus tauluun, kuka hoitaa.”

Omahoitajuuden merkityksen selkiyttäminen. Kertomalla mitä omahoitajuus yhteispäivystyksessä tarkoittaa voidaan tehdä se ymmärrettäväksi kaikille. Hoitajilla

on samanlainen ajatus omahoitajuudesta, sen tarpeellisuudesta ja mitä se merkitsee käytännön työssä. Kuviossa 12 on kuvattu, miten ennakoida omahoitajamallin haasteet.

”Omahoitajuuden ja -hoitajamallin avaaminen kaikille ymmärrettäväksi. Muutama hoitaja voisi mennä tutustumaan paikkoihin, jossa mallia toteutetaan.”



Kuvio 12. Omahoitajamallin haasteiden ennakointi.

9.1.7 Miten parantaa potilasturvallisuutta?

Parempi kommunikaatio ja dokumentointi. Yhteispäivystyksen potilasturvallisuutta voi parantaa kommunikaatiolla ja dokumentoinnilla. Tiedonkulun tulee olla selkeää. Hoitotyössä tulee puhua enemmän ääneen, kuka mitäkin tekee, siten varmistaa tiedonkulku ja estää päällekkäiset toiminnot. Kirjaamisen tärkeyttä tulee korostaa ja kirjaamisen tulee olla helppoa potilasjärjestelmään. Lääkäreiden tulee tehdä selkeät, kirjalliset määräykset potilaspapereihin.

”Tiedonkulku selkeää. Yrittää ainakin hoitaa mahdollisimman paljon tuttuja potilaita. Puhua enemmän asioista ääneen, varmistaa tiedonkulku.”

”Kirjalliset määräykset potilaspapereihin: varsinkin lääkemääräykset!”

Koulutus ja perehdytys. Yhteispäivystyksen potilasturvallisuutta voi parantaa paremmalla perehdytyksellä. Koulutuksia yhteispäivystyksessä tulee olla enemmän, erityisesti akuuttihoitotyöhön liittyviä simulaatioita. Koulutuksilla varmistettaisiin yhteistyön kommunikaatio ja toimivuus, osaaminen ja hyvä ammattitaito. Uusille hoitajille tulee perehdytyksessä painottaa, että aina voi kysyä vanhemmalta kollegalta apua.

”Koulutuksiaahan päivystyksessä on harvoin, oli ne sitten simulaatiokoulutuksia tai kriittisen potilaan hoitoon liittyviä.”

Enemmän henkilökuntaa. Vastaajien mielestä potilasturvallisuutta voi parantaa lisäämällä hoitohenkilökuntaa. Osaavia ja tehokkaita lääkäreitä tulisi olla enemmän hoitoryhmissä. Hoitoryhmä 3 tulisi olla käytössä, joka mahdollistaisi hallitun potilaiden sisäänoton moduuleihin.

”Lisää henkilökuntaa.”

”Riittävästi lääkäreitä hoitoryhmiin, osaavia ja tehokkaita.”

Vastuun korostaminen. Potilasturvallisuutta voi parantaa korostamalla, kuka ottaa potilaasta vastuun. Kuka vastaa hoidon kokonaisuudesta. Omahoitajan, vastaavan hoitajan tai työparin nimeämällä korostettaisiin, että joku ottaa hoidosta vastuun. Lääkäri ja hoitaja työparia potilaan hoidossa tulisi korostaa.

”Joku ottaa päävastuun hoitotyöstä: lääkäri + hoitaja -työparin korostaminen.”

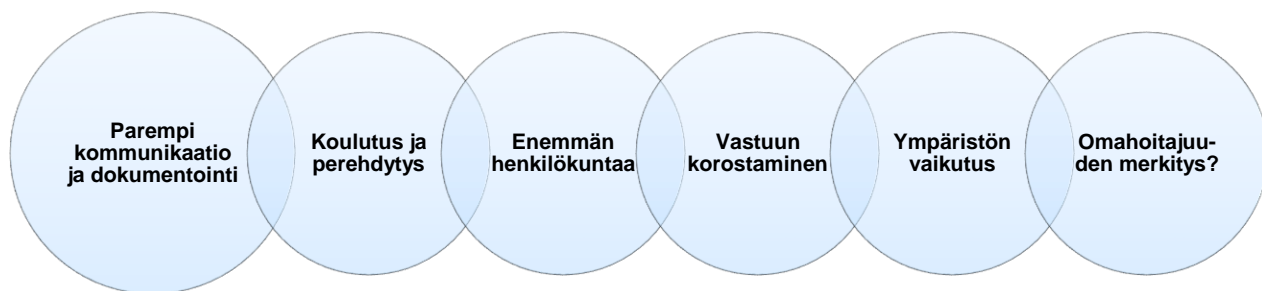
”Omahoitajana minulla olisi vastuu siitä, että käyn omalta osaltani katsomassa potilasta riittävän usein ja myös kirjaan käyntini.”

Ympäristön vaikutus. Yhteispäivystyksen potilasturvallisuuteen voi vaikuttaa poistamalla sieltä turhan hälinän. ”Hälinää” aiheuttaa esimerkiksi hälyttävät laitteet ja osastolla kuljeskelevat omaiset. Tulee tehdä selkeä sääntö, kuinka monta omaista ja kuinka kauan he saavat vieraila potilaan luona. Omaisille tulee kertoa selvästi,

että moduulissa ei saa kuljeskella. Potilasturvallisuuteen vaikuttaa myös, että jokaisella hoitajalla on oma tietokone. Kaikki potilaan tiedot ovat tietokoneella ja niihin tulisi olla jokaisella pääsy. Kolmannen moduulin avaamisella jaetaan potilaita ja hoitajia eri moduuleihin, jolloin turhaa hälinää jää pois. Levännyt ja hyvinvoiva henkilöstö parantaisi potilasturvallisuutta.

”Ympäriällä oleva turha hälinä pois. Omaisten kyselyt minimiin niin, että eivät kuljeskele pitkin moduulia vaan vierailevat pienen ajan potilaan luona. Jokaiselle hoitajalle oma kone.”

Omahoitajuuden merkitys. Sillä, että omahoitajamallilla, omahoitajuudella voitaisiin potilasturvallisuutta parantaa, oli eriäviä mielipiteitä. Osan mielestä omahoitajuus parantaisi hoidon laatua ja turvallisuutta tiedonhallinnan ja jatkuvuuden vuoksi. Osan mielestä omahoitajuus ei kuulu päivystyspotilaiden hoitoon, sillä tilanteet muuttuvat nopeasti ja hoitosuhde on lyhyt. Kuviossa 13 on kuvattu tekijöitä, joilla potilasturvallisuutta voisi parantaa.



Kuvio 13. Miten potilasturvallisuutta voisi parantaa.

9.2 SWOT -analyysin tulokset

Tässä kappaleessa on kuvattu nykyisen toiminnan vahvuudet ja heikkoudet. Työparityöskentelystä on kuvattu sen mahdollisuudet ja uhat.

9.2.1 Nykyisen toimintamallin vahvuudet

Nykyisen toimintamallin vahvuudet ovat työyhteisöön ja potilaan hoitoon liittyviä. Työnsisällön ja teknologian kehittyminen edellyttää moniammatillista osaamista ja yhteistyötä, yhden hoitajan osaaminen ei välttämättä enää riitä (Koivukoski & Palomäki, 2009). **Työyhteisön** tukea arvostetaan ja tiimityö koetaan nykyisen toimintamallin parhaimmaksi puoleksi. Jokaisella hoitajalla on erilainen kokemus, osaaminen, vahvuudet, tiedot ja taidot, joiden yhdistäminen tiimissä on rikkaus ja potilaan etu. Yhden hoitajan "silmäpari" ei välttämättä riitä huomaamaan kaikkea mitä yhdessä huomataan, tiimityössä osaaminen yhdistyy ja potilas saa parempaa hoitoa. Potilailla on moninaisia ongelmia ja hyvä hoito vaatii usein taustalle sekä lääkärin että hoitajan osaamisen ja konsultaatio on molemminpuolista. Yhdessä tekemisellä ja yhteisellä vastuulla työnkuormittavuus vähenee ja mahdollistaa työntekijän jaksamisen. Kollegiaalisuuteen liittyy vahvasti toisten auttaminen, saa kysyä ja konsultoida, jos jokin asia mietityttää. Yhteistyö kokeneen hoitajan ja vastavalmistuneen hoitajan välillä mahdollistaa kokemuksen ja uusimman tiedon yhdistymisen. Koke mattoman hoitajan ei tarvitse yrittää yksin pärjätä tai ottaa vastuuta haastavasta potilaasta vaan yhdessä hoidetaan. Yhdessä tekeminen mahdollistaa oppimisen ja antaa uusia näkökulmia. Akuuttihoitotyö on tiimityötä, ongelmia tulee, jos kommunikaatiossa on puutteita. Osan vastaajien mielestä nykyisellä toimintamallilla työ jakaantui tasaisesti hoitajien välillä. Työt eivät kasaannu vain yhdelle hoitajalle, vaan työtaakka ja -kuormitus jakaantuu eri hoitajien välillä, näin tuetaan työntekijän työssä jaksamista. Nykyinen toimintamalli mahdollistaa nopean reagoinnin akuutissa tilanteessa ja apua on nopeasti saatavilla.

Nykyisen toimintamallin vahvuuksia **potilaan hoitoon liittyen** on, että jokaisella hoitajalla tietoa jokaisesta potilaasta, traumahälytyksen tullessa esim. traumahoitajan on helppo irrottautua, muut hoitajat jatkavat hoitotyötä sillä aikaa eikä traumahoita-

jan potilaat ”jää heitteille”. Potilaan asiat etenevät sitä mukaan, kun määräyksiä tulee ja hoito etenee nopeasti. Yhteispäivystyksessä jokaisella hoitajalla tulee olla käsitys mitä ympärillä tapahtuu, tulee osata varautua ja reagoida muuttuviin tai mahdollisesti muuttuviin tilanteisiin. Nykyisellä toimintamallilla saa vapaasti toteuttaa määräyksiä, kun ei ole omia potilaita. Potilaan ei tarvitse odottaa, vaan vapaana oleva hoitaja toteuttaa määräykset. Nykyisellä toimintamallilla asiat tulee hoidettua nopeasti ja tehokkaasti, erityisesti ruuhka aikana asiat etenevät ja potilaiden hoito menee eteenpäin.

9.2.2 Nykyisen toimintamallin heikkoudet

Nykyisen toimintamallin heikkoudet ovat tiedonkulkuun, työyhteisöön ja potilaan hoitoon liittyviä.

Tiedonkulkuun liittyviä heikkouksia on sen katkeaminen ja puutteelliset kirjaukset. Potilassiirron toteuttaminen ja raportointi on hankalaa, jos ei tiedä potilaan hoitopolkua yhteispäivystyksessä. Nykyisellä toimintamallilla, jossa kaikkia hoitaa kaikkia potilaita tiedonkulku voi katketa, tieto ei kulkeudu jatkohoitoon saakka, potilaan sanomiset voi jäädä kirjaamatta ja viestimättä eteenpäin. Kiireessä hoitajat eivät välttämättä muista sanoa ja kirjata kaikkea. Jatkohoitoon raportointi saattaa jäädä vajavaiseksi, jos potilasta ei ole hoitanut ja hoitaja on vain lääkärin tekstin sekä hoitajien kirjausten varassa. Nykyisellä mallilla se hoitaja, joka ehtii antaa raportin potilaan siirtyessä osastolle. Hoitajien tulee huolehtia, että kaikki tarvittava tieto on kirjattu, sillä se turvaa hoidon jatkuvuuden. Kirjauksia saattaa jäädä tekemättä tai ne ovat puutteellisia. Kaikki hoitaa kaikkia potilaita, mutta kirjaako kukaan, voi joskus jäädä epäselväksi. Nykyisellä mallilla hoitajat tietävät jonkin verran jokaisesta potilaasta, mutta ruuhkatilanteissa paljon tietoa jää vain hoitajan muistin varaan. Vaarana voi olla, että määräykset eivät toteudu ja oletetaan, että joku muu toteuttaa ne. Nykyinen tussitaulu on vanhanaikainen, sähköisessä versiossa tieto olisi aina ajan tasalla.

Työyhteisöön liittyviä heikkouksia ovat kokonaisuuden hallinta, päällekkäisyydet sekä uudet ja kokemattomat hoitajat. Nykyisellä toimintamallilla hoitotyö voi olla sekavaa, kun kukaan ei tiedä kunnolla potilaan tilannetta ja kokonaisuuden hallinta

ruuhkassa on erittäin haasteellista. Vastaajat kuvasivat, että kaikki hoitaa, mutta kukaan ei tiedä potilaasta oikeastaan mitään. Myös potilaiden tilanteet saattavat mennä sekaisin, jos monta samantapaista potilasta. Nykyisellä toimintamallilla töitä voidaan valikoida, toiset hoitavat aktiivisemmin kuin toiset ja osa hoitajista kuormittuu enemmän kuin toiset, siten myös vastuu jakaantuu epätasaisesti. Haasteena on nopeasti vaihtuva henkilökunta ja useat perehdytettävät hoitajat. Jos on paljon uusia hoitajia yhtä aikaa, epäselvyyksiä tulee herkemmin ja virheiden riski voi kasvaa. Nykyisellä toimintamallilla työtehtävät jakaantuvat epätasaisesti, hoitajilla on eri osiamisia ja eri oikeuksia. Päällekkäisyyksiä saattaa tapahtua tehtävien toteutuksessa, erityisesti jos ei ole heti kirjattu.

”Potilaan kokonaistilanne ei ole hallussa, kun sikin sokin hoidetaan kuka ketäkin”.

Potilaan hoitoon liittyviä heikkouksia nykyisellä toimintamallilla on, että moni hoitaja hoitaa ja hoitajan aina vaihtuessa potilaan voinnin heikkeneminen jää huomioimatta. Vaihtuvat hoitajat eivät pysty seuraamaan tilan heikkenemistä tai paranemista, sillä potilaan voinnin seuranta ei ole systemaattista. Nykyisellä toimintamallilla saattaa mennä useita tunteja, ettei kukaan käy katsomassa potilasta. Useat välivuorolaiset ottavat potilaita vastaan, jos kunnon raporttia ei ole annettu välivuorolaisen pois lähtiessä saattaa potilas unohtua, eikä kukaan tiedä potilaasta tai hoida häntä. Osa potilaista saattaa jäädä vähemmälle huomiolle erityisesti kiireessä. Potilaalle saattaa jäädä huono kuva yhteispäivystyksestä, kun monta eri hoitajaa hoitaa. Myös potilaan oma turvallisuuden tunne saattaa heiketä, kun aina eri hoitaja, jolle kertoa asiat alusta alkaen. Potilaan perushoitoon liittyvät asiat saattavat jäädä huomioimatta, kun monta hoitajaa hoitaa, esimerkiksi asentohoidot, välipalan tarjoaminen, vessassa käynnit ja verensokerin mittaaminen.

9.2.3 Työparityöskentelyn mahdollisuudet

Työparityöskentelyn mahdollisuudet ovat potilaan hoitoon ja työyhteisöön liittyviä.

Työparityöskentelyn mahdollisuuksia työyhteisöön liittyen on, että työt jakaantuisivat tasapuolisesti ja kaikilla olisi selkeä työnkuva. Määräämällä omat potilaat ja tehtävät, työ olisi sujuvampaa ja tilanne moduulissa saattaisi rauhoittua. Selkeällä potilaiden jaolla kukaan ei pääsisi laistamaan töistä, kun jokaisella olisi saman verran potilaita. Potilaiden läpimenoaika saattaisi lyhentyä, sillä potilaan kokonaistilanne olisi työparin hallussa ja jatkohoitopaikkaa on helpompi kysyä, kun potilaan tiedot ovat valmiiksi selvillä. Työparityöskentelyssä vastuu, osaaminen, ammattitaito ja työtaakka jakaantuisi tasapuolisesti. Työparilla on kaksinkertainen tieto ja taito, joten ammattitaito lisääntyy ja korostuu. Yhdessä tekemisellä työkuorma niin fyysinen kuin psyykinen jakaantuu ja ergonomia tulee huomioitua paremmin. Työparityöskentelyssä saa toiselta myös tukea ja oma motivaatio työhön kasvaa. Akuuttihoitotyössä yhteistyö on oleellinen osa hoitoa.

Työparityöskentelyssä virheiden mahdollisuus pienenee, kun yhdessä mietitään potilaan tilannetta ja saa jakaa ajatuksensa hoidosta työparin kanssa. Työparilla on hoidon kokonaistilanne hallinnassa, tieto pysyy muuttumattomana, sekaannuksia tiedonkulussa tulee vähemmän ja lääkärille on selkeää, kenelle määräyksen antaa. Jatkohoidon suunnittelu ja raportointi on helpompaa, kun potilaan asiat jo tietää. Traumahoitajan lähtiessä pois moduulista esim. traumahälytykseen, toinen hoitaja jää moduuliin ja jatkaa potilaiden hoitoa. Kaksoistarkistukset on helpompi tehdä, kun tietää kuka on pari ja keneltä pyytää tarvittaessa apua. Työparina potilaan hoidon aloittaminen on nopeampaa, monet potilaat tarvitsevat alusta saakka kaksi hoitajaa. Työparityöskentelyllä ei tarvitse tietää jokaisesta yhteispäivystyksen potilaasta jostain ja tämä helpottaisi muistikuormaa.

Kokemattomalla hoitajalla on matalampi kynnys aloittaa työ yhteispäivystyksessä, sillä työpari olisi tukena. Uusi, perehtyvä hoitaja saisi kokeneelta hoitajalta oppimismahdollisuuksia, hyvää perehdytystä, konsultaatiota ja eikä tarvitse yksin yrittää pärjätä haastavan potilaan kanssa. Potilas saisi parempaa ja turvallisempaa hoitoa työparin yhteisestä tiedosta ja taidoista. Vanhemman hoitajan kokemus ja uuden hoitajan tiedon yhdistäminen on rikkaus.

Työparityöskentelyn mahdollisuuksia potilaan hoitoon liittyen on parempi, laadukkaampi ja turvallisempi hoito. Työparilla hoidon kokonaisuus on selkeää, hyvin hallinnassa, potilaan asiat tietää alusta loppuun saakka. Potilaalla on selkeä vastuuhoitaja, joka huolehtii hänen asioistaan ja hoidostaan. Työpari pitää lääkärin ajan tasalla, tarkistaa verikokeet ja tiedottaa omaisia. Työparityöskentely mahdollistaa sujuvan tiedonkulun, kattavan raportoinnin ja jatkohoitopaikan selvittelyn aikaisemmassa vaiheessa. Työparityöskentelyllä potilaan systemaattinen seuranta, tilan heikkeneminen ja paraneminen tulee hyvin huomioitua. Vastuu potilaan hoidosta on työparilla yhteinen. Potilaalle on mukavampaa, kun on yksi tai kaksi hoitajaa hoitamassa. Potilaalla on turvallisempi olo, kun on samat hoitajat ja potilastyytyväisyys paranee.

9.2.4 Työparityöskentelyn uhat

Työparityöskentelyn uhat ovat potilaan hoitoon ja työyhteisöön liittyviä. Työyhteisöön liittyviä uhkia löytyi enemmän.

Työparityöskentelyn työyhteisöön liittyviä uhkia on miten jakaa potilaat tasaisesti hoitajien välillä, ettei samalle työparille osu kaikki kuormittavat potilaat. Kuormittuuko kokenut hoitaja enemmän, jos aina on kokematon hoitaja parina, saako vielä apua tarvittaessa ja onko kaikista parityöskentelyyn. Monet kokevat uhkana, että potilaat eivät jakaantuisi tasaisesti hoitajien välillä. Jakamalla potilaat vuorotellen työparien välillä, työmäärässä ja potilaiden kuormittavuudessa saattaa olla suuria eroja. Jos potilaita ei oteta vuorotellen vastaan, onnistuuko joku välttelemään potilaan ottamista, valikoi helppoja potilaita ja välttää vastuuta. Työparityöskentelyn uhkana koetaan, että jakaantuuko työt tasaisesti työparin kanssa ja tekeekö tunnollisempi hoitaja enemmän töitä. Miten onnistuu työntekijän jaksaminen, jos työpariksi aina valikoituu hoitaja, joka ei ole niin motivoitunut työnteosta. Työparityöskentelyn uhkana koetaan kokeneen hoitajan työssä jaksaminen. Kokeneella hoitajalla olisi kokematon hoitaja tai lähihoitaja parina, että kokemus jakaantuisi, niin kuormittuuko kokenut hoitaja liikaa. Lähi- ja perushoitaja ei voi antaa suonensisäistä lääkitystä, pelkona on, että toinen hoitaja tekee silloin kahden hoitajan työt. Uhkana koetaan,

että työparista toiselle jää kuitenkin suurempi vastuu ja työtaakka. Työntekijöiden väliset kemiat ja onko kaikista hoitajista työparityöskentelyyn, koetaan uhkana.

Monella vastaajalla on pelko, että saako apua, kun sitä pyytää. Ruuhkatilanteessa ja kiireen keskellä moni hoitaja pohtii, saako apua vai jääkö yksin. Uhkana pidetään, että toiminta ja määräysten toteuttaminen hidastuu, jos ei tarjota oma-aloitteisesti apua. Yhteispäivystyksessä tilanteet muuttuvat ja miten esimerkiksi traumahoitajan työpari pärjää yksin moduulissa, työparin ollessa traumahälytyksessä koetaan uhkana. Työparityöskentelyä uhkaa vastaajien mukaan muutosvastarinta. Uhkana koetaan, että antaako esimies tukea muutokseen, esimerkiksi työvuorosuunnittelulla mahdollistaa työparien muodostamisen jokaiseen työvuoroon. Työparityöskentelyssä mietityttää tuleeko kaikkien ammattitaito käytettyä hyödyksi ja vieläkö ehtii tehdä juoksevia asioita esimerkiksi lääketilauksen, korjauspyynnöt. Uhkana koetaan työn vaatavuuden kasvaminen, jolloin hoitajien tulisi osata enemmän tasoittaakseen hoitajien välistä osaamista.

Työparityöskentelyn potilaan hoitoon liittyviä uhkia on potilaiden hoito, kun omahoitaja joutuu keskeyttämään työt moduulissa ja lähtemään omalle vastuualueelleen esimerkiksi traumahälytykseen. Pärjääkö toinen hoitaja yksin sen aikaa moduulissa, onko tarvittava tieto muista potilaista vai tuleeko moduuliin jäävän hoitajan kuitenkin perehtyä potilaan asioihin uudestaan ja saako hän tarvittaessa apua. Ruuhkatilanteessa ja kiireisenä päivänä, kun on paljon huonokuntoisia potilaita ja vie työparilta aikaa, miten muut potilaat pärjäävät sillä aikaa, viivästyykö heidän määräysten toteutus ja ovatko he ”oman onnensa nojassa”. Potilaat ovat erilaisia hoitoisuudeltaan ja vaatavuudeltaan, työ voi olla raskaampaa toiselle työparille kuin toiselle.

9.3 Aivorihiin ja ryhmähaastattelujen tulokset

Aivorihiessä ja ryhmähaastatteluissa ideoitiin uutta hoitotyön työnjakomallia, joka parantaisi potilasturvallisuutta ja työn sujuvuutta. Työparityöskentelyyn haastateltavilla oli eniten halukkuutta. Omahoitajamallin koettiin olevan haasteellisempi ja kuormittavampi toteuttaa. Omahoitajuuteen tarvitsisi enemmän resursseja, hoitohenkilökuntaa, koulutuksia ja perehdytystä.

Haastattelun tuloksina yleisesti samaa mieltä oltiin siitä, että potilaan vastaanottanut ja raportin saanut hoitaja ottaa päävastuun potilaan hoidosta työvuoron ajaksi. Päävastuun ottanut hoitaja, omahoitaja kirjoittaa nimensä nykyiselle tussi/infotaululle ja Lifecaren -tietojärjestelmään ”hoidonvaraus kirjalle” lääkärin nimen perään. Näin potilaalla on nimetty hoitotiimi, lääkäri ja hoitaja. Työparityöskentelyssä, toinen hoitajista pitää potilaan hoidon ”langat käsissä” ja toinen hoitaja auttaa tarvittaessa. Moduuliin tulevia potilaita otetaan vastaan vuorotellen. Työpari ottaa vuorotellen päävastuun heille tulevista potilaista.

Moduulin maantieteellisestä jaosta oltiin eri mieltä. Jakamalla moduulin potilaspaiikat puoliksi hoitajille, jako on selkeä. Toisaalta potilaiden kuormittavuus jakaantuisi epätasaisesti, sillä monitoripaikat huonokuntoisille eivät jakaantuisi tasaisesti ja näin yksi hoitajista saattaisi saada kaikki intensiivisesti hoidettavat potilaat. Laittamalla potilaat niille paikoille minne he kuuluvat nykyiselläkin jaolla, hoitajilla saattaa tulla potilaita ympäri moduulia ja se koetaan haasteelliseksi.

Työparilla on vastuu potilaan hoidosta, määräysten toteutuksesta, kirjaamisesta ja raportoinnista vuoron vaihtuessa tai potilaan siirtyessä toiseen yksikköön. Ambulanssin antaessa ennakoilmoitusta huonokuntoisesta potilaasta, sovitaan moduulissa, kumpi työpari ottaa potilaan. Valittu työpari perehtyy ja keskittyy potilaan hoitoon. Akuutin potilaan hoidossa tai elvytyksessä toinen parista ”pitää langat käsissä”, toimii johtajana ja omahoitajana, huolehtii kirjaamisesta ja tiedottamisesta.

Siitä miten työparit jaetaan, ollaan monta eri mieltä. Osa vastaajista on sitä mieltä, että työparit tulee tehdä työvuorosunnittelussa, jako on näin puolueeton ja ajatus siitä, että kokenut ja kokematon hoitaja toimisi yhdessä toteutuisi paremmin. Osa vastaajista on sitä mieltä, että aikuiset ihmiset osaavat itse katsoa työvuoron alkessa, miten parit jaetaan kaikkien etujen mukaisesti. Osan mukaan vuorovastaava voisi vuoron alussa muodostaa parit. Työparien suunnittelussa tulee huomioida, että lähi- tai perushoitajalla on sairaanhoitaja parina, sillä he eivät voi toteuttaa suonensisäistä lääkitystä. Traumatimissä olevat hoitajat (traumahoitaja, K1, K2) eivät voi olla pareja keskenään, sillä traumahälytyksen tullessa molemmat jättäisivät moduuliin. Lähi- tai perushoitaja ei voi olla traumahoitajan, K1 tai K2 parina mahdollisen traumahälytyksen vuoksi.

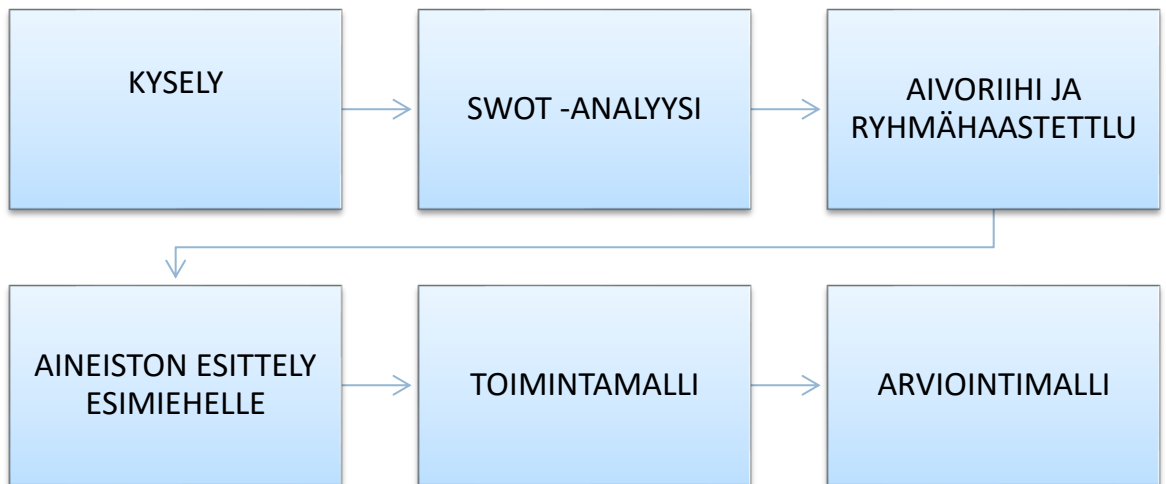
Hoitajan tauon mahdollistaa välivuoroon tullut hoitaja. Hoitaja antaa omista potilais-
taan lyhyen raportin välivuorolaiselle ja voi mennä turvallisesti tauolle. Jos vä-
livoorolaista ei ole, työpari menee vuorotellen tauolle. Näin moduulissa on aina hoi-
taja, joka tietää potilaan asiat. Työvuoron vaihtuessa työpari antaa raportin potilaista
seuraavalle työparille. Osa vastaajista on sitä mieltä, että enää ei ole tarvetta pitää
raporttia jokaisesta moduulin potilaasta vaan vain niistä, kenen hoitoa jatkaa. Osa
mielestä raportti olisi kuitenkin hyvä saada jokaisesta potilaasta, sillä päivystyk-
sessä tilanteet muuttuvat nopeasti. Samaa mieltä vastaajat olivat siitä, että nykyi-
selle tussi/infotaululle tulee merkitä selvästi potilaan erityistä huomiota vaativat
asiat, kuten diabetes, ei elvytetä, maininta varottavasta uhkaavasti käyttäytyvästä
potilaasta sekä mahdolliset tarttuvat taudit. Jokaisella moduulin hoitajalla tulee olla
tieto moduulin huonokuntoisesta potilaasta, jonka vointi saattaa romahtaa ja hänen
hoitoonsa tarvitaan lisäapuja.

Työparin raportti seuraavalle työparille tehtäisiin tietokoneen ääressä, näin voitaisiin
varmistaa, että hoidon kirjaamisessa olisi varmasti kaikki tarvittava tieto kirjattu ja
tiedonkulku olisi turvattu. Vastuun siirtyessä toiselle työparille, heidän tulee kirjata
nimensä tussi/infotauluun ja hoidonvaraus kirjalle. Vuorovastaavan tulisi käydä tar-
kistamassa erityisesti hoitoryhmä kaksi potilaiden tasapuolinen jako hoitajien kes-
ken. Ongelmissa potilaiden jakoon liittyen, voisi ottaa tarvittaessa yhteys vuorovas-
taavaan.

Uudesta toimintamallista tulisi tiedottaa monella eri tavalla sähköpostitse, osasto-
tunnilla, laittaa postia tussi/infotauluun joka moduulissa ja potilaita raportoitaessa
tulisi raportoida myös uuden toimintamallin kokeilusta.

Ryhmähaastatteluissa syntyi keskustelua myös paljon muista asioista, jotka vaikut-
tavat yhteispäivystyksen turvallisuuteen ja potilasturvallisuuteen, nämä asiat on ker-
rottu eteenpäin esimiehelle, mutta rajattu pois tästä työstä. Yhtenä isona kokonai-
suutena vastaavat kertoivat tarpeesta avata kirjoittamattomia sääntöjä ja työrooleja
esimerkiksi vuorovastaavan ja välivuorolaisten työnkuva tulisi auki kirjoittaa ja avata
kaikille, sillä nykyisellä tavalla, kukin hoitaja tekee työtään omalla tyylillään ilman
selkeitä ohjeita.

Kyselyn, SWOT -analyysin, aivoriihen ja ryhmähaastattelujen tulokset esiteltiin yhteispäivystyksen esimiehelle. Yhteisymmärryksessä sovittiin, että tämä kehittämissyö rajataan, miten työparityöskentely toteutetaan käytännössä modulissa ja työparin työnkuva auki kirjoitetaan. Tämä työparityöskentelyn toimintamalli otetaan käytäntöön, kun ajankohta on sopiva. Tätä kehittämistyötä tehdessä oli koronaviruspandemia, joka vaikutti huomattavasti yhteispäivystyksen toimintaan. Toimintamallille tehtiin arviointisuunnitelma Suunta työkalua käyttäen. Kuviossa 14 havainnollistetaan, miten kehittämissyö eteni.



Kuvio 14. Kehittämissyön eteneminen.

10 POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelua

Nykyisen hoitotyön työnjakomallin, modulaarisen tehtäväkeskeisen tiimityön, hyvinä puolina pidetään, että se on nopeaa ja tehokasta, siitä on joustava siirtyminen omalle vastuualueelle, työ ja kokemus jakaantuvat tasaisesti. Vastaajat kokivat hyvänä, että kaikki tietää edes vähän jokaisesta moduulin potilaasta, tilanteet muuttuvat herkästi ja edes vähäisellä tiedolla jokaisesta potilaasta potilasturvallisuutta voidaan parantaa. Aikaisemmissa tutkimustuloksissa ilmeni vastaavaa tietoa, tehtäväkeskeinen hoitotyö on nopeaa ja tehokasta, toimenpiteitä tulee suoritettua paljon pienessä ajassa. Tutkimusten mukaan hyvä ja toimiva yhteistyö parantaa potilasturvallisuutta. Yhteistyö koettiin tämän toimintamallin parhaimpina puolina. Yhteispäivystyksessä hoitotyö on haasteellista, jokaisella hoitajalla on erilaisia osaamisalueita, erilainen työkokemus sekä erilaiset tiedot ja taidot, nämä yhdistämällä tiimissä mahdollistetaan jokaiselle potilaalle laadukasta hoitoa. Tutkimuksissa tuli ilmi, että yhden henkilön osaaminen ei välttämättä enää riitä tämän päivän haasteellisessa hoitotyössä ja siksi tarvitaan tiimin tuki mahdollistamaan parhaan mahdollisen hoidon.

Nykyisen toimintamallin huonoina puolina pidetään, että oman moduulin potilaista jää epäselvä kokonaiskuva ja hoitotyö on yleisesti sekavaa. Erityisesti kiireisenä, ruuhkaisena päivänä virheiden mahdollisuus kasvaa ja tulee herkästi tehtyä päällekkäistä työtä. Tiedonkulku on usein epäselvää ja kirjauksia jää tekemättä. Lääkäri ei tiedä kenelle antaa määräykset ja erityisesti suullisia määräyksiä saattaa jäädä toteuttamatta. Raportin jatkohoitoon saattaa antaa hoitaja, joka ei ole koskaan tavannut potilasta, kenestä raporttia on antamassa. Vastaajilla on eriäviä mielipiteitä siitä, kuka on vastuussa hoidosta. Osan mielestä kaikilla moduulin hoitajilla on yhteinen vastuu moduulin kokonaistilanteesta. Toiset vastaajat kuvasivat, että päävastuuta ei ole kenelläkään ja on hoitajia, jotka eivät ota vastuuta lainkaan. Vastaajilla on eriäviä mielipiteitä työn tasaisesta jakautumisesta. Osan mielestä nykyisellä toimintamallilla, on helppo valikoida töitään, tunnollinen hoitaja tekee enemmän ja joku toinen hoitaja pääsee helpommalla. Osan mielestä taas nykyinen toimintamalli

mahdollistaa työntasaisen jakaantumisen. Myös aikaisemmissa tutkimustuloksissa ilmeni, että tiedonkulku, prosessien selkeys ja sujuvuus on erittäin tärkeitä tekijöitä potilasturvallisuudessa.

Potilasturvallisuutta voidaan parantaa myös ilman kustannuksia tai vähäisillä kustannuksilla. Potilasturvallisuutta voi parantaa paremmalla kommunikaatiolla ja dokumentoinnilla. Jokainen hoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa merkittävästi potilasturvallisuuteen kommunikoimalla selkeästi, ajattelemalla ääneen, kertomalla muille, mitä on tekemässä ja pitää huolta, että hoitotyön kirjaukset on huolellisesti tehty. Koulutuksella voidaan parantaa kommunikaatiota, erityisesti akuuttihoiton simulaatiokoulutuksella, joka voidaan toteuttaa yksikön sisällä, ilman lisäkustannuksia. Pidemmällä ja järjestelmällisellä perehdytyksellä sekä kehityskeskustelujen avulla voidaan tasoittaa hoitajien osaamista. Työyksikössä tulee tehdä pelisäännöt vastuukysymykseen. Hoitajat voivat vaikuttaa työympäristöön ohjaamalla omaisia pysymään potilashuoneessa. Potilasturvallisuutta voisi parantaa lisäämällä henkilökuntaa. Aikaisemmissa tutkimustuloksissa ilmeni, että henkilökunnan hyvä perehdytys, koulutus ja säännöllinen ammattitaidon kehittäminen on tärkeä tekijä potilasturvallisuudessa. Kokenut, pätevä, ammattitaitoinen ja vastuutaottava henkilökunta ovat tärkeä tekijä hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa.

Potilasturvallisuuden nykytila onnistuttiin kuvaamaan, mutta sen määrittäminen ja mittaaminen on erittäin haasteellista. Nykyisen toimintamallin huonot puolet kuvasivat parhaiten potilasturvallisuuden vaaratekijöitä kuten hoitotyön sekavuus, päällekkäiset toiminnot, epäselvä kokonaiskuva, virheiden mahdollisuus ruuhkatilanteissa, epäselvä tiedonkulku sekä se, että virallista hoitovastuuta ei ole määritelty. Tutkimustuloksissa on kuvattu samanlaisia potilasturvallisuuden vaaratekijöitä, joita tässä kehittämistyössä ilmeni. Määrittelemällä hoitotyön selkeä työn- ja tehtävänkuva ja vastuualueet estettäisiin päällekkäisyyksiä, virheiden mahdollisuutta sekä parannettaisiin tiedonkulkua.

Hoitajien mukaan potilasturvallisuutta voisi parantaa paremmalla kommunikaatiolla ja dokumentoinnilla, koulutuksella ja perehdytyksellä, palkkaamalla enemmän henkilökuntaa niin hoitajia kuin lääkäreitä sekä korostamalla vastuun ottamista. Omahoitajuuden merkitykseen potilasturvallisuudelle löytyi sitä edistäviä ja heikentäviä

tekijöitä. Tutkimustuloksissa kuvattiin samanlaisia tekijöitä parantamaan potilasturvallisuutta. Selkeä ja luotettava tiedonkulku on oleellinen osatekijä potilasturvallisuudelle. Tutkimuksissa ilmeni myös, että henkilökuntaa lisäämällä koetaan olevan potilasturvallisuutta parantava vaikutus, mutta jos henkilökunta on kokematon ja heillä ei ole esimerkiksi akuuttihoiton kokemusta, vaikutus voi olla päinvastainen. Toimimaton tiimityön viestintä on potilasturvallisuutta heikentävä tekijä. Jos viestintä ja tehtävänjako ei ole selkeää tiimityössä voidaan olettaa, että joku toinen tekee työn, mutta todellisuudessa se voi jäädä tekemättä, sillä kaikki olettavat, että joku toinen sen tekee.

Kehittämistyön alkuperäinen ajatus oli suunnitella omahoitajamalli yhteispäivystykseen. Kyselyssä, SWOT -analyysissä, aivoriihessä ja ryhmähaastattelussa tuli kuitenkin ilmi, että omahoitajuuden toteuttaminen on liian haasteellista ja työparityöskentely sopisi paremmin yhteispäivystykseen. Kyselyssä kyseenalaistettiin, että riittääkö jokaisen hoitajan osaaminen toimimaan yksilövastuuisen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Vastavalmistunut sairaanhoitaja ei voi ottaa yksin vastuuta potilaasta niin, että potilasturvallisuus säilyisi, opetteleva sairaanhoitaja tarvitsee vielä paljon tukea. Työparityöskentelyllä jaetaan kokemusta ja tuetaan kokemattoman hoitajan osaamista. Työ yhteispäivystyksessä vaatii moniammatillista osaamista ja yhden hoitajan tietotaito ei enää riitä, työ saattaisi käydä liian raskaaksi, fyysisesti ja psyykkisesti, jos yritetään yksin pärjätä. Tutkimuksissa ilmeni, että työparityöskentelyssä on paljon hyviä puolia ja ongelmina on henkilöstön riittämättömyys parien muodostamiseen ja työparin yhteensopimattomat kemiat.

Ryhmähaastatteluissa keskusteltiin mm. vastuusta potilaan hoidossa, ammatillisesta käyttäytymisestä, työyhteisön pelisäännöistä, yhteistyön merkityksestä työhyvinvoinnille sekä muiden organisaatioiden ongelmista, jotka vaikuttavat yhteispäivystyksen toimintaan ja sen potilasturvallisuuteen. Keskustelua tuli myös siitä, että tiettyjen roolien työnkuvaa tulisi avata enemmän, että jokainen tietäisi roolissaan, että mitä tulisi tehdä ja osata. Jokainen uusi haastattelu ja keskustelu loi uusia näkökulmia ja ajatuksia, miten laajasta asiasta on loppujen lopuksi kyse. Myös tutkimustuloksissa ilmenee, että ohjeiden, työn ja tehtävienkuvien tulee olla selkeät, ajan tasalla ja kaikkien saatavalla, jolloin hoitotyö on sujuvaa, selkeää ja turvallista.

Uuden toimintamallin käyttöönotossa tulisi yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnasta valita hoitajia, jotka ovat aidosti kiinnostuneita kehittämään työparityöskentelyä. Näitä hoitajia tulisi perehdyttää ns. muutosagenteiksi yhteispäivystyksen sisällä. Yhteispäivystyksen organisaatiokulttuuri on vahva, sillä on pitkä perinne ja siihen vaikuttaminen vaatii sinnikästä työtä. Muutosvastarinta on suuri haaste, sillä yhteispäivystys on ollut pidemmän aikaa suurten muutosten alaisuudessa ja henkilöstö on väsynyt jatkuviin muutoksiin. Nämä muutosagentit voisivat muutoksen aikana kannustaa, motivoida ja rohkaista henkilökuntaa. Keskustelemalla ja jakamalla tietoa asiasta, muutos olisi onnistuneempi. Positiivisuudella ja muistuttamalla miksi muutos on tarpeellinen turhat huhut ja negatiivisuus hälvenisi. Ihmisillä on tarve pitää kiinni vanhasta ja tutusta, siksi muutosagentteja tarvitaan, muistuttamaan miksi muutos on tarpeellinen. (Honkanen 2006, 22; Mattila 2007, 76-77; Pirinen 2014, 255.)

10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tutkija, aineiston laatu ja sen analyysi sekä tulosten esittämiseen liittyvät tekijät. Aineiston analyysissä näkyy tutkijan taidot, oivalluskyky ja mitä hän arvostaa. Tärkeä eettinen periaate on tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen, luottamuksellisuus sekä se, että tutkija ei millään tavalla vahingoita tiedonantajaa. Sisällönanalyysistä tulee aina erilainen riippuen tutkijasta ja tutkimustehtävästä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36-39.) Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta, vilpittömyydestä ja rehellisyydestä on tekijällä itsellään. Huolellisuus, tarkkuus, rehellisyys ja avoimuus on pyritty säilyttämään kehittämistyön jokaisessa vaiheessa. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 130; TENK, 2012.)

Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus huomioitiin työn eri vaiheissa. Kehittämistyölle oli lupa sairaanhoitopiiriltä. Hoitohenkilökunnalle tehtyyn kyselyyn vastattiin nimettömästi. Kyselyssä kysyttiin sukupuoli, työkokemusvuodet ja kuuluuko hoitohenkilökuntaan vai onko lääkäri, näillä tiedoilla vastaajia ei pystytty tunnistamaan. Aineiston analysoinnin jälkeen kyselyt tuhottiin eikä niitä näytetty missään vaiheessa kolmansille osapuolille. Kyselyn luotettavuutta kuvasi se, kuinka moni siihen

oli vastannut. Kyselyyn vastanneiden vastausprosentti jäi pieneksi ja SWOT -analyysillä haluttiin varmistaa, tuottaako uusi aineisto ja sen analyysi uutta tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa myös vastausten laatu on erittäin tärkeää, ei vain vastanneiden lukumäärä. Organisaatio, joka tukee hoitotyön kehittämistä, kehittää myös hoitotyön etiikkaa (Matikainen ym. 2012, 65).

Kehittämistyön aiheen valinta on eettinen, sillä siinä pyritään parantamaan hoidon laatua ja turvallisuutta. Hoitotyön sujuvuuteen vaikuttamalla saataisiin hyvinvointia ja työssä jaksamista hoitohenkilökunnalle. Yhteispäivystyksen haasteena on saada työntekijät pysymään työyksikössä. Kehittämällä hoitotyön työnjakoa pyritään vaikuttamaan työtyytyväisyyteen, järjestelmällisyyteen, työn ja työnjaon selkeyteen sekä työn tasaiseen jakautumiseen. Omahoitajuutta korostamalla potilas saa laadukkaampaa ja turvallisempaa hoitoa. Potilaalla on tuttu hoitaja, kenen puoleen kääntyä eikä asioita tarvitse kertoa alusta saakka monta kertaa päivystyshoidon aikana. Tulevaisuuden haaste ikääntyvät potilaat pyritään paremmin huomioimaan omahoitajuuden ja parityöskentelyn avulla.

Henkilökunnan osallistaminen on eettistä toimintaa. Sillä pyritään antamaan mahdollisuus jokaiselle työntekijälle kertomaan mielipiteensä ja vaikuttamaan työyhteisönsä toimintaan. Antamalla hoitotyöntekijöille mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä parannetaan työhyvinvointia, hoitajien motivaatiota jatkamaan työssä pidempään ja välittämällä heille ajatusta, että heidän mielipiteitään arvostetaan ja niillä on merkitystä.

Arkipäivän eettiselle pohdinnalle on olennaista ongelmakeskeisyys, kiistanalaisuus ja epävarmuus. Vaihtoehtoja voi olla paljon, joista mikään ei kuitenkaan ole täysin tyydyttävä kaikkien kannalta. Vaihtoehdon valinnassa voi syntyä voimakkaita tunteita siitä, onko valinta eettisesti oikea sekä hoitohenkilökunnan ja potilaan kannalta paras mahdollinen. (ETENE 2011, 11.) Aivoriihessä ja ryhmähaastatteluissa syntyi paljon keskustelua mikä on oikein ja mikä on väärin. Keskustelua oli esimerkiksi siitä, miten hoitotyötä, hoidon laatua ja potilasturvallisuutta voisi kehittää, miten työnkuvia ja eri roolia kehittämällä voisi parantaa yhteispäivystyksen toimintaa. Yhteinen keskustelu lisää hoitajuuden etiikkaa ja asiantuntijuutta.

10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Yhteispäivystyksen potilasturvallisuuden vaikuttavia tekijöitä on saatu selville. Työparityöskentelyn malli on luotu, joka otetaan yhteispäivystyksessä käyttöön, kun aika on sopiva. Uudelle toimintamallille on arviointisuunnitelma, jonka avulla uuden toimintamallin hyötyjä pystytään arvioimaan. Jatkotutkimusehdotuksena on tutkia muutosprosessia. Miten muutos käytännössä toteutettiin? Miten hoitohenkilökunta koki sen? Mikä meni hyvin ja mitä olisi voinut tehdä paremmin? Miten uusi toimintamalli vaikutti työn selkeyteen, kokonaisuuden hallintaan ja hoitotyön eheyteen? Pystyttiinkö uudella toimintamallilla parantamaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta? Parantuiko hoitajien työtyytyväisyys? Miten ongelma potilaiden tasapuolisesta jakautumisesta ratkaistiin? Kuormittuivatko kokeneet hoitajat liikaa? Mitä uutta opittiin?

Kyselyssä, SWOT -analyysissä, aivoriihessä ja ryhmähaastattelussa tuli ilmi, että hoitajien työnjako tulisi auki kirjoittaa. Hoitajat tekevät työtä monessa eri roolissa jokainen omalla tyylillään ja on tarve, että eri roolien työkuvia avattaisiin ja määriteltäisiin. Jatkotutkimusehdotuksena on selvittää mitä sanomattomia ja auki kirjoittamattomia sääntöjä yhteispäivystyksen hoitajilla on? Mitkä työnkuvat kuuluvat eri rooleille? Miten paljon on kirjoittamattomia ja sanomattomia sääntöjä, joista osa hoitajista tietää ja osa ei, miten niitä voidaan toteuttaa, jos tietoa ei ole jokaisella? Ryhmähaastattelussa tuli ilmi kokeneen hoitajan kommentti ”on sanomaton sääntö, että ei mennä sekaantumaan toisen hoitajan potilaan hoitoon, jos toinen hoitaja on häntä hoitanut alusta saakka”, johon nuorempi hoitaja vastasi ”olen aina ajatellut, että saa ja pitää auttaa toista, vaikka toinen onkin hoitanut potilasta enemmän”. Auki kirjoittamalla pelisääntöjä ehkäistäisiin epäselvyyksiä ja vääriä käsityksiä.

LÄHTEET

- Aalto, P. & Munnukka, T. 2002. Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen. Tammi.
- Aalto, S., Castren, M., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2008. Ensihoitosta päivystyspoliklinikalle. WSOY.
- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. Tammerprint Oy.
- EPSHP, 2013. Laatu ja potilasturvallisuussuunnitelma. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2913-2013-O. Sijainti Intra. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 7.3.2020. Saatavana: https://www.epshp.fi/files/1093/Laatu- ja_potilasturvallisuussuunnitelma.pdf
- ETENE, 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. [Verkkajulkaisu]. Etene julkaisu 32. Viitattu 17.4.2020. Saatavana: <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisu32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>
- Hegyvary, S.T. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Kirjayhtymä Oy. Vaasa.
- Heinonen, S. 2010. Hallinnolliset rajat ylittävä parityö työvoiman palvelukeskuksessa. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 14.4.2020. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Tampereen yliopisto. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/81585/gradu04305.pdf?sequence=1>
- Helovu, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.
- Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, R. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Fioca Oy. Helsinki.
- Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 18.1.2020. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Saatavana: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/80430/gradu03423.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Holkko, S. 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri. Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä erikoissairaanhoidon henkilöstön näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Liäsäosa. Hoitotiede. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Pro gradu saatu suoraan tutkijalta.
- Holloway, I. & Galvin, K. 2017. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. 4th Edition. Wiley Blackwell.
- Honkanen, H. 2006. Muutoksen agentit. Muutoksen ohjaaminen ja johtaminen. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Honkanen, T. 2008. Hoitajan asema ja rooli terveydenhuollossa. Julkaisussa: Terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuus, vaihtuvuus ja eettinen vastuu. Etene julkaisu 24. [Verkojulkaisu]. Viitattu 17.4.2020. Saatavana: <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisu+24+Terveydenhuollon+henkilo%CC%88sto%CC%88n+liikkuvuus%2C+vaihtuvuus+ja+eettinen+vastuu.pdf/37f8c42d-e8dd-45ab-86e1-06c9f7e4c358/ETENE-julkaisu+24+Terveydenhuollon+henkilo%CC%88sto%CC%88n+liikkuvuus%2C+vaihtuvuus+ja+eettinen+vastuu.pdf>
- Hyppänen, R. 2015. Kun on aika siirtyä eläkkeelle. Työelämän kehittäjä. CM&HR Consulting Oy. [Verkoartikkeli]. Viitattu 17.4.2020. Bonnier pro. Vaatii käyttöoikeuden.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY.
- Kallankari, S. 2019. Muutoksen johtaminen arjessa. Opas sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Duodecim. Terveysportti. Oppikirjat. Tarvitsee käyttöoikeuden.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy.
- Kinnunen, M. 2009. Vaaratapahtumien raportoinnista elävään turvallisuuskulttuuriin. Teoksessa: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.
- Kinnunen, M., Roine, R. & Aaltonen, L-M. 2019. Ammattitautina kiire ja uupumus. Lääkärilehti. [Verkkolehtiartikkeli]. Viitattu 10.3.2020. Saatavana: <https://www.laakarilehti.fi/tyossa/kantapaan-kautta/ammattitautina-kiire-ja-uupumus/?public=4463c023ec3357687e0497a54621dea2>

- Kivipelto, M., Blomgren, S., Karjalainen, P. & Saikkonen, P. 2013. Vaikuttavaa aikuissosiaalityötä – arviointimalleista mittareihin. Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 19.4.2020. THL raportti 8/2013. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104473/URN_ISBN_978-952-245-864-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20
- Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 19.4.2020. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75668/T17-2008-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. [Verkkoartikkeli]. Hoitotiede 2011, 23 (2). Viitattu 17.4.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
- L 30.12.2010/1326. Terveystieteiden laaki. Laatu ja potilasturvallisuus 8 §. Saatavana: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>
- Lahtinen, R. 2016. Monikulttuurinen työpaikka: Maahanmuuttajan työhyvinvointi. [Verkkoartikkeli]. Bonnier pro. Viitattu 17.4.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
- Lehto, M. 2012. Asiakas- ja potilasturvallisuus ammattieettisenä haasteena. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 17.4.2020. Saatavana: <https://etene.fi/documents/1429646/1570624/2012+Asiakas-+ja+potilasturvallisuus+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/8fa9f756-1ed2-430e-8c5b-ee81335275e4/2012+Asiakas-+ja+potilasturvallisuus+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>
- Lindberg, A. 2013. Eväitä arviointiin sosiaali- ja terveysjärjestöissä. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 17.4.2020. Kehittämisyksikkö Horisontti. Suomen mielenterveysseura. Saatavana: https://mieli.fi/sites/default/files/materials_files/horisontti_evaita_arviointiin_0114_0.pdf
- Malmström, T., Hörhammer, I., Peltokorpi, A., Linna, M., Koivuranta-Vaara, P. & Mikkola, T. 2017. Päivystyksen kysyntä ja sen hallinta – Ikääntyneet potilaat. [Verkkoartikkeli]. Viitattu 20.3.2020. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu no 8. Kuntaliitto.
- Matikainen, A., Hahtela, N. & Suutarla, A. 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikerta 2012. Fioca Oy. Helsinki.
- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Avaimet organisaation uudistamiseen. Talentum. Helsinki.

- Metsävainio, K-M. & Tamminen, J. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest. [Verkkolehtiartikkeli]. Viitattu 13.12.2019. Saatavana: http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf
- Mikkola, R. 2013. Henkilökunnan kokema pelko ja selviytymiskeinot ensiapuklinikoilla. Malli pelosta selviytymiseen. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 18.1.2020 Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavana: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/68157/978-951-44-9137-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani – Näkökulmia omahoitajuuteen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Mylläri, E. 2017. Päivystyshoidon laatu iäkkäiden potilaiden kokemana. Akateeminen väitöskirja. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 8.3.2020. Saatavana: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/101961/978-952-03-0488-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Männikkö, P., Roos, M., Palojoki, S., Arminen S. & Suominen, T. 2019. Osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien arviot sairaalan potilasturvallisuuskulttuurista. [Verkkojulkaisu]. Tutkiva hoitotyö. Vol 17 (3). Viitattu 13.4.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
- NHG, 2020. Päivystyksen kehittäminen. Loppuraportti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Nordic Healthcare Group. Jaettu yhteispäivystyksen henkilökunnalle.
- Ojala, M. 2017. Locating and Creating SWOT analyses. Online Searcher. Jan/Feb 2017. [Verkkoartikkeli]. Viitattu 15.4.2020. Cinahl. Vaatii käyttöoikeuden.
- Olin, K. & Terävä, V. 2017. Potilasturvallisuus teho- ja valvontahoitotyössä Terveysportti. [Verkkoartikkeli]. Viitattu 8.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
- Paakkonen, H. 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts` perceptions Using Delphi – Technique. Department of Nursing Science. University of Kuopio. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 5.4.2020. Saatavana: http://systole.fi/index.php/julkaisut6/4-v%C3%A4it%C3%B6skirja_heikki-paakkonen/file
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. [Verkkojulkaisu]. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Viitattu 8.3.2020. Saatavana: https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf
- Pirinen, H. 2014. Esimies muutoksen johtajana. Talentum. Helsinki.

Ponteva, K. 2012. Muutoksessa. Sanoma Pro Oy.

Rahko, E. 2010. Samassa veneessä sosiaalialalla: tutkimus sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien kokemuksista työparityöstä. [Verkkojulkaisu] Viitattu 14.4.2020. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto.

Rantala, T., Hirvi, K., Irri, L., Nieminen, E., Savijoki, K., Stenius-Raulamo, S. & Pieniaho, H-M. 2008. Puheenvuoro: Turvallinen ja luottamuksellinen työyhteisökulttuuri – kokemuksia tekonivelsairaala Coxasta. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2008. Vetovoimainen terveydenhuolto. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Rasmus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikoilla. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 5.4.2020. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Saatavana: https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-937-4/urn_isbn_951-781-937-4.pdf

Ryhänen, A. 2005. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen. Seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 18.1.2020. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 35. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin Ky. Joensuu. Saatavana: https://www.siunsoite.fi/documents/393252/5552615/PKSHP_julkaisuja_35/5707949e-0be7-4f20-b41f-d09d7ccb2c4b

Salhström, M. 2019. Patients participation in promoting patient safety – Finnish patients' and patient safety experts views. [Verkkojulkaisu]. Department of Nursing Science. Faculty of Health Science. University of Eastern Finland. Viitattu 10.3.2020. Saatavana: https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2961-7/urn_isbn_978-952-61-2961-7.pdf

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avainhoitotyön kehittämiseen. WSOY.

Sarja, A., Janhonen, S. & Puurunen-Moilanen, S. 2013. Työparityöskentely oppilaan tukimenetelmänä joustavassa perusopetuksessa. [Verkkoartikkeli]. Viitattu 11.2.2020. Kasvatus 2/2013. Vaatii käyttöoikeuden.

SOSTE, 2013. Suunta – toiminnan ja arvioinnin suunnittelun työkalu. [Verkkojulkaisu]. Suomen sosiaali- ja terveys ry. Viitattu 16.4.2020. Saatavana: https://in-nokyla.fi/sites/default/files/2020-03/suunta_sostepohja_PDF.pdf

STM, 2020. Uusia käytäntöjä ja rakenteita näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen kehittämiseksi. [Verkkojulkaisu]. Ehdotukset työelämälle ja koulutukselle. Sosiaali- ja terveysalan raportteja ja muistioita 2020:3. Viitattu 17.4.2020. Saatavana: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162120/STM_2020_3_rap.pdf

- STM, 2019. Laatu- ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä – Suunnitelusta toteutukseen ja arviointiin. [Verkkajulkaisu]. STM julkaisuja 2019:23. Viitattu 20.3.2020. 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)
- STM, 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. [Verkkajulkaisu]. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Viitattu 19.2.2019. Saatavana: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- STM, 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. [Verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2010:4. Viitattu 18.2.2019. Saatavana: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72305/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226598.pdf?sequence=1>
- STM, 2009. Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta. Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuushanke. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja, 2009. Potilasturvallisuus ensin. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.
- Strann, P., Suominen, T. & Rantanen, A., 2015. Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuuri hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana. [Verkkootikkeli]. Hoitotiede 27 (1), 53-56. Viitattu 13.4.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
- THL, 2019. Potilasturvallisuus. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 11.2.2020. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>
- THL, 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 12.3.2020. Saatavana: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- THL, 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuus – potilasturvallisuuslainsäädännön ja strategian toimeenpanon tueksi. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 12.3.2020. Saatavana: <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Turunen, E. 2012. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana. [Verkkajulkaisu]. Viitattu 12.3.2020. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavana: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121048/urn_nbn_fi_uef-20121048.pdf

- Turunen, E., Mäntynen, R., Kvist, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Turunen, H. & Partanen, P. 2015. Sairaanhoidajan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. [Verkkoartikkeli]. *Hoitotiede* 27 (2), 148-162. Viitattu 12.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden.
- TENK. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Verkkojulkaisu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 13.4.2020. Saatavana: <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- TTL, 2014. Työimintalähtöisten menetelmien menetelmäopas työterveyshuoltoon. [Verkkojulkaisu]. Työterveyslaitos. Viitattu 17.4.2020. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131614/Tyotoimintalahtoinen_menetelmaopas.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- TTK, 2014. Terveysturvallisuuden työsuoja- ja kehittämisopas. Työturvallisuuskeskus. Otavan kirjapaino Oy.
- Vainionperä, J. 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan päivystysalueilla – kyselytutkimus päivystyspoliklinikoiden henkilöstölle. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 19.1.2020. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavana: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120568/urn_nbn_fi_uef-20120568.pdf
- Valvira, 2017. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. [Verkkojulkaisu]. Viitattu 11.2.2020. Saatavana: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi
- Valvira, 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan havaintoja. Puolivuotisraportti. [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 9.3.2020. Saatavana: https://www.valvira.fi/documents/14444/1006217/Valviran_sote_valvontahavainnot_puolivuotisraportti_26102015.pdf/69b58a1b-7e73-4641-b60a-dfc91dc85c96
- Volmanen, P. & Alaluhta, S. 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? [Verkkoartikkeli]. *Finnanest*. Viitattu 9.3.2020. Saatavana: http://www.finnanest.fi/files/volmanen_alaluhta_olemmeko_potilasturvallisuuden_edistamisen_eturintamassa.pdf
- Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Askel eteenpäin. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Welling, M. 2019. Mitä päivystyspeilistä näkyy? [Verkkoartikkeli]. Potilasvakuutuskeskus. Viitattu 9.3.2020. Saatavana: <https://www.pvk.fi/fi/potilasvakuutuskeskus/blogi/mita-paivystyspeilista-nakyy/>

WHO, 2019. Patient Safety. [Verkkajulkaisu]. World Health Organization. Viitattu 11.2.2020. Saatavana: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

WHO, 2008. World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. [Verkkajulkaisu]. World Health Organization. Viitattu 11.2.2020. Saatavana: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541_eng.pdf

LIITTEET

Liite 1. Kyselyn saatekirje.

Liite 2. Kysely.

Liite 3. Työparityöskentelyn toimintamalli.

Liite 4. Työparityöskentelyn arviointi Suunta työkalua käyttäen.

Liite 1. Kyselyn saatekirje.

Hei! Olen yhteispäivystyksen sairaanhoitaja. Opiskelen SeAMK, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä ylemmän AMK tutkintoa, kliiniseen asiantuntijuuteen suuntautuneena. Opinnäytetyöni aihe on tutkia omahoitajamallin vaikutuksia potilasturvallisuuteen ja työn sujuvuuteen yhteispäivystyksessä.

Opinnäytetyöhön liittyen kahvihuoneessa on kyselylomake, joka on tarkoitettu yhteispäivystyksen hoitajille ja lääkäreille. Lomake on liitetty myös sähköpostiin, voit halutessasi täyttää sen, tulostaa ja palauttaa palautuslaatikkoon. Lomakkeet käsitellään nimettömästi. Vastausaikaa on helmikuun loppuun saakka.

Sinun vastauksesi on tärkeää! 😊

Laura Ojanperä

Liite 2. Kysely yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnalle.

Sukupuoli mies nainen Ammattikunta hoitohenkilöstö lääkärit

Työkokemusvuodet hoitoalalle 0-3 vuotta 4-10 vuotta 11-15 vuotta 16 vuotta

1. Mitä hyvää on nykyisessä "kaikki hoitaa kaikkia"/tiimityö/tehtäväkeskeisessä mallissa?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Mitä huonoa on "kaikki hoitaa kaikkia"/tiimityö/tehtäväkeskeisessä mallissa?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Kuvaile omin sanoin, mitä omahoitajamalli sinulle tarkoittaa?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Mitä hyvää on omahoitajamallissa?

5. Millaisia haasteita liittyy omahoitajuuteen?

6. Miten omahoitajamallin haasteisiin voidaan ennakoida?

7. Miten potilasturvallisuutta voisi parantaa?

Kiitos vastaamisesta! 😊

Liite 3. Työparityöskentelyn toimintamalli.

TYÖPARIN TYÖNKUVA YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

MITÄ TYÖPARI TARKOITTAÄ YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

- Työpari hoitaa potilaan alusta loppuun. Sama hoitaja pyrkii hoitamaan mahdollisimman paljon samaa potilasta.
- Työparilla on hoidon kokonaisuus hallinnassa
- Työparilla on virallinen hoitovastuu
- Työpari vastaa tiedonkulusta; kirjaaminen, raportointi, kommunikaatio lääkärin ja omaisten kanssa
- Ei tarkoita yksin hoitamista. Apua saa ja pitää kysyä tarvittaessa

TYÖPARITYÖSKENTELYN TAVOITE

- Potilaan hoitotyön kokonaiskuva on paremmin hallinnassa
- Hoitotyö on selkeää
- Päällekkäisyydet ja turhat toiminnot vähenee
- Tiedonkulku paranee
- Työ jakaantuu tasaisesti kaikille
- Lääkärin on helppo osoittaa suulliset ja kirjalliset määräykset tietylle hoitajalle tai työparille
- Työparityöskentelyllä pyritään parempaan hoidon laatuun, sujuvuuteen ja potilasturvallisuuteen

TYÖPARITYÖSKENTELYN TOIMINTAMALLI

- Vuoron alkaessa moduulin potilaat jaetaan työpareille. Potilaiden kuormittavuus pyritään huomioimaan potilaiden jaossa. Esim. samalla työparille ei anneta kaikkia intensiivihoidettavia tai ns. takakäytävän potilaita. Vuorovastaava auttaa tarvittaessa potilaiden jaossa.
- Potilaan vastaanottanut/raportin saanut hoitaja(-t) laittaa nimensä info/tussitaululle ja lääkärin nimen perään hoidonvaraus kirjalle. Tällä hoitajalla on päävastuu potilaasta.
- Vuoron aikana työpari vastaa potilaista. Työpari vastaa hoitotyöstä, määräysten toteuttamisesta, tiedonkulusta: kirjaaminen, raportointi, kommunikaatio lääkärin ja omaisten kanssa.
- Työpari voi itse sopia keskinäisestä työnjaosta.
- Työpari huolehtii, että info/tussitaululla on potilaasta oleellinen tieto esim. DNR, VARO, DM jne. Jokaisen moduulin hoitajan tulee olla tietoinen hoitoryhmän instabiilista potilaasta, jonka hoidossa mahdollisesti tarvitaan apua ja lisäkäsia.
- Uusia potilaita otetaan vastaan vuorotellen. Pyritään sijoittamaan omat potilaat lähemmäs, mutta huomioiden oikea sijoitus esim. intensiivihoidettava näkyvälle monitoripaikalle, karkaileva potilas hoitajien näkyville jne.
- Ennakoilmoituksen potilaasta ottaa se työpari, jonka vuoro on, mutta huomioiden työparin muiden potilaiden kuormittavuus. Työparia autetaan aina tarvittaessa.
- Vuoron vaihtuessa työpari antaa raportin jatkavalle työparille esim. tietokoneelta, varmistaen, että kaikki tarvittava tieto on kirjattu.
- Työpari tauottaa toisiaan, jos välivuorolaista ei ole saatavilla. Välivuorolaiselle annetaan raportti omista potilaista.
- Työparien suunnittelussa tulee huomioida: traumahoitajan pari ei ole lähi- tai perushoitaja, K1 ja K2 ei voi olla työpari. Työparit tulee muodostaa työkokemus huomioiden: kokenut ja kokematon, lähi- ja perushoitajan pari on sairaanhoitaja. Jos hoitajia on pariton määrä, välivuorolaisesta voi tulla parittoman hoitajan pari.

Työparityöskentelyä toteutetaan yhteispäivystyksen perustehtävä huomioiden, joka on äkillisen henkeä ja terveyttä uhkaavan vaaran torjuminen. Akuutit tilanteet hoidetaan yhteistyössä.

Liite 4. Työparityöskentelyn arviointi Suunta työkalua käyttäen.

TYÖPARITYÖSKENTELEN ARIVIOINTI SUUNTA TYÖKALUA KÄYTTÄEN

1. TARPEEN MÄÄRITTELY

Lähtötilanne: Kevät 2020. Yhteispäivystyksen hoitotyön työnjako modulaarista tehtäväkeskeistä tiimityötä ja yleisesti käytetään ”kaikki hoitaa kaikkia potilaita” sanontaa. Toimintatavalla hoitotyö on sekavaa, potilaan kokonaiskuva ja tiedonkulku on epäselvää. Virallista hoitovastuuta ei ole jaettu, virheitä ja päällekkäisiä toimintoja voi tapahtua sekä työ jakaantuu epätasaisesti. Työnjaon hyvinä puolina on, että se on nopeaa ja tehokasta, mahdollistaa joustavan siirtymisen vastuu alueelle esim. traumahälytyksen aikana, työ ja kokemus jakaantuu tasaisesti, jokainen hoitaja tietää jokaisesta moduulin potilaasta, yhteistyö sekä yhteinen vastuu.

2. PÄÄMÄÄRÄN ASETTAMINEN

Tarve hoitotyön työnjaon kehittämiseen tuli esimiehiltä, myös osa henkilökunnasta oli turhautuneita hoitotyön sekavuuteen. Hoitotyön työnjakoa tulee kehittää laadukkaammaksi ja potilasturvallisemmaksi. Työparimallin avulla pyritään parantamaan hoitotyön laatua, sujuvuutta ja turvallisuutta.

3. TAVOITTEEN TÄSMENTÄMINEN

Työparityöskentelyn tavoitteet:

- Potilaan hoitotyön kokonaiskuva on paremmin hallinnassa
- Hoitotyö on selkeää
- Päällekkäisyydet ja turhat toiminnot vähenee
- Tiedonkulku paranee
- Työ jakaantuu tasaisesti kaikille
- Lääkärin on helppo osoittaa suulliset ja kirjalliset määräykset tietyille hoitajalle tai työparille
- Työparityöskentelyllä pyritään parempaan hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen.

4. KEINOJEN JA PROSESSIEN VALINTA

Kyselyssä yhteispäivystyksen henkilökunnalle ilmeni, että työparityöskentelymalli voisi sopia päivystykseen paremmin kuin omahoitajamalli. Omahoitajamallissa vastaajat epäilivät henkilökunnan riittävyyttä, uusien ja kokemattomien hoitajien osaamisen ta-soa toteuttamaan yksilövastuista työtä. Lähi- ja perushoitajat tarvitsevat sairaanhoitajan antamaan suonen sisäisen lääkityksen. Työparityöskentelyyn löytyi hoitajilta halukkuutta.

5. TEHTÄVIEN MÄÄRITTELY

Työparityöskentelyyn on tehty löyhät raamit, miten hoitotyön työnjako tehdään. Raamit ovat suuntaa antavat ja niitä voi tarvittaessa muokata käytännön hoitotyön ohella.

- Vuoron alkaessa moduulin potilaat jaetaan työpareille. Potilaiden kuormittavuus pyritään huomioimaan potilaiden jaossa. Esim. samalla työparille ei anneta kaikkia intensiivihoidettavia tai ns. takakäytävän potilaita. Vuorovastaava auttaa tarvittaessa potilaiden jaossa.
- Potilaan vastaanottanut/raportin saanut hoitaja(-t) laittaa nimensä info/tussitaululle ja lääkärin nimen perään hoidonvaraus kirjalle. Tällä hoitajalla on päävastuu potilaasta.
- Vuoron aikana työpari vastaa potilaista. Työpari vastaa hoitotyöstä, määräysten toteuttamisesta, tiedonkulusta: kirjaaminen, raportointi, kommunikaatio lääkärin ja omaisten kanssa.

- Työpari voi itse sopia keskinäisestä työnjaosta.
- Työpari huolehtii, että info/tussitaululla on potilaasta oleellinen tieto esim. DNR, VARO, DM jne. Jokaisen moduulin hoitajan tulee olla tietoinen hoitoryhmän instabiilista potilaasta, jonka hoidossa mahdollisesti tarvitaan apua ja lisäkäsiä.
- Uusia potilaita otetaan vastaan vuorotellen. Pyritään sijoittamaan omat potilaat lähemmäksi, mutta huomioiden oikea sijoitus esim. intensiivihoidettava näkyvälle monitoripaikalle, karkaileva potilas hoitajien näkyville jne.
- Ennakoilmoituksen potilaasta ottaa se työpari, jonka vuoro on, mutta huomioiden työparin muiden potilaiden kuormittavuus. Työparia autetaan aina tarvittaessa.
- Vuoron vaihtuessa työpari antaa raportin jatkavalle työparille esim. tietokoneelta, varmistaen, että kaikki tarvittava tieto on kirjattu.
- Työpari tauottaa toisiaan, jos välivuorolaista ei ole saatavilla. Välivuorolaiselle annetaan raportti omista potilaista.
- Työparien suunnittelussa tulee huomioida: traumahoitajan pari ei ole lähi- tai perushoitaja, K1 ja K2 ei voi olla työpari. Työparit tulee muodostaa työkokemus huomioiden: kokenut ja kokematon, lähi- ja perushoitajan pari on sairaanhoitaja. Jos hoitajia on pariton määrä, välivuorolaisesta voi tulla parittoman hoitajan pari.

6. TULOSTEN KUVAUS

Tarkoituksena on työparityöskentelyn avulla parantaa hoidon laatua, sujuvuutta ja potilasturvallisuutta. Työparityöskentelyn avulla hoito on selkeämpää, kokonaisuuden hallinta parempaa, tiedonkulku sujuvaa, potilaat ja hoitohenkilökunta ovat tyytyväisempiä hoidon laatuun. Yhteispäivystyksen kokonaistilanne rauhoittuisi, päällekkäisyydet ja turhat toiminnot vähenisi huomattavasti.

7. TOIMINNAN ONNISTUMISEN KRITTEERIEN MÄÄRITTÄMINEN

Muutoksessa arvioidaan, miten uusi toimintamalli toimii, miten muutoksessa onnistuttiin, mitä uutta opittiin ja jatkokehittämisehdotukset. Osastotunnilla, ryhmähaastattelussa tai yksilöhaastattelussa esim. kehityskeskustelussa voidaan käyttää seuraavia kysymyksiä/kriteerejä onnistumisen määrittämiseen:

- Mikä meni hyvin ja mitä olisi voinut tehdä paremmin? Miten uusi toimintamalli vaikutti työn selkeyteen, kokonaisuuden hallintaan ja hoitotyön eheyteen? Pystyttiinkö uudella toimintamallilla parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta? Parantuiko tiedonkulku; kirjaaminen, raportointi? Miten hoitajien työtyytyväisyys ilmeni? Miten ongelma potilaiden tasapuolisesta jakautumisesta ratkaistiin? Kuormittuivatko kokeneet hoitajat liikaa?
- Miten tavoitteissa onnistuttiin? Mikä työparityöskentelyssä toimii hyvin? Työparityöskentelyn vahvuudet? Heikkoudet? Mitä vielä tulisi kehittää? Mitä työparityöskentelystä vakiinnutetaan ja juurrutetaan? Työparityöskentelyn hyvät käytännöt?
- Mitä ovat potilaiden kokemukset? Omaisten palaute? Lääkäreiden mielipide: onko hoitotyö selkeämpää? Mistä asioista/ilmiöistä Haipro tulee? Osastojen palaute?