



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Lean jatkuvan kehittämisen ideataulu Herttoniemen päiväkirurgiseen yksikköön -
ideasta käytäntöön
Rapo, Jonna

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Lean jatkuvan kehittämisen ideataulu Herttoniemen päiväkirurgiseen yksikköön -
ideasta käytäntöön

Jonna Rapo
YAMK Terveys- ja hyvinvointipalvelujen kehittäminen ja johtaminen
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2016

Jonna Rapo

Lean jatkuvan kehittämisen ideataulu Herttoniemen päiväkirurgiseen yksikköön - Ideasta käytäntöön

Vuosi

2016

Sivumäärä

88

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää työntekijöiden keinoja kehittää hoitotyötä ennen Lean ideataulun käyttöönottoa ja selvittää onko ideataulu toimiva tapa kehittää hoitotyötä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Herttoniemen päiväkirurgisen yksikön hoitotyötä potilaan parhaaksi Lean ideataulun avulla. Työntekijät voivat laittaa kehittämisiä ideatauluun, josta valittiin toteutettava idea. Sovittu työryhmä kehitti yhdessä muiden työntekijöiden kanssa idean toimivaksi malliksi, jota lopuksi kokeiltiin käytännössä ja otettiin uudeksi käytännöksi.

Lean ideataulun avulla voidaan tarkentaa hoitotyön prosesseja käytännön työtä tekevien ihmisten avulla. Lean ideataulu on työkalu saada työntekijät kehittämään prosesseja sujuvimiksi. Hoitotyön kehittämisen perustana on mahdollistaa potilaalle paras mahdollinen hoito. Leikkaussalitoiminnassa on tärkeää yksinkertaistaa prosesseja ja tehostaa virka-aikaista toimintaa, mikä edistää hoidon oikea-aikaisuutta ja turvallisuutta sekä korostaa päiväkirurgiaan panostamisen tärkeyttä.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena käyttäen tutkimusmenetelminä haastattelua ja havainnointia. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna, johon osallistui neljä hoitajaa päiväkirurgiselta- sekä leikkausosastolta. Loppuhaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, johon osallistui kaksi hoitajaa päiväkirurgiselta osastolta ja kolme leikkausosastolta. Loppuhaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, johon osallistui kaksi hoitajaa päiväkirurgiselta osastolta ja kolme leikkausosastolta. Havainnointi toteutettiin käyttäen osallistuvaa havainnointia koko projektin ajan sekä kahden aivoriihen ja pilotoinnin aikana. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Lean ideatauluun laitettiin aivoriihestä syntyneet ideat. Näistä ideoista toteutettiin äänestys, jonka avulla tehtiin päätös siitä mitä ideoista haluttiin ensimmäisenä kehittää. Eniten ääniä sai tiedonkulku, raportointi ja tietosuoja. Työryhmä teki kehityssuunnitelman hyödyntämällä toisen aivoriihen avulla syntyneitä tarkempia kehitysideoita. Tiedonkulkua selkeytettiin tilanteissa, joissa leikkaus on peruuntunut tai siirretty. Raportointiohjeet tehtiin yksikköön, tietosuojan, hiljaisen raportoinnin ja ISBAR:n pohjautuvan raportointimallin käytöstä. Raportointia pyrittiin selkeyttämään sekä jäsentämään ISBAR:n perustuvan raporttimallin avulla potilaan tullessa saliin ja heräämään. Potilaan siirtyessä takaisin päiväkirurgiselle osastolle pyrittiin siirtymään hiljaiseen raportointiin. Tietosuoja parannettiin huomioimalla äänenvoimakkuutta, tehostamalla sermien käyttöä ja mahdollisuuksien mukaan sijoittamalla potilaat heräämössä kauaksi toisistaan. Raportointi potilaasta tapahtuu leikkaussalissa aina kun mahdollista.

Tulosten perusteella Lean ideataulu koettiin olevan hyödyllinen työnkehittämisessä, ja sen avulla kaikkien osallistujien mielipiteet on mahdollista ottaa huomioon. Ideataulu koettiin olevan hyödyllinen apuväline parantamaan yhteistyötä ja kehittämään toimintaa ison yksikön tai useamman osaston välillä. Työntekijät pitivät hyvin tärkeänä yhteisen ajan löytymistä, jotta pystytään yhdessä keskustelemaan ja vaihtamaan mielipiteitä, sekä päästään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Opinnäytetyö ja Lean ideataulu on hyödynnettävissä myös muissa yksiköissä. Kehittämistyönä syntynyt raportointiohje ja ISBAR:n pohjautuvaa raportointi-mallia voidaan soveltaa myös muihin yksiköihin.

Asiasanat: Lean ideataulu, Hoitotyön kehittäminen, Päiväkirurginen yksikkö

Jonna Rapo

Idea table of the constant developing of Lean to the day surgical unit of Herttoniemi from Idea to practice

Year	2016	Pages	88
------	------	-------	----

The purpose of the thesis is to clarify the workers' methods to develop nursing before using the Lean idea table and to find out if the idea table is a functional way to develop nursing. The goal of the thesis is to develop nursing for the best of the patients at the day surgery department in Herttoniemi by using the Lean idea table method. The employees can put their ideas of development into the idea table, where one idea will be chosen and executed. The chosen work team along with other employees develop a functional model idea that will be tested finally in practice and used as a new practice.

With the help of the Lean idea table processes can be refined without the need of experts. The Lean idea table enables employees in their own line of work to have an impact in the processes of work and fix them by themselves. The Lean idea table enables the employees to make processes smoother. The basis of nursing care is to enable and execute the best possible care for the patient. In the surgical unit right timing, safety and investing in day surgery are important, as are simplifying the processes and making the actions during the working hours more effective. The thesis was conducted using the action research method by using interviewing and observation as research methods. Interviewing was conducted as a focused interview before the Lean idea board by interviewing four nurses from the day surgery and four nurses from the surgery department. The final interview was conducted as a group interview, where two nurses from the day surgery and three nurses from the surgery department participated. The participating observation method was used during the whole project including the brainstorming and piloting. The data was analyzed using the inductive reasoning analysis.

The ideas from the brainstorming session were put to the Lean idea table. These ideas were voted on and then a decision was made which idea would be the first one to be developed. The ideas that received the highest number of votes were information flow, reporting and data protection. The work group made a plan for the development by taking advantage of the more detailed development ideas of the other brainstorming session. The flow of information was clarified in situations where the surgery was canceled or postponed. Reporting instructions were made for the unit about patient confidentiality, quiet reporting and reporting templates that were based on the ISBAR templates. The goal was to clarify and create a better structure by using the ISBAR reporting model when the patient entered the operating room or the recovery room. The quiet reporting model would be used when the patient was transferred back to the day surgery department. Patient confidentiality was improved by taking into account the volume of sound, increasing the use of privacy curtains between patients and when possible placing the patients as far as possible from each other in the recovery room. Patient reporting happens in the operating room whenever possible.

Based on the results, the Lean idea table was considered beneficial for the development of the work. Using the Lean idea table method allows all the participants' opinions to be taken into account. The idea table was seen as a useful tool to enhance cooperation and to develop activities between a large unit and several departments. The employees' experience was that it is very important to find time to spend time together, in order to be able to jointly discuss and exchange opinions and finally to achieve the best possible result. The results of the thesis can be utilized in other departments and the Lean idea table can be used as such in other units. Reporting instructions that were made and the ISBAR based reporting model can be applied to other units as well.

Keywords: Lean idea table, the development of Nursing, Surgical Day Unit

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Lean filosofia	8
	2.1 Lean terveydenhuollossa.....	9
	2.2 Kaizen jatkuvan kehittämisen ideataulu	11
3	Hoitotyön kehittäminen.....	14
4	Päiväkirurginen yksikkö	15
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	18
6	Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut	19
	6.1 Tiedonkeruumenetelmät.....	21
	6.1.1 Haastattelu	21
	6.1.2 Havainnointi.....	23
	6.2 Analyysimenetelmät	25
	6.2.1 Haastattelun analyysimenetelmät	25
	6.2.2 Havainnoinnin analyysimenetelmät	27
7	Tulokset.....	29
	7.1 Lähtötilanne haastattelujen tulokset ennen Lean ideataulua	29
	7.1.1 Keinoja tuoda kehitysideoita esille	29
	7.1.2 Aloitelaatikon käyttö ideoiden tuomiseen	31
	7.1.3 Työntekijöiden yhteistyöstä ideoiden kehittämisessä käytäntöön toimiviksi uusiksi toimintatavoiksi	32
	7.1.4 Esimieheltä ja HUS:lta saatu tuki työn kehittämiseen	33
	7.2 Ideasta käytäntöön prosessin havainnointi	35
	7.2.1 Ideointi.....	35
	7.2.2 Kehitysidean valitseminen	36
	7.2.3 Mitä ja miten lähdettiin kehittämään	37
	7.2.4 Aivoriihi tiedonkulun, raportoinnin ja tietosuojan parantamisesta	38
	7.2.5 ISBAR:n pohjautuva raportointimalli ja hiljaisen raportoinnin kehittäminen ja käyttöönoton valmistelu.....	41
	7.2.6 ISBAR:n pohjautuvan raportointimallin ja hiljaisen raportoinnin pilotointi ja kehitysehdotukset.....	43
	7.3 Loppuhaastattelun tulokset ideataulun hyödyistä	45
	7.3.1 Lean ideataulun hyöty työnkehittämisessä ja ideoiden ehdottamisessa	45
	7.3.2 Lean ideataulun hyöty idean kehittämisprosessissa sekä yhteistyössä	46
	7.3.3 Aika ja resurssit ideoiden kehittämiseen	47
	7.3.4 Lean ideataulun hyöty jatkossa yksikössä.....	48
	7.4 Yhteenveto tuloksista	49
8	Pohdinta	51
	8.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	51

8.2	Tulosten tarkastelua.....	53
8.2.1	Työn kehittämiseen vaikuttavat tekijät ja Lean ideataulun hyöty työnkehittämisessä	53
8.2.2	Ideasta käytäntöön prosessi ja tiedonkulun, raportoinnin ja tietosuojan kehittäminen.....	55
8.3	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet	58
	Lähteet	60
	Kuviot..	65
	Taulukot	66
	Liitteet.....	65

1 Johdanto

Lean johtaminen ja Lean ajattelutapa on yritysmaailmasta levinnyt terveydenhuoltoon, kansainvälisesti puhutaan Lean sairaaloista. Tällä hetkellä Lean ajattelua viedään hyvin laajasti terveydenhuoltoon ympäri Suomea. Johtohenkilökuntaa koulutetaan Lean ajatteluun niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Leanin tarkoituksena on kehittää työtä, keskittyä oleelliseen ja pyrkiä vähentämään hukkaa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) on viety läpi vuosien 2009-2013 useampia Lean-hankkeita. Suurin osa hankkeista on tehty HUS-Kuvantamisessa ja HUSLAB:ssa eli sairaanhoidollisissa tukipalveluyksiköissä. Hankkeita on käynnistetty ja toteutettu myös kliinisissä sairaanhoidon yksiköissä kuten päivystyksissä, sisätautien vuodeosastolla ja ortopedian tekonivelyksikössä. (Mäkijärvi 2010, 61.) HUS:n strategia onkin, että potilaat saavat parasta erikoissairaanhoidoa oikea aikaisesti, joustavasti ja asiakaslähtöisesti (HUS strategia 2012-2016, 10). Hoitotyön suositusten tavoitteena on inhimillinen, oikein ajoitettu, oikea ja vaikuttava hoito potilaalle. Suositukset ovat konkreettinen osoitus näyttöön perustuvasta hoitotyöstä. (Hotus 2015.) Potilaslähtöisyys ja potilaan parashoito korostuu niin HUS:n strategiassa ja sairaanhoitajien yleisissä ohjeissa.

Hoitotyön kehittäminen perustuu asiakkaan parhaaksi. Keskeistä työn kehittämässä on hyvä johtaminen, kun henkilöstön voimavaroja halutaan ohjata nimenomaan asiakaslähtöisiin palveluihin. Kehittäminen on tämän hetkessä työelämässä keskeinen asia, johon liittyy muutos. Tärkeää on kehittää toimintatapoja, jotka mahdollistaa osallistumisen kaikille toimijoille. Jatkuva kehittäminen vaatii uusia tapoja johtaa, organisoida ja tehdä työtä, jotka tukevat ihmisen oppimista, luovuutta ja kykyä kehittää ja innovoida. (Alasoini 2011, 115-118.)

Päiväkirurgian tavoitteena on hyvä ja turvallinen hoito. Päiväkirurgiassa potilas saapuu sairaalaan aamulla tai aamupäivällä sovitun porrastetun aikataulun mukaisesti ja kotiutuu samana päivänä alle 12 tunnissa. Oikea potilas- ja toimenpidevalinta ovat päiväkirurgisen toiminnan edellytyksiä. Päiväkirurgiset toimenpiteet ovat pääasiassa suunniteltuja toimenpiteitä, ja anestesiassa pyritään nopeaan toipumiseen. Sen vuoksi suositaan täsmäspinaalipuudutusta, paikallispuudutusta, laskimosedatiota ja yleisanestesiassa lyhytvaikutteisia anestesia-aineita. (Tuominen 2014.) Onnistuneen päiväkirurgian edellytyksiä ovat etukäteen hyvin suunniteltu hoito, hyvä potilasohjaus prosessin kaikissa vaiheissa sekä sujuva yhteistyö toimijoiden kesken (Rauta 2013).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää onko Lean jatkuvan kehittämisen ideataulu toimiva tapa kehittää hoitotyötä. Opinnäytetyön tavoitteena on Lean ideataulun avulla kehittää Herttoniemen päiväkirurgisen yksikön hoitotyötä potilaan parhaaksi. Herttoniemen päiväkirurgi-

seen yksikköön tuotiin Lean metodin jatkuvan kehittämisen ajatuksesta ideataulu, johon työntekijät saivat laittaa kehittämideoita. Valittiin idea, jota sovittu työryhmä lähti kehittämään yhdessä muiden työntekijöiden kanssa paremmaksi toimintatavaksi, jota lopuksi kehitettiin käytännössä. Opinnäytetyössä esitettiin yhden idean kehitysprosessi. Opinnäytetyön ja ideataulun tarkoitus oli kehittää yksikössä hoitotyötä asiakkaan parhaaksi. Ideataulu toteutettiin leikkausosastolla sekä päiväkirurgisella osastolla, jotta päästiin kehittämään koko yksikön hoitotyötä.

Opinnäytetyössä selvitettiin haastattelulla henkilökunnan keinoja kehittää hoitotyötä. Tämän jälkeen tuotiin Leanin jatkuvan kehittämisen ideataulu yksikön seinälle ja aivoriihen avulla kehitettiin kehitysideoita, joista yhdessä valittiin idea, jota haluttiin lähteä ensimmäisenä kehittämään. Opinnäytetyössä esitetään valitun idean kehittämisprosessi käytäntöön, jonka toteutusta selvitettiin havainnoimalla. Lopuksi haastateltiin työntekijöiden kokemuksia ideataulun käytöstä ja sen tuomasta hyödyistä hoitotyön kehittämisessä asiakkaan parhaaksi.

2 Lean filosofia

Lean on johtamisfilosofia, jonka kaksi tärkeintä oppia ovat: jatkuva prosessin parantaminen ja ihmisten kunnioittaminen. Strategialla parannettiin prosessia, joka otettiin käyttöön Toyota Motor Companylla toisen maailmansodan jälkeen. Japanilainen firma ymmärsi, että jos he haluavat menestyä, heidän on tehtävä paljon enemmän, paljon vähemmällä. (Grunden & Hagood 2012, 5.) Lean Production on lähtenyt siis Toyota Production system:stä, jonka yksi luojista on ollut Taichii Ohno. Hän hylkäsi mittakaavaedut ja suurtuotannon ja esitti, että tuottavuutta saa aikaan virtaus. Siinä keskitytään tarkastelemaan asiakkaalta saadun tilauksen ja maksun saamisen välistä aikaa, jossa karsitaan jatkuvasti arvoa tuottamattomia toimintoja, jotta pystytään lyhentämään aikatauluja. (Modig & Åhlström 2013, 78.)

Lean Production on mainittu ensimmäisen kerran vuonna 1988 John Krafcikin kirjoittamassa artikkelissa, jossa verrataan eri autovalmistajien tuottavuustasoja ja kahta tuotantojärjestelmää: järeätä ja haurasta. Hän osoitti, että Toyotan tehtaot, joissa oli pienet varastot, pienet puskurit ja yksinkertainen tekniikka (hauras tuotantojärjestelmä) voisi taata hyvän tuottavuuden ja hyvän laadun. Hän antoi tälle tehokkaalle tuotantojärjestelmälle nimen Lean. Leanin avulla voi oppia tarkentamaan prosesseja, missä ihmiset, jotka työtä varsinaisesti tekevät, korjaavat asioita, sen sijaan, että turvaudutaan asiantuntijaan, joka kertoo, mitä pitäisi tehdä. (Modig & Åhlström 2013, 78-79.)

Lean auttaa myös näkemään, että ei ole henkilö, joka on epäkunnossa, vaan itse järjestelmä. Järjestelmää voi korjata ja parantaa pienillä helposti käsiteltävissä olevin osin. Lean edellyttää jatkuvaa oppimista ja ammatillista kehittymistä työntekijöiltä. (Graban 2012, 1-2.) Lean koostuu neljästä periaatteesta: 1. Tiimityö, 2. Viestintä, 3. Resurssien tehokas hyödyntäminen, 4. Jatkuvat parannukset. Jatkuvan parannuksen lisäksi leanissa on tärkeää toisten kunnioittaminen, mikä tarkoittaa luottamusta ja hyvää yhteistyötä. (Modig & Åhlström 2013, 79.)

2.1 Lean terveydenhuollossa

Taichii Ohno on yksi Lean filosofian luojista, joka on usein maininnut, että organisaation täytyy lähteä asiakkaan tarpeesta. Siksi Lean soveltuu hyvin terveydenhuoltoon, laatuun ja potilasturvallisuuteen, kustannuksiin sekä odotusaikoihin. Lean on väline, jolla voidaan muuttaa sairaaloiden organisaatiota ja johtamista toimivammaksi. Terveydenhuollossa jokapäiväisiä ongelmia ovat hukka ja katkenneet prosessit, vaikka terveydenhuolto ja henkilökunta haluavat tarjota parasta mahdollista hoitoa potilaille ja pitää ihmiset terveinä. Hoitajien täytyy ottaa paljon turhia askeleita työpäivän aikana, jos tätä aikaa vähennetään, heillä jää enemmän aikaa potilaiden hoitamiseen, karsimalla tarpeetonta hukkaa ja järkeistämällä, saadaan toimivammat prosessit. (Graban 2012, 1-2; Grunden & Hagood 2012, 5.)

Ensimmäiset sairaalat kokeilivat Lean metodologiaa 1990-luvulla Yhdysvalloissa. Sairaalat saivat tukea projekteihin Michiganin autonvalmistajilta. Leanin metodien avulla on mm. lyhennetty potilaiden odotusaikoja, lyhentämällä sairaalassaoloaikoja ja järkeistämällä prosesseja on saatu aikaan kymmenien miljoonien säästöjä useissa sairaaloissa. Lean ei korjaa koko isoa ongelmaa terveydenhuollossa, vaan se ratkaisee satoja tai tuhansia pieniä ongelmia, jotka häiritsevät sairaalan toimintaa päivittäin. Lean on tarkastelemista, miten teemme työtämme ja kuinka voimme tehdä työtä paremmin, joka kehittää laatua ja tuottavuutta. Leanin avulla opitaan korjaamaan ongelmia pysyvästi. Lean on työkalu sekä johtamismenetelmä, työtapa jatkuvaan kehittämiseen ja työntekijöiden sitoutumiseen, se auttaa meitä kaikkia ratkaisemaan ongelmia, jotka ovat tärkeitä organisaatiolle. (Graban 2012, 4-17.)

Lean metodista terveydenhuollossa on tehty paljon kansainvälistä tutkimusta, joissa se on todettu varsin toimivaksi menetelmäksi, jolla voidaan parantaa hoitoa ja säästää kustannuksia. Mason, Nicolay & Darzi (2014, 91-92) selvittivät tutkimuksessaan, että 23 tutkimuksessa, joissa oli Lean metodilla pyritty parantamaan hoitoa, suurimmassa osassa 88% tutkimuksissa oli saatu hyötyä Leanista mm. optimoitu avohoidon tehokkuutta, parantamalla leikkaussalien tehokkuutta, vähentämällä komplikaatioita, vähentämällä kuolleisuutta ja rajoittamalla tarpeettomia kustannuksia ja sairaalassa olon kestoa. Simons ym. (2014, 29-36) tutkimuksen tu-

lostien perusteella potilasturvallisuus kulttuuri parani merkittävästi Lean toiminnan avulla toteutettujen uudelleen järjestelyjen avulla. Lean metodiin kuuluu olennaisena parantaa potilasturvallisuutta, laatua ja tehokkuutta.

Yhdysvaltalainen tutkimus tutki mahdollisuuksia parantaa leikkausosaston tuottavuutta ja saada taloudellista hyötyä Leanin avulla. Tutkimuksessa he tarkkailivat potilaiden läpimenoaika ja pyrkivät karsimaan kaiken hukkan toiminnassaan. Läpimenoaika tarkoitti potilaan tuloa, anestesian alkua, leikkauksen alkua ja lopulta potilaan lähtöä, joissa määriteltiin poikkeamat. Tutkimuksessa selvisi merkittäviä tehottomuusalueita perioperatiivisen työnkulun sisällä. Merkillepantavaa oli viive potilaan valmisteluissa ja viive saliin menossa. Useasti syynä oli, että kirurgiset asiakirjat olivat kateissa, josta johtui, että potilaan valmistelut viivästyivät, mistä seurasi huomattavaa ajanhukkaa. Tutkimuksen avulla onnistuttiin parantamaan tuottavuutta, ja lisäksi muutokset paransivat tiimityötä ja viestintää, mikä paransi potilasturvallisuutta. (Collar, Shuman, Feiner, McGonegal, Heidel, Duck, McLean, Billi, WHealy, Bradford 2012, 928-936.)

Tällä hetkellä Lean ajattelua viedään hyvin laajasti terveydenhuoltoon myös ympäri Suomea. Johtohenkilökuntaa koulutetaan Lean ajatteluun niin perusterveydenhuollossa kuin yliopistosairaaloissa. Leanin tarkoituksena on kehittää työtä, keskittyä oleelliseen ja pyrkiä vähentämään hukkaa. HUS:ssa on viety vuosien 2009-2013 useampia Lean-hankkeita. Useimmat niistä on tehty HUS-Kuvantamisessa ja HUSLAB:ssa, sairaanhoidollisissa tukipalveluyksiköissä. Hankkeita on toteutettu myös kliinisissä sairaanhoidon yksiköissä kuten päivystyksissä, sisätautien vuodeosastolla ja ortopedian tekonivelyksikössä. (Mäkijärvi 2010, 61.) Myös Turussa ja Kuopiossa on tehostettu prosesseja Leanin avulla. Kuopiossa järjestettiin uudelleen päivystyspotilaiden prosessi. Leanin avulla Kuopion päivystyksessä koulutettiin Triage hoitajat, jotka jakavat potilaat oireiden mukaan kiireellisyys- ja vaativuusluokkiin sekä voivat ohjata potilaan suoraan erikoissairaanhoidon puolelle. Lisäksi yleislääkäripäivystäjän vuoroa pidennettiin, näin saatiin läpimenoaikaa lyhyemmäksi ja potilasvirrat parempaan hallintaan ja potilastytyväisyys lisääntyi lyhyempien jonotusaikojen ansiosta. (Heikkilä, Jussila, Tihinen & Hyppölä 2014, 34-38.)

2.2 Kaizen jatkuvan kehittämisen ideataulu

Lean työkaluja on olemassa kymmenittäin, Kaizen on yksi niistä, joka on avain Lean strategiaan. Kaizen on tarkoitettu olemaan päivittäisten monien pienten prosessien parantamisen työkalu. Se on prosessi, johon kaikki työntekijät osallistuvat nopeissa parantamissykleissä, kehittämällä prosesseja. Työntekijöitä pitää kannustaa tuomaan ehdotuksia suoraan työtovereille tai esimiehelle niin usein kuin mahdollista. (Grabán 2012, 20-192.) Kaizen on Japania ja se tarkoittaa jatkuvaa kehittämistä. Se on tiimipohjainen, usein nopea tapa kehittää harkittua tapausta ja analysoida erityisesti monimutkaista ongelmaa osastolla, jossa virtaus katkeaa. Yhdessä tiimin jäsenet analysoivat virtauksen kuntoa ja löytävät syyn ongelman alulle, ja kehittävät uuden suunnitelman ja kokeilevat uutta tapaa työskennellä. Se on työkalu, jolla voidaan arvioida uusi toimintatapa ja ylläpitää sitä ajan kuluessa. Kaize:ssa on keskeistä keskittyä koko potilaan kokemukseen, kokonaisvaltaiseen hoitoon ja potilaan arvoon. Arvo muodostuu palvelusta, joka toimitetaan potilaalle, joka on sellaista, mitä hän on valmis maksamaan eli hoito on asianmukaista, eikä ole turhaa odottelua. (Grunden & Hagood 2012, 16.)

Kehitysidea on hyvä käsitellä PDCA mukaisesti. PDCA:n kehitysvaiheet ovat:

1. Suunnittele (Plan) Kun on löydetty kehitettävä kohde, mietitään eri vaihtoehtoja. Kehitetään paremmat työskentelymenetelmät ja tehdään suunnitelma niiden toteuttamiseksi.
2. Suorita (Do) Toteutetaan suunnitelmat pilottihankkeena.
3. Arvioi (Check) Pilottihankkeen toteutumisen jälkeen arvioidaan toimintatavat sekä niiden käytännöllisyys. Tällöin arvioidaan hankkeen plussat ja miinukset. Arvioinnin jälkeen on mahdollista tehdä toimenpiteitä, joilla miinuksia voidaan korjata.
4. Toteuta (Act) - Alkuun toteutetaan parannukset.

Tämän jälkeen hyväksi havaitut parannukset otetaan yleisesti käyttöön uudeksi toimintatavaksi. Kehittäminen leanin periaatteiden mukaan on jatkuvaa sekä työntekijöiden kuuluu jatkuvasti arvioida työtä ja etsiä uusia ongelmia sekä pohtia niihin ratkaisuja. (Grabán 2012, 26,192.)

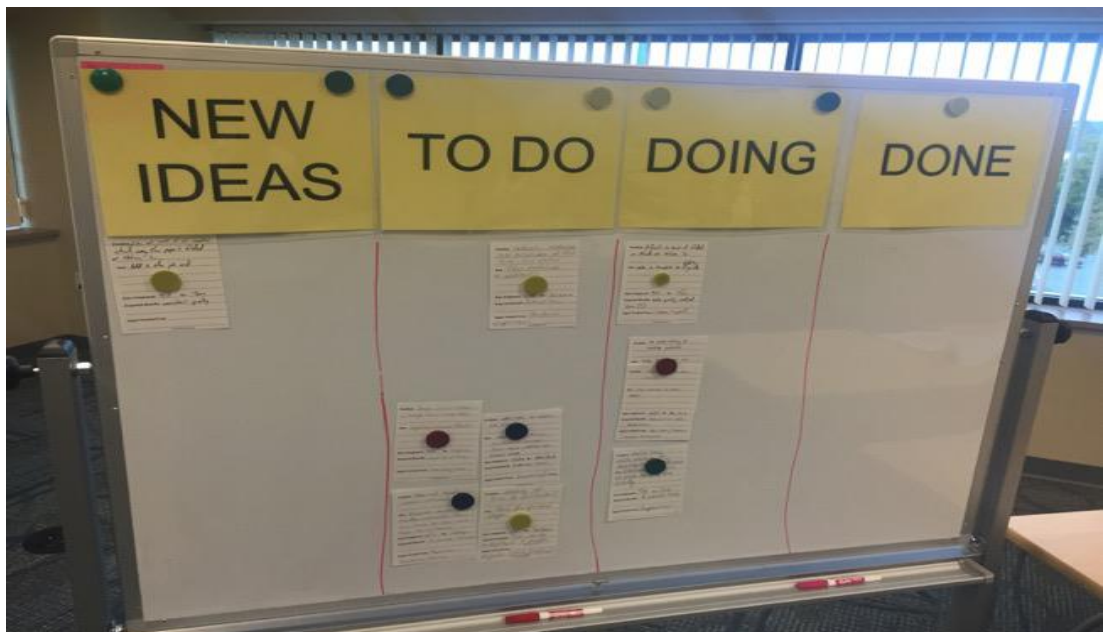
Monesti organisaatioissa käytetään ehdotuslaatikoita, joihin työntekijät voivat laittaa ideoita anonyymeinä. Ongelmana on niissä se, että ne eivät anna mahdollisuutta antaa palautetta tai syventää ideaa, siksi on parempi, että ideat esitetään suoraan ja niistä voidaan keskustella. Esimiehen pitää olla arvostava, kun työntekijä tuo valituksen tai ongelman. Ongelman paljastuminen ja esiin tuominen on positiivinen askel eteenpäin, esimiehen on hyvä rohkaista työntekijöitä tuomaan ratkaisuja tai ehdotuksia. Työntekijät, jotka tekevät työtä, voivat ehdottaa tehokkaamman ja käytännöllisemmän ratkaisun. Vaikka työntekijän esittämä ratkaisuehdotus vaikuttaa hylättävältä, esimiehen tulee kunnioittaa kysymällä tarkemmin, eikä torjua ehdotusta suoraan. Koska halutaan, että työntekijät ovat tuottavia ongelmien ratkaisemisessa eikä lannistaa heidän osallistumista. (Grabán 2012,193-194.)

Monissa yksiköissä on työkalu, millä ideoita tuodaan esimiehille tai työtovereille kasvotusten, ihanteellisesti päivittäisissä palavereissa. Yksi versio standardoidusta menetelmästä on kaizen kortti tai ideataulu, johon listataan, mitä pitää tehdä, työntekijät määrittävät ongelman ja miettivät sen vaikutusta potilaalle tai yksikölle. Ehdotuksen tullessa ryhdytään toimeen mahdollisimman nopeasti ja edetään PDCA:n mukaisesti. Keskustellaan muutoksesta muiden kanssa ja tehdään suunnitelma. Jos muutos tehdään liian nopeasti, ei ehditä saada palautetta muilta tai ei tarkisteta onko korjattu oikea ongelma. Pienissä yksittäisissä muutoksissa voi tehdä vain muutoksen, mutta yleensä on parempi käyttää PDCA:ta. Kirjoittamalla ongelman, se pakottaa keskittymään siihen, mikä on väärin. Tarvitaan idean lisäksi lista, miten parannetaan turvallisesti, laadukkaasti, ajan ja kustannukset huomioiden. Ideaa ei hyväksytä suoraan sellaisena, vaan työntekijöiltä kysytään miksi tämä olisi paras ratkaisu, näin löydetään paras mahdollinen ratkaisu. Toyota tarjosi työntekijöille palkkion hyvästä ratkaisusta, mikä saattoi motivoida työntekijöitä. Monien mielestä työntekijöitä pitäisi motivoida se, että kaizen tekee työstä helpompaa. Terveysthuollossa työntekijöitä motivoi tehdä sellaisia parannuksia, jotta potilaat saavat parempaa hoitoa. (Graban 2012, 194-196.)

Leanissa ehdotukset esitetään visuaalisesti seinälle kaikkien nähtäville, josta puhutaan nimellä ideataulu. Kaikki voivat seurata ja nähdä mikä idea on edennyt, koska kaikki ideat ovat näkyvillä. Se, että prosessi on visuaalinen, välttyään tilanteelta, jolloin vain toiset pääsevät ehdottamaan ja kehittämään. Visuaalinen seuranta sallii tiimin nähdä, mitä on käytetty apuvälineenä. Prosessi on merkattu visuaalisesti niin, että taululla näkyy, kun kortti on siirtynyt sarakkeella oikealle, jolloin ideat ovat pilottikokeiltu ja hyväksytty tai hylätty. Yleensä ideataulussa on neljä saraketta idealappuja varten vasemmalta oikealle: 1. Idea, 2. tehtävä, 3. tekeminen, 4. valmis. Kaikki näkevät, kun ideat ovat muokkauksessa, mutta eivät vielä toteutuksessa. Monesti, kun ihmisten kävellessä taulun ohi, he pysähtyvät ja lukevat kortteja, lisäävät ajatuksensa ideaan tai keskustelevat ideasta työtovereiden kanssa. Suunnitelmallisen kokeilun jälkeen arvioidaan kokeilun tulokset, ja ehdotusten perusteella kehitetään lisää. Jos pilottikokeilu on toimiva, voidaan hyväksi havaitut parannukset ottaa käyttöön uutena toimintatapana. Toimintatapamuutoksesta täytyy informoida kaikkia työntekijöitä, jotta toimitaan yhtenevästi. Leanissa työntekijät kehittävät kokemuksellaan ideoita, kun heiltä odotetaan jatkuvaa oppimista ja kehitystä. Ongelmat ja virheet tulee käsitellä niin, että niistä opitaan. Monesti työntekijät kokevat tärkeäksi parantaa potilaiden hoitoa ja parantaa omaa työympäristöä. Kun innostus kasvaa, työntekijät voivat haluta tehdä lisää parannuksia. Työntekijöiden sitoutuminen ja kaizen ovat avain laadun ja turvallisuuden parantamiseen ja kulujen vähentämiseen. (Graban 2012, 197-198.)

Tanskalaisessa yliopistosairaalassa nopeutettiin potilaiden hoitoprosessia ja lyhennettiin odotusaikoja päivystyksessä, he avasivat prosesseja Kaizen taululla työntekijöiden ideoista ja ke-

hittivät niitä toimivimmiksi mm. leikkausosastolla ja vuodeosastoilla henkilökunnan turhaa kävelyä vähennettiin siirtämällä varastot lähemmäksi ja kehitettiin työntekijöille selkeitä työprosesseja. Potilaat olivat tyytyväisiä lyhyemmistä odotusajoista ja taloudellista säästöä tuli kun potilaat olivat vähemmän aikaa pois töistä, ja sairaudet eivät pitkittyneet ja potilaille tuli vähemmän henkistä tuskaa. (Dammand, Horlyck, Jacobsen, Lueg, & Röck,. 2014, 30.)



Kuvio 1: Lean ideataulu

3 Hoitotyön kehittäminen

Työelämän kehittämisessä oppimisen perustana on se, että eri toimijoilla on keskenään erilaisia kokemuksia. Oppiminen ja innovaatiot perustuvat erilaisuuteen ja moninaisuuteen ja joidenkin valittujen sääntöjen käyttäminen kehittämistyön ohjeena voi pitkällä aikavälillä kaventaa eri toimijoiden oppimismahdollisuuksia ja innovatiivisuutta. (Alasoini 2011,105.) Työn kehittämisessä on tärkeitä, että työntekijät voivat vaikuttaa sekä työn että oman osaamisensa kehittämiseen. Työyhteisössä on hyvä järjestää yhteisiä foorumeita, joissa työstetään strategiat konkreettisiksi tavoitteiksi. Oppimiseen ja toimintatapojen muutokseen löytyy motivaatio ja oppimisesta tulee yhteinen haaste, kun tavoitteet ja osaamistarpeet pohditaan yhdessä. Työntekijöiden motivaatiota lisää myös mahdollisuus vaikuttaa suunnitelmien ja tavoitteiden määrittelyyn. (Eklund, Tyyskä, Ropo 2007, 8-10.)

Vatajan (2012, 104-107) tutkimuksessa ilmeni, että työyhteisön kehittämisprosessin ylläpitäminen edellyttää selkeästi määriteltyjä kehittämismvastuita ja -koordinaatiota. Työyhteisössä on oltava riittävästi aikaa yhteiseen reflektointiin ja kehittämistoimien toteuttamiseen. Kehittäminen osana arjen työtä ei tapahdu itsestään, vaan vaatii tavoitteellista toimintaa sekä kehittämisen tunnistamista ja hyödyntämistä. Kehittämishankkeeseen liittyy erilaisia konflikteja, ne saattaa liittyä tavalliseen arkityöhön tai nousevat esiin, kun pitää tehdä sopimuksia. (Ojala, Venninen, Mäkitalo & Vilpas 2008, 257.)

Hoitotyön kehittämisen perustana on tarve edistää ja muuttaa paremmaksi hoitotyötä eli potilaan parhaan mahdollisen hoidon mahdollistaminen ja toteuttaminen. Tarve tulee hoitotyön käytännöstä, lähiympäristöstä tai yhteiskunnasta. Hoitotyön kehittäminen perustuu tutkittuun tietoon ja vaatii tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia ja sitoutumista niin käytännön työntekijöiltä kuin organisaation johdolta. Avoin keskusteluilmapiiri edistää hoitotyön kehittämistä. Tärkeää on, että kaikki hoitotyön kehittämiseen osallistuvat ovat sitoutuneita toiminnan muuttamiseen. Käytännön toimintana hoitotyön kehittäminen voi olla esimerkiksi hoito-ohjeen muuttamista paremmaksi, tai koko henkilökunnan kouluttamista. (Renlund 2006, 49-51.)

Terveystieteiden laissa (1326/2010, 8 §) velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön, hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Näyttöön perustuva toiminta on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä potilaan hoidossa. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa hyödynnetään myös työntekijän kokemustietoa, tietoa toimintaympäristöstä ja resursseista. (Sairaanhoitajaliitto) Näyttöön perustuvan hoito-

työn kehittäminen vaatii toimintatapojen, arvojen muutoksia, hyvää johtamista ja hyvää yhteistyötä. Näyttöön perustuvan hoitotyön toiminta on jatkuvaa kehittymistä ja kehittämistä. Se on jatkuva prosessi, mikä kehittää yksilön, työyhteisön ja organisaation asiantuntijuutta ja osaamista. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 11-17.)

Syväsen (2008, 44) tutkimuksessa selvisi, että vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä oli leikkaussalisairaanhoitajilla melko vähäiset. Lisäämällä autonomiaa ja vaikutusmahdollisuuksia työssä voidaan lisätä työtyytyväisyyttä. Käytännön hoitotyön kehittämiseksi on tärkeätä lisätä hoitotieteellistä tietoa päiväkirurgisen potilaan hoidossa. Tieteellisesti tutkitun tiedon soveltaminen edistää näyttöön perustuvaa hoidon kehittämistä. (Hautakangas ym. 2003, 120.) Työssä tarvittavaa tietoperustaa vahvistaa alan kirjallisuuden ja julkaisujen seuraaminen, mikä edistää myöskin näyttöön perustuvaa toimintaa, mutta tämä edellyttää tutkitun tiedon hyödyntämisen taitoja, mitä pitäisi kehittää täydennyskoulutuksilla. (Silvennoinen, Salanterä, Meretoja & Junntila 2012, 30.) Tärkeässä osassa hoidon parantamisessa on myös potilailta saatu arvio hoidon laadusta, tätä tietoa on hyvä käyttää kehittäessä hoitotyötä. (Hautakangas ym. 2003, 120.)

4 Päiväkirurginen yksikkö

Leikkausosastot edustavat pitkälle erikoistunutta toimintayksikköä, jota leimaavat mm. tehokkuus, täsmällisyys sekä tarkasti säädellyt toimintarutiinit. Leikkausosastolla työskentely vaatii omaa erikoistunutta ammattitaitoa ja asiantuntijuutta, jossa korostuu vahvasti tieto verrattuna ammattitaidon taidolliseen painottumiseen. Onnistuneen leikkauksen toteutuminen vaatii usean eri ammattiryhmän osallistumisen hoidon eri vaiheissa. Tehokas toiminta edellyttää hyvää yhteistyötä, jonka synty edellyttää yhteistä päämäärää. Yhteistyö muodostuu eri osastojen ja ihmisten välisistä kontakteista. Näissä kontakteissa tulee esiin työyhteisön sosiaalinen toimivuus, mikä tarkoittaa henkilöstön tyytyväisyyttä työhönsä, myönteistä ilmapiiriä ja yhteistyökykyä. Nämä kaikki vaikuttavat potilaan hoidon laatuun. Vaikutusmahdollisuudet ovat myöskin tärkeitä ja mitä avoimempi työyhteisö on, sitä monikanavaisempaa on yhteydenpito henkilökunnan kesken. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 91, 96, 100.)

Leikkausosastolla hoitotyössä korostuu potilaskeskeiset toimintatavat ja hoitoteknisyys turvallisen hoidon toteutuksessa. Leikkausosaston hoitotyössä arvot ovat potilaskeskeisyys, yksilöllisyys, turvallisuus, kokonaisvaltaisuus ja hoidon jatkuvuus. Yleisesti hoitotyössä ja potilaan hoidossa korostuvat potilasturvallisuus, vuorovaikutustaidot, potilaan ohjaus, vaihtelovollisuus, erikoiskoulutettu henkilökunta, tiimityö ja moniammatillinen yhteistyö, pitkäkestoinen perehdytys ja tietojen jatkuva päivittäminen, vahva teoreettinen tieto ja kädentaidot, nopeus ja tilanteiden hektisyys, komplikaatioalttius ja tehostettu hoito, hoitajan suuri vastuu ja

tarkkuus, korkeatasoinen aseptiikka, teknologiaosaaminen, työn rasittavuus (henkinen ja fyysinen) ja monipuolisuus. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 11.) Tutkimuksista nousee, että perioperatiivisesta ammattipätevyydestä, jossa olennaista on hoitoteknologian hallinnan lisäksi potilasturvallisuuden varmistamiseen tähtäävä potilaskeskeisyys, yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus ja joustavuus (Silvennoinen, Salanterä, Meretoja & Junntila 2012, 29).

Päiväkirurginen leikkaus on etukäteen suunniteltu toimenpide, jossa leikkauksen jälkeisen vuodon, voimakkaan kivun, infektioiden ja peruselintoimintojen vaarantumisen riskit ovat hyvin pienet. Potilaalla ei saa olla odotettavissa verenvuodon riskiä tai verensiirron tarvetta. Toimenpiteiden kulun ja keston pitää olla tarkkaan ennakoitavissa. Hoitajien ajankäyttö on hyvin suunniteltua ja tehokasta. Potilasvalintaan on tärkeitä panostaa ja huomioida tarkasti anestesiologiset, operatiiviset, fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, sillä nämä tekijät vaikuttavat potilaan toipumiseen toimenpiteen jälkeen. Päiväkirurgiassa potilaalta vaaditaan itsehoitokykyä ja hänen on otettava enemmän vastuuta hoidostaan ennen ja jälkeen leikkauksen. Kytäkseen itsehoitoon, potilas tarvitsee hyvää ohjausta. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 11-18.)

Nykyään päiväkirurgista hoitoa pidetään ensisijaisena vaihtoehtona kiireettömälle leikkaushoidolle. Tehokkaat toimintamallit, vuodeosastohoitoa alhaisemmat kustannukset ja potilasta ja henkilökuntamyönteisyys lisäävät päiväkirurgian suosiota. Suomessa päiväkirurgia on korkealaatuista ja turvallista ja potilaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitoonsa. (Mattila 2010, 56.) Marjamaan (2007, 61) tutkimuksessa nousi, että leikkaussalitoiminnassa on tärkeää yksinkertaistaa prosesseja ja tehostaa virka-aikaista toimintaa, joka edistää hoidon oikea-aikaisuutta ja turvallisuutta, mikä korostaa päiväkirurgian panostamisen tärkeyttä. Leikkaussalihoitajalla on tärkeä rooli päiväkirurgisen potilaan hoidon jokaisessa vaiheessa. Päiväkirurgisen potilaan hoidossa korostuvat pre- ja postoperatiivinen hoito (ennen- ja jälkeen leikkauksen) verrattuna osaston kautta tapahtuvaan leikkaushoitoon. (Lukkari ym. 2007, 20-21.)

Herttoniemen päiväkirurginen yksikkö poikkeaa muista päiväkirurgisista yksiköistä, sillä yksikössä on erikseen kakkosheräämö ts. päiväkirurginen osasto, jossa työskentelee eri henkilökunta kuin leikkausosastolla. Potilaat tulevat aamulla päiväkirurgiselle osastolle, jossa heidät haastatellaan ja tuodaan kukin vuorollaan heräämön puudutettavaksi tai suoraan leikkaussaliin, jossa potilaan ottaa vastaan heräämön henkilökunta tai leikkaussalin henkilökunta. Leikkaussalista potilas siirtyy suoraan päiväkirurgiselle osastolle tai heräämön ja tästä takaisin päiväkirurgiselle osastolle ja lopulta kotiin saman päivän aikana. Marjamaan (2007, 73) tutkimuksessa, puudutusten tekeminen heräämössä etukäteen nostaa leikkaussalin käyttöastetta, lyhentää vaihtoaikaa ja potilasprosessin läpimenoaikaa, mikä on kustannustehokkaampaa. Tätä toimintaa käytetään usein päiväkirurgiassa, jotta saadaan toiminnasta tehokasta ajansäästöä.

Päiväkirurgian tavoitteena on potilaan turvallinen hyvä hoito. Potilas saapuu sairaalaan aamulla tai aamupäivällä porrastetun aikataulun mukaisesti ja kotiutuu samana päivänä 12 tunnin aikana. Oikea potilas- ja toimenpidevalinta ovat päiväkirurgisen toiminnan edellytyksiä. Päiväkirurgiset toimenpiteet ovat useimmiten suunniteltuja toimenpiteitä, siksi anestesiassa pyritään nopeaan toipumiseen. Sen vuoksi käytetään täsmäpinaalipuudutusta, paikallispuudutusta, laskimosedaatiota ja yleisanestesiassa lyhytvaikutteisia anestesia-aineita. (Tuominen 2014.) Onnistuneen päiväkirurgian edellytyksiä ovat etukäteen hyvin suunniteltu hoito, hyvä potilasohjaus prosessin kaikissa vaiheissa sekä sujuva yhteistyö toimijoiden kesken (Rauta 2013). Säilyn (2012, 43) tutkimuksessa ilmeni, että päiväkirurgiassa hoitajilla tulee olla monipuolista tietoa koko prosessista ja sen eri vaiheista parhaan mahdollisen hoidon toteutumiseksi. Hoitajalla tulee olla hyvät yhteistyö ja vuorovaikutustaidot, sillä pitää osata huomioida potilaan ominaisuudet ja saada hänet osallistumaan omaan hoitoonsa. Tämä on tärkeitä hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden varmistamisessa. Haapalan (2009, 53) tutkimuksessa nousi lisäksi, että päiväkirurgisessa hoitamisessa tarvitaan ohjaustaitoja, perhekeskeistä ja moniammatillista vuorovaikutusta, potilaan fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden hallintaa koko hoitoprosessin ajan.

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää onko Lean jatkuvan kehittämisen ideataulu toimiva tapa kehittää hoitotyötä. Opinnäytetyön tavoitteena on Lean ideataulun avulla kehittää Herttoniemen päiväkirurgisen yksikön hoitotyötä potilaan parhaaksi.

Opinnäytetyötä varten selvitin työntekijöiden keinoja kehittää hoitotyötä haastattelemalla heitä ennen Lean ideataulun käyttöön ottoa ja kehittämisprojektin jälkeen. Tarkoituksena oli siis tuoda Herttoniemen päiväkirurgiseen yksikköön Lean metodin mukainen jatkuvan kehittämisen ideataulu, joka laitettiin työyksikön seinälle, ja johon työntekijät voivat laittaa kehittämisideoita. Ideat kehitettiin aivoriihen avulla ja tämän jälkeen valittiin idea äänestämällä, jota sovittu työryhmä kehitti yhdessä muiden työntekijöiden kanssa. Tarkoitus oli kehittää parempi toimintatapa, jota lopuksi kokeiltiin käytännössä. Opinnäytetyössä esitettiin yhden idean kehitysprosessi. Kehittämistyöhön osallistui leikkausosaston sekä päiväkirurgisen osaston henkilökunta, jotta pystyttiin kehittämään koko yksikön hoitotyötä. Opinnäytetyön ja ideataulun tarkoitus on siis kehittää hoitotyötä asiakkaan parhaaksi henkilökunnasta lähtien.

Opinnäytetyössä haetaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

Miten työntekijät kehittävät hoitotyötä Herttoniemen päiväkirurgisessa yksikössä ennen Lean ideataulua?

Minkälaisia uusia ideoita työntekijät kehittävät Lean ideataulun avulla hoitotyön parantamiseksi, ja jonkun idean kehitysprosessi toimivaksi uudeksi käytänteeksi?

Miten työntekijät arvioivat Lean ideataulua työn kehittämiseksi?

6 Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut

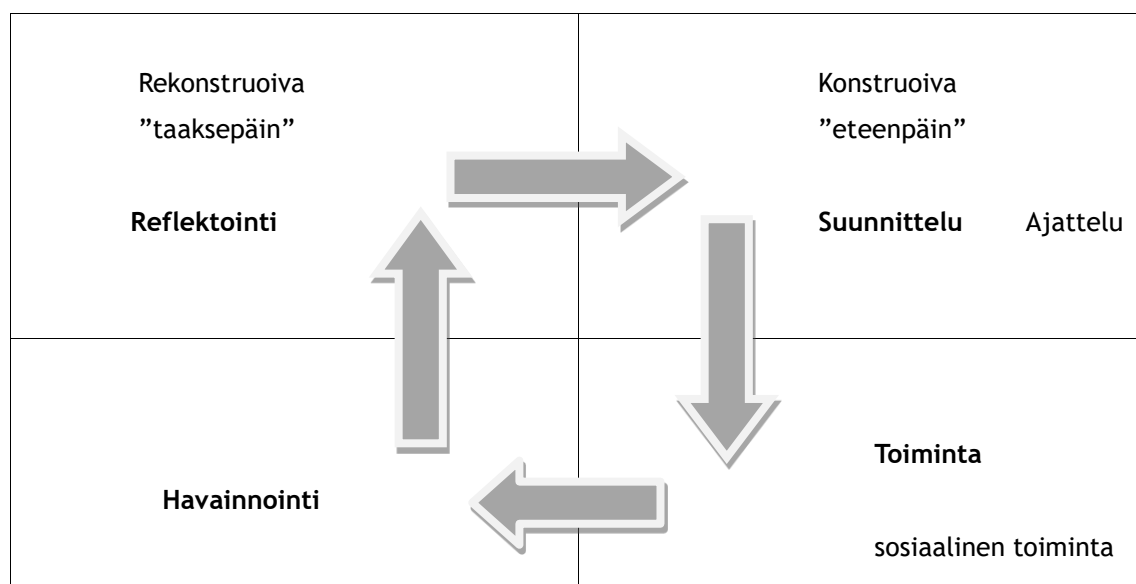
Tämän opinnäytetyön lähestymistapa on toimintatutkimus, jonka tutkimusmenetelmistä käytän haastattelua ja havainnointia. Toimintatutkimus on useimmiten laadullista tutkimusta, mutta siinä voi myös käyttää määrällisiä menetelmiä. Laadullisessa tutkimuksessa on tarkoitus suppeasta joukosta hankkia paljon tietoa, jonka avulla pystytään ymmärtämään ilmiötä laajemmin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittava kohde on tarkasti valittu sellainen, josta halutaan lisää tietoa. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 58-59.) Laadulliseen tutkimukseen osallistuvien tutkittavien näkökulmista pyritään muodostamaan käsitteitä tutkittavasta ilmiöstä. Usein tutkittava ilmiö on sellainen, että siitä on vähän tai ei ollenkaan aikaisempaa tutkittua tietoa tai tutkittavasta ilmiöstä halutaan tuoda esiin jokin uusi näkökulma. (Kylmä, Vehvilä-Julkunen & Lähdevirta 2003: 609-610.)

Toimintatutkimuksella pyritään yhdessä saamaan aikaan muutos tai ratkaisemaan ongelmia, siksi se sopii usein kehittämistyöhön. Toimintatutkimus on osallistavaa tutkimusta, joten myös menetelmissä on oltava osallistuva. Osallistuvien menetelmien hyödyntäminen mahdollistaa sen, että tutkija pääsee kohdeorganisaation hiljaiseen tietoon, ammattitaitoon ja kokemukseen. Tämä mahdollistaa kehittämistyön näkökulman laajentamisen pois pelkästään virallisesta aineistosta. Toimintatutkimuksen aineistoa voidaan kerätä kyselyllä, ryhmäkeskustelulla, haastattelulla ja havainnoinnilla. Lisäksi tutkimusaineistona voidaan käyttää asiakirjoja ja muuta kirjallista aineistoa. Kaikkein tehokkaimpana aineistonkeruutapana pidetään havainnointia. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 58-59.)

Aivoriihi on yksi toimintatutkimuksen menetelmistä kerätä havaintoaineistoa ja saada ihmiset osallistumaan. Se on menetelmä, jossa osallistujat harjaantuvat ideoiden tuottamisessa, ongelmanratkaisussa sekä päätöksenteossa. Aivoriihi toteutetaan monesti 6-12 hengen ryhmässä, tai pienryhmissä. Ryhmänvetäjä on tässä tärkeässä roolissa: lämmittelyvaihe, osallistuttaminen, tuloksellisuus, huolehtii säännöistä, tarvittaessa jakaa puheenvuorot ja ajoittaa työskentelyn. Aivoriihi on toimiva menetelmä, kun halutaan aloittaa ideointi jonkin ongelman pohjalta sekä laajentaa ryhmän käsityksiä jostain asiasta, samalla se lisää motivaatiota ja luovuuden käyttöä. Ongelmaa ja aihetta voidaan aivoriihen avulla jäsentää tarkemmin. Ideointivaiheessa on tarkoitus tuottaa mahdollisimman luovasti ja vapaasti ideoita niitä ei saa arvioida, mutta niitä voi yhdistellä ja parannella. Ideat kirjoitetaan lyhyesti, ilman perusteluita muistiin. Ratkaisuvaiheessa ideat arvioidaan, ryhmitellään ja kehitellään eteenpäin. Tämän voi tehdä koko ryhmä tai pienempi projektiryhmä. Tässä vaiheessa pohditaan ideoiden käyttökelpoisuutta, sovellettavuutta ja toteutus mahdollisuuksia ja sovitaan miten ideoita käytetään jatkossa. (Mykyrä & Hätönen 2008, 49-52; Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 160-162.)

Opinnäytetyössä toteutettiin aivoriihi ideoinnin kehittämissivaiheessa, jossa henkilökunta jaettiin kolmen hengen ryhmiin ja he saivat ideoida kolme asiaa, joita yksikössä heidän mielestään on tarpeen kehittää. Tämän jälkeen käytiin ideat läpi ja laitettiin ne Lean ideatauluun näkyville ja äänestettiin, mitä ideaa lähdettiin ensimmäisenä kehittämään. Eniten ääniä sai tiedonkulkua, raportointia ja tietosuojaa. Toinen aivoriihi pidettiin, kun haluttiin selvittää työntekijöiltä tarkemmin, miten he haluavat, että tiedonkulkua, raportointia ja tietosuojaa kehitetään.

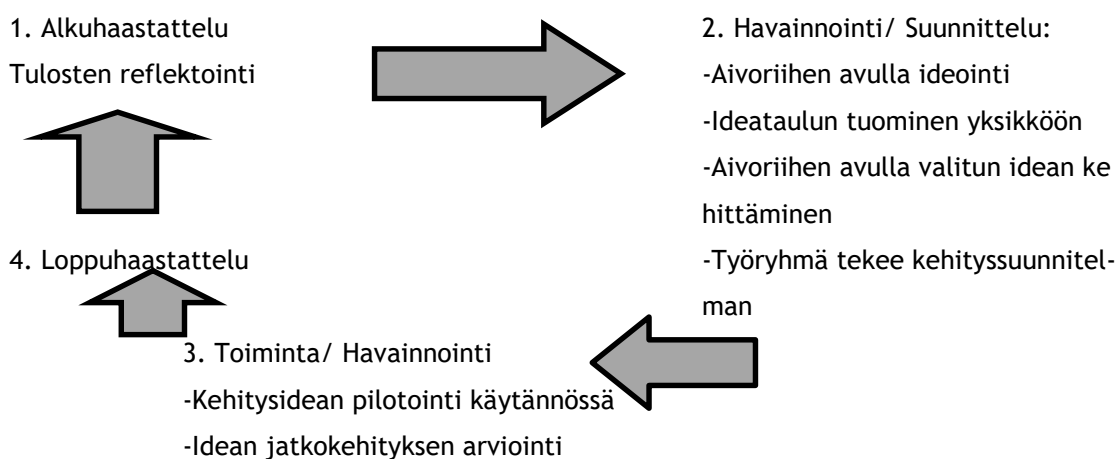
Toimintatutkimus alkaa jonkin ongelman tai yksityiskohdan ihmettelystä ja toiminnan reflektioivasta ajattelusta, mikä johtaa laajempiin ja yleisempiin kysymyksiin (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 78). Reflektointi tarkoittaa siis totuttujen toiminta- ja ajattelutapojen perusteiden pohdintaa (Heikkinen 2006,34). Toimintatutkimus hahmotetaan syklinä, johon kuuluu konstruoivia ja rekonstruoivia vaiheita. Konstruoiva on uutta rakentavaa, tulevaisuuteen suuntaavaa, kun taas rekonstruoivissa vaiheissa katsotaan toteutuneen toiminnan havainnointia ja arviointia. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 79.) Toimintatutkimuksen on kuvattu etenevän jatkuvana spiraalisena kehänä: suunnittelu-> toiminta-> havainnointi-> reflektointi, mitä havainnollistaa kuvio 1. Toimintatutkimus ei yleensä toteudu tietyssä järjestyksessä syklien mukaan, sillä prosessi on avoin ja altis reagoimaan toiminnassa tapahtuviin muutoksiin. (Kiviniemi 1999, 66.) Kehittämishanke johtaa usein uuteen kehittelyyn tai on jatkuvaa kehittämistä. Ensin suunnitellaan uusi tapa toimia, minkä jälkeen sitä kokeillaan käytännössä. Kokeilun aikana toimintatapaa havainnoidaan ja siitä kerätään havaintoaineistoa, tämän jälkeen toimintaa arvioidaan ja arvioinnissa syntyneet ajatukset ovat uuden kokeilun pohjana. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 79-80.)



Kuvio 2: Toimintatutkimuksen sykli (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 79)

6.1 Tiedonkeruumenetelmät

Tiedonkeruumenetelminä käytettiin haastattelua ja havainnointia toimintatutkimuksen mu-
kautuen. Tässä opinnäytetyössä selvitettiin Herttoniemen päiväkirurgisen yksikön henkilökun-
nan mahdollisuuksia kehittää hoitotyötä Lean jatkuvan kehittämisen ideataulun avulla. Haas-
tattelut toteutettiin neljälle henkilölle leikkausosastolta ja neljälle päiväkirurgiselta osas-
tolta, jolla selvitettiin työntekijöiden keinoja kehittää ennen Lean ideataulun käyttöön ottoa
ja kehittämisprojektin jälkeen toteutettiin ryhmähaastattelu, jossa selvitettiin Lean ideatau-
lun hyötyä työnkehittämisen apuna. Lisäksi havainnoitiin idean kehitys- ja toteutusprosessia,
jossa käytettiin apuna osastotunteja ja aivoriihi menetelmää. Opinnäytetyö etenee toiminta-
tutkimuksen mukaan sykleinä: suunnittelu-> toiminta-> havainnointi-> reflektointi.



Kuvio 3: Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmät vaiheittain

6.1.1 Haastattelu

Haastattelu sopii moniin kehittämistehtäviin, koska haastatteluilla saadaan nopeasti kerättyä syvällistä tietoa. Haastattelu mahdollistaa, selventää ja syventää kenttätöiden aikana syntyneitä havaintoja. Suorilla kysymyksillä tutkija voi hakea vastauksia tutkimusongelmiin. Käytökelpoinen haastattelutapa on stimuloitu, virikkeitä antava haastattelu, jossa alkuperäinen tilanne palautetaan haastateltavan mieleen esim. videon, ääninauhan tai muun materiaalin avulla. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 106-108.)

Haastattelijan on kerrottava haasteltavalle haastattelun ja kehittämistyön tarkoitus ja luottamuksellisuus. Haastatteliija valmistautuu hyvin haastatteluun ja ohjaa käytävää keskustelua.

Tärkeää on huomioida, että molemmat ymmärtävät toisiaan. Haastattelu seuraa tavanomaisen keskustelun kulkua. Haastattelut on hyvä nauhoittaa, koska se vapauttaa haastattelijan tarkkailemaan haastateltavaa. Lisäksi haastattelijan on helpompi myöhemmin tarkastella haastattelua. Haastattelun kysymykset voivat olla strukturoituja tai puolistrukturoituja. Strukturoidussa kysymykset on suunniteltu ennakkoon ja ne esitellään ennalta suunnitellussa järjestyksessä. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset on laadittu ennakkoon, mutta haastattelijalla voi vaihdella niiden järjestystä haastattelun aikana. (Ojasalo, Moilanen, Rita-lahti 2009, 106-107; Parahoo 2006, 318.)

Opinnäytetyötä varten projektin alkuvaiheessa haastateltiin työntekijöitä sekä leikkausosastolta että päiväkirurgiselta osastolta, jotta selvitettiin heidän ajatuksia kehittää hoitotyötä ennen Lean ideataulua. Opinnäytetyön lopuksi haastateltiin työntekijöitä uudelleen, jonka avulla selvitettiin heidän kokemuksia Lean ideataulusta ja sen tuomasta mahdollisuudesta kehittää hoitotyötä. Haastattelua käytettiin, koska työyksikön henkilökuntamäärä on alle 100, joten ei olisi pystynyt toteuttamaan luotettavaa kyselytutkimusta. Alkuhaastatteluissa haastateltiin kahdeksan henkilöä teemahaastattelulla ja loppuhaastattelussa viittä hoitajaa ryhmähaastatteluna käyttäen teemahaastattelua. (Liite 2) Teemahaastattelussa edetään etukäteen valittujen aihepiirien ja teema-alueiden mukaan. Haastattelijalla valitsee muutamia avainkysymyksiä tai -aihepiirejä, joiden ympärille haastattelu rakentuu. (Huovinen & Rovio 2006, 109-110; Parahoo 2006, 329.) Jos teemojen lista kasvaa kovin pitkäksi, teemahaastattelu muuttuu strukturoiduksi haastatteluksi. Mitä avoimemmasta haastattelusta on kyse, sitä aktiivisemmaksi muuttuu haastattelijan rooli. (Kylmä & Juvakka 2007, 78-79.)

Toimintatutkimuksessa käytetään monesti teemahaastattelua, jossa tutkija voi tehdä haastattelurungon kenttätöissä havaitsemistaan teemoista, jolloin haastattelu tukee muutosten havainnointia. Voidaan käyttää yksilö, pari tai ryhmähaastattelua. (Huovinen & Rovio 2006, 109-110.) Haastattelun tavoitteena on saada monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä puhutaan monesti teoreettisesta yleistämisestä. Haastateltavien valintakriteereinä korostuu kokemus tutkittavasta ilmiöstä ja halukkuus keskustella aiheesta. Yleensä, kun ihmiset ovat suostuneet haastatteluun, he ovat suostuvaisia kertomaan kokemuksistaan. Teemahaastattelussa on tärkeintä luoda luottamuksellinen ilmapiiiri, jotta sillä on edellytykset onnistua. Apukysymyksiä ja tärkeiden asioiden listaaminen auttaa haastattelutilanteessa pitämään haastattelun asiassa, mutta runko ei saa olla liian tiukka, ettei se ohjaa liikaa haastateltavien vastauksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 79-80.)

Loppuhaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna (Focus groups) tyyppisenä haastatteluna, käyttäen teemahaastattelua. Keskitetyn ryhmähaastattelun tarkoitus on kerätä laadullista tietoa ihmisiltä, jotka ovat kokeneet saman, joka antaa painopisteen haastattelulle. Ryhmähaastattelussa saadaan nopeammin suuremmalta määrältä tietoa sekä perusteellisesti koostettua

tietoa, jonka takaa ryhmän keskinäinen vuorovaikutus. (Stewart & Shamdasani 2015, 9-10.) Ryhmän etuna on myöskin se, että ryhmän prosessointi voi auttaa ihmisiä miettimään ja selvittämään kantaansa tarkemmin kuin yksilöhaastattelussa. Vuorovaikutus onkin tärkein osa, mikä tapahtuu tutkijan ja osallistujien välillä. Osallistujilla tulee olla kokemusta ilmiöstä, jolloin se on tehokas tapa saada laaja käsitys ilmiön eri näkökulmista. Ryhmähaastattelu koostuu haastattelijan kysymyksistä ja haastateltavien vapaaehtoisista vastauksista, jotka tuottavat lisää kysymyksiä. Haastattelu tarjoaa osallistujille mahdollisuuden pohtia toisten mielipiteitä, joiden kanssa ne voivat olla eri mieltä tai joista he eivät tiedä, mikä voi tuoda sellaista tietoa, joka muuten ei olisi tullut ilmi. (Parahoo 2006, 331-333.) Ryhmähaastatteluun vaikuttaa ryhmädynamiikka, yksilöiden käsitykset ja päätökset. Lisäksi ryhmähaastatteluun vaikuttaa tutkimuksen luonne ja kohderyhmän vuorovaikutuksen laatu, osallistujat ja ryhmän koostumus, ihmissuhde vaikutteet ja tutkimusympäristö. (Stewart & Shamdasani 2015, 9-10.)

Ryhmä koostuu yleensä noin kuudesta henkilöstä, jotka on ennalta tarkasti valittu. Ryhmällä on tavoite määritelty etukäteen sekä puheenjohtaja eli haastattelija, joka helpottaa ideoiden vaihtoa ryhmässä ja huolehtii, että keskustelu pysyy etukäteen suunnitelluissa teemoissa ja että kaikilla osallistujilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun. Ryhmähaastattelussa vaikuttaa ryhmädynamiikka ja valtahierarkia siihen, kuka puhuu ja mitä sanotaan. Erityisesti silloin kuin yksi tai kaksi dominoi ryhmässä, jolloin haastattelija voi pyytää muilta kommentteja, mikä helpottaa tilannetta. Ryhmähaastattelun haittana voi olla, että ujoimmat eivät pääse ääneen, siksi on tärkeää, että haastattelija saa hiljaisempienkin äänen kuuluville kysymällä heiltä. Haastattelu on syytä nauhoittaa, mutta sen tulkitseminen voi olla hankalaa, kun useampi haastateltava puhuu samanaikaisesti, lisäksi voi olla vaikea tulkita kuka haastateltavista puhuu. Videointi voi olla toimivampi ratkaisu, mutta se voi vaikuttaa ryhmädynamiikkaan häiritsevästi. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61-63; Parahoo 2006, 334.) Ymmärtämällä fyysiset, ajalliset, sosiaaliset, kulttuuriset, psyykkiset ja ympäristön vaikutukseen ryhmän dynamiikkaan pystyy paremmin analysoimaan ja tulkitsemaan aineistoa. Ryhmähaastatteluaineistosta tekee käytettävän ja luotettavan, kun osallistujat kokevat haastattelutilanteessa olonsa mukavaksi keskustella avoimesti heidän ajatuksistaan ja mielipiteistään. (Stewart & Shamdasani 2015, 17.)

6.1.2 Havainnointi

Havainnointi sopii hyvin kehittämistehtäviin, joissa kohteena on yksilön toiminta ja vuorovaikutus toisten kanssa. Havainnointia on mahdollista käyttää myös silloin kun kehittämiskohteena ovat esineet, kuvat sekä ympäristö. Havainnoimalla selvitetään, mitä kohde tekee, miten sitä käytetään tai mitä siinä tapahtuu ja se on hyvä menetelmä tutkittaessa vaikeasti ennakoitavia ja nopeasti muuttuvia tilanteita. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 114.)

Opinnäytetyössä käytettiin osallistuvaa havainnointia haastattelun lisäksi. Havainnointia käytettiin, kun selvitettiin Lean ideataulun avulla syntyneen idean kehittämistä aivoriihien avulla toimivaksi malliksi ja kun idea kokeiltiin käytännössä. Aivoriihestä havainnot osin nauhoitettiin, mutta pääasiassa havainnot kirjattiin muistiinpanoina päiväkirjaan. Aivoriihen ja pilotoinnin aikana havaintoja tehtiin irrotettuna muusta henkilökunnasta, jolloin oli parempi mahdollisuus keskittyä havaintojen tekoon.

Osallistuvassa havainnoinnissa on tarkoitus ymmärtää ja analysoida tutkimuskohdetta, jossa tutkimuksen tekijä on osallinen ja ulkopuolinen samanaikaisesti (Huovinen & Rovio 2006, 106). Havainnoinnin lähtökohtana on ymmärtää kokemaansa ja näkemänsä ja sen perusteella hahmottaa ympäristöä. Havainnoimalla saadaan myös tietoa siitä, toimivatko ihmiset niin kuin kertovat toimivansa. Tieteellisessä tutkimuksessa havaintojen tekeminen on järjestelmällistä ja huolellisesti suunniteltua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,93; Parahoo 2006, 367.)

Osallistuvassa havainnoinnissa tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ja analyttisesti kuvata tutkimuskohdetta osallistuvalla havainnoinnilla ja haastatteluilla. Kentällä toimintatutkija on siis samanaikaisesti osallinen ja ulkopuolinen eli välillä hän on ulkopuolinen tarkkailija ja välillä keskipisteessä. Tarkkailijana hän tekee muistiinpanoja kenttätilanteessa, mutta toimintaan osallistuessa, ne on tehtävä jälkepäin. Osallistuvaa havainnointia tukee tapahtumien videointi tai keskustelujen nauhoittaminen, joita voidaan analysoida sellaisenaan tai käyttää havainnon ja muistin tukena. (Huovinen & Rovio 2006, 106-107.)

Havainnointityö alkaa jo ennen varsinaisten havaintojen tekemistä ja se vaatii huolellista valmistelujen tekemistä. Havainnointiin tarvitsee luvan ja on tärkeää, että työntekijöille kerrotaan havainnoinnista organisaatiossa. Havainnoitsijan rooli voi olla aktiivinen tai passiivinen. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 115.) Huolellisen havainnoinnin suunnitteluun kuuluu tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset määrittäminen etukäteen, se kertoo miten tiukka tai väljä rakenne havainnoinnissa täytyy olla. Ajankäyttö ja käytettävissä olevat dokumentointivälineet asettavat myöskin rajansa tutkimuksen tekijän ratkaisuille. (Kylmä & Juvakka 2007, 98.) Tavoitteellinen tilanne on sellainen, jossa tutkija pystyy luontevasti tekemään havaintoja ja osallistumaan ilman, että hänen läsnäoloon kiinnitetään juurikaan huomiota. Tutkimuksen alkuvaiheessa on hyvä tyytyä pelkkään havainnointiin ja pikkuhiljaa siirtyä myös osallistumiseen. (Grönfors 2010, 156.)

Havainnointitilanteiden videointi on usein suositeltavaa, se vapauttaa havainnoitsijan tarkkailemaan tilannetta paremmin. Havainnon on oltava mahdollisimman järjestelmällistä ja on tärkeää rekisteröidä tulokset muistiin tutkimuspäiväkirjaan. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 115.) Päiväkirjaan voi merkitä havaintojen lisäksi mieleen tulevia asioita, ideoita, ajatuksia,

vaikutelmia, tunteuksia sekä myöhemmin selvitettäviä asioita. Kenttämuistiinpanojen tekemisen haasteena on valinnan vaikeus, koska kirjallisuudesta ei löydy yksiselitteisiä vastauksia, mihin pitäisi kiinnittää huomiota ja kuinka paljon aikaa tarvitaan. Havaintojen tekemisessä voi käyttää lomaketta tai havaintojen tekeminen voi edetä yleisestä yksityiseen, siten että tutkimuksen tekijä pyrkii löytämään tutkimuksen kannalta tärkeät ilmiöt, joihin keskittyy. Havainnoitavia asioita ovat paikat, ihmiset, toiminnot ja tapahtumat. Havaintojen tekeminen on riippuvainen havaitsijasta, sillä emme voi havaita kaikkea, vaan joudumme valikoimaan, ja siitä on kiinni millaiseksi aineisto ja siitä saatava tulkinta muodostuu. (Kylmä & Juvakka 2007, 98.)

Havainnointia käytettiin siksi, että se kertoo projektin toteutumisesta enemmän kuin pelkät haastattelut. Lopuksi tehty haastattelu selventää ja syventää kenttätöön aikana syntyneitä havaintoja. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 97, 106-119.) Usean menetelmän yhteiskäyttöä kutsutaan triagulaatioksi, joka siis syventää ja monipuolistaa aineistoa. Parhaimmillaan se korostaa tutkittavien mahdollisuutta saada oma tarinansa ja äänensä kuuluville. (Kylmä & Juvakka 2007, 98.)

6.2 Analyysimenetelmät

6.2.1 Haastattelun analyysimenetelmät

Teemahaastattelut ja avoimet haastattelut ensin litteroidaan nauhoituksista. Eli kirjoitetaan puhtaaksi nauhoitettu aineisto. Aineiston käsittelyssä on haasteena, kuinka tilanne ja sen moniulotteisuus saadaan käännettyä kirjoitetulle kielelle. Tarkoituksena on säilyttää mahdollisimman pitkälle se, mitä on sanottu ja miten se on sanottu. Tämä vie paljon aikaa, koska se kirjoitetaan sanasta sanaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 110-111.) Litterointi puretaan tyypillisesti teema-alueittain. Saturaatiopiste on saavutettu ja haastatteluja on tarpeeksi, kun uudet haastattelut eivät tuota kehittämistehtävän kannalta uutta tietoa. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 110-111.) Opinnäytetyössä haastattelut litteroitiin ja purettiin teema-alueittain. Yleensä nauhoitettu materiaali kirjoitetaan sanasta sanaan, ja nauhoitteet on hyvä purkaa mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Monesti käytetään koodausta, mikä tarkoittaa kategorisointia. Koodi on siis symboli, jolla sanoja tai lauseita luokitellaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132.)

Opinnäytetyön haastattelun aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, litteroinnin ja koodauksen jälkeen. Sen tarkoituksena on tiivistää aineistoa ja lisäksi sillä pystytään

selittämään tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita. Induktiivisessa sisällönanalyyssissä luokitellaan sanoja niiden teoreettisten merkityksen perusteella, jossa kategoriat johdetaan aineistosta tutkimusongelmien ohjaamana. Induktiivisessa analyysissä pyritään tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaa siis tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja teoreettisten käsitteiden luomisen mukaan vaiheittain ja raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134-135.)

Analyysi lähtee liikkeelle siis aineiston alkuperäisilmausujen pelkistämisestä, jossa aineistolta kysytään tutkimusongelman mukaisia kysymyksiä, jonka jälkeen pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi. Samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja kategoria nimetään sisältöä kuvaavaksi. Analyysi jatkuu yhdistämällä saman sisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja näin muodostuu yläkategorioita. Yläkategorioille annetaan myöskin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Lopuksi yläkategoriat yhdistetään yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi. Näiden kaikkien kategorioiden avulla vastataan tutkimusongelmiin. Taulukko 1. kuvaa haastattelun pelkistystä ja luokittelua kategorioihin. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 102-103.)

<u>Alkuperäisilmaus</u>	<u>Pelkistettyilmaus</u>	<u>Alakategoria</u>	<u>Yläkategoria</u>
<i>"Juttelemalla saa vähän eri näkökulmia ku sit monesti jos sä keksit jotain ni sä oot silleen yhteen ajattelumalliin jumiutunut."</i>	Yhteen ajattelumalliin jumiutunut	Yhdessä	Moniammatillinen yhteistyö ja osastojen väliset yhteiset kokoukset
<i>"Joku joka ei tykkää ehkä on vähän niin ku kyseenalaistajan roolissa mut niitäkin tarvitaan et saat perusteltua ja saa vietyy sitä asiaa eteenpäin et siihen tulee ja joutuu todella miettiä et onks tää nyt oikeesti. Niitäkin ihmisiä aina tarvii."</i>	Joku voi olla kyseenalaistaja	Erimieltä asioista	
<i>"Meillä on hirveen vähän et yhdessä istuttais alas ja mietittäis mikä prosessi mikä on teidän et mitä me voitais auttaa, et enemmän mä toivon et meillä ois sellasia."</i>	Yhdessä mietitään prosesseja, voisi olla enemmän sellaisia	Yhteisiä kokouksia	

<i>"Moniammatillinen yhteistyö et voi olla et me hoitajat tehdään mut et lääkäritkin on mukana."</i>	Hoitajat voi tehdä, lääkäritkin olisi mukana.	Moniammatillinen yhteistyö
<i>"Pitää ensin suunnitella se kunnolla ja hakee faktatiedot ja se et mikä se tavoite oon siinä et mitä sä teet ja mihin tällä pyritään ja sit sä alat tekee työstämään ja hakee sitä tietoo ja sun työtä mikä tää on ja mikmä teen tätä."</i>	Hyvin suunniteltu, faktatiedot, tavoite ja mihin pyritään	Vaatii työtä

Taulukko 1: Esimerkki haastattelujen alkuperäisilmausujen pelkistämisestä ja kategorioiden muodostamisesta

6.2.2 Havainnoinnin analyysimenetelmät

Havainnoinnissa tehdään tutkimuksen ongelmaan liittyvää täsmennystä sekä arvioidaan tutkimuksen sisällöllistä etenemistä. Tulee laatia riittävästi muistiinpanoja analyysin tekemistä varten ja tehdä huolelliset analyysit ja johtopäätökset (Grönfors 2010, 156). Havainnoinnissa tulkintaan liittyy aina ymmärtäminen. Kehittäjän on perusteltava tarinan juoni aineiston perusteella. Tietoon tarvitaan kehittäjän, aineiston ja teorian välistä keskustelua ja havainnoijan on rakennettava looginen kokonaisuus. Laadullisen tutkimuksen analyysi syntyy yleensä kahdesta toisiinsa nivoutuvasta vaiheesta. Ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jolloin havainnot yhdistetään, ja toinen vaihe on tulosten tulkinta. On syytä muistaa, ettei kerättävä aineisto ole ratkaisu kehittämistehtävään vaan materiaalia, johon kehittämistehtävä perustuu. Pelkistäminen ja havaintojen yhdistäminen mahdollistaa aineiston yleistämisen. Tarkoitus on yhdistää yksittäisiä havaintoja laajempiin ryhmiin. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 119.)

Aineiston pelkistämässä aineistoa tarkastellaan ensin kiinnittäen huomiota vain siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen ja kysymyksenasettelun kannalta oleellista. Näin aineisto pelkistyy hallittavammaksi määräksi erillisiä havaintoja. Pelkistämisen toisessa vaiheessa edelleen karsitaan havaintomäärä havaintojen yhdistämisellä. Erilliset havainnot yhdistetään yhdeksi havainnoksi tai ainakin harvemmaksi havaintojen joukoksi. Tähän päästään etsimällä havaintojen yhteinen piirre, nimittäjä tai muotoilemalla sääntö, joka pätee koko aineistoon. Tu-

lostien tulkinnaassa pelkistämällä tuotettuja havaintoja tulkitaan johtolankoina, viitataan muuhun tutkimukseen ja kirjallisuuteen. Taulukossa 2. on kuvattu havainnoin pelkistystä ja kategorioiden muodostamista. (Alasuutari 2011, 40, 46.)

Tiedonkulun parantamisehdotuksia aivoriiehestä:

<u>Alkuperäisilmaus</u>	<u>Pelkistettyilmaus</u>	<u>Alakategoria</u>	<u>Yläkategoria</u>
<i>”Check -lista kuunnellaan (ei vaan anestesiaääkäri tee yksin)”</i>	Kuunnellaan check-lista	Check-listan käyttö	Tiedonkulun parantaminen
<i>”Antibioottimääräykset osastolla: Jos kirurgi kirjoittanut ”terveiset” salin henkilökunnalle, tulisi tieto tuoda saliin jo ennen potilasta.”</i>	Jos kirurgi tekee aamulla päätöksiä osastolla, tieto myös saliin	Kirurgin päätöksistä tieto saliin, puudutuslupa, anest. muoto, antibiootti, leikkauspuoli, instrumentit	
<i>”Kirurgin tehdessä viillon anestesiahoitaja ottaisi vastuulle seuraavan potilaan-> saako puuduttaa, onko kirurgi nähnyt, haluaako nähdä? jne.”</i>	Anestesiahoitaja huolehtii, onko kirurgi nähnyt tai haluaako nähdä ja puudutuslupa		
<i>”Kun kirurgi saapunut esim. osastolle ja nähnyt potilaan: merkki/ merkintä ja tieto saliin.”</i>	Kun kirurgi nähnyt potilaan merkintä ja tieto saliin		
<i>”Kaavake, joka kirurgin olisi pakko täyttää, jossa esim. puudutuslupa/ anest. muoto, antibiootti, leikkauspuoli, instrumentit.”</i>	Kaavake, jonka kirurgi täyttää, puudutuslupa, anest. muoto, antibiootti, leikkauspuoli, instrumentit		
<i>”Kirurgeille check -lista, kun käyvät katsomassa potilaan laittavat ylös esim. antibiootti, puoli, asento, anestesiamuoto, instrumentaatio, ainakin muutokset.”</i>	Kirurgeille check-lista, kun katsovat potilaan, antibiootti, puoli, asento, anestesiamuoto, instrumentaatio, ainakin muutokset.		
<i>”Jos kirurgi muuttaa leikkaussuunnitelmaa, on kerrottava leikkaustiimille: anestesiamuoto, instrumentaatio, asento, viiltokohdat.”</i>	Jos leikkaussuunnitelma muuttuu tieto leikkaustiimille: anestesiamuoto, instrumentaatio, asento, viiltokohdat		

<i>"Anestesiamuodon vaihto: tieto sekä päikiin, heräämään ja saliin."</i>	Anestesiamuodon vaihto tieto, päikiin, heräämään, saliin.	Tieto anestesiamuodon vaihdosta
<i>"Salijärjestyksen vaihtuminen ajoissa tiedoksi salitiimille."</i>	Salijärjestyksen vaihdosta tieto salitiimille	Tiedotus hoitajien välillä
<i>"Esilääkkeitä kenelle soitetaan, odotetaanko "oikeaa hoitajaa" puhelimeen?"</i>	Kenelle soitetaan esilääkkeitä	
<i>"Äkillisesti vaihtuvat tilanteet -> esim. potilaan siirtyessä toiseen saliin, salien anestesiahoitajat keskustelisivat keskenään."</i>	Potilaan siirtyessä toiseen saliin, anestesiahoitajat keskustelisivat keskenään	
<i>"Esitieto anestesiaalomakkeessa ovat todella puutteellisia välillä."</i>	Esitiedot anestesiaalomakkeella puutteellisia	Esitiedot anestesiaakaavakkeella

Taulukko 2: Esimerkki havaintojen alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä ja kategorioiden muodostamisesta.

7 Tulokset

7.1 Lähtötilanne haastattelujen tulokset ennen Lean ideataulua

Lähtötilanne haastattelun tarkoitus oli kartoittaa työntekijöiden keinoja tuoda uusia ideoita ja kehittää hoitotyötä ennen Lean ideataulun tuomista. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelulla pohjautuen teemarunkoon (Liite 2), joka jakautui viiteen eri osa-alueeseen. Ensimmäinen käsitteli tietoa haastateltavista, jonka jälkeen selvitettiin heidän kokemuksia keinoista tuoda kehitysideoita esille sekä aloitelaatikon toimivuudesta tuoda kehittämissideoita. Tämän jälkeen selvitettiin työntekijöiden yhteistyötä ideoiden kehittämisessä käytäntöön uusiksi toimintatavoiksi. Viimeisenä vielä selvitettiin esimieheltä ja HUS:lta saatua tukea ideoiden kehittämiseen.

Haastateltavien taustatiedoista voidaan kertoa, että kaikki olivat sukupuoleltaan naisia. He olivat työskennelleet sairaanhoitajina 1-35 vuotta ja tässä yksikössä 1-10 vuotta, osa oli siis työskennellyt yksikössä alusta alkaen. Haastateltavista neljä oli leikkausosastolta ja neljä päiväkirurgiselta osastolta.

7.1.1 Keinoja tuoda kehitysideoita esille

Haastatteluaineiston perusteella kehitysideoista keskusteltiin enimmäkseen kokouksissa tai harvemmin ideat tuotiin suoraan esimiehelle. Haastateltavat kokivat, että ideoiden tuominen on helppoa aamukokouksissa, osastotunnilla, kahvipöydässä tai kansliassa työn lomassa. Kaikki työntekijät tuovat koulutuksista ja muista työyksiköistä hyviä ideoita, joita kokeillaan, jos muut kiinnostuvat ideoista. Koettiin, että muut työntekijät ottavat ideat yleensä hyvin vastaan.

”Varmaan sellaisia joka päiväsiä pieniä kehitysideoita ja aloitteita tulee siinä työtä tehdessä”

”Jos on joku ongelma, joka nousee esiin et mietitään, et mitä me tähän tehtäis ja ihan kahvipöydässä tai kansliassa voi tuoda niitä”

” Kyl täällä tuodaan uusia ideoita esille, se ei ole ongelma, kylhän meillä aamukokouksissa käsitellään tosi paljon sellaisia kehityskohteita”

”Joku saa kuningasidean minkä voi sit ihan sponttaanisti sanoa ihan heti ku se tulee mieleen työkavereille päivän tilanteessa”

Haastateltavat mainitsivat useimmin tuovansa ideoita suoraan työkavereille tai kokouksissa. Haastateltavat kokivat myös helpoksi tuoda kehitysideoita myöskin suoraan esimiehelle, etenkin jos perusteli idean hyvin. Esimies kaipaa kehitysideasta hyvien perustelujen lisäksi suunnitelmaa, joka perustuu tutkittuun tietoon ja on näyttöön perustuva. Suunnitelmasta tulee ilmetä, miten lähdetään kehittämään.

”Oon tuonut tutkimussuunnitelman esimiehet on lukenu sen ja hyväksynyt sen”

”Kysytty esimieheltä et oisko tää hyvä idea”

Kehitettävä asia voi tulla myös esimieheltä tai HUS:lta työntekijöille. Haastatteluissa selvisi, että työntekijät kokivat johtotason puuttuvan hitaammin isompiin ongelmiin. Koettiin myöskin, että ei ole selkeätä väylää HUS:n ylempään hallintoon, jotta voisi kysyä miksi tehdään näin. Todettiin, että Haiipro -ilmoitusten tekeminen on keino, jolla voi saada ongelmia näkyvämmäksi ylemmälle johtotasolle.

”Erilaisia projekteja ja HUS:n kautta”

”Ku isompia ideoita, jotka vaatii tavallaan jotain päätöksiä johtotasolta joita vuosien aikana on tullut ni en oo kokenu et niihin ois mitenkään tartuttu kauheen hyvin, tää on niin iso laiva et tää aika huonosti kääntyy”

”HUS:n ylempään hallitukseen päin, kysymykset miksi näin, onko tätä ajateltu jos semmosta väylää millä kommunikoida ja nyt mä oon ajateltu sitä et onks se ainut keino et tekis haiproon jos jotain tällästä tapahtuu. ”

7.1.2 Aloitelaatikon käyttö ideoiden tuomiseen

Leikkausosastolla on ollut aloitelaatikko, johon ideoita on voinut laittaa. Kaikki tiesivät sen olemassa olon, mutta kukaan ei ollut sitä käyttänyt. Haastatteluissa selvisi, että työntekijät kokivat, jos aloitelaatikkoon laittaa jonkun idean, että se pitäisi olla jo valmiiksi suunniteltu. Tämän vuoksi heidän mielestään on helpompi tuoda suullisesti osastotunneilla ja samalla kysellä muiden mielipiteitä ja lähteä heti yhdessä kehittämään. Päiväkirurgisella osastolla ei ole ollut aloitelaatikkoa käytössä. Päiväkirurgisen osaston haastateltavat kokivat, että heidän on todella helppo tuoda ideoita keskustelemalla ja he lähtevät monesti heti yhdessä kehittämään niitä. He eivät myöskään malta laittaa ideaa aloitelaatikkoon vaan haluavat heti esitellä sen muille ja kysellä muiden mielipiteitä asiasta.

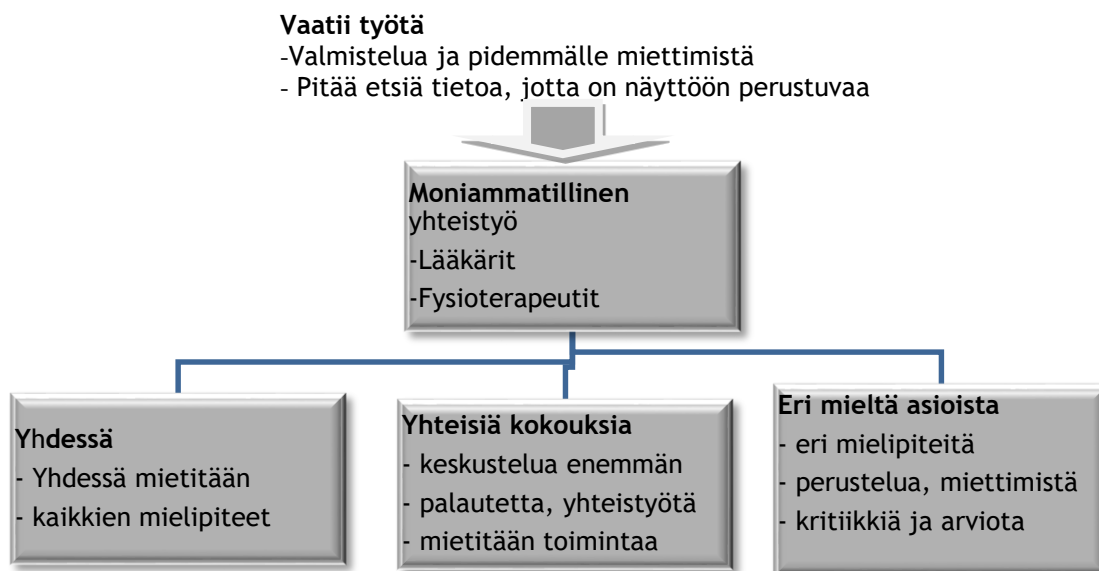
”Aloitelaatikko on tosi hyvä, mut meillä on tullut tosi hyvin meistä itestä et on osastotunnilla puhuttu”

”Aloitelaatikkoo en ole käyttänyt, mut oon tietonen siitä”

”Tän aloitelaatikon tyyppinen olis hyvä, et semmonen taulu olis ehkä parempi et siihen ehkä helpommin uskaltais laittaa, aloitelaatikko on ehkä semmonen et siit ajattelee et se idea pitäis olla jo niin valmniina”

”Mä en edes tiedä onko meillä aloitelaatikkoo joskus meil oli mut me ollaan niin puheliasta ja et ne ei sinne kerkee laatikkoon”

7.1.3 Työntekijöiden yhteistyöstä ideoiden kehittämisessä käytäntöön toimiviksi uusiksi toimintatavoiksi



Kuvio 4: Moniammatillinen yhteistyö ja osastojen väliset yhteiset kokoukset auttavat ideoiden kehittämisessä käytäntöön uusiksi toimintatavoiksi

Haastattelujen perusteella työntekijöiden oli helppo kehittää ideoita yhdessä. Aina löytyi joku joka on erimieltä asiasta ja kyseenalaistajan roolissa. Se nähtiin vaan etuna, koska ideaa joutuu tällöin pohtimaan tarkemmin ja perustelemaan kehittämisen tarvetta.

”Joku joka ei tykkää ehkä on vähän niin ku kyseenalaistajan roolissa mut niitäkin tarvitaan et saat perusteltua ja saa vietyä sitä asiaa eteenpäin et siihen tulee ja joutuu todella miettiä et onks tää nyt oikeesti. Niitäkin ihmisiä aina tarvii”

Työntekijät kokivat tärkeäksi työn kehittämisen yhdessä ideoiden, sillä heidän mielestään kukaan ei pysty sitä yksin tekemään.

”Jutteleamalla saa vähän eri näkökulmia ku sit monesti jos sä keksit jotain ni sä oot silleen yhteen ajattelumalliin jumiutunut”

Haastateltavat kokivat tärkeäksi, että yhteisiä kokouksia olisi niin päiväkirurgisen osaston kuin leikkausosaston kanssa sekä poliklinikan ja muiden eri ammattiryhmien kanssa. Näin pystytään vaihtamaan mielipiteitä ja kyselemään voiko jonkun asian tehdä toisin. Haastattelujen perusteella koettiin, koska yhteisiä kokouksia on niin vähän, että kehittäminen lähtee ainoastaan

selkeistä ongelmista. Koettiin, että jos kokouksia olisi useammin, pystyttäisiin useammin ja helpommin lähteä kehittämään pienempiäkin ideoista. Eikä tarvitsisi keskittyä vain isoihin toimintaan vaikuttaviin ongelmiin.

”Mut jo siellä on joku selvä ongelma et joku tökkii tai ei toimi leikurissa tai polilla ni siihen pyritään vaikuttaa”

”Meillä on hirveen vähän et yhdessä istuttais alas ja mietittäis mikä prosessi mikä on teidän et mitä me voitais auttaa, et enemmän mä toivon et meillä ois sellasia”

”Et semmosii aikoi kannattaa varmaan järjestää et oltais yhdessä miitingeillä enemmän jos useimmin nähtäis ni se varmaan se vuoropuhelu puolin ja toisin vois olla aika aktiivisempaa ja antais paljon”

”Moniammatillinen yhteistyö et voi olla et me hoitajat tehdään mut et lääkäritkin on mukana”

Ideoiden kehittämistä pidettiin myöskin työläänä, sillä tulee olla hyvä suunnitelma, joka perustuu teoriaan, lisäksi pitää olla hyvin määritelty tavoite ja miten siihen pyritään.

”Pitää ensin suunnitella se kunnolla ja hakee faktatiedot ja se et mikä se tavoite on siinä et mitä sä teet ja mihin tällä pyritään ja sit sä alat tekee työstämään ja hakee sitä tietoo ja sun työtä mikä tää on ja miks mä teen tätä.”

”Vaatis ehkä vähän valmistelua et ei ihan raakileena et vähän niinku mietittäis pidemmälle”

7.1.4 Esimieheltä ja HUS:lta saatu tuki työn kehittämiseen

Haastattelujen perusteella lähiesimieheltä sai hyvin tukea työn kehittämiseen, varsinkin aika nähtiin mahdollistavana tekijänä työn kehittämiselle. Ymmärrettiin, että ajan saaminen on suoraan kiinni osaston tilanteesta sairauslomista ym. Koettiin myöskin, vaikka aikaa sai, että se ei tahdo riittää, että pystyisi toteuttamaan työn kehittämistä tutkittuun tietoon perustuen. Yhtenä vaihtoehtona nähtiin, että voisi tehdä kotona ja ottaa sitten myöhemmin vapaana kun tilanne sallii. Oli myös tehty omalla ajalla kehittämistyötä kotona, mutta kaikki eivät ole valmiita siihen.

”Varmasti saa esimieheltä sitä tukea ja aikaa tehdä ja toki työaikana jos pystyt tai sä pystyt kotona sitä ottamaan sitä aikaa sit siinä kohtaa ku osastotyö antaa mahdollisuuden ottaa ne tunnit pois”

”Se on rajallista se aika et niin ku teoriapohjaseen ja tutkittuun tietoon niin ku pitäis olla et niin ku monesti se on semmosta aivoriieheä tai semmost et keksitään ja kehitetään et perustuukse sit oikeesti mihinkään niinku tukittuun tietoon.”

”Esimies antaa kyl tukee ja varmaan niinku oikeen kannustaa kaikkia, tääl on sellannen ilmapiiri et uskaltaa ehdottaa et ei heti tyrmätä et sata vuotta näin on tehty mut mitään ei muuteta ”

”Esittelis sen idean ni sit kyl se varmasti tukisi sitä, kaikista hankalin on toi työaika se pitäis vaan tosissaan ettei kollekat tee mun hommia silläaika ku mä teen jotain”

”Kyl mun mielestä on ihan hyvin saanut tehdä mut aika paljon siinä pitää olla valmis sitä omaa aikaa laittamaan”

Haastateltavat eivät tienneet millaista tukea HUS:lta saa työn kehittämiseen. Välillä tulee uusia ohjeita ja muutoksia, jotka koskettavat koko HUS:a. Haastatteluissa ilmeni myöskin, että HUS on niin iso organisaatio, että osa ohjeista ja määräyksistä tulee niin ylhäältä ja koskee koko organisaatiota, että niihin ei pysty yksittäinen työntekijä vaikuttamaan. HUS:ssa on myöskin klinisiä asiantuntijoita, jotka ovat tehneet paljon tutkimustyötä, joilta voi tarvittaessa kysyä apua kehittämistyöhön.

”Ei oo välttämättä sitä mitä täällä päätetään vaan se on mitä kilpailutetaan niitä tulee vuoden tai puoltoista ja niille ei voi mitään ja siis täällä ollaan kiinni myös tälläissä sopimuksissa.”

”HUS:ssa voi kysyä et meillä on tosi paljon klinisiä asiantuntijoita jotka on tehnyt et niillä on paljon mahdollisuutta auttaa.”

7.2 Ideasta käytäntöön prosessin havainnointi

7.2.1 Ideointi

Työntekijät ottivat opinnäytetyön hyvin vastaan, ideoita alkoi heti syntymään, kun ensimmäisiä kertoja opinnäytetyön suunnitelmaa esiteltiin. Sama näkyi koko prosessin ajan, kun oltiin siinä vaiheessa, että ideataulu laitettiin näkyville, ideoita alettiin heti pohtimaan. Ideat eivät tulleet vielä seinälle asti, mutta niitä pohdittiin. Ihmiset pitivät aihetta tärkeänä ja kiinnostavana. Sama näkyi aivoriihessä, sillä ihmiset olivat todella aktiivisia ja ideoita syntyi hyvin paljon. Aivoriiheen osallistui 23 henkilöä, joista kolme oli päiväkirurgiselta osastolta ja 20 leikkausosastolta. Aivoriihestä nousi neljä eri aihealuetta, jotka olivat tiedonkulku, kiire ja organisointi, koulutus sekä potilasohjaus ja -turvallisuus.

Tiedonkulku

Tiedonkulusta päällimmäisenä nostettiin tiedonkulku leikkausosaston ja päiväkirurgisen osaston välillä, joka nousi esiin haastattelujen yhteydessä. Tiedonkulkua haluttaisiin parantaa yhteisillä kokouksilla kerran kuukaudessa. Lisäksi haluttiin kehittää tiedonkulkua myöskin poliklinikan kanssa, mutta valitettavasti olin rajannut poliklinikan opinnäytetyöstä pois. Nähtiin tärkeäksi parantaa myöskin raportointia, josta toivottiin rakenteellisempaa ISBAR:n mukaan, unohtamatta kuitenkaan tietosuojaa. Tiedonkulun parantamista toivottiin, kun leikkauksia joudutaan perumaan ja listantekijä tiedottaa salia, heräämöö ja päiväkirurgista osastoa, miten varmistetaan, että kaikki osalliset saavat tiedon. Ehdotettiin heräämöön check- listaa osastolle siirtymistä varten, jossa olisi osastolle siirtymisen kriteerit ja minkälaista kuljetusta mikäkin potilas vaatii. Antibioottiprofylaksiaan toivottiin aukotonta käytäntöä ja yhteistä toimintatapaa. Anestesiahoitajille toivottiin tietokoneet saleihin.

Kiire ja organisointi

Ajatus kiireestä nousi aamuista johtuvasta kiireen tunnusta, koska päiväkirurgisella osastolla on aamuisin kiire haastatella potilaat, jotta ne saadaan heräämöön ajoissa puudutettavaksi niin, ettei saleihin tule turhia taukoja. Ratkaisuna mietittiin, voisiko potilaita pyytää heräämöön porrastettuna. Esitettiin myöskin, että rutiini laboratorionäytteistä voisi luopua, että otettaisiin vain tarvittavat näytteet. Mietittiin asioiden organisointia, työpisteen siisteyttä ja laatikoiden siivoamista ja täytön tärkeyttä. Esitettiin lisäksi, että HUS:n taloutta voisi kehittää pienillä asioilla.

Koulutus

Aivoriihessä esitettiin koulutuskalenteria, jossa näkyisi omat osaston koulutukset vuosittain, joka olisi vuosikellon mallinen kalenteri, mihin voisi kirjata vuosittain toistuvia omia koulutuksia. Toivottiin, että vastuualueet olisivat seinällä näkyvämmiin, mistä näkyisi mitä vastuualueita on ja kenen vastuulla. Mietittiin miten opiskelijat jakautuvat ja että voisi olla valmiit tavoitteet eritasoisille opiskelijoille, aloitteleville ja loppuvaiheen opiskelijoille. Esitettiin perehdytyskansion päivitystä, josta löytyisi perehdytyksessä käytävät asiat, joka olisi aukoton lista perehdytyksessä käytävistä asioista, jolloin kaikki perehdytyksessä olevat saavat saman perehdytyksen. Toivottiin anestesiakoneesta ja fiberoskoopista tiiviimpiä ohjeita, joista löytyisi nopeasti, mitä niistä pitää tietää. Perehdytysohjeista puuttuu käytännön asiat mm. esilääkkeet ja potilaan siirto osastolle, jotka ovat vain suullisen tiedon varassa. Toivottiin, että koulutusmahdollisuuksia kehitettäisiin näkyvämmäksi ja hyödynnettäisiin paremmin. Kerättäisiin kansioihin tietoa harvemmista leikkauksista, jotka eivät aina osu jokaisen kohdalle, joissa olisi tietoa leikkauksen yleiskulusta instrumenttilistan lisäksi, etenkin uusille ihmisille voisi olla hyötyä tästä.

Potilasohjaus ja -turvallisuus

Mietittiin, miten saadaan potilaat noudattamaan ohjeita paremmin. Varsinkin, että potilaat muistaisivat olla syömättä, esim. jos potilaille saisi muistutustekstiviesteihin samalla muistutuksen, että muistakaa olla syömättä. Mietittiin, mitkä ovat sovitut ohjeet musiikin suhteen heräämössä ja salissa, voiko omat soittimet olla mukana, voisi olla hyötyä tarkoista yhtenäisistä ohjeista. Toivottiin potilasturvallisuuden lisäämistä mm. turvavöiden käyttöä saleissa.

7.2.2 Kehitysidean valitseminen

Aivoriihen jälkeen koottiin kaikki ideat ja ajatukset yhteen ja laitettiin ne kaikkien nähtäville ideataululle. Seuraavaksi oli tarkoitus valita idea, jota lähdettiin ensimmäisenä kehittämään. Kaikki ideat olisivat olleet kehittämisen arvoisia, mutta opinnäytetyöhön rajattiin yksi aihe. Muita ideoita voidaan kehittää myöhemmin sen jälkeen. Ideat kirjattiin ideatauluun, johon ihmiset saivat käydä seuraavan viikon aikana laittamassa numerot 1-3 valitsemilleen kolmelle tärkeimmälle idealle. Niin, että 1. oli tärkein, 2. toiseksi ja 3. kolmanneksi tärkein idea. Se idea, mikä sai eniten 1. ääniä, valittiin aiheeksi, jota lähdettiin ensimmäisenä kehittämään. Eniten ykkösiä sai aihe: Tiedonkulku, tietosuoja ja raportointi. Tässä ideassa on oikeastaan kolme aihetta, koska ne liittyvät niin läheisesti toisiinsa. Nämä aiheet nousivat esille myöskin haastatteluissa, etenkin tiedonkulku. Ihmisten oli varmasti kuitenkin vaikea päättää, mitä ha-

luttiin ensimmäisenä lähteä kehittämään, sillä numeroiden ilmestymistä taululle joutui odottelemaan ja jouduttiin muistuttelemaan ihmisiä asiasta. Mahdollistahan oli, että ihmiset pitivät juuri sitä omaa ideaa tärkeimpänä. Ideatauluun ei tullut enempää uusia ideoita, vaikka työntekijöille ohjeistettiin, että ideoita voi milloin vaan käydä lisäämässä ja antamassa kommentteja valitulle kehitysidealle.

7.2.3 Mitä ja miten lähdettiin kehittämään

Kehitysidean kehittämisessä edettiin Lean ideataulun mukaisesti. 1. Idea, 2. tehtävä, 3. tekeminen, 4. valmis. Ensin valittiin työryhmä vapaaehtoisuuden ja työkokemuksen perusteella. Työryhmässä oli yksi päiväkirurgiselta osastolta ja yksi leikkausosastolta tekijän lisäksi. Työryhmä teki kirjallisen suunnitelman, miten lähdetään kehittämään teorian tietoon pohjautuen. Suunnitelman ollessa valmis, hyväksyttiin se esimieheltä. Tämän jälkeen, kun suunnitelma oli valmis, kokeiltiin uutta käytäntöä käytännössä, jonka käyttöä havainnoitiin. Kokeilun yhteydessä ja sen lopuksi mietittiin, mitä korjattavaa ja kehittävää on ja mietittiin onko siitä hyötyä, otetaanko se uudeksi toimintatavaksi, josta on tärkeitä informoida kaikkia hyvin. Koko projektin aikana työntekijät saivat kertoa mielipiteitä ja ehdotuksia.

Työryhmä suunnitteli suunnitelman rungoksi: idea, tavoite, perustelu, suunnitelma, toteutus, kokeilu ja korjattavaa. Suunnitelmaan tulee teoria, tavoite, perustelu ja toteutus. Lähdettiin liikkeelle ongelman pohtimisesta ja että potilas on keskiössä, niin kuin Leanissa kuuluukin olla. Tietosuojan kehittämistä pohdittiin etiikan ja lain kannalta. Pidettiin tärkeänä, että potilaat saavat tietoa ja myöskin kuulla raportin, jos heillä on itsellä jotain täydennettävää tai korjattavaa, mikä on hyvin oleellista potilasturvallisuuden kannalta. Tätä tukivat monet tutkimuksetkin. Raportointia lähdettiin miettimään ISBAR:n mukaan. Mietittiin, miten heräämön raportointia voisi selkeyttää potilaan siirtyessä päiväkirurgiselle osastolle. Kaikkea leikkausalissa tehtyä ei tarvitse kertoa ääneen, vaan lähinnä oleellinen tieto jatkohoidon kannalta. Päiväkirurgisen osaston raportti on tärkeä leikkaussalin henkilökunnalle, koska välttämättä potilaasta ei löydy kaikkia tietoja koneelta, sillä päiväkirurgisen osaston hoitajat eivät ole ehittäneet päivittää tietoja koneelle. Lisäksi anestesiakaavake saattaa olla puutteellisesti täytetty, koska anestesia-ääkärit eivät yleensä näe potilasta, vaan katsovat tiedot koneelta, josta voi puuttua tietoja.

Työryhmä lähti kehittämään raportointiprosessia osastolta saliin ja pohdittiin, miten sitä voisi kehittää, ja mitkä ovat ne oleelliset tiedot, jotka salinhenkilökunnan tulee tietää potilaasta. Hiljaista raportointia mietittiin, kun potilas siirtyy heräämöstä tai salista takaisin päiväkirurgiselle osastolle. Lisäksi tarkoitus oli muistuttaa, miten tässä yksikössä voidaan huomioida tieto-

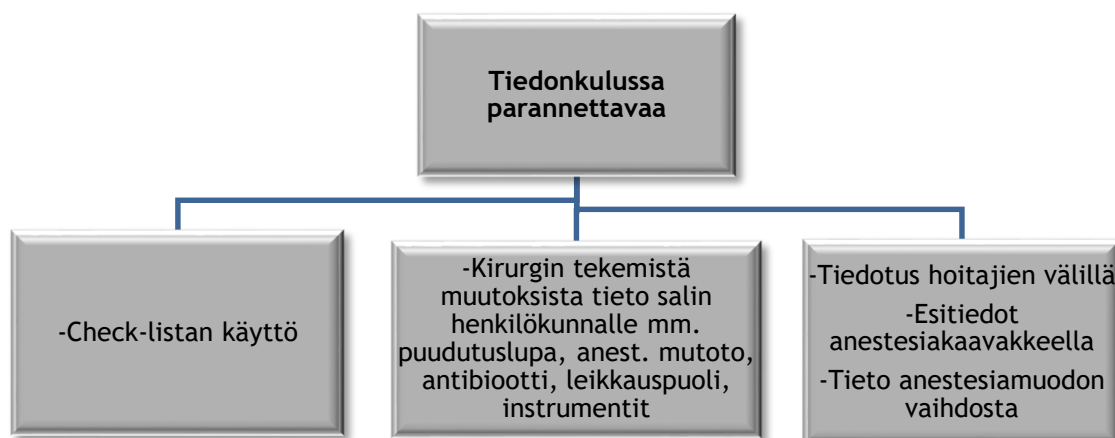
suojaaja. Lähdettiin myöskin miettimään tiedonkulkuprosessia, kun toimenpide siirtyy tai peruuntuu ja sen informoimisprosessia salin, heräämön, osaston ja listantekijän osuus siinä ja kuka viestittää kenelle ja miten viesti menee varmasti jokaiselle ilman sekaannuksia ja tietokatkoksia. Työryhmä halusi vielä saada kaikkien työntekijöiden äänen kuuluville, ja tarkentaa mitä ja miten he toivoivat, että tietosuojaa, raportointia ja tiedonkulkua kehitetään yksikössä.

7.2.4 Aivoriihi tiedonkulun, raportoinnin ja tietosuojaan parantamisesta

Kysely lähetettiin ensin sähköpostilla työntekijöille, jossa pyrittiin selvittämään avoimilla kysymyksillä miten ja millä tavalla työntekijät haluavat, että raportointia, tiedonkulkua ja tietosuojaa kehitetään yksikössä. Kyselyyn tuli vain kaksi vastausta, joten päädyttiin pitämään aivoriihi uudelleen kehitysideoiden tarkentamiseksi, jotta saatiin koko työyksikön mukaan kehittämään. Päiväkirurgiselta osastolta ei päässyt henkilökuntaa osallistumaan, mutta he olivat pohtineet aihetta keskenään ja välittänyt siitä tiedon. Tämä olisi ollut ratkaisevan tärkeätä, että molemmat yksiköt olisivat olleet yhdessä kehittämässä, sillä toinen osasto olisi voinut kertoa toisen kannan ja keskustelu ja kehittäminen olisi voinut olla monipuolisempaa. Aivoriihi keskittyi pääasiassa leikkausosaston näkökulmiin. Jos päiväkirurgiselta osastolta olisi ollut ihmisiä paikalla, niin se olisi voinut vaikuttaa, että leikkausosaston esittämät asiat eivät olisi olleet välttämättä niin rehellisiä ja suoria.

Aivoriiheen osallistui leikkausosaston henkilökunnasta 18 henkeä, ja heidät jaettiin kuuteen kolmen hengen ryhmään, jossa he saivat pohtia yhdessä kehitysideoita ja kirjoittaa paperille näitä ylös, ja lopuksi kehitysideat käytiin läpi yhdessä. Keskustelua syntyi todella paljon ja aika meinasi loppua kesken. Ihmiset kokivat, että kehittämisajatuksia on helpompi miettiä keskustellen muiden kanssa, kuin vastaamalla itsekseen kyselyyn. Kaikki ryhmät vastasivat, että raportoinnissa oli heidän mielestään parannettavaa. Yksi ryhmistä vastasi, että tiedonkulku oli toimivaa. Ryhmistä neljän mielestä tiedonkulku oli osittain toimivaa ja osittain ei. Nämä ryhmät siis ehdottivat kehittämisideoita, mutta eivät suoraan olleet sitä mieltä, että tiedonkulku ei toimi, esim. mainitsivat, että aina on parannettavaa, tarvitaan hienosäätöä, tai, että riippuu tilanteesta. Yhden ryhmän mielestä tiedonkulku ei toiminut.

Tiedonkulun parantaminen



Kuvio 5: Aivoriihestä nousseet asiat tiedonkulun parantamiseksi

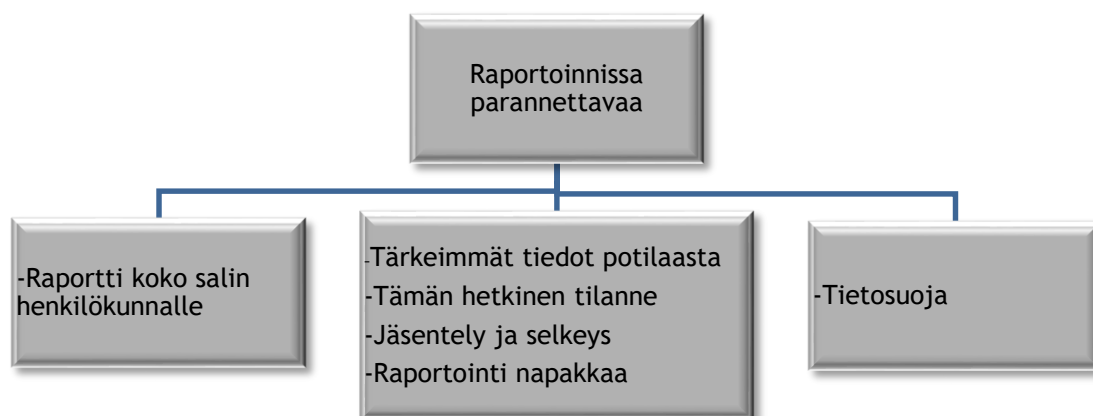
Aivoriihessä tiedonkulun kehittämiskohteiksi esitettiin hyvin paljon lääkärin ja hoitajien välistä tiedonkulkua, joka oli rajattu opinnäytetyöstä pois. Näitä asioita käsitellään enemmän yhteistoimintakokouksessa. Tärkeäksi asiaksi mainittiin kirurgin tekemät muutokset aamulla päiväkirurgisella osastolla, joista toivottiin tietoa leikkaussalinhenkilökunnalle. Lisäksi toivottiin tietoa kirurgilta onko hän ylipäätänsä nähnyt potilasta ja saako puuduttaa. Ehdotettiin jopa kirurgille check -kaavaketta, jossa olisi merkittynä leikattava puoli, anestesiamuoto, puudutuslupa, antibiootti, asento ja instrumentaatio. Nämä asiat korostuvat etenkin silloin, jos ne muuttuvat saman aamun aikana, tällöin on tärkeää, että tieto ehtii tulla salin henkilökunnalle. Nämä ovat asioita, joista on tärkeä sopia yhdessä kirurgien kanssa ja sopia yhteiset käytänteet. Yhteistoimintakokouksessa selvitettiin tiedonkulkua ja mietittiin keinoja miten sitä voisi parantaa hoitajien ja kirurgien välillä. Kokouksessa oli mukana kirurgian sekä anestesiapuolen ylilääkärit, joten keskustelu kohdistui juuri tiedonkulkuun lääkäreiden ja hoitajien välillä. Etenkin lääkäreistä johtuviin katkoksiin, kuten röntgen läheteiden puutteeseen ja antibioottimääräyksiin, johon yritettiin löytää yhteisiä linjauksia ja keinoja muistuttaa lääkäreitä ja miten niitä kysellään ja selvitetään. Tähän puoleen en niinkään keskittynyt opinnäytetyössä.

Hoitajien välinen tiedonkulku on myös hyvin tärkeää, sillä toiminnan kannalta on oleellista, että kaikki osapuolet saavat tarvittavan tiedon, etenkin jos tulee muutoksia päivän aikana. Esitetiin, että anestesiamuodon vaihdosta tulee tietoa tavoittaa sekä päiväkirurgisen osaston, heräämöhön ja leikkaussalin henkilökunta. Tärkeänä pidettiin lisäksi, että tieto salijärjestyksen

vaihtumisesta tulisi ajoissa salitiimille. Lisäksi mietittiin, kenelle esiläkkeet soitetaan, odotetaan omahoitajaa puhelimeen, sillä päiväkirurgiselta osastolta esitettiin, että viesti voi unohtua, jos se annetaan puhelimesta toiselle hoitajalle. Aikaa vieväksi ja hankalaksi käy myöskin odottaa oikeata hoitajaa puhelimeen, jos juuri kyseinen hoitaja on haastattelemassa toista potilasta. Joten ehdotettiin päiväkirurgisen osaston hoitajia käyttämään muistilappuja, kun on monta asiaa muistettavana ja jos on tekemässä toista asiaa, tällöin on inhimillistä, että joku asia unohtuu.

Äkillisesti muuttuvissa tilanteissa, esim. potilaan siirtyessä toiseen saliin, toivottiin salien anestesiahoitajien keskustelevan keskenään aktiivisemmin. Lisäksi mainittiin, että esitiedot anestesiaomakkeessa ovat usein puutteellisia, tämän vuoksi ei voi luottaa siihen että kaikki tiedot löytyvät niistä. Tähän vaikuttaa se, kun anestesia-ääkärit käyvät potilaita etukäteen läpi, he eivät yleensä tapaa potilasta, eivätkä voi tällöin tarkentaa tietoja potilaalta. Check-listan käytön tehostamista toivottiin potilasturvallisuuden vuoksi. Anestesia-ääkäriin tekemää check-listan tarkastuksesta toivottiin, että sitä kuunneltaisiin sekä kirurgit käyttäisivät check-listaa entistä aktiivisemmin.

Raportoinnin parantaminen



Kuvio 6: Aivoriivessä nousseet asiat, jotka nähtiin raportoinnissa kehityskohteina

Raportointitilanteessa pidettiin tärkeänä, että koko leikkaussalin henkilökunta rauhoittaa tilanteen niin, että kaikki pystyvät kuuntelemaan raporttia. Esitettiin, että potilas joko avustetaan istumaan leikkaustasolle tai sitten hän seisoo raportin ajan ja vasta tämän jälkeen avustetaan leikkaustasolle. Ehdotettiin, että heräämössä puudutetun potilaan raportointi annettaisiin salissa, jos mahdollista, tämä takaisi tietosuojan. Raportissa pidettiin tärkeänä selkeyttä ja jäsentelyä. Joskus tietoa voi olla liikaa, ja näin oleellinen tieto hukkuu. Toivottiin,

että epäoleellisia asioita ei kerrota mm. vanhat leikkaukset, joilla ei ole merkitystä leikkauksen kannalta sekä lopetettujen lääkitysten kertominen nähtiin turhana. Potilaan tullessa saliin pidettiin raportointia yleensä ottaen erinomaisena ja napakkana. Tärkeinä asioina raportilla mainittavaksi pidettiin henkilöllisyys, mikä vaiva, mitä leikataan, leikkauspuoli, perussairaudet, allergiat, metalli, lääkitys erityisesti verenhyttymiseen vaikuttavat ja verenpainelääkkeet, diabetes, glukoosi ja insuliinit sekä leikkauspäivänä annetut lääkkeet. Raportointitilanteissa tietosuoja ja hienotunteisuutta pidettiin hyvin tärkeänä, etenkin heräämössä kun useampi potilas on vierekkäin. Toivottiin, ettei käytävillä raportoitaisi ollenkaan. Aamuraporttia, jossa raportoidaan leikkausosaston henkilökunnalle päivän leikkaukset, pidettiin hyvänä.

7.2.5 ISBAR:n pohjautuva raportointimalli ja hiljaisen raportoinnin kehittäminen ja käyttöönoton valmistelu

Aivoriihen lopuksi koottiin kaikki aivoriihen ideat ja ajatukset yhteen ja laitettiin kaikkien nähtävälle ideataululle. Esimiehen mielestä ideoissa painottui suullinen raportointi, ja hän kysyi olisiko voinut kehittää raportointia hiljaisen raportoinnin suuntaan.

Kehityssuunnitelmassa raportoinnin teoriaosuus oli jäänyt varsin lyhyeksi, joten ajateltiin paneutua vielä tutkimuksiin niin hiljaisesta raportoinnista kuin raportoinnista yleensä, jotta voitiin pohtia tarkemmin kaikki näkökulmat ja miten raportointia voisi lähteä kehittämään. Hiljainen raportointi takaisi tietosuojan ja kirjallinen raportointi parantuisi, jotka ovat hyvin tärkeitä kehittää. Työryhmässä pohdittiin, että potilaan siirtyessä päiväkirurgiselle osastolle hiljaista raporttia on helpompi toteuttaa. Ongelmaksi nähtiin hiljainen raportointi, kun potilas tuodaan päiväkirurgiselta osastolta leikkaussaliin, jolloin hoitajat eivät ole ehtineet päivittää tietoja koneelle. Tämä hankaloittaa hiljaisen raportoinnin toteuttamista, jossa kirjaaminen korostuu. Lisäksi pidettiin tärkeänä, että potilas kuulee hänestä kerrottavan raportin, jotta hän voi tarvittaessa kommentoida tai korjata tietojaan, joka on tärkeätä potilasturvallisuuden kannalta.

Teoriatietoon tutustumisen ja työryhmän pohdinnan jälkeen keskusteltiin esimiehen kanssa hiljaisen raportin eduista ja mahdollisista riskeistä yksikössä. Päädyttiin, että kokeillaan hiljaista raportointia potilaan siirtyessä päiväkirurgiselle osastolle leikkaussalista tai heräämöstä. Sen sijaan potilaan tullessa päiväkirurgiselta osastolta heräämöhön tai leikkaussaliin sovittiin yhteiset raporttikäytänteet ISBAR:n mukaisesti. Tehtiin raporttimalli ISBAR:n pohjautuen. (Liite 4), josta löytyy asiat, jotka on hyvä raportilla kertoa. Näin saatiin yhtenäistettyä ja varmistettua, että oleellinen tieto tulee kerrottua ja turha tieto jätetään pois. Jokaiselle jaettiin siis taskuopas ja osastotunnilla opastettiin sen käytöstä. Tämän

jälkeen kokeiltiin kaksi viikkoa uutta raportointitapaa, jonka jälkeen pohdittiin yhdessä oliko kehityksestä hyötyä, jatketaanko vai kehitetäänkö vielä lisää. Mietittiin olisiko pelkkä ISBAR riittänyt, mutta päädyttiin, että se ei kertoisi työntekijöille riittävästi etenkin uusille työntekijöille ja opiskelijoille, sillä siitä puuttui yksityiskohdat ja sitä olisi pitänyt osata soveltaa.

Työryhmän tekemissä raportointiohjeissa oli tietosuojasta, hiljaisesta raportoinnista, kun potilas siirtyy heräämöstä tai leikkaussalista päiväkirurgiselle osastolle ja raportointimallin käytöstä, kun potilas tuodaan päiväkirurgiselta osastolta leikkaussaliin tai heräämään (Liite 5). Tietosuojasta ohjeistettiin, että huomioidaan potilas, äänenvoimakkuuden huomioimisella ja sillä, että kaikkia arkaluonteisia asioita ei tarvitse kertoa ääneen, vaan ne voi näyttää paperista. Potilaat vietiin ja raportoitiin salissa aina kun mahdollista. Heräämössä potilaat sijoitettiin mahdollisuuksien mukaan kauaksi toisistaan ja potilaiden välissä käytettiin sermejä. Muistutettiin kirjaamisen tärkeydestä, kun potilas siirtyy salista tai heräämöstä päiväkirurgiselle osastolle, mikä mahdollistaa hiljaisen raportoinnin. Anestesiakaavakkeesta voi näyttää ja tarvittaessa voi kysyä tarkennuksia, jos tarvitsee lisätietoa. Pyrittiin raportoimaan vain oleellinen kipu, pahoinvointi ym. erityinen jatkohoidon kannalta, ja kerrotaan jos erityistä potilaan voinnissa tai jatkohoito-ohjeissa. Kun potilas tuotiin päiväkirurgiselta osastolta leikkaussaliin tai heräämään suullisen raportoinnin selkeyttämiseksi ja yhtenäistämiseksi, käytettiin ISBAR:n pohjautuvaa raporttimallia, jossa on mainittu asiat, jotka on raportilla hyvä mainita.

Raporttimalli ja raportointiohjeet esitettiin osastotunnilla, jossa keskusteltiin hiljaisesta raportoinnista, sekä muistutettiin tiedonkulkuun liittyvistä asioista ja tietosuojasta yksikössä. Osastotunnilla syntyi paljon keskustelua ja mietittiin, että eivät asiat niin huonosti ole ja painotettiin, että ei olekaan, mutta aina on hyvä miettiä, mitä voisi parantaa ja kehittää. Potilaspalautteista tulee pääsääntöisesti vain positiivista palautetta, mutta tietosuojasta tulee ajoittain kritiikkiä. Lisäksi painotettiin, että nämä kehittämisasiat nousivat meistä työntekijöistä. Todettiin, että tiedonkulkua itsenään on vaikea lähteä kehittämään. Viestinnän tulee olla tehokasta ja on hyvä sanoa asiat suoraan ja nimeltä kenelle asia osoitetaan. Raporttimalli otettiin hyvin vastaan. Hiljaista raportointia ja tietosuoja pidettiin tärkeänä. Osastotuntien ja opastuksen jälkeen alettiin kahden viikon ajan pilotoimaan raportointimallia ja hiljaista raportointia, lisäksi kiinnitettiin enemmän huomiota tietosuojaan, jonka toteutusta seurattiin havainnoimalla.

7.2.6 ISBAR:n pohjautuvan raportointimallin ja hiljaisen raportoinnin pilotointi ja kehitysehdotukset

Työntekijät olivat pilotoinnin aikana hyvin aktiivisia ja pohtivat paljon ääneen raportointia ja siihen liittyviä mieleen tulevia asioita. He halusivat toteuttaa raportointia annettujen ohjeiden mukaan ja olivat hyvin innostuneita. Raportointitilanteissa huomioitiin tietosuoja etenkin, kun muita potilaita oli kuuloetäisyydellä, näytettiin papereista asioita ja huomioitiin äänenkäyttöä. Anestesiakaavakkeen pohjalta raportin antaminen ISBAR:n mukaan vaikutti erittäin selkeältä ja vaivattomalta, lisäksi potilasturvallisuutta lisäsi, jos potilasta pyydettiin tarkentamaan tietojaan.

Havainnoista tuli ilmi, että jos raportti keskeytyi jostain syystä, se aiheutti riskin tiedonsiirtymiselle. Tärkeäksi huomioitavaksi asiaksi nousi rauhoittaa tilanne raportin ajaksi niin, että koko leikkaussalin henkilökunta kuuntelee raportin. Myös aivoriikessä henkilökunta piti tärkeänä, että kaikki rauhoittuvat leikkaussalissa kuuntelemaan raporttia.

Havainnoista ilmeni, että raportointi on sitä haastavampaa, mitä useammasta paperista potilaan tietoja täytyy etsiä. Lisäksi huomattiin, että anestesiakaavakkeesta sekä potilaan esitietokaavakkeesta puuttui tietoja sekä niissä oli virheellisiä tietoja, tämän vuoksi asiat on tärkeä tarkistaa suullisesti. Virheelliset tiedot sekä puuttuvat tiedot olisi hyvä korjata ja lisätä anestesiakaavakkeeseen, koska virheen mahdollisuutta lisää, jos papereissa on virheellisesti merkattu, vaikka se raportilla suullisesti korjataan, jolloin oikea tieto jää vain suullisen tiedon varaan. Anestesiakaavake oli monesti puutteellisesti täytetty, koska anestesia lääkärit eivät yleensä tapaa potilasta kun käyvät potilaan tietoja läpi ja täyttävät anestesiakaavakkeen etukäteen. Päiväkirurgisen osaston hoitajat voisivat potilasta haastatellessa täydentää ja korjata anestesiakaavakkeeseen puuttuvia tai muuttuneita tietoja, sillä kaavake toimii virallisena asiakirjana ja siitä olisi hyvä löytyä oikeat ja päivitetty tiedot. Tämä lisäisi potilasturvallisuutta kun oikeat tiedot löytyvät yhdestä paperista.

Havainnoista selvisi, että raportin kertominen anestesiakaavakkeesta oli helpompaa, kun kaikki tiedot löytyivät siitä. Tämä korostuu tilanteissa, kun toinen hoitaja antaa raportin, kuin joka on haastatellut potilaan, jos tieto on suullisen tiedon varassa, niin tieto ei välttämättä siirry eteenpäin. Työntekijät ovat useasti valittaneet, että uusi HUS:n yhtenäinen sähköinen esitietolomake on hyvin epäloogisessa järjestyksessä ja epäselkeä, joka aiheuttaa riskin, että asiat voivat jäädä huomaamatta lomakkeesta. Ehdotettiin, että päiväkirurginen osasto voisi käyttää ISBAR:a apunaan jo haastatteluvaiheessa ja haastatella potilaita raporttimallin

pohjalta haastattelukaavakkeen sijasta. Tämä voisi helpottaa raportointia ISBAR:n mukaisessa järjestyksessä. ISBAR järjestystä pidettiin hankalana mahdollisesti juuri tästä syystä.

Pilotoinnin loppuvaiheessa ehdotettiin, että raporttimallin järjestystä vaihdettaisiin, joka helpotti päiväkirurgisen osaston hoitajien raportin kertomista. Lisäksi ehdotettiin, että potilaan hakijasta ei tarvitsisi mainita muuta, kun vain jos se puuttuu. Asiaa pohdittiin ja mietittiin, että se on niin oleellinen asia päiväkirurgiassa, että se on syytä huomioida. Se vaikuttaa potilaalle annettaviin lääkkeisiin ja anestesiamuotoon, siksi se täytyy huomioida heti alkuvaiheessa. Raporttimalliin lisättiin tupakointi ja päihteet, jotka ovat anestesian kannalta oleellisia tietoja potilaasta.

Hiljainen raportti ei toteutunut täysin, mutta raportti kerrottiin lyhyesti, lähinnä oleellinen tieto jatkohoidon kannalta. Henkilökunta kertoi, että heistä hiljainen raportointi tuntuu tyllyltä, jos ei mitään kerro. Helpottavana pidettiin, jos päiväkirurgisen osaston hoitajat olivat kysyneet onko erikoista, johon oli helppo vastata. Sovittiin, että raportin voi sanoa lyhyesti. Työntekijät olivat sitä mieltä, että tietosuoja oli parantunut, ja he pitivät tärkeänä että muut eivät kuule potilaan asioita. Heräämössä potilaspaikkojen pöytiin toivottiin kiinni raporttimalli, ettei sitä aina tarvitse erikseen kaivaa taskusta.

Tiedonkulku sujui ongelmitta, kun leikkaus jouduttiin siirtämään tai perumaan sekä anestesiamuodon vaihdoissa. Asiat varmistettiin aina kirurgilta ja anestesia lääkäritä ja tiedotettiin niin päiväkirurgiselle osastolle, leikkausalin ja heräämön henkilökunnalle sekä listantekijälle. Työntekijät olivat tyytyväisiä, että näissä tilanteissa tiedonkulku oli parantunut, mutta päiväkirurginen osasto kaipasi ajoissa tietoa heräämöltä, jos anestesiamuotoa päätetään vaihtaa.

7.3 Loppuhaastattelun tulokset ideataulun hyödyistä

Opinnäytetyön lopuksi toteutettiin ryhmähaastattelu, johon osallistui kolme hoitajaa leikkausosastolta ja kaksi päiväkirurgiselta osastolta, kaikki olivat sukupuoleltaan naisia. He olivat työskennelleet sairaanhoitajina 8-35 vuotta ja kyseisessä yksikössä 1-10 vuotta, osa oli siis työskennellyt yksikössä alusta alkaen. Pääasiassa työntekijät kokivat hyötyvänsä ideataulusta, mutta työntekijät olisivat toivoneet ideataulun parempaa hyödyntämistä ja visuaalisempaa käyttöä, jotta kaikki olisivat pystyneet seuraamaan tarkemmin, missä vaiheessa kehitysprosessissa ollaan menossa.

7.3.1 Lean ideataulun hyöty työnkehittämisessä ja ideoiden ehdottamisessa

Haastateltavat kokivat, että Lean ideataulun avulla saatiin paremmin kaikkien työntekijöiden ääni kuuluville etenkin isoissa työyksikössä sekä kun useampi yksikkö on mukana kehittämässä hoitotyötä. Ideataulun avulla saatiin myös niiden mielipide kuuluviin, jotka eivät kokouksissa viitsi, jaksa tai uskalla ilmaista mielipidettään kehitettävistä asioista. Lisäksi esitettiin, että ideataulu olisi hyödyllinen sellaisissa yksiköissä, joissa tehdään vuorotyötä ja ihmiset eivät pysty säännöllisesti keskustelemaan keskenään. Ideataulussa pidettiin myös hyvänä, että ideoita pystyy käydä myöhemminkin lisäämässä, jos idea tulee vasta myöhemmin mieleen. Tärkeänä pidettiin myös, kun ideoita oli syntynyt paljon, että niitä pystyi laittamaan tärkeysjärjestykseen, jonka perusteella ideoita ruvetaan kehittämään. Siinä vaiheessa huomasi, että työntekijöillä oli samoja ajatuksia kehitystarpeista, vaikka ovatkin eri yksiköistä. Haastateltavien mielestä ideataulu vie turhaan resursseja, jos työyksikkö on pieni, koska tällöin ideoita on helpompi esittää osastotunnilla suullisesti.

*”kaikkien mielipide ehkä paremmin kuuluviin, myös sellaisten ihmisten jotka ei sit
niin ku usein tommoisissa yhteisissä aamupalavereissa tai muuten
viitsi tai jaksa tai uskalla sanoa niin ku ideoita”*

*”Ja ainakin jos tekis jotain vuorotyötä ni sillon ku henkilökunta ei nää toisiaan sillä
tavalla säännöllisesti ni semmosissa se ois ehkä varmasti hyvä.”*

Ideataulu auttoi haastateltavien mielestä työn kehittämisessä, koska se tehtiin yhdessä ja kaikkia kuunneltiin. Taulussa nähtiin hyvänä myös, että siitä nostettiin vuorollaan se idea kehitettäväksi, joka sai eniten ääniä. Taulussa pidettiin hyvänä, että siitä näki, mitä kehitetään ja mikä on kokeilussa. Haastateltavat miettivät, että olivatko työntekijät loppujen lopuksi

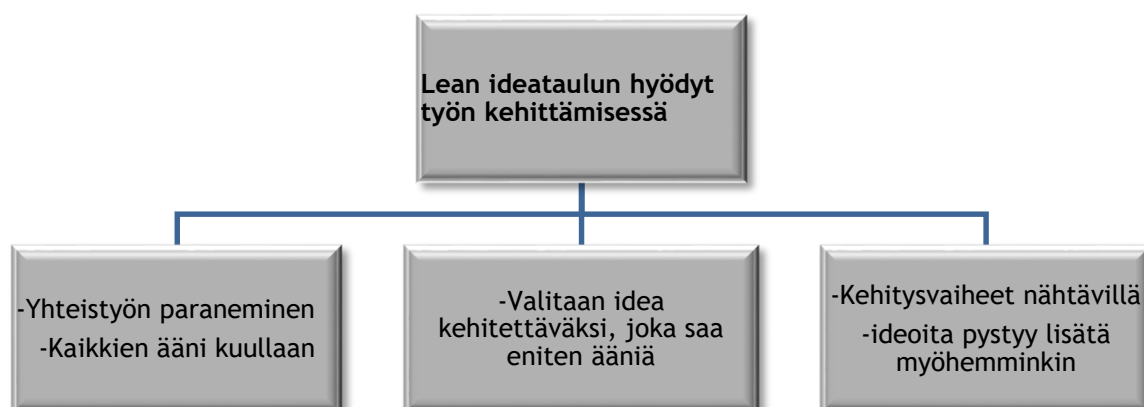
tyytyväisiä kehityksen lopputulokseen ja kokivatko he, että siitä oli hyötyä. Lisäksi he miettivät, että tuleeko se käyttöön ja hyödynnetäänkö kehitettyä työkalua ja tuleeko siitä uusi toimintatapa. Nähtiin, että toimintatavaksi muuttumiseen tarvitaan aikaa sekä hyvä ja aktiivinen vetäjä sekä lisäksi seuranta jälkeensä.

”Kyl toi taulu on niin ku silleen ideana hyvä et sit nostetaan sieltä nyt tää on se asia, tää sai eniten ääniä”

”Kiinnostaa mua et ku tulee joku työkalu et onks se käytetäänks me sitä kuitenkaan sitä mikä on tehty”

”luulen et se on sellanen et sitä pitää pönkittää ja tukea.”

7.3.2 Lean ideataulun hyöty idean kehittämisen prosessissa sekä yhteistyössä



Kuvio 7: Lean ideataulun hyödyt työn kehittämisessä

Haastateltavat miettivät, että ideataulua olisi voinut paremmin hyödyntää ja siinä olisi voinut olla visuaalisemmin esillä kehitysprosessi, esim. posterina, sillä kymmenen sivuinen suunnitelma ei houkuttele lukemaan kahvitunnin aikana. Nähtiin myöskin, että työn kehittäminen vaatii tekijöiltä motivaatiota ja omaa innostusta, jotta sen saa ajettua hyvin uudeksi toimintatavaksi. Lisäksi nähtiin hyvänä verkostoitua muihin yksiköihin ja viedä mahdollisesti kehitys-idea muihinkin yksiköihin.

”siinä vois olla jos on niin ku lyhyesti ja ytimekkäästi ja näyttävästi esillä niin ku posterit ni tulee kyl helpommin luettua ku kymmen sivusta suunnitelmaa.”

”Kyl siihen varmaan oikeestaan saa aikaa mut se vaatii myös tekijöiden motivaatiota”

Haastateltavien mielestä kehitystyö sujui hyvin yhteistyössä eri osastojen välillä, jota edes auttoi toisten parempi tunteminen yhteisten kokousten avulla. Nähtiin, että yhteistyö sujuu paremmin, mitä paremmin tunnetaan toisemme ja näin pystytään paremmin yhdessä kehittämään ja ideoimaan. Tärkeänä pidettiin, että yhteisiä kokouksia pidettäisiin ja että kaikki pääsisivät osallistumaan niihin. Ongelmana pidettiin aikatauluja, sillä leikkausosastolla iltapäivät ovat kiireisiä ja päiväkirurgisella osastolla aamut, joten yhteistä kokousaikaa on mahdotonta löytää. Pidettiin ainoana vaihtoehtona, jotta kaikilla olisi mahdollisuus päästä kokouksiin, että joinakin päivinä leikkaukset alkaisivat myöhemmin. Toisena vaihtoehtona esitettiin, että kokouksia voisi pitää virkistyspäivinä, jolloin ei ole leikkaustoimintaa ja siihen pääsee osallistumaan kaikki, jotka eivät ole lomilla.

”tää on ollu yhteistyössä ni helpompi on niin ku teidät tuntee paremmin ja tulla niin ku puolin ja toisin”

”Et se ei periaatteessa oo tän yksikön yhteispalaveri ku yks ryhmä ei aikataulullisesti ikinä oo omahollisuus ku ehkä yhden henkilön tulla.”

”yhteiskokous voisi virkistyspäivänä pitää sillon ainakin kaikki on paikalla, ketkä on töissä eikä oo lomalla”

7.3.3 Aika ja resurssit ideoiden kehittämiseen

Haastateltavien mielestä työn kehittäminen vaatii aikaa ja panostamista, jopa vapaa-ajalla, sillä sen on perustuttava tutkittuun tietoon ja näyttöön. Lisäksi kehitystyö vaatii yhteistyötä kliinisten asiantuntijoiden sekä esimiehen kanssa, ja kaikki kehitysprojektit vaativat esimiehen hyväksynnän. Haastateltavien mielestä kehittämistyöhön saatiin esimieheltä tukea ja aikaa, osastotunteja käytettiin paljon hyödyksi. Nähtiin, että olisi tarvinnut enemmänkin aikaa tutkitun tiedon hakemiseen ja suunnitelman tekemiseen, jota pidettiin jatkossakin tärkeänä motivoimaan työntekijöitä kehittämään.

”Tiedonhaku ja se tutkituntiedon näytön haku eli mihin sä peilaat ni sehän vaatii siten”

”paljon aikaa joka kerta noissa meidän aamumiitungeilla et aina kun sulla oli joku tilanne tiedotus tai joku muu ni sait aikaa.”

”varmaan ollu aikaa jossakin välissä järjestetty mutta varmaan uskosin näin et lisääkakaan ei olisi pahitteeksi.”

7.3.4 Lean ideataulun hyöty jatkossa yksikössä

Haastateltavien mielestä ideataulu oli hyvä apuväline työn kehittämässä, mutta toivottiin, että sitä olisi hyödynnetty paremmin kehitysprosessin aikana, jotta kaikki vaiheet olisi ollut paremmin kaikkien nähtävissä. Ideataulusta mietittiin, kun on paljon ideoita ja yksi on suunnitelma vaiheessa, mitä muille ideoille tapahtuu. Ehdotettiin, jos ideat voisi laittaa kiireellisyys järjestykseen, josta selviäisi mitä seuraavaksi lähdetään kehittämään. Taulusta toivottiin, että näkyisi selkeämmin, mitä projekteja on menossa. Mietittiin, kuka on vastuu henkilö ja kuka huolehtii taulun päivittämisestä. Ennen kaikkea haastateltavat toivoivat, että taululla olisi selkeämmin näkyvissä, mikä idea on missäkin vaiheessa menossa. Ideataulussa pidettiin hyvänä, että ideat lähtivät kaikista työntekijöistä ja siksi kaikki olivat motivoituneita kehittämään. Nähtiin lisäksi, että jokaisella on omia mielipiteitä ja ajatuksia, mutta ideataulusta pystyy valikoimaan ne parhaat ehdotukset, jotka toteutetaan.

”se projekti mikä on menossa jos siinä ois siitä jotain tosiaan tietoa et vois siinä pysyä perillä et mitä projekteja on menossa”

”pistetään vaikka järjestykseen et missä järjestyksessä niitä ruvetaan tekemään.”

”ne lähtee meistä et siel oli päikin ja meidän puolen et kaikki oli mukana innolla, koska se on kaikkien mielestä siinä on ollut ongelmia. ”

7.4 Yhteenveto tuloksista

Alkuhaastattelujen perusteella ennen Lean ideataulua työntekijät kokivat helpoksi kehitysideoiden tuomisen suullisesti aamukokouksissa sekä osastotunneilla. Esimieheltä sekä muilta työntekijöiltä koettiin saavan hyvin tukea ideoiden kehittämiseen. Haastateltavat koki tärkeäksi, että yhteisiä kokouksia olisi päiväkirurgisen osaston ja leikkausosaston välillä sekä poliklinikan ja muiden eri ammattiryhmien kanssa. Näin voitaisiin vaihtaa mielipiteitä ja kehittää koko yksikön toimintaa entistä paremmin.

Havainnointi lähti liikkeelle aivoriihestä, jossa ihmiset saivat ideoida kehittämiskohteista yksikössä. Ideat laitettiin ideataululle, joista äänestettiin idea, jota lähdettiin ensimmäisenä kehittämään. Eniten ääniä sai tiedonkulku, raportointi ja tietosuoja. Valittu työryhmä teki suunnitelman yhdessä muiden työntekijöiden avustuksella pitämällä aivoriihen, josta selvitettiin tarkemmin, miten työntekijät halusivat lähteä kehittämään tiedonkulkua, raportointia ja tietosuojaa. Tiedonkulkua hoitajien välillä toivottiin parannettavan mm. esitiedot anestesiakavakkeella ja tieto anestesiamuodon vaihdosta. Raportoinnissa toivottiin, että koko salin henkilökunta kuuntelee raportin sekä raportilta toivottiin tärkeimmät tiedot potilaasta, tämän hetkinen tilanne, jäsentelyä ja selkeyttä sekä tietosuojaa. Lisäksi päiväkirurginen osasto oli toivonut hiljaista raportointia, kun potilas siirtyy leikkaussalista tai heräämöstä päiväkirurgiselle osastolle.

Aivoriihestä saatujen tietojen perusteella työryhmä lähti kehittämään tiedonkulkua, raportointia ja tietosuojaa. Raportointia päädyttiin selkeyttämään ja jäsentämään ISBAR:n perustavalla raporttitaskumallilla, kun potilas tulee saliin tai heräämään ja potilaan siirtyessä päiväkirurgiselle osastolle takaisin pyrittiin siirtymään hiljaiseen raportointiin tai ainakin raportoimaan vain oleellinen jatkohoidon kannalta. Tehtiin raportointiohjeet yksikköön, joissa oli tietosuojasta, hiljaisesta raportoinnista ja ISBAR:n pohjautuva raportointimallin käytöstä. Tietosuojasta ohjeistettiin, että huomioidaan potilas paremmin, äänenvoimakkuuden huomioimisella ja sillä, että kaikkia arkaluonteisia asioita ei tarvitse kertoa ääneen. Potilaat viedään ja raportoidaan salissa aina kun mahdollista. Heräämössä potilaat sijoitetaan mahdollisuuksien mukaan kauaksi toisistaan ja potilaiden välissä käytetään sermejä.

Kehityssuunnitelman valmistumisen ja henkilökunnan tiedotuksen jälkeen kahden viikon ajan pilotoitiin raportointimallia ja hiljaista raportointia, lisäksi kiinnitettiin enemmän huomiota tietosuojaan, joiden toteutusta seurattiin havainnoimalla. Raportointitilanteissa huomioitiin tietosuoja etenkin, kun muita potilaita oli kuuloetäisyydellä, näytettiin papereista asioita ja huomioitiin äänenkäyttöä. Työntekijät olivat sitä mieltä, että tietosuoja oli parantunut. Anes-

tesiaakaavakkeen pohjalta annettu raportti ISBAR mukaan oli erittäin selkeä. Tärkeäksi huomioitavaksi asiaksi ilmeni, että raportointi tilanne rauhoitetaan leikkaussalissa, sillä raportin keskeytyminen on riski tiedonkululle.

Havainnoista ilmeni, että raportointi on haastavampaa, mitä useammasta paperista joutuu etsimään potilaan tietoja. Anestesiakaavakkeesta sekä esitietokaavakkeesta puuttui tietoja sekä siinä oli virheellisiä tietoja, tämän vuoksi asiat on hyvin tärkeä tarkistaa suullisesti. Tärkeätä olisi myöskin korjata virheelliset tiedot sekä lisätä puuttuvat tiedot anestesiakaavakkeeseen, jotta kaikki tiedot löytyvät yhdestä paperista oikeina. Tämä vähentäisi tilanteita, että joku oleellinen tieto jäisi kertomatta tai olisi vain suullisen tiedon varassa.

Havainnoinnin lopuksi raporttimalliin tehtiin korjauksia, sillä huomattiin, että siitä puuttui päihteet ja tupakointi. Lisäksi ehdotettiin, että raporttimallin järjestystä vaihdettaisiin niin, jotta olisi helpompi raportoida loogisesti. Hiljainen raportointi ei toteutunut täysin, mutta raportti oli lyhentynyt ja siinä kerrottiin vain oleellinen jatkohoidon kannalta.

Tiedonkulkua selkeytettiin ja muistutettiin etenkin tilanteista, kun leikkaus peruuntuu tai joudutaan siirtämään. Muistutettiin, että tieto siirtyy listantekijän kautta, eli hänelle ilmoitetaan ensin ja hän tiedottaa muille osapuolille. Tiedonkulku oli parantunut näissä tilanteissa, mutta päiväkirurginen osasto toivoi paremmin tiedotusta, kun anestesiaa vaihdetaan.

Loppuhaastattelun perusteella työntekijät kokivat hyötyvänsä ideataulusta, etenkin ideointi vaiheessa saatiin kaikkien ääni kuuluville. Haastateltavien mielestä kehitystyö sujui hyvin yhteistyössä eri osastojen välillä, jota edesauttoi toisten parempi tunteminen yhteisten kokousten avulla. Ideataulussa pidettiin hyvänä, että ideoita voi käydä lisäämässä myöhemminkin ja valittiin se idea kehitettäväksi, joka sai eniten ääniä. Ideataulussa pidettiin tärkeänä, että kehitysvaiheet olivat nähtävillä, mutta haastateltavat toivoivat, että ideataulua olisi paremmin hyödynnetty ja käytetty visuaalisemmin, jotta kaikki olisivat pystyneet seuraamaan tarkemmin, missä vaiheessa kehitysprosessissa ollaan menossa.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus lähtee totuudesta ja objektiivisesta tiedosta, jolloin opinnäytetyö on totuudenmukainen. Objektiivinen tieto liittyy totuudenmukaisiin havaintoihin maailmasta. Objektiivisuuteen liittyy luotettavuus ja puolueettomuus, jossa puolueettomuus tarkoittaa, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajaa itseään vai suodat- tuuko tiedonantajan kertomus tutkijan oman kehyksen läpi. (Tuomi & Sarajärvi 2006 131- 133.) Opinnäytetyössä oli tärkeätä, että tekijä oli mahdollisimman objektiivinen ja puoluee- ton haastattelu ja havainnointi aineistoa kerätessä ja analysoitaessa, ja pyrki keskittymään kuuntelemaan vain tiedonantajaa, miettimättä omia näkökulmia asiasta.

Opinnäytetyön tehtävä on tuottaa luotettavaa informaatiota, joka on tulkittava, kuvailtava ja selitettävä tarkasti ja selkeästi. Opinnäytetyön luotettavuus tarkoittaa, että informaatio on perusteltu kriittisesti, jolloin kriittisyys viittaa niihin menetelmiin, joita tutkimuksen eri alu- eilla käytetään, siis haastatteluun, havainnointiin, tulosten analysointiin, teorioiden muodos- tamiseen. Tärkeätä luotettavuuden kannalta on myöskin se, että tulokset esitetään rehelli- sesti kaunistelematta ja väärentämättä. (Pietarinen 2002, 59-65.) Opinnäytetyön on oltava avointa ja rehellistä ja tulokset on voitava todentaa ja toistaa (Simonsuuri-Sorsa 2002, 119). Opinnäytetyön laadun tae on, että prosessin jokainen yksityiskohta suunnitellaan etukäteen ja sen kulku dokumentoidaan tarkasti lukukelpoiseen muotoon (Pelkonen & Louhiala 2002, 127). Opinnäytetyössä on pyritty lisäämään luotettavuutta kuvailemalla analyysivaiheet sekä tulok- set mahdollisimman selkeästi ja tarkasti sekä rehellisesti, kaunistelematta ja väärentämättä tuloksia.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippu- vuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu selkeästi, jotta lu- kija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallis- tujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tutkimuksen läpinäkyvyyttä lisää, että tutkija tunnistaa omat ennako-oletukset ja kuvaa ne avoimesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160, 166.) Opinnäytetyön us- kottavuutta lisää, että sen tulokset ja analyysin vaiheet on kuvattu selkeästi ja tarkasti.

Strukturoitu haastattelu on luotettavampi kuin avoin, mutta haastattelijalle voi olla hankalampi, kun ei voi tehdä selventäviä kysymyksiä haastateltavalta. Puolistrukturoitu eli teema-haastattelu on vielä luotettavampi, koska siinä haastattelijalla voi selittää kysymyksiä ja tehdä tarkentavia kysymyksiä. (Parahoo 2006, 320-329). Opinnäytetyössä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua, jolla pyrittiin takaamaan luotettavuus. Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Laatuun vaikuttaa, miten hyvin on valmistauduttu haastattelun, tekemällä haastattelurunko ja mietitty ennalta, miten teemoja voi syventää sekä pohditaan lisäkysymyksiä. Haastattelun laatua parantaa myöskin se, että haastattelu litteroidaan mahdollisimman nopeasti. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184-189.)

Opinnäytetyön on pyrittävä siihen, että se paljastaa tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin kuin mahdollista. Mutta on oltava kuitenkin tietoinen siitä, että opinnäytetyön tekijä vaikuttaa saatavaan tietoon jo tietojen keruu vaiheessa ja että kyse on tukijan tulkinnoista, hänen käsitteistöstään, johon tutkittavien käsityksiä pyritään sovittamaan. Tutkijan on dokumentoitava, miten hän on päätenyt luokitteamaan ja kuvaamaan tutkittavien maailmaa juuri niin kuin hän on sen tehnyt. Laadullisessa tutkimuksessa reliaabelius koskee sitä, kuinka luotettavaa tutkijan analyysi materiaalista on ja sitä onko kaikki käytettävissä oleva aineisto otettu huomioon ja onko tiedot litteroitu oikein. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184-189.) Opinnäytetyössä haastatteluaineistot ja jatkokysymykset oli mietitty tarkkaan ennakkoon, ja pyrittiin litteroimaan nauhoitettu aineisto mahdollisimman nopeasti ja tarkasti sanasta sanaan. Tämän jälkeen litteroitu aineisto ryhmiteltiin ja luokiteltiin samankaltaisiin ryhmiin. Aineiston analyysi niin pelkistys kuin ryhmittely on esitetty haastatteluista ja havainnoista kappaleessa kuusi.

Tutkimusetiikan periaate on, että lähtökohtana on tutkimuksen hyödyllisyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,176-177; Kylmä & Juvakka 2007, 144). Tutkimusetiikan periaatteet ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2007, 147). Opinnäytetyöhön osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista, ja näin ollen suostumus oli kysyttävä. Lisäksi tutkittava henkilö voi luopua osuudesta missä tahansa kehittämistyön vaiheessa. Tärkeätä on, että tutkittava saa riittävät tiedot tutkimuksen laadusta, jotta hän voi tehdä omaehtoisen päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. (Pelkonen & Louhiala 2002, 129-131.)

Tutkimukseen osallistuva ei saa olla tunnistettavissa opinnäytetyön tuloksista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,160). Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia, joten tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille, eikä tietoja saa käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen (Tuomi & Sarajärvi 2006, 128-129). Tutkimusaineisto tulee hävittää, kun sen käyttötarkoitus on saavutettu. (Kylmä & Juvakka 2007, 141). Opinnäyte-

työtä varten oli selvitettävä viralliset lupa-asiat HUS:lta. Opinnäytetyöhön liittyvät haastattelut olivat kaikille vapaaehtoisia ja tämän vuoksi suostumusta kysyttiin haastatteluun osallistuvilta (Liite 1). Kaikille tutkimukseen osallistuvia informoitiin kehittämistyön laadusta ja tarkoituksesta. Opinnäytetyössä haastateltavat eivät ole tunnistettavissa tuloksista ja tutkimustiedot ovat luottamuksellisia.

Havainnoinnissa tutkijan on tiedostettava, että hän vaikuttaa tutkimuskohteen elämään ja on tiedostettava sen vaikutukset tutkimuskohteelle. Havainnoitavalta tulee olla suostumus tutkimukseen. Tärkeätä tutkimuksen onnistumiselle on saada luottamus tutkittavaan ja tavoite on, että tutkittavien toiminta on mahdollisimman luontevaa. (Vilkkä 2006, 57.) Opinnäytetyössä kerrottiin tutkittaville havainnoinnista ja siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Opinnäytetyössä päädyttiin olla kuvaamatta, koska se olisi voinut vaikuttaa tutkittavien luontevaan käyttäytymiseen. Lisäksi kuvaamiseen olisi tarvittu erilliset luvat potilailta, koska olisi ollut mahdotonta olla heitä kuvaamatta raportointitilanteissa.

8.2 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää onko Lean jatkuvan kehittämisen ideataulu toimiva tapa kehittää hoitotyötä. Opinnäytetyön tavoitteena on Lean ideataulun avulla kehittää Herttoniemien päiväkirurgisen yksikön hoitotyötä potilaan parhaaksi. Selvitin työntekijöiden keinoja kehittää hoitotyötä haastatteleamalla heitä ennen Lean ideataulun käyttöön ottoa sekä kehittämisprojektin jälkeen. Kehitettävä idea syntyi työntekijöiltä aivoriihessä ja työntekijät pääsivät vaikuttamaan tarkemmin idean kehittämiseen toisen aivoriihen avulla. Sovittu työryhmä kehitti idean toimivaksi malliksi, jota lopuksi kokeiltiin käytännössä. Opinnäytetyössä esitettiin valitun idean kehitysprosessi.

8.2.1 Työn kehittämiseen vaikuttavat tekijät ja Lean ideataulun hyöty työnkehittämisessä

Hoitotyön kehittämisessä työntekijät pitivät tärkeänä yhteistyötä osastojen välillä, jotta voidaan vaihtaa mielipiteitä. Tällöin pystytään kehittää koko yksikön toimintaa. Nähtiin, että moniammatillinen yhteistyö ja osastojen väliset yhteiset kokoukset auttavat ideoiden kehittämisessä käytäntöön uusiksi toimintatavoiksi. Yhteisillä kokouksilla saadaan enemmän keskustelua, palautetta, yhteistyötä ja pystytään miettimään tarkemmin toimintaa. Näin saadaan kaikkien mielipiteet ja mietitään asioita yhdessä. Tällöin voi syntyä myöskin eri mielipiteitä ja kritiikkiä, jotka vaativat perustelua ja miettimistä, jonka avulla ideoista syntyy entistä parempia ja toimivampia. Vatajan (2012, 104-107) tutkimuksessa ilmeni vastaavia tuloksia, sillä

työyhteisön kehittämisprosessin ylläpitäminen vaatii selkeästi määriteltyjä kehittämisvastuita sekä koordinaatiota. Työyhteisöissä on oltava riittävästi aikaa ja tilaa yhteiseen keskusteluun ja kehittämistoimien toteuttamiseen.

Ideoiden kehittämistä pidettiin työläänä, sillä tulee olla hyvä suunnitelma, joka perustuu teoriaan, lisäksi pitää olla hyvin määritelty tavoite ja miten siihen pyritään. Tämä takaa, että ideasta tulee toimiva käytäntö, ja joka juurtuu toimintaan. Kehitystyön tekeminen vaatii työntekijän oman motivaation lisäksi aikaa entistä enemmän, vaikka sitä tällä hetkellä varsin hyvin saa sekä tuetaan kehittämiseen. Silti tutkitun tiedon etsiminen nähtiin jäävän työntekijän omalle ajalle, joka vaikuttaa työntekijöiden motivaatioon työn kehittämiseen. Aikaisemmista tutkimuksista on tullut samansuuntaisia tuloksia, että kehittäminen osana arjen työtä ei tapahdu itsestään, vaan edellyttää sekä tavoitteellista, systemaattista toimintaa että kehittämisen tunnistamista ja hyödyntämistä (Vataja 2012, 104-107). Hoitotyön kehittäminen tulee perustua tutkittuun tietoon ja se vaatii tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia ja sitoutumista niin käytännön työntekijöiltä kuin organisaation johdolta (Renlund 2006, 49, 51).

Avoin keskusteluilmapiiri edistää hoitotyön kehittämistä. Tärkeätä on, että kaikki hoitotyön kehittämiseen osallistuvat ovat sitoutuneita toiminnan muuttamiseen. (Renlund 2006, 49, 51). Lean ideataulun suurimpana hyötynä nähtiin juuri yhteistyön kehittyminen ja kaikkien äänen saanti kuuluville, koska lähes kaikki pääsivät osallistumaan ja ehdottamaan kehitysideoita. Pidettiin lisäksi siitä, että jokainen sai äänestää, mitä ideaa lähdettiin ensimmäiseksi kehittämään. Tätä pidettiin tärkeänä, koska tällöin kaikki pääsivät vaikuttamaan. Isoimpana ongelmana koko yksikön yhteistyön toteutumiselle työntekijät pitivät, että aikatauluja on niin vaikea sovittaa, jotta kaikki pääsisivät osallistumaan kokouksiin. Tähän ehdotettiin, että leikkauksia siirrettäisiin jonain päivänä niin paljon myöhemmin alkamaan tai kokouksia pidettäisiin virkistyspäivien yhteydessä, jotta kaikilla olisi mahdollisuus osallistua yksikön kehittämiseen. Tutkimuksessa esitettiin vastaavia tuloksia, että organisaation tulee sitoutua innostamaan ja tarjota resursseja tutkittuun tietoon perustuvaan tutkimukseen, jotta saadaan yksityiskohtaista tutkimusta aiheesta sekä yhdessä voidaan kehittää neuvottelemalla ja sopimalla. Yhteiset neuvottelut tarjoavat mahdollisuuden kuulla vähemmistöryhmän ideoita ja voidaan saada uusia erilaisia ideoita. Näin pystytään toteuttaa entistä paremmin näyttöön perustuvaa hoitotyötä. (Kenkre, Wallace, Davies, Bale & Thomas 2013, 561-566.)

Useiden tutkimusten perusteella näyttöön perustuvan lähestymistavan on osoitettu parantavan laatua ja hoidon kustannuksia. Kriittinen kehittämisen vaihe on varmistaa, että kehitetty uusi toimintatapa tuodaan huolellisesti käytäntöön. Tärkeätä on ensin varmistaa, että suunnitelman ydintehtävät ovat hyvin määritelty ja toisaalta tulee varmistaa, että muut ovat tietoisia vastuusta ja uuden toimintatavan vaatimuksista. (Hatzfeld 2008, 78-79.) Ideataulun hyötynä nähtiin, että kehitysprosessi oli kaikkien näkyvillä ja kaikki pääsivät vaikuttamaan valitun

idean kehittämiseen. Työntekijät toivoivat, että ideataulua olisi hyödynnetty vielä paremmin kehitysprosessin aikana, jotta kaikki vaiheet olisi ollut visuaalisemmin kaikkien nähtävissä. Haastateltavat toivoivat, että taululla olisi selkeämmin näkyvissä, mikä idea on missäkin vaiheessa menossa. Ideataulussa pidettiin hyvänä, että ideat lähtivät kaikista työntekijöistä ja siksi kaikki olivat motivoituneita kehittämään. Tanskalaisessa yliopistosairaalassa hyödynnettiin Kaizen taulua, jonka avulla avattiin prosesseja työntekijöiden ideoista ja prosesseja kehitettiin toimivimmiksi niin leikkausosastolla kuin vuodeosastoilla, jonka avulla nopeutettiin myös potilaiden hoitoprosessia ja lyhennettiin odotusaikoja päivystyksessä (Dammand, Horlyck, Jacobsen, Lueg, & Röck 2014,30).

8.2.2 Ideasta käytäntöön prosessi ja tiedonkulun, raportoinnin ja tietosuojan kehittäminen

Kehitettävä idea syntyi aivoriihen avulla, johon osallistui leikkausosasto ja päiväkirurginen osasto. Aivoriihessä syntyneet ideat laitettiin ideatauluun, jossa jokainen sai käydä äänestämässä ideaa, mitä kukin halusi, että lähdettiin ensimmäisenä kehittämään. Ensimmäiseksi kehitettäväksi ideaksi tuli siis tiedonkulku, raportointi ja tietosuoja. Työryhmä teki kehityssuunnitelman, jotta saatiin työntekijöiden näkemys vielä paremmin kuuluville, pidettiin toinen aivoriihi, missä selvitettiin työntekijöiden tarkempia kehitysajatuksia. Tärkeätä oli, että kaikkien työntekijöiden ääni saatiin kuuluville ja kaikki pääsivät yhdessä kehittämään. Tällöin kehitystyö on koko yksikön yhteinen asia ja jokaiselta saadaan vähän eri mielipiteitä, joita on hyvä hyödyntää, jotta päästään parhaaseen mahdolliseen tulokseen. Alasoinin (2011,105) tutkimuksessa ilmeni, että työelämän kehittämisessä oppimisen perustana on se, että eri toimijoilla on keskenään erilaisia kokemuksia, sillä oppiminen ja innovaatiot perustuvat erilaisuuteen ja moninaisuuteen

Työryhmä kehitti tiedonkulkua selkeyttämällä ja muistuttamalla tiedonkulusta, kun leikkaus perutaan tai siirretään, jolloin tieto liikkuu listantekijälle ja hänen kautta eteenpäin muille. Tiedonkulku oli parantunut näissä tilanteissa, mutta päiväkirurginen osasto toivoi paremmin tiedotusta, jos anestesiaa vaihdetaan. Tutkimusten perusteella tiedonkulkua edistää sosiaalisten siteiden solmiminen ja vahvistaminen, mikä parantaa yhteistyötä. Tutkimuksen perusteella yhteiset kokoukset ja yhteistyön parantaminen parantavat tiedonkulkua. (Hytönen 2005, 46-56.) Useista tutkimuksista ilmenee myös, että tiedonkulku ja kommunikaatio ongelmat ovat merkittävä syy haittatapauksille (Pitkänen, Teuho, Ränkimies, Uusitalo & Oja 2014, 181-186 ; Härkänen, Turunen, Saano & Vehviläinen-Julkunen 2013, 59.) Kasvokkain viestintä, tiedonjakohalu ja viestinnän apuvälineet ja hyvin tuotettu teksti edistää parempaa tiedonkulkua. Kasvokkain pystyy paremmin selittämään ja varmistamaan kysymällä, että vastapuoli ymmärtää. Myös halu jakaa tietoa antaa mahdollisuuden sujuvalle tiedonkululle, lisäksi hyvä ja selkeä kirjallinen raportti parantaa tiedonkulkua. (Hytönen 2005, 46-56.)

Työryhmä teki raportointiohjeet, joissa oli ohjeita tietosuojan huomioimisesta yksikössä, ISBAR:n pohjautuvan taskumallin käytöstä sekä hiljaisesta raportoinnista. Raportoinnin parantamiseksi tehtiin ISBAR:n pohjalta raporttitaskumalli, jonka tarkoitus oli jäsentää, yhtenäistää ja selkeyttää raportointia, kun potilas tulee päiväkirurgiselta osastolta leikkaussaliin tai heräämään. Raportointitilannetta selkiyttää, kun potilaasta kerrotaan vain oleelliset hoitoon liittyvät asiat, jotka kerrotaan tiivistetysti ja lyhyesti. Ruuskasen (2007, 61) tutkimuksesta selvisi, että raportoinnissa potilaan faktatiedoissa pysymistä helpottaa, kun raportin sisällölle on annettu selkeät säännöt, mitä raportilla puhutaan. ISBAR:n avulla on yhdenmukaistettu raportointia ja se on lähtöisin Yhdysvaltojen puolustusvoimista, josta levinnyt ilmaisuun ja terveydenhuoltoon (Australian Commission on safety and Quality in Health Care 2010, 31-32.) Kupari (2012, 22-23) on tehnyt sairaanhoitajaliitolle yhtenäisen ISBAR -oppaan, joka on vapaasti hyödynnettävissä, joka on nykyään maanlaajuisesti käytössä niin HUS:ssa kuin muualla Suomessa. HUS:ssa Haipro- järjestelmän vaaratapahtuma ilmoitukset liittyivät toiseksi useimmin tiedonkulkuun. Tämän vuoksi tiedonkulkuun ja sen varmistamiseen tulee kiinnittää huomiota. Parannusehdotukseksi tiedonkulkuun liittyviin ongelmiin on esitetty muistilistan tyyppistä tarkistuslistaa yhdenmukaistamaan ja selkiyttämään tiedon siirtymistä. Menetelmää käyttämällä voidaan vähentää vaaratapahtumien riskiä ja parantaa potilasturvallisuutta. (HUS Hoito-ohjeet). Tutkimuksen perusteella henkilökunta koki, että ISBAR selkeytti ja yhtenäisti raportointia ja nähtiin, että etenkin uudet työntekijät hyötyivät siitä (Finnigan, Marshall, Flanagan 2010, 401-403).

Hiljaiseen raportointiin siirryttiin, kun potilas siirtyy heräämöstä tai salista päiväkirurgiselle osastolle tai käytännössä raporttiin tiivistettiin oleellinen jatkohoidon kannalta. Useissa tutkimuksissa vastaajat kokivat hiljaisen raportoinnin olevan kirjallista tai sähköistä tiedonvälitystä, aktiivista tiedonhankintaa, eikä vain passiivista kuuntelua, kuten suullisessa raportoinnissa. Osa vastaajista koki hiljaiseen raportointiin kuuluvan myös mahdollisuuden tarkentaa luettua raporttia suullisilla kysymyksillä. Hiljainen raportointi oli tuonut ajansäästöä ja kirjaaaminen oli parantunut. Hiljaisessa raportoinnissa yksilöllinen tiedonsaanti toteutuu paremmin, keskittyminen on parantunut ja turha puhe hävinnyt. Lisäksi hyvänä asiana koettiin myös se, että raportointi ei ole pelkästään muistin varassa. (Laukkanen ym. 2012, 11-24; Aaltonen 2015, 39-40; Kallio & Virtanen 2010, 43-44.) Kähkösen (2010, 50) tutkimuksessa hiljaiseen raportointiin siirtyminen koettiin parantavan tiedonkulkua ja säästävän aikaa potilastyöhön ja samalla kirjallinen raportti on muuttunut tarkemmaksi.

Tietosuojaan kiinnitettiin entistä enemmän huomiota, huomioimalla potilas entistä paremmin. Pyrittiin järjestämään rauhallinen tila, jos se oli mahdollista. Heräämössä potilaita ei sijoitettu vierekkäin ja käytettiin potilaiden välissä sermejä. Pyrittiin viemään potilas suoraan saliin ja raportoimaan salissa, jotta muut potilaat eivät kuulisi potilaan tietoja. Yksityisyyden

suoja pitäisi olla yksi sosiaali- ja terveysalan toiminnan perusta (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla, ETENE-julkaisuja 35, 6). Hoitohenkilökunta voi menettää potilaan luottamuksen, jos potilaalla on tunne, että muut voi kuulla hänelle henkilökohtaisia asioita, jolloin potilas voi mahdollisesti jättää jonkun tärkeän asian kertomatta. Tutkimuksessa potilaiden tiedollisesta yksityisyydestä heräämössä tuli esiin, että potilaille oli ensisijaisen tärkeää saada tietoa omasta hoidosta, mikä on lähtökohta heidän kokemukselle omien tietojen hallinnasta. Potilaat siis kokevat tiedon saannin tärkeäksi siitä huolimatta, että muut potilaat saattavat kuulla heidän asioitaan. Toisten potilaiden asiat tulivat julki nimenomaan raportointitilanteissa. Lisäksi potilaiden mielestä tietojen käsittelyn liiallinen suojaaminen voisi vaikeuttaa henkilökunnan työskentelyä ja näin ollen hoidon turvallisuutta. Tutkimuksen tuloksia voi siis tulkita, että potilaille tiedon saanti on tärkeätä ja heidän mielestä raportoinnin välttäminen voi heikentää hoidon laatua. Tutkimuksen kehittämideoita oli sermien käyttö, raportointimenetelmät, sekä potilaiden sijoittelu heräämössä (Koivula-Tynnilä 2014, 43- 59.)

Pilotoinnissa tärkeäksi huomioitavaksi asiaksi nousi, että raportointitilanne rauhoitetaan leikkaussalissa niin, että kaikki kuuntelevat raportin. Tutkimuksissa ilmenee, että potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisessa ilmenee useita häiriötekijöitä, joita ovat raportoinnin yhteydessä kiire, melu sekä keskeytykset. Tämän vuoksi raportointitilanne on syytä rauhoittaa. (Mikkonen 2014, 42; Tamminen & Metsävainio 2015, 339-342.) Anestesiakaavakkeen pohjalta annettu raportti ISBAR mukaan oli erittäin selkeä. Havainnoista nousi esiin, että mitä useammasta paperista potilaan tietoja joutui etsimään, sitä hankalampaa se oli ja sitä suurempi riski oli, että jokin asia jää sanomatta tai on virheellinen tieto. Siksi ehdotettiin, että anestesiakaavakkeeseen tehtäisiin korjauksia ja lisäyksiä, jotta voisi luottaa siihen, että tiedot löytyisivät yhdestä paperista oikeina.

Työntekijöiden mielestä ISBAR oli selkeyttänyt ja jäsentänyt raportointia, ja se varmistaa, että kaikki tärkeät asiat tulee mainittua. Raporttimalli nähtiin toimivana apuvälineenä parannuskorjausten jälkeen, etenkin nähtiin, että uudet työntekijät ja opiskelijat hyötyvät siitä. Raporttimalli toivottiin heräämössä potilaspaikkojen pöytiin kiinni, jotta sitä ei aina tarvitse erikseen kaivaa taskusta. Hiljainen raportointi ei toteutunut täysin, mutta ainakin raportti tiivistyi ja keskittyi oleelliseen jatkohoidon kannalta. Hiljaisessa raportoinnissa tavoitteena ei ole täysin puhumaton raportointi, täysi hiljaisuus saattaa olla jopa haitallista kaiken oleellisen tiedon välittymisen kannalta (Jaakkola & Kiuru 2012, 15-16.) Pilotointi vaiheessa raportointitilanteissa huomioitiin tietosuojaa etenkin, kun muita potilaita oli kuuloetäisyydellä, näytettiin papereista asioita ja huomioitiin äänenkäyttöä. Työntekijät olivat myös sitä mieltä, että tietosuoja oli parantunut, kun asiasta oli puhuttu, niin siihen kiinnitettiin huomiota entistä enemmän ainakin heräämössä. Päiväkirurgisella osastolla ei ole aina mahdollista järjestää rauhallista tilaa potilaalle ja lääkärille, jolloin syntyy tilanteita, että muut potilaat saattavat kuulla.

8.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön perusteella Lean ideataulusta nähtiin olevan hyötyä työkehittämisessä, lisäksi se mahdollistaa, että kaikkien mielipiteitä pystytään huomioimaan paremmin. Ideataulu nähtiin hyödyllisenä apuvälineenä parantamaan yhteistyötä ison yksikön tai useamman osaston välillä toiminnan kehittämisessä. Ideataulun avulla työntekijät saadaan paremmin motivoitumaan, kun he pääsevät itse vaikuttamaan ja näkemään kehityksen vaihe vaiheelta. Haastattelut kokivatkin, että sitä paremmin ideataulu toimii, mitä paremmin sitä visuaalisesti hyödynnetään, että kaikki kehityssuunnitelman vaiheet näkyvät selkeästi ja ovat kaikkien nähtävissä, jolloin kaikki pystyvät esittämään ehdotuksia kehityskohteista kaikissa kehitysprojektin vaiheissa. Ideataulun käyttö vaatiikin aktiivista ja motivoitunutta vetäjää, joka saa muut innostumaan, jotta seuraava idea otettaisiin vuorollaan kehityksen kohteeksi. Työn kehittäminen vaatii tukea myöskin organisaatiolta ja esimieheltä, koska hyvän suunnitelman tekeminen vaatii aikaa, jotta hoitotyön kehittäminen on näyttöön perustuvaa. Työntekijät pitivät lisäksi hyvin tärkeänä yhteisen ajan löytymistä, jotta pystytään yhdessä keskustelemaan ja vaihtamaan mielipiteitä, jotta päästään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen.

Opinnäytetyötä ja Lean ideataulua pystyy hyödyntämään muissakin yksiköissä työn kehittämisen apuvälineenä. Ideataulusta olisi hyötyä etenkin yksiköissä, joissa tehdään vuorotyötä ja työntekijät eivät näe toisiaan päivittäin. Ideataulun avulla työntekijät pystyvät paremmin osallistumaan kehittämiseen, vaikka kaikki eivät ole samaan aikaan paikalla. Ideataulua on syytä käyttää mahdollisimman havainnollisesti ja kaikki kehityssuunnitelman vaiheet tulee olla selkeästi näkyvillä, jotta kaikki tietävät missä vaiheessa ollaan menossa, joka vaatii motiivon ja hyvän vetäjän sekä resursseja sitä varten. Ideataulun käyttö vaatii muutenkin aikaa ja panostamista kehitystyöhön, mutta sen avulla pystytään tekemään työn laadun ja resursien säästöä.

Hiljaisen raportoinnin ja tietosuojan ohjeet ovat hyödynnettävissä muissakin yksiköissä. IS-BAR:n pohjalta tehtyä taskumallia voi myöskin hyödyntää muissa yksiköissä. Jokainen yksikkö voi tehdä tarkennuksia oman yksikön tarpeiden mukaan, mutta raporttimallista olisi hyötyä muistilistana asioista, jotka tulee raportoida kun potilas viedään leikkaussaliin. Etenkin uudet työntekijät ja opiskelijat hyötyisivät raporttimallista raportoinnin tukena.

Jatkotutkimuksena Lean ideataulun voisi viedä muihinkin yksiköihin ja selvittää sen hyödyntämistä niissä. Lisäksi olisi mielenkiintoista seurata pidemmällä aikavälillä useamman kehitys-idean kehitysprosessia ja niiden toteutumista käytännössä. Mielenkiintoista olisi myöskin selvittää työntekijöiltä puolen vuoden tai vuoden päästä, että näkyykö heidän päivittäisessä työssään tämä raportoinnin ja tiedonkulun kehittäminen. Sekä selvittää käyttävätkö työnteki-

jät edelleen hiljaista raportointia ja ISBAR:n pohjautuvaa raporttimallia, ja onko se onnistunut juurtumaan uudeksi toimintatavaksi koko yksikköön. Lisäksi olisi hyvä tutkia ovatko työntekijät tyytyväisiä uudistukseen ja kokevatko he, että tiedonkulku, raportointi ja tietosuojat ovat parantuneet.

Lähteet

- Aaltonen, H. 2015. Hiljaisen raportoinnin käyttöönotto sisätautiosastolla. Opinnäytetyö YAMK. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen. Turun ammattikorkeakoulu.
- Alasuutari, P. 2014. Laadullinen tutkimus 2.0. Viides painos. Riika: InPrint.
- Graban, M. 2012. Lean hospitals. Improving Quality, Patient safety and Employee Engagement. Second Edition. U.S: CRC Press.
- Grunden, N. & Hagood, C. 2012. Lean-Led Hospital Design. Creating the Efficient Hospital of the Future. U.S: CRC Press.
- Grönfors, M. 2010. Havaintojen teko aineistokeräyksen menetelmänä. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (Toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Juva: WS Bookswell Oy. 154-170.
- Haapala, M. 2009. Anestesiahoitajien ammatillisen pätevyyden avaintekijät päiväkirurgiassa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu. Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Heikkilä, T., Jussila, T., Tihinen, M. & Hyppölä, H. 2014. Kotoa kotiin- hankkeen loppuraportti. Päivystyspotilaiden prosessin uudelleenjärjestely ja turvallinen kotiuttaminen Lean management -ajattelua hyödyntäen 1653/31/2011. Kuopio. Kuopion yliopistollinen sairaala.
- Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (Toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 1. painos. Vantaa: Dark Oy. 16-37.
- Heikkinen H.L.T, Rovio E & Kiilakoski T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen H.L.T, Rovio E & Syrjälä L. (Toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 1. painos. Vantaa: Dark Oy. 78-93.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (Toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 1. painos. Vantaa: Dark Oy. 94-113.
- Hytönen, T. 2005. Työyhteisön tiedonkulkuun vaikuttavia tekijöitä. Tapaustutkimus tietotyöläisten tietämyksenhallinnasta. Pro Gradu. Viestintätieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Härkänen, M. Turunen, H. Saano S. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Terveystieteiden henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa/Health care personnel views on preventing medication errors in acute care. Hoitotiede 25.1. (2013): 49-61.
- Jaakkola, M. & Kiuru, P. 2010. Siirtyminen sähköiseen oitotyön kirjaamiseen Töölön sairaalan päivystysosastolla. Mallikortin kehittäminen. Taitava kirurginen hoitaja -koulutus. Helsingin yliopistollinen keskussairaala.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, H.L.T, Huttunen R & Moilanen P. (Toim.) Sinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus. 63-81.

- Koivula-Tynnilä, H. 2014. Potilaiden tiedollinen yksityisyys heräämössä. Pro Gradu-tutkielma. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku - Haipro -vaaratapahtumien analyysi. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukari L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. Porvoo: WSOY.
- Kupari, P. 2012. ISBAR-menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun potilaasta. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte. R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Marjamaa, R. 2007. Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Yliopistopaino.
- Mikkonen, S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Pro Gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.
- Modig, N. & Åhlström, P. 2013. Tätä on Lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Tukholma: Rheologica Publishing.
- Mäkijärvi, M. 2010. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Tampereen teknillinen yliopisto.
- Mykyrä, T. & Hätönen, H. (toim.) 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki: Educa instituutti.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyönmenetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY.
- Parahoo, K. 2006. Nursing Research Principles, Process and Issues. Second Edition. UK: Palgrave Macmillan.
- Pelkonen, R. & Louhiala, P. 2002. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (Toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere. Tammer-Paino. 126-135.
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (Toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere. Tammer-Paino. 58-69.
- Pitkänen, A., Teuvo, S., Ränkimies, M., Uusitalo, M. & Oja, K. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät / Factors contributing to medication safety incidents. Hoitotiede 26.3 (2014): 177-189.
- Renlund, H. 2006. Hoitotyön kehittäminen -käsitteen tarkastelua hybridisen käsiteanalyysin avulla. Pro gradu -tutkielma. Oulun Yliopisto.

Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen -kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Sarajärvi A, Mattila L-R. & Rekola L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta, avain hoitotyön kehittymiseen. 1. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

Silvennoinen, A-S., Salanterä, S., Meretoja, R. & Junntila, K. 2012. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys perioperatiivisessa toimintaympäristössä. Tutkiva Hoitotyö vol. 10 (3).

Simonsuuri-Sorsa, M. 2002. Tutkimusetiikka tutkijankoulutuksessa. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (Toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere. Tammer-Paino. 118-125.

Stewart, D.W. & Shamdasani, P.N. 2015. Focus groups Theory and Practise. Third edition. London: SAGE publication Inc.

Syvänen, U. 2008. Palautekäytännöt työhyvinvoinnin tukena perioperatiivisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Fin-nannest. 48 (4). 338-343.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sähköiset lähteet

Alasoini, T. 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla? Helsinki: Tykes. Viitattu 27.6.2015. https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/hyvinvointia_tyosta.pdf

Australian Commission on safety and Quality in Health Care. 2010. Ossie Guide to Clinical Handover Improvement. Sydney, ACSQHC. Viitattu 17.2.2016. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>

Collar, R.M., Shuman, A.G., Feiner, S., McGonegal, A.K., Heidel, N., Duck, M., McLean, S.A., Billi, J.E., Healy, D.W. & Bradford, C.R. 2012. Lean Management in Academic Surgery. Journal of the American College of Surgeons. Jun2012, Vol. 214 Issue 6, p928-936. Viitattu 30.6.2015. 9p. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=2&sid=6d3db694-6229-4b84-a90f-6d3c9107fc9%40ses-sionmgr4002&hid=4112&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=afh&AN=76160535>

Dammand, J., Horlyck, M., Jacobsen, T.L., Lueg, R. & Röck, R.L. 2014. Lean management in hospitals: Evidence from Denmark. Administration and Public Management 23/2014. 19-35. Viitattu 4.7.2015. <http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/1642607266/fulltext/E508C362E884F31PQ/16?accountid=12003>

Eklund, R., Tyyskä, U. & Ropo, R. (Toim.) 2007. Kehitä osaamista! -työkirja. Oppaita ja työkirjoja/ Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/ebb374004a176e1293d6fb3d8d1d4668/kehita_osaamista.pdf?MOD=AJPERES

- Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla (2012) ISBN 978-952-00-3265-4 (nid.) Viitattu 2.3.2015. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5501.pdf
- Finnigan, M., Marshall, S. & Flanagan, B. *Australian Health Review* 34.4 (Nov 2010): 400-4. Viitattu 20.4.2016. <http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/849563602/fulltextPDF/977039C2A8C8460EPQ/2?accountid=12003>
- Hatzfeld, J. 2008. Developing Evidence-Based Nursing Roles: Lessons Learned From the Health Care Integrator Role. *Nursing Forum* Volume 43, No. 2, April-June 2008. s. 72-79. Viitattu 23.4.2016. <http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9471750f-1d41-4247-ad06-a4f5fe461614%40sessionmgr4001&vid=12&hid=4104>
- Hotus. 2015. Suositukset. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 31.8.2015. <http://hotus.fi/hotus-fi/suosituks>
- HUS. Haipro - vertailuraportti 2014 ja 2015, HYKS ATEK. Viitattu 18.1.2016. <http://intranet.hus.fi/haku/Sivut/Results.aspx?k=atek%20haipro>
- HUS. Strategia 2012-2016. Edelläkävijä Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Viitattu 31.8.2015. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatokseteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>
- HUS. Hoito-ohjeet. Hyks Jorvin sairaala. Viitattu 8.3.2016. Suullinen raportointi ISBAR työkalun avulla. <http://intranet.hus.fi/haku/Sivut/Results.aspx?k=potilasturvallisuusraportti%202012;> <http://intranet.hus.fi/haku/Sivut/results.aspx?k=potilasturvallisuussuunnitelma%202013>
- Kallio, M & Wirtanen, P. 2010. Suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin - henkilökunnan kokemuksia hiljaisesta raportoinnista osastolla K6. Taitava kirurginen hoitaja -koulutus. Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Operatiivinen tulosyksikkö. Viitattu 8.2.2016. http://tiimit.hus.fi/hallinto/hyks_pk_hoitotyö/Opinnyte%20ja%20kehittmistyt/Taitava%20kirurginen%20hoitaja-kehitystyöt/Hiljainen%20raportointi%20osastolla%20K6.pdf
- Kenkre, J., Wallace, C., Davies, R., Bale, S. & Thomas, S. 2013. Developing and implementing the Community Nursing Research Strategy for Wales. *British Journal of Community Nursing* Vol 18, No 11 November 1, 2013. s. 561-566. Viitattu 23.4.2016. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1f62a82-9f73-45ce-b0e7-2d706cc73dff%40sessionmgr104&vid=16&hid=116>
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? *OLääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2003;119;(7) 609-615. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>
- Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. *Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisu*, sarja A nro 11, 2012. Viitattu 9.2.2016. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/A-nro-11-2012.pdf>
- Mason, S.E., Nicolay, C.R. & Darzi, A. 2014. The use of Lean and Six Sigma methodologies in surgery: A systematic review. *UK. The surgeon* 13 (2015 91-100) Viitattu 30.6.2015. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=3&sid=a0308f2d-8d4a-4b3c-b2d0-ba1dd07819b3%40sessionmgr110&hid=101&bdata=JnN-pdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=101922304>
- Mattila, K. 2010. Day Surgery in Finland Randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 17.08.2015. Osoitteessa <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/62586/daysurge.pdf?sequence=1>

Ojala, M., Venninen, T., Mäkitalo, A-R. & Vilpas, B. 2009. Löytöretkellä omaan työhön Kehittämistä ja tutkimusta päiväkodin arjessa. Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Soccan ja Heikki Waris -instituutin julkaisusarja nro 22, 2009. Yliopistopaino. Viitattu 29.2.2016. http://www.socca.fi/files/94/Loytoretkella_omaan_tyohon_kehittamista_paivakodin_arjessa.pdf

Rauta, S. 2013. Päiväkirurgian tavoitteet ja potilasvalinta. Anestesiahoitotyön käsikirja. Viitattu 8.6.2015. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=&p_haku=anestesiahoitotyö_y%C3%B6

Sairaanhoitajaliitto. Näyttöön perustuva hoitotyö. Viitattu 17.08.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/arkisto/painopistealueet/naytoon-perustuva-hoitotyö/>

Simons, P.A.M., Houben, R., Vlayen, A., Hellings, J., Pijls-Johannesma, A., Marneffe, W. & Vandijck, D. 2014. Does lean management improve patient safety culture? An extensive evaluation of safety culture in a radiotherapy institute. *European Journal of Oncology Nursing* 19 (2015) 29-37. Viitattu 30.6.2015. [http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(14\)00112-4/pdf](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(14)00112-4/pdf)

Simonsuuri-Sorsa. 2002. Tutkimusetiikka tutkijan koulutuksessa. Toim. Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere. Tammer-Paino. 118-125. *Terveystieteiden tutkimuslaitos. Laatu ja potilasturvallisuus*. 1326/2010, 8 . Viitattu 2.5.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Säily, P. 2012. Hoitajan osaaminen päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma YAMK. Oulun AMK. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/44593/Saily_Petra.pdf?sequence=1

Tuominen, M. 2014. Päiväkirurgisen potilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 8.6.2015. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01705&p_haku=sairaanhoitajan%20käsikirja

Vataja, K. 2012. Kehittyvä työyhteisö Itsearviointin hyödyntäminen työyhteisön kehittämisessä kunnallisessa sosiaalitoimessa. Väitöskirja. Tutkimus 86/2012. THL. Vaasan yliopisto. Viitattu 29.2.2016. http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/90859/URN_ISBN_978-952-245-699-1.pdf?sequence=1

Kuviot

Kuvio 1: Lean ideatau	14
Kuvio 2: Toimintatutkimuksen sykli (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 79)	21
Kuvio 3: Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmät vaiheittain	22
Kuvio 4: Moniammatillinen yhteistyö ja osastojen väliset yhteiset kokoukset auttavat ideoiden kehittämisessä käytäntöön uusiksi toimintatavoiksi	33
Kuvio 5: Aivoriihessä nousseet asiat tiedonkulun parantamiseksi	40
Kuvio 6: Aivoriihessä nousseet asiat, jotka nähtiin raportoinnissa kehityskohteina	41
Kuvio 7: Lean ideataulun hyödyt työn kehittämisessä	47

Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä ja katekorian muodostamisesta.
..... 28

Taulukko 2: Esimerkki havaintojen alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä ja kategorioiden
muodostamisesta..... 30

Liitteet.....	68
Liitte 1 Tiedote osallistujille ja suostumus tutkimukseen	69
Liitte 2 Haastattelun teemat	71
Liitte 3 Kehityssuunnitelma tiedonkulku, raportointi ja tietosuoja	72
Liitte 4 Raportointimalli	88
Liitte 5 Raportoinnin ohjeet Herttoniemen päiväkirurgisessa yksikössä	89

Liite 1: Tiedote osallistujille ja suostumus tutkimukseen

Hei kaikki Herttoniemen päiväkirurgian yksikön henkilökunta

Olen tekemässä opinnäytetyötä liittyen YAMK opintoihin Laurea-ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyön tavoitteena on Lean ideataulun avulla kehittää Herttoniemen päiväkirurgisen yksikön hoitotyötä potilaan parhaaksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää onko Lean jatkuvan kehittämisen ideataulu toimiva keino kehittää hoitotyötä. Selvittääkseni työntekijöiden keinoja kehittää hoitotyötä haastattelen kahdeksan työntekijää ennen Lean ideataulun käyttöönottoa ja kehittämisprojektin jälkeen, neljää hoitajaa leikkausosastolta ja neljää päiväkirurgiselta osastolta. Tarkoituksena on siis tuoda Herttoniemen päiväkirurgiseen yksikköön Lean metodin mukainen jatkuvan kehittämisen ideataulu, joka laitetaan työyksikön seinälle, johon työntekijät voivat laittaa kehittämisideoita. Idea käsitellään ja kehitetään toimivaksi malliksi, jota sitten kokeillaan käytännössä. Opinnäytetyössä minun on tarkoitus esitellä yhden idean kehitysprosessi, jonka toteutumista selvitän havainnoimalla. Opinnäytetyön ja ideataulun tarkoitus on siis kehittää hoitotyötä asiakkaan parhaaksi henkilökunnasta lähtien. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Haastatteluun valitsen vapaaehtoisuuden perusteella, haastateltavat eivät ole tunnistettavissa opinnäytetyön tuloksista ja tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, ja niitä ei luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen.

Pyydän sinua osallistumaan opinnäytetyöhöni Lean jatkuvan kehittämisen ideataulu Herttoniemen päiväkirurgiseen yksikköön- Ideasta käytäntöön, liittyvään haastatteluun. Mikä tarkoittaa, että sinua haastatellaan luottamuksellisesti, nimettömästi ja ketään ei ole tunnistettavissa opinnäytetyössä. Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, ja niitä ei luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen.

Yt. sh YAMK opisk Jonna Rapo Herttoniemen leikkausosasto

Suostumus haastatteluun

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt selvityksen opinnäytetyöstä opinnäytetyön tekijältä Jonna Rapolta ja minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumista haastatteluun. Ymmärrän, että osallistuminen täysin vapaaehtoista, ja koska vaan on mahdollisuus keskeyttää haastattelu.

Suostumus haastatteluun:

Paikka _____ Aika _____

Allekirjoitus _____

Syntymäaika _____

Nimen selvennys _____

Osoite _____

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus _____

Paikka _____ Aika _____

Nimen selvennys _____

Liite 2: Haastatteluteemat

Alkuhaastattelun runko

1. Haastateltavan työkokemus, missä työyksikössä, ikä?
2. Miten työyksikössä voi tuoda uusia kehitysideoita esille?
3. Oletko käyttänyt aloitelaatikkaa?
4. Auttavatko muut työntekijät idean kehittämisessä toimivaksi uudeksi käytännöksi?
5. Saako HUS:lta, esimieheltä tukea idean kehittämiseen? Esim. työaikaa tiedonhakuun ja kehittämistyöhön tai muita resursseja mitä?

Ryhmätyöskentelynä koko henkilökunta yhdessä kehittävät uusia ideoita Lean ideataulun avulla, ja idean kehitysprosessi toimivaksi uudeksi toimintakäytänteeksi. Valitun idean kehitysprosessin havainnointi uudeksi toimivaksi ja käytänteeksi.

Loppuhaastattelun runko

1. Miten työntekijät arvioivat Lean ideataulua työnkehittämiseksi?
2. Miten Lean ideataulu helpottaa ideoiden ehdottamista?
3. Miten Lean ideataulu auttaa idean kehittämisprosessissa?
4. Saiko työkavereilta tukea paremmin?
5. Käyttäisitkö jatkossakin menetelmää?
6. Onko järjestetty tarpeeksi aikaa ja resursseja ideoiden kehittämiseen?

Liite 3: Kehityssuunnitelma tiedonkulku, raportointi ja tietosuoja

Kehityssuunnitelma
Herttoniemen leikkaus- ja
päiväkirurgiselle osastolle
Raportointi
Tietosuoja
Tiedonkulku

Katja Luostarinen

Kati Huhtanen &

Jonna Rapo

Helmikuu 2016

Sisällys

1 Johdanto	3
2 Tiedonkulku.....	3
2.1 Tiedonkulun parantaminen suunnitelman tavoite ja tarkoitus.....	5
2.2 Tiedonkulku prosessi.....	6
3 Raportointi.....	7
3.1 Hiljainen raportointi.....	7
3.1 Raportoinnin parantamisen suunnitelman tavoite ja tarkoitus.....	9
4 Tietosuoja.....	10
4.1 Tietosuojan parantamisen suunnitelma tavoite ja tarkoitus.....	12
5 Pohdinta.....	12
Lähteet.....	13
Kuviot ..	17
Liite 1 Lean ideataulun käyttötavat ja aivoriihessä nousseet ideat.....	18
Liite 2 Aivoriihi 21.1.2016.....	21

1 Johdanto

Tämä kehityssuunnitelma liittyy opinnäytetyöhön: Lean jatkuvan kehittämisen ideataulu Herttoniemen päiväkirurgiseen yksikköön - ideasta käytäntöön. Herttoniemen päiväkirurgiseen yksikköön on siis tuotu Lean johtamisen yksi metodi Lean ideataulu, jonka avulla työntekijät voivat esittää kehittämisideoita. Taulusta näkyy ideat, suunnitteluvaihe, kehittämisvaihe ja toteutuneet ideat. Lean ajatus on jatkuva kehittäminen, prosessien selkiyttäminen ja sujuvoittaminen sekä hukan karsiminen ja kaikki nämä asiakkaan parhaaksi. Nämä Leanin keskeiset ajatukset on tarkoitus näkyä kaikissa ideoiden kehitysvaiheissa.

Työntekijät saivat yhdessä aivoriihessä miettiä kehitysideoita, ja tämän jälkeen valittiin tärkein idea äänestämällä, jota haluttiin lähteä ensimmäisenä kehittämään. Kehittämisidean aiheeksi nousi raportointi, tietosuoja ja tiedonkulku. Kolme aihealuetta, koska ne liittyvät toisiinsa hyvin vahvasti. Aiheet ovatkin hyvin tärkeitä niin työnsujuvuuden kuin potilasturvallisuuden kannalta. Tämä aihe edistää potilaan hyvää hoitoa ja on siksi myöskin hyvin tärkeä aihe. Perustettiin kolmehenkinen työryhmä, jotka ensin etsivät aiheesta teoriatietoa, jonka avulla miettivät yhdessä kehittämistarpeita ja -keinoja juuri tähän yksikköön. Lisäksi työryhmä kyseli kaikilta työyhteisön jäseniltä mielipiteitä, jotta koko työyhteisö on kehitystyössä mukana. Aivoriihen avulla haettiin työntekijöiltä keinoja ja tarpeita kehittää, jotta työ olisi sujuvampaa, tiedonkulku ja raportointi toimivampaa.

2 Tiedonkulku

Aktiivinen vuorovaikutus on välttämätöntä, että työt tulevat tehtyä. Erityisen tärkeää tämä on tiimityössä, joissa jäseniä velvoittaa yhteinen päämäärä. Tiedon jakaminen on välttämätön osa tiimin toimintaa. (Janhonen 2010, 67.) Vaaditaan yhteistä vuorovaikutusta, jotta voidaan siirtää tietty merkitys työntekijältä toiselle. Viestinnän havaitseminen on aktiivista toimintaa, jossa tulkitsijalla on tärkeä asema havaita ja tulkita se ja reagoida siihen. Työyhteisön viestinnässä voi aiheuttaa ongelmia se, että työntekijät saattavat käyttää erilaista ammattikieltä. Tällöin toisen täytyy havaita ja tulkita se ja täytyy rakentaa yhteisiä merkityksiä, jotta pystytään toimimaan ja ymmärtämään toinen toisiaan. (Toivola 2007, 66-67.)

Kommunikointi on kaikkein tärkeintä yhteistyöhön perustuvassa potilasturvallisuuden hallinnassa. Tiimityö on mahdotonta ilman viestintää, ja lähes kaikki potilasturvallisuutta edistävät tavat sisältävät kommunikaatiota. Puhuttu tiedonvälitys lisää toiminnan luotettavuutta ja laatua. Mitä vähemmän ryhmä viestii keskenään, sitä suuremmaksi nousee kynnyksen ottaa asioita

puheeksi. Suora viestintä lisää turvallisuutta, sillä epäsuorassa viestinnässä on suurempi riski ymmärtää väärin. Viestintä pitää olla selkeä, lyhyt ja tiivis ja osoittaa kenelle se on osoitettu, jotta tulee selväksi kenen tulee tehdä ja mitä. Lisäksi on hyvä käyttää kaksi suuntaista viestintää, jolloin toistetaan, mitä toinen on sanonut. Tämä korostuu varsinkin ensihoidossa tai elvytystilanteissa. Tärkeää on myöskin, että viesti esitetään määrätietoisesti ja myöskin kuulijajan rooli on tärkeä, sillä hänen on osattava kuunnella. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 189-196.)

HUS:n potilasturvallisuusohjeiden mukaan hyvä potilasturvallisuus edellyttää yhteistyötä eri toimijoiden välillä, mikä perustuu hyvään tiedonkulkuun. Potilas on tärkeässä roolissa potilasturvallisuuden edistämässä, siksi potilas on tärkeä ottaa mukaan raportointi tilanteissa. (HUS - Potilasturvallisuus.) HUS ATEK:n (Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito tuloksikkö) 2014 ja 2015 Haipro poikkeamailmoituksista toiseksi useimmin syyksi haittatapahtumalle oli tiedonkulku. (HUS ATEK) Tiedonkulku on siis aina tärkeää kehittää. Kurrosen (2011, 33) tutkimuksessa selvitettiin tiedonkulkuun liittyviä Haipro -ilmoituksia, useimmiten tiedonkulun ongelmien syyksi oli mainittu kiire, johon yhdistettiin liian vähäinen henkilökuntamäärä, levottomuus, hälinä ja suuri työmäärä. Vaaratapahtumiin liittyi myöskin, kun oli paljon sijaisia ja uusia työntekijöitä, sekä vapailta tulo liittyi myöskin riskitilanteisiin. Tietojärjestelmien kaatuminen aiheutti myöskin haittatilanteita tiedonsiirtymiselle.

Kirurgisen potilaan sairaalahoitoon liittyy useita siirtymiä paikasta toiseen: leikkausta edeltävästä vaiheesta toimenpiteen kautta heräämöhön ja sieltä vuodeosastolle, näissä siirroissa siirtyy myös hoitovastuu toiselle henkilölle tai henkilöille. Tämän vuoksi viestinnän merkitys korostuu kirurgisen potilaan hoitoon liittyvässä tiedonkulussa. Leikkaustiimin tarkistuslistat ovatkin nykyään laajasti käytössä, niiden tarkoitus on parantaa leikkausryhmän viestintää ja madaltaa kynnyksiä puhumaan. Arvellaan, että hoitotulosten parantumiseen liittyy osittain tiedonkulun parantuminen leikkaussalissa. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338.)

Toimivan viestinnän merkitys korostuu myös eri ammattiryhmien välisessä työskentelyssä ja näiden välillä olevat erilaiset viestintätyylit voivat tuottaa väärinymmärryksiäkin. Myös potilaan fyysinen siirtyminen ja samanaikaiset hoitotoimet hoitovastuun siirtyessä saattaa aiheuttaa viestinnässä ongelmia. Leikkaussalista heräämöhön siirryttäessä samanaikainen raportointi ja valvontalaitteiden kiinnittäminen saattavat heikentää tiedonkulkuun. Viestintää on pyritty parantamaan ISBAR työkalulla, jonka avulla on yhtenäistetty raportointia. Saadakseen parhaan mahdollisen hyödyn työkalun käyttöön otosta, nousee tärkeäksi sen kouluttaminen, seuranta ja johdon tuki. (Tamminen & Metsävainio 2015, 339-342.) Härkäsen, Saanon, Turusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 57) tutkimuksessa selvitettiin terveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä lääkityspoikkeamien estämisestä. Tutkimuksessa nousi tärkeäksi tiedonkulun parantaminen suullisesti ja kirjallisesti turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi.

Hytösen (2005, 46-56) tutkimuksesta työyhteisöön tiedonkulkuun vaikuttavista tekijöistä nousi esiin tiedonkulkua edistävinä sosiaalisista tekijöistä yhteistyö, avoimuus, empatia ja erilaiset näkökulmat. Tiedonkulkua edistää sosiaalisten siteiden solmiminen ja vahvistaminen, sillä tämä parantaa yhteistyötä. Empatia lisäsi yhteenkuuluvuuden tunnetta ja luottamusta, avoimuus lisää uskallusta tuoda julki omia ajatuksia ja rohkaisee kysymään tarvittaessa. Sekä kasvokkaisviestintä, tiedonjakohalu ja viestinnän apuvälineet ja taidokkaasti tuotettu teksti edistää parempaa tiedonkulkua. Kasvokkain pystyy paremmin selittämään ja varmistamaan kysymällä, että vastapuoli ymmärtää. Halu jakaa tietoa antaa mahdollisuuden sujuvalle tiedonkulle, lisäksi hyvä ja selkeä kirjallinen raportti parantaa tiedonkulkua.

Alatalon (2008, 53-55) tutkimuksessa niin kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa työntekijöiden työtyytyväisyydelle ja työhön sitoutumisen ylläpitämiselle, on merkittävää sisäinen tiedonkulkua. Lähiesimiehet kokivat olevansa keskeisessä asemassa sisäisen tiedottamisen kannalta niin johdolta henkilöstölle kuin henkilöstöltä johdolle tulevan tiedon viejänä. Tällöin työntekijät kokevat kuuluvansa ryhmään ja kokevat olevansa päätöksenteossa mukana, mikä lisää työhyvinvointia. Lähiesimiehet kokivat tiedottamisen erityisen tärkeänä muutostilanteissa työntekijöille. Esimiehet kokivat, että haasteellisinta on tiedottamisen oikea-aikaisuus, ja tärkeää on ilmoittaa ensimmäisenä työntekijöille. Osastokokoukset ja henkilöstöpalaverit olivat tärkeimmät esimiesten käyttämät tiedotustilanteet, lisäksi käytettiin paljon sähköpostia. Henkilöstön rooli sisäisessä tiedottamisessa pidettiin vastuullisena ja tosiasioihin perustuvana tiedon vastaanottamisessa sekä sen välittämisessä. HUS:ssa seurataan jokaisessa yksikössä vuosittain työntekijöiden työtyytyväisyyttä Työoloparametri -mittarilla, jossa mm. selvitetään sisäistä tiedonkulkua. Kantasen (2008, 60-65) tutkimuksessa ilmeni, että kommunikation laatu on merkittävä yhteistyötä edistävä tekijä. Lisäksi tutkimuksessa ne, jotka kokivat työtyytyväisyyden hyväksi arvioivat myös yhteistyön paremmaksi kuin työhönsä tyytymättömät. Lisäksi pidettiin tärkeänä työtyytyväisyyttä edistävänä tekijänä, että yhteistyöongelmiin puututtiin välittömästi.

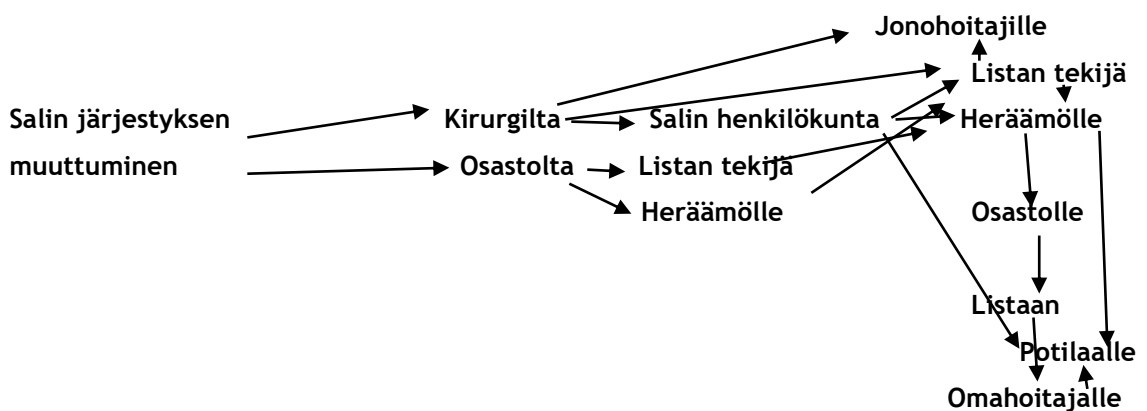
2.1 Tiedonkulun parantaminen suunnitelman tavoite ja tarkoitus

Suunnitelman tavoitteena on kehittää tiedonkulkua yksikössä. Tarkoitus on miettiä erilaisia keinoja, miten voidaan parantaa tiedonkulkua. Mahdollisesti jonkun tiedonkulkuprosessin selkeyttäminen, suullisen raportoinnin tarkentaminen, jossa keskitytään oleelliseen ja jätetään turha tieto pois. Tämä on tietenkin arvioitava potilaan ja toimenpiteen perusteella.

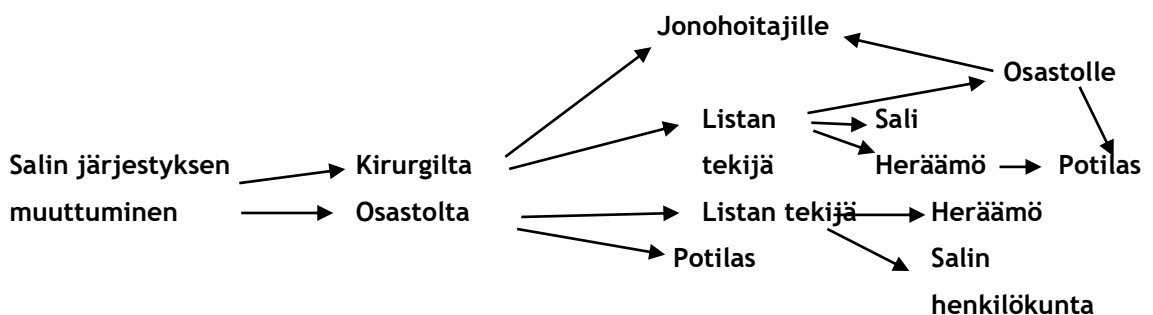
2.2 Tiedonkulun prosessi

Tiedonkulkua pohdittiin yksikössä raportointitilanteessa sekä informointia, jos toimenpide siirtyy tai leikkaus peruuntuu. Nämä ovat tärkeitä asioita kehittää niin työn sujuvuuden kuin potilasturvallisuuden kannalta. Alla kuvat tämän hetkisestä prosessista tiedonkulusta leikkauksen peruuntuessa tai leikkausalin järjestyksen muuttuessa. Tämän alla kuvio, miten tiedonkulun kuuluu mennä sovitun mukaisesti.

Lisäksi päiväkirurgisen osaston henkilökunta tuo heräämöönsä oman leikkauslistan, josta voidaan nähdä, kuka hoitaa ketäkin potilasta, jotta voidaan näin parantaa tiedonkulkua keskustelemalla suoraan omahoitajan kanssa. Lisäksi näemme listasta monelta potilaalta saapuvat osastolle, näin vältetään turhia puheluita, jos joku potilas halutaan leikata suunniteltua aikaisemmin, lisäksi tiedetään, koska kirurgi voi mennä katsomaan potilasta osastolle.



Kuva 1 Prosessi tällä hetkellä tiedonkulusta leikkauksen siirtyessä tai salijärjestyksen vaihtuessa



Kuva 2 Tiedonkulun prosessin selkiyttäminen leikkauksen siirtyessä tai peruuntuessa

3 Raportointi

Raporttitilannetta selkiyttää, kun potilaasta kerrotaan vain oleelliset hoitoon liittyvät asiat, jotka kerrotaan tiivistetysti ja lyhyesti. Raportoinnissa potilaan faktatiedoissa pysymistä helpottaa, kun raportin sisällölle on annettu selkeät säännöt, mitä raportilla puhutaan. (Ruuskanen 2007, 61) Mikkosen (2014, 42) tutkimuksessa ilmeni, että potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa toteutumisessa ilmenee useita ongelmia. Erilaisia häiriötekijöitä raportoinnin yhteydessä ovat kiire, melu sekä keskeytykset. Tämän vuoksi raportointitilanne on syytä rauhoittaa. Tutkimuksessa nousi myös tärkeäksi strukturoidun raportointimallin laajempi käyttöönotto, mikä olisi perusteltua tiedonsiirron laadun parantamiseksi. Kupari (2012, 22-23) on tehnyt sairaanhoitajaliitolle yhtenäisen ISBAR -oppaan (Identify=tunnista, Situation=tilanne, Background=tausta, Assesment=nykytila, Recommendation=toimintaehdotus), joka on vapaasti hyödynnettävissä, joka onkin nykyään maanlaajuisesti käytössä niin HUS:ssa kuin muualla Suomessa. Australiassa on kehitetty ISBAR raportoinnin avulla strukturoitua raportointikäytäntöä, joka lisää potilasturvallisuutta. ISBAR:n avulla on yhdenmukaistettu raportointia ja se on lähtöisin Yhdysvaltojen puolustusvoimista sieltä levinnyt ilmaisuun ja terveydenhuoltoon. (Australian Commission on safety and Quality in Health Care 2010, 31-32.)

3.1 Hiljainen raportointi ja yhtenäinen kirjaaminen

Laissa on säädetty, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (12 § (30.6.2000/653) Potilasasiakirjamerkintöjä tekevän terveydenhuollon ammattihenkilön on huolehdittava siitä, että hänen tekemänsä merkinnät ovat virheettömiä, selkeitä ja ymmärrettäviä (STM 2012, 45.) Asiakirjojen perusteella on voitava jälkeenpäin selvittää terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan asianmukaisuutta ja potilaan tai asiakkaan terveydentilaa sekä käytettyjä hoitokeinoja ja niiden vaikutuksia. Periaatteena on, mikä on kirjattu, on tehty. Huolellinen ja virheetön kirjaaminen lisää potilasturvallisuutta sekä potilaan että henkilökunnan oikeusturvaa. Sähköinen potilaskertomus parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta, sekä antaa mahdollisuuksia toiminnan seurannalle ja tilastoinnille (Hallila 2005, 51-111.) Virolaisen (2006, 77) tutkimuksen mukaan sähköinen hoitotyönkirjaaminen on tuonut parannusta kirjaamiseen, sillä sen myötä asiakirjojen luettavuus ja ymmärrettävyys on parantunut.

Kirjaamisen jäsentäjänä on käytetty hoitotyön prosessia, tietokoneohjelmalla pystytään varmistamaan, että hoitosuunnitelmassa tulee kaikki prosessin vaiheet huomioitua (Ikonen, 2007,

63; HUS 2011, 4.) Valtakunnalliset yhtenäiset potilastietojärjestelmät parantavat tiedonsiirtoa eri yksiköiden välillä. Yhtenäisen rakenteisen kirjaamisen avulla kirjaaminen helpottuu, kun tiedon löytäminen tehostuu ja kertaalleen kirjattua tietoa voidaan hyödyntää uudestaan tarpeen mukaan. Tiedon rakenteisuus vähentää tarvetta manuaalisesti kopioida tietoa järjestelmästä, asiakirjasta tai näytöstä toiseen. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteisuus parantaa myöskin hoidon laatua, kun kirjaaminen ohjaa noudattamaan hoitoprosessia tai hoitosuosituksia, lisäksi potilaan tiedot ovat aiempaa laadukkaampia, paremmin saatavissa ja löydettävissä. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko (toim.) 2015, 11-99) Ikosen (2007, 64) tutkimuksessa tietotekniikan käytön esteeksi mainittiin kiire, omatietotekninen osaamattomuus ja laitteiden puute. Laineen (2003, 53-56) tutkimuksessa selvitettiin tietojärjestelmän käyttöön ottoon liittyviä kokemuksia, vaikka kritiikkiä tuli puutteellisesta koulutuksesta, silti vastaajat kokivat, järjestelmän parantaneen tiedonkulkua ja selkeyttäen kirjaamista.

Rakenteisesta kirjaamisesta tulisi löytyä henkilön yksilöintitiedot, yhteyshenkilöt, diagnoosi ja käyntisyys, riskitiedot (allergiat, infektiot, keinomateriaalit, riskitaudit), terveyteen vaikuttavat tekijät (tupakointi, päihteet, liikunta, ravitsemus, raskaus), fysiologiset mittaukset (laboratoriotutkimukset, röntgentutkimukset), toimenpiteet, lääkehoito (lääkityksen tarkistus), hoitotyön yhteenveto, suunnitelma, potilastietojen luovutus. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko (toim.) 2015, 11-99; STM 2012, 55; HUS 2011, 4-19.) Nämä tiedot löytyvät potilaan esitietolomakkeesta ja ovat asioita, joita tarkistetaan ja käydään läpi päiväkirurgisella osastolla ennen leikkausta ja heräämössä/ tai salissa ennen leikkausta raportin yhteydessä sekä tarkistuslistan yhteydessä. Potilas on läsnä niin raportin kuin tarkistuslistan aikana ja potilaalla on mahdollisuus korjata tai lisätä häntä koskevia tietoja tarvittaessa. Kiviniemi, Junttila, Leinonen, & Ruonamo (2007, 85-87) ovat vieneet kehittämissuunnitelman avulla rakenteista kirjaamista myöskin perioperatiiviseen hoitotyöhön, jonka myötä leikkausyksiköillä on yhtenäinen kirjaamiskäytäntö ja kirjaamisen parantaminen parantaa myöskin laatua. Sähköinen kirjaus mahdollistaa hiljaisen raportoinnin sekä hoitoisuusluokitusmittarin käyttöönoton, jonka avulla voidaan tehdä raportteja ja kansallisia ja alueellisia vertailuja.

Laukkasen ym. (2012,11-24), Aaltosen (2015, 39-40) Kallio & Virtanen (2010, 43-44) tutkimuksessa kyselyyn vastanneet kokivat hiljaisen raportoinnin olevan kirjallista tai sähköistä tiedonvälitystä, aktiivista tiedonhankintaa, eikä vain passiivista kuuntelua, kuten suullisessa raportoinnissa. Osa vastaajista koki hiljaiseen raportointiin kuuluvan myös mahdollisuuden tarkentaa luettua raporttia suullisilla kysymyksillä. Hiljainen raportointi oli tuonut ajansäästöä ja kirjaaminen oli parantunut. Hiljaisessa raportoinnissa yksilöllinen tiedonsaanti toteutuu paremmin, keskittyminen on parantunut ja turha puhe hävinnyt. Lisäksi hyvänä asiana koettiin myös se, että raportointi ei ole pelkästään muistin varassa. Hiljaista raportointia käyttävät kokivat raportointimuodon heikkoutena sen, että hiljainen raportointi edellyttää hyvää kirjaamista.

Hiljaisen raportoinnin heikkoutena pidettiin tiedonsiirto-ongelmia ja potilasturvallisuuden vaarantumista. Lisäksi koettiin heikkoutena vuorovaikutuksen, vertaistuen ja yhteisen pohdinnan vähentymisen. Näiden vähentyessä opiskelijoiden oppiminen ja kokeneiden hoitajien hiljaisen tiedon siirtyminen olivat vastaajien mielestä raportin yhteydessä vähentyneet. Ongelmina koettiin myöskin hiljaisen tilan järjestämisessä sekä tietojärjestelmäongelmat. Hiljaisessa raportoinnissa tavoitteena ei ole täysin puhumaton raportointi, vaikka sen nimi niin viestittääkin. Täysi hiljaisuus saattaa olla jopa haitallista kaiken oleellisen tiedon välittymisen kannalta. (Jaakkolan & Kiurun (2012,15-16). Aaltosen (2015, 40) tutkimuksessa kritiikiksi nousi myöskin tietokoneiden riittämättömyys, mutta muuten työntekijät olivat tyytyväisiä hiljaiseen raportointiin. Kähkösen (2010, 50) tutkimuksessa hiljaiseen raportointiin siirtyminen koettiin parantavan tiedonkulkua ja säästävän aikaa potilastyöhön ja samalla kirjallinen raportti on muuttunut tarkemmaksi. Tuukkasella (2010,5) oli esimerkkejä, joiden perusteella hiljainen raportointi oli aiheuttanut riski tilanteita, koska tieto ei ollut välittynyt. Hänen mielestään tietojärjestelmä ei korvaa ihmisten välistä vuorovaikutusta, joka on samalla oppimis- ja tarkistustilanne.

3.2 Raportoinnin parantamisen suunnitelman tavoite ja tarkoitus

Raportoinnin kehittämisen tavoite on parantaa tiedonkulkua yhtenäistämällä raportteja. Tarkoitus on yhdessä sopia, missä tilanteissa mikäkin on oleellista kertoa tai jättää sanomatta. Näin vältetään, että jotain oleellista jää kertomatta tai että oleellinen tieto hukkuu.

Raportoinnista on esitetty, että jos potilas on perusterve, eikä mitään erityistä ole, ei tarvitsi raporttia ollenkaan. Mutta toki jos potilaalla vähänkin perussairauksia ja lääkityksiä raportointi ilman muuta korostuu. Raportointia tämän kaltaisissa tilanteissa voi vähentää niin potilaan tullessa heräämöhön tai saliin tai siirtyessä osastolle. Ongelmina nähdään, että sähköinen esitietolomaketta on hankala tulkita. Riskitiedoista täytyy tarkistaa etenkin lääkeaineallergiat ja tarvittaessa päivittää välittömästi, tai mainita, että tieto puuttuu.

Raportointi saliin/ heräämöhön yleisanestesia-, laskimopuudutus ja plexus potilaat:

- RR
- Ravinnotta olo
- Perussairaudet
- Lääkelista - Lääkkeet, jotka on ottanut
- Allergiat
- Hakija
- Aikaisemmat anestesia-

- Metalli kehossa
- Tahdistin, kipustimulaattori
- Lävistyksen kasvoissa
- Tatuoinnit selässä (spin. puudutus)
- Hammasproteesit

Raportti heräämöstä/ salista osastolle:

- Raportoidaan vain oleellinen - kipu, pahoinvointi ym.
- Lähinnä kerrotaan jos erityistä potilaan voinnissa tai jatko-ohjeissa
- Verityhjiö aikaa ei tarvitse kertoa ellei lähentele 2t
- Voi näyttää anestesiakaavakkeesta ja tarvittaessa voi kysyä, jos tarvitsee lisätietoa
- Raportoidaan tilanteen ja kysymysten perusteella

4 Tietosuojaja

Salassapitovelvollisuus ja potilaan yksityisyyden suoja on eettinen ongelma. Sairaanhoidtajaa ohjaa tässä asiassa niin laki salassapitovelvollisuudesta (Salassapitovelvollisuus 28.6.1994/559 17) kuin sairaanhoidajan eettiset ohjeet (1996) pitää salassa potilaan antamat luottamukselliset tiedot. (Sairaanhoidajaliitto) Hyvä hoito edellyttää luottamuksellista hoitosuhdetta ja potilaan tulee voida hakeutua tutkimuksiin ja hoitoihin sekä kertoa oireistaan ja vaivoistaan luottamuksellisesti (Ylipartanen 2010, 21,23). Salassapitovelvollisuuteen liittyy myös Suomen perustuslain 10 pykälä, jolla on suojattu jokaisen henkilön yksityisyydestä. Henkilön yksityisyyteen liittyy terveydenhuollossa hoidon yhteydessä saadut tiedot potilaasta (Lehtonen 26,36.) Yksityisyyden suoja pitäisi olla yksi sosiaali- ja terveysalan toiminnan perusta (Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla, ETENE-julkaisu 35, 6). Hoitohenkilökunta voi menettää potilaan luottamuksen, jos potilaalla on tunne, että muut voi kuulla hänelle henkilökohtaisia asioita, potilas voi mahdollisesti jättää jonkun tärkeän asian kertomatta. (Koivula-Tynnilä 2014, 59.)

Tietosuojaja on eettinen ongelma meillä heräämössä raportointitilanteissa salassapitovelvollisuuden toteutumisen kannalta. Päiväkirurgisella osastolla pyritään raportti pitämään kansliassa, jossa ei ole muita potilaita kuulemassa. Kyseinen ongelma on myös monissa muissa yksiköissä niin vuodeosastoilla kuin teho-osastoilla. Suomessa asiaan ei ole kiinnitetty huomiota kovinkaan paljon, vaikka laissa on säädetty salassapitovelvollisuudesta. Potilaan luottamus on edellytys hoidolle ja se on vaarassa, jos potilaiden tiedoista puhutaan muiden kuullen. Harvalla osastolla tehdään niin, että hyväkuntoiset potilaat poistuisivat lääkärin kierron ajaksi

potilashuoneista, jottei kuule toisen potilaiden tietoja. Toinen ongelma ovat vanhat rakennukset ja tilanpuute, joissa ei ole tietosuojaa huomioitu, sillä nykyisin uusissa sairaaloissa on huomioitu tilojen suunnittelussa tämäkin asia.

Ehdottoman tärkeää on, että potilaat saavat tietoa mahdollisimman nopeasti leikkauksen onnistumisesta, jotta itsemääräämisoikeuskin voi toteutua. Myöskin on tärkeää hoidon laadulle, että potilaan tiedot siirtyvät leikkaussalihenkilökunnalle. Tärkeimpänä ohjenuorana nousee tietenkin lakiin perustuva salassapitovelvollisuus, mutta eettisesti nousee myöskin hoidon hyvä toteutus ja potilaan tiedonsaanti, mikä myöskin perustuu lakiin edellytyksenä itsemääräämisoikeutena. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja niiden vaikutuksesta, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan (Potilaan tiedon saanti oikeus 17.8.1992/785/5). Lainsäädännöllä pyritään siis, autonomian korostamisen hengessä huolehtimaan yksityisyyden suojasta ja että hoitosuhteiden luottamuksellisuus säilyy. Valitettavan usein tilanne on se, että vaikka kirjallisia tietoja suojataan, julkisissa tiloissa puhumalla asioitaessa muut kuulevat valitettavan hyvin asioita, jotka heille eivät kuulu (Ylipartanen 31.) Mielenkiintoista on miksi tähän asiaan ei ole kiinnitetty huomiota, koska Suomi on kuitenkin ollut edelläkävijänä Euroopassa säätämässä lakia potilaan oikeudesta (1993). (Leino-Kilpi, Välimäki, Arndt, Dassen, Gassul, Lemonidou, ScottBansemir, Cabrera, Paepaevangelou & Mc Parland 10).

Koivula–Tynnilän (2014, 35-37) Pro Gradu tutkielmassa potilaiden tiedollisesta yksityisyydestä heräämössä tuli esiin, että potilaille oli ensisijaisen tärkeätä saada tietoa omasta hoidosta, joka on lähtökohta heidän kokemukselle omien tietojen hallinnasta. Tutkimuksessa potilaat eivät kokeneet häiritsevänä tietojen leviämistä muille potilaille, paitsi niissä tilanteissa, joissa toinen potilas oli huonetoveri vuodeosastolta tai jos hän oli puolittu sairaalan ulkopuolisessa elämässä. Käytännössä potilaat siis kokevat tiedon saannin tärkeäksi siitä huolimatta, että muut potilaat saattavat kuulla heidän asioistaan. Toisten potilaiden asiat tulivat julki nimenomaan raporttitilanteissa. Kuitenkin potilaat kokivat, että heidän tietojensa luottamuksellinen käsittely toteutui hyvin. Myöskin nousi esiin, että jos tietojen käsittelyn liiallinen suojaaminen voisi vaikeuttaa henkilökunnan työskentelyä ja näin ollen hoidon turvallisuutta. Tutkimuksen tuloksista voisi siis tulkita, että potilaille tiedon saanti on tärkeää ja heidän mielestä raportoinnin välttäminen voi heikentää hoidon laatua. Tällöin eettisesti ajateltuna on pienempi paha, jos muut potilaat kuulevat heidän asioista. Tämä ei tarkoita, etteikö hoitajien pitäisi mahdollisimman tarkkaan varjella tietosuojaa, mutta se ehkä keventää eettistä ongelmaa. Koivula-Tynnilän tutkimus toteutettiin korva-, nenä- ja kurkkutautien heräämössä, mitkä toimenpiteet eivät olleet kovin arkaluonteisia, mutta tulokset voisivat olla erilaiset, jos kysely olisi toteutettu toisessa yksikössä.

Tutkimuksen kehittämideoita oli sermien käyttö, raportointimenetelmät, sekä potilaiden sijoittelu heräämössä (Koivula-Tynnilä 2014, 43-47). Tässä yksikössä sermejä käytetään aktiivisesti, mikä estää hyvin näköyhteyden sekä toki tilanteen mukaan mietitään potilaiden sijoittelua heräämössä. Jos tilaa on paljon, potilaita ei sijoiteta aivan vierekkäin. Raportointimenetelmissä varmasti kehitettävää löytyy, mutta pelkästään äänen käytölläkin asiaan pystyy vaikuttamaan. Joskus jos potilaalla on arkaluonteinen asia, sen voi näyttää paperilta toiselle hoitajalle, kaikesta ei tarvitse aina ääneen kertoa. Raportoinnissa on hyvä aina miettiä, mikä tieto on oleellista juuri tähän toimenpiteeseen, onko tarpeen selvittää kaikkia vanhoja toimenpiteitä ym. Voisiko riittää, että ilmoittaa esim. että aikaisemmat anestesia-aiheet sujuneet ongelmitta. Kuulokkeiden käyttöä oli myöskin Koivula-Tynnilän tutkimuksessa selvitetty, jonka potilaat kokivat hankalaksi heräämössä, koska tällöin potilas ei huomaa jos hänelle puhutaan.

4.1 Tietosuojan parantamisen suunnitelma tavoite ja tarkoitus

Tietosuojan parantamisen tavoitteena on kiinnittää asiaan enemmän huomiota ja parantaa tietosuojaa kaikilla mahdollisilla toteuttamismahdollisilla keinoilla. Ensinnäkin päivän ensimmäiset potilaat viedään ja raportoidaan suoraan saliin, tällöin muut potilaat eivät kuule. Potilaat sijoitetaan heräämössä kauaksi toisistaan, mahdollisuuksien mukaan joka toinen paikka. Sermien käyttöä tehostetaan, jotta varmistetaan näkösuoja, vaikka ne aiheuttavat tilanahautta. Huomioidaan raportointitilanteessa äänen käyttöä, sekä muissakin tilanteissa, kun puhutaan muista potilaista. Kaikesta arkaluontoisista asioista ei tarvitse kertoa raportilla ääneen. Päiväkirurgisella osastolla kerrotaan raportti kansliassa, jossa ei ole muita potilaita kuulemassa.

5 Pohdinta

Työryhmä kehitti siis yhdessä työntekijöiden kanssa kahden aivoriihen avulla tiedonkulkua, raportointia ja tietosuojaa. Tiedonkulusta muistutettiin, miten tieto kulkee laikkauksen siirtyessä tai peruuntuessa listantekijän kautta, saliin, heräämöhön ja päiväkirurgisen osaston henkilökunnalle. Raportoinnista tehtiin ohjeet, jossa oli tietosuojasta, hiljaisesta raportoinnista ja ISBAR:n pohjautuvan raporttimallin käytöstä. Tietosuojasta ohjeistettiin potilaan huomiointia ja äänenkäyttöä sekä keinoja, miten sitä voidaan huomioida yksikössämme paremmin. Hiljaisista raportointia ohjeistettiin käyttämään, kun potilas siirtyy salista tai osastolta päikiin, jonka tarkoitus oli tiivistää raportointia ja parantaa kirjaamista. Lisäksi tehtiin ISBAR:n pohjautuva raporttimalli, jota käytetään, kun potilas tuodaan päiväkirurgiselta osastolta saliin tai heräämöhön, jonka tarkoitus oli yhtenäistää ja tehdä raportista rakenteisempaa. Kehityssuun-

nitelmaa kokeiltiin kaksi viikkoa, jonka jälkeen selvitettiin työntekijöiden mielipiteitä ja korjausehdotuksia. Raportointiohjeisiin tehtiin tarvittavat korjaukset ja tarkoitus olisi, että se jäisi pysyvästi käyttöön.

Lähteet

- Aaltonen, H. 2015. Hiljaisen raportoinnin käyttöönotto sisätautiosastolla. Opinnäytetyö YAMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Turun ammattikorkeakoulu.
- Alatalo, M. 2008. Sisäinen tiedonkulku terveydenhuollon organisaatiossa lähiesimiesten kokemana. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.
- Hallila, L. 2005. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. 51-55. Toim. Hallila, L. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hallila, L. 2005. Hoitotyön kirjallisten suunnitelmien tarkastelu - nursing audit. 111-119. Toim. Hallila, L. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus - Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. 2. painos. Helsinki. Edita Prima Oy.
- HUS. 2011. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa. 2011. Versio3.
- Hytönen, T. 2005. Työyhteisön tiedonkulkuun vaikuttavia tekijöitä. Tapaustutkimus tietoyöläisten tietämyksenhallinnasta. Pro Gradu. Viestintätieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Härkänen, M., Saano, S., Turunen H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Terveydenhuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 2013, 25 (1), 49-61.
- Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto.
- Jaakkola, M. & Kiuru, P. 2010. Siirtyminen sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen Töölön sairaalan päivystysosastolla. Mallikortin kehittäminen. Taitava kirurginen hoitaja -koulutus. Helsingin yliopistollinen keskussairaala.
- Janhonen, M. 2010. Tiedon jakaminen tiimityössä. Työterveyslaitos. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 39. Väitöskirja. Tampere. Yliopistopaino.
- Kantanen, A. 2008. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto
- Kiviniemi, K., Junntila, K., Leinonen, T. & Ruonamo, M. 2007. Rakenteinen kirjaaminen perioperatiivisessa hoitotyössä - kehittämisprojekti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä
- Koivula-Tynnilä, H. 2014. Potilaiden tiedollinen yksityisyys heräämässä. Pro Gradu-tutkielma. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku - Haipro -vaaratapahtumien analyysi. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.
- Kupari, P. 2012. ISBAR-menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun potilaasta. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, klinisen asiantuntijan koulutusohjelma.
- Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Laine, R. 2003. Henkilökunnan kokemuksia tietojärjestelmän käyttöönotosta ja käyttöönotosta. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Kuopion yliopisto.

Lehtonen, L. 2003. Terveystieteiden ammattihenkilön salassapitovelvollisuus. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gassul, M., Lemonidou, C., Scott, P.A, Bansemir, G., Cabrera, E., Papaevangelou, H. & Mc Parland, J. 2000. Patient's autonomy, privacy and informed consent. Amsterdam. IOS Press.

Mikkonen, S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Pro Gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen -kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnannest. 48 (4). 338-343.

Toivola, S. 2007. Tieto ja tiedon merkitykset hoitotyössä. Puheviestinnän Pro-gradu -tutkielma. Viestintätieteiden laitos. Jyväskylä. Yliopisto.

Ylipartanen, A. 2010. Tietosuojaterveystieteiden tutkimuskeskus. Potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. 3. uudistettu painos. Tallinna. Tietosanoma Oy.

Virolainen, M. 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta Hoitotieteen laitos. Hoitotyön johtaminen.

Sähköiset Lähteet

Australian Commission on safety and Quality in Health Care. 2010. Ossi Guide to Clinical Handover Improvement. Sydney, ACSQHC. Viitattu 17.2.2016. <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>

Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla (2012) ISBN 978-952-00-3265-4 (nid.) Viitattu 2.3.2015. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5501.pdf

HUS. Haipro - vertailuraportti 2014 ja 2015, HYKS ATEK. Viitattu 18.1.2016. <http://intranet.hus.fi/haku/Sivut/Results.aspx?k=atek%20haipro>

HUS - Potilasturvallisuus.

http://www.hus.fi/potilaalle/potilasturvallisuus_hussa/Sivut/default.aspx

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Salassapitovelvollisuus 28.6.1994/559 17. Viitattu 15.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#a559-1994>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilasasiakirjat ja hoitoon liittyvä muu materiaali 12 § (30.6.2000/653). Viitattu 16.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaan tiedon saanti oikeus. 17.8.1992/785/5. Viitattu 15.1.2016. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Kallio, M & Wirtanen, P. 2010. Suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin - henkilökunnan kokemuksia hiljaisesta raportoinnista osastolla K6. Taitava kirurginen hoitaja - koulutus. Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Operatiivinen tulosityksikkö. http://tiimit.hus.fi/hallinto/hyks_pk_hoitotyö/Opinnyte%20ja%20kehittmistyt/Taitava%20kirurginen%20hoitaja-kehitystyöt/Hiljainen%20raportointi%20osastolla%20K6.pdf

Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalaassa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin julkaisuja, sarja A nro 11, 2012. Viitattu 9.2.2016. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/A-nro-11-2012.pdf>

Saarela, S. 2013. ISBAR. Verkkodokumentti. Viitattu 15.1.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/tapahtumat/Vaaratapahtumien%20pivn%20typajat/Ty%C3%B6paja%20%20Saarela%20ISBAR%20031013.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely, Opas terveydenhuollolle. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 16.2.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112073/URN%3aBN%3afi-fe201504225719.pdf?sequence=1>

Tuukkanen, J. 2010. Hiljainen raportointi vaarantaa potilasturvallisuuden. Finnanest 2010, 43 (1). http://www.finnanest.fi/files/tuukkanen_hiljainen.pdf

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.). 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas Osa I Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 9.2.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1

Liite 4: Raportointimalli

Raportointi ISBAR: n mukaan

Tunnista	-Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
Tilanne	- Syy raportointiin, mihin leikkaukseen -Operoitava puoli
Tausta	-Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat, lääkitys -Päihteet ja tupakointi -Aikaisemmat anestesiaat -Metallia kehossa, lävistyksset -Tahdistin, kipustimulaattori -Allergiat -Tartuntavaarat/ eristys -Hammasproteesit -Tatuoinnit selän alueella (spin. puud)
Nykytilanne	-Vitaalielintoiminnot RR, Verensokeri -oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen, kipu tällä hetkellä -Ravinnotta -Leikattavan alueen iho -Hakija/ yönyli seura
Toimintaehdotus	-Ehdota -Tarkkailun lisäämistä -Toimenpidettä -Siirtoa toiseen yksikköön tarv. -Hoitosuunnitelman muutos -Esim. Kipupotilas, pahoinvointia aikaisemmissa anestesoissa, mahd. tarve siirtää Töölöön

Liite 5: Raportoinnin ohjeet Herttoniemen päiväkirurgisessa yksikössä

Raportoinnin ohjeet Herttoniemen päiväkirurgisessa yksikössä:

- Huomioidaan potilaan yksityisyys
 - Emme puhu potilaan asioista muiden kuullen
 - Puhumme vain välttämättömät asiat
 - Äänen voimakkuus ja kaikkia asioita ei tarvitse kertoa ääneen
- Potilaat viedään ja raportoidaan suoraan saliin jos mahdollista
- Sijoitetaan heräämössä kauaksi toisistaan
- Jokaisen potilaan väliin laitetaan sermi
- Raportointitilanteessa huomioimme äänen käytön, sekä tilanteissa kun puhumme potilaiden asioista, puhumme niin, että mahdollisimman vähän kuuluu muille potilaille. Mahdollisimman hiljaisella äänellä ja kaikkea ei tarvitse sanoa ääneen
- Päiväkirurgisella osastolla raportti kansliassa
- Potilaan haastattelu ja kotiutustilanteissa yksityisyys, ei muiden potilaiden kuullen.

Kun potilas siirtyy salista tai heräämöstä päiväkirurgiselle osastolle:

- Tarkka kirjaaminen, mikä on kirjattu on tehty
- Näytetään anestesiakaavakkeesta ja tarvittaessa voi kysyä tarkennuksia, jos tarvitsee lisätietoa
- Jos raportoidaan, niin vain oleellinen: kipu, pahoinvointi ym. erityinen ja jatkohoito-ohjeet
- Lähinnä kerrotaan jos erityistä potilaan voinnissa tai jatko-ohjeissa
- Vety aikaa ei tarvitse kertoa ellei lähentele 2t, huom. painehaavat kerrotaan jos näkyviä mustelmia tai ihorikkoja

Kun potilas tuodaan päiväkirurgiselta osastolta saliin tai heräämöhön:

- Suullisen raportoinnin tarkentaminen ja keskitytään oleelliseen ja jätetään ylimääräinen pois, mikä ei ole mainittu raporttimallissa ja esim. vanhat leikkaukset, jotka eivät vaikuta tähänhetkiseen toimenpiteeseen, mutta jos aikaisemmissa anestesoissa on ollut jotain erityistä mainitaan ne.
- Raportoinnin selkeyttämiseksi ja yhtenäistämiseksi, käytämme ISBAR:n pohjautuvaa raporttimallilla, jossa on mainittu asiat, jotka on raportilla hyvä mainita