



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

LEIKKAUSHOITOTYÖN KEHITTÄMINEN SILMÄKESKUKSESSA

Anu Äijälä

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015

YAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
YAMK
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

ÄIJÄLÄ ANU:
Leikkaushoitotyön kehittäminen Silmäkeskuksessa

Opinnäytetyö 76 sivua, joista liitteitä 15 sivua
Marraskuu 2016

Terveystuotoalan johtamis- ja kehitystyö pohjautuu Suomessa yhä useammin Lean-filosofiaan. Lean-filosofian mukaisella johtamisella pyritään luomaan organisaatioon kehittämismyönteinen ja henkilöstön asiantuntijuutta hyödyntävä toimintakulttuuri. Lean-filosofia tehostaa osaltaan hoitotyön kehittämistä ja sen avulla voidaan lisätä hoitoprosessien sujuvuutta. Hoitotyön kehitystyöllä tavoitellaan lisäarvoa terveydenhuoltoalan asiakkaille, parannetaan työn mielekkyyttä ja lisätään kustannustehokkuutta.

Tutkimus vastasi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tampereen yliopistollisen sairaalan Silmäkeskuksen leikkausosasto LE9:llä havaittuun silmäleikkauspotilaiden hoitoprosessin kehittämistarpeeseen. Tutkimuksessa haettiin ratkaisukeinoja ja kehitysideoita havaittuihin hoitoprosessin pullonkauloihin. Hoitoprosessin toimimattomia käytänteitä tunnistettiin tilastotietoja apuna käyttäen. Tärkeimmiksi kehittämistyön kohteiksi hoitoprosessissa tunnistettiin muun muassa potilaiden odotusajat ja etukäteissuunnittelu. Tutkimusta varten leikkausosasto LE9:n ja vuodeosaston hoitohenkilökunta osallistui elektronisesti toteutettuun teema-haastatteluun. Teemahaastatteluun osallistui kymmenen hoitohenkilökunnan edustajaa (N=30). Vastausprosentiksi muodostui 33,3 %. Kerätylle aineistolle suoritettiin aineistolähtöinen sisällön analyysi.

Keskeisiksi kehityskohteiksi nousi viisi teemaa: viestintä, tilojen käyttö ja logistiikka, etukäteissuunnittelu, perehdytys ja hoitohenkilöstömitoitus sekä toimintakulttuuri. Kehitysehdotukset koskivat muun muassa kirjaamis- ja raportointikäytänteiden uudistamista, hoitotilojen uudelleenjärjestelyjä ja perehdytyksen kehittämistä. Tarve huolehtia tehokkaasti päivittäisen toiminnan ohjauksesta sekä aamunaloitusten sujuvasta toteutuksesta nousivat myös toteutettavien kehitysehdotusten joukkoon. Yhteisenä tekijänä kaikkien havaittujen muutostarpeiden taustalla oli tilaus leikkausosaston toimintaa kehittävän, moniammatillisen kehitystiimin perustamiselle.

Asiasanat: lean-filosofia, hoitotyön kehittäminen, tiedolla johtaminen, prosessijohtaminen, silmäleikkauspotilaan hoitotyö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree in Management of Health Care and Social Services

ÄIJÄLÄ, ANU:

Development Project of Eye Surgery Patient Care in Eye Centre, Tampere University Hospital

Master's thesis 76 pages, appendices 15 pages
November 2016

Lean philosophy is a word widely known management method used also in healthcare organizations to increase value-stream and reduce variation in operation processes. The Lean method can also be harnessed to maintain positive cycle of development and work flow. The main idea in Lean philosophy is to enable and implement employee's innovations by empowering management.

The nursing staff of the operation ward LE9, Eye Centre, Tampere University Hospital, had recognized some dysfunctional components in eye surgery patient care process, e.g. patient's prolonged pre-operational waiting periods during the operation day. The study was carried out to increase quality in eye surgery patient care. The main target of the study was to reduce variation and produce improvement methods in eye surgery patient care process and increase patient satisfaction. The study also aimed to increased job satisfaction among nursing staff at the operation ward LE9. The financial aspect was also a motive: functional improvement in the care process and cutting back of variations in it is known to cause significant savings in care maintenance costs.

For the framework of this study the narrative literature review was carried out. To point out the "bottlenecks", the unworkable practices in patient care process at operation ward LE9, perioperative patient data system statistics were analysed. Nursing staff at the operation ward LE9 were interviewed. Response rate (n=30) was 33.3%. The purpose of the interview was to harvest suggestions to develop the eye surgery patient nursing process. The data was transcribed and analysed by content analysis.

Findings pointed out that more improving needs to be done to maintain and gain high-quality care at the ward. The main improvement needs related to communication, patient logistics, up-front preparations, staff orientation and culture of general working methods at the ward. The study reinforced the important connection between high-quality management and continuous improving of eye surgery patient care.

Key words: lean philosophy, nursing development, knowledge management, process management, eye-surgery patient care

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| JOHDANTO | 6 |
| 1 KOHDEORGANISAATION ESITTELY | 8 |
| 1.1 Silmäkeskus ja leikkausosasto LE9 | 8 |
| 1.2 Kohdeorganisaation strategia..... | 10 |
| 1.3 Kehitystyöryhmä..... | 10 |
| 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE..... | 12 |
| 3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 13 |
| 3.1 Tiedolla johtaminen | 13 |
| 3.2 Prosessi- ja laatujohtaminen | 14 |
| 3.3 Lean-filosofia..... | 16 |
| 3.4 Henkilöstönäkökulma | 20 |
| 4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT..... | 21 |
| 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus teorianmuodostuksen pohjana..... | 22 |
| 4.2 Tilastotieto teemahaastattelun pohjana | 24 |
| 4.3 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat | 28 |
| 4.4 Teemahaastattelu | 29 |
| 4.5 Sisällön analyysi | 30 |
| 5 TULOKSET | 38 |
| 5.1 Viestintä..... | 38 |
| 5.2 Tilojen käyttö ja logistiikka | 39 |
| 5.3 Etukäteissuunnittelu..... | 41 |
| 5.4 Perehdytys ja hoitohenkilöstömitoitus..... | 41 |
| 5.5 Toimintakulttuurin selkiyttäminen | 43 |
| 6 KEHITTÄMISEHDOTUKSET | 44 |
| 6.1 Viestintä..... | 45 |
| 6.2 Tilojen käyttö ja logistiikka | 46 |
| 6.3 Etukäteissuunnittelu..... | 47 |
| 6.4 Perehdytys ja henkilöstömitoitus | 47 |
| 6.5 Toimintakulttuuri | 48 |
| 7 POHDINTA..... | 50 |
| 7.1 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi..... | 50 |
| 7.2 Tulosten arviointi..... | 53 |
| LÄHTEET..... | 58 |
| LIITTEET | 62 |

ERITYISSANASTO

| | |
|--------------------------|---|
| Diabeettinen retinopatia | Diabeteksen silmän verkkokalvon sairaus |
| Elektiivinen potilas | Valinnainen, ei-päivystyksellinen potilas |
| Glaukooma | Näköhermon sairaus |
| HUS | Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri |
| Induktiohoito | Leikkausta valmisteleva hoito |
| Leiko | Leikkaukseen kotoa |
| LE9 | Silmätautien leikkausosasto |
| Perioperatiivinen hoito | Leikkauksen aikainen hoito |
| PSHP | Pirkanmaan Sairaanhoitopiiri |
| Retrobulbaaripuudutus | Silmämunanvieruspuudutus |
| Sitra | Suomen itsenäisyyden juhlarahasto |
| STM | Sosiaali- ja Terveysministeriö |
| TAYS | Tampereen Yliopistollinen Sairaala |
| Vitrektomia | Silmän lasiaisen poistoleikkaus |
| n | Otos, kappalemäärä |
| N | Kokonaisjoukko |

JOHDANTO

Hoitotyön kehittämiseksi käytetään erilaisia menetelmiä, joista prosessien tehokkuuteen ja tarkoituksenmukaisuuteen tähtäävä Lean-filosofia on todettu tarkoituksenmukaiseksi ja tehokkaaksi (Huovinen, 2015, 5). Teollisuuden palveluksesta levittäytynyt ideologia on osoittanut soveltuvuutensa myös Suomen terveyden-huoltoalalle (Mäkijärvi, 2010, 36). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintasuunnitelmassa Lean-filosofia esitellään keskeisenä toiminnan jatkuvan parantamisen ja kehittämistyön menetelmänä (PSHP 2015, 31).

Hoitotyön kehityshankkeiden lähtökohtana on potilaalle koituva hyöty, toisaalta niillä tavoitellaan myös kustannustehokkuutta ja kilpailukykyä. Mäkijärven (2010) mukaan Lean-filosofian mukaisesti toteutetut leikkaustoiminnan kehittämishankkeet Suomessa ja eri puolilla maailmaa ovat onnistuneet luomaan lisäarvoa potilaille. Tulokset voivat konkretisoitua esimerkiksi leikkaukseen pääsyn odotusajan lyhentymisenä tai asiakas-tyytyväisyyden lisääntymisenä. (Mäkijärvi 2010, 45, 63.)

Mitä analysoidumpi ja tarkoituksenmukaisempi potilaan leikkaushoitoprosessi on, sitä paremmin se kykenee vastaamaan potilaiden hoidon tarpeisiin kohdennetusti (Jajpuria 2015, 95). Perioperatiivisen hoitoprosessin standardointi parantaa hoitotyön laatua potilaan parhaaksi (Marjamaa 2007, 67). Ohrankämmen (2015, 44-45) mukaan hoitoprosessien kehittämisellä on kauaskantoisia vaikutuksia kansalaisten hyvinvoinnissa.

Hoitoprosessien kehittämishankkeilla haetaan laadukkaan hoidon tavoittelun ohella potilaan hoidostaan saavuttaman hyödyn maksimoimista pienimmällä tarvittavalla panoksella. Mäkijärven (2010, 12) mukaan hoitotyön kehittämisen ja hoitoprosessien parantamisen tavoite tulee olla yksittäisten osa-alueiden optimoinnin sijaan täydellinen hoitoketju. Hoitotyön tulee olla standardoitua, ei yksin tuotannon tehokkuuden vuoksi, vaan myös laadun ja potilasturvallisuuden takaamiseksi. Hoitoprosessien järkevöittäminen on taloudellisesti kannattavaa. HUS-sairaanhoitopiirissä saatujen Lean-filosofiaan perustuvien pilotti-hankkeiden tulokset ovat varsin kannustavia: on raportoitu jopa 35 % tuotannon lisäyksistä ilman merkittäviä resurssilisäyksiä.

Lean-filosofian mukainen, jatkuva kehitystyö on siis taloudenhallinnan, kilpailukyvyyn ja potilastyytyväisyyden kannalta perusteltua toimintaa. Hoitotyön vetovoimaisuutta kyetään kasvattamaan osallistuttamalla hoitohenkilökunta kehitystyön prosesseihin (Rodriguez, Buyens, Van Landeghem & Lasio 2016). Lean-filosofian mukaisesti henkilökunta on toiminnan suunnittelun keskiössä (Toussaint & Berry 2013). Myös Antila-Aallon (2015, 27-28) ja Särkelän (2015, 13) mukaan hoitohenkilöstön osallistuttaminen työn kehittämiseen aikaansaa työtyytyväisyyden lisääntymistä ja sen on todettu parantavan siten työn imua ja tuottavuutta. Kivisen (2008) mukaan osaamisen ja tiedon jakamista tukeva työyhteisön kulttuuri muodostuu muun muassa henkilöstövoimavarojen johtamisen käytännöillä, taitavalla rekrytoinnilla ja palkitsemisella (Kivinen, 2008, 101).

Jotta tehokkuuden tavoittelu henkilöstölähtöisesti olisi mahdollista, tulee johtamiskulttuurin edetä kehitystyön sallivaan ja mahdollistavaan suuntaan. Peltokorven (2010) mukaan kustannustehokkaan ja laadukkaan terveyden tuottamisen yhteydessä on ryhdytty kiinnittämään huomiota tehokkaaseen ja asiantuntevaan johtamiskäytäntöön (Peltokorpi, 2010, 4). Lean-filosofiassa perinteinen, autoritääriinen johtamistapa käännetään toisinpäin: innovatiivisuus ja kehitystyö mahdollistetaan asiantuntija-tasolla (Benson & Kulkarni, 2011; Toussaint & Berry, 2013). Yksittäisten työntekijöiden osaamisresurssi jää organisaatiotasolla hyödyntämättä ilman toimivaa tiedon ja osaamisen johtajuutta (Kivinen 2008, 204).

Yhdistämällä korkeasti koulutetun hoitohenkilöstön ammattitaito, hiljainen tieto ja innovatiivisuus moderniin, asiantuntijalähtöiseen johtamiskulttuuriin kyetään siis vastaamaan terveydenhuoltoalan tuottavuusvaatimuksiin ja luomaan alalle vetovoimainen imago. Henkilöstön johtamiskäytänteiden ja niiden vaikuttavuuden ymmärtäminen on keskeisessä roolissa huomispäivän dynaamisessa esimiestyöskentelyssä. (Kivinen 2008, 201).

Tutkimuksella pyritään tuottamaan lisäarvoa Tampereen yliopistollisen sairaalan Silmäkeskuksen leikkauspotilaille. Tutkimus tähtää silmäleikkauspotilaiden hoitotyön laadun kehittämiseen, tehokkaampien, kustannuksiltaan kilpailukykyisten toimintamallien luomiseen sekä työn mielekkyyden lisääntymiseen.

1 KOHDEORGANISAATION ESITTELY

1.1 Silmäkeskus ja leikkausosasto LE9

Silmäkeskus on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tampereen yliopistollisen sairaalan alaisuudessa toimiva yksikkö, jonne on keskitetty silmätautien erikoissairaanhoito ja näönkuntoutus. Silmäkeskuksen leikkausosasto LE9:ssä silmäleikkauksia tehdään nykyisin noin seitsemän tuhatta leikkausta vuodessa, niistä suurimman toimenpideryhmän (noin 70 %) muodostavat kaihileikkaukset. Leikkaustoiminta on keskittynyt vahvasti elekttiivisten potilaiden hoitoon ja päiväkirurgisten potilaiden osuus on hieman yli 80 %. Päivystysleikkausten osuus on 7 % kaikista silmäleikkauksista. (Tieto 2015.)



KUVA 1. Silmäkeskuksen toimintaa esittelevä poster (PSHP 2016).

Leikkausosasto LE9 huolehtii silmäleikkauspotilaiden perioperatiivisesta hoidosta kuu- den leikkaussalin ja kahdenkymmenen kahden hoitohenkilökunnan edustajan turvin. Osastoon on hallinnollisesti integroitu silmätautien vuodeosasto. Leiko-toiminta, induk- tio- ja heräämöhoito sisältyvät leikkausosasto LE9:n palveluihin.

Leikkaustoiminta on jakautunut fyysisesti kahteen eri kerrokseen; sisääntulokerroksen kaihiklinikan kolmessa leikkaussalissa hoidetaan pääsääntöisesti paikallispuudutuksessa hoidettavia, päiväkirurgisia kaihileikkauspotilaita. Toisen kerroksen tiloissa hoidetaan useita erilaisia, vaativaa silmäkirurgiaa tarvitsevia potilasryhmiä, kuten verkkokalvo-, glaukooma-, sarveiskalvo- ja karsastusleikkauspotilaat. Toisen kerroksen leikkaussaleissa ja heräämössä on tarvittava välineistö nukutusta tai muuten vaativaa hoitoa tarvitsevien leikkauspotilaiden hoitamiseen.



KUVA 2. Näkymä LE9:n leikkaussalista (Kuva: Jukka-Pekka Hyvönen 2015).

Leikkausosasto LE9:llä työskentelee tavallisesti yksi leikkaava lääkäri leikkaussalia kohden. Potilaiden vointia valvoo osaston anestesia- ja leikkauslääkäri. Leikkaussaleissa työskentelee kahdesta kolmeen sairaanhoitajaa, riippuen potilaan hoidontarpeesta ja suoritettavasta toimenpiteestä. Kaihi- ja luomileikkaussaleissa on yleensä sijoitettuna kaksi sairaanhoitajaa, retrobulbaari-puudutetuilla tai yleisanestesiassa hoidettavilla potilailla leikkaussalin hoitotiimiin sisältyy kolme sairaanhoitajaa. Lisäksi heräämössä työskentelee kaksi sairaanhoitajaa ja Leiko-pisteessä kaksi sairaanhoitajaa. Leikkaustoiminnan koordinoijana työskentelee organisaattori-sairaanhoitaja. Kaihiklinikassa työskentelee Leiko-tiloissa kaksi sairaanhoitajaa sekä induktiohoitajana sekä yksikön organisaattorina kaihileikkausyksikön toiminnasta vastaava sairaanhoitaja. Leikkaus- ja vuodeosaston apulaisosastonhoitajat (kaksi henkilöä) työskentelevät leikkausosaston välittömässä lä-

heisyydessä ja he osallistuvat potilashoitotyöhön 50 % työajastaan. Silmäleikkausosaston esimiestyöstä vastaavat apulaisosastonhoitajien lisäksi Silmäkeskuksen osastonhoitaja ja ylihoitaja.

1.2 Kohdeorganisaation strategia

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia uudistui vuoden 2016 aikana. Uudessa, vuoteen 2025 saakka ulottuvassa strategiassa visiona on olla kansallisesti arvostetuin sairaanhoitopiiri ja kasvava erikoissairaanhoidon tuottaja sekä hyvän hoidon, opetuksen ja tieteellisen tutkimuksen edelläkävijä. Myös kansallinen kilpailukyky ja kansainvälinen tunnettavuus on nostettu tavoitetilan keskiöön. Missiona on tuottaa terveyttä ja toimintakykyä ylläpitäviä erikoissairaanhoidon palveluita sekä vaativaa erikoissairaanhoidoa. Eettiset arvot perustuvat hyvän hoidon, ihmisen kunnioittamisen, osaamisen arvostamisen ja vastuullisuuden käsitteisiin. (PSHP 2016.)

Silmäkeskuksen visiona on toimia kansallisena ja kansainvälisenä suunnannäyttäjänä näkövammaisuuden ehkäisemisessä. Hyvä hoito, kunnioitus, osaaminen ja vastuullisuus luovat arvopohjan missiolle, jonka mukaan jokaista potilasta arvostava ja turvallinen hoito edistää pärjäämistä arjessa. Silmäkeskuksen strategiana on toteuttaa segmentoinnin, standardoinnin, kustannusvaikuttavuuden ja työnjaon mukaista toimintaohjelmaa. Klinikassa on keskitytty silmätautien erikoissairaanhoidossa neljän keskeisen, eniten Suomessa näkövammaisuutta aiheuttavan silmänsairauden (kaihi, silmänpohjan ikärappeuma, glaukooma ja diabeettinen retinopatia) hoitoon. Tunnuslauseena Silmäkeskuksella on ”Nähdään yhdessä pidemmälle” (Tuulonen 2016).

1.3 Kehitystyöryhmä

Silmäkeskuksessa perustettiin talvella 2015-2016 moniammatillinen työryhmä vastaamaan niihin leikkaushoitotyön kehitystarpeisiin, joita oli noussut esiin toiminnan toteutuksen ja arvioinnin yhteydessä. Työryhmään kuuluu hoitohenkilökuntaa Silmäkeskuksen leikkaus- ja vuodeosastolta, anestesia- ja silmätautilääkäreitä sekä hoidonvarauksesta vastaava sairaanhoitaja. Ryhmän vetäjänä toimii leikkausosasto LE9:n apulaisosasto

tonhoitaja. Ryhmän työ jatkaa LE9:llä aikaisemmin toteutetun vitrektomia-potilaiden hoitotyön kehitysprojektin jalanjäljissä. (Hietaranta 2016.) Tutkija on osallisena työryhmässä.

Työryhmän kehityskohteet ovat osin yhteneväiset tämän tutkimuksen tavoitteiden kanssa. Pääpaino työryhmän työskentelyssä on leikkaushoitopotilaan hoitoprosessin sujuvoittamisessa sen eri osa-alueita tarkastellen. Työryhmässä on käsitelty ongelmalliseksi koettuja toimintatapoja hoitoprosessin kaikista vaiheista ja työ on joiltain osin edennyt pilotointi- ja arviointivaiheeseen. Tutkimus luovutetaan valmistuttuaan kehitystyöryhmän käyttöön.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä leikkaustoiminnan kehittämisehdotuksia haastatteleamalla Silmäkeskuksen leikkausosasto LE9:n ja silmätautien vuodeosaston hoitohenkilökuntaa.

Tavoitteena on Lean-filosofian mukaisesti tunnistaa toimimattomia käytänteitä silmäleikkausosaston potilashoitotyössä ja tuottaa kehittämisehdotuksia silmäleikkauspotilaiden hoitotyöhön. Tutkimus tähtää tehokkaampien, kustannuksiltaan kilpailukykyisten toimintamallien luomiseen, työn mielekkyyden lisääntymiseen ja silmäleikkauspotilaiden hoitotyön laadun kehittämiseen.

Tutkimuksessa haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä ehdotuksia henkilökunnalta saadaan leikkaustoiminnan kehittämiseksi?
2. Mitä kehittämistoimenpiteitä kerätyn tiedon perusteella esitetään tehtäväksi?

3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Tiedolla johtaminen

Informaation merkitys on kiistaton terveydenhuoltoalan organisaatioiden strategisessa suunnittelussa ja johtamisessa. Tiedolla johtaminen tarkoittaa päätöstenteon perustumista saatavilla olevan, relevantin informaation hyödyntämiseen (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 128).

Terveydenhuoltoalan toiminta tulee perustua terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla näyttöön (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Tietoon pohjautuvan toiminnan tarkoituksena on muun muassa edistää laadullisesti kestäviä ja kustannustehokkaita palveluja. Toisaalta tiedolla johtaminen lisää johtamisen avoimuutta ja vastuullisuutta. (Holopainen ym. 2013, 128.) Sosiaali- ja terveysministeriön vuosien 2011-2016 sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste sisälsi muun muassa tavoitteen tieto- ja tietojärjestelmien saattamiseksi asiakkaiden ja ammattilaisten tueksi (STM 2016). Kainuun kuntayhtymässä pilotoitu Kaste-osahanke nosti tiedolla johtamisen keskeiseksi johtamisen välineeksi terveydenhuoltoalalla (Kuntien Tiera Oy 2015).

Terveydenhuoltoalan organisaatioissa tiedolla johtaminen voidaan nähdä strategisena keinona kyetä ennustamaan tulevaisuuden palvelutarpeita. Kustannusten hillitsemiseksi on tärkeää kohdentaa resurssit oikein ja tämän suunnittelussa oikeanlaisen tiedon analyttinen hyödyntäminen tulee avuksi. Sitran julkaisemassa sosiaali- ja terveystietojärjestelmien tietojohdantamisen käsikirjassa esitelty tietojohdantamisen prosessi kuvataan seuraavassa kuviossa (kuvio 1). (Sitra 2014, 11.)



KUVIO 1. Tietojohdantamisen prosessi (Sitra 2014).

Käsite ”tietoresursseihin perustuva arvonluonti” kuvaa prosessia, jossa tiedon tarjonnasta poimitaan strategisia tavoitteita tukeva, oleellinen informaatio. Jotta arvonluonti ja muu suunnittelu ja kehittämistyö olisivat mahdollista, tulee tarkasteltava informaatio valita oikein (Jalonen, ym. 2011, 81.) Organisaation kannalta keskeiset menestystekijät tulee määrittellä ja mitata soveltuvilla mittareilla (Laamanen 2005, 350).

Kehitys- ja johtamistyössä tarvittavaa tietoa kootaan terveydenhuoltoalalla muun muassa erilaisista potilastieto- ja potilaspalautejärjestelmistä. Erilaisten tunnuslukujen ja mittaristojen tuottaman ”kylmän datan” ohella asiantuntijatehtävissä toimivien henkilöiden näkemykset ovat tärkeä tiedon lähde (Laitinen, 2009, 70). Asiantuntijatehtävissä olevien henkilöiden substanssiosaaminen ja näkemys asiakasrajapinnan tapahtumista lisäävät päätöksenteon arvoa. Asiantuntija-näkemys voi toisinaan ohjata johtamista uusille suunnille ohi vallitsevan strategian (Vesiluoma 2012, 5,6.) Tietoperustaiseen johtamiskulttuuriin tulee siis kuulua myös heikkojen signaalien ja hiljaisen tiedon huomiointi (Nurminen 2000, 118).

3.2 Prosessi- ja laatujohtaminen

Prosessijohtaminen on toimintatapa, jossa organisaation toiminta pohjautuu johtamisen ja kehittämisen strategisista päämääristä edeten asiakkaan tarpeiden ja yhteiskunnallisten vaikuttavuustavoitteiden tyydyttämiseen. Toimintaa johdetaan prosessien kehittelyllä, ohjauksella ja arvioinnilla. (Lecklin 2002, 140; Virtanen & Wennberg 2005, 114.) Terveystieteiden organisaatioissa prosessit jaetaan usein Kaplanin & Nortonin kehittämän strategianhallintamenetelmän, tasapainotetun mittariston (balanced scorecard) mukaisesti asiakasta, toimintaa, taloutta ja henkilöstöä ja sen osaamista kuvaaviin prosesseihin (Kaplan & Norton 1996, 16). Itse prosessi koostuu toimintamallista, joka sisältää välineet ja osaamisen toiminnan sisällön tuottamiseen (Pitkänen 2010, 76-77).

Prosessijohtaminen nähdään osana organisaation laatuajattelua. Demingin 1950-luvulla teollisuuden palvelukseen, aluksi Toyotan autotehtaille luoman PDSA-laatuympyrän (kuvio 2) mukaisesti laatua tuotetaan prosessien jatkuvalla parantamisella ja arvioinnilla (The W. Edwards Deming Institute 2016). Hannus (1994) määrittelee laatujohtamisen prosessijohtamisen vanhimmaksi koulukunnaksi (Hannus 1994, 131). Laatujohtaminen

pyrkii asiakkaan kokeman arvon maksimoimiseen suhteessa olemassa oleviin resursseihin säilyttäen taloudellisuuden toiminnassa. Arvonluontia varten on mielekästä mallintaa toiminta. Tätä mallintamista puolestaan kutsutaan prosessien kuvaamiseksi. Prosessikuvaukset ovat edellytys toiminnan tehokkaalle tarkastelulle ja kehittämislle.

(Laamanen & Tinnilä 2009, 12.) Prosessi- ja laatujohtaminen nivoutuvat edellä kuvatulla tavalla asiakkaan parhaaseen tähtääväksi toimintakulttuuriksi.



KUVIO 2. Jatkuvan parantamisen malli, ”kokeilujen kehä”. (Torkkola 2015; The W. Edwards Deming Institute® 2016).

Terveystenhooltoalalla prosessi- ja laatujohtaminen on läpikäymässä toimintaympäristön muutosta tulosityksikköorganisaatiosta prosessiorganisaatioksi. Käytännössä useimmat alan organisaatiot ovat niin kutsuttuja matriisiorganisaatioita, joissa läpikäydään muuntautumista klassisesta hierarkiaperusteisesti johdetusta organisaatiosta prosessiohjauksen suuntaan. Tällöin organisaatiot hyödyntävät niille parhaiten soveltuvien osien oppeja kustakin organisaatio- ja johtamiskulttuurista. Keskeistä terveydenhuoltoalan johtamisen uudistumisessa on henkilöstön näkeminen voimavarana ja innovatiivisen ajattelun tuottajana. (Röntynen 2015, 17.)

Prosessi- ja laatujohtamisen periaatteiden mukaisesti tulee organisaation toimintaa tarkastella, arvioida ja kehittää alati. Terveystenhooltoalan päämääränä on tuottaa terveyttä ylläpitäviä ja lisääviä palveluita kansalaisille niin, että niin kutsuttu potilaan läpimenoaika hoitoprosessissa on mahdollisimman lyhyt ja vaikuttava. Kansantaloudellisesti tar-

kasteltuna hoitoprosessien sujuvoittaminen ja tarkoituksenmukaistaminen on tärkeää jotta voidaan hallita kustannusten nousua. (Mäkijärvi 2013, 91-93; Huovinen 2015, 7.) Torkin (2012) mukaan prosesseissa toimintaa hidastavien ”pullonkaulojen” tunnistamisesta käytetään nimitystä kapeikkoteoria. Kapeikkoteoria perustuu ajatukseen, että ketjun heikoimmaksi havaittua lenkkiä tarkastellaan ja vahvistetaan jotta koko prosessia kyetään tehostamaan. Kun ongelmakohdat toiminnassa ovat tiedossa, voidaan niiden korjaamisella saavuttaa koko prosessiin vaikuttavia parannuksia. (Torkki 2012,14.) Terveysthuoltoalalla tehokkuuden kehittämistyö voi vaikeutua, sillä prosessin omistajuutta ei aina kyetä osoittamaan ja työ voi siten jäädä osittaiseksi. Terveysthuoltoalan rakenteet eivät perinteisesti tue prosessikeskeistä ajattelua ja kaivattu muutos vaatii usein lähtökohdakseen nykytilanteen kuvauksen. (Röntynen 2015, 58-60.)

3.3 Lean-filosofia

Lean-filosofia on eri palveluntuottajaorganisaatioissa paikkansa vakiinnuttanut ajattelu- ja toimintamalli. Lean-filosofiasta käytetään myös Lean-metodi, Lean-menetelmä ja Lean-toimintamalli -ilmaisuja. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin koulutuksesta, jossa opastetaan henkilöstöä Lean-filosofian mukaiseen toimintaan, käytetään nimitystä ”Ohkane” (PSHP 2016). Termi on valittu suomennos sanasta ”Lean”. Puhekielessä Lean-filosofiasta käytetään toisinaan ilmaisua ”liinaus”. Terminologia on organisaatiosta riippuen vaihtelevaa, mutta asiasisältö sama. Tässä työssä kyseisestä toimintamallista käytetään ilmaisua Lean-filosofia.

Terveysthuoltoala on omaksumassa alun perin japanilaisen autoteollisuuden parissa kehitettyä menetelmää keinona tuottaa lisäarvoa potilaalle vähäisemmällä kustannuksilla. Lean-filosofian mukainen jatkuva toiminnan parantamisen malli pyrkii virtaustehokkuuteen ja työilmapiiriltään parempiin työyksiköihin. Tällä tarkoitetaan, että toimintoja järjeistämällä pyritään minimoimaan vaihtelu ja siten virtaviivaistamaan ja tehostamaan toimintaa. (Mäkijärvi 2013,36; Huovinen 2015,5.)

Lean-filosofiaa on kuvattu myös toimintastrategiaksi, jonka avulla organisaatio saavuttaa asettamansa tavoitteet tai päämäärät. Pääpaino arvon, eli asiakkaan määrittelemän ja hänelle koituvan hyödyn tuottamisessa, on resurssitehokkuuden sijaan virtaustehokkuu-

nessa. Pyrkimys on ymmärtää ja toimia siten, miten prosessissa haluttu tulos saavutetaan järkevästi tehostamalla organisaation toimintaa. Tämän filosofian mukaisesti työntekijöitä kunnioitetaan potilaan hoitoprosessin mahdollistajina. (Modig & Åhlström 2013, 127; Röntynen 2015, 19.) Röntynen (2015) Lean-filosofian kokemuksia julkisella sektorilla tarkastelleessa haastattelu-tutkimuksessa eräs haastatelluista tiivistä Lean-filosofian osuvasti: ”... et ei oo tarkoituksena et kaikki juoksee kovempaa, vaan että juoksee vähemmän” (Röntynen 2015, 47).

Lean-filosofiassa toimintaa parannetaan muun muassa kuvaamalla arvoketju eli potilaan hoitoprosessi, kartoittamalla ja poistamalla siinä ilmeneviä aikaa ja resursseja syöviä kohtia (Jorma & Tiiri 2016, 6). Tätä prosessia on kuvattu kuviossa 3.



KUVIO 3. Lean-filosofian peruseräperiaate (Hirvonen 2012, 9).

Tämä ”hukan” karsiminen vaatii prosessien kuvaamisen ohella toimintaa mittaavien mittareiden tulosten analysointia (Torkki 2012, 32). Ongelmanratkaisumenetelmiä (taulukko 1) Lean-filosofiassa tunnetaan useita, mutta keskeistä on että metodista riippumatta kehitystyö lähtee henkilöstöstä (Drotz & Poksinska 2014, 12).

Lean-filosofialla on jo kyetty tehostamaan suomalaisen terveydenhuollon toimintaa ja aikaansaamaan merkittäviä kustannussäästöjä (Mäkijärvi, 2010, 36). Menettely ei kuitenkaan ole säästöohjelma, vaan sen avulla pyritään luomaan yhtenäinen toimintakulttuuri ja positiivisten vaikutusten kehä organisaation toimintaan. Yhtenäistämällä ja selkiyttämällä toimintaa työtyytyväisyys kasvaa, tämä puolestaan näkyy työssä viihtymisenä ja parempana asiakaspalveluna sekä vähentyneinä sairaspöissaoloina (Rodrigues, Byuens, Landeghem & Lasio, 1996, 14; Vahtera, Kivimäki, Pentti & Theorell, 2000).

Kritiikkiä on esitetty muun muassa sen suhteen, miten Lean-filosofia otetaan vastaan ja saadaan juurrutettua organisaatioon sen kaikille tasoille. Röntynen (2015) tutkimuksessaan saamien tulosten mukaan organisaation johto suhtautui varovaisesti uuden Lean-

toimintamallin omaksumiseen. Tämä voi hidastaa tai vaikeuttaa pysyvien ajattelu- ja toimintatapojen muutoksen omaksumista koko organisaatiossa. Johtamiskulttuurilla on siis suuri merkitys siihen, saadaanko Lean-filosofia onnistumaan organisaatiossa. Toisaalta kehittämistä on edelleen terveydenhuoltoalan organisaation toimintaa kuvaavissa mittareissa: niiden yhteneväisyys ja vertailukelpoisuus eivät kaikilta osin ole samanlainen eri palveluntuottajien välillä. (Röntynen 2015, 54.) Edellä kuvatut asiat voivat vaikeuttaa Lean-filosofian jalkauttamisen onnistumista ja sen vaikuttavuuden arviointia.

Lean-filosofian jalkauttamiseksi terveydenhuollon organisaatioihin on otettu koulutuksen ohella avuksi Lean-muutosagentit. Menetelmän tuntevat valmentajat toimivat siltena johdon ja henkilökunnan välillä ja varmistavat osaltaan filosofian juurtumisen ja uusien menetelmien säilymisen organisaation toimintatapana. (Mäkijärvi 2010, 2; Huovinen 2015, 37.) Uudistetussa terveydenhuollon esimies- ja johtajakoulutuksessa Lean-filosofia näkyy muun muassa henkilöstönäkökulman painotuksessa sekä asiantuntijatyön esille tuomisen ja viestinnän korostamisena. Tarjolla on runsaasti aiheeseen liittyvää koulutusta. (Opetushallitus 2016.)

TAULUKKO 1. Lean-filosofian työkaluja (Merikallio & Haapasalo 2009; Modig & Ählström).

| | |
|--|--|
| Menetelmän nimi: | Keskeinen ideologia: |
| Andon | Kontrollointimenetelmä virheiden varalle |
| A3 | Ongelmanratkaisutyökalu, jossa kehystarina esitetään tiivistettynä A3-arkille |
| Gemba-walks, Gemba-kävelyt | Management by walking – johtaminen jalkautetaan sinne missä tuotanto tapahtuu |
| JIT= just in time | Tuotantomäärän sovittaminen asiakaskysynnän mukaiseksi |
| Kaizen | Jatkuvaan parantamiseen tähtäävä toimintafilosofia, keskeistä visuaalisuus, hukan eliminoiminen ja standardointi |
| Kanban, imuohjaus | Materiaalivirran (varastoinnin) ohjausjärjestelmä ohjauskortti-menetelmällä |
| Poka-Yoke | Virhemahdollisuuksien eliminointiohjelma (vrt. check-listat) |
| Sig Sigma | Prosessin laadunhallintaan kehitetty analyysityökalu: keskittyy ongelmiin, joita vaikea löytää mutta kiire ratkaista |
| Standardointi | Metodien ja työskentelytapojen vakiointi parhaan mahdollisen tuloksen saavuttamiseksi |
| Tiimityö | Esim. kehitystöissä – oikeat ihmiset, oikea ympäristö, oikea työ > tulosten saavuttaminen |
| VSM=value stream mapping; arvovirta-kartoitus/ arvoketju-analyysi | Hukan tunnistus valituista arvovirroista, kuten kysynnän vaihtelusta, läpimenoajoista tai tehdyistä virheistä. |
| 5S | Pyrkimys visuaaliseen, siistiin ja tarkoituksenmukaiseen työskentely-ympäristöön (esim. ohjekuvat): sortteeraus, systemaattisuus, siivous, standardointi ja seuranta |
| 5 x Why | Ongelmanratkaisumenetelmä > juurisyy etsitään kysymyksellä miksi |

3.4 Henkilöstönäkökulma

Hoitohenkilöstön osallistuminen työnsä kehittämiseen on työhyvinvointia ja siten myös tuottavuutta lisäävä tekijä (Böckermann & Ilmakunnas, 2006, 16; Manka 2013, 63). Kun henkilöstöä sitoutetaan kehityshankkeiden ja osallistuttamisen kautta työhönsä, aikaansaadaan työn imua. Esimiestyöskentely on avainasemassa henkilökunnan innovatiivisuuden ja kehitysideoiden implementoinnin sekä hiljaisten tiedon käytön mahdollistavana tekijänä. Työntekijä, jolle mahdollistetaan osallistuminen oman työnsä suunnitteluun ja kehittämiseen, sitoutuu todennäköisemmin organisaatioon jossa työskentelee. (Kivinen 2008, 194.) Sitoutunut hoitaja puolestaan lisää hoitotyön turvallisuutta. Hyvällä henkilöstö- ja laatujohtamisella voidaan näin ollen vaikuttaa potilastyytyväisyyteen, eli laatuun. (Antila-Aalto 2015, 36.)

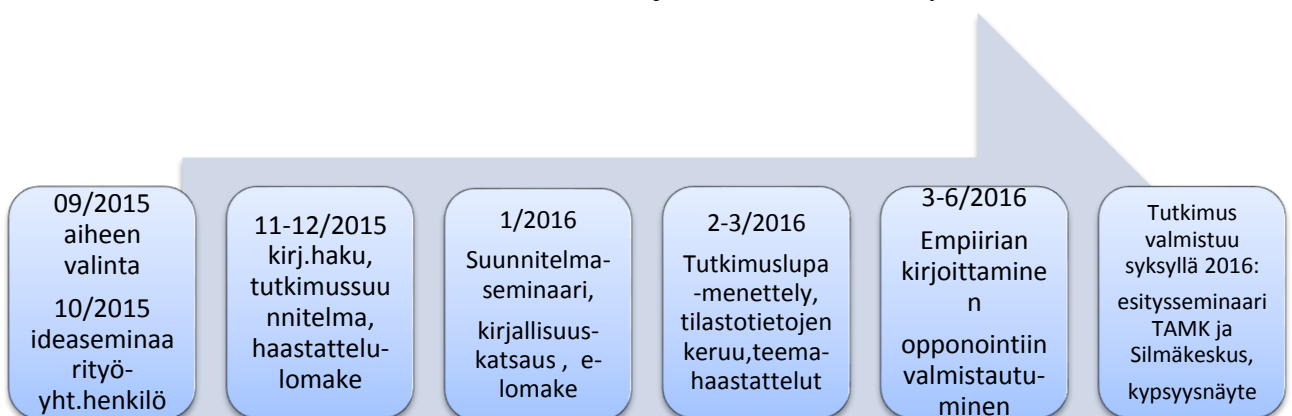
Lean-filosofiaan liittyvä käsite ”non-utilized talent” kuvaa sitä, miten henkilökunta tulee ohjata tekemään niitä toimintoja, joihin heillä on koulutus ja paras tieto-taito. Benson & Kulkarni (2011, 11) ehdottavat, että organisaatioiden tulee kiinnittää enemmän huomiota henkilöstönsä kykyjen, taitojen ja luovuuden tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Henkilöstön asiantuntijuutta tulee hyödyntää tehokkuuden tavoittelussa. Toiminnan suunnittelussa siirrytään siis kohti kollektiivista synergiaa ja yhteisöllistä asiantuntijuutta (Kivinen 2008, 82). Touissait & Berry (2013, 5) korostavat Lean-filosofian korostavan henkilökunnan asemaa kehitystyössä; suoritusportaalle tulee johdon toimesta mahdollistaa innovatiivinen ajattelu ja toiminnan kehittäminen.

4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Silmäkeskuksen osastonhoitaja Ulla Syvänen (2015) tuo esiin haastattelussaan, että Tampereen yliopistollisen sairaalan Silmäkeskuksen leikkausosastolla on tunnistettu sellaisia hoitoprosessin vaiheita, joiden niin kutsuttu läpimenoaika ei suoritetuissa vertaisarvioinneissa kaikilta osin yllä maamme parhaimmin suorittavien, vastaavien yksiköiden tasolle. Läpimenoaika kuvastaa terminä sitä aikaa joka käytetään potilaan hoitotapahtumaan (Modig & Åhlström 2013, 22).

Silmäleikkauspotilaan hoitoprosessin kehittämiskohteita ovat huomioineet muun muassa leikkausosasto LE9:n ja silmätautien vuodeosaston hoitohenkilökunta (Syvänen 2015). Hoitohenkilökunnan tuottaman hiljaisen tiedon ja tutkimustiedon (potilaspalaute) perusteella merkittävä, yksittäinen potilaiden hoitoonsa liittämä laatuksiteeri on aika, jonka he odottavat leikkaukseen pääsyä (Marjamaa 2007, 21). Kyseinen tekijä, odotusaika on myös LE9:n käytännön hoitotyössä tunnistettu merkittäväksi hoidon laatua heikentäväksi tekijäksi.

Tällä tutkimuksella pyritään osoittamaan Silmäkeskuksen leikkaushoitoprosesseissa piileviä 'pullonkauloja' ja tarjoamaan ratkaisuja niiden poistamiseksi. Ratkaisumalleja haetaan hoitohenkilökunnalle toteutetun, essee-muotoisten teemahaastattelun kautta. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on rakennettu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Teemahaastattelun aiheet valittiin tilastotiedon avulla, poimimalla niistä kehittämistä vaativia asioita. Tutkimusprosessia on selkiytetty vaiheittain etenevässä vuokaaviossa (liite 1). Tutkimuksen eteneminen ja aikataulu on esitetty kuviossa 4.



KUVIO 4. Tutkimuksen aikataulu ja vaiheet.

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus teorianmuodostuksen pohjana

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on syventää tutkijan ymmärrystä valitsemastaan aiheesta sekä perehdyttää tutkimuksen lukija aiheeseen. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus avaa sitä tilannetta, mitä aiheesta on siihen mennessä tutkittu. Samoin pyrkimyksenä on vakuuttaa lukija tekeillä olevan tutkimuksen tarpeellisuudesta. (Johansson ym. 2007, 38.) Salmisen (2011, 6-7) ja Kangasniemen, ym. (2013, 291) mukaan kuvaileva kirjallisuus-katsaus voidaan toteuttaa joko integroivan orientaation tai narratiivisen orientaation mukaisesti.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus toteutettiin narratiivisen orientaation mukaisesti. Salmisen (2011, 7-8) mukaan narratiivinen kirjallisuuskatsaus tarjoaa ajankohtaista tietoa tutkitavasta aiheesta ilman varsinaista analyttistä tulosta. Kangasniemen ym. (2013, 292) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus tähtää tietyn ilmiön kontekstuaaliseen kuvaukseen ilman tiukkaa aineiston valintaan liittyvän menetelmän määritelmää.

Kirjallisuuskatsaukseen liittyvä tutkittava ilmiö oli tutkijalle pääpiirteissään entuudestaan tuttu. Kirjallisuuskatsauksen toteutukseen haettiin väljyyttä; mahdollisuutta menetelmällisesti mukaan ottaa sellaisia julkaisuja tai lähteitä, jotka tutkijan näkemyksen mukaan parhaiten ilmentävät lukijalle tutkijan näkemystä tutkitavan ilmiön ominaispiirteistä.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksillä haluttiin tukea silmäläikkäuspotilaita koskevan kehitystutkimustyön tutkimuskysymysten asettelua. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitä tiedetään leikkaustoiminnan kehittamisestä Lean-filosofian mukaisesti?
2. Mitä tiedetään henkilöstön merkityksestä edellä kuvatun kaltaisessa kehitystyössä?

Kirjallisuuskatsaukseen päätyvien tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit toteutettiin eksplisiittisen aineistonvalinnan kriteerien mukaisesti. Lisäksi suoritettiin kolme

kertaa aineistoa täydentävä haku. Kirjallisuuskatsauksen aikaisemmin hyväksytyyn tutkimussuunnitelmaan laadittu taulukko sisäänotto- ja poissulkukriteereistä esitetään oheisessa taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

| SISÄÄNOTTOKRITEERIT | POISSULKUKRITEERIT |
|--|--|
| Tutkimus on tieteellinen, vähintään pro gradu-tasoinen tai vastaava julkaisu | Julkaisukielenä on muu kuin suomi tai englanti |
| Vaihtoehtona edelliselle kohdalle artikkeli on julkaistu hoitotieteellisessä julkaisussa tai se on luettavissa arvostetun tieteellisen tahon tai seuran verkkojulkaisuna | Ehdolla olevia tutkimuksia on niin runsaasti, että kelpoisuuskriteerit täyttävistä julkaisuista tulee suorittaa karsinta |
| Julkaisuvuosi 2009-2016 | Tutkimuksen hankinta osoittautuu käytännössä mahdottomaksi tai hankinnasta syntyisi hyvin korkeita kustannuksia. |

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten haku toteutettiin Medic, PubMed, Cinahl, Melinda ja Theseus -tietokannoista. Lisäksi kartoitettiin sopivia osumia Terveysportti-portaalista ja Google Scholar-hakupalvelusta. Hakutermit johdettiin YSA, MeSH ja FinMeSH-asiasanastojen mukaisesti. Hakutermeiksi valikoitui lopulta kirjallisuuskatsauksen tutkimussuunnitelmassa esitellyistä asiasanoista leikkaustoiminta, surgical practise/surgical care, Lean-filosofia, Lean-philosophy, henkilöstönäkökulma ja personnel/employee perspective. Lisäksi täydennyshauissa haettiin sanoilla hoitotyön kehittäminen, henkilöstöjohtaminen, prosessijohtaminen ja hoitoprosessi sekä aikaisempien hakusanojen yhdistelmillä.

Kangasniemen ym. (2013) mukaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusten näytön arviointia ei ole mahdollista tai tarpeen esittää menetelmällisesti yksiselitteisesti. Kuitenkin mukaan otettujen tutkimusten laatu tulee kyetä jotenkin välittämään lukijalle. Metodologisesti yksiselitteisiä näytön asteen arviointimalleja voidaan korvata kuvaile-

vassa kirjallisuuskatsauksessa avaamalla aineiston valintaa ja vahvuutta tulosten esittelyosiossa. (Kangasniemi ym. 2013, 293.) Oleellista on, että lukijalle välittyy riittävän vahvat perustelut näytön vahvuudesta ja siten aineistosta vedettävien johtopäätösten paikkansa pitävyydestä. Kuvailevan kirjallisuuskatsaukseen valikoidut julkaisut laadunarviointeineen esitellään taulukoituna (liite2).

4.2 Tilastotieto teemahaastattelun pohjana

Tilastotietoja poimittiin luvanvaraisesti sähköisestä Opera®-potilastietojärjestelmästä sekä leikkausosasto LE9:n toimintaa tarkastelevasta Intensium®-vertaisarviointiraportista. Tutkimuksessa käytettävien tilastotietojen valinnassa kiinnitettiin erityisesti huomiota sellaisiin tekijöihin, joita aikaisemmissa tutkimuksissa oli tunnistettu leikkausosastojen toiminnassa haasteellisiksi asioiksi. Tällaisia tekijöitä olivat muun muassa aamun aloitusten viivästyminen, salien vaihtoajat ja päivien tosiasiallinen pituus suhteessa suunnitelmaan (Laitila 2006,19; Huovinen 2015,12). Tilastoista tarkasteltiin myös näiden tekijöiden toteutumista Silmäkeskuksen leikkausosastolla suhteessa toisiin samankaltaisiin yksiköihin Suomessa. Kirjallisuuskatsauksen tuottama käsitys leikkaustoiminnan ongelmakohtista oli saman suuntainen tilastoista saadun informaation kanssa ja siten tuki haastatteluteemojen määrittelyä.

Hoitohenkilöstön haastatteluiden teemat johdettiin Opera®- ja Intensium®-tietokantoja tarkastelemalla. Opera® on sähköinen potilastietojärjestelmä, jolla suunnitellaan ja ohjataan leikkausosastojen toimintaa. Leikkausosasto LE9:llä intraoperatiivisessa käytössä ohjelmaan dokumentoidaan CA®-järjestelmän (Centricity Anesthesia®) kautta leikkausosastolla tehdyt toimenpiteet ja seurataan leikkaussalien käyttöastetta. Postoperatiivisessa käytössä ohjelmalla seurataan ja tilastoidaan toimenpiteiden toteumatietoja. (Keski-Säntti 2013, 32.)

Leikkaustoimintaa vertaisarvioidaan Suomessa keskus- ja yliopistosairaaloiden yhteistyöhankkeena. Vertaisarviointi eli benchmarking tarkoittaa oman toiminnan vertaamista toisten toimintaan, pyrkimyksenä omaksua toimialan parhaimpia käytäntöjä omaan käyttöön. Benchmarking –termistä käytetään myös suomenkielistä vastinetta vertaiskehittäminen. (Kotimaisten kielten keskus 2016.) Vertaisarviointia tehtäessä käytetään apuna erilaisia sähköisiä potilas-tietojärjestelmiä, joihin tallentuu vertailtavana olevien

organisaatioiden yksikkökohtaiset tiedot hoidetuista potilaista ja heidän hoitoprosessien vaiheista (Tieto 2015). Silmäkeskuksen Intensium®-tiedot on kerätty Opera®-potilastietokannasta.

Haastatteluteemojen muodostusta varten tarkasteltavaksi aikajaksoksi tilastoista valittiin vuosien 2013 ja 2014 tietoja. Opera®-tilastoja tarkasteltiin vuodelta 2013 ja Intensium®-raportista tarkasteltiin vuonna 2014 valmistunutta versiota, sisältäen tietoja vuosilta 2013-2014. Havaintoaineisto poimittiin manuaalisesti ja taulukoitiin haastatteluteemojen hahmottamiseksi.

Ensimmäisessä havaintomatriisissa (taulukko 3) esitetään aamun ensimmäisten leikkausten aloitusajankohta. Havainnot on kerätty Silmäkeskuksen kahden leikkaussalin, salien numero 94 ja 95 aineistosta. Tarkastelujaksoksi valittiin maaliskuu ja syyskuu 2013. Kyseisissä leikkaussaleissa hoidetaan elektiivisesti eli etukäteen suunnitellun leikkauslistan mukaisia sekä päivystyksellisesti hoidettavia potilaita. Leikkaussuoritteet käsittävät useita, erityyppisiä silmäleikkauksia. Leikkaussalien varustelu ja muut resurssit ovat yhteneväiset.

TAULUKKO 3. Päivän ensimmäisinä hoidettujen potilaiden ajoitus (Äijälä 2016).

| Potilaita yhteensä/päivystyspotilaiden osuus | Ajallaan alkaneet (klo 8.30) | Myöhässä, viivettä ei selitetä Operassa | Myöhässä, viive selitetään Operassa | Myöhässä alkaneet leikkaukset yhteensä | Myöhästyneitä, prosenttia kaikista |
|--|------------------------------|---|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| 78/14 potilasta | 44 leikkausta | 17 leikkausta | 17 leikkausta | 34 leikkausta | 43,6 % leikkauksista |

Päivän ensimmäiset leikkaukset pyritään Silmäkeskuksessa toimivan moniammatillisen kehitystyöryhmän ehdotuksen mukaisesti aloittamaan siten, että itse toimenpide alkaa viimeistään klo 8.30. (Hietaranta 2016). Jos potilaan anestesiahoitotyö tai muut valmistelut, kuten esimerkiksi leikkausasennon toteuttaminen, vievät enemmän aikaa, on edel-

lä esitetty tavoiteaika joustava. Tarkastelun yhteydessä ajallaan alkaneiden leikkausten kriteerinä pidettiin klo 8.30 toimenpiteen aloitusaikaa.

Päivän ensimmäisinä hoidetuista potilaista 56,4 %:lla leikkaus ja siihen liittyvät valmistelut käynnistyivät ajallaan. Tilaston tarkastelusta kävi ilmi myös, että 43,6 %:lla potilaista ne käynnistyivät myöhässä. Näistä myöhässä aloitetuista 50 %:lla potilaista viiveestä oli tehty merkintä Opera®-ohjelman selite-kenttään. Selitetyistä viivästymisistä viisi johtui anestesia­lääkärin toisessa toimenpiteessä kiinni olemisesta, kolme pre-operatiivisten tutkimusten viivästymisestä, kaksi puutteellisesta ennakkosuunnittelusta, kaksi toimenpidelääkärin myöhästymisestä, yksi toimenpidelääkärin toisessa toimenpiteessä kiinni olemisesta, yksi puudutuskomplikaatiosta ja yksi potilaasta johtuvista syistä. Lisäksi kaksi kertaa päivän ensimmäiseksi suunnitellun potilaan toimenpide jouduttiin peruuttamaan leikkaustarpeen muuttumisen vuoksi. Tiedossa olleiden viivästysten syyt on lueteltu seuraavassa taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Aamun ensimmäisinä aloitettujen leikkausten Operaan® kirjatut myöhästymisten syy-selitteet (Äijälä 2016).

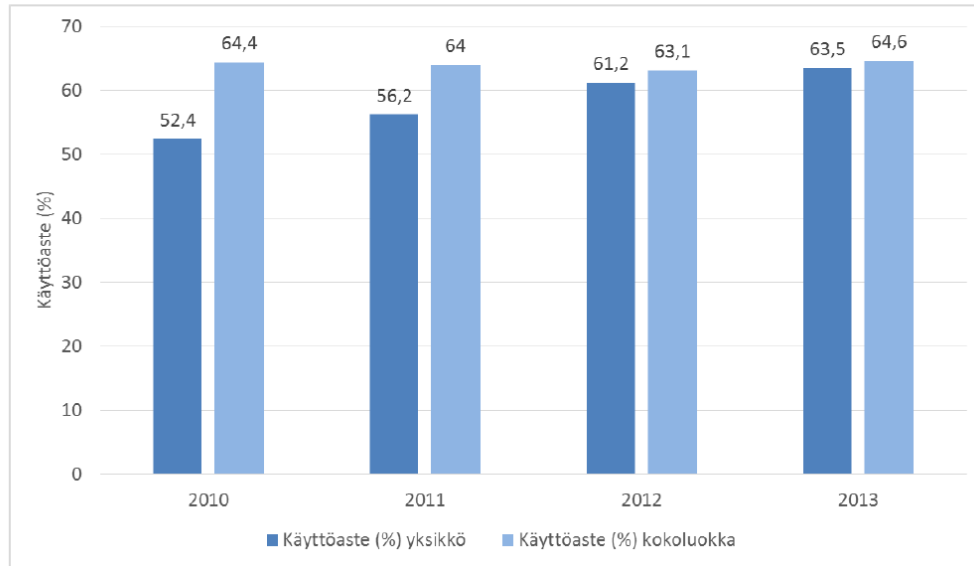
| Viivästymisen syy tiedossa, syy: | Kyseisiä viivästymisiä, kappaletta: |
|---|-------------------------------------|
| Anestesia­lääkäri kiinni toisessa toimenpiteessä | 5 |
| Pre-operatiiviset tutkimukset ei valmiit | 3 |
| Ennakkosuunnittelu puutteellinen | 2 |
| Toimenpidelääkäri myöhässä | 2 |
| Toimenpidelääkärin kiinni toisessa toimenpiteessä | 1 |
| Puudutuskomplikaatio | 1 |
| Potilaasta johtuvat syyt | 1 |

Toisen havaintomatriisin tiedot perustuvat Intensium®-vertailuraporttiin. Intensium®-raportissa vuodelta 2014 tarkasteltiin Silmäkeskuksen leikkaustoimintaa vuonna 2013 uuden vertailukohde-jaottelun mukaisesti. Tays Silmäkeskus oli sijoitettuna vertaisarvioinnissa kokoluokaltaan yliopistollisten sairaaloiden päiväkirurgisten yksiköiden ryh-

mään. Raportissa (kuvio 5) tarkasteltiin muun muassa yksikkökohtaista tuottavuutta ja salien käyttöastetta. (Porkkala 2014; Tieto 2015.)

TAYS LE9 – käyttöaste

Internal



Kuvio 5. Leikkausosasto LE9:n käyttöaste vuosina 2010-2013 (Tieto 2015).

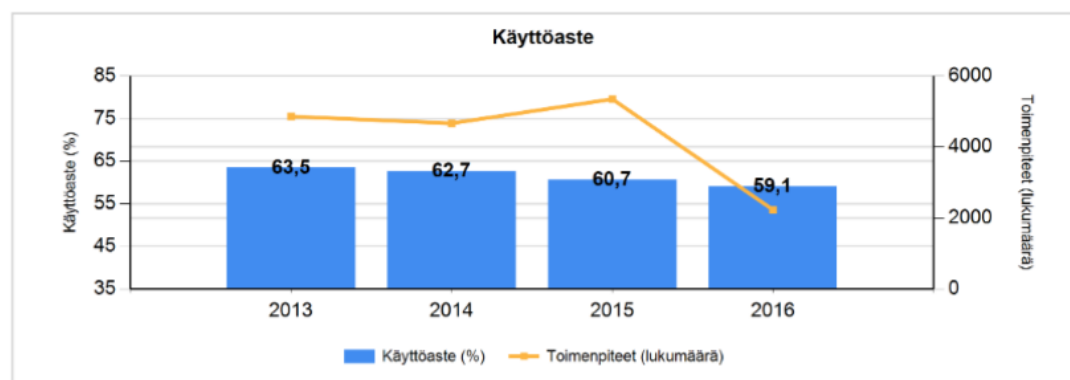
Toinen silmäleikkausleikkausosasto LE9:n toimintaa kuvaava tilasto (kuvio 6) on peräisin vuoden 2016 Intensium®-raportista. Siitä voidaan nähdä, että LE9:n leikkaussalien käyttöaste on viime vuosina laskenut.

BM-OR Toimintaraportti

(Leikkaussaleissa tehdyt toimenpiteet)

Yksikkö: TAYS LE9, Päiväkirurginen yksikkö

Kokoluokka: Yliopistosairaala



Kuvio 6. Leikkausosasto LE9:n käyttöaste vuosina 2013-2016 (vuoden 2016 ennuste) (Tieto 2016).

Kokonaisuutena arvioituna Silmäkeskuksen leikkaustoiminta pärjää kansallisessa vertailussa hyvin. Eri yksiköiden toiminnan luonne ja hoitotyön rakenteelliset painopisteet vaikeuttavat tulosten tulkintaa ja heikentävät suoraa vertailtavuutta. Syväsen (2015) mukaan vertaisarvioinneissa esiintyneitä, huomionarvoisia seikkoja on muutamia. Niistä Silmäkeskuksen leikkaustoiminnan kehitystyön kannalta merkittäviä ovat muun muassa kaihileikkausten kesto, leikkaustoiminnan kesto suhteessa virka-aikaan ja salien kokonaiskäyttöaste. (Syvänen 2015.)

Tilastoista kerättyjen havaintojen perusteella muodostui esikäsitys teemahaastattelua varten siitä, millaiset tekijät erityisesti vaikuttavat leikkaustoiminnan toteutukseen.

4.3 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat

Tutkimuksen lähtökohtana yleisesti on kunnioitus tutkittavaa ilmiötä sekä aikaisempia tutkimuksia kohtaan. Tutkimus tulee lähtökohtaisesti perustella teoriapohjaltaan luotettavaksi. Tutkimukseen osallistuvien osalta tutkijan on ennalta mietittävä heille mahdollisesti koituvat hyödyt ja haitat ja tiedotettava niistä asianomaisille. Kun tutkimus kohdistuu tutkijan omaan työyhteisöön tai työpaikkaan, tulee tutkijan säilyttää työssään kriittinen tarkastelutapa ja tuoda kaikki saadut havainnot objektiivisesti tarkasteltaviksi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2016.) Oleellista tutkimuksen eettisyyden kannalta on tutkimukseen osallistuvien henkilöiden vapaaehtoinen osallistuminen ja tiedonantajien henkilöllisyyden suojaaminen (Janhonen & Nikkonen 2001, 39).

Tutkijan tulee kyetä luomaan sellainen tutkimuskokonaisuus, jota lukijan on helppoa seurata ja josta on helposti löydettävissä tutkimuksella tuotettu uusi tieto. Tutkimuksen onnistumisen kannalta oleellisia tekijöitä ovat tutkimuksen läpinäkyvyys ja huolellinen raportointi. (Vilka 2015, 42,45.) Lisäksi tutkijan tulee huomioida tutkimuksen tekoon liittyvät eettiset ohjeet. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla tutkimukseen liittyvät salassapitovelvollisuus ja tietosuojaja-asia. Tutkimuksen toteuttamiseksi tulee noudattaa kohdeorganisaation asettamaa tutkimuslupamenettelyä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2016.)

Tutkijan tulee huolehtia, että niin haastateltujen kuin mahdollisten aineistossa viitattujen potilaiden yksityisyydensuoja säilyy tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2007, 23-24) korostavat, että yleisten, opetusministeriön laatimien tutkimuksen eettisten kysymysten ohjeistuksen lisäksi huomioidaan tutkimuksen juridiset, kuten tietosuojaan liittyvät seikat. Tutkija on tietoinen tutkijan vastuustaan ja potilastietojen salassapitovelvollisuudestaan ja huomioi tämän kaikissa tutkimukseen liittyvissä vuorovaikutustilanteissa kollegoidensa ja potilaiden kanssa sekä tutkimukseen liittyvässä tiedottamisessa.

Sähköisen teemahaastattelun essee-muotoinen vastausmuoto on käytännöllinen menetelmä kerätä tutkimustietoa silloin, kun haastattelija ja haastateltavat eivät voi sopia kahdenkeskistä haastattelutilannetta esimerkiksi aikatauluongelmien vuoksi (Mäkinen 2006, 96). Tutkija on varautunut pitämään haastateltujen henkilöllisyyden ja tuottaman materiaalin salassa sekä käsittelemään ja säilyttämään sitä tutkimuseettisesti hyväksyttävien tavoin. Tämän menettelytavan mukaisesti teemahaastattelusta laadittiin PSHP:n ohjeistuksen mukainen tiedote- ja suostumuskaavake (liite 3) haastateltavalle hoitohenkilökunnalle (N=30). Tiedonkeruuta varten luotiin sähköinen lomake (liite 4).

4.4 Teemahaastattelu

Teemahaastattelusta on todettu, että siinä käsiteltävät aihepiirit ovat tiedossa ja että tätä puolistrukturoitua tiedonkeruumenetelmää käytettäessä halutaan tehdä oikeutta tutkittavan ilmiön monivivahteisuudelle (Hirsjärvi & Hurme, 2001,12.) Koska hoitohenkilöstön tuottamia kehitysehdotuksia halutaan kerätä laaja-alaisesti leikkaustoiminnan parista, soveltui valittu metodi hyvin tutkimuksen toteutustavaksi. Samasta syystä, jotta hoitohenkilöstölle suunnattavasta haastattelusta saataisiin mahdollisimman monipuolinen hyöty, pyrittiin teemoissa säilyttämään riittävä väljyys. Teemahaastattelun toteuttaminen essee-muotoisena kirjoitustehtävänä on perusteltua, etenkin jos tutkittava ryhmä kykenee kirjallisesti ilmaisemaan itseään ja tuottamaan aineistoa tutkijalle (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 167).

Aineiston keruu tapahtui 23.3.2016-18.4.2016 välisenä aikana. Teemahaastatteluun ilmoitettiin 30 kutsutusta 16 haastateltavaa, joista lopulta 10 osallistui haastatteluun. Vastausprosentiksi muodostui täten 33,3 %.

Aineiston keruu tapahtui suunnitellun e-lomakkeen teknisistä käyttöongelmista johtuen sähköpostin välityksellä. Kyseiseen menettelyyn oli varauduttu ja sen käyttö onnistui moitteettomasti. Informantit vastaanottivat sähköpostitse Word-tiedoston, joka sisälsi ohjeistuksen lisäksi teemahaastattelukysymykset ja johon haastattelumateriaali kirjoitettiin. Haastatellut tallensivat essee-vastauksensa samalle Word-tiedostolle ja lähettivät ohjeen mukaisesti tutkijalle sähköpostitse. Tutkijan vastaanottamat tiedostot tallennettiin yhdeksi aineistotiedostoksi, jolloin osallistuneiden henkilöllisyys ei analysointivaiheessa käynyt teksteistä ilmi. Aineistoa kertyi 1,5 rivivälillä Times New Roman fonttikoolla 12 litteroituna yhteensä 29 sivua.

4.5 Sisällön analyysi

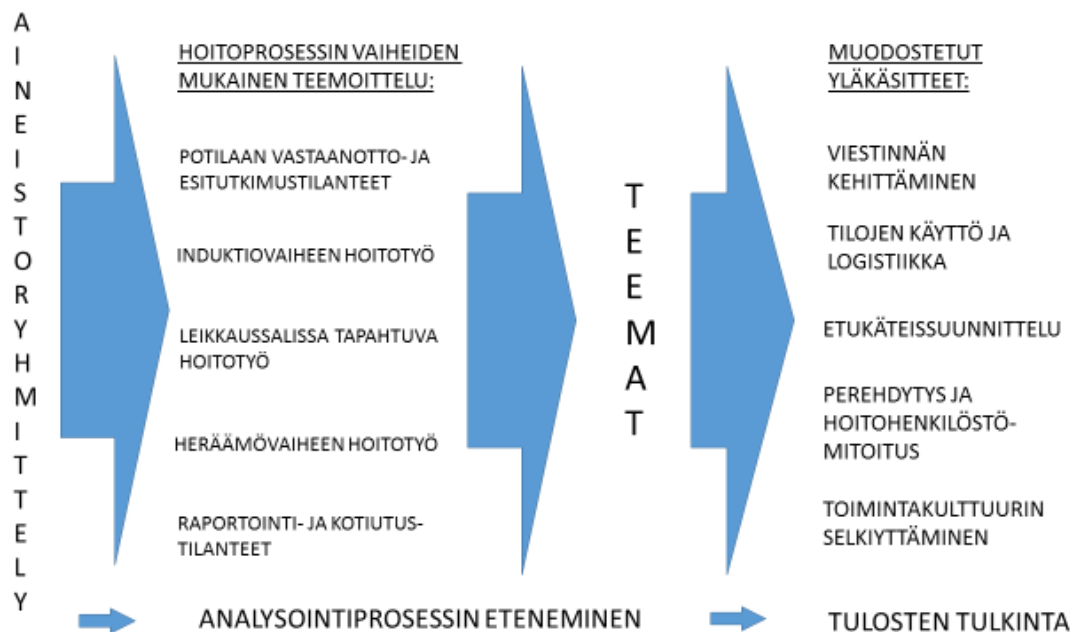
Laadullisen tutkimuksen kulmakivi on tuotetun aineiston analysointi ja sen esittäminen vuoropuheluna teorian kanssa. Tutkijan rooli on toimia tulkitsijana ja lisätä lukijan ymmärrystä tutkittavaa aihetta kohtaan. Tähän tavoitteeseen pyrittäessä merkittävä työvaihe on kerätylle aineistolle suoritettavan sisällön analyysin huolellinen suorittaminen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 165.)

Tässä tutkimuksessa tuotetulle, laadulliselle informaatiolle suoritettiin aineistolähtöinen sisällön analyysi. Aineistolähtöinen analyysi käsittää perinteisesti kolme vaihetta: redusointivaiheessa aineiston ilmaukset pelkistetään, klusterointivaiheessa pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään uudelleen ja lopulta abstrahointivaiheessa niistä muodostetaan käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Edellä kuvatun prosessin tarkoitus on selkiyttää aineistoa ja luoda arvoa siitä tehtäville johtopäätöksille. Analysointia tapahtuu kuitenkin tutkimuksen jokaisessa toteutusvaiheessa. Tutkijan on hyvä edetä tulkinnassa kyselemällä aineistolta toistuvasti, miten se vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

Ensimmäisissä analysointivaiheissa tutkija suoritti useiden lukukertojen jälkeen aineiston sisällölle alustavan jaottelun. Jaottelun jälkeen teemojen muodostus suoritettiin poimimalla aineistosta samaa asiaa tai ilmiötä kuvaavat ilmaisut ja ryhmittelemällä ne alustavasti. Ryhmittelyssä mukailtiin silmäleikkauspotilaan hoitoprosessin kronologista etenemistä. Tämä jaotteluperuste tuntui luontevimmalta työskentelymenetelmältä aineiston sisällön ja luonteen vuoksi. Analyysin edetessä hoitoprosessin eri vaiheisiin liittyvät kehittämissuhteet kategorioitiin eri yläkäsitteiksi.

Aineisto analysoitiin aineiston määrän ja litterointityön keveyden vuoksi perinteisesti käsin ja Word-tekstinkäsittelyohjelmaa apuna käyttäen. Aineiston vähäistä kappalelukumäärää kompensoi tuotetun tekstin runsaus ja tutkimuskysymysten asetteluun nähden monipuolinen lähestyminen. Aineiston sisällön analyysi ohjautui tutkimuksen teoriapohjan sekä tutkijan aiheen esiyymmärryksen muodostamien painotusten mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112). Analysoitu aineisto painottui viiden asiakokonaisuuden ympärille. Kuvio 6. havainnollistaa sisällönanalyysiprosessia.



KUVIO 6. Aineiston analysointityön eteneminen ja muodostetut teemat.

Sisällönanalyysin vaiheiden kautta muodostetut yhdistävät käsitteet olivat:

1. Viestinnän kehittäminen
2. Tilojen käyttö ja logistiikka
3. Etukäteissuunnittelu
4. Perehdytys ja hoitohenkilöstömitoitus
5. Toimintakulttuurin selkiyttäminen

Seuraavissa taulukoissa havainnollistetaan esimerkein aineiston analysoinnin kautta muodostettua luokittelua sekä sen avulla luotuja, keskeisiä aineistoa kuvaavia ja yhdistäviä käsitteitä.

TAULUKKO 5. Viestinnän kehittämisen käsite.

| Alkuperäisilmaisu | Pelkistetty ilmaus | Alaluokat | Yhdistävä käsite |
|--|---|---------------------|-------------------------|
| <i>”Viestintää on yritetty kehittää, mutta siinä on vielä kovasti kehitettävää.”</i> | Tarve kehittää viestintää | Viestinnän haasteet | Viestinnän kehittäminen |
| <i>”Välillä saa haeskella hoitajaa Leikosta tai vuodeosastolta. Puhe- limella ei aina saa kiinni.”</i> | Yhteydenpidon hankaluus | | |
| <i>”En aina tiedä, kuka antaisi raportin potilaasta, missä ja milloin.”</i> | Viestinnän sekavat käytännöt | Viestinnän puutteet | |
| <i>”Jonkinlainen käytäntö pitäisi kehittää jotta tieto kulkisi paremmin</i> | Tarve tehokkaampaan viestintäkäytäntöön | Viestinnän tarpeet | |

| | | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| <i>eri pisteiden välillä”</i> | | | |
|-------------------------------|--|--|--|

TAULUKKO 6. Tilojen käyttö ja logistiikka –käsite.

| Alkuperäisilmaisu | Pelkistetty ilmaus | Alakäsite | Yläkäsite |
|---|--|--|-------------------------------|
| <i>” ...ja mahdollisesti uudelleen järjesteltävä potilasvirtaa ja lisättävä tutkimushuoneita.”</i> | Tarve kartoittaa potilaiden kulkua ja hoitoresursseja | Potilaslogistiikka ja hoitotilaresurssit | Tilojen käyttö ja logistiikka |
| <i>”Henkilökunnan kahvihuone olisi ehdoton tilan rauhoittamiseen.”</i> | Toive tarkoituksenmukaisesta taukotilasta | Taukotilauudistus | |
| <i>”Heräämö on toimimaton. Se ja Leiko-tilat täytyy uudelleenjärjestellä.”</i> | Tilojen uudelleenjärjestelyn tarve | Tilajärjestelyt | |
| <i>”Heräämö tulisi sijoittaa omaan tilaan siten, ettei saleihin kuljeta heräämön kautta, tämä voi mielestäni toteutua ainoastaan laajamittaisella uudistuksella, jossa heräämö remontoitaisiin tilaan, jossa sijaitsee steriili varasto, apteekki ja toimistohuoneita.”</i> | Heräämön uudelleensijoittelu tarkoituksenmukaisesti, remontintarve | Tilajärjestelyt, remontti | |
| <i>”Leiko-tilat ovat ah-</i> | Tilojen ahtaous ja puut- | Tilojen riittämät- | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <i>taat ja riittämättömät nykyiselle potilasmäärälle.”</i> | teet | tömyys | |
| <i>”Leikkaussalien tarvikesäilytys ja passarin työpiste tulisi miettiä uusiksi ja lisätä työtillaa.”</i> | Leikkaussalien työtilojen uudistaminen | Tilauudistus | |
| <i>”Potilaiden vaatteiden kuljettelu osastolle tuntuu turhalle ja vie aikaa.”</i> | Turhiksi koettujen työvaiheiden karsiminen | Käytänteiden tarkistaminen, potilaslogistiikka | |

TAULUKKO 7. Etukäteissuunnittelu –käsite

| Alkuperäisilmaisu | Pelkistetty ilmaus | Alakäsite | Yläkäsite |
|---|---|---|----------------------|
| <i>”Potilaan tuloaikoja pitäisi porrastaa enemmän. Nyt potilaat saapuvat samoihin aikoihin aamulla ja joutuvat odottelemaan huonoilla tuoleilla kohtuuttoman kauan toimenpiteeseen pääsyä.”</i> | Potilaiden kutsuaikojen tarkistaminen, odottelun vähentäminen | Leikkauslistan suunnittelu, odotusajan lyhentäminen | Etukäteissuunnittelu |
| <i>”Toiminta tulisi kuvata uudelleen.”</i> | Toimintaprosessin kuvaustarve | Prosessikuvaus | |
| <i>”Lääkelistat eivät</i> | Lääkehoidon ja kir- | Hoitotyön toteut- | |

| | | | |
|---|--|--------------------------|--|
| <p><i>ole ajan tasalla: esim. muusta laitoksesta tulevalla, leikkaukseen vastaanotetulla potilaalla useita kuukausia aikaisemmin tarkistettu lääkelista.”</i></p> <p><i>”Läheskään aina ei ole merkittynä esitietoihin tai potilaan saneluun mainintaa leikkaustarvikkeista tai muusta suunnitelmasta.”</i></p> | <p>jaamisen haasteet</p> <p>Puutteellinen viestintä, etukäteissuunnitelman puuttuminen</p> | <p>tamisen ohjeistus</p> | |
|---|--|--------------------------|--|

TAULUKKO 8. Perehdytys ja hoitohenkilöstömitoitus –käsite

| Alkuperäisilmaisu | Pelkistetty ilmaus | Alakäsite | Yläkäsite |
|---|---|---|--|
| <p><i>”Saa kissojen ja koirien kanssa etsiä voimassaolevia lääkkeitä.”</i></p> | <p>Lääkehoidon toteutuksen haasteellisuus</p> | <p>Hoitotyön perehdytys</p> | <p>Perehdytys ja hoitohenkilöstömitoitus</p> |
| <p><i>”Väliin tuntuu, ettei raportoiija ole täysin perillä potilaan tilanteesta. Johtuneeko kiireestä?”</i></p> | <p>Potilasraportoinnin haasteet, kiire</p> | <p>Hoitotyön perehdytys, henkilöstön riittävyys</p> | |
| <p><i>”Melko usein käy niin, että potilas palaakin salista</i></p> | <p>Puutteet potilaan esivalmisteluissa</p> | <p>Hoitotyön perehdytys</p> | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p><i>esitutkittavaksi tai lähtee uudelleen esim. vessaan”</i></p> | | | |
| <p><i>”Olisi kiva päästä pitkien leikkausten aikana esim. vessa- tauolle tai syömään ajoissa.”</i></p> | <p>Tarve tauoille</p> | <p>Henkilökunnan resursointi /allokointi</p> | |
| <p><i>”Heräämössä työskennellään valitettavan usein yksin tai organisaattori joutuu toiseksi heräämöhoidajaksi.”</i></p> | <p>Työskentely vajaalla miehityksellä tai oman työn ohessa.</p> | <p>Riittämätön henkilöstömitoitus</p> | |
| <p><i>”.. ja että vajaalla miehityksellä työskentely lisää virheiden riskiä.”</i></p> | <p>Huoli virheiden mahdollisuuteen vajaalla miehityksellä työskennellessä</p> | <p>Riittämätön henkilöstömitoitus</p> | |

TAULUKKO 9. Toimintakulttuurin selkiyttäminen -käsite

| Alkuperäisilmaisu | Pelkistetty ilmaus | Alakäsite | Yläkäsite |
|--|--|--|--|
| <p><i>”Leikkaukset pääsivät alkuun ajallaan, jos lääkärit tutkisivat potilaat etukäteen esikäynnillä.”</i></p> | <p>Lääkärien työskentelytavan muutos</p> | <p>Lääkärien toiminnan standardointi</p> | <p>Toimintakulttuurin selkiyttäminen</p> |
| <p><i>”Lääkäreiden pitäisi</i></p> | <p>Lääkärien toiminta</p> | <p>Lääkärien toiminta</p> | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p><i>si yhdenmukaistaa toimintojaan mahdollisimman paljon.”</i></p> <p><i>”..helpottais, että lääkärit tulisivat aamulla ajoissa tutkimaan potilaitaan.”</i></p> <p><i>”Leikossa tulisi olla check-lista käytössä.”</i></p> | <p>nan yhtenäistämisen</p> <p>Lääkärien työpäivän aloitusajankohdasta</p> <p>Leiko-hoitotyön check-listan käyttöönotto</p> | <p>nan standardointi</p> <p>Lääkärien toimintatapojen standardointi</p> <p>Leiko-työn standardointi</p> | |
|--|--|---|--|

5 TULOKSET

Tulosten esittämisen keskiössä on aineiston ja toiminnan nykykäytänteiden vuoropuhelu. Tulkinnassa on pyritty avaamaan kontekstuaalisia ilmiöitä kerätyn informaation taustalla. Kursivoidut tekstit ovat suoria lainauksia informanttien tuottamasta haastatteluaineistosta.

5.1 Viestintä

”Viestintää on yritetty kehittää, mutta siinä on vielä kovasti kehitettävää.”

”En aina tiedä, kuka antaisi raportin potilaasta, missä ja milloin.”

Leikkausosastolla on ollut epätietoisuutta siitä, ketkä työskentelevät päivän Leiko-hoitajina. Leiko-yksikössä on käytössä yksi puhelin, jota kantaa mukanaan toinen Leiko-hoitajista ja jonka kautta puhelimitse tapahtuva viestintä muun muassa vuodeosaston, leikkausosaston, organisaattorin, lääkäreiden ja heräämön suunnalta Leikoon tapahtuu.

Vuodeosaston työvuorosuunnittelussa on tullut tilanteita, että vuodeosastolla on yksi hoitaja työssä päivä- ja iltavuorojen vuoronvaihteen yhteydessä. Henkilöstövaje on tuonut tilanteita, että hoitaja työskentelee toisinaan yksin vuodeosastolla. Tämä puolestaan voi hidastaa potilaiden siirtoa ja tiedonkulkua leikkausosastolta/heräämöstä vuodeosastolle.

Potilaan siirtyessä leikkaussalista vuodeosastolle on ryhdytty noudattamaan järjestelyä jossa salin henkilökunta siirtää potilaan vuodeosastolle. Ongelmakohtaksi on muodostunut raportointi: vuodeosaston hoitaja voi olla kiinni hoitotyössä niin, ettei ehdi tulla vastaanottamaan raporttia anestesiahoitajalta. Anestesiahoitajan on tällöin vaikeaa päästä valmistelemaan seuraavaa anestesiaa ajallaan.

”Pitäisi neuvotella ja sopia siitä, mitä raportoidaan ja mitä ei.”

Leikkausosastolla on teemahaastattelujen toteutuksen aikaan toiminut leikkaustoiminnan sujuvoittamiseksi työskentelevä kehitystyöryhmä. Työryhmän toiminta on käynnistynyt vähitellen ja näkyviä, toimintaan asti ulottuvia tuloksia ei toistaiseksi ole saatu laajamittaisesti jalkautettua käytäntöön. Suunnitteilla on erilaisia osa-projekteja eri yksiköiden asiantuntijoiden toteuttamina.

5.2 Tilojen käyttö ja logistiikka

”Toiminta tulisi kuvata uudelleen ja mahdollisesti uudelleen järjesteltävä potilasvirtaa ja lisättävä tutkimushuoneita.”

”Potilaan tuloaikoja pitäisi porrastaa enemmän. Nyt potilaat saapuvat samoihin aikoihin aamulla ja joutuvat odottelemaan huonoilla tuoleilla kohtuuttoman kauan toimenpiteeseen pääsyä.”

Leiko-tilat ruuhkautuvat etenkin aamuisin ja kotiutustilanteissa. Tilat on koettu riittämättömiksi muun muassa esitutkimusten suorittamiseen. Salassapito- ja intymiteettisuoja-asiat on vaikeaa toteuttaa hoitotyössä laadukkaasti. Sairaalaan yöksi jäävien leikkauspotilaiden vastaanotto tapahtuu Leiko-tilojen kautta. Tämä aiheuttaa Leiko-hoitajille esimerkiksi potilaiden vaatteiden ja muun omaisuuden siirtelyä Leiko-tilan pukukaapeilta vuodeosaston potilashuoneisiin. Lisäksi Leiko-hoitajat huolehtivat avokäynnille tulleiden potilaiden esitutkimuksista leikkauspotilaiden valmisteluiden ja kotiuttamisen lomassa.

Kotiutumista odottavat, iäkkäät tai väsyneet potilaat kaipaavat toisinaan vuodelepomahdollisuutta. Leiko-tiloissa ei ole sänkyä ja joskus potilaita on otettu heräämötiloihin lepäämään. Heräämötila ei sen toiminnan luonteen vuoksi kuitenkaan sovellu odottelutilaksi.

Leiko-tiloihin saapuu aamun aikana runsaasti päivän leikkauspotilaita ja myöhemmin päivän aikana lääkärin vastaanotolle saapuvia avokäyntipotilaita. Tilat käyvät ajoittain

ahtaiksi. Myös esitutkimustilat ruuhkautuvat ja synnyttävät pullonkauloja potilaiden siirtymiselle leikkaussaliin. Potilailta lähes päivittäin saadun palautteen mukaan odotusaika leikkaukseen pääsyyn tuntuu pitkältä ja Leiko-tilassa istuminen raskaalta. Omaisille ja saattajille on haasteellista arvioida kotiutumisaikajako.

”Heräämö tulisi sijoittaa omaan tilaan siten, ettei saleihin kuljeta heräämön kautta, tämä voi mielestäni toteutua ainoastaan laajamittaisella uudistuksella, jossa heräämö remontoitaisiin tilaan, jossa sijaitsee steriili varasto, apteekki ja toimistohuoneita.”

”...nythän meillä voi olla heräämötiloissa samaan aikaan Leiko-potilaita, joille tarjotaan välipalaa ja sellaisia potilaita jotka eivät saa syödäkseen mitään. Jos kaikille ei tarjota välipalaa toimenpidepäivänä, pitäisi nämä potilaat hoitaa eri tiloissa.”

Induktio- ja heräämötilat ovat yhtä avointa, yhtenäistä tilaa. Tilassa sijaitsee myös leikkausosaston ”lennonjohto” eli organisaattorin ja induktio/heräämöhoitajien työpiste. Lisäksi tilassa on erilaisia hoitotarvikevarastoja ja leikkausosaston hoitohenkilökunnan kokous- ja taukotila. Tiloissa tapahtuu runsaasti läpikulkua leikkaussalien ja Leiko-yksikön ja vuodeosaston sekä lääkevaraston välillä.

Potilaiden intymiteettisuoja on pyritty turvaamaan erilaisilla kevyillä sermi-seinäratkaisuilla. Tila on usein muun muassa leikkaussalien huoltotoiminnasta johtuen hälyisä ja ei siten tarjoa heräämöpotilaille tilaisuutta rauhalliseen toipumiseen. Toisinaan potilaille tarjoillaan heräämötilassa välipalaa toimenpiteen jälkeen. Etenkin diabeetikoille välipala on välttämätön pitkän ravinnotta-oloajan jälkeen. Osalle heräämössä hoidettavista potilaista on henkilökunnan mukaan aiheuttanut mielihapaa potilaiden erilaiset kahvitus- ja välipalakäytänteet.

”Leikkaussalien työtilat voisi miettiä uusiksi. Ainakin passarin (valvova sairaanhoitaja) työtilat on nyt riittämättömät. Sellainen liikuteltava kärry josta on puhuttu, olisi hyvä.”

Leikkaussalien työskentelytilat on koettu joiltain osin toimimattomiksi. Valvovan sairaanhoitajan suorittamille leikkausvalmisteluille kaivataan lisätilaa ja benchmarkingvierailujen myötä opitut ideat erilaisista liikuteltavista, tarvikkeita sisältävistä työtasoisista on koettu soveltuviksi myös LE9:n toimintaan.

5.3 Etukäteissuunnittelu

”Lääkelistat eivät ole ajan tasalla: esim. muusta laitoksesta tulevalla, leikkaukseen vastaanotetulla potilaalla useita kuukausia aikaisemmin tarkistettu lääkelista, lääkkeet eri kuin reseptikeskuksen resepteistä katsottaessa.”

Leikkauspotilaille lähetetään kutsukirjeen yhteydessä ohjeet muun muassa leikkauspäivään valmistautumiseen ja hoitopäivän kulkuun liittyen. Lisäksi he saavat täytettävään esitietokaavakkeen. Kaavakkeessa tiedustellaan esimerkiksi terveys- ja sairaushistoria, lääkitykset ja allergiat ym. hoidon kannalta merkityksellisiä asioita. Toisinaan esitietokaavake on puutteellisesti täytetty, tai sen täyttöajankohdasta on kulunut useita kuukausia aikaa. Potilaan nykyisen lääkityksen tarkistaminen teettää paljon työtä vuodeosaston ja Leiko-pisteen hoitajille.

”Esitutkimuskäytäntö ei oikein nykyisellään toimi. Tulee aika paljon (toimenpiteen) peruutuksia tai muuta viimehetken säätöä.”

Päivän ensimmäiseksi suunnitellun potilaan leikkauksen peruuntuminen saattaa aiheuttaa leikkaussaliin tyhjäkäynti-tilanteen, kun leikkauslistan seuraavaksi merkitty potilas ei ole ehtinyt saapua sairaalaan tai potilasta ei ole ehditty valmistella leikkausta varten. Leikkaussalissa voi syntyä tilanne, että leikkausta ei voida valmistella koska lääkärin esitutkimuksen yhteydessä muodostuva tieto potilaalle suoritettavasta toimenpiteestä ja tarvittavasta välineistöstä vaihtuu tai puuttuu. Myös potilaan anestesiaamuoto saattaa vaihtua esitutkimustilanteen yhteydessä. Potilaiden erilaisten leikkaustoimenpiteiden hoitoprosessien yhtenäistäminen ja niistä laadittavien, erilaisten tarkistuslistojen käyttö on jatkuvan kehitystyön alla. Ongelmaksi on koettu, ettei asiantuntijoille eli hoitohenkilökunnalle löydy kehitystyön toteutukselle aikaa perustehtävän ohella.

5.4 Perehdytys ja hoitohenkilöstömitoitus

”Se (Leiko-työskentely) on kuitenkin niin merkittävässä roolissa koko homman onnistumisen kannalta, että siihen pitää saada pitkä ja laadukas perehdytys.”

Leiko-työskentelyn osaamisessa ja siten laadussa on sitä tekevien hoitajien mielestä esiintynyt vaihtelua. Perehdytys on osittain koettu riittämättömäksi. Perehdytyksessä edetään yksilöllisesti huomioiden kunkin perehdytettävän tausta, osaaminen ja oppimiskyky. Perehdytys koetaan toisinaan katkeavan tai jäävän puutteelliseksi henkilöstövajeen tai hoitohenkilökunnan allokoinnista johtuvan perehdyttäjä-perehtyjä-parin erottamisen vuoksi.

”Aina heräämö on se paikka, josta ensimmäisenä vähennetään pois jos joku on vaikka kipeänä. Organisaattori on käytännössä aina remmissä mukana. Syömään tai tauolle ei ole päästäjiä.”

”Heräämössä tulee olla täysi miehitys. Silloin kyetään syöttämään saleihin esim. valmiiksi puudutettuja potilaita ja homma pyörii. Jos meillä olisi induktio-hoitaja, niin potilaiden ei ehkä tarvitsis odotella niin pitkään.”

Induktio/heräämöhoidotyöhön on suunniteltu kahden hoitajan työpanos. Käytännössä heräämöhoitajista toinen tai molemmat joudutaan vähentämään esimerkiksi sairauspoissaolojen tai muun henkilöstövajeen vuoksi tai jos leikkaussaleissa tarvitaan anestesiahoitajia enemmän kuin heräämössä.

Leikossa työskentelee pääsääntöisesti kaksi hoitajaa. Hoitohenkilökunta Leikossa koostuu lähinnä vuodeosastolla työskentelevistä hoitajista. Heräämön miehitys on käytännössä ollut henkilöstövajeen vuoksi yhden hoitajan kokoinen, joten Leiko-työskentelyyn ei heräämöstä käsin ole riittänyt resursseja. Leikkausosaston hoitohenkilökuntaa ollaan perehdyttämässä Leiko-toimintaan, mutta henkilöstövaje on hidastuttanut prosessia.

Toisinaan leikkausosaston organisaattori, jonka työpiste sijaitsee heräämötilassa, toimii oman työnsä ohella toisena induktio/heräämöhoitajana. Tällöin organisaattorin töiden täysipainoinen hoitaminen kärsii. Kun heräämön hoitajamitoitus toteutuu vajaana, ei leikkaussalien tehostaminen ja tauoille päästäminen onnistu. Se puolestaan aiheuttaa leikkausten aloitusten viivästymistä ja turhia tai suunniteltua pidempiä taukoja leikkausten välille. Myöskään Leiko-yksikön avustaminen ei ole mahdollista mikäli heräämössä ei ole suunniteltua määrää hoitohenkilökuntaa.

Induktiopalveluiden toteuttaminen ei ole mahdollista, ellei heräämötalassa ole henkilökuntaa. Se puolestaan viivästyttää leikkausten vaihtoaikoja, mikäli potilaat puudutetaan vasta edellisen potilaan jälkeen suoritettujen salin siivouksen jälkeen leikkaussalissa. Myös leikkaussaleissa tapahtuvien hätätilanteiden aikainen avunsaanti heräämöstä voi olla vaarassa vaikeutua henkilöstövajeen aikana. Toisinaan induktio/heräämöhoidajana toimittaessa on mahdollista suorittaa omien vastuualuehoitajan tehtäviä potilashoitotyön ohella.

5.5 Toimintakulttuurin selkiyttäminen

”Miten voi perehdyttää ja oppia tavoille kun kaikilla (lääkäreillä) on eri tavat toimia?”

”...niin toisen salin tiimi odottaa kun anestesia lääkäri on kiinni toisen potilaan nukutuksessa.”

”Kaiken (leikkauksiin ja potilaisiin kohdistuvan) tiedottamisen ja asioinnin tulisi ehdottomasti tulla organisaattorin kautta! Nyt asioita säätää liian moni taho.”

Usein aamun ensimmäisinä suoritettavat leikkaukset viivästyvät monien tekijöiden summana. Leikkaavien lääkäreiden esitutkimukset käynnistyvät usein suunnitellusta aikataulusta myöhässä. Esitutkimuksiin kuluu aikaa ja potilaiden siirtyminen leikkaussaleihin siirtyy siten myöhäisemmäksi. Leikkaustiimien jäsenillä ei aina ole käytettävissä tietoa leikkauksessa tarvittavasta välineistöstä tai potilaan anestesia muodosta. Potilasjärjestys voi olla eri kuin sähköisessä potilastietojärjestelmä Opera@ssa ilmoitettu. Potilasjärjestyksen muuttuessa aamun aikana tieto ei saavuta leikkaustiimiä. Päivän ensimmäisinä potilaina hoidetaan samanaikaisesti kahdessa eri leikkaussalissa kaksi yleisanestesiaa tarvitsevaa potilasta. Tällöin leikkausosaston anestesia lääkäri on kiinni toisen potilaan hoitotyössä ja toisen leikkaussalin potilas joutuu odottamaan.

6 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Teemahaastatteluiden kautta esiin nousseet ja aineiston sisällönanalyysin avulla muodostetut silmäleikkauspotilaiden hoitotyön kehittämisehdotukset ja toimenpiteet jaoteltiin viiteen kategoriaan:

1. Viestintä
2. Tilojen käyttö ja logistiikka
3. Etukäteissuunnittelu
4. Perehdytys ja hoitohenkilöstömitoitus
5. Toimintakulttuuri

Oheisessa taulukossa (taulukko 10) kerätyt kehittämisehdotukset esitetään tiivistetyssä muodossa.

TAULUKKO 10. Keskeisimpien kehittämiskohteiden käytännön kehitysehdotukset

| Kehittämiskohde | Kehitysehdotukset |
|-------------------------------|---|
| Viestintä | Organisaattorin roolin korostaminen Puhelimitse tapahtuvan viestinnän tehostaminen Leikkaustarvikkeiden kirjaaminen ennalta leikkaussuunnitelmaan Raportoinnin kehittäminen potilaan siirtyessä Leiko-pisteestä leikkaussaliin ja leikkaussalista vuodeosastolle Viestinnän kehittämisprojektin toteuttaminen |
| Tilojen käyttö ja logistiikka | Leiko-tilojen uudelleen järjestelyt Vitrektomia-potilaiden valmistelu vuodeosastolla Induktio- ja heräämötilojen uudelleenjärjestelyt Potilasliikenteen ohjaaminen leikkausosaston ulkopuolelta Henkilökunnan taukotilan ja apteekkihuoneen remontti |
| Etukäteissuunnittelu | Potilasohjeiden päivittäminen Leikkauspotilaan check-listan laatiminen Lääkehoidon kirjaamisen kehittämisprojektin toteuttaminen |

| | |
|---|--|
| | Potilaiden visuaalisen ohjausmateriaalin hyödyntäminen Leikkausosasto-suunnittelutiimin perustaminen |
| Perehdytys ja hoitohenkilöstö- mitoitus | Kirjallisen ja elektronisen perehdytysmateriaalin päivittäminen Perehdytyksestä vastaaja hoitaja (vastuu-alue) nimeäminen Vuodeosastolle päivävuoroon kahden hoitajan mitoittaminen Leikkausosastolle kahden – kolmen hoitajan resurssin lisääminen |
| Toimintakulttuuri | Organisaattorin työskentelyn irrottaminen salityöskentelystä Päivittäisen leikkaustoiminnan ohjauskokous: organisaattori, jo- nohoitaja, ylilääkäri Lääkäreiden suorittamien esitutkimusten alkamisajankohta klo 8.00/9.00 Induktio/heräämöhoitajan hyödyntäminen aamun aloitusten te- hostamiseksi Yleisanestesiapotilaiden tarkoituksenmukainen järjestäminen leikkauslistalle |

6.1 Viestintä

Leikkausosaston ”lennonjohdossa” (paikka, jossa organisaattorin työpiste sijaitsee) olevaan sijoituslistaan merkitään päivän Leiko-hoitajien nimet. Mietitään edelleen, miten puhelut voitaisiin kohdentaa tehokkaammin sille Leiko-hoitajalle, joka kulloinkin potilaan asioissa halutaan tavoittaa. Leikkaussaleihin leikkausten aikaista, kiireetöntä viestintää painotetaan tapahtuvaksi puhelimitse.

Leikkausjärjestyksen muutoksista tiedotetaan välittömästi Leiko-hoitajilta organisaattoreille, joka tiedottaa salitiimiä. Sähköisten järjestelmien tarjoamia viestintämahdollisuuksia kartoitetaan ja otetaan soveltuvin osin käyttöön. Esimerkkinä tällaisesta sähköisen kirjaamisen hyödyntämisestä tulee miettiä leikkaussuunnitelman ja –välineistön kirjaamista ennalta potilastietojärjestelmään.

Raportointikäytäntöä vuode- ja leikkausosastojen hoitohenkilökunnan kesken on kehitettävä siten, että leikkaushoitotyön ja anestesiahoitotyön valmistelut leikkaussalissa potilaan vaihdon yhteydessä pääsevät jatkumaan ajoissa.

Viestinnän väyliä ja toteutusta tulee pohtia ja kehittää edelleen. Organisaattorin roolia viestinnän merkityksessä korostetaan ja keskitetään kaikkea potilaan hoidon kannalta oleellista viestintää hänen kauttaan tapahtuvaksi.

6.2 Tilojen käyttö ja logistiikka

Leiko- ja leikkausosasto LE9:n tilankäyttö tarkistetaan ja suunnitellaan uudelleen tarkoituksenmukaiseksi. Tarvittavat muutostyöt leikkaussalien tavarasäilytyksessä ja varustelussa toteutetaan.

Vuodeosaston huone numero yksi muutetaan esitutkimustilaksi/toisen vaiheen kotiutus-tilaksi. Tilaan ohjataan aamulla vastaanotettaviksi vuodeosastolle leikkauksen jälkeen siirtyvät potilaat ja soveltuvin osin kotiutumistaan odottavat hyväkuntoiset potilaat. Vaatteet ja muu omaisuus sijoitetaan suoraan potilaan tuleviin yöpymis- tai oleskelutiloihin. Vuodeosastolle leikkauksen jälkeen jäävät potilaat vastaanotetaan ja esitutkitaan/valmistellaan vuodeosaston tiloissa. Vuodeosastolle perustettavaa tutkimustilaa käyttää kulloinkin se leikkaava lääkäri, jonka leikkauspotilaita kulkee vuodeosaston kautta hoitoprosessinsa aikana. Toinen induktio-/heräämöhoidajista työskentelee lääkärin työparina aamupäivän ajan siihen saakka kunnes siirtyy heräämöhoidotyöhön. Avokäyntipotilaiden hoitaja-vastaanoton toteutus vuodeosastolle perustettavassa tutkimustilassa pilotoidaan.

Potilaiden käyttöön rakennetaan erillinen induktiotila erottamalla se väliseinällä osasta heräämötilaa. Osa hoitotarvikkeista siirretään säilytettäväksi niin kutsuttuun anestesiavarastoon. Henkilökunnan taukotila siirretään nykyisen lääkevaraston tiloihin ja vapautuvaan heräämötilaan rakennetaan lääkevarasto. Potilas- ja henkilökuntakulku Leiko-tilojen ja vuodeosaston välillä ohjataan tapahtuvaksi heräämön ulkopuolelta. Leikkaussalien läpi tapahtuvaa käyntiä rajoitetaan minimiin. Organisaattorin työtila säilyte-

tään heräämön yhteydessä, myös taukotilaan järjestetään mahdollisuus päätetyöskentelyyn.

6.3 Etukäteissuunnittelu

Potilaille lähetettävän ennakkomateriaali ja ohjeet käydään läpi moniammatillisessa työryhmässä ja tarvittaessa päivitetään. Laaditaan leikkauspotilaalle kotiin lähetettävä ”check-lista” etukäteisvalmistelujen toteutuksen tueksi. Potilaita ja potilaiden lähetettäviä hoitotahoja, kuten erilaisia hoitoyksiköjä ohjeistetaan tarkemmin muun muassa lääkeshoidon kirjaamisessa ja raportoinnissa. Silmäkeskuksen internet-sivuilta löytyvää ohjausmateriaalia hyödynnetään potilasinformoinnissa. Sivustoa tehdään tunnetuksi potilaiden parissa.

Henkilöstön roolia toiminnan suunnittelussa vahvistetaan ja voimaannuttamalla esimiestyöskentelyllä mahdollistetaan innovatiivinen työote. Silmäkeskuksessa toimivien moniammatillisten tiimien toiminnassa hyödynnetään entistä laajemmin potilastyön rajapinnalla työskentelevien asiantuntijuutta ja heidän tuottamaa hiljaista tietoa. Silmäkeskuksessa jo toimivien, toimintaa ohjaavien moniammatillisten tiimien joukkoon perustetaan uusi, leikkausosaston toimintaan keskittyvä tiimi.

6.4 Perehdytys ja henkilöstömitoitus

Olemassa oleva kirjallinen ja etenkin elektroninen perehdytysmateriaali päivitetään. Perehdytysohjelma (perehdytyksen tarve/kesto ja sisältö) tarkistetaan tarkoitusta vastaavaksi. Uusittu ohjelma esitellään osastotunnilla ja sen implementointia seurataan ja arvioidaan käyttäjäpalautteen avulla. Perehdytyksestä vastaavan vastuualuehoitajan työaikaan varataan työlle tarvittava aika. Perehdytyksessä olevalle työntekijälle nimetään vastuu- ja varaperehdyttäjät. Työvuoro- ja sijoituslistojen laadinnassa kiinnitetään erityishuomiota perehdytystarpeisiin. Perehdytyksessä ja osaamisen lisääntymisessä sekä sen reflektoinnissa otetaan käyttöön uusia menetelmiä, kuten mentorointi.

Leiko-yksikön hoitajamitoitukseksi asetetaan kaksi hoitajaa, joista toinen on vuodeosastotaustainen ja toinen leikkausosastotaustainen. Lisäksi heräämön toinen hoitaja auttaa

aamuisin potilaiden vastaanottamisessa ja valmistelussa Leiko-pisteessä. Suunnitellaan ja toteutetaan toimiva työnkierto leikkaus- ja vuodeosaston henkilökunnan välillä tarkoituksenmukaisin osin niin, että turvataan riittävä osaaminen jokaisessa työskentely-pisteessä. Vuodeosastolla tulee olla kaksi hoitajaa koko päivävuoron ajan. Tällöin turvataan muun muassa leikkaussalista siirrettävien potilaiden hoidon sujuvuus ja leikkaus-toiminnan katkeamaton jatkuvuus.

Henkilöstömitoitukseen esitetään kahden tai kolmen hoitajan lisäystä silmäleikkauspoti-laiden hoitotyöhön. Tällöin leikkausosaston, Leiko-yksikön ja vuodeosaston toteuttama, strategian mukainen hoitotyö voidaan toteuttaa laadukkaasti ja pitää hoitohenkilökun-nan kuormitus optimaalisella tasolla sekä turvata toiminnan jatkuvuus poissaolojen ai-kana.

6.5 Toimintakulttuuri

Organisaattorin työskentely erotetaan heräämöhoitajan työstä ja leikkaussaleissa tapah-tuvasta hoitotyöstä. Näin toimittaessa turvataan leikkaustoiminnan päivittäisorganisoin-nin laadukas toteutus. Päivittäistoiminnan suunnittelusta vastaavat leikkausosaston or-ganisaattori, anestesia lääkäri ja jonohoitaja yhteisen päivittäispalaverinsa avulla.

Lääkäreiden suorittamat esitutkimukset aloitetaan kello 8.00. ja kokousaamuisin klo 9.00. Esitutkimukset pyritään suorittamaan kunkin lääkärin päivän kahden ensimmäisen potilaan osalta valmiiksi ennen lääkärin siirtymistä leikkaussaliin suorittamaan ensim-mäistä leikkausta. Leikkaava lääkäri pyrkii kirjaamaan leikkaussuunnitelman, leikatta-van puolen ja tarvittavan välineistön potilaskertomukseen. Ellei se ole mahdollista, hän välittää tiedot leikkaustiimille heti tutkittuaan päivän ensimmäisen potilaan. Organisaat-tori huolehtii päivän ensimmäisinä suoritettavissa leikkauksissa tarvittavasta välineistos-tä ja anestesia muodosta informoinnista leikkaustiimiä välittömästi lääkärin tutkittua potilaan.

Päivän ensimmäisinä leikkauksina ei samanaikaisesti suunnitella alkavaksi kahta yleisanestesiaa. Muissa kuin nukutettavaa potilasta hoitavassa leikkaussalissa tehdään ensin paikallispuudutuksessa hoidettavien potilaiden toimenpiteitä. Toisen anestesia lää-kärin puolipäiväisen työpanoksen hankintaa LE9:lle tulee harkita. Anestesiahoitotyön

vaatima aika otetaan uudelleen tarkasteluun leikkauslistoja suunniteltaessa. Päivän ensimmäiset leikkaukset pyritään saamaan ”veitsi viiltää”-vaiheeseen klo 8.30 mennessä, ellei kyseessä vaativa anestesia tai esimerkiksi potilaan liikuntakyvyn rajoituksesta johdettu viive. Leikkaustiimi ryhtyy valmistelemaan potilaan leikkausta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa soveltuvien osien, niiden tietojen mukaisesti, joita sen hetkisesti on käytettävissä.

Heräämössä työskentelevä induktio/heräämöhoitaja huolehtii aamuisin heräämön valmistelusta, valmistaa ja toimittaa leikkaussaleihin antibiootti- ja puudutevalmisteet, sekä tehostaa leikkaustoimintaa avustamalla leikkaussaliin leikkausten aloitusvaiheessa. Kun heräämööseen on saapumassa potilas, siirtyvät molemmat induktio/heräämöhoitajat työskentelemään heräämööseen. Leiko-potilaiden hoitotyö siirtyy tällöin kahden varsinaisen Leiko-hoitajan vastuulle. Induktio- ja heräämöhoitajat toimivat myös mahdollisuuksien mukaan salien tehostajina leikkausten alussa ja tauolle päästäjinä. Heräämöhoitajien ruokailu porrastetaan organisaattorin avulla.

Kaikille kotiutuville potilaille tarjotaan kahvittelumahdollisuus tai välipala päiväkirurgisen potilaan kotiutuskriteerien mukaisesti (anestesiamuoto ja potilaan vointi huomioiden).

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tutkimuksessa noudatettiin tutkimuksen teon eettisiä ohjeita sekä hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013; Tampereen Yliopisto 2015). Tutkimuslupahakemus osoitettiin PSHP:n opetustiimiin opetusylihoitajalle. Potilastietojärjestelmästä kerättävän informaation osalta sitouduttiin saadun tutkimusluvan mukaisesti noudattamaan PSHP:n ohjetta ja menettelytapaa. Tutkimusraportti on tarkastettu Tampereen ammattikorkeakoulun menettelytavan mukaisesti plagiointin esto-ohjelmalla.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys sai toteutetun kirjallisuuskatsauksen kautta tarvittua syvyyttä ja tutkijan perehtyneisyys valittuun aiheeseen kasvoi. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen mukaisesti leikkaustoiminnan kehittämisen kannalta oleellista on erilaisten tapaus-tutkimusten ja pilotti-hankkeiden toteuttaminen. Kansainvälisesti tunnettu Lean-filosofia on vakiinnuttamassa jalansijaa toiminnan kehittämisessä myös suomalaisessa terveydenhuollossa (Mäkijärvi 2010, 91). Toteutetuissa leikkaustoiminnan pilotti-hankkeissa oli saatu rohkaisevia, kustannustehokkaita tuloksia kun oli toimittu Lean-filosofian mukaisesti. Kirjallisuuskatsauksen myötä selvisi myös, että menetelmän mukainen prosessien sujuvoittaminen todettiin varsin hyvin terveydenhoitoalan kehitystyöhön soveltuvaksi metodiksi (Huovinen 2015, 37). Toiminnan kehittämiseksi erilaisia mittareita tulee käyttää näyttöön perustuvan toiminnan perustaksi. Lisäksi mittareiden soveltuvuutta ja valikoimaa tulee edelleen saatujen tulosten mukaan tarkentaa. (Marjamaa 2007, 66).

Kirjallisuuskatsauksen aineistossa kritiikkiä esiintyi etenkin johtamismenetelmien suhteen. Jotta toimintaa voidaan tehokkaasti uudistaa, tulee myös johtamiskulttuurin uudistua (Torkki 2012, 128). Lean-filosofia korostaa asiantuntija-tason, eli hoitotyön suorittajien roolia innovatiivisuuden ja kehitystyön mahdollistamisen keskiössä. Ohjeistusta ja koulutusta aiheesta on jo saatavilla ja tutkijoiden yhteinen näkemys oli, että Lean-filosofian mukaista asennemuutosta tulee edelleen sisään-ajaa mm. johtamiskoulutuksen kautta. (Röntynen 2015, 56; Mäkijärvi 2010, 92; Huovinen 2015, 36.)

Kirjallisuuskatsaukseen valituissa julkaisuissa hoitohenkilökunnan osallistuminen kehitystyöhön nähtiin perusedellytyksenä työn onnistumiselle (Toussaint & Berry 2013, 11). Henkilökunnan osallistuttamiseen ja motivoimiseen kehityshankkeissa keskeisinä keinoina nähtiin muun muassa kannustava palkitsemisjärjestelmä ja koulutus. (Peltokorpi 2010, 119). Henkilökunnan osallistuttaminen kehitystyöhön mahdollisti myös työtyytyväisyyden lisääntymisen. Henkilökunta piti tärkeänä mahdollisuutta vaikuttaa työn sisältöön. (Drotz & Poksinska 2014, 191.) Haasteena oli edelleen Lean-filosofisten oppien lisääminen henkilökunnan keskuudessa. Ratkaisevana onnistumisen edellytyksenä nähtiin myönteinen suhtautuminen esimiestaholta ja Lean-agenttien työ organisaatioissa. (Huovinen 2015, 37.) Eri sairaanhoitopiirit Suomessa olivat omaksuneet Lean-filosofian keinona suunnitella toimintaa kustannustehokkaampaan suuntaan (Mäkijärvi 2010, 91).

Kritiikkiä kirjallisuuskatsauksen kautta välittyneestä kehitystyön tilasta voidaan esittää tutkimusten todellisesta annista hoitotyön laadun kehittämisen suhteen. Teoriatasolla laadunkehitystyö mainittiin usein, mutta konkreettiset näytöt sen suhteen jäivät vajaiksi. Pääpaino oli kustannusten vähentämisessä ja (hoito-)prosessien hiomisessa. Taloudellisten perustelujen valossa Lean-filosofia oli varsin kannatettavaa ja perusteltua (Mäkijärvi 2010, 2).

Tutkija koki haasteelliseksi silmäleikkauspotilaan hoitoprosessissa LE9:llä havaittujen pullonkaulojen todentamisen käytössä olleiden tilastotietojen avulla. Tutkija havaitsi, että hoitoprosessin yksittäisille vaiheille, joissa ennalta tiedettiin olevan kehittämistarvetta, ei ollut käytössä kohdennettua mittaria. Tutkija päätti keskittyä keskeisiin hoitoprosessissa ilmenneisiin haitta-tekijöihin, kuten potilaiden pitkiin odotusaikoihin. Tilastomateriaalin hyödyntämiseksi laadittiin analysoidusta kokonaismateriaalista yksityiskohtaisempaa tietoa sisältänyt taulukko (taulukko 3), jossa esiteltiin tutkimuksen kannalta keskeisiä tietoja.

Tilastotietojen tarkastelussa keskityttiin leikkausosasto LE9:n leikkaussalien 94 ja 95 tietojen tarkasteluun. Nämä leikkaussalit valittiin, koska niiden toiminta on leikkausosasto LE9:n toimintaa tyypillisimmillään kuvaavaa. Myös tarkasteltujen tilastotietojen keruu-ajankohta mietittiin tarkasti. Vuosi 2013 oli Silmäkeskuksen leikkaustoiminnan kannalta tyypillinen: se ei sisältänyt sellaisia merkittäviä toiminnan supistuksia, kuin

mitä aiheutui vuoden 2012 muutosta uusiin tiloihin tai vuoden 2014 joulukuun leikkaustoiminnan sulkuajasta. Tutkimuksen luotettavuuden ja tarkoituksenmukaisuuden kannalta tarkastelujakso oli täten ihanteellinen.

Päätökseen toteuttaa teema-haastattelut essee-muotoisina vaikutti osaltaan tutkijan ja haastateltavien aikataulujen yhteensopimattomuus. Toisaalta tutkijan oletuksena oli, että essee-vastausmuoto kasvattaisi vastaajien lukumäärää, koska jokainen tutkimukseen kutsutuista voisi kirjoittaa ja palauttaa materiaalin omaan aikatauluunsa sopivasti. Teemahaastattelun aihepiiri haluttiin pitää väljänä, jotta kerättävä aineisto käsittelisi mahdollisimman kattavasti yksikön toiminnan eri puolia. Paunosen & Vehviläinen-Julkusen (2006) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuus ei perustu informanttien lukumäärään vaan aineiston analyysin ja raportoinnin vahvuuteen (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 217).

Tekstinkäsittelyohjelmalla kirjoitettujen essee-vastausten litterointi oli verrattain helppo tehtävä ja säästi aikaa itse sisällönanalyysille. Tutkija toteutti tietoisesti sisällönanalyysivaiheen verrattain pitkään kestäneenä prosessina. Lukukertoja kertyi aikaiselta vuoden 2016 keväältä aina pitkälle saman vuoden syksyyn. Tällä haettiin lisää syvyyttä analysointityöhön ja parempaa ymmärrystä aihetta kohtaan. Toisaalta melko tiukka tutkimusaikataulu pakotti kirjoittamaan raportoinnin suhteellisen lyhyessä ajassa. Analysointivaiheessa muodostunut ymmärrys aihetta kohtaan jalostui edelleen raportointivaiheen kirjoittamisprosessissa.

Saadut tulokset vastasivat tutkimuskysymyksiin. Kerätyn aineiston painottuminen tiettyjen aiheiden pariin ei yllättänyt tutkijaa. Esimerkiksi Leiko-yksikköön liittyvät seikat korostuivat, sillä aihe on ollut ajankohtainen ja Leiko-yksikön toiminta muutoksessa viime aikoina. Teoreettisen viitekehyksen kautta saavutettu esiymmärrys potentiaalisista silmäleikkauspotilaan hoitoprosessiin liittyvistä pullonkauloista jäi tutkijan mielestä suppeaksi. Teemahaastattelujen tuottaman aineiston myötä ymmärrys silmäpotilaan leikkaushoitoprosessin toimimattomista käytänteistä avautui tutkijalle uudella tavalla. Tähän myötävaikutti hoitohenkilöstöltä aineiston kautta välittynyt hiljainen tieto. Hiljaisen tiedon kuvataan muun muassa olevan piilossa olevaa asiantuntijatietoa. Sen auki kirjoittaminen sellaisenaan ei ole mahdollista, mutta sen esiintymisen voi huomata esimerkiksi aineistossa käytetyistä termeistä ja painotuksista. (Nurminen 2000, 28-30.)

Aineistoon oli latautunut sellaista herkkyyttä ja tarkkanäköisyyttä, joka ei tilastotietojen ja mittareiden kautta välity samalla tavoin.

Tutkimus oli tutkijalle omarahoitteinen. Tutkimustyöhön ei varsinaisesti osoitettu tutkijan työaikaa, joitakin työhön liittyviä haastatteluita tehtiin työajalla. Työnantaja antoi suostumuksensa hoitohenkilökunnan teema-haastatteluihin vastaamiseen työaikana. Tutkija oli opintovapaalla ansiotyöstään huhti-kesäkuun 2016 välisen ajan työstääkseen tutkimuksen empiiristä osaa.

7.2 Tulosten arviointi

Sisällönanalyysillä tuotetut keskeiset teemat, kuvaavat niitä toiminnan osa-alueita, joiden kehittämiseen silmäleikkausosasto LE9:llä tulisi jatkossa keskittyä. Viestintä, tilojen käyttö ja logistiikka, etukäteissuunnittelu, perehdytys ja hoitohenkilöstömitoitus sekä toimintakulttuuri kattavat aiheina suuren osan potilaan hoitoprosessiin liittyvistä toiminnoista.

Tutkimus osoitti, että Silmäkeskuksen leikkausosasto LE9:n toiminnassa ja hoitotyössä on edelleen kehitettävää. Hoitohenkilökunnan sisäisen ja johdon välisen informaation kulkuun ja riittävään perehdytykseen tulee kiinnittää runsaasti huomiota. Informaation kulku linjaorganisaation eri toimitasojen sisällä ja niiden välillä edesauttaa henkilöstön innovatiivista osallistuttamista muun muassa erilaisiin kehittämisprojekteihin. Kun henkilöstö kokee tulevansa kuulluksi johdon suunnalta, lisää se henkilöstön motivaatiota osallistua työnsä kehittämiseen. (Manka 2013, 31.) Rodrigues ym. (2014) osoittivat tutkimuksessaan Lean-filosofian käytön organisaation henkilöstöjohtamisen perustana lisäävän henkilöstön työtyytyväisyyttä. Tutkimuksessa ilmeni, että työntekijöiden kyetessä itsenäisesti suunnittelemaan työtehtäviään, lisääntyi myös työtyytyväisyys. (Rodrigues, ym. 2014, 163.)

Johtamisen näkökulmasta henkilöstöä osallistavat kehitysprojektit ovat erinomainen tapa jalkauttaa organisaation strategiaa ja lisätä henkilöstön keskuudessa sitä ajattelutapaa ja osaamista, mitä uudistuminen ja eteenpäin pyrkimys toiminnassa edellyttävät. Toisaalta ne ovat luonteva foorumi hyödyntää sitä osaamista ja innovatiivisuutta mikä

henkilöstössä on. (Jorma & Tiirinki 2015, 11.) Drotz & Poksinska (2014) havaitsivat tutkimuksessaan, että terveydenhuoltoalalla on perinteisesti keskitytty näkemään lähtötilanne, kuten tarve kehittää potilaan hoitoa, sekä päämäärä, kuten hyvin hoidettu potilas. Kuitenkin itse prosessi, sen suunnittelu ja toteuttaminen jäävät vähäiselle huomiolle. Tämä on oleellinen ero verrattaessa Lean-filosofian käyttöä sen alkulähteillä, eli teollisuuden parissa suhteessa menetelmän käyttöön terveydenhuollossa. Tutkijat korostivat henkilöstön vahvaa asiantuntijaroolia potilaiden valinnanvapauden ja yksilöllisen hoidon turvaamiseksi samalla kun toimintatapoja yhtenäistetään Lean-filosofian mukaisin menetelmin. (Drotz & Poksinska 2014, 191.)

Henkilöstön rooli voidaan nähdä konsultatiivisena asiantuntijatyöskentelynä, jossa tieto ja ymmärrys välittyvät suoraan tärkeimmältä taholta, asiakaskontakteista. Johtajuuden funktio kehitystyöprosessissa on ikään kuin toimia ydinhiukkasten törmäyttäjänä, mahdollistaa reaktio ja hallita sitä. Esimiehen paikka on pelinrakentajana, joka mahdollistamalla ja kannustamalla saa pelaajissa, eli henkilöstössä aikaan parhaan mahdollisen suorituksen. Mäkijärvi (2010) kirjoittaa Lean-menetelmän soveltuvuutta terveydenhuoltoalan kehittämistyöhön tarkastelleessa tutkimuksessaan seuraavaa: ”Lean-organisaatiossa tavoitteet ja strategia kulkevat ylhäältä alas ja ideat sekä ratkaisut alhaalta ylös.” (Mäkijärvi 2010, 92.) Tärkeää on visioida työryhmän jäsenien eteen se päämäärä ja saavutettava hyöty jota kohti sitten syttyy halu edetä.

Viestintä on toistuvasti esillä oleva kehitysosa-alue hoitotyössä. Leikkausosasto LE9:llä sitä tulee edelleen kehittää ja miettiä tehokkaampia viestinnän väyliä. Toisaalta viestintäprotokollan standardointi tuo etua ja turvaa työskentelyyn. Viestinnän keskittäminen leikkausyksikön organisaattorin kautta tapahtuvaksi on kannatettava suuntaus. Samansuuntaisia tuloksia saivat omissa tutkimuksissaan muun muassa Marjamaa (2007) leikkaussalien toiminnanohjausta käsitelleessä väitöskirjassaan, sekä Peltokorpi (2010) leikkaussalien tuottavuutta strategisten valintojen ja käytettyjen johtamismenetelmien valossa tutkineessa väitöskirjassaan. (Marjamaa 2007, 69; Peltokorpi 2010, 107.)

Aineistosta nousi esiin hyvin vahvasti tarve järjestellä Leiko-toimintaa niin fyysisten tilojen kuin toiminnallisten rajojenkin puitteissa. Aihe on sellainen, josta potilaat antavat runsaasti rakentavaa palautetta leikkausosaston henkilöstölle. (vrt. Marjamaa 2007, Peltokorpi, 2010.) Asia on ollut esillä myös leikkaustoiminnan kehitystyöryhmässä.

Lean-filosofialle ominaista on henkilöstön osallistuttamisen ohella työskentelyolosuhteiden esteettinen ja toiminnan kannalta tarkoituksenmukaiseksi muokkaaminen. Hoitohenkilöstö tuotti ilahduttavan runsaasti työtilojen toiminallisuuteen liittyviä kehitysehdotuksia. Lukuisissa esimerkkilaskelmissa Toyotan autotehtailta lähtien on todistettu ”turhien askeleiden” eli turhien työskentelyvaiheiden karsimisen hyöty. Mäkijärvi (2010) esittelee tutkimuksessaan työtiloihin ja logistisiin ratkaisuihin liittyviä hukkaa karsivia ratkaisuja. Niistä monet ovat helposti toteutettavissa. (Mäkijärvi 2010, 45.) Leikkausosasto LE9:llä esimerkiksi ehdotetun kaltainen, valvovan sairaanhoitajan työskentelytasoksi ja hoitotarvikkeiden säilytykseen tarkoitettu, liikuteltava pöytätasokärky leikkaussalissa säästäisi työpäivän aikana lukuisia edestakaisia käyntejä varastoissa ja täten nopeuttaisi potilaan hoitoa ja läpimenoaika.

Perehdytys ja hoitohenkilöstömitoitus nähtiin haastateltujen parissa vahvasti työn sujuvuuteen vaikuttavina tekijöinä. Lean-filosofia ei tunne varsinaista perehdytys-työkalua, mutta kylläkin johtamisen toimintoja, jotka tähtäävät toiminnan vaihtelun vähentämiseen. Kun henkilöstöä on riittävästi ja perehdytys on riittävää, saavutetaan toiminnan tasaisuus ja vaihtelu vähenee. Kun hoitohenkilökunnan mitoitus on kohdennettu oikein, turvataan potilaille hoidon jatkuvuus. Leikkausosasto LE9:llä tämä konkretisoituu muun muassa taukojen toteutuksessa: hoitohenkilökunta, jolla on tarvittava perehdytys ja osaaminen ja jota on riittävästi, voi tauottaa leikkaustiimiä toiminnan keskeytymättä. Näkemykset Marjamaan (2007) väitöskirjassa ja Torkkin (2012) kirurgian tuottavuuseroja eri sairaaloiden välillä tarkastelleessa väitöskirjassa olivat henkilöstöresurssien ja allokoinnin osalta yhteneväiset tässä tutkimuksessa tehtyjen havaintojen kanssa. (Marjamaa 2007, 67; Torkki 2012, 89).

Marjamaan (2007) mukaan henkilöstölähtöinen hoitoprosessien kehittämistyö soveltuu erinomaisesti leikkausosastoilla tapahtuvaan työhön. Väitöskirjassaan Marjamaa korosti myös toiminnan etukäteissuunnittelun menestyksellistä hoitamista avaintekijänä laadukkaammalle ja kustannustehokkaammalle hoitotyölle. (Marjamaa 2007, 67,80.) Toimintakulttuurin ja etukäteissuunnittelun käsitteet kulkevat siten käsi kädessä, että molemmat vaikuttavat vahvasti prosessin onnistumiseen. Kun etukäteissuunnittelu on tehty hyvin, on toimintakulttuurilla edellytykset kehittyä vahvaksi ja osaavaksi. LE9:n moniammatillisessa työyhteisössä nämä tekijät korostuvat. Siksi silmäleikkauspotilaan hoitotyön toiminnan suunnitteluun tulee osallistua edustajia eri ammattialojen taholta. Sil-

mäleikkausosasto LE9:n toimintakulttuuri on koko työyhteisön yhteinen asia, sen sovitusta säännöistä ja normeista kiinnipitäminen kuuluu kaikille jäsenilleen. Toisaalta toiminta tulee suunnitella sellaiseksi, että työn tekeminen tuntuu mielekkäältä kaikkien moniammatillisen työyhteisön jäsenten kesken.

Kerätyt kehitysehdotukset ovat askel kohti potilaslähtöisempää hoitotyön kulttuuria. Muutosten hyödyt voidaan mitata ja arvioida toiminnan muutosten ja uusien toimintatapojen vakiintumisen jälkeen. Oleellista on dokumentoida tehdyt korjaukset jotta voidaan arvioida niiden vaikutuksia. Toivotun suuntaisia tuloksia voidaan odottaa etenkin asiakastyytyväisyyden, hoitohenkilöstön työtyytyväisyyden ja kustannusten parista. Mäkijärvi (2010) esitteli tutkimuksensa yhteydessä HUS:ssa toteutettuja Lean-hankkeita ja niistä saatuja hyötyjä. Hankkeiden hyötyinä muun muassa ENMG-tutkimuspotilaiden odotusajat lyhenivät kolmannekseen aikaisemmasta, rannemurtumapotilaiden arvovirtakartoituksen avulla kyettiin oleellisesti vähentämään sekä henkilökunnan että potilaiden kävelemiä matkoja ja poistamaan useita turhia vaiheita hoitoprosessista. (Mäkijärvi 2010, 104,115.)

Oman, leikkauspotilaiden hoitotyön asioihin keskittyvän tiimin saaminen Silmäkeskuksen toimintaa ohjaavien tiimien joukkoon nähtiin merkittävänä toimintaan vaikuttavana tekijänä. Tällainen vaikutusväylä organisaation ylimpään johtoon nopeuttaa ja helpottaa asioiden valmistelua. Toisaalta leikkausosaston organisaattorin roolia päivittäisorganisaation johtajana korostettiin. Organisaattorin toiminnalla on prosessin sujuvan mahdollistajan roolissa suora yhteys potilastyytyväisyyteen. Tätä ajatusta tukee myös Marjamaa (2007) väitöskirjassaan esittämä näkemys siitä, että leikkausosaston päivittäistoimintaa johtavalla henkilöllä tulee roolissaan olla mahdollisuus itsenäiseen päätösten tekoon. Usein valta ja vastuu eivät tällä tasolla kohtaa riittävästi, jotta leikkaustoiminnan ohjaus olisi laadukasta ja tarkoituksenmukaista. (Marjamaa 2007, 63.)

Silmäleikkausosasto LE9 potilaat voidaan hoitaa laadukkaammin tutkimuksella tuotettujen kehitysehdotusten implementoinnin myötä. Kuten aikaisemmin on todettu, esitetyt kehitysehdotukset vaativat myös hallinnollisia päätöksiä. Koska tutkimus on tehty näyttöön perustuen ja sen sisältämä tieto on peräisin leikkausosasto LE9:aa koskevista tilastoista ja yksikön hoitotyön asiantuntijoilta, voidaan sitä perustellusti käyttää päätöksentekoa ohjaavana materiaalina.

Hoitotyön kehittäminen ja siihen liittyvät projektit ja tutkimukset ovat paitsi potilaiden parhaaksi toimimista, myös erinomaista oppia johtamisesta. Tehdyn tutkimuksen arvo mitataan siitä potilaille koituvana hyötynä. Tutkijalle se edusti perusteellista perehtymistä Lean-filosofiseen johtamiskulttuuriin ja tarjosi runsaasti oppia muun muassa kirjallisuuskatsauksen laatimisesta ja muista tutkimuksessa hyödynnetyistä metodologisista käytänteistä. Lisäksi tutkimuksen tekeminen lisäsi tutkijan valmiuksia toimia muun muassa esimiestehtävissä ja erilaisissa kehitys-, muutos- sekä suunnitteluprojekteissa. Mäkijärvi (2010) toteaa, että Lean-filosofian mukaisten parannusten aikaansaamiseksi tarvitaan johdon tukea kehittämistiimeille. Lean-hankkeen vetäjäksi soveltuu hyvin hoitajataustainen terveydenhuollon ammattilainen moniammatillisen tiimityötaustansa ja potilaskeskeisyytensä vuoksi. (Mäkijärvi 2010, 48.)

Tutkimuksen tekeminen osoittautui mielenkiintoiseksi ja opettavaksi projektiksi. Jatkossa sen tuottamien kehittämis ehdotusten implementoinnin ja vaikutusten tutkiminen olisi mielekästä. Edelleen on tärkeää kerätä potilaspalautetta kehittämis ehdotusten käyttöön oton yhteydessä. Myös prosessikuvausten toteutus on tarpeen. Auki-kuvattua toimintaprosessia voidaan helpommin tarkastella ja kehittää edelleen. Toimintaa mittavien mittareiden kehittämistyötä ja yhtenäistämistä eri palveluntuottajien välillä on jatkettava. Hoitoprosessien vaikuttavuutta olisi myös tärkeää mitata yhtäältä asiakastytyväisyyden kuin toisaalta yhteiskunnallisesta näkökulmasta.

Tutkijaa kiehtoo ajatus esimiehille suunnatun, Lean-filosofian mukaisen koulutuksen suunnittelusta ja toteuttamisesta. Koulutus voisi käsitellä esimiehen roolia hoitohenkilöstön asiantuntijuuden mahdollistajana sekä henkilöstössä piilevien kykyjen tunnistamista ja ohjaamista hoitotyön kehittämisprojektien pariin. Kuvatun kaltaisen toiminnan juurruttaminen laaja-alaisesti terveydenhuoltoalalle on tärkeää, jotta ala voi säilyttää vetovoimaisuutensa ja kilpailukykyänsä sille hakeutuvien työntekijöiden keskuudessa.

LÄHTEET

Antila-Aalto, S. 2015 Muutosjohtajuuden eri osa-alueiden kuvaus terveydenhuollossa - integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Benson, R. & Kulkarni, N. 2011. Understanding operational waste from a lean biopharmaceutical perspective. *Pharmaceutical engineering*. 2011. vol 31/6.

Böckermann, P. & Ilmakunnas, P. 2006. Interaction of Job Disamenities, Job Satisfaction, and Sickness Absences: Evidence From a Representative Sample of Finnish Workers. *Palkansaajien tutkimuslaitos*.

Drotz, E. & Poksinska, B. 2014. Lean in healthcare from employees' perspective. *Journal of Health Organization and Management* 2/2014.

Hannus, J. 1994. Prosessijohtaminen – Ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suorituskyky. Tampere. Gummerus.

Hietaranta, S. Kehitystyöryhmän toiminnan esittely. Luento 8.4.2016. Tays Silmäkeskus. Tampere.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hirvonen, H. 2012. Lean management – prosessijohtamismalli. Hyödyntäminen finanssialan yrityksessä. Metropolia.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fioca Oy. Helsinki.

Huovinen, E. 2015. Leikkaustoiminnan laadullinen tarkastelu läpi vuosikymmenten – Onko vielä jotain, jota voisi parantaa? Aalto yliopisto, Master of Quality – koulutusohjelma. Kehittämistutkimus.

<https://www.deming.org/theman/theories/pdsacycle>. Luettu 20.5.2016

<https://www.duodecim.fi/web/kotisivut/verkko-ja-mobiili/-/naytonastekatsaukset.html>. Luettu 28.12.2015.

<http://www.hotus.fi/jbi-fi/suomenkieliset-jbi-suositukset>. Luettu 12.12.2015.

<http://www.pshp.fi/silmakeskus>. Luettu 10.1.2016.

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>. Luettu 4.1.2016.

<http://www.tieto.fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/vertaisarviointi>. Luettu 14.12.2015.

<http://vnk.fi/documents/10616/1865308/Arvio+sote-uudistuksen+mekanismeista>. Luettu 4.1.2016.

Jajpuria Piyush. 2015. Peri-operative process flow and analysis of factors affecting efficient delivery of surgical shedule. Texas University. Master of science in Engineering. Thesis.

Jalonen, H., Aarva, K., Juntunen, P., Laihonen, H., Laitinen, I. & Lönnqvist, A. 2011. Arvoverkkoa kokemassa – saaliina tuottavuutta ja innovaatioita. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Janhonen, S. & Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. BookWell Oy. Juva.

Johansson, K., Axelin, A. & Stolt, M. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Turun Yliopisto.

Jorma, T. & Tiiri, H. 2016. Lean thinking in Finnish healthcare. Leadership in Health Services. 1/2016.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P, & Liikanen, E. 2012. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 4/2013, 291-301.

Kaplan, Robert & Norton, David. 1996. The Balanced Scorecard. eBook edition. Harvard Business School.

Keski-Säntti, M. 2013. Anestesiatietojärjestelmän käyttöönotto. Projektin sekä laitteistorajapintojen kuvaus. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Kivinen, T. 2008. Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa - Knowledge Management in Health Care Organizations. Väitöskirja. Terveystalouden ja talouden laitos. Kuopion Yliopisto.

Korkiakangas, E., Luoma, P., Alahuhta, M., Taanila, A. & Laitinen, J. 2009. NVivo apuvälineenä aineistolähtöisessä sisällönanalyyysissä. Hoitotiede 3/2009, 216-226.

Kotimaisten kielten keskus. 2016 www.kotus.fi

Kuntien Tiera Oy. www.tiera.fi/kainuun-sote-nosti-tiedon-johtamisen-keskeiseksi-valineeksi. Luettu 3.6.2016.

Laamanen, Kai. 2005. Johda suoritukykyä tiedon avulla – ilmiöstä tulkintaan. Suomen Laatu keskus Oy. Helsinki.

Laitila, J. 2006. Kirurgian leikkausosaston toiminnan arviointi. Pirkanmaan sairaanhoito-piirin julkaisuja 2/2006. Selvitystutkimus.

- Laitinen, Ilpo. 2009. Tietoperustainen johtaminen – case Helsinki. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Lecklin, Olli. 2002. Laatu yrityksen menestystekijänä. Talentum Media Oy.
- Manka, M-L. 2013. Työnilo. Sanoma Pro Oy.
- Marjamaa, R. 2007. Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. Helsingin Yliopisto. Väitöskirja.
- Merikallio, Lauri & Haapasalo, Harri. 2009. Lean-tuotantojärjestelmä. Rakennusteollisuus. LCI-Finland.
- Modig, N. & Ählström, P. 2013. Tätä on Lean. Rheologica publishing. Halmstad.
- Mäkijärvi, M. 2013. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Tampereen yliopisto. MBA-tutkielma. Sosiaali- ja terveysjohtaminen.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Ohrankämmen, K. 2015. Osallistumisen ja asiakkuuden rajapinnoilla. Tutkielma asiakaslähtöisyyden ja palveluiden kehittämisen rationaliteeteista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. Pro Gradu.
- Opetushallitus. [www.oph.fi/Koulutus ja tutkinnot](http://www.oph.fi/Koulutus_ja_tutkinnot). Luettu 14.4.2016.
- Palveluja elämän tähden -strategia vuosille 2012-2016. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.
- Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Helsinki.
- Peltokorpi, A. 2010. Improving efficiency in surgical services: A production planning and control approach. Aalto Yliopisto. Väitöskirja.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2016-2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja.
- Pitkänen, Raimo. 2010. Johtamisen suurenmoinen keveys. Esimiehenä asiantuntija- ja palveluorganisaatiossa. Management Institute of Finland.
- Porkkala, T. 2015. Sairaaloiden perustuloksia. PP-esitys. Tieto Oy.
- Rodrigues, D., Byuens, D., Landeghem, H. & Lasio, V. 2014. Impact of lean production on perceived job autonomy and job satisfaction: an experimental study. Human factors and ergonomics in manufacturing & service industries. 2/2016.

Röntynen, A-P. 2015. Varovaisuutta, ahaa-elämyksiä ja tehostamismahdollisuuksia – kokemuksia Lean-menetelmästä julkisella sektorilla. Tampereen Yliopisto, johtamis-korkeakoulu. Pro Gradu.

Salminen A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisuja 62. Vaasan Yliopisto.

Sitra. 2014. Sosiaali- ja terveystieteiden tietojohdamisen käsikirja. http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Sosiaali_ja_terveystieteiden_tietojohdamisen_kasi_kirja.pdf. Luettu 16.6.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö. www.kaste.fi. Luettu 16.6.2016.

Syvänen, U. Haastattelu 10.11.2015. Tays Silmäkeskus. Tampere.

Särkelä, K. 2015. Hoitotyön johtamisen vaikuttavuus hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Pro Gradu.

Tampereen Yliopisto. 2015. <http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet.html>. Tutkimuseettiset ohjeet. Luettu 19.9.2015.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Torkki, P. 2012. Käypä prosessi – mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. Aalto Yliopisto. Väitöskirja.

Torkkola, S. 2015. Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Talentum Media Oy.

Toussaint, S. & Berry, L. The promise of lean in health care. Mayo clinic proceedings. 2013;88

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>. Luettu 19.9.2015.

Tuulonen, A. 2015. Silmäkeskuksen strategia.

Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J. & Theorell, T. 2000. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. Epidemiol Community Health 7/2000.

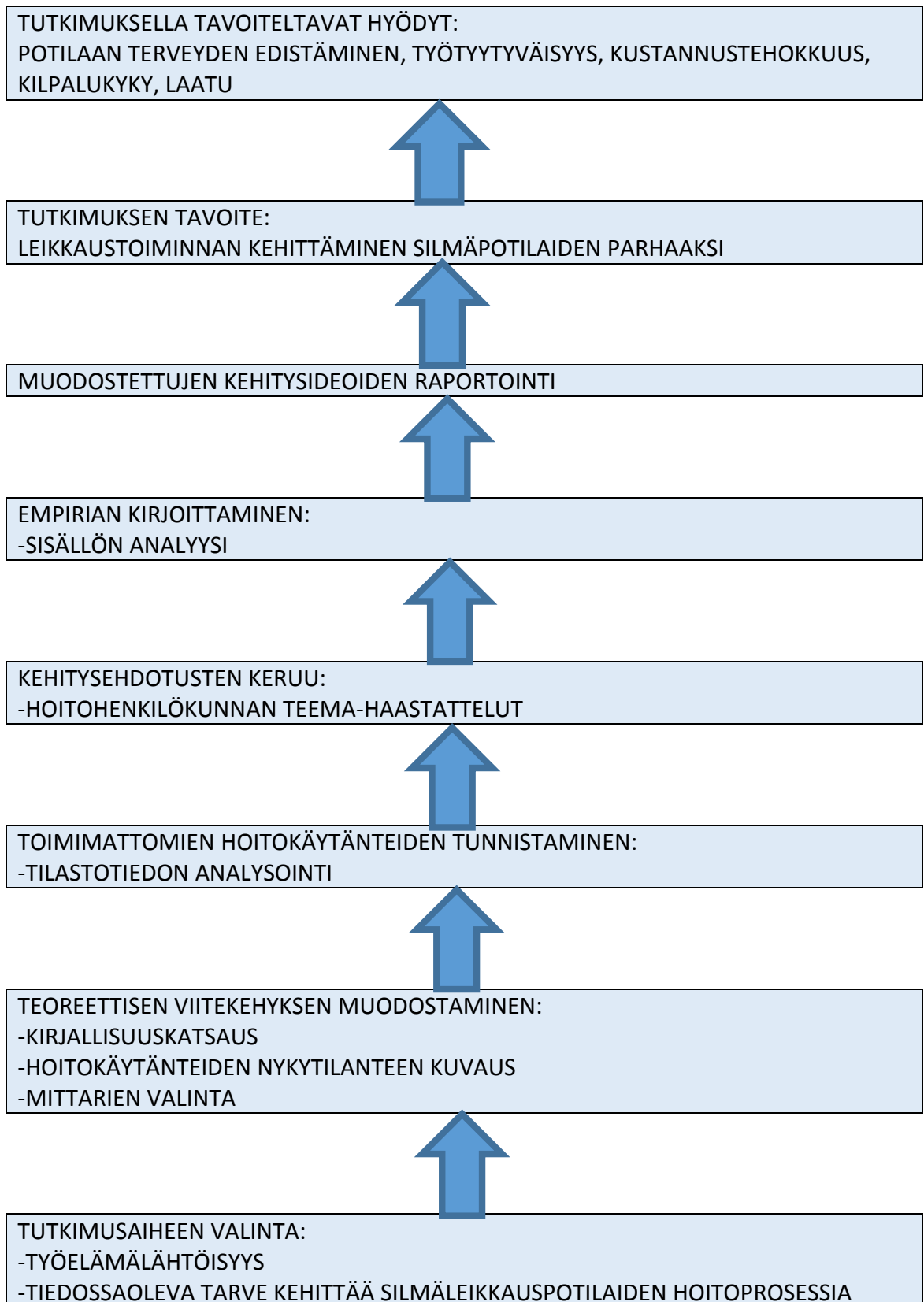
Vesiluoma, Sari. 2012. Strategiaskenaarioista tiedolla johtamisen linjauksiin. Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. FinJeHew 4/2012.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. BookWell Oy, Juva.

Virtanen, Petri & Wennberg, Mikko. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Edita.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimusprosessin eteneminen ja tavoitteet –kaavio.



Liite 2. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen taulukointi.

| Tutkimuksen nimi, tekijä(t), julkaisu vuosi, tutkimuksen taso, julkaisumaa. | Tutkimuksen metodologia, tarkoitus/tavoite | Keskeiset tulokset | Näytön aste (grade)/laadun arvointi (JBI) |
|---|--|---|---|
| <p>Lean in healthcare from employees' perspectives. Drotz, Erik & Poksinska, Bozena. 2014. Referee-artikkeli. Ruotsi.</p> | <p>Kirjallisuuskatsaus, haastattelututkimus kolmen eri Lean-filosofiaa harjoittavan terveysalan organisaation työntekijöille. Lean-filosofian jalkauttamisen vaikutukset työhön ja työntekijöihin, henkilökunnan asenteet Lean-filosofiaa kohtaan.</p> | <p>Lean-toiminnan onnistuminen organisaatioissa riippuu johdon sioutuneisuudesta, Lean-filosofian implementoinnin laadusta ja suunnitelmallisuudesta. Mitä syvemmmälle työntekijätasoon ideologia oli jalkautettu, sitä positiivisempia tuloksia Lean-toiminnalla saavutettiin. Työntekijät esittivät huolensa (potilaan) valinnanvapauden kaventumisen hoitotyön standardisoinnin myötä.</p> | <p>B 7/9</p> |
| <p>Lean thinking in Finnish healthcare. Jorma, Tapani & Tiiri, Hanna. 2016. Referee-artikkeli. Suomi.</p> | <p>Kirjallisuuskatsaus, Suomen julkisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatiolle suunnattu kysely koskien Lean-filosofian ja</p> | <p>Vaikka Lean-filosofia on melko uusi konsepti Suomen terveydenhuollon organisaatioissa, ja sen juurruttaminen on kesken, on se hyvin tunnettu käsite. Seuraava vaihe on mukauttaa Lean-toiminta vielä paremmin terveydenhuollon tarpeita vas-</p> | <p>A 8/9</p> |

| | | | |
|---|--|---|----------|
| | Lean-menetelmien käyttöä. | tavaksi. Esimiesten apuna tässä työssä toimivat Lean-asiantuntijat. | |
| Varovaisuutta, ahaa-elämyksiä ja tehostamismahdollisuuksia - kokemuksia lean-menetelmästä julkisella sektorilla. Röntynen, Antti-Pekka 2015 Pro Gradututkimus, Tampereen Yliopisto, johtajakorkeakoulu. Suomi | Kirjallisuuskatsaus, teemahaastattelututkimus Lean-menetelmää soveltaneisiin kuntaorganisaatioihin. Lean-filosofian soveltuminen julkisen sektorin johtamisen metodiksi, työntekijöiden kokemusten kartoittaminen. | Saadut tulokset Lean-menetelmän käytöstä julkishallinnon johtamisessa olivat pääsääntöisesti positiivisia. Johtamiskulttuurin muutos on kokonaisprosessi joka vaatii asenne muutoksen johtamisen kulttuurissa yksittäisten Lean-työkalujen käytön sijaan. Pysyviä muutoksen merkkejä Lean-filosofian juurtumisesta oli havaittavissa mm. työntekijöiden toiminnassa ja johtajiston puhe- tassassa. | A 8/9 |
| Leikkaustoiminnan laadullinen tarkastelu läpi vuosikymmenten – Onko vielä jotakin, jota voisi parantaa? Huovinen, Elsi. 2015. Kehittämistutkimus. Suomi. | Potilaan virtauttamisen kehitystoimien kehityksen selvittäminen, kehitysprojektien jalkauttamisen tarkastelu ja leikkaustoiminnan aineiston vertailu kolmen sairaalan välillä. Kehittämisyötyöjen tarpeellisuuden puolesta puhuminen, virtaustehok- | Kehittämisyötyöjen tarve on terveydenhuollon toiminnan ja laadun parantamiseksi. Johtajuuden rooli korostuu, samoin Lean-ideologian hyödyllisyys. Kehittämisyötyö tulee edelleen tehdä näkyvämmäksi. Lean-muutos-agentit ovat keskeisessä roolissa henkilöstön ja johdon välillä. | D 3/7 |

| | | | |
|--|---|--|---------------------|
| | <p>kuuden kehittämissen kulmakivien selkiyttäminen.</p> <p>Kirjallisuuskatsaus, leikkaustoiminnan kehittämisen aineiston analyysi, havainnointitutkimus.</p> | | |
| <p>Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa.</p> <p>Mäkijärvi Markku 2010.</p> <p>MBA-tutkielma. Suomi.</p> | <p>Kirjallisuuskatsaus, vertailututkimus, henkilöstökysely, johdon haastattelut, e.m. aineiston analyysi.</p> <p>Lean-menetelmän soveltuvuuden tarkastelu suomalaisen julkisen terveydenhuollon kehittämiseen ja laadunhallintaan. /</p> <p>Arvioida Lean-menetelmän nykytilaa HUS:ssa. Arvioida menetelmän implementoinnin vaatimuksia ja muodostaa tiekartta Lean-toiminnalle terveydenhuollon organisaatiossa.</p> | <p>HUS:ssa toteutetuilla pilotti-hankkeilla aikaansaatiin huomattava (15-35%) tuotannonlisäys ilman merkittäviä lisäresurssointia. Säästöjä kertyi yli 2 M€.</p> <p>Lean-menetelmä soveltuu erinomaisesti prosessiluonteisen toiminnan kehitysmenetelmäksi HUS:ssa/Suomen terveydenhuollon organisaatioissa.</p> <p>Onnistumisen avaintekijöinä Lean-valmentajat, motivoituneet työntekijät ja sitoutunut johto.</p> | <p>A</p> <p>8/9</p> |
| <p>Kohti leikkaussalin</p> | <p>Kyselytutkimus leikkausosastojen</p> | <p>Leikkausyksiköiden toiminnanohjausjärjestelmät havaittiin</p> | <p>B</p> <p>8/9</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>tuloksellista toiminnanohjausta. Marjamaa Riitta 2007. Väitöskirja. Suomi.</p> | <p>(n=5) anestesia- lääkäreille ja osastonhoitajille, RFID-potilaspaikannusjärjestelmän leimausaikojen vertailututkimus, Leikkaustoiminnan limittämisen ja henkilöstömäärien tietokonesimulointi, Sali-ajan kulutusvertailututkimus-benchmarking-aineiston avulla. Tarkoituksena selvittää maan julkisten leikkausyksiköiden operatiivisen johtamisen työnjakoa, leikkaussalin prosessinohjausjärjestelmän luotettavuutta, erilaisten toimintamallien käyttöä toiminnan tehostamiseksi ja erilaisten standardileikkausten kestoajoja. Tavoitteena vastata terveyspalveluiden</p> | <p>vanhanaikaisiksi ja epätarkoituksenmukaisiksi. Potilaiden paikannukseen tarkoitettu RFID-järjestelmä soveltuu hyvin leikkaussalien toiminnanohjaukseen. Limittäisillä toimintamalleilla kyettiin tehostamaan leikkaustoimintaa. Leikkausaikojen välillä (laparoskopppinen sappileikkaus) havaittiin jopa 50% eroja eri maiden välillä. Leikkausosastojen toiminnanohjauksen työnjakoa tulee edelleen selkiyttää, toiminnan arvioinnin mittaristo yhtenäistää ja tietojärjestelmät uudistaa. Kustannustehokkaat, limittäistä toimintaa suosivat mallit tulee ottaa käyttöön leikkausosastoilla.</p> | |
|---|--|---|--|

| | | | |
|---|---|--|------------------|
| | <p>kysynnän ja tarjonnan epätasapainoon kehittämällä leikkaussalien palveluprosessien ohjaustyötä.</p> | | |
| <p>Improving efficiency in surgical services: a production planning and control approach. Peltokorpi Antti. 2010. Väitöskirja. Suomi.</p> | <p>Hypoteesien muodostaminen kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Taloudellista ja teknistä tehokkuutta mittaavan mittarin rakentaminen ja hypoteesien testaus leikkausosastojen (n=26) tiedoilla. Tarkoituksena tutkia tehokkuutta ja tuottavuutta ja niiden parantamista leikkausyksiköissä. Tavoitteena tunnistaa tuotannonohjauksen ja johtamisen menetelmiä, jotka mahdollistavat korkean tehokkuuden.</p> | <p>Tutkimustulokset korostivat henkilöstön johtajuuden merkitystä leikkausyksikön korkean tehokkuuden saavuttamisessa. Eri tyyppiset yksiköt (yliopistosairaalat/päiväkirurgiset/fokusoituneet yksiköt) hyötyivät erilaisista johtamiskäytännöistä: yhteistä oli tehokkuuden tavoittelussa strategisten päätösten vähäisempi merkitys suhteessa operatiivisiin johtamiskäytänteisiin. Henkilöstön joustavuus ja kannustinjärjestelmät olivat merkittävästi yhteydessä yksikön korkeaan tehokkuuteen.</p> | <p>A 8/9</p> |
| <p>Peri-operative process flow and analysis of factors affecting efficient delivery of surgi-</p> | <p>Kirjallisuuskatsaus, Case-tutkimus erään leikkausyksikön kuuden leikkaussalin potilas-</p> | <p>Potilasvirtaan vaikuttavia tekijöitä tunnistettiin 24 kpl. Merkittävimpien tehokkuuteen vaikuttavien tekijöiden joukossa oli aamun aloitusten hallinta.</p> | <p>B 4/7</p> |

| | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| <p>cal shedule. Jajpuria Piyush. 2015. Diplomityö, master of science. Yhdysvallat.</p> | <p>virroista. Potilasvirtausmittaus ja analysointi. Virtaustehokkuuteen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ja uusien käytänteiden mallintaminen havaintojen perusteella.</p> | | |
| <p>How operating room efficiency is understood in a surgical team: a qualitative study. Arakelian, Erebouni, Gunningberg, Lena & Larsson, Jan. Referee-artikkeli. 2010. Ruotsi.</p> | <p>Laadullinen haastattelututkimus (erään ruotsalaisen sairaalan leikkausyksikössä, n=11: 9 leikkausosaston työntekijää ja 2 esimiestä) Tarkoituksena tutkia, millaisena leikkaustiimit ymmärtävät tehokkuusajattelu-käsitteen. Tavoitteena kehittää tehokkuusajattelumallia kirurgisessa tiimityöskentelyssä.</p> | <p>Tehokkuus nähtiin mahdollistuvan hoidon laadun ylläpitämisellä ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnilla. Leikkaustiimit laitoivat potilaan saaman hyödyn toiminnan tärkeimmäksi asiaksi. Seitsemän tunnistettua ajattelumallia voitiin jaotella organisaatorisiin ja individualistisiin tapoihin hahmottaa tehokkuutta.</p> | <p>C 4/7</p> |
| <p>The promise of Lean in health care. Toussaint, John & Berry, Leonard.</p> | <p>Artikkelissa määritellään Lean-filosofian keskeiset käsitteet ja malli, joka terveydenhuollon organisaatioi-</p> | <p>Lean-menetelmän onnistumiseksi vaadittavaa roolien uudelleen määrittelyä korostettiin: johtajien tulee toimia mentoreina ja mahdollistaa työntekijöiden toteuttama kehitystyö.</p> | <p>C 5/7</p> |

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
| <p>Referee-artikkeli. 2013. Yhdysvallat.</p> | <p>den johtajien toivotaan omaksuvan Lean-filosofian käyttöönotossa.</p> | <p>Lean-ajattelu nähtiin pysyvänä asenne-muutoksena ja työntekijöitä arvostavana arvontuotto-menetelmänä</p> | |
| <p>Kirurgian leikkausosaston toiminnan arviointi. Laitila, Jussi Kehitystutkimus. 2006. Suomi.</p> | <p>Kuvaileva ja mitataava case-tutkimus. Tarkoituksena suorittaa prosessianalyysi Tampereen yliopistollisen sairaalan kirurgian leikkausosaston toiminnasta. Tavoitteena tuottaa kehitysehdotuksia kirurgia leikkausosaston toiminnalle.</p> | <p>Kehitysehdotuksista keskeisimmät liittyivät johtamisen, toimintatapojen ja henkilöstöressurssien käyttöön. Tuotannonohjausmallin ja leikkaus- ja anestesiaprosessin vastuumallin käyttöönotto ja toiminnan mittaaminen olivat johtamisen kehittämisen keinot. Henkilöstöressurssien osalta kehitysehdotukset liittyivät palkkajärjestelmään ja työaikoihin.</p> | <p>D 5/7</p> |
| <p>Käypä Prosessi – mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. Torkki, Paulus. Väitöskirja. 2012. Suomi.</p> | <p>Kirjallisuuskatsaus, case-tutkimus (kahden erilaisen toimenpiteen potilasryhmät). Tarkoituksena kirurgisten yksiköiden tuottavuuteen vaikuttavien tekijöiden vertailu ja tarkastelu. Tavoitteena tunnistaa tuottavuuden kannalta hyvät käytännöt ja laatia käypä prosessi-</p> | <p>Tuottavuuden erot korreloivat suppean erikoisalan volyyymiin. Sairaaloiden kirurgisen toiminnan koko ei ollut merkittävä tekijä tuottavuudessa pärjäämiselle. Tuottavuuserot selittyivät erilaisilla toimintamalleilla: merkitystä on etenkin vuodeosastotoiminnalla ja hoitajaksojen pituudella. Käypä prosessi-suosituksia implementoineet yksiköt pystyivät parantamaan prosessien laatua ja tuottavuutta. Tuottavimmat yksiköt käyttivät</p> | <p>A 8/9</p> |

| | | | |
|--|---------------------|--|--|
| | suosituksia. | vähemmän resursseja suhteessa väestöön. | |
|--|---------------------|--|--|

Liite 3. Tiedote- ja suostumuskaavake tutkimukseen osallistuville.

1(4)

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

(30.11.2015)

Tutkimus – Leikkaustoiminnan laadun kehittäminen henkilöstönäkökulmaa hyödyntäen

Pyydän kohteliaimmin Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan PSHP:n Silmäkeskuksen leikkaustoimintaa.

Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta tämän tiedotteen loppuosassa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella Tampereen yliopistollisen sairaalan Silmäkeskuksen leikkaustoimintaa tutkimukseen valittujen tilastojen valossa. Lisäksi on tarkoitus kerätä hoitohenkilökuntaa haastatelmalla kehittämissuhteita.

Tavoitteena on tunnistaa toimimattomia käytänteitä silmäleikkausosaston potilashoitotyössä. Tavoitteena on myös tuottaa parannusehdotuksia liittyen silmäleikkauspotilaiden hoitotyöhön. Tutkimus tähtää soveltuvimpien toimintamallien luomiseen ja silmäleikkauspotilaiden hoitotyön laadun kehittämiseen.

Tampereen yliopistollisen sairaalan opetusylihoitaja Susanna Teuvo ja Silmäkeskuksen palvelupäällikkö Sirpa Miettunen ovat arvioineet tutkimussuunnitelman ja antaneet siitä puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen kulku

Tutkimus toteutetaan kahdessa osassa. Tutkija kerää tietoa silmäleikkauksiin liittyvistä tilastoista (Opera, Intensium) analysoimalla niitä tilasto-ohjelman avulla. Samoin tutkija kerää tietoa silmäleikkaus- ja vuodeosaston hoitohenkilökunnalta heille suunnattavan teemahaastattelun kautta.

Silmäleikkaus- ja vuodeosaston hoitohenkilökunnalle suunnattu kysely toteutetaan sähköpostin välityksellä essee-muotoisena teemahaastatteluna. Essee-muotoinen teemahaastattelu on tiedonkeruumuoto, jossa haastateltaville henkilöille annetaan ”vapaat kädet” kirjoittaa aiheeksi annetuista teemoista.

Tutkija ohjeistaa erillisellä ohjeella haastattelun toteutuksen. Tutkija varaa oikeuden tarvittaessa täydentää aineistoa esittämällä lisäkysymyksiä teema-haastatteluun osallistuneille.

jatkuu

2(4)

Haastattelu toteutetaan maaliskuis - huhtikuun 2016 aikana. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt voivat käyttää vastaamiseen (teemahaastattelu) työaikaansa, edellyttäen ettei se häiritse potilashoitotyötä tai muuta potilaiden hoitoon välillisesti liittyvää työtä, kuten vastuualueista huolehtimista. Työnantajalla on oikeus muuttaa tätä sääntöä, mikäli se katsoo tämän tarpeelliseksi. Huomioitavaa on, että tutkimukseen osallistuvien täytyy mahdollisesti käyttää omaa vapaa-aikaansa aineiston kirjoittamiseen.

Kerätyn aineiston pohjalta luodaan synteesi, jonka tuloksena on uusi toimintamalli vastaamaan Silmäkeskuksen leikkaushoitotyön kehittämisen haasteisiin.

Tutkimuksen on määrä valmistua lokakuussa 2016.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole Teille välitöntä hyötyä, mutta työllä pyritään kehittämään leikkaustoiminnan työskentelytapoja Silmäkeskuksessa. Tutkimuksesta nousevien kehittämissuositusten on ensisijaisesti tarkoitus kehittää hoitotyön laatua. Tutkimustuloksista hyötyvät myös Silmäkeskuksen leikkaus- ja vuodeosastolla työskentelevät henkilöt työtapojen tai työskentelykulttuurin uudistumisen myötä.

Tutkimuksen tekijällä ei ole tiedossaan tutkimukseen osallistumisesta aiheutuvia haittoja.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkimushenkilöille annetaan tunnusnumero ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Tulokset analysoidaan ryhmätasolla koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttää tutkija, eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille.

Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustiedostoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyjä näytteitä säilytetään (10 vuotta) tutkijan hallussa niin, ettei niiden väärinkäyttö ole mahdollista.

Tutkimuksen rahoittaa tutkija. Työnantaja on antanut suostumuksensa tutkimukseen osallistuvien työntekijöiden käyttää työaikaansa aineiston kirjoittamiseen (teemahaastattelu).

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla asemaanne.

jatkuu

3(4)

Voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisenne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu Teille mitään haittaa. Voitte myös peruuttaa tämän suostumuksen, jolloin teistä kerättyjä tietoja ei käytetä enää tutkimustarkoituksessa. Tutkimustietokantaan tallennettuja tietoja ei voida poistaa tutkimuksesta vetäytymisen jälkeen, jos tiedot on jo ehditty analysoida.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Kerättyjä haastatteluita tullaan käyttämään vain Anu Äijälän tutkimustyössä (YAMK, sosiaali- ja terveysalan johtaminen). Tutkimuksen tuloksista tiedotetaan työn valmistuttua erillisessä, tutkimukseen osallistuneille ja muille asianomaisille järjestettävässä tilaisuudessa Silmäkeskuksessa sekä tutkimustyön esitysseminaarissa Tampereen ammattikorkeakoulussa.

Ylöjärvellä 4.10.2015

Anu Äijälä

Lisätiedot

Pyydän kohteliaimmin Teitä esittämään kysymykset tutkimuksesta suoraan tutkijalle:

Anu Äijälä, sairaanhoitaja AMK

PSHP Silmäkeskus
anu.aijala@pshp.fi
anu.aijala@health.tamk.fi
puhelin 0XX XXX XXXX

jatkuu

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Allekirjoittamalla oheisen suostumuskaavakkeen ilmoitatte osallistumisestanne tutkimukseen ja siten annatte suostumuksenne käyttää tuotettua materiaalia tässä tutkimuksessa. Täyttäkää ja irrottakaa alla oleva ilmoitusosa ja palauttakaa se LE9:n heräämössä sijaitsevaan palautuskuoreen. Lisätietoja palautusohjeista saatte tarvittaessa aoh Sonja Hietarantalalta.

HUOM! Ilmoittautumisaika tutkimukseen osallistumisesta päättyy 8.4.2016.

Osallistun edellä esiteltyyn tutkimukseen vastaamalla teema-haastatteluun erillisen ohjeen mukaisesti. Vastausaika sähköisesti toteutettavaan teema-haastatteluun on 23.3.2016 – 18.4.2016.

Ohjeet vastaamiseen lähetetään työsähköpostiini tämän suostumuskaavakkeen saatuttua tutkijalle.

Päivämäärä: ____ . ____ . 2016

Työsähköpostiosoite: _____@pshp.fi

Allekirjoitus: _____

Nimen selvennys: _____

Tämä on Tays Silmäkeskuksen leikkaus- ja vuodeosaston hoitohenkilökunnan teemahaastattelulomake. Lomake liittyy Anu Äijälän YAMK tutkimustyöhön. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää leikkaustoimintaa ja parantaa potilaiden hoitotyön laatua Silmäkeskuksessa keräämällä kehittämisideoita hoitohenkilökunnalta.

VASTAUSOHJEET:

Voit käyttää apuna alla annettuja teemahaastatteluotsikkoja ja kirjoittaa niiden alle rajoittamattoman pituisen tekstin. Kaikkien otsikkojen alle ei ole pakollista vastata.

Halutessasi voit myös liittää erillisenä word-tiedostona kirjoittamasi tekstin lomakkeessa olevan ”Vapaa kenttä” -osion alle sisällön aiheesta riippumatta.

Vastattuasi TALLENNA NIMELLÄ tämä tiedosto (oletusnimenä on teema-haastattelu, nimen voi myös muuttaa) ja liitä se sähköpostiviestin liitetiedostoksi. Otsikoi viesti ”tutkimus” -nimiseksi.

LÄHETÄ sähköpostiviesti liitteineen osoitteeseen: anu.ajjala@saunalahti.fi Lisäohjeita vastaamiseen voi tiedustella tutkijalta samasta sähköpostiosoitteesta.

Lämmin kiitos tutkimukseen osallistumisestasi!

Kuvaile, miten kehittäisit Tays Silmäkeskuksen leikkausosasto LE9:n leikkaustoimintaa ja siihen liittyvää LEIKO-toimintaa. Pyri ensin lyhyesti kuvaamaan nykytilanne ja kirjoita sitten kehittämis ehdotuksesi. Voit kirjoittaa seuraavista aiheista:

1. Potilaan vastaanotto- ja kotiutustilanteet

Aloita kirjoittaminen tästä!

2. Potilaan leikkaussalissa tapahtuva hoito ja siihen liittyvä toiminta

Aloita kirjoittaminen tästä!

HUOM! Teemat jatkuvat seuraavalla sivulla.

jatkuu

2(2)

3. Potilaan induktio- ja heräämövaiheen hoito ja siihen liittyvä toiminta

Aloita kirjoittaminen tästä!

4. Vapaa kenttä. Tähän voit kirjoittaa sellaisia kehittämissuhteita, jotka eivät mielestäsi sovi suoraan edellä esitettyjen otsikoiden alle tai liittyvät välilliseen potilashoitotyöhön tai muutoin toimenkuvaasi (esimerkkeinä vastuuhoidajan työtehtävät, perehdytys, työaika, viestintä, jne).

Aloita kirjoittaminen tästä!