

KARELIA AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Merja Kaukavuori

MUKAUTUVAT TYÖNJAKO- JA TOIMINTAMALLIT  
POTILASTURVALLISUUDEN VARMISTAMISEN TUKENA SIILAISEN  
KUNTOUTUMISSAIRAALASSA

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2021

**OPINNÄYTETYÖ****Maaliskuu 2021****Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen  
ja johtaminen****Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**

Tikkarinne 9

80200 JOENSUU

+358 13 260 600 (vaihe)

**Tekijä**

Merja Kaukavuori

**Nimeke**

Mukautuvat työnjako- ja toimintamallit potilasturvallisuuden varmistamisen tukena Siilaisen kuntoutumissairaalassa

**Toimeksiantaja**

Siun sote, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä

**Tiivistelmä**

Potilasturvallisuuden perusta on riittävä ja osaava henkilöstö. Pätevien sijaisten löytymisen hoitoalle on vaikeutunut. Lähivuosien aikana haasteiden työvoiman riittävyyden suhteen on ennustettu kasvavan hoitajien mittavan eläköitymisen ja vanhuspalveluiden lisääntyvän työvoiman tarpeen vuoksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua osastotyössä Siilaisen kuntoutumissairaalassa, kun miehitys on vajavainen lukumäärän tai osaamisen suhteen. Tietoa toimintatapojen kehittämiseksi kerättiin työpajoissa Learning Cafe -menetelmää käyttäen hoitajilta ja esimiehiltä. Työpajojen loppukeskusteluissa käytettiin tikkataulumallia selkeyttämään yhteistä näkemystä esiin nousseiden aihealueiden vaikutusmahdollisuuksiin eri organisaatioportailla. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla ja tyypittelemällä.

Tuloksiksi saatiin kehittämissuhteita. Ohjeistuksien ja käytäntöjen selkeyttämistä toivottiin erityisesti yövuorojen miehityksen paikkaamiskäytäntöjen suhteen. Moniammatillinen yhteistyö, tiimityö ja työyhteisön ilmapiiri korostuivat tuloksissa oleellisiksi tekijöiksi vajaasta miehityksestä selviytymisessä. Työtehtävien priorisointiohjeita hätätilanteisiin ehdotettiin laadittavaksi yksikkökohtaisesti. Toimiviksi työnjakomalleiksi vajaassa miehityksessä tuotiin esiin tehtäväkeskeinen- ja tiimityön malli. Jatkokehittämissuhteina voisi tarkastella nykyistä lääkelupaprosessia lääkelupien saamisen nopeuttamiseksi, hätätilanteissa käytettäviä työnjakomalleja yksikkökohtaisesti ja sijaisjärjestelmää osaamisen kohdentumiseksi paremmin sijaista tarvitsevan yksikön mukaan.

**Kieli**

suomi

Sivuja 86

Liitteet 19

Liitesivumäärä 36

**Asiasanat**

potilasturvallisuus, työnjakomalli, vajaamiehitys, sijainen



**THESIS**  
**March 2021**  
**Master's Programme in Development**  
**Management of Health Care and Social**  
**Services**

Tikkarinne 9  
FI-80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 13 260 600 (switchboard)

Author  
Merja Kaukavuori

Title  
Flexible Division of Labour and Operating Models in Support of Ensuring Patient Safety at Siilainen Rehabilitation Hospital

Commissioned by  
Siun sote, Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services

Abstract

The premise of patient safety is adequate and competent personnel. Finding qualified substitutes in the healthcare sector has become more difficult. In the next few years, the challenges related to labour adequacy will increase due to the large-scale retirement of nurses and the increasing need for the workforce in older people's services.

The purpose of this study was to develop patient safety and the quality of care on Siilainen Rehabilitation Hospital wards in the cases of understaffing or skills shortage. Information for developing practices was gathered from the care workers and supervisors in workshops through the Learning Café method. In the final workshop discussions, a so-called dartboard model was used to clarify the consensus on the possibilities to influence emerging issues at different organizational levels. The material was analysed thematically.

The results were development suggestions. More explicit guidelines and practices were desired, specifically concerning night shift staff replacement practices. Multidisciplinary co-operation, teamwork and the atmosphere of the work community were highlighted in the results as essential factors in coping with understaffing. Unit-based guidelines for prioritizing duties for emergencies were suggested. Task-oriented and teamwork models were highlighted as appropriate models to distribute work in cases of understaffing. As further development proposals, the current pharmaceutical process to speed up the process of obtaining pharmaceutical licenses, unit-specific models for the division of labour in emergencies, and the substitute system for targeting expertise to match the needs of the unit could be reviewed.

Language  
Finnish

Pages 86  
Appendices 19  
Pages of Appendices 36

Keywords  
patient safety, division of labour, understaffing, substitute

## Sisältö

1	Johdanto .....	6
2	Hoitotyön työnjakomallit .....	7
2.1	Tehtäväkeskeinen hoitotyön malli .....	8
2.2	Tiimityönä toteutettava hoitotyön malli .....	9
2.3	Yksilövastuinen hoitotyön malli .....	10
2.4	Potilaskohtainen hoitotyön malli .....	11
2.5	Modulaarinen hoitotyön malli .....	12
2.6	Hybridimallit .....	12
2.7	Mallien vertailun haasteet .....	14
3	Potilasturvallisuus .....	14
3.1	Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet .....	15
3.2	Potilasturvallisuutta koskeva lainsäädäntö .....	17
3.3	Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät ja turvallisuusriskit .....	19
3.3.1	Prosessit ja toimintatavat .....	20
3.3.2	Työympäristö .....	21
3.3.3	Laitteet ja tarvikkeet .....	21
3.3.4	Henkilöstön suorituskyky .....	22
3.3.5	Dokumentointi ja tiedonkulku .....	24
3.4	Potilasturvallisuuden kehittäminen oppimalla .....	25
4	Potilasturvallisuuden johtaminen .....	27
4.2	Potilasturvallisuussuunnitelma .....	28
4.3	Potilasturvallisuuden johtaminen Siun sotessa .....	29
4.3.1	Potilasturvallisuuden kehittäminen palautteen ja tiedon avulla .....	29
4.3.2	Voimavaralähtöinen työvuorosunnittelu .....	31
4.3.3	Lean .....	32
4.4.	Työn organisoinnin ja johtamisen uudet tuulet .....	33
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä .....	36
6	Toteutus .....	36
6.1	Toimintaympäristö ja kohderyhmä .....	36
6.2	Lähtötilanteen kartoitus .....	38
6.3	Toiminnan etenemisen ja työskentelyn kuvaus .....	39
6.3.1	Lähestymistapa .....	40
6.3.2	Prosessin kuvaus .....	42
6.3.3	Opinnäytetyön aikataulu ja etenemisprosessi .....	43
6.4	Osallistavat tiedonkeruumenetelmät .....	46
6.5	Työpajojen suunnittelu .....	47
6.6	Työpajojen toteutus .....	49
6.6	Toiminnan analyysi .....	50
7	Työpajojen tulokset .....	52
7.1	Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä .....	52
7.2	Vajaamiehityksen paikkaaminen .....	54
7.3	Vuorovastaavan rooli .....	56
7.4	Työtehtävien jakaminen ja priorisointi .....	57
7.5	Yhteyden ottaminen esimieheen .....	60
8	Tulosten tarkastelu ja kehittämis ehdotukset .....	61
8.1	Tarkistuslistat, toimintatavat ja yhteystiedot .....	61
8.2	Moniammatillinen yhteistyö ja tiimityö .....	63
8.3	Toimintatavat miehityksen paikkaamisessa .....	66

8.4	Vuorovastaavan toimenkuva.....	68
8.5	Työn jakaminen ja työtehtävien priorisointi .....	69
8.6	Yhteyden ottaminen esimieheen.....	72
9	Pohdinta .....	73
9.1	Kehittämisen prosessin arviointi.....	73
9.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	75
9.3	Jatkokehittämissideat .....	77
Lähteet	.....	78

## Liitteet

Liite 1	Siilaisen kuntoutumissairaalan ohjeistus vuorovastaavalle
Liite 2	Siun soten yleinen toimintaohje vuorovastaavalle
Liite 3	”SIUN PARI” – malli työnjaossa
Liite 4	Kuntoutumissairaalan vuodeosastokerroksen pohjapiirustus
Liite 5	Sopimus opinnäytetyön parityöskentelyn päättymisestä
Liite 6	Suunnitelma työpajan toteutuksesta
Liite 7	Kutsu työpajaan
Liite 8	Työpajojen teemat
Liite 9	Työpajoissa käytetty PowerPoint – esitys
Liite 10	Tikkataulumalli
Liite 11	Harkintaperiaatteet määräaikaisen työvoiman hankinnassa
Liite 12	Teemataulukko 1: Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä
Liite 13	Teemataulukko 2: Vajaamiehityksen paikkaaminen
Liite 14	Teemataulukko 3: Vuorovastaavan rooli
Liite 15	Teemataulukko 4: Työtehtävien jakaminen ja priorisointi
Liite 16	Teemataulukko 5: Yhteyden ottaminen esimieheen
Liite 17	Teemataulukko 6: Tikkataulun kehille asetetut aihealueet
Liite 18	Esimerkki viikonlopun miehitys- ja potilastilanteesta osastoilla
Liite 19	Palliativisen osaston priorisointiohje

## 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysalalla eletään nopeiden muutosten ja uudistusten aikaa. Jatkuvasti kehittyvät hoitokäytännöt ja lääketiede sekä hoitoaikojen lyhentymisen vaativat onnistuakseen osaavia terveydenhuollon ammattilaisia, joiden työnjako on toteutettu tarkoituksenmukaisella tavalla (Laaksonen, Laitinen & Hiilamo 2020, 284; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15; Flinkman 2014a, 3). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus (sote-uudistus) ja maakuntauudistus ovat toteutuessaan Suomessa suurimpia koskaan tehtyjä hallinnon ja toimintatapojen uudistuksia. Muutos koskettaa satojen tuhansien ihmisten työtä. (Pyykkönen & Partanen 2016, 3.) Pohjois-Karjalassa Siun sote järjestää 13 kunnan alueella kaikki julkiset sosiaali- ja terveystalvet (Siun sote 2020a). Tämä tarkoittaa muutoksia ja kehittämistarvetta myös henkilöstövoimavarojen suunnittelussa ja johtamisessa, sekä sijaisjärjestelmissä - erityisosaamista vaativa yksikkö vaatii myös taidon hallitsevan sijaisen (Laaksonen ym. 2020, 284; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a; 16-20; Ensio, Suomalainen, Lammintakanen & Kinnunen 2016, 11).

Uusimpien tutkimusten mukaan pätevien sijaisten löytäminen hoitoalalle on vaikeutunut. Alan vetovoimaisuuden heikkeneminen ja huoli hoitajien riittävydestä tulevaisuudessa on globaali ilmiö. Suomessa hoitajia eläköityy merkittävästi lähivuosien aikana, ja työvoiman tarve kasvaa väestörakenteen vuoksi vanhuspalveluissa. Ammatin vaihtamisen syitä ovat muun muassa heikot uralla etenemismahdollisuudet, tyytymättömyys palkkaan ja työuupumus. (Laaksonen ym. 2020, 284; World Health Organisation 2020a; Karhe 2019, 5; Sairaanhoidajaliitto 2019; Ensio ym. 2016, 11; Koponen 2015, 16-19; Flinkman 2014b, 14.) Sijaisen osaamisvajetta tai puuttumista on mahdollista paikata mukauttamalla muun miehityksen työnjakoa ja tehtävänkuvia tarpeen mukaan. Tarkoituksenmukaisesti toteutetulla työnjaolla ja työtehtävien jakamisella tasapuolisesti osaamisen mukaan on merkittävä vaikutus muodostettaessa perustaa potilasturvallisuudelle (Ensio ym. 2016, 11; Flinkman 2014a, 3).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua osastotyössä Siilaisen kuntoutumissairaalassa miehityksen näkökulmasta puutteellisissa tilanteissa, kun miehitys on vajavainen lukumäärän tai osaamisen suhteen. Opinnäytetyön idea syntyi käytännössä havaituista työn jakamisen haasteista, kun miehitykseen kuuluu perehdytystä tarvitseva sijainen, sijaiselta puuttuvat lääkehoitoon tarvittavat luvat, sijainen ei hallitse kirjaamisjärjestelmää tai sijainen puuttuu kokonaan. Tällaisia tilanteita kutsutaan tässä opinnäytetyössä nimityksellä haasteellinen miehitystilanne. Käytössä on erilaisia toimintatapoja, ja näistä tilanteista selvittääänkin pääsääntöisesti varsin mallikkaasti. Vaihtelevien käytäntöjen ja selkeän yhteisen näkemyksen puuttumisen vuoksi oleellisia asioita onnistuneen työn organisoinnin kannalta jää kuitenkin toisinaan huomioimatta. Seuraukset voivat vaihdella yksittäisen työntekijän hetkellisestä kuormittumisesta vakavaan potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Tietoa toimintatapojen kehittämiseksi haasteellisissa miehitystilanteissa kerättiin työpajoissa Learning Cafe -menetelmää käyttäen hoitajilta ja esimiehiltä. Työpajojen loppukeskusteluissa käytettiin tikkataulumallia selkeyttämään yhteistä näkemystä esiin nousseiden aihealueiden vaikutusmahdollisuuksiin eri organisaatioportailla.

## **2 Hoitotyön työnjakomallit**

Työnjakomallit kuvaavat hoitotyön on organisointia osastolla (Saikkonen 2004, 23). Mallit eroavat toisistaan paitsi työn jakamisen ja päätöksien tekemisen, mutta myös viestimisen ja johtamisen suhteen (Tiedeman & Lookinland 2004, 291). Hallitseva malli heijastaa vallitsevaa organisaatiokulttuuria, hoitotyön arvoperustaa, taloudellista tilannetta ja rekrytoitavissa olevia hoitajaresursseja. Mallin valinnalla on vaikutuksensa niin vuorokohtaiseen hoitohenkilöstön määrän ja kustannuksien, kuin hoidon laadunkin, esimerkiksi jatkuvuuden ja yksilöllisyyden suhteen. (Mattila, Pitkänen, Alanen, Leino, Luojus, Rantanen & Aalto 2014, 1-2; Tiedeman & Lookinland 2004, 291.)

Perinteisimpiä työjakomalleja osastotyössä ovat tehtäväkeskeinen, tiimityön, potilaskohtainen ja yksilövastuinen toimintamalli (Sullivan 2018, 35; Kalisch &

Schoville 2012, 50-52; Jennings 2008; Tiedeman & Lookinland 2004, 291-295). Myöhemmin myös selkeästi omaksi toimintamallikseen vakiintunut modulaarinen työnjakomalli on muodostunut perinteisten mallien pohjalta (Kalisch & Schoville 2012, 52). Käytännössä perinteiset työnjakomallit ovat kuitenkin erittäin harvoin käytössä teorian mukaisesti, vaan niistä muodostetaan käytäntöön parhaiten soveltuvat ominaisuudet poimimalla ja yhdistelemällä erilaisia muunnelmia eli hybridimalleja (Fernandez, Johnson, Tran, & Miranda 2012, 326-327).

## **2.1 Tehtäväkeskeinen hoitotyön malli**

Tehtäväkeskeisen hoitotyön mallin juuret ulottuvat 1940-luvulle, kun sairaanhoitajista oli toisen maailmasodan vuoksi pulaa. Koska sairaanhoitajia ei ollut enää käytettävissä entiseen tapaan, tarvittiin sairaaloihin vähemmän koulutettua hoitohenkilöstöä tehokkaasti hyödyntävä toimintamalli palveluiden turvaamiseksi. Ennen toisen maailmansodan syttymistä sairaanhoitajia oli ollut sairaaloissa runsaasti käytettävissä kaikkiin hoitotehtäviin. 1930-luvulla alkaneen lamakauden seurauksena yksityiset työnantajat vähenivät, ja sairaanhoitajat siirtyivät työskentelemään kunnallisille työnantajille. (Kalisch & Schoville 2012, 50; Tiedeman & Lookinland 2004, 292-293.)

Tehtäväkeskeisessä hoitotyön mallissa kaikki hoitajat hoitavat kaikkia potilaita yhdessä. Nimensä mukaisesti malli keskittyy tehtäviin: jokaiselle hoitajalle annetaan yksi tai useampi tehtäväkokonaisuus, kuten lääkehoito tai pukeutumisessa ja peseytymisessä avustaminen. Päämääränä on tehtävien suorittaminen mahdollisimman tehokkaasti. Teollisuuden massatuotannossa tehtäviin erikoistuminen kokoonpanolinjoiineen toimivat 1940-luvulla onnistuneena esimerkkinä tehokkaalle ja nopealle työskentelylle. Tehtävien jakautumiseen vaikuttavat hoitajien kokemus ja ammattitaito. Toimintamallia leimaa hierarkkisuus - kuten sen syntyäikojen tehdastyötäkin - hoidon koordinointi, tehtävien jakaminen sekä näkemys osaston kokonaistilanteesta saattaa olla vain ainoastaan vastuussa olevan sairaanhoitajan vallassa. (Laaksonen & Ollila 2017, 47-48; Kalisch & Schoville 2012, 50; Tiedeman & Lookinland 2004, 292 – 293; Laaksonen 1994, 71-72.)



Tehtäväkeskeistä mallia pidetään kustannustehokkaana, koska hoito voidaan toteuttaa pienemmällä henkilöstömäärällä. Olettamukseen ei kuitenkaan ole saatu merkittävää vahvistusta tutkimusten valossa. (Fernandez ym. 2012, 336; Kalisch & Schoville 2012, 54; Jennings 2008; Tiedeman & Lookinland 2004, 293.) Hätätilanteissa se on tehokkain toimintamalli, jonka työnjako selkeästi määriteltä. Hoitajilla on tehtäväkeskeisessä toimintamallissa kuitenkin varsin niukat mahdollisuudet tutustua potilaisiin tai perehtyä näiden kokonaistilanteeseen. Myös potilaiden on uuvuttavaa kertoa itsestään ja voinnistaan yhä uudestaan jatkuvasti vaihtuville hoitajille. Työllä on vaarana toistuvan luonteensa vuoksi menettää nopeasti mielenkiintonsa, toisaalta hoitoa koordinoiva hoitaja kantaa suurta vastuuta osaston kokonaistilanteen johtajana. Hoidon yksilöllisyys, jatkuvuus ja kokonaisvaltaisuus kärsivät hoitotyön pirstoutuessa pieniksi kokonaisuuksiksi. (Kalisch & Schoville 2012, 51; Tiedeman & Lookinland 2004, 293-294; Laaksonen 1994, 71-72.)

## **2.2 Tiimityönä toteutettava hoitotyön malli**

Tiimityönä toteutettava hoitotyön toimintamalli alkoi kehittyä 1950-luvulla korjaamaan tehtäväkeskeisessä mallissa tunnistettuja puutteita. Tavoitteena oli hoitaa potilaita kokonaisvaltaisemmin säilyttäen kuitenkin tehokkuus hoitajaresurssien käyttämisessä. (Tiedeman & Lookinland 2004, 294.) Tiimityön mallissa jokaiselle hoitajalle jaetaan omat vastuupotilaat. Hoitaja on vastuussa potilaidensa huolehtimisesta kokonaisuutena lukuun ottamatta tehtäviä, joihin koulutus tai osaaminen ei riitä. Sairaanhoitaja säilyttää tiiminä toteutettavan hoitotyön mallissa tehtäväkeskeisen toimintamallin perintönä asemansa kokonaisuuden toimivuudesta päävastuun kantajana. Potilaiden jakaminen, työtehtävät, ja toisen hoitajan vastuupotilaiden hoitaminen taukojen aikana sovitaan kuitenkin yhdessä kaikkien hoitajien kesken. Tiimityönä toteutettavan hoitotyön mallissa peruseriaatteena on yhteisvastuullisuus. Tiimin jäsenet ovat vastuussa omien töiden lisäksi koko tiimin töiden toteuttamisesta. (Laaksonen & Ollila 2017, 48; Kalisch & Schoville 2012, 51.)

Tiimityön vaarana on tehtäväkeskeisen toimintamallin tavoin edelleen hoidon hajanaisuus, jos yhdellä hoitajalla on liikaa vastuupotilaita. Viestimisen on sujuttava yhteisvastuullisuuden periaatteen vuoksi moitteettomasti kaikkien osaston toimintojen sujuvaksi toteutumiseksi. Vastuun jakaminen ei saa tarkoittaa sen puuttumista. Tiiminä toteutettavassa hoitotyön mallissa korostuvatkin sen jäsenten väliset vuorovaikutussuhteet. (Current nursing 2012; Kalisch & Schoville 2012, 51; Higgs, Ajjawi, McAllister, Trede & Loftus 2008, 239; Mäkisalo 2003, 92.) Tiimityön mallia on kritisoitu tehottomaksi työtehtävien koordinoitiin ja delegointiin käytetyn ajan vuoksi (Tiedeman & Lookinland 2004, 295). Kollektiivisen vastuun ja yhteisten tavoitteiden on tutkimusten mukaan kuitenkin todettu parantavan potilasturvallisuutta, viestinnän laatua ja työtyytyväisyyttä. Myös tiiminä työskenteilyn paremmat mahdollisuudet tukea ja ohjata tuoreita ja kokemattomampia hoitajia muihin toimintamalleihin nähden on tunnistettu useissa lähteissä. Tiiminä toteutettavaa hoitotyötä pidetäänkin yleisesti turvallisena, laadukkaana ja hoitajien kannalta mielekkäänä. (Huang, Wu, Chou, Dai & Lee 2018, 258; Babiker, Hussein, Nemri, Frayh, Juryyan, Faki, Assiri, Saadi, Shaikh & Zamil 2014, 9; Fernandez ym. 2012, 324; Kalisch & Schoville 2012, 53.)

### **2.3 Yksilövastuinen hoitotyön malli**

Yksilövastuinen hoitotyö alkoi syrjäyttää tiimityönä toteutettavan hoitotyön mallia 1960-luvulla (Sullivan 2018, 135; Tiedeman & Lookinland 2004, 295). Malli perustuu yhden hoitajan eli omahoitajan vastuuseen potilaan kokonaishoidosta koko hoitajakson ajan. Hoito toteutetaan muiden hoitajien ja ammattiryhmien tuella - käytännössä toinen hoitaja toteuttaa omahoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa tämän poissa ollessa. (Mattila ym. 2014, 2.) Hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi tehdään yhdessä potilaan ja tämän läheisten kanssa. Viestintä on selkeää, raportointi vuorolta toiselle tapahtuu usein suullisesti, toisinaan potilaan läsnä ollessa. Hoitajan keskittyminen kokonaisvaltaisesti ja pitkäjänteisesti yhden potilaan hoitoon sekä selkeä viestiminen lisäävät hoidon jatkuvuutta ja sen myötä myös laatua, kun ymmärrys potilaan kokonaistilanteesta säilyy yhtenäisenä hoitajalta toiselle koko hoitajakson ajan. (Laaksonen & Ollila 2017, 48; Kalisch & Schoville 2012, 51; Tiedeman & Lookinland 2004, 295.)

Malli soveltuu kuitenkin huonosti lyhyille hoitajaksoille potilaan hädin tuskin ehtiessä tavata omahoitajaansa. Omahoitajuuteen riittävän pätevän henkilöstön takaaminen jokaiseen vuoroon voi myös osoittautua verrattain kalliiksi ja muutoinkin haasteelliseksi. Yksilövastuinen hoitotyön malli voidaan myös kokea rasakaksi niin hoitajan kuin potilaan taholta, jos yhteistyö jostain syystä ei suju, tai potilas on muutoin työläs hoidettava. Huonoina puolina voidaan mainita myös hoitajan huomion keskittyminen vain omien potilaiden hoitamiseen ja sen myötä yksikön kokonaistilanteen hahmottamisen heikentymiseen. (Kalisch & Schoville 2012, 51-52; Luoma 2006, 56; Jonsdottir 1999, 241.)

## **2.4 Potilaskohtainen hoitotyön malli**

Potilaskohtainen hoitotyö on vanhin hoitotyön malli. Se oli yksilövastuisen hoitotyön muoto 1930-luvulle asti, ja sitä alettiin käyttää uudelleen 1980-luvulla hoitajaksojen lyhentyessä. (Sullivan 2018, 35; Tiedeman & Lookinland 2004, 291.) Jokaiselle potilaalle nimetään edelleen omahoitajaksi sairaanhoitaja, mutta vain yhden työvuoron ajaksi. Omahoitaja on vastuussa potilasryhmänsä kokonaishoidosta vuoronsa ajan vähemmän koulutetun hoitohenkilöstön avulla. (King, Long & Lisy 2014, 60; Kalisch & Schoville 2012, 52; Tiedeman & Lookinland 2004, 294.)

Käytännössä omahoitajuus saattaa saada potilaskohtaisen hoitotyön mallissa tehtäväkeskeisen hoitotyön mallin piirteitä sairaanhoitajan delegoidessa hoitotehtäviä avustaville hoitajille näiden osaamistason mukaan. Osastolla on myös vastuuhoitaja huolehtimassa osaston kokonaistilanteesta. Vastuuhoitajan tehtävänä on huolehtia hoidon jatkuvuudesta raportoimalla potilaiden tilanne seuraavalle vuorolle ja huolehtia potilaiden vastaanottamisesta, siirtymisistä jatkohoitoon muihin yksiköihin ja kotiutumista. Hoidon jatkuvuus ja kokonaisvaltaisuus ei kuitenkaan ole verrattavissa yksilövastuisen hoitotyön malliin, koska yksikään hoitaja ei vastaa potilaan hoidon kokonaisuudesta ja jatkuvuudesta koko hoitajakson pituudelta. (King, Long & Lisy 2014, 60; Kalisch & Schoville 2012, 52; Tiedeman & Lookinland 2004, 294.)

## 2.5 Modulaarinen hoitotyön malli

Modulaarista hoitotyön mallia alettiin käyttää 1990-luvulla. Malli perustuu siihen, että yksikkö jaetaan eri alueisiin (moduuleihin). Jokaisella alueella on tietty lukumäärä potilaita ja tietty määrä hoitohenkilöstöä. Mallia on kuvattu tiimi- ja yksilövastuisen hoitotyön mallien yhdistelmäksi, jossa eri tavoin koulutetuille hoitajille on mahdollista jakaa vastuupotilaat omasta moduulista. Kunkin vuoron vastuualueista kokonaisuuden toiminnan kannalta sovitaan yhdessä. (Kalisch & Schoville 2012, 52; Laaksonen 1994, 74.)

Tavoitteena on potilaan hoidon kokonaisvaltaisuus. Kuten yksilövastuullisessa hoitotyön mallissakin, omahoitajuudella pyritään vastaamaan potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja edistämään hoidon jatkuvuutta. Toisaalta moduulin hoitajat auttavat toisiaan tehtävissä, joihin omahoitajan osaaminen tai koulutus ei riitä. Mallin huonona puolena on luonnollisesti omahoitajasuhteen katkeaminen potilaan siirtyessä toisen moduulin alueelle. (Mäkisalo 2003, 115; Laaksonen 1994, 75.)

## 2.6 Hybridimallit

Käytännössä malleja on varsin haasteellista toteuttaa osaston muuttuvien tilanteiden ja henkilöstöresurssien vuoksi yksiselitteisesti. Perinteisistä työnjakomalleista muodostuukin usein erilaisia muunnelmia, joissa käytetään koulutustasultaan erilaisia hoitajien yhdistelmiä. (Kalisch & Schoville 2012, 50-52; Jennings 2008; Tiedeman & Lookinland 2004, 291-295.) Esimerkkejä näistä niin kutsutuista hybridimalleista on esitelty muun muassa australialaisessa hoitotyön työnjakomallien eroja käsittelevässä meta-analyysissä (kuvio 1).

### Yksilövastuisen hoitotyön muunnelmia

- a) Kaksi sairaanhoitajaa on vastuussa noin kuuden potilaan sairaanhoidollisista tehtävistä 8 tuntia päivässä viitenä päivänä viikossa, muut hoitajat eivät työskentele yksilövastuisesti.
- b) Vain sairaanhoitajilla on vastuupotilaita, ja he vastaavat potilaiden kokonaishoidosta muun hoitohenkilöstön avulla.
- c) Sairaanhoitaja vastaa tiettyjen potilaiden kokonaishoidosta lähihoitajan ja hoitoapulaisen avustamana.
- d) "Case management": sairaanhoitaja arvioi ja koordinoi potilaansa terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä asioita kokonaisvaltaisesti yhteistyössä muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa koko hoitajakson ajan.

### Tiiminä toteutettavan hoitotyön muunnelmia

- a) Hoitohenkilöstö koostuu vaihtelevan tasoisesti koulutetuista ja osaavista sairaanhoitajista sekä lähihoitajista. Sairaanhoitajat jaetaan osaamistasonsa mukaan tietyille potilaille, potilaat eivät vaihdu usein.
- b) Sairaanhoitaja vastaa potilaiden kokonaishoidosta. Sairaanhoitajan rooli on ohjata ja valvoa hoitotyötä ja jakaa työtehtävät muille vuorossa oleville avustaville hoitajille (patient care assistants).
- c) Hoitohenkilöstö koostuu pelkästään sairaanhoitajista. Jokaisessa aamu- ja iltavuorossa on kaksi sairaanhoitajaa ja hoitoapulainen. Hoitoapulainen avustaa sairaanhoitajia.

Kuvio 1. Esimerkkejä yksilövastuisen ja tiiminä toteutettavien hoitotyön mallien muunnelmista (mukaillen Fernandez ym. 2012, 327).

Analyysiin sisältyi 14 tutkimusta, joista seitsemässä hoitotyön työnjakomalli muokaili paljon perinteisiä malleja, tai malleja ei oltu kuvailtu tarkemmin. Seitsemän tutkimuksen kuviossa 1 esitetyt muunnelmat koskivat yksilövastuisen- ja tiimityönä toteutettavan hoitotyön toimintamalleja. Analyysin aineistona käytetyistä tutkimuksista viisi oli tehty Yhdysvalloissa, loput Norjassa, Australiassa, Isossa-Britanniassa, Alankomaissa, Irlannissa, Ruotsissa, Hong Kongissa, Italiassa ja Kanadassa. (Fernandez ym. 2012, 326-327.)

## 2.7 Mallien vertailun haasteet

Kullakin mallilla on eri näkökulmista katsottuna hyvät ja huonot puolensa. Malleja on haasteellista verrata keskenään, koska ne toteutuvat erittäin harvoin teorioiden kuvauksien mukaan, ja vertailukohtana olevaan tutkimusaiheeseen vaikuttavat käytössä olevan toimintamallin lisäksi monet muutkin tekijät. Potilasturvallisuuden tai kustannustehokkuuden näkökulmasta edellä kuvatuista malleista ei olettamuksista huolimatta nykyisellään hieman yllättävästi ole löytynyt merkittävää eroa. Haasteet mallien toteuttamiseen lienevätkin enemmän soveltuvan henkilöstön saatavuudessa, kuin kustannuksissa. (Fernandez ym. 2012, 336; Jennings 2008.)

Tiimityön eduksi katsotaan kuitenkin yleisesti paremmat mahdollisuudet ohjata kokemattomia työntekijöitä sekä jakaa työmäärää ja vastuuta tasaisemmin ja joustavammin muihin malleihin nähden. Tämän on todettu vähentävän stressiä ja työuupumusta yksilövastuisimpiin malleihin nähden. (Havaei, Dahinten & MacPhee 2019, 9.) Tiimityön avulla on myös helpointa rakentaa toimiva kokoonpano koulutukseltaan ja osaamiseltaan eri tasoista hoitajista (Fernandez ym. 2012, 336; Kalisch & Schoville 2012, 54; Jennings 2008; Tiedeman & Lookinland 2004, 296-297). Häätätilanteissa taas tehtäväkeskeisen hoitotyön mallia pidetään tehokkaimpana selkeän työnjakonsa vuoksi (Kalisch & Schoville 2012, 51; Tiedeman & Lookinland 2004, 293-294; Laaksonen 1994, 71-72). Kaikesta huolimatta mikään malleista ei ole täydellinen tai pysyvä, vaan hoitotyön toimintamalleineen on mukauduttava jatkuvasti muun maailman mukana muuttuviin olosuhteisiin - talousnäkyymiin, palvelujärjestelmiin, laatuvaatimuksiin, teknologian kehittymiseen – tai vaikkapa ihmiskunnan terveyttä globaalisti uhkaaviin pandemioihin (Sullivan 2008, 40).

## 3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on maailmanlaajuisesti yksi sosiaali- ja terveysalan keskeisimmistä kehityskohteista. Suomessa on arvioitu hoitovirheiden vuoksi kuolevan

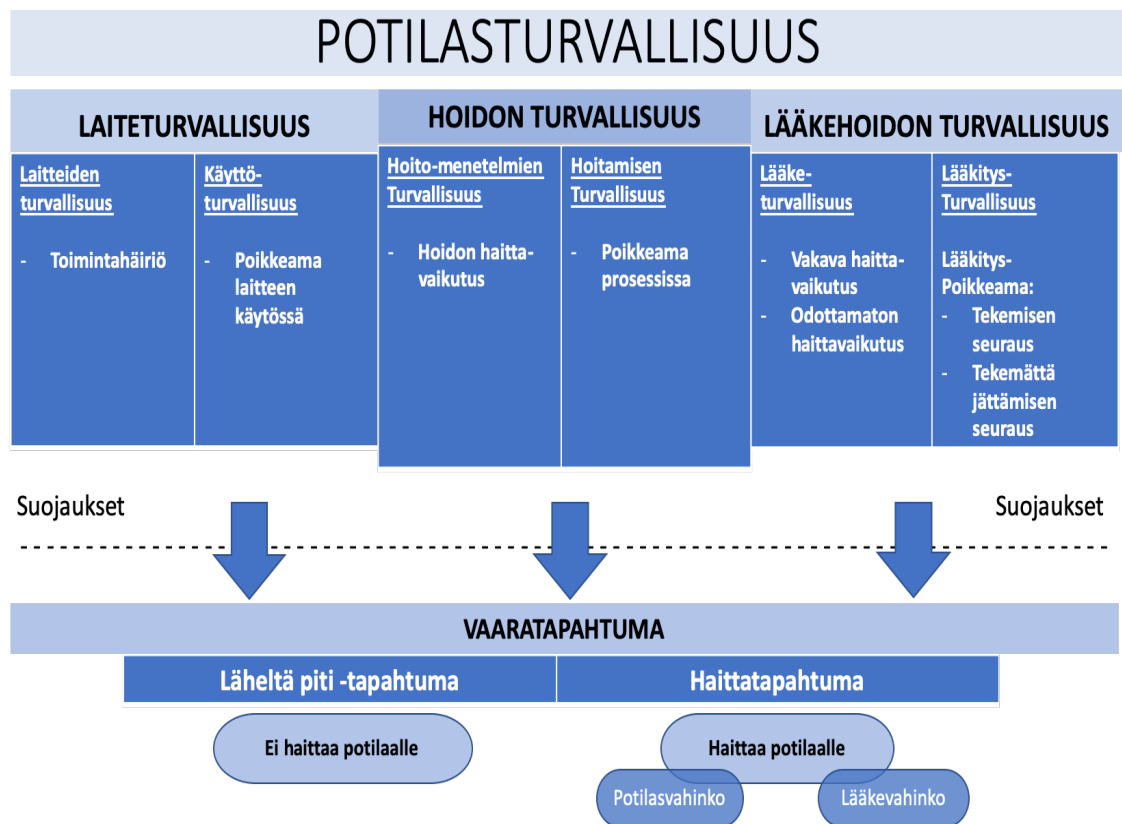
vuosittain 700-1700 henkilöä, kun taas esimerkiksi liikenneonnettomuuksissa menehtyy keskimäärin vain noin 300. (Lähteenmäki 2018; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 10; Pasternack 2006, 2459.) Maailmalaajuisesti on arvioitu joka kymmenennen sairaalapotilaan kärsivän hoidon seurauksena haittaa, joka sadannen saavan vakavan haitan ja yhdellä tuhannesta hoitovirheen tai haitan johtavan kuolemaan (Potilasvakuutuskeskus 2018, 3; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 9; Pasternack 2006, 2460).

Terveydenhuollon organisaatiot luetaankin turvallisuuskriittisiksi organisaatioiksi, joiden toimintaan sisältyy huonosti hallittuna huomattavia kansalaisille tai ympäristölle aiheuttavia vaaroja. Tällaisissa organisaatioissa turvallisuuden arvioinnilla ja kehittämällä on luonnollisesti erityisen suuri merkitys. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008, 7.) Potilaalle aiheutuneista haittatahtumista aiheutuu inhimillisen kärsimyksen lisäksi mittavia terveydenhuollon kustannuksia yhteiskunnalle. Suomessa tietoa potilasvahinkojen aiheuttamista kokonaiskustannuksista ei tilastoida kattavasti (Potilasvakuutuskeskus 2018, 3), mutta niiden on arvioitu olevan vuosittain jopa noin miljardi euroa (Kyllönen 2014; Järvelin, Haavisto & Kaila 2010, 1126).

### **3.1 Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet**

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee tuoreimmassa potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiassa (2017 - 2021) potilasturvallisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ja organisaatioiden palvelujen, hoidon ja huolenpidon sekä hoidon turvallisuuden varmistaviksi periaatteiksi ja toimintatavoiksi, jotka suojaavat asiakkaita ja potilaita vahingoittumasta. Potilasturvallisuus kattaa määritelmän mukaan niin osaavan henkilökunnan, toimintaprosessien, tilojen ja välineiden asianmukaisuuden kuin dokumentoinnin ja tiedonkulun turvallisuudenkin. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että oikea hoito saadaan oikeaan aikaan mahdollisimman pienin haitoin. Potilasturvallisuusstrategiassa 2009 - 2013 potilasturvallisuuden yläkäsitteiksi määritellään hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja laiteturvallisuus (kuvio 2). (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2020a;

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 25; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20; Stakes ja Lääkehoidon Kehittämiskeskus Rohto 2006, 6.)



Kuvio 2. Potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet (mukaillen Stakes ja Lääkehoidon Kehittämiskeskus Rohto 2006, 5).

Kuviossa 2 on esitelty potilasturvallisuuden keskeiset käsitteet. Poikkeamalla tarkoitetaan poikkeavaa tapahtumaa, joka voi johtaa vaaratapahtumaan. Haittavaikutus on hoitomenetelmän aiheuttama vaikutus, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. Haittavaikutusta voidaan kutsua myös komplikaatioksi tai hoidon sivuvaikutukseksi. Puhuttaessa pelkästään haitasta tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai taloudellista negatiivista vaikutusta, joka voi olla sekä potilaan tai terveydenhuollon henkilöstön kokemaa. Suojauksilla tarkoitetaan rakenteita ja menettelyjä, joilla haitalliset poikkeamat tunnistetaan, ja estetään vaaratapahtuman syntyminen. Vaaratapahtuma on potilaan turvallisuuden vaarantava, haittaa aiheuttava tai haitan uhan aiheuttava tapahtuma. Läheltä piti-tapahtumassa haitalta vältytään sattumalta, tai havaitsemalla poikkeama tai vaaratilanne riittävän ajoissa haitan estämiseksi. Haittatapahtuma on potilaalle haittaa aiheuttava vaaratapahtuma. Potilasvahinko on vakuutuskorvaukseen oikeuttava henkilövahinko

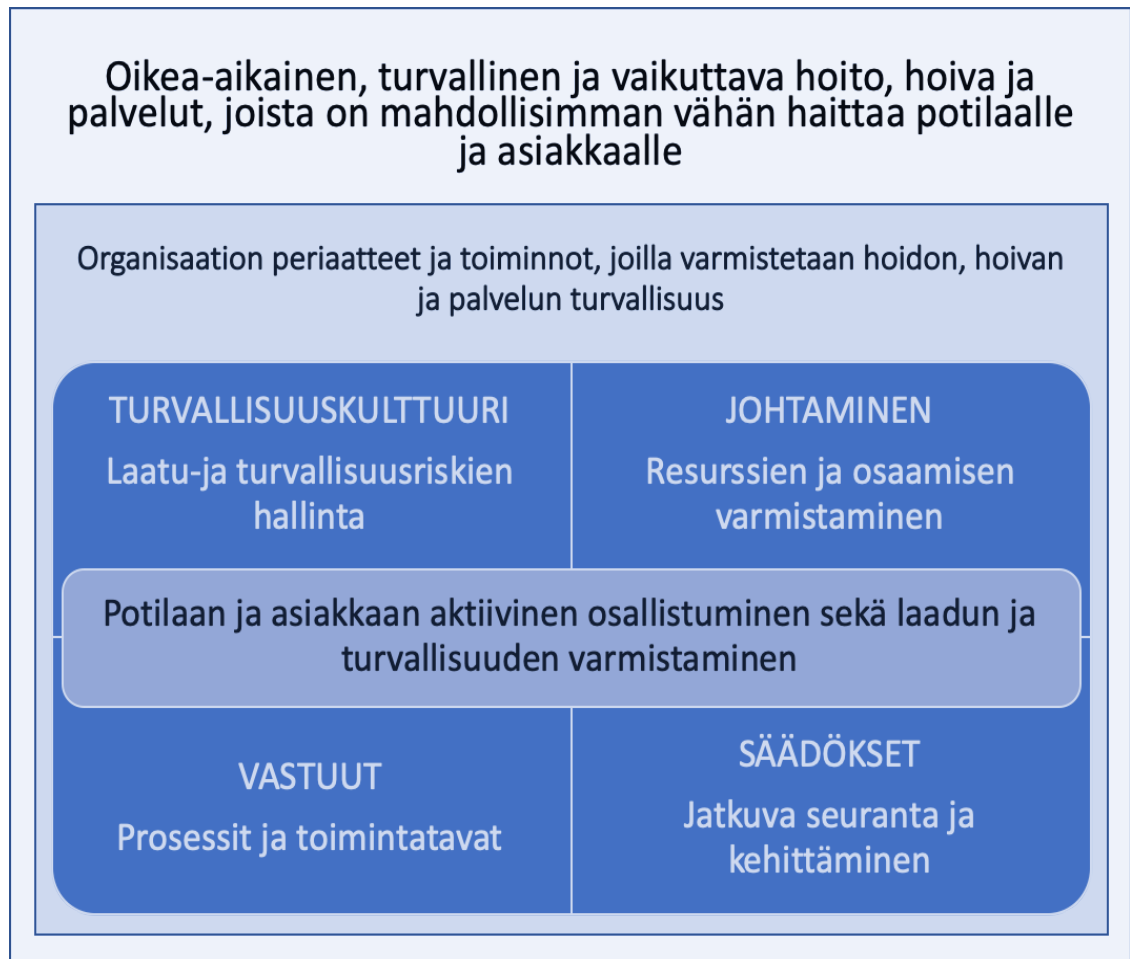


lääketieteellisen tutkimuksen tai hoidon yhteydessä. Lääkevahinko määritellään lääkkeen aiheuttamaksi ruumiilliseksi tai psyykkiseksi sairaudeksi tai vammaksi. (Helovuori, Kinnunen, Kuosmanen & Peltomaa 2015, 4-5; Stakes ja Lääkehoidon Kehittämiskeskus Rohto 2006, 7-8.)

### **3.2 Potilasturvallisuutta koskeva lainsäädäntö**

Potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 5), ja potilasturvallisuus on huomioitu monin tavoin lainsäädännössä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista annetun lain muuttamisesta 565/2020; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011; Pelastuslaki 379/2011; Terveystalvueluolaki 1326/2010; Laki terveystalvueluollon ammattihenkilöstöstä 559/2007; Laki tartuntatautilain muuttamisesta 989/2006; Työturvallisuuslaki 738/2002; Pelastustoimiasetus 857/1999; Mielenterveyslaki 116/1990; Päihdehuoltolaki 41/1986; Tartuntatautilaki 583/1986; Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977). Terveystalvueluollon ammattihenkilöitä koskeva laki (559/2007) kuvailee myös laadukkaahan hoidon keskeisiä periaatteita. Tahdosta riippumatonta hoitoa on käsitelty Tartuntatautilaissa (989/2006; 935/2003), Mielenterveyslaissa (116/1990) ja kehitysvammaisten erityishuollosta säädetyssä laissa (519/1977).

Sosiaali- ja terveysministeriö toteuttaa vastuutaan potilasturvallisuuden kehittämisestä kansallisen potilasturvallisuusstrategian muodossa. Strategiaa toteutetaan niin yksityisellä kuin julkisella sektorilla. Strategian keskeinen sisältö on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian 2017-2021 keskeinen sisältö (mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 11).

Ensimmäinen strategia laadittiin vuosille 2009-2013, ja terveyden ja hyvinvoinnin laitos nimettiin potilasturvallisuustyön käytännön toimijaksi ja koordinoijaksi. Nykyinen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia on laadittu vuosille 2017-2021. Strategian tavoitetilä vuoteen 2021 mennessä muodostuu kahdesta tekijästä: potilasturvallisuus on nähtävissä niin hoidon järjestämisen rakenteissa kuin käytännön toiminnassakin, ja potilaalla on mahdollisuus osallistua palveluprosessinsa suunnitteluun - myös vaikuttaa potilasturvallisuuteen ja ottaa vastuuta sen toteutumisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 11.) Tavoitetilään pyritään kuuden tavoitteen avulla:

1. Potilas, asiakas ja läheiset osallistuvat aktiivisesti potilas- ja asiakasturvallisuuden varmistamiseen ja kehittämiseen.
2. Laatu sekä potilas- ja asiakasturvallisuus ovat osa riskienhallintaa.
3. Palveluprosessit ja toimintatavat ovat turvallisia ja suojaavat potilaita ja asiakkaita vaaratapahtumilta.
4. Turvallisen hoidon ja hoivan edellyttämät voimavarat ja osaaminen on varmistettu.

5. Laadun ja turvallisuuden seuranta ja kehittäminen on varmistettu.
6. Potilas- ja asiakasturvallisuutta edistetään kansallisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 11.)

Merkittävin lakiuudistus potilasturvallisuuden kannalta on vuonna 2011 voimaan tullut Terveydenhuoltolaki (1326/2010), joka edellyttää terveydenhuollon toimintayksiköiden laativan suunnitelman potilasturvallisuuden laadun valvonnasta, sekä valvonnan käytänteistä. Lakia täydentävä asetus (341/2011) säätelee tarkemmin varsin yksityiskohtaisesti ja laajasti suunnitelman sisältöä ja toteutusta, esimerkiksi kuinka potilasturvallisuuden laadun edistämisen suunnitelmasta tiedotetaan potilaille ja heidän läheisilleen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 7-8).

### **3.3 Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät ja turvallisuusriskit**

Potilasturvallisuuden vaarantuminen aiheutuu hyvin harvoin yhdestä yksittäisestä tekijästä, vaan se on monen tekijän summa. Potilasturvallisuuden toteutumiseen vaikuttavat niin potilaat ja omaiset, terveydenhuollon ammattilaiset kuin ympäröivän järjestelmäkin. Turvallisuus muodostuu tämän ihmisten muodostaman kokonaisuuden vuorovaikutuksesta, sitä ei siis voi edistää keskittymällä vain yksittäisen ihmisen, laitteen tai yksikön toimintaan. (Helovuo ym. 2015, 8; Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 14; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 7; Pietikäinen, Reiman & Oedewald 2008, 10; World Health Organization 2008, 6.) Vuorovaikutuksen laatu, yhteisön ja yksilöiden toimintatavat, oppimisprosessit sekä turvallista toimintaa tukevat johtamisen arvot ja asenteet muodostavat organisaation potilasturvallisuuskulttuurin. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluvat olennaisena osana riskien arviointi ja hallinta, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet ja toiminnan jatkuva kehittäminen. Turvallisuuskulttuuria vahvistamalla on mahdollista vähentää hoitovirheitä ja -haittoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 25; Helovuo ym. 2011, 92-93; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 14; Pietikäinen ym. 2008, 17.)

Potilasturvallisuutta vaarantavien riskien hallinta on osa jokaisen organisaation työntekijän toimintaa. Se tarkoittaa vaarojen tunnistamista, arviointia ja vaikutusten ehkäisemistä. Johdon vastuulla on potilasturvallisuuden toteutumisen sisäisen valvonta ja laadukkaan ja turvallisen hoidon edellyttämien olosuhteiden varmistaminen. (Koivula, Brothin & Saarsalmi, 2018, 8; Helovuola ym. 2015, 8; Kinnunen & Peltomaa 2009, 182.) Olosuhteet kanavoituvat käytäntöön monin tavoin, esimerkiksi laitteen käyttöpoikkeaman taustalla voi olla puutteellinen perehdytys, epäselvät toimintaohjeet tai huonosti suunniteltu käyttöliittymä. Yleisimmät potilasturvallisuuden vaarantumiseen myötävaikuttavat tekijät eli turvallisuusriskit löytyvät tavallisimmin prosesseista ja toimintatavoista, työympäristöstä, laitteista ja tarvikkeista, henkilöstön suorituskyvystä ja osaamisesta sekä dokumentoinnista ja tiedonkulusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 12; Helovuola ym. 2015, 8-12; Helovuola ym. 2011, 63-72.; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 23-28.)

### **3.3.1 Prosessit ja toimintatavat**

Prosesseihin ja toimintatapoihin luetaan kaikki prosesseihin, työmenetelmiin ja ohjeistuksiin organisaatiossa virallisesti kirjatut käytännöt. Selkeä toimintokohtainen prosessien ja toimintatapojen kuvaaminen selkiyttää työnjakoa, vastuita ja yhtenäistää menettelytapoja. Potilasturvallisuuden näkökulmasta käytäntöjen tulisi minimoida turvallisuusriskien toteutuminen. Edellytyksenä turvallisuusriskien mahdollisimman vähäiselle toteutumiselle on näiden virallisesti kirjattujen käytäntöjen jatkuva tarkastelu ja puutteiden raportointi. Tyypillisimpiä puutteita prosesseissa ja toimintatavoissa ovat ohjeistuksen epäselvyys ja tulkinnanvaraisuus, puuttuminen kokonaan, vaikea saatavuus, vanhentuminen, soveltumattomuus käytäntöön, toimintatapojen vaihtelu ja epäyhtenäisyys sekä varmistusmenettelyjen heikkous. (Helovuola ym. 2015, 8; Helovuola ym. 2011, 63-64; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 24.)

Erilaiset tarkistuslistat ovat tyypillisimpiä työkaluja varmistaa prosessin toteutuminen turvallisesti ja yhtenäistää toimintatapoja. Epäselviä työprosesseja on mahdollista selkiyttää poistamalla turhat ja epäolennaiset vaiheet. Yhteistyössä kaikkien hoitoon osallistuvien toimijoiden kesken on syytä kiinnittää huomiota

sujuvaan tiedonkulkuun ja selkeisiin työn jakamisen käytänteisiin potilasturvallisuuden varmistamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 16-17; Helovuom ym. 2015, 8; Helovuom ym. 2011, 63-64; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 24.)

### **3.3.2 Työympäristö**

Turvallisen työympäristön huomioimiseen kuuluvat työtilojen rakenteet ja kalusteet sekä järjestelyt ja kaikki ominaisuudet, joiden on mahdollista vaikuttaa turvallisuusriskien syntyyn. Ajantasainen palo- ja pelastussuunnitelma on olennainen osa turvallisen työympäristön järjestämistä. Fyysisen työympäristön aiheuttamia riskejä ovat myös liukastumisiin, kompastumisiin ja putoamisiin myötävaikuttavat rakenteet ja tekijät. Hygieniaan liittyviä tekijöitä ovat esimerkiksi ilmanvaihto ja siivous. Työympäristöön liittyviksi vaaratapahtumien syntyyn vaikuttaviksi tekijöiksi voidaan katsoa myös sekavuus ja epäjärjestys, ahtaus ja puutteelliset työtilat, melu ja hälinä, heikko valaistus sekä puutteelliset varoitusmerkinnät. (Helovuom ym. 2011, 67; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 26.)

Välineistön ja kalusteiden kuntoa tulisikin valvoa säännöllisesti. Epäkohtien raportointiin on syytä olla selkeä järjestelmä, joka reagoi nopeasti. Korjaustoimien viipyessä kiusaus omatekoisten, mahdollisesti uusia turvallisuusriskejä aiheuttavien keinojen käyttämiseen ongelmien ratkaisemiseksi kasvaa. Myös yksinkertaisilla fyysiseen ympäristöön liittyvillä toimintatavoilla, kuten potilaan vuoteen oikealle korkeudelle säätämällä tai yövalolla, voidaan vaikuttaa merkittävästi potilasturvallisuuden toteutumiseen käytännön tasolla. (Helovuom ym. 2015, 9-10; Helovuom ym. 2011, 67-68.)

### **3.3.3 Laitteet ja tarvikkeet**

Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet ovat instrumentteja, ohjelmistoja, laitteistoja, materiaaleja, välineitä ja tarvikkeita, joita käyttävät niin terveydenhuollon ammattilaiset kuin kuluttajat ja potilaatkin (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2020). Erityisesti lääkinnällisten laitteiden käyttö lisääntyy

jatkuvasti. Ne ovat merkittävä apuväline hoitotyössä, mutta kasvattavat riskiä potilasturvallisuuden vaarantumiseen yhdistäessään lääkkeiden annostelun ja laitteiden toimivuuden. (Helovuo ym. 2015, 10; Helovuo ym. 2011, 70.) Terveysterveysten yksiköissä laitteiden riittämätön huolto sekä puutteellinen käyttökoulutus, -ohjeet ja tilat laitteiden käyttöön ovat varsin yleisiä vaaratapahtumien tekijöitä. Oleellista turvallisuuden kannalta onkin huomioida käytössä olevien järjestelmien, laitteiden ja tarvikkeiden toimintakunto, saatavuus, käytännöllisyys ja ergonominen suunnittelu. Poikkeustilanteet on syytä huomioida varajärjestelmillä ja -laitteilla sekä toimintaohjeistuksella. Samoja laitteita on usein käytössä eri valmistajilta, jolloin käyttöohjeistuksissa voi olla merkittäviä eroja. (Helovuo ym. 2015, 10; Helovuo ym. 2011, 68-69.)

Terveysterveysten laitteesta tai tarvikkeesta aiheutuva vaaratilanne on lain mukaan ilmoitettava Sosiaali- ja terveysterveysten lupa- ja valvontavirastoon (Valvira) sekä laitteen valmistajalle. Laki säätelee lisäksi terveysterveysten laitteita ja tarvikkeita työssään käyttävälle henkilöstölle vaatimuksia, joita olisi hyvä käsitellä myös organisaation potilasturvallisuussuunnitelmassa. (Terveysterveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011, 25; Laki terveysterveysten laitteista ja tarvikkeista 629/2010; Sosiaali- ja terveysterveysten lupa- ja valvontavirasto 2010.)

### **3.3.4 Henkilöstön suorituskyky**

Organisaation johto vastaa turvallisen palvelun edellyttämien henkilöstöresurssien riittävydestä, osaamisesta ja saatavuudesta (Sosiaali- ja terveysterveysten ministeriö 2017, 15; Terveysterveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011, 16). Vaje osaamisessa tai henkilöstön riittävydessä vaikuttaa pitkään jatkuessaan työhyvinvointiin. Työhyvinvoinnin ja henkilöstön jaksamisen merkittävä yhteys potilasturvallisuuteen on tunnistettu lukuisissa tutkimuksissa ja julkaisuissa (World Health Organization 2020; Garcia, Abreu, Ramos, Castro, Smiderle, Santos & Bezerra 2019, 553; Hall, Johnson, Watt, Tsipa & O'Connor 2016, 1; Ensio ym. 2016, 7; Royal College of Physicians 2015, 1; Räsänen & Meretoja 2013, 102).

Liiallisen työkuormituksen alla uupumusta aiheuttavat toisaalta huoli potilaan turvallisuuden takaavasta hoidosta, mutta myös suorituskyvyn laskeminen stressin seurauksena. Suorituskyky voi laskea myös työ- ja vapaa-ajan välisen riittämättömän palautumisajan tai liian pitkien työvuorojen aiheuttaman väsymyksen seurauksena. Väsymys ja stressi alentavat suorituskyvyn lisäksi ärsyyntymiskynnystä, vaikuttaen huonoin seurauksin potilaiden kohteluun ja vuorovaikutuksen laatuun työyhteisössä. (Helovuo ym. 2015, 11; Helovuo ym. 2011, 79; Sipiläinen 2008, 92.) Työhyvinvointiin on turvallisuuden lisäämisen ja monien muiden hyvien vaikutusten lisäksi syytä investoida myös taloudellisista syistä (Työterveyslaitos 2019). Microsoft tarjosikin toissa vuonna varsin kannustavan esimerkin rohkeasta innovoinnista työhyvinvoinnin suhteen. Myynti kasvoi Japanissa lähes 40 prosenttia edellisvuoteen verrattuna yhtiön kokeiltua lyhentää työviikkoa nelipäiväiseksi palkkoja laskematta. Tässä ”Work-Life Choice Challenge” – kokeilussa kehoitettiin työntekijöitä ”työskentelemään lyhyitä aikoja, lepäämään ja oppimaan hyvin”. (Chappel 2019; Nagata 2019; Raeste 2019.)

Terveysturvallisuuden palvelujärjestelmä toimintaympäristöineen on ajankohtaisesti monien tiheään tahtiin tapahtuvien muutosten ristipaineessa. Koronakriisin monimuotoiset taloudelliset, sosiaaliset ja terveydelliset vaikutukset iskevät erityisesti jo muutenkin henkilöstön saatavuuden kanssa kamppailevalle sosiaali- ja terveysalalle. (Sirén 2020; Tehy 2020; Valtioneuvoston tiedepaneeli 2020, 72; World Health Organization 2020.) Uudistukset ja työntekijöiden runsas vaihtuvuus lisäävät aina virheiden riskiä. Osaava henkilöstö on keskeinen edellytys potilasturvallisuuden takaamiselle. Potilasturvallisuutta on myös varsin haasteellista kehittää ilman tehtäviensä vaatimien tietojen, taitojen ja osaamisen hallitsevia hoitajia. (Terveysturvallisuuden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 16; Kinnunen & Peltomaa 2009, 183-184.) Osaaminen varmistetaan riittävällä perehdytyksellä, osaamisen seurannalla, täydennyskoulutuksilla ja soveltuvuusarvioinnilla rekrytoinnin yhteydessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15-16; Terveysturvallisuuden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 16), mutta laajemmassa mittakaavassa myös reagoimalla osaavien ja alalle sitoutuneiden hoitajien saatavuutta uhkaaviin tekijöihin nyt ja tulevaisuudessa (Holmberg 2020; Turunen 2020; Karhe 2019; Sairaanhoidajaliitto 2019; Pekkarinen 2018; Ensio ym. 2016,11; Flinkman 2014b, 5).

### 3.3.5 Dokumentointi ja tiedonkulku

Potilasturvallisuuden toteutumiseksi on välttämätöntä saada oikeaan aikaan oleelliset ja oikeat tiedot potilaasta ja tämän hoidosta. Dokumentoinnin ja tiedonkulun ongelmat ovatkin varsin yleisiä vaaratapahtumien aiheuttajia. Dokumentointi on sosiaali- ja terveyshuollossa keskeinen lain ja erilaisten ohjeistusten säätelemä työtehtävä. Se muodostaa pohjan potilasturvallisuuden varmistavalle, turvallisuusriskejä ehkäisevälle tiedonkululle. Potilasasiakirjoissa tulee olla kirjattuna asianmukaisen hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Turvallisuusriskejä dokumentoinnissa aiheuttavat yleisimmin laadultaan tai määrältään riittämättömät tiedot, ja toimintaongelmat sähköisissä tietojärjestelmissä. Myös dokumentoinnin ohjeistus voi olla riittämätöntä, se voidaan jättää huomioimatta tai siitä ei tiedetä. (Helovuo ym. 2015, 11-12; Helovuo ym. 2011, 72; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 26; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset tapahtuvat yleisimmin potilaan kotiutuessa tai siirtyessä yksiköstä toiseen. Tämän vuoksi raportoinnista tulisi olla selkeät ja yhteisesti sovitut käytännöt hoitoketjussa toimivien kesken. Myös lääkäreiden antamien määräyksien ja hoito-ohjeiden suhteen tulisi olla väärinymmärryksiä ehkäisevät toimintatavat. Oikein ymmärtäminen on hyvä varmistaa suullisesti, ja poikkeustilanteita lukuun ottamatta myös määräysten ja hoito-ohjeiden löytyminen kirjattuna potilasasiakirjoista ennen niiden toteuttamista. Toimintaympäristössä ja työn järjestelyissä on huomioitava mahdollisuus rauhoittua keskeytyksiltä ja häiriötekijöiltä tiedonkulun kannalta keskittymistä vaativissa tehtävissä, kuten dokumentoinnissa ja potilaiden siirtymisten järjestelyissä. (Helovuo ym. 2015, 11-12; Helovuo ym. 2011, 72-73; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 27.)

Teknologian kehittyminen antaa uusia mahdollisuuksia myös potilasturvallisuuden kehittämiseen sähköisillä järjestelmillä, mutta se tuo kuitenkin samalla uusia haasteita. Potilastietojärjestelmästä on kyettävä lakisääteisesti jäljittämään merkintöjen tekijät ja muutoshistoria sekä määrittelemään järjestelmään käyttöoikeudet kirjaajan tehtävänkuvan antamien oikeuksien mukaisesti. Lisäksi tulee



varmistaa, että tiedot ovat käytettävissä niille lakisääteisen säilytysajan verran, tietojärjestelmien tai -ohjelmien vaihtumisesta huolimatta. Sähköisen potilasjärjestelmän kaatuessa on varauduttava kriittisten potilastietojen saatavuuteen muulla tavoin. (Helovuola ym. 2011, 73; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 28.) Hakkeroinnin mahdollisuus ei myöskään ole täysin pois suljettu sähköisten tietojärjestelmien suhteen huolellisistakaan turvatoimista huolimatta. Tuorein esimerkki Suomessa lienee runsaasti julkisuutta saanut psykoterapiakeskus Vastaamoon kohdistunut tietomurto lokakuussa 2020 (Psykoterapiakeskus Vastaamo 2020).

### **3.4 Potilasturvallisuuden kehittäminen oppimalla**

Sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmän löytyminen varmistetaan lakisääteisesti (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011,28). Eri-laisten raportointijärjestelmien avulla on mahdollista tehdä tappioista voittoja eli hyödyntää vaaratapahtumat ja virheet hedelmällisiksi oppimisen esimerkeiksi. Raportointijärjestelmiä onkin alettu kutsua myös oppimisjärjestelmiksi, ja niiden päätavoite on potilasturvallisuuden kehittäminen. Järjestelmät perustuvat vapaaehtoisuuteen ja luottamuksellisuuteen. Siksi on erityisen tärkeää, että raportointijärjestelmän käyttäjät ymmärtävät raportoidun tiedon merkityksen ja käyttötarkoituksen, sekä järjestelmän periaatteet. Organisaatio voi saada henkilöstön raportointijärjestelmän lisäksi palautetta toiminnan kehittämiseksi myös läheisten palautteina, muistutuksina, kanteluina ja potilasvahinkoilmoituksina. Palautteen ja tiedon säännöllinen analysointi on potilasturvallisuuden jatkuvan kehittämisen perusta. Tarkastelun tavoitteena on tunnistaa potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä ja määritellä toimenpiteet riskienhallintaan. (Awanic 2015, 5; Helovuola ym. 2015, 14; Helovuola ym. 2011, 138; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 28-29.)

Suomessa yleinen haittatapahtumien raportointiohjelma HaiPro on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Se on kehitetty potilas- ja työturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointia ja seuranta varten

yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa Teknologian tutkimuskeskuksessa (VTT). HaiPron avulla on tarkoitus saada tietoa niin estetyiksi saaduista kuin toteutuneista vaara- ja haittatapahtumista, tekijää ei voida tunnistaa ilmoituksesta (Awanic Oy 2016). Myös Siun soten kaikissa työyksiköissä HaiProa käytetään asiakas-, potilas-, ja työturvallisuusilmoitusten tekemiseen ja vuodesta 2017 myös riskien arviointiin (Bjerregård Madsen, Kaila, Kaipainen, Korhonen, Rieppo & Felin 2019, 11).

Asiakas-, potilas- ja työturvallisuuden kehittämisen päätarkoitus on uhkien minimointi, ja siksi perinteiset raportointimallit ovatkin keskittyneet yksinomaan vaaratilanteiden ja virheiden ilmoittamiseen. Epäkohtiin keskittyvä raportointimalli onkin yleisesti todettu varsin toimivaksi lähestymistavaksi organisaation turvallisuuskulttuurin kehittämiseen. Suurempien raportointimäärien on todettu merkittävän yleisesti myönteisempää suhtautumista turvallisuuden kehittämistä kohtaan, ja johtavan sen myötä myös tehokkaampiin toimenpiteisiin sen edistämiseksi. (Kelly, Blake & Plunkett 2016, 788.) Palaute työyhteisölle on kuitenkin väistämättä negatiivinen, vaikka raportoidut asiat onkin tarkoitus käsitellä yleisellä tasolla, syylistämistä välttäen ja kehittämistarkoituksessa. Virheisiin keskittyminen johtaakin helposti niiden pelkäämiseen, sääntöjen lisääntymiseen ja innovaatioiden tukehtumiseen. (Learning from excellence 2020; Kelly ym. 2016, 788; Ellis, Carette, Anseel & Lievens 2014, 67.)

Uhkien tunnistaminen, virheiden välttäminen ja epäkohtiin keskittyminen on meille ihmisinä hyvin luontainen turvallisuusmekanismi ja selviytymiskeino. Menestys ja positiiviset kokemukset toimivat kuitenkin motivoinnilla ja innostamisella kielteiseen palautteeseen verrattuna kiistatta oppimisen kannalta paremmin. (Learning from excellence 2020; Kelly ym. 2016, 788; Ellis, Carette, Anseel & Lievens 2014, 67.) Vaaratapahtumaraportoinnin lisäksi onkin havahduttu huomaamaan, että potilasturvallisuutta voidaan parantaa myös huomioimalla kiitosta ansaitsevat suoritukset. Learning From Excellence (LFE) -toimintamallissa raportoidaan nimensä mukaan erinomaisesta toiminnasta, ja kuinka se voitaisiin jatkossakin toteuttaa yhtä mallikkaasti. Suomessa tuon Englannissa kehitetyn toimintamallin uranuurtajana on toiminut Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ensihoito, jossa erinomaisista suorituksista raportointi aloitettiin vuonna 2017.

Nykyisin LFE - raportointijärjestelmä on käytössä lähes koko Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. (Ristimäki 2020, 28-31.)

#### **4 Potilasturvallisuuden johtaminen**

Sosiaali- ja terveydenhoitoalalla keskeinen osa johtamista muodostuu potilasturvallisuuden toteutumisen arvioinnista, kehittämisestä ja riskien hallinnasta. Johtamisjärjestelmän onkin tuettava potilasturvallisuustiedon aktiivista käyttämistä niin toiminnan kokonaissuunnittelussa kuin päätöksien tekemisessäkin. Johto ei voi delegoida päävastuutaan potilasturvallisuuden ja sen edellytysten toteutumisesta, vaan sen tehtävänä on varmistaa, että toiminta ja työolosuhteet tukevat hoidon turvallista toteuttamista. Potilasturvallisuuden edistämällä on suuri painoarvo myös talouden hallintaa ajatellen. Haittatapahtumia vähentämällä on mahdollista saada aikaan huomattavia säästöjä. (Helovuo ym. 2011, 106; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2011, 11; Kinnunen & Peltomaa 2009, 182.)

Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämistä tukevassa johtamisessa merkittävin tekijä lienee tapa, jolla suhtaudutaan virheisiin. Turvallisuuden katsotaan yleisesti perustuvan virheiden ehkäisemiseen, ja siksi tarkkaavaisuuden ja huolellisuuden tärkeyttä painotetaan voimakkaasti niin koulutuksessa kuin työelämässäkin. Tämä on toisaalta ymmärrettävää, koska seuraukset voivat olla hoitotyössä pahimmillaan hengenvaaralliset. Virhe nähdäänkin usein vaarallisena epäonnistumisena, ja etenkin tieto itse tehdystä virheestä voi tämän vuoksi jäädä raportoimatta häpeän ja yhteisön tuomitsemisen pelossa. Tämä tieto on kuitenkin välttämätöntä potilasturvallisuuden kehittämisen ja riskien tunnistamisen kannalta. Siksi vallitsevaan ilmapiiriin suhtautumistavassa erehdyksiin on syytä kiinnittää erityistä huomiota. Oleellisinta lienee, kuinka vahinkotapahtumia käsitellään ja saako virheen tehnyt työntekijä tukea yhteisöltään ja esimiehiltään. (Helovuo ym. 2015, 13; Helovuo ym. 2011, 21-22; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 14; Pasternack 2006, 2468-2469.)

## 4.2 Potilasturvallisuussuunnitelma

Potilasturvallisuusstrategiassa 2009 – 2013 asetettiin tavoitteeksi, että vuoteen 2013 mennessä kaikkiin sosiaali- ja terveysalan yksiköihin on laadittu potilasturvallisuussuunnitelma, sekä nimetty potilasturvallisuuden edistämisen ja turvallisuusriskien hallinnan koordinoimisesta vastaavat henkilöt. Keskeiset potilasturvallisuussuunnitelmassa käsiteltävät asiat on esitelty kuviossa 4.

### Potilasturvallisuussuunnitelman sisältö

1. Johtaminen ja vastuuhenkilöt
2. Henkilöstöjohtaminen ja avoin turvallisuuskultturi
3. Henkilöstön osallistuminen
4. Henkilöstön perehdyttäminen ja koulutus
5. Potilaan ja läheisten osallistuminen
6. Laadunhallinta-asiakirjat
7. Turvallisuusriskien hallinta, dokumentointi ja tiedonkulku
8. Raportointi ja ilmoitusjärjestelmät sekä korjaavat toimenpiteet
9. Alueellinen yhteistyö

Kuvio 4. Potilasturvallisuussuunnitelman keskeinen sisältö (mukailen Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 11).

Strategian 2009 - 2013 tavoite muuttui lakisääteiseksi Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 8 §), ja lakia täydentävä Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (341/2011) tarkensi edelleen suunnitelmaan sisältyviä, laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta sovittavia asioita. (Helovuom ym. 2015, 106; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 11.) Potilasturvallisuussuunnitelma toimii oivallisena tarkistuslistana potilasturvallisuuden edellytysten tekijöistä. Toimintayksikön johto vastaa suunnitelman laadinnasta ja toimeenpanosta. (Helovuom ym. 2015, 106; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 11.)

### **4.3 Potilasturvallisuuden johtaminen Siun sotessa**

Siun soten strategia ohjaa päätöksentekoa kuntayhtymässä ja sen työntekijöiden toimintaa. Strategian tehtävänä on varmistaa, miten yritys tuottaa arvoa omistajilleen ja asiakkailleen (Alhola & Lauslahti 2005, 64). Siun soten strategia kiteyttää organisaation tehtävän kahteen sanaan: ”turvaamme arkeasi”. Tavoitteena on olla ”asiakkaan arvostama”. Hoidon tavoitteena on strategiassa olla vaikuttavaa, laadukasta ja turvallista, ammattilaisten osaavia ja uusien työntekijöiden rekrytoinnin onnistunutta. (Siun sote 2019a.) Asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutuminen on siis merkittävä osa strategian sisältöä.

Siun sotessa potilasturvallisuussuunnitelmaan liittyviä asioita on käsitelty yleisesti muun muassa Selvityksessä omavalvonnan sekä hoito- ja hoivahenkilöstön mitoituksesta Siun soten palveluyksiköissä ja ostopalveluissa (Bjerregård Madsen ym. 2019) sekä kuntayhtymän osavuositarkastuksissa ennen palvelurakenteen uudistusta (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016, 13). Siilaisen kuntoutumissairaalassa jokaiselle osastolle on nimetty lain edellyttämät potilasturvallisuutta koskevien osa-alueiden toteutumista koordinoivat vastuuhenkilöt. Laadunhallinta-asiakirjat, kuten esimerkiksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen velvoittama lääkehoitosuunnitelma, Pelastuslain velvoittama turvallisuussuunnitelma ja laiteturvallisuuskansio löytyvät jokaiselta osastolta sekä noudettuina että sähköisesti osaston ohjeistukset kokoavasta tiedostokansiosta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 19-22; Pelastuslaki 379/2011; Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010.)

#### **4.3.1 Potilasturvallisuuden kehittäminen palautteen ja tiedon avulla**

Potilaita ja näiden omaisia sekä läheisiä ohjataan aktiivisesti ilmoittamaan huomaamistaan epäkohdista ja kehittämismahdollisuuksista suoraan joko yksikön henkilöstölle tai esimiehille, Siun soten nettisivujen tai sosiaali- ja potilasasiamiehen kautta. Sosiaali- ja potilasasiamiehille ilmaistaan varsin harvoin tyytyväisyyttä palveluihin, mutta vuonna 2019 potilaiden ja omaisten erinomaisesta huomioimisesta Siun sotessa kiitosta saivat erityisesti erikoissairaanhoidon

syöpäsairauksien yksikkö sekä Siilaisen kuntoutumissairaalan saattohoitoyksikkö ja kotisairaala. (Siun sote 2020b; Viinisalo-Heiskanen & Kilpeläinen 2020, 1.)

HaiPro -raportointijärjestelmään tehdyt ilmoitukset uhka- ja vaaratapahtumista sekä muutoin saatu palaute käsitellään säännöllisesti osastolla esimiehen johdolla. Esimiehen tehtävänä on seurata haittatapahtumien määrää ja syitä kuukausi- ja vuositasolla. (Bjerregård Madsen ym. 2019, 11.) Suurin osa HaiPro -ilmoituksista koskee tyypillisesti lääkehoitoon liittyviä läheltä piti- ja haittatapahtumia (Bjerregård Madsen ym. 2019, 23; Inkinen, Volmanen & Haikonen 2015, 9). Toinen suuri ryhmä ovat erilaisiin tapaturmiin ja onnettomuuksiin liittyvät ilmoitukset, joista eniten raportoidaan kaatumisista (Bjerregård Madsen ym. 2019, 23).

Lääkeosaamisen varmistamiseen ja valvontaan sekä järjestelmälliseen työhön kaatumisten ehkäisemiseksi varsinkin ikäihmisten hoidossa kiinnitetäänkin Siun sotessa erityisen suurta huomiota potilasturvallisuuden riskitekijöinä (Bjerregård Madsen ym. 2019, 23). Lääkehoidon osaaminen varmistetaan Suomessa laajalti käytössä olevalla LOVE (lääkehoidon osaaminen verkossa) -lääkelupakäytännöllä. Hoitajien on todennettava osaamisensa suorittamalla viiden vuoden välein lääkehoidon eri osa-alueisiin tarvittavat tentit ja näytöt. Jokaisen osa-alueen suorittamiseen kuuluu yksi tentti ja useampi näyttö. (LOVe 2019.) Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja lupakäytännöt myös LOVE-lupien suorittamisen jälkeen vaihtelevat kuitenkin yksikkökohtaisesti. Esimerkiksi sijaisella ei siis itsestään selvästi ole yksikön lääkehoitoon tarvittavia lupia verkko-opintojen suorittamisen jälkeen.

Sosiaali- ja terveysministeriön Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 – strategian mukaisesti turvallisuuden kehittämisen painopiste kaatumisten suhteen on FRAT-kaatumisriskin arviointimittarin tekeminen kaikille siitä hyötyville potilaille. Potilastietojärjestelmään kirjattujen kaatumisriskiarvioiden perusteella kehitetään toimintoja ja hoitoa kaatumisia tehokkaammin ehkäiseväksi. Muita vastaavia potilaista toiminnan kehittämiseksi Siun sotessa tehtäviä mittareita ovat muun muassa Braden -painehaavariskimittari, päivittäisten toimintojen arviointiin soveltuvat ADL

(Activities of Daily Living) - ja IADL (Instrumental Activities of Daily Living) -mittarit, fyysistä toimintakykyä arvioiva BARTHEL -mittari, sekä NRS 2002 -vajaaravitsemuksen riskimittari. (Bjerregård Madsen ym. 2019, 23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 20-21.)

Mittarien tekeminen on pääasiallisesti hoitajien vastuulla mahdollisimman pian osastolle siirtymisen jälkeen. Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -strategia onkin lisännyt erilaisten mittareiden tekemistä hoitotyössä. Se painottaa hoitotyön kehittämisessä ja johtamisessa tiedon keräämistä, siirtämistä ja hyödyntämistä käytännön eri osa-alueilta. Strategian lähtökohtana oli saada tiedonhallinta tukemaan uusia rakenteita ja toimintatapoja sote-uudistuksen myötä. Erilaisten mittareiden tuottaman ja muilla tavoin saadun tilastoitavissa olevan tiedon avulla tehtävää toiminnan kehittämistä ja päätöksien tekoa kutsutaan tiedolla johtamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 20-21.)

#### **4.3.2 Voimavaralähtöinen työvuorosuunnittelu**

Tiedolla johtaminen konkretisoituu Siun sotessa käytäntöön muun muassa voimavara- eli toimintalähtöisen työvuorosuunnittelun muodossa. Siilaisen kuntoutumissairaala oli Siun sotessa ensimmäisiä yksiköitä kokeilemassa tätä myös muualla Suomessa yleistyvää mallia. Oman yksikön ulkopuolella tehtävistä vuoroista on vakiintunut sairaalassa sittemmin myös nimitys lainavuoromalli. Toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu perustuu asiakas- ja potilasvirta-analyyseihin, joiden perusteella henkilöresursseja on mahdollista kohdentaa toiminnan ruuhkahuippuihin ja vähentää sijaisten tarvetta. Sähköiseen sovellukseen tallennetaan lisäksi tiedot yksikön toiminnasta, miehityksestä, pätevydestä ja osaamistarpeista. Resurssisuunnittelija tekee työvuorot näiden tietojen perusteella. Työvuorosuunnittelu oli ennen uudistusta esimiesten vastuulla, ja aikaa katsotaan vapautuvan uuden suunnittelumallin ansiosta enemmän henkilöstön osaamisen ja toiminnan kehittämiseen. Henkilöstöjohtamisen näkökulmasta voimavaralähtöinen työvuorosuunnittelu tarkoittaakin uudenlaista tapaa yhdistää henkilöstövoimavaroja ja niiden resurssien jakamisen tasaamista. Sen nähdään myös lisäävän asiakkaiden ja henkilöstön tasa-arvon lisäksi työhyvinvointia ja

potilasturvallisuutta henkilöstön tasaisemman työkuormituksen myötä. (Bjerrgård Madsen 2020; Rinta-Jouppi 2019; Sarastiarekry 2019; Siun sote 2019b; Valtanen 2019.)

Työvuorosuunnittelun uudistus ei odotettavasti ole ollut yksinkertainen, ja se on herättänyt runsaasti keskustelua. Tyytymättömiä ovat olleet luonnollisesti yksiköt, joissa henkilöstö on aiemmin saanut suunnitella työvuorot itsenäisesti. Työntekijöiden elämäntilanteen huomioimisen on katsottu heikentyneen myös suunnittelun siirryttyä ulkopuolelle alaisensa tuntevan esimiehen sijaan, ja työvuorotoiveiden koetaan toteutuvan huonommin. Työvuorosuunnittelu on tasa-  
puolista, mutta yksilöllisyyden nähdään vähentyneen mieltymyksissä vuorojen keskittymisessä ilta- tai aamupainotteisiksi. (Rinta-Jouppi 2019; Valtanen 2019.)  
Toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu näyttää kuitenkin tulleen perustellusti jäädäkseen ainakin toistaiseksi. Siun soten mukaan toimintalähtöisten työvuorosuunnitelmien toimivuutta arvioidaan jatkuvasti, ja henkilökunnan palaute otetaan huomioon. Uudistuksen vaikutuksista työn kuormittavuuteen koostetaan ajan hengen mukaisesti tilastotietoa tiedolla johtamisen työkaluksi ja toimintalähtöisen työvuorosuunnittelun kehittämiseksi. (Siun sote 2019b.)

### **4.3.3 Lean**

Japanista levinnyttä Lean-menetelmää on alettu käyttää myös sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä kehittämään henkilöstön suorituskykyä, tehokkuutta, ongelmaratkaisutaitoja ja sen myötä myös potilasturvallisuutta. Menetelmän avulla on tarkoitus löytää tehokkain ja vähiten hukkaa tuottava työskentelymenetelmä tarkastelemalla yksikön yksittäisiä prosesseja. Leanin avulla resursseja ja voimavaroja on mahdollista käyttää työhyvinvointia edistävällä tavalla ja saada aikaan säästöjä. (Suomen Lean-yhdistys 2019; Suneja & Suneja 2017, 11-13.)

Siun sotessa Lean-ajatteluun järjestetään koulutusta niin esimies- kuin henkilöstötasolla. Siilaisen kuntoutumissairaalassa lonkkamurtumapotilaiden hoitajaksojen pituudet puoliintuivat Leanin avulla kehitetyn uuden hoitoprotokollan ansiosta. Samoin on käynyt myös muistisairaiden jonotusajoille hoitoon pääsemiseksi



varhaisen diagnostiikan kehittämisen ansiosta. (Siun sote 2020c; Yli-Ketola 2019, 3.) Tavoitteena on ongelman juurisyyn löytäminen oireiden lievittämisen sijaan, kysymällä viisi kertaa ”miksi?”. Ongelman syyhyn saatuun vastaukseen vastataan uudelleen viisi kertaa, jolloin ollaan keskimäärin hyvin lähellä sen juurisyitä. (Perus-Lean 2019.) Vaikka juurisyihin ei olisi mahdollista heti vaikuttaa, löytyy toiminnasta yleensä paljon hukkaa. Turha tekeminen, odottaminen ja etsiminen vievät aikaa ja resursseja luoden turhia kustannuksia ja kuormitusta. Lean-ajattelun avulla vähennetään epäolennaista tekemistä ja vapautetaan aikaa olennaiseen. (Lean5 2019.) Sen vuoksi se voisi tarkoituksenmukainen työkalu myös mukautuvien työnjako- ja toimintamallien luomisessa.

#### **4.4. Työn organisoinnin ja johtamisen uudet tuulet**

Sosiaali- ja terveysalan organisaatorakenteet ovat perinteisesti hierarkkisia (Härkönen & Airaksinen 2012, 7; Rekola & Nurminen 2008; 14; Walton 2006, 229; Isoherranen 2005, 65). Hierarkkisissa systeemeissä päätöksentekovalta ja auktoriteetti keskittyvät johdolle autonomian vähetessä hierarkiaportaita laskeutuessa. Johto tekee koko organisaatiota koskevat päätökset, joita alemmat portaat toteuttavat. Hierarkian etuja ovat vallan ja vastuun selkeys. Organisaation johdolla on valta saada asiat tehdyiksi toivomallaan tavalla, ja se myös kantaa kokonaisvastuun päätöksiä seurauksista. Päätösvalta ja päätöksiä koskeva toiminta ovat kuitenkin usein eriytyneet monien portaiden päähän toisistaan, järjestelmä on jähmeä, ja muutostarpeisiin reagoiminen on hidasta. Kaikesta huolimatta hierarkkinen rakenne on säilyttänyt asemansa sosiaali- ja terveysalan organisaatiossa viime vuosisadan alusta lähtien. Hallinnan rakennemuutokset, monimutkaistuva sosiaali- ja terveydenhuollon kenttä erilaisine toimijoineen sekä haasteet henkilöstövoimavaroissa nostavat kuitenkin hallinnan ja työn organisoinnin uusissa ideaalimalleissa vuorovaikutussuhteet ja yhteiset tavoitteet keskeiseen asemaan tarkasti määriteltujen valta- ja vastuusuhteiden sijaan. (Laaksonen ym. 2020, 284; Tilley & Jones 2013, 91-94; Härkönen & Airaksinen 2012, 6-7; Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008; 14; Walton 2006; 229; Isoherranen 2005, 65.)

Työn organisoinnin uusille malleille on tyypillistä hierarkian mataluus, joustavuus ja itseohjautuvuus. Pääperiaatteena on vallan ja vastuun siirtäminen monen eri alan osaajista koostuville työryhmille, tiimeille ja osaamisverkostoille joustavamman toiminnan kehittämiseksi. Lähtökohtana on asiakaslähtöisyys: joustavuudella pyritään mukauttamaan päätösten tekemisen vauhti vastaamaan muutosten nopeutta asiakastarpeissa ja toiminnan järjestämisessä. Valta liitetään osamiseen. Korkeammille hierarkioille tyypillisen ylhäältä alaspäin etenevän päätösten tekemisen ja toteuttamisen suunnan sijaan kommunikointi tapahtuu vaakasuunnassa: samalla organisaatiotasolla olevien tiimien sisällä ja välillä, mutta erityisesti organisaatioiden välille muodostettavien verkostojen välillä. Tuloksellinen toiminta perustuu vahvasti avoimeen tiedonkulkuun, joustavuuteen, luottamukseen, yhteisöllisyyteen ja yhteisiin päämääriin. Johtajuuden luonne on valtuuttavaa ja ohjaavaa, myös kontrolloinnin ja valvonnan järjestelmät ovat usein matalampia perinteisiin hierarkiajärjestelmiin nähden. (Järvinen, Rantala & Ruotsalainen 2014, 33; Isoherranen 2005, 65; Skyttä 2000, 18-19.)

Tunnetuin innovaatio hierarkian madaltamisesta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla lienee hollantilaisen hoidon laadun kehittämiseksi perustetun kotihoidon palveluja tarjoavan Buurtzorgin menestystarina. Yrityksen keskijohto puuttuu kokonaan, ja hoivatiimi tekee yhteistyössä työn organisointiin liittyvät päätökset. Ongelmatilanteita varten käytetään valmentajia, mutta tiimien on viime kädessä keksittävä ratkaisut haasteisiin itsenäisesti. Pääkonttorista määritellään tiimeille budjetti ja maksetaan palkka, joka on hollantilaisittain sairaanhoitajan keskitasoa parempi. (Buurtzorg 2020; Karttunen 2018.)

Terveydenhuollon johtamisessa onkin visioitu voimakkaasti pehmeämpää suuntaa, jossa aktiiviset ja hyvin koulutettujen osaajien verkostot toimivat organisaatioiden kesken (Laaksonen ym. 2020, 214; Härkönen & Airaksinen 2012, 7; Koivukoski & Palomäki 2009, 11; Isoherranen 2005, 69). Tällaisessa järjestelmässä johtajan tehtävänä on luoda mahdollisuudet henkilöstön kehittymiselle. Itsenäisesti toimivien tiimien johtaminen luo kuitenkin uusia haasteita. Tehtävien lisääntyminen ja monimuotoisuus vaatii työtehtävien priorisointia ja yhteen sovittamista eri ammattiryhmien välillä. (Koivukoski & Palomäki 2009, 11.) Verkostomainen rakenne vaatii työntekijöiltä vankkaa osaamista, oma-aloitteisuutta ja

motivaatiota. Toimintaedellytysten ollessa puutteelliset on laatu itseohjautuvissa tiimeissä heikompaa kuin esimiehen johdolla toimivissa. (Eklund, Lindholm & Salminen 2019, 29.) Tiimissä voi toisinaan ilman ohjausta tai auktoriteettia olla myös hankalaa päästä yhteisymmärrykseen, mikä hidastaa päätöksien tekemistä (Mair 2004,42). Toimivien asiantuntijatiimien kehittäminen on kallista, ja vaatii koko organisaation sitoutumista. Muutoksen tulisi tapahtua koko johtamiskulttuurissa ja kaikilla organisaatiotasolla, ja siksi sen toteuttaminen onkin käytännössä erittäin haasteellista hierarkkisesti johdetuissa organisaatioissa. (Eklund ym. 2019, 30.)

Moniammatillista tiimityötä ja organisaatiotasot läpäisevää yhteistyötä tarvitaan kuitenkin johtamistavasta riippumatta hallitsemaan asiakkaiden ja henkilöstön muuttuvia tarpeita sekä sitoutumista muutoksiin Moniammatillista yhteistyötä tukeville organisaatioille on tyypillistä työntekijöiden tasa-arvoisuuden, osallistumisen, ilmaisunvapauden ja autonomian arvostaminen. (Laaksonen ym. 2020, 284; Isoherranen ym. 2008, 17; Spiik 2004, 110.) Tämä vaatii onnistuakseen jaettuun ymmärrykseen pyrkivää, aidosti avointa vuorovaikutusta kaikkien portaiden välillä. Yksisuuntainen viestintä ei anna tilaa kohtaamiselle ja keskustelulle, joita vaaditaan luottamuksen syntymisen ja yhteisen näkemyksen luomiseen. Suurien organisaatioiden johdolle tulisikin järjestää enemmän aikaa aitoon kanssakäymiseen henkilöstön kanssa. Hierarkkisessa järjestelmässä etenkin päätöksiä tekevä ylin johto on pääsääntöisesti usein varsin eriytynyt työntekijöistä. (Kinnunen 2019, 7; Miettinen 2019.) Sairaanhoidajaliiton (2018) teettämässä jaksamiskyselyssä ehdotettiin muun muassa johtajien säännöllistä jalkautumista hoitotyön arkeen kokemaan ja näkemään autenttisesti kehittämistarpeet, asiantuntemuksen taso ja uudistusten suunnittelun todellisuus. Ehdotetun jalkautumiskäytännön ajateltiin kyselyssä pystyvän lisäämään johtajien ymmärrystä konkretiasta ja hoitajien työstä tilastotiedon tueksi, sekä kyseenalaistamaan liiallista tuloskeskeisyyttä. (Karhe 2019, 9.) Esimiesten vaihtuvuus kuvailtiin kyselyssä nopeatempoiseksi, ja myös esimiesten nähtiin kyselyssä vieraantuneen käytännön hoitotyöstä yksikköjen yhdistelyn, sekä laajentuneiden tehtäväkuvien ja valvontavastuiden vuoksi (Karhe 2019, 14).

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua osastotyössä Siilaisen kuntoutumissairaalassa miehityksen näkökulmasta puutteellisissa tilanteissa, eli silloin kun miehitys on vajavainen lukumäärän tai osaamisen suhteen. Tavoitteena on löytää keinoja ja lisätä henkilöstön valmiuksia, joilla potilasturvallisuus ja hoidon laatu turvataan haasteellisessa miehitystilanteessa, sekä edistää työhyvinvointia, työssä jaksamista ja tietoisuutta potilasturvallisuudesta.

Tehtävänä on

1. Kerätä tietoa hoitajilta ja esimiehiltä potilasturvallisuuden ja hoidon laadun turvaavien valmiuksien kehittämiseksi haasteellisissa miehitystilanteissa.
2. Laatia ehdotus työn kuormitusta ja osaamista tasaisesti jakavalle työnjakomallille tai työnjakomalleille haasteellisissa miehitystilanteissa.
3. Laatia ehdotus työtehtävien tarkoituksenmukaiselle priorisoinnille ja muille potilasturvallisuuden ja hoidon laadun turvaaville keinoille haasteellisessa miehitystilanteessa.

## 6 Toteutus

### 6.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Siilaisen kuntoutumissairaalan toimintaperiaatteena on tarjota asiakkailleen lyhytaikaista hoitoa ja kuntoutusta. Vuodeosastot ovat jakautuneet kolmeen kerrokseen. Ensimmäisen kerroksen akuuttikuntoutuksen yksikön asiakkaiden vointi on laskenut äkillisesti esimerkiksi perussairausten pahenemisen, akuutin kiputilanteen, tulehduksen tai tapaturman vuoksi. Toisessa kerroksessa toimivat kirurginen ja geriatrinen osasto. Kirurgiselle osastolle on keskitetty erityisesti koko maakunnan alueen vaativien kirurgisten potilaiden kuntoutus, tarvittaessa osastolla kuntoutetaan myös muun tyyppisiä vaativaa kuntoutusta tarvitsevia

asiakkaita. Geriatrisella kuntoutusosastolla arvioidaan pääasiassa muistisairaiden asiakkaiden kokonaistilannetta muun muassa toimintakyvyn, kotona selviytymisen ja lääkityksen suhteen. Ylimmässä kerroksessa toimivat neurologinen kuntoutusosasto ja palliatiivinen vuodeosasto. Neurologisen osaston tyypillisimpiä asiakkaita ovat vaativaa kuntousta tarvitsevat aivoverenkiertohäiriö – ja aivovammapotilaat, osastolla toimii myös hengitysvajauspotilaisiin keskittyvä hengitysvajetiimi. Palliatiivisella vuodeosastolla hoidon tavoitteena on lievittää parantumattoman sairauden oireita ja vaalia asiakkaiden elämänlaatua sairauden loppuvaiheessa. (Siun sote 2020d.)

Siilaisen kuntoutumissairaalan päätavoite on nimensä mukaisesti parantaa asiakkaiden toimintakykyä etenkin liikkumisen suhteen kuntouttamalla, ja asiakkaita kutsutaankin tavoitteen kirkastamiseksi yleisesti termillä kuntoutuja. Sairaalan palliatiivisella osastolla tämä termi ei kuitenkaan luonnollisesti ole tarkoituksenmukainen, ja tässä työssä käytetäänkin vaihtelevasti termejä asiakas, kuntoutuja ja potilas asiayhteyden selkeimmin sopivalla tavalla.

Työnjakomalli Siilaisen kuntoutumissairaalan osastoilla muistuttaa lähinnä tiimityön työnjakomallin periaatetta: jokaisella hoitajalla on vuoron ajan omat vastuupotilaat, mutta kokonaisvastuu jaetaan yhdessä. Tauon aikana toinen hoitaja ottaa vastuun omien potilaiden hoitamisesta. Toimintamalli esimerkiksi ruokataukojen ja vuoron aikana tapahtuvien koulutuksien varalle mietitään tiimin kesken yhdessä. Jokaisessa kerroksessa on kolme tiimiä. Tiimissä on pääsääntöisesti 16 vuodepaikkaa. Aamu- ja iltavuorossa on neljä hoitajaa osaston vuodepaikkojen ollessa täysilukuinen, tällöin hoitajalla on siis neljä vastuupotilasta. Jokaisessa vuorossa on oltava vähintään yksi lääkeluvallinen sairaanhoitaja. Yövuorossa jokaisessa tiimissä on yksi hoitaja, joista yksi on lääkeluvallinen sairaanhoitaja. Arkipäivisin aamuvuorossa on lähes poikkeuksetta jokaisessa kerroksessa kotiutushoitaja, joka auttaa tiimiläisiä omien vastuupotilaiden haasteellisissa ja aikaa vievissä kotiutumisasioissa. Kotiutushoitaja vie myös eteenpäin hakemusasioita palveluasumiseen kuntoutujilla, jotka eivät enää kykene asumaan kotona. Kotiutushoitajana voi toimia lähi- tai sairaanhoitaja, jolle kotiuttaminen on nimetty vastuualueeksi. Kotiutushoitajasta käytetään myös nimitystä kotiutusyhdyshenkilö.

Jokaisella osastolla on vuorossaan nimetty vuorovastaava, joka on vastuussa esimiehen poissa ollessa yksikön tilannearviosta miehityksen suhteen, ja sen myötä sijaisten tarpeen arviosta. Pää tavoitteena on varmistaa potilasturvallisuuden toteutuminen. Sijaisten tarpeen arviointiin vaikuttaa ensisijaisesti potilaiden lukumäärä, mutta myös hoidettavuus. Jos osasto ei ole täynnä, tai potilaat kyetään hoidettavuutensa puolesta turvaamaan pienemmällä miehityksellä, ei sijaiselle ole tarvetta. Kuntoutujien hoidettavuuden mittaamiseen on kehitetty värikoodijärjestelmä, joka helpottaa hoitajien tarpeen arvioinnissa. Sävyjä on kolme. Hoidon suhteen paljon aikaa vievä tai useamman hoitajan työpanoksen vaativa kuntoutuja merkitään paikkakartalle tummimmalla sävyllä, kun taas omatoimisesti liikkuva, vain hieman apua tarvitseva kuntoutuja saa vaaleimman sävyn. Tarpeen vaatiessa vuorovastaava alkaa järjestää sijaista Siilaisen kuntoutumissairaalan vuorovastaavalle tehdyn ohjeistuksen mukaisesti (liite 1). Siun sotella on myös yleinen toimintaohje vuorovastaavan tehtävistä (liite 2). Viikonloppuisin päivystävä osastonhoitaja auttaa sijaisten hankkimisessa klo 7:30 – 14:30. Koronakriisin ensimmäisen aallon huipulla päivystävä sairaanhoitaja oli käytössä myös iltaisin klo 21:een saakka. Siilaisen kuntoutumissairaalassa vuorovastaava on vielä nykyisellään kokenut sairaanhoitaja. Keskustelua sairaanhoitajan koulutuksen välttämättömyydestä tehtävän hoitamisessa on käyty. Vastaisuudessa vuorovastaavan vastuualue saattaa kuulua myös kokeneelle lähihoitajalle.

## **6.2 Lähtötilanteen kartoitus**

Siilaisen kuntoutumissairaalassa vastuun jakamisen toimintamallia esimerkiksi taukoja ajatellen on kehitetty ”SIUN PARI” -mallin avulla (liite 3). Vastuun jakaminen pareittain palvelee kerroksessa etenkin tiimiä, jonka potilashuoneet ovat pohjapiirustuksen vuoksi jakautuneet eri käytäville (liite 4). Vastuun jakaminen tässä tiimissä koko tiimin kesken on potilashuoneiden erillisyyden ja pitkien välimatkojen vuoksi haasteellista. Työskentely pareittain eri käytävillä on silloin paras mahdollinen vaihtoehto etenkin osaston vuodepaikkojen ollessa täysilukuinen. ”SIUN PARI” -mallissa pari muodostuu mahdollisuuksien mukaan sairaanhoitajasta ja lähihoitajasta. Kummallakin osapuolella on omat vastuupotilaat, joiden hoitamisesta pari jakaa vuoron aikana vastuun esimerkiksi taukojen, koulutuksien,

palavereiden ja lääkehoidon suhteen. Vastuun jakaminen hoitajien lukumäärän ollessa pariton on helpompaa tiimeissä, joissa potilashuoneet ovat saman käytävän varrella. Periaate vastuun jakamisesta tässäkin tapauksessa on kuitenkin ”SIUN PARI” -mallin kaltainen.

Opinnäytetyön idea syntyi omakohtaisesta kokemuksesta. Työskentelen sairaanhoitajana Sillaisen kuntoutumissairaalassa. Aamun työnjako tehtiin edellä kuvattun ”SIUN PARI” -mallin mukaisesti ottamatta huomioon uuden sijaisen osaamista. Vuoron edetessä kävi ilmi, että uusi sijainen ei ollut aikoihin tehnyt hoitotyötä ja lääkelupien puuttumisen lisäksi myös kirjaamisjärjestelmä oli täysin vieras. Tilanteesta selvittiin yhteistyöllä tiimin ja seuraavan vuoron tuen turvin, eikä vastuu uuden sijaisen perehdyttämisestä ja tämän kanssa parina hoitamien potilaiden lääkehoidosta ja kirjaamisesta jäänyt kokonaan vastuulleni. Edellä kuvattu laajuus sijaisen osaamisvajeessa on ainakin toistaiseksi melko harvinaista, ja erehdys työn organisoinnissa olikin herättävä oppimiskokemus tuona päivänä toimimassani tiimissä. Tällaiset tilanteet eivät kuitenkaan ole ainutlaatuisia, ja vastaisuudessakin varsin mahdollisia. Tapaus herättikin ajatuksen toimintamallien kehittämistarpeesta ja yhteisen näkemyksen vahvistamisesta koko sairaalaan vaaratilanteiden ehkäisemiseksi ja hoidon laadun turvaamiseksi.

Opinnäytetyö aloitettiin parityönä. Opintojen edetessä parini tauotti opiskelunsa. Opinnäytetyön parityöskentelyn päättymisestä tehtiin vapaamuotoinen kirjallinen sopimus (liite 5). Parini osallistui opinnäytetyösuunnitelman laatimisen lisäksi työpajojen suunnitteluun ja kahden työpajan toteutukseen. Sopimus parityöskentelyn päättymisestä antoi oikeuden käyttää yhdessä koottua materiaalia sellaiseenaan työskentelyn jatkamisen pohjana.

### **6.3 Toiminnan etenemisen ja työskentelyn kuvaus**

Opinnäytetyön tehtävänä on kerätä tietoa ja löytää ratkaisuja käytännön työn kehittämiseksi. Se on siis käytännön siis tarpeista lähtevää tutkimuksellista kehittämistyötä. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 19; Toikko & Rantanen 2009, 14.) Kehittämistoiminta tarkoittaa yleisesti työskentelyä ja toimintaa, jonka avulla

pyritään saamaan aikaan myönteinen muutos tai uusi asia vallitseviin olosuhteisiin (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 7). Tutkimuksellista kehittämistyötä leimaa olennaisesti uuden tiedon tuottamisen lisäksi siis myös tavoite käytännön parannuksien ja uusien ratkaisujen löytämiseen (Salonen ym. 2017, 7; Ojasalo ym. 2014, 19; Toikko & Rantanen 2009, 14). Käytännön parantamisen tavoite antaakin omat piirteensä tutkimuksellisen kehittämistyön tyypillisimpiin lähestymistapoihin, prosesseihin ja menetelmiin (Ojasalo ym. 2014, 19).

### 6.3.1 Lähestymistapa

Lähestymistapa tarkoittaa näkökulmaa, josta kehitettävää ilmiötä lähestytään. Kehittämistehtävä määrittää kehittämistyöhön parhaiten soveltuvan lähestymistavan. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä erilaisia lähestymistapoja ovat muun muassa tapaustutkimus, toimintatutkimus, konstrukttiivinen tutkimus, palvelumuotoilu ja innovaatioiden tuottaminen. Tapaustutkimus keskittyy näistä eniten tutkimuksellisiin tavoitteisiin sekä kehittämisehdotusten ja -ideoiden tuottamiseen. Muissa lähestymistavoissa on keskeistä lisäksi viedä muutos käytäntöön ja arvioida koko prosessia myös muutoksen aikaansaaman parannuksen kannalta. Tutkimuksellisessa kehittämisessä voidaan kuitenkin tavallisesti erotella piirteitä useammasta lähestymistavasta. Kehittämistoiminnan tavallisimmat menetelmät käyvät myös jokaiseen lähestymistapaan. (Ojasalo ym. 2014, 36, 51-64.) Tässä opinnäytetyössä on eroteltavissa selkeimmin piirteitä tapaustutkimuksen ja toimintatutkimuksen lähestymistavoista.

Tapaustutkimus soveltuu lähestymistavaksi, kun tehtävänä on tuottaa kehittämis-ehdotuksia- ja ideoita. Tutkimuksella ei pyritä tilastolliseen yleistämiseen, vaan tarkoitus on tuottaa tietoa huomioimalla kohdeyhteisön paikalliset, ajalliset ja sosiaaliset tilanteet ja yhteydet - se siis auttaa ymmärtämään työntekijöiden välisiä suhteita ja toimintaa. Tiedolla ei pyritä selvittämään ilmiön yleisyyttä, vaan siihen johtavia syitä, eli mikä tekee sen mahdolliseksi. Tämä vaatii ilmiön syvällistä pohdintaa monimuotoisine tekijöineen pyrkimättä liialliseen yksinkertaistamiseen. Tapaustutkimuksessa ilmiö voi olla työelämässä tyypillinen, mutta myös ainukertainen ja poikkeava. Olennaista tutkimuksessa on käytännön tarve ja



kehittämistyölle asetetut tavoitteet. Tapaustutkimus liittyy tyypillisesti ihmisten toiminnan tutkimiseen tilannesidonnaisesti, jolloin parhaita asiantuntijoita selittämään ja kuvaamaan ilmiötä ovat juuri noissa tilanteissa toimivat ihmiset. Tapaustutkimuksessa tietoa kerätään useilla menetelmillä. Tyypillisimpiä ovat erilaiset haastattelut, mutta myös osallistavat menetelmät soveltuvat tapaustutkimukseen hyvin. (Ojasalo ym. 2014, 52-55.)

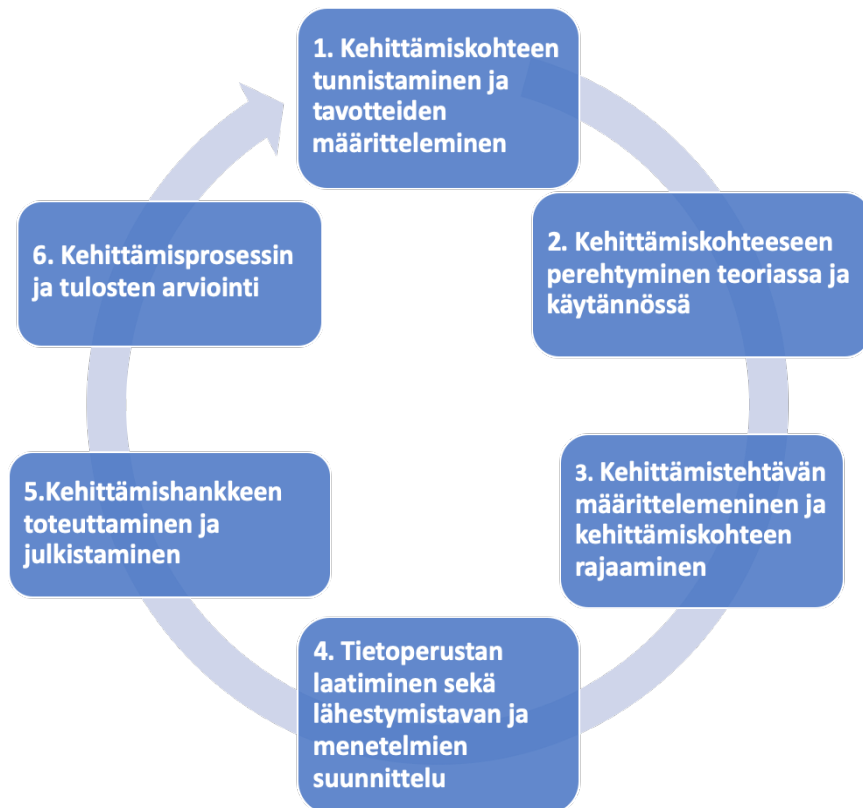
Toimintatutkimukselle leimaavinta on osallistavuus, eli tutkija etsii käytännön haasteisiin ratkaisuja yhteistyössä tutkittavien kanssa. Tavoitteena kehittää työyhteisön toimintatapoja ja -tilanteita tuottamalla uutta tietoa ja pyrkimällä muuttamaan toimintaa käytännössä. Työelämässä toimintatutkimuksesta käytetään myös nimitystä työntutkimus. Lähestymistapa on voimakkaasti käytäntöön suuntautuva ja ongelmakeskeinen. (Ojasalo ym. 2014, 58.) Osallistavan kehittämisen menetelmän avulla on mahdollista tehdä näkyväksi työyhteisön hiljaista tietoa ja luoda yhdessä löydetyille ratkaisulle sitoutumiseen paremmat edellytykset ulkopuoliseen kehittämis ehdotukseen verrattuna. Toimintatutkimuksessa on siis olennaista kohdeyhteisön aktiivinen osallistaminen ja vuorovaikutus. Yhteisö analysoi työtä ja toimintaa pyrkien ratkaisemaan käytännössä havaittuja ongelmia ja etsimään erilaisia tapoja toiminnan kehittämiseksi. Osallistamisessa käytetään tavallisesti useita eri menetelmiä. Haasteena toimintatutkimuksessa ovat tilannesidonnaisuus, vaikeus löytää ja hyödyntää aikaisempia tuloksia tutkittavasta ilmiöstä, aikataulun, menetelmien ja tavoitteiden määrittäminen realistisesti sekä ristiriidat näkemyksissä osallistujien välillä. (Arola & Suhonen 2014, 21; Ojasalo ym. 2014, 25,59.)

Tässä opinnäytetyössä tähdätään toiminnan kehittämiseen kuvaamalla käytännön haasteita tietoperustan ja osallistavien menetelmien avulla kerätyn tiedon avulla. Tapaustutkimukselle tyypillistä opinnäytetyössä on erityisesti tuotoksien luonne: ne ovat kehittämis ehdotuksia ja ideoita jalostettavaksi ja jalkautettavaksi käytäntöön opinnäytetyön ulkopuolella. Toimivuus ja hyödyllisyys arvioidaan ilmiön ja tutkimuksen tarpeellisuuden kuvaamisen onnistumisena sekä kehittämis ehdotusten realistisuutena ja kelpoisuutena käytäntöön. Valmiin mallin tai toimintatapojen muutoksen toimivuutta ei ole mahdollista arvioida käytännössä. (Ojasalo ym. 2014, 52-53.) Toimintatutkimukselle opinnäytetyössä taas on ominaista

ongelmakeskeisyys, käytäntöön suuntautuvuus sekä työyhteisön aktiivinen osallistaminen, eli ratkaisujen etsiminen ja ilmiötä tilanneyhteydessään kuvaavan tiedon tuottaminen yhdessä tutkittavien kanssa (Ojasalo ym. 2014, 58-59).

### **6.3.2      Prosessin kuvaus**

Koska opinnäytetyöllä pyrittiin kehittämään vallitsevia käytäntöjä, oli yhteistyö toimeksiantajan kanssa olennaista yhtenäisen näkemyksen kirkastamiseksi tutkitavasta ilmiöstä ja sen reunaehdoista. Aiheen on oltava riittävän täsmällinen, että tutkimusongelman ja tavoitteet voi ymmärtää vain yhdellä tavalla (Vilkkä 2015, 58-59). Kun selkeä yhteinen näkemys kehittämisen kohteesta saatiin rajatuksi, ja tarkempi kehittämistehtävä määritellyksi, oli mahdollista luoda työn etenemisen suunnitelma lähestymistapoineen ja menetelmineen. Koska kyse oli käytännön kehittämisessä, tuli menetelmällisten ratkaisujen ilmiön kuvaamisen, selittämisen ja ennustamisen lisäksi myös mahdollistaa kohdeyhteisön tietämyksen hyväksi käyttäminen. (Ojasalo ym. 2014, 25.) Kirjallisen raportin tavoitteena oli lisätä työn luotettavuutta esittelemällä tutkimuksen kulku, lähtökohdat, menetelmät ja aineistot mahdollisimman tarkasti ja selkeästi (Suojanen 2004). Luotettavuutta ja kehittämistyön kriittistä tarkastelua pyrittiin lisäämään myös huolehtimalla aktiivisesta vuorovaikutuksesta toimeksiantajan ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa koko prosessin ajan (Ojasalo ym. 2014, 24). Kuviossa 5 on esitelty tutkimuksellisen kehittämisprosessin tyypillinen malli.



Kuvio 5. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi (mukaillen Ojasalo ym. 2014, 24).

Tulosten jakaminen kirjallisena on keskeinen osa tutkimuksellista kehittämistyötä. Se edesauttaa keskustelun syntymistä, palautteen saamista ja luotettavuuden arviointia. Tutkijan tai tutkimuksen tilaajan näkemykset eivät saa vaikuttaa tuloksiin, joiden tulee perustua pelkästään tutkimusaineistoon. Loppuarvioinnissa pohditaan työssä onnistumista niin prosessin kuin tulostenkin näkökulmasta. (Kananen 2014a, 154; Ojasalo ym. 2014, 25-26.)

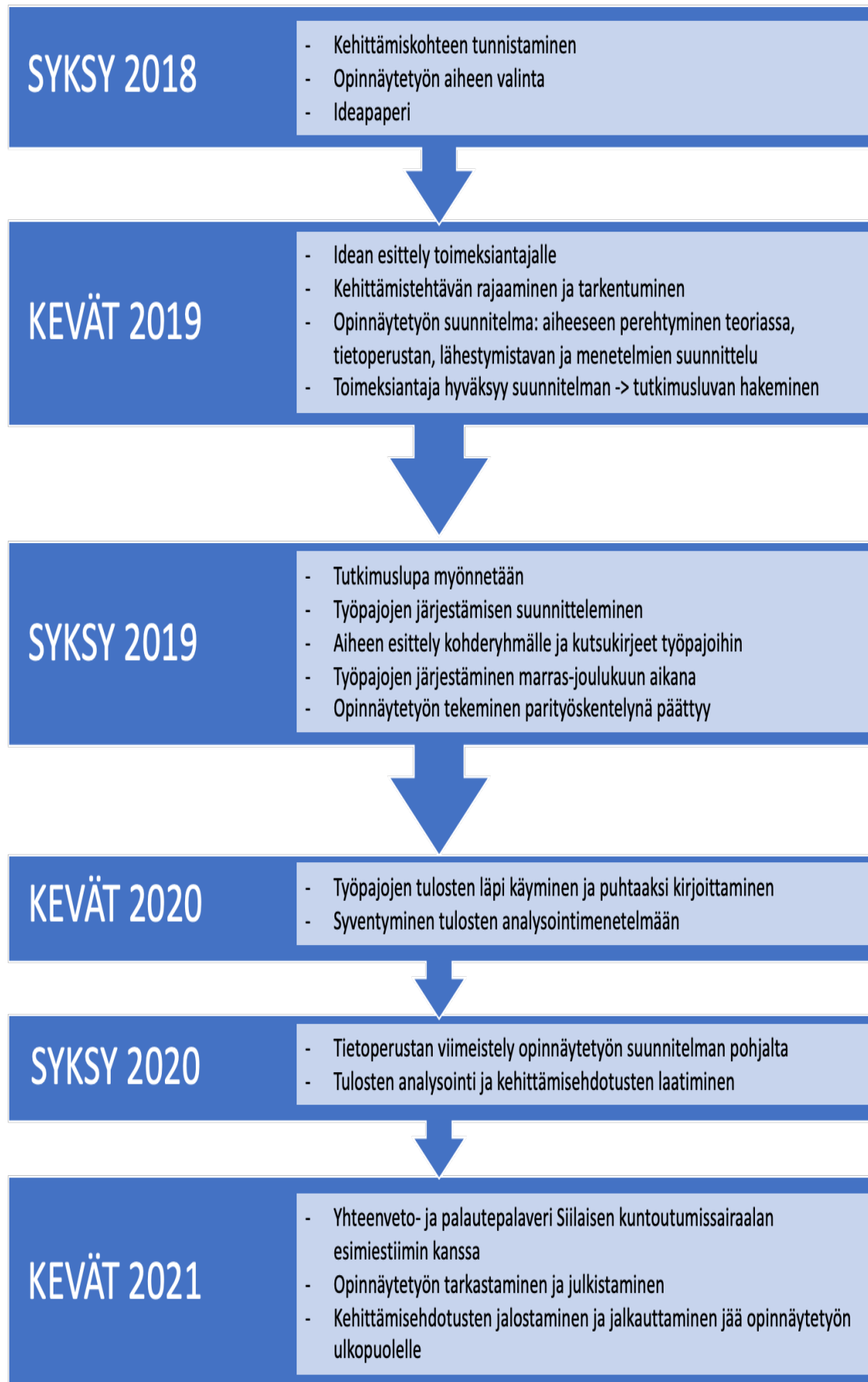
### 6.3.3 Opinnäytetyön aikataulu ja etenemisprosessi

Opinnäytetyö sai alkunsa aiheen valinnalla syksyllä 2018. Aihe esiteltiin Siilaisen kuntoutumissairaalan ylihoitajalle keväällä 2019. Kehittämistehtävä koski työn jakamisen ja organisoinnin lisäksi käytäntöjä miehityksen kannalta yllättävissä tilanteissa, jolloin toimivat ratkaisut on löydettävä ilman esimiestä. Opinnäytetyön tarkoitus kirkastui tähtäämään hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseen. Ylihoitaja ja opinnäytetyön ohjaaja hyväksyivät opinnäytetyön

suunnitelman. Suunnitelma laitettiin liitteeksi tutkimuslupahakemukseen, joka al-lekirjoitettiin ja lähetettiin arvioitavaksi toukokuussa 2019.

Tutkimuslupa myönnettiin lokakuussa 2019. Työpajoille laadittiin yksityiskohtainen suunnitelma aikatauluineen, jonka ylihoitaja hyväksyi (liite 6). Opinnäytetyön aihe, kutsu työpajoihin (liite 7) ja työpajojen järjestämisaikajankohdat esitettiin Siilaisen kuntoutumissairaalan vuodeosastojen hoitajille osastojen viikkotiedotteiden yhteydessä. Työpajat järjestettiin marras-joulukuussa 2019 - onnekaasti hyvissä ajoin ennen koronakriisin puhkeamista keväällä 2020. Opinnäytetyön tekeminen parityöskentelynä päättyi joulukuussa 2019. Kevät 2020 oli opinnäytetyön konkreettisen etenemisen suhteen suvantovaihetta. Tuolloin työpajojen tulokset käytiin läpi ja kirjoitettiin puhtaaksi.

Suurin työ tietoperustan ja opinnäytetyön kokoamisen suhteen mahdollistui opintovapaan ansiosta syksyllä 2020. Tietoa löytyi kattavasti lähiseudun kirjastoista sekä Karelia ammattikorkeakoulun opiskelijoilleen tarjoamista tietokannoista. Ylivoimaisimmaksi tiedonhakukoneeksi osoittautui kuitenkin ehkä hieman kyseenalaista mainettaan merkittävästi laadukkaampi Google, jonka vaihtelevan tasoisista hakutuloksista seuloutui tiedon lähteiksi erinomaisia osumia, kuten tieteellisiä artikkeleita, ministeriöiden, tulevaisuuden tutkimuksen ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, uutisartikkeleita ja ajantasainen lain säädöskoelma. Etenkin uutisartikkeleiden käyttäminen lähteenä vaati tietenkin kriittistä tarkastelua kirjoittajan näkökulman, objektiivisuuden, luotettavuuden ja tietoperustan suhteen. Lisäksi lähdekirjallisuuden, -tutkimusten ja -julkaisujen lähdeluettelot tarjosivat oivallisen valikoiman kulloinkin tarkastelun kohteena olevan aiheen tietolähteistä. Opinnäytetyön etenemisprosessi aikatauluineen on esitelty kuviossa 6.



Kuvio 6. Opinnäytetyön aikataulu ja eteneminen

Tietoperustan viimeistelyn jälkeen oli mahdollista analysoida työpajojen tulokset ja laatia ehdotukset toimintatavoille ja keinoille, jotka voisivat kehittää potilasturvallisuuden ja hoidon laatua haasteellisissa miehitystilanteissa ja esimiehen poissa ollessa. Lopuksi ehdotukset ja kehittämisprosessi käytiin läpi Siilaisen kuntoutumissairaalan esimiestiimin kanssa palaute- ja yhteenvetopalaverissa. Palautepalaverin motiivina oli ehdotusten ja prosessin käsittelyn lisäksi saada palautetta työpajoista. Varsinaisen kirjallisen palautteen pyytäminen työpajoihin osallistuneilta jäi työpajojen lopuksi huomioimatta. Vaikka myönteistä palautetta tuli paljon suullisesti, rakentava kritiikki jäi ymmärrettävästi olemattomaksi anonyymien kirjallisen palautemahdollisuuden puuttuessa. Kehittämis ehdotusten jalkostaminen ja jalkauttaminen käytäntöön jää opinnäytetyön ulkopuolelle.

#### **6.4 Osallistavat tiedonkeruumenetelmät**

Kehittäminen vaatii poikkeuksetta mahdollisuutta, kykyä ja rohkeutta nähdä asioita uudella tavalla. Luovuus ja innovatiivisuus liittyvät siis kehittämistoimintaan olennaisena osana. Erilaiset uusia näkökulmia, ideoita ja ratkaisuja tuottavat yhteisölliset luovuusmenetelmät ja työkalut ovatkin hyvin tyypillisiä tutkimuksellisessa kehittämistyössä. Ongelmien ratkaisu luovasti edellyttää avointa ja luottamuksellista ilmapiiriä. Sovinnaisten ja yleisesti hyväksytyjen ratkaisujen tuottaminen on sallivassakin ryhmässä tyypillistä työskentelyn alussa. Turvattomassa ympäristössä uusien ja tavallisuudesta poikkeavien ideoiden esittäminen voi kuitenkin tyrehtyä, kun vanhat keinot on käsitelty. Kielteisyys on erityisen vahingollista luovuudelle, ja ideoiden arviointi muutoinkin kaikissa muodoissaan niiden tuottamisen vaiheessa nostaa kynnyksen uusien näkökulmien julki tuomiseen. Positiivisuuden ja avoimuuden voidaankin siis katsoa olevan yhteisöllisten ja luovia ratkaisuja etsivien, osallistavien menetelmien kulmakiviä. (Haukijärvi, Kangas, Knuutila, Leino-Richert & Teirasvuori 2014, 18; Ojasalo ym. 2014, 158.)

Työpajatyypisissä yhteisöllisissä ideointimenetelmissä painotetaan juuri tiedon runsasta keräämistä ja -vaihtoa. Työpajatyöskentely mahdollistaa laajojen ja monimuotoisten aihealueiden käsittelyn erilaisine näkökulmineen ja osa-alueineen. (Haukijärvi ym. 2014, 34.) Tunnetuimpia ideointimenetelmiä lienee

aivoriihi- ja sen mukaelma Learning Cafe-työskentelymuoto. Kummassakin pyritään vetäjän johdolla synnyttämään uusia ratkaisumalleja lähestyttävään ongelmaan. Näissä menetelmissä on etuna käyttää suuria ryhmiä, jolloin kaikkien työpajoissa pohdittaviin asioihin liittyvien yhteisön jäsenien on mahdollista osallistua työskentelyyn. Sitoutuminen työpajoissa tuotettuihin ratkaisuihin on helpompaa niissä mukana olleilla. Suuressa ryhmässä on tosin toisaalta suurempi riski jättyä ulkopuoliseksi tarkkailijaksi kuin pienemmässä ryhmässä. Opinnäytetyön työpajojen tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui learning cafe- eli oppimiskahvila-työskentelymuotoa mukaileva toimintatapa. Oppimiskahvila–menetelmä mukautuu suurelle osallistujamäärälle, useille teemoille ja suhteellisen tiukalle aikataululle helpommin toteutettavaksi työskentelymuodoksi kuin varsinainen aivoriihi, jossa jokaisen teeman käsittelyyn kuuluu useita vaiheita. (Ojasalo ym. 2014, 160-162.) Kahvila-teemalla oli myös mahdollista luoda mielikuvaa työpajan tunnelman tavoitteesta: avoimesta, positiivisesta ja rauhallisesta keskusteluhetkestä kahvitelun ohessa.

## 6.5 Työpajojen suunnittelu

Työpajojen tavoitteena oli löytää osallistujien näkökulmasta merkittävimmät kehitysehdotukset ja -haasteet käsitellyistä teemoista (liite 8). Oppimiskahvila-menetelmässä keskitytään teemojen käsittelyyn ryhmässä. Lähtökohtana on osallistujien jakaantuminen pienryhmiin. Ryhmät pohtivat annettua aihealuetta tuottaen vapaasti näkökulmia omissa pöydissään piirtäen ja kirjoittaen papereihin tai kahvilahengen mukaisesti lautasliinoihin. Sovitun ajan kuluttua pöytäryhmien jäsenet vaihtavat pöydästä toiseen, jolloin uusi pöydän ympärille muotoutunut ryhmä pohtii aiempia tuotoksia ja ideoi niitä eteenpäin. Kullekin pöydälle valitaan puheenjohtaja ja kirjuri, jotka pysyvät paikallaan omassa pöydässään. Loppukeskustelussa puheenjohtajat esittelevät yhteenvedon pöytänsä tuotoksista, ja niitä pohditaan yhdessä keskustellen kaikkien osallistujien kesken. (Haukijärvi ym. 2014, 37; Ojasalo ym. 2014, 162.)

Työpajojen alustuksen ja etenemisen helpottamiseksi laadittiin PowerPoint – esitys (liite 9). Ajan säästämiseksi teemoihin näkökulmia etsivien ryhmien

lukumäärä minimoitiin kahdeksi. Kummassakin ryhmässä tuli valita kirjaamisesta vastaava henkilö koko ryhmän huolehtiessa yhdessä kaikkien näkemysten mui-  
tiin laittamisesta. Puheenjohtajana suunniteltiin toimivaksi esimies tai opinnäyte-  
työn tekijä. Puheenjohtajan tehtävänä oli vastata ryhmässä keskustelun rönkyilyn  
estämisestä ja eteenpäin viemisestä. Teemat aihealueineen pyrittiin valmistele-  
maan huolella, että ryhmässä tuotetut näkökulmat olisivat oleellisia tutkittavan il-  
miön kannalta. Työpajojen alustukseksi varattiin aikaa ennen ryhmiin jakautu-  
mista yhteiselle keskustelulle ja näkemysten kirjaamiselle siitä, mitä potilasturval-  
lisuus tarkoittaa käytännössä arjen työssä niin pienissä yksityiskohdissa kuin  
suurempina linjoina, mitkä asiat heikentävät ja parantavat potilasturvallisuutta ja  
kuinka se toteutuu.

Loppukeskusteluissa käsiteltävien aihealueiden laajemman ymmärtämisen ja  
syyseuraus-suhteiden hahmottamisen avuksi suunniteltiin käytettäväksi sovel-  
taen ns. tikkataulumallia (liite 10). Tikkataulumalli on työyhteisön toiminnan arvi-  
oinnin ja kehittämisen työkalu (Manka & Manka 2016, 120). Keskusteluissa nous-  
seiden näkemysten yhteenvedossa ajateltiin olevan hyödyllistä pohtia samalla  
vaikuttamismahdollisuuksia esiin nousseisiin kehittämissuhteisiin. Tikkataulun  
kehät kuvasivat, miten asiasta päätetään, ja kuinka siihen voidaan vaikuttaa.  
Keskeisimmät keskustelunaiheet asetettiin työpajoihin osallistujien kesken yh-  
dessä oikealle paikalleen tikkataulussa. Sisin kehä kuvasi asiaa, jonka voi sopia  
tiimin sisäisesti. Seuraavalle kehälle asetettiin koko osastoa, edelleen laajem-  
malle kehälle Siilaisen kuntoutumissairaala ja viimeiseksi Siun soten sairaala-  
palveluja koskevat asiat.

Ylihoitaja hyväksyi suunnitelman työpajojen toteutuksesta. Suunnitelmassa esi-  
teltiin valitut tiedonkeruumenetelmät ja työpajan eteneminen aikatauluineen (liite  
6). Ennen varsinaisia työpajoja järjestettiin ylihoitajan aloitteesta esimiehille tes-  
tityöpaja, jonka avulla selvitettiin suunnitelman toimivuutta käytännössä. Testityö-  
pajaan osallistui ylihoitaja, kolme osastonhoitajaa ja kolme apulaisosastonhoita-  
jaa. Testityöpaja osoittautui varsin tarpeelliseksi käytännön yksityiskohtien suh-  
teen: esimerkiksi jokaiseen työpajan pöytään oli syytä valita pelkästään kirjaami-  
sesta vastaava henkilö. Myös suunnitelma tikkataulumallin käytöstä muuttui käy-  
tännöllisemmäksi. Tikkataulu suureni, ja siihen loppukeskustelussa kiinnitettävät



post-it-laput pienenivät. Testityöpajan tuloksia käytettiin varsinaisten työpajojen tapaan aineiston teemoittelussa.

## 6.6 Työpajojen toteutus

Työpajat järjestettiin osaston taukotilassa, työajalla jokaisella osastolla kerran viikossa pidettävän kehityspalaverin (KEPA) paikalla. Aikaa oli käytettävissä 1,5 tuntia työpajaa kohden. Työpajoista tiedotettiin hoitajille viikkoa ennen työpajan järjestämistä sähköpostilla lähetetyssä viikkotiedotteessa, jonka liitteenä olivat kutsu työpajaan (liite 7) ja työpajojen teemat (liite 8). Työpajojen lisäksi kehittämistyöhön oli mahdollista osallistua kertomalla näkökulmansa sähköpostitse, tai kahvihuoneisiin sijoitettuihin palautelaatikoihin.

Työpajoissa pyrittiin tietoisesti rentoon, avoimeen ja sallivaan ilmapiiriin, että kaikki rohkaistuisivat tuomaan mielipiteitään julki. Tavoite tuotiin ilmi myös sanallisesti työpajan alustuksessa korostamalla tilanteen luottamuksellisuutta ja rohkaisemalla sanomaan ääneen myös eriäviä mielipiteitä ryhmään nähden. Potilasturvallisuuskeskusteluun ja alustukseen oli varattu 25 minuuttia. Ennen potilasturvallisuuskeskustelua esiteltiin työpajan alustuksessa Siun soten ja Siilaisen kuntoutumissairaalan toimintaohjeistukset miehityksen poikkeustilanteisiin: Siilaisen kuntoutumissairaalan ohjeistus vuorovastaavalle (liite 1), Siun soten yleinen toimintaohje vuorovastaavalle (liite 2) ja Siun soten harkintaperiaatteet määrääkaisen työvoiman hankinnassa (liite 11). Ohjeistukset jätettiin myöhempää syvenymistä ajatellen tarkasteltaviksi taukotilan pöydälle.

Potilasturvallisuuskeskustelun jälkeen osallistujat jakautuivat ryhmiin. Teemat aihealueineen oli tulostettu ryhmille pöytiin, ja PowerPoint-esitys mahdollisti niiden tarkastelun myös taukotilan suurelta televisioruudulta. Teemakeskustelun kesto sovittiin 20 minuuttia, jonka jälkeen teema aihealueineen vaihtui - ryhmät eivät vaihtaneet pöytää. Teemakeskusteluihin oli varattu aikaa siis yhteensä 40 minuuttia, ja loppukeskustelulle jäi aikaa 25 minuuttia. Työpajoissa käytettiin käytännössä vaihdellen yhtä tulostettua tikkataulua yhteisesti tai erillisiä ryhmäkohtaisia tikkatauluja, riippuen kehille asetettavien näkemysten määrästä.

Kehittämisehdotukset ja -haasteet kirjattiin lyhyesti pienille postit-lapuille, ja asetettiin oikealle kehälleen tikkataulussa. Kiinnitys vahvistettiin teipillä lapun työpajassa asetetun paikan säilymistä varmistamiseksi.

Työpajoja järjestettiin yhteensä viisi: testityöpaja esimiehille 14.11., ja varsinaiset työpajat kirurgiselle- ja geriatriselle kuntoutusosastolle 19.11., neurologiselle kuntoutusosastolle 21.11., akuutille kuntoutusosastolle 3.12. sekä palliativiselle osastolle 4.12.2019. Työpajoihin osallistui yhteensä 47 henkilöä, joista 45 naisia ja kaksi miestä. Osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat ja ylihoitaja osallistuivat ennen varsinaisia työpajoja järjestettyyn testityöpajaan, mutta osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat vaihtelevasti myös varsinaisiin työpajoihin. Muutoin osallistujat olivat ammatiltaan sairaanhoitajia tai lähihoitajia, uransa eri vaiheissa. Osallistujat valikoituivat satunnaisesti työvuoron ja osallistumismahdollisuuksien ajoittuessa työpajan ajankohtaan - tavoitteena oli, että mahdollisimman moni pääsisi osallistumaan. Osallistujia ei haluttu rajata työkokemuksen tai minkään muun ominaisuuden suhteen. Pidemmän työuran tehneillä hoitajilla olisi toki voinut kuvitella laajemman työkokemuksen perusteella olevan enemmän näkemystä työpajoissa käsiteltäviin teemoihin, mutta toisaalta työpajat toimivat myös oivallina oppimistilanteina etenkin uusimmille työntekijöille. Tuoreet hoitajat näkevät myös ehkä herkemmin uusia näkökulmia ja kykenevät kyseenalaistamaan vallitsevia käytäntöjä samassa yksikössä pitkään työskennelleisiin kollegoihinsa nähden. Rauhallinen, kiireetön tilanne pyrittiin järjestämään kuten kehityspalaverienkin suhteen – työvuorosuunnittelulla ja pyrkimällä ennakoimaan osaston tilanne työpajan ajan. Teemoihin liittyen ei esitetty yhtään näkökulmaa tai kehittämisehdotusta sähköpostitse, tai kahvihuoneisiin sijoitettuihin palautelaatikoihin.

## **6.6 Toiminnan analyysi**

Tutkimustapa oli kvalitatiivinen eli laadullinen, sillä tavoitteena oli tutkittavan ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen (Kananen 2014b, 16; Hirsijärvi ym. 2009, 224; Vilka & Airaksinen 2004, 63). Tutkimuksessa kerättiin tietoa toimintatapojen kehittämiseksi ja kuvattiin tutkittavien kokemuksia ilmiöstä. Laadullinen tutkimus soveltuu aiheisiin, joista on olemassa niukasti aikaisempia tutkimustuloksia.

Tutkimusaineiston tulee edustaa mahdollisimman hyvin tutkittavaa ilmiötä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66 - 67.) Tuloksena oli tarkoitus saada selkeä jäsennelty ymmärrys tutkimukseen osallistuneiden subjektiivisista kokemuksista tutkittavaan ilmiöön nähden. Aineiston analyysin ei ollut tarkoitus testata tietoperustaa, vaan olla avoin uusille näkökulmille. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 109.)

Laadullisen tutkimuksen analyysi etenee analyysimenetelmän tavasta riippumatta neljän vaiheen kautta. Ensimmäiseksi seulotaan analysoitavasta aineistosta tutkimustehtävien kannalta oleellimmat asiat. Sitten aineisto kirjoitetaan puhtaaksi eli litteroidaan ja koodataan. Koodaamisella tarkoitetaan yksinkertaistettuna aineiston jäsentelyä ja selkiyttämistä: tutkimuksen kannalta oleelliset, usein toistuvat tai merkittävästi poikkeavat asiat huomioidaan aineistoista eri tavoin merkitsemällä. Kolmantena aineisto voidaan esimerkiksi luokitella, teemoitella tai tyypitellä. Luokittelu on aineiston sisällön teemojen määrällistä tarkastelua, eli aineistoista määriteltyjen luokkien esiintymiskertojen laskemista. Myös teemoittelussa aineiston sisällöstä erotellaan luokkia, mutta painotuksena ei ole luokkien määrä, vaan niiden sisältö. Tyypittely tarkoittaa aineiston tiivistämistä siinä esiintyvien tyypillisten asioiden kokoamisen avulla. Tyypittelyssä teemoittelua aineistoa työstetään ja tiivistetään edelleen jäsenneitten teemoja, että aineistoa pystytään kuvailemaan yleisemmin lukuisten teemojen sijaan. Analyysin viimeinen vaihe on yhteenveto, jossa esitellään johtopäätökset ja tulokset saaduista tuloksista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2004, 93-95.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointimenetelmä mukaili teemoittelua ja tyypittelyä. Tieteellistä metodia jäsentelyn loogisuuteen tai kiistämättömään totuuteen ei ole olemassa, vaan tutkija löytää aineistosta eri sisältöjä yhdistäviä asioita oman ymmärryksensä avulla ja tutkimustehtävien ohjaamana. Tutkimuksen luotettavuus osoitetaan esittämällä tämä ymmärrys, eli tutkijan ajatuksen kulku lukijalle mahdollisimman selkeästi ja yksiselitteisesti. Aineiston sisällön informaatio ei saa muuttua analyysiprosessin aikana, vaan tutkijan on pyrittävä ymmärtämään tutkittavien perimmäinen näkökulma analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104, 113-114.)

Työpajoissa käsitellyt teemat oli jo tutkimustehtävien ja tavoitteiden pohjalta valmiiksi määriteltyjä ja ne ohjasivat tuotettujen havaintojen laatua. Havaintoja oli paljon. Ne oli kuitenkin jo valmiiksi kirjattu asianmukaisesti niitä koskevan teeman alle. Aineiston analysointi aloitettiin tekemällä jokaiselle teemalle oma taulukko (liitteet 12-17). Jokainen erilainen saman teeman alle kirjattu havainto asetettiin taulukkoon allekkain omaksi rivikseen. Samankaltaiset havainnot ja niiden ominaisuudet yhdistyivät samalle riville. Aineisto käytiin läpi litterointivaiheessa yhä uudelleen, kunnes jokaisen teemataulukon kaikki havainnot oli käsitelty. Havainnot oli jo kirjattu työpajoissa suhteellisen pelkistettyyn muotoon, sanapareiksi tai lyhyiksi lauseiksi. Pääasiallisesti taulukkoon kirjatut havainnot mukailivat mahdollisimman sanatarkasti työpajoissa kirjattuja ilmaisuja. Joissakin tapauksissa ilmaisua oli tarpeellista muotoilla ja tiivistää etenkin samaa tarkoittavia havaintoja yhdistäessä. Seuraavaksi aineiston jäsentelyä jatkettiin muodostamalla havainnoista alakategorioita yhtäläisyyksien perusteella. Alakategoriat nimettiin yhtäläisyyttä selkeimmin kuvaavalla nimellä, jotka on kirjattu teemataulukoissa yläkategoriasarakkeeseen. Ensimmäistä teemataulukkoa lukuun ottamatta kaikki havainnot vastasivat tämän opinnäytetyön kehittämistehtäviin. Ensimmäisestä taulukosta kehittämistehtäviin liittyvät havainnot nostettiin esiin yliviivaamalla (liite 12). Alakategorioiden muodostamisella ja nimeämisellä ei enää tyypittelyvaiheessa ollut suurta merkitystä, mutta ne auttoivat aineiston jäsentelyssä ja havaintojen esittelyssä.

## **7 Työpajojen tulokset**

### **7.1 Potilasturvallisuuden vaikuttavia tekijöitä**

Työpajojen alustukseksi ennen ryhmiin jakautumista keskusteltiin yhteisesti siitä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa käytännössä arjen työssä, mitkä asiat heikentävät ja parantavat potilasturvallisuutta, ja kuinka se toteutuu. Havainnoille heikentävistä ja parantavista tekijöistä luotiin aluksi omat teemataulukot. Heikentävät ja parantavat tekijät yhdistyivät kuitenkin yhdeksi taulukoksi, koska ne kertoivat saman teeman kääntöpuolista (liite 12). Potilasturvallisuutta parantavat tekijät

on merkitty alakategoriasarakkeeseen plusmerkillä (+) ja heikentävät asiat miinuksella (-). Kehittämistehtäviin liittyvät havainnot on nostettu esiin yliviivaamalla.

Potilasturvallisuuteen positiivisesti vaikuttaviksi toimintatapoihin liittyviksi tekijöiksi mainittiin tarkistuslistat, jotka varmistavat kaikkien tehtävän kannalta oleellisten asioiden tulleen tehdyiksi. Lääkehoidon turvallisuudessa nähtiin tärkeänä toimintatapojen suunnitelmallisuus ja sujuvuus eri vaiheissa, kuten lääkehoidon osaamisen varmistamisessa, lääkkeiden tilaamisessa, jakamisessa dosetteihin, dosettien tarkastamisessa ja potilaalle antamisessa. Selkeät toimintaohjeet ja niiden nopea löytyminen sekä äkillisten turvallisuusriskien, kuten sairauskohtauksien ja elvytyksen, ennakointi ja niihin varautuminen etenkin koulutuksilla mainittiin turvallisuuden kannalta merkittäviksi. Matala hierarkia kuvailtiin vuorovaikutuksen yksinkertaisuutena ja helppoutena eri virkaportaiden ja ammattiryhmien välillä, ja sen katsottiin parantavan potilasturvallisuutta. Lisäksi myönteiseksi tekijäksi mainittiin selkeä ja oikea-aikainen tiedon kulkeminen. Potilasturvallisuuden negatiivisesti vaikuttavaksi tekijäksi mainittiin jatkuvat ja nopeatempoiset muutokset totutuissa toimintatavoissa.

Työn jakamisen suhteen potilasturvallisuutta parantaviksi tekijöiksi mainittiin selkeä vastuunjako, työparimalli, potilaiden hoidollisuuden huomiointi, hoitajien osaamisen huomiointi, työn jakamisen oikeudenmukaisuus sekä hoidon jatkuvuus. Hoidon jatkuvuus kuvailtiin hoitajan vastuupotilaiden säilymisenä mahdollisuuksien mukaan ennallaan mahdollisimman monen peräkkäisen vuoron ajan.

Hoitajaresurssien määrään ja laatuun liittyviksi turvallisuutta parantaviksi tekijöiksi mainittiin tutut sijaiset, lääkelupien ajantasaisuus, yhdessä sovittujen toimintatapojen yhteisöllinen valvonta, koulutukset, riittävä hoitajamäärä ja riittävä osaamistaso. Potilasturvallisuuden nähtiin vaarantuvan yksittäisistä lainavuoroista muilla osastoilla, työvuorosuunnittelussa huomioimattomista koulutuksista, yksin päätetyistä tavoista priorisoida työtehtäviä ja organisoida työtä sekä lääkelupien saamisen prosessin hitaudesta.

Työskentely-ympäristöön liittyviksi potilasturvallisuutta parantaviksi tekijöiksi mainittiin välineiden löytyminen oikeilta paikoiltaan, turhien tavaroiden siivoaminen

pois sekä siisteys ja puhtaus. Epäjärjestys nähtiin potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä. Työtehtäviin liittyviksi turvallisuutta parantaviksi asioiksi mainittiin läsnäolo potilaan luona. Turvallisuuden nähtiin vaarantuvan liian runsaasta informaatiosta, jatkuvista keskeytyksistä tekeillä olevaan tehtävään, päällekkäisistä tehtävistä sekä monista tärkeistä muistin varaisista asioista.

Tiimityössä potilasturvallisuuteen myönteisesti vaikuttavina tekijöinä mainittiin yhdessä sovitut pelisäännöt, luotettavat työkaverit sekä avun saamisen ja antamisen helppous. Potilaiden hoidollisuuteen liittyviksi turvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi nähtiin aggressiiviset, kaatuilevat ja raskashoitaiset eli kahden tai useamman hoitajan voimin hoidettavat potilaat. Hoitajien suorituskykyyn liittyviksi potilasturvallisuutta vaarantaviksi tekijöiksi mainittiin kiire ja väsymys.

## **7.2 Vajaamiehityksen paikkaaminen**

Toinen teemataulukko sisältää pienempiin ryhmiin jakautumisen jälkeen tehdyt havainnot vajaamiehityksen paikkaamiskäytännöistä ja niiden kehittämismahdollisuuksista (liite 13). Vajaamiehityksen paikkaamisen teeman pohdinnassa Siilaisella vuorovastaavalle tehdyn ohjeistuksen (liite 1) kaikki kohdat mainittiin jokaisessa työpajassa, mutta käsitys toimenpiteiden toteuttamisjärjestämisestä vaihteli jonkin verran. Kaikissa ryhmissä tiedettiin, missä miehityksen paikkaamisen ohje sijaitsee. Myös sijaisen tarpeellisuuden arviointi potilaiden lukumäärän ja hoidollisuuden pohjalta ensimmäisenä toimenpiteenä mainittiin kaikissa ryhmissä.

Miehityksen paikkaamisen erityistilanteista mainittiin ylihoitajan luvan tarpeellisuus ulkopuolisten sijaisten käyttämiseen. Ulkopuolisilla sijaisia tarkoitetaan hoitotyön opiskelijoita ja hoitaja, jotka eivät ole Siun sotien käyttämän Sarastia Rekryhenkilöstöpalveluyrityksen työntekijöitä. Esimiesten mukaan heidän osallistumisensa hoitotyöhön tilapäisesti kiireapuna on mahdollista. Arvioinnin osallistumisen tarpeellisuudesta ja harkinnan osallistumisesta katsottiin olevan esimiehen päätös. Esimies voi harkintansa mukaan myös itse tehdä vuoron, johon ei saada sijaista. Sijaistamisen mainittiin kuitenkin huolestuttavan muun muassa

potilasturvallisuussyistä, kun hoitotyön tekemisestä on aikaa. Esimiehen osallistuminen hoitotyöhön on melko harvinaista Siilaisen kuntoutumissairaalassa.

Tiimityöhön liittyviksi huomioiksi miehityksen paikkaamiseen liittyen mainittiin yhteistyön merkitys sijaistarpeen arvioinnissa ja kokonaistilanteen hahmottamisessa. Keskustelukulttuurilla ja ilmapiirillä katsottiin olevan suuri merkitys paikkaamisjärjestelyjen onnistumiseen. Toimintatapoihin liittyen mainittiin, että erityisesti sissien eli sisäisten sijaisten hakemisen ohjeen tulisi olla selkeä ja ohjeiden sekä ajantasaisten yhteystietojen helposti löydettävissä. Sissi eli sisäinen sijainen tai varahenkilö työskentelee Siun soten rekrytointiyksikön varahenkilöstön sijaispalveluissa. Keväällä 2020 Siun sote siirtyi Sarastia Rekryn sijaispalveluun jatkaen kuitenkin ulkoistettujen sijaispalvelujen ohessa pitkäaikaisten sijaisten ja ensihoitajien rekrytointia (Siun sote 2020e). Työpajoissa tuotiin esiin, että kiireellisissä tilanteissa sisäisen sijaisen hakemisen digitaalisesti tehtävän pyynnön voi myös jättää jälkikäteen tehtäväksi.

Miehityksen paikkaamisen käytäntöjen kehittämismahdollisuuksista nousi esiin kokemus hoitajien vähäisistä mahdollisuuksista vaikuttaa paikkaamiskäytäntöjen kehittämiseen. Kehittämisehdotuksina mainittiin digitaalisen yhteyden ja ylipäättään yhteistyön kehittäminen toisten osastojen kanssa, palkitsemisjärjestelmän kehittäminen esimerkiksi yövuoroon hälytetyn osalta, sisäisen sijaisen hakemisen ohjeistuksen selkeyttäminen, sairaalakohtaisen sisäisen sijaisjärjestelmän palauttaminen, sisäisten sijaisten kouluttaminen eri yksiköihin, oman ohjeistuksen luominen yövuoron paikkaamisen suhteen, lista mahdollisista halukkaista yövuoroon hätätilanteessa sekä yhteistyön tekeminen laitoshuoltajien kanssa.

Palkitsemisjärjestelmän suhteen mainittiin, että yövuoroon hälytetyn veloitetta korvata yövuoron vuoksi listalta vajaiksi jääneitä tunteja ei pidetä oikeudenmukaisena. Nykyisin asia on toivotulla tavalla eikä tuplavuoron, vuoron vaihtamisen tai listaan suunnittelemattoman yövuoron vuoksi työvuorolistasta vajaaksi jääviä tunteja tarvitse korvata. Ylityötunnit saa valita korvattavaksi rahallisesti tai vapaana. Hälykorvaus (50 euroa) nähtiin vaatimattomana etenkin yövuoron osalta. Lisäksi ehdotettiin tuplavuoron tekijälle tai yövuoroon hälytetyille pienimuotoista arvostuksen osoittamista esimerkiksi kukkien, tai viikkotiedotteessa maininnan

muodossa. Osastojen välistä yhteistyötä ehdotettiin kehitettäväksi esimerkiksi miehitystä arvioivien tarkastusosastojen muodossa. Ennen Siun sotea käytössä ollut sairaalakohtaista sisäisten sijaisten järjestelmää perään kuulutettiin lähes jokaisessa työpajassa. Toivetta perusteltiin potilasturvallisuuden parantamisena osastojen erityisosaamisen hallitsevien sisäisten sijaisten myötä, sijaisten saata-  
vuuden helpottumisena sekä sen myötä esimiesten ja vuorovastaavien työn ke-  
ventymisenä sijaisten järjestelyn suhteen. Laitoshuoltajien kanssa tehtävään yh-  
teistyöhön ehdotettiin suunnitelmaa hätätilanteiden varalle, jolloin laitoshuoltajat  
voisivat poikkeuksellisesti auttaa ruoan jakamisessa ja astioiden keräämisessä  
myös hoitajien vuorolla.

### **7.3 Vuorovastaavan rooli**

Kolmas teemataulukko käsittelee vuorovastaavan roolia: perehdytystä vuorovas-  
taavan tehtävään, tehtävänkuvan selkeyttä ja kehittämismahdollisuuksia vuoro-  
vastaavien yhteistyön ja vuorovastaavan tehtävästä suoriutumisen suhteen (liite  
14). Siilaisen kuntoutumissairaalan kuvausta vuorovastaavan tehtävistä (liite 1)  
pidettiin selkeänä ja yksinkertaisena, kun taas Siun soten yleistä vuorovastaavan  
toimenkuvan ohjeistusta (liite 2) liian laajana. Perehtymisen huomioitiin olevan  
jokaisen vuorovastaavaksi työvuorolistaan merkityn omalla vastuulla, joskin  
oman sairaalan selkeän ohjeistuksen olevan turvallinen ja yksiselitteinen apuvä-  
line perehtymisessä. Apulaisosastonhoitajan perjantaina työpäivän päätteeksi  
jättämä tilannekatsaus viikonlopun miehitys – ja potilastilanteesta koko sairaalan  
suhteen (liite 18) nähtiin erinomaisena apuvälineenä vuorovastaavan tehtävässä.  
Vuorovastaavan ominaisuuksista huomioitiin työkokemuksen merkitsevän koulu-  
tustaustaa enemmän tehtävästä suoriutumisessa: vuorovastaava voi olla yhtä  
hyvin kokenut lähi- kuin sairaanhoitajakin. Lisäksi mainittiin, että vuorovastaavan  
on tiedettävä, kuinka asiat toimivat ja oltava yhteistyökykyinen. Vuorovastaavan  
roolissa tiimityöhön liittyviä huomioita olivat tiimin tukemisen ja avun antamisen  
merkitys, koska vuorovastaavan tehtäviin käytetty aika on pois hoitotyöhön käy-  
tettävästä ajasta.



Vuorovastaavien toivotaan pitävän keskenään yhteyttä viranomaisradioverkon eli VIRVE:n avulla. VIRVE:n etuna on nopea ja suojattu, ryhmäpuhelut ja lyhytsanommat mahdollistava viestintä (Erillisverkot 2020). Työpajoissa VIRVE:n käytössä kuvailtiin suurta vaihtelevuutta. Toiset kokevat käyttämisen sujuvaksi ja osalle se on hankalaa. Lisäksi tuotiin esille ongelmia VIRVE-päätelaitteiden akun kestävydessä: päätelaitteen mykistymistä ei useinkaan huomaa kesken työvuoron, eikä latauksessa olevaa laitetta voi kantaa mukanaan. Päätelaitteita tulisi siis huoltaa säännöllisesti ja huonokuntoiset laitteet vaihtaa uusiin.

Vuorovastaavan roolin kehittämisestä keskusteltaessa tuotiin esille ovenavauspyynnöt, jotka ohjautuvat vuorovastaavalla käytössä olevaan puhelimeen. Pyyntö voisi ohjata toiseen puhelimeen tai vaihtaa vuorovastaavan käytössä olevaa puhelinta. Vuorovastaavien säännönmukaisia kokoontumisia työvuoron alussa tai päivittäin ehdotettiin toisaalta tehtäväkuvaukseen lisättäväksi, toisaalta ne arvioitiin ilman painavaa syytä liikaa aikaa vieviksi. Perekäytystä ja ohjeiden kertaamista vuorovastaavuuteen ja VIRVE:n käyttämiseen toivottiin lisää. Tehtäviin perehtyneisyys ja vastuun ottaminen velvollisuuksista ehdotettiin kuitattavaksi erityisellä tarkistuslistalla. Vuorovastaavuutta ehdotettiin vastuualueeksi, jolloin vain vuorovastaaviksi nimetyt hoitajat saisivat vastuutehtävänsä koulutusta ja aikaa yhteispalaverille. Vuorovastaaville ehdotettiin WhatsApp-ryhmää yhteyden pitämisen helpottamiseksi, sekä auktoriteettia delegoida ylimääräisen vastuutehtävänsä vuoksi liiallista työtaakkaa tiimin jäsenille. Lisäksi ehdotettiin, että koko sairaalan vuorovastaavien nimet koottaisiin vuorokohtaisesti yhteen listaan jokaiselle osastolle ja vuorovastaavan tunnistaisi esimerkiksi työasuun kiinnitetävästä merkistä.

#### **7.4 Työtehtävien jakaminen ja priorisointi**

Neljäs teemataulukko käsittelee työtehtävien jakamista ja tärkeysjärjestystä, kun sijainen puuttuu kokonaan, sijaisella ei ole riittävää osaamista, tai kun sijaiselta puuttuvat lääkeluvat (liite 15). Suurin osa kaikista huomioista liittyi eri tavoin tiimityöhön, ja osa huomioista käsittelee toimintatapoja. Tiimityöhön liittyviä huomioita sijaisen puuttuessa olivat työnjaon yhdessä sopiminen, tärkeiksi nähtiin erityisesti

neuvottelu lääkkeiden ja ruoan jakamisesta, potilaiden hoitoisuuden huomioiminen sekä yhteistyö yli tiimirajojen: muut tiimit osallistuvat työn jakamiseen sijaisen puuttuessa. Esimerkkinä tiimien ja osastojen välisestä yhteistyöstä mainittiin avustaminen kaksin hoidettavien tai muutoin hoitoisuudeltaan raskaiksi luokiteltujen potilaiden hoidossa sekä ruoan jakamisessa ja astioiden keräämisessä. Lisäksi huomioitiin, että jokaisessa tiimissä tulisi aamu- ja iltavuoroissa olla vähintään yksi lääkeluvallinen sairaanhoitaja. Tarvittaessa hoitajia vaihdetaan sijaisen puuttuessa tiimien tai osastojen kesken tämän vähimmäismäärän täyttämiseksi. Yövuorossa vähimmäismäärä on yksi lääkeluvallinen sairaanhoitaja jokaisessa kerroksessa.

Kun sijaisella on osaamisvajetta tai lääkeluvat puuttuvat, tuotiin työpajoissa esille tiimityöhön liittyen yhteistyön merkitys koko sairaalan suhteen etenkin yövuoroissa, jolloin lääkeluvattoman sairaanhoitajan tehtävien paikkaamisesta vastaa sovittaessa kuka tahansa yövuorossa oleva lääkeluvallinen sairaanhoitaja. Lääkeluvattoman hoitajan lääkehoitovastuu ajateltiin olevan parempi jakaa tasaisesti kaikkien vuorossa olevien lääkeluvallisten hoitajien kesken kuin kuormittaa yhtä hoitajaa kahden hoitajan lääkehoitovastuulla. Toisaalta tehtäväkeskeinen työnjakomalli työparin kesken nähtiin tällaisissa tilanteissa toimivimmaksi ratkaisuksi, esimerkiksi toisen osapuolen auttaessa wc-asioissa ja ruokailuasentoihin siirtymisissä, kun toinen huolehtii lääkkeiden- tai ruoan jakamisesta. Sijaisen kokemattomuus ajateltiin olevan hyvä huomioida jakamalla tälle kevyempihoitoisia potilaita ja antaa kokeneemmille hoitajille vastuu haasteellisten tilanteiden, kuten tyytymättömän potilaan tai omaisen kohtaamisesta. Kokonaistilanne ajateltiin olevan hyvä huomioida jakamalla sijaiset ja kokeneet hoitajat tasaisesti tiimien kesken sekä antamalla vähemmän ja kevyempiä potilaita työparille, josta toisella on osaamisvajetta.

Työn jakamiseen ja priorisointiin tiimityöhön yleisesti liittyvinä tekijöinä huomioitiin tärkeimmäksi periaate työn tasaisesta kuormittavuudesta kaikkien työvuorossa olevien kesken. Toisen puolesta ei voi luvata asioita tehtäväksi seuraavassa vuorossa. Lisäksi kerrottiin liian tehtäväkeskeisistä kokeiluista, jotka eivät olleet toimineet: esimerkiksi yhdelle hoitajalle annettiin vastuu kaikkien potilaiden iltalääkkeistä vastineeksi muiden työtehtävien vähenemisestä. Kokeilu oli ollut

epätyydyttävä kaikille osapuolille. Seuraavalle vuorolle hyväksyttävästi perustelluin syin jätettäväksi sallittaviksi katsottiin muun muassa kotiutusasiat, vastamatta jääneet puhelut, vitalitoimintojen mittaaminen, toimintakyky- ja muiden mittareiden tekeminen, omaiskeskustelut ja vaativa kuntoutus, eli runsasta apua ja aikaa vaativa siirtäminen sängystä ja liikkumisessa avustaminen sekä hampaiden pesu. Tekemättä jääneet asiat mainittiin tärkeiksi viestiä selkeästi hoitotyön merkintöihin ja mahdollisuuksien mukaan vielä suullisesti seuraavalle vuorolle. Merkittäväksi tekijöiksi onnistuneeseen työn jakamiseen ja priorisointiin mainittiin tehtävien oikea tärkeysjärjestys, joustavuus, empatia, tiimihenki, avoin keskustelu, yhteistyö, avun pyytäminen ja antaminen sekä epätietoisuus ja tavoite yhteiseen hyvään. Hoitajilla tuotiin esille olevan pääsääntöisesti joustava asenne ja työtehtävien tai potilaiden valikoimisen olevan harvinaista. Työn sujumuuden katsottiin riippuvan ainakin osittain siitä, keitä on vuorossa töissä. Työn sujumuutta parantaisi kaikkien tietoinen ja yleinen tavoite tulla toimeen keskenään. Lisäksi mainittiin työskentelyn toisinaan tuntuvan helpommalta yksin kuin ohjata ja neuvoa täysin kokematon sijaista: seuraavalla kerralla oppia saanut sijainen kuitenkin on jo avuksi.

Toimintatapojen suhteen palliatiivisella osastolla esiteltiin lääkärin kanssa yhteistyössä tehty erillinen työtehtävien priorisointiohje (liite 19) ja mietittiin, olisiko kaikille osastoille syytä tehdä samankaltainen ohjeistus. Työpajoissa tuotiin esille, että on hyvin vaikeaa luoda yksiselitteistä kaavaa tai mallia miehityksen kannalta haasteellisiin tilanteisiin, koska muuttuvia tekijöitä paljon ja tilanteita voi ratkaista usealla tavalla: tärkeintä kulloinkin sovituksessa menettelyssä on yhteisymmärrys työn jakamista sovittaessa sekä potilasturvallisuuden toteutuminen. Vastuu tasaisesti kuormittavasta työn jakamisesta on kokeneilla kokonaistilanteen hahmottavilla hoitajilla. Viikonloppujen tuotiin esiin olevan pääsääntöisesti rauhallisempia erityisesti lääkäriasioiden vähyyden vuoksi. Viikonloppuisin päivystävä lääkäri arvioi ainoastaan sitä kiireellisesti tarvitsevia potilaita, ja myös potilaiden kotiutuminen ja siirtyminen osastolle on vähäisempää. Viikonloppuisin katsottiin näin ollen olevan mahdollista hoitaa kiireessä tekemättä jääneitä asioita, kuten mittareiden tekemisiä ja suihkutuksia. Lääkehoito priorisointiin työpajoissa tärkeimmäksi hoidettavaksi työtehtäväksi - lääkehoito, ravitsemus ja perushoito nähtiin aina ja joka

tapauksessa hoidettavina kokonaisuuksina, muiden asioiden seuratessa näiden perusasioiden toteutumisen jälkeen.

## 7.5 Yhteyden ottaminen esimieheen

Viides teemataulukko kokoaa havainnot tilanteista, jolloin esimieheen otetaan yhteyttä tämän virka-ajan ulkopuolella ja käytännöistä, kun esimiestä ei tällaisissa tapauksissa tavoiteta (liite 16). Yhteyden ottamista vaativista tilanteista huomioitiin, että ne ovat vähentyneet erittäin harvinaisiksi päivystävän osastonhoitajan ansiosta. Päivystävä osastonhoitaja on käytettävissä viikonloppuisin aamuvuoron ajan, poikkeuksellisesti koronakriisin ensimmäisen aallon huippuvaiheessa myös viikonloppuiltaisina. Esimiestä katsottiin tarvittavan tämän virka-ajan ulkopuolella, kun yövuoroon ei saada järjestettyä työntekijää, kollega on päihtynyt, evakuointia vaativissa tulipaloissa tai muissa suurissa katastrofeissa, kun henkilökuntaa sairastuu äkillisesti esimerkiksi noroviruksen vuoksi ja kun tekninen huolto ei toimi päivystysaikana (esimerkiksi hissien toiminnan häiriytyessä). Yleisenä periaatteena pidettiin, että esimieheen otetaan yhteyttä, kun ei enää tiedetä mitä tehdä. Vakava väkivaltatilanne katsottiin tuotavaksi päivystysaikana esimiehen tietoon harkinnan mukaan: esimiehen rooli on tällöin toimintatapojen ohjaaminen ja neuvonta.

Jos omaa esimiestä ei tavoiteta, soitetaan läpi kaikki sairaalan esimiehet ja tarvittaessa jatketaan yhteyden ottamista esimiesportaissa seuraaville tasoille. Jos ketään ei tavoiteta, jää valta ja vastuu päätöksistä vuorovastaavalle tiimin tukena. Viimeisenä vaihtoehtona otetaan yhteyttä päivystävään lääkäriin, jolla on mahdollista tehdä järjestelyjä esimerkiksi osastolle siirrettäväksi suunniteltujen potilaiden suhteen. Toimintatavoista huomioitiin, että yhteystietojen tulisi olla ajan tasalla ja helposti löydettävissä. Kehittämisestä huomioitiin, että ennen esimiehen tavoittelua olisi hyvä käydä läpi muiden vaihtoehtojen pois sulkemisen varmistava tarkistuslista.

## 8 Tulosten tarkastelu ja kehittämisehdotukset

Loppukeskustelussa työpajassa olennaisimmiksi katsottujen aihealueiden laajempaan ymmärtämiseen käytettiin tikkataulumallia. Tikkataulun kehät kuvasivat, millä tasolla asiasta päätetään ja kuinka siihen voidaan vaikuttaa. Keskeisimmät aihealueet asetettiin kaikkien työpajaan osallistuneiden kesken yhdessä oikeille paikoilleen (liite 17). Tikkatauluista löytyi myös muutama havainto, joita ei löytynyt työpajoissa käsiteltyjen teemojen alle tehdyistä kirjauksista.

Haasteellisin vaihe tuloksien tarkastelussa oli niiden jäsentäminen selkeiksi havainnot tiivistäviksi kehittämisehdotuksiksi. Kuten työpajojen loppukeskusteluisakin kävi ilmi, osa kehittämisehdotuksista koskee päätöksiä ylimmän johdon tasolla, ja joidenkin niistä toteuttaminen tarkoittaisi mittavia toimenpiteitä koko organisaatiota ajatellen. Osa havainnoista käsitteli abstrakteja, vaikeasti mitattavia asioita, kuten ilmapiiriä sekä työyhteisön jäsenten ja tiimin ominaisuuksia, jotka konkretisoituvat käytännön toiminnassa. Työpajoissa tehdyissä huomioissa oli kuitenkin myös runsaasti konkreettisia, suoraan käytännön toimintaan liittyviä kehittämisehdotuksia. Kaikki edellä luetellut havaintojen muodot olivat tutkimustehtävien kannalta oleellisia, tutkittavien subjektiivisia kokemuksia kehittämisen kohteena olevasta ilmiöstä. Työpajat eivät tuottaneet ennen kuulumattomia näkökulmia, tai tarjonneet yksiselitteisiä ratkaisuja käsiteltyihin aihealueisiin. Ne kuitenkin kokosivat kattavasti osallistujien näkemyksiä potilasturvallisuuden kehittämistä miehityksen näkökulmasta haasteellisissa tilanteissa, ja tarjosivat mahdollisuuden kohtaamiseen, mielipiteiden vaihtamiseen ja oppimiseen tämän varsin ajankohtaisen aiheen tiimoilta. Kehittämisehdotuksia tarkastellessa käydään ensiksi läpi useampia teemataulukoita yhdistäviä tekijöitä, ja sen jälkeen tiettyyn teemaan tai asiaan liittyviä kehittämisehdotuksia.

### 8.1 Tarkistuslistat, toimintatavat ja yhteystiedot

Erilaiset tarkistuslistat, toimintatapojen selkeät ohjeistukset ja yhteystietojen ajantasaisuus sekä nopea saatavuus tulivat esille useammassa teemataulukossa. Kiitosta aihealueeseen liittyen saivat erityisesti Siilaisen vuorovastaavalle tehty

ohjeistus (liite 1) ja apulaisosastonhoitajan viikonlopuksi jättämä tilannekatsaus osastojen tilanteesta (liite 18) vuorovastaavan ja päivystävän osastonhoitajan työn helpottamiseksi. Kehittämisehdotuksissa on huomioitavaa, että vuorovastaaville ehdotettu kokoontuminen ja keskinäinen raportointi nähtiin toisaalta myös vievän turhaan niukkaa aikaa jo muutoinkin haasteellisissa miehitystilanteissa, ilman painavaa syytä. Toisaalta vuorovastaavien yhteistyötä säännön mukaisen kokoontumisen ja raportoinnin muodossa ehdotettiin lisättäväksi vain viikonloppuisin ja arkipyhinä. Lisäksi ehdotettujen osastokohtaisten työtehtävien priorisointiohjeiden suhteen olisi syytä huomioida niiden luonne hätätilanteissa vain välttämättömimpien tehtävien listana potilasturvallisuuden takaamiseksi. Teema- taulukoista poimitut havainnot ja kehittämisehdotukset tarkistuslistoihin, toiminta- ohjeisiin ja yhteystietoihin liittyen on esitetty taulukossa 1.

Taulukkoon on lisätty viimeiseksi kehittämisehdotukseksi myös vuonna 2011 voimaan tulleen Terveystieteiden tutkimuskeskuksen edellyttämän terveydenhuollon yksiköille laaditun potilasturvallisuussuunnitelman selkeä julkinen saatavuus. Asia ei tullut esille työpajoissa, mutta tietoperustaa laadittaessa suunnitelmasta löytyi vain viittauksia muiden julkaisujen yhteydessä (Bjerregård Madsen ym. 2019; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016, 13). Yksikkökohtaiset potilasturvallisuussuunnitelmat lienevät tarkahkoja mukaelmia organisaation yleisestä suunnitelmasta, mutta niidenkin olisi syytä olla julkisia. Yksikön esittelyssä voisi esimerkiksi olla maininta suunnitelman noudattelevan organisaation yleistä potilasturvallisuussuunnitelmaa. Nykyisen asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman tavoitteena on potilasturvallisuuden näkyvyys hoidon järjestämisen rakenteissa ja käytännön toiminnassa, sekä potilaan mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua potilasturvallisuuden toteutumiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 11; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 7-8). Helposti saatavilla oleva, julkinen potilasturvallisuussuunnitelma parantaa niin potilaiden, näiden omaisten ja läheisten kuin henkilöstönkin palautteenanto- ja mahdollisesti sen myötä myös osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia potilasturvallisuuden kehittämiseksi.

Taulukko 1. Tarkistuslistat, ohjeistukset ja yhteystiedot

HYVÄÄ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siilaisen vuorovastaavalle tehty ohjeistus selkeä ja yksinkertainen</li> <li>- Apulaisosastonhoitaja jättää perjantaina työaikansa päätyttyä pöydälleen tiedot osastojen tilanteesta: miltä osastoilta voi pyytää apua</li> </ul>
KEHITTÄMISEHDOTUKSIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yövuoron miehityksen paikkaamisen suhteen selkeä ja yksiselitteinen ohjeistus koko Siilaisen kuntoutumissairaalalle</li> <li>- Lista vapaaehtoisista, jotka mahdollisesti voisivat tehdä yövuoron hätätilanteessa: yhteystiedot ajan tasalla ja nopeasti löydettävissä</li> <li>- Erittäin tärkeää, että sissien hakemisen ohje on selkeä, päivitetty ajan tasalle ja löytyy aina tietystä paikasta, sissien hakemisen ohje edelleen tarkemmaksi ja selkeämmäksi</li> <li>- Vuorovastaavan tehtävien ohjeistukseen lisäys kokoontumisista ja toisille vuorovastaaville raportoinnista</li> <li>- Työtehtävien priorisointi: osastokohtaiset ohjeet yhteistyössä osaston lääkärin kanssa</li> <li>- Tarkistuslista, joka käydään läpi ennen esimiehelle soittamista tämän työajan ulkopuolella</li> <li>- Tarkistuslista vuorovastaavan velvollisuuksista, jonka allekirjoittamalla vuorovastaava ottaa niistä virallisen vastuun</li> <li>- Koko sairaalan vuorovastaavien nimet vuorokohtaisesti yhteen listaan</li> <li>- Hätätilanteessa soitetaan kaikki sairaalan esimiehet läpi, ellei omaa esimiestä saada kiinni, edelleen taas esimiesportaissa aina seuraavalle - viimeinen vaihtoehto päivystävä lääkäri: yhteystiedot oltava ajan tasalla ja nopeasti löydettävissä</li> <li>- -Z-asemalle kaikki päivitettyt ohjeet selkeästi löydettäväksi ja paperiversiot ohjeista työvuorokansioon tai omaan erilliseen kansioon</li> <li>- Siun soten potilasturvallisuussuunnitelma (+ Siilaisen kuntoutumissairaalan potilasturvallisuussuunnitelma?) selkeästi netistä löydettäväksi</li> </ul>

## 8.2 Moniammatillinen yhteistyö ja tiimityö

Moniammatillinen yhteistyö toistui useassa ja onnistuneen tiimityön sekä tiimin ominaisuuksien kuvaukset kaikissa teemataulukoissa. Etenkin tiimin tai sen jäsenten hyviä ominaisuuksia kuvailevia ilmaisuja lienee melko haasteellista kehittää vain säännöillä tai kielloilla, vaan niiden vaaliminen vaatii suurilta osin myös

yksilöiden omaa tiedostamista, motivaatiota ja oivalluksia joustavan ja yleiseen hyvään tähtäävän toiminnan kehittämiseksi. Hoitotyöhön tarvittavaa aikaa olisi ehkä mahdollista vapauttaa tarkastelemalla moniammatillisen yhteistyön vaihtoehtoja etenkin hoitajamiehityksen ollessa puutteellinen (Koivukoski & Palomäki 2009, 12). Havainnot moniammatillisesta yhteistyöstä ja tiimityöstä on esitetty taulukossa 2.

Sote-tieto hyötykäyttöön 2020 -strategia on lisännyt erilaisten tiedolla johtamisen työkaluiksi laadittavien mittareiden tekemistä hoitotyössä (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2014, 20-21). Mittarien tekeminen on pääasiallisesti hoitajien vastuulla mahdollisimman pian osastolle siirtymisen jälkeen. Asia ei tullut esille työpaikoissa, mutta niiden ulkopuolisena kehittämissuunnitelmaksi taulukkoon on lisätty viimeiseksi moniammatillisen yhteistyön lisäämisen mahdollisuuksien kartoittaminen näiden mittareiden tekemisen suhteen. Fysioterapeutit ovat jo nykyisin tehneet toisinaan myös hoitajien vastuulla olevia fyysistä toimintakykyä arvioivia mittareita, ja kotiutusyhdyshenkilö avustaa mittareiden tekemisessä mahdollisuuksiensa mukaan kotiuttamiseen liittyvien töiden ohessa.

Kollegiaalisuuden ja moniammatillisen eli ammattiryhmien ja kollegojen välisen vastavuoroisen tietojen, taitojen ja pätevyyttä kunnioittavan yhteistyön on osoitettu olevan merkittävä tekijä hoidon laatuun ja potilasturvallisuutta ajatellen (Lowe & Tori 2017, 716; Thompson 2015, 5). Työpaikan luottamussuhteiden on todettu vaikuttavan vuorovaikutuksen laatuun ja työntekijöiden motivaatioon. Johtaminen ja organisaation käytännöt ovat kriittisiä tekijöitä luottamuksen ja motivaation ylläpitämisessä. Tämä tarkoittaa etenkin julkisesti lausuttujen päämäärien ja konkreettisen toiminnan ristiriidattomuutta. (Okello & Gilson 2015, 1; Helovuori ym. 2011, 97.) Ikonen (2015, 141-143) kuvailee esimies-alaisuudessa luottamusta rakentaviksi tekijöiksi muun muassa arvostuksen osoittamisen, kuuntelemisen, sallivuuden ja selkeän viestinnän, kun taas luottamusta rikkoo etenkin reagoimattomuus, passiivisuus ja vuorovaikutuksesta kieltäytyminen.



Taulukko 2. Moniammatillinen yhteistyö ja tiimityö.

<b>ONNISTUMISEN EDELLYTYKSIÄ MONIAMMATILLISESSA YHTEISTÖSSÄ JA TIIMITYÖSSÄ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Matala hierarkia: vuorovaikutuksen mutkattomuus eri virkaportaiden ja ammattiryhmien välillä</li> <li>- Selkeä, ajantasainen tiedonkulku</li> <li>- Kollegiaalisuus kaikissa portissa</li> <li>- Yhteistyö koko sairaalan suhteen tärkeää: esimerkiksi eri kerrosten välillä lääkeluvallisen sairaanhoitajan puuttuessa yövuorosta</li> <li>- Hyvä tiimihenki: joustavuus, empatia, kollegiaalisuus, keksitään ratkaisut yhdessä, työkaveriin voi luottaa</li> <li>- Esimies on auktoriteetti, esimieheen voi luottaa</li> <li>- Yhdessä sovitut pelisäännöt, yhteisöllinen valvonta yhdessä sovittujen toimintatapojen noudattamiseksi</li> <li>- Avun saaminen ja antaminen helppoa - tärkeys korostuu haasteellisissa tilanteissa</li> <li>- Keskustelukulttuurilla ja ilmapiirillä suuri merkitys miehityksen paikkaamisjärjestelyjen onnistumiseen</li> <li>- Vuorovastaavan on oltava yhteistyökykyinen</li> <li>- Toinen tiimi auttaa vajaata tiimiä: työtä tehdään yli tiimirajojen. Tarvittaessa vaihdetaan hoitajia tiimien kesken osaamisen tasaamiseksi</li> <li>- Työn sujuvuus riippuu siitä, keitä on töissä: kaikilla tulisi olla tavoitteena tulla toimeen keskenään</li> </ul>
<b>KEHITTÄMISEHDOTUKSIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vuorovastaavien yhteistyön kehittäminen</li> <li>- Tiimin tuki ja apu vuorovastaavan tehtävässä tärkeää - vuorovastaavalle auktoriteetti delegoida työtehtäviä ja tarkistettavia asioita muille työntekijöille</li> <li>- Yhteistyö laitoshuoltajien kanssa: voisivatko laitoshuoltajat joustaa hätätapauksissa esimerkiksi ruoan jakamisen ja astioiden keräämisen suhteen?</li> <li>- Yhteistyö hoitoisuuden ja kokonaistilanteen arvioinnissa tärkeää- -&gt; yhteispalaveri, jossa työnjako sovitaan yhdessä tiimin tai koko osaston kesken haasteellisissa miehitystilanteissa työvuoron aluksi</li> <li>- Yhteistyön lisääminen osastojen ja sairaalan eri kerrosten välille, esimerkiksi tarkastussoitto: onko miehitys kunnossa?</li> <li>- Esimiestä voi pyytää tämän työaikana mahdollisuuksien mukaan tilapäisesti auttamaan hoitotyössä: esimies arvioi onko siihen tarvetta, ja tekee päätöksen osallistumisestaan omien resurssiensa mukaan</li> <li>- Moniammatillisen yhteistyön lisäämisen mahdollisuuksien kartoittaminen erilaisten mittareiden tekemisen suhteen</li> </ul>

### 8.3 Toimintatavat miehityksen paikkaamisessa

Vajaamiehityksen paikkaamiskäytännöissä sijaistarpeen arviointi potilaiden lukumäärän ja hoitoisuuden suhteen ensisijaisena, ja vuorovastaavalle tehdyn ohjeistuksen mukaan toimiminen toisena toimenpiteenä oli kaikille selvää. Sairaalakoh- taista sisäisten sijaisten järjestelmän palauttamista toivottiin lähes kaikissa työ- pajoissa. Kehittämistä ehdotettiin muun muassa digitaalisessa yhteistyössä, ja vuorojärjestelyissä joustaneiden palkitsemisessa. Työpajoissa tuotiin myös esiin tyytymättömyyttä hoitajien mahdollisuuksiin vaikuttaa vajaamiehityksen paikkaa- miskäytäntöjen kehittämiseen. Havainnot ja kehittämissuhteet toimintata- voissa miehityksen paikkaamisessa on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. Toimintatavat miehityksen paikkaamisessa.

HAVAINNOT JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Digitaalisen yhteyden ja yhteistyön kehittäminen toisten osastojen kanssa</li> <li>- Hoitajilla kokemus vähäisistä mahdollisuuksista vaikuttaa vajaamiehityksen paikkaamiskäytäntöjen kehittämiseen -&gt; olisiko osallistumismahdollisuuksia mahdollista kehittää?</li> <li>- Jos yövuoroon ei saada sijaista: otetaan yhteys esimieheen, joka määrää yövuoron tekijän</li> <li>- Sisäisen sijaisen voi pyytää myös puhelimitse - digitaalisen pyynnön voi laatia jälkikäteen, kun on aikaa</li> <li>- Palkitsemisjärjestelmän kehittäminen: ehdotuksia mm. hälykorvauksen parantaminen tai pienimuotoinen huomionosoitus miehitysjärjestelyissä joustaneelle (kukkia tai huomiointi viikkotiedotteessa)</li> <li>- Sairaalamuutokset sisäisten sijaisten järjestelmä takaisin: perusteluina sijaisten saatavuuden helpottuminen, sijaisten osaamisen kohdentuminen asianmukaisesti ja sen myötä potilasturvallisuuden parantuminen</li> <li>- Eri yksiköihin pitäisi kouluttaa omia osaajia sisäisistä sijaisista</li> </ul>

Sisäisten sijaisten järjestelmän kehittäminen osaamisen kohdentumiseksi pa- remmin sijaista tarvitsevan yksikön mukaan on perusteltu näkökulma – laadukas hoito ja potilasturvallisuuden toteutuminen edellyttävät osaavia terveydenhuollon ammattilaisia (Laaksonen ym. 2020, 284; Karhe 2019, 5; Sosiaali- ja terveystoimi- nisteriö 2017, 15; Ensio ym. 2016, 11; Helovuori ym. 2015, 11; Flinkman 2014a, 3; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 16). Tämä tarkoittaisi nykyisellään Siun

soten yhteistyötä Sarastia Rekry – sijaispalvelun kanssa, jolle sijaispalvelut on ulkoistettu (Siun sote 2020e).

Virtuaaliset työympäristöt ja etätöiden tekeminen yleistyvät kiihtyvällä vauhdilla, myös julkisen sektorin organisaatioissa. Hajautettu työ luo organisaatiolle mahdollisuuksia yhdistää lahjakkuuksia ja asiantuntevia työntekijöitä poistamalla aika- ja tilaesteet. (Mehtab, Rehman, Ishfaq & Jamil 2017, 183.) Korona loi etätöskentelylle aivan uudenlaisen näyttämön ja haastoi virtuaalityöskentelyn mahdollisuudet ennennäkemättömiin mittasuhteisiin. Uusien työskentelytapojen eteen joutuivat nekin yhteisöt, joille virtuaalinen tapa tehdä työtä ei vielä ehkä muutoin olisi ollut ajankohtaisia. (Launonen 2020.) Koronan uhka rantautui myös Siun soteen ja vauhditti uusien virtuaalisten työkalujen käyttöön ottamista. Hoitotyötä ei ainakaan vielä toistaiseksi ole mahdollista tehdä etätöinä, mutta useimmat hoitajienkin kesken käytävät palaverit on koronan siivittämänä alettu käydä Teams -sovelluksen avulla. Ajatus digitaalisen yhteistyön kehittämisestä on siis tältä osin jo toteutunut.

Työntekijöiden kokemus oman panoksensa ja työn antaman vastikkeen tasapainosta on eräs olennaisimpia haasteita työtehtävien, työympäristön ja palkitsemisjärjestelmän luomisessa (Viitala 2015, 138-139). Sattumanvarainen, puutteellinen, ristiriitainen tai esimiehen mielipiteiden varassa toimiva palkitsemisjärjestelmä voi aiheuttaa herkästi negatiivisia lieveilmiöitä, jarruttaa kehittämistoimintaa ja jopa estää organisaation strategian toteutumista (Viitala 2004, 269). Aineeton arvostuksen osoittaminen hoitajille luovine ratkaisuineen lienee tällä hetkellä valitettavasti ainoa realistinen näkymä sote-alan heikon taloustilanteen vuoksi (Siun sote 2020f; Kainulainen 2019; Kosonen 2019). Paras palkinto työvuorojärjestelyissä joustaneelle hoitajalle nykytilanteessa taitaakin olla mahdollisuus muokata työvuorolistaa joiltain osin mieluisammaksi, sekä tietenkin saada ylityöstä korvaus palkkana tai vapaana. Ehdotuksia aineettoman palkistamisen keinoiksi ja tapoja arvostuksen osoittamiseen olisi tietenkin mahdollista kartoittaa henkilöltä.

Mahdollisuudet oman työn kehittämiseen lisäävät työn mielekkyyttä ja sen myötä työhön sitoutumista. Henkilökunnan osallistaminen kehittämiseen, innovointiin ja

päätöksien tekemiseen kasvattaa luottamusta, avoimuutta ja kunnioitusta organisaatioportaiden välillä ja luo edellytyksiä laadukkaalle toiminnalle. Henkilöstön osallistumismahdollisuuksien kriittinen tarkastelu on siis perusteltua. Pelkkä mielipiteen ilmaisun vapaus vailla vaikuttavuutta ei tarkoita mahdollisuutta vaikuttaa konkreettisesti toiminnan kehittämiseen. (Laaksonen ym. 2020, 284; Kinnunen 2019; 7; Miettinen 2019.)

#### **8.4 Vuorovastaavan toimenkuva**

Vuorovastaavan toimenkuvan teemassa kehittämissuhteet koskivat yhteyden pitämisen ja perehdyttämisen käytäntöjä sekä vuorovastaavan valintakriteerejä ja ominaisuuksia. Konkreettinen koko organisaatiota koskeva kehittämissuhteus oli esimerkiksi työvaatteisiin kiinnitettävä vuorovastaavan tunnistamisen visuaalisesti mahdollistava merkki. Parannussuhteita tuotiin esille mm. VIRVE-päätelaitteiden huoltamisen ja VIRVE:n käyttökoulutuksen suhteen. Havainnot ja kehittämissuhteet vuorovastaavan toimenkuvan suhteen on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4. Vuorovastaavan toimenkuva.

HAVAINNOT JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siun soten yleinen vuorovastaavan tehtävien kuvaus liian laaja</li> <li>- Perehtyminen nykyisellään jokaisen omalla vastuulla – Siilaisen vuorovastaavan ohje kuitenkin erinomainen työkalu omaehtoiseen perehtymiseen</li> <li>- Vuorovastaava voi olla myös lähihoitaja, valitsemiskriteeri tehtävään on ensisijaisesti työkokemus</li> <li>- Vuorovastaavan on tiedettävä, kuinka asiat toimivat</li> <li>- Vuorovastaavia pitäisi perehdyttää enemmän, ohjeita pitäisi kerrata</li> <li>- Vuorovastaavuus vastuualueeksi? -&gt; yhteiset koulutukset ja vastuualuepalaverit</li> <li>- VIRVE:n käytössä vaihtelevuutta, toiset käyttävät enemmän kuin toiset</li> <li>- VIRVE-päätelaitteet eivät ole aina kunnossa, joistakin akku loppuu nopeasti kesken vuoron -&gt; päätelaitteita tulisi huoltaa säännöllisemmin ja huonokuntoiset laitteet vaihtaa uusiin</li> <li>- VIRVE:n käyttöön enemmän koulutusta</li> <li>- Ovenauspyynnöt tukevat vuorovastaavan käytössä olevaan puhelimeen – voisiko vuorovastaavalla olla toinen puhelin, tai pyynnöt ohjata toiseen puhelimeen?</li> <li>- Whatsup-ryhmä vuorovastaaville</li> <li>- Vuorovastaavalle merkki, josta tämän tunnistaa</li> </ul>

## 8.5 Työn jakaminen ja työtehtävien priorisointi

Työn jakamisen käytänteistä haasteellisissa miehitystilanteissa tuotiin esille erityisesti työn tasaisen kuormittavuuden ja potilasturvallisuuden toteutumisen periaatteet tärkeimpinä kriteereinä. Eri tyyppisiin hätätilanteisiin soveltuvaa mallia on varsin haasteellista määritellä yksiselitteisesti, ja ehdotetut käytänteet toimivatkin paremminkin vinkkeinä kuin sääntöinä. Tilanteita voi ratkaista usealla tavalla. Paras tapa lienee kulloinkin kaikki tekijät ja osallistujat huomioiva yhdessä sovittu käytäntö. Konkreettisenä mallivaihtoehtona tuotiin esille tehtäväkeskeinen työnjakomalli työparin kesken, kun toisen osapuolen osaaminen tai luvat ovat puutteelliset. Lääkehoito nähtiin kuitenkin toisaalta yleisesti hyväksi jaettavaksi useamman hoitajan kesken, ja liian tehtäväkeskeisistä kokeiluista tuotiin esiin huonoja kokemuksia. Sijaisten osaamattomuus nähtiin hyväksi huomioida työtehtävien keventämisenä ja helpottamisena. Potilasturvallisuudesta keskusteltaessa nousi esiin myös kokemus lääkelupien saamisen prosessin hitaudesta

potilasturvallisuutta vaarantavan tekijänä, ja pohdinta prosessin kehittämisestä lupien saamisen sujuvoittamiseksi ja luvallisten hoitajien lisäämiseksi. Oleellisimmat työn jakamiseen ja työtehtävien priorisointiin liittyvät havainnot ja kehittämis-ehdotukset on esitetty taulukossa 5.

Lääkelupien saamisen prosessissa hoitajan on suoritettava useita näyttöjä ja tenttejä (LOVe 2019). Näytöt saa ottaa vastaan vain näytön vastaanottajan koulutuksella valtuutettu sairaanhoitaja tai farmaseutti. Näyttö jää siis saamatta, jos näytön vastaanottajaa ei ole saatavilla, tai tällä ei ole mahdollisuutta ottaa näyttöä vastaan siihen muutoin sopivana ajankohtana. Näyttöjen saamisen prosessia on tiukennettu valvonnan suhteen – aikaisemmin näytön sai ottaa vastaan sairaanhoitaja, jonka omat lääkeluvat oli suoritettu sekä kahden vuoden työkokemus lupien saamiseen oikeuttavalla osastolla. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja lupakäytännöt vaihtelevat yksikkökohtaisesti, ja sijaisella ei ole itsestään selvästi yksikön lääkehoitoon tarvittavia lupia verkko-opintojen suorittamisen jälkeen.

Taulukko 5. Työn jakaminen ja työtehtävien priorisointi.

<b>TYÖN JAKAMINEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaikeaa luoda yksinkertaista kaava tai mallia, koska muuttuvia tekijöitä paljon</li> <li>- Tilanteita voi ratkaista usealla tavalla: yhteisymmärrys ja potilasturvallisuuden toteutuminen tärkeintä</li> <li>- Tärkein periaate jakamisessa, että työ kuormittaisi tasaisesti kaikkia: potilaat jaetaan hoitoisuuden mukaan</li> <li>- Sijaiselle annetaan kevyempihoitoisia potilaita</li> <li>- Kokenut hoitaja kohtaa tyytymättömän tai muutoin haasteellisen ja vaativan potilaan tai omaisen</li> <li>- Jos sijaisia on useampia, ne jaetaan eri tiimeihin: kokeneita hoitajia tasaisesti joka tiimiin</li> <li>- Jos toinen työparin osapuoli kokematon, parille vähemmän tai kevyempiä potilaita</li> <li>- Hoitajilla pääsääntöisesti joustava asenne, työtehtävien tai potilaiden valikoiminen erittäin harvinaista</li> <li>- Vastuu lääkeluvattoman hoitajan potilaiden lääkehoidosta jaetaan tasaisesti kaikkien vuorossa olevien lääkeluvallisten hoitajien kesken, että yhdelle hoitajalle ei jää vastuu kahdeksan potilaan lääkehoidosta</li> <li>- Lääkelupien saamisen prosessi on hidask -&gt; prosessia keventämällä lääkehoidon erityisjärjestelyitä vaativia tilanteita olisi mahdollista vähentää</li> <li>- Tehtäväkeskeinen hoitotyön työnjakomalli käyttöön silloin, kun miehityksessä lääkeluvattomia tai jollakin hoitajalla on osaamisessa puutteita: vastuu jaetaan työparin kesken - esimerkiksi toinen auttaa wc-asioissa ja nostaa ruokailuasentoihin, kun toinen huolehtii lääkkeiden- tai ruoan jakamisesta</li> <li>- Joskus kokeiltu huonoin tuloksin mallia, että yksi hoitaja ottaa vastuun kaikkien potilaiden iltalääkkeistä ja saa vähemmän muita tehtäviä: kokeilu herätti ärtymystä, ei toiminut</li> <li>- Työskentely toisinaan helpompaa yksin, kuin ohjata ja neuvoa täysin kokemattonta sijaista: seuraavalla kerralla oppia saanut sijainen kuitenkin jo avuksi</li> </ul>
<b>TYÖTEHTÄVIEN PRIORISOINTI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toisen puolesta ei voi luvata asioita neuvottelematta, esimerkiksi ”iltavuoro käyttää suihkussa”</li> <li>- Tehtävien oikea tärkeysjärjestys, epätietoisuus ja tavoite yhteiseen hyvään onnistumisen edellytyksiä</li> <li>- Seuraavalle vuorolle voi jättää tehtäväksi esimerkiksi: kotiutusasiat, vastaamatta jääneet puhelut, vitalitoimintojen mittaaminen (jos ei vaaranna potilasturvallisuutta), toimintakyky- ja muiden mittareiden tekeminen, omaiskeskustelut ja vaativa kuntoutus: runsasta apua vaativa siirtäminen sängystä ja liikkumisessa avustaminen, hampaiden pesu</li> <li>- Viestiminen ensiarvoisen tärkeää: mitä on tehty ja mitä on jäänyt tekemättä</li> <li>- Viikonloput pääsääntöisesti rauhallisempia, silloin voi mahdollisuuksien mukaan hoitaa tekemättä jääneitä asioita, kuten mittareiden tekemisiä ja suihkutuksia</li> <li>- Lääkehoidon sujuvuus ja turvallisuus priorisoidaan aina ensimmäiseksi</li> <li>- Lääkehoito, ravitseminen ja perushoito hoidetaan tilanteesta riippumatta, muita asioita voi siirtää</li> </ul>

## 8.6 Yhteyden ottaminen esimieheen

Tiimin itseohjautuvuus eli esimiehen vallan ja vastuun ottaminen tiimin kannettavaksi haasteellisista tilanteista selviytymiseksi nousi esille keskusteluissa toiminnasta tämän poissa ollessa. Tiimissä voi toisinaan ilman ohjausta tai auktoriteettia olla myös hankalaa päästä yhteisymmärrykseen, jolloin esimiehen auktoriteettia tarvitaan tilanteen ratkaisemiseksi (Mair 2004, 42). Työpajoissa tuotiin esille työajan ulkopuolella yhteyden ottamista vaativien tilanteiden harvinaisuus, ja vähentyminen edelleen päivystävän osastonhoitajan ansiosta. Havainnot ja kehittämissuhteet esimieheen yhteyden ottamista tämän työajan ulkopuolella olevista tilanteista on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. Yhteyden ottaminen esimieheen.

<b>ESIMIEHEN TYÖAJAN ULKOPUOLELLA YHTEYDEN OTTAMISTA VAATIVAT TILANTEET</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilanteet hyvin harvinaisia - tarve vähentynyt edelleen päivystävän osastonhoitajan ansiosta</li> <li>- Yövuoroon ei saada järjestettyä tekijää</li> <li>- Kollega on päihtynyt</li> <li>- Katastrofit: evakuointia vaativa tulipalo tai muu sellainen</li> <li>- Kun henkilökuntaa sairastuu paljon äkillisesti esimerkiksi noron vuoksi</li> <li>- Kun tekninen huolto ei toimi päivystysaikana: esimerkiksi hissit eivät toimi</li> <li>- Vakava väkivaltatilanne tai työtapaturma tiimissä tehdyn harkinnan mukaan: esimies ohjaa ja neuvoo</li> <li>- Kun ei enää tiedetä, mitä tehdä</li> </ul>
<b>JOS OMAA ESIMIESTÄ EI TAVOITETA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soitetaan kaikki sairaalan esimiehet läpi – jos ei tavoiteta, sitten esimiesportaissa aina seuraavalle</li> <li>- Otetaan valta ja vastuu itselle</li> <li>- Viimeinen vaihtoehto päivystävä lääkäri: voi esimerkiksi rajoittaa uusien potilaiden tuleamista osastolle</li> </ul>



## 9 Pohdinta

### 9.1 Kehittämisen prosessin arviointi

Yhden tutkimusprosessin loppu tarkoittaa usein toisen alkua, ja tehtäviin saadut vastaukset voivat herättää uusia kysymyksiä (Alasuutari 2011, 277). Kehittämisen prosessin viimeinen vaihe on arviointi, jossa tarkastellaan prosessissa onnistumista sen kaikissa vaiheissa. Oleellista on tarkastella, saavutettiinkö asetetut tavoitteet ja muuttuiko prosessin suunnitelma toteutuksen aikana. Osallistujien näkemyksiä on syytä hyödyntää, kun arvioidaan osallistavaa kehittämissuunnitelmaa. (Ojasalo ym. 2014, 47-48; Toikko & Rantanen 2009, 61.)

Aihevalinta oli onnistunut ja erittäin ajankohtainen. Pätevien sijaisten saaminen hoitoalalle on vaikeutunut (Laaksonen ym. 2020, 284; Karhe 2019, 5; Sairaanhoidtajaliitto 2019; Ensio ym. 2016, 11; Koponen 2015, 16-19, Flinkman 2014b, 14), ja sijaisten käyttämistä pyritään myös hillitsemään taloudellisista syistä (liite 11). Korona lisäsi entisestään vaikeasti ennakoitavia, äkillisesti miehityksen suunnitelmaa haavoittavia tilanteita sekä niihin valmistautumista opiskelijoiden rekrytoinnilla sijaisvahvuuteen (mtvuutiset 2020; Siun sote 2020a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b, 9). Viime vuosina tehtyjä työvoiman riittävyyteen, työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen sekä työn järjestelyihin laadukkaana palvelun takaamiseksi liittyviä sosiaali- ja terveysalan kehittämisen opinnäytetöitä tulikin vastaan varsin runsaasti tietoperustaa laadittaessa (Haikara 2020; Laasonen 2020; Plink 2019; Parviainen & Timonen 2018). Myös Hirsijärven ym. (2009, 77-79) esittelemät hyvän aiheen kriteerit täyttyivät: aihe oli mielestäni mielenkiintoinen, toteutettavissa käytettävissä olevilla aika- ja talousresursseilla ja mielekäs tutkitaville. Kehittämisen ja johtamisen näkökulma liittyi aiheeseen hyvin läheisesti, ja tietoa löytyi helposti. Toimeksiantajan kanssa tehtiin asianmukaisesti yhteistyötä, että näkemys opinnäytetyön aiheesta, tarkoituksesta ja tavoitteista olisi yhtenäinen.

Tietoperusta oli vielä varsin niukka, kun työpajoja lähdettiin suunnittelemaan ja toteuttamaan. Aikaresurssit raamittivat melko tiukasti osallistavien menetelmien

määrää ja laatua. Tietoa olisi voinut kerätä työpajojen lisäksi myös esimerkiksi vastausten määrällisen tarkastelun mahdollistavalla kyselyllä - tiedon keräämisessä käytetyllä menetelmällä esimerkiksi esitettyjen näkökulmien yleisyyttä ei ollut mahdollista esittää tarkasti. Analyysissa mainittiin, jos jokin näkökulma esiintyi useammassa työpajassa. Yksittäisten näkökulmien esiintyvyyttä oli kuitenkin mahdotonta arvioida, eikä se olisi ollut mielekästä tutkittavien anonymiteetin kannalta. Työpajoissa tuotetun materiaalin analysointi oli kuitenkin jo sellaisenaan työläs ja aikaa vievä prosessi, ja kyselyiden toteuttaminen työpajojen lisäksi olisi lisännyt merkittävästi myös kuormitusta käytettävissä olleeseen aikaan nähden. Käytännön kehittämisessä olennainen kohdeyhteisön tietämyksen hyväksi käyttäminen toteutui kuitenkin hyvin käytetyillä menetelmillä (Ojasalo ym. 2014, 25).

Työpajojen suunnittelussa ja toteutuksessa huolehdittiin aktiivisesta vuorovaikutuksesta ja kriittisen tarkastelun yhteistyöstä toimeksiantajan kanssa: ylihoitaja hyväksyi suunnitelman toteutuksesta ja ennen varsinaisia työpajoja järjestettiin testityöpaja. Työpajat onnistuivat mallikkaasti: aikaa oli riittävästi, osallistujia paljon ja ilmapiiri oli välitön ja salliva. Täysin uudenlaisten näkökulmien tuottamiseen olisi saattanut tarvita lisää aikaa: sovinnaiten ja yleisesti hyväksytyjen ratkaisujen tuottaminen on sallivassakin ryhmässä tyypillistä työskentelyn alussa (Ojasalo ym. 2014, 158). Työpajoissa etsittiin myös ensisijaisesti tietoa siitä, kuinka miehityksen kannalta haasteellisissa tilanteissa selviydytään nykyisellään. Täysin uudenlaisten tapojen ideoimista olisi voinut korostaa paljon enemmän. Tutkimustehtävänä yksiselitteisen yhtenäisen haasteellisiin miehitystilanteisiin soveltuvan työnjakomallin tai mallien luominen koko sairaalaan oli liian kunnianhimoinen: parhaiten kuhunkin tilanteeseen soveltuvaan työn jakamisen malliin vaikuttavat osaston toiminnan erityispiirteiden lisäksi esimerkiksi potilashuoneiden sijoittuminen eri tavoin tiimejä vertaillessa. Työpajojen ansiosta tietoisuus potilasturvallisuudesta kuitenkin lisääntyi, ja tietoa saatiin kerättyä monipuolisesti potilasturvallisuuden ja hoidon laadun turvaavien keinojen sekä työn jakamisen käytänteiden kehittämiseksi ja ymmärtämiseksi.

Kirjallista palautteen antamisen mahdollisuutta ei työpajojen yhteydessä huomioitu. Innokkuus työpajoihin osallistumiseen sähköisesti tai palautelaatikoiden avulla oli olematonta, ja palautteen pyytäminen jälkikäteen tuntui sen vuoksi

epärealistiselta. Asiaa pyrittiin korjaamaan Siilaisen kuntoutumissairaalan esimiestimin kanssa pidetyssä palaute- ja yhteenvetopalaverissa, jossa käytiin läpi opinnäytetyön kehittämissuhteita ja opinnäytetyöprosessia. Aihevalintaa kuvailtiin palaverissa onnistuneeksi, ajankohtaiseksi ja kunnianhimoiseksi. Tärkeimmäksi asiaksi nostettiin hoitajille annettu mahdollisuus kertoa näkökulmansa työlöihinsä oleellisesti liittyvistä teemoista. Työpajat eivät tuottaneet uusia näkökulmia, mutta jäseneltyjä kehittämissuhteita voidaan käyttää pohjana yksinkertaisen koko sairaalalle haasteellisia miehitystilanteita koskevan perusohjeistuksen luomisessa. Kokeneitten hoitajien rooli ja kyky ratkaista ongelmia esimiehen poissa ollessa nähtiin kuitenkin kaikkein oleellisimpana onnistumisen tekijänä yllättävissä tilanteissa. Kaikkia muuttuvia tekijöitä huomioivaa ohjeistusta on lähes mahdotonta laatia. Koko sairaalan suhteen tehtävä yhteistyö haastavissa tilanteissa nähtiin ensiarvoisen tärkeänä ja myös esimiesten yhteistyössä koettiin olevan kehitettävää. Esimiehen tärkein rooli nähtiin olevan haastavien tilanteiden ennalta ehkäiseminen ja paikkaamisjärjestelyistä huolehtiminen asianmukaisen miehityksen ylläpitämiseksi. Esimiehen osallistumisella omien mahdollisuuksien mukaan tarvittaessa käytännön hoitotyöhön ajateltiin kuitenkin voivan olla myönteisiä vaikutuksia koko työyhteisön yhteishenkeen ja ilmapiiriin. Koulutustarpeiden esiin tuominen nähtiin erityisen hyödyllisenä. Lääkelupaprosessin keventämistä ei koettu tarpeellisenä. Esimiestimin kokemuksen mukaan uudet työntekijät kokevat lääkeseurannan yksityiskohtaisen valvonnan turvalliseksi, ja näyttöjen vastaan ottaminen on mielekästä siitä vastaaville hoitajille. Jatkokehittämissuhteista sijaisten osaamisen varmistamisen tarkastelu ja kehittäminen yhteistyössä Siun soten ja Sarastia Rekry -sijaispalvelun kanssa nähtiin erityisen tarpeellisenä. Opinnäytetyö suunniteltiin esiteltäväksi koko sairaalalle koronarajoitusten kevennyttyä ja mainittavan sairaalan viikkotiedotteessa, kun se on julkaistu Theseus-julkaisuarkistossa.

## **9.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Tutkivan kehittämissuhteiden eettisessä pohdinnassa tarkastelun kohteena ovat erityisesti valintojen perustelu aiheen ja kehittämistehtävien, aineistonkeruun ja kehittämismenetelmien sekä aineiston analyysin suhteen (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2013, 217-218; Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44). Kaikessa tutkimuksessa on oleellista niin tuloksien kuin johtopäätöksienkin todenperäisyys, uskottavuus ja luotettavuus. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa myös toiminnan avulla saadun tiedon hyödyllisyyttä ja käyttökelpoisuutta. (Kananen 2009, 161; Toikko & Rantanen 2009, 121-122.) Luotettavuuden arviointi ei onnistu, jos kehittämisprosessin vaiheet on dokumentoitu puutteellisesti - vain selkeän ja tarkan kirjallisen raportin avulla on mahdollista osoittaa ja perustella tutkimuksessa tehdyt valinnat läpinäkyvästi. Tarkkaa dokumentaatiota voidaankin siis pitää laadukkaana tutkimuksen perusedellytyksenä. (Kananen 2012 164-165; Suojanen 2004.) Huomioitava näkökulma tutkimuksen luotettavuuteen on myös tutkijan suhde tutkittavaan ilmiöön. Liika läheisyys tutkimuksen kohteena olevaan yhteisöön voi vaarantaa tutkijan objektiivisuuden työyhteisön vaikutteiden ja totuttujen toimintatapojen myötä. Toisaalta työelämälähtöisessä tutkimuksessa voi katsoa myös eduksi tutkijan autenttisen kokemuksen tutkittavasta ilmiöstä: oma kokemusmaailma lisää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä erilaisine näkökulmineen. (Kananen 2012, 182-183.)

Yritin tehdä kirjallisen raportin selkeäksi, tarkaksi ja loogisesti eteneväksi. Käytetyt valinnat ja opinnäytetyön etenemisen prosessi haasteineen sekä suhteeni tutkittavaan ilmiöön on kuvattu rehellisesti, perustellusti ja läpinäkyvästi. Pyrin kriittisyydessä monipuolisuuteen ja yhteistyöhön avoimella ja runsaalla vuorovaikutuksella toimeksiantajan ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa prosessin kaikissa vaiheissa, sekä tarkastelemalla kulloinkin käsiteltyä aihealuetta eri näkökulmista. Käytettyihin lähteisiin viitattiin asianmukaisesti, ja niiden objektiivisuutta tarkasteltiin kriittisesti. Teemoittelussa pyrin esittämään logiikkani mahdollisimman yksiselitteisesti. Kerätyn aineiston informaatio ei muuttunut analyysin aikana.

Työpajatyöskentelyssä kiinnitin huomiota toimintani neutraaliuuteen, ettei mielihiteeni tai asenteeni vaikuttaisi tuotettuihin näkökulmiin. Työpajoissa painotettiin lisäksi erityisesti luottamuksellisuutta ja erilaisten näkökulmien suotavuutta. Kehittämisehdotukset ja tutkimustehtävien kannalta olennaiset näkökulmat olivat selkeitä, perusteltuja, käsiteltyjen aihealueiden monimuotoisuuden huomioon otavia, ja työpajojen tuloksista läpinäkyvästi johdettuja. Työpajojen ulkopuoliset tietoperustasta nousseet kehittämissuositukset tuotiin julki avoimesti.

Kehittämis ehdotusten käyttökelpoisuutta ei ole mahdollista arvioida objektiivisesti, koska ehdotusten jalkauttaminen ja jalostaminen jää tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Valmistuttuaan opinnäytetyö julkaistaan Theseus-julkaisuarkistossa ja viime kädessä arvion luotettavuudesta ja eettisyydestä tekeekin lukija (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2013, 6-7).

### 9.3 Jatkokehittämis ideat

Toimivien käytäntöjen muotoutuminen vie usein aikaa ja vaatii useita kokeiluja palvelukseen käytäntöä mahdollisimman tarkoituksen mukaisesti. Varsin luonnollinen jatkokehittämis idea olisikin toimintatutkimus esimerkiksi erilaisten hätätilanteissa käytettävien työnjakomallien vertailusta ja soveltuvuudesta käytäntöön. Tutkimus saattaisi kuitenkin palvella vain jotain tiettyä yksikköä, koska mallien soveltuvuuteen vaikuttavat osaston erityispiirteet monin tavoin. Hätätilanteissa käytettäviä malleja on mahdollista kehittää jatkuvasti myös hoitotyön arjessa. Se edellyttää mahdollisuuksia yhteiselle keskustelulle ja kannustusta kokemusten esiin tuomiseen mahdollisesti uudeltaisista, onnistuneista työn jakamisen käytänteistä ja toimintatavoista haasteellisissa miehitystilanteissa.

Työpajoissa ehdotettiin lääkelupien saamisen prosessin kehittämistä lupien saamisen sujuvoittamiseksi ja lääkehoidon helpottumiseksi. Tämän ajateltiin myös vaikuttavan myönteisesti potilasturvallisuuteen. Jatkotutkimusaihe tämän aihepiirin tiimoilta voisikin olla lupaprosessien ja valvonnan keventämisen yhteys potilasturvallisuuteen, vaikkapa HaiProon ilmoitettujen lääkehoitoon liittyvien läheltä piti- ja haittatapahtumien seurannan tai erilaisten lupaprosessien vertailun avulla. Jatkotutkimusaihe voisi olla myös esimerkiksi nykyisen sijaisjärjestelmän ja sijaisten osaamisen varmistamisen tarkastelu ja kehittäminen yhteistyössä Siun soten ja Sarastia Rekry -sijaispalvelun kanssa.

## Lähteet

- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Riika: InPrint.
- Alhola, J & Lauslahti, S. 2005. Taloutta johtamista varten esimiehille ja asiantuntijoille. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Teoksessa Tiainen, A-I. (toim.) YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja B:25, 14–22.
- Awanic Oy. 2016. HaiPro. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. <http://awanic.com/haipro/>. 20.10.2020
- Awanic Oy. 2015. HaiPro. Ohje työturvallisuusilmoitusten käsittelijälle. [http://www.haipro.fi/ohjeet/tt-kasittelijan\\_ohje\\_30092015.pdf](http://www.haipro.fi/ohjeet/tt-kasittelijan_ohje_30092015.pdf). 20.10.2020.
- Babiker, A., Hussein, M., Nemri, A., Frayh A., Juryan, N., Faki, M., Assiri, A., Saadi, M., Shaikh, F. & Zamil, F. 2014. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. Sudanese Journal of Paediatrics. 14 (2), 9-16.
- Bjerregård Madsen, J. 2020. Henkilöstövoimavarojen tiedolla johtaminen. [https://sote-tietojohdaminen.fi/files/200000281-0ba650ba68/3\\_Bjerreg%C3%A5rd%20Madsen%20Johanna\\_Henkil%C3%B6st%C3%B6voimavarojen%20johtaminen\\_17.1.2020.pdf](https://sote-tietojohdaminen.fi/files/200000281-0ba650ba68/3_Bjerreg%C3%A5rd%20Madsen%20Johanna_Henkil%C3%B6st%C3%B6voimavarojen%20johtaminen_17.1.2020.pdf). 2.11.2020.
- Bjerregård Madsen, J., Kaila, A., Kaipainen, S., Korhonen, L., Rieppo, E. & Felin, E. 2019. Selvitys omavalvonnan sekä hoito- ja hoivahenkilöstön mitoituksesta Siun soten palveluyksiköissä ja ostopalveluissa. <http://web-dynasty.pohjoiskarjala.net/Dynasty/SiunSote/kokous/201909-12-1.PDF>. 29.10.2020.
- Buurtzorg. 2020. Welcome to Buurtzorg. <https://www.buurtzorg.com/>. 5.11.2020.
- Chappel, B. 2019. 4-day Workweek Boosted Worker's Productivity By 40%, Microsoft Japan Says. Npr. <https://www.npr.org/2019/11/04/776163853/microsoft-japan-says-4-day-workweek-boosted-workers-productivity-by-40?t=1603872118515>. 28.10.2020.
- Current Nursing 2012. Nursing Theories. Models of Nursing Care Delivery. [http://currentnursing.com/nursing\\_theory/models\\_of\\_nursing\\_care\\_delivery.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/models_of_nursing_care_delivery.html). 16.10.2020.
- Eklund, A., Lindholm, T. & Salminen, J. 2019. Taitava tiimivalmentaja – miten saan tiimiflow'n virtaamaan? Helsinki: Grano Oy.
- Ellis, S., Currence, B., Anseel, F. & Lievens, F. 2014. Systematic Reflection: Implications for Learning From Failures and Successes. Current Directions in Psychological Science. 23 (1), 67-72.
- Ensio, A., Suomalainen, S., Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2016. Vain tyytyväinen hoitaja voi hoitaa laadukkaasti. Sairaanhoidajien ja potilaiden näkemyksiä suomalaisen sairaalahoiton laadusta ja potilasturvallisuudesta. Itä-Suomen yliopiston julkaisuja. Kuopio.
- Erillisverkot. 2020. Tilannejohtamisen ja yhteistyön työkalu. <https://www.erillisverkot.fi/palvelut/tietoliikenne/virve>. 1.10.2020.
- Fernandez, R., Johnson, M., Tran, D.T. & Miranda, C. 2012. Models of care in nursing: a systematic review. International Journal of Evidence-Based Healthcare. (10), 324-337.

- Flinkman, M. 2014a. Osaaminen käyttöön. Laatu ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. Tehyn julkaisusarja 3 14 B selvityksiä. Tehy ry. Vantaa: Multiprint Oy.
- Flinkman, M. 2014b. Young registered nurses' intent to leave the profession in Finland – a mixed method study. Turku: Painosalama Oy.
- Garcia, C., Abreu, L., Ramos, J., Castro, C., Smiderle, F., Santos, J. & Bezerra, I. 2019. Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)* 55 (9), 553- 566.
- Haapa-aho, M., Koskinen, M-K. & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit – Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja F: 3/2009.
- Haikara, E. 2020. Sairaanhoidajien kokemuksia organisaatiomuutoksesta ja sen vaikutuksesta työhyvinvointiin – integroitu kirjallisuuskatsaus. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Opinäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/352125/Haikara\\_Elina.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/352125/Haikara_Elina.pdf?sequence=3&isAllowed=y). 14.12.2020.
- Hall, L., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. & O'Connor, D. 2016, Healthcare Staff Wellbeing, Burnout and Patient Safety: A Systematic Review. *PLoS ONE* 11 (7), 1-12.
- Haukijärvi, N., Kangas, A., Knuutila, H., Leino-Richert, E. & Teirasvuo, N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Havaei, F., Dahinten, S. & MacPhee, M. 2019. Effect of Nursing Care Delivery Models on Registered Nurse Outcomes. *SAGE journals* (5), 1-10.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen- avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Helovuo, A., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Peltomaa, K. 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta - opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Higgs, J., Ajjawi, R., McAllister, L., Trede, F. & Loftus, S. 2008. *Communicating in the Health Sciences*. 2<sup>nd</sup> Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Holmberg, J. 2020. 5 syytä, miksi hoitajat pakenevat alalta. Tehylehti. <https://www.tehylehti.fi/fi/blogit/mainio/5-syyta-miksi-hoitajat-pakenevat-hoitoalalta>. 28.10.2020.
- Huang, C-H., Wu, H-H. Chou, C., Dai, H. & Lee, Y-C. 2018. The Perceptions of Physicians and Nurses Regarding the Establishment of Patient Safety in a Regional Teaching Hospital in Taiwan. *Iranian Journal of Public Health* 47 (6), 852-860.
- Härkönen, H. & Airaksinen, J. 2012. Johtajuuksien rajapinnat sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Kuntoutus* (1), 5-20.
- Ikonen, M. Esimies-alaisuuden luottamus vuorovaikutuksessa rakentuvana ilmiönä. Teoksessa Siitonen, M., Lahti, M., Koponen, J. & Vanhatalo, R. (toim.) *Prologi – puheviestinnän vuosikirja*. Jyväskylä: Grano, 135-151.
- Inkinen, R., Volmanen P. & Hakoinen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

- Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Isoherranen, K., Rekola, L., & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.
- Jennings, B. 2008. Care Models. Teoksessa Hughes RG. (toim.) Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality. Chapter 19.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2635/>. 13.10.2020
- Jonsdottir, H. 1999. Outcomes of implement primary nursing in the care of people with chronic lung diseases: the nurses' experience. Journal of Nursing Management 7 (4), 235-242.
- Järvelin, J., Haavisto, E. & Kaila, M. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen lääkärilehti 65 (12), 1123-1127.
- Järvinen, P., Rantala, J. & Ruotsalainen, P. 2014. Johda suoritusta. Helsinki: Talentum.
- Kainulainen, J. 2019. Siun soten toimitusjohtaja suututti työntekijät videotervehdyksellään talouskurimuksesta: ”Kohdentamaton ja ajattelematon, jopa julma” – katso koko videotervehdys.  
<https://www.karjalainen.fi/uutiset/uutis-alueet/maakunta/item/229118>. 3.12.2020.
- Kalisch, B. & Schoville, R. 2012. It Takes a Team. Challenging the belief that each patient should be cared for by just one nurse. The American Journal of Nursing 112 (10), 50–54.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kananen, J. 2014a. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kananen, J. 2014b. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karhe, L. 2019. Sairaanhoidajaliiton jaksamiskysely 2018 - avoin kysymys keskeisimmistä eteenpäin vietävistä asioista.  
<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/02/Yhteenveto-JAKSAMISKYSELY-Avoim-kysymys -Eteenp%C3%A4in-viet%C3%A4v%C3%A4t-asiat-2018.pdf>. 4.11.2020.
- Karttunen, K. 2018. Vanhukset saavat kotonaan niin tehokasta hoitoa, että yrityksestä tuli jo liiankin suosittu – Löytyykö kotihoivan ihme Hollannista?  
<https://yle.fi/uutiset/3-10232480>. 5.11.2020.
- Kelly, N., Blake, S., & Plunkett, A. 2016. Learning from excellence in healthcare: a new approach to incident reporting. Archives of Disease in Childhood 101, 788-791.
- King, A., Long, L. & Lisy, K. 2014. Effectiveness of team nursing compared with total patient care on staff wellbeing when organizing nursing work in acute care ward settings: a systematic review protocol. JBI Library of Systematic Reviews & Implementation Reports 12 (1), 59-73.
- Kinnunen, E. 2019. Yhdistävä viestintä – Viestinnän rakentuminen sosiaali- ja terveysjohtamisen rajapinnoilla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: PunaMusta Oy.



- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy.
- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Sipoo: Silverprint.
- Koivula, R., Brotkin, H. & Saarsalmi, O. 2018. Turvallisia sote-palveluja: opas sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Koponen, E-L. 2015. Sosiaali- ja terveysalan riittävyys nyt ja tulevaisuudessa. TEM- raportteja 13/2015. Työ- ja elinkeinoministeriö. Helsinki.
- Kosonen, L. 2019. Sote-johtaja lähetti hoitajille madonluvat videotervehdyksenä: ”Koskaan ei löysätä”. <https://yle.fi/uutiset/3-10970398>. 3.12.2020.
- Kyllönen, T. 2014. Potilasturvallisuutta parantamaan. Yleuutiset. <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2014/04/23/potilasturvallisuutta-parantamaan>. 10.11.2020.
- Laaksonen, H., Laitinen, H. & Hiilamo, H. 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3. uudistettu painos. Helsinki: EditaPublishing Oy.
- Laaksonen, K. 1994. Erilaiset toimintamallit hoitotyön käytännössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) Potilaskeskeinen hoitotyö: Askel eteenpäin. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 67–84.
- Laasonen, L. 2020. Vuorotyöläisen uniterveys: Välineitä ikämoninaiseen esimiestyöhön työntekijöiden uniterveyden edistämiseksi. Karelia ammattikorkeakoulu. Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/handle/10024/348284>. 14.12.2020.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista annetun lain muuttamisesta. 565/2020.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. 980/2012.
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta. 519/1977.
- Laki tartuntatautilain muuttamisesta. 989/2006.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä. 559/2007.
- Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista. 629/2010.
- Launo, P. 2020. Korona nosti työkyvyn ytimeen etätyön ergonomian ja virtuaalisen johtamisen. Akava. <https://akava.fi/akavalainen/korona-nosti-tyokyvyn-ytimeen-etatyon-ergonomian-ja-virtuaalisuuden-johtamisen/>. 2.12.2020.
- Lean5. 2019. <https://www.lean5.fi/>. 6.4.2019.
- LOVe – lääkehoidon osaaminen verkossa. 2019. [laakeosaaminen.fi](https://www.love.fi/). 20.2.2019.
- Lowe, G. & Tori, K. 2017. Interprofessional Collegiality Enhances Patient Outcomes. The Journal for Nurse Practitioners 13 (10), 716.
- Luoma, E. 2006. Yksilövastuinen hoitotyö - kirjallisuuskatsaus vuosilta 1990-2005. Pro gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.
- Lähteenmäki, L. 2018. Vain murto-osa vuosittaisista kuolemista korvataan. Ilta-Sanomat. <https://www.is.fi/kotimaa/art-2000005654084.html>. 10.11.2020.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. 2020. Terveydenhuollon laitteet ja tarvikkeet. [https://www.fimea.fi/laakinnalliset\\_laitteet/tuotteen-markkinoille-saattaminen/terveydenhuollon-laitteet-ja-tarvikkeet](https://www.fimea.fi/laakinnalliset_laitteet/tuotteen-markkinoille-saattaminen/terveydenhuollon-laitteet-ja-tarvikkeet). 26.10.2020.

- Mair, J. 2004. Takaisin töihin – loppu lystinpidolle? Masku: Maskun kirjapaino Oy.
- Manka, M-L. & Manka, M. 2016. Työhyvinvointi. Helsinki: Talentum Pro.
- Mattila, E., Pitkänen, A., Alanen, S., Leino, K., Luojus, K., Rantanen, A. & Aalto, P. 2014. The Effects of the Primary Nursing Care Model: A Systematic Review. *Journal of Nursing & Care* 3 (6), 1–12.
- Mehtab, K., Rehman, A., Ishfaq, S. & Jamil, R. 2017. Virtual Leadership: A Review Paper. *Mediterranean Journal of Social Sciences* 8 (4), 183-193.
- Mielenterveyslaki. 116/1990.
- Miettinen, V. 2019. Väitös: Kuntien sote-johtajilla runsaasti parannettavaa viestinnässä – vuorovaikutuksen koetaan vievän aikaa. *Kuntalehti*. <https://kuntalehti.fi/uutiset/sote/kuntien-sote-johtajilla-runsaa-asti-parannettavaa-viestinnassa-vuorovaikutuksen-koetaan-vievan-aikaa/>. 5.11.2020.
- Mtvuutiset. 2020. Sote-alan opiskelijat napattiin koronan vuoksi töihin Pohjois-Karjalassa – ”Teimme sellaisen päätöksen, että kaikille tarjotaan töitä”. <https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/sote-alan-opiskelijat-napattiin-koronan-vuoksi-toihin-pohjois-karjalassa-teimme-sellaisen-paatoksen-etta-kaikille-tarjotaan-toita/7767762#gs.kzee69>. 9.11.2020.
- Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme – Opas yhteistyön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Nagata, K. 2019. Four-day workweek boosted productivity by 40%, Microsoft Japan experiment shows. *The Japan Times*. <https://www.japantimes.co.jp/news/2019/11/05/business/microsoft-japan-says-four-day-workweek-boosted-productivity-40/>. 28.10.2020.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät - Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Okello, D. & Gilson, L. 2015. Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review. *Human Resources for Health* 13 (16), 1-18.
- Parviainen, M. & Timonen, A. 2018. Työhyvinvointia ja potilasturvallisuutta edistävät suositukset työvuorosuunnittelun tueksi. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/153677/Parviainen\\_Mari\\_Timonen\\_Anne.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/153677/Parviainen_Mari_Timonen_Anne.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 14.12.2020.
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Duodecim* 122, 2459 – 2470.
- Pekkarinen, L. 2018. Julkisen alan työhyvinvointi vuonna 2018. Kevan tutkimuksia 1/2018.
- Pelastuslaki. 379/2011.
- Pelastustoimiasetus. 857/1999.
- Perus-Lean. 2019. <http://perus-lean.blogspot.com/2016/04/ongelmanratkaisu-5-miksi.html> 6.4.2019.
- Pietikäinen, E., Reiman, T. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa. VTT. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Plink, G. 2019. Kokeilun kautta kohti toimintalähtöisempiä työvuoroja – Kotisairaaloimintaa tukevan työaikamallin kehittäminen. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö.

- [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/266331/Plink Gerli 13 12 2019..pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/266331/Plink_Gerli_13_12_2019..pdf?sequence=2&isAllowed=y). 14.12.2020.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito – ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2016. Osavuosikatsaus 2/2016. <http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/PKSSKjulkaisu/kokous/2016707-5-1.PDF>. 29.10.2020.
- Potilasvakuutuskeskus. 2018. Osavuosiraportti 1/2018. <https://www.pvk.fi/templates/vinha/services/download.aspx?fid=383056&hash=9748d6acd41563c5edbb06db25720480a50a8d15a9148323c025f351d192b596>. 10.11.2020.
- Psykoterapiakeskus Vastaamo. 2020. Ajankohtaista: Vastaamon tiedotteet ja uutiset. <https://vastaamo.fi/ajankohtaista/>. 28.10.2020.
- Pyykkönen A. & Partanen, H. 2016. Kuulethan sie minnuu – kokemuksia Siun sotesta ja osallisuudesta suurten muutosten ytimessä. Kuntaliiton verkkojulkaisu. [https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/kuulet-hansieminnuu\\_ebook.pdf](https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/kuulet-hansieminnuu_ebook.pdf). 20.2.2019.
- Päihdehuoltolaki. 41/1986.
- Raeste, J-P. 2019. Microsoft lyhensi Japanissa työviikon nelipäiväiseksi: myynti kasvoi 40 prosenttia. Helsingin Sanomat. <https://www.hs.fi/talous/art-2000006296840.html>. 28.10.2020.
- Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri – Teoria ja arviointi. Espoo: VTT Publications 700.
- Rinta-Jouppi, A. 2019. Yhä useampi hoitaja on vihainen ja väsynyt, kun kolmi-vuorotyö nielee koko elämän – kiista hoitajien työvuoroista roihahti Joensuussa. <https://yle.fi/uutiset/3-10657146>. 2.11.2020.
- Ristimäki, T. 2020. Oppia erinomaisuudesta. Sairaanhoitaja 1/2020, 28 - 33.
- Royal College of Physicians. 2015. Work and wellbeing in the NHS: why staff health matters to patient care. <https://bit.ly/1Mis6vg>. 27.10.2020.
- Räsänen, K. & Meretoja, O. 2013. Työhyvinvointi ja henkilökunnan jaksaminen. Teoksessa Aaltonen L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 102-114.
- Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV Tampere. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. [https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_5.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_5.html). 21.11.2020.
- Saikkonen, P. 2004. Vastuuhoitajamallin kehitysvaihe hoitotyössä vuodeosastojen arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Sairaanhoitajaliitto. 2019. Sairaanhoitajien työolobarometri: Sairaanhoitajien tyytymättömyys työoloihin kasvaa. [https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/tyoolobarometri\\_2018\\_web-1.pdf](https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/tyoolobarometri_2018_web-1.pdf). 7.12.2020.
- Salonen, K., Eloranta, S. Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Sarastiarekry. 2019. Ulkoistettu toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu vapauttaa esimiehen työaika ja säästää kustannuksia. <https://www.sarastiarekry.fi/ulkoistettu-toimintalahtoinen-tyovuorosuunnittelu-vapauttaa-esimiehen-tyoaikaa-ja-saastaa-kustannuksia/>. 2.11.2020.

- Shabani, G. 2019. Yhteisöllinen ja toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu HUS Akuutissa (Kolmiosairaan päivystysosasto ja Meilahden sairaalan Valvontaosasto). Laurea – ammattikorkeakoulu. Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan muutoksissa. Opinnäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/172350/Golnaz\\_Shabani\\_YAMK\\_Opinn%c3%a4ytety%c3%b6\\_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/172350/Golnaz_Shabani_YAMK_Opinn%c3%a4ytety%c3%b6_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y). 14.12.2020.
- Sipiläinen, H. 2008. Hoitotyön johtajien käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta vanhainkodeissa. Pro-gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Sirén, V. 2020. Hoitajapula vaivaa nyt koko maailmaa – osalle tarjotaan satumaisia palkkioita, ilmaislentoja ja luksushotelleja, samalla kymmeniä tuhansia irtisanotaan. Helsingin Sanomat. <https://www.hs.fi/ulkomaat/art-2000006468995.html>. 28.10.20.
- Siun sote. 2020a. <https://www.siunsote.fi/siun-sote>. 11.1.2021.
- Siun sote. 2020b. Asiakas- ja potilasturvallisuus. <https://www.siunsote.fi/asiakas-ja-potilasturvallisuus>. 29.10.2020.
- Siun sote. 2020c. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuskehitys pysyi maltillisena. <https://www.siunsote.fi/-/pohjois-karjalan-sosiaali-ja-terveyspalvelujen-kustannuskehitys-pysyi-maltillisena>. 29.10.2020.
- Siun sote. 2020d. Siilaisen kuntoutumiskeskus. <https://www.siunsote.fi/siilaisen-kuntoutumiskeskus>. 11.1.2021.
- Siun sote. 2020e. Siun sote ja Sarastia Rekry uudistivat sijaispalvelun keskellä koronaoloja – ja hyvin on mennyt. <https://www.siunsote.fi/-/siun-sote-ja-sarastia-rekry-uudistivat-sijaispalvelun-keskella-koronaoloja-ja-hyvin-on-mennyt>. 7.10.2020.
- Siun sote. 2020f. Siun soten yhteistoimintaneuvottelut päättyivät. <https://www.siunsote.fi/-/siun-soten-yhteistoimintaneuvottelut-paattyivat>. 3.12.2020.
- Siun sote. 2019a. <https://www.siunsote.fi/strategia>. 6.4.2019.
- Siun sote. 2019b. Siun sotessa käyttöön otettu toimintalähtöinen työvuorosuunnittelu pyrkii tasaamaan työtaakkaa ja takaamaan asiakkaille laadukkaan hoidon. [https://www.siunsote.fi/ajankohtaista-2019/-/asset\\_publisher/Pd3n5XvvikRz/content/siun-sotessa-kayttoon-otettu-toimintalah-toinen-tyovuorosuunnittelu-pyrkii-tasaamaan-tyotaakkaa-ja-takaamaan-asiakkaille-laadukkaan-hoidon](https://www.siunsote.fi/ajankohtaista-2019/-/asset_publisher/Pd3n5XvvikRz/content/siun-sotessa-kayttoon-otettu-toimintalah-toinen-tyovuorosuunnittelu-pyrkii-tasaamaan-tyotaakkaa-ja-takaamaan-asiakkaille-laadukkaan-hoidon). 2.11.2020.
- Siun sote. 2017. <http://www.siunsote.fi/organisaatio>. 20.2.2019.
- Skyttä, A. 2000. Tiimitytys ja sen läpivienti. Helsinki: Otava.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2010. <https://www.valvira.fi/-/maarays-4-2010-terveydenhuollon-laitteesta-ja-tarvikkeesta-tehtava-ammattimaisen-kayttajan-vaaratilanneilmoitus>. 28.10.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020a. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020-2022. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2020:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020b. Sosiaali- ja terveysministeriön korona-verkkolähetys kuntiin 17.6.2020 klo 10-11:30. <https://stm.fi/documents/1271139/22481532/Sosiaali+ja+terveysministeri%C3%B6n+korona-verkkol%C3%A4hetys+kuntiin+17.6.pdf/80556f95-3bc3-2788-8f8c-bd5d29b19a3a/Sosiaali+ja+terveysministeri%C3%B6n+korona-verkkol%C3%A4hetys+kuntiin+17.6.pdf>. 9.11.2020.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja turvallisuusstrategia 2017 – 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Tampere: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä - suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. 341/2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 298/2009.
- Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014.
- Spiik, K-M. 2004. Tulokseen tiimityöllä. Helsinki: WSOY
- Stakes ja Lääkehoidon Kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas – ja lääkehoidon turvallisuussanasto. Helsinki: Valopaino Oy.
- Sullivan, E. 2018. Effective Leadership and Management in Nursing Ninth Edition. Boston: Pearson Education.
- Suneja, A. & Suneja, C. 2017. Lean ja terveydenhuolto. Tallinna: Printon.
- Suojanen, Ulla 2004. Toimintatutkimus. [www.metodix.com](http://www.metodix.com). 24.4.2019.
- Suomen Lean-yhdistys. 2019. Suomalaisen Lean-ajattelun sanansaattaja. <http://www.leanyhdistys.fi>. 21.2.2019.
- Tartuntatautilaki. 583/1986.
- Tehy. 2019. Pula hoitajista on kansainvälinen ongelma. Mediatiedote. <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/pula-hoitajista-kansainvalinen-ongelma>. 28.10.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020a. Potilasturvallisuus. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>. 25.10. 2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020b. Sote-palveluiden rahoituksen ja tarvetekijöiden tutkimus. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/sote-palveluiden-rahoituksen-ja-tarvetekijoiden-tutkimus>. 7.12.2020.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Thompson, E. 2015. Team collegiality is key to patient safety. OR Nurse 4 (4), 5.
- Tiedeman, M. & Lookinland, S. 2004. Traditional Models of Care Delivery. What Have We Learned? Journal of Nursing Administration 34 (6), 291–297.
- Tilley, L. & Jones R.L. 2013. Managing change in health and social care. Teoksessa MacKian, S. & Simons, J. (toim.) Leading managing caring: understanding leadership and management in health and social care. Glasgow: Bell&Bain Ltd.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turunen, V. 2020. Tehyn ekonomisti: Terveydenhuolto on huutavan hukassa, jos emme toimi nyt. Tehylehti. <https://www.tehylehti.fi/fi/ihmiset/tehy-ekonomisti-terveydenhuolto-huutavan-hukassa-jos-emme-toimi-nyt>. 5.11.2020.

- Työterveyslaitos. 2019. Työhyvinvointi. <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>. 28.10.2020.
- Työturvallisuuslaki. 738/2002.
- Valtanen, M. 2019. Sairaalat yrittävät suunnitella työvuoroja entistä paremmin, mutta alku takkuu – ”Ei voi sanoa, että olisi mennyt ihan putkeen”. Kuntalehti. <https://kuntalehti.fi/uutiset/sote/sairaalat-yrittavat-suunnitella-tyovuoroja-entista-paremmi-mutta-alku-takkuu-ei-voi-sanoa-etta-olisi-mennyt-ihan-putkeen/>. 2.11.2020.
- Valtioneuvoston tiedepaneeli. 2020. Covid-19-kriisin haitallisten vaikutusten ehkäiseminen kestävän kehityksen periaatteiden mukaisesti. Valtioneuvoston COVID19-tiedepaneelin raportti 1.6.2020. [https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/21411573/VNK\\_Tiedepaneelin\\_raportti\\_200601.pdf/b3c837ba-02a1-693b-ccf5-fbdada481c01/VNK\\_Tiedepaneelin\\_raportti\\_200601.pdf](https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/21411573/VNK_Tiedepaneelin_raportti_200601.pdf/b3c837ba-02a1-693b-ccf5-fbdada481c01/VNK_Tiedepaneelin_raportti_200601.pdf). 28.10.2020.
- Walton, M. 2006. Hierarchies: the Berlin Wall of patient safety. *Quality and Safety in Health Care* 15 (4), 229-230.
- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoo, S. & Jäppinen, S. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). 4.12.2020.
- Viinikainen-Heiskanen, L. & Kilpeläinen, L. 2020. Sosiaali- ja potilasasiamiehen selvitys toimintavuodesta 2019. Siun sote. <https://www.siunsote.fi/documents/393252/0/Sosiaali-+ja+potilasasiamiesten+selvitys++2019.pdf/710acefd-6f1c-b41b-58d4-4ab62ad64c41>. 29.10.2020.
- Viitala, R. 2015. Henkilöstöjohtaminen – strateginen kilpailutekijä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Viitala, R. 2004. Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- World Health Organization. 2020a. State of the world’s nursing. Investing in education, jobs and leadership. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>. 5.1.2021.
- World Health Organization. 2020b. Keep health workers safe to keep patients safe: WHO. <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>. 27.10.2020.
- World Health Organization. 2008. World Alliance for Patient Safety. Forward programme 2008-2009. First Edition. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.04\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 22.10.2020.
- Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Kehittämishankkeista saadut kokemukset. Teoksessa Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) Potilaskeskeinen hoitotyö: Askel eteenpäin. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 117–136.
- Yli-Ketola, L. 2019. Liikkeelle lähes heti leikkauksen jälkeen. *Karjalainen* Nro 57, A 2-3.

**Kaikilla Siilaisen osastoilla on merkitty työvuorolistoihin ympyröimällä vuorovastaavat.**

He vastaavat esimiehen poissa ollessa yksikön tilannearviosta ja sijaisten tarpeen arvioinnista.

Vuorovastaava **varmistaa yhdessä työkavereidensa kanssa**, että potilasturvallisuus toteutuu yksiköissä.

**Poissaoloilmoitukset ohjataan vuorovastaavalle**, joka arvioi ja ryhtyy tarvittaessa seuraaviin toimiin:

1. Onko sijaistarve välttämätön? Mikä potilas- ja kuntoutujatilanne on?
2. Voivatko muut talon osastot auttaa? Ota yhteyttä muiden osastojen vuorovastaaviin.
3. Onko oman yksikön henkilökunnassa suostuvaisuutta vuoronvaihtoon siten, että ulkopuolista sijaista ei tarvita?
4. Ota yhteyttä päivystävään osastonhoitajaan; 0504305938. Hän tarkastaa sissien tilanteen ja tekee tarvittaessa pyynnön Lauraan. Päivystävä oh on töissä lauantaina ja sunnuntaina klo 7.30–14.30.
5. Jos poissaoloilmoitus tulee iltavuoron aikana, vuorovastaava käy ensin läpi kohdat 1-3, sitten kohdat 6-8.  
Aamulla tapahtumista tulee ilmoittaa päivystävällä osastonhoitajalle.
6. Onko sissiä vapaana samaan vuoroon?
7. Onko yksikön henkilökunnassa suostumusta vaihtaa vuoroa niin, että sissi olisi käytettävissä?
8. Haluaako joku tehdä tuplavuoron?



Toimintaohje 19/2018

1 (2)

Voimassa 1.9.2018 alkaen toistaiseksi  
Henkilöstöjohtaja Johanna Bjerregård Madsen

### Vuorovastaavan tehtävät

- Esimiehen poissa ollessa vuorovastaavana toimii erikseen nimetty vuorovastaava.
- Toimipisteissä/osastoilla, joissa on toimintaa myös virka-ajan ulkopuolella, nimetään jokaiseen työvuoroon vuorovastaava, jolla on kokonaisvastuu työvuorokohtaisesta toiminnasta.
- Vuorovastaavana voi toimia kokenut, ammatillisen tutkinnon suorittanut työntekijä (voi olla lähihoitaja, sh, sosionomi tms).
- Vuorovastaava suunnitellaan työvuorosuunnitelmaan ja tiedoksi saatetaan osaston/yksikön henkilöstölle kussakin vuorossa varsinaisen esimiehen poissa ollessa.
- Toteutunut vuorovastaava korjataan työvuorosuunnitelman toteumiin, mikäli vuorovastaavana on toiminut eri henkilö kun mitä työvuorosuunnitteluvaiheessa on suunniteltu.
- Toimii tilannejohtajana poikkeus- ja kriisitilanteissa tilannekohtaisten ohjeiden mukaisesti.
- Tiedottaa päivystysaikaisesta toiminnan poikkeuksellisista järjestelyistä seuraavana arkipäivänä esimiehelle tai ottaa tarvittaessa (häätötilanteessa, erikseen sovituissa asioissa) yhteyttä esimieheen myös virka-ajan ulkopuolella. Tikkamäellä ja Siilaisella konsultoi viikonloppuisin ja arkipyhäisin tarvittaessa päivystävää osastonhoitajaa.

### Hoito- ja ohjaustyön johtaminen ja potilas- / asiakasturvallisuus

- Omaa kokonaisnäkömyksen työvuorosta ja vastaa vuorokohtaisesta asiakas- / potilaslähtöisestä työnjaosta (osaaminen huomioitu).
- Vastaa uusien, äkillisten tulevien asiakkaiden sijoittelusta yksikön kuormitustilanne ja asiakkaiden tilanne huomioiden ja tarvittaessa neuvotellen päivystävän lääkärin, kotisairaalan tai sosiaalipäivystyksen kanssa.
- Vastaa äkillisten toiminnallisten tai henkilöstömuutosten aiheuttamien tehtävien ja työnjaon uudelleenarvioinnista ja suunnittelusta.
- Huolehtii, että asiakkaaseen kohdistuneet tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet ja muut rajoittamistoimenpiteet on asianmukaisesti kirjattu, jos niitä on jouduttu tekemään.
- Huolehtii, että asiakas-/potilasturvallisuuteen liittyvät HaiPro:t on asianmukaisesti tehty / täytetty.





Toimintaohje 19/2018

2 (2)

Voimassa 1.9.2018 alkaen toistaiseksi  
Henkilöstöjohtaja Johanna Bjerregård Madsen

### Henkilöstöjohtaminen

- Ottaa vastaan puhelimitse tulevat ilmoitukset sairauspoissaoloista / äkillisistä muista poissaoloista ja antaa ilmoituksen perusteella vuorovastaavan toimivaltuuksin luvan olla poissa.
- Vastaa tarvittaessa työvuoro- ja henkilöstöjärjestelyistä
  - o arvioi riittävän henkilöstötarpeen / onko sijaistarve välttämätön,
  - o kysyy apua lähiyksiköistä,
  - o neuvottelee työvuoromuutoksista,
  - o selvittää onko sissiiä vapaana työvuoroon,
  - o päättää hälytystyön järjestämisestä,
  - o hankkii tarvittaessa sijaisen max. 7:45 min
  - o Viikonloppuisin ja pyhinä käy päivystävän osastonhoitajan (Siilainen ja Tikkamäki) kanssa läpi yksikön tilannekatsauksen.
- Huolehtii Mediatri-tunnukset sijaisille päivystysaikana.
- Kirjaa työvuoromuutokset ja hälytysrahamerkinnät sovitulla tavalla.
- Huolehtii omalta osaltaan tarvittavien sijaisten ja uusien työntekijöiden perehdytyksen toteuttamisesta / järjestämisestä työvuorossaan.
- Vastaa työryhmän / työvuorossa olevan henkilöstön tukemana työvuoron aikana tehdyistä päätöksistä (lisähenkilöstön hankkimisesta tai päätöksestä, että ei hankita lisähenkilöstöä).
- Tarjoaa / pyytää / päättää naapuriavun antamisesta muille osastoille / yksiköihin oman yksikön kokonaistilanteen huomioiden, neuvottelee muiden yksiköiden vuorovastaavan kanssa tilanteissa, joissa äkilliseen sairastumiseen ei saada sijaista (tai ei voida muutoin järjestää) ja joudutaan pyytämään apua toisesta yksiköstä. Henkilöstöressurssin käytöstä on sovittu peruslinjaukset yhdessä esimiehen kanssa.
- Vastaa kesken työvuoron työntekijän työkyvyn arvioinnista (sairastuminen, päihtymys tms.), tilanteen selvittelystä, hoitoon ohjauksesta ja tarvittavista toimenpiteistä kuten työstä poistamisesta.
- Ohjaa työtapaturman tai työmatkaonnettomuuden sattuessa työntekijän työterveyshuoltoon tai päivystävän lääkärin vastaanotolle ja huolehtii, että Haipro-ilmoitus tulee tehdyksi.
- **Laura – sijaisrekisteri** <https://siunsote.rekrytointi.com>

Johanna Bjerregård Madsen  
henkilöstöjohtaja, hallintoylihoitaja



## Akuuttikuntoutus / ”SIUN PARI”- malli työnjaossa:



- Jokainen työntekijä sitoutuu työvuorossaan työnjakomalliin ja avun antamiseen.
- Parijako ensisijaisesti sairaanhoitaja ja lähi-/perushoitaja
- Hiljainen raportti=jokainen hoitaja lukee omien kuntoutujien raportin. Tarpeen mukaan käy parin kanssa tulossy, miten liikkuu, mahdolliset iv.-hoidot, kipupumppu yms.
- Työntauotus vuorotellen
- Työvuorosta poistuessa muulle tiimille tiedottaminen, mikä jäi kesken...

### Työpari sopii yhdessä

- 👉 avun antaminen toisilleen- avun pyytäminen on velvollisuus😊
- 👉 työn tauotukset vuorotellen (kahvi-/ruokatauoista)
- 👉 lääkärikierron aikana kutsukelloihin vastaaminen
- 👉 vastuualuepalavereiden ja koulutuksen aikana parivastuu

### A. VAKIOTYÖVUOROJAKO

#### AAMUVUORO:

Aamuvuoro tekee työnjaon yhdessä.

-> SEPA:ssa saat tietoa laajemmin tiimisi muista kuntoutujista. Työtoverisi ja fysioterapeutit täydentävät toimintakykytietoja

#### ILTAVUORO:

Iltavuoro tekee työnjaon yhdessä **vasta klo 14**. Hiljainen raportti alkaa sen jälkeen.

➔ Jokainen kirjaa kansliassa oleviin laminoituihin listoihin, mistä huoneista vastaa aamu ja iltavuorossa. Tieto on tärkeä myös muulle moniammatilliselle tiimille😊

#### YÖ:

Yövuoro käy yhdessä työvuorossa pikapalaverin osaston kokonaistilanteesta.

➔ Sovitaan, miten annetaan apua toisille, esim. iv.-lääkkeiden annon aikana lähihoitaja auttaa sairaanhoitajaa vitaalien mittaamisessa.

### Työnjaossa huomioitavia asioita:

1. Illasta aamuun tulijalla ensisijainen oikeus jatkaa samoissa huoneissa
2. eristys huoneet, jaetaan tietyille työparille, työparilla voi olla vähemmän kuin 8 vastattavana
3. haasteelliset haavahoidot, saattohoito, raskaat hoidettavat, useita syötettäviä, valvottavat
4. ensisijaisesti saman huoneen kuntoutujia ei jaeta eri hoitajille
5. samat huoneet-> taataan hoidon jatkuvuus
6. uusien kuntoutujien vastaanotto jaetaan pareille tasaisesti

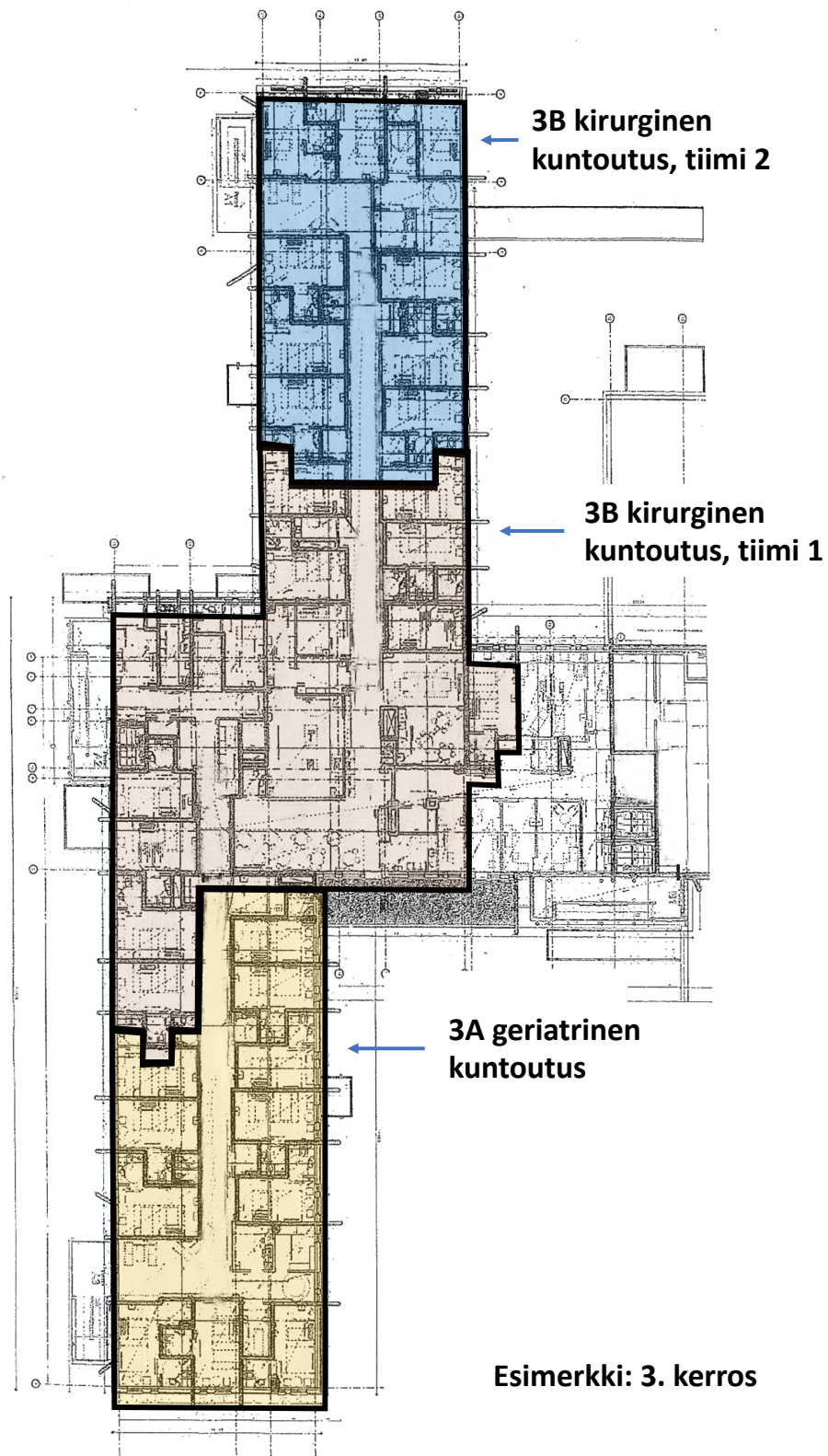
### B. KEIKKATYÖVUOROLAISEN KANSSA TYÖNJAKO

- Työparina kokeneempi hoitaja ja uusi sijainen/ yhden päivän keikkavuorolainen, **he yhdessä työparina vastaavat kuntoutujista!**

### C. poikkeustilanteita työnjaossa?

- 👉 sairaanhoitaja 1 / tiimi työvuorossa huomioi, että suunniteltua tiimiä voi joutua muuttamaan, jotta saadaan sh-tilanne tasattua
- 👉 työtoveri sairastuu kesken työvuoron

## Siilaisen kuntoutumissairaalan kerroksen pohjapiirustus – vuodeosastot



## SOPIMUS PARITYÖSKENTELYN PÄÄTTYMISESTÄ

Karelia ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen opinnäytetyön "Mukautuvat työnjakomallit potilasturvallisuuden varmistamisen tukena Siilaisen kuntoutumissairaalassa" yhdessä aloittaneet tekijät Päivi Hokkanen ja Merja Kaukavuori päättävät parityöskentelyn. Merja Kaukavuori saa jatkaa opinnäytetyötä käyttäen sellaisenaan opinnäytetyösuunnitelmaa, sekä toteutettujen työpajojen suunnittelumateriaalia ja tuloksia. Opinnäytetyö muuttuu Merja Kaukavuoren nimellä toteutettavaksi, raportissa käsitellään Päivi Hokkasen osallisuus tarvittavin osin.

## AIKA JA PAIKKA

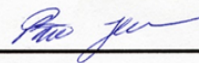
*Joensuu 19.12.19*

---

## ALLEKIRJOITUKSET JA NIMENSELVENNYKSET



Merja Kaukavuori



Päivi Hokkanen

## TESTITYÖPAJALUONNOS – AIKATAULUT JA JÄRJESTÄMINEN

### 1. Oppimisympäristön järjestäminen learning cafelle sopivaksi:

Menetelmää varten tarvitaan yhtä monta pöytää kuin on käsiteltäviä teemoja ja kysymyksiä. Pöydät nimetään niissä käsiteltävien teemojen mukaan, ja niihin on jaettu valmiiksi yksityiskohtaisemmat aiheet teemojen käsittelyä ajatellen. Pöydät saavat värikoodit, että niissä käsitellyt aiheet voitaisiin tunnistettavasti sijoittaa loppukeskustelussa tikkataulun kehille. Lisäksi pöytiin jaetaan tyhjiä paperiarkkeja, sekä kyniä ja tusseja. Tikkataulu heijastetaan keskustelun päätteeksi seinälle, tai se näkyy televisioruudusta – tärkeintä on esteetön näkyvyys kaikille osallistujille.

### 2. Alustus – esittelemme itsemme, kertaamme opinnäytetyön aiheen, tarkoituksen ja tavoitteen sekä kerromme miten edetään, osallistujat juovat kahvia (25 min):

”Menetelmässä tärkeää on keskustelu; omien näkemysten selittäminen ja yhteisen ymmärryksen löytäminen. Menetelmä opettaa yhteisten ratkaisujen tekemistä. Toisten näkemyksiä voi kommentoida ja kyseenalaistaa, mutta tärkeätä on myös konsensukseen pyrkiminen eli ryhmän yhteisen mielipiteen löytäminen.

Oppimiskahvila-menetelmä on prosessina yksinkertainen ja siinä keskitytään teemojen käsittelyyn ryhmässä. **Keskustelussa olisi tarkoitus tarkastella toimintaa ja sen kehittämistä ennen kaikkea potilasturvallisuuden näkökulmasta – eli kuinka toimimme niin, ettei potilasturvallisuus vaarannu.** Tässä vaiheessa kahvittelun lomassa keskustellaan yhteisesti ja kirjataan ylös hoitajien näkemyksiä siitä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa käytännössä arjen työssä niin pienissä yksityiskohdissa kuin suurempina linjoina, mitkä asiat heikentävät ja parantavat potilasturvallisuutta ja kuinka se toteutuu. Varsinaisessa oppimiskahvilassa on lähtökohtana jakaantua pienryhmiin pöytäkunnittain.

Prosessin edetessä pöytäryhmien jäsenet vaihtavat pöydästä toiseen, jolloin uusi pöydän ympärille muotoutunut ryhmä pohtii aiempia tuotoksia ja ideoi niitä eteenpäin. Loppukeskustelussa käydään läpi keskusteluita ja pohditaan vaikuttamismahdollisuuksia tikkataulumallin avulla. Tikkataulun kehät kuvaavat, kuka asiasta päättää, ja kuinka siihen voidaan vaikuttaa. Jokainen työpajassa noussut kehitysehdotus tai ajatus kirjoitetaan lyhyesti lapulle ja sijoitetaan omalle kehälleen pöydän väriä vastaavan post-it lapun muodossa.

### **3. Pöytien teemat (40 min):**

Teemapöytiä on kaksi, ja toimimme pöydissä keskustelun puheenjohtajina estämässä rönsyilyä ja viemässä keskustelua eteenpäin. Vähäinen pöytämäärä säästää aikaa. Osallistujat jaetaan yhtä suuriin ryhmiin.

#### **→ Pöytä 1: Vajaamiehityksen paikkaaminen**

- **Kuinka vajaamiehitystä pyritään paikkamaan? (muut osastot, vuoronvaihdot, tuplavuorot, eläkeläiset)**
- **Onko vuorovastaava perehtynyt tehtäväänsä / onko tehtävänkuva selkeä?**
  - **Kuinka vuorovastaavien yhteistyötä olisi mahdollista kehittää?**
  - **Muuta huomioitavaa**

#### **→ Pöytä 2: Jos sijaista ei saada/ sijaisella ei ole riittävää osaamista tai lääkelupia**

- **Kuinka työtehtävät ja potilaat jaetaan sijaisen puuttuessa**
- **Kuinka työtehtävät ja potilaat jaetaan, kun sijaisella ei ole riittävää osaamista/ lääkelupia?**
- **Millaisessa tilanteessa on hyväksyttävää ottaa esimieheen yhteyttä?**
- **Mitä tehdään, jos esimieheen ei saada yhteyttä?**
- **Muuta huomioitavaa**

Puheenjohtaja käynnistää keskustelun painottaen vielä muistutuksena potilasturvallisuusnäkökulmaa. Papereihin kirjoitetaan vapaasti ideoita ja ajatuksia. Keskustelua käydään kuuntelemalla, kertomalla omia mielipiteitä, kommentoimalla siten, että jokainen saa äänensä kuuluviin. Puheenjohtaja voi ohjeistaa keskustelua siten, että jokaisen tulee nostaa ainakin kerran omat näkemyksensä esiin.

Keskustelun jälkeen (n. 20 minuuttia) vaihdetaan pöytää. Ainoastaan puheenjohtaja pysyy omassa pöydässään, muut liikkuvat ryhmänä seuraavaan pöytään, jossa keskustelu jatkuu sen jälkeen, kun puheenjohtaja uudessa pöydässä on ensin lyhyesti kertonut aiemman pöytäseurueen ajatukset.

#### **4. Loppukeskustelu (25min):**

Tikkataulu heijastetaan keskustelun päätteeksi seinälle, tai se näkyy televisioruudusta – tärkeintä on esteetön näkyvyys kaikille osallistujille. Loppukeskustelussa käydään läpi keskusteluita ja pohditaan vaikuttamismahdollisuuksia tikkataulun avulla. Tikkataulun kehät kuvaavat, kuka asiasta päättää, ja kuinka siihen voidaan vaikuttaa. Jokainen työpajassa noussut kehitysehdotus tai ajatus kirjoitetaan lyhyesti lapulle ja sijoitetaan omalle kehälleen pöydän väriä vastaavan Post-it-lapun muodossa.

(Lähde: <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>)

Hei!

Kutsumme sinut osallistumaan työpajaan, jonka tarkoituksena on tuoda esille näkemyksiä ja ratkaisuehdotuksia toimintatapaan hoitajamiehityksen kannalta haasteellisissa tilanteissa: esimerkiksi jonkun sairastuessa yllättäen, sijaisen ollessa opiskelija tai lääkeluvaton, yllättävissä vierihoitojärjestelyissä iltaisin tai viikonloppuisin sekä silloin, kun sijaista ei saada.

Tarvitsemme sinua kertomaan, kuinka ”taika tapahtuu” ja millä tavoin haasteellisia tilanteita voisi edelleen helpottaa. Työpajojen keskeiset teemat ovat työtehtävien jakautuminen miehityksen ja osaamisen mukaan sekä työtehtävien priorisointi. Lisäksi keskustellaan vastuun jakamisen käytänteistä iltaisin tai viikonloppuisin, kun päivystävä osastohoitaja ei enää ole käytettävissä.

Opiskelemme YAMK-tutkintoa Karelia AMK:n sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa. Työpajat ovat osa opinnäytetyötämme ”Mukautuvat työnjakomallit potilasturvallisuuden varmistamisen tukena Siilaisen kuntoutumissairaalassa”, jonka on tarkoituksena toimia apuvälineenä varsinaisen toimintamallin luomisessa äkillisiin tilanteisiin, jossa miehitys on puutteellinen lukumäärän tai osaamisen suhteen.

Työpajoihin osallistutaan työajalla. Työpajojen lisäksi kehittämistyöhön voi osallistua kertomalla näkökulmansa sähköpostitse, tai anonymisti kahvihuoneisiin sijoitettaviin palautelaatikoihin. Kaikki tieto käsitellään luottamuksellisesti. Pyrimme osoittamaan tulokset luotettaviksi dokumentoimalla prosessin mahdollisimman tarkasti. Opinnäytetyöraportista ei voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä. Opinnäytetyöraportti julkaistaan ammattikorkeakoulujen Theseus-palvelussa.

Annamme mielellämme lisätietoja.

T: Merja Kaukavuori & Päivi Hokkanen

[merja.kaukavuori@siunsote.fi](mailto:merja.kaukavuori@siunsote.fi)

[paivi.hokkanen@siunsote.fi](mailto:paivi.hokkanen@siunsote.fi)



# Pöytien teemat

## Pöytä 1: Vajaamiehityksen paikkaaminen

- Kuinka vajaamiehitystä pyritään paikkamaan? Olisiko käytäntöjä mahdollista kehittää?
- Onko vuorovastaava perehtynyt tehtäväänsä / onko tehtävänkuvau selkeä?
- Kuinka vuorovastaavien yhteistyötä olisi mahdollista kehittää?
- Muuta huomioitavaa

## Pöytä 2: Jos sijaista ei saada/ sijaisella ei ole riittävä osaamista tai lääkelupia

- Kuinka työtehtävät ja potilaat jaetaan sijaisen puuttuessa? Kuinka työt priorisoidaan / mitä voi tehdä myöhemmin?
- Kuinka työtehtävät ja potilaat jaetaan, kun sijaisella ei ole riittävä osaamista/ lääkelupia?
- Millaisessa tilanteessa on hyväksyttävää ottaa esimieheen yhteyttä?
- Mitä tehdään, jos esimieheen ei saada yhteyttä?
- Muuta huomioitavaa



## Mukautuvatyönjakomallit potilasturvallisuuden varmistamisen tukena Siilaisen kuntoutumissairaalassa

Päivi Hokkanen & Merja Kaukavuori – opinnäytetyön  
työpajat

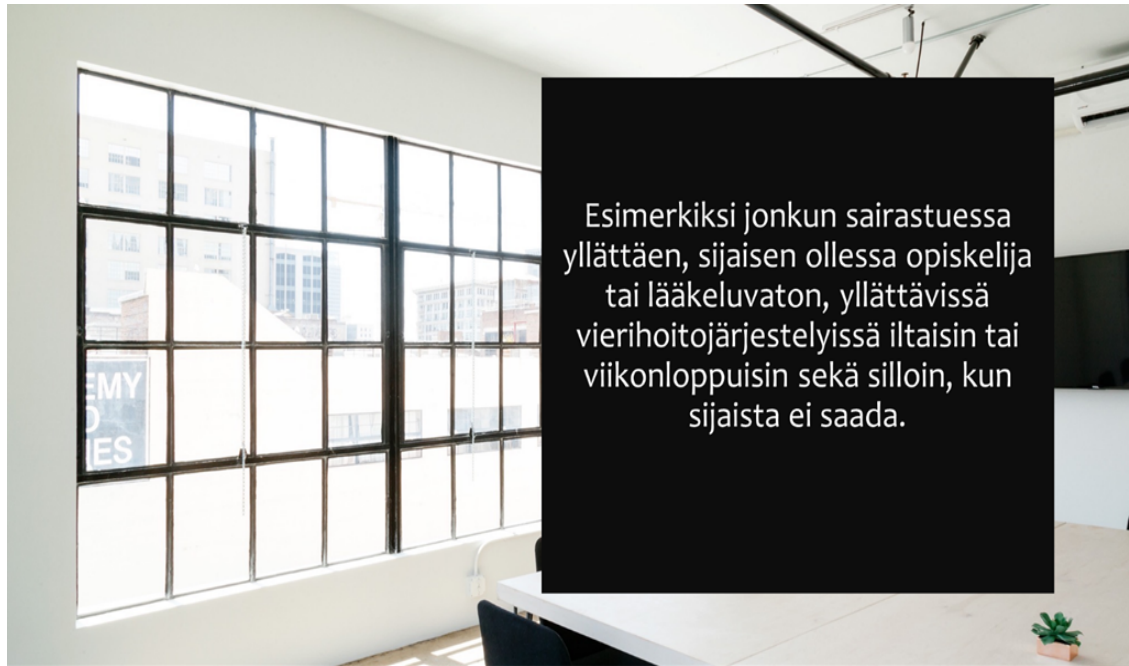
## About Us

Päivi Hokkanen  
Merja Kaukavuori

- Opiskelemme YAMK-tutkintoa Karelia AMK:n sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa.
- Työpajat ovat osa opinnäytetyötämme ”Mukautuvat työnjakomallit potilasturvallisuuden varmistamisen tukena Siilaisen kuntoutumissairaalassa”
- Opinnäytetyön on tarkoitus toimia apuvälineenä varsinaisen toimintamallin luomisessa äkillisiin tilanteisiin, jossa miehitys on puutteellinen lukumäärän tai osaamisen suhteen:

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK - opinnäytetyön työpajat

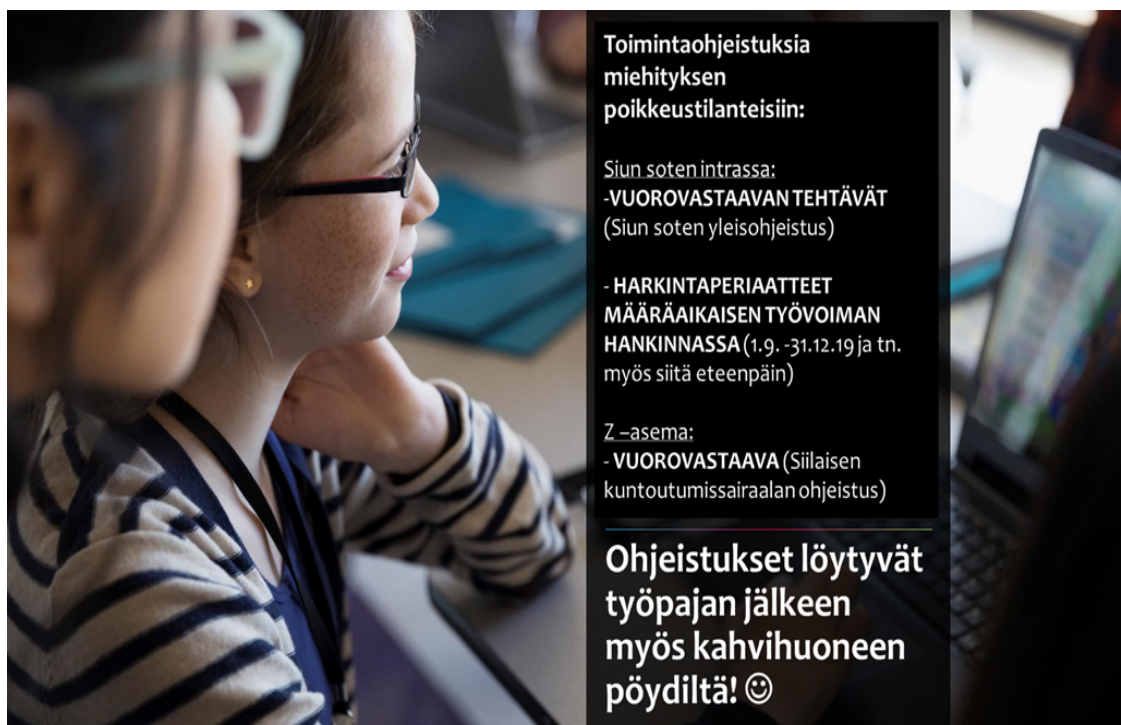




Esimerkiksi jonkun sairastuessa yllättäen, sijaisen ollessa opiskelija tai lääkeluvaton, yllättävissä vierihoitojärjestelyissä iltaisin tai viikonloppuisin sekä silloin, kun sijaista ei saada.

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK - opinnäytetyön työpajat

3



Toimintaohjeistuksia miehityksen poikkeustilanteisiin:

Siun soten intrassa:

-**VUOROVASTAAVAN TEHTÄVÄT**  
(Siun soten yleisohjeistus)

- **HARKINTAPERIAATTEET MÄÄRÄAIKAISEN TYÖVOIMAN HANKINNASSA** (1.9. -31.12.19 ja tn. myös siitä eteenpäin)

Z -asema:

- **VUOROVASTAAVA** (Siilaisen kuntoutumissairaalan ohjeistus)

**Ohjeistukset löytyvät työpajan jälkeen myös kahvihuoneen pöydiltä! 😊**



## Tiedon kerääminen

Työpajat, sähköpostiviestit ja palautelaatikat

- Työpajojen lisäksi kehittämistyöhön voi osallistua kertomalla meille näkökulmansa sähköpostitse ([merja.kaukavuori@siunsote.fi](mailto:merja.kaukavuori@siunsote.fi) / [paivi.hokkanen@siunsote.fi](mailto:paivi.hokkanen@siunsote.fi)), tai anonyymisti kahvihuoneisiin sijoitettaviin palautelaatikoihin.
- Kaikki tieto käsitellään luottamuksellisesti – opinnäytetyöraportista ei voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä
- Opinnäytetyöraportti on valmistuttuaan luettavissa ammattikorkeakoulujen Theseus-palvelussa.

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK - opinnäytetyön työpajat

5



## LearningCafé eli oppimiskahvila

Menetelmässä tärkeää on keskustelu; omien näkemysten selittäminen ja yhteisen ymmärryksen löytäminen. Menetelmä opettaa yhteisten ratkaisujen tekemistä. Toisten näkemyksiä voi kommentoida ja kyseenalaistaa, mutta tärkeätä on myös konsensukseen pyrkiminen eli ryhmän yhteisen mielipiteen löytäminen. Ryhmästä SAA nousta myös useita erilaisia näkemyksiä. ([www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi))

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK - opinnäytetyön työpajat

6

Keskustelussa olisitarkoitus tarkastella toimintaajajsen kehittämistä ennen kaikkea potilasturvallisuuden näkökulmasta – eli kuinka toimimme niin, ettei potilasturvallisuus vaarannu.

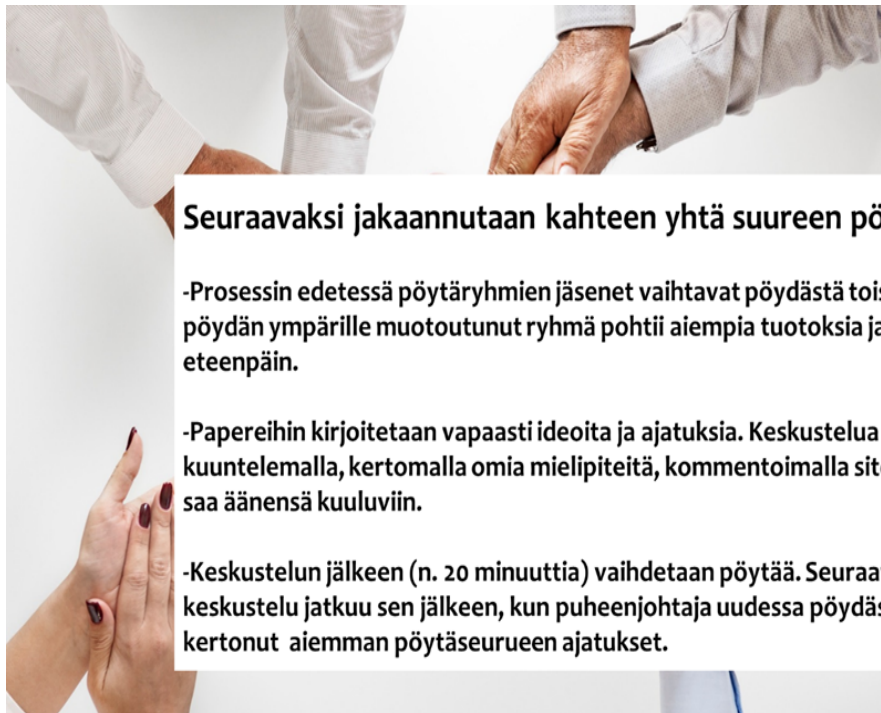
Tässä vaiheessa kahvittelun lomassa keskustellaan yhteisesti ja kirjataan ylös näkemyksiä siitä, mitä potilasturvallisuus tarkoittaa käytännössä arjen työssä niin pienissä yksityiskohdissa kuin suurempina linjoina:

- mitkä asiat heikentävät potilasturvallisuutta
- mitkä asiat parantavat potilasturvallisuutta
- kuinka potilasturvallisuus toteutuu



Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK - opinnäytetyön työpajat

7



### Seuraavaksi jakaannutaan kahteen yhtä suureen pöytäryhmään

-Prosessin edetessä pöytäryhmien jäsenet vaihtavat pöydästä toiseen, jolloin uusi pöydän ympärille muotoutunut ryhmä pohtii aiempia tuotoksia ja ideoi niitä eteenpäin.

-Papereihin kirjoitetaan vapaasti ideoita ja ajatuksia. Keskustelua käydään kuuntelemalla, kertomalla omia mielipiteitä, kommentoimalla siten, että jokainen saa äänensä kuuluviin.

-Keskustelun jälkeen (n. 20 minuuttia) vaihdetaan pöytää. Seuraavassa pöydässä keskustelu jatkuu sen jälkeen, kun puheenjohtaja uudessa pöydässä on ensin lyhyesti kertonut aiemman pöytäseurueen ajatukset.

8

# Pöytien teemat

## Pöytä 1: Vajaamiehityksen paikkaaminen

- Kuinka vajaamiehitystä pyritään paikkamaan? Olisiko käytäntöjä mahdollista kehittää?
- Onko vuorovastaava perehtynyt tehtäväänsä / onko tehtävänkuva selkeä?
- Kuinka vuorovastaavien yhteistyötä olisi mahdollista kehittää?
- Muuta huomioitavaa

## Pöytä 2: Jos sijaista ei saada/ sijaisella ei ole riittävä osaamista tai lääkelupia

- Kuinka työtehtävät ja potilaat jaetaan sijaisen puuttuessa? Kuinka työt priorisoidaan / mitä voi tehdä myöhemmin?
- Kuinka työtehtävät ja potilaat jaetaan, kun sijaisella ei ole riittävä osaamista/ lääkelupia?
- Millaisessa tilanteessa on hyväksyttävää ottaa esimieheen yhteyttä?
- Mitä tehdään, jos esimieheen ei saada yhteyttä?
- Muuta huomioitavaa

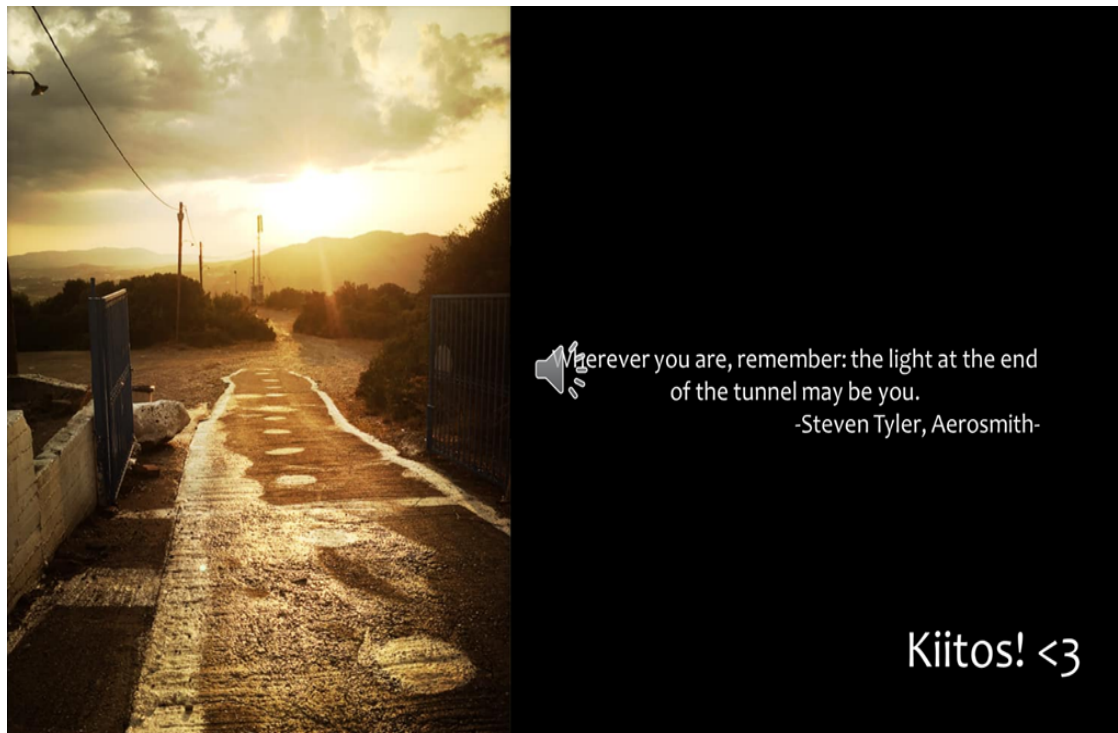
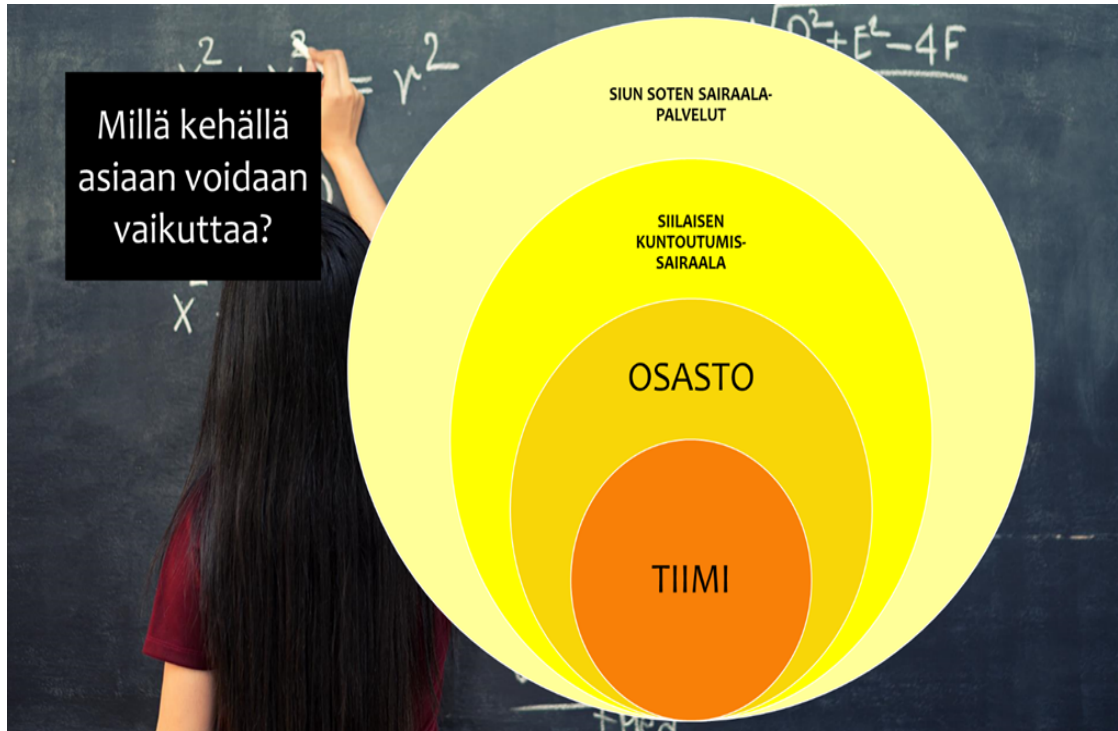
Sosiaal- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK - opinnäytetyön työpajat

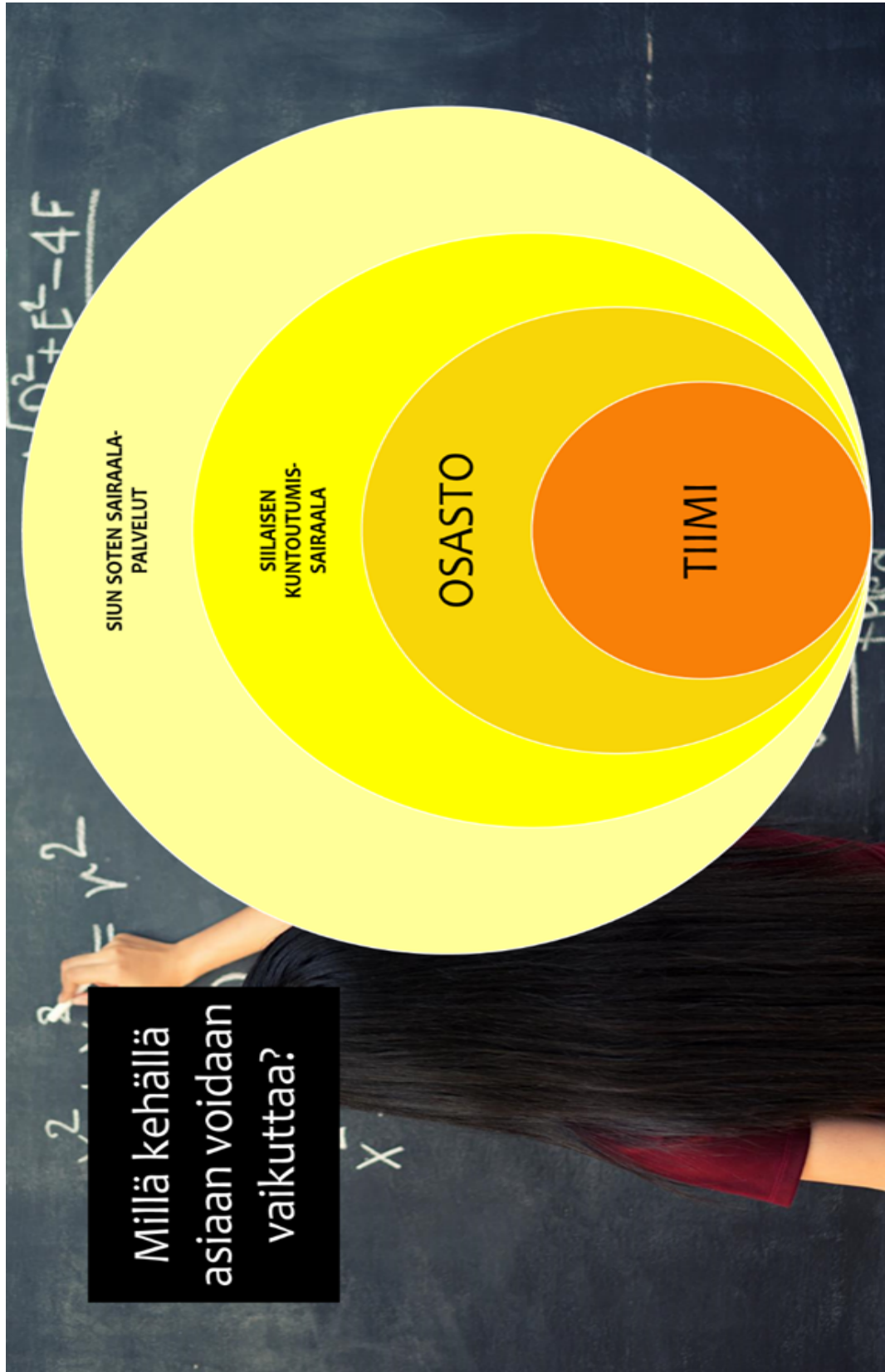
9



Lopuksi käydään läpi keskusteluita ja pohditaan vaikuttamismahdollisuuksia tikkataulumallin avulla. Tikkataulun kehät kuvaavat, kuka asiasta päättää, ja kuinka siihen voidaan vaikuttaa. Jokainen työpajassa nousut kehitysehdotus tai ajatus kirjoitetaan lyhyesti post-it lapulle

ja sijoitetaan oikealle kehälleen tikkataulussa.









Toimintaohje 15/2019

1 (2)

Voimassa 1.9. – 31.12.2019

Henkilöstöjohtaja Johanna Bjerregård Madsen

## Siun soten harkintaperiaatteet määräaikaisen työvoiman hankinnassa 1.9. – 31.12.2019 välisenä aikana

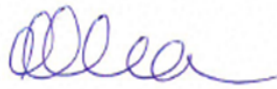
Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä (jäljempänä Siun sote) taloustilanne on vuoden 2019 osalta kiristynyt ja määräaikaisen työvoiman palkkavaraukset ovat ylittäneet talousarvion. Tämän johdosta määräaikaisuuksien käytöstä annetaan henkilöstöjohtajan hallintosäännön (pykälä tähän) oikeuksien mukaiset seuraavat tarkennukset

1. Määräaikaiseen työ- tai virkasuhteeseen ottamisesta päätetään ajalla 1.9.2019 - 31.12.2019 samassa järjestyksessä kuin vakituiseen virka- tai työsuhteeseen ottamisesta (yksi yli yhden -periaate)
2. Tästä poikkeuksen muodostaa virka-ajan ulkopuolella tuleva äkillinen työvoiman tarve, johon palkataan tilapäistyövoimaa.
3. Ohje ei koske ympäristöterveydenhuollon toimialuetta, pelastuslaitosta eikä henkilöstöpalveluiden toimialueen rekryointipalveluiden tilapäistyöntekijöiden palkkausta päätöksenteossa.

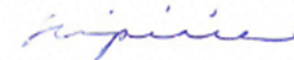
Työvoiman käytöstä vastaavia esimiehiä muistutetaan seuraavista harkintaperiaatteista määräaikaisen työvoiman hankinnasta päätettäessä:

- **Lähtökohtana on aina asiakas- ja potilashoidon tarve.**
- **On arvioitava kriittisesti, onko sijaistarve välttämätön?** Pelkkä vuorovahvuudessa oleva muutos, ei vielä ole automaattinen peruste sijaistyövoiman palkkaamiseen, vaan aina on arvioitava potilaiden- ja asiakkaiden määrä ja hoitoisuus, suhteessa työvuorovahvuuteen. Ei suhteessa totuttuun vuorovahvuuteen.
- **On selvittävä, voiko läheisen toimintayksikön tai osaston henkilöstö auttaa?** Joskus muuttaman tunnin ruuhka-apu voi auttaa vaikeimman tilanteen yli. Toisesta yksiköstä työvoimaa vastaanottavan yksikön tulee huomioida avuksi tulleen työntekijän osaaminen. Vastuu siitä, että apua tarjoavan työntekijän tehtävät vastaavat hänen osaamistaan, on aina toimintayksikön lähiesimiehellä. Viimekädessä toimintayksikön vastuuesimiehet vastaavat potilas- ja asiakasturvallisuudesta.
- **On selvittävä, onko oman henkilöstön joukossa työntekijä, joka voi ja suostuu vaihtamaan työvuoroaan?** Vahvistetun työvuorosuunnitelman muutos edellyttää aina työntekijän suostumusta. Jos työvuoromuutoksella voidaan välttää tilapäistyöntekijän käyttöä se hyödyntää sekä potilas- että asiakasturvallisuutta, mutta myös vähentää taloudellista painetta. Vuoroaan vaihtavan työntekijän kanssa pyritään löytämään yhteistyössä sellainen ratkaisu, jossa jousto hyödyttää molempia osapuolia.

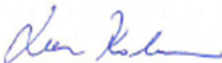
- **On selvittävää, onko sisäinen sijainen vapaana?** Jos sisäinen sijainen ei ole vapaana, on mahdollista, neuvotella sisäisen sijaisen varanneen toimintayksikön kanssa tilanteesta. Sisäisen sijaisen työskentelypistettä voidaan yhteisellä suostumuksella siirtää varauksen jälkeekin toiseen toimintayksikköön, kunhan muutos toteutuu sisäisen sijaisen kiertoalueella. Muutoksesta jo tehtyyn sijoitukseen tulee keskustella myös sisäisen sijaisen kanssa.
- **On selvittävää, onko oman henkilöstön joukossa työntekijä, joka voi ja suostuu vaihtamaan työvuoroaan siten, että sisäinen sijainen korvaa vaihdon kautta vapautuneen vuoron?** Vahvistetun työvuorosuunnitelman muutos edellyttää aina työntekijän suostumusta. Vuoroaan vaihtava työntekijän voi saada korvaavan vapaan silloin, kun sisäinen sijainen on alkuperäiseen työvuorosuunnitelman työvuoroon käytettävissä.
- **Viimeinen vaihtoehto aina on se, että varataan tilapäistyöntekijä eli keikkatyöntekijä.** Tilapäistyöntekijän työtehtävät ja osaaminen on otettava huomioon työvuorossa ja työpiesteessä toteutuvassa työnjaossa. Vastuu siitä, että tilapäisen työntekijän tehtävät vastaavat hänen osaamistaan, on aina toimintayksikön lähiesimiehellä. Viimekädessä toimintayksikön vastuuesimiehet vastaavat potilas- ja asiakasturvallisuudesta.
- **Muissa kuin asiakas- ja potilasturvallisuuteen välittömästi vaikuttavissa tehtävissä määräaikaisten käytön on perustuttava poikkeukselliseen tarpeeseen ja määräaikaista voidaan palkata vain, jos toiminnan ylläpito sitä välttämättä edellyttää.**



Johanna Bjerregård Madsen  
henkilöstöjohtaja



Sirpa Kaipainen  
toimialuejohtaja, Terveys ja sairaanhoitopalvelut



Leena Korhonen  
toimialuejohtaja, Perhe- ja sosiaalipalvelut

Eija Rieppo  
toimialuejohtaja, Ikäihmisten palvelut



Teemataulukko 1: Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tarkistuslistat muistamisen tukena</li> <li>+ Toimivat lääkehoidon prosessit</li> <li>+ Toimintaohjeiden saatavuus ja selkeys</li> <li>+ Odottamattomiin tilanteisiin varautuminen: sairauskohtaukset, elvytys</li> <li>+ Matala hierarkia</li> <li>+ Selkeä, ajantasainen tiedonkulku</li> <li>- Jatkuvat nopeatempoiset muutokset toimintatavoissa</li> </ul>	<p><b>Toimintatapoihin liittyviä tekijöitä</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Selkeä vastuunjako</li> <li>+ Työparimalli</li> <li>+ Potilaiden hoidollisuuden huomiointi</li> <li>+ Hoitajien osaamisen huomiointi</li> <li>+ Työnjaon oikeudenmukaisuus</li> <li>+ Hoidon jatkuvuus – samat potilaat seuraavassa vuorossa</li> </ul>	<p><b>Työn jakamiseen liittyviä tekijöitä</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tutut sijaiset</li> <li>+ Hoitajilla lääkeluvat kunnossa</li> <li>+ Yhteisöllinen valvonta yhdessä sovitujen toimintatapojen noudattamiseksi</li> <li>+ Hoitajien kouluttaminen, että tieto ja taidot ajan tasalla</li> <li>+ Riittävästi hoitajia</li> <li>+ Riittävästi osaamista</li> <li>- Yksittäiset lainavuorot muilla osastoilla</li> <li>- Koulutukset, joita ei ole huomioitu työvuorosuunnittelussa</li> <li>- Yksilölliset tavat työtehtävien priorisoinnissa ja työn organisoinnissa</li> <li>- Hidas lääkelupien saamisen prosessi</li> </ul>	<p><b>Hoitajaresurssien määrään ja laatuun liittyviä tekijöitä</b></p>

<ul style="list-style-type: none"><li>+ Välineet oikeilla paikoillaan</li><li>+ Turhat tavarat pois</li><li>+ Siisteys, puhtaus</li><li>- Epäjärjestys</li></ul>	<b>Työskentely-ympäristöön liittyviä tekijöitä</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>+ Läsnäolo potilaan luona</li><li>- Informaatiotulva</li><li>- Keskeytykset</li><li>- Päällekkäiset tehtävät, kuten puhelut ja hoitotyö</li><li>- Tärkeitä asioita voi unohtua, kun on paljon muistettavia asioita</li></ul>	<b>Työtehtäviin liittyviä tekijöitä</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>+ Yhdessä sovitut pelisäännöt</li><li>+ Työkaveriin voi luottaa</li><li>+ Avun saaminen ja antaminen helppoa</li></ul>	<b>Tiimityöhön liittyviä tekijöitä</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Aggressiiviset potilaat</li><li>- Kaatuilevat potilaat</li><li>- Raskashoitaiset, kaksin tai useamman hoitajan hoidettavat potilaat</li></ul>	<b>Potilaiden hoidollisuuteen liittyviä tekijöitä</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Kiire</li><li>- Väsymys</li></ul>	<b>Hoitajien suorituskykyyn liittyviä tekijöitä</b>

## Teemataulukko 2: Vajaamiehityksen paikkaaminen.

Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arvioidaan sijaistarve potilaiden lukumäärän ja hoitoisuuden perusteella</li> <li>- Toimitaan Siilaisen vuorovastaavalle tehdyn ohjeistuksen mukaan</li> <li>- Jos yövuoroon ei saada sijaista: otetaan yhteys esimieheen, joka määrää yövuoron tekijän</li> </ul>	<p><b>Vajaamiehityksen paikkaamisen käytännöt</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulkopuolisia sijaisia saa ottaa vain ylihoitajan luvalla</li> <li>- Esimiestä voi pyytää tämän työaikana mahdollisuuksien mukaan tilapäisesti auttamaan kentälle: esimies arvioi onko siihen tarvetta, ja tekee päätöksen osallistumisestaan omien resurssiensa mukaan</li> <li>- Esimiestä pyydetty itse sijaistamaan yövuoroa: suostuminen huolestuttaa potilasturvallisuussyistä, kun hoitotyön tekemisestä pitkä aika</li> </ul>	<p><b>Eriytilanteisiin liittyviä huomioita</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yhteistyö hoitoisuuden ja kokonaistilanteen arvioinnissa tärkeää</li> <li>- Keskustelukulttuurilla ja ilmapiirillä suuri merkitys paikkaamisjärjestelyjen onnistumiseen</li> </ul>	<p><b>Tiimityöhön liittyviä huomioita</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erittäin tärkeää, että sissien hakemisen ohje on selkeä, päivitetty ajan tasalle ja löytyy aina tietystä paikasta</li> <li>- Yhteystiedot oltava ajan tasalla ja helposti löydettävissä</li> <li>- Sissin voi pyytää myös puhelimitse, digitaalisen pyynnön voi laatia jälkikäteen, kun on aikaa</li> </ul>	<p><b>Toimintatapoihin liittyviä huomioita</b></p>

<ul style="list-style-type: none"><li>- Hoitajilla vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa vajaamiehityksen paikkaamiskäytäntöjen kehittämiseen</li><li>- Digitaalisen yhteyden ja yhteistyön kehittäminen toisten osastojen kanssa</li><li>- Palkitsemisjärjestelmässä kehitettävää: esimerkiksi yövuoroon hälytetyn ei tarvitsisi korvata yövuoron vuoksi vajaaksi työvuorolistasta jääviä tunteja, hälykorvaus houkuttelevammaksi, kukkia tai huomiointi viikkotiedotteessa tuplavuoron tehneelle</li><li>- Sissien hakemisen ohje edelleen tarkemmaksi ja selkeämmäksi</li><li>-Yhteistyön lisääminen osastojen ja sairaalan eri kerrosten välille, esimerkiksi tarkastussoitto: onko miehitys kunnossa?</li><li>- Sairaalakohtainen sissijärjestelmä takaisin: helpottaisi huomattavasti esimiesten työtä, laajalla alueella toimivat sissit eivät hallitse yksikön erikoisosaamista samalla tavalla, parantaisi potilasturvallisuutta, esimerkiksi yövuorolainen kohdentaisi aamun sijais- tarpeen vain oman sairaalan sisseille</li><li>- Eri yksiköihin pitäisi kouluttaa omia sissiosaaajia</li><li>- Yövuoron paikkaamisesta erillinen, yksinkertainen ohje</li><li>- Lista vapaaehtoisista, jotka mahdollisesti voisivat tehdä yövuoron hätätilanteessa</li><li>- Yhteistyö laitoshuoltajien kanssa: voisivatko laitoshuoltajat joustaa hätätapauksissa esimerkiksi ruoan jakamisen ja astioiden keräämisen suhteen?</li></ul>	<p><b>Kehittämiseen liittyviä huomioita</b></p>
---	---

Teemataulukko 3: Vuorovastaavan rooli.

Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siun soten yleinen vuorovastaavan tehtävien kuvaus liian laaja</li> <li>- Siilaisen kuntoutumissairaalan vuorovastaavan ohje tehtävien kuvaus selkeä ja yksinkertainen</li> <li>- Perehtyminen nykyisellään jokaisen omalla vastuulla</li> <li>- Apulaisosastonhoitaja jättää perjantaina työaikansa päätyttyä pöydälleen tiedot osastojen tilanteesta: miltä osastoilta voi pyytää apua</li> </ul>	<p><b>Toimenkuvaan liittyviä huomioita</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vuorovastaava voi olla myös lähihoitaja, valitsemiskriteeri tehtävään on ensisijaisesti työkokemus</li> <li>- Vuorovastaavan on tiedettävä, kuinka asiat toimivat</li> <li>- Vuorovastaavan on oltava yhteistyökykyinen</li> </ul>	<p><b>Ominaisuuksiin liittyviä huomioita</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiimin tukeminen ja apu vuorovastaavan tehtävässä tärkeää</li> <li>- Vuorovastaavan tehtäviin käytetty aika on pois hoitotyöhön käytettävästä ajasta</li> </ul>	<p><b>Tiimityöhön liittyviä huomioita</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- VIRVE:n käytössä vaihtelevuutta, toiset käyttävät enemmän kuin toiset</li> <li>- VIRVE-päätelaitteet eivät ole aina kunnossa, joistakin akku loppuu nopeasti kesken vuoron</li> </ul>	<p><b>VIRVE:n (viranomaisradioverkko) käyttöön liittyviä huomioita</b></p>

<ul style="list-style-type: none"><li>- Ovenavauspyynnöt tukevat vuorovastaavan käytössä olevaan puhelimeen – voisiko vuorovastaavalla olla toinen puhelin, tai pyynnöt ohjata toiseen puhelimeen?</li><li>- Kokoontuminen ei ehkä realistinen ajatus: vie (ehkä turhaan?) liikaa aikaa</li><li>- Vuorovastaavien yhteiset palaverit viikonloppuisin/ arkipyhinä</li><li>- Vuorovastaavia pitäisi perehdyttää enemmän, ohjeita pitäisi kerrata</li><li>- Vuorovastaavuus vastuualueeksi?<ul style="list-style-type: none"><li>-&gt; yhteiset koulutukset ja vastuualuepalaverit</li></ul></li><li>- VIRVE:n käyttöön enemmän koulutusta</li><li>- Whatsup-ryhmä vuorovastaaville</li><li>- Vuorovastaavalle auktoriteetti delegoida työtehtäviä ja tarkistettavia asioita muille työntekijöille</li><li>- Vuorovastaava ottaa vastuun velvollisuuksistaan allekirjoittamalla tehtävien tarkistuslistan</li><li>- Vuorovastaavan tehtävien ohjeistukseen lisäys kokoontumisista ja toisille vuorovastaaville raportoinnista</li><li>- Koko sairaalan vuorovastaavien nimet vuorokohtaisesti yhteen listaan</li><li>- Vuorovastaavalle merkki, josta tämän tunnistaa</li></ul>	<p><b>Kehittämiseen liittyviä huomioita</b></p>
--	---



Teemataulukko 4: Työtehtävien jakaminen ja priorisointi.

Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tärkein periaate jakamisessa, että työ kuormittaisi tasaisesti kaikkia</li> <li>- Joskus kokeiltu huonoin tuloksin mallia, että yksi hoitaja ottaa vastuun kaikkien potilaiden iltalääkkeistä ja saa vähemmän muita tehtäviä: kokeilu herätti ärtymystä, ei toiminut</li> <li>- Toisen puolesta ei voi luvata asioita neuvottelematta, esimerkiksi ”iltavuoro käyttää suihkussa”</li> <li>- Seuraavalle vuorolle voi jättää tehtäväksi esimerkiksi: kotiutusasiat, vastaamatta jääneet puhelut, vitaalitoimintojen mittaaminen, toimintakyky ja muiden mittareiden tekeminen, omaiskeskustelut ja vaativa kuntoutus: runsasta apua vaativa siirtäminen sängystä ja liikkumisessa avustaminen, hampaiden pesu</li> <li>- Viestiminen ensiarvoisen tärkeää: mitä on tehty ja mitä on jäänyt tekemättä</li> <li>- Tehtävien oikea tärkeysjärjestys, epäitsekkyys ja tavoite yhteiseen hyvään onnistumisen edellytyksiä</li> <li>- Joustavuus, empatia ja tiimihenki avainsanoja onnistumisessa</li> <li>- Hoitajilla pääsääntöisesti joustava asenne, työtehtävien tai potilaiden valikoiminen erittäin harvinaista</li> <li>- Työn sujuvuus riippuu siitä, keitä on töissä: kaikilla tulisi olla tavoitteena tulla toimeen keskenään</li> <li>- Avoin keskustelu ja yhteistyö tärkeää</li> <li>- Avun pyytämisen ja antamisen tärkeys korostuu haasteellisissa tilanteissa</li> <li>- Työskentely toisinaan helpompaa yksin, kuin ohjata ja neuvoa täysin kokematon sijaista: seuraavalla kerralla oppia saanut sijainen kuitenkin jo avuksi.</li> </ul>	<p><b>Tiimityöhön liittyviä yleisiä huomioita työn jakamisessa ja priorisoinnissa</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yhteispalaveri: työnjako sovitaan yhdessä, erityisesti lääkkeiden ja ruoan jakamisen suhteen</li> <li>- Kuntoutujat jaetaan tasaisesti hoitoisuuden mukaan työntekijöiden kesken</li> <li>- Toinen tiimi auttaa vajaata tiimiä: työtä tehdään yli tiimirajojen</li> <li>- Jokaisessa tiimissä tulee vuorosaan olla lääkeluvallinen sairaanhoitaja: tarvittaessa hoitaja vaihtaa tiimiä sijaisen puuttuessa</li> <li>- Tiimien ja osastojen välinen yhteistyö: annetaan apua sopivalla tavalla: esimerkiksi raskaiden potilaiden hoidossa tai ruoan jakamisessa ja tarjottimien keräämisessä</li> </ul>	<p><b>Tiimityöhön liittyviä huomioita sijaisen puuttuessa</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yhteistyö koko sairaalan suhteen tärkeää: esimerkiksi eri kerrosten välillä lääkeluvallisen sairaanhoitajan puuttuessa yövuorosta</li> <li>- Vastuu lääkeluvattoman hoitajan potilaiden lääkehoidosta jaetaan tasaisesti kaikkien vuorossa olevien lääkeluvallisten hoitajien kesken, että yhdelle hoitajalle ei jää vastuu kahdeksan potilaan lääkehoidosta</li> <li>- Tehtäväkeskeinen hoitotyön työnjakomalli käyttöön silloin, kun miehityksessä lääkeluvattomia tai jollakin hoitajalla on osaamisessa puutteita: vastuu jaetaan työparin kesken - esimerkiksi toinen auttaa wc-asioissa ja nostaa ruokailuasentoihin, kun toinen huolehtii lääkkeiden- tai ruoan jakamisesta</li> <li>- Sijaiselle annetaan kevyempihoitoisia potilaita</li> <li>- Kokenut hoitaja kohtaa tyytymättömän tai muutoin haasteellisen ja vaativan potilaan tai omaisen</li> <li>- Jos sijaisia on useampia, ne jaetaan eri tiimeihin: kokeneita hoitajia tasaisesti joka tiimiin</li> <li>- Jos toinen työparista kokematon, parille vähemmän tai kevyempiä potilaita</li> </ul>	<p><b>Tiimityöhön liittyviä huomioita, kun sijaisella ei ole osaamista tai lääkelupia</b></p>

<ul style="list-style-type: none"><li>- Palliatiivisella osastolla erillinen priorisointiohje: siitä helppo katsoa -&gt; olisi siko kaikilla osastoilla hyvä tehdä samanlainen ohjeistus?</li><li>- Vaikeaa luoda yksinkertaista kaavaa tai mallia, koska muuttuvia tekijöitä paljon</li><li>- Tilanteita voi ratkaista usealla tavalla: yhteisymmärrys ja potilasturvallisuuden toteutuminen tärkeintä</li><li>- Viikonloput pääsääntöisesti rauhallisempia, silloin voi mahdollisuuksien mukaan hoitaa tekemättä jääneitä asioita, kuten mittareiden tekemisiä ja suihkutuksia</li><li>- Lääkehoidon sujuvuus ja turvallisuus priorisoidaan aina ensimmäiseksi</li><li>- Lääkehoito, ravitseminen ja perushoito hoidetaan tilanteesta riippumatta, muita asioita voi siirtää</li></ul>	<p><b>Toimintatapoihin liittyviä huomioita työn jakamisessa ja priorisoinnissa</b></p>
--	--

Teemataulukko 5: Yhteyden ottaminen esimieheen.

Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarve vähentynyt päivystävän osastonhoitajan ansiosta</li> <li>- Tilanteet äärimmäisen harvinaisia</li> <li>- Yövuoroon ei saada järjestettyä teki-jää</li> <li>- Kollega on päihtynyt</li> <li>- Katastrofit: evakuointia vaativa tulipalo tai muu sellainen</li> <li>- Kun henkilökuntaa sairastuu paljon äkillisesti esimerkiksi noron vuoksi</li> <li>- Kun tekninen huolto ei toimi päivystysaikana</li> <li>- Vakava väkivaltatilanne tai työtapa- turma tiimissä tehdyn harkinnan mukaan: esimies ohjaa ja neuvoo</li> <li>- Kun ei enää tiedetä, mitä tehdä</li> </ul>	<p><b>Tilanteisiin liittyviä huomioita</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soitetaan kaikki sairaalan esimiehet läpi, sitten esimiesportaissa aina seuraavalle</li> <li>- Otetaan valta ja vastuu itselle</li> <li>- Viimeinen vaihtoehto päivystävä lääkäri: voi esimerkiksi rajoittaa uusien potilaiden tuleamista osastolle</li> </ul>	<p><b>Jos esimieheen ei saada yhteyttä</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yhteystietojen oltava ajan tasalla, ja helposti löydettävissä</li> </ul>	<p><b>Toimintatapoihin liittyviä huomioita</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tarkistuslista, joka käydään läpi ennen esimiehelle soittamista</li> </ul>	<p><b>Kehittämiseen liittyviä huomioita</b></p>

Teemataulukko 6: Tikkataulun kehille asetetut aihealueet.

Alakategoriat	Yläkategoriat
<p><b>Työn jakamiseen liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yhteispalaveri: työnjako sovitaan yhdessä</li> <li>- Työparit jakavat työn tehtäväkeskeisesti, jos toisella ei osaamista tai lääkkelupia</li> <li>- Päävastuu työn jakamisen tasaisesta kuormituksesta vakituisilla työntekijöillä</li> <li>-Potilasturvallisuus ennen omaa mukavuutta</li> </ul> <p><b>Miehityksen paikkaamiseen liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yritetään saada aamuvuorolaista paikkaamaan yövuorossa sairastunutta</li> </ul> <p><b>Työtehtävien priorisointiin liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekemättä jääneitä asioita voi hoitaa viikonloppuna, jos rauhallisempaa</li> <li>- Lääkehoito tärkein</li> <li>- Seuraavalle vuorolle tiedottaminen: mitä ei ole tehty</li> </ul> <p><b>Tiimityöskentelyyn liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoin keskustelukulttuuri</li> <li>- Avun antaminen, yhteistyö, sijaiselle ei vaativia potilaita</li> <li>- Raportin lukurauha</li> <li>- Suullinen raportti</li> <li>- Hyvä tiimihenki: joustavuus, empatia, kollegiaalisuus</li> </ul>	<p><b>Tiimiä koskevat aihealueet</b></p>

<p><b>Työn jakamiseen liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Työn jakaminen ja priorisointi miehityksen kannalta haasteellisissa tilanteissa</li><li>- Työn jakamisessa potilaiden hoitoisuus merkitsee enemmän kuin määrä</li><li>- Kevyemmät potilaat kokemattomille sijaisille</li><li>- Mahdollisuuksien mukaan ei useampaa sijaista samaan tiimiin: jaetaan eri tiimeihin</li><li>- Lääkeluvottomien lääkkeitä jaetaan tasaisesti muiden hoitajien jaettavaksi</li></ul> <p><b>Miehityksen paikkaamiseen liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vuorovastaava saa apua muilta tarvittaessa</li><li>- Ensiksi kysytään tuplavuoroon tai vuoron vaihtamiseen halukkaita omalta osastolta</li></ul> <p><b>Työtehtävien priorisointiin liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Työtehtävien priorisointi: osastokohtaiset ohjeet yhteistyössä osaston lääkärin kanssa</li></ul> <p><b>Tiimityöskentelyyn liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Keksitään ratkaisut yhdessä</li></ul>	<p><b>Osastoa koskevat aihealueet</b></p>
<p><b>Toimintatapoihin liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Käytäntöjen ja toimintatapojen kertaus</li><li>- Käytäntö vuorovastaavien kokouksesta</li><li>- VIRVE -laitteiden huolto ja käyttökoulutus</li><li>- Siilaisen kuntoutumissairaalan ohje vuorovastaavalle on selkeä</li><li>- Oven avauspyyntöjä ei vuorovastaavalle</li><li>- Esimies on auktoriteetti, esimieheen voi luottaa</li></ul>	<p><b>Siilaisen kuntoutumissairaalaan koskevat aihealueet</b></p>

- Tarvittaessa käydään kuntoutumissairaalan esimiehet portaittain läpi, sitten keksitään ratkaisu itse, jos kehtään ei saada kiinni
- Z-asemalle kaikki päivitetty ohjeet selkeästi löydettäväksi ja paperiversiot ohjeista työvuorokansioon

**Miehityksen paikkaamiseen liittyviä aihealueita:**

- Tuplavuoroon kysytään halukkaita paikkaamaan sijaistarvetta koko sairaalasta
- Lainavuoromalli hoitoisuuden perusteella
- Vuorovastaavat ovat yhteydessä keskenään VIRVE:llä
- Yöhoitaja ei tule: yhteystiedot ajan tasalla- Yövuoron miehityksen paikkaamisen suhteen selkeä ja yksiselitteinen ohjeistus koko Siilaisen kuntoutumissairaalalle
- Vuorovastaavien yhteistyön kehittäminen
- Vuorovastaavien perehdyttämiskäytännöt
- Apulaisosastonhoitajan pöydällä tieto viikonlopun miehitys- ja paikkatilanteesta
- Vuorovastaaville allekirjoitettava tarkistuslista, joka olisi virallinen dokumentti
- Huomion osoitus vuoroa vaihtaville, tuplavuoron tekijöille ja yövuoroon hälytetyille
- Osaston paikkaluku voidaan pitää pienempänä, jos miehityksessä on haasteita

**Tiimityöskentelyyn liittyviä aihealueita:**

- Joustavuus, apu, tuki, delegointi
- Kollegiaalisuus kaikissa portaissa

<p><b>Miehityksen paikkaamiseen liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Äärimmäisessä hätätilanteessa kysytään päivystävältä lääkäriltä toimintaohjeet, jos esimiehiä ei saada kiinni ja katastrofia miehityksessä ratkaistua</li><li>- Vuorovastaava voi olla myös lähihoitaja: tärkeintä kokemus ja yhteistyökyky</li><li>- Sissit ja päivystävä osastonhoitaja</li><li>- Eri yksiköiden pitäisi kouluttaa omia sissiosaaajia</li><li>- Omat sissit takaisin</li><li>- Vuorovastaavalle oma merkki</li></ul> <p><b>Työtehtävien priorisointiin liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Osastokohtaiset ohjeet työtehtävien priorisoinnista yhteistyössä osaston lääkärin kanssa</li><li>- Potilasturvallisuus ei saa vaarantua</li></ul> <p><b>Toimintatapoihin liittyviä aihealueita:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Valmius- ja pelastussuunnitelma</li></ul>	<p><b>Siun sotien sairaalapalveluja koskevat aihealueet</b></p>
--	---



## Hei kaikki tulevan viikonlopun vastuuvuorolaiset!

### Lainavuoromahdollisuus:

Hei kaikki tulevan viikonlopun vastuuvuorolaiset!

Tilannekatsaus perjantaina 3.7.2020

**AKU: potilaita 48, ei lainavuoromahdollisuutta.**  
**AKU:lle vain joensuulaisia kuntoutujia**

**KIR: potilaita 32, ei lainavuoromahdollisuutta.**

**GER: potilaita 9, joista 1 vierihoidettava, 1 valvottava.** Lainavuoromahdollisuutta voi kysyä **sunnuntaina.**

**NEU: kuntoutujia 23, 3 hengitysvajepotilasta.** Kotiutujat ja kotilomalaiset, pe iltapäivästä kuntoutujia jää 20. Sunnuntaina lainavuoromahdollisuutta voi kysyä.  
**HUOM!** Osaston tämänhetkinen yövuorolainen annettu suunnitellusti lainaan viikonlopuksi Siilaisen KIR/GER osastoille valvonta- ja vierihoidon tarpeeseen.

**PALL: potilaita 14, ei lainavuoromahdollisuutta**

Vastuuvuorolaiset olkaa yhteydessä toisiinne, sillä tilanteet ovat voineet muuttua osastoilla.

**Vastuuvuorolaisella on oikeus ja velvollisuus jakaa omia tehtäviään työtovereille, hoitaessaan vastuuvuoroon kuuluvia tehtäviään**

Käyttäkää **rohkeasti Virvettä.**

**Vuorovastaavat, tulostakaa vuodepaikkakartat, jossa näkyy kuka hoitaa ketäkin potilasta, sekä kantakaa VIRVE-puhelinta mukanaan.**

Äkillisten poissaolojen hoitaminen normaalin protokollan mukaan

**Virka-ajan ulkopuolella käyttäkää harkintaa, keskustelkaa toisten vuorovastaavien kanssa, tilanne tiedoksi aoh:n pöydällä olevaan vuorovastaavan vihkoon.**

Voitte halutessanne kokoontua **OS.3 aoh:n huoneessa klo 9 ja klo 15.**

**Päivystävä lääkäri**

la 4.7	Anna Karjula / Mirjam Lyhykäinen
su 5.7	Anna Karjula / Mirjam Lyhykäinen

Vuorovastaava varmistaa **yhdessä työkavereidensa kanssa**, että potilasturvallisuus toteutuu yksiköissä.

Poissaoloilmoitukset ohjataan vuorovastaavalle, joka arvioi ja ryhtyy tarvittaessa seuraaviin toimiin:

1. Onko sijaistarve välttämätön? Mikä potilas- ja kuntoutujatilanne on?
2. Voivatko muut talon osastot auttaa? Ota yhteyttä muiden osastojen vuorovastaaviin.
3. Onko oman yksikön henkilökunnassa suostuvaisuutta vuoronvaihtoon siten, että ulkopuolista sijaista ei tarvita?
4. Ota yhteyttä päivystävään osastonhoitajaan; **0504305938**. Hän tarkastaa sissien tilanteen ja tekee tarvittaessa sijaispyynnön. Päivystävä oh on töissä lauantaina ja sunnuntaina klo 7.30–14.30.
5. Jos poissaoloilmoitus tulee iltavuoron aikana, vuorovastaava käy ensin läpi kohdat 1–3, sitten kohdat 6–9. Tapahtumista tulee ilmoittaa päivystävällä osastonhoitajalle.
6. Onko sissiä vapaana samaan vuoroon? Tarkista tämä Laurasta, jonne pääset omilla tunnuksilla.
7. Onko yksikön henkilökunnassa suostumusta vaihtaa vuoroa niin, että sissi olisi käytettävissä?
8. Haluaako joku tehdä tuplavuoron?
9. kaiken tämän jälkeen arvioi vielä kerran tarve ja sitten tee pyyntö Sarastiaan, jonne pääset omilla tunnuksilla

**PRIORISOINTIOHJE**

- **HUOM:** Palliatiivisen potilaan kohdalla ei tarvitse välttämättä noudattaa muualla toteutettuja rutiineja (esim. pkssk:n rutiinit). **Aina mietittävä: mitä potilas todella hyötyy tästä asiasta?**
- Verenpainetta ei tarvitse mitata kaikilta, vaan pääsääntöisesti vain niiltä, joilla on verenpainelääkitys.
- Nestelistaa tarvitaan harvoin.
- Ei rutiinisti pesuja yms. Selvitetään, mikä on potilaan oma puhtauskäsitys ja sen mukaan pesut.
- Palliatiivisen potilaan kohdalla on tärkeää täyttää ESAS-kaavaketta, hoitotahto.
- Jatkossa tehdään yhteiset ohjeet esim. rutiinien mittauksista tulovaiheessa (Leena S.).

**Mitä voitaisiin tehdä sille, ettei tunnettaisi kiirettä:**

- Pitäisi ajatella, että seuraava vuoro jatkaa töitä!
- Asenne salliva, jos kaikkea ei ole ehditty tehdä. Ei siis "motkoteta", jos jotain on jäänyt tekemättä.
- Edeltävä vuoro ei lietso kiireen tuntua seuraavalle vuorolle.
- Vuorovastaava ottaa vastuun töiden jakamisesta (huomioidaan kaikkien jaksaminen). Työskennellään mahdollisuuksien mukaan työpareina.
- Oman työn suunnittelu, uudelleenkin kesken vuoron on suositeltavaa!
- Esimiesten tiedottaminen tilanteesta.
- Vaativat omaiset vievät aikaa ja siksi on tärkeää, että autetaan muita, jos itsellä rauhallista ja vähän tehtävää.
- Lääkäreille voidaan antaa myös palautetta (jos joku asia, mikä hankaloittaa/hidastaa hoitajien toimintaa).
- Tavaroiden löytyminen osastolta/muilta osastoilta vie aikaa, siksi huolehditaan siisteydestä! (Kaikkien vastuulla!)
- Jos osastolla on koulutuksia kesken päivän, voidaan potilaille ja omaisille kertoa, että hoitajan lähdön koulutukseen, joka kestää esim. 1h ajan. On tärkeää, että tieto siirtyy ja hoitotyö kehittyy...
- ***Jokaisen työntekijän täytyy huolehtia omista tauoista, ja käytävä syömässä ja kahvitauoilla!***