

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Ytekes15

2017

Anna-Maria Suikkanen

HOITOPROSESSI ERIKOISSAIRAANHOIDON JA PERUSTERVEYDENHUOLLON RAJAPINNALLA


TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

Anna-Maria Suikkanen

HOITOPROSESSI ERIKOISSAIRAANHOIDON JA PERUSTERVEYDENHUOLLON RAJAPINNALLA

Uudessakaupungissa toteutettiin joulukuussa 2015 vuodeosastouudistus, jossa Turun yliopistollisen keskussairaalan erikoissairaanhoidon vuodeosastot lakkautettiin. Uudistuksen yhteydessä Uudenkaupungin terveyskeskuksen kahdelle vuodeosastolle luotiin erikoissairaanhoidon potilaspaikkoja, jolloin muodostui Uudenkaupungin Lähisairaala.

Projektin tutkimuksellisessa osiossa haastateltiin Lähisairaalan Osasto 1:n henkilökuntaa (N=16). Haastattelut toteutettiin kahtena ryhmäteemahaastatteluna, joihin osallistui yhteensä yhdeksän hoitohenkilökunnan edustajaa.

Haastatteluista selvisi tärkeimmiksi kehittämistä vaativiksi alueiksi tiedonkulun kehittäminen organisaatioiden välillä, leikkauspotilaan hoitoprosessin selkiyttäminen sekä määräysten ja hoito-ohjeiden selkiyttäminen. Haastattelujen toteuttamisen jälkeen ilmoitettiin leikkaustoiminnan päättymisestä Tyks Vakka-Suomen sairaalassa Uudessakaupungissa, eikä projektia katsottu järkeväksi viedä eteenpäin sellaisenaan. Haastattelujen tulosten perusteella projektille määritettiin uusi tarkoitus ja tavoite.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää kirurgisen potilaan hoitoprosessia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Tavoitteena oli saada potilaille tasalaatuinen hoito riippumatta siitä hoidetaanko häntä Tyksissä vai Lähisairaalan vuodeosastolla erikoissairaanhoidon potilaana. Projekti toteutettiin kahden osaston, Tyksin traumaosaston ja Lähisairaalan Osasto 1:n yhteistyönä.

Projektin tuotoksena kehitettiin toimintasuunnitelma hoidon tasalaatuisuuden ylläpitämiseksi potilassiirtojen yhteydessä, potilaan hoidossa sekä hoitotyön kehittämisessä. Toimintasuunnitelma sisältää suunnitelman raportoinnin tarkistuslistan laatimiselle ja implementoinnille sekä eri potilasryhmien prosessien kuvaamiselle.

ASIASANAT:

Rajapinta, hoitotyön prosessi, tiedonkulku, hoidon jatkuvuus.

MASTER'S THESIS THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Wellbeing | Management and Leadership in Health Care

2017 | 55

Ritva Laaksonen-Heikkilä

Anna-Maria Suikkanen

NURSING PATHWAY ON THE INTERFACE OF SPECIAL CARE AND HEALTH CENTER

In December 2015 Turku university hospital closed its special care wards in Uusikaupunki. Instead two wards providing special care were founded in Uusikaupunki Health Center.

The study was executed by carrying out two group theme interviews (n=9) of Osasto 1 personnel (N=16) in Uusikaupunki Health Center.

The most important outcomes of the interviews were that the flow of information between organizations is insufficient. The nursing care pathways of the surgery patients, dictations and prescriptions require clarification and improvement. After executing the interviews it was made public that the surgery services were going to be closed down at Tyks Vakka-Suomi hospital in Uusikaupunki. It was not reasonable to continue the project as it was. Based on the results of the interviews, new aim and purpose were defined for the project.

The purpose of this project is to improve surgery patients' nursing care pathway between organizations. The aim of this project is to produce same quality of care to patients irrespective of the ward providing the care. This project was conducted in the cooperation with Tyks Trauma Treatment ward and Uusikaupunki Health Center's Osasto 1.

As the outcome of the project, an action plan was created to maintain a consistent level of quality in the patient transfers, patient care and in the development of nursing care. Action plan includes a plan for creating and implementing a check list for reporting and for describing nursing care pathways of different patient groups.

KEYWORDS:

Interface, nursing care pathways, flow of information, continuity of care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS	8
2.1 Toimintaympäristö	8
2.2 Projektin tausta ja tarve	9
2.3 Projektin tavoitteet	10
2.4 Projektin riskianalyysi	10
2.5 Projektiorganisaatio	12
2.6 Kehittämiprojektin eteneminen	12
3 PROSESSIAJATTELU	16
3.1 Hoitotyön kehittäminen	17
3.2 Rajapinnat	18
4 HOIDON LAATU	20
4.1 Potilasturvallisuus	20
4.2 Tiedon kulku	21
4.3 Näyttöön perustuva kirjaaminen	23
5 TUTKIMUKSELLISEN OSION TOTEUTTAMINEN	25
5.1 Tutkimusmenetelmä	25
5.2 Aineiston analyysi	26
5.3 Kohdejoukon kuvaus	27
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
6.1 Osaaminen leikkauspotilaan hoidossa	30
6.2 Hoitoprosessin toimivuus ympäristössä tapahtuneiden muutosten jälkeen	30
6.3 Kehitysehdotuksia leikkauspotilaan hoitoprosessiin	32
6.4 Ideoita organisaatioiden välisen yhteistyön kehittämiseen	33
7 TULOSTEN TARKASTELU	35
7.1 Luotettavuus	35
7.2 Eettisyys	36
7.3 Tulosten arviointi	37
7.4 Kehittämiprojektin tuotos	39

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	43
9 POHDINTA	45
LÄHTEET	47

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa	
Liite 2. Teemahaastattelun runko	
Liite 3. Esitietolomake	
Liite 4. Suostumus haastatteluun	
Liite 5. Tarkistuslistan implementointisuunnitelma	

KUVIOT

Kuvio 1. Projektin kulku.	15
Kuvio 2. Haastateltavien koulutustaso.	28
Kuvio 3. Haastateltavien ikäjakauma.	28
Kuvio 4. Haastateltavien työkokemus.	29
Kuvio 5. Haastateltavien edeltävä työpaikka.	29
Kuvio 6. Raportoinnin tarkistuslistan suunnittelu.	40
Kuvio 7. Hoitoprosessien kuvaus.	41

TAULUKOT

Taulukko 1. Projektin riskikartoitus.	11
---------------------------------------	----

1 JOHDANTO

Uudessakaupungissa toteutettiin joulukuussa 2015 vuodeosastouudistus, jossa Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) erikoissairaanhoidon vuodeosastot lakkautettiin. Uudistuksen yhteydessä terveyskeskuksen kahdelle vuodeosastolle luotiin erikoissairaanhoidon potilaspaikkoja, jolloin muodostui Uudenkaupungin Lähisairaala ja sen osastot, Osasto 1 ja Osasto 2. Vuodeosastouudistuksen tavoitteena on ollut ottaa askel kohti sote-uudistusta, jonka tavoitteena on taata kaikille suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut sekä nykyistä asiakaslähtöisemmät ja paremmin yhteen sovitettut palvelut (Sote-uudistus 2017).

Vuodeosastouudistuksen myötä lähisairaalassa hoidetaan terveyskeskuksen vuodeosastolla myös erikoissairaanhoidon potilaita. Tällä hetkellä tiedon siirtyminen organisaatioiden välillä ei toimi sujuvasti potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. Organisaatioiden rajapinnat ovat tunnetusti aina riski potilasturvallisuudelle, eikä tämäkään rajapinta ole poikkeus (THL1. 2011, 9). Sairaanhoidajien arvioissa potilasturvallisuuskultuuria, kaivattiin yhteneväisiä toimintamalleja potilasturvallisuuden takaamiseksi potilaiden siirtyessä yksiköstä toiseen (Turunen ym. 2015, 159). Tässä projektissa käsiteltävissä organisaatioissa, Uudenkaupungin kaupunki ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, on käytössä eri tietojärjestelmät, joten toisessa organisaatiossa oleva tieto ei ole toisen organisaation käytettävissä. Tässä projektissa otetaan kantaa yhteneväisten toimintamallien luomiseen.

Vuodeosastouudistuksen yhteydessä myös Tyks Vakka-Suomen sairaalan leikkausosastolla leikattujen potilaiden hoitoprosessi muuttui. Pääsääntöisesti osastolla leikataan päiväkirurgisia potilaita, mutta potilaat jotka eivät jostain syystä kotiudu, siirtyvät jatkohoitoon perusterveyden vuodeosastolle erikoissairaanhoidon paikalle.

Lähisairaalan Osasto 1:llä hoidetaan hyvin eritasoisia potilaita usealta erikoissairaanhoidon erikoisalalta, jonka lisäksi osastolla hoidetaan myös perusterveydenhuollon potilaita. Osaamisvaatimukset ovat hyvin laajat, joten on ensiarvoisen tärkeää, että tiedonkulku ja prosessin toimivuus organisaatioiden välillä on sujuvaa. Toimintatavat eri organisaatioiden välillä poikkeavat toisistaan ja tarkoituksenmukaista olisikin saada yhtenäistettyä toimintatapoja ja löytää keinoja, jotka myös säilyttävät toimintatavat yhtenäisinä. Moniammatillisesti kehitettyjen hoitoprosessien on havaittu parantavan niiden toimivuutta käytännössä (Hovlid ym. 2012). Kummassakin tässä projektissa muka-

na olevassa organisaatiossa toimintatapojen taustalla on näyttöön perustuva tieto, joten peruseriaatteet prosessien taustalla ovat samat. Hyvin kuvattujen hoitoprosessien on osoitettu auttavan lisäämään hoidon vaikuttavuutta standardoimalla hoitoa, vähentämään hoidon vaihtelevuutta ja lisäämään hoidon läpinäkyvyyttä. Hoitoprosesseja kehittämällä voidaan myös parantaa sekä hoidon laatua että hoidon tehokkuutta (Dy ym. 2005, 500-511; Renholm ym. 2009, 169). Nimenomaan invasiivisissa toimenpiteissä hoitoprosessien kehittämisessä on koettu tehokkaimmat vaikutukset (Rotter ym. 2008, 11).

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena on kehittää kirurgisen potilaan hoitoprosessia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Tavoitteena on saada potilaille tasalaatuinen hoito riippumatta siitä hoidetaanko häntä Tyksissä vai lähisairaalan vuodeosastolla. Projektin tuotoksena on tarkoitus kehittää toimintasuunnitelma hoidon tasalaatuisuuden ylläpitämiseksi potilassiirtojen yhteydessä, potilaan hoidossa sekä hoitotyön kehittämisessä. Projekti toteutettiin kahden yksikön välisenä yhteistyönä: Tyks Traumaosaston ja Uudenkaupungin Lähisairaalan Osasto 1.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS

Kehittämiprojektin alussa tarkoituksena oli kehittää leikkauspotilaan hoitoprosessia Tyks Vakka-Suomen sairaalassa. Tarkoituksena oli selvittää mitä osaamista terveyskeskuksen vuodeosastolla tarvitaan potilaan siirtyessä leikkausosastolta perusterveydenhuoltoon, jotta leikkauspotilaan hoitoprosessi on laadukas ja sujuva. Tämän jälkeen päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessia oli tarkoitus kehittää vastaamaan havaittua tarvetta. Leikkaustoiminnan lopettamisilmoituksen jälkeen projektin suunta muuttui käsittelemään potilaan hoitoprosessin jatkumista katkeamattomana potilaan siirtyessä Tyks:sta Uudenkaupungin lähisairaalaan.

Leikkaustoiminnan päättymisen taustalla on hallituksen laatima uusi päivystysasetus, jonka mukaan anestesiaa vaativaa leikkaustoimintaa voidaan toteuttaa vain laajan päivystyksen sairaaloissa, joihin Tyks Vakka-Suomen sairaala ei kuulu (Laki 1516/2016). Projektin jatkamista sellaisenaan ei nähty tarkoituksenmukaisena ja uusi suunta projektille löytyi jo tehtyjen haastattelujen alustavasta analyysistä.

2.1 Toimintaympäristö

Kehittämiprojekti toteutettiin kahden eri organisaation kahden yksikön yhteistyönä, Uudenkaupungin terveyskeskuksen Osasto 1 sekä Tyksin traumaosasto. Osasto 1:llä hoidetaan sekä erikoissairaanhoidon kirurgisia potilaita että perusterveydenhuollon potilaita. Kirurgisia potilaita tulee usealta erikoisalalta, joten osaamisvaatimukset ovat laajat.

Osasto 1:llä on 17 potilaspaikka, joista 12 on varattu ensisijaisesti perusterveydenhuollon potilaille ja viisi erikoissairaanhoidon potilaille. Kiintiöt ovat suuntaa antavia ja joustavat molemmin puolin. Osasto 1:llä on 10 sairaanhoitajaa + yksi varahenkilö, neljä lähihoitajaa, fysioterapeutti, apulaisosastonhoitaja joka osallistuu 50%:sti hoitotyöhön sekä 30%:n osastonhoitaja. Lisäksi osastolla on 0,8 perusterveydenhuollon lääkäri, 0,2 erikoissairaanhoidon lääkäri ja 0,2 erikoistuva lääkäri. Vakituisen henkilökunnan lisäksi osastolla on mahdollisuus käyttää toimintaterapeutin, ravitsemusterapeutin, puheterapeutin sekä psykiatrisen sairaanhoitajan palveluita. Vuonna 2016 potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 4,5 vuorokautta, erikoissairaanhoidon käyttöaste oli 95% ja perus-

terveydenhuollon käyttöaste 71%. Käyttöasteita laskettaessa ei ole huomioitu potilaan kotiutumispäivää.

Osasto 1:lle tulee paljon potilaita jatkohoitoon Tyksin traumaosastolta. Traumaosastolle n. 90% potilaista tulee päivystysluonteisesti, joten osaston kuormitus on hyvin vaihtelevaa. Osastolla hoidetaan murtuma-, palovamma-, kasvain- ja infektiopotilaita, mikä vaatii hyvin laaja-alaista osaamista. Tyksin traumaosastolla on virallisesti 31 potilaspaikkaa, mutta osastolle otetaan vastaan kaikki sinne kuuluvat potilaat. Potilashoitoon osallistuvaa henkilökuntaa osastolla on 38 hoitajaa, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, neljä erikoislääkärää, 1-2 erikoistuvaa lääkäriä, kolme lääkintävahtimestaria, kaksi fysioterapeuttia sekä puolikas toimintaterapeutti. Vuonna 2016 osastolla oli 2866 hoitajakso, joiden keskimääräinen hoitoaika oli 3,4 vuorokautta.

Potilassiirrot tapahtuvat aina kolmannen toimijan, sairaankuljettajan, toteuttamana. Tällöin suora suullinen raportti tapahtuu puhelimitse. Yksiköissä käytetään eri tietojärjestelmiä, joten potilaan mukana siirtyvä tieto on ensiarvoisen tärkeää.

2.2 Projektin tausta ja tarve

Projektin taustalla on Uudessakaupungissa toteutettu vuodeosastouudistus, jonka yhteydessä lopetettiin erikoissairaanhoidon vuodeosastot Tyks Vakka-Suomen sairaalasta. Vuodeosastoja korvaamaan tuli Uudenkaupungin lähisairaalan kaksi vuodeosastoa, jotka ovat terveyskeskuksen alaisia. Toinen osasto, Osasto 1 painottuu enemmän kirurgisten potilaiden hoitoon ja toinen osasto, Osasto 2 painottuu enemmän sisätautipotilaiden hoitoon. Osastojen tilanteesta riippuen voidaan kuitenkin kaikkia potilasryhmiä hoitaa kummalla osastolla tahansa. Uusia osastoja perustettaessa henkilökuntaa osastoille tuli sekä terveyskeskuksesta että entisiltä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta. Kahden kulttuurin ja toimintatapojen yhdistäminen toi omat haasteensa, minkä lisäksi myös hoidettava potilasmateriaali on hyvin laaja. Tässä projektissa keskitytään vain Osasto 1:een.

Toimintatapojen yhtenäistämistä on tapahtunut Osasto 1:n sisällä ja sitä kehitetään edelleen. Osasto 1 ei kuitenkaan ole enää erikoissairaanhoidon alainen, joten hankaluuksia tuottaa potilaan hoitoprosessin jatkuminen yli organisaatorajan potilaan siirtyessä Tyks:sta jatkohoitoon. Koska Osasto 1:llä hoidetaan usean eri erikoisalalan potilaita, on haastavaa hallita kaikkia hoitolinjoja. Hoitolinjoja myös päivitetään aina uusim-

man näyttöön perustuvan tiedon mukaisesti. Tämän vuoksi potilaan hoitoprosessi voi vaarantua ja hoitoketju katketa potilaan siirtyessä Tyksistä Osasto 1:lle. Organisaatioiden välinen rajapinta on aina riski tiedonkululle ja potilasturvallisuudelle potilaan siirtyessä.

Päiväkirurgisella potilaalla täytyy leikkauksen jälkeen olla kotona täysi-ikäinen seuralainen ainakin ensimmäisen yön yli. Tyks Vakka-Suomen sairaalassa on ollut käytäntö, että potilaat joilla seuraa ei ole, voivat viettää yön sairaalassa vaikeivāt varsinaisesti hoitoa enää tarvitsekaan. Aikaisemmin päiväkirurgisen osaston ollessa kirurgisen vuodeosaston alaisuudessa, potilaan ovat viettäneet yönsä päiväkirurgisen osaston tiloissa. Heille on annettu hälytysrannekkeet ja kirurgisen vuodeosaston henkilökunta on huolehtinut heidän hoidostaan. Kirurgisen vuodeosaston lopettamisen jälkeen myös tämä toiminta siirtyi Osasto 1:n alaisuuteen.

2.3 Projektin tavoitteet

Projektia aloitettaessa tavoitteena oli tuottaa tietoa leikkauspotilaan hoitoprosessin kehittämiseksi Tyks Vakka-Suomen sairaalassa sellaiseksi, että se toimii prosessin kaikissa vaiheissa myös yli organisaatioiden rajapinnan. Projektin aloittamisen jälkeen ilmoitettiin leikkaustoiminnan loppumisesta, joten projektia ei nähty tarpeelliseksi viedä sellaisenaan eteenpäin. Projektissa oli kuitenkin jo ehditty toteuttaa tutkimuksellisen osion haastattelut, joista tunnistettiin uusi suunta projektille. Projektin uudeksi tavoitteeksi tuli näin ollen potilaan hoitoprosessin jatkuminen laadukkaana potilaan siirtyessä Tyksistä Uudenkaupungin lähisairaalaan. Projektin uudelleen suuntauksen jälkeen aihe tarkentui vielä koskemaan traumapotilasta.

Projektin tarkoituksena on löytää keinoja hoitoprosessin yhtenäistämiseen kahden eri organisaation välillä sekä myös säilyttää prosessit yhteneväisinä. Tavoitteena on kehittää toimintasuunnitelma hoidon tasalaatuisuuden ylläpitämiseksi potilassiirtojen yhteydessä, potilaan hoidossa sekä hoitotyön kehittämisessä.

2.4 Projektin riskianalyysi

Jokaisessa projektissa tulee tunnistaa mahdolliset ongelma-alueet ja projektia uhkaavat riskitekijät. Tavallisesti toteutunut riski ei ole yksittäinen tapahtuma vaan useiden

tekijöiden summa. Riskiä arvioitaessa voidaan kertoa riskin vaikutus riskin toteutumisen todennäköisyydellä. Riskin toteutumisesta aiheutuvan vahingon suuruus kuvaa riskin vaikutusta, jota voidaan tarkastella suhteessa aikatauluun, kustannuksiin, työmääriin ja lopputuloksen laatuun. Riskien vaikutuksella tarkoitetaan riskin toteutumisesta aiheutuvan taloudellisen haitan suuruutta. Riski, joka ei toteutuessaan maksa mitään, ei ole yleensä todellinen riski. Projektin riskialttius on suhteessa projektin kokoon, keston, intressi- ja sidostyhmiin lukumäärään sekä ulkoisten riippuvuuksien määrään. Myös projektiryhmän kokemus vaikuttaa riskialttiuteen. (Ruuska 2006, 84-85; Ruuska 2007, 248-258.)

Hyvä suunnittelu ja suunnitelmien huolellinen täytöntöönpano edesauttaa projektin onnistumista. Projektisuunnitelmiin voi tulla projektin edetessä muutoksia, joten sen etenemistä on hyvä aika ajoin tarkastella. Mitä myöhemmin virheet havaitaan, sitä hankalampaa niitä on korjata. Projektin aikana tulee lähes aina vastaan yllätyksiä joihin ei ole voitu varautua ja jotka voivat aiheuttaa muutoksia suunnitelmiin. Muutoksia tehtäessä on kuitenkin tärkeää pitää mielessä projektin alkuperäinen tarkoitus. (Ruuska 2006, 78-82.)

Riskianalyysillä pyritään tunnistamaan tekijät, jotka mahdollisesti vaikeuttavat projektin tavoitteiden saavuttamista. Projektiryhmä kootaan yhteen riskikartoitusta varten. Riskikartoituksessa käydään projektisuunnitelma läpi ja kirjataan ylös mahdolliset ongelmatkohdat. Riskien tunnistamisen jälkeen jokaiselle riskille kohdennetaan toimenpideehdotus, jonka avulla riskiä voidaan hallita. (Ruuska 2006, 83.) Tämän projektin riskikartoituksen teki projektipäällikkö jo ennen projektiryhmän perustamista (Taulukko 1).

Taulukko 1. Projektin riskikartoitus.

PROJEKTIN MAHDOLLISUUDET	PROJEKTIN UHAT
<ul style="list-style-type: none"> - projektilla selkeä tarve - positiivinen suhtautuminen aiheeseen - projektin avulla voidaan madaltaa organisaatioiden välistä rajapintaa 	<ul style="list-style-type: none"> - tiukka aikataulu - haastattelujen antama informaatio → haastattelukysymykset, analyointitaito - organisaatiossa tapahtuva jatkuva muutos

Tämä projekti on omiaan paljastamaan, että vaikka riskikartoitus oli tehty ja projektin uhkana oli nähty organisaatiossa tapahtuva jatkuva muutos, ei kuitenkaan tämän kaltaista muutosta oltu osattu ottaa huomioon.

2.5 Projektiorganisaatio

Jokaisella projektilla pitää olla aina selkeä vetäjä. Projektin yleisen johtamisen lisäksi hänen tehtävänä on vastata työsuunnitelmista, hankkeen seurannasta ja sisäisestä arvioinnista, laatia muutosesitykset sekä vastata projektin henkilökunnasta, raportoinnista ja tiedottamisesta. Jokaisella projektilla pitää olla selkeä organisaatio, jossa eri osapuolten roolit ja vastuut on selkeästi määritelty. (Silfverberg 2005, 49-50.) Tätä projektia vetää projektipäällikkö, joka on tehnyt projektisuunnitelman sekä koonnut ohjausryhmän ja projektiryhmän.

Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa hankkeen edistymistä, arvioida hankkeen tuloksia sekä tukea projektipäällikköä suunnittelussa sekä strategisessa johtamisessa (Silfverberg 2005, 49). Tämän projektin ohjausryhmä koostuu projektipäällikön lisäksi opettajatuutorista, M-Totekin (toimenpide-, teho- ja kivunhoitopalveluiden palvelualue – maakunta) ylihoitajasta, Osasto 1:n osastonhoitajasta sekä leikkausosaston anestesiayli-lääkäristä.

Projektiryhmään valittiin henkilöitä molemmista kohdeyksiköistä projektin toteuttamisen helpottamiseksi. Uudet toimintatavat on myös helpompi viedä käytäntöön, kun niitä ollaan itse oltu laatimassa. Projektiryhmään kuului Osasto 1:n apulaisosastonhoitaja, ja kaksi sairaanhoitajaa sekä fysioterapeutti sekä Tyks:n Traumaosaston osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja yksi sairaanhoitaja.

2.6 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojekti alkoi ideavaiheella syksyllä 2015. Projektipäällikkö kartoitti mahdollisia kehittämishankkeita ja kehitettäväksi asiaksi nostettiin leikkauspotilaan hoitopolku Tyks Vakka-Suomen sairaalassa. Sairaalassa lopetettiin erikoissairaanhoidon vuodeosastot joulukuussa 2015, jolloin leikkaukset muuttuivat vain päiväkirurgisiksi. Leikkauksessa voi kuitenkin tapahtua jotain odottamatonta, jolloin potilaan pitääkin jäädä sairaalahoitoon. Projektissa oli tarkoitus kehittää leikkauspotilaan hoitoprosessia niin, että

tällaisilta tapahtumilta voitaisiin välttyä tai komplikaation sattuessa potilaan hoito mahdollisuuksien mukaan voitaisiin toteuttaa lähisairaalan vuodeosastolla erikoissairaanhoidon paikalla.

Ideavaiheen jälkeen alkoi esiselvitys, jonka avulla avattiin kehittämisprojektin lähtökoh-
tia, tarpeita ja edellytyksiä. Tämän pohjalta projektipäällikkö laati projektisuunnitelman.
Projektisuunnitelman laatimisen jälkeen koottiin projektin ohjausryhmä keväällä 2016.
Ohjausryhmä kokoontui ensimmäisen kerran keväällä 2016, jolloin hyväksyttiin tutki-
mussuunnitelma. Tutkimussuunnitelma liitettiin tutkimuslupa-anomukseen, joka lähetet-
tiin Uudenkaupungin terveystieteiden johtavalle ylilääkärille. Lupa tutkimuksellisen
osion suorittamiseen saatiin toukokuun viimeinen päivä 2016 (Liite 1).

Tutkimuksellinen osio tehtiin teemahaastattelemalla Osasto 1:n henkilökuntaa. Osasto
1:tä informoitiin projektista ja teemahaastatteluista toukokuussa 2016 ja Teemahaastat-
telut tehtiin kesäkuussa 2016. Tämän jälkeen alkoi aineiston litterointi. Ennen aineiston
analyysia tuli ilmoitus leikkaustoiminnan lopettamisesta, mikä vaikutti suuresti projektin
etenemiseen. Sekä projektipäällikkö että ohjausryhmä oli sitä mieltä, ettei ole tarkoituk-
sen mukaista lähteä kehittämään leikkauspotilaan prosessia, jos koko prosessi päättyy
projektin päättyessä. Aineisto analysoitiin kuitenkin vielä alkuperäisen suunnitelman
mukaisesti.

Projektipäällikkö oli haastatteluista havainnut uuden mahdollisen aiheen kehittämispro-
jektille. Aiheesta keskusteltiin Osasto 1:n osastonhoitajan kanssa ja sen jälkeen ohja-
usryhmän kanssa. Uusi aihe hyväksyttiin ohjausryhmässä ja sitä lähdettiin viemään
eteenpäin. Projektin uudeksi aiheeksi sovittiin leikkauspotilaan hoitoprosessin jatkumi-
nen laadukkaana potilaan siirtyessä Tyks:sta jatkohoitoon Osasto 1:lle. Ohjausryhmä
päädyttiin pitämään samana, koska jo ennen leikkaustoiminnan loppumista leikkaus-
osaston anestesiaylilääkäri siirtyi työskentelemään Osasto 1:lle.

Ohjausryhmän päätöksen jälkeen alkoi projektiryhmän kokoaminen. Ensin koottiin pro-
jektiryhmä Osasto 1:n henkilökunnasta. Projektiryhmän ensimmäisessä palaverissa
sovittiin, että paras tapa prosessin yhtenäistämiseen on valita Tyks:stä osasto, joka
lähtee yhdessä projektiryhmän kanssa viemään projektia eteenpäin. Tällaiseksi osas-
toksi valikoitui Traumaosasto, jossa on kehitetty traumapotilaan hoitoprosessia ja josta
tulee paljon potilaita jatkohoitoon Osasto 1:lle. Projektipäällikkö oli yhteydessä Trau-
maosastoon, jossa oltiin kiinnostuneita osallistumaan projektiin.

Projektin uuden aiheen päättämisen jälkeen projektipäällikkö alkoi avaamaan muuttuneen aiheen mukaisesti projektin lähtökohtia, tarpeita ja edellytyksiä. Alkuperäisestä esiselvityksestä oli projektin lopulliseen aiheeseen hyvin vähän hyödynnettävissä, joten projektipäällikkö joutui käyttämään uuden esiselvityksen tekemiseen paljon sellaista aikaa, jota olisi tarvittu projektiryhmän toiminnan eteenpäin viemiseen.

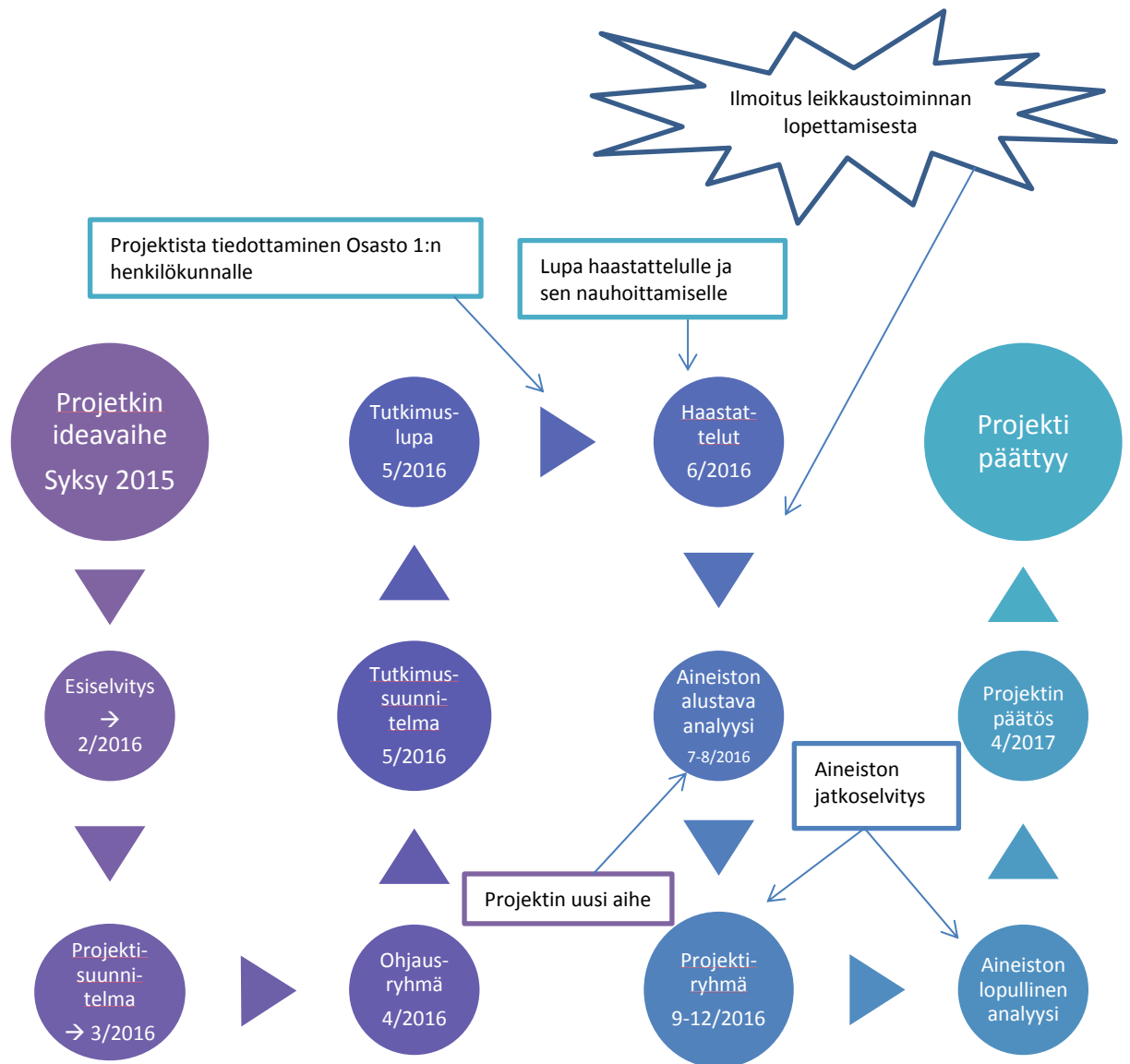
Koko projektiryhmän kokoon saaminen oli hankalaa ja projektiryhmä kokoontuikin kokonaisuudessaan ensimmäisen kerran vasta joulukuussa 2016. Projektiryhmä kävi läpi esiinnousseita ongelmia potilaan siirron yhteydessä ja niiden helpottamiseksi tehtiin toimintasuunnitelmia. Toimintaehdotuksille valittiin vastuuhenkilöt, jotka lähtivät viemään suunnitelmia eteenpäin käytäntöön.

Käytännössä hankalaksi osoittautui projektipäällikön työpisteen sijainti Uudessakaupungissa, mutta kuitenkin eri organisaatiossa kuin itse projektin toteutus. Kosketuspinta oli melko huono sekä Osasto 1:n että Traumaosastoon, joka taas sijaitsee Turussa. Traumaosaston kanssa yhteydenpito jäi pelkästään sähköpostin varaan ja Osasto 1:n kanssa satunnaisten vierailujen varaan. Projektipäällikkö ei kokenut projektiryhmän olleen kovin sitoutunut projektiin vaan projektiryhmä olisi ilmeisesti kaivattu enemmän valmiita vastauksia. Projektipalaverissa sovittuja asioita ei oltu lähdetty viemään eteenpäin sovitulla tavalla. Tähän vaikuttaa osaltaan osastoilla oleva jatkuva kiire, jolloin tällaiselle työlle ei ole voitu resursoida riittävästi aikaa.

Ajankohta tälle projektille ei siinä mielessä ollut ihanteellinen, että Osasto 1 on melko uusi ja toimintojen jakaantuminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilaisiin ei ole lähettävälle lääkäreille kovin selkeää. Osasto 1 olisi kaivannut parannusta tähän työnjakoon, mikä ohjasi projektiryhmän palaveria myös siihen suuntaan. Vaikka projektipäällikkö tiedostikin tämän, olisi hän voinut ohjata projektiryhmän palaveria tiukemmin tähän projektiin liittyviin asioihin.

Projektin tavoitteena oli löytää yhdessä keinoja hoitoprosessin jatkumiseksi yli organisaatorajapinnan. Käytännössä kuitenkin osastot ovat hallinnollisesti ja fyysisesti niin kaukana toisistaan, ettei yhtenäisen hoitoprosessin luominen näin lyhyessä projektissa ollut mahdollista. Menetelmät hoitoprosessien yhtenemäistämiseksi kuitenkin tässä projektissa luotiin. Yhdeksi tärkeäksi tekijäksi nousi tiedon kulku potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Hoidon laadun varmistamista auttaa kuitenkin hyvät hoitokirjaukset ja jatkohoito-ohjeet potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen, joten tämän asian kehittämisen toimivaksi on järkevää.

Kuviossa 1 on kuvattu kehittämisprojektin eteneminen ideavaiheesta projektin päättämiseen.



Kuvio 1. Projektin kulku.

3 PROSESSIAJATTELU

De Bleserin ym.(2006) mukaan hoitoprosessit ovat suunnitelmia, joissa potilaan hoito on kuvattu askel askeleelta ja joissa kuvataan odotettu edistys potilaalle (Renholm ym. 2002, 169). Hoitoprosesseja on kuvattu sairaaloissa laajasti hoidon laadun parantamiseksi. Kiinnostuksen kohteena onkin nyt hoitoprosessien laajentaminen myös perusterveydenhuoltoon. Prosessin jatkumosta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on vähän näyttöä liittyen jatkuvuuden ja laadun paranemiseen. (Van Houdt ym. 2013, 150.)

Hoitotyön perustana on hoidon tarpeen määrittäminen sekä siitä johtuva päätöksenteko. Hoitotyön toteuttamista seuraa hoitotyön tuloksellisuuden arviointi. Eri vaiheissa hoitotyön prosessia hoitohenkilökunta on jatkuvassa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Hoitotyön prosessi koostuu hoitotoimiin johtavista ajattelua vaativista vaiheista. Hoitotyön prosessissa kaiken toiminnan lähtökohtana on potilas. (Hargreaves 1984, 13-15.) Prosessiajattelussa hoitoketjun toimintaa tarkastellaan kokonaisuutena ja keskitytään potilaalle arvoa tuottaviin asioihin. Toiminnan tehostamisella muuten kuin prosessilähtöisesti on se riski, että ajaudutaan jonkin osa-alueen optimointiin. Resurssit tuleekin aina sovittaa toiminnan tarpeisiin. (Alho ym. 2005, 22-23.)

Hoitoprosessien käytön on tutkittu vaikuttavan tuloksiin myönteisesti. Hoidon taso ja potilastyytyväisyys kasvavat sekä tiedottaminen ja potilasohjaus paranevat. Panellan ym.(2003) mukaan hoitoprosessit standardoivat hoitoa, vähentävät vaihtelua hoidossa sekä parantavat hoidon läpinäkyvyyttä. (Renholm ym. 2009, 169.) Kirurginen prosessi alkaa, kun potilas saa lähetteen erikoisterveydenhuoltoon ja leikkaushoitoon. Leikkauksen jälkeen lähetettävälle lääkärille lähetetään hoitopalaute tai potilas kutsutaan jälkitarastukseen erikoisterveydenhuollon puolelle. Prosessin päätyttyä potilaan terveysongelma on hoidettu ja prosessin tavoite on saavutettu. (Lahtinen ym. 1998,17.)

Toimenpiteiden peruuntuminen on kustannuskysymys ja prosesseja kehittämällä on pyritty vähentämään äkillisiä peruuntumisia. Yleisempiä syitä peruuntumisille ovat se, että potilas jättää tulematta sovittuna aikana, lääketieteelliset syyt, leikkauslistojen ylitäyttö sekä tilojen puutteet. Prosessien uudelleen suunnittelulla, johdon parantamisella ja preoperatiivisten tapaamisten avulla on uskottu vähentävän peruuntumisia ja näin lisäävän leikkausmääriä. (Hovlid ym. 2012.)

Hovlidin ym. (2012) tutkimuksessa koko leikkauspotilaan hoitoprosessin lähetteen saapumisesta kotiutumiseen suunniteltiin uudelleen. Muutokset implementoitiin kaikille rajapinnoille ja henkilöstö otettiin laajasti mukaan implementointiin. Johtamista tehostettiin, leikkausten suunnittelua kehitettiin, työskentely prosessia tarkistettiin, henkilökuntaa koulutettiin ja preoperatiivisia tapaamisia järjestettiin ja näin saatiin toimenpiteiden peruuntumisia vähennettyä sekä leikkausmääriä lisättyä. (Hovlid ym. 2012.)

Hoitoprosesseja on kehitetty parantamaan sekä hoidon tehokkuutta että laatua. Painet potilaiden nopeaan kotiuttamiseen ovat omalta osaltaan johtaneet hoitoprosessien kehittämiseen. Parhaat vaikutukset on nähty prosesseissa, jotka on implementoitu ensimmäistä kertaa. (Dy ym. 2005, 500-511.) Sappipotilaan hoitoprosessin kehittämisen havaittiin nostavan päiväkirurgisesti leikattujen sappipotilaiden määrän jopa kuusinkertaiseksi ilman, että konversiot olisivat lisääntyneet tai potilaiden olisi pitänyt palata takaisin sairaalaan. Myös tässä tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota siihen, että moniammatillisen henkilökunnan mukaan ottaminen prosessin kehittämiseen sekä potilaiden odotusten huomioiminen oli tärkeää onnistumisen kannalta. (Clarke ym. 2011, 4.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä hoitoprosessien vaikutuksesta sairaalassa olo aikaan, kustannuksiin ja hoitotuloksiin huomattiin invasiivisissa toiminnoissa, kuten leikkaustoiminnassa, parhaimmat vaikutukset sekä sairaalassaoloaikaan että kustannuksiin (Rotter ym. 2008, 11). Postoperatiivisen sairaalahoidon havaittiin lyhentyneen prosessien kehittämisen myötä. Tutkimuksessa kuitenkin oli kiinnitetty huomiota siihen, että hoitoajat olivat lyhentyneet jo ennen prosessimallien implementointia, joten epäselväksi jäi kuinka paljon prosessien kehittäminen loppujen lopuksi oli lyhentänyt postoperatiivisia hoitoaikoja. (Dy ym. 2003, 644-645.)

3.1 Hoitotyön kehittäminen

Prosessien taustalla on näyttöön perustuva hoitotyön kehittäminen. Hoitotyö ja sen toimintaympäristö on muuttunut voimakkaasti viime vuosina. Hoitotyössä joudutaan päivittäin ratkomaan uudenlaisia ongelmia hoitoaikojen lyhentyessä ja toimintatapojen kehittyessä. Sairaanhoidajan osaamisvaatimukset liittyvätkin muutoksen hallintaan, työn arviointiin ja kehittämiseen sekä moniammatilliseen yhteistyöhön. Nopeasti tapahtuvat muutokset edellyttävät myös sairaanhoitajien mukana oloa muutoksen suunnittelussa, tutkinnassa ja toteuttamisessa. Esimiehen tehtävänä on varmistaa, että älyllistä ponnis-

telua vaativat tehtävät jakaantuvat työyhteisössä tasaisesti ja varmistavat tasapuolisen kehittymisen. (Kuokkanen 2005, 18-24.)

Osastonhoitaja on työyksikkönsä hoitotyön johtaja. Osastonhoitajan asenteen merkitys näyttöön perustuva hoitotyön kehittämisessä on suuri. Osastonhoitajan positiivinen suhtautuminen hoitotyön kehittämiseen edesauttaa sen toteutumista hoitotyössä. (Pakkonen ym. 2010, 35; Twycross 2011, 31.) Näyttöön perustuva hoitotyön kehittäminen voidaan jakaa kolmeen eri tasoon: hoitotyön muutosta tukeviin toimintamalleihin, tutkitun tiedon levitystä tukeviin toimintamalleihin sekä hoitohenkilökunnan valmiuksia tukeviin toimintamalleihin (Häggman-Laitila, 2009a, 21-23).

Näyttöön perustuva hoitotyön kehittäminen edellyttää vanhojen toimintatapojen kyseenalaistamista ja uusien, vaihtoehtoisten toimintamallien tunnistamista. Osaston johdon tehtävänä on huolehtia työyksikön hoitokulttuurin, ilmapiirin ja toimintakäytäntöjen mahdollistavan näyttöön perustuvan toiminnan. (Sarajärvi ym. 2011, 105.) Työyhteisökulttuuri muodostuu pitkän ajan kuluessa ohjaamaan työyhteisön toimintaa, joten sen muuttaminen voi olla vaikeaa (Nikkilä & Paasivaara 2007, 35). Jotta työyhteisössä vallitsevia käytänteitä voidaan muuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä tukevaksi, tulee ne ensin tunnistaa (Holopainen ym. 2013, 46 -47).

Organisaatiokulttuuri muuttuu viimeisenä ja on mahdollinen vasta sitten, kun ihmiset ovat muuttaneet toimintansa ja näkevät uuden toimintatavan hyödyt. Ihmisten tulee myös huomata toiminnan tehostumisen sekä uuden toimintamallin välinen yhteys. (Kotter, 1996, 136.) Toimintakulttuurin muutoksen myötä työntekijä sitoutuu käyttämään uutta toimintamallia johdonmukaisesti potilashoidossa (Holopainen ym. 2013, 115).

3.2 Rajapinnat

Varsinaista rajapintoja koskevaa teoriaa tai vakiintunutta käsitettä ei kirjallisuudessa vielä esiinny. Käsitteenä rajapinta kuitenkin viittaa vuorovaikutussuhteisiin eri toimijoiden kesken. Käsitettä rajapinta käytetään usein kuvaamaan tilanteita ja vuorovaikutussuhteita, joissa eri toimijat kohtaavat toisensa. Tällaisia ovat esimerkiksi teknologiset käyttäjäläiittymät, eri alojen välinen yhteistyö tai julkisen ja yksityisen välinen toiminta. Rajapinnoissa on kyse eri toimijoiden toiminnasta suhteessa toisiinsa sekä eri toimijoiden muodostamista keskinäisistä vuorovaikutussuhteista. (Stenvall ym. 2014, 16.)

Rajapinnat on eroteltu käsitteellisesti tiedolliseen ja sosiaaliseen rajapintaan. Tietoon perustuvassa rajapinnassa ihmiset toimivat vuorovaikutuksessa muodostamalla, vaihtamalla ja jakamalla tietoa. Sosiaalisessa rajapinnassa käsitellään ihmisten tapoja toimia ja hahmottaa yhdessä asioita. Rajapinta-ajattelussa korostuu erilaisuus, luovuus ja uuden rakentaminen. Eri toimijoilla on erilaiset näkemykset ja osaaminen ja näitä yhdistämällä pystytään luomaan uusia näkökulmia ja ratkaisuja. Oleellista on, että asioiden sisältöjä ja tulkintoja rakennetaan nimenomaan vuorovaikutuksessa. (Stenvall ym. 2014, 16-17.)

Potilassiirron prosessi voi tapahtua organisaation sisällä tai kahden eri organisaation välillä. Tätä potilassiirron prosessia ja sen laatua on pyritty kehittämään potilasturvallisuuden parantamiseksi ja virheiden vähentämiseksi. Virheiden määrän on huomattu lisääntyvän sen mukaan mitä useampi taho potilasta hoitaa. Hoitajan roolia potilassiirtojen yhteydessä ei kuitenkaan ole täysin ymmärretty ja tutkittu. (Clancy 2008, 111.)

Terveystuollon laatuoppaan mukaan yhteistyön hoitopaikkojen välillä tulisi olla suunniteltua ja avointa (Kuntaliitto 2011, 12). Organisaatioiden rajapinnat ovat tunnetusti aina riski potilasturvallisuudelle (THL1 2011, 9). Tutkittaessa sairaalan potilasturvallisuuskulttuuria sairaanhoitajien arvioimana, kävi ilmi että kaivataan yhteneväisiä toimintamalleja potilasturvallisuuden takaamiseksi potilaiden siirtyessä yksiköstä toiseen (Turunen ym. 2015, 159). Saumattomia hoitoketjuja suunniteltaessa tulisikin aina ottaa huomioon niihin liittyvät riskit potilasturvallisuudelle (THL1 2011, 31).

4 HOIDON LAATU

4.1 Potilasturvallisuus

Laatu- ja potilasturvallisuustyötä ohjaa sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tukee sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden laadun ja potilasturvallisuuden kehittämistä. Potilasturvallisuuden toteuttaminen kuuluu sairaaloille ja terveyskeskuksille sekä niiden henkilöstölle. Nämä vastaavat potilasturvallisuudesta omalla alueellaan sekä toimivat yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Potilasturvallisuusvastaavat ovat henkilöitä, jotka huolehtivat potilasturvallisuuden edistämisestä omalla alueellaan. Uuden terveydenhuoltolain asetuksessa toimintayksiköt veloitetaan kirjaamaan potilasturvallisuussuunnitelmaan potilasturvallisuudesta vastaavat henkilöt. (THL2 2013.)

Potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä laiteturvallisuus. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (THL2 2013.) Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että työpaikan kulttuurilla ja juurtuneilla toimintatavoilla on merkittävä rooli potilasturvallisuuden toteutumisessa (Cropley 2015, 4).

On arvioitu, että kehittyneissä maissa jopa joka kymmenes potilas kärsii potilasvahingosta hoitonsa aikana. Potilasturvallisuus on siis tärkeä aihe puhuttaessa terveydenhuollosta. Potilasturvallisuuteen on maailmanlaajuisesti viimeisten vuosien aikana ruvettu kiinnittämään enemmän huomiota. Potilasturvallisuuden vaarantumisen tavalla tai toisella on arvioitu aiheuttavan pelkästään USA:ssa n. 19 miljardin kustannukset vuosittain. Paitsi inhimillisestä kärsimyksestä, puhutaan siis myös suurista kustannuksista, jotka useassa tapauksessa pystyttäisiin välttämään. Jopa puolet nykyisistä haittatapahtumista olisi ehkäistävissä ennakoimalla riskejä, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla. (THL1 2011, 10; WHO 2014.)

Hyvän potilasturvallisuuskulttuurin luomisessa on ensiarvoisen tärkeää, että potilasturvallisuustyöhön osallistuu koko henkilökunta – ei pelkästään hoitohenkilökunta. Kaikkien tulee osallistua potilasturvallisuuden ja laadun kehittämiseen ilmoittamalla havait-

semistaan poikkeamista sekä kehittämällä toimintaansa poikkeamien välttämiseksi. (Gatrell & Daniels 2016.)

Raportointi hoitovastuun siirtyessä vuoronvaihdon tai potilassiirron yhteydessä altistaa potilasturvallisuuden vaarantumiselle. Syitä tähän on mm. aikarajoitteet, häiriöt, meteli sekä ihmisten väliset jännitteet. Tiedonkulun rajoitteisiin on pyritty vaikuttamaan standardoimalla raportoinnin sisältöä, mutta näyttö toimintojen vaikutuksesta potilasturvallisuuteen on edelleen heikkoa. (Birmingham ym. 2015, 1459-1460.)

Hoitotyön kirjaamisen pitkin päivää on tutkittu vaikuttavan hoitotyön raportin tehokkuuteen. Tärkeää on saada perehtyä päivän aikana tehtyihin kirjauksiin ennen raportin pitämistä hyvän raportoinnin turvaamiseksi. Potilasturvallisuuden turvaamiseksi vaaditaan sekä yksilöllistä että yhteisöllistä vastuullisuutta. Turvallisen hoitotyön toteuttaminen vaatii aikaa paitsi toteuttaa hoitotyötä myös ajatella. Raportointia voidaan parantaa vähentämällä häiriöitä ja meteliä, varata raportoinnille aikaa, välttää suurelle henkilökuntamäärälle pidettyjä yhteisiä raportteja ja luomalla strukturoituja, mutta joustavia raportointipohjia. (Birmingham ym. 2015, 1473-1474.)

4.2 Tiedon kulku

Terveydenhuollon järjestelmien muuttuminen monimutkaisemmaksi on lisännyt tiedonkulun merkitystä. Kun puhutaan hoitovastuun siirtymisestä tarkoitetaan tilannetta, jossa vastuu potilaan hoidosta siirtyy väliaikaisesti tai pysyvästi toiselle henkilölle tai ryhmälle joko kokonaan tai osittain. Mitä useammin hoitovastuu siirtyy sitä enemmän potilas altistuu tiedonkulussa tapahtuville virheille. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338-339.)

Tiedonkulkua terveydenhuollon rajapinnoilla on tutkittu paljon. Raportoinnissa tulisi käyttää strukturoitua menetelmää suullisen ja kirjallisen tiedon välittämiseksi. Kommunikaatio-ongelmien on todettu aiheuttavan jopa 70% hoitovirheistä ja siirtotilanteiden onkin osoitettu olevan hyvin erilaisia, strukturoimattomia ja virhealttiita. (Clancy 2008, 112; Marshall ym. 2009, 137-140; Tamminen & Metsävainio 2015, 339.) Integroivasta katsauksesta potilassiirroista terveydenhuollossa ilmenee, että potilassiirrot eri yksiköiden välillä aiheuttavat aukkoja, virheitä sekä laiminlyöntejä hoidossa. Potilasraportti siirron yhteydessä on paljon muutakin kuin pelkkää tiedon siirtämistä potilaasta. Ongelmallisena potilassiirron yhteydessä voidaan kokea myös lääkäreiden ja hoitajien hyvin erilainen tapa viestiä (Tamminen & Metsävainio 2015, 339). Tärkeämpänä pide-

tään juuri yksikölle sopivaa ja muokattua pysyvää raportointimenetelmää kuin standardoitua yleistä raportointimenetelmää. Tärkeää olisikin kehittää tilannesidonnaisia asi-aankuuluvaa informaatiota sisältäviä raportointimenetelmiä. (Staggers & Blaz 2012, 247-259.) Jotta standardoitu raportointimenetelmä saataisiin toimivaksi osaksi potilas-siirtoja, vaaditaan sen käyttöön ottoon suunnitelmallista koulutusta ja seurantaa sekä johdon ehdoton tuki (Tamminen & Metsävainio 2015, 342).

Hoitokirjauksissa ja potilassiirron yhteydessä kirjaaminen ei ole riittävän potilaskeskeis-tä. Kirjataan ennemminkin lääketieteellisiä toimintoja kuin potilaan yksilöllisiä toimintoja, joilla voi olla kuitenkin merkitystä jatkohoidon kannalta. Ajanpuutteen vuoksi kotiutusta ja potilassiirtoa ei priorisoida ja vain pieni osa potilaista ymmärtää kotiutusohjeet. On tutkittu, että suurin osa potilassiirroista tapahtuu ilman hoitotyön yhteenvetoa. Tutki-mukset myös osoittavat, että hoidon jatkuvuus riippuu pitkälti potilaan omasta aktiivi-suudesta. Potilaspapereita ei voi pitää riittävänä tiedon lähteenä turvaamaan hoidon jatkuvuutta ja kirjoitettuun tietoon liittyy epävarmuutta. Siirtopaperit tai lähetteet eivät riitä hoidon jatkuvuuden takaamiseen. (Flink ym. 2015, 359-360.)

Nykyään terveydenhuolto työympäristönä on hyvin erikoistunutta ja jatkuvasti muuttu-vaa. Hoidon jatkuvuus ja laatu voidaan turvata vain jatkuvalla, hyvin organisoidulla yh-teistyöllä eri ammattiryhmien ja yksiköiden välillä. (Clancy 2008, 111; Flemming & Hubner 2013, 580-589.) Potilashoidon jatkuvuus voidaan jakaa hoidon jatkuvuuteen, jolloin hoitolinjat pysyvät muuttumattomina potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen, sekä tiedonkulun jatkuvuuteen, jolloin kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on käytös-sään tarvittava tieto. Siirtyvä tieto perustuu usein kirjoitettuihin potilastietoihin, jolloin tarkentaviin kysymyksiin ei ole mahdollisuutta. (Flink ym. 2015, 356.)

Systemaattisesta katsauksesta raportoinnista ja sähköisten tietojärjestelmien roolista raportoinnissa vuoronvaihdon yhteydessä kävi ilmi, että kiinnostus raportoinnin kehit-tämiseen on kasvanut viimeisten vuosien aikana. Sähköisiin potilaskansioihin integ-roidut sähköiset raportointimenetelmät tuottavat enemmän ja parempaa informaatiota vuoronvaihdon yhteydessä kuin paperiset raportit. Raportin laatu ei kuitenkaan perustu pelkästään siirretyn tiedon määrään ja laatuun vaan myös siihen minkälaista tietoa siirretään. Esimerkiksi ennakkointia ja muuta subjektiivista ja holistista tietoa ei tavalli-sesti kirjata sähköisiin potilastietoihin. (Flemming & Hubner 2013, 580-589.)

Tehokas tiedonvaihto erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä edistää potilaan hoidon turvallista jatkumista. Tiedon siirtymisen kannalta kriittinen kohta on

organisaatioiden välinen rajapinta. Jatkohoitopaikkaan saatu tieto saattaa olla epäselvää, epätäydellistä tai myöhässä, mikä vaikeuttaa jatkohoidon koordinoitua. Hoitotyön yhteenveto (HOIY) on osa sähköistä potilaskeromusta, jossa koostetaan hoitotyön keskeiset tiedot. Sen avulla pyritään turvaamaan potilaan hoidon jatkuvuus potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen sekä tiivistää hoidon keskeisimmät tiedot helposti luettavaan muotoon. (Kuusisto ym. 2014, 311-312.)

Poikkileikkaustutkimuksesta hoitotyön yhteenvedosta potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ilmeni, että yksiköissä joissa oli vastaanotettu hoitotyön yhteenveto, koetaan tiedonkulku eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä luotettavampana, nopeampana ja reaaliaikaisempana kuin yksiköissä, joissa ei ole vastaanotettu hoitotyön yhteenvetoa. Hoitotyön yhteenvedon vastaanottaneet myös kokevat yhteistyön eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä olevan sujuvampaa ja enemmän asiakkaan kokonaistilanteen huomioonottavaa kuin ne, jotka eivät vastaanottaneet hoitotyön yhteenvetoa. Tulevaisuudessa tärkeäksi nouseekin hoitotyön yhteenvedon sisällön kehittäminen edelleen. (Kuusisto ym. 2014, 311-320.)

Varsinkin iäkkäämmät potilaat saattavat saada hoitoa useassa eri terveydenhuollon yksikössä sairastumisensa yhteydessä. Hoitopaikan vaihtumiseen liittyy kuitenkin usein virheitä kommunikaatiossa, ehkäistävissä olevia haitallisia tapahtumia sekä niin potilaan kuin henkilökunnankin tyytymättömyyttä. Tutkittaessa organisaatioiden vaikutusta potilassiirtojen tehokkuuteen havaittiin, että kommunikaatio potilassiirroissa ei ole parempaa vaikka toimitaan saman organisaation alla. Myöskään henkilökunnan työskentelyn tai vierailujen yksiköiden välillä ei ole havaittu parantavan kommunikaatiota potilassiirroissa. Tämän on arvioitu johtuvan siitä, että kun hoidon tuottaja on läsnä kummassakin hoitopaikassa, ei ole tarvetta yksityiskohtaiselle kommunikaatiolle yksiköiden välillä. Tällaisen henkilökunnan liikkumisen katsotaan kuitenkin voivan vähentää päällekkäisiä tutkimuksia ja hoitoja. Sen sijaan yksiköissä, joissa hoidetaan paljon iäkkäitä potilaita, on parempi kommunikaatio jatkohoitoyksikköön. (Boockvar & Burack 2007, 1078-1083.)

4.3 Näyttöön perustuva kirjaaminen

Näyttöön perustuvalla toiminnalla voidaan varmistaa turvallisen ja viimeiseen tutkittuun tietoon perustuva hoitotyön päätöksenteko ja ammatillinen toiminta, terveyden ja hyvin-

voinnin edistäminen sekä asiakaskeskeiset ja moniammatilliset toimintatavat. Kaikilta hoitotyössä toimivilta ammattiryhmiltä edellytetään näyttöön perustuvien käytäntöjen toteuttamista hoitotyössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7.)

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä tutkimustuloksia ja muuta asiantuntijätietoa hyödynnetään käytännössä. Näyttöön perustuvassa hoitotyön prosessissa tehdään oikeita asioita oikealla tavalla oikealle potilaalle oikeaan aikaan. Näyttöön perustuvassa kliinisessä käytännössä jokaisen asiakkaan hoitomenetelmien valinta perustuu tieteellisten tutkimusten tuottamaan parhaaseen ajan tasalla olevaa tietoon, hoitotyön asiantuntijuteen ja asiakkaan/potilaan tietoon ja taitoon sekä käytettävissä oleviin resursseihin. Paitsi hoitotyön myös hoitotyön kirjaamisen tulisi perustua näyttöön. (Hallila toim. 2005, 13; Häggaman-Laitila 2009b, 244.)

Hoitotyön kirjaamisessa tulee noudattaa sairaanhoitajille, kättilöille sekä lähi- ja perushoitajille laadittuja hoitotyöntekijän eettisiä ohjeita sekä hyvän hoidon periaatteita. Hoitotyöntekijä joutuu aina kirjatessaan tietoa miettimään mitä potilaskertomukseen voi kirjata. Tätä kirjaamisen sisältöä ohjaa useat eri lait: Potilasvahinkolaki 1062/1989, Mielen-terveyslaki 1116/1990, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Henkilötietolaki 523/1999, Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999 ja Hallintolaki 434/2003. Lisäksi on olemassa Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoja koskeva asetus ja Opas terveydenhuoltohenkilöstölle 2001:3. (Hallila 2005, 19, 23.)

Hoitotyön kirjaamista voidaan myös jäsentää ja helpottaa prosessimenetelmää käyttämällä. Samankaltaisena toistuva hoitotyön kirjaaminen antaa kuitenkin kuvan hyvin standardoidusta hoidosta. Hoitotyössä on pyrkimys yksilöllisyyteen, jolloin tarkoituksenmukaisempaa on käyttää hoitotyön auttamismenetelmiä luovasti jokaisen potilaan yksilöllisiin tarpeisiin soveltuvasti. Hoitotyön ohjeistuksia noudatettaessa ei saa unohtaa kunkin potilaan yksilöllistä tilannetta. (Hallila 2005, 29; Suhonen 2005, 36.)

Hoitotyön kirjaaminen parantaa potilasturvallisuutta ja hoitotyöntekijän oikeusturvaa. Se myös auttaa hoitotyöntekijää arvioimaan omaa ammattitaitoaan sekä kehittämään näyttöön perustuvaa toimintaa. Hoitotyön johtajan velvollisuus on mahdollistaa oikeaoppinen kirjaaminen riittävällä koulutuksella ja antamalla riittävästi ja oikeanlaisia resursseja kirjaamiseen. (Hallila 2005, 32-35.)

5 TUTKIMUKSELLISEN OSION TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksellinen osio on luonteeltaan kartoittava, jossa pyritään selvittämään uutta ilmiötä aiheesta, josta ei ole aikaisempaa tietoa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mitä osaamista tarvitaan, jotta leikkauspotilaan hoitoprosessi on laadukas ja sujuva. Tavoitteena on tuottaa tietoa leikkauspotilaan hoitoprosessin kehittämiseksi sellaiseksi, että se toimii prosessin kaikissa vaiheissa myös yli organisaatioiden rajapinnan.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen teemahaastattelu, joka antaa mahdollisuuden uusien näkökulmien huomioimiseen haastattelun aikana. Laadullisessa tutkimuksessa ei tutkija määrittele sitä mikä on tärkeää vaan tärkeät aiheet nousevat esiin tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2004, 117-155.) Haastattelu antaa paremmat mahdollisuudet tulkita vastauksia kuin esimerkiksi kysely sekä haastattelun aikana teemojen järjestystä on mahdollista vaihdella ja haastattelijalla on mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 93.)

Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit on määritelty etukäteen, ja haastattelijan tehtävänä on huolehtia siitä, että kaikki aihealueet käydään läpi tutkimuskysymyksistä johdetun teemahaastattelun rungon mukaisesti (Liite 2). Teemahaastattelu ohjaa kaikkia haastatteluja samaan suuntaan, kun taas avoin haastattelu saattaa käsitellä eri haastateltavien kanssa hyvinkin erilaisia aihealueita. (Eskola & Suoranta 2008, 85-86.) Ryhmähaastattelussa paikalla on samanaikaisesti useita haastateltavia. Ryhmähaastattelu onkin tutkimusmuotona tehokas, koska samalla saadaan haastateltua useampi tutkittava kerralla. Ryhmähaastattelussa tutkittavat myös kontrolloivat toisiaan. (Eskola & Suoranta 2008, 94-96.) Tässä haastattelussa päädyttiin ryhmähaastatteluun, jolloin haastateltavat voivat helpommin luoda uusia ajatuksia toisten ajatuksiin pohjaten. Hoitajat ovat lähtöisin kahdesta eri organisaatiosta, jolloin näkökannat saattavat olla hyvinkin erilaiset ja toisiaan avartavat.

Tarkoitus oli haastatella koko Osasto 1 hoitohenkilökunta (N=16) kolmessa eri ryhmässä. Henkilökunta ei ole suuri, joten olisi ollut tarkoituksenmukaista haastatella kaikki hoitajat. Haastatteluajankohdan sijoittuminen kesälomien aikaan sekä suhteellisen tiukka aikataulu aiheuttivat sen, että haastattelut tehtiin kahdessa ryhmässä ja haasta-

teltavia oli yhdeksän. Ensimmäisessä ryhmässä haastateltavia oli viisi ja toisessa neljä. Kaksi haastatteluryhmää olivat hyvin heterogeeniset, joten henkilökunnan mielipiteet saatiin kattavasti esille. Haastateltavien taustatietoja kartoitettiin esitietolomakkeen avulla (Liite 3.). Näissä kahdessa ryhmähaastattelussa oli jo havaittavissa aiheen saturoidumista (Eskola & Suoranta 2008, 214-215; Hirsjärvi ym. 2004, 216). Haastattelu-
muotona ryhmähaastattelulla kuitenkin pystyttiin säästämään aikaa sekä kiireiseltä osastolta että haastattelijalta.

Henkilökuntaa informoitiin tulevista haastatteluista kesäkuussa 2016. Haastateltavilta pyydettiin lupa haastatteluun erillisellä suostumuslomakkeella (Liite 4) ja he saivat tutustua haastattelussa käsiteltäviin teemoihin etukäteen. Aineisto kerättiin kesäkuun 2016 aikana ja haastattelut nauhoitettiin. Kumpikin haastattelu kesti vajaan tunnin – ensimmäinen 55 minuuttia ja toinen 52 minuuttia. Haastattelut suoritettiin Osasto 1:n tiloissa, jonne hoitajien oli helppo päästä työpäivän aikana. Haastattelun aikana haastattelija ohjasi haastattelua niin, että kaikilla oli mahdollisuus osallistua haastatteluun, sillä ryhmähaastattelussa ongelmat liittyvät usein haastattelun aloittamiseen ja dominoivien henkilöiden kontrollointiin (Eskola & Suoranta 2008, 97). Haastattelu eteni teemahaastattelun rungon mukaisesti. Apukysymysten avulla haastattelija huolehti kaikkien aihealueiden läpikäymisestä molemmissa haastatteluissa.

5.2 Aineiston analyysi

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä päävaiheet ovat yleiskuvan hahmottaminen, pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kylmä & Juvakka 2007, 115-119). Haastattelujen jälkeen haastattelut litteroitiin, minkä avulla aineisto saatiin paremmin hallittavaan muotoon. Tässä vaiheessa projektipäällikkö tutustui jo aineistoon ja teki tulkintoja. Ruusuvuoren (2010) mukaan yksityiskohtainen litterointi ei ole välttämätön, jos ollaan kiinnostettu esiin tulevista asiasisällöistä. (Ruusuvuori ym. 2010, 19, 425.) Tässä aineiston analyysissä molemmat haastattelut litteroitiin kokonaisuudessaan, mutta taukojen pituuksiin ei kiinnitetty huomiota. Litteroitua tekstiä haastatteluista tuli yhteensä 17 sivua. Litteroinnit tehtiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen, jotta kaikki huomiot olivat vielä hyvin muistissa.

Aineiston analyysissä haastattelumateriaalista valitaan tutkimustehtävien kannalta olennainen aines. Litteroinnin jälkeen aineistosta pelkistettiin leikkauspotilaan hoitoprosessiin vaikuttavat tekijät. Tämän jälkeen litteroitu ja pelkistetty aineisto ryhmiteltiin.

Teemahaastattelun teemat muodostivat aineiston alustavan jäsenyyksen ja tässä haastattelun analyysissä teemahaastattelun runkoa käytettiin apuna aineiston koodauksessa. Aineistosta etsittiin merkityksellisiä asioita teemoittain ja analysoinnissa aineistosta pyrittiin etsimään vastausta tutkimustehtäviin. Haastattelija ei saa aineistosta suoraan vastauksia tutkimustehtäviin vaan ne muotoutuvat ja tarkentuvat analyttisten kysymysten avulla aineistoon tutustuttaessa. (Eskola & Suoranta 2008, 150-152, Ruusuvoori ym. 2010, 13.)

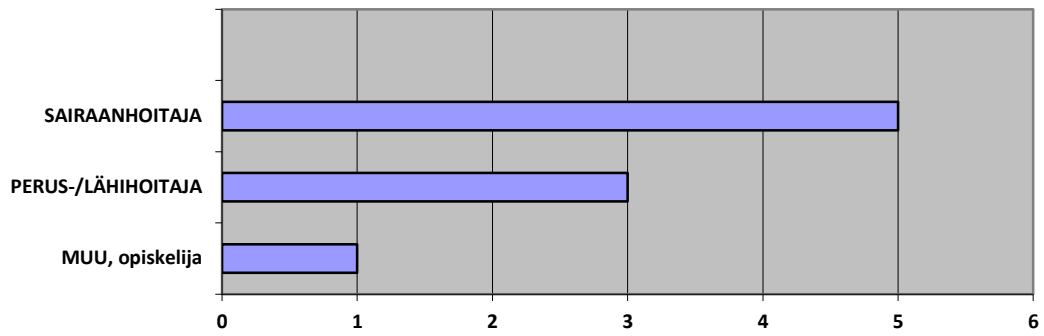
Aineistolähtöisen sisällönanalyysin abstrahoinnissa erotetaan haastattelun kannalta oleellinen tieto aineistosta (Kylmä & Juvakka 2007, 115-119). Tämän haastatteluaineiston analyysin viimeisessä vaiheessa luokiteltu aineisto yhdisteltiin, jolloin saatiin vastauksia tutkimustehtäviin. Tässä haastattelussa oltiin kiinnostuneita leikkauspotilaan hoitoprosessista ja sen hallinnasta.

Leikkaustoiminnan lopettamispäätöksen jälkeen litteroitu aineisto käytiin uudestaan läpi ja sieltä poimittiin havaittuja ongelmakohtia, jotka ohjasivat projektin uutta suuntaa ja projektin etenemistä. Tässä kirjallisessa työssä keskitytään kuitenkin alkuperäisen aineistonanalyysin tuomiin tuloksiin.

5.3 Kohdejoukon kuvaus

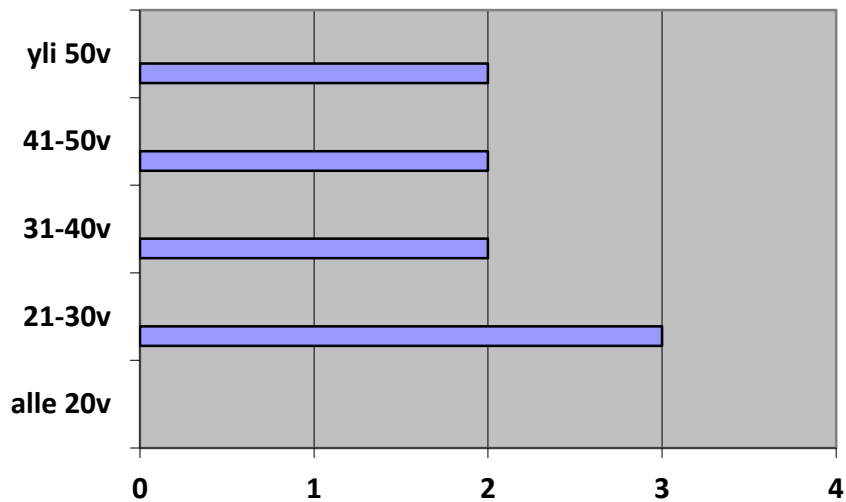
Haastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää valita tarkoituksenmukainen ja järkevä kohdejoukko. Tutkimustehtävä sekä haastattelun tavoite vaikuttavat tämän kohdejoukon valintaan. (Hirsjärvi ym. 2000, 155; Heikkilä 2010, 14.)

Osaston henkilökunta oli hyvin edustettuna haastatteluissa. Vaikka osaston työntekijöistä haastateltiin vain puolet, oli edustettuna hyvin heterogeeninen ryhmä. Haastateltavat olivat eri ammattiryhmistä, ikäryhmistä sekä taustoista. Haastateltuja oli kaiken kaikkiaan yhdeksän, joista viisi oli sairaanhoitajia, kolme perus- tai lähihoitajia sekä yksi sairaanhoitajana toimiva opiskelija (Kuvio 2).



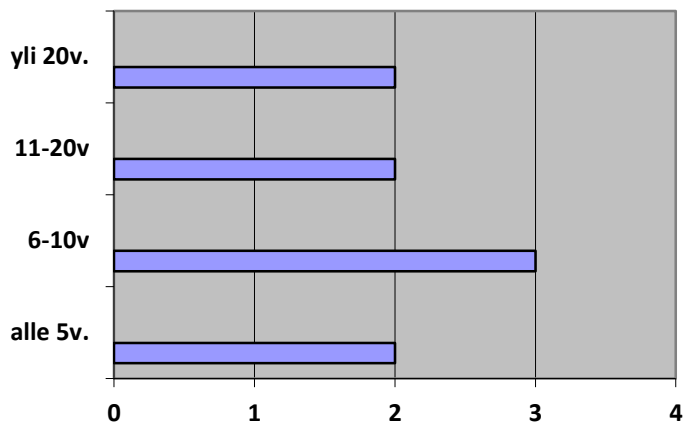
Kuvio 2. Haastateltavien koulutustaso.

Yksikään haastateltava ei ollut alle kaksikymmentävuotias, mutta muuten haastateltavat olivat tasaisesti eri ikäryhmistä. (Kuvio 3)



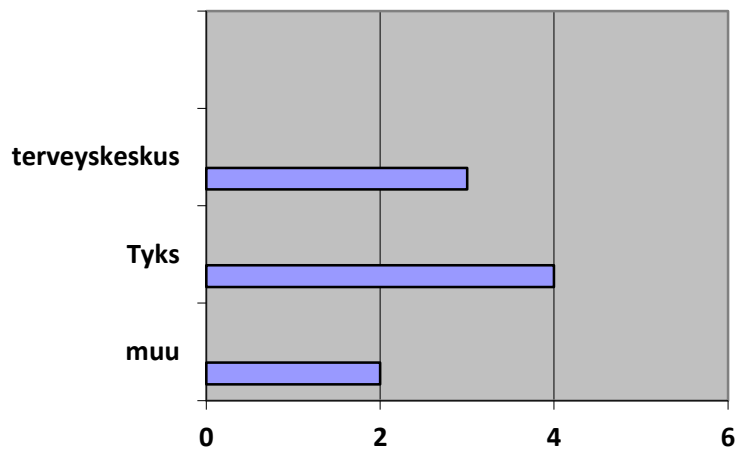
Kuvio 3. Haastateltavien ikäjakauma.

Työkokemusta haastateltavilla oli alle viiden vuoden työkokemuksesta yli kahdenkymmenen vuoden työkokemukseen. (Kuvio 4)



Kuvio 4. Haastateltavien työkokemus.

Taustoiltaan haastateltavat olivat myös tasaisesti erilaisia. Terveyskeskuksesta liitoksen yhteydessä siirtyi kolme haastatelluista ja Tyks Vakka-Suomen sairaalan kirurgiselta vuodeosastolta siirtyi liitoksen yhteydessä neljä hoitajaa. Kaksi haastatelluista on tullut suoraan Osasto 1:lle tai jostain muualta kuin edellä mainituista yksiköistä. (Kuvio 5)



Kuvio 5. Haastateltavien edeltävä työpaikka.

Aineisto analysoitiin etukäteen pohdittujen teemojen mukaisesti etsien vastausta tutkimuskysymyksiin. Aineistoon tutustumisen myötä projektipäällikkö alkoi löytää haastateluista projektin kannalta merkityksellisiä asioita.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Osaaminen leikkauspotilaan hoidossa

Leikkauspotilaan hoito koettiin hallittavan melko hyvin. Kaivattiin kuitenkin selkeitä pysyväismääräyksiä aina samalla lailla toteutettavien toimintojen suhteen. Potilasryhmiä on paljon, mikä tekee jokaisen erikoisalan hallitsemisesta vaikeaa. Tähän kaivattiin selkeitä tarkistuslistoja, jotta voidaan kontrolloida että kaikki rutiinotoimenpiteet tulee suoritettua. Perushoito leikkauksen jälkeen hallitaan hyvin.

”...määrätyilt potilailt otetaa ain seuraavan päivän pvk, ni en mä ainakaa semmost olis enää muistanu.”

”... en tiedä onko jossain joku semmone ku check lista, ku paljon käy sijaisia ja tulee uusii ni tiätäis... et ei tulis semmost hätäntymist et jaa tääl o vaik nivustyrä, et mitä pitää niinku huomioida.”

Leikkauksen jälkeinen seurannasta haastattelujen yhteydessä mainittiin kipu, pahoinvointi, haavanhoito, erittäminen, verenkierron seuranta, ompeleiden/hakasten poisto. Nämä kaikki osa-alueet tunnettiin hyvin.

”Kyl mää ninku kivun hoidon ossaan...”

”...ni periaattees ne vitaalielintoimintoje seuraaminen sama kaikil, verenpaineet ja nämä kaikki, dreenit ja nesteytys ja nämä.”

6.2 Hoitoprosessin toimivuus ympäristössä tapahtuneiden muutosten jälkeen

Muutokset ovat aiheuttaneet leikkauspotilaan hoitoprosessissa hankaluuksia eniten tietojärjestelmien yhteensopimattomuuden vuoksi. Osasto 1:n henkilökunta pääsee näkemään erikoissairaanhoidon potilaiden tietoja vain yhdeltä koneelta, joten potilaiden tietoihin tutustuminen on hankalaa. Tämä ongelma nousi esiin useaan kertaan kummankin ryhmähaastattelun yhteydessä.

”Se ettet sä näe koneelt. Kaik enne oli helppo kattoo et ne siäl oli kaikki siäl yhdel ja samal. Nyt sul o niit lippui ja lappui ja sä käännät ja jos jää joku kirjaamat jonnekin ja on se kumminki.”

Eri tietokoneohjelmien aiheuttamien hankaluuksien seurauksena määräyksiä kirjataan huonosti. Määräyksiä saatetaan kirjoittaa epämääräisiin papereihin, joita hoitohenkilökunnan tulee tulkita.

”Sit niinku kaikki ei tuu kirjattuu ja sit on niit, ku ne kirjaukset on siäl, nimiä mainitsematta, on totanoi vähä niinku paperil et sit sun täytyy niinku hokata ne (paperilaput) ja siirtää lääkärin määräykseks ja tehdä niinku toisen työtä... kyl ne määräykset sit pitäis koneel olla, ettei sun tart joka lippu ja lappu kääntää, ettii siält jottai nimi-merkki et tost päivästä lähtien tommone lääke ja ois se kiva et ne olis siäl koneel.”

Hoitoprosessin hankaluutena nähdään myös se, että oletetaan hoitohenkilökunnan tietävän asioita. Hallittavaa on kuitenkin niin paljon, että kaiken osaaminen ulkoa on mahdotonta. Määräyksiä ei ole kirjattu selkeästi vaan luotetaan liikaa henkilökunnan osaamiseen. Lääkäreiden saneluissa myös oletetaan hoitajien lukevan rivien välistä. Selkeitä määräyksiä kaivataan lääkehoidosta, ravitsemuksesta, nestehoidosta ja potilaan liikkumisesta sekä sen rajoituksista. Määräysten puuttuminen nousi useaan kertaan esille molemmissa ryhmähaastatteluissa.

”... sit selkeesti et syödäänkö vai eikö syödä...” toinen jatkaa *”Et ne puuttuu...ei me sit kuitenkaa tääl heti perunaa lyärä suuhu... joskus ei ol määräyksiä lainkaan, et ei tiärä saak ny antta eres mittä.”*

”Nii sit noit tyrii ja jotai ku tulee, ni ihan niinku ruakavalioki, ku joku sit taas ajatellaa et no saa syödä ihan normaaliste ja sit taas joku lääkäri haluaa et nestemäistä, niin ku seki lukis siäl, ni tiätäis mitä halutaa.”

”riippuu nii lääkärist, et joku kirjottaa kauheen litanian et A:st Ö:hön et mikä on ja toiset vähän suppeen ja sit pitäis lukee siält välist vaan niinku, et se vaan tiedetään.”

”Sun pitää olettaa ja tiätää ne määrätyt perusasiat, et jollet sä niit tiä ni sä luet sen tekstin ja sit siit tulee seuraavan päivän, et mitä, ei sitä oo tehty ei oo tätä tehty. No ko ei se lue siäl ja toine ei oo tiatone ni tää on mun mielest ainkai yks semne ongelma.”

Potilasturvallisuus voi vaarantua puutteellisten kirjausten takia varsinkin potilaan siirtyessä Turusta Osasto 1:lle, jolloin suullinen raportti jää puhelimen varaan.

”... paperi et siäl ei ol mittä, et sä joudut siält hakemaa, jos se on siäl viäl puutteeline, n isä et periaattees saa, et onk joku varauskialto tai onk syväistumiskialto. Et mejän täyty kaik siält selvittä itte.”

Hoitoprosessien yhteneväistämisen tarve kävi ilmi haastatteluista. Hoitoprosessia ei koeta yhteneväiseksi kaikkien potilaiden kohdalla vaan hoitolinjat voivat vaihdella eri potilaiden välillä. Tähän kaivataan selkeyttä oikean hoidon turvaamiseksi.

”Ja toi mikä aiheuttaa välil ihmetyst on toi, tiätyst me olla kaik erilaisii, mut et tota minkä taki saman tyyppises leikkaukses ni toisel määrätä ihan pitkät antibiootit iv. ja sit toisel ei o mittä... mä ymmärtäisi jos siäl olis ollu joku tulehdustila tai joku ni se selittäiski sen.”

Yön yli viipyvistä potilaista keskusteltiin paljon molempien haastattelujen yhteydessä. Haastatteluista kävi selvästi ilmi, että tämä prosessi on hyvin epäselvä. Ei tiedetty kuka on vastuussa potilaan kotiuttamisesta ja mitä ohjeita potilaille annetaan jo leikkausosastolla. Kritiikkiä esiintyi siitä, tarjotaanko potilaille liian helposti mahdollisuutta yöpymiseen. Yön yli viipyvien potilaiden koettiin rasittavan henkilökuntaa kohtuuttoman paljon. He eivät ole vaativia hoidettavia, mutta jälleen kerran tietokoneohjelmien yhteensopimattomuus tuottaa liikaa työtä. Potilaat tulee kirjata asiallisesti terveyskeskuksen tietojärjestelmään vaikka he käytännössä katsoen viettävät usein alle kaksitoista tuntia osastohoidossa.

”... edellyttäis, et ei liian helpost annettais sitä vaihtoehtoo (hotelliyö), et no okei saat jäädä yäks”

”Siin on ihan älytön työ tän ohjelman, et ennehän se oliko paljon helpompia ne siirtämiset noo, mut nyt se ei käy ihan nii.”

”Ja vaik he saatta sillaiki, et ei he ny välttämät yän aikan, et ei ne ny ehkä välttämät sillai tyällistä, mut on sul sit kuitenkin.”

6.3 Kehitysehdotuksia leikkauspotilaan hoitoprosessiin

Konkreettisia kehitysehdotuksia haastatteluista selvisi joitakin. Tarkistuslistat eri potilasryhmien raportointiin koettiin tarpeellisena. Tarkistuslistat auttaisivat hoitohenkilökuntaa tekemään tarkentavia kysymyksiä siirtoraportin yhteydessä ja näin varmistamaan tarvittavan tiedon siirtymisen potilaan mukana uuteen hoitopaikkaan.

”Kyl mä ainaki olen siält (leikkausosastolta) saanu niinku hyvii raportteij, et se just ku on ihan uus, ni sitä ei välttämät tiärä, et jos ei oo saanu jotai tiätää.”

Tärkeimpänä kehitettävänä asiana pidettiin lääkäreiden kirjaamisen parantamista. Määräykset ja hoito-ohjeet tulee löytyä tekstistä selkeästi, ilman tulkinnan varaa. Hoitohenkilökunta joutuu päättämään lääkäreiden määräysten pohjalta mahdollisia lisämääräyksiä.

”Ja sitäki mä ihmettelen, et ni toi noi otetaa x-veri ja tilataa punasolui, mut ei silti oo niinku määräykses, et pitäis pvk ottaa.”

Yön yli viipyvien potilaiden hoitoprosessi kaipaisi kokonaisuudessaan kuvaamista. Tällä hetkellä henkilökunnalle on hyvin epäselvää, miten tämän potilasryhmän kanssa tulee toimia. Hoitoprosessin selkeä kuvaus ja esittely koko henkilökunnalle auttaa poistamaan turhia epäselvyyksiä toiminnan suhteen sekä sen suhteen mikä on kenenkin vastuulla. Se auttaa myös parantamaan potilastyytyväisyyttä sekä tiedottamista ja potilasohjausta.

”Viäl noihi hotelliyäpyjiin (yön yli viipyvä potilas), ku viime kerral, ku mä olin yäs ja aamul kävin hänt siin sit kattomas, sit mä oli vähän sillee, et mä en tiädä kos sä pääset täältä niinko kotiin tai mitään muuta. Ko hän kysy, et miten tämä tästä jatkuu ja mä olin sit ihan niinku en mää tiä. Et kuka hänet kotiuttaa ja kosk hän saa läh-tee.”

Useaan otteeseen esiin tuli myös tietojärjestelmien yhdenmukaistaminen. Eri tietojärjestelmät aiheuttavat turhaa hukkaa toiminnassa, kun jo kertaalleen edellisessä hoitopaikassa kirjatut tiedot joudutaan manuaalisesti siirtämään toiseen tietojärjestelmään.

”Se on just tämä ohjelma, ku ne on nii erilaisii, ni siin menee sitä aikaa.”

”Just se nyt ettet sä näe koneelt. Enne oli helppo kattoo et ne siäl oli kaikki siäl yhdel ja samal.”

6.4 Ideoita organisaatioiden välisen yhteistyön kehittämiseen

Organisaatioiden välisellä yhteistyöllä tarkoitettiin tässä haastattelussa Tyks Vakka-Suomen sairaalan ja Uudenkaupungin terveyskeskuksen välistä yhteistyötä. Yhteistyö nähtiin varsinkin hoitohenkilökunnan välillä hyvänä.

"Mun mielest tä on ainaki ihan positiivistä tä meidän välinen yhteistyö (leikkausosasto – Osasto 1), meil on niinku, enemmän nä nyt koskee näit lääkärin määräyksiä ja ei nä ny niin kauheest hoitajii. Mun mielest ainaki sujunu niinku hyvin hoitajien näkökulmasta."

"En mäkkää siin (hoitajien välisessä yhteistyössä) nää mitän ongelmaa siis tässä, mut välil tuntuu sit et noist se kiista siit vaan tulee tost seuraavast ammattiryhmästä."

Anestesia- ja lääkäriin pitämiä koulutustilaisuuksia pidettiin onnistuneina ja sen kaltaista yhteistyötä kaivattaisiin lisää.

"...ainaki se oli tosi hyvä se kipuhoidon liittyvä tietoisuus, koulutus mikä se nyt olikaan, mä tykkäsin et se oli hyvä."

Organisaatioissa tapahtuva jatkuva muutos koettiin kehittämishalua hillitsevänä tekijänä. Ei koeta tarkoituksenmukaisena lähteä kehittämään yhteistyötä, kun se mahdollisesti jo pian loppuu.

"...yhteistyöhö pystyy vaikuttamaan, mut et tuntuuk se suurelt ponnistukselt tässä vaiheessa, ko tuntuu et kaik menee, yht'äkki muuttuu päiväs."

"Sit sitä yhteistyöt vaikee varmaa ajatella, et mitä sote tuo tullessaan, mitä sitä ylipäätäs tääl ruppee niinku loppuviimeks tapahtumaa vai tapahtuuk mittä. Tai mitä vielä suljetaa tai lakkautetaa."

7 TULOSTEN TARKASTELU

7.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa arvioinnin kohteena on koko tutkimusprosessi. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan on tarkastettava vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä. Tuloksia analysoitaessa on tunnistettava ja otettava huomioon omat ennakko-oletukset. Tutkimustekstissä tulee kuvata mahdollisimman tarkasti mitä aineiston keräyksessä ja sen jälkeen on tapahtunut. (Eskola & Suoranta 2008,210-213; Hirsjärvi ym. 2004, 217.)

Tässä tutkimuksessa haastattelija tunsi haastateltavat ja työyhteisön tilanteen, jolloin oli tärkeää pitää omat ajatukset ja oletukset erillään haastateltavien ajatuksista. Huomiota oli kiinnitettävä myös siihen, ettei anna omien ennakko-odotusten ohjata haastattelua tiettyyn suuntaan eikä antaa omien olettamusten vaikuttaa haastatteluja analysoitaessa.

Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston väliset suhteet ovat päteviä ja että tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä mitä sen tuleekin mitata. Aineiston tulkinta on taas reliaabelia silloin kuin se ei sisällä ristiriitaisuuksia ja se on toistettavissa. Laadullisen aineiston arvioinnissa on aina pohdittava aineiston riittävyttä ja analyysin kattavuutta. Varmin tapa arvioida aineiston riittävyttä on sen saturoituminen. Aineiston kattavuus taas tarkoittaa sitä ettei perusteta tulkintoja satunnaisiin poimintoihin aineistosta. (Eskola & Suoranta 2008, 214-215; Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Vaikka projektipäälliköllä oli tässä tutkimuksessa alun perin käsitys, että haastateltavia on liian vähän, oli kuitenkin jo näissä kahdessa ryhmähaastattelussa havaittavissa saturoitumista. Aineisto oli hyvin kattavaa, jolloin samaan johtopäätökseen voitiin päästä useamman vastauksen perusteella. Saadun aineiston perusteella pystyttiin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteereinä pidetään uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129).

7.2 Eettisyys

Tutkimusta tehtäessä tutkimuksen tekijän on kiinnitettävä huomiota tutkimuksen tekemisen eettisiin kysymyksiin. Hyvä tieteellinen käytäntö ja ihmisarvon kunnioittaminen ovat eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksiä. Tutkimukseen osallistuvilla täytyy olla mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Heille on myös annettava tietoa tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti. Ihmisoikeudet muodostavatkin ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan (Hirsjärvi ym. 2009, 23-27; Tuomi ym. 2009, 131). Tässä haastattelussa kaikilta haastateltavilta pyydettiin kirjallinen lupa haastatteluun sekä haastattelun nauhoittamiseen. Kaikilla haastateltavilla oli myös mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta. Mikäli yksikin teemahaastatteluryhmän jäsen olisi kieltäytynyt nauhoittamisesta, oli haastattelija varautunut tekemään muistiinpanoja. Tässä haastattelussa kaikki haastateltavat suostuivat haastattelun nauhoittamiseen.

Hyvän laadullisen tutkimuksen kriteerinä voidaan pitää tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta ja eettistä sitoutuneisuutta (Tuomi ym. 2009, 127). Tutkimuksen tekijällä on vastuu aiheen harkitsemisesta. Tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta, eikä tarkoituksena ole tutkijan uran edistäminen (Eskola ym. 2008, 53; Tuomi ym. 2009, 129). Tutkimukseen osallistujilla on oikeus odottaa tutkijalta vastuuntuntoa, luvattujen sopimusten noudattamista sekä tutkimuksen rehellisyyden vaarantamattomuutta (Tuomi ym. 2009, 131).

Tutkimukselle tulee saada lupa myös päättävältä viranomaiselta, joka tälle haastattelulle saatiin toukokuussa 2016 (Liite1). Haastattelun tarkoituksena ei ole kehittää haastattelijan uraa vaan toimintaa osastolla ja tämän haastattelun tarve onkin lähtenyt toiminnan kehittämisestä Tyks Vakka-Suomen sairaalan ja Uudenkaupungin terveyskeskuksen välillä, eikä haastattelijan henkilökohtaisista tarpeista (Eskola & Suoranta 2008, 52). Haastattelujen litteroinnin jälkeen haastattelutallenteet tuhottiin ja kun lopullinen projektityö on hyväksytty, litteroidut haastattelut hävitetään. Haastateltavien henkilöllisyys ei käy ilmi missään tulosten käsittely vaiheessa.

Tämän projektin suurin eettinen ongelma liittyy aiheen muuttumiseen jo tehtyjen haastattelujen jälkeen. Harkittavana oli noudatetaanko luvattuja sopimuksia. Ohjausryhmän palaverissa katsottiin kuitenkin, että uuden aiheen tarkoituksena on edelleen kehittää toimintaa Osasto 1:n hyvinvointia ajatellen ja haastatteluista selvisi kehitettäviä asioita, jotka koskevat myös potilashoitoa Tyks:n kantasairaalan ja Osasto 1:n välillä. Näin

ollen katsottiin, että projektia voidaan jatkaa eettisesti oikein perustein. Tutkimuksen rehellisyyttä ei vaaranneta, kun projektin uudesta suunnasta informoidaan Osasto 1:n henkilökuntaa.

7.3 Tulosten arviointi

Haastatteluista kävi ilmi, että osaston henkilökunta kokee osaavansa hyvin leikkauspotilaan hoitoprosessin osastolla leikkauksen jälkeen. Kaivataan kuitenkin muistitukea varsinkin sellaisten potilasryhmien kohdalla, joita hoidetaan harvoin. Tällaisia muistitukia voivat olla esimerkiksi prosessikuvauksiin perustuvat tarkistuslistat, joihin on kuvattu eri potilasryhmien hoidossa huomioitavia asioita. Tarkistuslistat toimivat muistin tukena, ettei kaikkea tarvitse muistaa itse. Strukturoidun menetelmän käytön tiedonsiirrossa on katsottu parantavan raportin laatua (Clancy 2008, 112; Marshall ym. 2009, 137-140; Tamminen & Metsävainio 2015, 339).

Tietojärjestelmien yhteensopimattomuus aiheuttaa käytännön ongelmia ja lisätyötä potilaiden päivittäisessä hoidossa. Tämä on ikävä kyllä ongelma johon ei ole tulossa ratkaisua lähitulevaisuudessa. Tietojärjestelmien yhteensopimattomuus vaikeuttaa potilaiden hoidon jatkuvuutta sekä aiheuttaa todellisen riskin potilasturvallisuudelle. Tämä yhteensopimattomuus edellyttää lähettävältä yksiköltä hyviä hoitotyön kirjauksia printattuna potilaan mukaan tämän siirtyessä. Tärkeää on myös informoida vastaanottavaa henkilökuntaa siitä miten potilasta itseään on lähettävässä yksikössä ohjeistettu. Kahden eri tietojärjestelmän käyttämisen aiheuttama muutosvastarinta on aiheuttanut myös sellaisen ongelman, ettei määräyksiä laitetakaan koneelle vaan niitä kirjoitetaan erillisille lapuille, jotka saattavat hävitä tai jopa mennä sekaisin. Tämä lisää entisestään potilaan riskiä turvallisuuden vaarantumiselle ja haittatapahtumalle.

Yhtenä ongelmana nähdään myös se, että henkilökunnan oletetaan tietävän ja toteutettavan kirjaamattomia hoitotoimenpiteitä ja määräyksiä. Määräykset tulee kuitenkin löytyä joka potilaan kohdalta, jotta niitä voidaan toteuttaa. Osastolla voi olla myös pysyväismääräyksiä joidenkin tiettyjen potilasryhmien kohdalla, joilla tietyt asiat toistuu aina samalla tavalla. Näistäkin määräyksistä täytyy löytyä kirjallinen ohjeistus osastolta. Puutteellisia määräyksiä on niin lääkehoidossa, ravitsemuksessa, nestehoidossa kuin liikkumistakin koskevissa määräyksissä.

Hoitoprosessien yhtenäistämistä kaivataan. Tällä hetkellä samasta syystä hoidettavan potilaan hoitolinjat voivat olla hyvinkin erilaiset. Tämä aiheuttaa myös sen, ettei henkilökunnalla ole mahdollisuuttakaan oppia erilaisten potilasryhmien hoitoa. Puhuttaessa laadukkaasta hoidosta tulisi sen olla kaikille potilaille samojen kriteereiden mukainen. Prosessin kuvaus auttaa yhtenäistämään hoitokäytänteitä ja parantaa hoidon läpinäkyvyyttä, kuten myös Renholm ym. (2009, 169) tutkimuksessaan on todennut.

Erityisesti epäselvyyttä koettiin sairaalassa vain yön viettävien potilaiden hoitoprosessissa. Henkilökunnalla ei ollut varmaa käsitystä siitä miten kyseisen potilasryhmän hoitoprosessin kuuluu mennä. Tärkeää olisi kuvata tämä hoitoprosessi selkeästi ja perehdyttää henkilökunta tähän prosessiin. Varsinkin tässä prosessissa nähtävissä on selkeä tiedonkulun ongelma siinä miten prosessin kuuluisi mennä. Tämän potilasryhmän hoidossa korostui myös eri tietojärjestelmien aiheuttama lisätyö. Potilasryhmä sinänsä ei ole hoitohenkilökuntaa työllistävä, mutta sisään kirjaamiseen menee kohtuuttoman paljon aikaa. Niin tämän potilasryhmän kuin muidenkin osastolle suoraan leikkausosastolta tulevien potilaiden kohdalla toivottiin kiinnitettävän enemmän huomiota kellonaikaan, jolloin potilaat siirretään osastolle. Tämä ongelma on projektin päättyessä jo poistunut leikkaustoiminnan loppumisen myötä.

Haastateltavilta itseltä kysyttäessä kehitysehdotuksia leikkauspotilaan hoitoprosessiin oli vastaukset hyvin samansuuntaisia mitä haastattelijakin oli aikaisempien tutkimusten pohjalta nostanut esiin. Eri potilasryhmien raportointiin kaivattiin tarkistuslistoja, joiden avulla pystyisi paremmin huomioimaan, että kaikki tarvittava on käyty läpi. Myös aikaisemmassa tutkimuksessa on tultu samankaltaiseen johtopäätökseen. Nimenomaan kyseiseen hoitoyksikköön suunnitellun raportointityökalun arvioitiin auttavan turvaamaan tiedon siirtymisen potilassiirtojen yhteydessä. (Staggers ym. 2012, 247-259.) Strukturoidun menetelmän käyttö tiedonsiirrossa yleensäkin parantaa annettavan raportin laatua (Marshall ym. 2009, 137-140).

Tärkeäksi kehittämistä vaativaksi asiaksi haastateltavat nostivat lääkäreiden kirjaamisen parantamisen. Tällä hetkellä määräyksiä ja hoito-ohjeita ei ole aina kirjattu tekstiin selkeästi vaan hoitohenkilökunta joutuu käyttämään aikaansa tiedon etsimiseen tekstistä ja tekemään omia päätelmiä kirjattujen määräysten lisäksi. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on noussut esiin jatkuvuuden ja laadun turvaaminen hyvällä ammattiryhmien ja yksiköiden välisellä yhteistyöllä sekä riittävällä tiedon kululla (Clancy 2008, 111; Flemming & Hubner 2013, 580-589; Flink ym. 2015, 356).

Eri organisaatioiden välinen yhteistyö nähtiin toimivana varsinkin hoitohenkilökunnan välillä. Erikoislääkärin pitämää koulutustilaisuutta pidettiin onnistuneena ja samankaltaisia tilaisuuksia toivottiinkin lisää. Organisaatioiden välistä yhteistyötä hidastavana tekijänä pidettiin jatkuvaa muutosta. Ei nähdä järkevänä käyttää energiaa toimintojen kehittämiseen kun seuraavassa hetkessä toiminnot muuttuvat taas uusiksi. Osastolla ollaan odottavalla kannalla Sote-uudistuksen tuomien muutosten suhteen.

7.4 Kehittämiprojektin tuotos

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää kirurgisen potilaan hoitoprosessia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Tavoitteena oli saada potilaille tasalaatuinen hoito riippumatta siitä hoidetaanko häntä Tyksissä vai lähisairaalan vuodeosastolla erikoissairaanhoidon potilaana. Projektin tuotoksena oli tarkoitus kehittää toimintasuunnitelma hoidon tasalaatuisuuden ylläpitämiseksi potilassiirtojen yhteydessä, potilaan hoidossa sekä hoitotyön kehittämisessä.

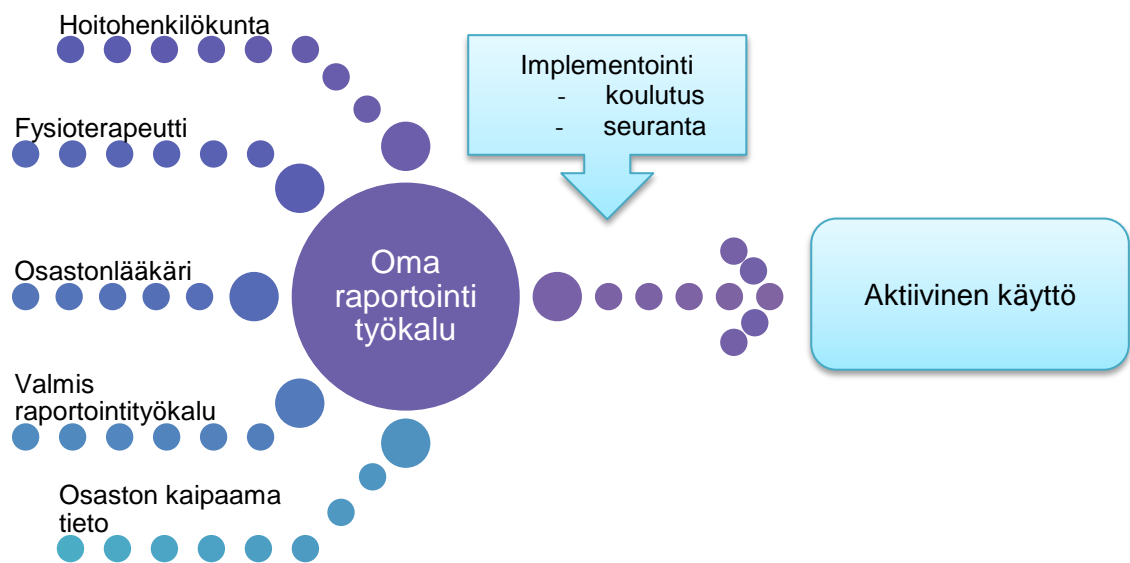
Potilassiirrot

Haastatteluista nousi selkeästi esiin tiedonkulun ongelmat potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Tiedonkulun puutteellisuus hoitovastuun siirtyessä vaikuttaa koko hoitajakson laatuun. Parantamalla tiedonkulkua potilassiirtojen yhteydessä pystytään vaikuttamaan potilaan saaman hoidon laatuun koko hoitajakson ajan. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi on tärkeää ottaa käyttöön tarkistuslista potilassiirtoon. Sekä Tyksissä että Lähisairaалassa on olemassa valmis raportoinnin tarkistuslista, joka tulisi saada aktiiviseen käyttöön. Raportointi potilaasta tapahtuu puhelimitse, mikä mahdollistaa helpommin asioiden unohtumisen. Käytettäessä systemaattisesti raportoinnin tarkistuslistaa, tulee kaikki yksityiskohdat varmemmin käytyä läpi.

Tarkoituksenmukaista voi olla myös kehittää oma raportoinnin tarkistuslista, joka sopii juuri yksikön tarpeisiin (Kuvio 6). Tämä saattaa lisätä raportoinnin tarkistuslistan käyttömyönteisyyttä. Tarkistuslistan käyttöön ottoon tulee saada riittävästi koulutusta ja sen käyttöä tulee seurata, jotta käyttö saadaan osaksi arkipäivää. Esimiesten täytyy olla tarkistuslistan käytön tukena ja järjestää henkilökunnan käyttöön tarvittavat työkalut tai aikaa uuden työkalun luomiseen sekä työkalun käyttöön perehtymiseen. Moniammatillisesti suunniteltu yksikköön muokattu tarkistuslista helpottaa sen käyttöä ja vähentää uuden toimintamallin vastustusta. Oma tarkistuslistaa kehitettäessä on tärkeää ottaa

huomioon eri ammattiryhmien ajatukset, jotta tarkistuslistasta saadaan kaikkien kannalta toimiva.

Tarkistuslistasta ei ole mitään hyötyä, jos sen käyttö jää sattumanvaraiseksi. Tarkistuslistaa tulee käyttää kaikissa potilassiirroissa rutiinisti, joten uuden menetelmän implementointi käytäntöön on tärkeä osa uuden toimintamallin luomista. Implementointi tulee suunnitella huolella ja siihen on käytettävä riittävästi resursseja (Liite 5).



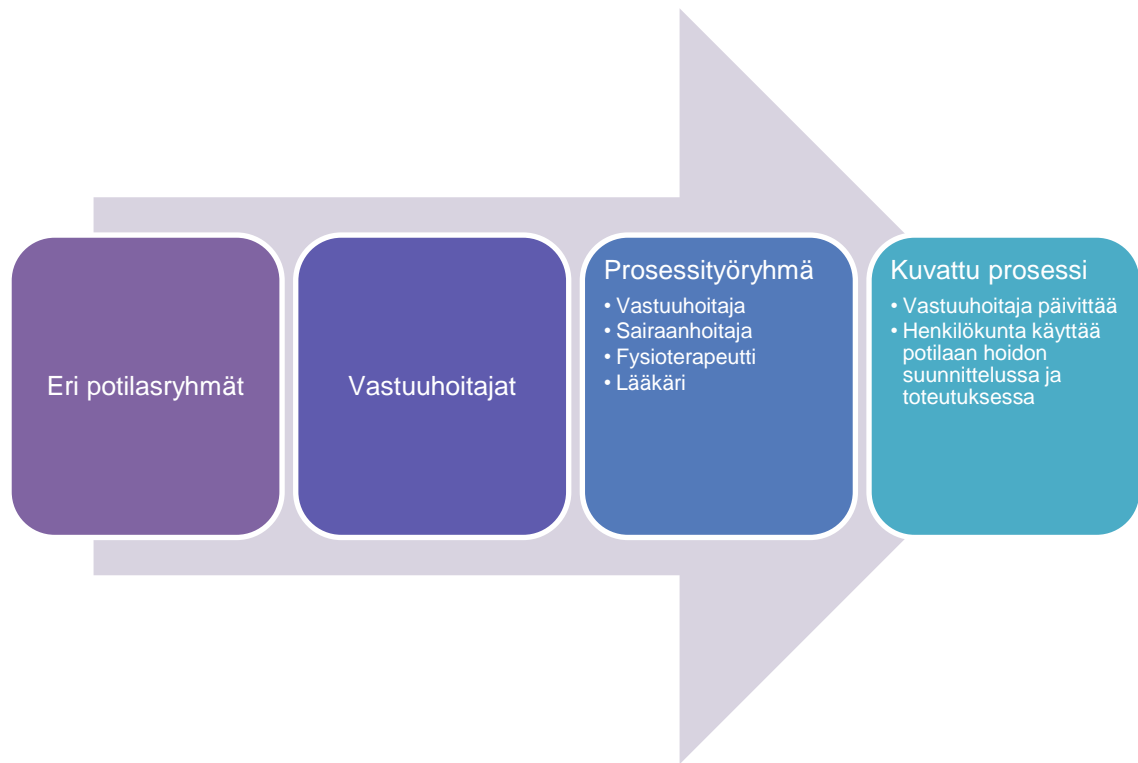
Kuvio 6. Raportoinnin tarkistuslistan suunnittelu.

Potilashoito

Osasto 1:llä hoidetaan perustason kirurgisia potilaita useilta erikoisaloilta. Hoitohenkilökunnan on haastavaa ylläpitää korkeaa osaamisen tasoa kaikkien eri potilasryhmien hoidossa. Useiden eri potilasryhmien hoidossa auttaa hyvin kuvatut hoitotyön prosessit, joita myös aktiivisesti päivitetään. Tyksissä on kuvattu hoitotyön prosesseja leikkauspotilaan hoitotarpeen toteutamisesta siihen, että potilas kotiutuu, mutta tarkemmat kuvaukset varsinaisista hoitotyön toiminnoista leikkauksen jälkeen puuttuu. Hoitotyön prosessi suunnitellaan yksilöllisesti kunkin potilaan kohdalla, mutta jonkinlaiset raamit helpottavat hoidon suunnittelua.

Osasto 1:llä hoitotyön suunnittelua ja toteuttamista voi helpottaa pääasiallisten potilasryhmien kartoittaminen ja vastuuhoidajan määrääminen kullekin potilasryhmälle. Vastuuhoidajat perehtyvät syvemmin kyseisen potilasryhmän hoitoon ja osallistuvat koulu-

tuksiin, minkä pohjalta he kouluttavat osaston muuta henkilökuntaa. Vastuuhoitajat tulevat kuvaamaan moniammatillisessa työryhmässä oman potilasryhmänsä hoitoprosessin ja vastaavat prosessin päivittämisestä käypä hoito suositusten mukaisesti. Näiden tehtyjen kuvausten perusteella hoitohenkilökunnan on helpompi toteuttaa kunkin potilasryhmän hoitotoimia. Kuvatut prosessit myös helpottavat uusien hoitajien ja opiskelijoiden perehdyttämistä. (Kuvio 7).



Kuvio 7. Hoitoprosessien kuvaus.

Osastosta vastaavan lääkärin tulee huolehtia, että tiettyjä potilasryhmiä koskevat pysyväismääräykset on selkeästi määritelty ja että ne löytyvät kirjallisena osastolta. Nämä määräykset voidaan liittää prosessin kuvaukseen. Tässä kaivataan yhteistyötä Tyksin kanssa, jotta heillä toteutettavat rutiinit toteutuvat myös Osasto 1:llä. Lääkäreille tulee myös tehdä selväksi, että kaikki määräykset tulee kirjata koneelle, jotta hoitaja voi niitä toteuttaa.

Tyksin ja Osasto 1:n välistä yhteistyötä voi tulevaisuudessa lisätä. Tyks Vakka-Suomen sairaalassa käy usean eri erikoisan lääkäreitä pitämässä poliklinikkavastaanottoa. Näitä lääkäreitä tulee voida hyödyntää Osasto 1:n henkilökunnan osaamisen lisäämisessä siten, että he pitävät tietoiskuja oman erikoisalansa potilashoidosta. Anes-

tesialääkärin pitämää koulutusta kivunhoidosta pidettiin hyvänä, joten varmasti muidenkin erikoisalojen juuri Osasto 1:lle räätälöity koulutus tai tietoisuus toimii.

Hoitotyön kehittäminen

Kehittäminen on aina osa hoitotyötä. Osasto 1 on uusi osasto, jolloin ei ole vielä ehtinyt muodostua voimakasta toimintakulttuuria. Sen sijaan vielä on meneillään kahden eri toimintakulttuurin yhdistäminen. Tämä antaa ihanteellisen tilanteen näyttöön perustuvaan hoitotyön kehittämiseen. Eri hoitoprosessien kuvaaminen on tärkeä osa tätä näyttöön perustuvaa hoitotyön kehittämistä.

Tärkeää on tässä tilanteessa taata riittävät resurssit toimintamallien luomiseen ja prosessien kehittämiseen. Hoitotyön kehittämisestä on tärkeää saada osa perustyötä. Nykyään jatkuvasti tapahtuva muutos luo kuitenkin vastustusta toiminnan kehittämiseen, koska turhan työn tekemiseen ei haluta käyttää muutenkin tiukkaa resursseja. Potilashoidon jatkuva muuttuminen luo paineet organisaation johdolle antaa enemmän resursseja hoitotyön kehittämiseen sekä esimiestyöhön.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Tämän kehittämisprojektin alussa tarkoituksena oli kehittää leikkauspotilaan hoitoprosessia Tyks Vakka-Suomen sairaalassa. Tarkoituksena oli selvittää mitä osaamista terveyskeskuksen vuodeosastolla tarvitaan potilaan siirtyessä leikkausosastolta perusterveydenhuoltoon, jotta leikkauspotilaan hoitoprosessi on laadukas ja sujuva. Tämän jälkeen päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessia oli tarkoitus kehittää vastaaman havaittua tarvetta. Sairaanhoidopiirissä tehtävät jatkuvat muutokset oli projektipäällikön tiedossa jo projektia aloitettaessa ja ne pyrittiin huomioimaan projektin riskikartoituksessa. Ei kuitenkaan osattu ottaa huomioon mahdollisuutta, että leikkaustoiminta loppuu kokonaan projektin jatkuessa tai edes lähitulevaisuudessa. Leikkaustoiminnan lopettamispäätös vaikutti projektipäällikön työskentelyyn myös siinä mielessä, että leikkausosaston osastonhoitajana projektipäälliköllä oli merkittävä rooli arkityössä lopettamisen läpiviejänä opinnäytetyön projektipäällikkyyden lisäksi.

Siinä vaiheessa, kun päätös leikkaustoiminnan loppumisesta tuli, oli jo ehditty suorittaa teemahaastattelut. Tässä vaiheessa projektipäällikkö mietti miten eettisesti on järkevä toimia. Haastateltavat odottavat vastetta antamalleen ajalle, mutta projektia ei kuitenkaan ollut missään tapauksessa järkevää jatkaa sellaisenaan. Projektin ohjausryhmä teki projektipäällikön esityksestä päätöksen hyödyntää tehtyjä haastatteluja uuden projektiaiheen valinnassa. Haastatteluista kävi ilmi tiedonkulun ongelmat ja useiden erilaisten potilasryhmien hoidon aiheuttamat vaikeudet, joten projektin uudeksi tavoitteeksi valittiin potilaan hoitoprosessin jatkuminen laadukkaana potilaan siirtyessä Tyksistä Uudenkaupungin lähisairaalaan. Projektin uudelleen suuntauksen jälkeen aihe tarkentui vielä koskemaan traumapotilasta. Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää kirurgisen potilaan hoitoprosessia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Tavoitteena oli saada potilaille tasalaatuinen hoito riippumatta siitä hoideaanko häntä Tyksissä vai lähisairaalan vuodeosastolla erikoissairaanhoidon potilaana. Projektin tuotoksena kehitettiin toimintasuunnitelma hoidon tasalaatuisuuden ylläpitämiseksi potilassiirtojen yhteydessä, potilaan hoidossa sekä hoitotyön kehittämisessä.

Projektin lähtökohdat oli sen hetkisen toiminnan kannalta hyvin ajankohtaiset ja tarpeelliset. Tämä kävi ilmi vahvasti tehdyissä haastatteluissa, joissa leikkauspotilaan hoitoprosessissa havaittiin useita parantamiskohtia. Myös uuden projektin lähtökohdat ovat luonnollisesti ajankohtaiset ja tarpeelliset hoidon jatkuvasti kehittyessä ja muuttu-

essa monimuotoisemmaksi sekä myös siitä lähtökohdasta, että aihe päätettiin jo tehtyjen haastattelujen pohjalta. Ajankohta projektille ei siinä mielessä ollut ihanteellinen, että Osasto 1 on toiminut vasta niin lyhyen aikaa, että toimintamallit vielä hakevat paikkaansa. Toisaalta tilanne, jossa omaa toimintakulttuuria vielä ollaan rakentamassa, on ideaali uuden mallin käyttöönottoon.

Projektin toteuttamisen aikataulu muodostui kieräksi, koska uusi aihe saatiin vasta syksyllä 2016. Projektiryhmä muodostui kahden eri organisaation henkilökunnasta ja tämä aiheutti suuria haasteita saada projektiryhmä koolle. Lisähankaluuden aiheutti se, että projektipäällikkö toteutti projektia oman työnsä ohella, muttei kuitenkaan työskennellyt kummallakaan projektissa mukana olevalla osastolla. Edellä mainituista syistä projektiryhmän työskentely jäikin tässä projektissa aika vähäiseksi. Projektiryhmän tiiviimpi työskentely varsinkin Osasto 1:n osalta olisi varmasti helpottanut suunniteltujen muutosten tulevaa implementointia osastolle. Osasto 1:n projektiryhmä voikin jatkaa työskentelyään tämän projektin päätyttyä tuotoksen toteuttamisella tai sitten tarkoituksenmukaisempaa voi olla valita implementointiin uudet henkilöt, jolloin voidaan mahdollisesti lisätä sitoutuneisuutta toimintamalliin.

Tässä projektissa näkyy projektipäällikön kokemattomuus projektityöskentelyssä. Osaltaan projektiryhmän toimintaan vaikuttaa myös tieto osastoilla koko ajan vallitsevasta kiireestä, jolloin ei halua aiheuttaa lisää stressiä projektin kiirehtimisellä. Projektiaiheen muuttuminen ja aikataulun venyminen aiheutti projektin sijoittumisen kaikkein kiireisimpään vuodenaikaan, jolloin henkilökuntaa oli vaikea irroittaa projektityöskentelyyn. Pitempi aika projektin toteuttamiseen olisi mahdollistanut myös projektiryhmän paremman työskentelyn. Opinnäytetyönä toteutettavassa projektissa aikataulupaineita aiheuttaa valmistumisajankohta, joten ylimääräiset muutokset projektin kulkuun saattavat herkästi aiheuttaa projektin epäonnistumisen.

Projektipäällikkö on kuitenkin vienyt kehittämisprojektin prosessia koko ajan eteenpäin suunnitelmien muuttumisesta huolimatta. Valmis tuotos on hyödynnettävissä paitsi Osasto 1:llä, myös missä tahansa potilashoitoon osallistuvassa yksikössä, jossa halutaan kehittää potilashoidon laatua ja turvallisuutta. Tällaisen mallin toteuttaminen vaatii kuitenkin osaston johdolta sitoutumista sekä riittävien resurssien antamista sen suunnitteluun ja toteutukseen.

9 POHDINTA

Haastatteluista erottui selkeästi tarve tarkistuslistojen käytöstä potilassiirtojen yhteydessä. Strukturoidun menetelmän käytön tiedonsiirrossa onkin aikaisemman tutkimustiedon perusteella katsottu parantavan raportin laatua (Clancy 2008, 112; Marshall ym. 2009, 137-140; Tamminen & Metsävainio 2015, 339). Tämän perusteella tässä projektissa laadittiin toimintasuunnitelma oman tarkistuslistan suunnitelemiseksi. Aikaisemman tutkimustiedon mukaan nimenomaan osaston omaan käyttöön suunnitellun tarkistuslistan on katsottu toimivan parhaiten (Staggers & Blaz 2012, 247-259). Tyksissä on käytössä valmis strukturoitu potilassiirron tarkistuslista ja tämän projektin seurauksena Osasto 1:llä on jo työstetty omaa potilassiirron tarkistuslistaa.

Kehitysehdotuksena Tyksin traumaosaston suhteen tämän projektin perusteella on jo olemassa olevan tarkistuslistan aktiivinen käyttöönotto. Tarkistuslistan käyttöönoton aktivoinnissa voidaan käyttää apuna projektissa suunniteltua tarkistuslistan implementointisuunnitelmaa vaiheesta kaksi lähtien (Liite 5). Tarkoituksenmukaista voi olla myös traumaosastolla oman tarkistuslistan suunnitteleminen, jolloin voidaan huomioida nimenomaan traumapotilaan siirtymisessä huomioitavia asioita tarkemmin. Osasto 1:llä on jo suunniteltu omaa tarkistuslistaa ja sen hiominen ja implementointi implementointisuunnitelman mukaisesti on vietävä loppuun. Tarkoituksenmukaista on huomioida myös molemmilla osastoilla tarkistuslistan käyttöaktiivisuuden seuraaminen implementoinnin jälkeen. Tulevaisuudessa olisi hyvä laajemminkin tutkia tarkistuslistojen käyttöaktiivisuutta. Tarkistuslistan käyttö on myös kirjattava potilaan tietoihin, jotta sen käyttö voidaan osoittaa. Tarkistuslistoja on tehty paljon, mutta ei ole kuitenkaan olemassa tutkimustietoa niiden käyttöaktiivisuudesta.

Erityisesti epäselvyyttä koettiin yön sairaalassa viettävien leikkauspotilaiden hoitoprosessissa. Henkilökunnalla ei ollut varmaa käsitystä siitä miten kyseisen potilasryhmän hoitoprosessin kuuluu mennä. Tärkeää olisi ollut kuvata tämä hoitoprosessi selkeästi ja perehdyttää henkilökunta tähän prosessiin. Aikaisemmankin tutkimustiedon mukaan prosessin kuvauksen on todettu auttavan hoitokäytänteiden yhtenäistämässä ja parantavan hoidon läpinäkyvyyttä (Renholm ym. 2009, 169). Projektin päättyessä leikkaustoiminta Tyks Vakka-Suomen sairaalassa on kuitenkin jo loppunut, joten tätä prosessia ei ole ollut järkevää lähteä enää tarkemmin kuvaamaan. Tehtyjen haastattelujen

jälkeen tehtiin karkea kuvaus potilaan hoitopolusta tämän viipyessä sairaalassa vain yön yli.

Lääkäreiden määräysten ja hoito-ohjeiden epäselvyys aiheutti hoitajille lisätyötä ja epävarmuutta määräysten toteuttamiseen. Kirjaaminen koettiin epäselväksi ja jättävän tulkinnan varaa. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on noussut esiin jatkuvuuden ja laadun turvaaminen hyvällä ammattiryhmien ja yksiköiden välisellä yhteistyöllä sekä riittäväällä tiedon kululla (Clancy 2008, 111; Flemming & Hubner 2013, 580-589; Flink ym. 2015, 356). Tämän projektin yhteydessä ollaan oltu yhteydessä Tyksin traumaosaston lääkäreihin ja heitä on muistutettu kirjaamisen tärkeydestä ja siinä huomioitavista asioista. Hoitohenkilökunnalta lääkäreille tapahtuva viestintä ei kuitenkaan välttämättä vie asiaa eteenpäin. Tärkeää onkin viedä haastatteluista esiin tulleet lääkärikuntaa koskevat haasteet heidän esimiestensä tietoon, jotta toiminta määräysten ja kirjaamisen suhteen selkiytyy. Tämä tulee tapahtumaan vasta projektin muuten päätyttyä.

Kehitysehdotukseksi tulevaisuudessa esiin nousee luonnollisesti tietojärjestelmien kehittäminen, mikä on kansallisen tason kehittämishaaste. Työtä tämän eteen tehdään jo koko ajan. Käytännössä näyttää kuitenkin siltä, että ohjelmia tulee koko ajan lisää, mutteivät ne edelleenkään keskustele keskenään. Suurimpien tietotekniikan aiheuttamien ongelmien helpottamiseksi apuna ovat raportointityökalut, joilla voidaan saada tarvittava tieto siirtymään hoitopaikasta toiseen.

Jatkotutkimushaasteena tähän nimenomaiseen projektiin on samankaltaisen haastattelun tekeminen projektin tuotoksen implementoinnin ja käyttökokemusten jälkeen. Mielinkiintoista on nähdä ovatko nämä menetelmät auttaneet hoitajia tällä hetkellä kohtaamissaan ongelmassa. Toisena jatkotutkimushaasteena on tämän projektin sekä yleensä tarkistuslistojen käytön sekä prosessien kuvausten vaikutus potilasturvallisuuteen sekä henkilökunnan työhyvinvointiin.

LÄHTEET

- Alho, A., Peltokorpi, A., & Torkki, P. 2005. Tuotantotaloutta leikkausyksikössä. Sairaala 8/2005.
- Birmingham, P., Buffum, M.D., Blegen, M.A. & Lyndon, A. 2015. Handoffs and Patient Safety: Grasping the Story and Painting a Full Picture. *Western Journal of Nursing Research*. 2015, vol 37(11) 1458-1478.
- Boockvar, K. S. & Burack, O.R. 2007. Organizational Relationships Between Nursing Homes and Hospitals and Quality of Care During Hospital–Nursing Home Patient Transfers. *JAGS* 55:1078-1084,2007.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=bc4ac552-50f0-47ca-b498-584744273623%40sessionmgr4007&hid=4207> viitattu 4.11.2016.
- Clarke, M.G., Wheatley, T., Hill, M., Werrett, G. & Sanders, G. 2011. An Effective Approach to Improving Day-Case Rates following Laparoscopic Cholecystectomy. *Minimally Invasive Surgery Volume 2011*, Article ID 564587 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3197003/>
- Clancy C.M. 2008. Improving the Safety and Quality of Care Transitions. *AORN Journal* July 2008, vol 88, No1.
- Cropley, S. 2015. Nurses on Guard: Culture of safety.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=c1ebae6c-1dea-45a2-9b4c-8dd4270965a4%40sessionmgr107&hid=125>
- Dy, S.M., Garg, P.P., Nyberg, D., Dawson, P.B., Pronovost, P.J., Morlock, L., Rubin, H.R., Diener-West, M & Wu, A.W. 2003. Are Critical Pathways Effective for Reducing Postoperative Length of Stay? *Medical Care* Volume 41, Number 5, pp 637-648. http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.24.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HFDGFPDIDCDDADMMNCHKCFLBEFAAAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.22.23%257c0%257c00005650-200305000-00011%26S%3dHFDGFPDIDCDDADMMNCHKCFLBEFAAAA00&directlink=http%3a%2f%2fov idsp.tx.ovid.com%2fovftpdfs%2fFPDDNCLBCFMMDC00%2ffs010%2fovft%2flive%2fgv016%2f0005650%2f00005650-200305000-00011.pdf&filename=Are+Critical+Pathways+Effective+for+Reducing+Postoperative+Length+of +Stay%3f&pdf_key=FPDDNCLBCFMMDC00&pdf_index=/fs010/ovft/live/gv016/00005650/00005650-200305000-00011
- Dy, S.M., Garg, P., Nyberg, D., Dawson, P.B., Pronovost, P.J., Morlock, L., Rubin, H. & Wu, A. 2005. Critical Pathway Effectiveness: Assessing the Impact of Patient, Hospital Care and Pathway Characteristics Using Qualitative Comparative Analysis. *Health Services Research* 40:2 (April 2005) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361153/>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Flemming, D. & Hybner, U. 2013. How to improve change of shifts hand-overs and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Result of a systematic literature review. *International Journal of medical Informatics* 82 (2013), 580–592. s.580,584 http://ac.els-cdn.com.ezproxy.turkuamk.fi/S1386505613000622/1-s2.0-S1386505613000622-main.pdf?_tid=cf94680c-a25b-11e6-b625-00000aab0f6c&acdnat=1478242769_ffba11130ceb03133a8710c062aefec8 viitattu 4.11.2016.
- Flink, M., Bergenbrant Glas, S., Airosa, F., Öhlén, G., Barach, P., Hansagi, H., Brommels, M. & Olsson, M. 2015. Patient-centered handovers between hospital and primary care: An assessment of medical records. *International Journal of Medical Informatics* 84 (2015) 355-362.

- Gatrell, C. & Daniels, M. 2016. Building a Culture of Safety. Code Blue 2016. Pennsylvanian Nurse. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f8e75350-298a-4d9b-8a3c-7126de329e88%40sessionmgr101&vid=4&hid=115>
- Gilmartin, J. 2003. Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 243-250.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=d62f6215-eb0a-492c-86e4-61c66c780e4d%40sessionmgr114&hid=110>
- Gilmartin, J. 2005. Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1109-1117.
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=d62f6215-eb0a-492c-86e4-61c66c780e4d%40sessionmgr114&hid=110>
- Hallila L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. 2005. Hygieia. Otavan kirjapaino oy. Keuruu.
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.-8. painos. Helsinki: Edita Parma Oy
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Bookwell Oy: Porvoo
- Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A. & von Plessen C. 2012. *BMC Health Services Research* 2012, 12:154. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3465216/>
- Häggman – Laitila, Arja 2009a. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen - systemoitu katsaus toimintamalleihin. *Tutkiva Hoitotyö* 3, Vol. 7, 20 - 27
- Häggman-Laitila, A. 2009b Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin. *Hoitotiede* 2009a, 21 (4), 243-258.
- Kotter, J. P 1996. Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki: OY RASTOR AB.
- Kratz, C.R. 1993. Hoitotyön prosessi. WSOY:n graafiset laitokset. Juva
- Kuokkanen, L. 2005. Sairaanhoidajan tehtävät ja osaaminen. Mitä viime vuosien suomalainen tutkimus kertoo. *Tutkiva hoitotyö* 3 (4), 18-24.
- Kuntaliitto. Terveystieteiden laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. 2011. Viitattu 7.11.2016.
<http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>
- Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto K. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede* 2014, 26 (4), 310-321.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lahtinen, J., Alanko, A., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Nenonen, M., Permi, J., Punnonen, H., Rihkanen, H., Tenhunen, A. & Toivonen, J. 1998. Päiväkirurgia. Suomen Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki

Laki 1516/2016. Viitattu 9.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161516>

Marshall, S., Harrison, J. & Flanagan, B. 2009. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality And Safety in Health Care*. 2009. **18**: 137-140.

Nikkilä, J. & Paasivaara, L. 2007. Arjen johtajuus. Rutiinijohtamisesta tul-kintataitoon. Sipoo: Silverprint.

Pakkonen, M., Salminen, L. & Hupli, Maija 2010. Täydennyskoulutusopiskeli-joiden käsityksiä tutkitun tiedon käytöstä hoitotyössä - edistäviä ja estäviä tekijöitä. *Tutkiva Hoitotyö*, 2010, 3, Vol. 8, 30 - 37.

Renholm, M., Suominen, T., Turtiainen, A-M. & Leino-Kilpi, H., 2009. Continuity of Care in Ambulatory Surgery Critical Pathways: The Patients' Perceptions. *MUDSURG Nursing* – May/June 2009 – Vol. 18/No. 3
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=d62f6215-eb0a-492c-86e4-61c66c780e4d%40sessionmgr114&hid=110>

Rotter, T., Kugler, J., Koch, R., Gothe, H., Twork, S., van Oostrum, J.M. & Steyerberg, E.W. 2008. A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Services Research* 2008, 8:265.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632661/>

Ruuska, K. 2006. Terveystuon projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum Media Oy.

Ruuska, K. 2007. Pidä projekti hallinnassa; suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Vantaa: Talentum Media Oy.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.

Sarajärvi, A., Mattila L.-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 15.10.2015.
<http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö.2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sote-uudistus 2017. Viitattu 11.1.2017. <https://kimpassa-allihopa.fi/sote/kuntalaiselle/>

Staggers, N. & Blaz, J.W. 2013. Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 69(2), 247–262. s.251, 259
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=9d420d29-0d26-4577-94cd-a030dc1c8cac%40sessionmgr4009&hid=4207> Viitattu 4.11.2016.

Stenvall, J., Rannisto, P-H. & Sallinen S. 2014. Osaava kunta – rajapinnoilta vahvuutta kuntien toimintaan. Kuntatalon paino. Helsinki.

Suhonen, R. Teoksessa: Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hygieia. Otavan kirjapaino oy. Keuruu.

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilaturvallisuutta. *Finnest* 2015;48 (4). Viitattu 18.3.2017.
http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf

THL1. Potilasturvallisuusopas. 2011. Viitattu 11.1.2017.

<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

THL2. Laatu ja potilasturvallisuus. 2013. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus>

Tuomi & Sarajärvi. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Turunen, E., Mäntynen, R., Kvist, T., Miettinen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Turunen, H. & Partanen, P. 2015. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkäaikais- tutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* 2015, 27 (2), 148-162. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=aa0fb0de-eeb0-4379-930a-143fc079b773%40sessionmgr4006&hid=4207>

Twycross, A. 2011. Leadership is key to ensuring evidence is used in practice. *Evidence - Based Nursing*, 2011, 2, 31.

Van Houdt, S., Heyrman, J., Vanhaecht, K., Sermeus, W. & De Lepeleire, J. 2013. Care Pathways to improve care coordination and quality between primary and hospital care for patients with radical prostatectomy: a quality improvement project. *Quality in Primary Care* 2013;21:149-55. Radcliffe Publishing.

WHO. 2014. Viitattu 9.3.2017. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

Tutkimuslupa

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terveysala



Liite 4

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

HAKIJA/HAKIJAT	Koulutusohjelma
Anna-Maria Suikkanen	Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen
Yhteystiedot Anna-Maria Suikkanen p. 050 3639548 Osoite ja puh. Tyks Vakka-Suomen sairaala Leikkausosasto Terveystie 2 23501 Uusikaupunki	

Opinnäytetyön nimi	Leikkauspotilaan hoitoprosessi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla
Aineiston keruun kohde ja aineiston luonne ja koko	Koko Uudenkaupungin terveyskeskuksen Osasto 1 hoitohenkilökunta
Aineiston kokoamistapa ja ajankohta	Teemahaastattelu touko-kesäkuussa 2016
Arvioitu valmistusajankohta	Huhtikuu 2017
Ohjaaja	Ritva Laaksonen-Heikkilä
Ohjaaja	

Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa vain opinnäytetyön tekemiseen ja siten, että aineiston keruun kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.

Päiväys 23.5.2016

Allekirjoitus Anna Maria Suikkanen

Lupa myönnetty Lupa evätty

Päättäjän allekirjoitus Ritva Laaksonen-Heikkilä Päiväys 31.5.2016

Yhteystiedot Ritva Laaksonen-Heikkilä

Lupa-anomukseen liitetään ohjaajan hyväksymä tutkimus-/työsuunnitelma. Anomus jätetään kahtena kappaleena, joista toisen luvasta päättäjällä palauttaa käsittelyn jälkeen lupaa hakeneille.

Teemahaastattelun runko

- 1) Mikä leikkauspotilaiden hoidossa vuodeosastolla on haasteellista?
- 2) Millä tavoin leikkauspotilaan hoitoprosessin avulla voidaan helpottaa työskentelyä vuodeosastolla?

Minkä koet haasteellisena/hankalana tuoreen leikkauspotilaan hoidossa osastollanne?

- tilat, potilaan sijoittaminen
- osaaminen
 - o kivunhoito – määräykset
 - o sidosten hoito
 - o voinnin seuraaminen – mitä tulee seurata ja kuinka usein, pahoinvointi, vuoto, erittäminen → milloin tulee ottaa yhteyttä päivystäjään
 - o potilaan ohjaaminen – jatkohoito-ohjeistus, virtsaaminen, syöminen/juominen
- ajanpuute
- työnjako
- tiedon saanti – raportointi, määräykset

Miten näihin haasteisiin voi vaikuttaa

- leikkauspäätöstä tehtäessä
- potilaan haastattelun yhteydessä/jälkeen
- leikkauispäivää edeltävänä päivänä
- leikkauispäivänä

Esitietolomake

Haastateltava nro: _____

Ammatti

sairaanhoitaja _____

perushoitaja _____

lähihoitaja _____

joku muu, mikä _____

Ikä

20-30v _____

31-40v _____

41-50v _____

50v tai vanhempi _____

Siirtynyt osastolle

TK:sta _____

TYKS:sta _____

Tullut suoraan Osasto 1:lle _____

Työkokemus

alle 5v _____

5-10v _____

11-20v _____

yli 20v _____

Suostumus haastatteluun

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU



Ylempi ammattikorkeakoulututkinto/Terhy

Opinnäytetyön nimi: Leikkauspotilaan hoitoprosessi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla

Päiväys

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa leikkauspotilaan hoitoprosessin kehittämiseksi sellaiseksi, että se toimii prosessin kaikissa vaiheissa myös yli organisaatioiden rajapinnan. Tarkoituksena on selvittää mitä terveyskeskuksen vuodeosastolla kaivataan, jotta leikkauspotilaiden hoito olisi helpompaa. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana leikkauspotilaan hoitoprosessin kehittämishankkeeseen. Lupa aineiston keruuseen on saatu... (keneltä ja milloin). Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja antamalla sen haastattelijalle.

Sinun osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska jokainen mielipide ja ajatus on tärkeää hoitoprosessin kehittämisessä. Haastattelun tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammatti-korkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Ritva Laaksonen-Heikkilä, Lehtori, THL, THM(hallinto), SHO Turun amk/Terveysala.

Osallistumisestasi kiittäen

Anna Suikkanen

Osastonhoitaja, M-Totek, Vakka-Suomi/ Johtamisen ja kehittämisen yamk-opiskelija

anna.suikkanen@students.turkuamk.fi

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa _____ opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteystiedot (tarvittaessa) _____

TARKISTUSLISTAN IMPLEMENTOINTISUUNNITELMA

