

Kati Hämäläinen

Sairaanhoitajan rooli uudistuvassa tehohoidon ja tehovalvontahoidon toimintaympäristössä

Vuorovastaavan sairaanhoitajan toimintamallin kehittäminen

Opinnäytetyö

Kevät 2017

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK

Tekijä: Kati Hämäläinen

Työn nimi: Sairaanhoidajan rooli uudistuvassa tehohoidon ja tehovalvontahoidon toimintaympäristössä: Vuorovastaavan sairaanhoidajan toimintamallin kehittäminen

Ohjaaja: Eija Kyrönlahti, yliopettaja

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 79

Liitteiden lukumäärä: 5

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on suurten muutosten keskellä. Julkisen sektorin organisaatioissa on paineita toimintojen tehostamiseen ja laadun parantamiseen. Toimintojen yhdistämisillä pyritään kustannussäästöihin ja asiantuntijaosaamisen lisäämiseen. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kaikkien erikoisalojen tehohoidon ja tehovalvontahoidon sekä sydäntutkimuksen toiminnat yhdistetään samaan yksikköön keväällä 2018. Tavoitellulla synergiaedulla on mahdollista tarjota potilaille korkeatasoista ja tasalaatuista hoitoa kustannustehokkaimmalla tavalla.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena kehittämistyönä, jossa oli tutkimuksellisen kehittämistoiminnan piirteitä. Tarkoituksena oli tuottaa tutkimuksellista tietoa sairaanhoidajan roolista toimintayksiköiden yhdistymisen ja erilaisten toimintakäytäntöjen uudistumisen aiheuttamassa muutoksessa. Tavoitteena oli saadun tiedon avulla mallintaa uudistuvaa toimintaympäristöä varten vuorovastaavan sairaanhoidajan toimintamalli. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla fokusryhmissä tulevassa toimintayksikössä työskenteleviä sairaanhoitajia (n=11). Tutkimusaineistona käytettiin lisäksi EVICURES -hankkeen yhteistoiminnallisissa workshoppeissa tuotettuja miellekarttoja (n=15). Tutkimusaineistot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulokset osoittivat, että sairaanhoidajan rooliin nykyisissä työyksiköissä sisältyi organisaation kaikille sairaanhoitajille yhteisiä sekä työyksikkökohtaisia työtehtäviä. Sairaanhoitajat kokivat osan nykyisistä toimintakäytännöistä hyviksi ja hyödyllisiksi, osan vaativan kehittämistä. Hyviksi ja hyödyllisiksi koettiin muun muassa tiimityö, työkierto ja omahoitajamalli. Kehittämistä vaativat esimerkiksi hoitotyön yhteinen kirjaaminen ja henkilökuntaresurssit. Sairaanhoitajan työ uudessa toimintaympäristössä näyttäytyi moniosaamista vaativana. Vuorovastaava sairaanhoitaja nähtiin tärkeänä voimavarana hoitotyön kokonaisuuden hallinnassa suuressa toimintayksikössä. Uudessa tehohoidon, tehovalvontahoidon ja sydäntutkimuksen toimintaympäristössä työskentelyä varten mallinnettiin vuorovastaavan sairaanhoidajan alustava toimintamalli.

Avainsanat: sairaanhoidajan rooli, tehohoito, tehovalvontahoito, organisaatiomuutos, vuorovastaava sairaanhoitaja

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Master's Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

Author: Kati Hämäläinen

Title of thesis: The Registered Nurse's Role in the Reformation of the Operational Environment in Intensive and Intermediate Care - The Development of the Operational Model for the Shift Responsible Nurse

Supervisor: Eija Kyrönlähti, Principal lecturer

Year: 2017

Number of pages: 79

Number of appendices: 5

In Finnish health and social care there is pressure for organizations in the public sector to enhance their operations and improve quality. Cost-savings and increased professional expertise are required for unification of operations. In the Hospital District of South Ostrobothnia, all operations of intensive and intermediate care as well as cardiological investigation will be united to same unit in spring 2018. With the help of synergy benefits brought about by this unification, the patients can get high quality and homogenous care in the most cost-effective way.

This thesis was carried out as qualitative development work, which included features of research-based development effort. The purpose was to provide research information on registered nurses' (RN) role in the change of operational units and different kinds of operational practices reforms. The thesis's aim was to model the operational model for the shift responsible nurse's work in the new unit. The research material was gathered by interviewing focus groups which consisted of RNs who are going to work in the new unit (n=11). The research material included additional mind maps (n=15) that were made in EVICURES project's co-operative workshops. The entire research material was analyzed using inductive content analysis.

The results pointed out that the role of RNs in present operational units included work assignments that are common to all RNs in the organization, and common to all RNs in single working units. RNs experienced some of the present operational models as good and beneficial, such as teamwork, work circulation and primary nursing. However, development is needed for example regarding thorough record keeping of nursing and staff resources. RNs' work in the new operational environment seemed to require wide knowledge. The nurse in charge of work shifts was considered as an important resource for managing the entirety of care in a large unit. The preliminary operational model for working in the new intensive care, intermediate care and cardiological investigation unit was outlined in this thesis.

Keywords: registered nurse's role, intensive care, intermediate care, organizational change, work shift responsible nurse

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuvio- ja taulukkoluetelo.....	6
Käytetyt termit ja lyhenteet	7
1 JOHDANTO.....	8
2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON MUUTOS.....	10
2.1 Muutosprosesseja kuvaavia malleja.....	12
2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu-uudistus.....	13
2.3 Organisaatiomuutos EPSHP:ssä	15
2.3.1 Tehohoito, tehovalvontahoito ja sydäntutkimus	17
2.3.2 Organisaatiomuutokseen valmistautuminen	18
3 MUUTOKSIA SAIRAANHOITAJAN TYÖSSÄ	23
3.1 Sairaanhoidajien työnkuvien uudistaminen	27
3.2 Vuorovastaavan sairaanhoitajan työ	28
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET ..	34
5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	35
5.1 Kehittämistyön aiheen valinta.....	35
5.2 Tutkimusmenetelmät ja -aineistot.....	35
5.2.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta.....	36
5.2.2 Sairaanhoidajien fokusryhmähaastattelut	38
5.2.3 EVICURES -hankkeen workshoppeissa tuotetut miellekartat	41
5.3 Tutkimusaineiston analyysi	43
6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	46
6.1 Fokusryhmähaastatteluihin osallistuneiden sairaanhoidajien taustatietoja	46
6.2 Sairaanhoidajien rooli nykyisissä työyksiköissä	47
6.3 Toimintakäytännöt nykyisissä työyksiköissä.....	48
6.3.1 Hyvät ja hyödylliset toimintakäytännöt nykyisissä työyksiköissä	49
6.3.2 Kehittämistä vaativat toimintakäytännöt nykyisissä työyksiköissä...51	
6.4 Sairaanhoidajan rooli tulevassa työyksikössä	53

6.5 Vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli tulevassa työyksikössä	54
6.5.1 Vuorovastaavalle sairaanhoitajalle kuuluvia työtehtäviä	56
6.5.2 Vuorovastaavan sairaanhoitajan roolin vaatimuksia	58
6.5.3 Vuorovastaavan sairaanhoitajan alustava toimintamalli.....	59
6.6 Sairaanhoitajien kokemuksia ja ajatuksia organisaatiomuutoksesta	60
7 POHDINTA.....	63
7.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelua.....	63
7.2 Kehittämistyön luotettavuus	66
7.3 Kehittämistyön eettisyys.....	68
7.4 Kehittämistyön prosessi ja jatkotutkimusaiheet	69
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	72
LÄHTEET.....	74
LIITTEET	79

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Organisaatiomuutokseen valmistautuminen EPSHP:ssä.....	19
Kuvio 2. EVICURES -hankkeen road map -malli (Nykänen ym. 2016).	20
Kuvio 3. EPSHP:n tehostetun hoidon toimintayksikössä laaditut sairaanhoitajan osaamistasot.....	26
Kuvio 4. Sairaanhoitajan osaamisen kehittyminen AURA -ammattiuramallia mukaillen (Ylikukkonen ym. 2016, 57–58).	31
Kuvio 5. Sairaanhoitajan osaaminen ja työura AURA -mallin mukaisesti HUS:n neurokirurgian klinikan tehovalvontaosastolla (Ylikukkonen ym. 2016, 60).	32
Kuvio 6. HUS:n neurokirurgian klinikan tehovalvontaosaston vuorovastaavan tehtävät (Ylikukkonen 20.11.2015).....	33
Kuvio 7. Esimerkki EVICURES -hankkeen workshopeissa tuotetuista miellekartoista	43
Kuvio 8. Induktiivisen sisällönanalyysin eteneminen Tuomi & Sarajärveä (2011, 109) mukaillen.....	44
Kuvio 9. Sairaanhoitajien (sh) rooli nykyisissä työyksiköissä pää-, ylä- ja alaluokat.	47
Kuvio 10. Sairaanhoitajien toimintakäytännöt nykyisissä työyksiköissä	49
Kuvio 11. Sairaanhoitajan rooli tulevassa työyksikössä	53
Kuvio 12. Vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli teholla ja tehovalvonnassa pää- ja yläluokat.....	55
Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisestä ja pelkistetyistä ilmauksesta sekä alaluokasta.....	45
Taulukko 2. Esimerkki ala-, ylä-, pää- ja yhdistävästä luokasta	45

Käytetyt termit ja lyhenteet

APN	laajavastuinen hoitotyö (engl. <i>advanced practice nursing</i>)
AURA -malli	ammattiuramalli sairaanhoitajan työssä kehittymiselle
A12V	vatsatautien osasto A12:n valvonta
CCU	sydänvalvontayksikkö (engl. <i>cardiac care unit</i>)
EPSHP	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HYKS	Helsingin yliopistollinen keskussairaala
NCS	sairaanhoitajan kompetenssimittari (engl. <i>nurse competence scale</i>)
SOTE	sosiaali- ja terveysala
sh	sairaanhoitaja
ss	sairaansija
SYDY	sydäntutkimusyksikkö
Tehostettu hoito	EPSHP:n tehostetun hoidon toimintayksikkö eli tehostetun valvonnan osasto ja neuroteho

1 JOHDANTO

Suomalainen sosiaali- ja terveysala (sote) on suurten muutosten kohteena. Hallintoon ja toimintatapoihin kohdistuva sote- ja aluehallintouudistus koskettaa satojen tuhansien ihmisten työtä ja jokaisen kansalaisen palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus, ohjaus ja verotus muuttuvat ja tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja muiden alueellisten tehtävien siirtyminen itsehallintoalueille 1.1.2019. Suomen sairaalaverkko ja yhteispäivystyspalvelut uudistuvat ja vaativin erikoisalapäivystys keskitetään kahteentoista sairaalaan, joista viisi on yliopistollista ja seitsemän keskussairaala. Uudistuksella pyritään palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen, osaamisen turvaamiseen, asiakas- ja potilasturvallisuuteen, kustannustehokkuuteen sekä turvaamaan pääsy kiireelliseen hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (EPSHP) Seinäjoen keskussairaala on jatkossa yksi kahdestatoista vaativan erikoisalapäivystyksen tuottavasta sairaalasta.

Uudistuva sosiaali- ja terveysala tarvitsee uudenlaista osaamista ja sen kehittämisessä, tutkimisessa ja käytäntöön viemisessä ovat laaja-alaista hoitotyötä tekevät sairaanhoitajat avainasemassa. EPSHP:n strategiassa vuosille 2013–2020 potilaille luvataan tarjota laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa ihmisarvoa kunnioittaen, vastuullisesti ja potilasturvallisuusmyönteisesti vaikuttaviksi tunnistettuja hoitomenetelmiä ja -käytäntöjä toteuttaen. Tähän tarvitaan osaava ja hyvinvoiva henkilöstö sekä toimivat ja yhtenäiset hoito-, kuntoutus- ja palveluketjut. Niiden avulla potilasta voidaan hoitaa oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja oikeilla resursseilla ajankäytössä toimintaympäristössä asianmukaisine tiloineen ja laitteineen. (EPSHP, strategia 2013–2020, [viitattu 29.1.2017].)

Julkisen sektorin organisaatioissa on paineita toimintojen tehostamiseen ja laadun parantamiseen ja erilaisilla yhdistämisillä pyritään kustannussäästöihin ja asiantuntijaosaamisen lisäämiseen (Turpeinen 2011). Tehohoidon ja tehovalvontahoidon tarpeen on ennustettu lisääntyvän 20–25 % seuraavien vuosikymmenten aikana väestön ikääntymisen ja lääketieteellisen hoidon kehittymisen seurauksena (Reinikainen 2012, 18). EPSHP:ssä tulevaisuuden haasteisiin valmistaudutaan yhdistämällä keskussairaalan kaikkien lääketieteen erikoisalojen tehohoidon ja

tehovalvontahoidon sekä sydäntutkimuksen toiminnot samaan yksikköön. Toimintojen yhdistämisellä saavutettavan synergiaedun avulla on mahdollista tarjota potilaille korkeatasoista ja tasalaatua hoitoa kustannustehokkaimmalla tavalla. Synergialla tarkoitetaan tietoisesti tapahtuvaa keskinäisten vaikutusten yhdistämistä, jolla tavoitellaan kaikkien toimijoiden ja osapuolten hyötymistä (Lehtipuu & Monni 2007, 122). Toiminta uudessa yksikössä alkaa kesään 2018 mennessä.

Erikoissairaanhoidon yksiköiden yhdistyminen on vaativa muutosprosessi. Toimintatapojen erilaisuus ja mahdollinen henkilökunnan muutosvastarinta tuovat yhdistymiselle omat haasteensa (Turpeinen 2011, 10). Turvallinen, korkealaatuinen ja sujuva potilashoito edellyttää henkilökunnalta yhteisiä toimintamalleja ja käytäntöjä sekä selkeitä hoitoprosesseja. Lisähaasteen toiminnalle tuovat myös uudet, näyttöön perustuvaan suunnitteluun pohjautuvat yhden hengen potilashuoneet, jotka ovat Suomessa ensimmäiset laatuun tehohoidon ja tehovalvontahoidon toimintaympäristössä.

Toteutin tämän opinnäytetyön kehittämistyönä, jossa on piirteitä tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta. Kehittämistyössäni selvitin EPSHP:n tulevassa tehohoidon, tehovalvontahoidon ja sydäntutkimuksen yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien nykyisiä ja tulevia rooleja toimintaympäristön ja -mallien muutoksessa. Lisäksi mallinsin uudessa toimintaympäristössä työskentelyä varten vuorovastaavan sairaanhoitajan alustavan toimintamallin. Se sisältää vuorovastaavalle kuuluvat työtehtävät, roolin vaatimukset sekä työskentelyn apuvälineet.

2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON MUUTOS

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on kohdannut 2000-luvulla suuria muutoksia. Kansalaisten terveystarpeet sekä niihin kohdistuvat odotukset ja tieto ovat lisääntyneet sekä tieto- ja viestintätekniikat ovat kehittyneet. Tästä syystä palvelurakenteet ja organisaatiot ovat joutuneet uudistamaan toimintaprosessejaan. (Vuorinen 2008, 15.) Yhteiskuntamme suuntaa tietoyhteiskunnasta kohti bio- ja fuusioyhteiskuntaa ja organisaatiot työyhteisöineen muuttuvat jatkuvasti (Juuti & Virtanen 2009, 12–13).

Muutoksista suurin on vuoden 2019 alussa toteutuva sosiaali- ja terveystalouden uudistus, jonka myötä vastuu palveluiden järjestämisestä siirtyy maakunnille. Noin 200 000 asukkaan Etelä-Pohjanmaan maakuntaan syntyvään organisaatioon siirtyvät sosiaali- ja terveystalouden lisäksi muun muassa elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus, työ- ja elinkeinotoimisto sekä pelastuslaitos. Organisaatiossa tulee työskentelemään noin 10 000 sosiaali- ja terveystalouden ammattilaista. (Etelä-Pohjanmaan SOTE, [viitattu 23.2.2017].)

Ponteva (2010, 9–11) kuvaa muutoksen alkavan usein toimintaan liittyvistä tarpeista. Muutos on jatkuvaa ja luonteva osa organisaation arkea, jos siihen suhtaudutaan avoimesti ja myönteisesti. Uusiin tavoitteisiin ja toimintatapoihin mukautuminen vaatii onnistuakseen aikaa ja etenkin johdon sitoutumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen tapahtuu tavallisesti kehittämisen ja innovaatioiden avulla, joiden tarkoituksena voi olla esimerkiksi sisäisen tai ulkoisen toimintakyvyn vahvistaminen tai konkreettisten käytännön ongelmien ratkaiseminen. Nykypäivänä kehittäminen nähdään valitettavan usein säästötoimenpiteiden etsimisenä, vaikka se on tietoisista pyrkimystä tehdä asioita aiempaa paremmin. (Stenvall & Virtanen 2012, 75, 77.)

Tulevaisuudessa haasteita sosiaali- ja terveystaloudelle luovat erityisesti henkilöstön saatavuus ja ikääntyminen. 1980- ja 1990 -luvulla syntyneiden ikäluokkien mieltymykset, arvot ja ominaisuudet ovat melko erilaisia verrattuna nykypäivänä eläkkeelle jääviin ikäluokkiin. 1990 -luvulla syntynyt ns. y-sukupolvi on varustettu hyvällä itsetunnolla ja tottunut tiedonhakuun sekä sen soveltamiseen. He haluavat usein työltään välitöntä haastetta, ovat lojaaleja ammattitaidolleen ja saattavat

vaihtaa työpaikkojaan nopeasti. Sosiaali- ja terveydenhuolto joutuu kilpailemaan muiden alojen kanssa työntekijöistä, jolloin tärkeiksi kilpailueduiksi muodostuvat esimerkiksi imago työnantajana, palkkaus ja hyvät työyhteisöt. (Stenvall & Virtanen 2012, 27–28.)

Julkiselta terveydenhuollolta vaaditaan samanaikaisesti nopeutta ja kustannustehokkuutta sekä hoidon laadukkuutta. Aiempaan kehittämistoimintaan linkitetyt terveydenhuollon kehittämissyritykset voivat parhaimmillaan johtaa suuriin edistysaskeliin ja organisaation oppimiseen. Terveydenhuollon organisaatioille muutostilanteessa hankaluutta voivat aiheuttaa hierarkkisten rajojen rikkominen, erillisten tahojen osallistuminen muutosten suunnitteluun ja analyysiin sekä hyödyllisten tulosten levittäminen. Muutosten aikaansaaminen systeemitasolla vaatii johdon tukea ja yhteisten välineiden kehittämistä. Prosessien kehittäminen toiminnan tasolla ja syvällisen muutoksen syntyminen edellyttävät pitkää, jopa useiden vuosien yhteisöllistä oppimisprosessia. (Kajamaa 2011, 6–7.)

Mattila (2007, 15–17) kuvailee muutokseen valmistautuvaa organisaatiota itseään korjaavaksi ja jatkuvasti muuntautuvaksi. Sitä säätelevät sanattomat sitoumukset, erityinen kulttuuri ja jäsentensä piirteet. Organisaatiomuutokset voidaan jaotella vähittäiseen muutokseen, radikaaliin muutokseen ja fuusio-fissioon. Taustamalleina vähittäin tapahtuvalla muutoksella voi olla esimerkiksi laatujohtaminen ja radikaalilla muutoksella *business process re-engineering*- ja/tai *restructuring* -mallit. Fuusio-fissiossa organisaatio itsessään lakkaa olemasta, mutta sen toiminta jatkuu osittain tai kokonaisuudessaan yhden tai useamman uuden organisaation sisällä. Toinen tapa erotella organisaatiomuutoksia on jako ajan myötä tapahtuviin pehmeisiin muutoksiin, rajuin askelin eteneviin vähittäisiin muutoksiin ja epäjatkuviin rajuihin muutoksiin, jotka hajottavat organisaation vanhassa muodossaan.

Organisaatiomuutokset voivat olla suuria tai pieniä, nopeita tai hitaita ja kohdistua rakenteisiin, sijaintiin, tuotekehittelyyn tai palvelujen uudistamiseen. Muutos voi koskea yksittäistä toimintatapaa tai kokonaista organisaatiokulttuuria. Organisaatiomuutos voi käynnistyä kahden eri tekijän näkökulmasta eli organisaation strategisen suunnan selkeydestä ja strategisesta uudistushalukkuudesta. Muutoksen toteuttaminen voi tapahtua tarkasti suunniteltuna rationaalisena prosessina, jonka kaikki vaiheet tiedetään etukäteen. Muutos voidaan toteuttaa myös sattumanvarai-

sena ja suunnittelemattomana prosessina, jolloin hyväksytään se, ettei riskejä voida tarkasti ennakoida. Muutosprosessissa on tärkeää tunnistaa siihen keskeisesti vaikuttavat tekijät, kuten aika, muutosten laaja-alaisuus ja kokonaisvaltaisuus. (Stenvall & Virtanen 2007, 18–19; Juuti & Virtanen 2009, 15–16, 25, 27–28.)

2.1 Muutosprosesseja kuvaavia malleja

Muutosprosessien kuvaamiseksi löytyy lukuisia teorioita ja malleja. Esimerkkeinä niistä Weickin CMS- (*critical sensemaking model*) eli muutoksen järkeistämismalli, Kotterin muutosprosessimalli sekä Arikosken ja Sallisen muutosaalto malli. Kehittämistyöni kohteena olevassa organisaatiomuutoksessa voi nähdä piirteitä kaikista kolmesta muutosprosessimallista, erityisesti muutosaalto mallista.

Haataja ym. (2012, 218, 227–228) tutkivat terveydenhuollon työyksiköiden muutosprosesseja lähijohtajien eli osastonhoitajien näkökulmasta CMS -mallia soveltaen. Mallissa on seitsemän vaihetta, jotka kuvaavat yksilöä organisaation muutosprosessin hahmottajana. Vaiheisiin kuuluvat oman aseman tunnistaminen organisaation toimijana, muutosprosessitapahtumien kytkeminen aiempiin kokemuksiin ja ymmärrykseen sekä järkevien tapahtumien tunnistaminen. Mallin vaiheita ovat lisäksi muutosprosessin hahmottaminen sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla, jatkuva prosessointi, vakuuttavuuden saavuttaminen sekä vihjeisiin keskittyminen. Tulosten mukaan lähijohtajat tunnistivat hyvin roolinsa ja asemansa muutosprosessissa. He kokivat erilaisia vaatimuksia johtamisosaamistaan kohtaan, kuten reflektointikykyä, laajempaa ajattelutapaa ja oppimista, taitoa lukea ympäristöään ja henkilöstön muutosdynamiikan tuntemista. Lähijohtajat tunnistivat muutosprosessissa mahdollisuuden henkilökohtaiseen uuden oppimiseen ja kehittymiseen sekä pysymiseen mukana terveydenhuollon yleisessä kehityksessä. Terveydenhuollon erityinen luonne potilaan välittömän läsnäolon, palvelujen laadukkuuden ja moniammatillisen työyhteisön kautta edellytti erityisesti vuorovaikutusta.

Kotterin muutosprosessimallin kahdeksan vaihetta pitävät sisällään erilaisia tietämisen tasoja ja tapoja, joihin liittyy muutokseen kuuluvia oppimisprosesseja. Jos jokin vaiheista ei toteudu lainkaan, muutos epäonnistuu. Mallin mukaan vaiheita ovat muutoksen kiireellisyyden ja välttämättömyyden korostaminen, ohjaustiimin

perustaminen, vision ja strategian laatiminen sekä muutosvisiosta viestiminen. Näitä seuraavat henkilöstön valtuutus toimimaan vision mukaisesti, lyhyen aikavälin onnistumisten varmistaminen, parannusten vakiinnuttaminen ja muutosten toteuttaminen sekä uusien toimintatapojen juurruttaminen. (Appelbaum ym. 2012, 765–766; Haataja ym. 2012, 218–219)

Arikosken ja Sallisen muutosaalto malli perustuu oppimiselle, joka johtaa ajattelun ja käyttäytymisen muuttumiseen. Mallin kolme perusvaihetta ovat muutosvastarinta, surutyö eli vanhasta poisoppiminen ja muutoksen toteuttaminen eli uuden oppiminen. (Haataja ym. 2012, 218–219.)

Stenvall ja Virtanen (2007, 12–16) nimeävät kolme teesiä onnistuneelle muutosprosessille. Teesit ovat muutostoiminnan perustuminen kriittiselle reflektiivisyydelle, avoimelle kommunikaatiolle ja luottamukselle sekä tiedon luomiselle. Reflektiolla tarkoitetaan muutokseen osallistuvien ymmärrystä muutoksen luonteesta, vaiheista ja kyvystä oman toimintansa kriittiseen kyseenalaistamiseen. Reflektio tähtää oppimiseen ja mahdollistaa ideoiden ja kokemusten kriittisen tarkastelun. Työhyvinvoinnin turvaaminen organisaatiomuutoksessa edellyttää avointa kommunikointia ja luottamusta. Virheiden tiedostaminen, havainnoiminen ja korjaaminen ovat työssä oppimisen lähteitä. Tieto edistää ymmärrystä siitä, miksi muutos toteutetaan. Muutosjohtaminen on vaivattomampaa, jos taustalla on luotettavaa, näyttöön perustuvaa tietoa muutostarpeista, sen toteuttamisesta ja tavoitteena olevista myönteisistä muutosvaikutuksista. Kokkisen (2012, 5) väitöstutkimuksessa selvisi, että rakennemuutoksilla oli yhteyttä sairaalatyöntekijöiden puutteelliseen työkykyyn, mikä selittyi työn kuormitustekijöiden lisääntymisellä. Suurin riski työkyvyn puutteellisuuteen oli niillä työntekijöillä, jotka eivät ymmärtäneet rakennemuutosten syytä tai kokivat omat osallistumismahdollisuutensa muutokseen vähäisiksi.

2.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu-uudistus

Sosiaali- ja terveyspalvelujen eli sote -uudistuksessa valtio ja kunnat uudistavat koko julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon. Vuoden 2019 alusta lähtien palvelujen järjestämisvastuu siirtyy 18 uudelle maakunnalle. Mittava uudistus koskee avoterveydenhuollon, sairaaloiden, suun terveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdetyön,

äitiys- ja lastenneuvoloiden, aikuissosiaalityön, lastensuojelun, vammais-, vanhus-
ten asumis-, kotihoidon, kuljetus- sekä ympäristöterveydenhuollon palveluja. (So-
siaali- ja terveysministeriö 2016.) Uudistuksella tavoitellaan ihmisten hyvinvoinnin
ja terveyden erojen kaventumista, palvelujen yhdenvertaisuuden parantumista se-
kä kustannusten hillitsemistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017). Uudistus
tulee toteuttaa, koska Suomen vaikeassa taloustilanteessa ikääntyvä väestö tar-
vitsee yhdenvertaisesti yhä yksilöllisempiä palveluja. Lisäksi sosiaali- ja tervey-
denhuollossa on tehottomia toimintatapoja. Jatkossa sosiaali- ja terveyspalvelui-
den asiakas voi valita valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tarjoajaksi
joko maakunnan yhtiön, yksityisen yrityksen tai järjestön. Asiaksmaksu pysyy
samana riippumatta palvelujen tarjoajasta. Sote -uudistuksessa panostetaan myös
lähi- ja digitaalisiin palveluihin sekä asiakkaiden oikeuteen saada käyttää omaa
äidinkieltään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016; Valtioneuvosto, hallitusohjelman
toteutus, [viitattu 4.2.2017].)

Sote -uudistuksen myötä vaativin lääketieteen erikoisalojen päivystystoiminta ja
sosiaalipäivystys tullaan keskittämään kahteentoista laajan päivystyksen sairaa-
laan eli Helsingin, Kuopion, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistollisiin sairaaloihin
sekä Joensuun, Jyväskylän, Lahden, Lappeenrannan, Porin, Seinäjoen ja Rova-
niemen keskussairaaloihin. Muissa Suomen keskussairaaloissa (Hämeenlinna,
Kajaani, Kemi, Kokkola, Kotka, Mikkeli, Savonlinna ja Vaasa) jatkuu ympärivuoro-
kautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys sisältäen
tarvittavien erikoisalojen ja sosiaalipäivystyksen sekä suun terveydenhuollon päi-
vystyksen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Vaativimman hoidon keskittämisellä tavoitellaan palvelujen yhdenvertaista saata-
vuutta, helpompaa pääsyä kiireelliseen hoitoon, riittävää osaamista, potilasturvalli-
suutta sekä kustannustehokkuutta. Jokaisessa laajan päivystyksen sairaalassa
tulee jatkossa olemaan vähintään noin kymmenen eri erikoisalan lääkäripäivystys
ja sosiaalipäivystys. Laajan päivystyksen sairaala on puolella suomalaisista alle 30
minuutin ja 80 prosentilla alle 50 minuutin matka-ajan etäisyydellä. (Sosiaali- ja
terveysministeriö 2016.) Jatkossa yliopistosairaalat vastaavat alueellisesta toimin-
nan ohjauksesta, ohjeistamisesta ja seurannasta, uusien hoitomenetelmien arvi-
oinnista sekä osaamisen varmistamisesta. (Ala-Kokko ym. 2016a, 3072–3073).

Sote -uudistus vaikuttaa merkittävästi tehohoidon ja tehovalvontahoidon järjestämiseen. Kansainväliset suositukset ja tutkimukset antavat tukea niiden alueelliselle keskittämislle ja yhdistämislle suurempiin tehohoitolääkärijohtoiisiin yksikkökonaisuuksiin. Pienissä, erillään toimivissa yksiköissä, työvoiman kohdentaminen ja osaamisen varmistaminen on haasteellista ja toiminta kallista. Potilasturvallisuutta uhkaavia riskejä kohdistuu pienissä yksiköissä esimerkiksi tehokkaamman hoidon tarpeen tunnistamiseen, hoidon aloituksen viivästymiseen ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseen hoitoyksiköiden rajapinnoilla. Suurten yksiköiden etuja ovat monialaisen 24/7 -kokemuksen ja osaamisen karttuminen, hoitoprosessien muokautuminen sekä henkilöstön, hoitolaitteiden ja -tarvikkeiden käyttö parhaalla mahdollisella tavalla. (Ala-Kokko ym. 2016a, 3072–3073.)

2.3 Organisaatiomuutos EPSHP:ssä

EPSHP on 18 eteläpohjalaisen kunnan omistama organisaatio, joka tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluja noin 200 000 asukkaalleen. Tammikuun alussa 2017 EPSHP:ssä oli yhteensä 387 sairaansijaa (ss) ja 2714 virkaa tai pysyväisluonteista tointa. (EPSHP, talousarvio 2017 ja toiminta- ja taloussuunnitelma 2018–2019, [viitattu 29.1.2017].) Kuntayhtymän organisaatorakenteeseen sisältyy seitsemän toiminta-alueita: hallintopalvelut, tukipalvelut, operatiivinen, konservatiivinen, psykiatrinen, päivystyskeskus ja sairaanhoidolliset palvelut. Toiminta-alueet jakautuvat edelleen toimintayksiköiksi ja vastuuyksiköiksi. (EPSHP, päätöksenteko, [viitattu 29.1.2017].)

Vuoden 2018 keväällä Seinäjoen keskussairaalaan valmistuu uusi yksikkö, johon keskitetään sairaalan kaikkien lääketieteen erikoisalojen tehohoidon, tehovalvontahoidon ja sydäntutkimuksen toiminnat. Yksikköön tulee kuusi tehohoidon ja 18 tehovalvontahoidon potilaspaikkaa sekä kaksi sydäntutkimuslaboratoriota, joiden yhteydessä toimii lisäksi valvontahuone kuudelle potilaalle. Tulevassa tehovalvonnassa yhdistyvät nykyisin toisistaan erillään toimivat neuroteho (4 ss), sydänvalvontayksikkö (10 ss) ja vuonna 2016 toimintansa päättänyt vatsatautien osasto A12:n valvontahuone (6 ss). Koska tehohoidon ja tehovalvontahoidon tarpeen arvioidaan tulevaisuudessa lisääntyvän (Reinikainen 2012, 18), EPSHP pyrkii hallit-

semaan tilanteen yhdistämällä em. yksiköiden toiminnot ja voimavarat. Näin saavutettavalla synergiaedulla voidaan tarjota korkeatasoista ja tasalaatuista hoitoa kustannustehokkaimmalla tavalla.

Organisaatiomuutoksessa yhdistetään toiminnot ja henkilöstö kahdesta toiminta-alueesta eli operatiivisesta (tehostettu hoito = tehostetun valvonnan osasto ja neutroteho sekä A12 valvontahuone) ja konservatiivisesta (sydänvalvontayksikkö ja sydäntutkimusyksikkö). Organisaatioiden yhdistymisissä uuden organisaatioidentiteetin löytäminen voi olla yksilölle haastavaa ja vaikeuttaa samaistumista organisaatioon. Kun työntekijällä on tarpeeksi tietoa muutokseen liittyvistä asioista, hän kokee olevansa osa organisaatiota ja samaistuminen uuteen helpottuu. Jos työntekijä tuntee prosessin edetessä työn muuttuneen hänelle vieraaksi, voi työhön kiinnittyminen olla vaikeaa ja työhön liittyvä byrokratia ja tietämättömyys voivat aiheuttaa vieraantumista. Organisaatiomuutoksen seurauksena työntekijä joutuu usein muuttamaan toimintatapojaan ja sopeutumaan uuteen kulttuuriin ja arvoihin. (Ponteva 2009, 3, 11.)

Muutostilanne vaikuttaa organisaatiossa niin johtamiseen kuin työntekoonkin. Epävarmuus voi korostaa toimintatyylien eroja yksiköiden välillä. Jos muutos vaatii organisaation jäseniltä ponnistelua ja uhrauksia, mutta tuottaa vastaavasti suuria hyötyjä, muutos saa nopeasti kannatusta kun taas hyötyyn nähden suuret menetykset saavat yleensä torjunnan. Muutosvastarinnan taustalta löytyy usein selviytymis- ja oppimisahdistus. Selviytymisahdistus johtuu siitä kun paljastuu, että vanhalla tavalla jatkaminen aiheuttaa vahinkoa ja selviytyminen edellyttää ponnisteluja. Oppimisahdistus liittyy epäilyihin uuden oppimista ja omia kykyjä kohtaan. Muutosvastarinta johtuu useimmiten johtamisen tai hallinnon epäonnistumisesta, kuten huonosta viestinnästä tai esimerkkinä toimimisen puutteesta. Myös johdon kyvyttömyys luoda muutostilanteeseen välttämättömyyden tuntu, voi olla ratkaiseva askel kohti epäonnistumista. (Mattila 2007, 18–19, 24–27.)

Yletyinen (2009, 2) selvitti teho-osaston sairaanhoitajien (n=12) kokemuksia teho- ja tehovalvontaosastojen yhdistymisestä kesälomien ajaksi resurssipuutteiden vuoksi. Myönteisenä osastojen yhdistymisessä sairaanhoitajat kokivat työkäytäntöjen yhdenmukaistamisen, yhteishengen paranemisen ja potilasturvallisuuden säilymisen. Sairaanhoitajat kritisoivat erityisesti muutosjohtamista ja tiedottamisen

puutteellisuutta. Myös työnjako ja yhdistymisen perusteet koettiin epäoikeudenmukaisina ja omat vaikutusmahdollisuudet heikkoina. Yhteistyön syntymistä hankaloittivat erilaiset hoitokulttuurit ja -käytännöt osastojen välillä, oman johdon puuttuminen työpaikalta sekä vieraat työkaverit. Sairaanhoidajien mielestä jatkossa yhdistymistä edistäviä asioita olivat oikeudenmukainen johtaminen, yhteissuunnittelu, johdon antama tuki ja läsnäolo sekä riittävä tiedottaminen. Ylemmältä hoitotyön johdolta he kaipasivat järkiperusteluja ja käytäntöjen yhtenäistämistä.

Lopullinen päätös EPSHP:n tehohoidon, tehovalvontahoidon ja sydäntutkimuksen yksiköiden yhdistämisestä syntyi vuoden 2015 aikana. Toimintojen yhdistyminen tehostetun hoidon ja vatsatautien osaston A12 valvonnan kesken varmistui jo vuoden 2014 aikana. A12 valvonnan toiminta päättyi kokonaan vuodeosaston saneerausvalmistuttua kesällä 2016. Sen jälkeen A12:n sairaanhoidajista muutama siirtyi työskentelemään tehostettuun hoitoon. Koska yhdistymispäätökset tulivat irrallisina ja eri ajankohtina, uusien tilojen ja toiminnan systemaattinen yhteissuunnittelu koko tulevan henkilökunnan kesken ei ole ollut mahdollista alusta lähtien.

2.3.1 Tehohoito, tehovalvontahoito ja sydäntutkimus

Tehohoitopotilaalla voi olla useita tilapäisiä ja vakavia peruselintoimintojen (hengitys, verenkierto, tajunta) häiriöitä tai uhka niiden kehittymisestä akuutin sairauden, vamman tai kirurgisen toimenpiteen seurauksena. Akuutista tilanteesta selviytyttyään heillä on mahdollisuus laadukkaaseen elämään. Ennen tehohoidon aloittamista tulee arvioida sillä saavutettavissa oleva hyöty potilaalle ja tehdä tarvittaessa hoidonrajauspäätös. Teho-osastolla on valmius potilaan peruselintoimintojen katkeamattomaan monitorointiin ja häiriöiden hoitamiseen. Teho-osastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan tulee koostua sairaanhoidajista ja yhtä tehohoitopotilasta kohden tulee olla yksi sairaanhoitaja. (WFCCN 2005; EfCCNa 2007, 7–8; Niemi-Murola ym. 2016; Ala-Kokko ym. 2016b, [viitattu 1.2.2017].)

Tehovalvontahoito on tehohoitoa kevyempää, mutta tarjoaa vuodeosastoa paremmat resurssit suuren riskin potilaiden voinnin seurantaan ja hoitoon. Tehovalvontayksiköt voivat toimia ns. *step down* -yksikköinä tehohoidosta siirtyville potilaille ennen vuodeosastohoitoa. Tehovalvontatasoista hoitoa annetaan esimerkiksi

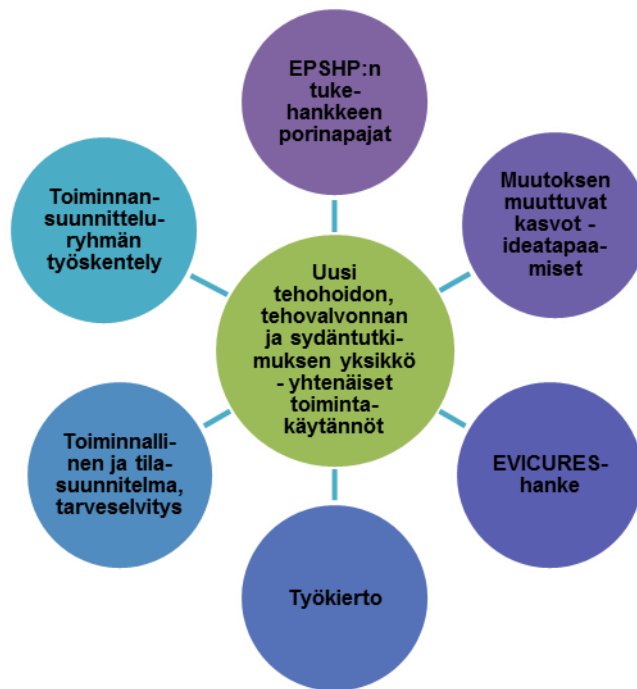
sydänvalvontayksiköissä. Arvioiden mukaan lähivuosikymmenten kuluessa sairaaloiden vuodepaikoista suuri osa tulee olemaan tehovalvontahoitopaikkoja. Tehovalvontapotilaalla on yleensä vain yhden elintoiminnon häiriö tai hän on valvontahoidossa esimerkiksi leikkaustoimenpiteen jälkeen, jolloin yhdellä sairaanhoitajalla voi olla vastuullaan 1–2,5 tehovalvontapotilasta samanaikaisesti. (WFCCN 2005; EfCCNa 2007, 4, 7–8; Ala-Kokko ym. 2016b, [viitattu 1.2.2017].)

Sydäntutkimusyksikössä tehdään erilaisia sydämeen liittyviä toimenpiteitä leikkaussaliolosuhteissa. EPSHP:n sydäntutkimusyksikössä toteutetaan muun muassa suunniteltuja ja kiireellisiä koronaariangiografioita eli sydämen sepelvaltimoiden varjoainetutkimuksia ja pallolaajennuksia sekä muita invasiivisia sydäntutkimuksia, tahdistintoimenpiteitä, paineenmittauksia ja sydänlihاسبiopsioita. (Ruohomäki ym. 2015.)

Suomen tehohoito- ja tehovalvontaosastoilla hoidetaan yhteensä noin 17 000 potilasta vuosittain. Tehohoitopotilaiden sairaalakuolleisuus on noin 18,4 %. Tehohoito on kallista, mutta kustannustehokasta hoitoa, sillä yhden laatupainotteisen elinvuoden hinta on noin 1391–2139 € kun kustannusvaikuttavuuden rajana pidetään jopa 30 000 € vuotta kohti. 24/7 -tehohoitoa annetaan kaikissa yliopistollisissa ja keskussairaaloissa, mutta palovamma- ja elinsiirtopotilaiden tehohoito on keskitetty Helsinkiin ja ylipainehappihoito Turkuun. (Niemi-Murola ym. 2016.)

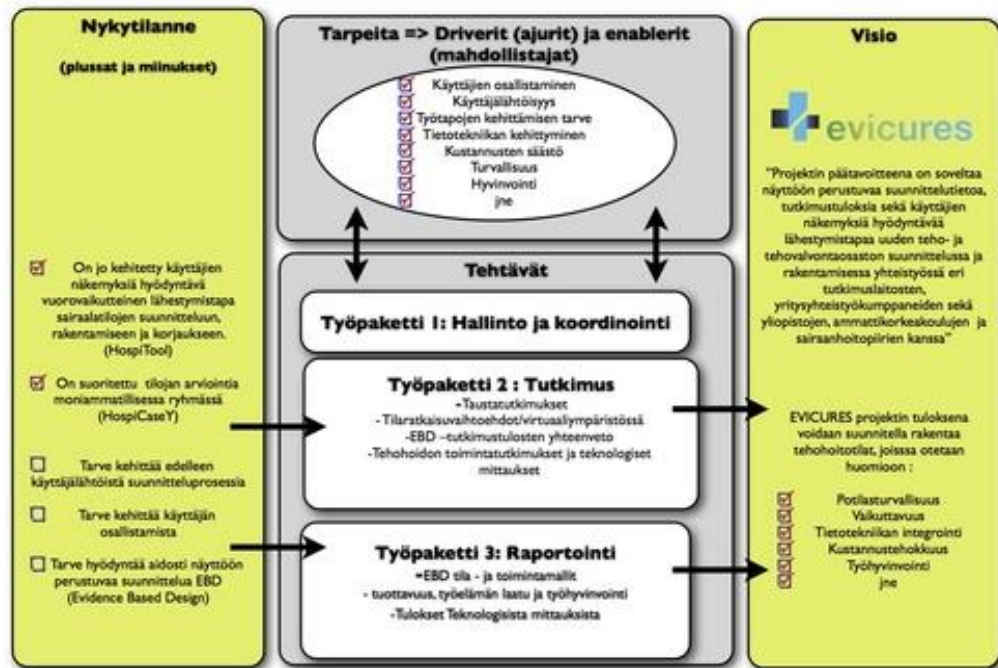
2.3.2 Organisaatiomuutokseen valmistautuminen

Valmistautuminen organisaatiomuutokseen (Kuvio 1) käynnistyi vuonna 2013 aloittamalla toiminnallisen ja tilasuunnitelman sekä tarveselvityksen laatiminen uutta teho- ja tehovalvontahoidon yksikköä varten. Koska lopulliset päätökset kaikista mukaan tulevista yksiköistä kestivät oman aikansa, saatiin suunnitelma päätökseen vasta keväällä 2015 (Ruohomäki ym. 2015).



Kuvio 1. Organisaatiomuutoksen valmistautuminen EPSHP:ssä.

Lokakuussa 2014 alkoi EVICURES -hanke käyttäjälähtöisten teho- ja tehovalvontahoitotilojen suunnittelumallin kehittämiseksi jatkuen huhtikuuhun 2016. EVICURES -hankkeen lähtökohtana oli suunnittelumallin lisäksi hyödyntää ja kehittää näyttöön perustuvaa suunnittelua (engl. *evidence-based design*). Hankkeella tavoiteltiin parempaa tehohoidon ja tehovalvontahoidon laatua ja vaikuttavuutta toimivan hoitoympäristön avulla, myönteisiä vaikutuksia tilojen käyttäjien (potilaat, asiakkaat, henkilöstö) hyvinvointiin sekä suunnittelumallin yleishyödynnettävyyttä sairaalarakentamisessa. Hanke toteutettiin road map -mallin mukaisesti (Kuvio 2).



Kuvio 2. EVICURES -hankkeen road map -malli (Nykänen ym. 2016).

EVICURES -hankkeessa toteutettiin pre-evaluaatiokyselyt sekä henkilökunnalle että potilaille ja heidän läheisilleen nykyisten toimintatilojen ympäristövaikutuksista. Hankkeessa tutkittiin myös henkilökunnan työssä viihtymistä, yksilöllistä lämpöviihtyvyyttä ja stressitasoja. Uusien toimintatilojen suunnittelu, muokkaus ja testaus toteutuivat tietokoneavusteisella yhteissuunnittelulla virtuaalisympäristössä, johon liittyi myös läsnäolokokemuksen tutkimus. Hoitohenkilökunnan workshop-työskentelyllä paneuduttiin toiminnassa tapahtuviin muutoksiin. *Sensors-as-a-service* -kyselyssä henkilökunta sai esittää ideoita erilaisten sensorien hyödyntämiseen uudessa toimintaympäristössä. Hankkeessa toteutettiin myös systemaattinen kirjallisuuskatsaus näyttöön perustuvan tehohoitoympäristön suunnittelusta potilaiden ja perheenjäsenten näkökulmasta (Nykänen ym. 2016, 10–11.)

Suunnittelumallia käytettiin EPSHP:n tehohoidon, tehovalvontahoidon ja sydäntutkimuksen yksikön tila- ja toiminnansuunnittelussa. EVICURES -hankkeen toteutukseen ehtivät mukaan tehostetun hoidon ja vatsatautien osaston A12 valvonnan henkilökunnat. Sydänvalvonta- ja sydäntutkimusyksiköiden myöhäisen mukaantulon vuoksi he eivät ehtineet osallistua kaikkiin vaiheisiin.

Yhdistyvien yksiköiden henkilökunta (hoitajat ja lääkärit) osallistui huhti- ja touku-
kuussa 2016 kolmessa ryhmässä (n. 10–20 henkilöä / ryhmä) psykologin vetämiin
Muutoksen muuttuvat kasvot -ideatapaamisiin. Niissä toteutettiin muun muassa
menneisyysloikkia ja tulevaisuuskurkistuksia, perehdyttiin muutoksen vaiheisiin ja
mietittiin keinoja työn imun vahvistamiseksi. Ylivoimaiselle ykkössijalle asioista,
jotka oli aiemmin koettu hyväksi ja jonka toivottiin säilyvän myös jatkossa, nousi
yhteisöllisyys. Henkilökunta kuvaili sitä muun muassa me-hengeksi, yhdessä te-
kemiseksi, kysymisen mahdollisuudeksi, avun saanniksi, kommunikoinniksi, tasa-
puolisuudeksi, porukkaan mukaan ottamiseksi ja hyväksi perehdytykseksi. Muita
tärkeitä esille nousseita seikkoja olivat esimerkiksi oikein mitoitettut resurssit, työ-
kierron hyödyllisyys, IT -järjestelmien hyvä käytettävyyys ja lääkäreiden yhtenäiset
toimintaohjeistukset ja roolitukset. Osa ryhmistä mietti myös miltä tulevaisuus uu-
dessa toimintayksikössä näyttää työympäristön, työskentelyn, käytäntöjen ja omi-
en tunteiden näkökulmasta. Vastausten mukaan tiedossa oli uudet, valoisat, nyky-
aikaiset ja toimivat tilat, joissa hoidon ja ympäristön taso kohtaavat. Huolta aiheut-
tivat muun muassa kävelymatkojen piteneminen, tilojen sokkeloisuus, avunsaan-
nin turvaaminen sekä epävarmuus henkilöstön riittävydestä ja uuden työn hallit-
semisesta. (Tulisalo 2016.)

EPSHP:n vuonna 2016 alkaneessa tutkimus- ja kehittämishankkeessa ”Yhteisten
toimintatapojen luominen ja hoitoprosessien kuvaaminen teho- ja tehovalvonta-
osastolla” toteutettiin yhdistyvien yksiköiden hoitohenkilökunnille ns. porinapajoja
(n. 5–10 henkilöä / ryhmä). Niissä keskityttiin muun muassa SWOT -analyysin ja
miellekarttojen laatimisen avulla työskentelyyn uudessa toimintaympäristössä ja
tutustuttiin tuleviin työkavereihin.

Sairaanhoitajien työkierto vatsatautien osasto A12 valvonnan ja tehostetun hoidon
välillä aloitettiin vuonna 2014 ja sydänvalvontayksikön kanssa vuonna 2016. Te-
hostetun hoidon sairaanhoitajien työkierto toisessa työyksikössä kestää kolme
viikkoa ja muista yksiköistä tehostettuun hoitoon tulevilla kuusi viikkoa. Työkierto
on koettu myönteiseksi oppimisen ja tuleviin työkavereihin tutustumisen keinoksi.

Tammikuussa 2017 aloitti työnsä ns. toiminnansuunnitteluryhmä, johon kuuluvat
operatiivisen ja konservatiivisen toiminta-alueiden johtajat ja ylihoitajat, yhdistyvien
yksiköiden ylilääkärit, osastonylilääkärit, osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat,

tehohoitotyön kliininen asiantuntijahoitaja sekä sairaanhoitajat hoitohenkilökunnan edustajina. Ryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa ja valmistelee mm. hallinto- ja henkilöstörakennetta sekä toimintaprosesseja.

Organisaatiomuutoksen läpikäymisessä on ollut havaittavissa Arikosken ja Sallisen muutosaltomallin mukaisia vaiheita. Muutosvastarinta, surutyö ja uuden oppiminen ovat vuorotelleet muutokseen liittyvissä keskusteluissa. Kaikkia tulevan yksikön henkilökuntaan kuuluvia yhdistää täysin uudistuva toimintaympäristö, jossa kukaan ei voi jatkaa työskentelyä vanhoilla toimintatavoilla.

3 MUUTOKSIA SAIRAANHOITAJAN TYÖSSÄ

Sairaanhoitajan työ perustuu hoitotieteeseen ja hänen asiantuntijuutensa näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Sairaanhoitajan tehtävänä on edistää ja ylläpitää terveyttä, ehkäistä ja hoitaa sairauksia sekä lievittää kärsimystä potilaslähtöisesti, terveyskeskeisesti ja kokonaisvaltaisesti yhteistyössä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Työssään sairaanhoitaja kohtaa jatkuvasti eettisiä kysymyksiä, jotka vaativat syvällistä hoitotyön osaamista ja hoitotieteellistä ajattelua. Sairaanhoitaja voi työskennellä esimerkiksi käytännön hoitotyössä, opettajana, tutkijana ja johtajana. Hänen ammatinharjoittamisoikeuttaan säätelevät Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 28.6.1994/559) ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (A 564/1994). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää sairaanhoitajalle oikeuden ammatin harjoittamiseen laillistettuna ammattihenkilönä ja ylläpitää valvontatehtävien hoitamiseksi Terhikki-rekisteriä (Sairaanhoitajaliitto, [viitattu 4.2.2017]).

Sipilä ym. (2015, 52–54) visioivat artikkelissaan sairaanhoitajan työn sisältöä vuonna 2035 sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvien muutosten johdosta. Näkökulmiksi he valitsivat asiakkaiden yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden, muuttuvan tiedon tarpeen, omahoidon tukemisen sekä lisääntyvät viestintä- ja tietoteknologiset palvelut. Tulevaisuudessa sairaanhoitaja ei toimi ainoastaan terveydenhuollossa, vaan integroituvassa toimintaympäristössä, jossa palveluja tuotetaan asiakkaan kanssa yhdessä määriteltyjen tarpeiden mukaan. Hoitomuodoista keskeisimmiksi nousevat avohoito sekä erilaiset virtuaaliset ja liikkuvat palvelut, kuten terveystietokonekioskitoiminta. Hoitajien on tunnistettava oikeaan aikaan asiakkaan senhetkinen tilanne ja vaikutettava hoidon tarpeeseen potilasturvallisuus, vastuu ja tietoturva huomioiden. Sairaanhoitajan työn ytimen muodostavat jatkossakin hoitaminen ja huolenpito.

Sairaanhoitajan kompetenssilla tarkoitetaan ammatillista pätevyyttä eli osaamista. Tehohoitotyön kompetenssi on moniulotteista ja se voidaan jakaa paitsi kliiniseen ja yleiseen professionaaliseen kompetenssiin myös tieto-, taito-, asenne-, arvo- ja kokemusperustaan. Myös sairaanhoitajan persoonan katsotaan kuuluvan tehohoitotyön kompetenssiin. Pätevä tehosairaanhoitaja hallitsee tehohoitotyön perusteet,

omaa riittävästi työkokemusta tehohoitotyöstä ja hänellä on työhön soveltuva persoona ja asenne. Persoonaan sisältyvät kehittämistyö (itsensä kehittäminen, perehdytys), yhteistyö (tiimityö, vuorovaikutus), humanisuus ja eettisyys, toimintatapa ja työmotivaatio (työhön sitoutuminen, aktiivisuus ym.). (Lakanmaa 2012, 5; Lakanmaa 2013, 135–137.)

Sairaanhoitajan ammattipätevyyden tasoa eli osaamista erilaisissa toimintaympäristöissä voidaan mitata Meretojan (2003) kehittämän NCS- eli *nurse competence scale* -mittarin avulla. NCS -mittarissa on yhteensä 73 erilaista auttamiseen, opettamiseen ja ohjaamiseen, tarkkailutehtävään, tilanteiden ja hoitotoimien hallintaan, laadunvarmistukseen ja työrooliin rakentuvaa muuttujaa. Meretojan tutkimuksen mukaan esimiehet arvioivat sairaanhoitajan pätevyyden korkeammalle kuin hoitaja itse. Pätevyysprofileissa oli eroja erilaisten toimintaympäristöjen välillä. NCS -mittarin avulla oli mahdollista erotella sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä ja urakehityksen vaihetta. Ammattipätevyyden arvioinnilla luodaan edellytyksiä osaamisen jatkuvalle kehittämiselle ja sitä kautta laadukkaalle hoidolle, taloudellisuudelle ja työhyvinvoinnille.

Pitkäsen, Niemisen ja Aallon (2014, 48) mukaan terveydenhuollon henkilöstön sitouttamisen ja potilasturvallisuuden kannalta alan vetovoimaisuuden turvaaminen on tärkeää. Organisaation vetovoimaisuudella tarkoitetaan muun muassa rekrytointikykyä, henkilöstön pysyvyyttä, potilastyytyväisyyttä, työhyvinvointia sekä toiminnan jatkuvaa kehittämistä. Eräs vetovoimaisuuden lisääjä terveydenhuollon organisaatioille on niiden kehittäminen ammatillisena toimintaympäristönä magneettisairaalamallin mukaisesti. Se on rekisteröity laatuohjelma, jolla pyritään laadukkaaseen potilashoittoon ja hoitotyön jatkuvaan kehittämiseen tutkimusnäytön pohjalta. Magneettisairaalamalli koostuu viidestä tekijästä eli muutosjohtamisesta, mahdollistavista rakenteista, esimerkillisestä professionaalista hoitotyöstä, uudesta tiedosta sekä innovaatioista ja parannuksista. Suomessa magneettisairaalamalli on alkanut vähitellen saada jalansijaa.

Pitkänen ym. (2014, 48–49) kuvaavat magneettisairaaloiden hoitotyöntekijöiden olevan koulutustasoltaan korkeammalla verrattuna muihin sairaaloihin. Koulutusta järjestetään magneettisairaaloissa sekä organisaation sisäisinä että ulkopuolisina koulutuksina aina maisteritasolle saakka. Kouluttautuminen ylläpitää ja kehittää

henkilöstön kompetenssia, tukee ammatillista kasvua ja kehitystä sekä mahdollistaa uralla etenemisen ja urasuunnittelun. Magneettisairaalamallissa monitieteellinen yhteistyö ja tiimityö korostuvat ja sairaanhoitajan ammatillinen itsenäisyys mahdollistaa asiantuntijuuden käytön hoitotyössä. Malli edellyttää osallistavaa johtamista, jolloin päätöksentekoon osallistuvat sekä hoitotyön johtajat että henkilöstö.

EPSHP:ssä laadittiin vuonna 2005 sairaanhoitajan tehtävänkuvaus, jossa määriteltiin ammattihenkilön perusosaaminen hyödyntämällä aiemmin tehtyä työn vaativuuden arviointia. Yleisen tason tehtävänkuvaukset toimivat pohjana yksikkökohtaisille tehtäväkuvauksille. Yleisellä tasolla sairaanhoitajan keskeisiin tehtäviin kuuluvat potilaan / asiakkaan hoidon koordinointi, hoitotyön organisointi ja vastuu siihen osallistuvan ryhmän johtamisesta sekä kokonaishoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi yhdessä muiden ammatti- ja sidosryhmien kanssa. Muita tehtäviä ovat potilaan / asiakkaan ja heidän omaistensa ohjaus, neuvonta ja tukeminen, itsehoitovalmiuksien tukeminen, ammatillinen vastuu ja eettinen päätöksenteko sekä oman ammattitaidon, hoitotyön ja toiminnan kehittäminen. Sairaanhoitaja osallistuu myös uuden työntekijän ja opiskelijan perehdytykseen ja opetukseen.

EPSHP:n tehostetun hoidon toimintayksikössä laadittiin sairaanhoitajien osaamistasot (1–5), jotka pohjautuivat em. tehtäväkuvaukseen, urakehitysmalliin, työn vaativuuden arviointiin ja henkilökohtaisen palkanlisän arviointikriteereihin (Kuvio 3). Osaamistasoilla kuvataan sairaanhoitajan osaamista, työn vaikutuksia ja kuorimitustekijöitä, vastuuta ja yhteistyötä. Niiden avulla sairaanhoitajan toivotaan kehittävän itseään työurallaan ja saavan työstään oikeudenmukaisen palkan. Osaamistasot tarkistetaan vuosittain ylihoitajan ja lähiesimiesten toimesta.



Kuvio 3. EPSHP:n tehostetun hoidon toimintayksikössä laaditut sairaanhoitajan osaamistasot.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) käytetään NCS -mittariin pohjautuvaa, viisiportaista ammattiuramallia (AURA), jossa sairaanhoitaja etenee perehtyvistä ja suorittavasta tasosta pätevälle työtoiminnan tasolle. HUS edellyttää työntekijöiltään pätevän tason suoriutumista ja tarjoaa täydennys- ja jatkokoulutusten avulla etenemistä taitavalle tai asiantuntijatasolle. Ammatillisen osaamisen jatkuva kehittäminen on laadukkaan potilashoidon edellytys. HUS:n neurokirurgian klinikan tehovalvonnassa laadittiin kriteerit osaamistasoille perehtyvä, suoriutuva ja pätevä. Osaamisen arviointimenetelminä käytettiin sairaanhoitajan itsearviointia sekä esimies- ja vertaisarviointia NCS -mittarilla, kehityskeskusteluja, mentorointia ja tenttejä. Kehittymistä tuetaan muun muassa strukturoidulla perehdytysohjelmalla, syventävällä perehdytyksellä, koulutuspäivillä, organisaation ulkopuolisilla koulutuksilla ja kehittämishankkeilla. (Ylikukkonen ym. 2016, 57.)

Sairaanhoitajaliitto julkaisi tammikuussa 2017 sairaanhoitajien työolobarometrin 2016 eli selvityksen sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Tutkimusaineisto koostui Sairaanhoitajaliittoon kuuluvien sairaanhoitajajäsenten (n=2714) sähköisistä vastauksista Hyvän työpaikan kriteerit -kyselyyn syksyllä 2016. Hyvän työpaikan kriteerejä olivat toimivat käytännöt, osallistava johtaminen, työn palkitsevuus, asiantuntijuuden kehittäminen, korkeatasoinen hoidon laatu sekä työn ja yksityiselämän yhteensovittaminen. Tulosten mukaan tärkeimmiksi osa-alueiksi työhyvinvoinnin kannalta osoittautuivat korkeatasoinen hoidon laatu ja toimivat käytännöt. Korkeatasoista hoidon laatua arvioitiin vastaamalla

kysymyksiin työyksiköiden laatukriteerien käytöstä, henkilöstömäärän, ammattirakenteen ja osaamisen vastaamisesta työn vaativuuteen, tutkittuun tietoon perustuvien hoitomenetelmien käytöstä, ajantasaisista hoitolaitteista ja -välineistä sekä potilasturvallisuuden huomioimisesta hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa. Toimivia käytäntöjä arvioitiin pohtimalla työyhteisön toimintatapoja eli ovatko työn tavoitteet, perustehtävä ja työprosessit yhteisesti määriteltyjä. Lisäksi arvioitiin työyhteisön osaamistarpeiden huomiointia rekrytoinnissa, opiskelijaohjauksen käytäntöjä, työhyvinvointia tukevan toiminnan suunnitelmallisuutta sekä työyksikössä annettavaa ja saatavaa palautetta. Eniten tyytymättömyyttä sairaanhoitajissa aiheutti palkkauksen oikeudenmukaisuus suhteessa työn vaativuuteen. Työyksiköittäin tarkasteltuna työhönsä tyytyväisimpiä olivat teho-, valvonta- ja tarkkailuosastoilla työskentelevät sairaanhoitajat ja tyytymättömiä päivystyksessä työskentelevät. (Sairaanhoitajaliitto 30.1.2017.)

Vuonna 2012 Valvira myönsi Suomessa ensimmäiset lääkkeenmääräämisluvut rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneille sairaanhoitajille. Tällä muutoksella on voitu uudistaa terveys- ja hyvinvointiasemien sekä virka-ajan ulkopuolisen perusterveydenhuollon päivystysten toimintaa kustannustehokkaasti. (Sairaanhoitajaliitto, [viitattu 4.2.2017]).

3.1 Sairaanhoitajien työnkuvien uudistaminen

Suomen Sairaanhoitajaliiton hallitus asetti vuonna 2013 asiantuntijatyöryhmän määrittelemään ns. laajavastuisen hoitotyön (APN, *advanced practice nursing*) käsitettä ja APN -sairaanhoitajien työtä Suomessa. Työryhmän tehtävänä oli myös laatia visioita ja suosituksia APN -tehtävänkuvista, koulutuksesta ja ammattipätevyysvaatimuksista (Liite 1). Sairaanhoitajien uusien työnkuvien suositusten mukaan sairaanhoitajien asiantuntijanimikkeet on yhdenmukaistettava, työnkuvat määriteltävä ja lainsäädännön muutostarpeet selvitettävä. Koulutuksen kehittämisen tulee perustua asiantuntijatehtävien edellyttämään osaamiseen. Asiantuntijasairaanhoitajien määrän tulee vastata väestön terveystarpeita ja palkkauksen asiantuntijatehtävien vaativuutta. Asiantuntijatehtävien vaikuttavuutta tulee myös seurata ja arvioida. (Sairaanhoitajaliitto 2016, 3, 6.)

Laajavastuinen hoitotyö sisältää itsenäistä kliinistä hoitotyötä, terveyden edistämistä, eettistä päätöksentekoa, opettamista, ohjaamista, konsultointia, näyttöön perustuvia käytäntöjä, johtamista, yhteistyötä, tutkimusta ja kehittämistä. Ammatinimikkeitä ovat asiantuntijasairaanhoitaja ja kliinisen hoitotyön asiantuntija ja he ovat yleensä erikoistuneet tietyille kliinisen hoitotyön alueelle. Asiantuntijasairaanhoitajan (*nurse practitioner*) työnkuvaan voi kuulua itsenäinen potilaan tutkiminen, hoidon tarpeen arviointi, hoidon aloittaminen ja seuranta omalla vastaanotollaan. Kliininen hoitotyön asiantuntija (*clinical nurse specialist*) työskentelee osana moniammatillisia tiimejä hoitotyön laadun kehittäjänä ja varmistajana, näyttöön perustuvan hoitotyön juurruttajana, organisaation strategiatyön tukijana ja tutkimuksen tekijänä. (Sairaanhoitajaliitto 2016, 9.)

Jotta kansalaiset voivat saada jatkossa kustannustehokkaita ja laadukkaita palveluita, on Sairaanhoitajaliiton (2016, 5) mukaan sairaanhoitajien työnkuvia uudistettava. Tuleva sote -uudistus muuttaa koko palvelutuotannon ja työnjaon. Sosiaali- ja terveysalalla mietittäessä uusia palvelun tuottamisen tapoja asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseksi, ovat sairaanhoitajat keskeisessä roolissa. Tulevaisuudessa palveluja on saatavissa muuallakin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä: sähköisinä, liikkuvina, etsivinä, hakevina ja kotiin tarjottuina. Väestö toivoo yksilöllisiä palveluja, omahoito korostuu ja kansalaiset tarvitsevat siihen tukea ammattilaisilta. Ikääntyvän väestön sairastaminen lisää jatkossa palveluiden kysyntää ja samalla kestävyysvaje vaikeuttaa niiden rahoitusta, jolloin palvelut tulee tuottaa aiempaa tehokkaammin ja tuottavammin. Kehittämällä työnjakoa voidaan hillitä sote -henkilöstön määrän kasvua ja parantaa palvelujen vaikuttavuutta kustannusten kasvua hidastamalla. Uudistetuilla tehtävillä ja digitalisaation avulla hoitoon pääsyä voidaan nopeuttaa etenkin perusterveydenhuollossa, mikä kaventaa terveyseroja ja lisää potilastyytyväisyyttä.

3.2 Vuorovastaavan sairaanhoitajan työ

Työvuoroissaan yksikkönsä hoitotyön vastuuhenkilöinä työskentelevistä hoitajista käytetään monia eri nimityksiä, kuten vuorovastaava, vastaava hoitaja, vastuuhoi-

taja, organisaattori tai koordinoiva hoitaja. Tässä kehittämistyössä käytettiin nimitystä vuorovastaava sairaanhoitaja.

Vuorovastaava sairaanhoitaja on henkilö, joka on nimetty johtamaan päivittäisen hoitotyön sujuvuutta työyksikössä omassa työvuorossaan. Hänen vastuullaan voivat olla esimerkiksi hoitohenkilöstöön liittyvät asiat, potilaiden vastaanottaminen ja siirtäminen sekä yleinen hoitotyön koordinointi ja valvonta yksikössä potilasturvallisuus huomioiden. Vuorovastaava on yleensä yksi hoitohenkilöstöön kuuluvista sairaanhoitajista, mutta tehtävässä voi toimia myös lähiesimies. Teho-osaston vastaavan hoitajan rooli on jatkuvasti kehittyvä. Tehokkaat tukivälineet ja koulutus voivat parantaa vuorovastaavan kommunikaatio- ja resurssien johtamistaitoja vaativassa työympäristössä. (Lundgrén-Laine 2013, 15–16; Lundgrén-Laine ym. 2013, 2; Miller 2013, 38.)

Thomasin (2012, 67–68) mukaan vuorovastaavan sairaanhoitajan vastuu on laajentunut ja kehittynyt terveydenhuollon kompleksisuuden kasvun myötä. Vuorovastaava työskentelee samanaikaisesti sekä yhä tiedostavampien potilaiden että moniammatillisen tiimin kanssa. Vuorovastaava on usein se henkilö, joka luokittelee asioita ja tekee nopeita hoitotyöhön liittyviä elintärkeitä päätöksiä sekä toimii johtamisketjun ensimmäisenä ratkaisten erimielisyyksiä tai puuttuen potilailta tullessiin valituksiin. Tällainen vastuu tekee mahdolltomaksi sairaanhoitajan työskentelemisen sekä vuorovastaavana että välittömässä potilashoitotyössä samanaikaisesti.

Haapamäki ja Sihvo (2011, 43) esittävät, että teho-osastojen vastaavien hoitajien työnkuvaan, valintakriteereihin, osaamisvaatimukseen tai koulutukseen ei ole selkeitä yleisohjeita. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) kehitystyössä vuonna 2009 laadittiin vastaavan hoitajan toimenkuva sekä kriteerit ja koulutus tehtävää varten. Kehitystyön yhteydessä toteutettiin kysely kaikkien tehohoidon ja tehovalvontaosastojen osastonhoitajille (n=9) ja vastaaville sairaanhoitajille (n=12). Vastausten mukaan lähes kaikilla osastoilla oli kirjallinen vastaavan hoitajan toimenkuva tehtävineen, vastuineen ja velvollisuuksineen. Vastaava hoitaja oli työvuorossaan vastuussa oman osastonsa toiminnasta ja kokonaistilanteesta yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa. Hänen tuli kyetä ennakoimaan tilanteita, tekemään päätöksiä, ja uudelleen ohjaamaan resursseja. Vastaavan hoitajan tuli olla läsnä ja saatavilla yksikössään ja häneltä toivottiin positiivista palvelu-

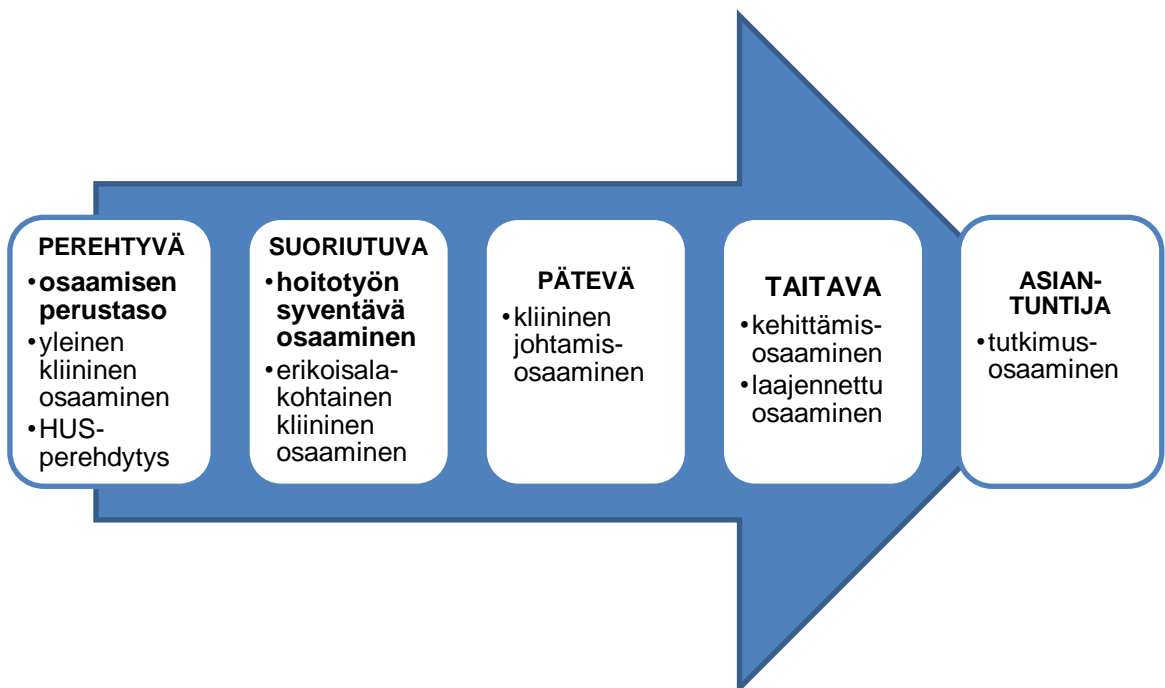
asennetta sekä paineensietokykyä. Tärkein valintakriteeri työhön oli työkokemus ja toiseksi oma halukkuus tehtävään. Osastonhoitajista lähes kaikki toimivat myös itse tässä tehtävässä. Perehdytys työhön oli monimuotoista ja suurin osa vastaavista hoitajista oli opetellut tehtävänsä lukemalla toimenkuvaa, tehtävälistaa ja ohjeistuksia tai kysymällä ja seuraamalla muita vastaavia. Yleisenä toiveena oli kokeneemman kollegan antama opetus ja tuki sekä teoriapainotteinen koulutus ja työnohjauksen saaminen vaikeissa tilanteissa. Kehittämistyön tuloksena syntyi ehdotus kaksivaiheisesta vastaavan hoitajan koulutuksesta, joista ensimmäinen vaihe sisälsi 1–2 päivän teoriakoulutuksen hankalien tilanteiden käsittelystä, rakentavan palautteen antamisesta ja vastaanotosta, vuorovaikutustaidoista, organisoimisesta ym. Toinen vaihe sisälsi perehdytyksen tehtävään omalla osastolla lähiesimiehen tai kokeneemman vastaavan hoitajan opastuksella.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) sydänkirurgian teho-osasto M2A on 11 -paikkainen yksikkö, jossa työskentelee yhteensä 75 sairaanhoitajaa, noin 10–12 / työvuoro. Vuonna 2015 teho-osastolla hoidettiin 1036 potilasta. Sairanhoitajista 27 ja kaikki apulaisosastonhoitajat työskentelevät kolmen viikon työjaksoissa keskimäärin kolmessa työvuorossaan vuorovastaavina. Työtä varten osastolla oli nimetty oma vastuuryhmänsä ja kolmipäiväinen koulutus. M2A:lla kaikissa työvuoroissa työskentelevällä vuorovastaavalla ei pääsääntöisesti ole omaa potilasta, mutta hän auttaa tarvittaessa hoitotyössä. Työtehtävinä hänellä on muun muassa organisoida potilasliikennettä, suunnitella työvuoroihin riittävästi henkilökuntaa, tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa, ratkaista yllättäviä tilanteita sekä raportoida ja informoida henkilökuntaa. (Virta 2016, 18–24.)

Lundgrén-Laine (2013, 152–154) selvitti tehohoidon vastaavien sairaanhoitajien ja tehohoitolääkärien päätöksentekoa ja tiedontarpeita päivittäistoiminnan johtamisessa ja kehitti alustavan tiedon integraatiomallin tehohoidon toiminnanohjaukseen. Vuorovastaavat tekivät yhden vuorokauden aikana nopeasti vaihtuvissa tilanteissa satoja toiminnan resursointiin ja hoitotyön organisointiin liittyviä välittömiä päätöksiä. Jokaisen päätöksen tueksi tarvittiin tietoa, joka tulisi olla päätöksenteon hetkellä reaaliaikaisesti käytettävissä. Alustavaan tiedon integraatiomalliin koottiin ne kriittiset tiedot, joita tehohoidon vuorovastaava tarvitsee päivittäistoiminnan

koordinoinnissa. Kriittisiä tietoja olivat muun muassa henkilökuntaresurssit ja tietotaito, potilaan tilanne ja vitaalinelintoiminnot sekä erikoistoimenpiteet.

HUS:ssa käytetään viisiportaista AURA -ammattiuramallia, jonka avulla sairaanhoitaja etenee perehtyvistä ja suoriutuvasta tasosta pätevälle tasolle (Kuvio 4). HUS edellyttää sairaanhoitajiltaan pätevän tason saavuttamista rohkaisemalla ja tukemalla ammatillista kehittymistä. Täydennys- ja jatkokoulutuksen kautta voi edetä taitavalle ja asiantuntijatasolle.



Kuvio 4. Sairaanhoitajan osaamisen kehittyminen AURA -ammattiuramallia mukaillen (Ylikukkonen ym. 2016, 57–58).

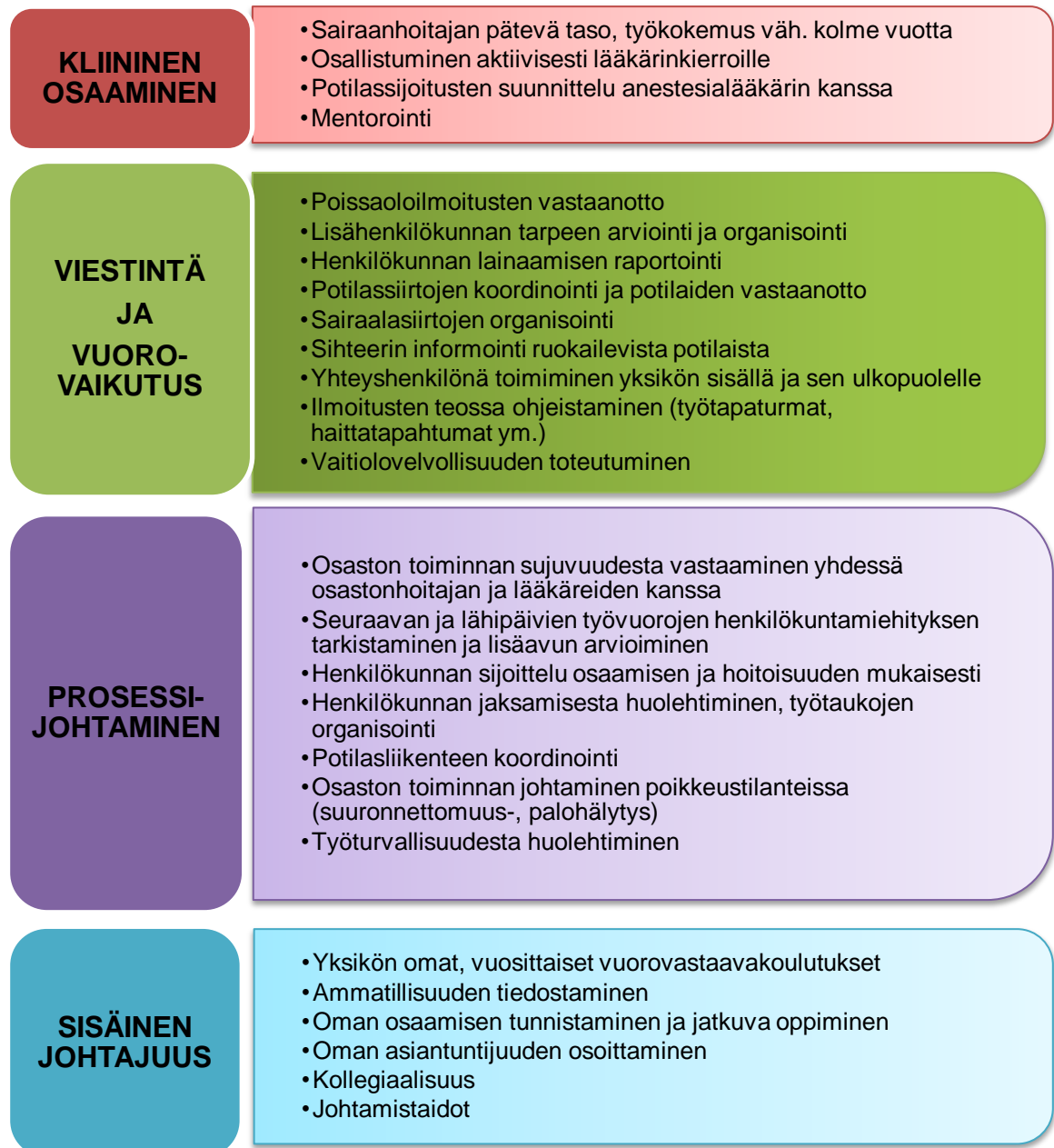
HUS:n neurokirurgian klinikalla sairaanhoitajien osaamisen arviointiin käytetään NCS -mittaria, itse-, esimies- ja vertaisarviointeja, kehityskeskusteluja, mentorointia ja tenttejä (Kuvio 5). Kehittymistä tukevat muun muassa strukturoidut perehdytysohjelmat, sisäiset ja ulkoiset koulutukset sekä erilaiset kehittämishankkeet. Perehdytys neurokirurgian tehovalvontaosastolla kestää neljä viikkoa ja noin neljän kuukauden työskentelyn jälkeen perehtyjä suorittaa osaamisen varmistamisen tentin. 1–2 vuotta työskenneltyään sairaanhoitaja osallistuu mentorointiin sekä tehovalvontaan syventävään perehdytykseen. Mentoroinnin yhteydessä sairaanhoitaja saa koulutusta osaston erityispiirteisiin, kuten elinluovutuksiin ja vuorovastaavan työhön. (Ylikukkonen ym. 2016, 57–58.)



Kuvio 5. Sairaanhoidajan osaaminen ja työura AURA -mallin mukaisesti HUS:n neurokirurgian klinikan tehovalvontaosastolla (Ylikukkonen ym. 2016, 60).

Ylikukkonen ym. (2016, 60–61) mukaan systemaattinen ja kaikille tasapuolinen ammattiuramalli helpottaa sairaanhoitajaa ja esimiestä asettamaan ja arvioimaan osaamisen tavoitteita sekä hahmottamaan työelämän eri vaiheiden vaatimuksia. Tehosairaanhoidajan perehdytys on pitkä ja pätevän tason saavuttaminen vie useita vuosia, joten panostaminen perehdytykseen on tärkeää työntekijän sitouttamisessa työhön. Tulevaisuudessa onkin tärkeää luoda yhtenäiset käytännöt ammattitauralla kehittymisen ja osaamisen mittaamiselle.

HUS:n neurokirurgian klinikan tehovalvontaosaston vuorovastaavan tehtävät jaettiin neljään osa-alueeseen, jotka olivat kliininen osaaminen, viestintä ja vuorovaikeus, prosessijohtaminen sekä sisäinen johtajuus (Kuvio 6). (Ylikukkonen 2015.)



Kuvio 6. HUS:n neurokirurgian klinikan tehovalvontaosaston vuorovastaavan tehtävät (Ylikukkonen 20.11.2015).

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KYSYMYKSET

Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä ja sen tarkoituksena oli tuottaa tutkimuksellista tietoa sairaanhoitajan roolista teho- ja tehovalvontahoidon sekä sydäntutkimuksen yksiköiden yhdistymisen ja erilaisten toimintakäytäntöjen uudistumisen aiheuttamassa muutoksessa. Tavoitteena oli saadun tiedon avulla mallintaa vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli uudessa toimintaympäristössä työskentelyä varten.

Kehittämistyön kysymykset:

1. Millainen rooli sairaanhoitajalla on nykyisessä työyksikössään?
2. Millaisia hoitotyön toimintakäytäntöjä sairaanhoitajilla on nykyisissä työyksiköissään?
3. Millaisena sairaanhoitajat näkevät roolinsa tulevassa työyksikössä?
4. Millaisena sairaanhoitajat näkevät vuorovastaavan sairaanhoitajan roolin tulevassa työyksikössä?
5. Millaisia ajatuksia ja kokemuksia sairaanhoitajilla on organisaatiomuutoksesta?

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

5.1 Kehittämistyön aiheen valinta

Osallistuin uuden tehohoidon, tehovalvontahoidon ja sydäntutkimuksen yksikön toiminnallisen ja tilasuunnitelman sekä tarveselvityksen laatimiseen 2014–2015. Työskentelin 2014–2016 myös eripituisia aikoja hanketyöntekijänä EVICURES -hankkeessa. Työskennellessäni näissä tehtävissä, koin käyttäjälähtöisyyden huomioimisen oman työn ja työympäristön suunnittelussa tärkeäksi ja valtaistavaksi. Siksi halusin nostaa kehittämistyöni aiheen sen parista.

Keskustelut lähiesimiesteni kanssa tukivat toivettani perehtyä meneillään olevaan organisaatiomuutokseen ja vuorovastaavan sairaanhoitajan roolin mallintamiseen uutta toimintaympäristöä varten. Tuleva toimintayksikkö tulee olemaan pinta-alaltaan suuri ja jaetaan tilojen ja toiminnan suhteen kolmeen osaan eli tehohoittoon, tehovalvontaan ja sydäntutkimukseen. Kaikki potilaspaikat ovat yhden hengen huoneita, lukuun ottamatta kuusipaikkaista sydäntutkimusyksikön valvontahuonetta. Jatkossa lähiesimiehet työskentelevät yhden kerroksen hoitotiloja alempana. Nämä kaikki seikat puolsivat ajatusta, että toimintayksikössä tulee työskennellä henkilö, joka koordinoi ja organisoii päivittäistä hoitotyötä läheltä.

5.2 Tutkimusmenetelmät ja -aineistot

Toteutin opinnäytetyöni laadullisella tutkimusotteella, kehittämistyönä, jossa oli tutkimuksellisen kehittämistoiminnan piirteitä. Tutkimusaineistoni koostui kahdesta osasta eli tulevassa työyksikössä työskenteleville sairaanhoitajille (n=11) tehdyistä fokusryhmähaastatteluilta ja EVICURES -hankkeen workshoppeissa tuotetuista miellekartoista (n=15), jotka käsittelivät uuden toimintaympäristön aiheuttamia muutoksia toimintakäytäntöihin ja -malleihin. Molemmat tutkimusaineistot analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

5.2.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Toikon ja Rantasen (2009, 21–22) mukaan tutkimuksellista kehittämistoimintaa voidaan lähestyä sekä kehittävän tutkimuksen että tutkimuksellisen kehittämisen näkökulmista. Kehittävän tutkimuksen logiikka liikkuu tutkimuksellisesta kysymyksenasettelusta ja metodologisesta tarkastelusta konkreettiseen kehittämistoimintaan. Tällöin tietoa tuotetaan käytännön kehittämisprosessien yhteydessä tiedeyhteisön intressien mukaisesti. Tutkimuksellisessa kehittämisessä käytännön ongelmat ja kysymykset ohjaavat tiedon tuottamista, joka tapahtuu aidossa käytännön toimintaympäristössä.

Kehittämistoiminta tähtää muutokseen eli yleensä johonkin parempaan tai tehokkaampaan kuin aiemmat toimintatavat tai -rakenteet. Keskeistä on tavoitteellisuus, jonka lähtökohtana voi olla nykytilanteen tai -toiminnan ongelmat tai jonkin uuden tavoittelu. Kehittämistoiminta voi koskea yksittäisten työntekijöiden ammatillista osaamista eli työntekotavan tai -menetelmän muutosta tai se voi kohdistua prosesseihin ja rakenteisiin. Kehittäminen voidaan organisoida paitsi johtajakeskeisesti, myös koko organisaation yhteiseksi toiminnaksi, jolloin työntekijöilläkin on mahdollisuus vaikuttaa omaa työtään koskeviin asioihin. Se voi olla organisaation sisäistä toimintaa tai siinä voidaan hyödyntää ulkoisia konsultteja. (Toikko & Rantanen 2009, 16–17.)

Tutkimuksellista kehittämistoimintaa on mahdollista tarkastella kehittämisprosessin, toimijoiden osallisuuden ja tiedontuotannon näkökulmista. Prosessinäkökulmasta kehittäminen etenee toiminnan perustelusta ja organisoinnista toteutukseen ja arviointiin. Luovien prosessien ennakoimattomuuden takia kehittämisen kulkua korjataan ja uudelleen suunnataan jatkuvasti. Toimijoiden osallisuuden näkökulmasta kehittämistoiminta rakentuu monen eri toimijan sitoutumiselle ja osallistumiselle. Kehittämisessä muodostetaan yhteisymmärrystä ja sovitellaan näkemyksiä keskinäisen dialogin avulla mahdollistaen toimijoiden tasavertainen osallistuminen kehittämiseen. Tiedontuotannon näkökulmasta tutkimus voi liittyä kehittämiseen kolmella eri tavalla. Tutkimusta voidaan hyödyntää tuotettaessa arviointitietoa kehittämistoimien vaikutuksista ja onnistumisesta, tutkimustiedon avulla voidaan pyrkiä hyvien käytäntöjen konstruointiin sekä kehittämistoiminnan tukemiseen (tutki-

musavusteinen kehittäminen). Tutkimuksellisuus edistää kehittämistoiminnan tulosten käyttökelpoisuutta ja siirrettävyyttä. (Toikko & Rantanen 2009, 9–11.)

Toikon ja Rantasen (2009, 56–57, 89–91, 157) mukaan kehittämistoiminnalla on viisi tehtävää. Ensimmäinen on perusteltava, mitä ja miksi kehitetään (ongelma ja visio). Toiseksi kehittäminen vaatii toiminnan organisointia eli kuka tekee mitään ja millä resursseilla. Kolmanneksi kehittäminen edellyttää itse kehitettävää toimintaa eli toteutuksen, neljänneksi toiminnan arvioimista ja viidenneksi kehittämisellä pyritään uusien palveluiden ja tuotteiden levittämiseen eli tuotteistamiseen. Kehittämistoiminta edellyttää ihmisiltä aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Tuloksellisuuden ehtoina pidetään tärkeimpien sidosryhmien osallistumista suunnitteluun ja päätöksentekoon kehittämisen alusta lähtien, jotta eri tahojen tarpeet ja intressit voidaan huomioida mahdollisimman hyvin. Ne, joita asia koskee, ovat myös oikeutettuja osallistumaan. Tutkivalla työotteella tunnustetaan kehitettävää työtä tekevien kyky ja oikeus tietämiseen ja osallistava tutkimus nähdään yhteisöä rakentavana ja muuttavana voimana. Tutkimuksellinen kehittäminen ei tyydy pelkkien onnistumisten kuvaamiseen, vaan siinä on keskeistä myös kriittinen näkökulma ja kyseenalaistaminen.

Terveystieteiden tutkimuksessa kehittämisessä sekä olemassa olevalla että uudella, tuotettavalla tutkimustiedolla on suuri merkitys. Niiden lisäksi tärkeää on henkilöstön työkokemuksen ja kehittämistoiminnan tuoma kokemustieto. Tällöin käytännön osaajat muuttavat ympäristöään tai asioita paremmiksi sitoutumalla itse toimijoiksi ja osallistujiksi kehitystyöhön yhteistoiminnallisesti ja moniammatillisesti. (Heikkilä ym. 2008, 55).

Kehittämisen päämääränä on muutos ja silloin on aina kyse intresseistä eli kenen tarpeista kehittäminen lähtee ja kuka asettaa sille tavoitteet? Habermasin tiedonintressiteorian lähtökohdaksi oli kritiikki teknokraattiseen ideologiaan sisältyvää ahdistusta tiedonkäsitelmästä kohtaan. Hänen mukaansa tieto syntyy erilaisten intressien ja tarpeiden motivoimissa ihmisten toiminnoissa. Habermas erotteli kolme intressiä, jotka ovat tekninen, praktinen ja emansipatorinen. Teknisellä intressillä pyritään parempaan ympäristöön ja todellisuuden hallintaan ilmiöiden selittämisen korostuessa. Esimerkkinä tästä toimii asiantuntijoiden valmiiksi suunnitteleman mallin testaaminen ja muokkaaminen käytännössä. Praktinen intressi pyrkii vastavuo-

roisesti ymmärtämään ja välittämään yhteisöllisiä perinteitä sekä tulkitsemaan ilmiöitä. Asiantuntijat yhdessä kohteena olevan yhteisön kanssa tasavertaisesti ja prosessinomaisesti nimeävät ongelmat ja niihin ratkaisut. Tavoitteena on, että osallistujat ymmärtävät ja tiedostavat oman toimintansa uudella tavalla. Emansipatorinen eli tietoisuutta lisäävä intressi pyrkii vapauttamaan kaikista rajoittavista paikoista. Yhteisön osalliset voivat vaikuttaa paremmin ongelmien syihin kun he tiedostavat niiden yhteiskunnalliset taustat. Tutkijan tehtävänä on rohkaista tutkittavia osallistumaan ja refleктоimaan omaa toimintaansa. (Toikko & Rantanen 2009, 44–47; Tuomi & Sarajärvi 2009, 38–39.)

Tämän kehittämistyön taustalla on piirteitä praktisesta intressistä, jonka avulla tutkija pyrkii ymmärtämään ja tekemään tulkintoja tutkimuskohteestaan ja löytämään asioiden merkityksen. Kehittämistyössä on myös piirteitä emansipatorisesta intressistä, jolla tavoitellaan lisääntyntä tietoisuutta vaikutusmahdollisuuksista ja vapautumista pakottavista perinteistä ja itsestään selvyyksistä tutkijan toimiessa muutosagenttina, osallistujana ja koordinoijana

5.2.2 Sairaanhoidajien fokusryhmähaastattelut

Kun halutaan tietää ihmisten mielipiteitä ja käsityksiä jostain aiheesta tai ymmärtää syitä ihmisten toiminnalle, on tärkeää keskustella heidän kanssaan ja kysyä samalla perusteluja. Haastatteleamalla on mahdollista päästä lähelle arkisia käytäntöjä ja haastattelu voidaan toteuttaa monista lähtökohdista käsin sekä erilaisissa muodoissa. Haastattelulla on aina tarkoitus ja se sisältää tulkintaa, joten tulosten yleistämisessä on käytettävä harkintaa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 11.)

Fokusryhmähaastatteluun osallistuvia yhdistää usein jokin kokemus tai piirre (tässä tutkimuksessa organisaatiomuutos) ja tutkija haastattelee heitä saadakseen selville ideoita, ajatuksia ja käsityksiä erityisestä aiheesta. Terveystieteissä fokusryhmiä käytetään esimerkiksi hoitotyön ammattilaisten roolien ja identiteettien ymmärtämisen edistämiseen. Useimmiten haastattelut nauhoitetaan ja ne kuunnellaan useaan kertaan ennen puhtaaksi kirjoittamista. Haastattelut voidaan analysoida esimerkiksi temaattisesti, jolloin pääteemat nousevat keskusteluista ja liittyvät muiden ryhmien keskusteluihin. Kun teemat on muodostettu, aiheet ku-

vaillaan ja niiden merkitys tulkitaan nivottuna kirjallisuuteen. (Holloway & Wheeler 2010, 125–128, 131–132.) Haastattelun etuja ovat joustavuus ja suora vuorovaikutus tutkittavan kanssa. Välittömän vuorovaikutuksen ansiosta on mahdollista suunnata tiedonhankintaa sekä selventää ja syventää vastauksia lisäkysymyksillä. Onnistumisen kannalta on suositeltavaa antaa haastateltavien tutustua etukäteen kysymyksiin, teemoihin tai aiheeseen. Haastattelun heikkouksina voidaan pitää siihen kuluvaa aikaa ja kalleutta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34–35, 47–48; Tuomi & Sarajärvi 2011, 73–74.)

Teemahaastattelu korostaa ihmisen tekemiä tulkintoja asioista sekä hänen niille antamiaan merkityksiä ja etenee etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan. Teemat nousevat tutkimuksen viitekehystä eli siitä, mitä aiheesta jo tiedetään. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 75.) Tutkimushaastatteluun ryhdytään haastattelijan aloitteesta ja hänen roolinsa on olla tietämätön osapuoli eli kysyjä, kun taas tieto on haastateltavilla eli vastaajilla. Haastattelijan tehtävänä on ohjata ja suunnata keskustelua tiettyihin aiheisiin. Hänellä on tiedon intressi, jonka takia hän tekee kysymyksiä, kannustaa vastaamaan niihin, ohjaa keskustelua ja fokusoii sitä tiettyihin teemoihin. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22–23.)

Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi fokusryhmille suunnatun teemahaastattelun, koska halusin selvittää tulevassa työyksikössä työskentelevien sairaanhoitajien ajatuksia, kokemuksia ja mielipiteitä meneillään olevasta organisaatiomuutoksesta. Haastattelun pääteemat nousivat suoraan kehittämisen kysymyksistä. Pääteemoja olivat sairaanhoitajan rooli nykyisessä ja tulevassa työyksikössä, hoitotyön toimintakäytännöt nykyisessä työyksikössä, vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli tulevassa työyksikössä sekä organisaatiomuutos.

Lähetin elokuun lopulla 2016 sähköpostitse saatekirjeen tehostetun hoidon, vatsatautien vuodeosaston A12 sekä sydänvalvonta- ja sydäntutkimusyksikön lähiesimiehille. Saatekirjeessä kerroin kehittämistyöstäni ja toiveistani saada jokaisesta työyksiköstä 2–4 vapaaehtoista sairaanhoitajaa haastateltavakseni eli yhteensä 8–16 henkilöä. Vapaaehtoiset haastateltavat (n=12) löytyivät melko nopeasti, mutta kolmivuorotyötä tekevien kesken yhteisen ajan löytyminen oli ongelmallista. Haastatteluajat ja -paikat sovittiin sähköpostitse. Alkuperäinen tarkoitukseni oli

saada haastattelut valmiiksi syys- ja lokakuun 2016 aikana, mutta aikataulujen yhteensovittamisen ongelmista johtuen ne venyivät marraskuun puolelle. Pidin tärkeänä sitä, että haastatteluihin osallistui sairaanhoitajia jokaisesta yhdistyvästä työyksiköstä, koska vatsakirurgian osaston A12, sydänvalvonnan ja sydäntutkimuksen yksiköiden henkilökunta ei osallistunut EVICURES -hankkeen workshop-työskentelyyn.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimien eettisten periaatteiden ([viitattu 6.3.2017]) mukaan tutkittavat henkilöt osallistuvat ammatillisen roolinsa yksittäisinä edustajina, eikä nimettömyys tutkimusjulkaisuissa aina estä heidän tunnistamistaan organisaation toimintaa tuntevien keskuudessa. Julkaisuissa on siksi pyrittävä tutkittavia kunnioittavaan kirjoitustapaan, eikä mahdollisia kriittisiä asenteita saa leimata. Haastateltaville tulee kertoa tutkimuksen aihe, osallistumisen vapaaehtoisuus, mitä osallistuminen tarkoittaa ja kauanko se vie aikaa. Haastateltavien tulee myös saada tietoonsa tutkijan yhteystiedot, kerättävän aineiston käyttötarkoitus, säilytys ja jatkokäyttö sekä mahdollisuus lisätietojen saamiseen. Hirsjärven ja Hurmeen (2009, 20) mukaan ihmisiä tutkittaessa tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat juuri informointiin liittyvä suostumus, luottamuksellisuus ja yksityisyys.

Lähetin haastateltaviksi ilmoittautuneille sairaanhoitajille sähköpostitse varmistuksen haastatteluajankohdasta ja -paikasta sekä lisätietoa tutkimuksesta noin 1–2 viikkoa ennen haastattelua. Liitin mukaan myös haastattelun kysymysrunгон (Liite 2), jotta heillä oli mahdollisuus valmistautua haastatteluteemoihin. Korostin viestissäni haastateltavien henkilöllisyyden salassa pysymistä tutkimusraportissa.

Haastattelut toteutettiin työyksikkökohtaisesti ja niihin osallistui 1–3 henkilöä kerrallaan. Osallistujat tiesivät etukäteen, kuka osallistuu heidän kanssaan samaan fokusryhmään. Haastattelua varten varattiin aikaa yksi tunti / fokusryhmä ja haastattelupaikkana toimi joko tehostetun valvonnan osaston eristyshuone tai sydänvalvontayksikön osastonhoitajan toimisto. Tilavalinnalla haluttiin luoda mahdollisimman rauhallinen ympäristö haastattelutilanteelle. Sairaanhoitajat saivat osallistua haastatteluun työaikana.

Haastattelun aluksi kertasin osallistujille kehittämistyöni tarkoituksen ja tavoitteet, korostin osallistujien henkilöllisyyden salassa pysymistä tutkimusraportissa ja pyy-

sin jokaiselta kirjallisen luvan haastattelun nauhoittamiseen (Liite 3). Kaikki antoivat luvan nauhoitukseen, joka toteutettiin Seinäjoen ammattikorkeakoulusta lainatulla sanelimella.

Olin laatinut itselleni apukysymyslistan, jonka mukaan haastattelu eteni. Esitin jokaiselle fokusryhmälle samat kysymykset, mutta niiden järjestys vaihteli ryhmien välillä syntyneen keskustelun ohjaamana. Haastattelut sujuivat suunnitelmien mukaisesti, eikä niiden aikana muodostunut hiljaisia hetkiä. Osallistujat antoivat toisilleen hyvin puheenvuoroja, eivätkä puhuneet häiritsevästi toistensa päälle. Kaikki osallistuivat aktiivisesti ja pyrin saamaan jokaiselta osallistujalta vastauksen jokaiseen kysymykseen heiltä erikseen kysymällä.

Yksi haastatteluun ilmoittautuneista joutui perumaan osallistumisensa sairastumisen vuoksi. Haastatteluihin osallistui siis yhteensä 11 sairaanhoitajaa viidessä eri fokusryhmässä. Haastattelutallennetta kertyi yhteensä 4 tuntia 36 minuuttia ja 10 sekuntia. Tallensin nauhoitetut haastattelut erillisinä äänitiedostoina muistitikulle ja kuuntelin ne useaan kertaan läpi. Litteroin haastattelut yksi kerrallaan sana sanalta Microsoft Word® -tekstinkäsittelyohjelmalla ja tallensin tekstit muistitikulle. Litteroitua tekstiä kertyi Calibri -fontilla, fonttikoolla 11 ja rivivälillä 1,15 yhteensä 64 sivua.

5.2.3 EVICURES -hankkeen workshopeissa tuotetut miellekartat

Tutkimusaineistoni koostui sairaanhoitajien fokusryhmähaastatteluiden lisäksi EVICURES -hankkeen workshopeissa tuotetuista miellekartoista. Miellekartta tai käsitekartta eli mind map on yleensä käsin paperille piirrettävä kokonaisuus, jossa keskussanan, -idean tai käsitteen ympärille hahmotellaan aiheesta mieleen tulevia asioita. Asioiden välisiä suhteita voi merkitä erilaisilla väreillä, viivoilla tai kuvioilla. Miellekarttoja voi käyttää apuna ideoinnissa, havainnollistamisessa ja jäsentämisessä. (Kielijelppi, [viitattu 13.2.2017]; Opetushallitus, [viitattu 28.2.2017].)

EVICURES -hankkeen yhteistoiminnallisissa workshopeissa hoitohenkilökunta pohti muuttuvaa työympäristöä ja toimintatapoja, erityisesti potilasturvallisuuden ja hoitotyön sujuvuuden edistämisen näkökulmasta. Workshopit toteutettiin vuosien 2015–2016 aikana neljässä vaiheessa ja niiden vetäjänä toimi ammattikorkeakou-

lun hoitotyön lehtori. Kolme ensimmäistä vaihetta sisälsi kukin 4–5 samansisältöistä työpajaa, joihin osallistui 5–10 henkilöä kerrallaan. Workshopeihin osallistumista varten lähetettiin kutsu kaikkien yhdistyvien työyksiköiden lähiesimiesten kautta. Kolmeen ensimmäiseen workshopiin osallistui vain tehostetun hoidon hoitohenkilökunta. Neljännessä workshopissa oli osallistujia myös sydänvalvontayksiköstä. Workshopeissa osallistujat jaettiin noin 2–4 hengen pienryhmiin, jotka pohtivat yhteistoiminnallisesti uudessa toimintaympäristössä työskentelyyn liittyviä aiheita.

Ensimmäisessä vaiheessa keskityttiin perspektiivin hahmottamiseen ja selkeyttämään näkemyksiä siitä, mitä nykyisistä toimintamalleista tulee säilyttää siirryttäessä uuteen toimintaympäristöön, yhden hengen potilashuoneisiin. Toisessa vaiheessa pyrittiin hahmottamaan muuttuvan toimintaympäristön mahdollisuuksia suhteessa työn hallintaan ja potilasturvallisuuteen. Kolmannessa vaiheessa määriteltiin uuden toimintamallin keskeisiä osia ja luotiin alustavia hoitotyön prosessimalleja. Neljäs workshop oli ns. kokoava kokoontuminen, jossa viimeisteltiin potilasturvallisuutta ja hoitotyön sujuvuutta edistävää toimintamallia. Totesimme yhteisesti workshopien vetäjän kanssa, että toimintamalli ei voi olla tässä vaiheessa vielä valmis, vaan se selkiytyy ja vakiintuu vasta uudessa toimintaympäristössä työskentelyn myötä. Yhden hengen potilashuoneet tehohoidossa ja tehovalvontahoidossa ovat Suomessa uutta toimintaa.

Workshop -pienryhmät laativat A1 -kokoisille kartongeille yhteensä 29 miellekarttaa erivärisillä tusseilla piirtäen ja kirjoittaen. Valokuvasin kaikki miellekartat, tulostin ne ja poimin niistä tutkimusaineistooni miellekartat (n=15), joissa käsiteltiin vuorovastaavan sairaanhoitajan työskentelyä uudessa toimintaympäristössä. Kuviossa 7. esitetään esimerkki yhdestä tällaisesta miellekartasta. Listasin kaikki maininnat vuorovastaavan sairaanhoitajan työtehtävistä alkuperäisilmauksina ja analysoin ne induktiivisella sisällönanalyysillä. Workshopeissa suurimmiksi huolenaiheiksi nousivat muun muassa hoitohenkilökunnan riittävyys sekä tiedonkulun ja avunsaannin turvaaminen yhden hengen potilashuoneisiin pohjautuvassa hoitoympäristössä. Erääksi potilasturvallisuuden ja hoitotyön sujuvuuden parantajaksi nousi juuri vuorovastaavan sairaanhoitajan toimintamalli.



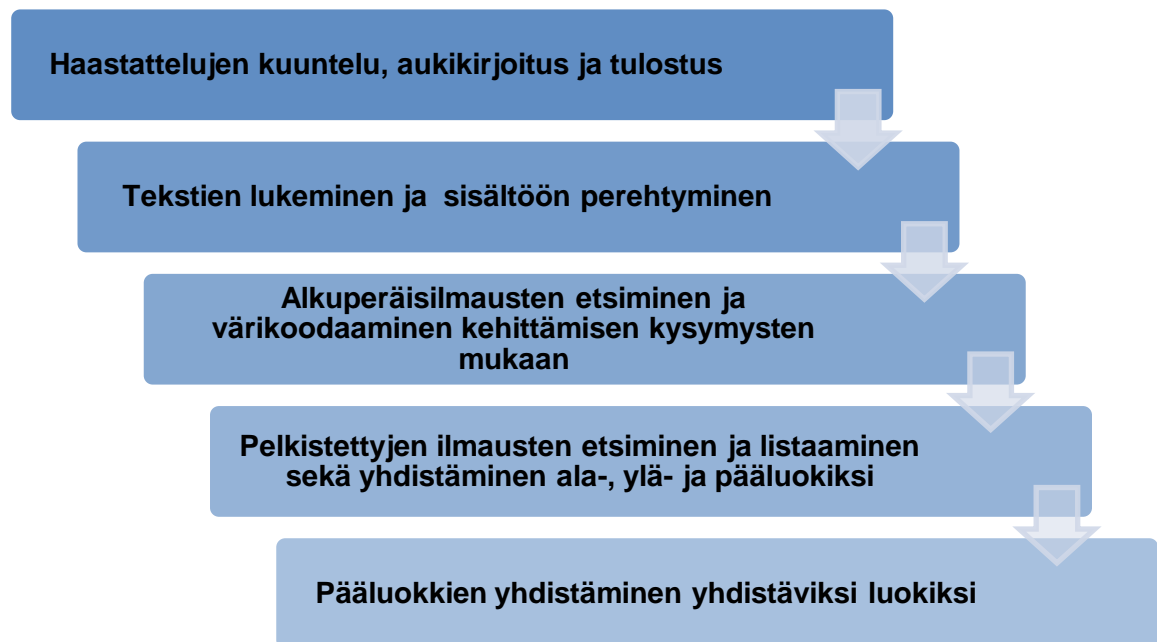
Kuvio 7. Esimerkki EVICURES -hankkeen workshoppeissa tuotetuista miellekartoista.

5.3 Tutkimusaineiston analyysi

Aineiston käsittely ja analyysi on hyvä tehdä mahdollisimman pian keruun jälkeen, jolloin aineisto on vielä tuore ja inspiroi tutkijaa. Tietojen mahdollinen täydentäminen tai selventäminen on myös helpompaa pian haastattelujen jälkeen. Aineisto voidaan joko litteroida eli puhtaaksikirjoittaa sanasta sanaan tai aineistosta tehdään päätelmiä ja teemojen koodaamista suoraan tallenteesta. Laadullista analyysia kuvaavat seuraavat neljä pääpiirrettä. Ensimmäisenä piirteenä laadullinen analyysi alkaa usein jo haastattelutilanteessa kun tutkija havainnoi ilmiöitä useuden, toistuvuuden, jakautumisen ym. perusteella. Toisen piirteen mukaan aineistoa analysoidaan ”lähellä” aineistoa ja sen kontekstia (sanallisen muodon säilyminen). Kolmantena tutkija käyttää aineistolähtöistä tai teorialähtöistä päättelyä. Neljäntenä piirteenä nähdään se, että ei ole yhtä oikeaa analyysitekniikkaa laadullisessa tutkimuksessa. Analyysi on ikään kuin jatkumo, jonka ääripäitä ovat kuvaus ja tulointa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 135–136, 138.)

Tuomen ja Sarajärven (2011, 107–113) mukaan laadullinen sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Tutkimusaineisto kuvaa tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä ja sen analysoinnilla pyritään

luomaan selkeä sanallinen kuvaus ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla aineisto voidaan tiivistää ja selkeyttää säilyttäen silti sen sisältämä informaatio. Laadullinen analyysi on loogista päättelyä ja tulkintaa, jolloin aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kasataan uudelleen kokonaisuudeksi. Induktiivisessa sisällönanalyysissä on kolme vaihetta eli aineiston pelkistäminen (reduointi), aineiston ryhmittely (klusterointi) ja teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi). Aineiston pelkistämässä informaatio voi olla esimerkiksi auki kirjoitettu haastattelumateriaali, josta karsitaan pois tutkimuksen kannalta epäolennainen sisältö tiivistämällä tai pilkkomalla tutkimustehtävä huomioiden. Ennen analyysin aloitusta on päätettävä analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause tai usean lauseen kokonaisuus. Alkuperäisestä aineistosta nostetaan pelkistettyjä eli tutkimustehtävään vastaavia ilmauksia. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi värikoodausta.



Kuvio 8. Induktiivisen sisällönanalyysin eteneminen Tuomi & Sarajärveä (2011, 109) mukailleen.

Aloitin tutkimusaineistoni analysoinnin (Kuvio 8) merkitsemällä litteroimiini haastatteluteksteihin erivärisillä korostustussella vastaukset kuhunkin kehittämisen kysymykseen. Seuraavaksi erittelin tulostamistani miellekartoista ne, jotka sisälsivät vuorovastaavan sairaanhoitajan työhön liittyviä asioita. Laadin Microsoft Word®-tekstinkäsittelyohjelmalla koko aineistosta taulukot induktiivista sisällönanalyysia varten. Ensimmäiseksi poimin tutkimusaineistosta alkuperäisiä ilmauksia eli yksittäisiä sanoja, lauseita tai useiden lauseiden kokonaisuuksia. Alkuperäiset ilmauk-

set tiivistin seuraavaksi pelkistetyiksi ilmauksiksi ja luokittelin ne alaluokkiin (Taulukko 1.) ja edelleen ylä-, pää- ja yhdistäviin luokkiin (Taulukko 2.). Induktiivisella sisällönanalyysillä toteutettua taulukkomateriaalia kertyi Calibri -fontilla, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,15 kirjoitettuna yhteensä 44 sivua.

Taulukko 1. Esimerkki alkuperäisestä ja pelkistetystä ilmauksesta sekä alaluokasta.

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
<p>”...pitää aika lailla tietää aika monesta asiasta kaikenlaista, osata pyörittää dialyysia ja typpihoitoa ja elvytetyn potilaan hoito ja tällöisiä, mitä ei nyt tuolla vuodeosastolla varmasti-kaan tuu vastaan...”</p> <p>”...jaettu moduuleihin niin, että moduulissa aina on, että yks yleensä kaks sairaanhoitajaa aamuvuorossa ja perushoitaja...”</p>	<p>Teholla vs. vuodeosastolla</p> <ul style="list-style-type: none"> - enemmän laitteita käytössä - dialyysihoidon osaaminen - typpihoidon osaaminen - elvytetyn potilaan hoidon osaaminen <p>Moduulin toinen sairaanhoitaja huolehtii potilaiden lääke- ja nestehoidosta.</p>	<p>Sairaanhoitajan työ teholla / neurotehol- la</p> <p>Sairaanhoitajien moduulityöskentely</p>

Taulukko 2. Esimerkki ala-, ylä-, pää- ja yhdistävästä luokasta.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
<p>Sairaanhoitajan työ teholla / neuroteholla</p> <p>Sairaanhoitajien moduulityöskentely</p>	<p>Työyksikkökohtaiset erot sairaanhoitajien työtehtävissä</p>	<p>Sairaanhoitajan työtehtävät</p>	<p>Sairaanhoitajan rooli erikoissairaanhoidossa</p>

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

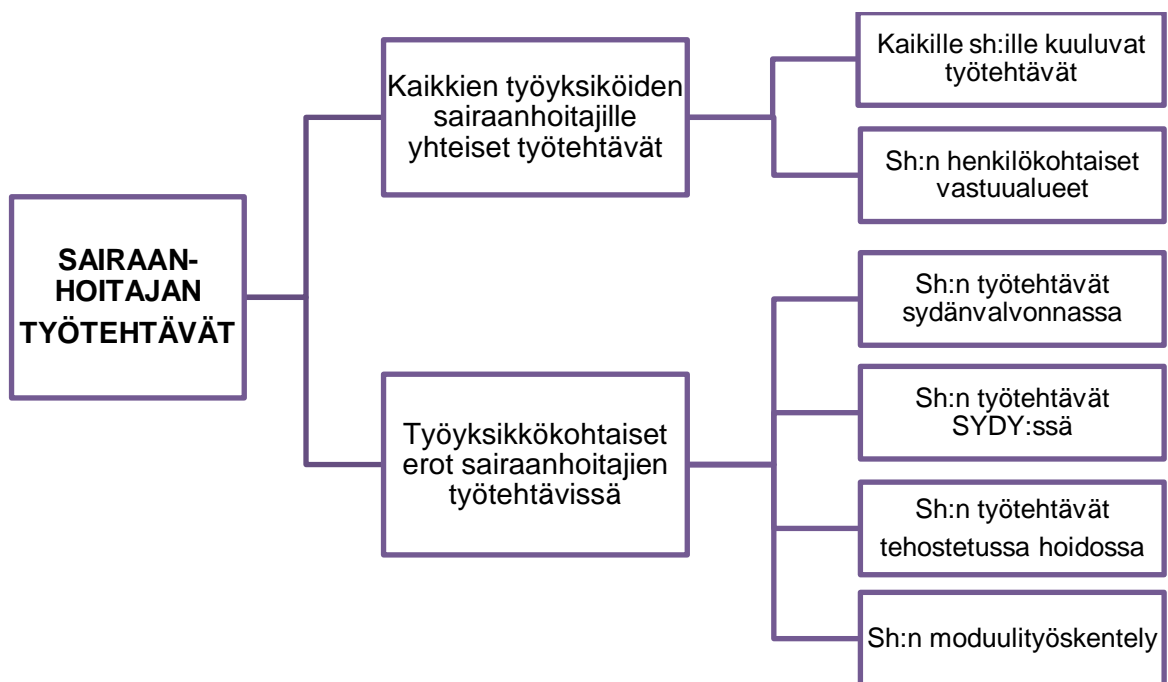
Raportoin kehittämistyöni tulokset kehittämisen kysymysten mukaisissa luvuissa. Vuorovastaavan sairaanhoitajan roolia käsittelevään lukuun 6.5 kokosin yhteen tulokset sekä sairaanhoitajien fokusryhmähaastatteluista että EVICURES -hankkeen workshopeissa tuotetuista miellekartoista. En eritellyt niiden tuloksia, koska molemmilla aineistonkeruumenetelmillä saadut tulokset olivat keskenään yhteneviä, eikä tarkoitukseni ollut vertailla aineistoja. Sairaanhoitajien roolia nykyisissä ja tulevassa työyksikössä, toimintakäytäntöjä nykyisissä työyksiköissä sekä kokemuksia organisaatiomuutoksesta koskevat tulokset saatiin pelkästään fokusryhmähaastatteluilla. Tulosten raportoinnissa en pääsääntöisesti eritellyt eri työyksiköiden sairaanhoitajien vastauksia, koska tarkoitukseni ei ollut vertailla yksiköitä, vaan selvittää organisaatiomuutokseen osallistuvien sairaanhoitajien roolia yleisesti. Tällä raportointitavalla turvasin myös haastateltujen henkilöllisyyden salassa pysymisen.

6.1 Fokusryhmähaastatteluihin osallistuneiden sairaanhoitajien taustatietoja

Fokusryhmähaastatteluihin osallistui vapaaehtoisia sairaanhoitajia (n=11) tehostetun hoidon toimintayksiköstä (n=4), vatsatautien osasto A12 valvonnasta (n=3) sekä sydänvalvonta- (n=2) ja sydäntutkimusyksiköistä (n=2). Sairaanhoitajat olivat iältään 26–52 -vuotiaita ja heidän kokonaistyökokemuksensa sairaanhoitajina vaihteli neljästä 26 vuoteen. Nykyisessä työyksikössään he olivat työskennelleet 4–20 vuotta. Osallistujia oli kaikista yhdistyvistä yksiköistä. Haastateltavat olivat eri-ikäisiä ja eripituisen työkokemuksen omaavia, mikä osaltaan laajensi tutkimusnäkökulmaa.

6.2 Sairaanhoidajien rooli nykyisissä työyksiköissä

Sairaanhoidajien rooli nykyisissä työyksiköissä muodostui yhdistävästä luokasta ”sairaanhoidajan rooli erikoissairaanhoidossa” ja pääluokasta ”sairaanhoidajan työtehtävät”. Kahteen yläluokkaan sisältyivät ”kaikkien työyksiköiden sairaanhoitajille yhteiset työtehtävät” ja ”työyksikkökohtaiset erot sairaanhoitajien työtehtävissä”. Alaluokkia oli kuusi ja ne muodostuivat yhteensä 91 pelkistetystä ilmauksesta (Kuvio 9).



Kuvio 9. Sairaanhoidajien (sh) rooli nykyisissä työyksiköissä pää-, ylä- ja alaluokat.

Sairaanhoidajien rooliin nykyisissä työyksiköissä kuului työtehtäviä, joista osa oli yhteisiä kaikkien työyksiköiden sairaanhoitajille, mutta työtehtävissä oli myös eroja työyksiköiden välillä. Työyksiköstä riippumatta kaikkien sairaanhoitajien työtehtäviin kuuluivat lääkehoito, osallistuminen lääkärinterhoille, potilashoito, perushoito, potilaan läheisten ja aiemmin potilaana olleiden informoiminen, potilaskuljetukset, vastaavana sairaanhoitajana työskentely sekä ajoittain myös sihteerille, välilähoitajalle ja laitoshuollolle kuuluvia työtehtäviä.

Kaikissa työyksiköissä sairaanhoitajilla oli yksi tai useampi henkilökohtainen hoitotyön vastualue, joka liittyi esimerkiksi yksittäiseen hoitolaitteeseen, tietokoneohjelmaan, tietojärjestelmään, potilasryhmään, sairauden hoitoon, toimintatapaan tai

-käytäntöön. Henkilökohtaisten vastuualueiden hoitoon kuului oman kouluttautumisen lisäksi muun hoitohenkilökunnan opettaminen ja perehdyttäminen alueeseen sekä kirjallisten tai sähköisten ohjeiden laatiminen ja päivittäminen. Sairaanhoidtajien mielestä vastuualueiden hoitaminen muun työn ohessa oli hankalaa, koska aikaa niiden hoitoon ei ollut varattuna riittävästi. Vastuualueiden aiheisiin ja määriin oli mahdollista itse vaikuttaa esimerkiksi vuosittaisten lähiesimiesten kanssa käytävien kehityskeskustelujen yhteydessä.

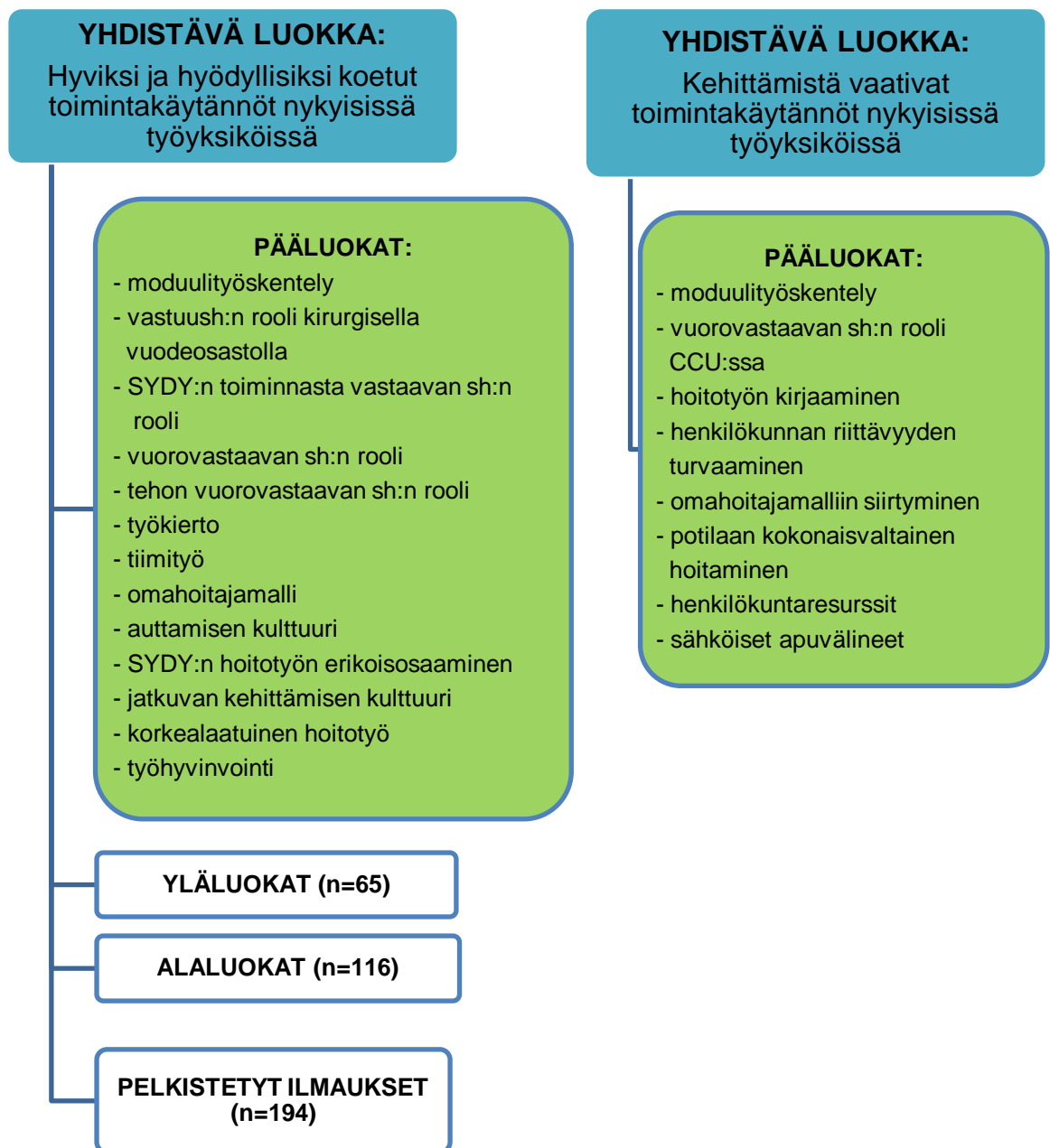
Jokaisessa työyksikössä oli hoitotyöhön nimetty vastaava henkilö, jollaisena toimi joko osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai sairaanhoitaja. Arkipäivisin aamuvuoroissa eli virka-aikana vastaavan rooli kuului yleensä lähiesimiehelle ja ilta- ja yövuoroissa sairaanhoitajalle. Vastaavan henkilön työtehtäviin kuuluivat työyksiköstä riippuen työnjako, sijaisten hankkiminen, potilaiden sijoittelu, potilaisiin ja henkilökuntaan perehtyminen, avuntarpeen ja hoitosuunnitelmien selvittäminen, työkavereiden tukeminen ja auttaminen tarvittaessa sekä lääketilausten tekeminen. Kaikissa työyksiköissä vastaavana työskentelevä sairaanhoitaja osallistui potilashoitotyöhön.

Työyksiköiden väliset erot sairaanhoidtajien työtehtävissä liittyivät kunkin työyksikön lääketieteen erikoisalaan ja siellä hoidettaviin potilaisiin. Sairaanhoidtajan työtehtävät tehostetussa hoidossa erosivat muista työyksiköistä muun muassa laajemman laitekannan, moniongelmaisemman potilaskirjon sekä työyksiköstä käsin toimivaan sairaalansisäiseen elvytys- ja MET -ryhmään kuulumisen (*medical emergence team*) vuoksi. Sydänvalvontayksikön sairaanhoidtajien erikoisosaamiseksi mainittiin osallistuminen tahdistimenlaittoihin. Sydäntutkimusyksikön sairaanhoidtajan työ erosi muista luonnollisesti toimenpidekeskeisempänä.

6.3 Toimintakäytännöt nykyisissä työyksiköissä

Sairaanhoidtajat kertoivat nykyisissä työyksiköissä olleen sekä hyviä ja hyödyllisiä että kehittämistä vaativia toimintakäytäntöjä. Ne muodostivat kaksi yhdistävää luokkaa. Pääluokkia oli yhteensä 20, yläluokkia 65 ja alaluokkia 116 (Kuvio 10). Pelkistettyjä ilmauksia oli kaikkiaan 198. Työyksiköstä riippuen työvuoroissa vas-

taavana sairaanhoitajana työskentelevän rooli sekä moduulityöskentely koettiin sekä hyvinä ja hyödyllisinä että lisäkehittämistä vaativina toimintakäytäntöinä.



Kuvio 10. Sairaanhoitajien toimintakäytännöt nykyisissä työyksiköissä.

6.3.1 Hyvät ja hyödylliset toimintakäytännöt nykyisissä työyksiköissä

Sairaanhoitajat listasivat hyviä ja hyödyllisiä toimintakäytäntöjä nykyisissä työyksiköissään. Sellaisia olivat työkierto, tiimityö, omahoitajamalli, auttamisen kulttuuri,

hoitotyön erikoisosaaminen, jatkuvan kehittämisen kulttuuri, korkealaatuinen hoitotyö ja työhyvinvointi.

Haastatelluista sairaanhoitajista lähes kaikki olivat jo ehtineet osallistua työkiertoon yhdistyvissä työyksiköissä tai se oli suunnitteilla lähitulevaisuudessa. Työkierroto sai osakseen pelkästään myönteisiä mielipiteitä ja sen toivottiin olevan jopa pakollista kaikille. Työkierron eduiksi sairaanhoitajat määrittivät omien näkemysten avartumisen ja mahdollisuuden muuttaa tai korjata omia ajatuksia sekä tutustumisen toisiin työntekijöihin ja heidän työhönsä. Työkierroto toi vaihtelua omaan työskentelyyn ja sen koettiin helpottavan yhteistyön tekemistä työyksiköiden välillä. Osa sairaanhoitajista kertoi oppineensa työkierrotoyksikössä uusia tietoja ja taitoja, osa ei ollut saanut varsinaisesti mitään uutta. Työkierrossa oli herännyt myös ideoita ja ajatuksia valvontahoitotyön kehittämiseksi.

Tiimityötä toteutettiin kaikkien nykyisten työyksiköiden hoitotyössä. Sairaanhoitajat kertoivat tiimien olevan erikokoisia ja sellaisiksi laskettiin oma työpari (sairaanhoitaja tai perushoitaja), muita potilaita hoitavat työparit, sydäntoimenpidetiimi (lääkäri ja kolme hoitajaa) sekä muut moniammatilliset tiimit. Tiimityöskentelyn toivottiin jatkuvan myös uudessa toimintayksikössä, koska yksin ei hoitotyössä kukaan pärjää.

Omahoitajamalli tuli haastatteluissa esille tiimityön ohella hyvänä ja hyödyllisenä toimintakäytäntönä. Tehostetussa hoidossa jokaiselle potilaalle nimetään oma sairaanhoitaja, jolla on työparinaan joko toinen sairaanhoitaja tai perushoitaja. Samalla sairaanhoitajalla voi tehostetussa hoidossa olla työvuorosta riippuen vastuullaan 1–4 potilasta. Sydänvalvontayksikön moduulityöskentely -mallissa työtiimi (kaksi sairaanhoitajaa + lääkehoitaja tai sairaanhoitaja ja perushoitaja + lääkehoitaja) vastaa yhdessä 1–5 valvontapotilaan hoidosta omassa työvuorossaan. Sydänvalvontayksikössä on suunnitelmissa siirtyä moduulityöskentelystä omahoitajamalliin vielä ennen uuden toimintayksikön käynnistymistä.

Sairaanhoitajat kokivat auttamisen kulttuurin tärkeäksi toimintakäytännöksi nykyisissä työyksiköissä ja toivoivat sen jatkuvan myös tulevaisuudessa. Avun ja tuen pyytäminen ja saaminen etenkin itseä kokeneemmilta hoitajilta, mutta myös lääkäreiltä, nähtiin ensiarvoisena. Lääkäreiltä toivottiin selkeitä ja yhteneväisiä hoidon

määräyksiä ja saatavilla oloa. Tulevat yhden hengen potilashuoneet mietityttivät sairaanhoitajia avun saamisen suhteen.

Sydäntutkimusyksikön sairaanhoitajat toivat puheenvuoroissaan esille hoitotyön erikoisosaamisen, jonka he toivovat siirtyvän toimintakäytäntönä nykyisestä myös uuteen toimintayksikköön. Tällä hetkellä osaavista sydäntutkimushoitajista on pu-
laa ja vapaaehtoisia sairaanhoitajia perehdytetään näihin työtehtäviin kuuden vii-
kon perehdytysohjelman avulla. Oman haasteensa sydäntutkimustoiminnalle luo
marraskuussa 2016 alkanut 24/7 -päivystystoiminta.

Jatkuvan kehittämisen kulttuuriin sairaanhoitajat katsoivat kuuluvan yleisen halun
uudistaa nykyisiä toimintatapoja ja -käytäntöjä. Korkealaatuinen hoitotyö taas si-
sälsi valvontapotilaiden hoitotyön jatkumisen laadukkaana, kysymisen kulttuurin
säilymisen, tiimityön ja osaamisen säilymisen, potilaan kokonaisvaltaisen hoitami-
sen, hoitotyön hyvän ohjeistuksen ja laadukkaan perhehoitotyön.

Työhyvinvointi tuli myös esille sairaanhoitajien kuvaillessa hyviä ja hyödyllisiä toi-
mintakäytäntöjä. Heidän mielestään työhyvinvointia turvaavia tekijöitä ovat hyvän
työilmapiirin säilyminen, erilaisuuden hyväksyminen ja sairaanhoitajan perustehtä-
vän pitäminen kirkkaana.

Sydänvalvontayksikköä lukuun ottamatta vastuuhoidajan rooli koettiin hyvänä ja
hyödyllisenä toimintakäytäntönä nykyisessä työyksikössä. Sydänvalvontayksikös-
sä vastuuhoidajan työnkuvaa ei nykyisellään koettu selkeäksi, vaan se vaatii kehit-
tämistä.

6.3.2 Kehittämistä vaativat toimintakäytännöt nykyisissä työyksiköissä

Sairaanhoitajat nimesivät useita kehittämistä vaativia toimintakäytäntöjä. Sellaisik-
si mainittiin moduulityöskentely, hoitotyön kirjaaminen, henkilökunnan riittävyyden
turvaaminen, omahoitajamalliin siirtyminen, potilaan kokonaisvaltaisen hoitaminen
ja sähköiset apuvälineet.

Moduulityöskentelyä toteutettiin haastatteluhetkellä eli syksyllä 2016 sydänvalvon-
tayksikössä ja vatsatautien osastolla A12. Aamu- ja iltavuoroissa olevat sairaan-

hoitajat jaettiin moduuleihin, joissa heillä oli työparina yleensä joko toinen sairaanhoitaja tai perushoitaja. A12:lla yhdessä moduulissa oli enimmillään kymmenen potilasta ja sydänvalvontayksikössä kuusi potilasta. Sydänvalvontayksikössä aamuvuoroissa työskenteli lisäksi ns. tähtihoitaja, jonka vastuulla oli muun muassa suurin osa koko työyksikön potilaiden lääkehoidosta. Sydänvalvontayksikössä moduulin toinen sairaanhoitaja keskittyi ns. kirjallisiin työtehtäviin eli vastasi hoitotyön kirjaamisesta Effica -potilastietojärjestelmään ja osallistui lääkärinkierrolle. Moduulin toinen sairaanhoitaja (tai perushoitaja) työskenteli välittömässä potilashoidossa. Moduulityöskentelyn koettiin sitovan toisen sairaanhoitajan liiaksi tietokoneen ääreen ja tästä toimintakäytännöstä haluttiin pois. Sekä vatsatautien osastolla A12 että sydänvalvonnassa yövuorojen hoitohenkilökunta vastasi yhdessä koko työyksikön potilaista ilman moduulirajoja. Sydänvalvontayksikössä oli suunnitteilla siirtyä moduulityöskentelystä omahoitajamalliin vielä nykyisissä tiloissa työskentelyn aikana.

Hoitotyön kirjaaminen vaati sairaanhoitajien mielestä kehittämistä ja ennen kaikkea yhtenäistämistä. Hoitotyön kirjaamisvastuun nähtiin kuuluvan kaikille potilashoitoon osallistuville, ei pelkästään sairaanhoitajille. Effica -sairauskertomusjärjestelmä oli kaikille sairaanhoitajille tuttu kirjaamisväline, mutta kirjaamisen käytännöt työyksiköissä olivat epäyhtenäisiä ja osa haastateltavista koki Effican hoitotyön rakenteisen kirjaamisen työlääksi. Tehostetussa hoidossa käytettiin kahta, keskenään ei-kommunikoivaa, potilastietojärjestelmää rinnakkain (Effica ja kliininen potilastietojärjestelmä Picis), mikä aiheutti myös kielteisiä kommentteja. Päällekkäinen kirjaaminen, etenkin potilaan lääkehoidossa, sai kritiikkiä haastateltavilta. Tulevaisuuden kliinistä potilastietojärjestelmää kohtaan sairaanhoitajilla oli suuria odotuksia. Odotukset kohdistuivat muun muassa potilastietojen automaattisen keruuseen monitoreilta ja hoitolaitteilta laiteliitäntöjen kautta. Effican tulevaisuus myös mietitytti sekä sen soveltuvuus sydäntutkimuspotilaan toimenpiteen kirjaamiseen.

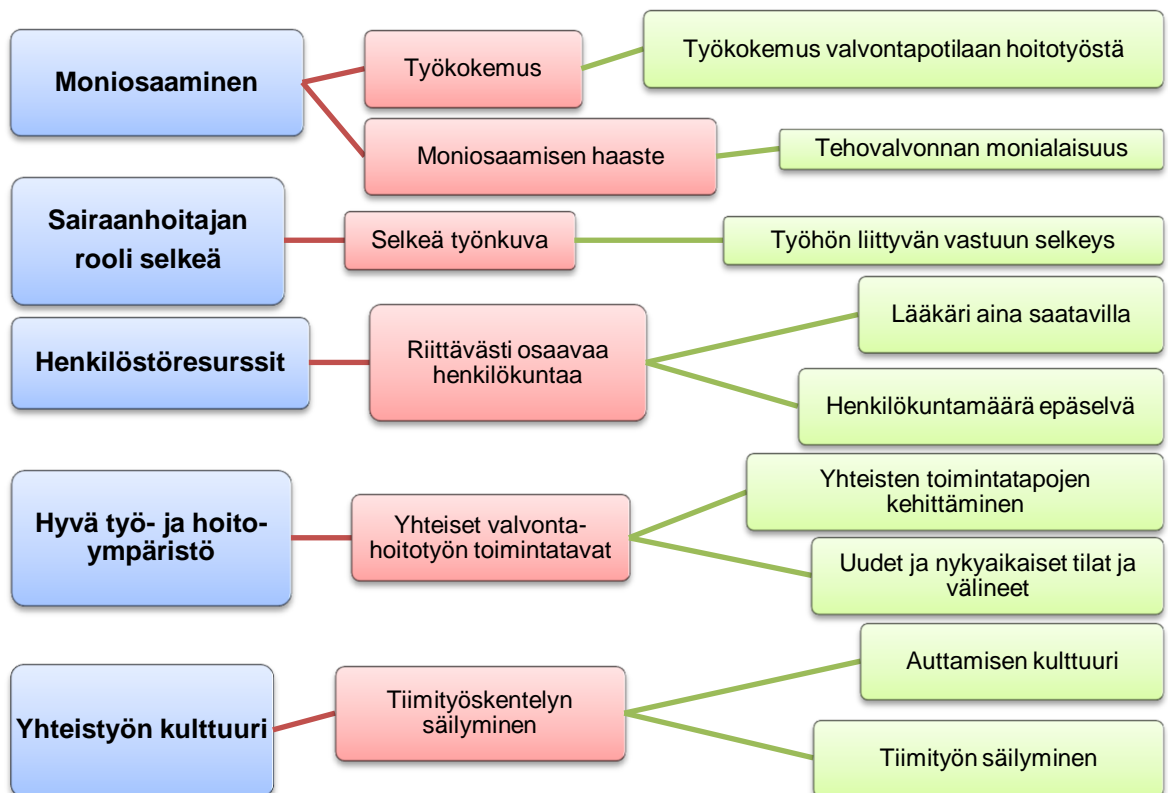
Henkilökunnan riittävyyden turvaaminen tuntui herättävän kaikissa haastatelluissa sairaanhoitajissa huolta. Sydänvalvontayksikössä työskennellään jatkuvasti alimitoitettulla henkilökuntamäärällä ja lähiesimiehet joutuvat osallistumaan hoitotyöhön. Potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen ei sairaanhoitajista osan mielestä toteudu.

Tietyn lääketieteen erikoisalan alaisessa työyksikössä saatetaan keskittyä hoitamaan vain kyseisen erikoisalan mukaista vaivaa potilaassa, unohtaen hänen muut terveysongelmansa.

Siirryttäessä yhden hengen potilashuoneisiin, sairaanhoitajat toivoivat käyttöönsä erilaisia sähköisiä apuvälineitä. Yhtenä toiveena esitettiin henkilökunnan kutsujärjestelmä avunsaannin turvaamiseksi.

6.4 Sairaanhoitajan rooli tulevassa työyksikössä

Sairaanhoitajan roolia tulevassa työyksikössä kuvasi viisi yhdistävää luokkaa eli moniosaaminen, sairaanhoitajan rooli selkeä, henkilöstöressurit, hyvä työ- ja hoitoympäristö sekä yhteistyön kulttuuri. Pääluokkia oli kuusi, yläluokkia yhdeksän ja alaluokkia 26. Pelkistettyjä ilmauksia aineistosta nousi yhteensä 47 (Kuvio 11).



Kuvio 11. Sairaanhoitajan rooli tulevassa työyksikössä

Sairaanhoitajan rooli tulevassa työyksikössä näyttäytyi haastateltaville selkeänä, moniosaamista vaativana, hyvänä työ- ja hoitoympäristönä, jossa on riittävät henkilöstöresurssit ja yhteistyön kulttuuri. Sairaanhoitajan roolin selkeydellä tarkoitettiin työnkuvaa, jossa työn vastuurajat ja -alueet on selvästi määritelty. Vuorovastaavan sairaanhoitajan työtehtävien määrittäminen ja omahoitajamalliin siirtyminen olivat myös roolia selkiyttäviä asioita. Vastaajista tuntui, että tulevassa työyksikössä sairaanhoitajalla tulee olemaan enemmän aikaa potilastyöhön ja asioihin tulee ylipäättään parannuksia.

Moniosaamisen vaatimus koski erityisesti tehovalvonnassa työskentelyä laajan potilaskirjon vuoksi. Kaikilla tulevassa työyksikössä työskentelevillä oli aiempaa työkokemusta valvontapotilaan hoidosta, mutta ei kaikilta erikoisaloilta. Huolta herätti oman osaamisen säilyminen, jos sairaanhoitaja työskentelee pitkään esimerkiksi vain tehovalvonnan puolella. Jatkuva työkierto sekä tehohoidon että tehovalvonnan puolella koettiin tärkeäksi osaamisen kannalta.

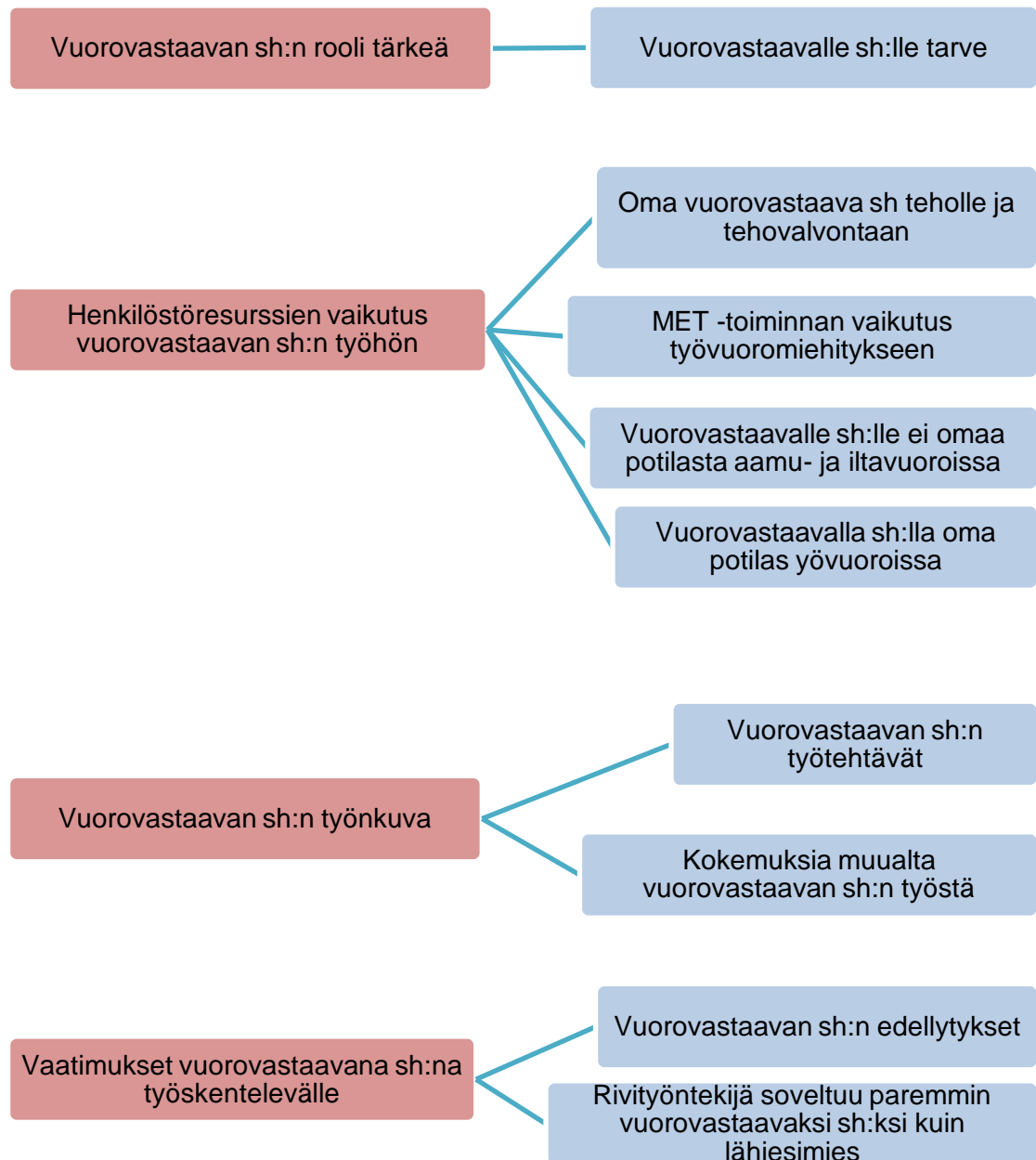
Tulevan työyksikön uudet tilat nähtiin hyvänä työ- ja hoitoympäristönä ja yhden hengen potilashuoneet nykyaikaisina. Kliinisen potilastietojärjestelmän odotettiin olevan hyödyllinen automaattisen tiedonkeruun ansiosta. Työyksikön suuri koko mietitytti hieman osaa haastateltavista.

Osaavan henkilökunnan riittävyys aiheutti huolta sairaanhoitajissa. Hyväksi koettiin se, että lääkärin saatavuus paranee jatkossa, mutta eri lääketieteen erikoisalojen potilaiden hoidon organisointi etenkin tehovalvonnassa askarrutti haastateltavia. Myös yhtenäisten hoitokäytäntöjen kehittäminen koettiin hyvin tärkeäksi tehovalvontapotilaan hoitotyössä. Yhteistyön kulttuurin toivottiin säilyvän tulevassa työyksikössä, jolloin avun saaminen on turvattu ja potilaiden hoitotyössä vallitsee tiimityön henki.

6.5 Vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli tulevassa työyksikössä

Yhdistävän luokan ”vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli teholla ja tehovalvonnassa” alle muodostui neljä pääluokkaa, yhdeksän yläluokkaa (Kuvio 12) ja 24 alaluokkaa. Aiheeseen liittyviä pelkistettyjä ilmauksia oli yhteensä 64. Neljä pääluok-

kaa olivat vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli tärkeä, henkilöstöressurssien vaikutus vuorovastaavan sairaanhoitajan työhön, vuorovastaavan sairaanhoitajan työnkuva sekä vaatimukset vuorovastaavana sairaanhoitajana työskentelevälle.



Kuvio 12. Vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli teholla ja tehovalvonnassa pää- ja yläluokat.

Vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli nähtiin niin tehohoidossa kuin tehovalvontahoidossakin tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Vuorovastaava sairaanhoitaja voi työskentelyllään sujuvoittaa toimintaa, turvata tiedonkulkua, koordinoida ja organisoida hoitotyötä sekä hallita työyksikön kokonaistilannetta. Työhön liittyvä vastuu koettiin

suureksi ja tulevan työyksikön henkilöstöressurssien riittävyys vuorovastaavan työhön askarrutti. Vuorovastaavan rooliin kuuluvia työtehtäviä ja vaatimuksia roolissa työskentelevälle sairaanhoitajalle löytyi runsaasti.

Tulosten mukaan sekä tehohoidon että tehovalvonnan yksiköissä tulee molemmissa olla nimettynä oma vuorovastaava kaikissa kolmessa työvuorossa. Vuorovastaavalla ei voi olla vastuullaan omaa potilasta, vaan hän keskittyy aamu- ja iltavuoroissa ainoastaan vuorovastaavan työtehtäviin. Yövuorojen hoitajamiehityksen arveltiin olevan uudessa toimintayksikössä selvästi aamu- ja iltavuoroja pienempi, joten yövuoroissa vuorovastaavalla voi tarvittaessa olla oma potilas.

6.5.1 Vuorovastaavalle sairaanhoitajalle kuuluvia työtehtäviä

Vuorovastaavana työskentelevälle sairaanhoitajalle löytyi paljon erilaisia hoitotyön koordinointi- ja organisointitehtäviä. Hän toimii työyksikössään ns. jokapaikanhöylänä ja auttaa tarvittaessa myös välittömässä potilashoitotyössä.

Vuorovastaavan työtehtäviin kuuluu työyksikön potilasliikenteen koordinointi. Hän vastaanottaa tiedon saapuvasta potilaasta puhelimitse tai suullisesti työyksiköstä vastaavalta anestesia- ja lääkäritä tai toisen työyksikön sairaanhoitajalta. Tiedonkäsittelyssä voi käyttää esimerkiksi erillistä ennakoilmoituskaavaketta ja/tai sähköistä toiminnanohjausjärjestelmää. Vuorovastaava selvittää ilmoittajalta potilaan henkilöllisyyden, taustatietoja, hoitoisuuden, tarvitseeko uusi potilas tehohoito-, tehovalvonta- vai eristys- ja hoitopaikan ja päättää potilaspaikan yhdessä anestesia- ja lääkäritä kanssa toiminnanohjausjärjestelmän avulla.

Vuorovastaava sairaanhoitaja organisoii työyksikön hoitotyötä. Potilaspaikkaa päätettäessä vuorovastaava huomioi kuka työvuorossa olevista sairaanhoitajista ottaa uuden potilaan vastuulle ja kuka ehtii parhaiten auttamaan potilaan vastaanotamisessa ja hoidossa. Jos työyksikön kaikki potilaspaikat ovat täynnä, vuorovastaava neuvottelee anestesia- ja lääkäritä kanssa muualle jatkohoitoon siirrettävästä potilaasta ja tiedottaa tästä siirrettävän potilaan omahoitajaa. Vuorovastaava ilmoittaa uuden potilaan ilmoittaneelle arvion potilaspaikan vapautumiseen kuluvas- ta ajasta. Vuorovastaava valmistelelee omahoitajan kanssa uutta potilasta varten

potilaspaikan ja hoidossa tarvittavat välineet ja lääkkeet ym. anestesia­lääkärin antamien ohjeiden ja määräysten mukaisesti. Jos uusi potilas saapuu ilman ennakkoilmoitusta, vuorovastaava miettii yhdessä anestesia­lääkärin kanssa, millaisen potilaspaikan potilas tarvitsee. Kun uusi potilas saapuu työyksikköön, vuorovastaava auttaa omahoitajaa esimerkiksi potilaan sisäänkirjaamisessa potilastietojärjestelmiin, tunnisteviivakoodin ja muiden paperitöiden tekemisessä sekä välittömässä hoitotyössä.

Vuorovastaavan työtehtäviin kuuluu sisäisen ja ulkoisen puhelinliikenteen koordinointi työyksikössään. Puhelinliikenteeseen kuuluvat potilasliikenteeseen liittyviin puheluihin ja potilaiden läheisten tiedusteluihin vastaaminen sekä puhelujen välittäminen omahoitajille.

Vuorovastaava organisoii tarvittaessa lisäapua esimerkiksi uusien potilaiden saapumistilanteeseen, potilaiden kääntöihin, siirtoihin ja kuljetuksiin (esimerkiksi tutkimuksiin) sekä erityisen raskashoitoisten potilaiden omahoitajien avuksi. Hän huomioi myös hoitajien osaamisen ja järjestää tarvittaessa kokeneemman sairaanhoitajan tukea hoitotyöhön. Vuorovastaavaa voi myös konsultoida tarvittaessa. Lisäavun tarpeen kartoittamista tulee tehdä jatkuvasti vastavuoroisesti ja hoitohenkilökunnan riittävyttä pohtia tilanteen mukaan. Työvuoron alussa vuorovastaavan on tärkeä pohtia yhdessä henkilökunnan kanssa, kuka tarvittaessa toimii lisäapuna. Jos työyksikössä tarvitaan normaalimiehityksen lisäksi lisähenkilökuntaa tai sijaisia, vuorovastaava organisoii lisäväkeä paikalle.

Työyksikössä työvuorossa olevan henkilökunnan tiedottaminen sekä suullisesti että toiminnanohjausjärjestelmän avulla on yksi vuorovastaavan työtehtävistä. Hän tiedottaa saapuvista ja lähtevistä potilaista ja antaa lyhyen koosteraportin työyksikön kokonaistilanteesta omalle ja seuraavalle työvuorolle. Vuorovastaava koordinoi ja päivittää toiminnanohjausjärjestelmää, josta selviää sekä tehohoidon että tehovalvontahoidon potilaiden sijoitukset, hoidon syyt, nykytilanne, hoidon suunnitelmat ja tutkimukset sekä omahoitajat. Vuorovastaava informoi ja konsultoi tarvittaessa hoitotyöhön liittyvistä asioista myös lääkäreitä, lähiesimiehiä, osastonsihteerä ja laitoshuoltajia sekä muissa työyksiköissä työskentelevää henkilökuntaa ja vastaavasti vuorovastaavaa voi konsultoida hoitotyöhön liittyvissä asioissa.

Lähiesimiehet työskentelevät tulevassa työyksikössä kerrosta alempana, kaukana välittömästä potilashoidosta. Tästä syystä vuorovastaava toimii omassa työvuorossaan työyksikkönsä hoitotyön johtajana ja hänen tulee hallita työyksikön kokonaistilanne. Hän huolehtii hoitohenkilökunnan työnjaosta, jonka tulee olla sähköisessä muodossa työyksikössä henkilökunnan nähtävillä.

Myös yhteistyö lääkärin kanssa mainittiin vuorovastaavan työtehtäväksi. Potilasliikenteeseen liittyvien asioiden hoidon lisäksi vuorovastaava voi osallistua mahdolliseen lääkärin aamumeetingiin, jossa mietitään työyksikön potilaiden hoitosuunnitelmia, tutkimuksia ym. Näistä suunnitelmista vuorovastaava tiedottaa omahoitajia ja muuta henkilökuntaa suullisesti sekä toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Vuorovastaava voi osallistua myös tarvittaessa lääkärinkierrolle.

Vuorovastaava osallistuu perhehoitotyöhön eli vastaanottaa ja ohjaa potilaiden läheisiä vierailuaikoina ja tarvittaessa niiden ulkopuolella sekä osallistuu puhelinliikenteen koordinointiin. Vuorovastaava osallistuu tarvittaessa potilaiden lääkehoitoon omahoitajan apuna ja tekee tarvittaessa lääketilauksia.

Muutamilla haastatteluun osallistuneella oli aiempaa kokemusta vuorovastaavan työstä muissa sairaaloissa. Vuorovastaavan työtehtäviin oli niissä kuulunut muun muassa osallistuminen lääkärinkierroille ja niiden jälkeen muun hoitohenkilökunnan informoiminen hoitosuunnitelmista, päivystävän lääkärin konsultoiminen tarvittaessa, osallistuminen potilaskuljetuksiin ja erilaisten kriisitilanteiden hallinta.

6.5.2 Vuorovastaavan sairaanhoitajan roolin vaatimuksia

Tulosten mukaan kuka tahansa työyksikön sairaanhoitajista ei voi toimia vuorovastaavana, vaan hänellä tulee olla riittävä työkokemus tehohoidosta ja tehovalvontahoidosta, jotta hän kykenee hahmottamaan työyksikön kokonaistilanteen. Mielipiteet riittävästä työkokemustaustan pituudesta vaihtelivat tehohoitotyön osalta viidestä seitsemään vuoteen. Lyhytaikainen sijainen ei voi toimia vuorovastaavan tehtävässä. Tehovalvontayksikössä voi vuorovastaavana toimia myös sydänvalvonnan kokenut sairaanhoitaja. Vuorovastaavan toivottiin toimivan nuoremmille sairaanhoitajille kollegiaalisena tukena.

Koulutuksen tarve vuorovastaavan tehtävää varten jakoi mielipiteitä. Toiset pitivät sitä tärkeänä, toisten mielestä erillistä koulutusta ei tarvita, mutta perehdytystä kaivattiin. Työnkuvan ja siihen liittyvän ohjeistuksen tuli olla selkeitä. Osa koki myös, että vuorovastaavalla tuli olla tietoa työvuorosuunnittelusta, osa ei pitänyt sitä tärkeänä. Myös johtamistaitoja kaivattiin.

Rivityötä tekevän sairaanhoitajan nähtiin soveltuvan paremmin vuorovastaavan tehtävään kuin eri kerroksessa, kaukana välittömästä hoitotyöstä, työskentelevän lähiesimiehen. Vuorovastaavan tuli olla koko ajan henkilökunnan saatavilla ja läsnä työyksikössä. Arveluja herätti myös se, osallistuuko vuorovastaava jatkossa sairaalansisäisen elvytys- ja MET -ryhmän toimintaan uudessa työyksikössä.

Vuorovastaava tarvitsi työtään helpottamaan apuvälineitä, kuten henkilökohtaisen puhelimen ja toiminnanohjausjärjestelmän. Myös oma toimistotila kuului toiveisiin.

6.5.3 Vuorovastaavan sairaanhoitajan alustava toimintamalli

Kokosin vuorovastaavan sairaanhoitajan alustavaan toimintamalliin (Liite 4) kehittämistyön tutkimusaineistosta ja teoreettisesta viitekehyksestä esille nousseet työtehtävät, vaatimukset tehtävässä toimimiselle sekä työssä tarvittavat apuvälineet.

Kevään 2017 aikana vuorovastaavan sairaanhoitajan alustavaa toimintamallia pohditaan ja muokataan yhdessä lähiesimiesten ja tehohoito- ja tehohoitotyön kliinisen asiantuntijahoitajan sekä yhdistyvien työyksiköiden hoitohenkilökuntien kanssa osastopalavereissa. Vuorovastaavan rooli huomioidaan meneillään olevissa tehohoito- ja tehovalvontapotilaiden hoitoprosessien laatimisissa. Malli esitellään myös toimintasuunnitteluryhmälle, joka ottaa kantaa uuden toimintayksikön henkilöstöresursseihin. On kuitenkin viime kädessä henkilöstöresursseista kiinni, voidaanko vuorovastaavan sairaanhoitajan toimintamalli ottaa käyttöön toiminnan alkaessa uusissa tiloissa.

6.6 Sairaanhoidajien kokemuksia ja ajatuksia organisaatiomuutoksesta

Haastattelin sairaanhoitajia myös heidän kokemuksistaan ja ajatuksistaan meneillään olevasta organisaatiomuutoksesta. He kertoivat lisäksi mielipiteitään siihen liittyvästä tiedottamisesta, omista vaikutusmahdollisuuksistaan ja osallistumisestaan muutokseen, nykyisistä toimintakäytännöistä ja perehdytyksestä.

Työyksiköiden yhdistymiseen liittyviksi haasteiksi sairaanhoitajat kokivat erilaiset toimintakulttuurit ja niihin liittyen yhteistyön, -hengen ja yhteisöllisyyden luomisen. Toteutuakseen ne vaativat yhteisten pelisääntöjen luomista, auttamisen kulttuuria sekä palautteen antamisen ja vastaanottamisen taitoa. Kaikki ovat vastuussa yhteishengen syntymisestä ja esimiehillä on tässä tärkeä rooli.

Kaikille ei työyksiköiden yhdistymisen syy ollut selkeä. Suurimmalla osalla haastatelluista oli näkemys, että valvontahoito ja siihen liittyvä osaaminen haluttiin keskitää synergiaedun saavuttamisen nimissä, tutkimustuloksiin perustuen. Neurotehon toimimisen tehostetun valvonnan osaston yhteydessä tiedettiin olleen hyödyllistä ja toimineen hyvin. Yhdistymistä kohtaan oli kuitenkin havaittavissa myönteistä asennetta, koska sen ajateltiin koituvan lopulta hyödyksi potilaille.

Toiminnan ja tiedonkulun turvaaminen suuressa työyksikössä aiheutti haastateltavissa arveluja. Yhtenäiset toimintatavat ja -ketjut sekä tiedottamisen apuvälineet koettiin tärkeiksi. Huolta herätti lääkäreiden osallistuminen hoitotyön toiminnan suunnitteluun. Esiin nousi myös tehostetulle hoidolle langennut päävastuu toiminnan suunnittelusta ja kehittämisestä, jonka syyksi nähtiin sydänvalvonnan ja sydäntutkimusyksiköiden myöhäinen mukaantulo osaksi uutta toimintayksikköä. EVICURES -hankkeelle toivottiin jatkoa.

Henkilökunnan riittävyys ja sen hallittavuus uudessa toimintayksikössä puhutti paljon. Tehovalvontatyö ei ole vastaajien mielestä pelkkää potilaan valvomista lasin takaa.

Uusiin tiloihin kohdistui sekä odotuksia että epäilyksiä. Tilojen koettiin olevan etenkin potilaiden ja sydäntutkimuksen toiminnan kannalta hyvät ja toimintaa varten räätälöidyt. Epäilyksiä aiheutti yhden hengen potilashuoneiden sijaitseminen hajallaan ympäri toimintayksikköä, huoneiden välisen liukuoven puuttuminen, yksikön

suuri pinta-ala ja henkilökunnan suuruus. Yhdistymistä kohtaan liittyviä epäilyksiä aiheuttivat erilainen tapa uudistua verrattuna muihin Suomen sairaaloihin eli pyrkimys suureen yksikköön pienemmän sijaan ja eri erikoisalojen laaja-alainen osaaminen.

Jatkossa lähiesimiesten toivottiin keskittyvän johtamiseen hoitotyöhön osallistumisen sijaan. Vastajat halusivat, että lähiesimiesten työnkuvat avataan henkilökunnalle. Uuden toimintayksikön haluttiin olevan anestesia- ja lääketieteellinen, jossa kunkin erikoisalan erikoislääkärit kiertävät omat potilaansa yhdessä moniammatillisissa tiimeissä. Anestesia- ja lääketieteellisen toivottiin olevan työyksikössä aina saatavilla.

Osalla haastatelluista oli aikaisempia kokemuksia, myönteisiä ja kielteisiä, työyksiköiden yhdistämisestä. Myönteisinä koettiin yhdistymiseen liittyvien asioiden suunnittelu hyvässä yhteishengessä ja yhdistymistä edeltänyt työkierto. Kielteisinä näyttäytyivät kulttuurierot yhdistyneiden työyksiköiden hoitotyössä ja toiminnassa vallinnut kaottisuus pian yhdistymisen jälkeen.

Uuden toimintayksikön tilaratkaisuihin liittyvä tiedottaminen sai kiitosta, mutta itse muutoksesta tiedottamisen koettiin jääneen vähäiseksi, etenkin kirurgian puolella. Vatsatautien vuodeosasto A12:n oma remontti oli ollut etusijalla ja arveltiin vaikuttaneen henkilökunnan informoinnin vähyyteen. A12 valvonnan toiminnan loppumista koskeva informointi oli puutteellista ja sairaanhoitajien siirrosta työskentelemään tehostettuun hoitoon oli tiedotettu liian vähän.

Kaikki eivät päässeet osallistumaan uuden toimintayksikön yhteissuunnitteluun ja muutokseen valmistautumiseen, erityisesti sydäntutkimusyksikön henkilökunta koki tulleen unohdetuksi. Suunnittelutyössä sujuvuuden kannalta pidettiin tärkeänä hyvien ja huonojen asioiden sekä kehitysehdotuksien miettimistä ja kirjaimista. Tiedonsaanti toiminnan suunnittelusta nähtiin osittain satunnaisena ja epäloogisena, ajoittain tietoa tuli liikaakin. Avoin ja reaaliaikainen tiedottaminen, keskeneräisistäkin asioista, oli tärkeää. Hyvinä tiedottamisen apuvälineinä toimivat ilmoitustaulut, sähköposti ja viikkopalaverit. Henkilöstöresursseista ja suunnittelutyöhön osallistuvien työnjaosta olisi haluttu enemmän tietoa.

Haastateltavien mielestä heidän työskentelynsä uudessa työyksikössä perustui vapaaehtoisuuteen ja omaan haluun. Suurin osa heistä oli päässyt osaltaan vai-

kuttamaan omaan tulevaan työhönsä osallistumalla muun muassa työpajoihin, EVICURES -hankkeen virtuaalilaboratoriokäynneille, yhteissuunnitteluun, porinapajoihin, ideapalavereihin ja tilasuunnitteluun. Myös erilaisia ideavihkoja ja -listoja oli voinut täyttää hoitajien toimistotiloissa. Kaikki em. osallistumiskeinot mahdollistivat haastateltujen mielestä käyttäjälähtöisyyden toteutumisen.

Muutokseen valmistautumista helpottivat hyvä yhteishenki, usko ja toiveikkuus tulevaan. Vastaavasti valmistautumista vaikeuttivat sydänvalvonta- ja sydäntutkimusyksiköiden myöhäinen yhdistymispäätös sekä erilaiset huolet tulevaa kohtaan. Huolenaiheina mainittiin henkilöstöressit, oman roolin epäselvyys ja oman vaikutusmahdollisuuksien vähyys. Esimiesten taholta annettu informaatio ja tuki koettiin puutteellisiksi yhdessä fokusryhmässä. Mahdollisimman varhaisella asioista tiedottamisella nähtiin olevan myönteistä vaikutusta työhyvinvointiin, koska työyksikön vaihtuminen on työntekijälle iso muutos.

Yksi fokusryhmä nosti esille lääkehoidon nykyisiä toimintakäytäntöjä ja -tapoja. Ne liittyivät lääkehoidon kuormittavuuteen, lääkkeiden jakamiseen ja osastofarmaseutin työnkuvaan. Uuteen työyksikköön toivottiin toimintatavan muutosta esimerkiksi toteuttamalla tablettilääkkeiden jakaminen koko vuorokaudeksi kerrallaan, joka säästäisi sairaanhoitajan työaika-oleellisesti. Osastofarmaseutin työskentelyn toivottiin jatkossa selkiyttävän lääkehoitoa.

Fokusryhmissä keskusteltiin myös perehdytyksestä uudessa työyksikössä työskentelyä varten. Osa haastatelluista oli jo osallistunut lisäkoulutuksiin ja opinnot koettiin hyödyllisiksi. Tulevaa varten kaivattiin hyvin suunniteltua perehdytystä, koska valvontahoidossa nähtiin olevan eroja työyksiköiden välillä. Vuosikellon mukaan suunniteltu perehdytysohjelma oli jo haastateltavilla tiedossa. Sitä kohtaan oli suuret odotukset ja kaikkien toivottiin pääsevän niihin mukaan. Haastateltavien mielestä toiminnan käynnistyessä ei voida olettaa, että kaikki työntekijät hallitsevat kaikki työtehtävät. Työkierron nähtiin palvelevan hyvin valmistautumista. Osan mielestä kuuden viikon työkierto tehostetussa hoidossa oli liian lyhyt. Tulevan klinisen potilastietojärjestelmän toivottiin myös ohjeistavan hoitotyössä. Valmiit tilat edellyttävät myös tutustumista ja opettelua ennen toiminnan aloitusta.

7 POHDINTA

7.1 Kehittämistyön tulosten tarkastelua

Kehittämistyöni tarkoituksena oli tuottaa tutkimuksellista tietoa sairaanhoitajan roolista organisaatiomuutoksessa, jossa yhdistetään tehohoidon, tehovalvontahoidon ja sydäntutkimuksen toiminnot. Tavoitteena oli saadun tiedon avulla mallintaa alustava vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli uudessa toimintaympäristössä työskentelyä varten. Kehittämisen kysymyksiä oli viisi ja niihin kaikkiin löytyi vastaus tutkimusaineistosta.

Sairaanhoitajien rooli nykyisissä työyksiköissä koostui kaikkien työyksiköiden sairaanhoitajille yhteisistä työtehtävistä sekä työyksikkökohtaisista eroista työtehtävissä. Sairaanhoitajan työtä EPSHP:ssä ohjaa vuonna 2005 laadittu tehtäväkuvauk-
kaus, joka vastaavasti toimii pohjana yksikkökohtaisille tehtäväkuvauksille. Työyksiköiden väliset erot työtehtävissä selittyvät muun muassa yksiköiden erikoisala-
taustoilla ja potilasmateriaalilla sekä hoidon intensiteetillä. Sairaanhoitajan työtehtävät olivat erilaisia riippuen siitä, työskentelikö hän tehohoidon, tehovalvontahoidon, toimenpideyksikön vai vuodeosaston toimintaympäristössä. Tehohoito erottui muista työyksiköistä laitekeskeisyyden, laajimman potilaskirjon ja sairaalansisäisen MET- ja elvytystoiminnan takia. Myös sydäntutkimusyksikössä tehtävä polikliininen toimenpidetyö oli erilaista muihin verrattuna. Vatsatautien vuodeosasto A12 valvonnan, sydänvalvontayksikön ja neurotehon sairaanhoitajien työtehtävät koettiin olevan lähimpinä toisiaan.

Kaikille yhteisiä työtehtäviä olivat potilas-, lääke- ja perushoito, lääkärinterhoille osallistuminen, potilaiden ja läheisten sekä aiemmin potilaina olleiden informointi, potilaskuljetukset ja vastaavan sairaanhoitajan tehtävät. Ajoittain sairaanhoitajat tekivät myös sihteerille sekä väline- ja laitoshuollon kuuluvia tehtäviä. Kaikissa työyksiköissä sairaanhoitajilla oli hoidettavanaan yksi tai useampia henkilökohtaisia hoitotyön vastuualueita.

Nykyisissä työyksiköissä nähtiin olevan sekä hyviä ja hyödyllisiä että kehittämistä vaativia toimintakäytäntöjä. Haastateltavat toivat selkeästi esille sen, että uudessa

tehohoidon ja tehovalvontahoidon yksikössä, jossa on yhden hengen potilashuoneet, ei voida jatkaa työskentelyä nykyisellä tavalla. Yhtenäisten toimintakäytäntöjen luominen on erittäin tärkeää kun työyksiköiden toiminnat yhdistetään. Hyviksi ja hyödyllisiksi nykyisiksi toimintakäytännöiksi sairaanhoitajat mainitsivat työkierron, tiimityön, omahoitajamallin, auttamisen ja jatkuvan kehittämisen kulttuurit, hoitotyön erikoisosaamisen, korkealaatuisen hoitotyön sekä työhyvinvoinnin. Kehittämistä taas vaativat moduulityöskentely, hoitotyön kirjaaminen, henkilöstön riittävyys, omahoitajamalliin siirtyminen, potilaan kokonaisvaltainen hoitaminen ja sähköiset työn apuvälineet. Vastaavana sairaanhoitajana työskentely ja moduulityöskentely kuuluivat työyksiköstä riippuen sekä hyviin että kehittämistä vaativiin toimintakäytäntöihin. Niissä työyksiköissä, joissa vastaavan sairaanhoitajan työnkuva oli selkeä, se koettiin hyödyllisenä toimintakäytäntönä. Vuodeosastotyössä moduulityöskentelyn nähtiin toimivan paremmin kuin valvontatason työssä.

Haastateltavat kuvasivat sairaanhoitajan roolia tulevassa työyksikössä moniosaamista vaativaksi. Tehohoidon ja tehovalvontahoidon yksiköissä tullaan jatkossa hoitamaan sairaalan kaikkien lääketieteen erikoisalojen potilaita. Tämä on suuri muutos niille sairaanhoitajille, jotka ovat nykyisissä työyksiköissään keskittyneet hoitamaan vain yhden erikoisalan potilaita. Sairanhoitajat näkivät heidän työnkuvansa olevan jatkossa entistä selkeämpi työhön liittyvien vastuurajojen ja -alueiden määrittelyn myötä. Omahoitajamalliin siirtyminen ja vuorovastaavan sairaanhoitajan tehtäväkuva olivat osa tätä määrittelyä. Sairanhoitajat odottivat työskentelyä hyvässä työ- ja hoitoympäristössä, jossa on riittävät henkilöstöresurssit ja yhteistyön kulttuuri. Meneillään olevalla vuosikellon mukaisella perehdytysohjelmalla ja työkierrolla koettiin olevan suuri merkitys moniosaamisen saavuttamisessa.

Vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli tulevassa työyksikössä nähtiin tärkeänä, tarpeellisena ja vastuullisena. Hän voi työskentelyllään sujuvoittaa koko työyksikön hoitotyön toimintaa ja turvata tiedonkulkua. Tehohoidon ja tehovalvonnan yksiköissä toivottiin työskentelevän jokaisessa työvuoressa oma, rivisairanhoitajista nimetty vuorovastaava. Vuorovastaavalla ei ole aamu- ja iltavuoroissa omaa potilasta, vaan hän keskittyy omiin työtehtäviinsä. Niihin listattiin kuuluviksi potilas- ja puhelinliikenteen koordinointi, hoitotyön organisointi, henkilökunnan tiedottaminen,

konsultointi, yhteistyö lääkäreiden kanssa sekä perhe- ja lääkehoitotyöhön osallistuminen. Tarvittaessa hän voi toimia apuna välittömässä potilashoitotyössä. Vuorovastaavan tulee hallita työyksikkönsä kokonaistilanne ja siksi tehtävässä voi toimia vain riittävän työkokemuksen tehohoidosta ja/tai tehovalvontahoidosta omaava sairaanhoitaja. Hän toimii myös kollegiaalisena tukena työyhteisölleen. Tehtävää varten toivottiin selkeän työnkuvan laatimista, ohjeistusta ja perehdytystä. Työnsä apuvälineinä vuorovastaava käyttää puhelinta sekä sähköistä, työyksikköön räätälöityä toiminnanohjausjärjestelmää.

Koostin osana kehittämistyötäni vuorovastaavan sairaanhoitajan alustavan toimintamallin, joka sisälsi työtehtävät, kriteerit ja työn apuvälineet. Alustava toimintamalli toimii pohjana jatkotyöskentelylle. Toimintamallin valmistumista viivästytti uuteen yksikköön saatavien henkilöstöressurssien keskeneräisyys keväällä 2017. Vuorovastaavan sairaanhoitajan työskentely omassa työvuorossaan ”ylimääräisenä” edellyttää riittävää työvuorokohtaista hoitajamiehitystä.

Sairaanhoitajat kokivat meneillään olevan organisaatiomuutoksen haasteelliseksi erilaisten hoitotyön toimintakulttuurien vuoksi. Yhteishengen ja yhteisöllisyyden syntymisen edellytyksiä olivat yhteiset pelisäännöt ja toimintakäytännöt, auttamisen kulttuuri sekä palautteen annon ja vastaanoton taito. Muutoksesta tiedottaminen toteutui osin epätasapuolisesti eri työyksiköissä. Myös keskeneräisistä asioista toivottiin tiedotettavan henkilökuntaa. Tiedottamiselle haasteita loi eri yksiköiden yhdistymispäätösten varmistuminen eri ajankohtina. Tutkimustulokset ovat samantaisia verrattuna Yletyisen (2009) pro gradu -tutkielman tuloksiin teho-osaston sairaanhoitajien kokemuksia teho- ja tehovalvontaosastojen yhdistymisestä kesälomien ajaksi resurssipuutteiden vuoksi. Osastojen yhdistymisessä myönteisenä asiana sairaanhoitajat kokivat työkäytäntöjen yhdenmukaistamisen, yhteishengen paranemisen ja potilasturvallisuuden säilymisen. Kritiikkiä saivat osakseen erityisesti muutosjohtamista ja tiedottamisen puutteellisuutta. Yhteistyön syntymistä hankaloitti erilaiset hoitokulttuurit ja -käytännöt osastojen välillä, oman johdon puuttuminen työpaikalta sekä vieraat työkaverit.

Osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet omaa työtä sekä uuden työyksikön toimintaa ja tiloja koskeviin asioihin koettiin monipuolisiksi. Kaikki eivät kuitenkaan olleet saaneet mahdollisuutta osallistua tila- ja toiminnan suunnitteluun samalla intensi-

teetillä. Esteinä osallistumiselle olivat esimerkiksi tiedonkulun ongelmat ja epäso-
pivat aikataulut. Työskentelyn uudessa yksikössä nähtiin perustuvan vapaaehtoi-
suuteen ja omaan haluun.

Sairaanhoitajien mielestä jatkossa yhdistymistä edistäviä asioita olivat oikeuden-
mukainen johtaminen, yhteissuunnittelu, johdon antama tuki ja läsnäolo sekä riit-
tävä tiedottaminen. Ylemmältä hoitotyön johdolta he kaipasivat järkiperusteluja ja
käytäntöjen yhtenäistämistä. Ylikosken ja Ylikosken (2009, 111–112) mukaan mitä
suuremmasta muutoksesta on kyse, sitä tärkeämmässä roolissa on viestintä. Muu-
tos synnyttää hämmennystä ja epäjärjestystä kun aiemmat toimintamallit eivät
enää toimi, mutta uusiakaan ei ole vielä ehtinyt kehittyä niiden tilalle. Muutosvies-
tinnässä avainsana on dialogi eli mahdollisuus keskustella, jakaa kokemuksia, tul-
la kuulluksi ja ymmärretyksi, osallistua ja saada arvostusta. Viestinnän tulee olla
keskustelevaa, läsnä olevaa, kyselevää, konkreettista ja mielellään henkilökohtais-
ta. Jokaisella on oikeus saada tietoa omasta asemastaan ja tehtävästään muuttu-
vassa organisaatiossa.

7.2 Kehittämistyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus kohdistuu totuuteen ja tiedon objektiivisuu-
teen. Luotettavuutta tulee tarkastella tutkimusmenetelmien, -prosessin ja -tulosten
näkökulmasta. Epistemologisessa eli tietoteoreettisessa keskustelussa eritellään
neljä totuusteoriaa eli totuuden korrespondenssiteoria, totuuden koherenssiteoria,
pragmaattinen totuusteoria ja konsensukseen pohjautuva totuusteoria. Korrespon-
denssiteorian mukaan väittämä on totta vain silloin kun se vastaa todellisuutta ja
sen paikkansapitävyys on aistein todennettavissa. Koherenssiteorian mukaan väit-
tämä on totta, mikäli se on yhtä lailla pitävä ja johdonmukainen verrattuna muihin
väittämiin. Pragmaattinen totuusteoria käsittelee tiedon seuraamuksia käytännös-
sä ja väittämä on tosi, jos se toimii ja on hyödyllinen. Konsensukseen pohjautuva
totuusteoria puolestaan kuvaa totuuden luomista ihmisten yhteisymmärryksessä.
Tiedon objektiivisuus liittyy em. totuusteorioihin ja ainoastaan korrespondenssiteo-
riassa tieto voi olla ehdottoman objektiivista eli vastaa maailmasta tehtyjä havain-
toja. Laadullisen tutkimuksen totuutta pohtiessa on erotettava lisäksi havaintojen

luotettavuus ja puolueettomuus. Tällöin tulee miettiä, onko tutkijan tarkoituksena kuulla ja ymmärtää tiedonantajia omina itsenään vai antaako hän esimerkiksi tiedonantajan ominaisuuksien (ikä, sukupuoli, virka-asema tms.) vaikuttaa tekemiinsä havaintoihin. (Toikko & Rantanen 2009, 121–123; Tuomi & Sarajärvi 2011, 134–136.)

Määrällisten tutkimusmenetelmien luotettavuutta kuvataan validiteetilla (pätevyys) eli onko tutkimuksessa tutkittu juuri sitä, mitä on luvattukin sekä reliabiliteetilla (luotettavuus) eli onko tutkimus toistettavissa samankaltaisena. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden pohdinnassa käytetään usein vakuuttavuutta ja kehittämistoiminnassa erityisesti käyttökelpoisuuden käsitettä. Tällöin pelkkä tiedon todenmukaisuus ei ole riittävä luotettavuuden osoitus, vaan tiedon on oltava myös hyödynnettävissä laajemmin. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122, 125; Tuomi & Sarajärvi 2011, 134–136.)

Toikko ja Rantanen (2009, 123–124) listaavat kehittämistoiminnan luotettavuuden arvioinnille kolme ongelmaa. Ensiksikin sosiaalisten ryhmäprosessien toistaminen on vaikeaa, koska niihin vaikuttavat yksilölliset, yhteisölliset ja kulttuuriset tekijät. Toiseksi, kehittämistoiminnassa mittarit eli kyselyt yms., joudutaan usein laatimaan nopealla aikataululla, mikä aiheuttaa mittarin pätevyydelle suuria haasteita. Kolmanneksi, tutkimusaineistot jäävät usein liian pieniksi, jolloin toistettavuus voi olla ongelmallista. Kehittämistoiminnan vakuuttavuus perustuu johdonmukaisuuteen ja uskottavuuteen. Vakuuttavuus osoitetaan tekemällä tutkimusvalinnat ja tulkinnat näkyviksi sekä avaamalla tutkimusaineisto argumentaatioineen. Myös toimijoiden sitoutuneisuuden nähdään olevan yksi luotettavuustekijöistä, sillä huono sitoutuminen laskee sekä kehittämistoiminnan aineiston, menetelmien ja tulosten luotettavuutta.

Tämän kehittämistyön tutkimusaineisto kerättiin sairaanhoitajien fokusryhmähaastatteluilta sekä analysoimalla muuttuvaa työympäristöä ja toimintatapoja käsitteleviä miellekarttoja. Koska miellekarttojen laatimiseen ei osallistunut henkilökuntaa kaikista yhdistyvistä työyksiköistä, halusin fokusryhmähaastatteluihin osallistujia kaikista työyksiköistä. Näin oli mahdollista saada erilaisia mielipiteitä ja ajatuksia tutkittavasta aiheesta. Haastateltavissa oli mukana eri-ikäisiä ja eripituisia aikoja

sairaanhoidajan työtä tehneitä, joka osaltaan lisäsi tutkimusaineiston monipuolisuutta.

Raportoin tutkimusaineiston keruumenetelmät yksityiskohtaisesti ja johdonmukaisesti. Laadullisen aineiston induktiivisessa sisällönanalyysissä pyrin luokittelemaan vastaukset järjestelmällisesti. Kehittämistyön menetelmät, aineistot ja tulokset raportoin mahdollisimman tarkasti ja kattavasti, jättämättä tuloksista mitään oleellista pois. Sisällönanalyysin valmistuttua ohjaajani luki ne läpi, jotta varmistuin tehneeni analyysin oikealla tavalla.

Kehittämistyöni lähteinä käytin mahdollisimman tuoreita, enintään 10 vuotta vanhoja suomen- ja englanninkielisiä tieteellisiä julkaisuja, artikkeleita, tutkimuksia ja kirjallisuutta. Tein tiedonhakuja Aleksis-, Arto-, Cinahl-, Medic-, Melinda- ja Terveystietokannista, vapailla internethauilla Googlessa sekä selaamalla ammattilehtiä. Tiedonhakuun sain henkilökohtaista apua korkeakoulukirjaston informaatiokolta.

Vaikka kehittämistyöni on räätälöity EPSHP:n organisaatiolle, en näe estettä sen hyödyntämiselle muidenkin sairaalaorganisaatioiden muutostilanteissa. Samankaltaiset yksiköiden yhdistämiset tulevat uskoakseni toteutumaan myös muualla meillä olevan sote -uudistuksen myötä. EVICURES -hankkeessa uuden hoito- ja työympäristön tilojen ja toiminnan yhteissuunnitteluun osallistettiin kaikki käyttäjät, mikä aikaansai valtaistumista.

7.3 Kehittämistyön eettisyys

Kehittämistyöni toteutuksessa noudatin hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeita. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6–7) hyvän tieteellisen käytännön ohjeen mukaan tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta itse tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja raportoinnissa sekä tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti hyväksyttäviä. Tutkimuksessa noudatetaan avoimuutta ja tuloksia julkaistaessa vastuullista viestintää. Viitattaessa muiden tutkijoiden julkaisuihin, tutkijan tulee antaa niille kuuluva asianmukai-

nen arvo. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida ja tutkimusaineisto tallentaa sekä hakea tarvittavat tutkimusluvut.

Anoin tutkimusluvan kehittämistyölleni EPSHP:n hallintoylihoitajalta kesäkuussa 2016 (Liite 5). Pyysin fokusryhmähaastatteluun osallistuneilta vapaaehtoisilta sairaanhoitajilta kirjallisen luvan haastattelujen nauhoitukseen (Liite 3). EVICURES -hankkeen workshoppeissa tuotettujen miellekarttojen tutkimusaineistona käyttöä varten anoin kirjallisesti luvan hankkeen projektipäälliköltä ja sähköpostitse workshopien vetäjältä. Lisäksi pyysin kirjallisen luvan miellekarttojen tutkimuskäyttöön jokaiselta workshoppeihin osallistuneelta (n=24).

Tulosten raportoinnissa huolehdin siitä, ettei tuloksista voi tunnistaa yksittäistä haastateltavaa. Tästä syystä jouduin jättämään hyvin pienen osan haastatteluvastauksista raportoimatta. Osan tutkimustuloksista sen sijaan raportoin erittelemällä työyksiköiden välisiä eroja kun näin sen perustelluksi yksityisyys huomioiden. Informoin haastateltavia suullisesti ja kirjallisesti kehittämistyön tarkoituksesta ja tavoitteesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta, haastattelujen nauhoittamisesta sekä siitä, että heillä on mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. Kehittämistyön valmistuttua hävitän haastattelutallenteet ja litteroidut aineistot.

Koska työskentelen itse mukana meneillään olevassa organisaatiomuutoksessa, roolini tutkijana oli asettautua ulkopuoliseksi kollegoitani haastatellessa. En tuonut esille kehittämistyön missään vaiheessa omia mielipiteitäni ja haastattelun aluksi kehoitin osallistujia olemaan kysymättä minulta muutokseen liittyvistä asioista, vaan kertomaan vain omia näkemyksiään.

7.4 Kehittämistyön prosessi ja jatkotutkimusaiheet

Koska uuden yksikön toiminnan suunnittelu on maaliskuussa 2017 keskeneräinen, ei lopullisia henkilöstöresursseja tai toiminnanohjausjärjestelmää ole vielä tiedossa. Tästä syystä kehittämistyössä mallinnettu vuorovastaavan sairaanhoitajan toimintamalli jää alustavaksi. Sen valmistuminen edellyttää kommentteja ja ideointia toiminnansuunnitteluryhmältä, lähiesimiehiltä ja hoitohenkilökunnalta kevään 2017

kuluessa. Lisäksi sairaanhoitajien koulutus ja/tai perehdytys vuorovastaavan työtä varten tulee pohtia, tarvitaanko sellaista ja mitä sen tulisi sisältää. Lopullisen muotonsa toimintamalli saa uudessa toimintaympäristössä työskentelyn myötä.

Koin työelämälähtöisen kehittämisen mielekkääksi ja kehittämisen aiheen nostaminen omaan työhön liittyvästä muutoksesta tuntui alusta alkaen luonnolliselta valinnalta. Pystyin hyödyntämään omaa hoitotyön asiantuntijuuttani tässä kehittämistyössä ja mukanaoloni erilaisissa suunnittelu- ja kehittämistehtävissä auttoi hahmottamaan organisaatiomuutoksen kokonaisuutta. Muutos kehittämistyön ja tutkimuksen aiheena oli erittäin laaja ja aluksi oli vaikeuksia päättää, miten sitä lähestyn. Päädyin ottamaan näkökulmaksi organisaatiomuutoksen, koska juuri sellaisen keskellä itsekkin työskentelen. Muutoksesta oli saatavissa paljon tietoa, mutta vuorovastaavan sairaanhoitajan työstä vähemmän.

Sain kehittämistyöhöni ja opiskeluuni tukea ja kysymyksiini vastauksia omilta esimiehiltäni. Opiskelu työn ohessa oli haastavaa, mutta ajoittainen työn osaikaisuus mahdollisti opintojeni etenemisen suunnitellun aikataulun mukaisesti. Keväällä 2017 hyödynsin EPSHP:n omaehtoiseen koulutukseen myönnettäviä palkallisia vapaapäiviä, jotka osaltaan auttoivat työn ja opiskelun yhdistämisessä.

Näyttöön perustuvan tutkimustiedon vieminen käytännön hoitotyöhön on nykypäivää ja koen, että sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnot antavat siihen hyvän pohjan. Toivon, että tämän kehittämistyöni avulla on mahdollista vaikuttaa sairaanhoitajan rooliin tulevassa työyksikössämme. Vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli hoitotyön organisoijana, koordinoijana sekä kokonaistilanteen hallitsijana on erittäin tärkeä huomioida suuressa työyksikössä. Toivottavasti siihen löytyy resursseja. Kehittämistyön julkaiseminen Theseuksessa mahdollistaa tulosten hyödyntämisen myös muiden sairaalaorganisaatioiden muutoksissa.

Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä oli toimiva ja apukysymyslistan avulla sain vastaukset kaikkiin kysymyksiini. Tarkentavien kysymysten avulla oli mahdollista ohjata keskustelua oikeille urille. Koska haastattelin omia kollegoitani omaankin työhöni liittyvistä asioista, tiesin tarkalleen mistä he puhuivat ja epäselvyyksiä ei syntynyt. Haastattelutilanteissa osallistujat eivät puhuneet samanai-

kaisesti, vaan antoivat toisilleen puheenvuoron. Hiljaisemmilta osallistujilta kysyin erikseen mielipidettä aiheeseen, elleivät he sitä itse kertoneet. Tavoitteena oli saada kaikkien ääni ja mielipide esille ja siinä mielestäni onnistuin hyvin.

Miellekarttojen laatimiseen workshopeissa osallistui sairaanhoitajien lisäksi myös muita tehostetun hoidon henkilökuntaan kuuluvia, mikä mahdollisti moniäänisyyden toteutumisen toiminnan suunnittelussa. Koska workshopeihin ei osallistunut henkilökuntaa kaikista yhdistyvistä yksiköistä, vuorovastaavan sairaanhoitajan roolin mallintaminen kahden erillisen tutkimusaineiston (fokusryhmähaastattelut + miellekartat) avulla oli perusteltua. Siten sain kerättyä mielipiteitä ja ideoita kaikkien yksiköiden edustajilta.

Opintojen lähipäivinä toisilta opiskelijoilta ja opettajilta saatu vertaistuki oli ensiarvoista opinnäytetyöprosessin valmistumiselle. Kehittämistyö eteni osa kerrallaan lähipäivinä annettujen kotitehtävien avulla. Niiden läpikäynti ja kommentointi Moodle -verkko-oppimisympäristössä oli tarpeellista. Opettajan antama henkilökohtainen ohjaus selkeytti työtä ja sen etenemistä.

EPSHP:n yhden hengen potilashuoneisiin pohjautuva tehohoidon ja tehovalvontahoidon yksikkö on Suomessa ensimmäinen laatuaan. Jatkossa on tärkeää tutkia tämän kaltaisen työ- ja hoitoympäristön vaikutuksia esimerkiksi henkilökuntamitoitukseen, potilaiden hyvinvointiin ja henkilökunnan työhyvinvointiin, hoidon laatuun ja tuloksiin, kustannustehokkuuteen ja yleiseen toimivuuteen. Asiakaslähtöisyys tulee myös huomioida uusissa tiloissa toteutettavan toiminnan jatkuvassa kehittämisessä, jolloin tiloissa työskentelevien lisäksi mielipiteitä kysytään myös potilailta ja heidän läheisiltään. Toimintojen ja henkilökunnan yhdistäminen useasta eri toiminta-alueesta (sisätaudit, kirurgia ja neurologia) on suuri haaste erilaisten toimintakäytäntöjen vuoksi. Tutkimisen arvoista on, miten tässä haasteellisessa tehtävässä onnistuttiin.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomalainen sosiaali- ja terveysala muuttuu ja sairaanhoitajat ovat uudistuksessa avainasemassa. Heidän tulee kehittää ammatillista osaamistaan jatkuvasti ja se mahdollistuu muun muassa laaja-alaisen hoitotyön (APN, *advanced practice nursing*) myötä. Sen avulla turvataan tulevaisuudessa kustannustehokkaat ja laadukkaat palvelut kansalaisille. Asiantuntijasairaanhoitajat ja kliinisen hoitotyön asiantuntijat toteuttavat itsenäistä kliinistä hoitotyötä, edistävät terveyttä ja eettistä päätöksentekoa, opettavat, ohjaavat, konsultoivat, johtavat sekä tutkivat ja kehittävät. Näyttöön perustuvan tutkimustiedon vieminen käytäntöön on yksi APN -sairaanhoitajille kuuluvista tehtävistä. (Sairaanhoitajaliitto 2016, 3–6.)

Tuleva sote -uudistus vaikuttaa myös tehohoidon ja tehovalvontahoidon järjestämiseen. Ala-Kokko ym. (2016a, 3072) linjasivat em. toimintojen yhdistämisen organisaatiotasolla suurempiin, tehohoitolääkärijohtoisiin kokonaisuuksiin välttämättömäksi. Laajan päivystyksen sairaaloissa toteutetaan ympärivuorokautista päivystyskirurgiaa ja konservatiivisten erikoisalojen päivystysluonteista hoitoa ja siksi tulee tarjota myös tehohoitotasosta hoitoa. Suuriin yksiköihin yhdistyy henkilökunnan monialainen osaaminen niin hoitoprosessien kuin laitteiden ja tarvikkeiden osalta. Harvoin toteutuva erityisosaaminen, kuten tehohoidon erityislaitteiston hallinta tai lasten vaativa tehohoito, tulee jatkossakin keskittää yliopistosairaaloihin. Parviaisen (2012, 67) mukaan potilaiden siirtäminen tarvittaessa tehohoidosta tehovalvontaan ja päinvastoin tulee tapahtua joustavasti, mikä puoltaa myös em. toimintojen sijoittamista lähekkäin.

EPSHP:n Seinäjoen keskussairaala on yksi kahdestatoista laajan päivystyksen sairaalasta. Tehohoidon, tehovalvontahoidon ja sydäntutkimusyksiköiden toimintojen yhdistämisellä tavoitellaan synergiaetua ja korkealaatuista potilashoitoa. Operatiiviselta ja konservatiiviselta toiminta-alueelta tulevan henkilöstön yhdistyminen tuo yksikköön laajan tietotaidon ja kokemuspohjan. Jokaisen on kuitenkin opetettava paljon uutta lisänä nykyiseen rooliinsa. Sairaanhoitajat tiedostivat, että moniosaamisen vaatimus edellyttää hyvin suunniteltua koulutusta ja perehdytystä. Korkea- ja tasalaatuinen hoito vaatii myös yhtenäisiä toimintakäytäntöjä ja malleja, joita EPSHP:ssä laadittiin erilaisten tutkimus- ja kehittämishankkeiden sekä sys-

temaattisen työkierron avulla. Niihin osallistuneet sairaanhoitajat kokivat valtaistumista voidessaan vaikuttaa omaa työtään ja tulevaa työympäristöään koskeviin asioihin.

Vuorovastaavan sairaanhoitajan toimintamallin avulla on mahdollista sujuvoittaa päivittäistä hoitotyötä potilasturvallisesti. Vuorovastaavana voi toimia riittävän työkokemuksen omaava sairaanhoitaja, joka kykenee hallitsemaan työyksikkönsä kokonaistilanteen. Työssä apuvälineenä toimii mm. yksikköä varten räätälöity, sähköinen toiminnanohjausjärjestelmä (Ala-Kokko ym. 2016, 3073).

LÄHTEET

A 28.6.1994. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä.

Ala-Kokko, T., Karlsson, S., Kuitunen, A., Uusaro, A., Bendel, S., Parviainen, I., Soininen, L., Varpula, T., Pettilä, V., Valtonen, M., Loisa, P., Saarinen, K., Kiviniemi, O., Sjövall, S., Reinikainen, M., Laru-Sompa, R. & Hovilehto, S. 2016. Tehohoito tarvitsee laajan päivityksen sairaalan palvelut. Suomen Lääkärilehti 71 (48), 3072–3073.

Ala-Kokko, T., Ruokonen, E., Pettilä, V., Tallgren, M. & Karlsson, S. (toim.) Tehohoito-opas. 2016. [Verkkajulkaisu, päivittyvä]. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 1.2.2017]. Saatavana Terveysportti -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Appelbaum, S. H., Habashy, S., Malo, J. & Shafiq, H. 2012. Back to the future: revisiting Kotter's 1996 change model. [Verkkolehtiartikkeli]. Journal of Management Development 31 (8), 764–782. [Viitattu 1.2.2017]. Saatavana Emerald Insight -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). 16.11.2015. Päätöksenteko. Hallintosääntö. [Verkkosivu]. [Viitattu 29.1.2017]. Saatavana: http://www.epshp.fi/tietopankki/epshp_n_paatoksenteko

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). Ei päiväystä. Strategia 2013–2020. [Verkkosivu]. [Viitattu 29.1.2017]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/6270/Etela-Pohjanmaan_sairaanhoitopiirin_strategia_2013-2020.pdf

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). 14.11.2016. Talousarvio 2017 ja toiminta- ja taloussuunnitelma 2018–2019. [Verkkosivu]. [Viitattu 29.1.2017]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/54/Talousarvio_2017_ja_toiminta-ja_taloussuunnitelma_2018-2019.pdf

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). Toiminta. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. [Viitattu 1.2.2017]. Saatavana: <http://www.epshp.fi/1/toiminta>

Etelä-Pohjanmaan SOTE. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 23.2.2017]. Saatavana: <https://sote.ep2019.fi>

European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa). 2007. Position Statement on Workforce Requirements in Critical Care Units. [Verkkosivu]. [Viitattu 2.2.2017]. Saatavana: http://www.efccna.org/images/stories/publication/2007_ps_workforce_requirements_neu.pdf

Haapamäki, K. & Sihvo, A. 2011. Teho-osaston vastaavan hoitajan toimenkuva, valintakriteerit ja koulutus. Tiivistelmä kehitystyöstä. Tehohoito 29 (1), 43.

- Haataja, M., Tiirinki, H., Suhonen, M. & Paasivaara, L. 2012. Muutosprosessin arvioinnin kehys lähijohtajan näkökulmasta: CSM -teorian sovellus terveydenhuollon työyksikössä. *Hallinnon Tutkimus* 31 (3), 217–230.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. *Qualitative research in nursing and health care*. Third edition. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Juuti, P. & Virtanen, P. 2009. *Organisaatiomuutos*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Kajamaa, A. 2011. *Unraveling the helix of change: an activity-theoretical study of health care change efforts and their consequences*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Käyttätymistieteiden laitos. Väitöskirja.
- Kielijelppi – Språkhjälpen. Ei päiväystä. Jelppiä akateemiseen viestintään. [Verkkosivusto]. [Viitattu 13.2.2017]. Helsinki: Helsingin yliopiston kielikeskus. Saatavana: <http://blogs.helsinki.fi/kielijelppi/>
- Kokkinen, L. 2012. Työntekijät julkisten sairaaloiden rakennemuutostarpeiden synnyttäjinä ja rakennemuutosten seurausten kokijoina. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
- Lakanmaa, R-L. 2013. Tehosairaanhoidajan kompetenssi. *Tehohoito* 31 (2), 135–137.
- Lakanmaa, R-L. 2012. Competence in intensive and critical care nursing: development of a basis assessment scale for graduating nursing students. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Lehtipuu, P. & Monni, S. 2007. *Synergia: vastuullisen yritystoiminnan menestysmalli*. Helsinki: Talentum.
- Lundgrén-Laine, H. 2013. Immediate decision-making and information needs in intensive care coordination. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Lundgrén-Laine, H., Kontio, E., Kauko, T., Korvenranta, H., Forsström, J. & Salanterä, S. 2013. National survey focusing on the crucial information needs of intensive care charge nurses and intensivists: same goal, different demands. [Verkkolehtiartikkeli]. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13 (15), 1–11. Saatavana: <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC3564892/>

- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Miller, A. 2013. The changing nature of ICU charge nurses' decision making: from supervision of care delivery to unit resource management. [Verkkolehtiartikkeli]. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 39 (1), 38–47. [Viitattu 12.2.2017]. Saatavana CINAHL with Full Text (EBSCO) -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vahtera, A., Vakkala, M., Jalonen, J., Junttila, E. & Pöyhiä, R. 2016. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. [Verkkojulkaisu, päivittyvä]. Saatavana Terveysportti / Oppiportti -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Nykänen, E., Tuomaala, P., Laarni, J., Krupakar, D., Saarinen, K., Yli-Karhu, T., Hämäläinen, K., Koskela, T., Eerikäinen, H., Salminen-Tuomaala, M., Hellman, T., Rintamäki, K., Vimpari, K., Kilpikari, J., Jääskeläinen, J. & Kotilainen, H. 2016. A user-oriented, evidence-based design project of the first Finnish single room ICU. Results of EVICURES project. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: VTT. Technology 252. [Viitattu 22.8.2016]. Saatavana: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2016/T252.pdf>
- Opetushallitus. 28.2.2017. Säädökset ja ohjeet. Mind map. [Verkkosivusto]. [Viitattu 28.2.2017]. Saatavana: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/mind_map
- Parviainen, I. 2012. Teho-osasto 2020 -luvun tarpeisiin. Tehohoito 30 (1), 66–68.
- Pitkänen, A., Nieminen, I. & Aalto, P. 2014. Sairaanhoidajien osaaminen sairaalan vetovoimaisuustekijänä. Tutkiva Hoitotyö. 12 (1), 48–50.
- Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Ponteva, K. 2009. Työntekijän samaistuminen organisaatioon ja vieraantuminen työstä organisaatiomuutoksessa. Narratiivinen analyysi kilpailuun valmistautuvasta kaupunkiorganisaatiosta. Tampere: Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Väitöskirja.
- Reinikainen, M. 2012. Hospital mortality of intensive care patients in Finland: insights into prognostic factors and measuring outcomes. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Ruohomäki, H., Hämäläinen, K., Ala-Hynnälä, L. & Nurro, S. 2015. Seinäjoen keskussairaalan tehostetun hoidon toimintayksikön teho- ja tehovalvontaosaston sekä sydäntutkimusyksikön tarveselvitys, toiminnallinen ja tilasuunnitelma. Julkaisematon.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

- Sairaanhoitajaliitto. 4.2.2017. Sairaanhoitajat. [Verkkosivu]. [Viitattu 4.2.2017]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/>
- Sairaanhoitajaliitto. 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat: laatua tulevaisuuden sote -palveluihin. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 14.2.2017]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>
- Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajien työolobarometri 2016: Sairaanhoitajaliiton selvitys sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. 30.1.2017. [Verkkosivu]. [Viitattu 12.2.2017]. Saatavana: https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/01/tyoolobarometri_2016.pdf
- Sipilä, M., Miettinen, M., Holopainen, A., Kyngäs, H., Turunen, H., Voutilainen, P. & Pölkki, T. 2015. Visio sairaanhoitajan työn sisällöstä vuonna 2035. Tutkiva Hoitotyö. 13 (1), 52–54.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2016. Sote- ja maakuntauudistus. [Verkkosivusto]. [Viitattu 29.1.2017]. Saatavana: <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 4.1.2017. Sote -uudistus. Ajankohtaista. [Verkkosivusto]. [Viitattu 29.1.2017]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/ajankohtaista>
- Thomas, P. L. 2012. Charge nurse as front-line leaders: development through transformative learning. [Verkkolehtiartikkeli]. The Journal of Continuing Education of Nursing 43 (2), 67–74. [Viitattu 12.2.2017]. Saatavana CINAHL with Full Text (EBSCO) -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Tulisalo, P. 2016. Psykologi. Prover Oy. Muutoksen muuttuvat kasvot. Koonti. 10.5.2016.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uud. laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turpeinen, M. 2011. Muutoksen ja arvioinnin paikka. Henkilöstö arvioi julkisen erikoissairaanhoidon organisaatiofuusiota eri positioista. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 19.2.2017]. Saatavana: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Ei päiväystä. Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet. [Verkkosivusto]. [Viitattu 6.3.2017]. Saatavana: <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet#3>
- Valtioneuvosto. Ei päiväystä. Hallitusohjelman toteutus. Reformit. [Verkkosivusto]. [Viitattu 4.2.2017]. Saatavana: <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/reformi1>
- Virta, S. 2016. Oikeassa paikassa: vuorovastaavana sydänkirurgian teholla. *Reportaasi*. *Sairaanhoitaja* 89 (7), 16–25.
- Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- World Federation of Critical Care Nurses (WFCCN). 2005. Position Statement on the Provision of Critical Care Nursing Workforce: Declaration of Buenos Aires, 2005. [Verkkosivu]. [Viitattu 2.2.2017]. Saatavana: <http://wfccn.org/wp-content/uploads/workforce.pdf>
- Yletyinen, P. 2009. Osastojen yhdistyminen muutoksena: haastattelututkimus sairaanhoitajille. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Ylikoski, K. & Ylikoski, M. 2009. Työyhteisö muutosmurroksessa. Ihmisyys muutoksen kohtaamisessa ja johtamisessa. 5. uud. p. Työturvallisuuskeskus.
- Ylikukkonen, P. 2015. Osastonhoitajan tuki vuorovastaavalle. Luentomateriaali. 20.11.2015. HUS. Vuorovastaava. Julkaisematon.
- Ylikukkonen, P., Kotila, J. & Salmenperä, S. 2016. Lähiesimies osaamisen johtajana: sairaanhoitajan ammatillinen kasvu ja kehittyminen tehohoitotyössä. *Tehohoito* 34 (1), 57–61.

LIITTEET

Liite 1. Sairaanhoidajan kliinisen hoitotyön uramalli

Liite 2. Fokusryhmähaastattelun kysymysrunko

Liite 3. Fokusryhmähaastattelun nauhoituslupa

Liite 4. Alustava vuorovastaavan sairaanhoidajan toimintamalli

Liite 5. EPSHP:n viranhaltijapäätös tutkimusluvasta

Liite 1. Sairaanhoidajan kliinisen hoitotyön uramalli Sairaanhoidajaliittoa (2016, 32) mukailten

NIMIKE	SAIRAANHOITAJA	ERIKOISTUNUT SAIRAANHOITAJA	LAAJAVASTUINEN HOITOTYÖ (APN)	
			ASiantuntija-Sairaanhoidaja	Kliinisen hoitotyön asiantuntija
KOULUTUS	Perustutkinto 210 op	Erikoistumis- tai täydennyskoulutus 30–60 op	Ylempi korkeakoulututkinto (ylempi ammattikorkeakoulu- tai maisterin tutkinto) Akateeminen jatkotutkinto (tohtorin tai dosentin tutkinto)	
		Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus 45 op Kliinisen hoitotyön erityispätevyys		
TYÖNKUVA	Näyttöön perustuvan, terveyttä edistävän ja ylläpitävän, sairauksia ehkäisevän, parantavan, kuntouttavan ja kärsimyksiä lievittävän hoitotyön toteutus ja kehittäminen. Eri elämänvaiheita elävien ihmisten ja yhteisöjen voimavarojen tukeminen. Ihmisten auttaminen kohtaamaan sairastumista, vammautumista ja kuolemaa.	Erikoisosaamisen soveltaminen sairaanhoidajan työssä. Näyttöön perustuvan tiedon soveltaminen ja toiminta siihen perustuvien käytäntöjen ohjaajana ja tukijana omassa työyksikössä.	Edistyneellä tasolla itsenäinen kliininen hoitotyö ja terveyden edistäminen, eettinen päätöksenteko, opetus ja ohjaus, konsultointi, näyttöön perustuvat käytännöt, johtaminen, yhteistyö, tutkimus ja kehittäminen.	
			Laaja-alainen ja kokonaisvaltainen hoitotyö, itsenäinen potilaan tutkiminen, hoidon tarpeen arviointi, oireen-mukaisen hoidon aloitus ja seuranta sekä akuuteissa että kroonisissa terveysongelmissa.	Laaja-alainen työ hoitotyön laadun varmistajana ja kehittäjänä, näyttöön perustuvan hoitotyön juurruttajana sekä organisaation strategiatyön tukijana.
EQF (= eurooppalainen, 8 -portainen tutkintojen viitekehys)	6	6–7	7–8	7–8

Liite 2. Fokusryhmähaastattelun kysymysrunko

SAIRAAHOITAJAN ROOLI TOIMINTAYMPÄRISTÖN JA -MALLIEN MUUTOKSESSA

FOKUSRYHMÄHAASTATTELUN KYSYMYSRUNKO

1. Taustatiedot

- Ikä ja työkokemus sairaanhoitajana
- Aiemmat kokemukset työyksiköiden yhdistymisestä

2. Rooli sairaanhoitajana nykyisessä työyksikössä

- Työtehtävät, vastualueet, osallistuminen työkiertoon

3. Sairaanhoitajien hoitotyön toimintakäytännöt nykyisessä työyksikössä

- Tiimi- / yksilötyöskentely, hyvät ja hyödylliset hoitotyön käytännöt sekä kirjaaminen

4. Sairaanhoitajan rooli tulevassa, uudessa työyksikössä

- Ajatukset uudesta työyksiköstä ja yksiköiden yhdistymisestä
- Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön tulevaisuudessa
- Odotukset perehdytykselle uuteen työyksikköön siirryttäessä

5. Vuorovastaavana toimiva sairaanhoitaja potilasturvallisuuden ja työn sujuvuuden parantajana tulevassa työyksikössä

- Miten vuorovastaava sairaanhoitaja voisi parantaa potilasturvallisuutta ja työn sujuvuutta?

6. Muutos

- Osallistuminen tulevaan muutokseen liittyvään koulutukseen / työpajoihin ja EVI-CURES -hankkeen CAVE -käynteihin
- Tiedottaminen
- Mitä muuta haluaisit kertoa muutokseen liittyen?

Liite 3. Fokusryhmähaastattelun nauhoituslupa

SUOSTUMUS

Osallistun sairaanhoitaja YAMK -opiskelija Kati Hämäläisen opinnäytetyöhön ”Sairaanhoitajan rooli toimintaympäristön ja -mallien muutoksessa” liittyvään ryhmähaastatteluun.

Ryhmähaastattelu nauhoitetaan ja kerätty tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti siten, ettei henkilöllisyyteni paljastu tutkimusraportissa.

Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen.

Annan suostumukseni ryhmähaastattelun nauhoittamiseen.

Seinäjoella ___ /____.2016

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteistyöterveisin
Kati Hämäläinen, sairaanhoitaja AMK
Sairaanhoitaja, YAMK -opiskelija
Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö
osoite ja puh.
email

Liite 4. Alustava vuorovastaavan sairaanhoitajan toimintamalli

VUOROVASTAAVAN SAIRAANHOITAJAN (SH) ROOLI TEHOHOIDON JA TEHOVALVONTAHOIDON YKSIKÖSSÄ

- päivittäisen hoitotyön koordinointi ja sujuvoittaminen
- kokonaistilanteen hallitseminen ja päätöksenteko
- tilanteiden ennakoiminen
- hoitohenkilöstön sijoittelu ja osaamisen koordinointi
- resurssien uudelleen organisoiminen tarvittaessa
- potilasliikenteen organisointi ja koordinointi
- tiedonkulun turvaaminen yksikön sisällä ja sen ulkopuolelle
- moniammatillinen yhteistyö

VUOROVASTAAVAN SH:N ROOLIN VAATIMUKSET

- yksikön hoitohenkilökuntaan kuuluva sairaanhoitaja tai lähiesimies
- riittävä tehohoidon / tehovalvontahoidon työkokemus (esim. AURA -mallin pätevä taso)
- johtamistaidot
- ammatillisuus ja kollegiaalisuus
- oman osaamisen ja asiantuntijuuden tunnistaminen
- jatkuvan oppimisen asenne
- oma halukkuus työtehtävään
- positiivinen palveluasenne
- hyvä paineensietokyky

VUOROVASTAAVAN SH:N TYÖSKENTELYN APUVÄLINEET

- selkeä työnkuva, vastuut ja velvollisuudet
- koulutus ja perehdytys
- puhelin
- sähköinen, reaaliaikainen toiminnanohjausjärjestelmä
- esimiesten ja kokeneemman kollegan tuki ja opastus
- kirjalliset / sähköiset työskentelyohjeet
- mahdollisuus tarvittaessa työnohjaukseen
- ei omaa potilasta aamu- ja iltavuoroissa

VUOROVASTAAVAN SH:N TYÖTEHTÄVÄT

UUDEN POTILAAN SAAPUMINEN TEHOHOIDON / TEHOVALVONTAHOIDON YKSIKKÖÖN

- saapumistiedon vastaanottaminen puhelimitse / suullisesti anestesialääkäriltä tai siirtävän yksikön henkilökunnalta
 - potilaan ID
 - taustatiedot
 - hoitoisuus
 - potilaspaikan tarve: tehohoito / tehovalvonta / eristys
- potilaspaikan ja omahoitajan päättäminen anestesialääkärin kanssa
- toiminnanohjausjärjestelmän päivittäminen uuden potilaan tiedoilla
- uuden potilaan omahoitajan, vastaanotossa avustavien hoitajien sekä osastonsihteerin informointi
- jos potilaspaikat ovat täynnä, neuvottelu anestesialääkärin kanssa siirrettävästä potilaasta sekä siirtävän yksikön henkilökunnan informointi potilaspaikan arvioidusta vapautumisajasta
- siirrettävän potilaan omahoitajan, laitoshuoltajan ja osastonsihteerin informointi ja potilaan siirrossa avustaminen
- potilaspaikan valmistelu omahoitajan kanssa anestesialääkärin määräysten mukaisesti: laitteet, välineet, lääkkeet ym.
- jos uusi potilas saapuu ilman ennakoilmoitusta, neuvottelu anestesialääkärin kanssa potilaan sijoituksesta
- potilaan saapuessa omahoitajan avustaminen potilashoitotyössä, kirjaamisessa ym.

PÄIVITTÄISEN POTILASHOITOTYÖN KOORDINOINTI JA ORGANISOINTI

- lisäavun organisointi
 - potilaiden vastaanotto ja siirto
 - potilaiden käännöt, siirtelyt ja kuljetukset
- henkilökunnan riittävyyden kartoittaminen työvuoron alussa ja sen kuluessa sekä seuraavia työvuoroja varten
- henkilökunnan osaamisen huomioiminen
 - työkokemus
 - perehtyjät
 - mentorointi
 - opiskelijoiden ohjaaminen
- avustaminen tarvittaessa välittömässä potilastyössä, lääkeshoidossa ym.

- henkilökunnan jaksamisesta huolehtiminen
 - taukojen järjestäminen työvuoron aikana

TIEDOTTAMINEN

- toiminnanohjausjärjestelmän päivittäminen
 - potilaiden sijoittelu
 - omahoitajat
 - potilaiden hoidon syy
 - potilaiden nykytilanne
- sähköisen työnjaon koordinointi (kaikkien nähtävillä)
- yksikön oman henkilökunnan ja esimiesten tiedottaminen
- yksikön ulkopuolisten sidosryhmien tiedottaminen
- raportointi seuraavan työvuoron vuorovastaavalle sh:lle tilanteesta ja suunnitelmista
- yksikön sisäisen ja ulkopuolisen puhelinliikenteen koordinointi
 - potilaiden läheisten puheluiden välittäminen omahoitajille
- perhehoitotyöhön osallistuminen
 - potilaiden läheisten vastaanottaminen, opastaminen ja ohjaaminen
- lääkärinkierroille / lääkärien meetingiin osallistuminen ja omahoitajien informointi hoitosuunnitelmista sekä toiminnanohjausjärjestelmän päivittäminen

KONSULTOINTI

- muiden ammattiryhmien (lääkärit, hoitohenkilökunta, esimiehet, sidosryhmät ym.) konsultointi
- toimii itse konsultoitavana, ohjaajana ja tukena henkilökunnalle
- äkillisten tilanteiden ratkaiseminen
 - sairauspoissaolot
 - kriisi- ja poikkeustilanteiden hallinta (palohälytys, suuronnettomuus-, väkivaltatilanteet ym.)
- on läsnä ja saatavilla omassa yksikössään
- työturvallisuusasioissa opastaminen

Liite 5. EPSHP:n viranhaltijapäätös tutkimusluvasta

Etelä-Pohjanmaan
sairaanhoitopiiri

1 (2)

Tutkimushankehakemus

 Lääketieteellinen tutkimus Lääketutkimus

Tutkimuksen vastuuhenkilö	Nimi Kati Hämäläinen			Toimintayksikkö Tehostettu hoito
Tutkimus-suunnitelma	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> Uusi/muu <input type="checkbox"/> Jatkotutkimus (tutkimussuunnitelma liitteeksi)			Tutkimuksen lyhytnimi
	Tutkimuksen nimi Sairaanhoitajan rooli toimintaympäristön ja -mallien muutoksessa			Tutkimuksen suorituspaikka Seinäjoen keskussairaala
	Lyhyt tiivistelmä Tarkoituksena on tuottaa tutkimuksellista tietoa sairaanhoitajan roolista teho- ja tehovalvontahoidon sekä sydäntutkimuksen yksiköiden yhdistymisen ja erilaisten toimintakäytäntöjen ja -mallien uudistumisen aiheuttamassa muutoksessa. Tavoitteena on saadun tiedon avulla mallintaa uudistuvaa hoitoympäristöä varten potilasturvallisuutta ja hoitotyön sujuvuutta parantava vuorovastaavan sairaanhoitajan rooli.			
	Aikataulu 5/2016-3/2017	Potilaiden lukumäärä (joista verrokkeja) -	Hankkeen kokonaiskustannukset -	Kokonaiskustannukset/potilas euroa -
	Hankkeen päärahoittaja -			Laskutusosoite -
	Muu rahoitus -			
	Yhteistyötahot Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö			
	Liittyykö laajempaan tutkimussuunnitelmaan <input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mihin?			
	Asiakasmaksu peritään potilaalta <input checked="" type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä			
Potilastiedot	<input type="checkbox"/> Tallennetaan atk-pohjaiseen rekisteriin <input type="checkbox"/> Rekisteriseloste/-kuvaus on laadittu		<input checked="" type="checkbox"/> Ei tallenneta <input type="checkbox"/> Monitoriojalle Efficatunnukset tämän tutkimuksen potilaiden kertomuksiin	
Lupapäätökset ja päivämäärä	<input type="checkbox"/> Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Fimea	<input type="checkbox"/> STM	<input type="checkbox"/> Valvira <input type="checkbox"/>
Allekirjoitus	Olen tutustunut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääketieteellistä tutkimusta koskevaan ohjeeseen ja sitoudun noudattamaan sitä.			
	Päivämäärä 30 / 5 / 2016		Tutkimuksen vastuuhenkilön allekirjoitus <i>Kati Hämäläinen</i>	
Hyväksyntä/ yhteistyötahot	<input checked="" type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani <input type="checkbox"/> En hyväksy		Toimintayksikköjohtajan allekirjoitus <i>Alu...</i>	
	16 / 6 / 2016			

Huhtalantie 53
60220 Seinäjoki
D-2382-2012-LPuhelin vaihe 06 415 4111
Faksi 06 415 4351Sähköposti:
etunimi.sukunimi@epshp.fi