

Päivittäisessä johtamisessa koettu kiire päivystyksikössä

Mikko Nieminen
Pro Gradu -tutkielma
Hoitotiede
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos
Marraskuu 2020

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

NIEMINEN, MIKKO: Päivittäisessä johtamisessa koettu kiire päivystyksyksikössä

Pro Gradu -tutkielma, 46 s., 11 liites.

Hoitotiede

Marraskuu 2020

Päivystystoiminta on muuttunut niin rakenteellisesti kuin sisällöllisesti entistä monimutkaisemmaksi ja haastavammaksi. Resurssien väheneminen ja potilasmäärien kasvu lisäävät painetta uudistua niin hoitotyön johtamisen ja päätöksenteon kuin resurssien tehokkaan käytön suhteen. Sen lisäksi hoitaminen muuttuu tiedon ja teknologioiden paranemisen myötä yhä monitahoisemmaksi toteuttaa. Päivystyksyksiköiden päivittäisen toiminnan johtamisesta vastaavat sairaanhoitajat ja lääkärit, jotka kantavat vastuuroolin vuorokohtaisesti. Vuorovastaavan päätöksenteko vaikuttaa potilaiden selviytymiseen sekä henkilöstön kokemaan kiireeseen. Henkilöstön työkuormituksella ja kiireen kokemisella on yhteys työuupumukseen, joka on noussut uhkaamaan ihmisten työhyvinvointia ja työssäjaksamista globaalisti.

Tässä tutkimuksessa on tarkoitus kuvata päivittäisessä johtamisessa koettua kiirettä kolmessa suomalaisessa päivystyksyksikössä. Päivystyksyksiköiden vuorovastaavat täyttivät vuoronsa päätteeksi vuororaportin, jossa he kuvasivat vuoroa vapaatekstillä esimerkiksi miehityksen, sairauslomien, potilasvirran tai poikkeusolosuhteiden suhteen sekä arvioivat vuoron kiireellisyyttä asteikolla 0-5 (0=ei lainkaan kiirettä, 5=erittäin kova kiire). Narratiivit analysoitiin sisällön erittelyllä ja numeraalisista arvioista laskettiin keskiarvot ja keskihajonnat.

Vuororaportteja kerättiin yhteensä 823 (n=823) vuosina 2015-2016. Keskiarvo vuorojen kiireellisyydestä oli 2,8 (keskihajonta 1,0). Iltavuorot arvioitiin kiireellisimmiksi (ka. 3,1; keskihajonta 0,9) ja yövuorot rauhallisimmiksi (ka. 2,5; keskihajonta 1,1). Aamuvuorojen kiireellisyys noudatteli koko aineiston keskiarvoa (ka. 2,8; keskihajonta 0,9). Kiireen taustalla useimmin esiintyivät potilaihin liittyvät asiat ja toiseksi useimmin henkilökuntaan liittyvät asiat. Kolmantena kiireen taustalla olevat tekijät liittyivät teknologiaan.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että koettu kiire on keskiarvoltaan kohtuullista, mutta iltavuorojen voimavarat tulee resursoida paremmin, koska kiireen kokemus iltavuoroissa on kovempaa kuin muissa vuoroissa. Potilaiden hoitoon ja henkilöstöön liittyvät asiat olivat pääasiassa kiireen kokemisen taustalla. Siksi on tärkeää varmistaa, että näihin liittyvät tiedot ovat helposti saatavilla vuorovastaavan työn tueksi. Sen lisäksi teknologisten ratkaisujen tulee toimia entistä paremmin, jotta ne osaltaan tukevat päätöksentekoa. Jatkossa mielenkiintoinen asetelma olisi tutkia kiireen kokemista lisää ja selvittää yhteyksiä esimerkiksi työkuormitukseen sekä työssäjaksamiseen.

Asiasanat: päivystyksyksikkö, hoitotyön johtaminen, päätöksenteko, koettu kiire, vuorovastaava

UNIVERSITY OF TURKU
Department of Nursing Science

NIEMINEN, MIKKO: Day-to-day Management and Experienced Rush in the
Emergency Department

Master's Thesis, 46 p., 11 appendix pages
Nursing Science
November 2020

Emergency department operations has become both structurally and substantively more complex and challenging. Declining resources and increasing patient numbers add to the pressure to reform, both in terms of nursing management and decision-making and efficient use of resources. Beyond that, as knowledge and technologies improve, care becomes more and more complex to implement. The management of the day-to-day operations of the emergency department is carried out by nurses and physicians who carry the role of responsibility on a rotational basis. Shift leader's decision-making affects patient survival as well as the rush experienced by staff. The workload of staff and the experience of a rush has a link to the exhaustion that has risen to threaten the well-being of people at work and employment globally.

This study describes the rush experienced in daily management at three Finnish emergency departments. At the end of their shift, the shift leaders of the units filled a shift report in which they described the shift with free text on issues such as occupation, sick leave, patient flow, or exceptional conditions, as well as assessing the rush of the shift on a scale of 0 to 5 (0=no rush at all, 5=very much rush). Narratives were analyzed by content analysis and averages and standard deviations were calculated from the numerically reported experience of rush.

A total of 823 innings reports were collected (n=823) in 2015-2016. The average for the rush of shifts was 2.8 (standard deviation 1.0). Evening shifts were assessed to have the most rush (ka. 3,1; standard deviation 0.9) and night shifts as the least rush (ka. 2,5; standard deviation 1.1). The rush experienced in morning shifts followed the average of the whole data (ka. 2,8; standard deviation 0.9). Against the backdrop of the rush, the most frequently occurring issues related to patients and the second most frequently related to staff. Third, the factors behind the rush involved technology.

As a conclusion, the experienced rush is moderate in average value, but the resources of evening shifts should be more resourced because the experience of rush in evening shifts is heavier than in other shifts. Things related to patient care and staffing were mainly at the root of experiencing a rush. Therefore, it is important to ensure that information related to this is readily available to support the shift leader's work. In addition, technological solutions must work better in order to contribute to decision-making. Going forward, an interesting setting would be to explore the experienced rush further and find out the connections, for example, to workload and coping at work.

Keywords: emergency department, nursing management, decision-making, experienced rush, shift leader

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1	Päivystysyksikön toiminnan määrittelyä	7
2.2	Hoitotyön päivittäisten toimintojen johtaminen	8
2.3	Kiireen kokeminen päivystysyksikössä ja yhteys työuupumukseen	10
3	KIRJALLISUUSKATSAUS	12
3.1	Tutkimustiedon haku	12
3.1.1	Tutkimusten laadun arviointi	14
3.1.2	Tutkimusten analysointi	16
3.1.3	Tutkimusten kuvaus	17
3.2	Hoitotyön päivittäisen toiminnan johtamisen edellytykset ja haasteet päivittäisessä johtamisessa	19
3.2.1	Vuorovastaavien kuvaama kiire ja siihen yhteydessä olevat tekijät toiminnan päivittäisessä johtamisessa	21
3.2.2	Synteesi tutkimustuloksista	24
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	25
5.1	Tutkimusasetelma	25
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä	25
5.3	Aineistonkeruu	26
5.4	Aineiston analyysi	26
6	TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1	Yleiskatsaus aineistoon	28
6.2	Kiireen taustalla olevat tekijät	31
6.2.1	Potilaihin liittyvät asiat	32
6.2.2	Henkilöstöön liittyvät asiat	34
6.2.3	Teknologiaan liittyvät asiat	35
6.3	Kiireen kokemisen moniulotteisuus	36
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	38

7.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	38
7.2	Tulosten tarkastelu, pohdinta ja johtopäätökset	39
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	47
	Liite 1. Tiedonhaun hakulausekkeet tietokannoittain.	
	Liite 2. Systemaattisen tiedonhaun artikkelit, aineistonkeruu ja tulokset.	
	Liite 3. Vuororaportointilomake.	
	KUVIOT	
	Kuvio 1. Flow chart, kuvaus tiedonhaun vaiheista.	14
	Kuvio 2. Työkuormitusta mittaavan lomakkeen selitysosa (mukaillen Clopton & Hyrkäs 2020).	23
	Kuvio 3. Työvuoroissa koetun kiireen keskiarvot.	30
	Kuvio 4. Prosenttiosuudet kiireen taustalla vaikuttaneista kategorioista.	31
	Kuvio 5. Koettu kiire yhdistettyjen luokkien mukaan prosenttiosuuksin ilmaistuna.	33
	Kuvio 6. Koettu kiire yhdistettyjen luokkien mukaan prosenttiosuuksin ilmaistuna.	35
	Kuvio 7. Koettu kiire yhdistettyjen luokkien mukaan prosenttiosuuksin ilmaistuna.	36
	Kuvio 8. Useampi syy kiireen taustalla, suhteelliset prosenttiosuudet.	37
	TAULUKOT	
	Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit.	13
	Taulukko 2. Tutkimusten laadun arviointi (Hawker ym. 2002).	15
	Taulukko 3. Koettu kiire työvuoroittain luokkakohtaisin lukumäärin.	29
	Taulukko 4. Yhdistetyt kiireen kokemuksen luokat työvuoroittain.	30

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon muutokset ovat viime vuosikymmeninä koskettaneet kaikkia erikoisaloja, mutta päivystystoiminnan rakenteelliset muutokset ovat olleet erityisen näkyvästi pinnalla viime aikoina Suomessa. Päivystysten yhdistäminen koskee useimpia kansalaisia ja päivystykseen pääseminen on useilla paikkakunnilla hankaloitunut alueellisen eriarvoistumisen myötä. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 583/2017:2§.)

Päivystystoiminta itsessään on muuttunut myös sisällöllisesti entistä monimutkaisemmaksi ja haastavammaksi. Resurssien väheneminen ja potilasmäärien kasvu lisäävät painetta uudistua niin hoitotyön johtamisen ja päätöksenteon kuin resurssien tehokkaan käytön suhteen. Sen lisäksi hoitaminen muuttuu tiedon ja teknologioiden paranemisen myötä yhä monitahoisemmaksi toteuttaa. Kiireen kokemus lisää riskiä työuupumuksen kokemuksiin ja helpotusta työn kuormittavuuteen tarjotaan niin koulutuksen lisäämisellä kuin työkuormituksen reaaliaikaisella mittaamisella (Andersson & Nilsson 2009; Martin & Manley 2020; Moukarzel ym. 2019.)

Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkitaan kiireen kokemusta päivystysyksiköissä hoitotyön vuorovastaavien arvioimana. Vuorovastaavat ovat hoitotyön edustajia ja vastaavat osaltaan päivystysyksikön toiminnasta ympäri vuorokauden, työvuorojensa puitteissa, luonnollisesti. Kiireen kokemusta arvioidaan sekä numeerisesti että kirjallisella kuvauksella vuoron kiireellisyyden taustalla olevista seikoista. Kiireen kokemuksen taustalta etsitään toistuvia teemoja, joita hahmottamalla voidaan tulkita, mistä kiireen kokemus muodostuu. Kiireen kokemusta tarkastellaan myös työvuorojen näkökulmasta (aamu, ilta, yö). Lopuksi arvioidaan tuloksia, niiden merkitystä ja mahdollisia jatkotutkimuskohteita.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Päivystyksikön toiminnan määrittelyä

Päivystyksikön toiminta on akuuttia tai kiireellistä hoidon arviointia ja toteutusta, jota ilman oireet tai vammat pahenevat ja potilaan henki ja terveys ovat uhattuna. Toiminta-alueesta riippuen, päivystyksikkö on usein ainoa paikka, josta ihminen saa apua vuorokauden ympäri. Tämä saattaa johtaa siihen, että avun tarvisija tulee hakemaan apua sellaisiin oireisiin tai vaivoihin, joissa ei ole tarpeen tehdä akuutisti mitään eikä edes aloittaa hoitoa vuorokauden sisällä. Hoitoon hakeutuneille on kuitenkin järjestettävä vähintäänkin neuvontaa ja ohjeistusta siitä, mistä ei-kiireellistä hoitoa saa. Peruspalvelujen vähetessä, esimerkiksi vanhukset, syrjäytyneet henkilöt tai päihdeongelmaiset saattavat olla tällaisia potilasryhmiä, jotka turvautuvat päivystyksen apuun (Andersson & Nilsson 2009; Robinson & O'Connell 1995). Useissa päivystyksissä vaatimuksena onkin, että ennen sinne hakeutumista, puhelinsoitolla varmistetaan avun tarve ja päivystyskäynnin tarkoituksenmukaisuus. Luonnollisesti päivystys vastaanottaa myös ilman ennakkosoittoa tulevat potilaat, mutta yleensä ensilinjassa sairaanhoitaja tekee hoidon tarpeen arvion, ellei päivystykseen saavuta ambulanssikyödyllä. Tällöin ambulanssihenkilökunta tekee ennakkohälytyksen päivystykseen, jotta esimerkiksi kolarin uhrin saavat nopeasti apua. Ennakkoilmoituksen ja -hälytyksen ideana on antaa aikaa päivystykselle oikeiden resurssien organisointiin jo ennen kuin kiireellistä hoitoa tarvitseva potilas saapuu päivystykseen. Tällöin vaativakin hoito pystytään aloittamaan heti, kun potilas saapuu päivystyksen ovista sisälle. Päivystyksellä on myös muita virkahuoneita, kuten päihtymystilan selvitys ja pahoinpitely- sekä seksuaalirikosten tutkiminen. Näistä on säädetty tarkemmin poliisilain ja terveydenhuoltolain piirissä. (Poliisilaki 872/2011 9§2; Terveydenhuoltolaki 1326/2010 31§1.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee päivystyksen järjestämistä Suomessa. Päivystävissä yksiköissä pitää olla hoidon laadun toteutumisen ja potilasturvallisuuden toteutumisen varmistamiseen riittävät resurssit ja osaaminen. Päivystystoiminta ja sen laajuus määritellään erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa, alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve huomioon ottaen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010:50§.)

Päivystysasetus tarkensi vuonna 2017 Suomen terveydenhuollon päivystystoimintaa ja sen järjestämistä. Kuntayhtymän tai vastaavasti kunnan on huolehdittava, että terveydenhuoltolain määrittelemää kiireellistä hoitoa on saatavilla vuorokauden jokaisena hetkenä joko päivystyksen toteuttamista varten suunnitellussa ympäri vuorokauden toimivassa erillisessä päivystysyksikössä tai kiireettömän hoidon yhteydessä. Terveydenhuoltolaki määrää yhteispäivystyksistä niin, että se kattaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut. Sen lisäksi on varmistettava, että saavutettavuus säilyy ja potilasturvallisuusnäkökulma on otettu huomioon. Oikeus luvan myöntämiseen akuuttilääketieteen päivystyksen tai ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon järjestämiseen on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Viimeisen uudistuksen jälkeen viisi yliopistollista sairaalaa Helsingissä, Kuopiossa, Oulussa, Tampereella ja Turussa toimivat esityksen mukaan laajan päivystyksen sairaaloina. Seitsemän laajan päivystyksen keskussairaalaa sijaitsevat Joensuussa, Jyväskylässä, Lahdessa, Lappeenrannassa, Porissa, Rovaniemellä ja Seinäjoella. Muut nykyiset keskussairaalat ovat sellaisia, jotka jatkavat suppeamman päivystyksen sairaaloina. Jatkossa muutoksia tilanteeseen on odotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksen myötä. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017:2§.)

Tässä pro gradu -tutkielmassa päivystysyksikön määritelmä nojaa valtioneuvoston asetukseen, joka pitää sisällään ympärivuorokautisen toiminnan ja keskittyy erikoissairaanhoidon kontekstiin. Kansainvälisesti määritelmät saattavat hieman poiketa toisistaan, mutta konteksti on silti päivystysyksiköissä ja fokus niiden päivittäisessä toiminnassa, joka on luonteeltaan suhteellisen yhteismitallista kansainvälisestikin. Päivystysyksikön toiminta ja päivittäiseen toiminnan johtamiseen liittyvä päätöksenteko ovat akuuttiluonteisia sekä koskevat joissain tapauksissa elämän ja kuoleman kysymyksiä. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017:2§.; Rieth 1999.)

2.2 Hoitotyön päivittäisten toimintojen johtaminen

Potilaiden hoidon tarpeisiin vastaaminen on haastavaa päivystyksen päivittäisessä johtamisessa. Hoitotyön esimiehet toimivat moniammatillisessa ja monimutkaisessa ympäristössä, jossa päätökset kytkeytyvät monella tavalla ympäristöön. Hoitotyön

johtamisen päätöksenteko on perinteisesti jaettu kolmeen osioon: strategiseen, taktiseen ja operationaaliseen päätöksentekoon. Strateginen päätöksenteko liittyy pidemmän tähtäimen tavoitteisiin ja visioihin, taktinen päätöksenteko liittyy strategisten tavoitteiden implementointiin käytännön tasolla ja operationaalinen päätöksenteko käsittää arjessa tehtävät päivittäisen toiminnan organisointiin liittyvät päätökset. (Lundgrén-Laine 2013; Peltonen ym. 2018.)

Hoitotyön esihenkilöiden päätöksenteko on yleensä operationaalista, ”ad hoc – tyyppistä”, yksittäisten haasteiden ratkaisemista tässä ja nyt. Ratkaisemiseen ei ole paljoa aikaa, ei ole aikaa tiedon etsimiseen tai edes neuvon kysymiseen. Terminä ”ad hoc - päätöksenteko” tarkoitetaan sellaisia päätöksiä, jotka ovat luonteeltaan kriittisiä ja joita joudutaan reaaliaikaisesti ratkaisemaan tietyn tilanteen hoitumista varten. Näiden päätösten tavoitteena on potilashoidon välittömän, sujuvan ja asianmukaisen toiminnan varmistaminen. (Lundgrén-Laine 2013.) Päivystys- ja akuuttiluonteisessa toiminnassa päätöksenteon nopeus ja tärkeys korostuvat. Tämän takia tietoa pitäisi olla saatavilla nopeasti ja reaaliaikaisesti. Tiedolla johtamisen kehittämisen tueksi tarvitaan tärkeän tiedon tunnistamista, jota päätöksentekijä voi hyödyntää. Tehohoitoon (Lundgrén-Laine ym. 2013) ja laajemmin akuuttihoitoon (Peltonen ym. 2018) on kehitteillä lähiesimiehille työkaluja tukemaan päivittäisen toiminnan johtamista.

Päivystystoiminnan järjestämisestä vastaa kunta tai kuntayhtymä ja sen toiminnasta viime kädessä vastaa virkasuhteessa oleva laillistettu lääkäri. Sen lisäksi päivystysasetus säätelee selkeästi, että päivystysyksikössä on kaikkina vuorokauden aikoina oltava laillistettu lääkäri johtamassa päivystysyksikön toimintaa. Muun henkilöstön asetuksessa mainitaan, että päivystysyksikössä on oltava myös moniammatillinen henkilökunta, jolla on riittävä työkokemus sekä koulutus ja osaaminen, ja joka tuntee sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden sekä alueen olosuhteet. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017:7§-8§.)

Muun kuin lääketieteellisen henkilöstön osalta määrittely valta- ja vastuusuhteista sekä osaamisesta on siis aika paljon laveampaa. Tästä seuraa monenlaisia käytäntöjä muun muassa hoitotyöntekijöiden johtamiselle ja käytännön tilanteissa vastuussa olevien osalta. Osastonhoitajan tai hoitotyön esihenkilön vastuu on hallinnollisesti laajempi kuin vuorovastaavan nimikkeellä olevien. Hoitotyön esimiehen ei nykyään oleteta osallistuvan

toisaalta juurikaan kliiniseen päätöksentekoon, joka korostuu päivystysyksikön arjessa. (Bjerregård Madsen ym. 2016; Robinson & O'Connell 1995; Peltonen 2018.) Päivystysyksiköiden osalta vuorovastaava -nimekkeellä toimivan sairaanhoitajan rooli on suurempi kliinisissä päätöksissä kuin hallinnollisen esimiehen ja kliinisissä päivittäisen johtamisen päätöksissä korostuvat johtajuus sekä johtamisosaaminen. Etulinjassa toimivat hoitotyön vuorovastaavat vastaavat toimintaprosessien sujuvuudesta, henkilöstön allokoinnista, resurssien riittävydestä sekä hoitotyön laadusta (Peltonen 2018). Nimityksiä hoitotyön esihenkilölle on useita, kuten lähiesimies, tiimivastaava, tiimijohtaja, koordinaattori, vastuuhoitaja ja vuorovastaava (vrt. esim. Lundgrén-Laine 2013), joka tässä pro gradu -tutkielmassa on jatkossa käytettävä nimitys vuorosta vastaavasta hoitotyön edustajasta.

2.3 Kiireen kokeminen päivystysyksikössä ja yhteys työuupumukseen

Vuoden 2018 sairaanhoitajien työolobarometrin mukaan päivystysyksiköissä, kotisairaanhoidossa, kotipalvelussa, kotihoidossa tai asumispalveluyksiköissä työskentelevät olivat muita tyytymättömämpiä työhönsä. Kyselytutkimuksessa käytetyn Hyvän työpaikan kriteerit -mittarin vastausasteikkona on 10-portainen Likert-asteikko. Mittari koostuu kuudesta osa-alueesta: toimivat käytännöt, osallistava johtaminen, työn palkitsevuus, asiantuntijuuden kehittäminen, korkeatasoinen hoidon laatu ja työn ja yksityiselämän yhteensovittaminen (Hahtela 2019). Vuoden 2016 sairaanhoitajien työolobarometrin mukaan työhönsä kaikkein tyytymättömmimpiä olivat päivystysyksiköissä työskentelevät. Heidän tyytymättömyytensä kohdistui erityisesti johtamiseen, henkilöstömitoitukseen sekä työaikoihin liittyviin asioihin. (Sairaanhoitajien työolobarometri 2016.) Hoitohenkilökunnan psykofyysinen kuormitus lisääntyy, mikäli henkilökuntaa on liian vähän suhteessa työmäärään. Kiire aiheuttaa kokemuksen siitä, että työtään ei pysty hoitamaan parhaalla mahdollisella tavalla, joka aiheuttaa lisästressiä tunnollisen työntekijän mielessä. Palautuminen työpäivien aikana jää vähiin ja jopa lakisääteisistä tauoista voidaan tinkiä, jotta työt tulisivat tehdyksi. (Pekkarinen & Pekka 2016; Karasek 1979.)

Kiireen kokemus on yhteydessä stressiin ja uupumukseen (Ahola & Hakanen 2007) ja sen kokeminen on kasvanut 70-luvun lopulta alkaen merkittävästi. Kiireen merkitys Suomen työolojen muutosta kuvaava tekijänä on suuri. Kiireestä koki aiheutuvan paljon haittaa ja räsytystä vuonna 1977 18 % suomalaisista. Vuoteen 2008 tultaessa osuus oli jo

31 %. Läpi 2000-luvun kiireen kokemus on kuitenkin pysynyt melkein samalla tasolla. Vuonna 2009 Työterveyslaitoksen tutkimuksessa 47 % palkansaajista koki joutuvansa kiirehtimään melko tai hyvin usein saadakseen työnsä tehtyä. Vuonna 1997 vastaava luku oli 53 %, joten kokemus kiireestä on pysynyt melko samana. (Ahola & Hakanen 2007; Shirom 2011; Sargent & Terry 2010.)

Pekkarinen & Pekka toteavat (2016) KEVAN julkaisemassa tutkimuksessa, että terveysalan työhyvinvointiin liittyy sekä työhyvinvointia vähentäviä, että sitä lisääviä tekijöitä. Tutkimuksen tuloksissa esiintyvät useimmin kiire ja henkilökunnan riittämättömyys sekä työn henkinen ja fyysinen kuormittavuus. Noin puolet terveysalan työntekijöistä altistuu väkivallalle tai sen uhalle, ja sen lisäksi jopa kolmannes alan työntekijöistä on kokenut epäasiallista käytöstä (STM 2014). Terveysalalla koetaan muita aloja enemmän myös, ettei työntekijöillä juurikaan ole vaikutusmahdollisuuksia suhteessa työhönsä. Näistä työhyvinvointiin kielteisesti vaikuttavista tekijöistä huolimatta kokemus työkyvystä oli kuitenkin useimmiten positiivinen. Työntekijät saattavat kokea iloa työstään ja pitävät työtään tärkeänä sekä merkityksellisenä. Luottamus ja ilmapiiri koettiin niin ikään hyväksi koko työyhteisöissä. Terveysalan työntekijöistä noin 40 % arvioi työhyvinvoinnin parantuneen yhteisössään, kokemus työhyvinvoinnin huonontumisesta oli joka neljännen terveydenhuollon työntekijän kokemus. (Pekkarinen & Pekka 2016.)

Työuupumus etenee prosessin omaisesti, jossa työntekijän innostuneisuus työstä ja kaikkensa antaminen ovat keskiössä. Pitkäaikainen työperäinen stressitila altistaa työuupumuksen kokemukselle. Liialliset työn vaatimukset suhteessa voimavaroihin ja työntekijän kyvyttömyys vaikuttaa stressaavien tilanteiden hallintaan saattavat aiheuttaa työuupumusta. Kuormituksen jatkuessa alkaa työntekijä tuntea uupumusasteista väsymystä. Kyyninen asenne työtä kohtaan kasvaa ja hänen ammatillinen itsetuntonsa heikentyy. Työuupumus liittyy iso riski sairastua muun muassa masennukseen, unihäiriöihin, päihteiden väärinkäyttöön ja stressiperäisiin somaattisiin sairauksiin, vaikkakaan työuupumus ei itsessään ole sairaus (Pekkarinen & Pekka 2016; STM 2014; Shirom 2011; Taylor & Barling 2004.)

Yksilön voimavarat hiipuvat pikkuhiljaa, mutta voimakas velvollisuuden tunne ja toimintaorientein elämäntapa vaikeuttavat omien rajojen tunnistamista. Suorittaminen jatkuu väsymisestä ja suorituskyvyn laskusta huolimatta, ja saattaa ennen pitkää johtaa pohjakosketukseen, jolloin jaksamisen raja tulee vastaan. Tällöin oireilu on usein jo psykofyysistä ja tunnolliselle työntekijälle ison kriisin paikka, traumaattinen kokemus.

Aiemmin paljon antanut työ koetaan nyt kaiken vieneeksi ja pettymys itseensä saattaa romahduttaa yksilön itsetunnon. Loppuun palamisen prosessi alkaa usein ihmisen sitä tiedostamatta ja on siksi hankala pysäyttää ajoissa. (Shirom 2011; Taylor & Barling 2004; Karasek 1979; Sargent & Terry 2010.)

Sairaanhoidon- ja sosiaaliala ovat olleet käynnistämässä työuupumus -ilmiön esiinmarssia 1970-luvulta lähtien. Esimerkiksi Karasekin 1979 kehittämä Job Strain -malli otettiin laajasti käyttöön tuolloin. Siinä mallissa korostuvat työntekijän omat mahdollisuudet päättää työn tekemisestä sekä sen vaativuudesta. Karasekin kutsuma ”aktiivinen työnkuva” toteutuu, kun päätäntävalta ja vaativuus ovat korkealla. Tästä seuraa usein motivoiva, itsetuntoa kohottava ja jatkuvaa oppimista tukeva kokemus työstä. Toisessa ääripäässä on työ, jossa on vähän päätäntävaltaa ja kova vaatimustaso, jollaisena hoitotyö saattaa joskus näyttäytyä. Tällaisessa tilanteessa pahimmillaan aiheutuu psykologinen stressitila ja riski sairastua esimerkiksi sepelvaltimotautiin lisääntyä. (Karasek 1979; Maslach 2003; Sargent & Terry 2010.)

Systemaattisempi työuupumustutkimus alkoi kehittyä merkittävästi tultaessa 1980 -luvulle. Maslachin Burnout Inventory (MBI) lanseerattiin 1981 ja se on edelleen suosituin työuupumisen mittari. Sen määritelmä sisälsi kolme komponenttia: emotionaalisen uupumuksen, etäytymisen työstä (depersonalisaatio) ja heikentyneen työtehon. Mittarin julkaisun jälkeen tutkimus työuupumuksesta lisääntyi ja organisaatiopsykologian nousu käsitteenä vauhditti tutkimuksen määrää ja -laatua niin teollisuuden kuin liike-elämän puolella. MBI -mittarin juuret ovat kuitenkin vahvasti hoitoalalla, josta se omaksuttiin opetuslalle. 1990 -luvulla myös muut alat, joissa ei välttämättä ollut suoraa asiakastyötä, ottivat mittarin laajempaan käyttöön. (Maslach 2003; Sargent & Terry 2010; Shirom 2011.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUS

3.1 Tutkimustiedon haku

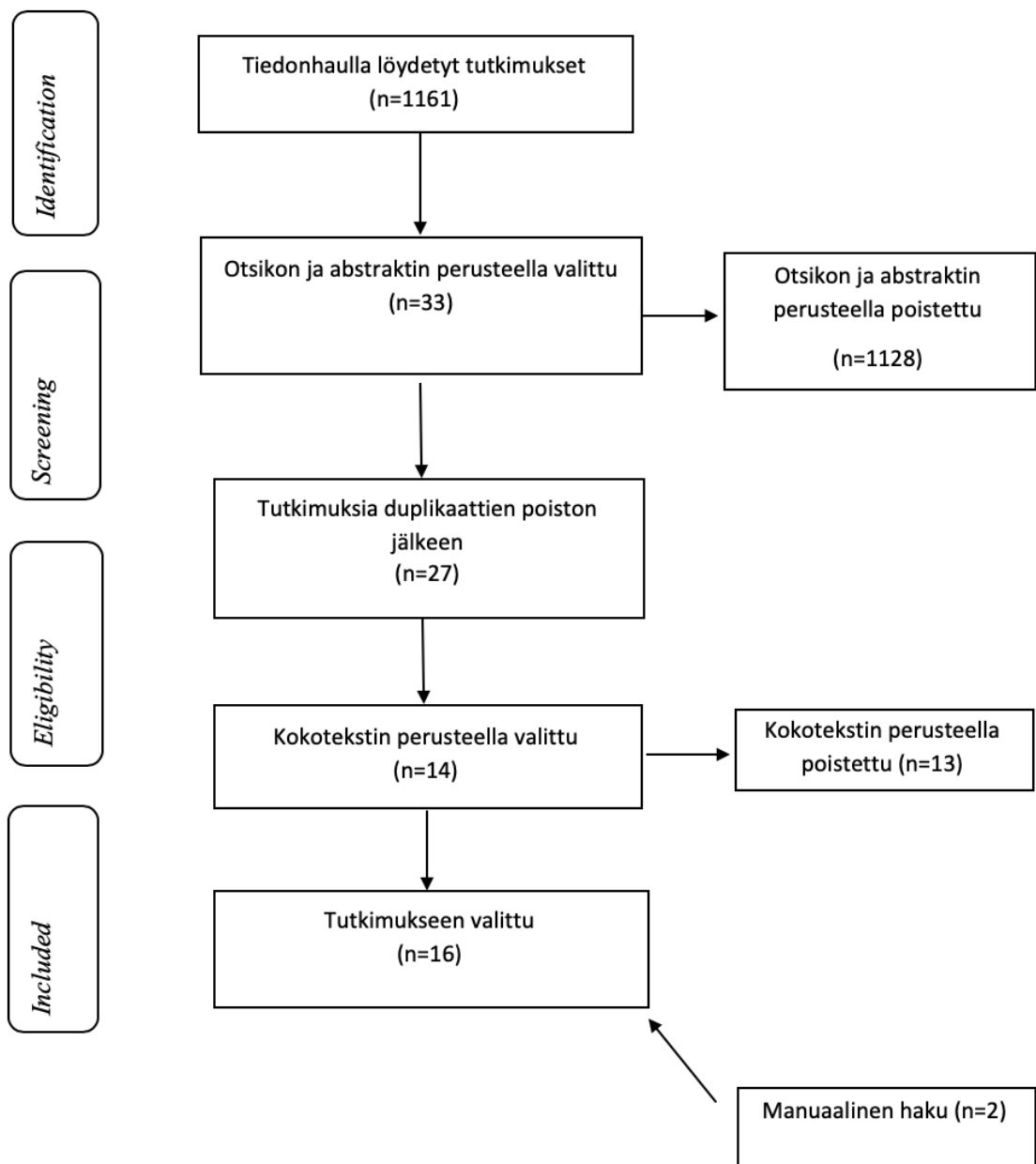
Tämän pro gradu tutkielman kirjallisuushaku toteutettiin maaliskuun 2020 aikana. Käytettyjä tietokantoja olivat: CINAHL, Medic, PubMed (MEDLINE). Hakutermit muodostui tutkielman tarkoitusta tukevista teemoista; hoitotyön johtamisesta, päivystys-

ja akuuttiluonteisesta työstä sekä päätöksenteosta ja kiireen tai kuormituksen kokemuksesta. Liitteenä (liite 1) on kuvaus asiasanoista sekä hakulausekkeista kokonaisuudessaan.

Systemaattinen kirjallisuushaku ja artikkelien valikoituminen on kuvattu kuviossa 1. Artikkelien karsinta tapahtui mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaisella määrittelyllä, jotka on esitetty taulukossa 1. Kriteereissä korostuu luonnollisesti yhteys tutkimuskysymyksiin ja siten pro gradu -tutkielman keskeisiin käsitteisiin. Toimintaympäristönä piti olla päivystys- tai muuten akuuttiluonteinen toimintayksikkö. Hoitotyön osuuden tuli olla selkeästi näkyvillä ja hoitotyön johtaminen esiteltyä selkeästi erillisenä funktiona. Kiireen ja kuormituksen osalta huomioitiin myös työssäjaksamisen ja työhyvinvoinnin näkökulma. Mielenterveystyön akuuttitoimintaan liittyvät artikkelit rajattiin pois, sillä mielenterveystyön vaikutus päätöksentekoon on juridinen eli hoitopäätökset perustuvat lakiin ja ovat siinä mielessä luonteeltaan erilaisia kuin päivittäisen toiminnan johtamisen päätökset hoitotyössä yleisesti. Manuaalisella haulla löytyi kaksi tutkimusta, jotka sisällytettiin kirjallisuushaun tulosten raportointiin.

Taulukko1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
-Päivystys- tai akuuttiluonteinen toimintaympäristö	-Ei päivystys tai akuuttiluonteinen toimintaympäristö
-hoitotyön kontekstin näkyminen	-hoitotyön kontekstin puuttuminen
-johtaminen, esimiestyön näkökulman esiintyminen	-ei esimiestyön, johtamisen näkökulmaa
-pätöksentekoon liittyvien asioiden tarkastelu	-mielenterveystyön akuuttipsykiatrian päätöksentekoon keskittyvät artikkelit
-kiireen ja kuormituksen näkyminen sekä työssäjaksamisen näkökulma	



Kuvio 1. Flow chart, kuvaus tiedonhaun vaiheista.

3.1.1 Tutkimusten laadun arviointi

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laatua arvioitiin Hawkerin ym. (2002) työkalulla, joka mahdollistaa erilaisten tutkimusmenetelmien arvioinnin. Arviointikriteeristö koostuu yhdeksästä kohdasta, joilla arvioidaan tutkimusten laatua eri näkökulmista. Jokainen kohta pisteytetään arvosanalla 1-4, jossa 1=erittäin huono, 2=huono, 3=kohtalainen ja 4=hyvä). Tällöin korkein mahdollinen tutkimuksen saama

pistemäärä on 36. Taulukossa 2 on kuvattu artikkelien arviointi Hawkerin ym. 2002 tutkimusmenetelmien arviointityökalulla. (Hawker ym. 2002.)

Taulukko 2. Tutkimusten laadun arviointi (Hawker ym. 2002).

Tutkimus	Abstrakti ja otsikko	Esitely ja tutkimuksen tarkoitus	Metodologia	Otanta	Analyysi	Eettiset kysymykset	Tulokset	Tulosten yleistettävyys ja siirrettävyys	Tulosten hyödyntäminen ja käytökelppoisuus	Yhteensä (max. 36 pts.)
Almeida 2004.	3	3	3	4	4	4	3	4	4	32
Altafin, J. A. ym. 2014.	3	3	4	4	4	3	4	4	4	33
Andersson & Nilsson 2009.	4	4	4	4	4	3	4	4	4	35
Clopton, E.L., & Hyrkäs, E.K. 2020	4	4	4	4	3	3	4	3	2	31
Gould ym. 2001.	3	4	4	4	3	3	4	3	3	31
Husebø, S. & Olsen, Ø. 2019.	4	3	3	4	4	4	4	4	4	34
Iordache, S., Elseviers, M., De Cock, R. & Van Rompaey. 2020.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	35
Kapu, A., Wheeler, A. & Lee, B. 2014.	4	3	2	3	2	3	3	3	3	26
Kumar, R., Pio, F., Brewer, J., Frampton, C. & Nicholls, M. 2019.	2	2	3	2	3	3	3	3	2	23

Li, J. ym. 2012.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	35
Lundgrén-Laine, H. 2013.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Martin, A. & Manley, K. 2020.	4	4	3	4	4	3	3	4	3	31
Moukartzel, A. 2019.	4	3	3	3	4	4	4	3	4	32
Peltonen, L-M. ym. 2018.	3	3	4	4	4	4	4	3	4	33
Rieth, KA. 1999.	4	2	2	2	3	3	3	3	2	24
Robinson, A. & O'Connell, C. 1995.	3	2	4	3	3	3	3	2	2	25

Kirjallisuuskatsaukseen valikoidut tutkimukset saivat pääosin hyviä pisteitä Hawkerin ym. 2002 arviointityökalulla arvioituna. Huonoimmat pisteet saaneissa tutkimuksissa todettiin ongelmia lähinnä metodologiassa (Rieth 1999; Kapu & Wheeler 2014; Kumar ym. 2019) tai tutkimuksen tulosten hyödyntämisessä ja käyttökelpoisuudesta (Robinson & O'Connell 1995) sekä tulosten yleistettävyydessä ja siirrettävyydessä (Robinson & O'Connell 1995). Hyvin lähes kaikissa tutkimuksissa arvioitiin raportoidun abstrakti ja otsikko sekä eettisten kysymysten huomioon ottaminen. Toisaalta erittäin huonoksi (arvosana 1) ei arvioitu yhdenkään tutkimuksen yksittäistä osa-aluetta.

3.1.2 Tutkimusten analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin hyödyntämällä temaattisen analyysin mallia. Temaattinen analyysi on metodi, jolla aineistosta tunnistetaan, analysoidaan ja tulkitaan teemoja (Braun, Clarke & Terry 2015). Artikkelit luettiin huolellisesti läpi useaan kertaan muistiinpanoja tehden. Sen jälkeen tutkimuskysymyksiin liittyvät asiat koottiin yhteen numeerisen koodauksen avulla ja teemoittain ryhmiteltiin. Kokonaisuudet muodostettiin keskeisten käsitteiden mukaisesti ja päivystystoimintaa koskeva kehittämistoiminta nostettiin tärkeimmäksi teemaksi. Tämän jälkeen teemojen välisiä suhteita, yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia hahmoteltiin käsitekartan sekä tulkittiin jo ryhmiteltyjen

teemojen avulla ns. teemakarttaa hyödyntäen. Metodien valintaa puolsivat sen joustavuus ja sen mahdollistama ilmiön laajempi tarkastelu (Braun ym. 2015; Tuomi & Sarajärvi 2018.)

3.1.3 Tutkimusten kuvaus

Varianssi tutkimuksissa käytetyissä menetelmissä oli melko suurta. Selkeää kirjallisuuskatsausta edustivat Riethin 1999 ja Almeidan 2004 tutkimukset, joissa toisessa keskityttiin hoitotyön näkökulmiin päivystysyksiköiden toiminnasta (Almeida 2004) ja toisessa taas enemmänkin hoitotyön päätöksenteon eettisyyteen (Rieth 1999). Robinson & O'Connell (1995) ja Kapu, Wheeler & Lee (2014) käyttivät tutkimusmenetelmään toimintatutkimusta. Ensin mainitussa tutkittiin uudenlaista kliinisen sekä hallinnollisen tehtävän yhdistämistä niin kutsutun apulaisosastonhoitajan roolissa toimivan sairaanhoitajan vastuulle ja toisessa tutkittiin akuuttisairaanhoitajan roolia uutena jäsenenä elvytysryhmään. Seuraavia tutkimuksia yhdisti kiinnostus päätöksenteon tiedontarpeisiin sekä hoitajien ja lääkärin välinen työnjako päivystystyön päivittäisessä toiminnassa. Haastatteluja hyödyntäen ja laadullisesti sisältöä analysoivat Li ym. 2012 ja Gould ym. 2001 tutkimuksissaan. Otokoot molemmissa olivat suhteellisen pieniä haastattelumetodin johdosta (Li ym. 2012 n=14 ja Gould ym. 2001 n=15). Tutkimusmenetelmien yhdistelmiä käyttivät Husebø & Olsen (2019) ja Lundgrén-Laine (2013) tutkimuksissaan. Pelkästään kyselylomaketta ja kvantitatiivista analyysia puolestaan käyttivät Andersson & Nilsson 2009 ja Peltonen ym. 2018 tutkimuksissaan.

Tutkimusten maantieteellinen varianssi on laaja, tutkimuksia löytyi Australiasta (Li ym. 2012; Robinson & O'Connell 1995), Belgiasta (Iordache ym. 2020), Brasiliasta (Altafin ym. 2014), Kreikasta (Lundgrén-Laine 2013), Iso-Britanniasta (Gould ym. 2001; Martin & Manley 2020), Norjasta (Husebø & Olsen 2019), Ranskasta (Moukarzel ym. 2019), Ruotsista (Andersson & Nilsson 2009), Suomesta (Lundgrén-Laine 2013; Peltonen ym. 2018), Uudesta-Seelannista (Kumar ym. 2019) ja Yhdysvalloista (Almeida 2004; Clopton & Hyrkäs 2020; Kapu ym. 2014; Rieth 1999). Toisaalta tutkimukset poikkeavat myös sisällöllisesti ja näkökulmiltaan toisistaan. Seuraavassa lyhyt kuvaus kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten sisällöistä ja näkökulmista.

Sisällöllisesti tutkimukset tarkastelivat päivystystoimintaa hieman eri näkökulmista. Rieth 1999 tutkimuksessaan raportoi kysymyksiä kliinisen päätöksenteon eettisistä ja juridisista kysymyksistä. Viitekehyksenä eettisen päätöksenteon tueksi esitetään kolmen ”R”-n tekniikkaa (rational, redemptive, respectful) eli järkevää, riskit ylittävän hyödyn ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavan hoidollisen päätöksenteon mallia (Rieth 1999). Toinen näkökulma Yhdysvalloista tulee Almeidan 2004 julkaisemassa tutkimuksessa, jossa painotetaan ammatillista toimintaa laadun, arvioinnin, koulutuksen, kollegiaalisuuden, eettisyyden, yhteistyön, tutkimuksen ja resurssien käytön näkökulmista (Almeida 2004). Näkökulma perustuu Yhdysvaltojen päivystyshoitajien yhdistyksen (ENA) määrittelemiin ja standardoituihin näkökulmiin. Kapu ym. 2014 tutki kommunikaatiota ja hoidon laatua siitä näkökulmasta, että miten nopeasti reagoivien tiimien (vrt. elvytystiimit) toimintaan vaikuttaa, mikäli akuuttihoitotyön kliinisen asiantuntijan työpanos lisätään tiimin vahvuuteen. Pilottiprojektin jälkeen tutkimuksessa raportoitiin, että peräti 96% vastuuhoidajista olivat erittäin tyytyväisiä lisääntyneeseen kommunikaatioon ja hoidon laadun paranemiseen (Kapu ym. 2014).

Gould ym. 2001 tutkimuksessaan toi esille jatkuvan, elinikäisen oppimisen, periaatteet korostetusti vastaukseksi hoitajien selviämiseen alati muuttuvalla päivystystyön kentällä. Selkeitä osaamisvaatimuksia päivystyksen hoitotyöntekijöille vaativat Andersson & Nilsson 2009 tutkimuksessaan. Heidän mukaansa osaamisvaatimusten auki kirjoittaminen nostaisi osaamistasoa ja hoitotyön johto saisi työkaluja jatkokoulutustarpeiden arviointiin sekä luonnollisesti auttaisi osaamistason arvioinnissa.

Robinson & O’Connell 1995 raportoivat hoitotyön johtamisen ja kliinisen osaamisen korostuneesta suhteesta päivystysyksiköissä käyttäen toimintatutkimuksen menetelmiä. Päivystysyksiköissä on heidän tutkimuksensa mukaan työkulttuurisesti korkea kliinisen osaamisen taso arvossaan, mutta hallinnollisen vastuun yhdistäminen tähän on ollut haastavaa. Tutkimuksessa käsitellään ns. toisen linjan hoitotyön johtajia (second line nursing manager), joka Suomen olosuhteissa vastaisi lähinnä apulaisosastonhoitajan työnkuvaa. Heidän kokemustensa kautta hahmotellaan kliinisen osaamisen ja hallinnollisen vastuun yhdistämistä, jonka ratkaiseminen lienee edelleenkin jatkuva haaste hoitotyön johtamisessa ja päivittäisessä päätöksenteossa. (Robinson & O’Connell 1995.)

Peltonen ym. 2018 ja Lundgrén-Laine 2013 keskittyvät tutkimuksissaan hoitotyön tiedontarpeisiin ja päätöksentekoon. Etenkin akuuteissa tilanteissa tapahtuviin nopeisiin päätöksiin tarvitaan tietoja, jotka tukevat päätöksentekoa ja jotta toiminnan johtaminen

toteutuu tarkoituksenmukaisesti. Li ym. 2012 tuo tutkimuksessaan esille digitalisaation mahdollisuuksia avustaa niin diagnostiikassa kuin hoidollisessa päätöksenteossa. Kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa tuodaan esille tiedon tarpeiden määrittelyn tärkeyttä pohjana sille, että kokonaisvaltaisia, digitalisaatioon ja tietotekniisiin ratkaisuihin perustuvia apuvälineitä saadaan kehitettyä, sillä oikeat ja oikea-aikaiset päätökset tarvitsevat taustalle tietoa asiaan vaikuttavista muuttujista. (Lundgrén-Laine 2013; Peltonen ym. 2018; Li ym. 2012.)

Kiireen ja kuormituksen kokemista päivystyksessä kuvaavat Kumar ym. 2019, Martin & Kim 2020 sekä Moukarzel ym. 2019 tutkimuksissaan. Näissä tutkimuksissa keskitytään laadullisiin asioihin kiireen kokemisen taustalla ja selvitetään syitä henkilöstön työuupumukselle. Toisaalta Kumar ym. 2019 katsoo työssäjaksamista myös positiivisesta näkökulmasta sekä työssä viihtymisen näkökulmasta. (Kumar ym. 2019; Martin & Manley 2020; Moukarzel ym. 2020.) Työkuormituksen mittaamiseen tarkoitettuja välineitä kehittävät, testaavat ja tutkivat Altafin ym. 2014, Clopton & Hyrkäs 2020 sekä Iordache ym. 2020 tutkimuksissaan. Jokaisella on käytössä hieman erilainen mittari ja useimmissa tutkimuksissa useita mittareita yhtä aikaa. Ehkä parhaiten hoitajien työkuormaa kuvaava työkalu, WANE, validoitiin ja sen reliabiliteettia testattiin Iordache ym. 2020 tutkimuksessa. Se, kuten NAS työkalu (Altafin ym. 2014), mittaavat hoitajien aktiiviteettia, joka ei sellaisenaan välttämättä kerro totuudenmukaista kuvaa hoitajien kuormittumisesta. (Altafin ym. 2020; Clopton & Hyrkäs 2020; Iordache ym. 2020.)

3.2 Hoitotyön päivittäisen toiminnan johtamisen edellytykset ja haasteet päivittäisessä johtamisessa

Päivystys on se ensilinjan paikka, jossa saadaan apu akuuttiin vaivaan, ja jonka velvollisuus on auttaa, kun muut terveydenhuollon palvelut eivät ole saatavilla. Saman aikaisesti päivystys saattaa joillekin olla myös ainoa paikka, josta apua saa tai ainakin olisi mahdollista saada. (Robinson & O'Connell 1995.) Samalla, kun resursseja on kavennettu ja toisaalta potilasmäärät ovat lisääntyneet (Andersson & Nilsson 2009; Husebø & Olsen 2019) päivystyksiä on yhdistetty myös ja toimintoja keskitetty siten, että päivystys tarjoaa laaja-alaista erikoisalakohtaista hoitoa kaiken ikäisille kellon ympäri (Almeida 2004). Tämän seurauksena ovat hoitotyön johtamisen haasteet lisääntyneet. Resurssien allokoinnista ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnista on tullut arkipäivää, ja

toisaalta kliininen vastuu on hoitotyön esimiehillä osittain kaventunut (Almeida 2004; Andersson & Nilsson 2009). Osaamisvaatimusten kasvu näkyy niin kliinisen työn tekijöiden kuin hoitotyön johtajienkin arjessa. Hoitotyön johtajien vastuu oman osaamisensa varmistamisesta on selvä asia, mutta haastavampaa on vastata henkilöstön riittävästä osaamisesta sekä tunnistaa mahdolliset osaamisvajeet alati monimutkaistuvassa toimintaympäristössä (Andersson & Nilsson 2009; Gould ym. 2001; Husebø & Olsen 2019; Robinson & O'Connell 1995). Hoitotyön johtajalla onkin merkittävä rooli päivystystoiminnan kehittämisessä. Sen lisäksi työn sisällössä haasteena on kliinisen ja hallinnollisen vastuun jaottelu organisatorisesti päivystysyksiköiden toiminnassa. Taloudellinen ja strateginen suunnittelu, kehittämistyö ja hoidon vaikuttavuuden (tulosten arviointi) kuuluvat kaikki hoitotyön johtamisen vastuualueisiin. Niiden kaikkien yhteensovittaminen hoitotyön päivittäisessä johtamisessa ja päätöksenteossa ei ole yksinkertaista. (Almeida 2004.)

Akuuttien ongelmien ratkaisu johtaa siihen, että hoitotyön päätöksenteko on luonteeltaan ad hoc -tyyppistä. Tämän vuoksi tietoa pitäisi olla nopeasti, helposti ja kohdennetusti saatavilla. Hoitotyön luonteesta johtuen nykyiset potilaiden hoidon tarvetta luokittelevat järjestelmät eivät tarjoa dataa hoitotyön kuormittavuudesta ja vaikuttavuudesta riittävällä tarkkuudella (Peltonen ym. 2018; Lundgrén-Laine 2013). Tehohoitotyössä, jossa tilanteesta riippuen täytyy tehdä nopeita ja suoraan potilaan vointiin liittyviä kliinisiä päätöksiä olemassa olevan tiedon mukaisesti, vastuuhoitajien tiedon tarpeet liittyivät työn organisointiin ja henkilöstöresursseihin (Lundgrén-Laine 2013). Päivystysympäristön päätöksenteossa henkilöstöresursseihin ja hoidon vaikuttavuuteen liittyvät tiedon tarpeet nähtiin merkittävinä myös Almeida 2004, Andersson & Nilsson 2009 ja Husebø & Olsen 2019 tutkimuksissa. Digitalisaation ja elektronisen (sähköisen) potilastietojärjestelmän käyttöönotto on osaltaan mullistanut tiedon saantia, mutta tiedon tarpeiden määrittelyn pitää luonnollisesti tulla todellisten tilanteiden vaatimusten perusteella (Li ym. 2012). Sen lisäksi tietojärjestelmien käytettävyydessä (Li ym. 2012), hyödynnettävyydessä (Andersson & Nilsson 2009) ja käyttäjien osaamisessa (Gould ym. 2001) on todettu puutteita, jotka heikentävät myös päätöksenteon tukena käytettävän datan täysimääräistä hyödyntämistä.

Päivystyksyksiköissä tehdyt päätökset vaikuttavat yleensä suoraan potilaan kokemaan hoidon laatuun (Husebø & Olsen 2019) ja ovat luonteeltaan kiireellisiä (Lundgrén-Laine 2013). Tiedon reaaliaikaisuus on avainasemassa ja käyttökelpoisen sekä viiveettömän tiedon saaminen ja käsittely on haastavaa. Tietojärjestelmät eivät tuota useinkaan vielä sellaista reaaliaikaista tietoa, jonka avulla kokonaisvaltainen (holistinen) hoidollinen päätöksenteko mahdollistuu. Ja vaikka tietoa olisikin saatavilla, niin ihminen, hoitotyön johtamisesta vastaava henkilö tekee päätökset. Tästä seuraa se, että hoitotyön päivittäisen johtamisen päätöksenteko ja sen laatu sekä vaikutukset potilashoittoon riippuvat edelleen lähes täysin ihmisestä päätösten takana. (Husebø & Olsen 2019.) Oman lisähaasteensa päätöksentekoon tuo kommunikointi, eli se, miten tehdyistä päätöksistä viestitään tiimin sisällä, potilaille ja ympäristölle (Kapu ym. 2014). Tämän lisäksi haasteeksi esitettiin osittain päällekkäinen päätöksenteko lääketieteellisen johtamisen kanssa (Husebø & Olsen 2019; Peltonen ym. 2018), mutta merkittävämpänä erona varsinkin tiedontarpeiden määrittelyssä esitettiin (Peltonen ym. 2018) hallinnollisen johtamisen päätöksenteon erot kliinisen johtamisen päätöksentekoon (Robinson & O’Connell 1995). Yhteenvetona voidaan todeta, että erilaisia päätöksenteon tukemisen malleja on kuitenkin kehitelty (Lundgrén-Laine 2013), tiedon tarpeita on selvitetty (Peltonen ym. 2018) ja osaamisen arviointia (Andersson & Nilsson 2009) sekä jatkuvan oppimisen mallia hoitotyön johtajilla on tutkittu (Gould 2001). Samalla voidaan sanoa, että hoitotyön päivittäisen johtamisen päätöksenteko päivystyksellisissä yksiköissä näyttäytyi kaikissa päätöksentekoa käsitelleistä tutkimuksissa moniulotteisena ja potilaan hoidon laatuun merkittävästi vaikuttavana funktiona, jonka laadukkaaseen toteuttamiseen tarvitaan edelleen lisää tukea. (Husebø & Olsen 2019; Peltonen ym. 2018; Lundgrén-Laine 2013; Kapu ym. 2014; Robinson & O’Connell 1995.)

3.2.1 Vuorovastaavien kuvaama kiire ja siihen yhteydessä olevat tekijät toiminnan päivittäisessä johtamisessa

”Ensimmäisen puolentoista tunnin aikana yritin hahmottaa rooliani, mutta ympärilläni tapahtui niin paljon, että luulin pääni räjähtävän. Töissä oli jo varahenkilö ja yksityiseltä puolelta vuokrahoitaja töissä ja minä johdin (onnettomuus ja päivystys) yksikköä. Joku soitti klo 23 sairastuneensa seuraavan aamun vuorosta, eikä korvaajasta ole tietoaakaan. Yksi henkilö puhuu korvaani, lääkäri kysyy samaan aikaan jotain ja yksityispuolen vuokrahoitaja tulee kysymään ”miten teen tämän?”. Samalla ymmärrän, että tämä on

täydellinen kuvaus roolistani vastuuhoidtajana (ACN=associate charge nurse) päivystyksyksikössä.” Robinson & O’Connell 1995.

Yllä oleva kokemuksellinen kertomus on edelleen osuva kuvaus siitä paineesta, joka päivystyksessä pahimmillaan tai parhaimmillaan hoitotyön johtamiseen kohdistuu. Rooliodotukseen kuuluu, että hoitotyön esimies vastaa niin kliinisestä kuin hallinnollisesta puolesta, toki yhteistyössä lääkärin kanssa. Hoitotyön johtaminen ja vastuulääkärin toiminta päivystysympäristössä onkin osittain samankaltaista, mutta esimerkiksi diagnoosien varmistaminen ja hoidosta päättäminen sekä potilaiden priorisointi olivat selkeästi lääkärin tehtäväkenttää. Hoitotyön johtamisen kliiniseksi vastuualueeksi nimettiin potilaan hoito ja hoiva sekä potilaan hoidon laadusta vastaaminen. (Husebø & Olsen 2019; Robinson & O’Connell 1995.)

Päivystystyön akuutti luonne lisää kiireen kokemista ajoittain, sillä ruuhkahuippujen ollessa pahimmillaan, niin hoidettavana on usein kaikkein vaativinta hoitoa vaativia potilaita (Altafin ym. 2014; Clopton & Hyrkäs 2020; Iordache ym. 2020; Moukarzel ym. 2019). Psykkinen kuormitus pitkittyneenä saattaa johtaa jopa loppuun palamiseen (Kumar ym. 2019; Clopton & Hyrkäs 2020) ja hoitajien kuormitus päivystyksyksiköissä on suurta (Martin & Manley 2020; Moukarzel ym. 2019). Tutkimuksissa, joissa loppuun palamista tutkittiin, tultiin siihen tulokseen, että naisilla loppuun palamisen riski on merkittävästi suurempi kuin miehillä (Kumar ym. 2019). Ja tutkittaessa kaikkia ammattiryhmiä, niin hoitajat olivat suurimmassa riskissä (Kumar ym. 2019). Tekijät työuupumuksen taustalla liittyivät kiireeseen, kuormitukseen, työpaikan ilmapiiriin, organisaation toimivuuteen ja henkilökohtaiseen joustavuuteen (resilienssi). Työssäjaksamista tukevia tekijöitä olivat tiimin toiminta ja tuki, hyvä johtaminen sekä jatkuvan oppimisen ilmapiiri. (Kumar ym. 2019; Clopton & Hyrkäs 2020; Martin & Manley 2020; Iordache ym. 2020.)

Työkuormitus: resurssien riittävyys suhteessa tämän hetken työn määrään
Valitse yksi numero kuvaamaan työkuormitusta päivystyksessä viimeisen tunnin aikana.

1	Ei ollenkaan tai todella kevyttä	Päivystyksen resurssit ylittävät reilusti tarpeen. Potilastyö ja muut työt (jos on) tulevat tehdyksi ajallaan. Aikaa jää runsaasti kulutettavaksi.
2	Kevyttä	Päivystyksen resurssit ylittävät jossain määrin tarpeen. Potilastyö ja muut työt tulevat tehdyksi ajallaan. Aikaa jää jonkin verran kulutettavaksi.
3	Keskimääräistä	Päivystyksen resurssit kohtaavat tarpeen. Potilastyö ja muut työt tulevat hoidetuksi ajallaan. Aikaa ei jää kulutettavaksi. Muutama potilas jonossa.
4	Raskasta	Päivystyksen resurssit ylittävä tarve. Joitain tehtäviä viivästettävä, jotta asiat tulee hoidetuksi. Odotusajat pitenevät ja joitain potilaita jonossa.
5	Ylitsevuotavaa	Päivystyksen resurssit ylittyvät reilusti. Tehtävien hoito viivästynyt. Useita potilaita jonossa ja odotusaika pitkä.

Kuvio 2. Työkuormitusta mittaavan lomakkeen selitysosa (mukaiillen Clopton & Hyrkäs 2020).

Kuviossa 2 esitetty työkuormitusta kuvaava luokittelu (Clopton & Hyrkäs 2020) määrittelee työkuormituksen seuraavasti: ”*työkuorma on se osa saatavilla olevasta kapasiteetista, joka vaaditaan tyydyttämään kulloisenkin työn vaatimuksen*”. Cloptonin ja Hyrkään 2020 kehittämä WLS (työkuormituksen pisteytys) -työkalu mittaa työn kuormitusta joka tunnin välein, jolloin kiireen kokemus on jatkuvan arvioinnin kohteena. Päivystysyksiköissä, joihin työkalu on kehitetty, kiireen kokemus saattaa vaihtua äkillisesti ja suoraan kevyesti kuormittavasta jopa yli kapasiteetin olevaan kiireen kokemukseen. (Clopton & Hyrkäs 2020.)

3.2.2 Synteesi tutkimustuloksista

Tutkimuksia aiheeseen liittyen löytyi useita ja aivan viime aikoina varsinkin työn kuormituksen mittaamisen työkalut ovat olleet tutkimuskohteina. Kiireen kokemus liittyy olennaisesti työkuormitukseen, mutta sitä ei ole juurikaan tällä tavalla arvioitu. Kiireen kokemuksen liittyminen työssäjaksamiseen oli myös uusissa tutkimuksissa mielenkiinnon kohteena (Moukarzel ym. 2019; Iordache ym. 2020; Altafin ym. 2014; Kumar ym. 2019). Hoitotyön johtamisen ja päätöksenteon näkökulmasta akuuttitoimintaa päivystyksessä ja tehohoitotyössä olivat tarkastelleet Husebø ja Olsen 2019, Peltonen ym. 2018, Lundgrén-Laine 2013 ja Robinson ja O'Connell 1995. Koulutuksen mahdollisuuksia akuutissa hoitotyössä ja päivystyksessä tutkivat Andersson ja Nilsson 2009, Gould ym. 2001 ja Martin ja Manley 2020. Jatkuvan koulutuksen katsottiin yleisesti auttavan hoitotyön tekijöitä suoriutumaan akuutteja päätöksiä sisältävistä hoitotyön tehtävistä sekä tunnistamaan mahdollisia osaamisvajeita niin hoitotyön tekijöiden kuin hoitotyön johtajien kohdalla (Andersson & Nilsson 2009, Gould ym. 2001 ja Martin & Manley 2020).

Tämän tyyppistä, päivystysyksiköissä toimivien vuorovastaavien kuvaamaa yksikön kiirettä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä kuvaavaa tutkimusta ei löytynyt tässä katsauksessa. Tämä tutkimus tuo kiireen kokemuksen taustalle selittäviä tekijöitä ja antaa yleiskuvan Suomalaisen päivystysyksikön toiminnasta. Kiireen kokemus on subjektiivinen kokemus, mutta sen taustalla on yhteisiä nimittäjiä. Niitä nimittäjiä pyritään tämän tutkimuksen tulosten pohjalta löytämään ja mahdollisesti jatkossa edesauttaa työssäjaksamiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistamista. Tästä tarvitaan kuitenkin jatkotutkimusta, sillä tämän tutkimuksen perusteella saadaan perustietoa kiireen kokemisesta ja tekijöistä työkuorman taustalla.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata päivittäisessä johtamisessa koettua kiirettä päivystysyksiköissä vuorovastaavan näkökulmasta. Tavoitteena on selvittää kiireen kokemuksen taustalla olevia tekijöitä ja mitä niille on tehtävissä toiminnan kehittämisen tai resursoinnin suhteen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten kiireelliseksi vuorovastaavat kuvaavat päivystyksen päivittäistä toimintaa?
2. Mitkä asiat ovat yhteydessä vuorovastaavien raportoimaan työvuoron kiireen kokemukseen?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus on laadullinen ja kuvaileva, jossa aineistoa kerättiin vuorokohtaisesti kolmen sairaalan yhteispäivystyksen vuorovastaavilta yhteensä viiden kuukauden ajan 6/2015-12/2016 välisenä aikana.

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin Suomessa, kolmen eri sairaanhoitopiirin päivystysyksiköissä. Otantamenetelmänä oli tarkoituksenmukainen otanta: yksiköt olivat suunnilleen samankokoisia ja kaikki olivat yhteispäivystyksiä. Maantieteellisen kattavuuden näkökulmasta yksiköitä valikoitui maan pohjoisosasta, keskiosasta ja eteläosasta. Henkilöpopulaationa toimi näiden yksiköiden vuorovastaavat, joita kaikkia pyydettiin osallistumaan tutkimukseen. Vuorovastaavalla on työvuorokohtainen vastuu yksikön hoitotyön toiminnan johtamisesta. Vuorovastaavana voi toimia tehtävään nimetty ja perehdytetty sairaanhoitaja tai yksikön esimies. Kolmessa yksikössä oli yhteensä 184 hoitotyön taustaista henkilöä, jotka potentiaalisesti olisivat voineet toimia vuorovastaavan roolissa tutkimuksen aikana. Tutkimukseen osallistuneiden yksittäisten henkilöiden määrä ei ole laskettavissa, koska aineisto kerättiin eettisistä syistä anonymisti. Tutkittavat toimivat aineistonkeruun aikana mahdollisesti useamman kerran vuorovastaavan roolissa tai mahdollisesti vuorovastaavan rooli ei osunut kohdalle kertaakaan tutkimuksen aikana.

5.3 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin paperisella lomakkeella, joka oli kehitetty tätä tutkimusta varten. Lomakkeen kehittämistä ohjasi kirjallisuus, käytännön havainnot ja tutkimuskysymykset. Lomake sisälsi taustatiedot yksiköstä ja päivämäärästä ja se oli jaettu aamu-, ilta- ja yövuoroille. Lomakkeeseen tuli kuvata työvuoro päivystysyksikössä vapaalla tekstillä ja antaa arvosana koetusta kiireestä asteikolla 0-5, jossa 0 tarkoittaa täysin kiireetöntä vuoroa ja 5 erittäin kiireellistä vuoroa.

Aineisto kerättiin yksi kuukausi kerrallaan yhteensä viisi kertaa ajanjaksolla 6/2015, 2–3/2016, 6/2016, 8–9/2016 ja 11–12/2016. Jokaiseen päivystykseen sovittiin koordinaattori, joka fasilitoi tiedon kerääntymistä. Yksiköissä käytiin pitämässä useampi tiedotustilaisuus tutkimuksesta kasvatusten, jotta suurin osa vuorovastaavista tavoitettiin. Tutkittavat saivat myös tietoa tutkimuksesta paperilla ja sähköpostitse. Aineiston keruun ajanjaksoilla vuorovastaavien työpisteelle sijoitettiin lomakkeet, jotka olivat päiväkohtaiset. Vuorovastaavia pyydettiin oman työvuoronsa päätteeksi täyttämään lomake. Lomakkeet kerättiin jokaisen kuukauden mittaisen ajanjakson päätteeksi tutkijalle. Teoreettinen maksimi aineistolle oli 1350 vuorokohtaista merkintää jos aineistossa ei olisi ollut lainkaan pitkävuoromerkintöjä, jossa vuorovastaava oli toiminut roolissaan aamusta iltaan.

5.4 Aineiston analyysi

Paperilomakkeissa olevat tiedot siirrettiin manuaalisesti Excel -taulukointiohjelmaan. Vuoro koodattiin numeerisesti arvolla 1-3, jossa 1 tarkoittaa aamuvuoroa, 2 iltavuoroa ja 3 yövuoroa. Osassa raporteista aamu- ja iltavuoro oli yhdistetty, jos sama vuorovastaava teki molemmat vuorot. Aineisto sisältää siis laadullisen kuvauksen työvuorosta sekä numeerisen arvion vuoron kiireellisyydestä. Vapaateksti kentän sisältö analysoitiin sisällön erittelyllä (Elo ym. 2014), jossa sisällöt luokiteltiin numeerisen 0-5 kiireen kokemuksen (kuormitusaste) mukaisesti. Sisällön erittelyssä tutkija pyrkii kuvaamaan aineiston tiivistäen sekä etsien merkityksiä sen perusteella, ilman että aineiston informaatioisisältö katoaa. Analysoitava aineisto on joko laadullista tai se sisältää kvantitatiivisesti mitattavia muuttujia. Analyysiyksikkönä oli vuororaportointilomake ja

merkitysyksikkönä vuoron kiireen numeerinen arvio sekä vuoron kuvausteksti (Burns & Grove 1997; Elo ym. 2014.)

Tutkijan lähtöoletusten ja taustan sekä tutkimusprosessin tarkka kuvaus muodostaa luotettavuuden arvoperustan. Tutkijan tulee pystyä osoittamaan, että tutkimustulokset perustuvat tutkimusaineistoon ja aineiston analyysi on tehty tarkoituksenmukaisella tutkimusmenetelmällä aineiston laatu huomioiden. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Tämän tutkimuksen aineisto pyritään kuvaamaan mahdollisimman objektiivisesti ja siten, etteivät tutkijan omat näkemykset muuta tuloksia. Aineiston sisällön erittelyssä luokkien nimet nousevat suoraan aineistosta ja luokittelu tapahtuu numeerisen kiireen arvion perusteella. Numeerisen arvion alle teemoitellaan kutakin luokkaa kuvaavat sisällöt ja teemat pyritään kuvaamaan mahdollisimman tarkasti aineiston mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Tutkimusaineiston analyysi alkoi materiaalin läpikäymisellä ja siihen tutustumisella, jonka jälkeen analyysi eteni mukailleen Tuomen ja Sarajärven (2018) esittämää vaiheistusta, joka koostuu seuraavista osista: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2018). Tutkimustulokset raportoitiin yhteensä 823:n hyväksyttävästi täytetyn vuororaportin mukaan, joissa myös kiireen kokemus oli raportoitu asteikolla 0-5. Aineiston raportoinnista jäi pois kiireen arvioimatta jättämisen takia 104 tietuetta (yhteensä tietueita n=927). Niiden sisällöt käytiin kuitenkin myös läpi samalla sisällön erittelyllä kuin koko muun materiaalin ja sisältökuvaukset noudattelivat samanlaista narratiivia kuin ne tietueet, joissa kiire oli numeerisesti arvioitu. Näihin ei kiireen arviota ulkopuolisen aineiston käsitteijän toimesta arvioitu, sillä aineiston muodostuminen ja erittely perustuvat kiireen numeeriseen arvioon sekä narratiiviseen kuvaukseen vuoron kiireellisyyden kokemuksesta vuorovastaavien tekemänä. Tämän vuoksi kiireen numeerisen arvion aineiston lopullinen koko on 823 (n=823) vuororaporttia Exel-taulukoituna, joita seuraavassa luvussa tarkastellaan lähemmin.

Aineiston 0-5 vaihteluvälin vuoron kiireellisyyden arviot ovat matemaattisesti pyöristetty seuraavaan kokonaislukuun, mikäli kiire oli arvioitu esim. 2,5 tai 3 ½. Vastaavasti matemaattinen pyöristys toimi keskiarvon mukaisesti, mikäli kiireen määreessä oli käytetty kahta numeroa, esim. 2-3 tai siirtymää 3→2. Tällöin siis luvut laskettiin yhteen ja jaettiin lukumäärällä ja pyöristettiin matemaattisten sääntöjen mukaisesti. Näin toimittiin yhteensä 86 tietueen kohdalla. Yhteenvetona voidaan todeta, että tässä

aineistossa olevia lukuja on käsitelty matemaattisten sääntöjen mukaisesti. Laskutoimitukset varmistettiin Exel-työkalun funktion avulla.

Aineistoa luokiteltaessa kiireen kokemuksen ja työvuoron mukaan, jotka tulivat suoraan vuororaporteista numeerisena tietona, tutkimusaineiston koko oli suhteellisen helppo määrittää. Tämän numeerisen arvioinnin lisäksi vapaakenttään oli kuvattu vuoron sisältöä vapaatekstinä kohtuullisen lyhyesti, johtuen osittain lomakkeesta (liite 3) ja sen rajatusta vapaatekstikentästä. Sisällön kuvausta oli tehty yhteensä usein päällekkäisiin kategorioihin (n=258), ja osassa ei kuvausta ollut ollenkaan tai sen sisältö oli kirjattu pelkistämällä, että ”rauhallista”. Tällaiset narratiiviset kuvaukset (n=173) hylättiin kiireen taustasyitä kuvattaessa. Narratiivisten kuvausten kokonaismäärä kategorioihin sijoittaessa oli siis yhteensä 908 (n=908), jota käytettiin suhdelukuna arvioitaessa eri kategorioiden osuuksia suhteessa toisiinsa. Sisältöä tarkasteltiin sisällönanalyysin keinoin ja niitä luokiteltiin sisällön erittelyllä aiemmin mainitun luokituksen mukaisesti. Vuororaporttien sisällöt lajiteltiin kiireen numeerisen luokituksen mukaisesti ja tulostettiin paperiversioiksi. Paperitulosteet luettiin useamman kerran ja muodostettiin käsitys aineistosta teemojen mukaisesti. Teemat koodattiin roomalaisin numeroin (I-III) tulosteisiin ja laskettiin yhteismäärät sekä eriteltiin sisältö 0-5 kiireen kokemuksen arvioinnin mukaisesti. Samalla tekstisisällöstä poimittiin aineistoa kuvaavat lainaukset sekä kiireen kokemuksen numeeristen arvojen mukaan että teemojen mukaisesti.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Yleiskatsaus aineistoon

”Rauhallinen yö” ID 385

ja

”Kiire mahoton!” ID 115

Yllä olevat lainaukset ovat suoria lainauksia aineistosta, jotka kuvaavat sitä varianssia, joka koetun kiireen arvioinnin välillä vallitsi. Esimerkiksi ”rauhallista” -adjektiivia käytettiin kuvaamaan niin 0, 1, 2 kuin 3 numeerisen arvioinnin saanutta vuoroa, joka kuvastaa subjektiivisen arvioinnin moninäkökulmaisuuksia. Kokonaisuudessa arviot olivat varsin

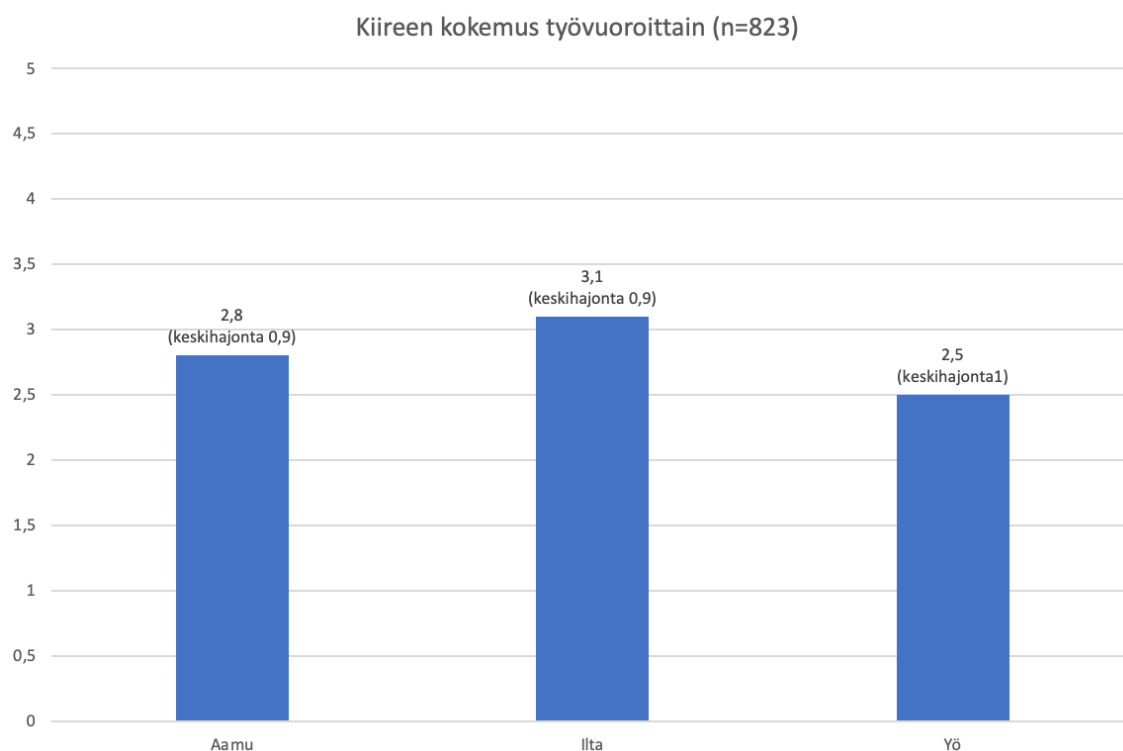
keskilinjaa noudattelevia, eikä ääripäitä kiireen arvioon juuri käytetty. Keskiarvo koko aineiston osalta kiireen arviosta oli 2,8 (keskihajonta 1). Tässä raportissa käytetään selkeyden vuoksi pelkästään yhden desimaalin tarkkuudella olevia arvoja, poikkeuksena täydet kokonaisluvut.

Taulukko 3. Koettu kiire työvuoroittain luokkakohtaisin lukumäärin.

Työvuoro	Aamu	Ilta	Yö
Kiireellisyysluokka			
0	1	1	4
1	20	8	49
2	72	53	97
3	112	122	74
4	48	89	49
5	4	10	10
Yhteensä	257	283	283

Kiireen kokemus kokonaisuudessaan käytettäessä 0-5 luokitusta on kuvattu numeerisesti taulukossa 3. Taulukosta käy hyvin ilmi se, että kiireellisyysluokkaa 0 ei juurikaan käytetty kuvaamaan minkään vuoron kiireellisyyttä tai tässä tapauksessa sen puutetta. Samoin luokan 1 kiireellisyysarvio oli suhteellisen harvinainen muulloin kuin yövuorojen ollessa kyseessä. Toisaalta myöskään suurinta kiireellisyysluokkaa, 5, ei arvioissa juurikaan käytetty. Ylivoimaisesti käytetyin osa luokituksesta kuului välille 2-4, joka näkyy kuviossa 3 kuvatuissa keskiarvoissa. Yksittäisten numeeristen arvioiden kuvaaminen osana tutkimustulosten raportointia kuitenkin puolustaa paikkaansa, sillä se antaa realistisen kuvan koko aineiston laadusta kiireen kokemuksen osalta työvuoroittain.

Koko aineistosta (n=823) kiireellisimmät vuorot keskimäärin olivat iltavuoroja. Niiden koetun kiireen keskiarvo oli 3,1 asteikolla 0-5 (keskihajonta 0,9). Aamuvuorot koettiin ja arvioitiin seuraavaksi kiireisimmiksi keskiarvolla 2,8 (keskihajonta 0,9). Vähäisimmän kiireen vuoroja olivat yövuorot, joiden keskimääräinen kiireellisyys luokitus oli 2,5 (keskihajonta 1,1). Kuviossa 3 on havainnollistettu kiireen kokemuksen keskiarvot pylväsdiagrammeihin.



Kuvio 3. Työvuoroissa koetun kiireen keskiarvot.

Aineiston analyysin ja sen kuvaamisen kannalta oli tärkeää yhdistää numeeriset luokat. Analysointivaiheessa perusteltiin yhdistämisen taustatekijät ja tulosten raportointivaiheessa perustelut saavat katetta. Voidaan ajatella, että 0 tai 1 numeerisessa arviossa kiireen kokemuksessa ei ole juurikaan eroa. Luokat 2 ja 3 edustavat jo kohtalaista kiirettä ja sijoittuvat kokonaiskeskiarvon tuntumaan. Asteikon loppupäässä numeeriset arviot 4 ja 5 ovat jo selkeästi keskimääräistä kiireisempiä vuoroja ja ne edustavat yhdessä kokemusta kovasta kiireestä. Taulukossa 4 on kuvattu yhdistettyjen luokkien määrät työvuorottain numeerisesti.

Taulukko 4. Yhdistetyt kiireen kokemuksen luokat työvuorottain.

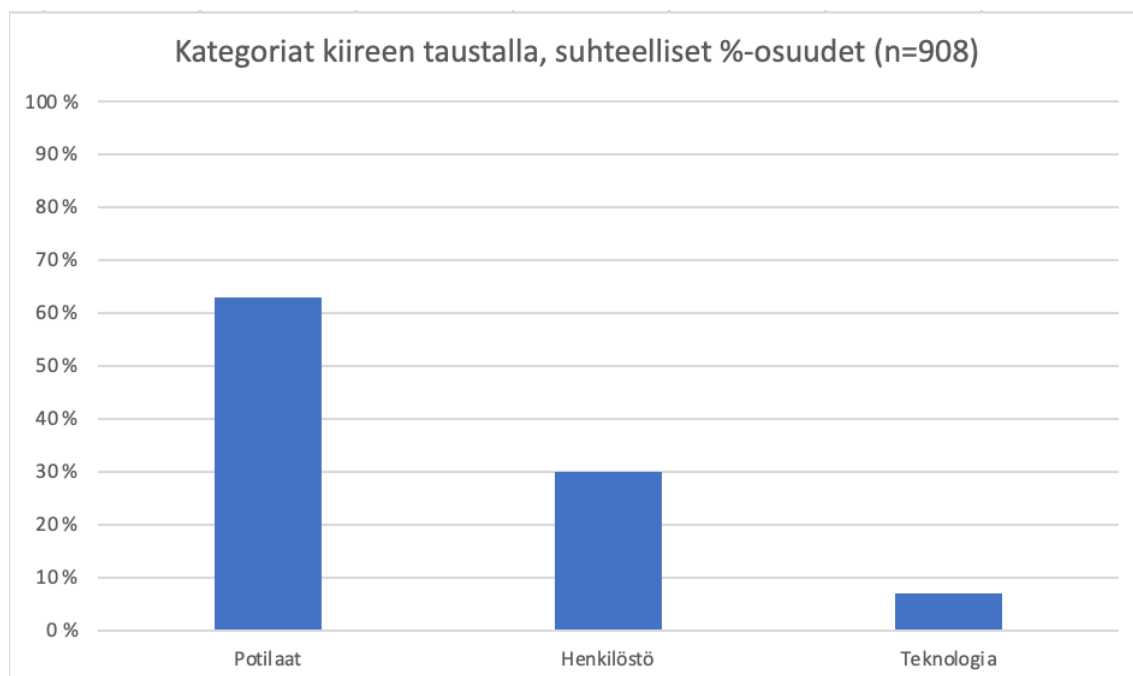
Työvuoro Yhdistetyt luokat	Aamu	Ilta	Yö
0-1 (Vähäinen kiire)	21	9	53
2-3 (Kohtalainen kiire)	184	175	171
4-5 (Kova kiire)	52	99	59

Taulukossa 4 on kuvattu yhdistetyillä luokilla (vähäinen, kohtalainen, kova) kiireen kokemuksen työvuorottain. Siitä näkee selkeästi, että iltavuorojen kovan kiireen kokemus

(luokitus 4 tai 5) oli selkeästi yleisempää kuin muissa vuoroissa. Kohtalaista kiirettä kuvaavan 2 ja 3 luokituksen käyttö on suhteellisen tasaista. Toisaalta yövuorojen kiireen luokittelussa on lievää kasvua vähäisen kiireen vuoroilla (luokitus 0 tai 1) verrattuna aamu ja iltavuoroihin.

6.2 Kiireen taustalla olevat tekijät

Kiireen kokemuksen taustalla olevat tekijät luokiteltiin kolmeen kategoriaan: potilaat, henkilöstö ja teknologia. Kiireen kokemus kategorioittain noudattelee loogisesti aiempia havaintoja aineistosta. Kuviossa 4 havainnollistetaan kategorioiden suhteelliset prosenttiosuudet kaikista vuororaporteista, joissa narratiivissa kiireen taustatekijä oli mainittu (n=908). Suhteellisuus prosenttiosuudesta johtuu siitä, että kiireen taustalla oli mainittu useampi kuin yksi kategoria samanaikaisesti (n=258) ja sen vuoksi yhteenlaskettuna havaintoja on enemmän (n=908) kuin yksittäisiä vuororaportin numeerisia arvioita (n=823). Toisaalta varsinkin vähäisen kiireen vuoroilla ei ollut vuoroa kuvattu muuten kuin ”rauhallista”, jolloin ei kategorioihin sopivaa kuvausta ollut saatavilla (n=173).



Kuvio 4. Prosenttiosuudet kiireen taustalla vaikuttaneista kategorioista.

Potilaaseen liittyvät syyt olivat selkeästi eniten edustettuina luokittelussa käytetyistä kategorioista. Pyöristettynä 63 prosenttia kaikista (n=908) vuorovastaavien

raportoinneista sisälsi kuvausta potilaiden hoitoon liittyen. Henkilöstöasioita raportoitiin 30% (n=908) vuororaporteissa ja teknologisia asioita mainittiin 7% (n=908) raporteista. Osaltaan eri kategorioihin listattuja taustatekijöitä raportoitiin päällekkäin, eli potilaista kertonut lomake saattoi sisältää myös kuvauksen teknologisiin asioihin liittyen. Joissain raporteissa kiireen kuvauksen taustalla oli kaikki kolme kategoriaa mainittuna. Ja ilman kuvausta

Potilaiden määrä, potilasvirta, hoidon tarve, ennakolta ilmoitetut potilaat ja mahdolliset kuolemantapaukset sekä levottomasti käyttäytyneet potilaat olivat aiheita, jotka vastauksista ilmenivät kiireen taustatekijöinä. Tämän vuoksi kategoria ”potilaat” oli selkeä valinta aineiston kategorisointiin.

Henkilöstöresursseihin liittyvät asiat ilmenivät vastauksissa kiireen taustalla. Henkilöstöön ja sen resursointiin liittyvinä asioina mainittiin perehdytettävät, koulutuksiin osallistuneet, kokemattomat työntekijät ja avustavien työntekijöiden kuormitus sekä lääkäreiden toimintaan liittyvät asiat. Tästä seurasi se, että toinen kategoria ”henkilöstö” keräsi paljon merkintöjä.

Päivystystoiminnan hektisyys on riippuvainen teknologian toimivuudesta. Vastauksista ilmeni teknisiin asioihin liittyviä asioita kiireen kokemuksen taustalla. Tekniset ongelmat sisälsivät potilastietojärjestelmän päivityksiä, jumittumisia ja epävakaata toimintaa. Sen lisäksi myös puhelinjärjestelmien sekä VIRVE -verkon toiminnassa oli puutteita. Eräässä vuorossa jopa odotustilojen kahviautomaatin toimimattomuus oli mainittu, joka saattaa esimerkiksi yöaikaan olla iso haaste potilastyytyväisyydelle. Tämän vuoksi kategoria ”teknologia” on kolmas kategoria, johon laadullista aineistoa jaoteltiin.

6.2.1 Potilaihin liittyvät asiat

”Potilaita paljon yön aikana. Yksi häiriötä aiheuttava potilas, vartija joutui tarttumaan kiinni ja poliisikin kutsuttiin paikalle. Myös yhdelle saattajalle jouduttiin tilaamaan poliisi.” ID 36

Potilaiden määrään, hoidon tarpeeseen, potilasvirran sujuvuuteen ja muut selkeästi potilaista kertovat sisällöt olivat eniten mainittu asia koetun kiireen taustalla, jotka esiintyivät yhteensä 574 kertaa vuororaporteissa (63%, n=908), joissa tekijä tai tekijät

kiireen taustalla oli kirjattu. Vuororaporteissa ilmeni esimerkiksi ennakkopotilaat kiireen kokemuksen taustalla, joista oli siis esimerkiksi ambulanssista saatu ennakkotieto potilaan saapumisesta ja alustava hoidon tarpeen arvio. Muutaman kerran mainittiin myös, että ennakoilmoitusta ei ollut saatu. Potilaiden elvyttämistä ja kuolemantapauksista raportoitiin, mutta näitä useammin mainittiin potilaan mahdollisesta levottomuudesta sekä joissain tapauksissa niihin liittyvistä päihde- ja mielenterveysongelmista.

Kuviossa 5 on prosenttiosuuksin kuvattu kiireen kokemusta, kun potilaisiin liittyviä asioita oli mainittu vuororaportissa. Kovaa kiirettä kuvaavissa vuororaporteissa potilaita koskevia merkintöjä oli kaikista vuororaporttien vapaakenttä merkinnöistä 32%:ssa (n=574).



Kuvio 5. Koettu kiire yhdistettyjen luokkien mukaan prosenttiosuuksin ilmaistuna.

Selkeästi suurin osa potilaisiin liittyvistä kiireen luokitteluista kasaantuu keskimääräisen kiireen (2 tai 3) alueelle, peräti 63% (n=574). Hyvin pieni osuus, vain 5%, (n= 574) vähäisen kiireen vuoroihin luokitelluista tapauksista sisälsi potilaisiin liittyvien asioiden raportointia.

6.2.2 Henkilöstöön liittyvät asiat

”Normaali miehitys, ei sairauspoissaoloilmoituksia vuoron aikana. Tasainen potilasvirta.” ID 62

Henkilöstön resursointiin, kuten määrään, työkokemukseen, poikkeamiin vahvuudessa tai muiden kuin hoitajien ammattiryhmän kuormittumiseen liittyviä asioita oli raportoitu 30 %:ssa (275 kpl) kaikista vuororaporteista (n=908), joissa tekijä tai tekijät kiireen taustalla oli kirjattu. Poikkeamat vahvuudessa, kuten koulutuksiin osallistumiset tai sairauspoissaolot ja niiden paikkaaminen olivat tarkasti raportoituja asioita. Vastauksista ilmeni, että miten esimerkiksi vajaalla miehityksellä kuitenkin vuorosta selvittiin. Päivystyksissä on usein vartija paikalla tai ainakin saatavilla nopeasti. Vartijan avustaessa hoitohenkilökuntaa yleensä levottoman tai aggressiivisen potilaan kohdalla, raportoitiin siis muuhun kuin hoitohenkilökuntaan kuuluvan kuormituksesta. Tämä kuitenkin kertoo henkilöstön kuormituksesta siitä näkökulmasta, että hoitotyötä avustavaa henkilökuntaa tarvitaan ehdottomasti, jotta kokonaisuus toimii. Esimerkiksi sihteerien työpanoksesta oli myös kolme erillistä mainintaa vuororaporteissa ja se yleensä ilmenee kiireenä, kun sihteeri nimenomaan puuttuu. Lääkäreiden kokemuksesta tai lähinnä kokemattomuudesta oli useita merkintöjä, mikä on siinä mielessä ymmärrettävää, että lääkäriä yleensä tarvitaan, kun päivystykseen tulokynnys on ylitetty. Vuororaporteissa kuvattiin potilasvirran nopeutta lääkäreiden vastaanottoaikojen perusteella. Toisaalta myös lääkäreiden kokemusta kuvattiin, joka näkyi lähinnä lääketieteen kandidaattien päätöksenteon hitautena. Kuviossa 6 on kuvattu henkilöstöön liittyvien asioiden esiintymistä vuororaportoinneissa kiireen luokituksen mukaan.

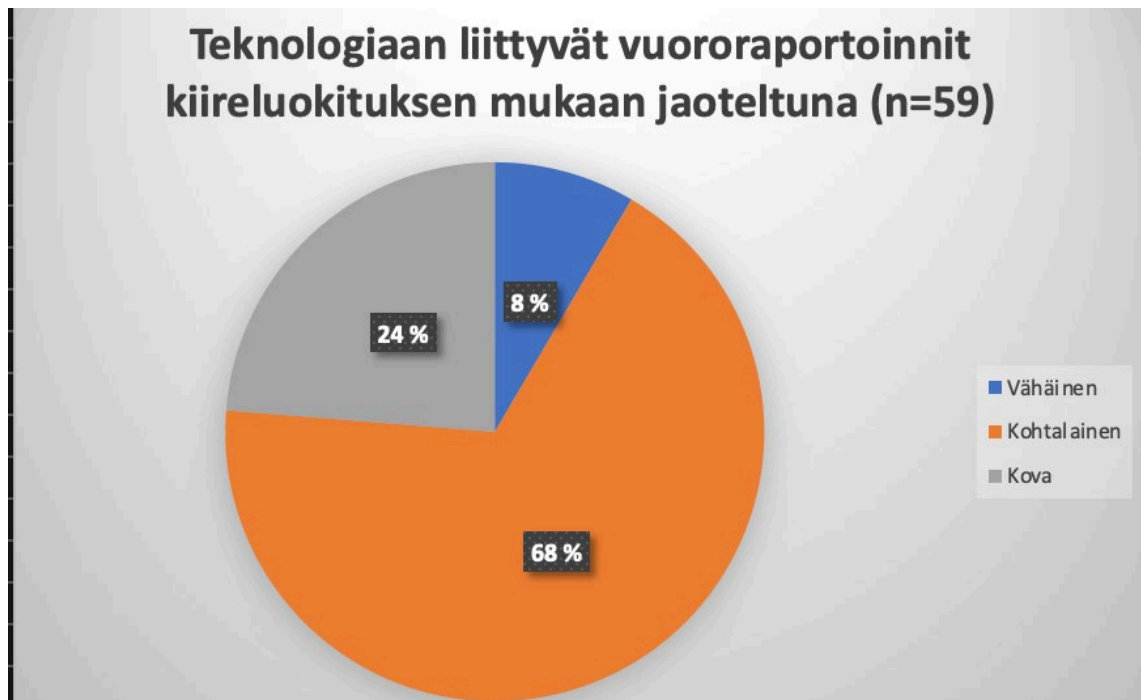


Kuvio 6. Koettu kiire yhdistettyjen luokkien mukaan prosenttiosuuksin ilmaistuna.

6.2.3 Teknologiaan liittyvät asiat

”Tuplatyötä huomiolappujen kanssa →[potilastietojärjestelmä] ohjelmistopäivitykset pitäisi tehdä eri aikoihin... [potilastietojärjestelmä] toiminnassa 23:20.” ID 368

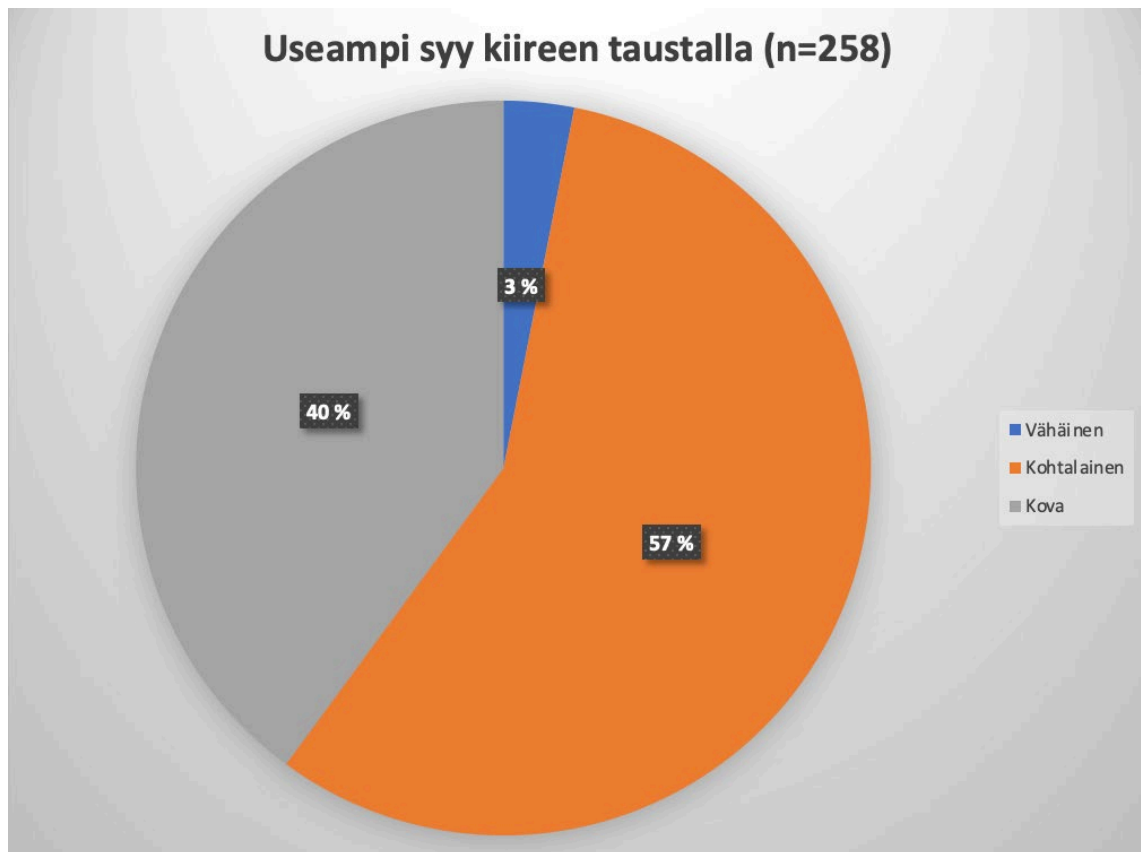
Teknisten asioiden vaikuttavuus kokonaisuuteen oli vain 7% (59 kpl) kaikista raporteista (n=908), joissa tekijä tai tekijät kiireen taustalla oli kirjattu. Silti se esiintyi selkeästi kolmantena kategoriana, jota vuororaporteissa mainittiin. Tekniikkaan liittyvät ohjelmistopäivitykset, järjestelmien kaatumiset ja takkuilut sekä muut tekniseen välineistöön liittyvät merkinnät. Kuviossa 7 on kuvattu teknologiaan liittyvät asiat ja niiden esiintyvyys vuororaportoinneissa.



Kuvio 7. Koettu kiire yhdistettyjen luokkien mukaan prosenttiosuuksin ilmaistuna.

6.3 Kiireen kokemisen moniulotteisuus

Kaikista vuororaporteista yhteensä 258 (28%, n=908) kertaa mainittiin useamman kuin yhden kategorian asioita kiireen kokemuksen taustalla. Kaikkein kiireellisimmät kuvaukset sisälsivät vähintään kahden kategorian asioita, kuten potilaisiin ja henkilöstöön liittyviä. Joissain tapauksissa myös tekniset asiat liittyivät kiireen kokemiseen, jolloin kaikkien kolmen kategorian asioita esiintyi yhden vuoron kuvauksessa. Suhteelliset prosenttiosuudet kiireen kokemuksen moniulotteisuudesta on kuvattu kuviossa 8.



Kuvio 8. Useampi syy kiireen taustalla, suhteelliset prosenttiosuudet.

Useamman kategorian esiintyessä vuororaportissa kuvaus oli laajaa ja yksilöivää. Narratiivista sai helposti kuvan vuoroa kohdanneista haasteista, joista kiireen kokemus lopulta muodostui. Kommunikaation haasteet ja uusien toimijoiden runsaus vuorossa asetti yksittäiselle vuorolle kohtuutonta kuormaa. Alla lainaus aineistosta, jossa vuororaportissa kuvataan kovaa kiirettä:

” 1 hoitaja vajaus, eli B-käytävällä ei ollut omaa hoitajaa. Kaksi uutta PTH (perusterveydenhuollon) -lääkäreitä, jotka molemmat puhuivat vain suomea ja viroa. [Nimi] oli vuorossa, joka puhui ruotsia. Tietokonekatkos klo 10 alkaen [potilastietojärjestelmät] eivät toimineet, jatkui vielä iltavuoronkin aikana, vika talon ulkopuolinen ATK (automaattinen tietojen käsittely) -vika, jota korjattiin. Lisäksi PTH -puolelle oli 4 lääkäriä joista 3 olivat uusia täällä ja vielä kandeja. Ainut valmis PTH -lääkäri oli [nimi]. Ei hyvä, että laitetaan samaan työvuoroon 3 uutta PTH -lääkäreitä. (Kandeja vielä, eivätkä osanneet ruotsia. Tietokone ongelmia nyt liikaa lähiaikoina!!! Päivityksiä tai muuta ongelmaa koko ajan). Valvomossa vielä paljon potilaita” ID 372

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyden osalta noudatetaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusta (TENK 2012). Tutkimukseen on haettu Turun yliopiston eettisen toimikunnan lausunto (39/2015) ja tutkimus kohdistui henkilöstöön eikä potilaiden tutkimukseen. Osallistujien (vuorovastaavien) tietoiseksi suostumukseksi katsottiin vuororaportointilomakkeen täyttö, joka oli siis täysin vapaaehtoista, kuten koko tutkimukseen osallistuminen. Vuorovastaavia tiedotettiin tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti ennen jokaista aineistonkeruuta kuukautta. Tutkimuksessa ei kerätty tutkittavien henkilötietoja. Sairaanhoidopiireiltä oli haettu ja saatu tutkimusluvut.

Laadullisessa tutkimuksessa analyysin luotettavuus muodostuu havaintojen ja luokitusten yhteensopivuudesta. Riittävä ja selkeä dokumentointi mahdollistaa lukijalle luokittelun onnistuneisuuden arvioinnin. (Nieminen 1997.) Tässä tutkimuksessa sisällön erittelyllä pyrittiin selkeään ja perusteelliseen aineiston kuvaukseen sekä perusteltuun johtopäätösten tekoon. Osittain raportointi lukumäärien ja prosentiosuuksien määrästä oli haastavaa päällekkäisten kategorioiden suhteen. tämän vuoksi kuvioita on käytetty runsaasti aineiston havainnollistamisessa.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tässä tutkimuksessa Lincolnin ja Cuban 1985 laadullisen tutkimuksen kriteerejä noudattaen. Heidän mukaansa luotettavuuden tarkastelu voidaan jakaa neljän eri seikan: uskottavuuden (credibility), siirrettävyyden (transferability), seuraamuksellisuuden (dependability) ja vahvistettavuuden (confirmability) arviointiin. (Lincoln & Cuba 1985.)

Tulosten uskottavuus (credibility) perustuu tutkittavan datan totuudenmukaisuuteen, joka muodostuu tutkittavien kertomuksista sekä siihen millaisia havaintoja tutkija tekee. Tutkijan sitoutuminen tutkimukseen määrittelee uskottavuuden, joka ilmenee siinä, kuinka tutkija tavoittaa tutkittavien maailman. (Lincoln & Cuba 1985.) Tässä tutkimuksessa tiedonantajat olivat päivystyksissä työskentelevät, tehtävään nimetyt vuorovastaavat. Tutkija on itse opintovapaalla oleva hoitotyön esimies, jonka työkokemus tulee lähinnä psykiatrian erikoisalalta. Päivystysympäristö on kuitenkin empiirisesti tullut tutuksi ja aiheeseen tutustuminen on ollut teoreettisesti syvällistä kandidaatintutkielman sekä pro gradu -tutkielman kirjallisuuskatsauksen puitteissa.

Subjektiiivisuus, joka heikentää tulosten siirrettävyyttä (transferability) toisiin olosuhteisiin, korostuu arvioitaessa laadullista tutkimusta. Laadullisessa tutkimuksessa tulokset ovat vahvasti kokemuksiin, joita tutkittavat kertovat ja ovat siten vain osittain siirrettävissä toisiin olosuhteisiin. Siirrettävyyden mahdollistaminen ei olekaan laadullisen tutkimuksen tarkoituksen, vaan lukija muodostaa itse omat käsityksensä tulosten soveltamisesta toisiin olosuhteisiin. Samankaltaisuus alkuperäisen tutkimusympäristön ja sovellettavan ympäristön välillä luonnollisesti lisää siirrettävyyttä. Tässä tutkimuksessa siirrettävyyttä lisää aineistonkeruun toteutus kolmen eri yksikön välillä. Sen perusteella voisi ajatella, että osittainen siirrettävyys luotettavuuden osalta toteutuu. (Lincoln & Cuba 1985.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ajatus siitä, että tutkimukseen liittyy aina inhimillinen vaihtelu ja ilmiöön sekä asetelmaan liittyvät muutokset kuvaavat seuraamuksellisuutta (debendability). Tässä tutkimuksessa seuraamuksellisuuteen vaikuttaa se, ettei tutkija ole voinut olla läsnä vuorovastaavien täyttäessä vuororaporttia. Tutkija ei ole voinut siis vaikuttaa positiivisesti eikä negatiivisesti raportin sisältöön. Toisaalta tutkija ei voi olla varma, että vuorovastaavien ajatukset ja heidän antamansa palaute ovat yhdensuuntaiset. Tutkimuksen tuloksia ei voida toistaa, koska vuorojen sisältö on useimmiten erilaista ja niiden kuvaus vaihtelee vuorovastaavien välillä. (Lincoln & Cuba 1985.)

Tutkijan subjektiivinen käsitys tutkittavasta ilmiöstä on aina vaikuttamassa vahvistettavuutta (confirmability) arvioitaessa. Tutkimuksen tulosten tulee perustua tutkimustuloksiin eikä tutkijan omiin käsityksiin ja sitä vahvistettavuus tarkoittaa (Lincoln & Cuba 1985.) Tässä tutkimuksessa kaikki kuvaukset ja arviot työvuorojen sisällöstä ja kiireellisyydestä tulevat vuorovastaavilta, joten tutkimuksen vahvistettavuus on siltä osin vahvaa.

7.2 Tulosten tarkastelu, pohdinta ja johtopäätökset

Vuorovastaavat kuvasivat kiireen kokemusta varsinkin numeerisesti varsin keskimääräisesti arvioiden. Vapaatekstikentässä asioita kiireen taustalla oli mainittu runsaasti ja tulososion teemat potilaat, henkilöstö ja teknologia selittivät pääosin kiireen kokemista. Toisaalta numeerisen arvion taustalla saattoi olla samankaltainen selite, vaikka numeerinen arvio vaihteli. Esimerkiksi ”rauhallista” -adjektiivia käytettiin kuvaamaan niin 0, 1, 2 kuin 3 numeerisen arvion saanutta vuoroa. Tällöin voidaan

ajatella, että vuorovastaavien arviot ja kokemus kiireestä ovat vahvasti subjektiivisia. Samoin voidaan todeta, että narratiivin sisällön analysoimisen kannalta ja kiireen kokemisen taustasyitä tutkittaessa pelkistetty adjektiivikuvaus ei antanut oikeastaan mitään. Kiireen kokemusta on joka tapuksessa tutkittu aivan viime aikoina suhteellisen paljon (Kumar ym. 2019; Clopton & Hyrkäs 2020; Martin & Manley 2020; Iordache ym. 2020) ja kirjallisuuskatsauksen löydöksillä oli yhteyttä nyt raportoituihin tutkimustuloksiin. Tulosten perusteella kiireen taustalla olevat kategoriat: potilaat, henkilöstö ja teknologia esiintyivät kaikki kirjallisuuskatsauksen artikkeleissa, joissa kiirettä, kuormitusta ja työssäjaksamista tutkittiin (Altafin ym. 2014; Kumar ym. 2019; Clopton & Hyrkäs 2020; Martin & Manley 2020; Iordache ym. 2020; Moukarzel ym. 2019).

Aiemmissä tutkimuksissa on mitattu myös päivystyshoitajien suoraan potilastyöhön käyttämää aikaa ja tässäkin tutkimuksessa potilaiden hoidon tarpeen kuvaukset olivat yleisimpiä kuvauksia kiireen kokemuksen taustalla (Iordache ym. 2020). Tällä aineistolla ei voi kuvata, kuinka paljon potilaskontakteihin meni aikaa työvuoron aikana, mutta lienee selvää, että sen pitäisi olla suurin yksittäinen ajan käytön kohde. Mutta kuten esimerkiksi Iordachen ym. 2020 tutkimus osoittaa, että hoitajien työajasta lähes kaksi kertaa enemmän aikaa menee epäsuorasti potilaan hoitoon liittyviin asioihin kuin suoraan potilastyöhön (Iordache ym. 2020).

Henkilöstöön ja resursseihin vedotaan terveydenhuollon toiminnassa useasti ja se näkyi myös tässä aineistossa. Henkilöstöön, sen määrään ja laatuun sekä avustavien työntekijöiden käyttöön liittyviä asioita mainittiin toiseksi eniten. Resurssien riittävyyden varmistamiseksi on kehitelty useita mittareita, mutta usein kiireen kokemuksiin liittyvät yllättävät poistumat resurssista (mm. äkilliset sairauslomamat ja äkillinen kuormituksen kasvu). Automatisoitu hoitotyön kuormituksen mittaaminen sähköisestä tietokannasta on haastavaa Clopton & Hyrkäs 2020 mukaan, mutta reaaliaikainen analyysi kuormituksesta helpottaisi organisaation sopeutumista nopeasti muuttuviin päivystyksellisiin tilanteisiin. Päivystystyössä kuormitus saattaa hetkessä vaihtua vähän kuormittavasta jopa resurssit ylittävään kuormitukseen. Reaaliaikainen data kuormituksen vaihtelusta saattaisi auttaa ylikuormitustilanteissa, kun aktivointi ”täyden kapasiteetin protokollasta” voitaisiin ottaa ennalta käyttöön hoitotyön päätöksenteon tueksi. (Clopton & Hyrkäs 2020.)

Kirjallisuuskatsauksessa esitellyt tutkimusartikkelit kuvaavat päivystystä erittäin haastavaksi terveydenhuollon toimintaympäristöksi (Almeida 2004; Andersson & Nilsson 2009; Li ym. 2012; Rieth 1999) ja niissä tapahtuvaa hoitotyön johtamista

vaativaksi sekä moniulotteiseksi (Gould 2001; Husebø & Olsen 2019; Robinson & O'Connell 1995). Kiireen kokemus on todellista ja pahimmassa tapauksessa työhyvinvointia uhkaavaa (Kumar ym. 2019; Moukarzel ym. 2019). Tämä on yhteiskunnallisestikin merkittävä ilmiö ja erittäin trendikäs henkilöstöhallinnan teema. Mikäli kiireen kokemista ymmärrettäisiin paremmin, niin mahdollisesti sitä aiheuttavia seikkoja pystyttäisiin paremmin vähentämään jatkossa. Tähän tarvitaan tieteellisen yhteisön ja käytännön hoitotyön yhteistyötä.

Johtopäätöksenä voidaan vahvistaa, että päivystysyksiköiden haastava toimintaympäristö vaatii monenlaista osaamista, kehittämistä ja johtamista toimiakseen tarkoituksenmukaisella tavalla. Tutkimuksia on tehty ympäri maailmaa ja kehitystyötä samoin. Päivystyksen rooli terveydenhuollon eteisenä, matalan kynnyksen hoitopaikkana asettaa omat haasteensa sen toiminnalle. Toisaalta voidaan hoitaa hyvin kevyttä hoitoa tarvitsevia ihmisiä ja toisaalta olla valmiudessa suuronnettomuuksien varalta. Kiireen kokemus saattaa vaihtua hyvin nopeasti ja ilman ennakkovaroitusta.

Jatkotutkimuskohteina mieleen tulee kehitystyön ja varsinkin uudenlaisen teknologian entistä parempi integrointi osaksi päivystysyksikön toimintaa. Esimerkiksi Li ym. 2012 tutkimuksensa johtopäätöksissä toteaa, että digitalisaation mahdollisuuksia ei ole täysimääräisesti hyödynnetty ja että järjestelmien integraatio käytössä oleviin työmenetelmiin on puutteellista (Li ym. 2012). Kiireen kokemus saattaa nimittäin johtua tekniikasta, eivätkä vain käyttökatkoista tai ongelmista johtuen, vaan nimenomaan käytännön toimintaa ohjaavana osana. Tämän vuoksi myös päivystystyön luonteesta ja sen toimintatavoista olisi hyödyllistä tehdä tutkimusta lisää, jotta ymmärrys siitä, minkälaista tekniikkaa tarvitaan tukemaan päivystystyön sujuvuutta. Samoin automatisoidut kuormitusmittarit auttaisivat hoitotyön päätöksentekoa (Clopton & Hyrkäs 2020).

Päivystystyön akuuttiluonne ja päätöksenteon kiireellisyys ovat myös kiinnostava jatkotutkimuskohde. Onko kiireen tunne pysyvä olotila vai vaihtelee se suuresti eri vuorojen välillä? Ja pitääkö valmiustilan kuitenkin olla koko ajan korkealla? Kiireen ja kuormituksen reaaliaikainen seuranta sekä potilaiden hoidon tarpeen tarkempi analysointi voisi tuoda sellaista tietoa, jotta hoitotyön päätöksenteossa voitaisiin ennakoida erittäin kuormittavia tilanteita (Clopton & Hyrkäs 2020; Iordache ym 2020).

Jatkuvan oppimisen näkökulmasta voisi ajatella, että rauhallisempina aikoina panostettaisiin koulutukseen ja uuden oppimiseen, jotta toimintavalmius hädän hetkellä

paranisi. Osaamisen arviointi ja sen ylläpitäminen sekä lisääminen olivat Andersson & Nilsson 2009 ja Gould ym. 2001 tutkimusten kohteena. Niissä todettiin resurssiongelmien ehkäisevän koulutukseen pääsyä, mutta peräänkuulutettiin myös kokonaisvaltaisempaa koulutussuunnittelua niin oppilaitosten kuin päivystysyksiköiden osalta (Martin & Manley 2020; Andersson & Nilsson 2009). Osaamisen lisäämiseen ja saavutetun tason ylläpysymiseen olisi kiinnitettävä huomiota myös tutkimuksen alueella, jotta laadukas päivystyksellinen hoitotyö turvataan jatkossakin.

Moukarzel ym. 2019 tutkimuksessaan tunnistivat työuupumuksen taustalla olevia tekijöitä. Jopa kolmannes päivystystyön tekijöistä (tutkimuksessa pääosin lääkäreitä ja ensihoitajia) raportoi kärsineensä vakavista työuupumuksen oireista. Työuupumuksen oireet olivat yhteydessä työn kuormitukseen ja kovaan vaatimustasoon. Päivystystyö, vaatimus työtehon lisäämisestä (esim. ”enemmän ja paremmin samoilla resursseilla”), epävarmuus, tunnustuksen puute ja turhautuminen olivat myös työuupumuksen taustalla (Moukarzel ym. 2019). Jatkossa olisi kiinnostavaa selvittää työuupumuksen yhteyttä vuorovastaavien koettuun kiireeseen ja laajemminkin päivystystyön kuormittavuutta. Työuupumus on vakava tila, joka pitkittyessään voi johtaa masentuneisuuteen tai työkyvyttömyyteen. Sen aikainen tunnistaminen ja juurisyihin puuttuminen takaa jatkossakin laadukkaat terveydenhuollon palvelut sekä hyvinvoivan työympäristön meille kaikille. Päivystystoiminnan akuuttiluonteesta kumpuava kiireen kokemus siirtyy myös helposti hoitajalta hoidettavalle, joten kiireen kokemusten parempi ymmärtäminen sekä hoitoprosessien jatkuva sujuvoittaminen toimii lopulta päivystyspotilaan eduksi.

LÄHTEET

Ahola, K., & Hakanen, J. 2007. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. *Journal of affective disorders*, 104(1-3), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.004>

Almeida SL. Nursing perspectives on the emergency department. 2004. *Emerg Med Clin North Am.* 2004 Feb;22(1) 117-29, vii. doi:10.1016/s0733-8627(03)00099-3. PMID: 15062500.

Altafin, J. A., Grion, C. M., Tanita, M. T., Festti, J., Cardoso, L. T., Veiga, C. F., Kamiji, D., Barbosa, Á. R., Matsubara, C. C., Lara, A. B., Lopes, C. C., Blum, D., & Matsuo, T. (2014). Nursing Activities Score and workload in the intensive care unit of a university hospital. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 26(3), 292–298. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.5935/0103-507x.20140041>

Andersson, H. & Nilsson, K. 2009. Questioning Nursing Competences in Emergency Health Care. *Journal of emergency nursing: JEN: official publication of the Emergency Department Nurses Association.* 35. 305-11. 10.1016/j.jen.2008.06.015.

Bjerregård Madsen J., Kaila A., Vehviläinen- Julkunen K. & Miettinen M. 2016. Time allocation and temporal focus in nursing management: an integrative review. *Journal of Nursing Management* 24(8), 983–993.

Braun V., Clarke V. & Terry G. 2015. Thematic analysis. *Teoksessa Qualitative research in clinical and health psychology.* Toim. Rohleder P. & Lyons A.C. Palgrave Macmillan. 95-107.

Burns N. & Grove S. K. 1997. *The Practice of Nursing Research; Conduct, Critique and Utilization.* 3 rd. Ed. W.B. Saunders Company. West Washington Square. Philadelphia.

Clopton, E.L., & Hyrkäs, E.K. 2020. Modeling Emergency Department Nursing Workload in Real Time: An Exploratory Study. *International Emergency Nursing* 48 (2020): 100793–. Web.

Downing, D., & Thompson, C. 2004. Using judgement to improve accuracy in decision making. *Nursing Times* 100 (22), 42-44.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2158244014522633> (viitattu 9.3.2020)

Gould, D., Kelly, D., Goldstone, L. & Maidwell, A. 2001. The changing training needs of clinical nurse managers: Exploring issues for continuing professional development. *Journal of advanced nursing.* 34. 7-17. 10.1046/j.1365-2648.2001.3411735. x.

Hahtela, N. 2019. Sairaanhoidajien työolobarometri 2018 - Sairaanhoidajaliiton selvitys sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Sairaanhoidajaliiton julkaisu 29.1.2019. Viitattu 10.3.2020. Saatavissa: https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/tyoolobarometri_2018_web-1.pdf

Hawker S., Payne S., Kerr C., Hardey M. & Powell J. (2002) Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research* 12(9), 1284-1299.

Husebø, S. & Olsen, Ø. 2019. Actual clinical leadership: A shadowing study of charge nurses and doctors on-call in the emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*. 27. 10.1186/s13049-018-0581-3.

Iordache, S., Elseviers, M., De Cock, R. & Van Rompaey. 2020. Development and Validation of an Assessment Tool for Nursing Workload in Emergency Departments. *Journal of Clinical Nursing* 29.5-6 (2020): 794–809. Web.

Kapu, A., Wheeler, A. & Lee, B. 2014. Addition of Acute Care Nurse Practitioners to Medical and Surgical Rapid Response Teams: A Pilot Project. *Critical care nurse*. 34. 51-9. 10.4037/ccn2014847.

Karasek, R.A. Jr. 1979. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–308.

Kontio, E., Lundgren-Laine, H., Kontio, J., Korvenranta, H., Salanterä, S. 2013. Information utilization in tactical decision making of middle management health managers. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 2013 Jan; 31(1): 9-16. 8p. (Journal Article - research, tables/charts) ISSN: 1538-2931 PMID: 22872042.

Kumar, R., Pio, F., Brewer, J., Frampton, C. & Nicholls, M. 2019. Workplace Wellbeing in an Urban Emergency Department in Aotearoa New Zealand. *Emergency Medicine Australasia* 31.4 (2019): 619–625. Web.

Li, J., Westbrook, J., Callen, J. & Georgiou, A. 2012. The role of ICT in supporting disruptive innovation: a multi-site qualitative study of Nurse Practitioners in Emergency Departments. *BMC medical informatics and decision making*. 12. 27. 10.1186/1472-6947-12-27.

Lincoln Y. S & Guba E.G .1985. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Beverly Hills, California.

Lundgrén-Laine, H. 2013. Immediate decision-making and information needs in intensive care coordination. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku, Finland. *Annales Universitatis Turkuensis, Painosalama Oy, Turku* 2013.

Martin, A. & Kim, M. 2020. Developing an Integrated Career and Competence Framework for a Whole Systems Approach to Urgent and Emergency Care Delivery. *International Emergency Nursing* 48 (2020): 100784–. Web.

Maslach, C. 2003. Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189–192.

Moukarzel, A., Michelet, P., Durand, A. C., Sebbane, M., Bourgeois, S., Markarian, T., Bompard, C., & Gentile, S. (2019). Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. *BioMed research international*, 2019, 6462472. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1155/2019/6462472>

Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva: 215- 221.

Pekkarinen, L. & Pekka, T. 2016. Julkisen alan työhyvinvointi vuonna 2016. Kevan tutkimuksia 1/2016. Helsinki.

Peltonen, L-M. 2018. Information needs in the day-to-day operations management of hospital units. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku, Finland. Annales Universitatis Turkuensis, Painosalama Oy, Turku 2018.

Peltonen, L-M., Lundgrén-Laine, H., Siirala, E., Löyttyniemi, E., Aantaa, R. & Salanterä, S. 2018. Assessing managerial information needs: Modification and evaluation of the Hospital Shift Leaders' Information Needs Questionnaire. Journal of Nursing Management, Mar2018; 26(2): 108-119. 12p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 0966-0429.

Peltonen, L-M., McCallum, L., Siirala, E., Haataja, M., Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S., Lin, F. 2015. An Integrative Literature Review of Organizational Factors Associated with Admission and Discharge Delays in Critical Care. BioMed Research International, 10/19/2015; 2015 1-12. 12p. (Article - research, systematic review, tables/charts) ISSN: 2314-6133.

Poliisilaki. 872/2011. Viitattu: 19.3.2020.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110872#Pidp447129184>

Rieth KA. 1999. How do we withhold or withdraw life-sustaining therapy? Nursing Manager. 1999 Oct;30(10):20-5; quiz 25-6.

Robinson, A. & O'Connell, C. 1995. Conflicts of practice confronting second line nurse managers in an Accident and Emergency department. Part 2. Accident and emergency nursing. 3. 95-100. 10.1016/0965-2302(95)90092-6.

Sairaanhoitajien työolobarometri 2016. Sairaanhoitajaliitto 2016. Viitattu 10.3.2020. Saatavissa:
https://sairaanhoitajat.fi/wpcontent/uploads/2020/01/tyoolobarometri_2016.pdf

Sargent, L. D. & Terry, D. J. 2010. The Moderating Role of Social Support in Karasek's Job Strain Model. Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations, 14, 245–261.

Shirom, A. 2011. Job-related Burnout: A Review of Major Research Foci and Challenges. Teoksessa J. C. Quick & L. E. Tetrick (toim.), Handbook of occupational health psychology (s. 223–24). Washington, DC.: American Psychological Association

Siirala, E., Peltonen, L-M., Lundgrén-Laine, H., Salanterä, S., Junttila, K. 2016. Nurse managers' decision-making in daily unit operation in peri-operative settings: a cross-sectional descriptive study. Journal of Nursing Management, Sep2016; 24(6): 806-815. 10p. (Article - research, tables/charts) ISSN: 0966-0429.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Väkivallan uhka työelämässä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:17. Helsinki.

Taylor, B. & Barling, J. 2004. Identifying sources and effects of career fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. *International Journal of Mental Health Nursing* 13 (2), 117–25.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Viitattu 11.11.2019:
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Saatavilla: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf Luettu 29.5.2020.

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. 24.8.2017/583. Viitattu 11.11.2019:
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2017/20170583>

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaun hakulausekkeet tietokannoittain.

Tietokanta	Hakulause	Rajaus	Tutkimuksia/ Mukaanotetut
Cinahl	<p>("head nurs*" OR "charge nurs*" OR "assistant nurse manager*" OR "clinical nurse manager*" OR "front-line nurse leader*" OR "front-line nurse manager*" OR "first-line nurse manager*" OR "nurse manager*" OR "team leader*" OR "nurse administrative manager*" OR "nursing unit manager*" OR "unit leader*" OR "unit manager*" OR "unit sister*" OR "nursing supervisor*" OR coordinator* OR shift leader* OR MH "Charge Nurses" OR MH "Nurse Administrators+" OR MH "Head Nurses")</p> <p>AND (((emergenc* OR acute*) AND (unit* OR department* OR setting* OR care)) OR MH "Emergency Service+" OR MH "Acute Care")</p> <p>AND (task* OR "decision-making*" OR activit* OR duty OR responsibilit* OR accountabilit* OR work* OR judgement* OR MH "Decision Making+") OR workload OR hurry OR rush*)</p>	Full text	128/4

PubMed (MEDLINE)	(head nurs* OR charge nurs* OR "assistant nurse manager" OR "clinical nurse manager" OR nurse leader* OR nurse manager* OR "first-line nurse manager" OR nurse manager* OR team leader* OR (nurse AND administrative manager*) OR "nursing unit manager" OR unit leader* OR unit manager* OR unit sister* OR nursing supervisor* OR coordinator* OR shift leader* OR "Nurse Administrators"[Mesh] OR "Nursing, Supervisory"[Mesh]) AND (((emergenc* OR acute*) AND (unit OR department* OR setting* OR care))) AND (task* OR "decision-making*" OR activit* OR duty OR responsibilit* OR accountabilit* OR work* OR judgement* OR MH "Decision Making+" OR workload OR hurry OR rush*)	Full text	815/9
Medic	(head nurse charge nurse assistant nurse manager clinical nurse manager nurse leader nurse manager first-line nurse manager team leader nursing unit manager unit leader unit manager unit sister nursing supervisor coordinator shift leader osastonhoitaja tiimiesimies vuorovastaava) AND (emergency unit acute unit acute emergency department acute unit	Kokotekstit	218/1

	<p>emergency setting acute setting päivystys akuutti) AND (task* decision-making* activit* duty responsibilit* accountabilit* workload hurry rush* päätöksentek* kuormit* kiire*)</p>		
--	---	--	--

Liite 2. Systemaattisen tiedonhaun artikkelit, aineistonkeruu ja keskeiset tulokset.

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja –vuosi	Tarkoitus	Aineisto ja aineistonkeruu	Keskeiset tulokset
Almeida SL. Yhdysvallat. 2004.	Kuvata päivystysyksiköiden johtamista hoitotyön näkökulmasta. Arvioida osastonhoitajien roolia ENA (Emergency Nurses' Association) -määrittelyn avulla.	Kirjallisuuskatsaus.	Vaikka yksiköt ovat erikokoisia ja erityyppisiä, niin samankaltaisuuksiakin esiintyi. Jatkuvasti vaihtuvan ympäristön hahmottaminen sekä ulkopuolisten vaikutusten ymmärrys vaikuttaa hoidon laatuun positiivisesti.
Altafin, J. A., Grion, C. M., Tanita, M. T., Festti, J., Cardoso, L. T., Veiga, C. F., Kamiji, D., Barbosa, Á. R., Matsubara, C. C., Lara, A. B., Lopes, C. C., Blum, D., & Matsuo, T. Brasilia. 2014.	Arvioida hoitotyön kuormitusta aikuisten teho-osastolla käyttäen hoitotyön aktiviteetin pisteytystä (NAS) arvion instrumenttina.	Pitkittäistutkimus, jossa data kerättiin käyttäen NAS instrumenttia sekä fysiologista ja kroonista terveysarviota käyttäen APACHE II, SOFA ja TISS-28 pisteytysjärjestelmiä. Hoitajien kuormitusta kuvattiin siis myös potilaiden (n=437) hoidontarvetta mittaamalla.	Hoitajien kuormitus oli korkealla tasolla koko tutkimuksen ajan. Korrelaatiota oli havaittavissa kohtuullisesti hoitajien kuormituksen ja potilaiden hoidon tarpeiden välillä.
Andersson, H. & Nilsson, K. Ruotsi. 2009.	Tavoitteena on kuvata osastonhoitajien käsityksiä päivystyksen sairaanhoidollisen osaamisen tarpeista ja heidän vastuustaan luoda edellytykset pätevyyden kehittämiseksi kiireellisessä hoitotyössä.	Kaikille päivystysyksiköiden osastonhoitajille (n=79) Ruotsissa lähetettiin 24 kappaleen kyselylomake. Vastausprosentti oli 73%, ja tietojen analysoinnissa käytettiin kuvaavia tilastoja.	Osastonhoitajien mukaan hoitotyön peruskoulutus ei tarjoa riittävää osaamista päivystystyöhön. Tästä syystä tarvitaan täydentävää muodollista ensiapukoulutusta. Lisäksi useimmilla osastonhoitajilla on puutteelliset strategiat osaamisen kehittämisen arvioimiseksi, ja taloudelliset ja henkilöstöresurssit

			ovat riittämättömiä vastaamaan koulutustarpeita. Vähemmistö osastonhoitajista katsoo olevansa täysin vastuussa sairaanhoitajien osaamisen kehittämisen edellytysten luomisesta.
Clopton, E.L., & Hyrkäs, E.K. Yhdysvallat. 2020.	Tarkoituksena oli mallintaa päivystysyksikön työkuormaa reaaliajassa, käyttäen määrällistä potilasseuranta järjestelmää (PTCS).	Tässä seurantatutkimuksessa tutkittiin korrelaatiota vuorovastaavien kiireen arvion ja reaaliaikaisen potilasseuranta datan välillä (n=2793) 60 - minuutin seurantajakson aikana.	Potilaiden hoidon tarpeella todettiin olevan korrelaatio (r=0,7991) vuorovastaavien koetun kiireen arvion kanssa. Lisäksi todettiin, että hoitotyön kuormitusta voidaan seurata epäsuorasti käyttäen PTCS järjestelmän tuottamaa dataa.
Gould, D., Kelly, D., Goldstone, L. & Maidwell, A. Englanti. 2001.	Tunnistaa ne koulutusalueet, joilla osastonhoitajat kokivat hyötyvänsä jatkokoulutuksesta, ja antaa suosituksia tulevien ohjelmien suunnittelusta heidän tarpeidensa mukaisiksi.	Tutkimukseen osallistui osastonhoitajia, jotka työskentelivät kaikissa neljässä akuuttia hoitoa antavassa sairaalassa (NHS -rahoituksen piirissä olevat), joiden koulutustarpeita palveli suuri kaupungin sisäinen koulutuskonsortio. Tietojen keruu eteni kahdessa vaiheessa. Aluksi haastattelut tehtiin satunnaisen otoksen avulla, jossa oli mukana 15 osastonhoitajaa, jotta saataisiin syvällistä ja laadullista tietoa. Tätä tietoa käytettiin kehitettäessä	Haastattelujen tiedot osoittivat, että kliinisen hoitotyön johtajat näyttivät olevan kliinisesti päteviä, mutta yleensä ovat kokeneet itseluottamuksen puutetta käsitellessään erilaisia kysymyksiä, erityisesti; henkilöstöressurit, budjettien hallinta, ja tietotekniikan käyttö päivittäisessä käytännössä. Elinikäistä oppimista pitäisi tukea entisestään, sillä parempi osaaminen ja työn vaatavuuteen vastaavuus paransi työviihtyvyyttä merkittävästi.

		kyselylomake, joka jaettiin yhteensä 182 osastonhoitajalle.	
Husebø, S. & Olsen, Ø. Norja. 2019.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kliinisten johtajien suorittamia toimia ja tunnistaa samankaltaisuudet sekä erot vastuuhoidajien ja päivystävien lääkäreiden toiminnan välillä kliinisen johtajuuden kurssin suorittamisen jälkeen.	Laadullinen ja kokeellinen tutkimusasetelma. Yhdeksän kliinistä johtajaa päivystyksessä olivat seurattavina. Tiedot analysoitiin temaattisen analyysin avulla.	Analyysi paljasti seitsemän teema- aluetta: kokonaiskuva tiimistä ja potilaista sekä vuoron suunnittelu; resurssien varmistaminen; potilaiden asianmukaisen virtauksen seuranta ja varmistaminen; tietovirtojen seuranta ja turvaaminen; potilaiden hoidon turvaaminen; potilaan diagnoosin ja hoidon laadun varmistaminen; potilaiden priorisoinnin varmistaminen. Viimeiset kaksi teemaa olivat yksinomaan päivystyslääkärille, kun taas teema ”potilaan hoidon turvaaminen” oli yksinomaan hoitajien vastuulla. Vastuuhoidajat ja päivystyslääkärit suorittavat monia eri tehtäviä samanaikaisesti ja roolit täydentävät toisiaan päivystysyksikön kliinisinä johtajina.
Iordache, S., Elseviers, M., De Cock, R. & Van Rompaey. Belgia. 2020.	Tarkoituksena oli kehittää hoitajien työkuormitusta mittaava työkalu (WANE) päivystystyöhön sekä testata sen validiteetti ja reliabiliteetti.	Poikittaistutkimus, jonka kestonä oli 2 - vuotta. Työkuormituksen käsite operationalisoitiin hoitajien käyttämän ajan hoitotyön aktiviteettien mukaan. Hoitotyön aktiviteetit koostuivat suoraan	WANE -työkalun validiteetti ja reliabiliteetti vaikuttivat hyviltä tulosten mukaan. Tämä työkalu soveltuu hyvin hoitajien resursoinnin ja osaamisen määrittelyyn, kun halutaan turvata potilaiden turvallisuus sekä ehkäistä hoitotyön

		potilaskontaktiin sekä epäsuoraan potilastyöhön. Yhteensä tutkimukseen osallistui yli 10000 potilasta (n=10466).	tekijöiden kuormittumista.
Kapu, A., Wheeler, A. & Lee, B. Yhdysvallat. 2014.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida akuuttisairaanhoidajan lisäämisen vaikutuksia nopean hoitovasteen tiimiin. Sairaanhoidajat lisättiin tiimeihin 2011 diagnosoimaan ja päättämään hoitojen sisällöistä.	Uudet tiimit vastasivat 898 kutsuun vuoden aikana. Yleisimmät diagnoosit olivat hengitysvaikeudet (18%), leikkauksen jälkeiset kivut (13%), hypotensio (12%) ja takykardia (10%). Ryhmät helpottivat 360 tapauksessa siirtoa tehohoitoon ja tarjosivat yhteensä 3056 diagnostista ja terapeutista interventiota.	Implementoinnin jälkeen vastuuhoidajista 96% vastasi kyselyyn olevansa tyytyväisiä parantuneeseen palveluun ja toiminnan laatuun. Akuuttisairaanhoidajat tarjosivat diagnostista asiantuntijuutta, siirtojen nopeutumista, kommunikoinnin paranemista sekä koulutusta tiimeille.
Kumar, R., Pio, F., Brewer, J., Frampton, C. & Nicholls, M. Uusi-Seelanti. 2019.	Tarkoituksena selvittää tärkeät asiat työssä viihtymisen taustalla päivystyksikössä.	Kyselylomake, joka koostui burnout -mittarista sekä laadullisista kysymyksistä. Kaikki työryhmän jäsenet huomioitiin tutkimuksessa (n=270).	Iso osa oli tyytyväisiä työpaikkaansa, mutta lähes 40% oli kokenut loppuun palamista. Tärkeimpiä tekijöitä kokemusten taustalla oli tiimin tukeminen, hoitotyön laatu, resurssit ja työkuorman suuruus.
Li, J., Westbrook, J., Callen, J. & Georgiou, A. Australia. 2012.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää tapoja, joilla kliiniset asiantuntijat sairaanhoitajat käyttävät tieto- ja viestintätekniikan mahdollisuuksia tukeakseen heidän uutta kliinistä rooliaan päivystysosastoilla.	Kahden suuren Australian metropolialueen julkisen opetussairaalan ensiapuosastolla tehtiin poikkileikkauksellisen laadullinen tutkimus. Osittain strukturoidut syvähaastattelut tehtiin viiden asiantuntija sairaanhoitajan, neljän seniorilääkärien ja	Kliinisen asiantuntijasairaanhoidajan rooli erotettiin päivystys sairaanhoitajien ja lääkäreiden roolista kahdella käsitteellä: edistynyt käytäntö ja kokonaisvaltainen hoito. Tieto- ja viestintätekniikka tuki asiantuntija sairaanhoitajan roolin edistynyttä käytäntöä kahdella tavalla: sähköisen potilastiedon saatavuus ja kattavuus

		<p>viiden kokeneemman sairaanhoitajan kanssa. Haastattelut litteroitiin ja analysoitiin käyttäen teoreettista lähestymistapaa (grounded theory) teemojen kehittämiseksi suhteessa päivystyksen sairaanhoitajan roolin käsitteellistämiseen ja ICT: n vaikutuksiin rooliin.</p>	<p>paransivat diagnostisen ja terapeutin päätöksenteon oikea-aikaisuutta sekä laatua, nopeuttaen potilaan mahdollisuuksia saada asianmukaista hoitoa. Keskitetystä tietokannasta peräisin olevien potilastietojen yleismaailmallisuus tukee ja parantaa terveydenhuollon ammattilaisten välisen viestinnän laatua yksikön sisällä ja niiden välillä.</p>
<p>Lundgrén-Laine, H. Suomi/Kreikk a. 2013.</p>	<p>Tarkoituksena oli kehittää teoreettinen tiedon integraatiomalli tukemaan teho-osaston vastaavien sairaanhoitajien ja tehohoitolääkäreiden päätöksentekoa.</p>	<p>Vastaavien sairaanhoitajien (n = 12) ja tehohoitolääkäreiden (n = 8) päätöksentekoa havainnointiin kahdella aikuisten teho-osastolla ääneenajattelun tekniikalla. Strukturoitu kyselylomake, jolla arvioitiin teho-osaston vuoron vastaavien välittömiä tiedontarpeita päätöksentekotilanteissa kehitettiin tutkimuksen aikana. Suomalaisten yliopistollisten sairaaloiden aikuisten teho-osastoilla toteutettiin kysely (n = 17), joka lähetettiin vastaaville sairaanhoitajille (n = 515) ja tehohoitolääkäreille (n = 223). Kyselyyn vastasi 96 (43 %)</p>	<p>Teho-osaston vuoron vastaavat tekevät lukuisia resursointiin ja potilashoidon organisointiin liittyviä ad hoc -päätöksiä vuorokauden aikana, jopa satoja. Teho-osaston vuoron vastaavien ad hoc -päätöksenteko on kompleksinen prosessi, jonka tueksi tarvitaan paljon välitöntä tietoa. Potilaan tulotilanteessa, työn organisoinnissa ja henkilöstöresursoinnissa tarvitaan ennen kaikkea reaaliaikaista ja luotettavaa tietoa.</p>

		<p>tehohoitolääkäreitä sekä 257 (50 %) vastaavaa sairaanhoitajaa. Kyselyn kansainvälinen testaus toteutettiin kuudellatoista kreikkalaisella teho-osastolla. 50 kreikkalaista teho-osaston vastaavaa sairaanhoitajaa 240:stä vastasi kyselyyn (21 %).</p>	
<p>Martin, A. & Manley, K. Iso-Britannia. 2020.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää päivystysyksiköiden tungoksen aiheuttamaa haittaa potilasturvallisuudelle, henkilöstön viihtyvyydelle ja koko terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudelle.</p>	<p>Useita tutkimusmenetelmiä (laadullinen ja määrällinen) käytettiin tässä metodina. Harkinnanvarainen näyte kerättiin päivystystoiminnan esimiehiltä (n=27) sekä yliopistonluennoitsijoilta (n=7).</p>	<p>Integroitu uran ja kompetenssin viitekehys moniammatillisesti käyttöönotettuna tukee välittömästi tarvittavan hoidon toteutumista. Tämän viitekehyksen puitteissa päivystysyksiköihin kohdistuva paine saattaisi helpottaa ja henkilökunta kasvaa integroituun työskentelyn tapaan.</p>
<p>Moukarzel, A., Michelet, P., Durand, A. C., Sebbane, M., Bourgeois, S., Markarian, T., Bompard, C., & Gentile, S. Ranska. 2019.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää päivystysyksikön henkilökunnan loppuun palamisen esiintyvyyttä ja tekijöitä sen taustalla.</p>	<p>Data kerättiin kyselylomakkeella, joka koostui taustamuuttujista, yleistä terveyttä koskevista kysymyksistä, loppuun palamisen asteesta, työn kuormittavuudesta sekä elämänlaatua koskevista kysymyksistä (n=379).</p>	<p>Tutkimuksen tulokset viittaavat vahvasti siihen, että päivystysyksiköissä työskentelevät ammattilaiset ovat haavoittuva ryhmä loppuun palamisen suhteen. Ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvitaan, jotta työelämän laatua saadaan parannettua.</p>
<p>Peltonen, L-M., Lundgrén-Laine, H., Siirala, E., Löyttyniemi,</p>	<p>Tavoitteena oli arvioida tehoosaston yksikön tiedon tarpeita selvittävää kyselylomakkeen modifioitua versiota</p>	<p>Jo olemassa olevaa kyselylomaketta muutettiin ja arvioitiin. Vuorovastaavat valittiin</p>	<p>Kyselylomakkeessa selvitettiin tiedon merkitystä. Korrelaatioiden kokonaismäärä osoitti hyvää selitysovoamaa.</p>

<p>E., Aantaa, R. & Salanterä, S. Suomi. 2018.</p>	<p>suhteessa laajempaan sairaalaympäristöön ja kuvata vastaajien johtamistoiminnassa ja tiedontarpeissa esiintyviä eroja vastaajan aseman sekä sairaalayksikön toiminnan mukaan.</p>	<p>harkinnanvaraisella näytteellä (n = 258). Vuorovastaavina saattoivat olla sekä sairaalayksiköiden päivittäisen toiminnan johtamisesta vastaavat sairaanhoitajat että lääkärit.</p>	<p>Johtamistoiminta ja tietotarpeet vaihtelivat eri tehtävissä olevien vastaajien välillä, vaikka noin kolmannes tärkeistä tiedon tarpeista oli samoja. Vastausprosentti oli 26% (n = 67). Tietojärjestelmiä kehitettäessä tulisi kiinnittää huomiota vuoropäälliköiden tehtäviin.</p>
<p>Rieth, KA. Yhdysvallat. 1999.</p>	<p>Kirjallisuuskatsauksessa pyritään tarjoamaan puitteet kliiniselle päätöksenteolle, yleiskuva asiaan liittyvistä oikeudellisista ja eettisistä periaatteista sekä strategioita potilaiden, perheiden ja terveydenhuollon tiimien välisen viestinnän parantamiseksi.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Osastonhoitajat kohtaavat monia samanlaisia asioita elämää ylläpitävän hoidon jatkamisen tai lopettamisen päätöksenteossa akuutissa hoidossa. Asia on hankalimpia kliinisiä, oikeudellisia ja eettisiä päätöksiä, mitä joudutaan terveydenhuollossa pohtimaan.</p>
<p>Robinson, A. & O'Connell, C. Australia. 1995.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata kokeneiden sairaanhoitajien roolia, jotka perinteisesti työskentelivät "vastuussa". Heidän tietämyksensä ja taitonsa muodollisesta tunnustamisesta sekä pyrkiä tunnistamaan rooli, joka sisälsi sekä kliinisen työn että johtotehtävät. Näiden kehitysten joukossa on ollut uuden ja mielenkiintoisen hoitotyön roolin, toisen linjan osastonhoitajan (vrt. apulaisosastonhoitaja) roolin muotoilu.</p>	<p>Toimintatutkimus, jossa toisen linjan osastonhoitajat (vrt. apulaisosastonhoitajat) yrittivät havainnollistaa kokemiaan haasteita kenttätyössä. Aineisto oli sekä laadullista että määrällistä.</p>	<p>Rooli koettiin epäkiitollisena, vähän ymmärrettyinä, ylityöllistettynä ja työympäristön kehittämismahdollisuuksilta vaatimattomana.</p>

Liite 3. Vuororaportointilomake (© Laura-Maria Peltonen, Turun yliopisto)

Päivämäärä / 2018

Työvuoro	Kuvaus työvuorosta (esim. miehitys, sairauslomat, potilasvirta, poikkeusolosuhteet tms.)	Arvio kiireestä vuorossa* 0-5
Aamu		
Ilta		
Yö		

*Arvio siitä, miten kiireinen työvuoro yksikössä on ollut tehdään asteikolla 0-5, jossa 0 = ei lainkaan kiire ja 5 = erittäin kiire.