



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Eveliina Pajula

# YHTEISPÄIVYSTYKSEN JA LEIK- KAUSOSASTON YHTEISTYÖN KE- HITTÄMINEN

Päivystysleikkauspotilaan hoito

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

YAMK

Sosiaali- ja terveysala

2025

## TIIVISTELMÄ

---

Tekijä	Eveliina Pajula
Opinnäytetyön nimi	Yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyön kehittäminen: Päivystysleikkauspotilaan hoito
Vuosi	2025
Kieli	suomi
Sivumäärä	61 + 3 liitettä
Ohjaaja	Riikka Lehesvuo

Yhteispäivystys ja leikkausosasto ovat henkilöstömäärältään suuria yksiköitä, joissa hoitajien vaihtuvuuskin on luonnollisesti melko suurta. Viime vuosien aikana suuria ikäluokkia on eläköitynyt ja heidän tilalleen on tullut uusia, innokkaita, mutta työelämässä vielä kokemattomia hoitajia. Kiireisissä yksiköissä haasteena onkin tietotaidon siirtyminen kokeneilta hoitajilta uusille jatkuvasti kehittyvässä hoitotyössä. Yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyössä on tunnistettu kehittämistä vaativia osa-alueita päivystysleikkauspotilaan hoidossa.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kartoittaa nykytilanne päivystysleikkauspotilaan hoidossa yhteispäivystyksen ja leikkausosaston näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyötä päivystysleikkauspotilaan hoidon kannalta, sujuvoittaa päivystysleikkauspotilaan hoitoa ja hoitoon pääsyä, lisätä potilasturvallisuutta sekä yhtenäistää hoitokäytäntöjä, jonka myötä mahdollista päällekkäistä työtä voidaan vähentää.

Kehittämistyö aloitettiin teoreettisen viitekehyksen tekemisellä. Tutkimuksellinen osuus toteutettiin kyselytutkimuksena, joka toteutettiin yhteispäivystyksen ja leikkausosaston valikoidulle henkilökunnalle. Aineisto analysoitiin kvalitatiivisin menetelmin ja taustamuuttujat analysoitiin numeerisesti.

Kehittämistyön tulosten perusteella yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyössä nähtiin kehittämiskohteita erityisesti kirjaamiskäytäntöjen, kommunikaation, tiedonkulun ja kollegiaalisuuden osa-alueilla. Osastojen väliselle yhteistyön kehittämiselle nähdään selkeä tarve. Jatkossa yhteistyötä olisi hyvä vahvistaa järjestämällä yhteistyöpalaveria, joiden avulla saadaan yhtenäistettyä hoitokäytäntöjä. Myös lisäkoulutukset anestesiatietojärjestelmään ovat paikallaan. Lisäksi tulevaisuudessa voisi olla hyödyllistä kehittää päivystysleikkauspotilaan hoitoon tarkistuslistan, joka tukisi päivystyspotilaan hoitoa.

---

Avainsanat päivystysleikkauspotilas, yhteispäivystys, leikkausosasto, yhteistyö, kehittäminen

## ABSTRACT

---

Author	Eveliina Pajula
Title	Developing cooperation between the emergency department and the surgery department: Emergency surgery patient care
Year	2025
Language	Finnish
Pages	61 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Riikka Lehesvuo

The emergency department and surgery department are large units in terms of staff numbers, where nurse turnover is naturally quite high. In recent years, large age groups have retired and been replaced by new, enthusiastic nurses who are still inexperienced in working life. In busy units, the challenge is to transfer knowledge from experienced nurses to new ones in a constantly evolving field of nursing. The emergency and surgical departments have identified areas for development in the care of emergency surgery patients.

The purpose of this development work is to map the current situation in the care of emergency surgery patients from the perspective of the emergency department and the surgery department. The goal is to develop cooperation between the emergency department and the surgery department in the care of emergency surgery patients, streamline the care and access to care of emergency surgery patients, increase patient safety, and standardize care practices, thereby reducing potential duplication of work.

The development work began with the creation of a theoretical framework. The research component was carried out as a survey conducted among selected staff members of the emergency department and surgery department. The data was analyzed using qualitative methods, and the background variables were analyzed numerically.

Based on the results of the development work, areas for improvement were identified in the cooperation between the emergency department and the surgery department, particularly in the areas of documentation practices, communication, information flow, and collegiality. There is a clear need to develop cooperation between the departments. In the future, cooperation should be strengthened by organizing joint meetings to harmonize care practices. Additional training on the anesthesia information system would also be appropriate. In addition, it could be useful in the future to develop a checklist for the care of emergency surgery patients to support the care of emergency patients.

---

Keywords emergency surgery patient, emergency department, surgery department, cooperation, developing

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	2
ABSTRACT .....	3
1 JOHDANTO .....	7
2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	10
3 YHTEISPÄIVYSTYKSEN JA LEIKKAUSOSASTON YHTEISTYÖ PÄIVYSTYSLEIKKAUSPOTILAAN HOIDOSSA .....	11
3.1 Päivystysleikkauspotilas .....	11
3.1.1 Toiminta yhteispäivystyksen näkökulmasta .....	13
3.1.2 Toiminta leikkausosaston näkökulmasta.....	15
3.2 Osastojen välinen yhteistyö .....	17
4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS .....	23
4.1 Aineistonkeruu ja kohderyhmä .....	24
4.2 Aineiston analyysi.....	26
5 TULOKSET.....	28
5.1 Taustamuuttajat.....	28
5.2 Tämänhetkinen yhteistyön tila yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä .....	31
5.3 Kehittämistarpeet.....	35
5.4 Hoidon vaiheisiin sisällytettävä tieto, joka tukee yhteispäivystystä ja leikkausosastoa .....	39
6 POHDINTA .....	43
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu .....	43
6.2 Kehittämistyön eettisyys .....	47
6.3 Kehittämistyön luotettavuus.....	48
6.4 Kehittämistyön prosessin arviointi.....	49
7 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	51
LÄHTEET .....	54
LIITTEET .....	62
LIITE 1. Kyselylomake .....	62

LIITE 2. Taulukkoesimerkki sisällönanalyysillä tehdyistä luokitteluista .....	65
LIITE 3. Toinen esimerkkitaulukko sisällönanalyysillä tehdyistä luokitteluista .....	68

## KUVIOT

**Kuvio 1.** Kehittämistyön eteneminen..... 23

**Kuvio 2.** Vastaajien työvuodet nykyisessä työyksikössä..... 30

## TAULUKOT

**Taulukko 1.** Vastaajien ammattinimike..... 29

**Taulukko 2.** Kyselyyn vastanneiden työskentelypiste..... 29

**Taulukko 3.** Missä päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheissa olet ollut mukana..... 31

## LYHENTEET

Leikkuri Leikkausosasto

Orbit Uusi leikkaushoitajärjestelmä

Lesu Leikkaushoidon ajanvaraus

Triage Yhteispäivystyksen hoidontarpeenarvion vastaanottopiste

NIHR National Institute for Health and Care Research, Iso-Britannian julkinen tutkimusrahoittaja ja organisaatio terveyden ja sosiaalihuollon tutkimuksille

WHO World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development, Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö

## 1 JOHDANTO

Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä hoitoa ja sen arviota. Potilaalle kiireellistä hoitoa annetaan hänen asuinpaikastaan riippumatta. (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM], terveydenhuollon päivystys, n.d.) Päivystyshoito eli kiireellinen hoito on välittömästi tai useimmiten alle 24 tunnin sisällä annettavaa hoitoa, mitä ei voi yleensä siirtää ilman potilaan tilan vaikeutumista (Kantonen, 2014, s. 17).

Päivystysleikkauspotilaan laadukkaan hoidon kannalta on äärimmäisen tärkeää, että päivystyksen hoitohenkilökunnan ja leikkausosaston välinen yhteistyö on sujuvaa. 2000-luvulla on tapahtunut suuria muutoksia päivystystoiminnassa. Järjestelmästä on tullut sirpaleinen ja yhtenäiset toimintamallit ovat puuttuneet. (Päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen työryhmä, 2010, s. 3.) Potilasturvallisuus on niin ikään riippuvainen tehokkaasta tiimityöstä (Nakarada-Kordic ja muut, 2016, s. 1).

Terveydenhuollon organisaatioissa moniammatillisen yhteistyön kehittämistarpeet nousevat esille yleisimmin asiakaslähtöisyydessä, potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa, toiminnan kustannustehokkuudessa ja hoidon laadun parantamisessa sekä hoitoon pääsyn nopeuttamisessa (Collin ja muut, 2012, s. 7; McCallin, 2001; Nembhard & Edmondson, 2006, Pollard ja muut, 2005; Øvretveit, 1997). NIHR:n globaali kirurgian tutkimusyksikkö (2022) on tehnyt tutkimuksen, jonka tavoitteena oli kehittää päivystyskirurgian yleiset ohjeet, joita voitaisiin soveltaa kaikissa sairaaloissa ja terveydenhuoltojärjestelmissä. Tehdyn tutkimuksen, yleisten päivystyskirurgian maailmanlaajuisten ohjeiden mukaan, on hyvin olennaista, että kirurgisten tiimien välillä tulisi tapahtua strukturoitu luovutus. Koskien leikkaussalitapausten priorisointia ja kriittisesti sairaiden potilaiden arviointia.

Rossin ja muiden (2022) mukaan päivystyskirurgiaa varten on käynnistetty laadunparannustoimenpiteitä, johon lukeutuu protokollien ja standardien luominen. Terveydenhuoltolain (1326/2010) yhtenä tarkoituksena on parantaa terveydenhuollon ja hyvinvointialueen eri toimijoiden välistä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Hoitoprosessien, kuten myös tämän kehittämistyön tarkoituksena on yhtenäistää hoitotoimintoja, selkiyttää hoitohenkilökunnan työnjakoa sekä vastuuta, parantaa hoitotyön sujuvuutta ja ennen kaikkea estää virheellisiä tai päällekkäisiä toimintoja sekä lisätä potilasturvallisuutta.

Laajan päivystysalueen hoitoyksikköinä yhteispäivystys ja leikkausosasto ovat isoja yksiköitä henkilömäärällisesti, missä luonnollisesti hoitajavaihtuvuuskin on suurta. Lähivuosien aikana suuria ikäluokkia on eläköitynyt ja uusia, innokkaita, mutta työelämästä kokemattomia hoitajia on enemmistö. Hoitotyön varmasti yhtenä haasteena onkin tietotaidon siirtyminen alati kehittyvässä hoitotyössä. Työterveyslaitoksen (2025) julkaiseman tiedotteen mukaan sairaanhoitajien ja lähihoitajien riittävä määrä on keskiössä laadukkaiden sosiaali- ja terveystalveluiden tarjoamisessa. Julkaisun mukaan on arvioitu, että vuoteen 2040 mennessä Suomessa tarvitaan lähes 9400 sairaanhoitajaa enemmän kuin vuonna 2021.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella, Seinäjoen yhteispäivystyksessä, ei ole olemassa olevia yhtenäisiä, strukturoituja hoitokäytäntöjä päivystysleikkauspotilaan kohdalla, joten kehittämistyön tekijän oman idean sekä työpaikalta tulleen vahvistuksen myötä yhtenäisiä hoitokäytäntöjä lähdetään nyt kehittämään. Tietoa aiheeseen viitaten löytyy, mutta suoraa tämänkaltaista opinnäytetyötä ei ole, joten se asettaa oman haasteensa tälle kehittämistyölle. Johansson ja Sedergren (2014, s. 58) ovat omassa opinnäytetyössään mallintaneet aikuisen päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessin Länsi-Pohjan keskussairaalaissa. He ovat työssään laaja-alaisesti tutkineet aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, jota voidaan

myös hyödyntää tässä tehtävässä kehittämistyön teoreettisen viitekeh-  
yksen rakentamisessa.

## **2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kartoittaa nykytilanne päivystysleikkauspotilaan hoidossa yhteispäivystyksen ja leikkausosaston näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka pohjalta voidaan kehittää yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyötä päivystysleikkauspotilaan hoidon kannalta, sujuvoittaa päivystysleikkauspotilaan hoitoa sekä yhtenäistää käytäntöjä. Pidemmällä aikavälillä näiden kehittämistoimien toivotaan parantavan hoitoon pääsyä, lisäävän potilasturvallisuutta sekä vähentävän päällekkäistä työtä. Lisäksi kehittämistoimien tavoitteena on tukea sekä uransa alkutaipaleessa olevia että kokeneempia hoitajia akuutin päivystysleikkauspotilaan hoitotilanteissa.

Tämän kehittämistyön tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaisena nykyisen päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessi koetaan, ajatellen yhteistyötä yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä?
- 2) Millaisia kehittämistarpeita yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välisessä yhteistyössä nähdään laadukkaan ja sujuvan hoitoprosessin saavuttamiseksi?
- 3) Millaista tietoa päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheisiin tulisi sisällyttää, että se tukisi sekä yhteispäivystyksen että leikkausosaston henkilökunnan tarpeita?

### **3 YHTEISPÄIVYSTYKSEN JA LEIKKAUSOSASTON YHTEISTYÖ PÄIVYSTYSLEIKKAUSPOTILAAN HOIDOSSA**

Kehittämistyön tietoperustan rakentaminen aloitettiin jo syksyllä 2024 kehittämistyön aiheen valinnan jälkeen. Lähdeaineistoa haettiin laajalaisesti useista eri tietokannoista, kuten Medic, Cinahl, Google Scholar, Terveysportti, PubMed ja Finna. Tietoperustan lähdeaineistoa haettaessa keskeisimmät hakusanat olivat päivystysleikkauspotilas, yhteispäivystys, leikkausosasto, yhteistyö ja yhteistyön kehittäminen.

Suomessa lainsäädännöllä ohjataan niin terveyspalveluja kuin potilaan hoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kiireellisen hoidon yleisestä suunnittelusta sekä lainsäädännön valmistelusta että toimeenpanon tuesta ja ohjauksesta. Lisäksi myös strateginen kehittäminen kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle heidän toimivaltansa puitteissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, terveydenhuollon päivystys, n.d.) Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja Valtioneuvoston asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä (583/2017) säädetään kiireellisestä hoidosta ja päivystyksestä.

Päivystysleikkauspotilaan hoitoon kuuluu useita eri vaiheita, jossa ovat osallisena moniammatillinen hoitohenkilökunnan joukko eri yksiköistä. Tässä luvussa tarkastellaan tarkemmin, mitä tarkoittaa päivystysleikkauspotilas, mitä päivystysleikkauspotilas tarkoittaa yhteispäivystyksessä ja leikkausosastolla. Lisäksi avataan eri osastojen välistä yhteistyötä sekä käsitellään aikaisempia aihepiiriin liittyviä tutkimuksia.

#### **3.1 Päivystysleikkauspotilas**

Päivystyksellisellä hoidolla tarkoitetaan yleensä äkillistä, joko vamman, sairauden tai kroonistuneen sairauden vaikeutumista niin, että se edellyttää välitöntä arviointia tai hoitoa. Päivystyshoidon luonteenomaisiin

piirteisiin yleensä kuuluu, että hoitoa ei voida siirtää ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. (Päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen työryhmä, 2010, s. 4.) Päivystysleikkauksella tarkoitetaan tapaturman tai akuutin sairauden vuoksi tehtävää kiireellistä leikkausta, joka voidaan toteuttaa kaikkina vuorokauden aikoina (Mentula & Brinck, 2019, s. 4).

Päivystysleikkaus – termiä käytetään kuvaamaan akuutisti sairaiden kirurgisten potilaiden leikkauksellista ja lääketieteellistä hoitoa, kun he saapuvat sairaalaan odottamattomien vammojen vuoksi, kuten trauma, palovamma, akuutin vatsan sairaus tai nekrotisoiva pehmytkudosinfektio (Goh ja muut, 2017, s. 567). Äkillisesti leikkaushoitoa vaativan potilaan vamma tai sairaus määrittelee päivystysleikkauksen kiireellisyyden. Kiireellisyys tulisikin aina arvioida yksilöllisesti mahdollisuuksien mukaan. (Mentula & Brinck, 2019, s. 4.)

Päivystysleikkauksista valtaosa on suurten kirurgisten erikoisalojen eli ortopedian ja traumatologian sekä gastroenterologisen kirurgian alaisuuteen kuuluvia potilaita (Päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen työryhmä, 2010, s. 61). Päivystysleikkauksellinen toimenpide voi olla esimerkiksi nilkkamurtuman levytys ja ruuvaus tai umpilisäkkeen poisto (appendicectomy). Kyseessä voi olla myös hättäleikkaus, joka voi esimerkiksi olla revenneen vatsa-aortan pullistuma (aneurysma aortae abdominalis). Päivystykselliseen toimenpiteeseen potilas voi tulla päivystyksen lisäksi myös osastolta, röntgenistä tai täyhystyksiköstä. (Hammar, 2011, s. 14.) Tässä kehittämistyössä tarkastelu on rajattu ainoastaan päivystyksestä tuleviin potilaisiin.

Sairaalat pyrkivät tarjoamaan korkealaatuista hoitoa. Tärkeimpiä prioriteetteja onkin ajoittaa päivystysleikkaukset mahdollisimman nopeasti, koska niiden lykkääminen yleensä lisää komplikaatioiden riskiä. (Van Essen ja muut, 2012, s. 34.) O’Learysin ja muiden (2014, s. 1333) tekemän tutkimuksen mukaan potilaista jopa kolmasosa odotti yli 24 tuntia päivystysleikkaukseen pääsyä. Leppäniemi (2014) toteaaakin omassa

artikkelissaan, että yksi päivystysleikkauspotilaiden hoitotuloksiin kriittisesti vaikuttava tekijä on leikkauksen viivästyminen. Eatonin ja muiden (2022) mukaan päivystysleikkauspotilaiden hoidon laadun parantaminen edellyttää omistautuneen ja koulutetun henkilökunnan tekemää korkealaatuisen ja tarkan tiedon oikea-aikaista tarkastelua.

### **3.1.1 Toiminta yhteispäivystyksen näkökulmasta**

Päivystyksessä tullaan kohtaamaan koko yhteiskunnallisen ongelmien kirjo ja tehdään päätöksiä elämästä ja kuolemasta. Päivystyksen katsovaan olevan koko yhteiskunnan turvaverkko ja ikkuna koko terveydenhuoltojärjestelmän palvelukulttuuriin. (Koskela ja muut, n.d.) Päivystysleikkausta tai muuta päivystyksellistä hoitoa tarvitseva potilas voi saapua yhteispäivystykseen monin eri tavoin, ei ainoastaan ambulanssilla. Potilas voi saapua suoraan päivystykseen myös esimerkiksi omalla kyydillä, saattajan tuomana tai taksilla. Päivystykseen tullaan myös eri paikoista esimerkiksi kotoa, työpaikalta, tai lähetteellä toisesta yksiköstä esimerkiksi erilaisten toimenpiteiden suorittamiseksi. (Castrén ja muut, 2010, s. 67.)

Potilaan saapuessa yhteispäivystykseen potilaasta arvioidaan peruselintoiminnot ABCDE – asteikon mukaisesti: A: Hengitystiet, B: Hengitys, C: Verenkierto, D: Tajunnantaso, joka määritetään käyttäen GCS-asteikkoa, E: Muu akuutti elintoimintojen häiriö. Kriittisesti sairas potilas tulee tunnistaa viipymättä ja elintoimintojen häiriön ilmetessä peruselintoimintojen hoito on aloitettava välittömästi. Kriittisesti sairaan potilaan hoito on tiimityötä, jossa hyödynnetään saatavilla olevan henkilöstöä sekä ennalta suunniteltuja ja harjoiteltuja hoitoprotokollia. (Märijärvi ja muut, 2016, s. 8–9.)

Seinäjoen keskussairaala on määritelty laajan päivystyksen sairaalaksi Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Terveydenhuoltolain (1326/2010) säädösten mukaisesti hyvinvointialueen tulee ylläpitää ympärivuorokautista erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on oltavat valmius väestön kiireellisten terveysongelmien hoitoon. Tämän

lisäksi yhteispäivystyksessä tulee olla tarvittavien erikoisalojen riittävät voimavarat ja osaaminen väestön kiireellisten terveysongelmien hoitamiseksi, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikössä tulee olla muun muassa akuuttilääketieteen, anestesiologian ja tehohoidon, gastroenterologisen kirurgian, ortopedian ja traumatologian, naistentautien ja synnytyksen ja radiologian erikoisalojen kiireellisen hoidon ja päivystyksen edellytykset ja osaaminen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköissä tulee olla tarvittava määrä osaavaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä kiireellisen hoidon antamista varten sekä siihen tarvittavat tilat, välineet ja laitteet sekä sisältäen myös leikkaustoiminnan ja tehohoidon. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä, 583/2017.)

Collin ja muut (2013, s. 32) kertovat tutkimuksessaan, että toiminta-ajatuksena päivystyksessä on nopea diagnosointi, hoidon aloitus sekä jatkohoitotarpeen- ja paikan määrittely. Päivystyksen yhtenä tärkeänä tehtävänä on seuloa sinne tulevista potilaista ne, jotka ovat kiireellisen hoidon tarpeessa. Päivystyksessä arvioidaan potilaan oireet ja vammat, jonka jälkeen tehdään välitön tutkimus- ja hoitosuunnitelma. Potilaan hoitaminen tapahtuu yhteistyössä monien eri toimijoiden kanssa. (Castrén ja muut, 2010, s. 60, 66.)

Lääkäriliitossa (2022) tehdyssä päivystyssuosituksessa päivystyksen määritelmä kuvataan kolmen pääkohdan avulla, ensimmäisenä kohtana päivystyksessä hoidettaisiin vain päivystyksellistä hoitoa vaativia potilaita ja terveydenhuollon ei-päivystyksellinen toiminta olisi järjestettävä muulla tavalla. Määritelmän toisessa kohdassa päivystyksessä yöaikaan tulisi hoitaa vain sellaisia kiireellistä hoitoa tarvitsevia potilaita, joiden hoitoa ei voi lykätä seuraavaan aamuun. Kolmas ja viimeinen kohta määritelmässä on, että päivystyspotilaiden kulku ensisijaisesti tulisi ohjata ennalta sovittujen hoitopolkujen mukaan. Päivystystoiminnan kehitys on Suomessa johtanut yhteispäivystystoiminnan yleistymiseen sekä

hoidon tarpeen ja kiireellisyysluokittelujen käyttöönottoon. Suomessa on jaettu perinteisesti päivystystoiminta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystoimintaan, mutta viime vuosina päivystysjärjestelyjä on muuttanut yhteispäivystyksen lisääntyminen. (Kuisma ja muut, 2017, s. 101.)

Perusterveydenhuollon kiireellisen ja erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikoiden yhdistyminen suuremmiksi yksiköiksi uudisti merkittävästi akuuttia terveydenhuoltoa (Halinen ja muut, 2024, s. 2). Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksessä hoidetaan ympärivuorokautisesti kaiken ikäisiä potilaita, joiden hoitoa ei voi siirtää myöhemmäksi ilman vamman vaikeutumista tai oireiden pahenemista. Potilaat hoidetaan sairauden mukaisessa kiireellisyysjärjestyksessä, jonka hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioi vastaanottava sairaanhoitaja triagessa. (Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, n.d.)

Päivystyksessä potilaan kannalta tärkeintä on saada selville sairaudet ja tilat, jotka vaativat välitöntä hoitoa ja aloittaa niiden hoito. Lisäksi on myös tärkeää ratkaista, tarvitseeko potilas välitöntä sairaalahoitoa vai voidaanko häntä tutkia ja hoitaa polikliinisesti. (Märijärvi ja muut, 2015, s. 667.) Parlour ja muut (2019, s. 306) toteavat artikkelissaan, että on runsaasti niin paikallista, kansallista kuin kansainvälistä näyttöä siitä, että päivystyksessä kliininen päätöksenteko on usein epäoptimaalista, jolla on niin ikään kielteinen vaikutus hoidon laatuun, turvallisuuteen sekä potilastuloksiin.

### **3.1.2 Toiminta leikkausosaston näkökulmasta**

Yksi sairaaloiden kalleimmista resursseista on leikkaussalitoiminta. Tyypillisesti leikkauskulut muodostavat noin 40 % sairaalan kokonaisresurskustannuksista, kun taas puolestaan leikkaukset tuottavat noin 67 % sairaalan tuloista. On siis samalla tärkeää hallita leikkauskustannuksia, kun ylläpidetään korkealaatuista hoitoa. Korkealaatuisen hoidon ylläpitämiseksi onkin tärkeä ajoittaa päivystysleikkaukset mahdollisimman nopeasti. Päivystysleikkaukset hoidetaan useimmissa sairaaloissa siten,

että päivystysleikkauksille varataan osa leikkaussalin kapasiteetista. (Van Essen ja muut, 2012, s. 34.) Yhdysvalloissa päivystyskirurgian katsotaan aiheuttavan 11 % sairaalajaksoista ja päivystysleikkauspotilaita vuodessa on yli kolme miljoonaa (Ross ja muut, 2022). Vastaavasti vuonna 2022 HUS:ssa, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, leikkauksia tehtiin 83 587, joista kolmasosa oli päivystysleikkauksia (HUS, 2022).

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Seinäjoen keskussairaala on Suomen hallituksen mukaan määritelty laajan päivystyksen sairaalaksi, jossa hoito turvataan potilaille kaikkina vuorokauden aikoina, hoidon tarpeesta riippumatta. Laajanpäivystyksen sairaalassa päivystyksellinen leikkaushoitokin onnistuu kaikkina vuorokauden aikoina, jos tilanne sitä vaatii. Seinäjoen keskussairaalassa on päivystysleikkaustiimi fyysisesti läsnä ympärivuorokautisesti. Leikkauspotilaan hoitoprosessi sisältää kolme vaihetta: leikkausta edeltävän vaiheen eli preoperatiivisen vaiheen, leikkauksen aikaisen vaiheen eli intraoperatiivisen vaiheen ja leikkauksen jälkeisen vaiheen eli postoperatiivisen vaiheen (Lukkari ja muut, 2007, s. 20).

Leikkausta edeltävä vaihe alkaa, kun potilaasta tehdään leikkauspäätös, jonka aikana myös leikkaustiimi tutustuu potilaan tietoihin ja valmistelee yksilöllisen hoitoympäristön eli laitetaan anestesia- ja leikkausvälineistö valmiiksi toimenpidettä varten. Leikkauksen aikainen eli intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas vastaanotetaan sisälle leikkausosastolle ja saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon, sen edellyttämässä anestesiamuodossa. Vaihe päättyy, kun potilas siirretään ja vastaanotetaan potilaan voinnin vaativassa valvontayksikössä. Leikkauksen aikaiseen vaiheeseen osallistuu moniammatillinen ryhmä hoitoalan ammattilaisia; anestesia- ja kirurgi, anestesia-, instrumentoituva- ja valvova hoitaja sekä tarvittaessa lääkintävahtimestari tai lähihoitaja. (Lukkari ja muut, 2007, s. 20–21.)

Kun potilaan toipumismahdollisuudet huonontuisivat tai hän olisi hengenvaarassa myöhemmäksi siirtyvän leikkauksen vuoksi, tehdään hänelle päivystysleikkaus. Potilasta hoitava lääkäri tekee leikkauspäätöksen ja kertoo potilaalle hoidon tarpeen ja perustelee lääketieteelliset perusteet leikkaukselle. (Castrén ja muut, 2010, s. 70.) Päivystävä kirurgi puolestaan vastaa päivystysleikkauspotilaiden kiireellisyysjärjestyksestä, jotka yleensä kuvataan sairaaloissa numeerisesti (1–5), kirjaimilla (ABCDE) tai värikoodein (punainen, keltainen, vihreä). Päivystysleikkaukseen potilas valmistellaan mahdollisimman nopeasti sekä tarkasti kiireestä huolimatta. (Hammar, 2011, s. 14.)

Pfeifer ja muut (2025, s. 134) ovat julkaisseet artikkelin perustuen Kansainvälisiin terveydenhuollon laitosohjeisiin (The International Health Facility Guidelines) vuodelta 2023. Ohjeet tarjoavat kriittisiä suosituksia niin leikkaussalien suunnitteluun kuin hallintaan, käsitellen niiden asettelua, laitteiden teknisiä tietoja sekä turvallisuusprotokollaa. Artikkelin lopussa he toteavatkin, että hätätilanteisiin varautuminen on edelleen kriittistä. Varautuminen edellyttää täysin varusteltuja leikkaussaleja sekä kattavia protokollia niin triagea, resurssien kohdentamista kuin viestintää varten. Myös jatkuvan ammatillisen kehityksen tarjoaminen on oleellista traumahoidon korkean tason ylläpitämiseksi.

### **3.2 Osastojen välinen yhteistyö**

Nyky-yhteiskunnassa terveydenhuollossa korostuu laajasti yhteistyön merkitys, sillä terveydenhuoltoympäristö ja sairaanhoitajien rooli on jatkuvassa muutoksessa. Hyvinvoivien työympäristöjen kannalta yhteistyö ja ammatin sisäiset suhteet ovat tärkeitä, koska ne vaikuttavat sairaanhoitajien hyvinvointiin, jokapäiväiseen työhön, hoidon laatuun ja potilastyöhön. (Ylitörmänen, 2021, s. 9.) Joka päivä hoitajia pyydetään työskentelemään yhdessä, oli kyseessä sitten osasto, klinikka tai leikkaussali, saavuttaaksemme laadukasta potilastyötä. On siis lähes mahdotonta olla tekemättä yhteistyötä kollegoiden kanssa. (Faut Rodts ja muut, 2022, s. 194.) Kontio (2010, s. 8) kuvailee yhteistyötä yhdessä

toimimisena niin työssä, vapaa-aikana kuin sosiaalisissa suhteissa, jonka päämääränä on yhteisten tavoitteiden saavuttaminen. Yhteistyön tavoitteena on toimia niin, että yhteinen tavoite tunnistetaan sekä saavutetaan mahdollisimman menestyksekkäästi.

Päivystysten tiedetään olevan ruuhkaisia ja kuormittavia työympäristöjä niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten myötä myös päivystykseen kohdistuu uudistamispaineita. Sairaanhoidajat ovat yksi merkittävimmistä ammattiryhmistä, joten on myös tärkeää tutkia sairaanhoidajien välistä yhteistyötä. (Niemi, 2024, s. 2.) Kontion (2010, s. 8) kirjoittaa julkaisussaan, että moniammatillisuus tuo yhteistyöhön useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia. Yhteistyössä keskeisimmäksi nousee se, miten kootaan yhteen kaikki tieto sekä osaaminen, joka on välttämätöntä mahdollisimman kokonaisvaltaisen käsityksen saavuttamiseksi asiakkaasta. Ihmisiltä, jotka tekevät moniammatillista yhteistyötä edellytetään muun muassa selkeää käsitystä omasta tehtävästä, vastuunottoa, toisten asiantuntijuuden kunnioittamista sekä kuuntelu- ja ilmaisutaitoja. Myös kokonaisuuksien ymmärtäminen moniammatillisessa yhteistyössä korostuu.

Vaikka terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksen painopisteeksi on noussut ammattien välinen yhteistyö, niin tiimityöskentely kirurgisissa ympäristöissä on edelleen epätavallista. Syitä on monia, mutta merkittävin on kirurgisen tiimin eri ammattien välinen tribalismi, joka luo ”me” vastaan he” – asettelua ja edistää näin vastustusta aiheuttavia vuorovaikutuksia. Tiimidynamiikkaa ja kommunikaatiota voi haitata tiimin jäsenten välinen epäkunnioittava käytös. (Paige & Bonanno, 2025, s. 1.)

Yhteispäivystyksen ja leikkausosaston työnkuva on suurelta osin päivystysluontoista. Yhteispäivystyksessä on muun muassa runsaasti erilaisia välivuoroja. Yksiköissä vallitsevan työn luonteen vuoksi, toiminnalle erityistä haastetta luo jatkuvat potilaita hoitavien työtiimien muutokset (Collin ja muut, 2013, s. 32; Rekola ja muut, 2005; Cameron ja muut, 2010). Muuttuvien hoitohenkilökuntarakenteiden lisäksi hoitoryhmien

toiminnalle ja henkilökunnan väliselle kommunikaatiolle omat haasteensa asettaa isot potilasmäärät, nopean päätöksenteon tarve ja monimutkaiset hoitosuunnitelmat (Collin ja muut, 2013, s. 32; Cameron ja muut, 2010).

Kommunikaatiolle sekä luottamuksen rakentamisellekin jää usein niukasti aikaa nopeatempoisessa työssä. Tiimin jäsenten vaihtuvuus katsotaan olevan myös haaste sen vuoksi, että moniammatillista yhteistyötä edistäväksi tekijäksi on todettu keskinäisen luottamuksen ja kunnioituksen rakentaminen. Se edellyttää jatkuvuutta yhteistyössä, kollegan tuntemista sekä yhteistä tietoa moniammatillisen yhteistyön toimintaketjuissa. (Collin ja muut, 2013, s. 32; Nikander, 2003; Pullon, 2008.) Santòsin ja muiden (2016, s. 1) tekemässä tapaustutkimuksessa analysoitiin sairaanhoitajien käyttämiä strategioita tiimityön edistämiseksi Etelä-Brasilian ensiavussa. Saatujen tulosten perusteella sairaanhoitajat käyttivät tiimityön edistämiseksi yhteistyösuhteiden luomista, ystävällisten siteiden rakentamista ja ylläpitämistä sekä konfliktien hallintaa.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010) mukaisesti perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä tulee vahvistaa ja terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä parantaa. Toimivan asiakaslähtöisyyden edellytyksenä onkin toimiva moniammatillinen yhteistyö. Hyötyinä nähdään päällekkäisen työn väheneminen, työhyvinvoinnin lisääntyminen ja asiantuntijuuden jakaminen. (Sandström ja muut, 2018.) Toimijoiden välillä kuten yhteispäivystys ja leikkausosasto, tiedon välittäminen on keskeisessä roolissa. Potilaan hoidon jatkuvuus tulee varmistaa, tulee tarjota mahdollisimman laadukasta ja turvallista hoitoa. Yhteistyötä helpottaa toisen osapuolen työn tunteminen. (Kuisma ja muut, 2017, s. 101.)

Moniin nykyisiin terveydenhuollon ongelmiin on tarjottu ratkaisuksi moniammatillisen yhteistyön vahvistamista. Sen on katsottu myös edistävän potilasturvallisuutta ja työhyvinvointia. (Collin ja muut, 2013, s. 31.) Toimintaympäristöstä riippuen, moniammatillisen yhteistyön vaati-

mukset sekä haasteet ovat erilaisia (Collin ja muut, 2012, s. 7). *”Terveydenhuollon henkilöstö työskentelee monimutkaisessa järjestelmässä, jossa ammatilliseen osaamiseen käytännön asiakastyössä tarvittavan, tieteeseen perustuvan tiedon ja mahdollisten näkökulmien määrä on valtava”* (Mertala, 2011, s. 18). Moniammatillista yhteistyötä on jo pitkään käytetty käsitteenä, kun on kuvailtu sosiaali- ja terveysalan työn kehittämisen suuntaviivoja sekä mahdollisuuksia tulevaisuuden haasteista selviämiseen (Isoherranen, 2012, s.10).

Nykypäivänä sosiaali- ja terveysalan asiakkailla hoitoon hakeutuessaan voi olla ongelmia useammalla eri osa-alueella, jonka vuoksi yhden yksittäisen osaamisalueen hallinta ei riitä asiakkaan tai asiakkaiden ongelmien ratkaisemiseksi. Myös sosiaali- ja terveysalalla vallitsevan tiedon määrä sekä osaamisen ja tiedon vaatimukset vaikuttavat hallittavaan kokonaisuuteen. Tähän yhtenä ratkaisukeinona katsotaan olevan moniammatillinen yhteistyö. Moniammatillisessa yhteistyössä kootaan yhteen asiakaslähtöisesti eri toimijoiden tieto, osaaminen ja muodostetaan yhteinen tavoite. Moniammatillisen yhteistyön katsotaan olevan myös yhtenä tärkeänä sosiaali- ja terveysalan modernisoinnin keinona useiden kansainvälisten järjestöjen, kuten WHO ja OECD julkilausumien mukaan. (Isoherranen, 2012, s. 10; Hoysley 2003; Meads & Aschcroft 2005; Eloranta ja Kuusela 2011.)

Yhteispäivystys ja leikkausosasto ovat molemmat yksiköitä, jossa työn luonteen vuoksi yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa on välttämätöntä. Yhteistyötä yksiköissä tehdään laajasti eri erikoisalojen lääkäreiden, sairaanhoitajien, lähihoitajien, lääkintävahtimestareiden sekä sosiaalipuolen ammattihenkilöiden kanssa. Sen vuoksi tässä kehittämistyössä on nostettu myös moniammatillista yhteistyökäsitettä esille. Ylitörmänen (2021) myös toteaa, että eri ammattien välistä, kuten sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä on tutkittu useiden vuosien ajan, mutta sairaanhoitajien välisestä yhteistyöstä on tehty vain vähän tutki-

muksia. Tässä kehittämistyössä kuitenkin tarkastellaan yhteispäivystyksen ja leikkausosaston sairaanhoitajien, lähi- ja perushoitajien sekä lääkintävahtimestareiden välistä yhteistyötä.

Kuten Aira (2012, s. 16) tutkimuksessaan toteaa, yhteistyö on käsitteenä haastava ja monella tavalla ymmärretty. Hän tiivistää tutkimuksessaan, että yhteistyöllä on tarkoitettu muun muassa tiedon tai materiaalien jakamista, yhteisten tavoitteiden toteutumista, yhdessä työskentelyä, konfliktin- tai ongelmanratkaisutapaa. Nikander (2003, s. 279) puolestaan toteaa, että moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon alalla nähdään usein yhtenä keskeisenä välineenä, jolla voidaan vastata alalla jo ilmenneisiin ja tuleviin haasteisiin. Moniammatillinen yhteistyö todetaankin asettuvan usein toiminnan ideaalimuodoksi, jonka itsessään katsotaan tuovan lisäarvoa organisaation toiminnan rationaalisuuteen, päätöksentekoon sekä tiedonkulkuun.

Koskinen (2014, s. 8) puolestaan kirjoittaa opinnäytetyössään, että 65 prosentissa tapahtuneista haittatapahtumista on osallisena kommunikointiin ja tiedonkulkuun liittyvät ongelmat. Hän jatkaa, että kommunikointiin johtuvien ongelmien taustalla ovat useimmiten monimutkaiset organisaation sisäiset kulttuuriset, viralliset sekä epäviralliset ammattiryhmien väliset suhteet ja perinteet ammattiryhmien välisessä hierarkiassa. Kinnusen ja muiden (2020, s. 771) tekemän tutkimuksen mukaan potilastietojen hallinnasta ja dokumentoinnista johtuvat haittatapahtumat eivät ole tavallisia, mutta silti heidän tekemässään tutkimuksessa dokumentoitiin 18 tapausta, joissa potilaat kärsivät vakavaa haittaa. Dokumentoiduista tapauksista lähes puolet johtuivat puuttuvista, puutteellisista tai virheellisistä tiedoista. Nopeatahtisissa ja monimutkaisissa terveydenhuollon ympäristöissä tiedonkulku on tärkeää potilasturvallisuuden kannalta.

Merkittäviä haittatapahtumien ja hoitovirheiden aiheuttajia hoitotyössä ovat tiedonkulkuun liittyvät ongelmat, kuten väärinymmärrykset, tiedonkulun katkeaminen tai oleellisen tiedon puuttuminen. (Suvanto ja

muut, 2019, s. 1.) Myös Collinin ja muiden (2013, s. 37) tekemässä tutkimuksessa todetaan, että potilaan hoitoprosessiin liittyviä haasteita ovat epäyhtenäiset toimintaperiaatteet, tiedonkulun ongelmat sekä tietojärjestelmiä koskevat ongelmat. Koskisen ja muiden (2020, s. 771) tehdyn tutkimuksen mukaan dokumentaatioita, palveluprosesseja ja yhtenäisiä rakenteita on kehitettävä.

Potilaille puutteellinen tiedonkulku saattaa aiheuttaa vakavia seurauksia hoidon jatkuvuuden ja hoidon laadun kannalta. Tiedonkulkuun liittyvien virheiden todennäköisyyttä voidaan vähentää hyödyntämällä yksinkertaisia, strukturoituja raportointimenetelmiä. Suomen potilasturvayhdistys ja sairaanhoitajaliitto sekä Maailman terveysjärjestö WHO ovatkin suositelleet SBAR - raportointimenetelmää yhdenmukaistamaan suullista tiedonkulkua. Potilasturvallisuuteen on saatu suuntaa antavia positiivisia tuloksia SBAR käytön vaikutuksista. (Suvanto ja muut, 2019, s. 1.) Moniammatillinen yhteistyö vaikeuksista huolimatta nähdään edelleen yhtenä avaintekijänä, kun pyritään lisäämään terveystalouden laatua ja tehokkuutta (Isoherranen, 2012, s. 11).

On myös tärkeä ymmärtää, että potilasturvallisuuskin rakentuu useista eri tekijöistä ja toimijoista eikä vain yksittäisten henkilöiden työstä (Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos [THL], 2011, s. 14). Ammatillisen yhteistyön edellytyksenä on ymmärrys ja tieto siitä, miten sairaanhoitajat havaitsevat toisensa ja mitkä tekijät edistävät hyvää yhteistyötä. Vaikka ammattimainen yhteistyö on olennainen terveen työympäristön kannalta, niin sairaanhoitajien välistä yhteistyötä on tutkittu suhteellisen vähän. (Ylitörmänen ja muut, 2019, s. 731.)

## 4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön suunnittelu alkoi aiheen ideoinnilla heti koulun aloituksen jälkeen elokuussa 2024. Ideointivaiheesta edettiin suunnitteluvaiheeseen joulukuussa 2024 ja aloitettiin tiedonhakua teoreettista viitekehystä varten. Suunnitteluvaihe päättyi keväällä 2025 saatuun tutkimuslupaun, jonka jälkeen tehtiin aineistonkeruu kyselytutkimuksena. Kesä 2025 syvennyttiin vielä teoreettisen viitekehysten rakentamiseen sekä kyselyn aineiston analysointiin. Toteutusvaihetta pidennettiin, jotta kyselyllä kerättävää aineistoa saataisiin riittävästi, sillä henkilökunnan kesäloma-aika tuli ottaa huomioon. Kehittämistyö julkaistiin loppuvuodesta 2025. (Kuvio 1.)



**Kuvio 1.** Kehittämistyön eteneminen.

Tämä kehittämistyö toteutettiin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella, yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä. Kehittämistyön aihe sai alkunsa opinnäytetyön tekijän omasta aloitteesta sen jälkeen, kun kollegoiden kanssa käydyissä keskusteluissa nousi esiin tarve kehittää yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välistä yhteistyötä päivystysleikkauspotilaan hoidon parantamiseksi. Aiheesta keskusteltiin myös työpaikalla esihenkilön ja opinnäytetöistä vastaavan henkilön kanssa, jotka

näyttivät vihreää valoa kehittämistyötä kohtaan. Tässä luvussa kerrotaan tarkemmin kehittämistyön tutkimusmenetelmästä, kohderyhmästä, aineistokeruusta sekä siitä miten aineisto analysoitiin.

Kysymykset siitä, mikä on tutkimuksen teoreettinen tavoite ja millaista tietoa tavoitellaan, määrittävät tutkimusmenetelmän valintaa (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 50). Tässä kehittämistyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tämä tutkimusmenetelmä sisältää laajan kirjon erilaisia lähestymistapoja. Laadullisen tutkimuksen määrittelyssä kuitenkin korostuu ihmisten tulkintojen, kokemusten, käsitysten ja motivaatioiden tutkiminen. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 65–66).

Laadullisen tutkimuksen aineistot ovat otokseltaan yleensä pienempiä kuin kyselyjen, ja keskustelu niissä siirtyy useimmiten aineiston laatuun, jossa keskeisimmässä roolissa ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset. Osallistujien valintaa määrittää tietoa tutkittavasta asiasta. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 83.) Tilastollisiin yleistyksiin ei pyritä laadullisessa tutkimuksessa, vaan pyritään muun muassa kuvaamaan jotain tapahtumaa tai ilmiötä, antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle tai ymmärtämään tiettyä toimintaa. Tämän vuoksi laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, on kokemusta asiasta tai he tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. (Tuomi ja Sarajärvi, 2018, s. 98.)

#### **4.1 Aineistonkeruu ja kohderyhmä**

Yksi aineiston keräämisen tapa on kysely, jossa kysymysten muoto on vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastaavilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Vilkkä, 2007, s. 28). Kyselylomakkeen kysymyksiä voidaan muotoilla monella tapaa. Yleisimmin käytettävät tavat ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset ja asteikkoihin perustuvat kysymykset. Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysy-

mys, jonka jälkeen jää tyhjä tila vastausta varten. Monivalintakysymyksissä on laadittu valmiit, numeroidut vastausvaihtoehdot ja vastaaja merkitsee lomakkeesta valmiin vastausvaihtoehdon tai -ehdot. Asteikoihin perustuvat kysymykset tarkoittavat sitä, että vastaajalle esitetään väittämiä, joissa vastaajaa valitsee niistä sen, miten voimakkaasti hän on väittämän kanssa samaa tai eri mieltä. (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 198–200.)

Aineiston keräämisen tavaksi kysely soveltuu silloin kun tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan. Kyselytutkimuksessa vastaaja itse lukee kysymyksen ja vastaa siihen. Kyselylomaketta voidaan käyttää silloin, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja häntä koskevat asiat kuten mielipiteet, ominaisuudet, asenteet. (Vilkkä, 2007, s. 28.) Kun mietitään kyselytutkimuksen etuja ja haittoja. Etuna pidetään yleensä sitä, että kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto: tutkimukseen voidaan saada paljon henkilöitä ja voidaan myös kysyä monia asioita. Kysely on menetelmänä tehokas, sillä se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä, koska se voidaan lähettää vaikkapa tuhannelle hyvinvointialueen hoitohenkilökunnan jäsenelle. Kyselytutkimuksen eduksi nähdään myös, että aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida melko tarkasti. (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 195.)

Kyselytutkimuksessa on olemassa niin ikään heikkouksia. Aineistoa saatetaan pitää pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Kyselytutkimuksen haittoina pidetään myös seuraavia asioita: ei ole mahdollisuutta varmistua siitä, ovatko vastaajat pyrkineet vastaamaan huolellisesti ja rehellisesti, selvää ei ole myöskään, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta, on vaikea kontrolloida väärinymmärryksiä, tietämättömyys siitä, miten vastaajat ovat ylipäänsä selvillä siitä alueesta tai perehtyneet kysyttävään aihealueeseen, hyvin laaditun lomakkeen tekeminen vie aikaa ja vaatii itse tutkijalta tietoa sekä taitoa. Viimeisenä haittana kyselytutkimukselle nähdään se, että vastaamattomuus nousee joissakin kyselyissä suureksi. (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 195.)

Tämän kehittämistyön aineisto kerättiin valikoidulta ryhmältä, verkkokyselylomakkeen avulla, joka sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Kyselytutkimus oli kaiken kaikkiaan auki kohderyhmälle kolme viikkoa, jonka aikana kyselytutkimuksesta laitettiin kahteen eri kertaan muistutusviestiä. Tässä tapauksessa lomakekyselyllä luultavasti voidaan saada parempi vastausprosentti kuin lomakehaastattelulla tai muilla tavoin, sillä kyselyyn vastaavien kohderyhmien osastot ovat päivystysluonteisia, joista on vaikea irrottaa henkilökuntaa haastatteluihin.

Tämän kehittämistyön kohderyhmä koostui Seinäjoen keskussairaalan yhteispäivystyksen ja leikkausosaston hoitohenkilökunnasta. Molemmissa yksiköissä on suuri henkilökuntamäärä. Yhteispäivystyksessä on noin 100 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa ja leikkausosastolla vähintään saman verran, mikä aiheuttaa hieman haastetta tehtävälle työlle. Tutkimuksen kohderyhmän kehittämistyössä muodostivat yhteispäivystyksen ja leikkausosaston päivystystyötä tekevät sairaanhoitajat, perus- ja lähihoitajat sekä lääkintävahtimestarit.

## **4.2 Aineiston analyysi**

Analyysitavan valinta ei määräydy mekaanisesti, jonkin tietyn säännön mukaan. Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin, mutta analyysitavat voidaan jäsentää karkeasti kahdella tavalla. Ensimmäinen tapa on selittämiseen pyrkivä lähestymistapa, jossa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Toinen tapa on ymmärtämiseen pyrkivä lähestymistapa, jossa tavallisesti käytetään laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. Pääperiaate on kuitenkin, että valitaan sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 223–224.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistojen analyysi on usein erittäin haasteellinen osa, koska kritiikki kvalitatiivista tutkimusta kohtaan on korostanut analyysien epäselvyyttä, näkymättömyyttä sekä sitä mistä

ja millaisten prosessien kautta tulokset ovat muodostuneet. Kvalitatiivinen aineisto yleensä analysoidaan sen keräämisen yhteydessä, joka edellyttää tietynlaista alkutyöskentelyä. Kvalitatiivisten aineistojen analyysissä tutkijat käyttävät tiettyjä samankaltaisia perustekniikoita; koodausta eli kategorisointia, reflektiivisiä muistiinpanoja, marginaalimerkintöjä, päiväkirjoja sekä väittämien muodostamisia. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 163–164.)

Kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä voidaan käyttää sisällön analyysiä, joka on perusanalyysimenetelmä (Tuomi ja Sarajärvi, 2018, s. 103). Sisällön analyysin prosessista seuraavat vaiheet erotetaan: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineistoin pelkistäminen, aineiston luokittelu sekä tulkinta ja luotettavuuden arviointi. Sisällön analyysin tavoitteena on siis laaja mutta tiivis esittäminen, jolloin tuloksena syntyy käsiteluokituksia, -järjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 166.)

Kehittämistyön aineisto analysoitiin avoimien kysymysten osalta sisällönanalyysiä käyttäen. (LIITE 2. ja LIITE 3.) Sisällönanalyysi jaotellaan induktiiviseen eli aineistolähtöiseen tai deduktiiviseen eli teorialähtöiseen analyysiin. Tässä työssä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä, jossa pyritään tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat tiedot, teoriat tai havainnot ohjaa analyysia. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen, 2009, s. 135.) Saatua aineistoa kuvattiin myös numeerisesti sen vuoksi, että aineistosta haluttiin selkein keinoin havainnollistaa kyselyyn vastanneiden taustamuuttujien, kuten esimerkiksi ammattinimike ja työskentelypiste, jakautumista.

## 5 TULOKSET

Tehdyllä kyselytutkimuksella haluttiin saada vastauksia kehittämistyön kolmeen tutkimuskysymykseen: *1. Millaisena nykyisen päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessi koetaan, ajatellen yhteistyötä yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä? 2. Millaisia kehittämistarpeita yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välisessä yhteistyössä nähdään laadukkaan ja sujuvan hoitoprosessin saavuttamiseksi? ja 3. Millaista tietoa päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheisiin tulisi sisällyttää, että se tukisi sekä yhteispäivystyksen että leikkausosaston henkilökunnan tarpeita?* Webropol – kyselyyn vastasi yhteensä 41 hoitajaa. Lopullisesta aineistosta poissuljettiin kuitenkin seitsemän (n=7) vastausta, koska vastaajat eivät täyttäneet tutkimuksen kohderyhmälle asetettuja kriteerejä, tässä tapauksessa vaatimusta päivystystyön tekemisestä. Joten lopullinen aineisto, jolla haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, muodostui 34 kyselyyn vastanneiden vastauksista.

Kehittämistyön kyselytutkimuksen viisi ensimmäistä kysymystä määrittelivät kyselytutkimukseen osallistuvien hoitajien (n=41) taustatekijöitä, jotka liittyivät ammattinimikkeeseen, työpisteeseen, päivystystyöntekoon, työvuosiin sekä siihen, onko ollut osallisena jossain päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheissa. Nämä viisi kysymystä analysoitiin numeerisesti. Kyselyyn vastanneiden taustatekijöitä määrittelevien kysymysten tarkoituksena oli lähinnä selvittää vastaajien jakautuvuutta yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä eikä niinkään hakea vastauksia tutkimuskysymyksiin. Avoimet kysymykset 7–11 analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, joiden avulla pyrittiin myös vastamaan kehittämistyölle asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

### 5.1 Taustamuuttajat

Kyselytutkimuksen taustamuuttujia käsitteli viisi ensimmäistä kysymystä. Vastaajilta kysyttiin ammattinimike, työpiste, päivystystyön-

teko, työvuodet ja se onko vastaaja ollut osallisena jossain päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheissa. Kyselyyn vastaajista 98 % (n=40) olivat ammattinimikkeeltään sairaanhoitajia ja 2 % (n=1) kyselyyn vastanneista oli lähi- tai perushoitajia. Yksikään lääkintävahtimestari ei vastannut kyselyyn. (Taulukko 1.).

**Taulukko 1.** Vastaajien ammattinimike.

<b>Ammattinimike</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sairaanhoitaja	40	98
Lähi-/perushoitaja	1	2
Lääkintävahtimestari	0	0
<b>Yhteensä</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

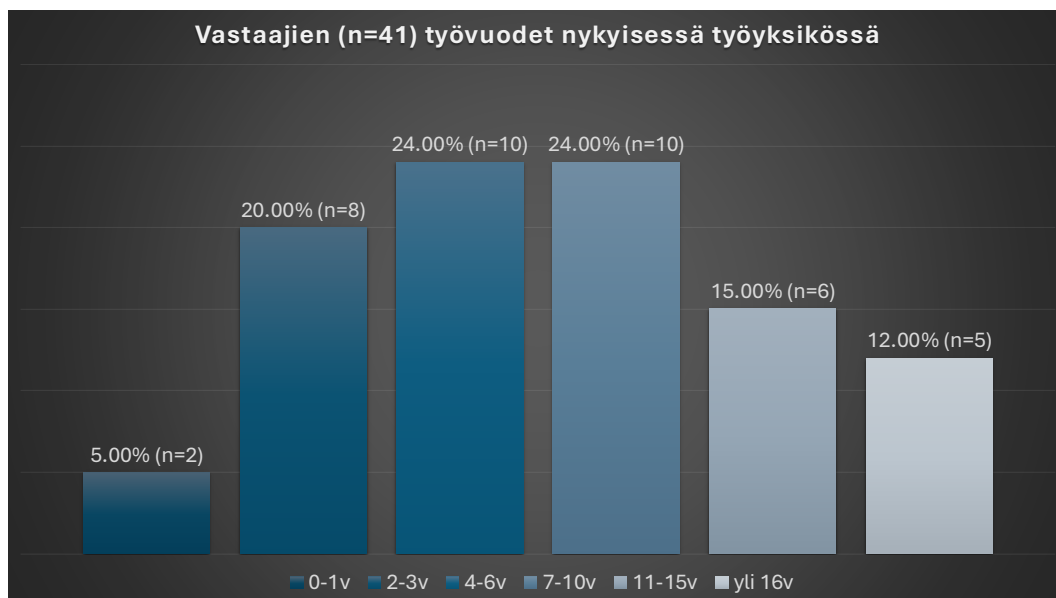
Työskentelypiste jakautui vastaajien kesken siten, että 34 % (n=14) vastaajista työskenteli leikkausosastolla ja 66 % (n=27) vastaajista työskenteli yhteispäivystyksessä. (Taulukko 2.). Tämä vastaajien jakautuminen työskentelypisteiden suhteen ei yllättänyt, koska leikkausosastolta varoiteltiin jo sitä, että kyselytutkimuksia on viime aikoina ollut runsaasti, jonka vuoksi henkilökunta ei välttämättä innostu vastaamaan niin aktiivisesti tämän opinnäytetyön kyselytutkimukseen.

**Taulukko 2.** Kyselyyn vastanneiden työskentelypiste.

<b>Työskentelypiste</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yhteispäivystys	27	66
Leikkausosasto	14	34
<b>Yhteensä</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Kyselyyn vastanneiden (n=41) työvuosien suhteen oli pientä hajontaa. Työvuosia 0-1 v oli 5 % (n=2) vastaajista, työvuosia 2-3 v 20 % (n=8) vastaajista, työvuosia 4-6 v 24 % (n=10) vastaajista, työvuosia 7-10 v 24 % (n=10) vastaajista, työvuosia 11-15 v 15 % (n=6) vastaajista ja yli 16 työvuotta 12 % (n=5) vastaajista (Kuvio 2.). Kyselyyn vastanneista suurin osa olivat työskennelleet nykyisessä työyksikössä neljästä kymmeneen vuotta. Vastauksiin nojaten voidaan siis todeta, että vastaajilla oli vankka työkokemus nykyisestä työyksiköstä. Mikä puolestaan

tukee tietoutta niin oman yksikön toiminnasta kuin yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välisestä yhteistyöstä ajatellen päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessia.



**Kuvio 2.** Vastaajien työvuodet nykyisessä työyksikössä.

Kysyttäessä vastaajilta, sitä olivatko he olleet mukana jossain päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheissa, vastaajista 100 % (n=41) vastasivat olleensa mukana jossain päivystysleikkaushoidon vaiheessa. Kysymykseen liittyi myös avoin vastauskenttä, jolla haettiin vielä tarkennusta siitä, missä päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheessa tai vaiheissa on ollut mukana.

Avoimen vastausosion vastaukset jakaantuivat niin alkutilanteesta päivystyksessä, aina potilaan jatkohoitoon heräämään saakka. Vastauksia havainnollistettaessa (Taulukko 3.) kysymyksen avoimen osion vastaukset jaettiin vastausten perusteella preoperatiiviseen vaiheeseen, johon oli osallistunut 44 % (n=18) vastaajista, intraoperatiiviseen vaiheeseen, johon oli osallistunut 17 % (n=7) vastaajista ja kaikkiin päivystyspotilaan hoidon vaiheisiin niin pre-, intra- ja postoperatiivinen vaihe, johon 27 % (n=11) vastaajista oli ollut osallisena. Pelkkä postoperatiivinen

vaihe jätettiin laittamatta, koska kukaan vastanneista ei vastannut pelkästään olleensa vain leikkauksen jälkeisessä potilaan hoidon vaiheessa mukana. Kysymykseen avoimeen osioon jätti vastaamatta 12 % (n=5) kyselyyn vastanneista.

**Taulukko 3.** Missä päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheissa olet ollut mukana.

Missä päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheissa olet ollut mukana	n	%
Preoperatiivinen vaihe	18	44
Intraoperatiivinen vaihe	7	17
Kaikissa vaiheissa	11	27
Vastaamattomat	5	12
<b>Yhteensä</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

## 5.2 Tämänhetkinen yhteistyön tila yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä

Kysyttäessä millaiseksi kokee tämänhetkisen yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyön ajatellen päivystysleikkauspotilaan hoitoa ja hoidon vaiheita. Liitteessä 2. on havainnollistettu sisällönanalyysin etenemistä. Vastauksien perusteella muodostettiin kolme yläluokkaa, joita olivat: yhteistyö, kommunikaatio- ja tiedonkulku sekä leikkausvalmistelut. Useamman vastaajan vastauksia tarkasteltaessa yhteistyö koettiin lähtökohtaisesti hyväksi tai kohtalaisen hyväksi ja sujuvaksi.

*”Yhteistyö sopivaa.”*

*”Homma sujuu kohtuu sujuvasti.”*

*”Toimivaa, avointa ja sujuvaa.”*

Vastaajien vastauksissa ilmeni kuitenkin myös hajontaa. Samaan aikaan kun vastaajat kokivat yhteistyön olevan hyvää, osa vastaajista koki yhteistyössä olevan puutteita tai että yhteistyötä ei ole laisinkaan. Vastaajat kokivat, että molemminpuolista yhteisymmärrystä sekä tietoisuutta

toistensa työnkuvasta saisi olla enemmän. Kolmen vastaajan vastauksissa nousi esille myös kokemus, että yhteistyötä ei juurikaan ole tai ei ole ollenkaan.

*"Yhteistyötä ei ole."*

*"Onko meillä joku yhteistyö?"*

*"Parantamisen varaa olisi."*

Se mitä leikkausosaston ja yhteispäivystyksen yhteistyön nykytilassa koettiin puutteelliseksi päivystysleikkauspotilaan hoidossa, liittyivät puutteelliseen informaatioon ja kommunikaatioon. Vastaajat kokivat, että potilaiden esitiedot ovat vähäisiä ja tulevista mahdollisista päivystysleikkauspotilaista informoidaan vaihtelevasti. Muutamat vastaajista kokivat yhteistyössä olevan niin ikään puutteita leikkausvalmisteluihin liittyvissä asioissa, joista nostettiin esille uuden tietojärjestelmän tuomat haasteet sekä potilaan leikkausvalmiuden viivästymisen.

*"Informointi todella vähäistä."*

*"Vastaavasti soitto liian usein unohtuu sellaisissa tilanteissa, joissa leikkausosaston olisi syytä varautua mahdolliseen toimenpiteeseen esim. vatsa-aortan aneurysma epäily."*

*"Yksiköiden keskinäinen kommunikaatio pysähtyy hätäpotilaan hoidossa."*

*"Uusi tietokoneohjelma on hidas täyttää."*

*"Potilas voisi olla aiemmin leikkausvalmiina."*

Edellistä kysymystä silmällä pitäen, haluttiin saada tarkempaa tietoa siitä, millaisia haasteita henkilökunta on kohdannut yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä päivystyspotilaan hoidon vaiheissa. Liitteessä 3. on havainnollistettu sisällönanalyysin etenemistä. Vastauksia analy-

soitaessa, muodostettiin vastauksien perusteella selkeät neljä yläluokkaa, joita olivat: potilaan leikkausvalmisteluihin liittyvät haasteet, tiedonkulkuun ja informointiin liittyvät haasteet, kirjaukseen ja tietojärjestelmiin liittyvät haasteet ja yhteistyö.

Yhteistyössä selvästi nähdään parannettavan varaa, koska vain kolmessa vastauksessa ei nähty haasteita yhteistyössä. Keskeisimmät yhteistyöhaasteet liittyivät potilaan leikkausvalmisteluihin, tiedonkulkuun ja informointiin sekä tietojärjestelmiin. Lisäksi myös kiire ja kollegiaalisuus mainittiin useamman vastaajan toimesta. Haasteita, mitä vastauksissa nähtiin leikkausvalmistelujen osalta, liittyivät yli kymmenessä vastauksessa puutteellisiin verikokeisiin, muun muassa x-kokeen puuttumiseen. Esiin nousi myös, että potilas ei ole riittävästi valmisteltuna leikkausta varten tai valmistelu kestää luvattoman kauan. Lisäksi kuudessa vastauksessa mainittiin potilaan esitietojen olevan vajavaisia.

*”Verikokeita välillä uupuu, esim. X-koe ottamatta.”*

*”..päivystysleikkauspotilasta ei pystytä laittamaan täydelliseen leikkausvalmiuteen päivystyksessä.”*

*”Ajoittain leikkauspotilaalla puutteelliset/suppeat esitiedot (lääkitykset, otetut lääkkeet, perussairaudet) leikkaussaliin tullessa, monesti myös tarvittavat laboratoriokokeet ottamatta.”*

Tiedonkulkuun ja informointiin liittyvät haasteet, joita vastauksissa nostettiin, liittyivät siihen, että esimerkiksi hätäpotilaan saapumista koskeva informointi puuttuu kokonaan tai esitieto saattaa tulla niin lyhyellä viiveellä, että aikaa reagointiin jää muutama minuutti. Tiedonkulun ongelmissa esille nousi useampaan kertaan se, että anestesia lääkäri tai leikkaava lääkäri ei ole tietoinen päivystysleikkauspotilaasta.

*”Ei informoida, usein anestesia lääkäri ilmoittaa mitä sieltä on tulossa ja koska.”*

*”Ensietieto potilaasta saattaa tulla vasta CT-tutkimuksen jälkeen, jolloin reagointiin ja valmisteluun ei jää kuin muutama minuutti.”*

*”Toisinaan anestesia lääkäri ei tietoinen, että päivystysleikkaus tulossa.”*

*”Yhteistyön heikoin lenkki on kommunikaatio tai tiedonkulku.”*

Kirjaukseen ja tietojärjestelmiin liittyvät haasteet, mitä vastauksissa ilmeni, liittyivät lääkärin tekstin tulemisen kestoon, lesun hankaluuteen kiireessä ja siihen, ettei vaan muista kaikkia vaiheita ilman ohjeita. Yli kymmenen vastaaja mainitsivat uuden tietojärjestelmän asettavan haasteita. Uusi tietojärjestelmä ja x-kokeen tilaus koetaan monimutkaisemmaksi.

*”Uusi leikkaussuunnitelma vaatii paljon klikkauksia verrattuna entiseen..”*

*”..X-kokeen tilaamisesta on tehty hankalaa, tai siltä se tuntuu, kun ei ole rutiinia.”*

*”Uuden tietojärjestelmän tuomat haasteet hidastavat.”*

Vaikkakin kolmessa vastauksessa koettiin, että haasteita yhteistyössä ei ole, niin silti seitsemän vastaajan vastauksissa esille nousi kollegiaalisuus ja sen tuomat haasteet. Koettiin ymmärryksen puutetta päivystyksen kiireestä ja, että jäädään tielle toiminnan alkaessa toisessa yksikössä, joka tässä tapauksessa oli leikkaussali. Useammassa vastauksessa nostettiin esille epäasiallinen käytös ja esimerkiksi yhteistyötilanteissa on koettu ajoittain kireää ilmapiiriä ja epäasiallista vuorovaikutusta.

*”Aina ei tunnu olevan ymmärrystä leikkurin päässä siitä, että päivystyksessä on ajoittain todella paljon huonokuntoisia potilaita ja juuri tätä päivystysleikkauspotilasta ei nyt pystytä täydelliseen leikkausvalmiuteen laittamaan päivystyksessä.”*

*”On ollut tilanteita, että leikkurissa oltu kiukkuisia ja ppkl hoitajat (moni kovin nuori ja kokemattomia) eivät ole uskaltaneet tuoda potilasta keskeneräisenä.”*

*”Usein leikkuri ”vaatii” valmiin potilaan, jolla katetri, nml ja antibiootit valmiina ja annettuna.”*

*”Puhelimessa oltu kiukkuisia ja vaadittu, että kaikki valmista.”*

### **5.3 Kehittämistarpeet**

Kysyttäessä yhteispäivystyksen ja leikkausosaston hoitohenkilökunnalta, millaisia kehittämistarpeita he näkevät, oli vastauksissa niin ikään hajontaa, mutta myös useampia samankaltaisia vastauksia. Vaikkakin ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä koettiin muutaman vastauksen perusteella yhteistyön olevan hyvää, silti yhteistyössä nähtiin kehittämistä vaativia osa-alueita. Vain muutama oli vastannut, että ei osaa sanoa kehittämistarpeita.

Suurimmiksi kehittämiskohdiksi vastausten perusteella nousivat esille teemat, joista tehtiin kolme yläluokkaa: kirjaamisen ja tiedonkulun parantaminen, ennakkoinnin ja kommunikaation lisääminen sekä yhteistyön lisääminen ja kollegiaalisuus. Kirjaamisen parantamisessa esiin nousi, että toivomusta olisi parantaa esitietojen kirjaamisia tarkemmaksi sekä välttää tuplakirjaamista. Leikkausjärjestelmään kirjaaminen koettiin monimutkaiseksi ja sen sujuvoittamista toivottiin.

*”Esitietojen tarkka kirjaaminen, lääkkeiden antokirjaus ja kellon-aika.”*

*”Leikkaushoidon tietojärjestelmän kirjauksiin toivoisin yksityiskohtaisuutta ja huolellisuutta, kun niihin luotetaan raporttina merkittävästi.”*

*”Tuplakirjausten vähentäminen.”*

Se mitä tiedonkulun parantamisesta vastauksissa nostettiin kehittämistarpeisiin, oli että toivottiin kunnollista informointia tulevasta mm. tiedotusta suunnitellusta aikataulusta. Tiedonkulkua toivottiin kehitettävän ja tiedottamiseen käytettävän Virveä.

*”Kunnollinen informointi tulevasta.”*

*”Tiedonkulkua voisi kehittää esimerkiksi lisäämällä Virven käyttöä tiedottamisessa.”*

*”Tiedotus suunnitellusta aikataulusta paremmaksi.”*

Toinen yläluokka koostui kehittämistarpeista, jotka liittyivät ennakkoinnin ja kommunikaation lisäämiseen. Monessakin vastauksessa kävi ilmi, että ennakoivaa soittoa toivottiin hyvissä ajoin yhteispäivystyksestä leikkausosaston puolelle, joka antaisi myös leikkausosaston henkilökunnalle hieman enemmän pelivaraa heidän valmisteluilleen. Niin ikään kommunikaatiota toivottiin lisättävän, joka edesauttaisi molempien yksiköiden toimenkuvaa päivystysleikkauspotilaan hoidossa.

*”Kommunikointia ja asioiden sanoittamista eikä olettamista.”*

*”Jos hiemankaan epäillään, että potilas tarvitsee leikkaushoitoa, niin ilmoitus leikkausosastolle. Saadaan leikkausvalmistelut aloitettua.”*

Kehittämistarpeita kysyttäessä, oli vastausten perusteella ehdottomasti omaksi yläluokaksi nostettava yhteistyö ja kollegiaalisuus, joka näyttäytyi useamman vastauksen valossa. Alaluokiksi tähän valikoitui yhteistyön lisääminen, kollegiaalisuus ja yhteiset pelisäännöt. Vastauksissa toivottiin selkeitä ohjeistuksia päivystysleikkauspotilaan hoitoon, yhteisiä pelisääntöjä. Enemmän tietoisuutta siitä, mikä on leikkauspotilaalle tarpeellista. Yhdessä vastauksessa toivottiin jonkinlaista tarkistus- eli tsekkilistaa, mistä voisi tarkistaa, että kaikki vaadittavat asiat on tehty. Yhdessä vastauksen perusteella koettiin, että yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä ei ole yhteistyötä tällä hetkellä lainkaan. Sen sijaan

useammassa vastauksessa oli toivetta yhteistyön lisäämisestä, toiminnan sujuvoittamisesta ja siitä, että yhteisiä palavereita tai kehittämispäiviä toivottiin, jossa saataisiin mahdollisia parannusehdotuksia toiminnalle ja yhteistyölle. Kollegiaalisuus vastauksissa nousi mm. rakentavan palautteen ja toisten huomioimisen muodossa.

*”Yhteisiä selkeämpiä pelisääntöjä puoli ja toisin. Koska, milloin ja mitä tulisi ilmoittaa leikkaussaliin yhteispäivystyksestä leikkauspotilaasta.”*

*”Tällä hetkellä ei laisinkaan yhteistyötä, että kokoonnuttaisiin yhteen ja keskusteltaisiin toimivista ja ei toimista jutuista. Voisi tulla ilmi uusia näkökulmia molemmin puolin.”*

*”Olisi helpompaa, kun ymmärtäisimme toisemme työtä; mikä vie missäkin yksikössä eniten aikaa, mikä kuormittaa eniten..”*

*”Yhteispalavereja epäkohdista tai parannusehdotuksia..”*

*”Avoin puheyhteys ja toisten huomioiminen.”*

Kyselytutkimuksen toiseksi viimeinen kysymys: ”Milloin ennakkotietoa päivystysleikkauspotilaasta tulisi siirtää yhteispäivystyksestä leikkausosaston tietoon?” ei suoranaisesti vastaa tutkimuskysymyksiin, mutta tällä haluttiin hakea tarkentavaa tietoa tiedonkulusta ja informoinnista ajatellen päivystysleikkauspotilaan hoitopolkua yhteispäivystyksestä leikkausosastolle. Kysymyksen vastausten perusteella yläluokiksi nousi kolme luokkaa: kriittinen potilaan tila, leikkaus suunniteltu ja hyvin ennakoiden.

Vastausten perusteella kävi hyvin selkeästi esille, että hätäleikkauspotilaiden tulo koettiin ilmiselväksi asiaksi tiedottaa, mutta niistä toivottiin leikkaussalia tiedotettavan jo heti kun edes mahdollisesta hätäpotilaasta tulee ajatusta. Vastauksien perusteella leikkaussaliin toivottiin menevän ennakkotietoa jo siinä vaiheessa, jos potilaan tila koetaan kriittiseksi,

esimerkiksi epävakaa hemodynamiikka tai mahdollinen tilanteen eskaloituminen.

*”Kriittisestä potilaasta ja sellaisesta joka menee päivystyksestä suoraan leikkuriin.”*

*”Hetimitä, kun mahdollisesta hätäleikkauksesta tulee haisu. Tämä antaa reagointi- ja valmisteluaikaa.”*

*”Mikäli päivystykseen on saapumassa/saapunut mahdollista hätäleikkausta vaativa potilas.”*

Ennakkotietoa vastausten perusteella haluttiin siirtyvän myös, kun tuleva päivystysleikkaus on suunniteltu. Osassa vastauksissa ilmeni, että ennakkotieto tulevasta leikkauksesta saisi siirtyä heti kun leikkaus on tiedossa, mutta muutaman vastauksen perusteella riitti, kun tieto tavoittaa leikkaussalin leikkaushoidonajanvarausta tehtäessä. Kahden vastauksen mukaan ennakkotietoa olisi hyvä siirtyä siinä tilanteessa, kun leikkaus tulee tapahtumaan saman päivän tai työvuoron aikana. Neljässä vastauksessa ennakkotiedon siirtyminen oli määritelty tehtyyn leikkauksen kiireellisyyssarvioon.

*”Vähemmän kiireellisessä tilanteessa riittää kun leikkauspäätös/suunnitelma tehty ja aletaan lesuttamaan.”*

*”Kun tarkoitus operoida saman päivän aikana.”*

*”Jos toimenpidettä tullaan tekemään mahdollisimman pian tai 0-6h sisään.”*

Viimeinen yläluokka ”hyvin ennakoiden” kiteytti sisälleen vastauksia, milloin ennakkotietoa tulisi siirtää, asiayhteyksissä, jossa oli herännyt pienikin aavistus leikkaussaliin menosta tai että leikkaussaliin siirryttäisiin suoraan päivystyksestä. Yhdessä vastauksessa haluttiin myös ennakkotietoa siirtyvän vuotopotilaista ja toisessa viimeistään siinä kohtaa,

kun potilasta viedään jatkotutkimuksiin. Kuudessa vastauksessa ennakkotiedon tulisi siirtyä heti kun mahdollista. Yksi vastaus *”Ennakkotietoa suoraan Virvellä.”* jätettiin luokittelematta, koska se ei suoranaisesti vastannut kysymykseen vaan oli toteamus siitä, mitä kautta ennakkotieto leikkaussaliin haluttiin.

*”Heti kun mahdollista niin saadaan sali valmisteltua.”*

*”Mieluiten varhaisessa vaiheessa jos tieto että tulee mahdollisesti leikkaussaliin suoraan päivystyksestä.”*

*” Aina saa antaa tietoa asap. Auttaa päivystysajalla leikkausjärjestelyjen suunnittelussa.”*

#### **5.4 Hoidon vaiheisiin sisällytettävä tieto, joka tukee yhteispäivystystä ja leikkausosastoa**

Viimeisellä avoimella kysymyksellä pyrittiin määrittelemään sitä, millaista tietoa päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheista tulisi siirtyä aina yhteispäivystyksestä leikkausosastolle. Tutkimukseen osallistuvilta haluttiin hakea suoraa, selkeää vastausta siihen, joka tukisi niin yhteispäivystyksen ja leikkausosaston työtä päivystysleikkauspotilasta hoidettaessa.

Kysymyksen vastauksia analysoitaessa muodostettiin vastausten perusteella neljä yläluokkaa: Diagnoosi, toimenpide- ja puoli, esitiedot, potilaan vointi ja löydökset sekä erityishuomiot. Yksi yksittäinen vastaus oli *”tästä olisi hyvä keskustella leikkausosaston kanssa”*, joka jätettiin luokittelematta sisältönsä vuoksi. Lähes puolessa vastauksista yhteispäivystyksestä leikkausosastolle toivottiin tietoa päivystysleikkauspotilaan diagnoosista ja toimenpiteestä. Kahdessa vastauksessa oli toivomus välittyvän tietoa myös mahdollisesta toimenpidepuolesta, joka taas edesauttaisi leikkaussalivalmisteluja.

*”Mielestäni oleelliset asiat: mitä leikataan, kumpi puoli..”*

*"Potilaan leikkauksen tarve, suunniteltu leikkaus, diagnoosit jne. ovat olennaisia perustietoja.."*

Potilaan esitietojen: henkilöllisyys, pituus, paino, ikä, perussairaudet, allergiat, lääkitys ja ravinnotta olo – tietojen siirtyminen koettiin vastausten perusteella hyvin tärkeäksi ja merkitykselliseksi päivystysleikkauspotilaan hoidon kannalta. Hyvin useassa vastauksessa esitiedot oli joltain osa-alueelta mainittuna.

*"Ikä, paino, lääkkeet.."*

*"Henkilötiedot, merkittävät perussairaudet.."*

*"Potilaan nimi, hetu, mitat, lääkitykset, ravinnotta olo, syönyt juonut."*

Tietoa toivottiin siirrettävän potilaan vointiin ja löydöksiin liittyvissä asioissa yli kymmenessä vastauksessa. Toivomuksissa vastausten perusteella oli, että tieto potilaan voinnista ja päivystyksessä tehdyistä toimenpiteistä, hoidoista ja lääkityksistä ennen leikkaussaliin siirtymistä välittyisi. Päivystyksessä tehdyistä toimenpiteistä vastauksissa eniten kiinnosti tieto varsinkin siitä, mitä lääkehoitoja päivystysleikkauspotilaalle oli annettu. Lisäksi kolmen vastauksen perusteella päivystyspotilaan tutkimuksissa ilmenneistä löydöksistä olisi hyvä tiedottaa myös leikkaussalin henkilökuntaa. Potilaan mahdollinen vuoto haluttiin tietää ennakkoon neljän vastanneen vastauksien perusteella.

*"Mitä oireita potilaalla on, miksi päivystyksessä, mitä epäillään."*

*"Potilaan vointiin ja tilaan liittyvä."*

*"Saadut lääkkeet ja verituotteet päivystyksessä."*

*".. mistä vuotaa tmv."*

Se millaista tietoa päivystysleikkauspotilaasta tulisi välittyä, jaettiin vielä yläluokkaan erityishuomiot. Tähän luokitteluun luokiteltiin alaluokiksi erityishuomioita vaativat asiat, laboratoriokokeet, nestebalanssi, leikkauksen kiireellisyys. Alaluokkaan erityishuomiota vaativat asiat tuli laajasti erilaisia vastauksia. Kahdessa vastauksessa toivottiin, että tieto mahdollisista ongelmista aikaisemmissa anestasioissa tai leikkauksissa välittyisi leikkausosaston henkilökunnan tietoon. Niin ikään kehossa olevien metallien tietämys ilmeni kahden vastaajan toimesta oleelliseen ilmoitettavaan tietoon. Poikkeuksellinen verenvuototaipumus, liikuntarajoitteet ja induktioantibiootin tarve mainittiin jokainen kertaalleen kyselyn vastauksissa. Lisäksi toivottiin tietoa kaikista erityistä huomiota vaativista asioista, jotka oleellisesti vaikuttaisivat päivystyspotilaan hoitoon.

*”Päivystysleikkauspotilaista haluttaisiin tietää kaikki mahdolliset haasteita anestesiaan/leikkaukseen aiheuttavat seikat, joihin voidaan varautua. Esimerkiksi potilaan poikkeuksellinen verenvuototaipumus, matala Hb, merkittävä obesiteetti, poikkeava kognitio, agitaatio.”*

*”Jos on jotain erityisyyttä, huomioitavia asioita. Sellaisia, jotka akuutisti vaikuttavat potilaan hoitoon.”*

Laboratoriokokeiden ja niiden viestin viennin merkittävyys koettiin oleelliseksi asiaksi seitsemässä vastauksessa. Vastausten perusteella laboratoriokokeista olisi hyvä mainita, jos niissä olisi poikkeavuuksia, kuten esimerkiksi matala hemoglobiini.

*”Onko tarvittavat labrat ok..”*

*”Onko labrat otettu, mihin kellonaikaan.”*

*”..infuusiot/verituotteet yms.”*

Nestebalanssi nousi esille neljässä vastauksessa. Nestemenetykset ja verituotteiden saatavuus toivottiin välittyvän leikkausosastolle asti.

Leikkauksen kiireellisyyden ilmoittaminen mainittiin vain kolmessa vastauksessa.

## 6 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan saatuja tutkimustuloksia. Lisäksi arvioidaan kehittämistyötä eettisyyden ja luotettavuuden näkökulmista. Lopuksi vielä arvioidaan koko tämän kehittämistyön prosessia.

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kartoittaa tämänhetkisen päivystysleikkauspotilaan hoidon tilanne ajatellen yhteistyötä yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä. Kyselytutkimuksesta saatujen vastausten pohjalta tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka pohjalta voidaan kehittää yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyötä päivystysleikkauspotilaan hoidon kannalta, sujuvoittaa päivystysleikkauspotilaan hoitoa sekä yhtenäistää käytäntöjä. Pidemmällä aikavälillä näiden kehittämistoimien toivotaan parantavan hoitoon pääsyä, lisäävän potilasturvallisuutta sekä vähentävän päällekkäistä työtä. Lisäksi kehittämistoimien tavoitteena on tukea sekä uransa alkutaipaleessa olevia että kokeneempia hoitajia akuutin päivystysleikkauspotilaan hoitotilanteissa.

Kehittämistyön kyselytutkimuksen tekeminen sujui hyvässä yhteistyössä organisaation kanssa. Tutkimuslupa Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelta saatiin nopeasti, jonka myötä kyselytutkimus saatiin suoritettua kohderyhmälle ennen kesälomakauden alkua. Haastetta ja jännitystä kyselytutkimukselle aiheutti se, saadaanko vastauksia riittävästi laadulliseen tutkimukseen, sillä tutkimus toteutettiin poikkeuksellisesti kyselytutkimuksena niin leikkausosastolle kuin yhteispäivystykseenkin. Kehittämistyön haasteeksi muodostui niin ikään teoreettisen viitekehyksen rakentaminen, koska suoraan tästä aiheesta ei löytynyt tutkittua ajantasaista tietoa.

Collin ja muut (2012, s. 7) ovat todenneet jo omaa tutkimusta tehdessään, että aiempaa tutkimusta tilannekohtaisesta vuorovaikutuksesta eri ammattiryhmien välillä ja eri terveydenhuollon konteksteissa on vielä

suhteellisen vähän. He toteavat kuitenkin oman tutkimuksensa lomassa, että tehdyssä aiemmassa tutkimuksessa on viitteitä siitä, että moniammatillisen yhteistyön sekä ammattiryhmien välisen vuorovaikutuksen piirteet vaihtelevat kontekstista toiseen. Ross ja muut (2022) kuitenkin toteavat omassa artikkelissaan, että viimeaikaiset päivystyskirurgiaa käsittelevät tutkimukset ovat käynnistäneet useita laadunparannusaloitteita; kansallisten standardien kehittäminen päivystyksessä on aloitettu.

Kehittämistyön tutkimustuloksien tarkasteluun suuntaviivat antoivat työlle asetetut tutkimuskysymykset, joihin haluttiin saada vastauksia. Tutkimustulosten mukaan yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyössä nähdään hyviä asioita, mutta myös kehityksen kohteita. Kehityksen kohteita parantamalla voitaisiin saada päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessista nopeampi ja laadukkaampi sekä yhteistyöstä sujuvampaa.

Vaikka tämän kehittämistyön tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että yhteistyö yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä todettiin muutamien vastauksien perusteella hyväksi ja sujuvaksi. Oli vastausten perusteella kuitenkin selkeästi nähtävillä enemmän yhteistyössä parannettavan varaa. Tämä antaa lisäarvoa tälle kehittämistyölle. Kuitenkin huomioitavaa on, että Coccolinin ja muiden (2018, s. 1) julkaisun mukaan päivystysleikkausten hoito on parantunut viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Yleiskirurgisista päivystyspalveluista on tullut kriittisen tärkeitä monissa laitoksissa.

Nopeatempoisessa työssä, kuten yhteispäivystys ja leikkausosasto ovat, on usein niukasti aikaa kommunikaation ja luottamuksen rakentamiselle (Collin ja muut, 2013, s. 32). Myös tämän kehittämistyön vastauksissa todettiin, että suurimmat haasteet yhteistyössä ajatellen nykytilaa korostuivat osastojen välisessä kommunikaatiossa, informoinnissa ja uuden tietojärjestelmän tuomissa haasteissa. Vastaajat kokivat, että kom-

munikaatio osastojen välillä on välillä ontuvaa ja informaatio on puutteellista tai ei kulje yhteispäivystyksestä leikkausosastolle riittävän ajoissa.

Strann ja muut (2015, s. 54–55) ovat tehneet tutkimuksen päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuurista hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana, jossa toteavat, että aikaisemmissa tutkimuksissa on jo todettu päivystyspoliklinikalla olevan tiimityön ongelmia. Kuten jännitteitä ammattilaisten välillä ja puutteellista kommunikaatiota. Päivystyspoliklinikalla tiimityön katsotaan olevan kriittinen laatutekijä ja osa työpaikkakulttuuria. Tiimityö ulottuu moneen suuntaan ja sillä onkin suuri vaikutus mm. hoitovirheiden esiintymiseen ja potilasturvallisuuteen kommunikaation lisäksi. Viestintäongelmat hoitovastuun siirtyessä on niin ikään todettu terveydenhuollossa tehdyissä retrospektiivisissä haastattelututkimuksissa merkittäväksi tekijäksi potilassiirtoihin liittyvissä vaaratapahtumissa. Terveydenhuollon havainnoituista haittatapahtumista jopa 65 %:iin liittyy tiedonkulun ongelmia. (Tamminen ja Metsävainio, 2015, s. 339.)

Tämän kehittämistyönä tehdyn tutkimuksen vastausten perusteella ei voi myöskään vähätellä uuden anestesiatietojärjestelmän haasteellista vaikutusta päivystysleikkauspotilaan hoidossa. Uusi anestesiatietojärjestelmä koetaan monimutkaiseksi. Riittämätön koulutus sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönotossa voi vaarantaa hoitajien hyvinvoinnin ja johtaa jopa virheisiin. Sen vuoksi olisi tärkeää, että tarjottaisiin kattavaa koulutusta ennen käyttöönottoa, sen aikana ja sen jälkeen. (Heponiemi ja muut, 2021.) Myös Hyppösen ja muiden (2018, s. 30) tutkimustulosten mukaan täydennyskoulutus on riittämätöntä tietojärjestelmien edellyttämien toimintatapojen muutosten osalta.

Kahden kiireisen osaston välisen yhteistyön ehkä jopa hieman perinteisten haasteiden lisäksi vastauksista on pakko nostaa esille kaksi aihealuetta, jotka pistivät silmään. Sen vuoksi, että ne eivät nousseet vain yh-

dessä eikä kahdessa vastauksessa ilmi, vaan toistuivat useamman vastaajan vastauksissa, joita on jatkossa syytä kehittää. Yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyön kompastuskiviksi nykyhetkessä koettiin niin potilaan leikkausvalmisteluihin liittyvät haasteet ja kollegiaalisuushaasteet. Potilaan leikkausvalmisteluhaasteet lähtökohtaisesti liittyivät puutteellisiin verikokeisiin tai yleisiin potilaan leikkausvalmisteluihin. Kollegiaalisuushaasteet vastausten perusteella suurimmilta osin liittyivät ymmärtämättömyyden puutteeseen toisen yksikön työnkuvasta tai kiireestä sekä siihen, miten toisen yksikön henkilökuntaan kuuluvaa kohtaan käyttäytyään.

Terveydenhuollon henkilökunta joutuu usein työssään kohtaamaan kii-reellistä hoitoa vaativia huonokuntoisia potilaita ja erilaisia hätätilanteita, jolloin moniammatillisen asiantuntijoiden ryhmän tulee pystyä tekemään saumatonta yhteistyötä, vaikkakin he tapaisivat toisensa ensimmäistä kertaa. Puutteellisen tiimityön on todettu jossain määrin olevan haittatapahtumien syy, vaikkakin tiimityön katsotaan olevan potilasturvallisuutta parantava tekijä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös viitteitä siitä, että henkilökunnan tiimityön turvallisuutta edistävillä asenteilla on muun muassa yhteys potilaan hoidon laatuun ja turvallisuuteen. (Hoppu ja muut, 2014.)

Tässä tutkimuksessa esiin nousseiden vastausten perusteella kävi ilmi selväksi, että yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyössä on kehittämistä vaativia osa-alueita. Yhteistyön kehittäminen oli selkeästi toiveissa myös vastaajien vastauksien perusteella. Kirjaamiskäytäntöjä ja tiedonkulkua osastojen välillä halutaan parantaa.

Halutaan myös lisätä kommunikointia sekä parantaa päivystysleikkauspotilaan hoitoon pääsyä paremmalla ennakkoinnilla, joka vastausten perusteella liittyi lähinnä siihen, että mahdollisesta päivystysleikkauspotilaasta informoitaisiin leikkausosastoa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tällä mahdollistettaisiin leikkausosastolle myös päivystysluntoisena yksikkönä hieman enemmän varautumisaikaa. Yhtenä selkeänä

kehittämistarpeena yksiköiden välillä nähdään yhteiset pelisäännöt ja kollegiaalisuuden parantaminen. Vastausten perusteella nostettiin esille yhteisten kehittämispäivien tai yhteistyöpalavereiden tarve.

Koskela ja muut (n.d.) ovat julkaisseet artikkelin, joka pohjautuu vuonna 2019 julkaistuun YAMK-opinnäytetyöhön, jonka aiheena oli *”Tiimityön toimivuus kriittisesti sairaan potilaan hoidossa hoitohenkilökunnan kokemana”*. Kyseessä olevaan YAMK-opinnäytetyön tutkimukseen viitaten, artikkelissa todetaan, että tehdyssä tutkimuksessa hoitajat kokivat raportoinnin olevan haastavaa ja laadun vaihtelevaa, sillä potilas-kontaktissa kertyy paljon tietoa lyhyessäkin ajassa. Tässäkin tutkimuksessa voidaan todeta, että kyselytutkimukseen vastanneilta saatiin erilaisia vastauksia siitä, milloin ja millaista tietoa päivystysleikkauspotilaasta tulisi siirtyä leikkausosaston tietoon. Vastajat kokivat erilaisia asioita tärkeäksi ilmoitettaviksi asioiksi. Myös se, missä vaiheessa olisi hyvä ilmoittaa vaihteli vastaajien keskuudessa.

Tiivistetysti voidaan kuitenkin sanoa vastauksien perusteella, että yhteispäivystyksestä leikkausosastolle tieto mahdollisesta leikkauspotilaasta saisi välittyä mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, että leikkausosastollekin jää aikaa varautua. Vastauksiin viitaten, siitä mitä tietoa tulisi siirtyä yhteispäivystyksestä leikkausosastolle olivat osittain itseltään selviä eli potilaan diagnoosi- ja toimenpide, esitiedot, potilaan vointi. Näiden lisäksi vastauksista täytyy nostaa se, että useampi vastaaja toivoi myös erityishuomiota vaativista asioista raportoivan, joita olivat muun muassa mahdollinen vuoto, poikkeavat labrat ja epävakaat hemodynamiikka.

## **6.2 Kehittämistyön eettisyys**

Tämän kehittämistyön ensimmäinen eettisesti tehty ratkaisu tehtiin siinä, että aiheen on valinnut itse kehittämistyön tekijä. Kehittämistyössä noudatettiin tiedeyhteisön noudattamia toimintatapoja; rehellis-

syyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tal-  
lentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa  
(Hirsjärvi & muut, 2016, s. 24). Kehittämistyölle haettiin tutkimuslupa  
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelta.

Tutkimukseen osallistuville lähetettiin kyselylomakkeen yhteydessä saa-  
tekirje, jossa kerrottiin taustatietoa tehtävästä kehittämistyöstä sekä  
sen tavoitteista ja kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen on täysin va-  
paaehtoista. Tällä tavoin pyrittiin kunnioittamaan ihmisen itsemäärää-  
misoikeutta ja antaa ihmisille mahdollisuus itse päättää haluavatko he  
osallistua kyselyyn (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 25). Saatekirjeessä ker-  
rottiin, että kysely- ja tutkimustulokset tullaan toteuttamaan niin, että  
kyselyyn vastanneiden anonymiteetti pysyy salassa koko kehittämistyön  
ajan ja saadut kyselytulokset tuhotaan asianmukaisesti kehittämistyön  
valmiiksi saattamisen jälkeen.

### **6.3 Kehittämistyön luotettavuus**

Tämän kvalitatiivisen eli laadullisen kehittämistyön luotettavuutta voi-  
daan arvioida kolmen käsitteen avulla. Käsitteitä ovat uskottavuus, luo-  
tettavuus ja eettisyys (Juuti ja Puusa, 2020). Tässä laadullisessa kehit-  
tämistyössä luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että tehtävän tekijä va-  
kuuttaa uskottavin perusteluin lukijan ammattitaidostaan. Luotetta-  
vuutta vahvistaa se, että tehtävän tekijä on kyennyt käyttämään ja va-  
litsemaan oikeanlaisia sekä perusteltuja lähestymistapoja ja menetelmiä  
sekä tutkimusongelman ratkaisemiseen että tutkimuksen toteutukseen.  
(Juuti ja Puusa, 2020.) Kehittämistyön luotettavuutta lisättiin sillä, että  
verkkokyselyyn vastaavat hoitohenkilökunnan jäsenet valikoitiin sekä  
päivystyksestä että leikkausosastolta tarkasti ja harkitusti. Verkkoky-  
selyssä selvitettiin mm. kyselyyn vastanneiden ikä, työvuodet ja työyk-  
sikkö, mutta kyselyn vastaukset analysoitiin tavalla, josta missään vai-  
heessa ei voida tunnistaa kyselyyn vastanneen henkilöllisyyttä.

Tiedonhakua suoritettiin laajasti ja pyrittiin käyttämään vain ajantasaista tietoa ja tutkimustuloksia, jotta kehittämistyön luotettavuus säilyisi. Kuitenkin tiedonhaun perusteella tähän kehittämistyöhön otettiin myös vanhempia tietolähteitä mukaan, koska itse tutkija koki, että ne tukevat tämän työn tuloksia ja ovat edelleen relevantteja nykypäivässä. Lähteet sisällytettiin kirjoitettuun tekstiin sekä lähdeluetteloon APA7 – ohjeen mukaisesti.

Kehittämistyön luotettavuutta lisättiin sillä, että työ tarkistettiin plagiointin varalta ennen julkaisua. Plagiointia, on kaikki sellainen toiminta, jossa jonkun toisen tuottamaan tekstiä, artikkelia tai tuotosta esitetään omana (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 26). Tämän kehittämistyön tuloksia ei tulla yleistetty kriittikittömästi, tuloksia ei sepitty eikä niitä myöskään kaunisteltu. Kehittämistyötä ei myöskään kirjoitettu harhaanjohtavasti tai puutteellisesti eikä jo tutkittua tietoa vähätelty tai vääristelty. (Hirsjärvi ja muut, 2016, s. 26–27.)

#### **6.4 Kehittämistyön prosessin arviointi**

Kehittämistyön alkuun kuului teoreettisen viitekehyksen kokoaminen. Kirjallisuutta ja tutkimuksia kehittämistyön aiheesta ei aluksi meinannut löytyä. Varsinkin kirjallisuuden ja tutkimuksien rajaaminen 10 vuoden aikajanelle oli haastavaa. Tutkija kuitenkin pyrki rajaamaan aineiston uusimpiin löydettyihin lähteisiin, mutta käytti myös vanhempia lähteitä sisällön perusteella, mutta kuitenkin kriittisesti arvioiden. Tämän kehittämistyön uskottavuutta voi hieman heikentää vanhempien lähteiden käyttö.

Kuten jokaisella tutkimuksella, myös tällä tutkimuksella on omat rajoituksensa, jotka on otettava huomioon tuloksia arvioitaessa. Kehittämistyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin yhden sairaalan yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välillä, mikä tällöin rajoittaa saatujen tulosten yleistettävyyttä muihin organisaatioihin. Kehittämistyön tutkimukselli-

nen osuus suoritettiin laadulliseen tutkimukseen nähden poikkeuksellisesti kyselytutkimuksena, joka saattoi heikentää vastauksista saadun tiedon määrää sekä laadukkuutta.

Kyselyllä saatu aineisto perustui henkilöstön kokemuksiin, jonka vuoksi tulokset kuvaavat subjektiivisia näkemyksiä eivätkä niinkään objektiivista mittaria yhteistyön toimivuudesta. Niin ikään toiminta yhteispäivystyksessä ja leikkausosastolla on moniammatillista. On otettava huomioon, että tässä kehittämistyössä kaikkien eri ammattiryhmien näkökulmat yhteistyön toimivuudesta osastojen välillä eivät tulleet esille.

Tutkija myös itse työskentelee samassa organisaatiossa, missä kehittämistyö toteutettiin, joka saattoi vaikuttaa kyselyyn vastanneiden avoimuuteen ja siten aineiston luotettavuuteen. Lisäksi vastausprosentti ja kyselyyn osallistuneiden valikoituminen voivat heijastaa kriittisimpien tai aktiivisimpien työntekijöiden näkemyksiä. Tutkimus oli myös ajallisesti rajattu ja tulosten ajankohtaisuutta voivat heikentää tutkimuksen aikana tapahtuvat mahdolliset organisaatiomuutokset.

Näistä esille nostetuista rajoituksista huolimatta tämä tutkimus parhailaan tarjoaa arvokasta tietoa Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välisen yhteistyön kehittämistarpeista sekä päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessin sujuvuuden edistämistä ja kehittämistä. Tämän kehittämistyön tulokset voivat toimia lähtökohtana jatkotutkimuksille ja kehittämistoimenpiteille samankaltaisissa terveydenhuollon yksiköissä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tehdyn kehittämistyön kyselytutkimuksen perusteella voidaan todeta, että tutkimuksella saatiin selkeät vastaukset kehittämistyölle asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen perusteella saatiin laadukasta tietoa tämänhetkisestä yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyön tilasta, ajatellen päivystysleikkauspotilaan hoitoa. Tehdyn tutkimuksen avulla saatiin rajattua osastojen väliset yhteistyön kehittämistarpeet esille, joita kehittämällä saadaan päivystysleikkauspotilaan hoidosta laadukkaampi ja nopeampi.

Kyselystä esiin nousseet kehittämistarpeet antavat osastojen väliseen yhteistyön kehittämiseen paljon apuja ja ideoita niin kenttätyötä tekevien hoitajien näkökulmasta kuin myös esihenkilöitä ajatellen. Kehittämistyön kyselytutkimuksesta saadut vastaukset osoittavat myös, että yhteispäivystyksen ja leikkausosaston henkilökunnalla itsellään on niin ikään halua kehittää osastojen välistä yhteistyötä nimenomaan päivystysleikkauspotilaan hoidon kannalta. Yhteistyössä nähdään hyviä asioita, mutta myös kehitettäviä osa-alueita nähdään ja niitä ovat: kommunikaatio, tiedonkulku, kirjaamiskäytännöt, kollegiaalisuus, yhteistyöpalaverien lisäys, haastavien tietojärjestelmien käyttö.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyön kehittämisen kannalta olisi hyvä järjestää säännöllisin väliajoin yhteistyöpalavereita, joissa voidaan käsitellä päivystysleikkauspotilaan hoidon sujuvuuden epäkohtia ja kehittämistä vaativia asioita. Yhteistyöpalavereiden kautta, jossa on osallisena molempien yksiköiden hoitohenkilökuntaa, voidaan yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja saada näkemys siitä, mikä on niin yhteispäivystyksen kuin leikkausosaston henkilökunnan työn kannalta tärkeitä asioita, joka omilta osin sujuvoittaa päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessia. Yhteistyöpalavereiden

kautta myös toisen yksikön työnkuvan tietämys kasvaa ja kollegiaalisuus paranee.

Tämän tutkimuksen pohjalta yhteispäivystyksessä tulee kiinnittää huomiota laadukkaisiin kirjaamiskäytäntöihin sekä kommunikaation ja tiedonkulun oikea-aikaisuuteen. Kommunikaation ja tiedonkulkua osastojen välillä tulee parantaa, olisi siis hyvä kehittää kriteeristö, jonka perusteella päivystysleikkauspotilaasta informoitaisiin leikkausosastoa riittävän ajoissa. Tiedonkulkua ajatellen olisi myös hyvä määrittää kuka ilmoittaa leikkausosastolle mahdollisesta päivystyspotilaasta ja onko tiedotusväline puhelin vai Virve, tällöin varmistetaan se, että myös leikkausosasto saa riittävän ajoissa ja oikeaan aikaan tiedon mahdollisesta päivystysleikkauspotilaasta. Lisäksi tehdyn tutkimuksen pohjalta uudesta anestesiatietojärjestelmästä voisi pitää lisäkoulutusta ja mahdollisesti yhteistyössä katsoa voisiko järjestelmää selkiyttää toimivammaksi, nopeammaksi molempien osastojen työn sujuvuuden vuoksi.

Tämä tutkimus toteutettiin poikkeuksellisesti kyselytutkimuksena. Jatkotutkimusehdotuksena kohdeorganisaatioille voisi muutaman vuoden päästä tehdä kartoittavan tutkimuksen siitä, onko tämän tutkimuksen pohjalta tapahtunut muutosta parempaan yhteispäivystyksen ja leikkausosaston välisessä yhteistyössä. Tutkimuksen voisi tehdä vielä rajatummalle kohderyhmälle haastattelututkimuksena, jolloin voitaisiin saada vielä laadukkaampi kuvaus yhteistyön tilasta.

Toisena jatkotutkimusehdotuksena tämän tutkimuksen pohjalta, voisi kehittää yhteispäivystykseen, yhteistyössä leikkausosaston kanssa, päivystysleikkauspotilaan hoitoon tarkoitettun tarkistuslistan tukemaan niin yhteispäivystyksen kuin leikkausosaston henkilökuntaa. Tai sellaisen liikennevalomerkki – tyyppisen kriteeristön, kun päivystykseen saapuvan potilaan tilassa riittävästi ennakoon ”rukseja lapussa”, ohjeena soittaa ennakkotieto leikkausosastolle. Jatkotutkimusaiheita miettiessä, olisi mielenkiintoista myös tarkastella yhteispäivystyksen ja leikkausosaston

yhteistyön tilaa eri ammattiryhmien näkökulmasta eli ottaa mukaan esimerkiksi anestesia­lääkärit ja yhteispäivystyksen lääkärit, jonka kautta voisi käsiteltyyn aihepiiriin ja yhteistyöhön saada entistä enemmän kehitysideoita, mitä kautta myös hoitotyön laatu päivystysleikkauspotilaan hoidossa paranisi entisestään.

## LÄHTEET

- Aira, A. (2012). Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. [Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4708-8>
- Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. (2010). Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. WSOYpro Oy.
- Coccolini, F., Kluger, Y., Ansaloni, L., Moore, E. E., Coimbra, R., Fraga, G. P., Kirkpatrick, A., Peitzman, A., Maier, R., Baiocchi, G., Agnoletti, V., Gamberini, E., Leppaniemi, A., Ivatury, R., Sugrue, M., Sartelli, M., Di Saverio, S., Biffi, W., & Catena, F. (2018). WSES worldwide emergency general surgery formation and evaluation project. *World journal of emergency surgery: WJES*, 13, 13. <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0174-5>
- Collin, K., Valleala, U-M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. (2012). Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessi. Teoksessa Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella, 19–31. Toim. Collin, K., Paloniemi, S. & Herranen, S. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri & Työsuojelurahasto. Noudettu 20.9.2025 osoitteesta <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/37906/1/978-951-39-4758-3.pdf>
- Collin, K., Valleala, U. M., Herranen, S., Paloniemi, S., & Pyhälä-Liljeström, P. (2013). Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 49(1). <https://doi.org/10.23990/sa.9343>
- Eaton, B., O'Meara, L., Aresco, C., Scalea, T., Diaz, J. & Brandon B. (2022). The evolution of emergency general surgery: its time for a dedicated program manager. *Eur Journal of Trauma Emergency Surgery* 48, 5–11. <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01475-1>

- Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. (n.d.). Yhteispäivystys. Noudettu 1.11.2024 osoitteesta <https://www.hyvaep.fi/palvelu/yhteispaivystys/>
- Faut Rodts, M. (2022). Collaboration ... Nurses Working Together. *Orthopedic Nursing*, 41(3):p 194. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000860>
- Goh, Y. M., Vitish-Sharma, P., Saad, A., Bibi, S., Talving, P., & Ponchietti, L. (2017). The Future of Emergency Surgery. *Chirurgia (Bucharest, Romania:1990)*, 112(5), 566–572. <https://doi.org/10.21614/chirurgia.112.5.566>
- Halinen, M., Tiirinki, H. & Rauhala, A. (2024). Root causes patient safety incidents in the emergency department and suggestions for improving patient safety – an analysis in Finnish teaching hospital. *BMC Emerg Med* 24, 209. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01120-9>
- Hammar, A-M. (2011). Kirurgian perusteet. WSOYpro Oy.
- Heponiemi, T., Gluschoff, K., Vehko, T., Kaihlanen, A-M., Saranto, K., Nissinen, S., Nadav, J. & Kujala, S. (2021). Electronic Health Record Implementations and Insufficient Training Endanger Nurses' Well-being: Cross-sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(12), e27096. <https://doi.org/10.2196/27096>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. (2016). Tutki ja kirjoita. Tammi.
- Hoppu, S., Niemi-Murola, L., & Handolin, L. (2014). Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana - oppia tiimityöstä. *Duodecim*, 130(17), 1744–1748. Noudettu 4.10.2025 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo11821/Simulaatiokoulutus%20potilasturvallisuuden%20parantajana%20:%20oppia%20tiimity%C3%B6st%C3%A4>
- HUS. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. (2022). HUSin vuosi 2022: Potilashoito lukuina. Noudettu 6.11.2025 osoitteesta <https://www.hus.fi/tietoa-meista/vuosikertomukset/husin-vuosi-2022/potilashoito/husin-vuosi-2022-potilashoito-lukuina?utm>

- Hyppönen, H., Lääveri, T., Hahtela, N., Suutarla, A., Sillanpää, K., Kinnunen, U-M., Ahonen, O., Rajalahti, E., Kaipio, J., Heponiemi, T. & Saranto, K. (2018). Älykkäät järjestelmät osaaville käyttäjille? Sairaanhoidtajien kokemuksia potilastietojärjestelmistä 2017.  *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 10(1), 30–59. <https://doi.org/10.23996/fjhw.65363>
- Isoherranen, K. (2012). Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. [Akateeminen väitöskirja, Helsingin yliopisto]. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>
- Jalonen, H., Salminen, J. & Laasanen, M. (2024). Moniammatillinen yhteistyö opiskeluhuollossa – tasapainoilua jännitteiden välillä.  *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 61(2), 306–322. <https://doi.org/10.23990/sa.128756>
- Johansson, S. & Sedergren, J. (2014). Aikuisen päivystysleikkauspotilaan hoitoprosessi Länsi-Pohjan keskussairaalassa [ylempi AMK-opinnäytetyö, Lapin ammattikorkeakoulu]. Theseus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405208798>
- Juuti, P. & Puusa, A. (2020). Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus. E-kirja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kanttonen, J. (2014). Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. [Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto]. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9609-7>
- Kinnunen, U. M., Kivekäs, E., Palojoki, S., & Saranto, K. (2020). Register-Based Research of Adverse Events Revealing Incomplete Records Threatening Patient Safety.  *Studies in health technology and informatics*, 270, 771–775. <https://doi.org/10.3233/SHTI200265>

- Kontio, M. (2010). Moniammatillinen yhteistyö. TUKEVA-hanke Oulun seutu. Mainostoimisto SIBERIA Oy. Noudettu 9.1.2025 osoitteesta <http://www.oulu.ouka.fi/seutu/tukeva/Moniammatillinen-julkaisu.pdf>
- Koskinen, N. (2014). Kirurgisen päivystysleikkauspotilaan tarkistuslista: Turvallisuutta kehittämällä parempaa laatua. [ylempi AMK – opinäytetyö, Centria ammattikorkeakoulu]. Theseus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014061613019>
- Koskela, K., Vuorio, L. & Räsänen, M. (n.d.). Kriittisesti sairaan potilaan hoito on tiimityötä. TAMKin julkaisut. Noudettu 5.10.2025 osoitteesta <https://sites.tuni.fi/tamk-julkaisut/terveys/kriittisesti-saira-potilaan-hoito-on-tiimityota/>
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (2017). Ensihoito. Sanoma Pro Oy.
- Leppäniemi A. (2014). Organization of emergency surgery. *The British journal of surgery*, 101(1), e7–e8. <https://doi.org/10.1002/bjs.9326>
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. (2007). Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lääkäriliitto. (2022). Lääkäriliiton päivystyssuositus. Noudettu 19.9.2025 osoitteesta <https://www.laakariliitto.fi/tyoelama/ohjeita-ja-suosituksia/tyohyvinvointi-ja-tyosuojelu/laakariliiton-paivystyssuositus/>
- Mentula, M. & Brinck, T. (2019). Onko päivystysleikkauksella kiire? [Verkkójulkaisu]. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, vuosikerta*. 135, nro 1, sivut 4–6. <http://hdl.handle.net/10138/310704>
- Mertala, S. (2011). Yhdessä tietämisen episodeja – Terveysthuollon kompleksiset työympäristöt. [Akateeminen Väitöskirja, Lapin yliopisto]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-20115251133>
- Märijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. (2016). Akuuttihoito-opas. 19. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim.

- Märijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. (2015). *Akuuttihoito-opas*. 18. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim.
- Nakarada-Kordic, I., Weller, J. M., Webster, C. S., Cumin, D., Frampton, C., Boyd, M. & Merry, A. F. (2016). Assessing the similarity of mental models of operating room team members and implications for patient safety: a prospective, replicated study. *BMC medical education*, 16(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0752-8>
- Niemi, J. (2024). *Ammattietiikka sairaanhoitajien välisessä yhteistyössä päivystyshoitotyössä*. [Kandidaatin tutkielma, Turun yliopisto]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024062457727>
- NIHR Global Research Health Unit on Global Surgery. (2022). Global guidelines for emergency general surgery: systematic review and Delphi prioritization process. *BJS Open*, Volume 6, Issue 1. <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrac005>
- Nikander, P. (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2003*: 40(4), 279–290. Noudettu 9.1.2025 osoitteesta [https://www.researchgate.net/profile/Pirjo-Nikander/publication/242426127\\_Moniammatillinen\\_yhteistyö\\_sosiaali\\_ja\\_terveydenhuollon\\_haasteena\\_Vuorovaikutuksellinen\\_nakokulma/links/55ded66908aeaa26af0f3187/Moniammatillinen-yhteistyoe-sosiaali-ja-terveydenhuollon-haasteena-Vuorovaikutuksellinen-naekoekulma.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pirjo-Nikander/publication/242426127_Moniammatillinen_yhteistyö_sosiaali_ja_terveydenhuollon_haasteena_Vuorovaikutuksellinen_nakokulma/links/55ded66908aeaa26af0f3187/Moniammatillinen-yhteistyoe-sosiaali-ja-terveydenhuollon-haasteena-Vuorovaikutuksellinen-naekoekulma.pdf)
- O'Learys, D. P., Beecher, S., & McLaughlin, R. (2014). Emergency surgery pre-operative delays - realities and economic impacts. *International journal of surgery* 12(12), 1333–1336. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2014.10.002>
- Paige, J. T., & Bonanno, L. (2025). Interprofessional simulation education in surgery. *Surgery*, 181, 109257. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2025.109257>
- Parlour, R., Johnson, A., Loughlin, P., Watson, A., Sugrue, M., & Drake, A. (2019). Time for metrics in emergency surgical care - the role

of an emergency surgery registry. *Anaesthesiology intensive therapy*, 51(4), 306–315.

<https://doi.org/10.5114/ait.2019.87360>

Pfeifer, R., Hildebrand, F., & Halvachizadeh, S. (2025). Operating room (OR) requirements. *European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society*, 51(1), 135. <https://doi.org/10.1007/s00068-025-02823-9>

Päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen työryhmä. (2010). *Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki. URN:NBN:fi-fe201504226598.pdf (3.150Mt)

Ross, S. W., Reinke, C. E., Ingraham, A. M., Holena, D. N., Havens, J. M., Hemmila, M. R., Sakran, J. V., Staudenmayer, K. L., Napolitano, L. M., & Coimbra, R. (2022). Emergency General Surgery Quality Improvement: A Review of Recommended Structure and Key Issues. *Journal of the American College of Surgeons*, 234(2), 214–225. <https://doi.org/10.1097/XCS.0000000000000044>

Sandström, S., Keiski-Turunen, A., Hassila, L., Aunola, E. & Alahuhta, M. (2018). *Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvaamana*. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyö julkaisut 44. Noudettu 18.3.2024 osoitteesta <https://vanha.oamk.fi//epooki/index.php?cID=1333>

Santos, J. L., Lima, M. A., Pestana, A. L., Colomé, I. C., & Erdmann, A. L. (2016). Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Revista gaucha de enfermagem*, 37(1), e50178. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (n.d.). Terveystenhuollon päivystys. Noudettu 10.1.2025 osoitteesta <https://stm.fi/paivystys>

- Strann, P., Suominen, T. & Rantanen, A. (2015). Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuuri hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana. *Hoitotiede* 2015, 27 (1), 53–63. Noudettu 1.10.2025 osoitteesta <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128323/77446>
- Suvanto, A., Tuomikoski, A., Juntunen, J. & Heikkilä, K. (2019). Edistääkö SBAR-raportointimenetelmän käyttö potilasturvallisuutta? Hotus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Noudettu 25.9.2025 osoitteesta <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/08/nayttovinkki8-2019.pdf>
- Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. (2015). Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 2015; 48 (4). Noudettu 4.10.2025 osoitteesta [https://say.fi/files/tamminen\\_metsavainio\\_hyva\\_tiedonkulku\\_parantaa\\_potilasturvallisuutta.pdf](https://say.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf)
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. (30.12.2010/1326). Finlex. Noudettu 19.9.2024 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2011). Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Noudettu 5.10.2025 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80154/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f.pdf?sequence=1>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.
- Työterveyslaitos. TTL. (2025). Lähi- ja sairaanhoitajat pääosin jo töissä alalla – lisäreserviä voi löytyä alanvaihtajista ja eläkeläisistä. Noudettu 6.11.2025 osoitteesta <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/lahi-ja-sairaanhoitajat-paaosin-jo-toissa-sote-alalla-lisareservia-voi-loytya-alanvaihtajista-ja>
- Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. (583/2017). Finlex. Noudettu 23.10.2025 osoitteesta <https://www.finlex.fi/eli?uri=http://data.finlex.fi/eli/sd/2017/583/ajantasa/2025-09-22/fin>

- Van Essen, J.T., Hans E.W., Hurink, J.L. & Oversberg, A. (2012). Minimizing the waiting time for emergency surgery.  
<https://doi.org/10.1016/j.orhc.2012.05.002>
- Vilkkä, H. (2007). Tutki ja kirjoita. Tammi.
- Ylitörmänen, T., Kvist, T., & Turunen, H. (2019). Perceptions on nurse-nurse collaboration among registered nurses in Finland and Norway. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(3), 731–740.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12669>
- Ylitörmänen, T. (2021). Nurse-nurse collaboration and job satisfaction: a mixed method study of Finnish and Norwegian nurses' perceptions. [Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto].  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3765-0>
- Ylitörmänen, T. (2021). Sairaanhoidajien yhteistyö lisää työtyytyväisyyttä. Noudettu 7.11.2025 osoitteesta  
<https://www.uef.fi/en/article/nurse-nurse-collaboration-enhances-job-satisfaction?utm>

## LIITTEET

### LIITE 1. Kyselylomake

1(3)

#### Yhteispäivystyksen ja leikkausosaston hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä ajatellen päivystysleikkauspotilaan hoitoa

*Vastaathan kyselyyn omien näkemyksiesi, kokemuksiesi ja toiveidesi perusteella, kiitos!*

*Pakolliset kysymykset merkitty tähdellä (\*)*

1. Olen saanut riittävästi tietoa tästä kyselystä ja sen käyttötarkoituksesta. Suostun vastaamaan kyselyyn. \*

KYLLÄ

EI

2. Ammattinimike: \*

Sairaanhoitaja

Lähi-/perushoitaja

Lääkintävahtimestari

Jokin muu, mikä? \_\_\_\_\_

3. Työskentelypiste: \*

Leikkausosasto

Yhteispäivystys

4. Oletko päivystysvuoroja tekevä sairaanhoitaja, lähi-/perushoitaja tai lääkintävahtimestari? \* (Tämä kysymys käynnistää Lopeta kysely – säännön)

KYLLÄ

EI

2(3)

**5. Työvuodet nykyisessä työyksikössäsi: \***

- 0–1
- 2–3
- 4–6
- 7–10
- 11–15
- 16+

**6. Oletko ollut mukana jossain päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheessa? \***

- KYLLÄ, missä? \_\_\_\_\_
- EI

**7. Millaiseksi koet tämänhetkisen yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyön, ajatellen päivystysleikkauspotilaan hoitoa ja hoidon vaiheita? \*****8. Millaisia haasteita olet kohdannut päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheissa, ajatellen siirtymistä yhteispäivystyksestä leikkausosastolle? \***

9. Millaisia kehittämistarpeita mielestäsi näet yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyössä, päivystysleikkauspotilaan hoitoa ajatellen? \*

10. Milloin mielestäsi ennakkotietoa päivystysleikkauspotilaasta tulisi siirtää yhteispäivystyksestä leikkausosaston tietoon? \*

11. Millaista ennakkotietoa mielestäsi päivystysleikkauspotilaasta pitäisi siirtää yhteispäivystyksestä leikkausosaston tietoon? \*

**KIITOS VASTAUKSESTA!**

## LIITE 2. Taulukkoesimerkki sisällönanalyysillä tehdyistä luokituista

Millaiseksi koet tämänhetkisen yhteispäivystyksen ja leikkausosaston yhteistyön ajatellen päivystysleikkauspotilaan hoitoa ja hoidon vaiheita.

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
"Varsin hyvä." "Hyvä." "Ihan hyvä." "Suhteellisen hyvä." "Hyvä." "Yhteistyö sopivaa." "Homma sujuu kohtuu sujuvasti." "Yhteistyö ollut hyvää ja joustavaa." "Hyvä." "Toimiva." "Toimivaa, avointa ja sujuvaa." "Yhteistyö sujuu hyvin." "Yhteistyö sujuu kohtalaisen hyvin." "Kohtuullisen hyväksi." "Pääsääntöisesti ok." "Pääosin yhteistyö toimii hyvin." "Yhteistyö sujuu pääsääntöisesti hyvin." "Melko hyväksi." "Yhteistyössä ei moitittavaa, toimii saumattomasti." "Ihan helpoksi ja sujuvaksi." "Yhteistyö pääosin vaivatonta ja sujuvaa." "Jos tullut ongelmia Orbitin kanssa, valvonta on auttanut." "Infotaan ajoissa kiireellisestä toimenpiteestä." "Turha soittelu loppunut."	Yhteistyö hyvää ja toimivaa	<b>Yhteistyö</b>
"Vaihteleva." "Loppujen lopuksi vähäinen tietoisuus toistensa työstä." "Yhteistyötä ei ole."	Yhteistyössä puutteita tai ei lainkaan yhteistyötä	

<p>"Onko meillä joku yhteistyö?"  "Parantamisen varaa olisi."  "Toimii kohtalaisesti."  "Kohtalainen."  "Ajoittain takkua, joka viivästyttää potilaan hoitoa."  "Yhteistyötä on aika vähän."  "Voisi olla molemmin puolin tiiviimpää."  "Melko vähän päivystyksestä siirtyy potilaita suoraa leikkuriin."  "Yhteisymmärrystä saisi olla puolin ja toisin enemmän."</p>		
<p>"Kommunikaatiossa parannettavaa."  "Yksiköiden välinen keskinäinen kommunikaatio pysähtyy hätäpotilaan hoidossa."  "Kommunikaatiossa puutetta."  "Voisi olla paremmin kommunikoiva."  "Kommunikaatiossa ajoittain hitautta."</p>	<p>Puutteita kommunikoinnissa</p>	<p><b>Kommunikaatio- ja informointi</b></p>
<p>"Usein huonot esitiedot potilaasta."  "Informointi todella vähäistä."  "Hätäpotilastilanteessa ei ennakoida tarvetta mahdolliselle leikkaukselle tai selvitetä leikkaussalin tilannetta."  "Päivystyksestä ilmoitetaan vaihtelevasti tulevista potilaista."  "Soitto unohtuu liian usein tilanteissa, joissa leikkausosaston olisi syytä varautua mahdolliseen toimenpiteeseen esim. vatsa-aortan aneurysma."  "Tiedon välittämisen kanssa eri käytäntöjä; osa täyttää Orbitin ja</p>	<p>Puutteita informoinnissa</p>	

osa jättää esim. kipulääkkeet merkitsemättä, joita sitten etsitään milloin miltäkin lehdeltä.”		
”Uusi tietokoneohjelma hidaskäyttö.” ”Lesussa viivettä.” ”Monimutkainen, monta eri vaihetta muistettava.”	Tietojärjestelmähaasteet	<b>Leikkausvalmistelut</b>
”X-kokeet erittäin usein ottamatta, jolloin potilaan tulo leikkausosastolle viivästyy.”  ”Potilas voisi olla aiemmin leikkausvalmiina.”	Potilaan hoitoon liittyvät haasteet	

### LIITE 3. Toinen esimerkkitaulukko sisällönanalyysillä tehdyistä luokitteluista

Millaisia haasteita olet kohdannut päivystysleikkauspotilaan hoidon vaiheissa, ajatellen siirtymistä yhteispäivystyksestä leikkausosastolle.

PELKISTETTY ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
"Verikokeet." "Verikokeita välillä uupuu." "X-koe ottamatta." "Labroja ei ole otettu." "X-koe ottamatta." "Labroja saattaa olla ottamatta." "Odotellaan leikkauksen aloitusta, että x-koe otettu ja vastattu." "X-kokeen puuttuminen." "Välillä viivästyksiä potilaan laboratorionko-keissa." "X-koe ottamatta, odoteltua." "Tarvittavat laboratorionkokeet ottamatta."	Puutteelliset verikokeet	<b>Potilaan leikkausvalmisteluihin liittyvät haasteet</b>
"Potilaan valmistelu." "Päivystysleikkauspotilasta ei pystytä laittamaan täydelliseen leikkausvalmiuteen." voivat jäädä vähäisiksi." "Leikkuri vaatii valmiin potilaan." "Potilaan saapuminen leikkuriin kestää luvattoman kauan." "Tuodaan omissa vaatteissa." "Päivystysleikkauspotilas, joka tulee kotoa aamulla sovitusti, usein jotain oleellista tekemättä."	Puutteelliset potilaan leikkausvalmistelut	
"Potilaan taustatiedot vajavaisia." "Esitiedot joskus puutteellisia." "Esitiedot täyttämättä."	Puutteelliset esitiedot	

<p>"Viimeiset kipulääkkeet merkattu jonnekin muualle kuin Orbitiin."  "Esitiedot tietojärjestelmään kirjattu vaillinaisesti."  "Ajoittain leikkauspotilaan puutteelliset tai suppeat esitiedot: lääkitykset, otetut lääkkeet, perussairaudet."</p>		
<p>"Ei informoida."  "Hätäpotilaan saapumista koskeva informointi."  "Tietämättömyys saliin pääsystä → vaikea sovittaa omaa työntekoa."  "Joskus epäselvää, kuinka kauan potilaan tulee päivystyksessä odottaa leikkaukseen pääsyä."  "Epätietoisuus potilaan sijainnista."  "Millä puhelinnumerolla saa yhteyden tätä hoitavaan hoitajaan."  "Kommunikaatio huonoa."  "Ensitieto potilaasta saattaa tulla vasta CT-tutkimuksen jälkeen, reagointiin jää muutama minuutti."  "Ennakoilmoittamisen puuttuminen esim. vuotopotilaat."</p>	<p>Informointi</p>	<p><b>Tiedonkulkuun ja informointiin liittyvät haasteet</b></p>
<p>"Tiedottamisen vaikeus."  "Tiedotusongelmia."  "Ei ole soitettu ane- tai leikkaavalle lääkärille."  "Potilaalle tehtävä leikkaus ei tule selvästi esille."  "Yhteistyön heikoin lenkki kommunikaatio tai tiedonkulku."  "Toisinaan anestesialääkäri ei tietoinen, että päivystysleikkaus tulossa."  "Tiedonkulku."</p>	<p>Tiedonkulku</p>	

<p>"Leikkausajankohta."</p> <p>"Lääkärin tekstissä menee joskus kauan."</p> <p>"Lesu välillä hankala kiireessä tehtäessä."</p> <p>"Kaikkia vaiheita ei muista ilman kansiota."</p> <p>"Jos hätäpotilas, niin kaikki Orbitissa pitää olla ajantasalla sekä varata potilas leikkauskirjalle, hätäpotilaassa kun on paljon muutenkin työtä itse potilaan äärellä."</p>	Tehtävät kirjaukset	<p><b>Kirjaukseen ja tietojärjestelmiin liittyvät haasteet</b></p>
<p>"Ei informoida."</p> <p>"Hätäpotilaan saapumista koskeva informointi."</p> <p>"Tietämättömyys salin pääsystä → vaikea sovittaa omaa työntekoa."</p> <p>"Joskus epäselvää, kuinka kauan potilaan tulee päivystyksessä odottaa leikkaukseen pääsyä."</p> <p>"Epätietoisuus potilaan sijainnista."</p> <p>"Millä puhelinnumerolla saa yhteyden tätä hoitavaan hoitajaan."</p> <p>"Kommunikaatio huono."</p> <p>"Ensitieto potilaasta saattaa tulla vasta CT-tutkimuksen jälkeen, reagointiin jää muutama minuutti."</p> <p>"Ennakkoilmoittamisen puuttuminen esim. vuotopotilaat."</p>	Informointi	
<p>"Jäädään välillä seisomaan "jalkoihin" kun leikkurissa alkaa toiminta."</p> <p>"Ymmärryksen puute päivystyksen kiireestä."</p> <p>"Leikkuri "vaatii" valmiin potilaan."</p> <p>"Leikkurissa oltu kiukkuisia ja ppkl hoitajat eivät uskalla tuoda potilasta keskeneräisenä."</p>	Kollegiaalisuus	<p><b>Yhteistyö</b></p>

<p>"Puhelimessa oltu kiuk- kuisia." "Vaadittu, että kaikki valmista." "Ajoittain leikkaussa- lissa ollut nuiva vas- taanotto."</p>		
<p>"Ei haasteita." "Ei haasteita yhteis- työssä." -</p>	<p>Ei ongelmia yhteis- työssä</p>	