

Marja-Liisa Kananen

**LEIKO-TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN MONIAMMATILLISENA
YHTEISTYÖNÄ**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Kevät 2012

| | |
|--|---|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen |
| Tekijä(t) Kananen Marja-Liisa | |
| Työn nimi LEIKO-toiminnan käynnistäminen moniammatillisena yhteistyönä | |
| Vaihtoehtoiset ammattiopinnot | Ohjaaja(t) Leinonen Rauni Huovinen-Tervo Marjo Toimeksiantaja Kainuun maakunta -kuntayhtymä, Kainuun keskussairaala, operatiivinen vastuualue, kirurgia |
| Aika Kevät 2011 - Kevät 2012 | Sivumäärä ja liitteet 107 + 26 |
| <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kirurgian LEIKO-toimintaa Kainuun keskussairaalassa. Tavoitteena oli käynnistää kehittämistoiminta moniammatillisena yhteistyönä perehtymällä LEIKO-toimintaan Suomessa ja suunnittelemalla LEIKO-toimintamalli, joka on kirurgisen potilaan preoperatiivisen hoidon malli. Laatujohdamisen avulla pyrimme vaikuttamaan moniammatilliseen yhteistyöhön ja toimintamallin toimivuuteen. Toiminnan sujuvuus on olennainen osa tuloksellista ja tehokasta kirurgisen potilaan hoitoa.</p> <p>Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen metodologiaa mukaellen projektinomaisena työyhteisöjen välisenä moniammatillisena yhteistyönä. Ensimmäisessä syklissä selvitettiin, miten LEIKO-toiminta on Suomen eri keskussairaaloissa järjestetty. Näiden tietojen perusteella kehitettiin ohjaus- ja projektiryhmän kanssa Kainuun keskussairaalaan kirurgialle LEIKO-toimintamalli. Toimintamalli jakaantui viiteen osakokonaisuuteen: leikkauspäätökseen, potilaan ohjaamiseen poliklinikalla, potilaan kutsumiseen leikkaukseen, potilaan tulotarkastuskäyntiin ja leikkaukseen tulemiseen.</p> <p>Toisessa syklissä arvioitiin kokeiltua LEIKO-toimintamallia pilotoinnin avulla. Toimintamallin pilotointi aloitettiin syyskuun alussa urologisilla potilailla ja laajennettiin lokakuun lopussa kilpirauhas- ja plastiikkakirurgisiin potilaisiin. Arvioinnin perusteena käytettiin muistioita ohjaus- ja projektiryhmän tapaamisista sekä suullisia että kirjallisia palautteita kehittämistyön ajalta. Lisäksi arvioinnin tueksi hankittiin aineistoa 6-3-5-menetelmällä. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tulosten perusteella LEIKO-toimintamallin edelleen kehittämisen kohteiksi nousivat: 1) tiedon puute LEIKO-toiminnasta, 2) epäselvyys toimintatavoista, 3) tiedonpuute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa, 4) LEIKO-potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaus sekä 5) tilan puute.</p> <p>Kolmanteen sykliin kehitettäväksi asioiksi työntekijät valitsivat 2) tiedon puute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa ja 3) epäselvyys toimintatavoista. Ratkaisukeinoiksi valittiin hoitohenkilökunnan koulutus ja yhteistyön kehittäminen sekä työyksiköiden välillä että lääkärin ja hoitohenkilökunnan välillä. Nämä haasteet koskivat koko kirurgian toimintaa, eivät ainoastaan LEIKO-toimintamallia. Työyksiköissä suunniteltiin toteutettavan lääkäreiden toimesta koulutustuokioita eri erikoisaloilta säännöllisesti. Yhteistyön kehittäminen lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kesken jatkuu yhteistyötapaamisten muodossa. Työyksiköiden välistä yhteistyön kehittämistä edesautetaan järjestämällä poliklinikan ja osaston sairaanhoitajien kesken perehtymistä toisen työhön. Kolmannessa syklissä keväällä 2012 aikana LEIKO-toimintaa laajennettiin muihin kirurgian potilasryhmiin. Toiminnan kehittäminen jatkuu työyksiköiden omien resurssien voimin.</p> <p>Esimpien haasteena on luoda olosuhteet, jotka mahdollistavat hyvän hoitotyön. Haasteena on toimintatapojen kehittämisen potilaiden parhaaksi, sujuviksi ja joustaviksi. Haasteena on henkilökuntaresurssien kohdentaminen vastaamaan potilaiden hoidontarvetta, hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittäminen sekä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittäminen.</p> | |
| Kieli | Suomi |
| Asiasanat | LEIKO-toiminta, preoperatiivinen hoito, moniammatillinen yhteistyö |
| Säilytyspaikka | x Verkkokirjasto Theseus x Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto |



| | |
|---|--|
| School Health and Sports | Degree Programme Second-cycle Degree Programme in Health Care Management and Development |
| Author(s) Kananen Marja-Liisa | |
| Title Introduction of the FHTO Model as Multidisciplinary Cooperation | |
| Optional Professional Studies | Instructor(s) Leinonen Rauni Huovinen-Tervo Marjo |
| | Commissioned by the Joint Authority of Kainuu Region, Kainuu Central Hospital, Operative Treatment, Surgery |
| Date Spring 2011 – Spring 2012 | Total Number of Pages and Appendices 107 + 26 |
| <p>The purpose of this thesis was to develop FHTO (From Home to Operation) care in Kainuu Central Hospital. The aim was to introduce the FHTO model as multidisciplinary cooperation by designing a FHTO model for Kainuu Central Hospital. The FHTO model is a model used in preoperative care of surgical patients. The aim was to facilitate multidisciplinary cooperation and improve the functionality of the model through quality management. Smoothness of operations is an essential part of effective and efficient surgical patient care.</p> <p>The development work was completed as multidisciplinary cooperation project between departments by adapting the action research methodology. In the first cycle, the purpose was to explore the FHTO practices in Finland. The aim was, based on the information collected, to develop a FHTO model for Kainuu Central Hospital. The model was divided into five parts: decision on surgery, patient counseling in the outpatient clinic, calling the patient for surgery, the preoperative meeting of the patient, and the patient arriving for surgery.</p> <p>In the second cycle, the FHTO model was piloted and evaluated. The pilot was launched in early September with urological patients and extended in late October to thyroid and plastic surgery patients. The evaluation was based on the memos from the project management group meetings as well as spoken and written feedback during the development work. In addition, support material was collected with the 6-3-5-method. The data were analyzed with qualitative content analysis. The further development targets of the FHTO model, based on the results, were: 1) lack of information on the FHTO, 2) unclear policies, 3) lack of information in patient counseling for surgery, 4) planning of and counseling on FHTO patients' treatment, and 5) lack of space.</p> <p>Issues selected by the employees and addressed in the third cycle were: 2) lack of information in counseling patients for surgery and 3) unclear policies. The agreed solutions were education and training of the nursing staff and development of cooperation and teamwork between doctors and nursing staff. The challenges were associated not only with the FHTO model but with all surgery operations. Plans were made to organize regular teaching sessions given by specialists. Development of cooperation between the doctors and nursing staff continues in the form of cooperation meetings. Cooperation between departments is advanced by introducing the outpatient clinic activities to nurses working in the inpatient ward and vice versa. In the third cycle, in spring 2012, the FHTO is expanded to apply other surgical patient groups, and the development work continues with the departments' own resources.</p> <p>The challenge for superiors is to create conditions that facilitate good nursing care. A challenge is also to develop smooth and flexible practices in the patients' best interests. Allocation of staff resources to meet patient care needs, nurses' competence development, and development of cooperation between professional groups are also challenging.</p> | |
| Language of Thesis | Finnish |
| Keywords | FHTO model, preoperative care, multidisciplinary cooperation |
| Deposited at | X Electronic library Theseus X Library of Kajaani University of Applied Sciences |

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 LEIKO-TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN KAINUUN KESKUSAIRAALASSA KIRURGIALLA –TIEDOTE | 1 |
| 2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN MUODOSTUMINEN | 4 |
| 2.1 Kehittämistehtävän muodostuminen projektiksi | 4 |
| 2.2 Kehittämistehtävän metodologiana toimintatutkimus | 7 |
| 2.3 Oma asemani ja tavoitteeni kehittämistehtävässä | 8 |
| 2.4 Toimintatutkimuksen syklisyys kehittämistehtävässä | 9 |
| 2.5 Opinnäytetyöraportin rakenne | 12 |
| 3 KIRURGIAN TOIMINNAN HAASTEET KAINUUN KESKUSSAIRAALASSA | 16 |
| 4 LEIKO-TOIMINTAMALLIN SUUNNITTELU (1.SYKLI) | 19 |
| 4.1 Lähtökohtana preoperatiivinen hoito, moniammatillisuus ja laatujohtaminen <i>(suunnittelu)</i> | 19 |
| 4.1.1 Potilaan preoperatiivinen hoito | 20 |
| 4.1.2 Moniammatillisuus | 25 |
| 4.1.3 Laatujohtaminen ja toiminnan kehittäminen | 28 |
| 4.2 LEIKO-toiminta Suomessa <i>(totutus)</i> | 34 |
| 4.3 Kainuun keskussairaalan LEIKO-toimintamalli <i>(havainnointi)</i> | 44 |
| 4.4 Reflektointia LEIKO-toimintamallista ja toimijoiden tehtävistä <i>(reflektointi)</i> | 50 |
| 5 LEIKO-TOIMINTAMALLIN PILOTOINTI (2.SYKLI) | 54 |
| 5.1 Pilotoinnin aloittaminen <i>(suunnittelu)</i> | 54 |
| 5.2 Kokemuksia LEIKO-toimintamallista <i>(toiminta)</i> | 55 |
| 5.3 LEIKO-toiminnan haasteita ja ratkaisuja <i>(havainnointi)</i> | 62 |
| 5.3.1 Tiedon puute LEIKO-toiminnasta | 63 |
| 5.3.2 Epäselvyys toimintatavoista | 63 |
| 5.3.3 Tiedon puute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa | 68 |
| 5.3.4 LEIKO-potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaus | 69 |
| 5.3.5 Tilan puute | 71 |
| 5.4 LEIKO-toiminnan kehittäminen <i>(reflektointi)</i> | 73 |
| 6 LEIKO-TOIMINNAN EDELLEEN KEHITTÄMINEN (3.SYKLI) | 80 |

| | |
|--|-----|
| 7 POHDINTA | 83 |
| 7.1 Johtamisen haasteet | 83 |
| 7.2 Kehittämistyön haasteet | 86 |
| 7.3 Kehittämistyön toteuttaminen | 88 |
| 7.4 Eettisyys ja luotettavuus kehittämissä | 92 |
| 7.5 Oma ammatillinen kehittyminen | 98 |
| | |
| LÄHTEET | 101 |
| | |
| LIITTEET | |

SYMBOLILUETTELO

| | |
|------------------------------|----------------------------------|
| Effica | Potilastietojärjestelmä |
| Elektiivinen | Ennalta suunniteltu |
| KAKS | Kainuun keskussairaala |
| LEIKO | Leikkaukseen kotoa |
| Opera | Leikkaussalin tietojärjestelmä |
| Prekäynti | Tulotarkastuskäynti |
| Preoperatiiviset tutkimukset | Leikkausta edeltävät tutkimukset |

1 LEIKO-TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN KAINUUN KESKUSAIRAALASSA KIRURGIALLA –TIEDOTE

LEIKO (leikkaukseen kotoa)-toiminnassa potilas tulee toimenpiteeseen leikkauspäivänä riippumatta leikkauksen suuruudesta tai postoperatiivisesta hoitoajasta (Keränen, Tohmo & Soirinsuo 2003, 3559). Toimintamalli on kehitetty vastaamaan rajallisiin ja niukkoihin terveydenhuollon resursseihin sekä lisääntyneeseen kirurgian kysynnän tarpeeseen (Soini, Keränen, Ryytänen & Keränen 2007, 36). Toiminnan kehittäminen on aloitettu Hyvinkäällä vuonna 2000 ja LEIKO-yksikön tilat valmistuivat sinne vuonna 2006. Toimintatapa on levinnyt hiljalleen eri puolille Suomea. Tällä hetkellä Hyvinkää on Suomessa edelleen edelläkävijänä ja suunnan näyttäjänä. Hyvinkään toiminta palkittiin vuonna 2007 Lääkäriliiton lautupalkinnolla. Hyvinkään esimerkin voimalla monissa keskussairaaloissa ja yliopistosairaaloissa on muutettu toimintamallia LEIKO-toiminnan mukaiseksi. (Mäenpää 2009, 3352-3353.)

Kainuun keskussairaalassa (KAKS) LEIKO-toiminnan käynnistäminen on noussut operatiivisen alueen toiminnan tehostamisen tarpeesta. Varsinkin kirurgian ja päiväkirurgian toiminnan tehostamiseen on koko ajan tarvetta. Rajoittavina tekijöinä ovat tila- ja henkilöstöresurssit. Osastojen ”rumpaa” tulisi keventää ja toiminta saada sujuvammaksi. Ongelmana osastoilla on lääkärinkiertojen venyminen ja potilaiden kotiutuksen viivästyminen. Samaan aikaan leikkaukseen tulevat uudet potilaat odottavat päiväsalissa vuodepaikkaa.

Leikkaus-anestesian henkilökuntaa sekä operatiivisen vastualueen ylihoitaja Marjo Huovinen-Tervo, ylilääkäri Kalle Rissanen ja sairaanhoitaja-hoidonvaraaja Marja-Liisa Kananen kävivät tutustumassa Kokkolan leikkaustoimintaan helmikuussa 2011. Kokkolassa leikkaustoimintaan oli haettu sujuvuutta LEIKO-toiminnan toteuttamisella osastojen kautta. Vierailu antoi ajatuksen LEIKO-toiminnan käynnistämiseksi kirurgian osastoille myös KAKS:ssa. Toiminnan käynnistäminen päätettiin aloittaa keväällä 2011 Marja-Liisa Kananen ylemmän ammattikorkeakoulu -opintojen opinnäytetyön avulla.

Toiminnan käynnistämistä varten perustettiin keväällä 2011 LEIKO-työryhmä:

Projektinasettaja:

- Marjo Huovinen-Tervo operatiivinen va, ylihoitaja
- Kalle Rissanen operatiivinen va, kirurgian ylilääkäri

Ohjausryhmä:

- Rauni Leinonen Kajaanin amk
- Marjo Huovinen-Tervo operatiivinen va, ylihoitaja
- Kalle Rissanen operatiivinen va, kirurgian ylilääkäri
- Sami Paananen leikkaus-anestesia, apul.ylilääkäri
- Kyllikki Kauppinen leikkaus-anestesiaosasto, osastonhoitaja
- Maarit Leinonen osasto 7, osastonhoitaja
- Raili Karjalainen kirurgian pkl, apulaisosastonhoitaja
- Sirpa Parkkisenniemi osasto 6, osastonhoitaja
- Marja-Liisa Kananen kirurgian pkl, sairaanhoitaja, yamk opiskelija, projektipäällikkö

Projektiryhmä:

- Ansa Kilponen urologia, erikoislääkäri
- Eerik Oja verisuonikirurgia, erikoislääkäri
- Tiina Moilanen kirurgian pkl, sairaanhoitaja
- Pirjo Laitinen osasto 6, sairaanhoitaja
- Hannele Mouru osasto 7, sairaanhoitaja
- Kati Pöyry leikkaus-anestesiaosasto, sairaanhoitaja

Projekti koskettaa kuitenkin kaikkia mukana olevien työyksiköiden työntekijöitä. Projektiryhmän jäsenet ovat yhdessä ohjausryhmänjäsenen kanssa omassa työyksikössä LEIKO-tiedon välittäjiä ja oman työyksikkönsä toiminnan ohjaajia.

Työryhmä on kehittänyt LEIKO-toimintamallia 2011 kevään ja kesän aikana. Toimintamalli on potilaan preoperatiivista prosessia (Tohmo 2010, 310). Potilaan preoperatiivisen hoidon jaoimme leikkauspäätökseen, potilaan ohjaamiseen poliklinikalla, potilaan kutsumiseen leikkaukseen, potilaan tulotarkastuskäyntiin ja leikkaukseen tulemiseen.

Potilaan preoperatiivisessa hoidossa korostuvat potilastietojen kerääminen, leikkausta ja anestesiaa edeltävät tutkimukset ja potilaan ohjaus. Tarkoituksena on arvioida potilaan leikkauksekelpoisuus ja varmistaa, että potilaan anestesia ja toimenpide voidaan suorittaa turvallisesti. (Fordell 2002, 25.)

Tavoitteena on, että potilas tietää leikkaussuunnitelman ja tuntee turvallisuutta tulevaa leikkausta, anestesiaa ja jatkohoidon järjestymistä kohtaan. Ohjauksella pyritään minimoimaan myös mahdolliset leikkauksesta johtuvat komplikaatiot. Hoidon kannalta merkitykselliset preoperatiiviset tutkimukset määräytyvät esitietojen, kliinisten löydösten, suunnitellun toimenpiteen ja siihen liittyvien riskitekijöiden perusteella. (Erämies & Kuurne 2010.)

Leikkauspotilaan preoperatiivisessa hoitotyössä keskeistä on moniammatillinen työskentely. Asiakaslähtöisen, turvallisen ja tehokkaasti toimivan terveydenhuollon yhtenä edellytyksenä on selkeä työnjako ja yhteistyö eri ammattikuntien välillä. Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun sujuvuus on olennainen osa tuloksellista ja tehokasta kirurgisen potilaan hoitoa. (Fordell 2002, 10, 22.) Toimintamallissamme pyrimme tarkastelemaan ja sopimaan toimijoiden tehtävät ja vastuut, jotta potilaan hoitoprosessi on sujuva ja turvallinen. Pyrimme huomioimaan prosessin rajapinnat ja riskikohdat. Toimintamallin tavoitteena on, että laatuajattelun mukaisesti tehdään oikeat asiat kerralla oikein, oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan ja kaikki toimintaprosessiin kuuluvat ymmärtävät oman työnsä merkityksen. Tämän vuoksi toimintamallia suunnitellessa on tarkasteltu kirurgin, anestesia- ja poliklinikan sairaanhoitajan ja vuodeosaston sairaanhoitajan tehtäviä ja vastuita potilaan leikkauspäätöksestä leikkaussaliin menoon asti. Uusina toimintatapoina on suunniteltu LEIKO-sairaanhoitajan työnkuvaa ja potilaan leikkausta edeltävää tulotarkastusta.

Toimintamallin pilottiryhmäksi valittiin kirurgian urologiset potilaat. Kokeilu aloitettiin 5.9.2011. Lokakuun lopusta toimintaa laajennettiin kilpirauhas- ja plastiikkakirurgisiin potilaisiin. Pilottikokeilun palautteen perusteella pyrimme kehittämään pysyvän toimintamallin. Tavoitteena on, että toimintamalli on tulevaisuudessa käytössä kaikilla kirurgisilla elektiivisillä potilailla. Tulevaisuuden suunnitelmissa on, että mahdollisimman moni leikkaukseen tuleva potilas tulee sairaalaan vasta leikkauspäivänä.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN MUODOSTUMINEN

2.1 Kehittämistehtävän muodostuminen projektiksi

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon lähtökohtana on työelämälähtöisyys ja työelämän kehittäminen. Koulun ja työelämän yhteistyö alkaa työelämän tarpeista. Opintojen pääsyvaatimuksena on työelämäkokemus ja opinnäytetyö suoritetaan työelämän kehittämisestä työn ohella. Opintojen tavoitteena on tiiviin sillan rakentaminen koulutuksen ja työelämän välille. Opinnäytetyössä eli kehittämisestä korostuu työelämän kehittämisen näkökulma ja olennaista on opinnäytetyön sekä saatujen tulosten hyödynnettävyys työelämässä. Opinnäytetöiltä odotetaan työelämän kehittämistä, käytännöllisyyttä ja hyödynnettävyyttä. Opinnäytetyöt ovat yleensä kehittämishankkeita, joissa yhdistetään työelämälähtöisyys ja tutkimuksellisuus. Opinnäytetyötä voidaan pitää yhteistyöprosessina, joka tuottaa tietoa sekä opiskelijalle että työelämän toimijoille. Kehittämistyössä oppiminen, tutkiminen ja kehittäminen saadaan tapahtumaan opiskelijan ja työyhteisön tiiviinä yhteistyönä. (Dromberg 2007, 13-14; Rantanen 2007, 127-129; Vanhanen-Nuutinen 2010, 85-86.) Raatikaisen (2006, 99) mukaan OECD:n raportissa on jo vuonna 1966 kehittämisestä määritelty toiminnaksi, jonka päämääränä on tutkimustulosten avulla saavuttaa uusia tai parannettuja tuotteita, välineitä, menetelmiä ja palveluita.

Kehittämistehtävän valmisteleva tapaaminen pidettiin 22.3.2011 kirurgian yksiköitten esimiesten kesken. Tapaamisessa pohdittiin kirurgian toiminnan nykytilannetta ja sitä, mihin suuntaan toimintaa lähdetään kehittämään ja millä keinoin. Lähtökohtanamme oli, että lähitulevaisuudessa potilaiden sairaalassaoloajat lyhenevät ja toimintaa on suunniteltava LEIKKO-toimintatavan mukaiseksi. Leikkausaamuna osastolle tulevien potilaiden hoitaminen on aiheuttanut ongelmia osastojen toiminnassa. Ongelmaksi koettiin henkilökunnan kannalta potilaiden vastaanottaminen osastoilla ja potilaspapereiden valmistelut. Huolena oli potilaiden leikkausta edeltävä ohjaaminen ja leikkaukseen valmistautuminen. Mietittävä on, miten pystymme parhaiten toimimaan sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden kannalta? Mitkä ovat eri työyksiköiden tehtävät ja miten saadaan yksiköiden välinen yhteistyö sujuvaksi?

Kehittämistehtävän tarkoituksiksi täsmentyi kirurgian LEIKO-toiminnan kehittäminen Kainuun keskussairaalassa. Tavoitteena oli suunnitella kirurgian LEIKO-toimintamalli moniammatillisena yhteistyönä. Kehittämistyö päätettiin toteuttaa työyksiköiden välisenä yhteistyöprojektina. LEIKO-projektin aloitustapaaminen ohjaus- ja projektiryhmän kesken oli 21.4.2011. Tapaamisessa sovittiin projektin ohjaus- ja projektiryhmien muodostumisesta, kehittämistyön suuntaviivoista ja toimintatavan pilotoinnista. Opinnäytetyö on kirjallinen tuotos, yhteenveto, joka muodostuu kehittämistyön aikana. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua keväällä 2012, mutta toiminnan kehittäminen jatkuu myös sen jälkeen

Suunnitelmaa projektityöskentelystä

Projekti on joukko ihmisiä ja muita resursseja koottuna yhteen suorittamaan tiettyä tehtävää tietyssä aikataulussa tietyn tavoitteen saavuttamiseksi. Projektilla on selkeä tavoite, jonka saavuttaminen edellyttää ryhmätyöskentelyä. Ryhmän jäsenet voivat edustaa eri organisaatioyksiköitä. (Ruuska 2005, 18-19.) Tässä projektissa ovat mukana ne yksiköt, joita toiminta koskettaa eli kirurgian poliklinikka, kirurgian osastot 6 ja 7 sekä leikkaus- ja anestesiaosasto. Jokaisesta työyksiköstä osallistuu projektiryhmään 1-2 henkilöä ja ohjausryhmään yksiköiden esimiehet sekä vastuualueen esimiehet. Projekti- ja ohjausryhmän jäsenet ovat yhdessä oman työyksikkönsä LEIKO-toiminnan ohjaajia ja tekijöitä. Näin ollen LEIKO-toiminnan kehittäminen koskettaa kuitenkin kaikkia yksiköiden työntekijöitä.

Projektiryhmä koostuu asiantuntijoista, jotka projektissa vastaavat oman erityisalueensa tehtävistä ja tekevät sen toiminnan, jolla tähdätään lopputulokseen. Ohjausryhmä koostuu esimiehistä tai henkilöistä, jotka vastaavat organisaation niistä toiminnoista, joihin projekti vaikuttaa. Ohjausryhmä valvoo projektin etenemistä sekä tekee projektin rajausta, aikataulua ja resursseja koskevia päätöksiä eli ohjaa saavuttamaan tuloksen mahdollisimman tehokkaasti laatutavoitteiden mukaisesti. (Ruuska 2005, 21, 29, 87.) Projektiohjaus on välttämätöntä, jotta projekti etenee kohti päämääräänsä. Projektiohjaus merkitsee koko projektin aikaista jatkuvaa inhimillisten ja materiaalisten resurssien johtamista. Projektin tulosvastuu kuuluu projektipäällikölle ja ohjausryhmälle. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011, 50, 99.) Projektin johtamisessa on siis kyse ihmisten johtamisesta, suunnittelusta, päätöksenteosta, toimeenpanosta, ohjauksesta ja valvonnasta, koordinoinnista, suunnan näyttämisestä. Projektin onnis-

tuminen on kiinni johtamistaidosta, päätöksen tekoprosessin toimivuudesta sekä henkilöiden kyvystä viestiä ja hoitaa projektin ja ympäristön suhteita. (Ruuska 2005, 29-30.)

Opinnäytetyön tekijänä toimin projektipäällikkönä. Projektipäällikkö vastaa projektin päivittäisjohtamisesta, siihen liittyvästä päätöksenteosta ja siitä, että asetetut tavoitteet saavutetaan annetuilla resursseilla. Projektipäällikkö huolehtii yhteydenpidosta projektin ohjaus- ja projektiryhmiin. (Ruuska 2005, 21, 123.) Projektityöskentelyssä korostuu neuvotteleva arviointi eli projekti- ja ohjausryhmän tapaamisissa sovitellaan näkemyksiä ja muodostetaan yhteistä ymmärrystä. Projektipäällikkönä käsittelen esitettyä informaatiota, pyrin selventämään ryhmän näkemyksiä ja vaikuttamaan toiminnan hahmottamiseen. Toiminnassa pyrin olemaan objektiivinen, sovitteleva ja yhteistyötä luova ja toimimaan ryhmän palveluksessa.

Projektipäällikön tehtävänä on tukea ja ohjata projektiryhmää itsenäiseen työhön. Tavoitteena on suunnata yhteistyö ja moniammatillinen asiantuntijuus potilaan ja henkilökunnan parhaaksi. Projektipäällikön tulee luottaa ryhmäläisten itsenäiseen toimintaan. Johtaminen ei ole käskemiseen perustuvaa vaan projektiryhmä toimii itseohjautuvasti sitoutuen vastuuseen ja sovittuihin päämääriin. Työn organisoinnissa tulee korostaa työprosessien kokonaisuutta ja moniammatillista tiimityötä, ammattikeskeisyyden sijasta. Toimimaton yhteistyö estää asiakkaiden hyvää palvelua, heikentää henkilökunnan työmotivaatiota ja lisää työn kuormittavuutta. (Paasivaara ym. 2011, 64, 114.)

Projektiryhmän tehtävänä on käytännössä toimintamallin suunnittelu ja käyttöönotto sekä oman yksikön mukaan saaminen ja sitouttaminen toimintamalliin. Projektiryhmän tapaamiset ovat noin kerran kuukaudessa, muuten projektiryhmän jäsenet työstävät asioita omaan työhönsä ja sen kehittämiseen kuuluvina. Projektiryhmä työstää asioita ohjausryhmän ohjauksella. Ohjausryhmän vastuuseen kuuluu tehdä lopulliset päätökset asioista, jotka projektiryhmä on valmistellut. Ohjausryhmän tapaamiset ovat noin 1-2 kuukauden välein. Tavoitteena on, että projektiryhmän- ja ohjausryhmän jäsenet työskentelevät yhdessä työryhmänä ja käyvät vielä asioita läpi omissa työyksiköissään.

Johtamisen haasteina on, miten projekti saadaan kytkettyä luontevaksi osaksi työtä, miten projektiin liittyvät tehtävät saadaan hoidettua sen lisänä ja miten saadaan henkilöstö sitoutumaan? Projekti tulisi ajatella muutoksen mahdollistajana ja nähdä kiinteänä osana työyhteisöä

ja sen kehittämistä. Projekti mahdollistaa ongelman tarkastelun monesta näkökulmasta. Onnistuessaan projekti lisää toteuttajiensa osaamista ja kokemusta, muokkaa osallistujien asenteita ja totuttuja tapoja ja näin edistää uusien toimintamallien ja käytäntöjen käyttöönottoa. (Paasivaara ym. 2011, 7, 26, 30.) Karlssonin ja Marttalan (2001, 142-143) mukaan projektin onnistumisen kannalta koko henkilöstön valmistelu projektiin on tärkeää. Heti projektin alussa on myös muille työntekijöille selvennettävä projektin kokonaisuus ja tavoitteet, joihin projektilla pyritään. Näin työntekijöitä motivoidaan työskentelemään projektissa ja pyritään ennaltaehkäisemään mahdollisia ristiriitoja. Yhteisten sääntöjen selventäminen koko henkilöstölle ennaltaehkäisee esimerkiksi työjaosta mahdollisesti johtuvia ristiriitoja.

2.2 Kehittämistehtävän metodologiana toimintatutkimus

Toimintatutkimuksen avulla tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Toimintatutkimus on yleensä tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Toimintatutkimukselle tärkeimpiä piirteitä ovat käytäntöihin suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimukseen. Toimintatutkimuksen avulla pyritään muuttamaan käytössä olevia käytänteitä pysyvästi. Toimintatutkimuksessa vuorovaikutusta ohjaa yhteinen tulkinta ja näkemys yhteisestä toiminnasta ja sen tarkoituksesta. Osallistavassa toimintatutkimuksessa mahdollisimman moni yhteisön jäsen osallistuu aktiivisesti kehittämistoimintaan ja sen eri vaiheisiin, kuten suunnitteluun, aineiston keruuseen sekä tulkintojen ja johtopäätösten tekemiseen. Toiminnan kehittämiseksi pyritään edistämään eri osapuolten välistä vuorovaikutusta. Osallistavalla toiminnalla pyritään toiminnan läpinäkyvyyteen, avoimeen dialogiin tutkijan ja käytännön toimijoiden kesken. (Heikkinen 2008, 16-17, 33.)

Kehittämistehtävän metodologiaksi valitsin toimintatutkimuksen, koska tavoitteena on projektityöskentelyn avulla yhteistyössä eri työyksiköiden kanssa kehittää yhteinen toimintamalli. Toimintamallin tavoitteena on tehostaa ja kehittää kirurgisen potilaan hoitoprosessia. Toimintamalliin tarvitaan yhteistä näkemystä asiasta ja kehittämistyö tapahtuu moniammatillisen yhteistyön avulla. Jokaisen osallistujan asiantuntijuudella on merkityksensä kokonaisuuden kannalta. Tavoitteena on, että osallistava menetelmä pakottaisi työyksiköt aktiiviseen toimintaan, joka johtaa kriittiseen ajatteluun.

Toimintatutkimuksen tiedonintressi tulee esille kysyttäessä toiminnan kehittämisen tavoitetta. Praktisen tiedonintressin mukaisesti kehittämistehtävän tavoitteena on tehostaa kirurgisen potilaan hoitoprosessia, vahvistaa hoitohenkilöstön ammatillista kehittymistä, parantaa toimijoiden itseymmärrystä ja lisätä tietoisuuden kehittymistä LEIKO-toiminnasta. Tutkijan roolissa rohkaisen toimijoita osallistumaan ja refleктоimaan omaa toimintaa yhteistyön avulla. Praktis-hermeneuttisen tiedonintressin mukaan tulkitsemme toimijoiden itselleen ja työyhteisölleen asettamia päämääriä ja inhimillistä toimintaa, vain syy-seuraussuhteiden perusteella emme voi ymmärtää prosessin etenemistä ja työyhteisön toimintaa. (vrt. Heikkinen, Konttinen & Häkkinen 2008, 43-47.) Kehittämistehtävässä mietimme, mitä varten toimintamallia muutetaan ja mihin muutoksella pyritään. Tarkasteltavana ovat työyksiköiden ja työntekijöiden vastuut toimintamallissa ja kuinka tehtävät mahdollisesti muuttuvat. Tärkeässä roolissa on osallistujien oman toiminnan reflektointi ja tietoisuus omasta toiminnasta ja sen merkityksestä koko kirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Osallistujat pyrkivät tarkastelemaan toimintaansa, ajatuksiansa ja kokemuksiansa subjektiivisesti. Pyrkimyksenä on ymmärtää omaa ajatteluaan ja toimintaansa. Reflektointia käytämme arvioidessa esimerkiksi työyhteisön toimintatapoja. Työyhteisön hiljaista tietoa voimme hyödyntää tehokkaasti, kun pyrimme sanatonta osaamista tietoisesti ajattelemaan ja nostamaan keskusteluun.

Reflektiivisen ajattelun avulla toimintatutkimuksessa pyritään toiminnan ymmärtämiseen ja sen jatkuvaan kehittämiseen. Toimintatutkimuksessa korostuu toimijoiden yhdessä kehittäminen. Reflektiivisyys näkyy toimintatutkimuksen etenemisenä sykleittäin, jolloin suunnittelu, toteutus, havainnointi ja reflektio seuraavat toisiaan. Toiminnan ymmärtäminen ja kehittäminen etenee sykli kerrallaan toimijoiden yhteisenä kehittämisprosessina. Tavoitteena ei ole vain tutkia toimintaa, vaan myös kehittää ja muuttaa käytäntöä jo kehittämistyön aikana. (Aaltola & Vallin 2001, 170-179.)

2.3 Oma asemani ja tavoitteeni kehittämistehtävässä

Toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan tekemällä tarkoituksellisen muutokseen tähtäävän väliintulon eli intervention. Toimintatutkija ei siis ole ulkopuolinen, objektiivinen tutkija vaan aktiivinen vaikuttaja ja toimija. Toimintatutkijan tehtävänä on voimaannuttaa,

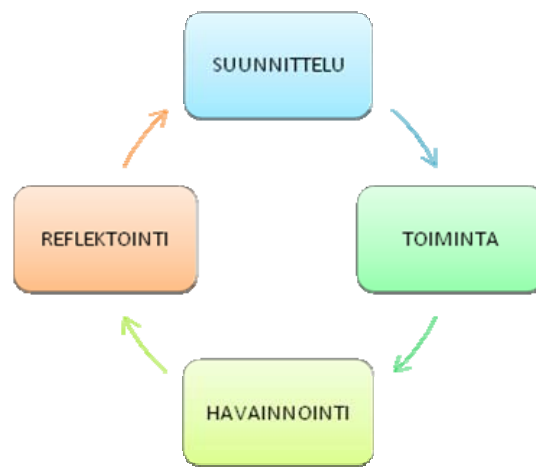
valaa uskoa ihmisten omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin kehittää toimintaa heidän omalta osaltaan. (Heikkinen 2008, 19-20.)

Kehittämistyössä positioni on sekä sairaanhoitajana että ylempänä amk-opiskelijana projektipäällikkönä. Oma roolini on nimenomaan toimia yhteyshenkilönä, ajatusten herättäjänä ja koordinoijana työyksiköiden välissä. Toiminnan muuttaminen koskettaa myös omaa työtäni, joten täysin ulkopuolinen ja objektiivinen en kehittämiskohteeseen nähden ole. Toimintatutkimus on myös tutkijalle kasvuprosessi (Heikkinen 2008, 20). Kiinnostukseni kehittää kirurgisen potilaan hoitoa ja kirurgian toimintaa nousee omasta työstäni. Kirurgian hoidonvarajana toimiessani toimin yhteistyössä koko kirurgian kanssa, en vain yhdessä yksikössä. Työnkuvaani kuuluu yhteistyö sekä poliklinikan, osastojen että leikkaus-anestesian yksiköiden kanssa. Lisäksi minulla on aiempaa työkokemusta kirurgialta sekä poliklinikka- että osastotyöstä. Kokemukseni vuoksi koen tärkeäksi kehittää kirurgian yksiköiden välistä yhteistyötä ja toiminnan sujuvuutta yksiköiden välillä sekä potilaan että työyksiköiden parhaaksi.

Kehittämistyössä vaikuttavat oma asenteeni ja omat aikaisemmat kokemukseni kirurgialla työskentelystä. LEIKO-toimintamallista ei itselläni ole käytännönkokemusta, joten siltä osin olen samalla viivalla työyksiköiden kanssa. Joudun myös itse hakemaan tietoa ja luomaan ymmärrystä kehitettävää asiaa kohtaan. Toimintatutkimus on hermeneuttinen prosessi, jossa tutkijan ymmärrys ja tulkinta aineistosta muodostuu vähitellen tutkijan omien havaintojen avulla (Heikkinen 2008, 20).

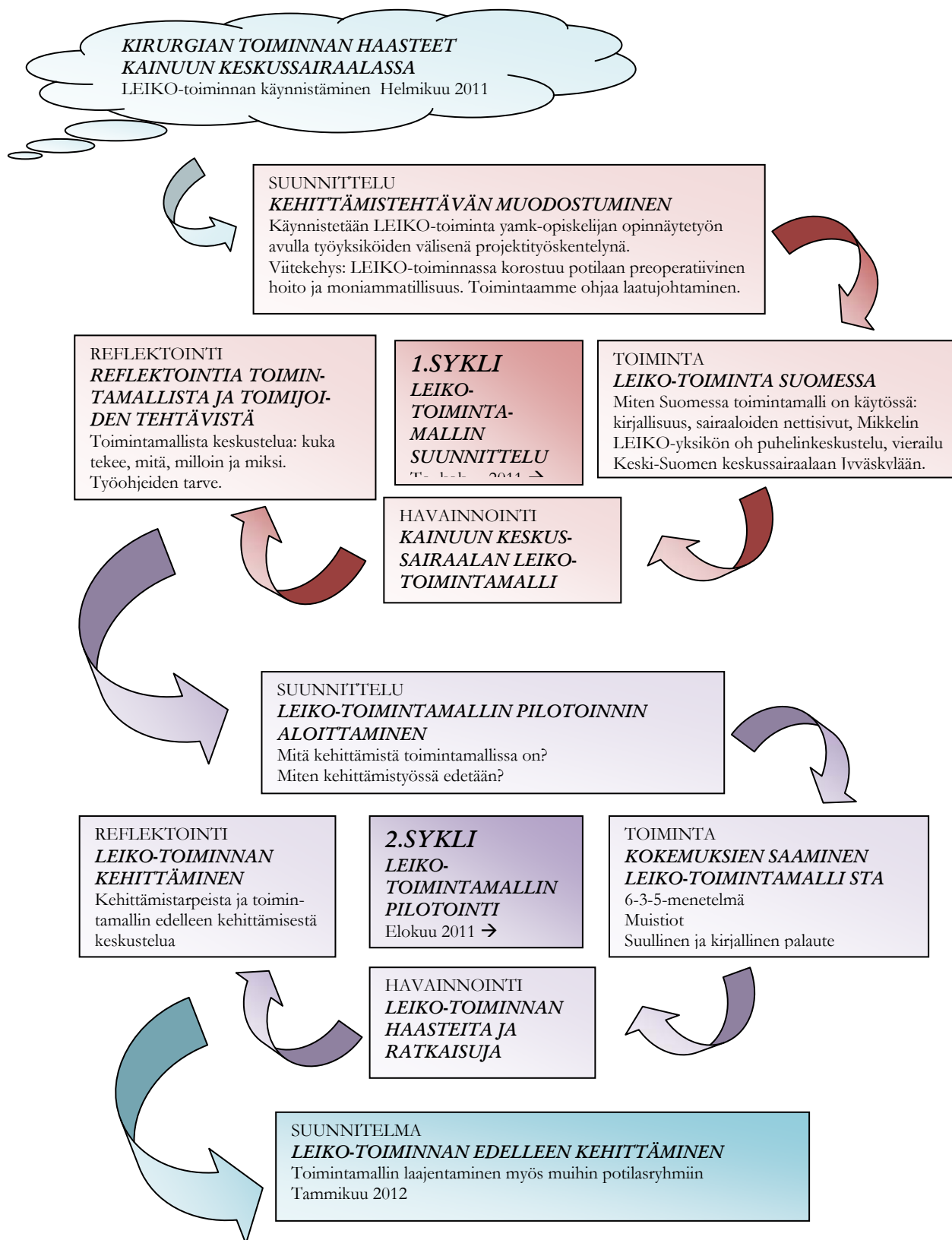
2.4 Toimintatutkimuksen syklisyys kehittämistehtävässä

Toimintatutkimuksen prosessi etenee syklisesti eteenpäin, jolloin suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi vuorottelevat (kuvio 1). Peräkkäiset syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin. Toimintatutkimuksessa puhutaan reflektiivisestä kehästä. Kehän aloituksessa tutkija suunnittelee uuden toimintatavan ja toteuttaa sen. Toteutuksen aikana uutta toimintatapaa havainnoidaan ja reflektoidaan ja kehän lopussa havainnoinnin pohjalta saatujen kokemusten perusteella suunnitellaan uusi, entistä parempi toimintatapa. Toimintatutkimus on prosessi, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähittäin prosessin aikana. (Heikkinen 2008, 19, 35, 36; Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 80.)



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen eteneminen

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on edetä toimintatutkimuksen mukaisesti spiraalimaisesti sykleittäin. Jokaisessa syklissä lähdemme liikkeelle suunnittelusta ja etenemme toteutukseen eli toimintaan. Havainnointivaiheessa käsitellään kyseisen syklin tuloksia, ja reflektointivaihe on tulosten pohdintaa ja arviointia. Reflektiossa mietimme seuraavaan sykliin kehitettäviä haasteita. Näin kehittämistyö täsmentyy syklien aikana, ja voi jopa muuttaa suuntaansa. Tarkoituksena on tutkijan ja toimijoiden ymmärryksen ja tulkinnan kehittyminen LEIKO-toiminnasta ja kirurgisen potilaan hoidosta tutkimusprosessin aikana asteittain. Opinnäytetyö muodostuu kahdesta ensimmäisestä syklistä ja päättyy kolmannen syklin suunnitteluvaiheeseen. Ajallisesti opinnäytetyö alkaa helmikuulta 2011 ja päättyy keväällä 2012. Kehittämistehtävän eteneminen toimintatutkimusta mukaellen on kuvattuna kuviossa 2. Myös opinnäytetyöraportti muodostuu tämän etenemisajatuksen mukaisesti ja se on kuvattuna kirjallisesti luvussa Opinnäytetyöraportin rakenne.



Kuvio 2. Suunnitelma kehittämistehtävän etenemisestä toimintatutkimusta mukaellen

2.5 Opinnäytetyöraportin rakenne

Tieteellisen tekstin rakennetta; johdanto, metodi, tulokset ja keskustelua, ei pidetä enää ainoa oikeana rakenteena, vaan rakenteita voi olla erilaisia. Tarkoituksena on, että ei vain kirjoiteta tutkimuksesta vaan kirjoitetaan tutkimuksessa. Tieteellistä tekstiä pidetään osana tutkimusta, jonka hahmotus alkaa jo suunnitteluvaiheessa ja muotoutuu sekä muuttaa muotoaan prosessin edetessä. (Törrönen 2002, 29.) Myös Lambertin (2010, 57, 357) mukaan perinteisestä hankkeesta kirjoittamisesta pyritään hankkeessa kirjoittamiseen. Hankekirjoittaminen on toimijoiden yhteiskehittelyyn perustuvaa kirjoittamisen suunnittelua ja keskusteluun osallistumista. Kirjoittaminen on työnkehittämistä, jolla pyritään jo toiminnan aikana saamaan liikkeelle muutoksia työyhteisössä. Tekstien avulla pyritään tukemaan kehittämisen jatkuvuutta sekä edistämään tulosten kestävyttä ja leviämistä. Kirjoittamisella tuotetaan muutosta koko prosessin aikana, ei vain hankkeen päätteeksi.

Opinnäytetyöni luvut olen kirjoittanut toimintatutkimuksen metodologiaa mukaillen sykleittäin kehittämistyön edetessä. Näin myös aikamuodot vaihtelevat opinnäytetyöraportissa sen mukaan, missä vaiheessa tekstiä on kirjoitettu ja hyödynnetty. Suunnittelu vaiheiden tekstit on kirjoitettu tulevaisuuteen suunnaten (presens, futuuri), kun taas toiminta, havainnointi ja reflektointi vaiheiden tekstit on kirjoitettu jälkikäteen (imperfekti, perfekti). Heikkisen ja Rovion (2008, 117, 128) mukaan toimintatutkimus etenee ajallisesti ja tapahtumat voi kirjoittaa myös vaihe vaiheelta. Opinnäytetyön muodostumista ohjasi kirjoitussuunnitelma (Liite 1).

Kirurgian toiminnan haasteet -luvussa kuvaan, miksi Kainuun keskussairaalassa uutta toimintatapaa lähdetään kehittämään. Luvussa olen kuvannut kirurgian leikkaustoiminnan lähtötilannetta ja tulevaisuuden haasteita. Ajatuksena on löytää perusteet toiminnan muuttamiselle. Tämä osa on kirjoitettu kehittämistehtävän tarvetta kartoitettaessa.

Ensimmäinen sykli: LEIKO-toimintamallin suunnittelu

Suunnitteluvaihe on teoreettisen viitekehyksen muodostumista ja sen avulla pyrin kuvaamaan leikkausta edeltävän hoidon haasteita ja toiminnan prosessimaisuutta. Tässä käsittelen pre-

operatiivista hoitoa potilaan leikkaukseen ohjaamisen ja leikkaukelpoisuuden varmistamisen näkökulmista. Lisäksi tarkastelen moniammatillisuutta preoperatiivisessa hoidossa ja miten moniammatillisuus ilmenee LEIKO-toiminnassa. Opinnäytetyössä johtamisen näkökulmaa tarkastelen laatujohtamisen kautta: mikä on laatujohtamisen merkitys uuden toimintatavan käynnistämisessä?

Toimintavaihe muodostuu luvusta *LEIKO-toiminta Suomessa*. Tässä osassa tavoitteenani oli selvittää, miten LEIKO-toimintaa on järjestetty Suomen eri keskussairaaloissa ja näiden tietojen perusteella kehitämme työryhmässä moniammatillisena yhteistyönä Kainuun keskussairaalan kirurgian LEIKO-toimintamallin. Toimintatapoja selvitin lähtökohdiksi ottamiemme preoperatiivisen prosessin vaiheiden mukaisesti: leikkauspäätös, potilaan ohjaaminen poliklinikalla, potilaan kutsuminen leikkaukseen, potilaan tulotarkastuskäynti ja leikkaukseen tuleminen. Tietoa hankin kirjallisuudesta, kuten LEIKO-toiminnasta tutkimuksista ja opinnäytetöistä (Liite 2), artikkeleista ja sairaaloiden nettisivuilta. Lisäksi olin yhteydessä puhelimitse Mikkelin LEIKO-yksikön osastonhoitajaan ja teimme työryhmän kanssa benchmarking-käynnin Keski-Suomen keskussairaalaan Jyväskylään.

Havainnointina eli ensimmäisen syklin tuloksena on *Kainuun keskussairaalan LEIKO-toimintamalli*. Toimintamallin olen kuvannut lähtökohdiksi ottamiemme preoperatiivisten vaiheiden mukaan: leikkauspäätös, potilaan ohjaaminen poliklinikalla, potilaan kutsuminen leikkaukseen, potilaan tulotarkastuskäynti ja leikkaukseen tuleminen.

Reflektointivaiheen olen kuvannut luvussa *Reflektointia toimintamallista ja toimijoiden tehtävistä*. Luvussa olen peilannut keskustelua toimintamallista ja sen etenemisestä. kuka tekee, mitä, milloin ja miksi. Ajatuksena on ollut herättää keskustelua tarvittavista työohjeista ja toimenkuvista. Luvussa olen pohtinut prosessiin, toimintatapoihin ja olosuhteisiin liittyviä riskejä. Tärkeää on prosessin sujuminen jokaisessa vaiheessa ja yksiköiden sitoutuminen toimintaan. Haasteena on potilaan tietojen siirtyminen ja löytyminen, yhteistyön sujuvuus toimijoiden kesken, tilaratkaisut ja henkilökuntaresurssit.

Toinen sykli: LEIKO-toimintamallin pilotointi Kainuun keskussairaalassa

Suunnitteluvaiheessa *Pilotoinnin aloittaminen* –luvussa olen kuvannut pilotoinnin aloittamista, mukana olevat yksiköt ja pilotoinnin tavoitteet. Tavoitteena oli tarkastella LEIKO-toimintamallia pilotoinnin avulla ja arvioida, mitä kehittämistä toimintamallissa edelleen on ja millä keinoin kehittämistyössä edetään.

Toimintavaiheen olen kuvannut luvussa *Kokemuksia LEIKO-toimintamallista*. Tarkoituksena oli löytää toimintamallista kehittämiskohdat ja niihin ratkaisukeinoja 6-3-5-menetelmällä. 6-3-5-aineiston analysoin sisällön analyysin avulla. Lisäksi materiaalina olivat muistiot projekti- ja ohjausryhmän tapaamisista, sähköpostit ja kirjaamani suulliset palautteet projektin ajalta. Lisäksi pyysin henkilökuntaa kirjaamaan kokemuksiaan ja havaintojaan pilotoinnista palautevihkoihin. Tavoitteena oli, että henkilökunta kirjaa erilaiset kokemukset ja kehittämisajatukset, jotka nousivat käytännön työstä. Työyksiköiden henkilökuntaa oli informoitu, että kirjauksia käytetään opinnäytetyön materiaalina.

Havainnoinnin eli toisen syklin tulokset olen kuvannut lukuun *LEIKO-toiminnan haasteita ja ratkaisuja*. Havainnointiin olen yhdistänyt sekä 6-3-5-menetelmällä saadut että muista aineistoista saadut tulokset. Näistä tuloksista kävimme työyksiköissä keskustelua ja tämän reflektoinnin avulla työntekijät valitsivat pääkohdat, joihin keskitymme jatkossa toiminnan kehittämisessä. Näitä kehittämiskohteiksi valittuja ratkaisuja olen käsitellyt reflektointivaiheessa luvussa *LEIKO-toiminnan kehittäminen*.

Kolmas sykli: LEIKO-toiminnan edelleen kehittäminen

Opinnäytetyö päättyy kolmannen syklin suunnitteluvaiheeseen. Tässä olen kuvannut, miten toimintaa jatketaan ja mitä tulevaisuudessa on tavoitteena. Tavoitteena on, että toimintamalli jää pysyvästi käyttöön kirurgialle ja sen jatkokehittäminen sekä käyttöönoton laajentaminen jatkuu työyksiköiden voimin työn ohessa. Toimintaa pyrimme muuttamaan myös tulevaisuudessa palautteiden ja itsearviointien avulla. Toimintamme taustalla on ajatus toiminnan jatkuvasta parantamisesta, jota myös Kainuun maakunta -kuntayhtymä painottaa menettelyohjeessaan (Heikkinen 2008, 2) prosessien kehittämisestä ja kuvaamisesta. Kehittämistehtävä eteneekin Demingin-laatuympeyrän eli PDCA-syklin (Plan, Do, Act, Check) mukaisesti. De-

mingin-laatuympyrä ja toimintatutkimuksen mukainen spiraaliajattelu ovat käytännössä samalla tavalla eteneviä. Molempien mukaan kehittäminen nähdään spiraalina, päättymättömänä prosessina, jossa jokaisen ympyrän kierroksen jälkeen ollaan lähempänä tavoitetta. Tavoitteena on, että toiminnan kehittäminen etenisi tämän ajatuksen mukaisesti myös jatkossa.

Opinnäytetyön viimeisessä osuudessa olen pohtinut kehittämistehtävän toteuttamista ja sen haasteita, kehittämistyön ja toimintatutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä omaa kehittymistäni kehittämistyön aikana.

3 KIRURGIAN TOIMINNAN HAASTEET KAINUUN KESKUSSAIRAALASSA

Kainuun keskussairaalassa elektiiviset kirurgiset potilaat tulevat hoitoon joko päiväkirurgian tai vuodeosastojen 6 ja 7 kautta. Toimintatavan päättää yleensä kirurgi yhdessä potilaan kanssa leikkauspäätöksen yhteydessä. Päätökseen vaikuttavat potilaan muut sairaudet, tehtävä toimenpide ja kotiutukseen liittyvät olosuhteet (Keränen ym. 2003, 3559).

Päiväkirurgiset potilaat hoidetaan päiväkirurgian yksikössä, jonne potilaat saapuvat leikkausta varten ja josta he leikkauksen jälkeen myös kotiutuvat. Potilaat ovat sairaalassa vain toimenpidepäivän, eivätkä he yövy sairaalassa. KAKS:n Päiväkirurgisesta potilasvalinnasta -ohjeen (Paananen 2007) mukaan korkea ikä tai perussairaudet, jos ne ovat hyvässä tasapainossa, eivät ole esteitä päiväkirurgialle. Päiväkirurgisesti ei suoriteta leikkauksia, joissa on odotettavissa runsasta verenvuotoa leikkauksen aikana tai leikkauksen jälkeen. Päiväkirurgialle sopimattomia ovat potilaat, joilla on päihteiden väärinkäyttöä tai potilas ei kykene noudattamaan annettuja ohjeita. Päiväkirurgialle tulevalla potilaalla on ehdottomasti oltava aikuinen saattaja kotimatkaa ja toimenpiteen jälkeistä iltaa ja yötä varten. (Paananen 2007.)

Potilas, joka ei jostain syystä täytä näitä päiväkirurgian kriteereitä hoidetaan osaston kautta. Tähän käytäntöön on siirrytty, koska päiväkirurgian sairaanhoitajilla on ollut ongelmia löytää potilaille jatkohoito-osastoa osastojen potilaspaikkapulan vuoksi. Toimintatapa on helpottanut päiväkirurgisen toiminnan sujuvuutta ja tällä hetkellä potilaat pääsääntöisesti kotiutuvatkin suunnitelman mukaisesti päiväkirurgialta. Kuitenkin hoidettaessa osaston kautta selkeästi päiväkirurgiaan kuuluvia, hyväkuntoisia potilaita osastojen kuormitus kasvaa. Nämä potilaat kuormittavat osastoa useamman vuorokauden ajan, koska he tulevat osastolle leikkausta edeltävänä päivänä ja kotiutuvat vasta leikkauksen jälkeisenä päivänä. (Kananen 2010, 41.)

Osastojen kautta leikattavat potilaat tulevat osastolle leikkausta edeltävänä päivänä eli potilas viettää sairaalassa jo leikkausta edeltävän vuorokauden. Potilas käy leikkausta varten laboratorio- ja röntgentutkimuksissa vasta osastolle tullessaan. Osastolla potilas haastatellaan, ohjataan tulevaa leikkausta varten ja valmistellaan potilaspaperit. Leikkaava lääkäri käy katsomassa potilaan joko leikkausta edeltävänä päivänä tai vasta leikkausaamuna. Anestesiaalääkäri käy leikkausta edeltävänä päivänä joko tapaamassa potilaan tai katsomassa potilaspaperit, joiden

perusteella hän tekee omat määräyksensä ja suunnitelmansa. Välttämättä potilas ei siis tapaa lääkäriä leikkausta edeltävänä päivänä.

Muutamia potilaita on kutsuttu osastoille vasta leikkausaamuna, mutta osastoilla on ollut hankaluuksia ottaa nämä potilaat vastaan. Osastoilla ei ole riittävästi hoitajaresursseja tähän, eikä potilailla ole paikkaa, jossa he voivat odottaa leikkaukseen menoa. Lisäksi osa potilaista ei ole valmistautunut leikkaukseen tai potilaspaperit ovat olleet keskeneräisesti valmisteltuja. Kuitenkin toiminnan tehostamiseksi, hoitajien työpanoksen kohdentamiseksi oikein ja potilaan turhan sairaalassaolon minimoimiseksi suuntana on, että potilaat tulisivat osastolle vasta leikkausaamuna. Myös Keräsen, Keräsen ja Wäänäsen (2006, 3605) mukaan potilaiden tuleminen osastolle leikkausta edeltävänä päivänä ilman lääketieteellistä syytä rasittaa osaston toimintaa ja vie resursseja potilaiden leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Leikkausta edeltävänä päivänä potilaiden ajasta suurin osa kuluu odottamiseen, syömiseen ja siirtymiseen paikasta toiseen. Lisäksi sairaalaan tulevilla potilailla on tapana menettää omatoimisuutensa sairaalavaatteiden vaihtamisen myötä.

Pohtiessamme näitä haasteita, päätimme, että toimintaa tulee suunnitella yhä enemmän LEIKO-toiminnan suuntaan. LEIKO-toiminta eroaa päiväkirurgiasta siinä, että potilas jää leikkauksen jälkeen vuodeosastolle, vaikka tulee vasta leikkausaamuna kotoa suoraan leikkaukseen. Keräsen (2005) mukaan LEIKO-toiminnan tavoitteena on parantaa potilaiden hoitoa ja tehostaa osastojen vuodepaikkojen käyttöä. Lisäksi vuodeosastojen henkilökunta voi keskittyä hoitamaan jo leikattuja potilaita. LEIKO-toiminnan on havaittu lisäävän potilastyytyväisyyttä, säästävän henkilöstöresursseja vuodeosastolla sekä vähentävän haavainfektioita, kun potilas ei ole kontaminoidu sairaalan mikrobeille ennen leikkausta (Erämies & Kuurne 2010).

LEIKO-toimintamalli on kehitetty Hyvinkäällä vastaamaan rajallisiin ja niukkoihin terveydenhuollon resursseihin sekä lisääntyneeseen kirurgian kysynnän tarpeeseen (Soini ym. 2007, 36). Toimintatavan muutoksen aiheuttivat operatiivisen toiminnan haasteet. Haasteina olivat olleet resurssien uusjako ja toimintamuotojen tehostaminen, väestön vanheneminen, kirurgisten toimenpiteiden vaikeusasteen lisääntyminen, polikliinisen toiminnan vahvistaminen ja henkilökuntaresurssit. (Keränen 2005, 3.) Samanlaisten haasteiden edessä olemme myös Kainuun keskussairaalassa. Tavoitteena on vuodeosastojen kuormituksen vähentäminen

suuntaamalla toimintaa nykyistä enemmän päiväkirurgiaan ja LEIKO-toimintaan. Erikoissairaanhoidon hoitopäiviä vähentämällä pyritään vaikuttamaan kustannuksiin ja toiminnan vaikuttavuuteen. Tavoitteena on toiminnan tehostaminen. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä 2004-2007 (2003, 25) mukaan terveyspalvelujärjestelmässä on suuntana erikoissairaanhoidon osalta sairaansijojen vähentyminen ja hoitojaksojen lyhentäminen.

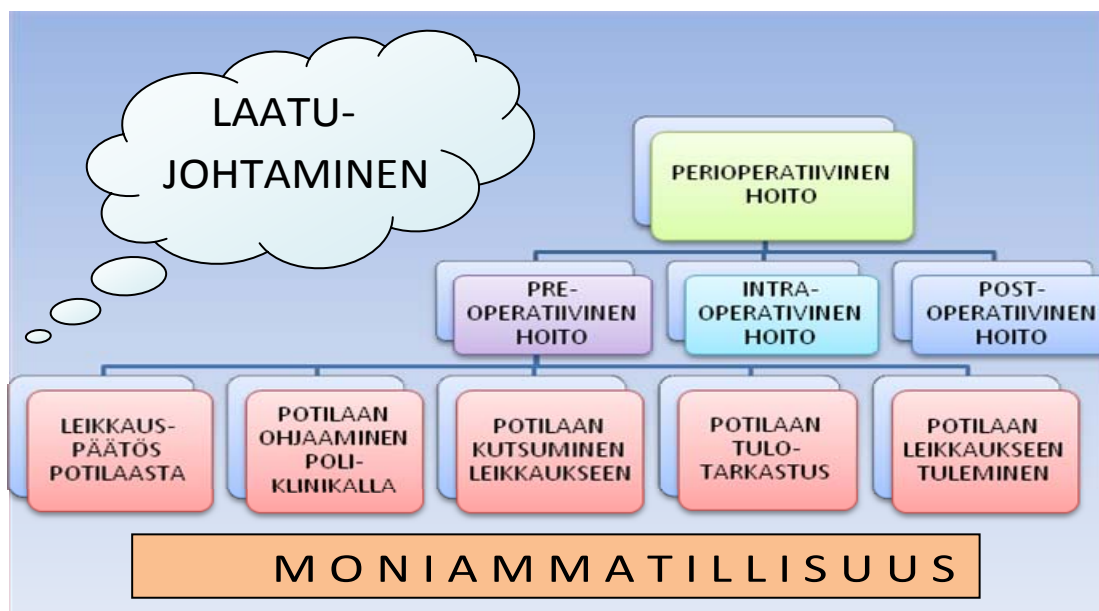
Toiminnan tehostamisen taustalla on terveydenhuollon tulevaisuuden haasteet. Lähivuosikymmeninä Suomen väkiluku lisääntyy hitaasti ja väestörakenteessa iäkkäiden osuus lisääntyy merkittävästi. Jos leikkauspalveluiden ikävakiointi käyttö pysyy samana, leikkaushoidon tarve lisääntyy. (Oksanen, Mattila & Hynynen 2008, 796.) Haasteena on myös kustannuksien nouseminen nopeammin kuin odotettavissa olevalla talouskasvulla voidaan niihin vastata nykyisillä palvelujen tuotantotavoilla (Parvinen, Lillrank & Iivonen 2005, 17). Myös terveydenhuollon lainsäädäntö, kuten Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326, 52§) edellyttää potilaan hoidon järjestämistä tietyssä aikataulussa (hoitotakuu). Tarpeelliseksi todettu hoito, eli tässä yhteydessä leikkaus, on järjestettävä viimeistään kuuden kuukauden kuluessa tarpeen toteutamisesta eli leikkauspäätöksestä. Kainuun keskussairaalassa on käytössä olevilla resursseilla haasteellista pyrkiä vastamaan lain toteutumiseen.

Kainuun keskussairaalan Kirurgian vuosisuunnitelman 2009-2012 mukaan visio vuodelle 2016 on, että ”*Kainuulaisten kirurgisten potilaiden hoitoketjut ovat toimivia ja hoidot toteutuvat hoitotakuun määräämässä ajassa mahdollisimman kustannustehokkaasti*”. Visio kertoo, että tulevaisuudessa kirurgisten potilaiden hoitoketjut ovat toimivat, hoitotakuussa pysytään ja toiminta on kustannustehokasta. Visiota ei kuitenkaan saavuteta nykyisillä toimintatavoilla, vaan toiminta vaatii muutosta ja toimintaprosessien kehittämistä. Terveydenhuollon organisaatioilta edellytetään entistä enemmän suorituskyvyn parantamista sekä kustannusten vähentämistä ja toimintaprosessien tarkastelu, parantaminen on yksi keino tavoitteen saavuttamiseksi (Keränen ym. 2003, 3559).

4 LEIKO-TOIMINTAMALLIN SUUNNITTELU (1.SYKLI)

4.1 Lähtökohtana preoperatiivinen hoito, moniammatillisuus ja laatujohtaminen (suunnittelu)

Kirurgisen potilaan koko hoitoprosessista käytetään nimitystä perioperatiivinen hoito. Perioperatiivinen hoito sisältää kirurgisen potilaan leikkausta edeltävän pre-, leikkauksen aikaisen intra- ja leikkauksen jälkeisen postoperatiivisen hoidon. Preoperatiivinen hoito alkaa siis leikkauspäätöksestä ja päättyy potilaan leikkausosastolle menoon. (Fordell 2002, 10.) Tässä kehittämistehtävässä (kuvio 3) keskitymme potilaan preoperatiiviseen hoitoon, koska se korostuu LEIKO-toimintamallin kehittämisessä. Moniammatillinen yhteistyö korostuu koko kirurgisen potilaan hoitoprosessissa ja sen toimivuudessa on jatkuvasti haasteita. Laatujohtamisen avulla pyrimme vaikuttamaan koko prosessin toimivuuteen ja yhteistyöhön. Pyrimme tarkastelemaan ja sopimaan prosessin toimijoiden tehtäviä ja vastuita, jotta potilaan hoitoprosessi on sujuva ja turvallinen. Laatujohtamisessa on kyse käytettävissä olevien resurssien organisoinnista sujuvasti.



Kuvio 3. Kehittämistehtävän viitekehys

4.1.1 Potilaan preoperatiivinen hoito

Preoperatiivinen vaihe on potilaan leikkaushoidon suunnittelu- ja valmisteluvaihe, jossa potilasta valmistellaan leikkaukseen ja siitä toipumiseen. Preoperatiivisessa vaiheessa korostuvat potilastietojen kerääminen, leikkausta ja anestesiaa edeltävät tutkimukset ja potilaan ohjaus. Tärkeää on arvioida potilaan leikkauksekelpoisuus ja varmistaa, että leikkaus voidaan suorittaa turvallisesti. (Fordell 2002, 25.) Tavoitteena on, että potilas tietää leikkaussuunnitelman ja tuntee turvallisuutta tulevaa leikkausta ja jatkohoidon järjestymistä kohtaan. Potilaan ohjaaminen on tärkeä osa preoperatiivista hoitoa. (Erämies & Kuurne 2010.)

Potilaan leikkauksekelpoisuus

Potilaan toipumista leikkauksesta voidaan edistää tunnistamalla leikkauriskia lisäävät tekijät preoperatiivisesti. Potilaan leikkauksekelpoisuuteen ja mahdolliseen leikkausta edeltävän hoidon tarpeeseen vaikuttavat useat tekijät: potilaan yleiskunto, fyysinen suorituskyky, perussairaudet, käytössä olevat lääkkeet ja suunniteltu leikkaus. Näiden perusteella arvioidaan riskit ja suunnitellaan leikkaukseen valmisteleva hoito, joka parhaiten edistää toipumista. (Erämies & Kuurne 2010; Leikkausta edeltävä arviointi: Käyvän hoidon tiivistelmät 2008.)

Oksasen ym. (2008, 797-801) mukaan potilaan hoitoon liittyvät riskit pitää tunnistaa ja arvioida heti hoidon alkuvaiheessa. Leikkaukspäätöstä tehtäessä leikkaavalle lääkärille eli kirurgille kuuluu arvio leikkauksen vaikutuksesta sairauteen. Kirurgi informoi potilasta leikkauksesta ja sen riskeistä, mahdollisista komplikaatioista ja odotusajasta. Anestesia- ja lääkäri arvioi myös muuhun elimistöön kohdistuvia riskejä ja vastaa elintoimintojen turvaamisesta leikkauksen yhteydessä. Riskejä pohditaan suhteessa toimenpiteestä saatavaan hyötyyn kyseisellä potilaalla. Riski-hyötysuhteen arviointi ei ole yksinkertaista.

Karkea arvio leikkauksekelpoisuudesta saadaan usein jo yksinkertaisilla kysymyksillä ja kliinisellä tutkimuksella. Tutkimuksessa kiinnitetään huomiota potilaan yleisvointiin ja liikkumiskykyyn. Sujuvasti liikkuva iäkäs ihminen on todennäköisesti fyysiseltä suorituskyvyltään ainakin kohtalaisessa kunnossa, kun taas vaivalloisesti tai apuvälineillä liikkuvan suorituskyky voi olla epävarma. Leikkauksekelpoisuutta arvioitaessa on mietittävä leikkauksella saavutettava hyöty

suhteessa leikkauksen riskeihin. Jos riski todetaan selvästi suurentuneeksi, on potilaan kanssa yhdessä pohdittava, kannattaako riski ottaa. (Oksanen ym. 2008, 796-801.)

Preoperatiiviset tutkimukset tulee tehdä potilaan perussairauksien ja leikkaustyyppin perusteella. Ne määräytyvät esitietojen, kliinisten löydösten, suunnitellun toimenpiteen ja siihen liittyvien riskitekijöiden perusteella. Tutkimukset tulee ajoittaa niin, että tulokset ovat käytettävissä preoperatiivista arviota tehdessä. Preoperatiivinen arvio, potilaiden valmistelu leikkaukseen, potilaspapereiden ja tutkimustulosten tarkistus sekä kirurgin tapaaminen pitää tapahtua hyvissä ajoin ennen leikkausta. Leikkauspotilaan tulotarkastuskäynnillä ennen leikkausta potilaan kunto, ohjaus ja tutkimustulosten varmistaminen voidaan tehdä ajoissa. Tämä vähentää sekä leikkaustoiminnan viiveitä leikkausosastolla, että myös leikkausten peruuntumisia. Jos potilas tavataan ensimmäistä kertaa vasta leikkausta edeltävänä päivänä, mahdollisten lisäselvitysten järjestäminen on mahdotonta ilman leikkausajankohdan siirtämistä. (Fordell 2002, 92; Oksanen ym. 2008, 799-800.)

Käypä hoito -suosituksen Leikkausta edeltävä arviointi (2008) mukaan useat leikkausta edeltävät tutkimukset sekä niissä havaittujen muutosten arviointi ja hoito vaativat aikaa ja monialaista yhteistyötä. Tästä syystä arviointia varten on perustettu yhä enemmän esimerkiksi preoperatiivisia poliklinikoita. Leikkausta edeltävää arviointia voidaan tehostaa myös puhelinhaastattelulla tai kehottamalla potilasta ottamaan yhteyttä omaan hoitavaan lääkäriin ennen leikkaukseen tuloa. Näillä toiminnoilla on mahdollista nopeuttaa potilaan kulkua hoitoketjussa ja vähentää leikkausten peruutuksia. Anestesia­lääkärin leikkausta edeltävänä päivänä tekemä arvio vaikuttaa hoitotuloksiin vain vähän, sen sijaan anestesia­lääkärin tapaaminen lisää potilaiden tyytyväisyyttä ja rauhoittaa heitä.

Potilaan ohjaaminen

Potilaan ohjaaminen on keskeinen hoitotyön menetelmä. Ohjaus on osa potilaan asianmukaista ja laadukasta hoitoa. Se on potilaan hoitoprosessiin liittyvää vuorovaikutusta, ajattelun ja kommunikaation väline. Sen avulla välitetään tietoa potilaalle ja autetaan valintojen tekemisessä. Ohjaus on kehittynyt potilaan ongelmalähtöisyydestä ja passiivisuudesta sekä hoitohenkilöstön asiantuntijuudesta kohti potilaan ja hoitohenkilöstön jaettua asiantuntijuutta se-

kä potilaan aktiivista osallistumista. Ohjausta voidaan tarkastella juridisista, eettisistä ja teoreettisista lähtökohdista käsin. (Kääriäinen 2007, 19, 25-28.)

Potilaan informoitiin ja ohjaukseen velvoittaa laki, jossa korostetaan potilaan tietoista suostumusta hoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Lakia täydentävät hoitosuosituksen, joilla varmistetaan asianmukainen hoito (Kääriäinen 2007, 25). Potilaan tiedonsaantioikeuden mukaan lääkärin on annettava potilaalle selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksesta, riskitekijöistä ja komplikaatiomahdollisuuksista, sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hoitamisestaan. Lääkärin velvollisuus on informoida potilasta riskeistä ymmärrettävässä muodossa ja huomioida potilaan näkemys päätöksen teossa. Potilaalle on kerrottava, mitä seurauksia voi aiheutua, jos hoitotoimenpide jätetään suorittamatta. Potilaalla on oikeus kieltäytyä ehdotetusta hoidosta. Tällöin potilas ottaa vastuun omasta tilastaan. (Karstinen, Keskihannu, Manner, Mäkeläinen, Peurasaari, & Vilmi-Johansson 2011, 15-25.) Eettisiin lähtökohtiin perustuen on muistettava, että potilaalla on oikeus päättää omasta hoidostaan, ohjauksen tarpeestaan ja siitä miten hän ohjausta noudattaa (Kääriäinen 2007, 25). Potilas tulee nähdä aktiivisena osallistujana. Hoitohenkilöstö tukee häntä päätöksenteossa, mutta pidättäytyy esittämästä valmiita ratkaisuja. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Ohjauksessa eettisyys ilmenee organisaation ja hoitohenkilöstön suhtautumisessa ohjaukseen. Perustana on, miten ohjausta arvostetaan hoitotyön toimintona ja miten resurssit, kuten aika, ohjausmateriaali- ja välineistö, mahdollistavat ohjauksen. Hoitohenkilöstön kiire, tiedon puute ja työympäristön paineet voivat olla esteenä ohjauksen onnistumiselle. Hoitohenkilöstön on tiedostettava omat rajansa ja voimavaransa ohjaajana ja valittava kuhunkin ohjaustilanteeseen sopiva tapa toimia. Tärkeää on muodostaa itselle käsitys siitä, mitä ohjaus on, miten ja miksi ohjaa, millainen on potilaan vastuu ja millainen ammatillinen vastuu itsellä on. (Kääriäinen 2007, 25, 38.) Hoitohenkilöstöllä on aina vastuu käyttää ohjauksessa näyttöön perustuvaa, ajantasaista ja tutkittua tietoa (Kyngäs ym. 2007, 154).

Potilaalle leikkaukseen saapuminen on ainutkertainen tilanne. Kirurgista hoitoa vaativa sairaus muuttaa ihmisen elämän tasapainoa ja vaatii potilaalta mukautumista sairauden aiheuttamaan tilanteeseen. Kirurgisessa hoitotyössä rikotaan potilaan fyysistä ja psyykkistä eheyttä ja

saatetaan potilas epätasapainoon. Leikkaus ja anestesia aiheuttavan sen, että potilas on hoidon aikana hetken kasvotusten tiedottomuuden sekä henkisen ja fyysisen epämukavuuden kanssa. Tilanne voi aiheuttaa epävarmuuden, avuttomuuden tai turvattomuuden tunnetta sekä potilaalle että omaisille. On tärkeä huomioida, että he saavat riittävästi ja ymmärrettävää tietoa tutkimuksista sekä hoidosta. Hoitohenkilökunnalta edellytetään kykyä tunnistaa potilaan tarpeet. Vuorovaikutuksen avulla tuetaan mukautumista tilanteeseen ja etsitään ratkaisuja jo syntyneisiin ja mahdollisesti syntyviin terveysongelmiin. Tiedon saaminen rohkaisee potilasta päätöksentekoon ja edistää potilaan itsensä hoitamista. (Haukkapaasi 2001, 13-14; Satola 2011, 19.)

Teoreettisista lähtökohdista ohjausta tarkastellaan tiedon, käsitysten ja omahoidon hallinnan näkökulmista. Tieto ja sen saaminen on olennainen osa omahoidon hallintaa. Ohjauksessa on huomioitava, millaisia tiedon- ja oppimisen tarpeita potilaalla on sairauteen liittyen. Ohjauksella vaikutetaan potilaan asennoitumiseen, vastuunottoon sairauden hoidosta, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. (Kääriäinen 2007, 26, 105.)

Erikoissairaanhoidossa ohjaus on tärkeä osa potilaiden hoitoprosessia. Hoitoaikojen lyhentyessä potilaat kotiutuvat sairaalasta entistä nopeammin. (Kääriäinen 2007, 19-20.) Hoitojaksojen lyhentyessä siirtyy potilaalle itselleen vastuu ennen leikkausta tapahtuvasta valmistautumisesta ja postoperatiivisesta hoidosta. Toimintatapojen muutos merkitsee potilaan tiedontarpeen, itsehoitovaatimusten ja vastuun lisääntymistä. Tämä edellyttää, että hoitotyöntarpeen määrittely lähtee potilaan motivaatiosta, tilasta, kyvystä, halusta ja mahdollisuudesta hallita omaa tilannettaan sekä osallistua omaan hoitoonsa. Potilas on oman vointinsa asiantuntija ja potilaan velvollisuutena on antaa oikeaa ja asiallista tietoa tilanteestaan, jotta myös hoitohenkilöstö pystyy luottamaan potilaaseen ja ohjaamaan potilaan oikealla tavalla. (Kauppinen & Räsänen 2010, 4; STM 2003, 36.) Potilaslähtöisyys ohjauksessa tarkoittaa potilaan taustatekijöiden huomioimista ohjauksen aikana. (Kääriäinen 2007, 20).

Tyypillisesti kirurgisen potilaan ohjaustilanteet ovat lyhyt kestoisissa ja usein kertaluonteisia pre-, intra- ja postoperatiivisia ohjaustilanteita. Potilaat ovat usein vain käymässä sairaalassa ja huolehtivat itse omasta hoidostaan sairaalan ulkopuolella. (Kynäs ym. 2007, 30.) Leikkauksesta edeltävän ohjauksen tarkoituksena on valmistaa potilas psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti nimenomaan tulevaan leikkaukseen ja siitä toipumiseen. Ohjauksella lisätään potilaan

tietoa itse sairaudesta ja sen hoidosta. Sillä pyritään edistämään myös leikkauksesta toipumista ja minimoimaan mahdolliset leikkauksesta johtuvat komplikaatiot. Ennalta saatu tieto leikkauksesta ja odotettavasta tuloksesta vähentää potilaan stressiä, pelkoa ja leikkauksen jälkeistä kipua sekä lyhentää myös hoitoaikoja ja kotiutumisen jälkeisiä yhteydenottoja sairaalaan. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 15; Korhonen 2010, 10.)

Hoitohenkilöstön tehtävänä on varmistaa, että potilas saa riittävästi tietoa omasta tilanteestaan ja hoidostaan sekä ymmärtää tiedon merkityksen. Tieto vaikuttaa siihen, miten potilas osaa hoitaa itseään jatkossa. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2008, 122.) Potilaan ohjaaminen ja tiedonantaminen ovat sekä lääkärin että hoitajan velvollisuuksia. Potilaat pitävät lääkärinä ensisijaisena ohjaajana ja tiedonantajana. Hoitaja on jo annetun tiedon kertaaja, selventäjä ja potilaan tuki. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 10.)

Kvistin (2004, 20) mukaan potilaat hakevat myös itsenäisesti tietoa erilaisista tietolähteistä ja haluavat ottaa osaa omiin hoitoratkaisuihinsa. Potilaat eivät pidä enää lääkäreitä ja hoitohenkilöstöä yksipuolisina tiedonhaltijoina ja päätöksentekijöinä. Sekä suomalaisten että kansainvälisten tutkimusten perusteella Kvist on todennut, että vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja leikkausosastoilla hoidetut potilaat ovat olleet tyytymättömiä tiedon saantiin ja mahdollisuuksiinsa vaikuttaa omiin hoitoratkaisuihinsa. Kääriäisen tutkimuksen (2007, 86) mukaan hoitoon liittyvän ohjauksen koki 77 % potilaista riittäväksi ja 23 % riittämättömäksi. Riittämättömäksi ohjaus koettiin toipumisajan pituuden, hoidon riskien, kivun hoidon sekä omaa hoitoa koskevien vaikuttamismahdollisuuksien ja hoitovaihtoehtojen osalta.

Ohjauksen kehittämisessä on Kääriäisen (2007, 90-91) tutkimuksen mukaan huomioitava tila-, aika- ja henkilökuntaresurssit sekä henkilöstön ohjausvalmiudet. Potilaiden mielestä henkilöstöä oli liian vähän ja esimerkiksi kotiutusvaiheessa heillä oli liian kiire ohjata potilasta. Puutteellisten tilojen vuoksi potilaiden henkilökohtaisista asioista jouduttiin keskustelemaan muiden potilaiden kuullen. Potilaiden mielestä myös henkilöstön ohjausvalmiudet olivat puutteellisia. Henkilöstö ei osannut kertoa ymmärrettävästi asioista, koska heidän omat tietonsa sairauksien ja niiden hoidon suhteen olivat liian niukat. Ohjauksen tulee systemaattista ja organisoitua, eikä sattumanvaraista. Ohjauksen etsiminen ja vaatiminen eivät saa jäädä potilaan vastuulle. Ohjauksen kehittämisessä tulee panostaa potilaslähtöisyyteen ja vastavuo-

roisuuteen. Potilaalla on oltava mahdollisuus osallistua ohjaukseen kysymällä ja keskustelemalla mieltä askarruttavista asioista.

LEIKO-potilaan hoitoprosessia tarkastellessa on mietittävä, miten potilaan ohjaaminen etenee prosessissa. LEIKO-toimintamallissa ohjaaminen korostuu, sillä potilaat valmistautuvat itsenäisesti, etukäteen annetun ohjauksen turvin tulevaan leikkaukseen. On mietittävä, mitä käsitellään leikkauspäätöksen yhteydessä ja mitä voidaan käsitellä myöhemmin esimerkiksi tulotarkastuskäynnillä. Potilaan ohjaustarpeet on asetettava tärkeysjärjestykseen ja on mietittävä, millaisia asioita otetaan prosessin eri vaiheessa esille (Kyngäs ym. 2007, 30). Lähtökohdina mietinnöissä on pidettävä potilaslähtöisyyttä, potilasturvallisuutta ja prosessin sujuvuutta.

4.1.2 Moniammatillisuus

Moniammatillisessa toiminnassa työtä ja toimintatapoja tarkastellaan kokonaisuutena yhdistäen eri alojen osaamista ja asiantuntijuutta. Moniammatillisuuden on katsottu edistävän hoidon laatua, potilasturvallisuutta sekä potilaslähtöistä, kokonaisvaltaista hoitoa ja vastaavan toiminnan tehostamista koskeviin haasteisiin. Toimivalla moniammatillisella yhteistyöllä edistetään myös työhyvinvointia. (Collin, Valleala, Herranen, Paloniemi, Pyhälä-Liljeström 2012, 31.)

Terveystieteidenhuollossa moniammatillisuus toteutuu harvoin niin ideaalisesti kuin se teoriassa määritellään. Sen sijaan voitaisiin paremmin puhua eri ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelystä. Ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyssä yhteistyö on koordinoitua ja informaatio jaettava, mutta eri ammattilaiset työskentelevät itsenäisesti omina ammattiryhminään. Rinnakkaintyöskentelyssä hierarkkiaerot ammattiryhmien välillä ovat selkeät ja henkilöstö on kiinnittynyt omiin ammattiryhmiinsä. Todellisessa moniammatillisessa yhteistyössä ammattiryhmien raja-aidat joustavat ja työtehtäviä ja vastuita jaetaan yli ammatillisten rajojen. (Collin ym. 2012, 32.)

Tässä kehittämistehtävässä moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitan kirurgisen potilaan hoitoprosessiin osallistuvien eri toimijoiden, kuten kirurgin, anestesia- ja sairaanhoitajan, osastosihteerin,

hoidonvaraajan sekä poliklinikan, vuodeosastojen ja leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien yhteistyötä. Moniammatillisuutta voidaan pitää yhteisöllisenä, jaettuna asiantuntijuutena, jolloin potilaiden hoitaminen edellyttää tehtävien ja yhteistyön synkronointia (Collin ym. 2012, 32).

Preoperatiivisessa hoitotyössä korostuu moniammatillinen työskentely. Asiakaslähtöisen, turvallisen ja tehokkaasti toimivan terveydenhuollon yhtenä edellytyksenä on selkeä työnjako ja yhteistyö eri ammattikuntien välillä. Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun sujuvuus on olennainen osa tuloksellista ja tehokasta kirurgisen potilaan hoitoa. (Fordell 2002, 22 -25.) Hoitoprosessin sujuvuus edellyttää eri toimijoiden erityisosaamisten yhdistämistä. Moniammatillisuudella tarkoitetaan eri ammattiryhmiin kuuluvien toimijoiden kykyä ratkaista yhdessä ongelmia. Yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa vaatii joustavuutta ja valmiutta hyväksyä erilaisuus. On tunnettava toisen työtä, jotta muiden asiantuntijuutta pystyy hyödyntämään. (Paasivaara ym. 2011, 62; Parvinen ym. 2005, 50.)

Moniammatillisessa hoitoprosessissa jäsenillä on yhteinen päämäärä ja sama käsitys toiminnan tavoitteista, joiden saavuttamiseksi he työskentelevät. Hyvin toimivassa prosessissa hierarkkiset erot tasoittuvat ja toimijoiden välillä on avoin ilmapiiri, jossa palautteen antaminen ja vastaanottaminen on luonnollinen osa työskentelyä. Onnistunut ja tehokas prosessi vaatii, että jokainen jäsen on ammattitaitoinen, pätevä ja kykenevä toimimaan prosessissa omassa roolissaan. Jokaisen tulee oivaltaa oman työn merkitys osana kokonaisuhoitoa eli tietää oma tehtävänsä, vastuunsa ja valtuutensa potilaan hoitoprosessissa. Jokainen jäsen on yhteisvastuussa suorituksesta ja jokainen täydentää toimintaa omalla asiantuntijuudellaan eli asiantuntijuus summautuu. Toimijoilla tulee olla yhteinen käsitys toiminnan laatuvaatimuksista ja niiden edellyttämistä toimintatavoista. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 182; Fordell 2002, 18-19.)

Vaikeuksia moniammatillisessa yhteistyössä aiheuttavat työnjako-ongelmat, ammattikuvat ja käytäntöihin liittyvät ongelmat. Työnjaosta huolimatta toiminnan joustavuus on tärkeää ja on osattava antaa tunnustusta muiden ammattiryhmien osaamiselle. Liian tiukasti kiinni pitäminen omista totutuista työtavoista ja tehtävänkuvista voi johtaa koko prosessin vaarantumiseen. Yhteistyön sujumiseksi vaaditaan toiminnan joustavuutta henkilöiden ja työyksiköiden välillä. Oma toiminta on nähtävä osana potilaan kokonaisuhoitoa. Johtamisen haasteena on,

miten eri ammattiryhmien kiinnostusta voidaan suunnata koko yhteisön toimivuuden edistämiseen sen sijaan, että puolustetaan tiukasti omia etuja. Työn organisoinnissa tulisi korostaa prosessin kokonaisuutta ja moniammatillista yhteistyötä, sillä toimimaton yhteistyö estää potilaiden hyvää hoitoa, heikentää henkilökunnan työmotivaatiota ja lisää työn kuormittavuutta. (Fordell 2002, 17-18, 96; Paasivaara ym. 2011, 63-64.)

Moniammatillisen yhteistyön kehittämisellä on merkitystä sekä potilaiden että henkilöstön kannalta. Kantasen tutkimuksen (2008, 41, 53, 70) mukaan sairaanhoitajat ja lääkärit olivat yksimielisiä siitä, että arvostus ja kunnioitus toisen ammattiryhmän tekemää työhön vaikuttivat positiivisesti koko työyhteisön ilmapiiriin. Esimiesten tulee kiinnittää tähän huomiota, olla tietoinen yhteistyön sujuvuudesta ja kantaa vastuuta sen edistämisestä työyksiköissä, kuitenkin koko työyhteisö on vastuussa moniammatillisesta yhteistyöstä. Vuorovaikutustaidot, toisen työn kunnioittaminen, ammattitaidon arvostaminen ja työyksikön työilmapiiri ovat yhteistyöhön vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan 99 % sairaanhoitajista ja 98 % lääkäreistä arvioivat sairaanhoitajien ja lääkäreiden välisellä yhteistyöllä olevan vaikutusta potilaiden saaman hoidon laatuun. Lisäksi sairaanhoitajista 86 % ja lääkäreistä 90 % kokivat huonon yhteistyön lisäävän potilaiden riskiä hoitokomplikaatioihin ja hoidon haittatapahtumiin.

Erityisesti LEIKO-toiminnan kaltaisessa prosessimallisessa yhteistyön merkitys korostuu. Prosessin toimiminen edellyttää sujuvaa yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken. Prosessissa ilmeneviä yhteistyön haasteita ja karikoita tulisi pyrkiä ennaltaehkäisemään. Moniammatillisella toiminnan suunnittelulla voidaan jo suunnitteluvaiheessa saada eri näkökulmat näkyviin ja saada ymmärrystä eri toimijoiden ja työyksiköiden tehtäviin ja vastuisiin. Yhteinen suunnittelu sisältää ongelmatilanteiden ratkaisemista, toimintatapojen ehdottamista ja mielipiteiden kysymistä (Collin ym. 2012, 38).

Terveystieteiden organisaatioissa ammattirooliin ja -tehtäviin liittyvä valta mahdollistaa konfliktien syntyminen ammattiryhmien välille. Yhteistyössä tulisi suuntautua jaettuun vastuuseen, asiantuntijuuteen ja tietoon. Yhteistyösuhdetta tulisi kuvata kumppanuudeksi ja liittolaisuudeksi, jossa näkökulmat yhdistyvät ja hyödyntävät toinen toisiaan. Potilaan hoitoprosessissa hoitotyö ja lääketiede tulee nähdä toisiaan täydentävinä, ei erottavina tekijöinä. Hoitaminen ja lääketieteellinen hoito ovat toisistaan riippuvaisia ja edellyttävät yhteistyötä ammattiryhmien kesken. Potilaan laadukas kokonaishoito edellyttää sekä hoitotyön että lääketie-

teen arviota potilaan tilasta, voinnista ja voimavaroista. Hoidon laadun turvaamiseksi tulee molempien ammattiryhmien näkemykset ottaa huomioon päätöksiä tehdessä. (Kantanen 2008, 10, 59-71.) Moniammatillisuus korostuu koko hoitoprosessin johtamisessa ja toiminnan koordinoimisessa (Collin ym. 2012, 40).

4.1.3 Laatujohtaminen ja toiminnan kehittäminen

Laatujohtaminen on tietoisista pyrkimystä toiminnan laadun kehittämiseen. Siihen kuuluu laadunvarmistus, palveluiden kehittäminen ja prosessien mallintaminen. Laatujohtamiseen kuuluu hyvän hoidon toteuttaminen kustannustietoisesti eli toimintatavoitteiden saavuttaminen kohtuullisin kustannuksin. Toiminnan tarkastelussa kiinnitetään huomiota prosesseihin, niiden tunnistamiseen, kuvaamiseen ja kehittämiseen. Tavoitteena on oppiva organisaatio, jossa korostuu uudistuksellisuus ja oppimisen näkökulmat. Hoitotyössä laadunvarmistus on riippuvainen jokaisen työntekijän vastuullisuudesta. Jokainen hoitotyöntekijä on vastuussa laadunvarmistuksesta omassa työssään ja on sitoutunut toiminnan kehittämiseen. Esimiehen edellytyksenä on luoda edellytykset toiminnalle, vastata toiminnan kokonaislaadusta ja tukea työntekijöitään. (Surakka 2008, 35-36.)

Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä -Kansallisen tavoite- ja toimintaohjelman mukaan ohjelmien ja hankkeiden toimeenpaneminen vaatii tahtotilaa, selkeitä tavoitteita, riittävää resursointia ja riittävän pitkää aikajännettä (STM 2003, 113). Näitä vaativat myös pienemmät hankkeet ja projektit, kuten myös tämä kehittämistyö. Projektin jäsenet ja työyksiköiden esimiehet ovat avainasemassa kehittämistyön toteuttamisessa ja muun työyhteisön mukaan saamisessa ja motivoimisessa. Esimiesten tulee pystyä perustelemaan sekä itselleen että työntekijöilleen kehittämistyön tarkoitus suhteessa muuhun organisaatioon ja yleisemmin väestön tarpeeseen (vrt. Vuori 2005, 69). Työyksiköissä tulee keskustella ja selvittää, mistä syistä leikkauspotilaan hoitoa lähdetään tarkastelemaan ja muuttamaan. Keskusteluun on otettava sekä hoidon laatu että myös resurssi- ja talousnäkökulmat.

Laadun määrittely riippuu, kenen näkökulmasta se tehdään ja mitä tarkoitusta tai ketä varten laatu määritellään. Laatu voidaan tarkastella asiakkaan, asiantuntijan, palvelua tuottavan organisaation, hallinnon, yhteiskunnan tai rahoittajan näkökulmista. (Hirvonen 2005, 29; Kvist

2004, 19.) Terveysthuollossa laatua tulee tarkastella asiakaslähtöisesti sekä potilaan että muiden asiakkaiden, kuten organisaation sisäisten asiakkaiden, näkökulmista (Surakka 2008, 38). Moisio (2011,1) korostaa laadun perustuvan asiakkaan kokemukseen, toiminnan virheettömyyteen ja henkilökunnan ammattitaitoon.

”Laatu on asiakkaan odotusten mukaan tehty virheetön tuote tai palvelu, jonka hyvän ammattitaidon omaavat työntekijät tekevät kerralla oikein hymyssä suin.” (Moisio 2011,1)

Hyvä laatu vaatii työntekijöiltä onnistumista perustehtävässä (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 123). Hyvä laatu LEIKO-prosessissa potilaan näkökulmasta katsottuna on hoitoprosessin sujuva eteneminen. Potilas tietää, miten hoito tulee etenemään ja millä aikataululla ja kuinka hän voi itse vaikuttaa omaan hoitoonsa. Laatu näkyy potilaan kohtaamisessa ja hoidon järjestämisessä. Edellytyksenä hyvän laadun toteutumiselle on kuitenkin riittävät resurssit sekä henkilöstön ja esimiesten sitoutuminen toimimaan hyvän laadun mukaisesti. Laatujohtamiseen kuuluu johdon aktiivinen toiminta saada kaikki työntekijät osallistumaan laadun kehittämiseen, laadun tulee olla kaiken toiminnan keskeinen tekijä (Kvist 2004, 52). Sitoutuminen on tahtoa toteuttaa perustehtävää, kehittää uusia toimintatapoja ja olla avoin uusille asioille (Laaksonen ym. 2005, 123). Toimintaprosessien ja -tapojen ollessa selkeät ja yhdenmukaiset myös henkilöstön työhyvinvointi paranee. Tarkoituksena on siis kehittää perustyötä eli leikkauspotilaan hoitoa sujuvammaksi sekä potilaan että organisaation kannalta.

Laatujohtamisella tarkoitetaan johtamismenetelmin tapahtuvaa tietoista pyrkimystä laadulliseen virheettömyyteen toiminnoissa. Johdon ja työntekijöiden yhteistoiminnalla pyritään kehittämään ja tuottamaan hyvänlaatuisia palveluita potilaiden tarpeiden ja odotusten mukaisesti. (Lumijärvi 2005, 278.) Keskeisenä ideana on tarpeettomien toimintojen karsiminen ja tarpeellisten toimintojen jatkuva parantaminen. Laatujohtamiseen kuuluu potilaan odotusten kohtaaminen tekemällä oikeat asiat oikein jo ensimmäisellä kerralla. Jatkuvan kehittämisen myötä hyvä laatu tulee myös halvemmaksi, kun vältetään uusintakäynnit, korjausleikkaukset ja tarpeettomat jonot. (Linnakko 2005, 323.) Laatujohtamisen peruselementit ovat tiivistettynä taulukossa 1.

Taulukko 1. Laatujohtamisen peruselementit Crosby (1980), Demingin (1988) ja Lumijärven & Jylhäsaaren (2000) perusteella Lumijärven (2005, 280-281) mukaan.

LAATUJOHTAMISEN PERUSELEMENTIT

Laadun kokonaisvaltainen ja laaja-alainen ymmärtäminen

Asiakkaiden tarpeiden ja odotusten kohtaaminen sekä virheiden karsiminen.

Johdon ja työntekijöiden yhteistoiminnan ja sitoutumisen vahvistaminen.

Pyrkimys siirtyä laadun valvonnasta sen varmistamiseen ja jatkuvaan parantamiseen.

Kustannustietoisuuden sisäistäminen ennen muuta huonon laadun kustannustekijöiden karsimiseksi.

Tilastollisten tutkimusmenetelmien perusosaamisen hallinta sekä soveltaminen seuranta- ja kehittämistyössä.

Prosessiorientaatio ja henkilöstön osaamisen kohottaminen.

Tuotannon koko ketjun on oltava laadukas: siksi kumppanuus ja verkostoituminen takaa parhaiten hyödyn pitkällä aikavälillä.

Laatujohtamisen avulla pyrimme vaikuttamaan jo kehittämistyön aikana moniammatilliseen yhteistyöhön ja tuloksena muodostuvaan toimintamalliin. Toiminnan sujavuus on olennainen osa tuloksellista ja tehokasta kirurgisen potilaan hoitoa. Tavoitteena on toimintamalli eli prosessi, jossa potilaan hoito toteutuu oikea aikaisesti oikeassa paikassa ja jokainen prosessiin kuuluva tietää omat tehtävänsä ja vastuunsa. Vuoren (2005, 68) mukaan laatujohtamisella tarkoitetaan organisaation palvelu- ja hoitoprosessien toimivuuden johtamista ja kehittämistä. Tavoitteena on ohjata, missä järjestyksessä ja missä ajassa potilaan hoitoprosessi etenee. Taustalla on prosessiajattelu ja henkilöstön osaaminen.

LEIKO-toimintamallissa potilaan hoidon aloittamiseen liittyvät päätökset luovat pohjan koko hoitoprosessille. Toimintamallissa korostuu prosessimaisuus ja toimijoiden yhteistyö. Tärkeää on prosessin sujuminen jokaisessa vaiheessa ja yksiköiden sitoutuminen toimintaan. Prosessin ja työnjaon selkeyttäminen ja toimintatapojen yhtenäistäminen luovat toimintaan sekä sujuvuutta että turvallisuutta. Toimijoiden välisen yhteistyön sujavuus on oleellinen potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä. Ihmisten tekemien erehdysten taustalla ovat useimpien prosesseihin, toimintatapoihin ja olosuhteisiin liittyvät riskit. LEIKO-prosessi ja toimintatavat tulee kehittää sellaisiksi, että riskit ja erehtymisen mahdollisuudet ovat minimoitu. Riskit tulee pyrkiä tunnistamaan jo ennalta, jotta niihin voidaan varautua ennen kuin vaaratilanteita ehtii sattua. Yhtenäisten toimintatapojen avulla riskit voidaan tunnistaa ja hallita paremmin. (vrt. Helovuori ym. 2011, 63-65). Myös Tohmon (2010, 310-311) mukaan LEIKO-

prosessin tavoitteena on yhdenmukaistaa toimintatapoja ja tehdä toiminnasta entistä ennakoitavampaa.

Kehittämistyö toteutetaan projektinomaisesti työyhteisöjen välisenä moniammatillisena yhteistyönä. Kehittämistyön aikana jokaisella projektin jäsenellä ja hänen asiantuntijuudellaan on merkitystä kokonaisuuden kannalta. Tämä mahdollistaa toiminnan tarkastelun eri näkökulmista. Projekti voidaan nähdä asiantuntijaorganisaationa, jossa tavoitteeseen sitoutuneet asiantuntijat toimivat tiiminä tehokkaasti (Ruuska 2005, 43, 49). Jokaisen asiantuntijan työpanos on tärkeä ja kaikki jäsenet vaikuttavat lopputulokseen eli lopputulos on kaikkien tekijöiden summa. (Fordell 2002,17; Parvinen ym. 2005, 58). Projektin johtamisen haasteena on, miten eri asiantuntijoiden kiinnostusta voidaan suunnata kehittämistyön aikana koko prosessin toimivuuden edistämiseen, sen sijaan että kukin puolustaa tiukasti omia etujaan (vrt. Paasivaara ym. 2011, 63).

Toimijoiden ja työyksiköiden tulee oppia ajattelemaan omaa toimintaa laajemmin kuin vain omana työnään. Vastuuta tulee ottaa oman toiminnan lisäksi työyksikön toiminnasta ja myös koko organisaation toiminnasta. (Helovuori ym. 2011, 97.) LEIKO-prosessin kehittämisessä tavoitteena on koko kirurgisen potilaan hoidon laadun parantaminen ja toiminnan tehostaminen. Lumijärven (2005, 282) mukaan prosessien kehittämishankkeet ovat olleet monissa sairaaloissa hyödyllisiä. Ne ovat johtaneet pohdintoihin toimintavaiheiden ja toimien järjestyksestä ja tuottavuudesta. Karsimalla toimintavaiheita ja toimintoja, on pystytty lyhentämään työnkulku- ja odotusaikoja.

Kehittämistyössä korostuu johdon ja työntekijöiden yhteistoiminta ja sitoutuminen. Johtamisen haasteina on, miten projekti saadaan kytkettyä luontevaksi osaksi päivätyötä, miten projektiin liittyvät tehtävät saadaan hoidettua sen lisänä ja miten perustyö voidaan hoitaa projektin velvoitteiden ohella sekä miten saadaan henkilöstö sitoutumaan kehittämistyöhön? Henkilöstön aktiivinen osallistuminen tavoitteiden asetteluun ja toimintojen kehittämiseen edesauttavat projektiin sitoutumista. Henkilöstö on saatava kunnianhimoisesti omaksumaan tavoitteet ja työskentelemään niiden saavuttamiseksi. Projekti vaatii systemaattista panostusta ja oikeinmitoitettuja ajallisia ja taloudellisia resursseja. Jos projektin edetessä käytettävissä olevat resurssit eivät ole tarkoituksenmukaisia suhteessa kehittämispäämäärään tai tavoite alkaa tuntua epärealistiselta, tavoitteita pitää tarkistaa. (Paasivaara ym. 2011, 7, 31, 45.) Kehit-

tämistyön aikana esimiesten tehtävänä on antaa tarvittavat resurssit projektin käyttöön. Henkilöstö ei jaksa tehdä kehittämistyötä kiireessä vaan kehittämistyön on oltava suunniteltua ja organisoitua toimintaa.

Jo kehittämistyön aikana toiminnan tulee olla organisoitu hallittavalla tavalla, jolloin työt pystytään tekemään laadukkaasti. Tämä edellyttää riittäviä resursseja työyksiköissä. Henkilömäärän, osaamisen, vastuunjaon ja työprosessien tuntemuksen on oltava oikein mitoitettuja. Kehittämistyö vie työyksiköissä aikaa ja resursseja ennen kuin se saadaan toimivaksi. Työympäristön, aikataulujen ja työvälineiden on oltava tarkoituksenmukaisia. (vrt. Helovuola ym. 2011, 97.) Uuden toimintamallin kehittämistyössä ja käyttöön ottamisessa toiminnan organisointi työyksiköissä korostuu. Esimiesten tehtävänä on määritellä toiminnalle tavoitteet ja menettelytavat, miten tavoitteet saavutetaan sekä miten tuloksellisuutta arvioidaan. Esimiehen tulee saada muutkin sitoutumaan tavoitteen saavuttamiseen. Esimiehen tehtävä on saada henkilöstö toimimaan yhteistyössä ja etsiä resurssit ja keinot, jotta tavoitteet on mahdollista saavuttaa. (Helovuola ym. 2011, 103; Ristikangas ym. 2008, 86-87.)

Työntekijöiden tukeminen ja motivoiminen muuttuvissa tilanteissa on johtajien tehtävänä (Kvist 2004, 49). Kiireen keskellä työntekijöiden ja esimiesten on tärkeää viedä ajatukset välillä laajempiin asiayhteyksiin. Heidän tulee miettiä, miksi työtä tehdään, miten sitä tehdään ja näiden pohjalta pohtia teorioita sekä kehittää uusia työmuotoja. Kehittäminen luo perustaa työn hyvin tekemiselle, laajentaa työn näkökulmaa ja auttaa myös työssä jaksamisessa. Kiireisessä arkityössä kehittäminen kuitenkin jätetään mielellään sivuun ja edetään päivästä toiseen selviytymisperiaatteella. Kun työstä pohdinta, keskustelu ja reflektointi jäävät pois, työyhteisö väsyä ja turtuu työhön. Kvistin (2004, 57, 62) mukaan lähiesimiesten eli yksiköiden osastonhoitajien asema on tärkeä kehitettäessä yksikössä hoidon laatua. Johdon ja työntekijöiden yhteiset tavoitteet edistävät parhaiten hyvän laadun toteutumista. Laadun kehittäminen tulee nähdä osana näyttöön perustuvan toiminnan edistämistä. Laatujohtamisessa korostuu osallistava johtaminen (Surakka 2008, 36).

Hyvinvoiva ja motivoitunut henkilöstö on hyvän laadun edellytys (Kvist 2004, 19). Johtamisella on merkitystä siinä, miten henkilökunta kokee oman työnsä hallinnan ja miten he kokevat työnsä merkityksellisyyden. (Vuori 2005, 69.) Ammattitaitoista henkilökuntaa on pidettävä tärkeimpänä laatutekijänä terveydenhuollossa. Tarvitaan tietoa, taitoa ja kokemusta sekä

henkilökuntaa sopivassa suhteessa työtehtäviin nähden. (Fordell 2002, 102.) Tarvitaan sekä asiantuntijoita että esimiehiä. Ne eivät ole vaihtoehtoja toisilleen vaan molemmat ovat välttämättömyksiä työelämälle. Organisaatio onnistuu, vain kun sillä on päteviä asiantuntijoita ja päteviä esimiehiä. Hyvä esimies antaa työntekijöilleen mahdollisuuden kehittyä asiantuntijaksi (Ristikangas ym. 2008, 19, 52.) Johtamisessa on kyse mahdollisuuksien ja olosuhteiden luomisesta, jotta tietämys ja osaaminen voivat kehittyä. Toimintaprosessissa osaaminen on yksi keskeinen menestystekijä. Prosessin kehittäminen on ennen kaikkea osaamisen kehittämistä, työ- ja toimintatapojen kehittämistä. (Pitkänen 2002, 196, 208.) Reflektion avulla toimintatapoja voidaan kyseenalaistaa ja nostaa keskusteluun.

Prosessien tarkastelu on tärkeää, sillä useimmiten tehokkaasti toimivat organisaatiot antavat asiakkaiden mielestä myös hyvää palvelua. Tehokas toiminta vaatii resursseja, välineitä, materiaaleja, informaatiota ja aikaa. Organisaation johtamisen kannalta on olennaista, että henkilökunta on motivoitunutta työhönsä ja henkilökunta tietää, mitä heidän odotetaan tehtävän. Työtyytyväisyyttä lisäävät mahdollisuus oman ammattitaidon kehittämiseen, työn tulosten näkeminen, työtehtävien merkityksen ymmärtäminen ja työstä saatu palaute. (Fordell 2002, 16-17.)

Myös terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää terveydenhuollon toiminnan olevan laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) painottuu lainsäädännön yhteys laatuun ja laadunvarmistukseen. Lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kulloinkin käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi Terveydenhuoltolaki (30.12.2010 /1326, 4§) edellyttää johtamisessa käytettävän moniammattillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä.

Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326, 8§) Laatu ja potilasturvallisuus -pykälä tuo lisäksi esille osana hoidonlaatua potilasturvallisuuden. Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevällä ammattihenkilöllä on vastuu hoidon turvallisuudesta ja laadusta (Helovuori ym. 2011, 21-38). Yksi keino parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta on toimintatapojen yhdenmukaistaminen, riskikohtien kartoittaminen ja ratkaisukeinojen löytäminen. Tähän

voimme pyrkiä prosesseja standardoimalla sekä kouluttamalla ja motivoimalla henkilökuntaa (Teerijoki 2008, 10). Prosessiajattelun taustalla on oletus toiminnan jatkuvuudesta ja toistosta. Oletuksena on, että samanlaisia asioita voidaan hoitaa samalla tavalla joka kerta. (Parvinen ym. 2005, 190.)

Muutostilanteessa prosessin kuvaus ja kehittäminen mahdollistavat yhteisten pelisääntöjen luomisen, toiminnan kehittämisen ja muuttamisen. Prosessien kehittämisen avulla haetaan tuottavuutta ja kustannussäästöä kehittämällä uudenlaista toimintaa, poistamalla päällekkäisyyksiä ja selkiyttämällä rajapintoja (Fordell 2002, 21; Heikkinen 2008, 1.) Prosessien kuvaamisen avulla ymmärretään toiminnan kokonaisuus sekä omat tehtävät ja vastuut. Toiminnan läpinäkyväksi tekemisellä poistetaan turhat vaiheet ja tehtävät. Ajatuksena on, että prosessia parannetaan samalla, kun sitä kuvataan. Läpinäkyvyys kertoo sekä toimijoille että asiakkaille ja potilaille mitä tehdään ja miten. (Mäkisalo 2003, 170.)

Kainuun maakunta -kuntayhtymän Prosessin kehittäminen ja kuvaaminen -menettelyohjeen (2008) mukaan *”prosessien kehittämisen tarkoituksena on toiminnan tehostaminen, toiminnan laadun parantaminen, ongelmatilanteiden hallinta ja kustannussäästön aikaansaaminen. Toimintaprosessien kehittäminen ja kuvaaminen auttavat hallitsemaan kokonaisuuksia, jäsentämään toimintaa ja eri toimijoiden vastuuta sekä löytämään toimintaprosessin pullonkauloja sekä parantamis- ja tehostamistoimenpiteitä”*.

4.2 LEIKO-toiminta Suomessa (*toteutus*)

LEIKO-toiminta on lähtöisin Hyvinkään keskussairaalaista, mutta on levinnyt Suomessa jomoniin keskussairaaloihin ja on käytössä esimerkiksi Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä Mikkelin keskussairaalassa, Keski-Suomen keskussairaalassa Jyväskylässä, Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa Kokkolassa, Kymenlaakson keskussairaalassa Kotkassa, Lapin keskussairaalassa Rovaniemellä, Pohjois-Kymen keskussairaalassa Kouvolassa, Tampereella Tays Keskussairaalassa sekä Hatanpään sairaalassa, Satakunnan keskussairaalassa Porissa ja Vaasan keskussairaalassa. Myös Kainuun keskussairaalassa LEIKO-toimintatapaa muistuttava toimintamalli on käytössä tekonivelpotilailta ja osaston 4 gynekologisilla potilailta.

Tarkemmin perehdyin Kokkolan, Mikkelin ja Jyväskylän toimintatapoihin. Kokkolan toimintatavasta saimme kokemuksia jo 11.2.2011 tehdyn vierailun aikana. Kehittämistyömme lähtökohtana oli käynnistää oma toimintatapamme juuri heidän toimintaansa mukaillen. Mikkelin valitsimme toiseksi kohteeksi, koska haimme sieltä vuonna 2010 toimintamallia hoidonvaraustoimintaa kehittäessämme ja Mikkelissä oli LEIKO-toiminnan kehittäminen parhailaan menossa. Mikkelin keskussairaalan toimintatavasta sain tietoa keskustelemalla puhelimitse 1.4.2011 LEIKO-yksikön osastonhoitaja Lirkin kanssa. Kolmanneksi kohteekseni valikoitui Jyväskylä, koska KAKS:n kirurgian osasto 6 oli jo muusta syystä sopinut benchmarking-vierailusta sinne. Tähän samaan vierailuun päätimme yhdistää myös LEIKO-toimintaan tutustumisen. Jyväskylään benchmarking-vierailun teimme 1.7.2011. Jyväskylässä oli LEIKO-toimintaa kehitetty vuodesta 2007 alkaen ja aiheeseen liittyen oli tehty muun muassa opinnäytetöitä.

Muiden sairaaloiden toimintatavoista etsin tietoa niiden nettisivujen kautta sekä toiminnasta tehtyjen opinnäytetöiden avulla. Valinta tapahtui sillä perusteella, mistä tietoa oli helposti saatavilla. Näiden tietojen avulla perehdyin Hyvinkään, Satakunnan ja Vaasan toimintoihin. Tarkastellessani toimintatapoja olen pyrkinyt huomioimaan preoperatiivisen prosessin eri vaiheet: leikkauspäätös, potilaan ohjaaminen poliklinikalla, potilaan kutsuminen leikkaukseen, potilaan tulotarkastuskäynti ja potilaan leikkaukseen tuleminen. Liitteessä 3 on taulukoon koottuna selvitetty toimintatavat.

Benchmarking

Benchmarkingissa keskeistä on parhaiden käytänteiden soveltaminen omaan organisaatioon ja potilaan hoitokäytänteiden kehittäminen (Perälä, Junntila & Toljamo 2007, 13). Benchmarking-toiminta on oman toiminnan arvioimista ja vertaamista hyvin esikuviiin. Prosessi-benchmarking on oman prosessin arvioimista vaihe vaiheelta ja miettimistä miten, sitä voidaan parantaa. Tavoitteena on saada kokemuksia ja näkökulmia parhaasta mahdollisesta toimintatavasta. Jotta benchmarkingista saataisiin kaikki mahdollinen hyöty, kaikkien prosessin toimijoiden olisi oltava mukana kehittämistyössä. (Hotanen, Laine & Pietiläinen 2001, 6-10.)

Benchmarking-prosessimme eteni suunnittelu-toteutus-analyysi-tulokset -vaiheiden kautta. Suunnitteluun osallistuivat ohjaus- ja projektiryhmät. Pohjana toimi suunnittelemamme

LEIKO-toimintamalli, johon liittyen mietimme mahdollisia haasteita, kriisikohtia, joihin haaluamme saada vastauksia vierailulla. Tavoitteenamme oli löytää konkreettisia keinoja oman toimintamallimme kehittämiseen. Itse vierailulle osallistui projekti- ja ohjausryhmästä kirurgian poliklinikan, osastojen 6 ja 7 edustajia sekä operatiivisen vastuualueen ylihoitaja. Vierailun tuloksia käsitelimme projekti- ja ohjausryhmien tapaamisissa lopullista LEIKO-toimintamalliamme suunnitellessamme.

Hyvinkään keskussairaala

Hyvinkäällä potilaat saavat leikkaukseen liittyvän ohjauksen jo poliklinikalla leikkauspäätöksen yhteydessä. He saavat ohjeet, miten kotona toimitaan ennakkoon ja leikkauspäivänä. Potilaat saavat kirjallisen ohjeen, josta selviää esimerkiksi leikkausaamuna otettavat lääkkeet. Tarvittavat tutkimukset ohjelmoidaan erillisten ohjeiden mukaan. Preoperatiivisella anestesiaklinikalla käyvät vain tietyt kriteerit täyttävät monisairaant potilaat. Leikkausta edeltävänä päivänä sairaanhoitaja soittaa potilaalle ja varmistaa saapumisajan sekä muistuttaa kotona tehtävistä valmisteluista. Näitä valmisteluja ovat esimerkiksi suolen tyhjennys ja ihon hoito. Lisäksi sairaanhoitaja ohjeistaa leikkausta edeltävästä ruokailusta, nesteytyksestä ja muistuttaa anestesia lääkäriin määräämistä lääkkeitä. (Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3888-3889.)

Leikkausaamuna potilaat saapuvat porrastetusti LEIKO-yksikköön. Potilas ilmoittautuu vastaanottotiskille, jossa päivitetään ensin henkilötiedot. Sairaanhoitajan tulohaastatteluja varten aulassa on kahdeksan pientä huonetta ja paripotilaita varten on viisi suurempaa huonetta. Potilas tapaa näissä huoneissa myös anestesia lääkäriä ja kirurgin, jos siihen on tarvetta. Tulohaastattelun jälkeen potilaat vaihtavat vaatteet. Vaatteet viikataan pussiin, joka jätetään lukolliseen kaappiin, josta pussi viedään aikanaan heräämöhön ja sieltä myöhemmin potilaan mukana vuodeosastolle. Leikkaukseen menoa potilaat odottavat odotustilassa, josta leikkaustiimi tulee hakemaan potilaan. Leikkauksen jälkeen hoito jatkuu vuodeosastolla. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008)

Hyvinkäällä tehtyjen tyytyväisyyskyselyiden mukaan potilaat ovat olleet tyytyväisiä toimintamalliin. Leikkausta edeltävät valmistelut, myös vaativat, sujuvat kotona ohjatusti tehtävinä. (Keränen 2006, 1412.) Vuonna 2003 Hyvinkäällä tehdyssä potilaskyselyssä lähes 95 % kyse-

lyyn vastanneista suosittelisi muille leikkaukseen tuloa LEIKO-mallin mukaisesti. Potilaat haluavat pysyä kotona mahdollisimman pitkään ennen leikkausta. He ymmärtävät saamaansa tiedon ja pystyvät noudattamaan annettuja ohjeita. Potilaat arvostavat omaa aikaansa, mutta potilaat edellyttävät toimivia prosesseja. (Keränen 2005.)

Hyvinkäällä 2003 tehdyn tyytyväisyyskyselyn (Koskinen, Kulmala, Tolonen & Uuksulainen 2003) mukaan suurin osa (78.2 %) vastaajista koki saaneensa riittävästi tietoa ennen leikkausta. Leikkaukseen valmistautumiseen riittävästi tietoa oli saanut 88.2 % vastaajista ja vain 4.3 % ei ollut tiennyt, miten valmistautuminen olisi pitänyt tapahtua.

Hyvinkäällä on tehty vuoden 2004 aikana tutkimus (Keränen, Keränen & Wäänänen), jossa on vertailtu LEIKO-prosessia ja perinteistä vuodeosaston leikkausprosessia. Tutkimuksen mukaan Hyvinkään sairaalassa muutos LEIKO-toimintaan vastaa yli 1400 henkilötyöpäivän vapautumista vuodessa. LEIKO-prosessi sitoo suoraan 73 % vähemmän sairaalan henkilökunnan aikaresursseja kuin kirurgian osaston toiminta. Perinteisen leikkausta edeltävän prosessin mukaan käytetään tuhatta potilasta kohden 315.5 henkilötyöpäivää (8 tunnin työpäiviä), kun taas LEIKO-prosessin vastaava luku on 75.1. Perinteisen vuodeosasto prosessin kautta kulkevan potilaan keskimääräinen läpimenoaika eli leikkausta ennen sairaalassa vietetty aika on 24 tuntia 28 minuuttia. Tästä potilaan aktiivista aikaa on 2h 35min ja tehotonta aikaa 21h 52min. Potilaalla suurin aika kuluu siis odottamiseen.

Keski-Pohjanmaan keskussairaala

Kokkolassa anestesia- ja leikkaustoiminnan kehittämisen painopistealueena on vuodeosastokirurgian LEIKO-toiminnan lisääminen. Toiminnan perusmallia oli haettu Hyvinkään sairaalasta. Erilaisista rakenteista johtuen Kokkolan LEIKO-toiminta toteutuu vuodeosastojenkautta. Osaston kautta leikattavista potilaista 80 % saapui LEIKO-toimintamallin mukaisesti osastolle leikkausaamuna. Toimintaa ei ole rajattu tiettyihin leikkauksiin vaan leikkaukseen tulotapa riippuu potilaan yleisilasta. Hoidonvaraaja kutsuu potilaat leikkausta edeltävälle prekäynnille osaston sairaanhoitajan luokse potilaan yleisvoimien mukaan. Tässä hoidonvaraajat toimivat yhteistyössä kirurgien ja anestesia- ja lääkärien kanssa. Potilaiden ohjaaminen leikkaukseen aloitetaan jo leikkauspäätöksen yhteydessä kirurgian poliklinikalla, jossa potilaat

saavat kirjalliset ohjeet tulevasta toimenpiteestä ja tarkistetaan taustatietolomakkeessa olevat asiat. (Kokkola 2011; Isokoski, Kaminski & Rajaniemi, 2009, 339.)

Mikkelin keskussairaala

Mikkelin keskussairaalassa LEIKO-toiminta on aloitettu huhtikuussa 2010. LEIKO-potilaana hoidettiin huhtikuussa 2011 kaikkien muiden erikoisalojen potilaat, paitsi thorax- ja verisuonikirurgian potilaat. LEIKO-toimintaa varten oltiin remontoimassa tiloja päiväkirurgian yhteyteen ja remontti oli valmistumassa kesällä 2011. LEIKO-yksikössä työskenteli 3 sairaanhoitajaa ja 1 lähihoitaja. Hoitajat oli haettu vakinaisesta henkilökunnasta eri erikoisaloilta, koska oli haluttu saada laaja-alaista ja monipuolista osaamista yksikköön. Valintaperusteissa oli painotettu pitkää työkokemusta ja osaamista. (Lirkki 2011.)

Mikkelissä korostetaan ennaltsuunnittelun tärkeyttä leikkauspäätöksen yhteydessä. Kirurgilla on oltava tarpeeksi tietoa potilaasta leikkausta suunnitellessa, jotta hoito voidaan suunnitella potilaan tarpeita vastaavaksi. Suunnittelun apuna käytössä on esitiedot -lomake. Potilas saa lomakkeen poliklinikalle kutsun mukana ja tuo sen täytettynä vastaanotolle. Potilaan tietojen perusteella kirurgi määrää hoidetaanko potilas päiväkirurgisesti, osaston kautta vai LEIKO-potilaana. Poliklinikan sairaanhoitaja ohjaa potilaan leikkaukseen tulotavan mukaisesti. Poliklinikalla annetaan ohjeet leikkaukseen valmistumisesta ja kotihoito-ohjeet. Leikkausta edeltävälle käynnille potilaat kutsutaan terveydentilan ja leikkauksen perusteella. Pääsääntöisesti kirurgi ei katso potilasta enää tällä käynnillä, poikkeuksena on kuitenkin muutamat kirurgit, jotka haluavat varmistaa tilanteen, elleivät he ole itse tehneet leikkauspäätöstä potilaasta. Anestesia lääkäri tutkii potilaan, jos potilaalla on hengenahdistusta tai muita huomioitavia perussairauksia. (Lirkki 2011.)

Mikkelissä on LEIKO-toiminnan myötä vuodeosastojen toiminta rauhoittunut ja selkiytynyt. Leikkaukseen tulevat potilaat eivät enää työllistä vuodeosastojen hoitajia, vaan he saavat keskittyä jo leikattujen potilaiden postoperatiiviseen hoitoon ja kuntoutukseen. Potilaita ei myöskään ole enää ylipaikoilla. Potilaat ovat tyytyväisiä toimintaan ja tulevat mielellään vasta leikkausamuna sairaalaan. Myös leikkaussalissa tilanne on helpottunut, koska potilaat on valmisteltu paremmin leikkausta varten. (Lirkki 2011.)

Keski-Suomen keskussairaala

Keski-Suomen keskussairaalassa Jyväskylässä LEIKO-toiminta on aloitettu maaliskuussa 2007 yleis-, rinta-, plastiikkakirurgisista ja urologisista potilaista. Vuoden 2008 alussa mukaan on otettu verisuoni- ja keuhkokirurgian ja osa vatsakirurgian potilaista. Toimintaa on koko ajan kehitetty ja lisätty kirurgian eri osa-alueille. Vuonna 2010 tavoitteena on ollut, että elektiiivisistä leikkauksista 60 % olisi päiväkirurgisia, 30 % leikkaukseen kotoa tulevia ja vain 10 % olisi perinteisesti vuodeosaston kautta tulevia potilaita. (Kauppinen & Räsänen 2010, 3-9.) LEIKO-toiminnan ulkopuolelle Jyväskylässä on rajattu alkoholistit ja yksinasuvat dementoituneet potilaat sekä lapsipotilaat. Myös ortopediset Marevan-potilaat on rajattu LEIKO-toiminnan ulkopuolelle. (Jyväskylä 2011.)

Jyväskylässä LEIKO-toiminta on aloitettu yhdellä kirurgian alaisuuteen kuuluvalla sairaanhoitajalla. Kesällä 2011 LEIKO-yksikössä työskenteli 3 sairaanhoitajaa ja 1 lähihoitaja, jotka toimivat leikkaus- ja anestesiaosaston alaisuudessa. Lähihoitaja toimii lähinnä potilaskuljettajana. Hoitajien työaika on 6.45-14.30. Sairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu potilaan ohjaaminen leikkaukseen tulemisesta ja valmistautumisesta sekä potilaiden vastaanotto leikkausammana. Kaksi sairaanhoitajaa hoitaa ”vaativat” potilaat ja yksi sairaanhoitaja ”kevyet” potilaat. Työnkuormittavuudesta johtuen työnjako sairaanhoitajien kesken vaihtuu kahden viikon välein. (Jyväskylä 2011.)

Vuoden 2010 aikana Jyväskylässä on otettu käyttöön myös Leikkaukseen valmis potilas -toimintamalli. Toimintamalliin on kehitetty yhtenäiset käytänteet leikkaukseen tuleville potilaille. Ohjeistuksessa käydään läpi koko potilaan hoitopolku ja ohjeistus leikkauspäätöksestä leikkaukseen saakka. Mallissa huomioidaan potilaan kiireellisyys, varmistetaan leikkauskelpoisuus, varmistetaan kirjausten oikea-aikaisuus ja pidetään huolta, että potilas saa oikea aikaisen informoinnin hoidon eri vaiheissa. (Jyväskylä 2011.)

Jos potilaan kohdalla herää epäilyä LEIKO- tai leikkauskelpoisuudesta esimerkiksi perussairauksien vuoksi, poliklinikan sairaanhoitaja aloittaa potilaan LEIKO- ja leikkauskelpoisuuden tarkistamisen. Tarvittaessa sairaanhoitaja varaa anestesia lääkäriä paperityöajan, jolloin anestesia lääkäri perehtyy potilaan tilanteeseen papereiden perusteella ja tarvittaessa kutsuu potilaan lisäkäynnille tai määrää lisätutkimuksia. (Jyväskylä 2011.)

Toimenpidekoordinaattorit varaavat leikkausajat ja kutsuvat potilaat leikkauksiin. Samalla he varaavat tulotarkastusajat ja ohjelmoivat leikkausta edeltävät tutkimukset niin, että vastaukset ovat käytössä tulotarkastusajalla. Osa LEIKKO-potilaista (ortopediset ja gynekologiset potilaat) käyvät tulotarkastuksessa oman erikoisalansa preoperatiivisella käynnillä osastoilla. Tavoitteena on siirtää nämä preoperatiiviset käynnit poliklinikoille. Käynnillä potilas tapaa kaikki tarvittavat ammattihenkilöt, kuten fysioterapeutin, leikkaavan lääkärin, anestesia lääkäriin ja sairaanhoitajan. Tällä käynnillä tarkistetaan, että potilas oli varmasti leikkaus- ja LEIKKO-kelpoinen. LEIKKO-yksiköstä ei enää soiteta näille potilaille vaan käynnillä hoitaja kirjaa terveydentilan esitiedot, antaa kotilääkitysohjeen kirjallisen ohjeen mukaisesti, tarkistaa preoperatiiviset tutkimukset, verivaraukset ja ohjaa leikkaukseen tulosta. (Jyväskylä 2011.)

Jos potilas ei käy preoperatiivisella käynnillä, potilaalle annetaan soittoaika, jolloin sairaanhoitaja soittaa potilaalle noin viikko ennen leikkausta. Toimintaan on suunnitteilla kokeilu, jossa potilas soittaa soittoajalla sairaanhoitajalle. Soiton kesto on noin 15 min ja sen pohjana käytetään esitietokaavaketta. Soittoajalla sairaanhoitaja tekee tulohaastattelun ja tarkistaa, että leikkausta varten otetut tutkimukset ovat otettuina ja kunnossa. Tiedot hän kirjaa leikkaus- ja anestesiahoitotyön kirjaamisohjelmaan. Lisäksi sairaanhoitaja antaa ohjeet leikkaukseen tulemisesta (tuloaika- ja paikka), valmistautumisesta, ihonkunnosta, peseytymisestä, ruokavaliosta ja ravinnosta, lääkityksistä, lääketauotuksista ja tarvittavista apuvälineistä. (Jyväskylä 2011.)

Tyytyväisyyskyselyn (Kauppinen & Räsänen 2010, 29-30) tulosten mukaan sairaanhoitajan puhelinsoiton merkitystä ja kestoja on mietittävä. Pääsääntöisesti potilaat olivat kokeneet hoitajilla olleen riittävästi aikaa heille, mutta puhelun aikana tietoa tulee paljon ja osa tiedosta voi mennä potilaalta ohi. Kysymyksenä oli herännyt, onko hoitajan puhelinsoitto sellainen, jossa hoitaja puhuu ystävällisesti ja kertoo asiat, mutta ei anna potilaalle itselleen tilaa puhua? Onko puheluun varattu riittävästi aikaa, jotta potilaasta tuntuisi, että hänestä ollaan kiinnostuneita? Tuloksien perusteella leikkauspäivän kulkua tulisi selvittää tarkemmin puhelinsoiton aikana, vaikkakin sairaalan rytmiä on vaikea etukäteen ennustaa ja tilanteet voivat muuttua. Osa potilaista olisi tarvinnut lisätietoa myös jatkohoidosta leikkauksen jälkeen.

Kiireellisten elektiivisten potilaiden, jotka poliklinikkakäynnin yhteydessä päätetään leikata lähiviikkoina (alle 4vko), asiat hoidetaan kuntoon jo poliklinikkakäynnillä riippumatta siitä,

tuleeko leikkaus päiväkirurgisena, LEIKO-yksikön kautta vai osaston kautta. Näille potilaille ei enää soiteta LEIKO-yksiköstä tai päiväkirurgialta. Poliklinikan sairaanhoitaja kirjaa terveydentilan esitiedot, antaa kotilääkitysohjeet (kirjallisen ohjeen mukaisesti), ohjelmoi tarvittavat tutkimukset (ohjeistuksen mukaiset), tekee verivaraukset ja ohjaa leikkaukseen tulosta. Jos kirjallisten kriteerien mukaisesti potilaan sairauksien tai toimenpiteen vuoksi on tarve anestesia-
 lääkäriin kannanottoon, niin sairaanhoitaja varaa paperityöajan seuraavan päivän anestesia-
 lääkäriin kirjalle. Jos harkinnan perusteella huomataan tarve anestesia-
 lääkäriin tapaamiselle samalla käynnillä, sairaanhoitaja soittaa anestesiapoliklinikalla ja tarvittaessa potilas käy jo samana päivänä vastaanotolla. (Jyväskylä 2011.)

Leikkauspäivänä potilaat tulevat LEIKO-yksikköön porrastetusti klo 7.00 – 8.00 – 9.00 – 10.00 – 11.00. Joku kirurgeista haluaisi kaikkien potilaiden tulevan heti klo 7.00, mutta tämä aiheuttaa kuitenkin ruuhkaa ahtaissa tiloissa ja potilaiden odotusaika venyy. Leikkauksjärjestyksen tarkastus tapahtuu edellisenä päivänä ja tarvittaessa potilaille soitetaan, jos aikaa joudutaan muuttamaan. (Jyväskylä 2011.)

LEIKO-yksikössä potilas ilmoittautuu sihteerille, joka tarkistaa henkilötiedot. Sairaanhoitaja vastaanottaa potilaan ja ohjaa vaatteiden vaihdon. Potilas jättää omat vaatteensa säilöön, josta ne toimitetaan osastolle. Sairaanhoitaja tekee potilaalle lyhyen tulotarkastuksen, jossa hän tarkistaa, oliko potilas ollut ravinnotta ja mitkä lääkkeet potilas on ottanut. Tarvittaessa sairaanhoitaja antaa potilaalle esilääkityksen. Potilas odottaa aulassa leikkaukseen menoa. Leikkauksen jälkeen potilas menee heräämön kautta vuodeosastolle. (Kauppinen & Räsänen 2010, 7; Jyväskylä 2011.)

Jyväskylässä kirurgeilla on erilaisia käytäntöjä siitä, missä vaiheessa ennen leikkausta he katsovat potilaan. Urologiset-, keuhko-, verisuonipotilaat kirurgi katsoo vasta leikkaussalissa. Gynekologiset- ja ortopediset potilaat kirurgi on katsonut jo prepoliklinikalla, eikä kirurgi katsonut potilaita enää uudelleen ennen leikkausta. Rinta-, plastiikka- ja gastrokirurgiset sekä vihreän linjan potilaat kirurgi katsoo LEIKO-yksikössä. Anestesia-
 lääkäri ei tutki potilasta välttämättä lainkaan, vaan hän katsoo edellispäivänä seuraavana päivänä leikattavien potilaiden paperit. (Kauppinen & Räsänen 2010, 7; Jyväskylä 2011.) Tyytyväisyyskyselyn (Kauppinen & Räsänen 2010, 31) mukaan kuitenkin leikkaavan lääkärin tapaaminen ennen toimenpidettä on tärkeää potilaille. Lääkärin tapaaminen luo turvallisuuden tunnetta ja antaa poti-

laalle mahdollisuuden tiedustella mieltä askarruttavia asioita. Potilaalla voi olla erilaisia kysymyksiä leikkauksesta. Lääkärin konkreettinen näkeminen vähentää potilaan pelkoa ja ennakkoluuloja.

Keski-Suomen keskussairaalaassa on arvioitu säästettävän noin 6000 hoitopäivää vuodessa, kun potilaat tulevat leikkaukseen suoraan kotoa. LEIKO-toiminnan myötä myös vuodeosastojen aamuruuhkat ovat helpottuneet. LEIKO-potilaille vuonna 2008 tehdyn tyytyväisyyskyselyn mukaan potilaista suurin osa on LEIKO-toiminnan kannalla: 77 % vastaajista ei haluaisi tulla sairaalaan leikkausta edeltävänä päivänä. (Kauppinen & Räsänen 2010, 27-28.)

Satakunnan keskussairaala

Porissa LEIKO-potilaat saapuvat sairaalaan erilliseen LEIKO-yksikköön vuodeosaston sijaan. Potilas siirtyy LEIKO-yksiköstä suoraan leikkaussaliin sairaanhoitajan saattelemana. Myös Porissa tavoitteena on ollut lyhentää potilaan sairaalassa viettämää aikaa, helpottaa kirurgisten osastojen aamuruuhkaa sekä parantaa hoidon laatua luomalla rauhallinen vastaanottoympäristö ennen leikkausta. Leikkauspotilaat valmistautuvat leikkaukseen kotona ohjeiden mukaan ja saapuvat LEIKO-yksikköön porrastetusti leikkausaikojen mukaisesti. Porrastetuilla ajoilla pyritään saamaan potilaiden odotusaika mahdollisimman lyhyeksi. Leikkausta varten tarvittavat alkuvalmistelut tehdään LEIKO-yksikössä. LEIKO-yksikköön tuloajan potilas saa joko haastattelukäynnin yhteydessä tai se ilmoitetaan leikkausta edeltävänä päivänä puoliltapäivin puhelimitse tai tekstiviestillä. Haastattelukäynnillä potilas saa ohjeet ravinnosta ja otettavista lääkityksistä. Potilas vaihtaa LEIKO-yksikössä sairaalavaatteet päälle. Potilasta ohjataan jättämään kotiin kaikki ylimääräinen ja arvokas tavara. Potilaan tavarat säilytetään leikkauksen ajan lukollisessa kaapissa leikkausosaston yhteydessä. Leikkauksen jälkeisen häämövalvonnan jälkeen potilas siirretään kyseisen erikoisalun vuodeosastolle toipumaan leikkauksesta. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012.)

Vaasan keskussairaala

Vaasassa LEIKO-toiminta tapahtuu preoperatiivisella poliklinikalla, johon leikkaukseen tulevat potilaat saapuvat leikkauksen aamuna. Suurin osa suunniteltuun leikkaukseen tulevista

potilaista saapuu tällä tavalla. Preoperatiivinen poliklinikka on toiminut vuodesta 2008 alkaen. Myös osa päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevista potilaista esihaastatellaan preoperatiivisella poliklinikalla. Poliklinikalla selvitetään esihaastattelun ja tutkimusten avulla potilaan leikkauskunto. Käynnillä potilas tapaa sairaanhoitajan lisäksi leikkaavan kirurgin ja tarpeen mukaan anestesia lääkäriin, fysioterapeutin, avannehoitajan, uroterapeutin tai rintasyöpähoitajan. Käynnin yhteydessä ohjataan potilasta leikkausvalmisteluista, jotka potilas suorittaa kotona omatoimisesti. Tarvittaessa potilas käy myös laboratorio- ja röntgentutkimuksessa. (Vaasan keskussairaala 2011a.)

Leikkaukseen valmistautuminen tapahtuu kotona esikäynnillä saatujen ohjeiden mukaisesti. Prepoliklinikan hoitaja soittaa potilaalle vielä leikkausta edeltävänä arkipäivänä. Soiton yhteydessä potilasta ohjataan leikkauspäivän lääkehoidosta, kerrataan edeltä annettuja leikkaukseen valmistautumisohteita sekä kerrotaan tuloaika. Mikäli potilaalla on käytössä astmalääkkeitä, silmätippoja tai insuliinia, ohjataan ne ottamaan mukaan sairaalaan. Potilasta ohjeistetaan jättämään kotiin ylimääräinen ja arvokas omaisuus. (Vaasan keskussairaala 2011b.)

Leikkauspäivän aamuna potilas tulee preoperatiiviselle poliklinikalle ennalta sovittuun aikaan. Tuloaika on hyvissä ajoin ennen leikkausta, joten odotteluun on syytä varautua. Esivalmistelujen jälkeen potilas odottaa preoperatiivisen poliklinikan odotushuoneessa vuoroaan leikkaukseen. Leikkauksen jälkeen potilaan vointia seurataan heräämössä. Potilas siirretään voinnin salliessa kyseisen erikoisalan vuodeosastolle, jossa hoitohenkilökunta huolehtii potilaan leikkauksen jälkeisestä kuntoutumisesta. (Vaasan keskussairaala 2011b.)

Kainuun keskussairaala

Kainuun keskussairaalassa tekonivelpotilailla on käytössä LEIKO-toimintaa muistuttava toimintatapa. Potilaiden ohjaaminen aloitetaan poliklinikalla heti leikkauspäätöksen jälkeen. Potilaat saavat sairaanhoitajalta kirjallisen oppaan tekonivelleikkauksesta sekä suulliset ohjeet leikkaukseen valmistautumisesta ja odotusajasta. Potilaat käyvät tulotarkastuksessa prepoliklinikalla noin 2 viikkoa ennen leikkausta. Käynnillä he tapaavat leikkaavan ortopedin, sairaanhoitajan, anestesia lääkäriin sekä fysioterapeutin. Käynnin tarkoituksena on varmistaa potilaan leikkaussuunnitelma sekä potilaan leikkaus- ja anestesiakelpoisuus, ohjata potilasta valmistautumaan leikkaukseen tulemiseen, itse leikkaukseen ja leikkauksesta kuntoutumiseen.

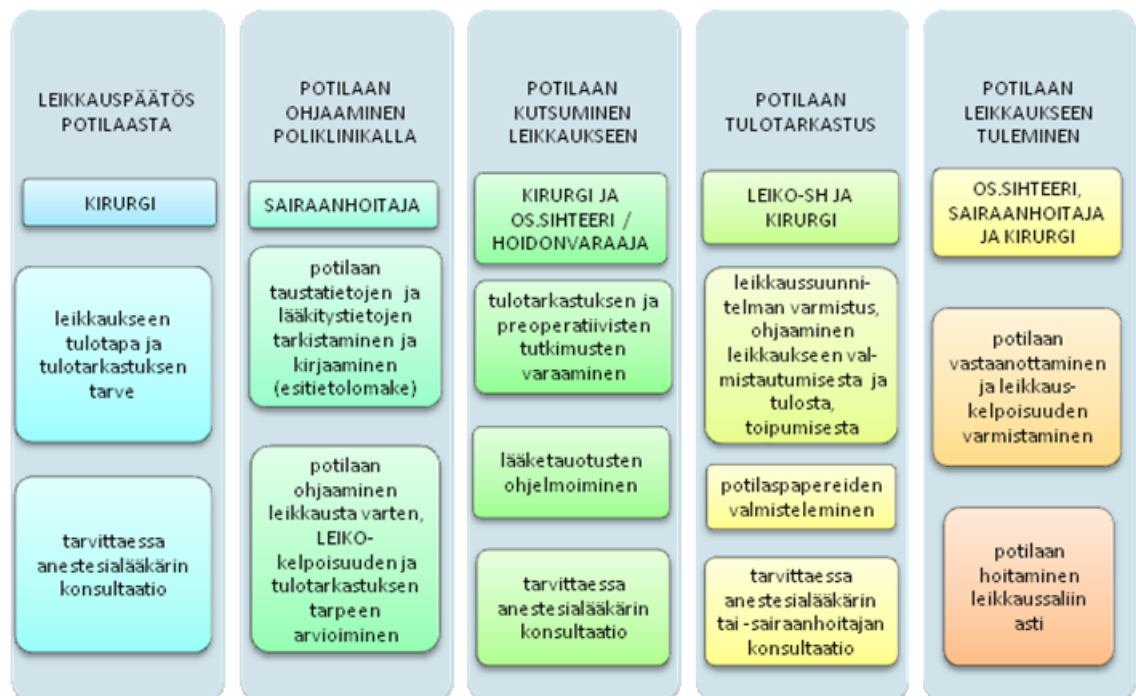
Tällä toimintamallilla on saatu aikaan se, että potilaat ovat leikkauskuntoisia leikkaukseen tullessaan ja viimehetken leikkausten peruuntumiset ovat vähentyneet, potilaiden saaman ohjauksen laatu on parantunut, yhdenmukaistunut ja osastolla hoitopäivien määrä on vähentynyt. Tähän samaan toimintatapaan haluttiin pyrkiä myös muiden potilasryhmien osalta jo vuonna 2010, kuitenkin silloin ei resursseja toiminnan kehittämiseen löytynyt. (Kananen 2010, 35.)

Kainuun keskussairaalassa myös gynekologian leikkauksissa toimittiin huhtikuussa 2011 LEIKO-toimintamallia mukaellen. Tämä toimintatapa oli ollut noin puoli vuotta käytössä. Potilas tulee osastolle leikkausaamuna ja käy tulotarkastuskäynnillä naistentautien poliklinikalle noin viikkoa ennen leikkausta. Laboratoriokokeissa potilaat käyvät poliklinikalle tullessaan. Poliklinikalla sairaanhoitaja täyttää anestesiakaavakkeen potilaan tuoman esitietolomakkeen ja potilaan tulohaastattelun perusteella. Poliklinikalle on järjestetty yksi päivä viikossa tulotarkastuksia varten ja silloin tulotarkastuksessa käy 3-4 potilasta. Aiemmin potilaat kävivät tulotarkastuskäynnin osastolla, mutta tällöin lääkärit eivät ehtineet katsoa potilaita. Toiminta koetaan sujuvan poliklinikan kautta paremmin, kun ajat ovat varattuina ajanvarauskirjoille lääkärin vastaanottoina. Näin potilaat eivät joudu turhaan odottamaan lääkäriä. Tässä toimintatavassa potilas tapaa siis sekä sairaanhoitajan että leikkaavan lääkärin, anestesia­lääkärin potilas ei tapaa, vaan anestesia­lääkäri katsoo potilaspaperit. Potilaalta menee vastaanotosta normaali poliklinikkamaksu. (Kasa 2011.)

4.3 Kainuun keskussairaalan LEIKO-toimintamalli (*bavainnointi*)

Prosessi on toiminnanvaiheista muodostuva tapahtumasarja ja sen kuvaamisen tavoitteena on saada toiminta näkyväksi. Prosessin kuvaaminen kertoo prosessin vaiheista, toimijoista ja tehtävistä, vaikuttavista tekijöistä, tarkoituksesta ja tavoitteesta. Sen tarkoituksena on luoda kokonaiskuva ja ymmärrystä kehittämistyön perustaksi. Prosessin kuvaaminen ei ole vielä prosessin kehittämistä, vaan se on hyvä perusta kehittämiselle. (Pitkänen 2002, 69-94.) LEIKO-toimintamallissa kuvaamme potilaan hoitoprosessia leikkaukseen päätöksestä potilaan leikkaukseen tulemiseen asti (kuvio 4). Toimintamalli on nähtävissä myös liitteessä 5 taulukko­muodossa, jonka avulla työryhmässä pohdimme toiminnan etenemistä. Oleellisia tarkastelta-

via ja arvioitavia asioita prosessin aikana ovat potilaan leikkaukseen ja anestesiaan vaikuttavat sairaudet sekä potilaan sosiaalinen ja psyykinen tila. Potilaan tulee pystyä ymmärtämään toimintaohjeet ja valmistautumaan leikkaukseen kotona. Prosessissa potilaan leikkausta edeltävä haastattelu ja ohjaaminen korostuvat. Potilaan pitkä odotusaika leikkaukseen vaatii potilaan tietojen tarkistamista ja päivittämistä ennen leikkausta. Tämä asettaa omat haasteensa potilaan leikkaukseen kutsumisvaiheessa. Lisäksi on mietittävä toimintatapaa, miten toimitaan, jos pitkän odotusajan vuoksi kirurgin tekemä arvio leikkauksen tarpeesta muuttuu. (Keränen ym. 2003, 3559.)



Kuvio 4. Kainuun keskussairaalan LEIKO-toimintamalli

Toimiva työskentely edellyttää selkeitä tehtäviä ja vastuita, odotuksia ja normeja siitä, kuka tekee mitään ja millä perusteella (Vuori, 2005, 69). Toimintamallia suunniteltaessa tarkastelemme kirurgin, anestesiaalääkärin, poliklinikan sairaanhoitajan ja vuodeosaston sairaanhoitajan vastuita ja tehtäviä potilaan leikkaukspäätöksestä leikkaussaliin menoon asti. Tarkastelimme ja sovimme, miten toiminnan tulee edetä, jotta potilaan hoitoprosessi on sujuva ja turvallinen. Mietimme toimintamallimme kannalta, mitä kenenkin tulee tietää, mistä tieto saadaan ja miksi tietoa tarvitaan (taulukko 2). Haasteeksi koimme potilaan hoidossa tarvittavien tietojen hankkimisen ja tiedon siirtymisen. Pohdimme toimintojen päällekkäisyyksiä

ja keinoja, kuinka käytännössä asiat sujuisivat mahdollisimman jouhevasti. Tarkoituksenamme oli minimoida prosessissa tiedon siirtymisestä ja etsimisestä johtuvat viiveet ja selvittää mahdollisia ongelma-kohtia hoitoprosessissa.

Taulukko 2. LEIKKO-potilaan hoidossa huomioon otettavia asioita

| Mitä on tiedettävä potilaasta? | Kenen pitää tietää? | Mistä tieto saadaan? | Miksi tietoa tarvitaan? | HUOM! |
|--|--|---|--|---|
| LEIKKAUSPÄÄTÖS JA POTILAAN OHJAAMINEN POLIKLINIKALLA | | | | |
| Perussairaudet, lääkitys Potilaan yhteistyökyky, ohjeiden noudattaminen, ohjauksen vastaanotto kyky | Kirurgi Sairaanhoitaja | Esitiedot-lomake Tiedot potilaalta, saattajalta Potilastietojärjestelmä =Efficca | Vaikuttaa leikkaussuunnitelmaan: päiväkir/leiko/aiemmin os:lle Potilas ymmärtää ohjauksen ja osaa noudattaa ohjeita Suunnitellaan tarvittavat preop-tutkimukset ja mahdolliset konsultaatiot | Potilaan ohjaus korostuu: odotusaika potilaan valmistautuminen erityisesti huomioitavat asiat ohjaus leikkauksesta, selviäminen leikkauksen jälkeen, arvioitu sairaaloman kesto Potilasohjeiden yhtenäistäminen osastot, pkl, päiväkir |
| POTILAAN KUTSUMINEN LEIKKAUKSEEN | | | | |
| Perussairaudet, lääkitys →onko muutoksia? Yhteistyökyky, ohjeiden noudattaminen, ohjauksen vastaanotto kyky | Kirurgi ja osastosihteeri tai hoidonvartaja | Efficcaan kirjattujen tietojen perusteella Yhteydenotto potilaaseen | Preoperatiivisten tutkimusten ohjelmointi Lääketuotusten ohjelmointi | |
| POTILAAN TULOTARKASTUS | | | | |
| Leikkauskelpoisuus, onko tullut terveydentilaan muutoksia? Preoperatiivisten tutkimusten vastaukset | Leiko-sh (Kirurgi) (Anestesia- lääkäri) | Efficca Preoptutkimusten vastaukset (rtg ja lab) Potilaan tutkiminen, haastattelu | Potilaspaperien valmistelu: hoitosuunnitelma ja anestesiakaavake Leikkaussuunnitelman varmistus | Leikkauslistalle=Operalle tietojen päivittäminen Kriteerit potilaan anestesia- lääkärin käynnille? Milloin anestesia- lääkäri katsoo potilaan tai potilaspaperit? |
| POTILAAN LEIKKAUKSEEN TULEMINEN | | | | |
| Onko tullut potilaan terveydentilaan muutoksia? Leikkausaamun lääkitys Lääketuotukset Ravinnottaolo Peseytyminen | Leiko-sh Kirurgi Anestesia- lääkäri | Tiedot potilaalta, saattajalta Efficca | Leikkaus- ja anestesiakelpoisuus | |

Leikkauspäätös potilaasta

Kirurgi tekee leikkauspäätöksen yhdessä potilaan kanssa. Kirurgi suunnittelee tehdäänkö leikkaus päiväkirurgisesti (PÄIKI), osaston kautta LEIKO-toimintana vai tuleeko potilas osastolle leikkausta edeltävänä päivänä. Osaston kautta leikattavista potilaista pidämme oletuksena, että potilas tulee LEIKO-potilaana, ellei kirurgi toisin määrää leikkausta varten tehtyihin hoidonvaraustietoihin ja perustele päätöstä potilaan tekstiin. Tiedon on oltava näkyvis- sä hoidonvaraustiedoissa, jotta poliklinikan sairaanhoitaja osaa ohjata potilaan oikein leikka- ukseen tulemisen suhteen. Tietoa tarvitaan myös leikkausaikaa suunnitellessa ja potilasta kut- suttaessa leikkaukseen.

Kirurgi arvioi tulotarkastuskäynnin tarpeen ja etukäteen pyydettävät konsultaatiot esimerkiksi sisätautilääkäriltä. Tarvittaessa kirurgi konsultoi jo leikkauspäätösvaiheessa anestesia- lääkäriä, jos potilaan leikkaukkelppoisuus on epävarmaa.

Potilaan ohjaaminen poliklinikalla

Poliklinikalla sairaanhoitaja aloittaa potilaan ohjaamisen leikkausta varten. Sairaanhoitaja tarkistaa kirurgin kirjaamat hoidonvaraustiedot ja tarvittaessa tarkistaa kirurgilta suunnitelman. Sairaanhoitaja käy potilaan kanssa läpi taustatietolomakkeen ja siirtää tiedot potilastietojärjes- telmään. Sairaanhoitaja tarkistaa potilaan perussairaudet, käytössä olevat lääkitykset ja huo- mioi mahdollisesti tauotettavat lääkitykset, kuten verenhiyytymiseen vaikuttavat lääkkeet (Clopidogrel, Plavix ja Marevan) sekä biologiset lääkkeet. Sairaanhoitaja tarkistaa, että näistä merkinnät ovat kunnossa potilastietojärjestelmässä ja ohjaa jo alustavasti potilasta näiden huomioimisen suhteen. Ohjauksen aikana sairaanhoitaja keskustele potilaan kanssa leikka- uksen odotusajasta, itse toimenpiteestä, leikkauksen jälkeisestä jatkohoidosta ja toipumisesta. Potilas saa myös kirjallisen potilasohjeen suunnittelusta leikkauksesta ja LEIKO-potilaan oh- jeen. Sairaanhoitaja ohjaa, mihin potilas ottaa yhteyttä, jos leikkauksen odotusaikana tulee kysyttävää, lääkitysmuutoksia, uusia sairauksia tai jos potilas haluaa perua tehdyn suunnitel- man.

Ohjauksen aikana sairaanhoitaja arvioi potilaan leikkauksen tulotapaa (LEIKO, osaston kautta edeltävänä päivänä) keskustelussa esiin tulleiden asioiden perusteella. LEIKO-potilaan

kriteerinä on, että potilas ymmärtää ohjauksen ja pystyy valmistautumaan kotona leikkaukseen. Sairaanhoidaja huomioi potilaan kokonaistilanteen, kuten psyykkisen ja fyysisen selviytymisen. LEIKO-toiminnan on katsottu soveltuvan kaikille muille paitsi yksinasuville muistisairaille ja alkoholisteille.

Potilaan kutsuminen leikkaukseen

Potilaan leikkaukseen kutsumisen tekee osastosihteeri kirurgin antamien ohjeiden mukaisesti tai hoidonvaraaja itsenäisesti. Samalla potilaalle annetaan tulotarkastusaika noin viikko ennen leikkausta. Pilotoinnin alussa päätettiin, että alkuvaiheessa kutsutaan kaikki potilaat tulotarkastuskäynnille, ja toimintatapaa tarkistetaan kokemuksien myötä. Preoperatiiviset tutkimukset ohjelmoidaan Osastolle tulevista potilaista otettavia rutiinitutkimuksia -ohjeen mukaisesti, ellei kirurgi tai anestesia lääkäri ole muuta määrännyt. Lääketauotusten ohjelmointi tapahtuu myös tässä vaiheessa.

Potilaan tulotarkastus

Tulotarkastuskäynti on noin viikko ennen leikkausta osastolla. Tulotarkastuskäynnillä potilas tapaa sekä LEIKO-sairaanhoidajan että kirurgin. Preoperatiivisissa tutkimuksissa potilas on käynyt noin viikkoa aikaisemmin, jotta vastaukset ovat käynnillä käytössä. Tarvittaessa tutkimuksia kontrolloidaan potilaan leikkaukseen tullessa.

Tulotarkastuskäynnillä kirurgi tarkistaa potilaan leikkaussuunnitelman ja täyttää leikkauslupalapun. Tulotarkastuspäivät ovat kirurgin leikkauspäiviä, joten kirurgi käy katsomassa potilaat leikkausten välissä. Tästä syystä potilaiden on varattava reilusti aikaa tulotarkastuskäyntiä varten.

Sairaanhoidaja ohjaa potilaan leikkaukseen tulemisesta ja valmistautumisesta. Sairaanhoidaja mittaa potilaan pituuden ja painon sekä verenpaineen ja pulssin. Sairaanhoidaja tarkistaa potilaan ihon kunnon, ohjaa peseytymisen ja ihon hoidon suhteen ennen leikkausta. Tarvittaessa potilaalle mitataan antiemboliasukat. Sairaanhoidaja antaa ohjeet leikkausta edeltävästä ravinnosta olost ja mahdollisista suolen tyhjennyksistä.

Sairaanhoitaja ohjelmoi potilaalle leikkausaamun lääkityksen ja esilääkkeen anestesia­lääkärin tekemän ohjeen mukaan. Sairaanhoitaja tarkistaa, tarvitseeko potilas lääketauotuksia ja varmistaa, että potilas ne ymmärtää. Tarvittaessa sairaanhoitaja voi konsultoida anestesia­lääkärää jo ennen tulotarkastuskäyntiä potilaan papereita valmistellessaan. Sairaanhoitajalla on käytös­sä anestesia­lääkärin konsultoinnista ohje, jossa ohjeistetaan, missä tapauksessa anestesia­lääkäri tulee pyytää katsomaan potilasta. Sairaanhoitaja voi ottaa tarvittaessa yhteyttä myös anestesia­sairaanhoitajaan tai -lääkəriin, jos hänellä tulee tarkistettavaa potilaan läsnä ollessa.

Leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen ohjaaminen ja kotiutumiseen valmistautuminen kuuluu myös tulotarkastukseen. Potilaalle ohjataan leikkauksen jälkeiset liike- ja voimisteluohjeet sekä hengitysharjoitusohjeet. Potilaalle kerrotaan tarvittavista apuvälineistä sekä kotona selviytymiseen valmistautumisesta.

Sairaanhoitaja valmistelee tulotarkastuskäynnillä potilaspaperit, kuten laatii hoitosuunnitelman, esitäyttää kuume­kurvan ja muuta tarvittavat seurantalomakkeet, täyttää lääke­kortin ja anestesia­kaavakkeen, tekee mahdollisen verivarauksen. Sairaanhoitaja myös tarkistaa leikkaus­listan tiedot (Opera) ja tekee siihen tarvittavat muutokset.

Potilaan leikkaukseen tuleminen

Potilas saapuu klo 6.45 osastolle, jossa LEIKO-sairaanhoitaja ottaa potilaan vastaan. Osastosihteeri sisäänkirjaa potilaan potilastietojärjestelmään (Effic). Osastolla laboratorion näytteenottaja käy ottamassa potilaalta x-koe­ver -verikokeen ja muut tarvittavat kokeet kuten Marevan potilailta inr-kokeen ja jos potilaasta on tehty verivaraus niin x-kokeen. Laboratorionpyyntöihin kirjataan Lisätiedot -kohtaan maininta, että ”LEIKO, potilas tulee aamulla ja menee leikkaukseen”, jotta näytteenottaja osaa valikoida potilaat, joilta näytteet tulee ottaa aamun ensimmäisenä ennen potilaan leikkaussaliin menoa.

LEIKO-sairaanhoitaja tarkistaa potilaalta ravinnottaolon, pesuasiat, aamulla otetut lääkkeet ja onko tauotetut lääkkeet olleet tauolla ohjeen mukaisesti sekä tarkistaa vielä potilaan ihon. Sairaanhoitaja huolehtii potilaalle henkilö­tietorannekkeen ja luetteloi potilaan mukana olevat henkilökohtaiset tavarat. Sairaanhoitaja antaa potilaalle jo valmiiksi katsotut leikkausvaatteet ja ohjaa potilaan vaatteiden vaihtoon, tarvittaessa sairaanhoitaja avustaa potilasta vaatteiden

vaihdossa. Sairaanhoitaja ohjaa potilaan vuodepaikalle tai päiväsalin odottamaan leikkaussaliin menoa. Tavoitteena on, että sama sairaanhoitaja hoitaisi potilaan leikkaussaliin asti.

Leikkausaamuna kirurgi käy osastolla katsomassa potilaan ja merkitsemässä leikkauskohdan tussilla ennen kuin potilas viedään leikkaussaliin.

4.4 Reflektointia LEIKO-toimintamallista ja toimijoiden tehtävistä (*reflektointi*)

Toimintamallimme lähtökohdaksi otimme LEIKO-prosessin hahmottamisen potilaan leikkaukseen tuloon asti sekä toimijoiden tehtävien ja vastuiden määrittämisen vaihe kerrallaan. Tarkastelimme potilaan hoidon etenemistä ja toimijoiden tehtäviä käytössä olevan toimintatavan mukaisesti ja mietimme, miten LEIKO-toiminta tulee muuttamaan preoperatiivisen prosessin toimintatapoja. Millaisiin haasteisiin meidän tulee varautua ja pyrkiä ennaltaehkäisemään?

Potilaslähtöisessä hoitoprosessissa jatkuvuuden merkitys korostuu. Potilaan saumaton kulku edellyttää toimintakulttuuria, jossa kaikki tunnistavat ja pyrkivät kohti yhteistä tavoitetta. Tämä edellyttää yhteisvastuullista kanssakäymistä kaikkien hoitoprosessiin osallistuvien kesken. (Laitinen 2008, 135-136.)

LEIKO-toiminta tuo muutoksia kaikkien prosessin toimijoiden tehtäviin. Haasteena ovat tilat ja henkilöstöresurssi poliklinikalla ja osastoilla sekä anestesia- ja leikkauksen toimintatapa. LEIKO-tilojen puuttumisen vuoksi, emme voi käynnistää toimintaa ihanteellisen LEIKO-toimintajatuksen mukaisesti, johon kuuluvat toimivat tilat ja oma henkilöstö leikkausosaston välittömässä läheisyydessä. Näin ollen meillä potilaiden leikkaukseen varmistaminen ja leikkauksen tulo jää edelleen osastojen toiminnaksi. Näin ollen LEIKO-toimintamalli ei ainakaan vielä kevennä osaston työtä.

Kirurgin tehtäviin LEIKO-toiminta lisää potilaan leikkaukseen tulotavan määrittämisen ja tulotarkastuskäynnin tarpeen arvioimisen. Poliklinikalla sairaanhoitajan potilasohjauksen määrä lisääntyy. Sairaanhoitajan tulee kiinnittää huomiota erityisesti potilaan perussairauksiin, lääkityksiin ja kotioloihin. Sairaanhoitajan on arvioitava potilaan kykyä saapua LEIKO-potilaana leikkaukseen. Hoidon tarpeen määrittelyssä on arvioitava potilaan voimavaroja ja

mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa (Lauri 2006, 101). Ohjaamisen tueksi sairaanhoitajille tehtiin potilasohje LEIKO-toimintatavasta. Ohjeessa kerrotaan, miten LEIKO-prosessi etenee ja mitä potilaan tulee huomioida odotusaikana ja leikkaukseen tullessa. Tämän lisäksi potilas saa poliklinikalta itse toimenpiteestä kertovan ohjeen. Potilaan ohjaamisesta tehdään kirjaukset potilastietojärjestelmään. Potilaan preoperatiivinen ohjaaminen alkaa jo leikkauspäätöksestä poliklinikalla ja jatkuu potilaan leikkaukseen menoon asti. Kääriäisen (2007, 103) mukaan ohjauskäytäntöjen yhdenmukaistaminen ja kirjaaminen yhteisiksi toimintaohjeiksi poistaa päällekkäisyyksiä ja epätietoisuutta, siitä mitä ohjausta potilaalle annettu. Ohjausvastuun jakaminen hoitoprosessiin osallistuville tehostaa ammattiryhmien välistä yhteistyötä.

LEIKO-toiminta aiheuttaa eniten muutoksia osaston toimintaan. Osastolle uutena toimintana tulevat LEIKO-sairaanhoitajan tehtävät sekä leikkausta edeltävä tulotarkastus. Uusi tehtävä vaatii työnkuvan määrittämisen, jotta LEIKO-hoitajan vastuut tehtävät selkiintyvät myös muille prosessin toimijoille. Haasteena osastolla tulee olemaan henkilökuntaresurssit ja työvuorosuunnittelu, jotta LEIKO-hoitajan työaika saadaan soviteltua tulotarkastuspäivien mukaisesti.

LEIKO-toimintamallia varten mietittiin, miten anestesia- ja sisätauti- ja leikkauksen erikoislääkärin osuus saadaan toimivaksi anestesia- ja sisätauti- ja leikkauksen erikoislääkärin resurssivajeesta huolimatta. Nykyisen käytännön mukaisesti anestesia- ja sisätauti- ja leikkauksen erikoislääkärin tulisi joko käydä tapaamassa potilasta tai perehtyä potilaspapereihin leikkausta edeltävänä päivänä. Tässäkin toimintatavassa on ongelmia anestesia- ja sisätauti- ja leikkauksen erikoislääkärin pulasta johtuen. Keskustelujen sekä Jyväskylän keskussairaalan kokemusten avulla päädyimme tekemään työhöhen LEIKO-potilaan lääkityksestä ja anestesia- ja sisätauti- ja leikkauksen erikoislääkärin konsultaatiosta. Ohjeen tekivät anestesia- ja leikkaus-anestesian sairaanhoitaja. Ohje on sairaanhoitajan työväline potilaan tulotarkastuksessa. Tämän ohjeen mukaisesti LEIKO-sairaanhoitaja toimii tulotarkastuksessa ja jos potilaan kohdalla tulee erityistä kysyttävää, sairaanhoitaja on yhteydessä joko leikkaus-anestesia-sairaanhoitajaan tai anestesia- ja leikkauksen erikoislääkäriin.

Toimijoilla on oltava tietämys, mistä he toiminnassa vastaavat ja kyky myös kantaa oma vastuunsa. On tiedettävä oman ammattinsa vastuun rajat ja se milloin vastuu siirretään toisille hoidon ammattilaisille. Tämä edellyttää selkeästi määriteltyjä ja ymmärrettyjä käsitteitä ja kuvauksia toimintatavasta. (Laitinen 2008, 128.)

Toimintatapojen yhtenäistämiseksi ja selkiinnyttämiseksi kehittämistyön aikana kehitetty LEIKO-toimintamalli liitetään jo olemassa oleviin kirurgisen potilaan hoitoprosesseihin, kuten *Läbete, ajanvaraus ja vastaanotto kirurgian poliklinikalla* - ja *Elektiivisen kirurgisen vuodeosastopotilaan hoito* –prosessiin. Prosessin kuvaamisella pyritään yhtenäistämään toimintatapoja ja selkiinnyttämään henkilökunnan työnjakoa ja vastuuta. Tehtävät ja vastuut on määriteltävä, jottei tule tilannetta, jossa kukaan ei vastaa mistään. Kehittämistyön aikana tehdyt potilas- ja työohjeet liitetään näihin prosesseihin. Tavoitteena on poikkeamien ja virheiden väheneminen. (vrt. Terveydenhuollon laatuopas 2011, 13.)

Keränen ym.(2006) ovat todenneet LEIKO-toiminnan ongelmaksi potilasasiakirjojen ja informaation kulun. Fordell (2002, 21-22, 75-102) on todennut, että leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjua tarkastellessa viiveitä toiminnassa aiheutuu pääsääntöisesti odottamisen, yhteistyön tai tiedonkulun ongelmien vuoksi ja nimenomaan prosessien rajapintojen kohdalla. Potilaan siirtyessä yksiköstä tai organisaatiosta toiseen on henkilökunnan pidettävä huolta potilaan tietojen ajantasaisuudesta. Tiedon oltava niin selkeää, ettei aikaa kulu turhaan tiedon etsintään. Tiedonvälityksen tarkkuus, täsmällisyys ja nopeus ovat olennaisia, koska hoitotyössä unohdukset ja väärinymmärrykset voivat olla potilaalle kohtalokkaita. Preoperatiivisia viiveitä aiheuttavat potilaspapereiden puuttuminen, preoperatiivisten tutkimustulosten puuttuminen, potilaan preoperatiivinen kunto tai tila sekä se, ettei kirurgi ole katsonut potilasta ennen leikkaussaliin tuloa. Leikkausohjelmaan kirjatussa tiedoissa on puutteita itse toimenpiteeseen liittyvissä tiedoissa sekä potilaan tilasta kirjattavissa tiedoissa. Toimenpiteeseen valmistautuminen on puutteellista, jos tieto ei kulje. Puutteellisten toimenpidetietojen vuoksi joudutaan kirurgilta ennen valmistelun aloittamista tarkistamaan suunnitelmaa ja tämän vuoksi myös anestesia lääkäriin tekemät toimenpiteet viivästyvät.

Kantasen (2008, 71) mukaan yhteistyöongelmat sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä liittyvät useimmiten potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja potilasta koskevaan tiedon siirtämiseen. Jokaisen työntekijän tulee tiedostaa oma vastuunsa ja velvollisuutensa potilasta koskevan tiedon siirtämisessä. Tiedon siirtäminen on keskeinen potilasturvallisuuteen ja siten hoidon laatuun vaikuttava tekijä.

Collinin ym. (2012, 37) mukaan myös rinnakkaintyöskentelyssä haasteita aiheuttavat tiedonkulun ongelmat, epäyhtenäiset toimintaperiaatteet ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat.

Työntekijät saattavat samanaikaisesti tehdä samoja tehtäviä toisistaan tietämättään. Tieto toiminnasta voi olla epätarkkaa tai puutteellista ja potilastietoa voidaan joutua etsimään tai tarkistamaan. Syinä näihin pidettiin kiirettä, henkilöstön vaihtuvuutta ja asenteita sekä epäyhtenäisiä toimintatapoja.

Tiedon siirtymisen ja yhteistyön haasteet nousivat esille myös meidän reflektoinnissamme. LEIKO-toiminnassa potilastiedon siirtämisessä on omat haasteensa. Tietoa siirtyy sekä paperille että sähköisiin potilasjärjestelmiin kirjattuna. Myös tiedon siirtymisessä näkyy prosessimaisuus. Potilaan tietojen tarkistaminen aloitetaan poliklinikalla taustatietoja selvittäessä ja prosessin edetessä niitä tarkistetaan. Kuitenkin ne ensimmäiset poliklinikalla kootut tiedot ovat koko hoitosuunnitelman ja prosessin etenemisen perustana. Tiedon puuttuminen tai virheellisyys voi aiheuttaa koko hoitoprosessiin toimimattomuutta ja vaarantaa potilasturvallisuuden.

5 LEIKO-TOIMINTAMALLIN PILOTOINTI (2.SYKLII)

5.1 Pilotoinnin aloittaminen (*suunnittelu*)

Käsitteellä pilotti tarkoitetaan muutoksen tai uudistuksen testaamista yksittäistapauksen avulla (Paasivaara ym. 2011, 19). Kehittämistehtävän toisessa syklissä tarkoituksena on tarkastella LEIKO-toimintamallia pilotoinnin avulla. Tavoitteena on arvioida, mitä edelleen kehittämistä toimintamallissa on, jotta potilaan hoitoprosessi etenee sujuvasti ja turvallisesti sekä potilaan että toimijoiden kannalta ja millä keinoin kehittämistyössä edetään.

LEIKO-toimintamallin pilotointi aloitettiin 5.9.2011. Pilotoinnin potilasryhmäksi sovittiin jo projektin aloitusvaiheessa urologiset potilaat. Urologisiin potilaisiin päädyimme, koska se oli selkeästi erotettavissa oleva potilasryhmä. Valintaan vaikutti myös henkilökunnan kouluttautuminen ja kehittämishalukkuus. Poliklinikalla ja osastolla oli työssä sairaanhoitajat, jotka olivat suorittaneet erikoistumisopinnot urologiaan liittyen ja urologi oli ilmoittanut halukkuutensa osallistua kehittämistyöhön. Pilotointiin osallistuvat yksiköt olivat KAKS:n kirurgian poliklinikka, osasto 6 ja leikkaus- ja anestesiaosasto.

Kirurgian poliklinikalla kirurgi tekee yhdessä potilaan kanssa leikkauspäätöksen. Poliklinikalla sairaanhoitajat tarkistavat potilaan taustatiedot ja käytössä olevan lääkityksen sekä aloittavat potilaan leikkaukseen ohjaamisen. LEIKO-mallin myötä sairaanhoitajan potilasohjauksen määrä tulee lisääntymään. Poliklinikalla annettava ohjaus on vaihdellut sekä laadullisesti että määrällisesti riippuen ohjausta toteuttavasta sairaanhoitajasta. Poliklinikalla ohjausta toteuttavat kaikki sairaanhoitajat, mutta pilotointiin osallistuivat lähinnä urologian poliklinikkaa pitävät hoitajat. Projektiryhmän jäseneksi valittiinkin juuri urologinen sairaanhoitaja, joka toimii yhdessä poliklinikan esimiehen kanssa poliklinikan osalta toiminnan kehittäjänä. He kokoavat poliklinikan kokemukset pilotoinnista toiminnan kehittämistä varten.

Osasto 6 on pehmytosakirurginen vuodeosasto, jonka erikoisaloina ovat gastroenterologia ja urologia. Potilaita osastolla hoidetaan sekä operatiivisesti että konservatiivisesti. Osastolle potilaat tulevat hoidonvarauksen tai päivystyksen kautta. Osastolla urologisten potilaiden leikkausajankohdan määrää urologi ja osastonsihteeri kutsuu potilaat osastolle urologin oh-

jeiden mukaan. Osastonsihteeri ohjelmoi tarvittavat preoperatiiviset tutkimukset käytössä olevan ohjeen mukaisesti sekä urologin antamien lisäohjeiden perusteella. Osastolla pilotoinnista vastaavat osastonhoitaja sekä projektiryhmän jäsenenä toimiva sairaanhoitaja, joka osastolla toimii LEIKO-sairaanhoitajana.

Leikkaus- ja anestesiaosasto tuottaa useiden erikoisalojen leikkaus-, anestesia- ja kivunhoitopalveluita. Potilaat tulevat toimenpiteisiin vuodeosastojen kautta tai päiväkirurgisesti. Leikkaus- ja anestesiaosasto vastaa potilaan leikkauksen aikaisesta eli intraoperatiivisesta hoidosta. Anestesia- ja anestesiaosasto vastaa potilaan leikkauksen aikaisen anestesian sekä määrää toimenpiteen jälkeisen kipulääkityksen. Pilotoinnin aikana leikkaus- ja anestesiaosaston kokemuksia ja toimintaa tarkastelevat projektiryhmän jäsenenä toimiva sairaanhoitaja sekä ohjausryhmän jäsenenä osastonhoitaja ja anestesia- ja anestesiaosaston lääkäri.

5.2 Kokemuksia LEIKO-toimintamallista (*toiminta*)

Suunnitelma ennen pilotoinnin aloittamista

Toimintatutkijana en yksin määritä tutkimuksen suuntaa ja kerro, mitä on tehtävä, vaan kehittämistyö on demokraattista toimintaa. Toimintamme sisältää kokouksia, pöytäkirjojen laatimista, yhteistä suunnittelua ja yhdessä tekemistä. Se on kuuntelua, kyselyä, ihmettelyä, ideoimista ja ideoiden kokeilua. Toiminta on osallistujien kanssa yhdessä reflektointia. Tutkijana jaan osallistujien kokemukset, mutta samalla pyrin ottamaan etäisyyttä ja arvioimaan tilannetta neutraalisti ja kriittisesti. Osallistujien sitoutumista muutosprosessiin pyrin tukemaan suuntaamalla keskustelua kysymyksiin, joita osallistujat pitivät ongelmallisina. Tutkijana en ratko ongelmia osallistujien puolesta, vaan pyrin esittämään rakentavia näkökulmia kehittämisen perustaksi ja auttamaan osallistujia ratkaisujen löytämisessä. (vrt. Huovinen & Rovio 2008, 100-103.)

Kehittämistyön aikana pyydän työyksiköiltä jatkuvaa palautetta. Pilotoinnin arvioinnin tukena käytän muistioita projekti- ja ohjausryhmän tapaamisista sekä sähköposteja ja suullisia palautteita koko projektin ajalta. Pilotoinnin aikana työyksiköiden on tarkasteltava potilaan hoidon jatkumista sujuvasti koko prosessin ajan ja eri toimijoiden yhteistyötä prosessin aika-

na. Henkilökunta huomioi, mitä muutoksia toimintatapoihin tarvitaan, jotta potilaan hoito etenee turvallisesti ja sujuvasti. Tavoitteenamme on saada kokemuksia työyksiköistä henkilökunnan pitämistä palauteviikkoista. Tavoitteena on, että viikoihin henkilökunta kirjaa kokemukset ja myös kehittämisajatukset, jotka nousevat käytännön työstä. Viikoihin henkilökunta kirjaa myös potilailta tulleen palautteen toiminnasta. Potilaspalautteesta olemme sopineet, että osastolla potilaan tullessa leikkaukseen sairaanhoitaja kysyy potilaan mielipiteen toiminnan sujuvuudesta, mahdollisista epäselvyyksistä. Työyksiköitä on informoitu, että kirjauksia käytetään opinnäytetyön materiaalina.

Toimintamallin kehittämiskohtia tarkastellaan myös 6-3-5-menetelmän avulla ohjaus- ja projektiryhmässä. Tarkoituksena on löytää toimintamallista kehittämiskohdat eli ongelmat ja niihin ratkaisukeinoja. 6-3-5-menetelmä on aivoriihen kirjallinen muoto, jossa pyritään suureen ideamäärään pienessä ajassa kuuden hengen voimin (Hassinen 2008, 50; Schröer, Kain, Lindemann 2010, 591). Aivoriihen tarkoituksena on, että ideoita ei tukahduteta esimerkiksi toteamalla idea epärealistiseksi tai mahdottomaksi toteuttaa. Ajatuksena on, että runsaasta ideamäärästä voidaan valita toteutettavaksi parhaimmat. (Mäkisalo 1999, 62; Mäkisalo 2003, 64.) Luku kuusi (6) tarkoittaa osallistujien lukumäärää. Jokaiselle osallistujalle saa kolme (3) paperia, joihin he kirjoittavat LEIKO-toimintaan liittyvän ongelman tai haasteen. Luku viisi (5) kuvaa ongelmaan tai haasteeseen saatavien vastausten lukumäärää. Tavoitteena on löytää osallistujien mielestä kehitettävät ja ongelmalliset kohdat sekä löytää näihin ratkaisuehdotuksia. Ongelmakohtia saadaan yhteensä 54 ja näihin jokaiseen viisi ratkaisuehdotusta eli vastauksia tulee yhteensä 270. Menetelmä sallii mielikuvituksen ja ajattelun käytön, ja sen avulla tulevaisuuden visioinnin. Tiukan aikataulutuksen vuoksi ajatukset voivat jäädä pinnallisiksi (Hassinen 2008, 50), mutta antavat kuitenkin suuntaa asian jatkokehittämiselle.

6-3-5-toteutus

6-3-5-menetelmän toteutusta jouduttiin muuttamaan alkuperäiseen suunnitelmaan nähden kehittämistyössä ilmenneen kriisin vuoksi. Menetelmää ei käytetty ohjaus- ja projektiryhmässä, vaan kehittämiskohtia tarkastelimme kirurgian poliklinikalla, osastolla 6 ja 7. Jokaiseen istuntoon osallistui kerrallaan 6 työntekijää eli yhteensä 18 työntekijää. Yksikköjen esimiehet päättivät istuntoihin osallistujat niistä työntekijöistä, ketä olivat sinä hetkellä työvuorossa.

Istuntoihin osallistuivat myös esimiehet. Menetelmää ei käytetty leikkaus-anestesiaosastolla, koska projektitapaamisissa nousseissa palautteissa kehittämiskohteet ja haasteet olivat juuri poliklinikan ja osaston toiminnoissa. Leikkaus-anestesian kokemuksen mukaan toiminta oli sujunut hyvin.

Mietittävänä kysymyksenä istunnoissa oli: *Mikä asia mielestäsi aiheuttaa haasteita ja ongelmia LEIKO-toimintamallin toteuttamisessa omassa työyksikössäsi?* Istuntojen käsikirjoitusrungot ja vastauslomakkeet ovat liitteenä (Liite 4). Alustukset pyrin suuntaamaan kunkin yksikön tarpeen mukaisiksi. Huomioitavana olivat yksiköiden erilaiset tilanteet istuntojen aikana. Osastolla 6 pilotointi oli jo ollut käynnissä, joten haasteet ja ongelmat olivat todellisia ja löytyivät jo syn-tyneistä kokemuksista. Osaston 7 kohdalla toiminnan aloittamista vasta pohdittiin ja osallis-tujat joutuivat miettimään toimintaan mahdollisesti tulevia haasteita. Tavoitteena oli saada työntekijät osallistumaan toimintamallin kehittämiseen ja saada objektiivinen suunta kehittä-mistyön jatkamiselle. Menetelmän tavoitteena on sitouttaa työntekijät toiminnan jatkokehit-tämiseen osallistamalla heitä sekä haasteiden pohtimiseen että ratkaisujen etsintään.

6-3-5-aineiston analysointi

Analysoin 6-3-5-menetelmällä saadun aineiston sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on me-nettelytapa, jolla voidaan analysoida laadullista aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla voidaan järjestellä, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tavoitteena on saada kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä aineistosta. (Kynge & Vanhanen 1999, 4; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Analysoinnin tarkoituksena oli jäsentää työyksiköiden ajatuksia ja ongelmakohtia toimintamallista. Tutkijana pyrin objektiivisesti analysoimaan aineiston, jotta työyhteisöt voi-vat itse määritellä analyysin pohjalta kehittämistyön suunnat.

Alasuutarin (1999, 39) mukaan laadullinen analyysi muodostuu havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 24) mukaan sisällön ana-lyysi prosessi muodostuu analyysiyksikön valinnasta, aineistoon tutustumisesta, aineiston pelkistämisestä, aineiston luokittelusta ja tulkinnasta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden

arvioimisesta. Analyysin eri vaiheet eivät ole aina selkeästi erotettavissa vaan ne voivat esiintyä myös samanaikaisesti.

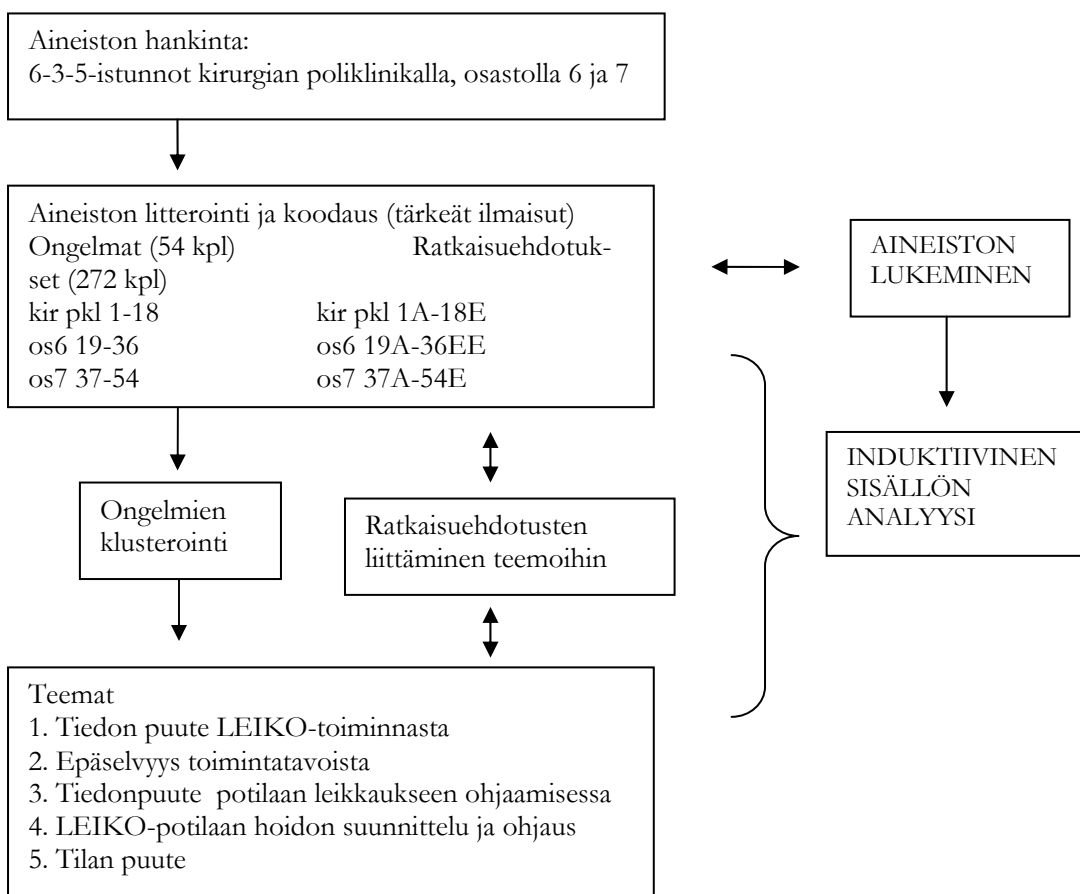
Analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa litteroin aineiston eli kirjoitin ongelmat ja ratkaisuehdotukset kolmeen eri taulukkoon (kirurgian poliklinikka, osasto 6 ja osasto 7) siinä muodossa kuin osallistujat olivat ilmaiseet papereihin kirjoittaneet.

Ongelmat kirjoitin taulukon ensimmäiseen pystysarakkeeseen satunnaisessa järjestyksessä, yhden ongelman yhdelle riville. Ongelmat (54 kpl) numeroin rivijärjestyksessä: kirurgian poliklinikka 1-18, osasto 6 19-36 ja osasto 7 37-54. Jokaiseen ongelmaan saadut 5 ratkaisua kirjoitin ko. ongelman riville omiin soluihinsa. Ratkaisuehdotukset (272 kpl) numeroin ongelmien mukaisesti ja merkitsin kirjaimilla A-E. Näin kirurgian poliklinikan ratkaisut olivat: 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 2A, ...18E. Osasto 6 ratkaisut olivat: 19A, 19B, 19C, 19D, 19E, 20A, ...36E. Osasto 7 ratkaisut olivat: 37A, 37B, 37C, 37D, 37E, 38A, ...54E. Jos ratkaisussa oli erotettavissa useampia kuin yksi ratkaisuehdotus, jaoin vastauksen niin moneen osaan kuin ehdotuksia nousi. Merkitsemisessä käytin silloin samaa aakkosta tuplana, esimerkiksi 40D, 40DD. Taulukossa 3 on esimerkkinä kolmen ongelman ja niiden ratkaisujen kirjaamistavat.

Taulukko 3. Esimerkki 6-3-5-aineiston litteroinnista ja koodauksesta

| ONGELMA | RATKAISUEHDOTUKSIA | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| 4 Tiedonpuute tiettyjä erikoisalaja kohtaan | 4A Koulutusta, huomioiden hoitajien yksilöllinen tarve | 4B Henkilökoh- taisten kiin- nos- tuksen kohteiden hyödyntäminen | 4C Selkeitä ohjeita | 4D Työkierto niin polin sisällä kuin osastoillakin | 4E Opiskelu, koulutus |
| 5 Tiedonpuute | 5A Koulutus / Tiedon puute mistä? | 5B Tutustumi- nen eri pkl:n / leikkaukseen esim suolisto l- salissa | 5C Kirjalliset ohjeet | 5D Osastotunnit, jota varten jokai- nen hoitaja pereh- tyy tiettyyn asiaan vuorollaan ja pe- rehdyttää muita (vrt. kirurgien meetingit) | 5E Yhteiset palaverit osas- ton ja pkl:n välillä, jossa enemmän hen- kilökuntaa mu- kana |
| 36 Kaikki eivät tiedä mistä on kyse | 36A LEIKO- toiminnasta osastotunti nyt kun toimijoille on itselle ”hahmottunut” miten asia eri vaiheissa ete- nee | 36B Toimenku- vankuvaus kuten esim lääkehoita- jalla on | 36C Selvästi sovitaan LEI- KO-hoitajan tehtävät ja työ- vuorolistaan merkitään sel- västi kuka on LEIKO- hoitajana | 36D Eivätkä sitä mitä potilas hyö- tyy, joten vastus- tusta LEIKOa kohtaan on ilmassa | 36E Kunnon osastotunti LEIKO- toiminnasta. 36EE Toimen- kuvaus ja työn- jako selkeäksi. Käytännöstä ohjeistus |

Aineistoon perehtymisen jälkeen määrittelin, millä tavoin analysointi etenee. Analysoinnissa voidaan edetä joko aineistosta lähtien (induktiivinen), jolloin teoria nousee aineistosta ja sen tulkinnasta, tai teoriaan pohjautuen (deduktiivinen), jolloin aikaisemmat teoriat ohjaavat aineiston analysointia (Kynge & Vanhanen 1999, 4). Tämän aineiston analysoinnissa edettiin induktiivisesti eli aineistosta käsin. Aineistoa luin aktiivisesti useaan kertaan saadakseni käsityksen sekä esille nousseista ongelmista että niihin esitetyistä ratkaisuksista. Aineiston perehtymisen myötä päädyin etenemään tulosten analysoinnissa vaiheittain. Ensimmäisenä päätin keskittyä kehittämiskohtien eli ongelmien analysointiin ja toisessa vaiheessa yhdistin ratkaisuehdotukset ongelmiin. Analyysin eteneminen on esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5. 6-3-5-aineiston analyysin eteneminen

Aineistoa tarkastellessa kiinnitetään huomiota vain siihen, mikä on teoreettisen viitekehyksen tai kysymyksenasettelun kannalta olennaista (Alasuutari 1999, 40). Kehittämiskohtia eli ongelmia tarkastellessani ajatustani ohjasi 6-3-5-lomakkeen kysymys: *Mikä asia mielestäsi aiheuttaa haasteita ja ongelmia LEIKO-toimintamallin toteuttamisessa omassa työyksikössäsi?*

Analysoinnin alussa tutkijan on määritettävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehtävä. Yksikkönä voi olla yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.) Analyysiyksiköksi valitsin koko vastaukseksi kirjoitetun ilmaisun, koska ilmaisut olivat joko yksittäisiä sanoja tai lyhyitä lauseita. Aineistoa en enää pelkistänyt, koska ilmaisut olivat lyhyitä ja konkreettisia ja ne oli jo litterointi vaiheessa koodattu numeroilla.

Aineiston ryhmittely eli klusterointi on yhteen kuuluvien ilmaisujen yhdistämistä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Ryhmittelyssä alkuperäisilmaukset luetaan tarkasti ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia, joiden perusteella aineistosta muodostetaan käsitteitä. Luokittelussa aineisto tiivistyy käsitteisiin. Käsitteitä yhdistelemällä pyritään saamaan kuvaus tutkimuskohteesta. Analysoinnin tarkoituksena on saattaa aineisto tiiviiseen muotoon kadottamatta alkuperäistä informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-115.) Tätä aineistoa analysoidessani tulkitin ilmaisut niin kuin ne oli kirjoitettu, piilomerkitä en lähtenyt vastauksista tulkitsemaan (vrt. Kyngäs-Vanhanen 1999, 5; Kääriäinen 2007, 69).

Ryhmittelyn aloitin työyksiköitten mukaisesti eli pidin eri yksiköiden aineistot erillään. Aineistoa lukiessani huomasin, että poliklinikan ja osastojen ongelmissa oli yhteneväisyyttä, samoja ongelmia nousi kaikista työyksiköistä. Yhdistely vaiheessa päädyin kokoamaan kirurgian poliklinikan, osaston 6 ja 7 ongelmat (54 kpl) samaan taulukkoon. Tarkoituksena oli etsiä aineistosta yhteiset ongelmat ja haasteet. Samansisältöiset ilmaisut ryhmittelin yhteisen teeman alle merkitysten perusteella. Taulukossa 4 on näkyvissä esimerkkejä ongelmien ryhmittelystä. Numerot alkuperäisilmaisujen edessä ovat alkuperäisaineiston koodausnumeroita.

Taulukko 4. Esimerkkejä ongelmien klusteroinnista

| ONGELMAT ALKUPERÄISILMAISUKSINA | TEEMA |
|---|---|
| 1 Välttämättä ei tietoa tarpeeksi ko. potilasryhmästä hoitajalla 2 Useita erikoisaloja, laaja-alainen tietämys puuttuu 3 Puutteelliset tiedot leikkauksista ja niihin liittyvästä valmistautumisesta 4 Tiedonpuute tiettyjä erikoisaloja kohtaan 5 Tiedon puute 6 Potilasohjeitten päivitykset kesken | Tiedon puute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa |
| 7 Potilaiden ennakkoinformointi onko onnistunut, esim lääkitystiedot mukana 12 Vaikka potilas asetettu LEIKO-potilaaksi, hän ei siihen sovellu, potilas ei pysty noudattamaan ohjeita 19 Leikkaus niin nopeasti, että prekäynti ”liian lähellä” toimenpidettä 20 Kutsutaan liian nopealla aikataululla osastolle 26 Pitkät matkat sairaalaan, useita käyntejä etukäteen 27 Potilaat vanhoja ja paljon tietoa etukäteen selvitettävänä (esim labroissa käynnit missä? LEIKO-hoitaja missä? jne) 51 Potilaita ei saada motivoitumaan omaan hoitoonsa 53 Iäkkäät potilaat 54 Monisairaant potilaat | LEIKO-potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaus |

Yhteisiä merkityksiä etsimällä teemoiksi nousivat:

1. Tiedonpuute LEIKO-toiminnasta
2. Epäselvyys toimintatavoista
3. Tiedonpuute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa
4. LEIKO-potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaus
5. Tilan puute

Ratkaisuehdotukset luokittelin ongelmista muodostettujen teemojen mukaisesti. Taulukossa 5 on esimerkkejä teemoista ja ratkaisuehdotuksista. Ratkaisuehdotukset olen kvantifioinut eli laskenut montako kertaa samankaltainen ehdotus ilmenee aineistossa (vrt. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 34). Ratkaisuehdotusten perässä oleva numero ilmaisee ehdotuksen esiintymisen aineistossa (frekvenssi). Frekvenssit päädyin laittamaan, koska sen avulla saan vahvistusta siitä, mitkä ratkaisut ilmaistiin useimmiten. Frekvenssit eivät ohjaa ratkaisujen priorisointia vaan toimivat tarvittaessa tukena, kun työyksiköt pohtivat kehittämissuuntiaan.

Taulukko 5. Esimerkkejä ratkaisuehdotusten liittamisestä teemoihin

| TEEMA | RATKAISUEHDOTUKSIA |
|---|--|
| Tiedon puute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa | Koulutus (6) Työohjeet (5) Tiedon jakaminen osastotunneilla(6) Hoitajien suuntautuminen erikoisaloihin (1) Tutustuminen leikkauksiin (3) Yhteistyö pkl-osastot (5) Työkierto (5) |
| LEIKO-potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaus | Potilaan taustatietojen selvittämisen tärkeys (22) Potilaan toiveiden huomioiminen (1) Pkl:lla aloitettu ohjaus leikkaukseen tulemisesta ja valmistautumisesta (2) Riittävän varhain leikkausajan kohdan suunnittelu (8) Leikkausamuna otettavien laboratorioskokeiden otosta sopiminen (7) Laboratorioskokeet tulotarkastukseen tullessa (2) Laboratorioskokeet otetaan tk:ssa (2) Tulotarkastus puhelimitse (4) Hoitajan osaamisen, ammattitaidon korostuminen tulotarkastuskäynnillä (5) Jatkohoidon suunnittelu tehdään ajoissa (2) |

Ratkaisuehdotusten yhdistäminen ongelmiin oli haasteellista. Osaan ehdotuksista oli kirjattu useita keinoja ja osa oli muotoiltu ongelma muotoiseksi eli ongelmaa oli syvennetty eikä mietitty siihen ratkaisua. Lisäksi havaitsin, että osallistujat olivat kirjanneet useaan kohtaan samoja ratkaisukeinoja, eivätkä olleet miettineet uusia ratkaisuja. Aineisto jäi osin pinnalliseksi ja selkeitä uusia ratkaisukeinoja ei tästä löytynyt. Aineistosta löytyy kuitenkin vinkkejä työyksiköille, mistä asioista työyksiköiden tulisi keskustella ja sopia myös LEIKO-toiminnan ulkopuolella.

5.3 LEIKO-toiminnan haasteita ja ratkaisuja (*havainnointi*)

6-3-5-aineiston analyysillä saadut ratkaisuehdotukset olen koonnut viiteen taulukkoon teemojen mukaisesti. Lisäksi tuloksiin olen kirjoittanut suullisesti, sähköpostitse sekä ohjaus- ja projektiryhmän tapaamisista tulleita palautteita, kehittämishaasteita ja -ehdotuksia.

5.3.1 Tiedon puute LEIKO-toiminnasta

Kaikissa yksiköissä ongelmaksi koettiin tiedon puute LEIKO-toiminnasta. Tiedon puute näkyi siinä, etteivät kaikki edes tienneet, mistä on kyse. Tiedon puute aiheuttaa epävarmuutta ja muutosvastarintaa sekä sitoutumattomuutta. Vastauksissa kaivattiin *”avointa keskustelua plussista ja miinuksista”* sekä toivottiin kaikkia osallistumaan suunnitteluun ja toimintaan *”kaikki mukaan, tehdään yhdessä”* –ajatuksella. Erityisesti kaivattiin tietoisuuden lisäämistä myönteisesti, toimintamallin hyötyjä korostamalla. Osaston 7 toiveena oli saada kokemuksia osaston 6 kokemuksista. Osastolla 7 ei toimintamallia vielä ole käytössä ja sieltä toiveena nousikin, että toimintatavan muuttumiselle annettaisiin aikaa tarpeeksi.

Taulukko 6. Tiedon puute LEIKO-toiminnasta

| TEEMA | RATKAISUEHDOTUKSIA |
|--------------------------------|---|
| Tiedon puute LEIKO-toiminnasta | keskustelu ja yhdessä tekeminen (10) hyödyt-haitat info (14) muutosvastarinnan syiden selvittäminen (2) aikaa tarpeeksi muutokseen (4) |

Vastausten perusteella kehittämistarpeksi nousi tiedon lisääminen LEIKO-toiminnasta. Työyksiköissä on lisättävä tiedottamista ja keskustelua, jotta saamme koko kirurgian mukaan yhdessä kehittämään toimintamallia ja yhteistyön toimimaan. Toimintatapaan siirtymiselle haluttiin aikaa, jotta muutosvastarintaa saadaan hyödynnettyä toiminnan kehittämiseen. *”Aina on muutosvastarintaa. LEIKO tulee – valmistautumisaikaa. Keskustellaan osastokokouksissa asioista.”*

5.3.2 Epäselvyys toimintatavoista

Ensimmäisen kuukauden aikana kokemuksena pilotoinnista nousi potilaiden vähäinen määrä. Syyskuun aikana urologisten potilaiden osuus ei ollut riittävä, jotta toiminnasta olisi saatu kattavasti kokemuksia. Tämä oli sekä poliklinikan että osaston 6 yhteinen kokemus. Poliklinikalla sairaanhoitajat eivät olleet saaneet riittävästi kokemusta LEIKO-potilaiden ohjauksesta. Toiminta tuntui vähäiseltä ja aiheutti siten epävarmuutta. Myös osastolla LEIKO-hoitajan työajan koettiin olevan ristiriidassa vähäiseen potilasmäärään. Potilaiden vähyys ai-

heutti osaston muussa henkilökunnassa kielteisyyttä koko LEIKO-toimintaa kohtaan. Osastolla koettiin, ettei niin vähäisellä potilasmäärällä kannata toimintaa pyörittää. Projekt- ja ohjausryhmän tapaamisessa 11.10.2011 päätettiin, että lokakuun lopussa toimintaa laajennettiin kilpirauhas- ja plastiikkakirurgisiin potilaisiin, jotta potilasvolyyomia saadaan kasvatettua.

Toisena kokemuksena tuli toimintamallin raskaus. Pilotoinnin alussa urologi katsoi kaikki tulotarkastuskäynnille tulevat potilaat, minkä urologi koki jo pilotoinnin alkuvaiheessa tarpeettomaksi ja raskaaksi toimintatavaksi. Sovittiin, että tulotarkastuskäynnillä potilas tapaa LEIKO-hoitajan, joka on tarvittaessa yhteydessä urologiin. Samalla sovittiin, että tulotarkastuskäyntiä korvataan yhä enemmän LEIKO-hoitajan soitolla potilaalle. Ennen pilotointia oli lisäksi tavoitteena, että sairaanhoitaja soittaisi potilaalle vielä leikkausta edeltävänä päivänä ns. tarkistussoiton. Tästä soitosta luovuttiin, koska koettiin, että osastolla ei ole hoitajaresursseja tähän tarkoitukseen. Jos LEIKO-hoitaja kokee tulotarkastuksen yhteydessä, että potilas tarvitsee vielä tarkistussoiton, niin silloin osasto pyrkii järjestämään asian.

Yksiköissä on ollut myös epäselvyyttä toimintatavoista ja työyksiköissä on esiintynyt haluttomuutta muuttaa toimintatapaa. Tietoisuus toimintavoista on LEIKO-toiminnan myötä lisääntynyt, mutta työohjeilla ja tiedottamisella tulee tätä pyrkiä vielä edistämään. Muutosvastarinnan taustalla on yhtenä syynä pelko sairaanhoitajan vastuun ja työmäärän lisääntymisestä. Toisaalta työyksiköistä on kantautunut viestiä myös siitä, että toimintamalli tulisi ottaa kaikille potilaille käyttöön. Työyksiköissä onkin keskustelun paikka siitä, kuinka toimintaa kunkin yksikön kohdalla jatketaan. Epäselvyys toimintatavoista nousi esille sekä työyksiköistä tulleista palautteista että 6-3-5-menetelmällä saadusta aineistosta.

Taulukko 7. Epäselvyys toimintatavoista

| TEEMA | RATKAISUEHDOTUKSIA |
|-----------------------------|---|
| Epäselvyys toimintatavoista | ohjeet toimintatavoista (34) koulutusta, infoa ja ohjeistusta hoitajille ja lääkäreille (6) pkl:lla vastuu kaikilla ohjauksesta ja tiedonsaannista (5) preop-käynnin merkityksen korostaminen (4) kaikki toimivat leiko-hoitajana (4) valitaan leiko-hoitaja (2) leiko-hoitajan toimenkuva ja tehtävät (4) sovitaan työnjaosta osastolla (27) tiedonkulun selkiinnyttäminen ja yhteistyö lääkärin ja hoitajien kesken (14) sovitaan raportointi käytäntö (13) kirjaamiskäytännöt (11) |

Poliklinikalla sairaanhoitajat kokivat hankalana, miten rajataan hoidetaanko potilas LEIKO-potilaana eli potilaan LEIKO-kelpoisuuden määrittämisen. Tähän he toivoivat, että *”sovitaan LEIKO-kriteerit”* potilaille, jotka voidaan hoitaa LEIKO-potilaina. Lisäksi he toivoivat *”kirurgille koulutusta ja infoa, mitkä potilaat hoidetaan LEIKONa”* ja toimintaohjeita hoitohenkilökunnalle. Tähän liittyen myös osastoilta tuli palautteena, että on *”karsittava jo pkl:lla ketkä soveltuu LEIKOon”*.

Yhteistyön haasteet nousivat esille sekä poliklinikalla että osastoilla. Poliklinikalla haasteita oli lääkärin ja hoitohenkilökunnan välisessä yhteistyössä. Sairaanhoitajat kokivat, ettei tiedonkulkua lääkärin ja hoitohenkilökunnan välillä sujunut toivotulla tavalla. *”Lääkäri-hoitaja tiedonkulku ei aina toimi.”* Esimerkiksi sairaanhoitajat eivät saaneet kirurgilta riittävän selkeästi tietoa, miten potilaan leikkaukseen tulemista suunniteltiin. Sairaanhoitajat myös kokivat, ettei heillä ole mahdollisuutta vaikuttaa potilaan hoitosuunnitelmaan, vaikka he tietäisivät, ettei tehty suunnitelma tule onnistumaan. *”Hoitajalla mahdollisuus ottaa asia reilusti esille, ettei potilas ole LEIKO-kelpoinen, lääkärin siis kuunneltava hoitajaakin.”* Toisaalta epäilyä tuli, tietävätkö lääkärit, miten sairaanhoitaja ohjaa potilasta poliklinikalla? *”Tiedonkulkua tehostettava puolin ja toisin (tietääkö lääkäri, mitä hoitaja ohjaa ja neuvo potilaalle).”* Aineistosta ei kuitenkaan noussut vastausta siihen, miten lääkärin ja hoitajien välistä yhteistyötä kehitetään.

Osastoilla yhteistyön ongelmat esiintyivät potilaan leikkausaamun toimintatavoissa. *”Lääkäri ei tule katsomaan potilasta aamulla ajoissa ja leikkaussaliin vieni venyy”* ja *”lupalapun täyttäminen viivästyy lääkärillä”*. Ratkaisuna ehdotettiin, että *”yhteistyössä lääkäreiden kanssa pohditaan käytäntö, joka helpottaa toimintaa”*. Kysymyksenä nousi, olisiko lääkäreiden mahdollista kirjoittaa leikkauksilupalappu jo poliklinikkakäynnillä tai leikkausta edeltävänä päivänä?

Toimijoiden vastuut ja työnjako mietityttivät sekä poliklinikalla että osastoilla. Poliklinikan hoitajat toivoivat selkeitä sopimuksia vastuista ja toimijoiden tehtävistä. Vastauksista näkyi, etteivät hoitajat tienneet, miten toimintaprosessi etenee LEIKO-potilaan kohdalla. Epätietoisuutta aiheutti, *”mitä minä kerron potilaalle, mitä lääkäri ja mitä LEIKO-hoitaja?”* Ratkaisuksi ehdotettiin *”hyvät ohjeet, prosessikuvaus kaikkien tietoon”* sekä *”selkeät ohjeet kunkin toiminnan osuudesta”*.

Poliklinikalla epäselvyyttä aiheutti potilasohjaus ja sen toteuttaminen. Ongelmana oli, etteivät kaikki sairaanhoitajat ohjanneet LEIKO-potilaita. Kysymyksenä nousi, miten saadaan kaikki sairaanhoitajat sitoutumaan potilaan ohjaamiseen? Vastauksissa katsottiin ohjaamisen kuuluvan osana sairaanhoitajan normaalin työhön ja kaikkien tulisi osata ohjata potilasta. *”Ohjaaminen kuuluu sairaanhoitajan työhön, kirjataan tehtävänkuvaukseen.”* LEIKO-potilaan ohjaamisen ei katsottu juurikaan eroavan muiden leikkauspotilaiden ohjaamisesta. *”Kaikkien tulee osata ohjata potilasta pkl:lla (ei eroa normaalista leikkaukseen ohjauksesta varsinaisesti paljoakaan).”* Sairaanhoitajien tulee itse huolehtia omasta osaamisestaan ja tiedonsaannista, jotta pystyvät ohjaamaan potilaita poliklinikalla. *”Kaikki ottaa vastuun LEIKO-potilaiden ohjauksesta ja omasta tiedonsaannista.”* Kuitenkin sairaanhoitajat toivoivat selkeitä ohjeita ohjaamisen avuksi. *”Polin henkilökunta mukaan ohjeiden päivitykseen, jotta tulee näkemys mitä polilla tarvitaan ohjauksessa.”*

Osastolla sairaanhoitajia mietitytti, kasvaako sairaanhoitajan vastuu ja työmäärä toimintamallin myötä. Ratkaisuksi he toivoivat yhteistyön kehittämistä lääkärin kanssa ja selkeitä ohjeita siitä, mitä sairaanhoitajan on lupa tehdä itsenäisesti. *”Yhteisesti sovitut käytännöt, protokollat, jotta hoitaja tietää mitä on lupa tehdä.”* Osa vastaajista näki, että tulotarkastukseen tulee panostaa, sillä hyvin tehdyllä tulotarkastuskäynnillä voidaan helpottaa osaston työmäärää siirtämällä toimintaa eri ajankohtaan. *”LEIKO-toiminta vähentäisi osastolla tapahtuvaa haastattelua päivällä. Kun toiminta on suunniteltua, ei aibenta ylimääräistä työtä.”* Tulotarkastuksen avulla helpotettaisiin sekä aamu- että iltavuorolaisten työtä. Tulotarkastuksessa potilas valmisteltaisiin niin hyvin, ettei leikkaukseen tullessa olisi enää ongelmia edessä. *”Preoperatiivinen käynti olisi kattava ja perusteellinen.”*

Hoitohenkilökunta haluaa selkeät toimintaohjeet ja kuvaukset LEIKO-hoitajan työnkuvasta. Osastolla tulee laatia *”toimenkuvankuvauks kuten esimerkiksi lääkahoitajalla on”* ja *”selvästi sovitaan LEIKO-hoitajan tehtävät”*. Osa vastaajista haluaa, että osastoilla nimetään tietyt hoitajat LEIKO-hoitajiksi. *”Os:lla olisi nimetty LEIKO-hoitaja, joka olisi asiasta perillä (jos uusia juttuja tulee) ja informoi muita.”* Kun taas osan mielestä, jokaisen tulisi olla valmis toimimaan LEIKO-hoitajana ja työnjako huomioitaisiin työvuorosuunnittelussa *”työvuorolistaan merkitään selvästi kuka on LEIKO-hoitajana”*. *”LEIKO-vuorossa jokainen vuorollaan. Sinä päivänä hoitaa LEIKO-potilaat ja jos ehtii, niin auttaa muussa hoitotyössä.”*

Pilotoinnin aikana osa osaston hoitohenkilökunnasta ajatteli LEIKO-potilaat ylimääräisiksi potilaisiksi ja LEIKO-toiminnan osaston ulkopuoliseksi toiminnaksi, mikä aiheutti epäilyjä ja vastustusta toimintamalla kohtaan. Ongelmaksi nähtiin, että LEIKO-toimintavähentää osaston henkilökuntaresursseja, kun *”osaava hoitaja on pois työvoima vahvuudesta”*. Myös vastauksissa näkyi, että LEIKO-toimintaa oli jouduttu osastolla puolustamaan ja toimintatapaa perustelemaan. *”LEIKO-hoitaja on työvoimavahvuudessa, tekee samaa työtä mitä muuten tehdään iltavuorossa (potilaan tulobaastattelu ja leikkausvalmistelut).”*

Osaston muun hoitohenkilökunnan ja LEIKO-hoitajan työnjako nousi myös kehitettäväksi haasteeksi. Näissä vastauksissa näkyi myös ajattelu LEIKO-toiminnan kokemisesta ylimääräisenä toimintana. *”Epäselvä työnjako LEIKO-hoitajan kanssa: milloin hoitovastuu siirtyy aamuvuorolaisille; esim kuka vie potilaan leikkaussaliin.”* Ratkaisuisissa nähtiin, että *”LEIKO-potilaat eivät ole ”ylimääräisiä” potilaita, joten saliin vienti sovitaan tarvittaessa, kuten silloinkin, kun potilas on tullut edellisenä iltana”*. Toimintatapa tulee kuitenkin sopia yhdessä osastokokouksessa sellaiseksi, ettei se aiheuta ongelmia ja ristiriitatilanteita työn sujuvuuteen.

Haasteeksi koettiin potilaiden leikkaukseen saapuminen leikkausaamuna. *”Potilaat tulevat aikaisin, kuormittavat yökköjä.”* Ratkaisuisina nähtiin järjestelyt toimintatavoissa, kuten ennakkovalmistautuminen, ja työvuoroissa eli LEIKO-hoitajan työajan suunnittelussa. *”Yksi aamuvuorolaisista tulisi jo klo 6.45 ottamaan potilaan vastaan. Edellisessä iltavuorossa paikat ja vaatteet olisi katsottu valmiiksi.”* *”LEIKO-hoitaja tulee 6.30, ehtisi valmistella potilaan kun on porrastettu os:lle tulo.”* Ehdotuksena tuli myös, että *”ensimmäinen saliin menijä tulee edellisenä iltana”*. Potilaiden ohjaamisen etukäteen nähtiin helpottavan ja tekevän sujuvammaksi potilaiden osastolle tulon. *”Potilaille hyvä tiedotus, miten toimia. Etukäteen siis tietävät mitä tapahtuu.”*

Haasteeksi nousi myös LEIKO-hoitajan ajankäyttö ja se, mihin LEIKO-hoitaja ehti työvuoronsa aikana. *”Sama hoitaja ei ehdi huolehtimaan LEIKO-potilaita leikkaussaliin, jos tulijoita on useita.”* Ratkaisuksi ehdotettiin työparijärjestelyä, LEIKO-hoitajan tehtävien määrittelyä vain LEIKO-potilaiden hoitamiseen (tulotarkastuksiin, vastaanottamisiin ja leikkaussaliin vientiin) sekä potilaiden tuloaikojen porrastamista.

Tietojärjestelmän käytön yhdenmukaistamisella toivottiin helpotusta kirjaamis- ja raportointikäytäntöihin sekä poliklinikalla että osastoilla. Selkeillä yhteisesti sovituilla kirjaamistavoilla

toivottiin tiedonkulun paranevan toimijoiden välillä. Osastolla hoitajien huolena oli, että LEIKO-potilaana tulevasta *”potilaasta ei muut hoitajat tiedä mitään.”* Ratkaisuisia muistutettiin, että *”kunnon kirjaaminen”* antaa myös hoitoon osallistuville tarvittavat tiedot potilaasta. *”Whoikelta löytyy kaikki oleellinen tieto, kuten muistakin. Heräämöstä tullessa saadaan uusi raportti!”* Lisäksi osastolla tulee sopia, kuinka he raportoinnin muuten järjestävät. Ehdotuksena oli, että *”aamuraportilla kerrotaan myös LEIKO-tulijat”*.

5.3.3 Tiedon puute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa

Tiedon puute leikkaukseen ohjaamisessa tuli esille vain kirurgian poliklinikan vastauksissa. Sairaanhoitajat kokivat, ettei heillä ole tarpeeksi tietämystä monen eri erikoisalan potilaiden ohjaamisesta, varsinkaan eri leikkauksista. Vastauksissa korostui tietämyksen puute tiettyjä erikoisaloja kohtaan, mutta sitä, mitä erikoisaloja ne ovat, ei mainittu.

Taulukko 8. Tiedon puute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa

| TEEMA | RATKAISUEHDOTUKSIA |
|---|--|
| Tiedon puute potilaan leikkaukseen ohjaamisessa | Koulutus (6) Työohjeet (5) Tiedon jakaminen osastotunneilla(4) Hoitajien suuntautuminen erikoisaloihin (3) Tutustuminen leikkauksiin (3) Yhteistyö pkl-osastot (5) Työkierto (5) |

Ratkaisuehdotukseksi nousseeseen koulutukseen ei oltu tarkemmin määritelty, millaista koulutusta sairaanhoitajat haluavat. Poliklinikan vastauksissa näkyi kahtia jakaantumista tiettyyn erikoisalaan erikoistumisen suhteen. Poliklinikalla on halua ns. erikoistua tiettyihin erikoisaloihin ja sitä kautta lisätä sekä omaa että muiden tietämystä. *”Hoitajan mielenkiinnon mukaan erikoisaloille suuntautuminen.”* Toisaalta vastauksissa oli myös toiveena, että hoitajat kiertäisivät poliklinikan sisällä eli eivät jatkuvasti olisi samassa työssä. *”Työkierto niin polin sisällä kuin osastoillakin.”* Työkierto osastoilla toisi lisää tietämystä leikkaukspotilaan hoidosta. Tiedonjakamista voisi tapahtua osastotunneilla ja kirjallisten ohjeiden avulla. *”Osastotunnit, jota varten jokainen hoitaja perehtyy tiettyyn asiaan vuorollaan ja perehdyttää muita”*

Hoitajat kaipasivat yhteistyön lisäämistä eri yksiköiden, kuten poliklinikan, osastojen ja leikkausosaston kanssa ja lääkärien kesken. *”Yhteiset palaverit osaston ja pkl:n välillä, jossa enemmän henkilökuntaa mukana.”* Työkierto, yhteiset osastotunnit, tutustuminen toisten työhön ja eri leikkauksiin olisivat oppimisen kannalta hyödyllisiä keinoja. *”Hoitajat mukaan vuorollaan leikkauksiin ”katsomaan” leikkauksia, saa tietoa leikkauksista.”*

5.3.4 LEIKO-potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaus

LEIKO-potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaaminen olivat haasteena sekä poliklinikalla että osastoilla. Tässä osassa kuvastuu selkeimmin potilaan hoidon eteneminen prosessina, jossa jokaisella prosessiin osallistujalla on merkityksensä kokonaishoidon kannalta. Taustatietojen selvittämisellä ja jo poliklinikalla aloitetulla ohjauksella on merkityksensä leikkausaikojen antamiseen. Niiden merkitys korostuu varsinkin lyhyellä aikataululla aikoja annettaessa. Etukäteen annetulla ohjauksella potilaan valmistautumista leikkaukseen helpotetaan, silloin potilas tietää, miten hoitoprosessi tulee etenemään.

Taulukko 9. LEIKO-potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaus

| TEEMA | RATKAISUEHDOTUKSIA |
|---|---|
| LEIKO-potilaan hoidon suunnittelu ja ohjaus | Potilaan taustatietojen selvittämisen tärkeys (22) Potilaan toiveiden huomioiminen (1) Pkl:lla aloitettu ohjaus leikkaukseen tulemisesta ja valmistautumisesta (2) Riittävän varhain leikkausajan kohdan suunnittelu (8) Leikkausamuna otettavien laboratoriokokeiden otosta sopiminen (7) Laboratoriokokeet tulotarkastukseen tullessa (2) Laboratoriokokeet otetaan tk:ssa (2) Tulotarkastus puhelimitse (4) Hoitajan osaamisen, ammattitaidon korostuminen tulotarkastuskäynnillä (5) Jatkohoidon suunnittelu tehdään ajoissa (2) |

LEIKO-potilaan hoidon suunnittelun ja potilaan ohjaamisen kannalta taustatietojen merkitys nousi selkeästi esille. *”Potilaille tiedoksi paremmin se, mikä vaikutus taustatietolomakkeen ja lääketietojen kirjaamisella on hänen hoitoon ja sen onnistumiseen.”* Potilaan taustatietoja tarvitaan sekä poliklinikalla että osastolla potilaan hoitoa suunnitellessa ja toteuttaessa. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että potilaalta saadaan tarvittavat ja oikeat taustatiedot. Potilas itse ei välttämättä ole perillä siitä, millä tiedoilla on merkitystä hoidon onnistumisen kannalta. Taus-

tatiedot vaikuttavat siihen, miten potilaan hoito suunnitellaan toteutettavan sekä potilaan ohjaamiseen mm. lääkitysten ja preoperatiivisten valmistelujen suhteen. *”Potilaan toimintakyky pitäisi tietää ekana, mitä häneltä vaaditaan ja kykeneekö hän asiaa edes ymmärtämään.”* Lisäksi ohjauksen aikana potilasta tulee kannustaa kertomaan oireistaan, toiveistaan ja huolistaan sekä tekemään kysymyksiä hoitoonsa liittyvissä asioissa, sillä näistä keskusteluista voi nousta oleellisia hoitoon vaikuttavia seikkoja.

Osastoilla haasteena on leikkauksiin kutsuminen liian nopealla aikataululla. Potilaan *”leikkaus on niin nopeasti, että prekäynti on liian lähellä toimenpidettä”*. Ratkaisuna ehdotettiin leikkausaikojen ajankohdan suunnittelun parantamista ja että, *”LEIKO-potilaaksi ei oteta kiireellistä hoitoa vaativia potilaita, vaan kiireettömät vaivat”*. Myös jo poliklinikalla aloitettu potilaan ohjaus ja valmistelu tulevaan leikkaukseen ja osastolle tulemiseen mahdollistavat lyhyemmälläkin ajalla leikkaukseen kutsumisen. *”Polikliininen valmistelu potilaan asioissa riittävän kattavaa.”* Vastauksista myös näkyi, etteivät kaikki potilaat myöskään tarvitsisi prekäyntiä vaan osalle riittäisi LEIKO-hoitajan puhelinsoitto. *”Nuorille riittää soittoaika.”*

LEIKO-hoitajan osaaminen ja ammattitaito nähtiin tärkeänä osana tulotarkastuskäyntiä. LEIKO-hoitajan työssä nähtiin sekä haasteita että mahdollisuuksia. Ongelmaksi nähtiin, että *”potilaita ei saada motivoitumaan omaan hoitoonsa”*, potilailla on pitkät kulkumatkat, potilaat ovat iäkkäitä ja monisairaita. LEIKO-hoitajalta vaaditaan taitoa saada potilaat motivoitumaan hoitoonsa ja kykyä toimia iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden kanssa. Keinoina nähtiin, että annetaan *”riittävästi tietoa ja ohjausta potilaalle”*, *”osaamisen lisääminen, henkilökunta koulutautuu hoitamaan monisairaita”*, *”perinpohjainen ennakkoon valmistautuminen: leikkaavanlääkärin, anestesialääkärin ja sisätautilääkärin konsultointi ennen leikkausta”*. Potilaan taustatietojen merkitys nousi taas tässä vaiheessa esille *”etukäteen hyvä perehtyminen taustoihin”*. Pitkänmatkalaisille ja monisairaille suotiin myös mahdollisuus tulla edellisiltana osastolle ja ehdotettiin, että *”LEIKO-hoitaja huolehtii järjestelyt potilaalle edullisella tavalla yhteistyössä potilaan kanssa”*. Tulotarkastuskäynnillä tulisi myös tehdä *”mahdollisimman hyvä suunnitelma jatkohoidosta”*, jotta potilaalla olisi hoidon eteneminen tiedossa ja potilas valmistautuisi jo etukäteen leikkauksesta kotiutumiseen ja mahdolliseen kotiasioiden järjestelyyn, kotiutuminen osastolta olisi näin sujuvaa potilaalle.

Preoperatiivisten tutkimusten ohjelmointi ja ottaminen huoletti hoitohenkilökuntaa potilaiden puolesta. ”Potilailla on pitkät matkat sairaalaan, useita käyntejä etukäteen.” Ratkaisuksi mietittiin ”voidaanko labrat ottaa kotona tai tk:ssa, mikäli haastattelu voidaan tehdä puhelimitse, ei kaikkien tarvitse käydä pre-käynnillä” tai vaihtoehtoisesti ”1 käynti jolloin labrat yms ja haastattelu, sitten tarvittaessa puhelinyhteydenotto, LEIKO-hoitajahan voi myöhemmin täydentää papereita”. Preoperatiivisten tutkimusten yhteydessä nousi esille ”LEIKO-hoitajan huolellisuus ja ammattitaito, että potilailta mahdollisimman hyvin valmiiksi labrat ym valmistelut”.

Lisäksi osastoilla ongelmia aiheuttaa, että ”leikkausaamun verikokeiden otto on usein myöhässä, potilas jo mennyt leikkuriin, kun labra tulee ottamaan näytettä.” Ratkaisuksi ehdotettiin, että ”ensimmäisenä saliin menijä tulisi klo 6 ja x-koe otettaisiin klo 6 kierrolla, lopuilta 7 kierrolla tai myöhemmin”, ”potilas kävisi edellisenä päivänä labrakokeissa” ja ”yhteistyö labran kanssa, toimintamallien tarkastelu”.

5.3.5 Tilan puute

Toiminnan aikana palautetta on tullut jatkuvasti tilaongelmista. Käytössä olevat tilat rajoittavat LEIKO-toiminnan sujumista. Tilan puute ilmenee siinä, että toimintaa varten ei ole poliklinikalla eikä osastolla riittävästi tiloja ja potilaspaikoista on pulaa.

Taulukko 10. Tilan puute

| TEEMA | RATKAISUEHDOTUKSIA |
|-------------|---|
| Tilan puute | Leiko-hoitajalle oma tila (2) Silmälääkärinhuone käyttöön (2) Yhteiset sopimukset toimintatavoista ja tilojen käytöstä (6) Prehaastattelut kir pkl:lle (1) Suunnittelu potilaspaikoista (3) Leikkausaamuna potilaanohjaaminen suoraan potilaspaikalle / varasängylle (8) Leikkausaamuna päiväsalista leikkaussaliin (3) Toimintatavan muutokset kotiuttamiseen (4) |

Poliklinikalla urologiset hoitajat kokivat ohjauksen antamisen kiusalliseksi, kun tilaongelmien ja kiireen vuoksi potilaan ohjaaminen ei onnistu niin hyvin kuin hoitajat sen haluaisivat toteuttaa.

Osastolla LEIKO-hoitajalla ei ole ollut rauhallista työskentelytilaa. Osastoilla ei ole LEIKO-hoitajalla työskentelytilaa potilaiden tulotarkastusta varten. Ratkaisuina ehdotettiin sopimuksia tilojen käytöstä ja toimintapoihin muutoksia, kuten *”osaston haastatteluhuone aamupäivisin vain LEIKO-hoitajan käyttöön, ruoka ja pyykekitilaukset voi tehdä alkupään varastossa”, ”merkitään oveen lapulla, että huone varattu haastattelua varten”, ”käytävän 4 konetta voi viedä tilaan kuin tilaan ja LEIKO-potilaiden paperit voi tehdä myös muualla kuin kansliassa valmiiksi asti”*. Lisätilaa toivottiin uuden sairaalan muodossa ja ottamalla osaston tuloaulasta silmälääkärin huone osaston käyttöön. *”Uusi sairaala...Silmälääkärin kanslia meidän käyttöön.”* Ratkaisuina ehdotettiin myös LEIKO-hoitajan työn siirtämistä pois kokonaan osastolta *”LEIKO-potilaan prehaastattelut tehdään kirurgian poliklinikalla”*.

Osastolla on ollut ongelmana löytää tilaa ja vapaita vuodepaikkoja leikkausaamuna osastolle tuleville potilaille. *”Potilaan vastaanotto-tila osastolla leikkauspäivänä on liian pieni”* ja *”potilaalle ei ole välttämättä petipaikkaa osastolla aamulla kun potilas tullut jo osastolle”*. Keskustelua on herättänyt, tarvitseeko potilas vuodepaikan ennen leikkaussaliin menoa vai voiko potilas odottaa esimerkiksi päiväsalissa omaa vuoroaan ja menisi kävellen leikkaussaliin. Ongelmaksi tulee, mistä saadaan potilaalle sänky leikkauksen jälkeen ja kuka sen toimittaa leikkaussaliin. Palautteenä on tullut, ettei toiminta tässä muodossa tuo helpotusta osaston sairaanhoitajan työhön niin kuin olisi toivottu. Ehdotuksena tuli, että tulotarkastuksen tulee olla poissa vuodeosastolta. LEIKO-toiminta vaatii omat tilansa, joissa hoitajat työskentelisivät ja johon potilaat tulisivat tulotarkastukselle sekä leikkaukseen tullessa. *”Tulevaisuudessa mietittävä oma tila haastattelulle ja LEIKO-potilaiden vastaanottoon ja odotteluun osastolla. Mahdollisimman rauhallinen tilanne potilaan tullessa osastolle ja siirtyessä saliin.”*

Tämän tyyppisen LEIKO-toiminnan ongelmaksi koettiin, että *”potilaille pitää varata sänky jo edellisenä päivänä, jolloin osastolla oleva potilas joudutaan kotiuttamaan joka tapauksessa edellisenä päivänä. Hoitopäivien hyödyntäminen jää totentumatta.”* Ratkaisuina oli mietitty *”tarvitseeko LEIKO-potilas petipaikan heti, päiväsalin ja kävellen leikkuriin, jos ei sänkyä”*. *”Päiväsalissa voisi olla lepotuoli. Paikka kuitenkin oltava suunniteltu. Sänky mukaan saliin lähtiessä.”* Lisäksi toivottiin *”joustavaa suunnittelua, myös yhteistyötä leikkurin kanssa, onko jossakin tilaa vapaille sängyille”*.

Toimintatavan muutoksia myös potilaiden kotiuttamiseen oli pohdittu. *”Potilaiden kotiutusta myös illalla, potilaat saavat toipua vielä päivän osastolla ja kotiutetaan myöhemmin illalla. Paperit val-*

miiksi.” Kotiutus nopeutuisi, jos ”LEIKO-potilaille tehtäisiin jo leikkaussalissa reseptit + todistukset valmiiksi”. Vuodepaikkoja saataisiin myös nopeammin käyttöön, kun ”heti kierron jälkeen kotia lähtevät vaihtavat jo omat vaatteet päälle ja syövät lounaan päiväsälissä (omatoimiset/parempikuntoiset)”.

Tilaongelmiin ratkaisuna oli myös esitetty, että *”Pitäs ainakin suunnitella, ettei monta LEIKO-potilasta ole samana päivänä”* ja *”Hyväksytään osaston ylitäyttö, sijoitetaan naisia ja miehiä samaan huoneeseen ainakin tilapäisesti”.*

5.4 LEIKO-toiminnan kehittäminen (*reflektointi*)

Kehittämistarpeiden painopisteistä keskustelimme 2.2.2012 ja 7.2.2012 projekti- ja ohjausryhmän tapaamisissa. Projekti- ja ohjausryhmässä kävimme yhdessä läpi tulokset toimintamallin pilotoinnista. Työyksiköt saivat tulokset luettavakseen ja kehittämiskohtien priorisointi perustui työyksiköiden valintaan. Kokemuksena nousi, että LEIKO-toiminnan aikana osa haasteista oli jo ratkennut ja osaan ei ollut ratkaisua edes mahdollista saada. Esimerkiksi toiminnan haasteena olevat tilaongelmat olivat edelleen olemassa sekä henkilökunnan että potilaiden kannalta, mutta näihin ei ollut toistaiseksi ratkaisua saatavilla.

Toimintatavan muutokset olivat muuttaneet henkilöstön tehtäviä ja aiheuttaneet epäselvyyttä tehtävistä. Kehittämistyön aikana oli ollut havaittavissa henkilöstössä kahtia jakautumista toimintamallin kehittämistä kohtaan. Osa työntekijöistä tunsu pelkoa ja ahdistusta muutosta kohtaan, koska he eivät enää hallinneet työtään. Ristiriitoja oli tullut, koska vaatimusten ja mahdollisuuksien, kuten käytettävissä olevien resurssien, suhteen ei ollut tasapainoa. Ilmassa oli ollut vastustusta ja muutoksen tärkeyden kieltämistä. (vrt. Laaksonen ym. 2005, 47-48, 122; Tuomiranta 2005, 106.) Kuitenkin työyksiköissä oli pystytty sopimaan vastuista ja työnjaosta, ja toimintamalli oli hioutunut hiljalleen.

Yksiköissä tiedon välittäminen LEIKO-toiminnasta on ollut projekti- ja ohjausryhmän jäsenten tehtävänä. 6-3-5-menetelmällä saatujen vastauksien perusteella tiedon saaminen ei ole ollut riittävää vaan henkilökunta toivoo lisäinformaatiota asioista. Ohjaus- ja projektiryhmän kanssa vastauksia käsiteltäessä, esille tuli tilanteen muuttuminen tämän suhteen. Tietoisuus LEIKO-toiminnasta on lisääntynyt koko ajan ja tämä ei ole enää ongelmana kirurgian poli-

linikalla ja osastolla 6. Kaaosvaiheesta ollaan menossa kohti toiminnan tasaantumista ja hyväksymistä. Sen sijaan osastolla 7 tiedon lisääminen on nyt ajankohtaista, koska toimintaa ollaan siellä suunnittelemassa käyttöön. Osaston 7 toiminnan käynnistämiseksi on pyrkimyksenämme hyödyntää osaston 6 kokemuksia. Osastolla 7 haasteena on, miten esimies saa työyhteisön innostumaan toiminnan muuttamisesta. Toimintatavan muuttaminen jakaa mielipiteitä. Osa henkilöstöstä kokee uudessa toiminnassa mahdollisuuden parantaa toimintaprosessia ja hoidon laatua, kun taas osa kokee sen lisäävän työtä ja olevan vain organisaation etua tavoitteleva toimintatapa. Myöskään kaikki lääkärit eivät ole tietoisia toimintatavasta ja sen tuomista muutoksista, vaikka marraskuussa 2011 on LEIKO-toimintaa käsitelty myös kirurgian yhteistyötapaamisessa.

Reflektiossa päädyttiin siihen, ettei LEIKO-toimintamallia lähdetä muuttamaan tässä vaiheessa, vaan keskitytään henkilökunnan koulutuksiin ja yhteistyön kehittämiseen. Koulutuksilla pyritään lisäämään tietoa eri leikkauksista ja hoitotavoista ja näin parantamaan potilasohjauksen ja hoidon laatua. Tavoitteena on vaikuttaa sekä LEIKO-toiminnasta nousseisiin haasteisiin, että myös muuten kirurgisen potilaan hoidon laadun parantamiseen.

Yhteistyön kehittäminen

Yhteistyön sujuvuudessa haasteita aiheuttaa LEIKO-toimintamallin kokonaisuuden hahmottaminen. Toimintaprosessin eteneminen ei ole vielä täysin selkiytynyt työyksiköissä. Vaikka toiminnankuvauksissa on aukikirjoitettu prosessin etenemisen mukaisesti, kaivattiin kokonaisuuden hahmottamiseen keinoja. Ratkaisuna mietittiin poliklinikan ja osaston yhteistyön lisäämistä. Ajatuksena on, että poliklinikan sairaanhoitaja käy perehtymässä osastolla LEIKO-sairaanhoitajan työhön ja vastaavasti LEIKO-sairaanhoitaja käy perehtymässä poliklinikan työhön. Tällä pyritään selkeyttämään yhteistyötä ja löytämään ymmärrystä toisen työtä kohtaan ja minimoimaan mahdollisia päällekkäisiä toimintoja. Hoitotyöntekijöiden tutustuminen toisiinsa ja toisten työhönsä antaa mahdollisuuden hyviin hoitotyön tuloksiin (Laitinen 2008, 136).

Yhteistyön ongelmat kasautuvat herkästi ja voivat kärjistä työyhteisön ilmapiirin tulenaraksi. Kiire ei aiheuta yhteistyöongelmia, vaan tuo ne esille. Huomioitavaa on, että osa ongelmista on olemassa jo ilman LEIKO-toimintamallia, mutta ne korostuvat LEIKO-toiminnan myötä

ja niihin haluttaisiin saada ratkaisuja. Esimerkiksi osastoille on kiire kutsua elektiiviset potilaat leikkauksiin, koska kirurgit katsovat leikkausajat lyhyellä aikavälillä. Tämä on ollut ongelmana jo aikaisemmin, mutta nyt LEIKO-toimintatavassa se korostuu. LEIKO-potilaille tulee leikkausajat suunnitella hyvissä ajoin etukäteen huomioiden tulotarkastuksen ja leikkauksista edeltävien tutkimusten ohjelmoinnin. Kiireellisten potilaiden kohdalla tämä edellyttää poliklinikalla tarkempaa ohjausta ja leikkaukseen valmentamista. Toisena ongelmana on, etteivät kirurgit katso potilaita ajoissa ennen leikkaussaliin menoa ja näin ollen leikkaussaliin meno viivästyy, koska leikkauslupalappu on täyttämättä. Tästä leikkauslupalapusta on tullut jo yhteistyön toimimattomuuden vertauskuva. Yhtenäistä toimintatapaa on tähän vielä mietittävä.

Hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden välinen yhteistyön kehittäminen ei liity ainoastaan LEIKO-toimintamalliin vaan on koko kirurgian toiminnan haasteena. Yhteistyötä on pyritty kehittämään viimeisen vuoden aikana pitämällä kirurgian yhteistyötapaamisia, joissa on ollut paikalla kirurgian poliklinikan, osastojen 6 ja 7 edustajat, kirurgit sekä operatiivisen alueen ylihoitaja ja ylilääkäri. Näitä tapaamisia on edelleen tarkoitus jatkaa ja hyödyntää yhteistyön kehittämisessä. 16.3.2012 tapaamisessa on tarkoituksena ottaa esille yhteistyön haasteita ja miettiä, millä tavalla yhteistyön kehittämisessä edetään. Myös Kantasen (2008, 33) mukaan sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä olisi mahdollista parantaa yhteistyöpalaverien järjestämisellä. Yhteistyön kehittämisen perustana on toisen työn kunnioittaminen ja ammattitaidon arvostaminen, vuorovaikutustaidot, työrauha ja työyksikön ilmapiiri.

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen on tärkeää, sillä hyvä yhteistyö on positiivisesti yhteydessä työtyytyväisyyteen, työhön sitoutumiseen, potilasturvallisuuteen, hoidon laatuun ja tuloksellisuuteen (Kantanen 2008, 7). Myös Kvistin (2004, 164) mukaan hoitohenkilökunta ja lääkärit tunnistivat työyhteisön toimivuuden hoidon laatua edistäväksi tekijäksi.

Hoitohenkilökunnan koulutus

Terveystieteiden koulutus on tärkeää hoitotyön kehittämisen ja hoitokäytäntöjen muuttamisen vuoksi. Työelämän ja toimintaympäristön muutokset lisäävät jatkuvan kehittämisen tarvetta. Tulevaisuudessa myös asiakkaat ovat entistä valvettuneempia ja he tietävät, mitä he haluavat hoidolta ja vaativat hyvää laatua toiminnalta. (Laaksonen ym. 2005, 40, 139.) Koulutus

tuksella tuotetaan osaamista, pätevyyttä, parannetaan itsetuntoa ja työhön sitoutumista. Koulutuksen avulla tuetaan henkilöstöä kehittymiseen ja tehokkuuteen sekä ennaltaehkäistään työuupumusta. (Laitinen 2008, 132.) Kvistin (2004, 164) mukaan ammattitaidon ylläpitäminen kouluttamalla on vahvasti myönteisesti hoidon laatuun vaikuttava tekijä. Jokaisella hoitotyöntekijällä on itsellään vastuu ammatillisesta kehittymisestään (Lahti 2008, 93).

Ammattipätevyys on kykyä selviytyä tehtävästään hyvin sekä itsensä että muiden arvioimana ja sen ylläpitäminen on sekä oikeus että velvollisuus. Hoitotyöntekijä on vastuussa oman ammattitaitonsa turvin tehdyistä päätöksistä, jotka koskevat potilasta ja työn suunnittelua. He ovat vastuussa omasta toiminnastaan ja puheistaan. (Laaksonen ym. 2005, 122-124.) Yhtenä haasteena LEIKO-toiminnassa nousi hoitotyöntekijöiden tiedon puute eri erikoisalojen potilaiden ohjaamisessa. Hoitotyöntekijöitä mietitytti, miten he pystyvät ohjaamaan potilaita leikkaukseen, jos heillä itsellään ei ole tietoa ja varmuutta asiasta? Kuitenkin terveydenhuollon ammattihenkilöllä on lakisääteinen velvollisuus antaa potilaalle tietoa hänen terveydentilaan ja hoitoon liittyvistä asioista (Karstinen ym. 2011, 24).

Koulutusta sekä uuden oppimista tiedoissa ja taidoissa tapahtuu jokapäiväisessä työssä toinen toisiltaan oppimalla. Oppimista ohjaa yhteinen visio, tarkoitus toiminnan päämäärästä ja perustehtävästä. (Laitinen 2008, 132.) Henkilökunnan oppimista ja innostusta voidaan konkreettisesti edistää esimerkiksi työkierrolla, mentorijärjestelmällä, tiimityöllä sekä sisäisillä luennoilla ja seminaareilla (Pitkänen 2008, 199-200.) Poliklinikan vastauksissa nousikin halukkuutta työkiertoon ja tutustumispäiviin osastoille ja leikkaussaliin. Nämä keinot lisäävät myös yhteistyötä työyksiköiden välillä. Kirurgialla on pohdittu lääkäreiden pitämien koulutusten järjestämistä sekä poliklinikan että osastojen henkilökunnalle. Lisäksi työyksiköiden sisällä on noussut halukkuutta omien sisäisten koulutusten pitämiseen osastotuntien muodossa. Koulutusten sisältö pohjautuu ajantasaisiin hoito-ohjeisiin ja toimintatapoihin, kuten Käypä hoito-suosituksiin. Koulutusten avulla saadaan yhdenmukaista tietoa ja toimintatapoja saadaan myös tätä kautta yhdenmukaistettua.

Potilasohjauksen kehittäminen

Hoitohenkilöstön osaamisvaatimusten ydinosaamisalueena ja perusosaamiseen kuuluvana pidetään hyviä ohjausvalmiuksia. Hoitohenkilöstön tulee seurata tutkimustietoa ja päivittää

tietojaan, jotta potilas saa käyttöönsä pätevää, oikeaa ja asianmukaista tietoa. Asiasisällön tuntemisen lisäksi hoitohenkilöstö tarvitsee kykyä arvioida potilaan ohjauksen tarvetta ja sen sisältöä sekä vuorovaikutustaitoja ohjauksen toteuttamiseen. Vuorovaikutustilanteessa korostuu potilaan aktiivinen kuunteleminen ja luottamuksen saavuttaminen, jotta potilasta voidaan auttaa niissä asioissa, joissa on avun tarvetta. (Kääriäinen 2007, 38-39.)

Hoitohenkilöstöllä tulee olla aikaa ja kiinnostusta potilasta kohtaan. Käytännössä usein kiire vaikuttaa potilaiden ohjaamisen. Kuitenkin myös lyhyessä ajassa on mahdollista olla läsnä, kuunnella, vastata potilaan kysymyksiin sekä antaa ohjeet ja käydä ne läpi potilaan kanssa. Hoitoprosessin toteutumisen perustana on sairaanhoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde. Kiireettömyyden tunne antaa potilalle aikaa ajatella ja hän kokee, että hänen asiansa on myös tärkeä. Potilaan on tunnettava olonsa turvalliseksi ja hänellä on oikeus osallistua häntä koskevaan päätöksentekoon. Luottamuksellinen hoitosuhde on myös organisaation etu, sillä luottamuksellisen ja laadukkaan hoidon saanut potilas on tyytyväinen. (Haukkapaasi 2001, 8-9; Satola 2011, 18.) Kvistin (2004, 141, 161-162) mukaan erityisesti poliklinikka työssä on kehittämistä. Vastaanottoaikojen pituuteen on kiinnitettävä huomiota, jotta potilaalla on mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja saada riittävästi tietoa sekä lääkäriltä että hoitohenkilökunnalta. Poliklinikavastaanotoilla hoidon laatua heikentää myös lääkärin vaihtuvuus, potilas voi kohdata jokaisella käynnillään eri lääkärin.

Leikkauspotilaan hoitotyössä riittävä tiedon saanti vähentää potilaan sekä omaisen ahdistusta ja pelkoa sairautta ja leikkausta kohtaan. Onnistunut potilasohjaus voi parhaimmillaan lyhentää hoitoaikoja ja edistää leikkauksesta toipumista. Suullisen ohjauksen tueksi tarvitaan myös kirjallisia ohjeita. (Satola 2011, 19.) Kirjallisen ohjausmateriaalin antamisessa on puutteita, vaikka kirurgisen potilaan nopeatahtisessa hoidossa informaation tarve on ilmeinen (Eloranta 2008, 120-122). Poliklinikan sairaanhoitajat kaipaavatkin eri leikkauksiin meneville potilaille kirjallisia ohjeita. Ohjeiden osalta on operatiivisella vastuualueella päivitykset kesken, joten tämä hankaloittaa sairaanhoitajien antamaa ohjausta. Kuitenkin nyt on mahdollista huomioida, mihin suuntaan ohjeita kehitetään ja mistä asioista potilaat tarvitsevat tietoa. Ohjeissa pyritään huomioimaan hoitoprosessin eteneminen ja potilaan hoito kokonaisuutena. Kirjallisen ohjausmateriaalin sisällölliseen kehittämiseen tulee kiinnittää huomiota, sillä kirjallinen materiaali on arvokas ohjauksen väline (Eloranta ym. 2008, 122).

Potilas voi käyttää kirjallisia ohjeita muistin tukena kerratessaan ohjeita. Myös omaiset saavat tietoa ja ohjausta kirjallisista ohjeista. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 13.) Ohjausmateriaalista voivat sekä potilas että omaiset tarkistaa asioiden ymmärtämistä ja muistamista (Kääriäinen 2007, 119). LEIKO-toiminnassa leikkaukseen tullaan suoraan kotoa ja valmistautuminen tapahtuu kotona. Potilaat joutuvat ottamaan vastuuta omasta hoidostaan, joten kirjallisen ohjausmateriaalin merkitys korostuu. Preoperatiiviseen ohjaukseen tulee siis panostaa ja potilasohjaukseen tulee lisätä kirjallista materiaalia enemmän (Satola 2011, 22). Lisma (2010, 56, 58) muistuttaa, että ohjaus ei kuitenkaan saa jäädä ainoastaan kirjallisiin ohjeisiin, vaan kirjalliset ohjeet toimivat lisätukena. Teknologian ja potilaiden aktiivisuuden kehittymisen myötä voidaan hyödyntää myös internetiä ja sähköisiä asiointikeinoja ohjaamisen tukena.

Ohjauksen tavoitteena on vahvistaa potilaan hoitomyönteisyyttä ja hoitoon sitoutumista, auttaa selviytymään sairauden kanssa sekä parantaa elämänlaatua. Tavoitteena, on että antamalla vastuuta potilaalle, potilaan itseluottamus kasvaa ja riippuvuus hoitohenkilöstöstä vähenee. Ohjauksen perustana on se, miten potilas ajattelee ja toimii tilanteessa. Potilaan toivomukset, näkemykset ja hänen kykynsä tulee huomioida, sillä yhteistyö ei onnistu, jos potilas joutuu toimimaan vastoin tahtoaan. Molemmat osapuolten, sekä potilaan että hoitohenkilökunnan, on oltava tietoisia tavoitteista, joihin ohjauksella pyritään. Jos hoitohenkilökunnan ja potilaan toiveet tai odotukset ovat ristiriidassa, luottamusta ei synny vaan tilanne aiheuttaa turhautumista, sekaannusta ja epäluottamusta. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 15; Haukkapaasi 2001, 13-20; Korhonen 2010, 10.) Työyksiköissä on jokaisen omalta kohdaltaan ja yhdessä mietittävä, mihin me ohjauksella pyrimme, mitkä ovat tavoitteet ja miten niihin pääsemme, onko toiminnassa jotain muutettavaa. Ovatko ohjaukset käytännöt ajanmukaisia ja resurssit riittäviä?

Potilasohjauksen kehittäminen ja systematisoiminen on tärkeää (Eloranta ym. 2008, 124). Potilaat ovat nykyisin paremmin koulutettuja kuin aikaisemmin. He tietävät ja haluavat tietää yhä enemmän terveyteen ja sairauteen liittyvistä asioista sekä ovat tietoisempia omista oikeuksistaan kuin aikaisemmin. Lisääntyneen tiedon myötä myös ohjaustarpeet ovat kasvaneet. Ohjauksen tarvetta lisää myös kirurgisten toimenpiteiden lisääntyminen, hoitoaikojen lyheneminen ja yhä sairaampien ja huonokuntoisempien potilaiden kirurginen hoito. Haasteena ohjauksessa on potilasmäärän lisääntyminen, erityisesti iäkkäämpien potilaiden määrän lisääntyminen, ja ammattitaitoisen henkilöstön puute. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 1.)

Alaloukusa-Lahtinen (2008, 6-8) on tehnyt yhteenvetoa eri tutkimuksista etsien, mistä asioista potilaat haluavat saada ohjausta. Potilaat toivoivat tietoa itse sairaudesta, sen ennusteesta, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista sekä mahdollisista komplikaatioista, lääkityksistä, itsehoidosta ja selviytymisestä toimenpiteen jälkeen ja kuinka sairauden kanssa voi elää mahdollisimman normaalia elämää. Erityisesti kirurgiset potilaat kaipaavat ohjausta ja tietoa itse toimenpiteestä, anestesiasta, kivun hoidosta, haavan hoidosta ja toipumisajasta, miten he selviävät päivittäisistä toiminnoistaan. Kirurgiset potilaat haluavat tietää, miten sairaus vaikuttaa heidän elämäänsä ja tulevaisuuteen sekä miten omaiset voivat olla mukana hoidon eri vaiheissa. Haukkapaasin (2001, 12) mukaan potilaat haluavat tietoa ja ohjausta diagnoosista, sairaudesta ja hoidostaan. Lisman (2010, 46-47) mukaan potilaat halusivat lisää tietoa leikkaukseen valmistautumisesta, leikkaukseen liittyvistä riskeistä ja leikkauksen toteuttamiseen liittyvistä asioista, kuten nukutuksesta ja puudutuksesta sekä leikkauksen jälkeisestä toipumisesta ja sairasloman pituudesta.

Hovin (2003, 12-14) kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaiden tiedonsaamisessa koettiin olevan ongelmia useissa tutkimuksissa. Potilaat kokivat tiedonsaannin riittämättömäksi, niukaksi ja sairaalakielellä annetuksi. Potilaat olisivat halunneet saada etukäteen tarkempaa ohjausta leikkauksen ja kotiutumisen jälkeisiin tilanteisiin. Leikkauksen jälkeisen kotona selviytymisen kannalta he olisivat kaivanneet konkreettisia kotihoito-ohjeita, neuvoja mahdollisiin ongelmiin ja selviytymiseen jokapäiväisissä toiminnoissa sekä tietoa kivun hoidosta. Myös Hovin (2003, 52) toteuttaman kyselyn perusteella potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa ja taitojen opetusta kuntoutumiseen liittyvistä asioista, leikkausalueen hoidosta, leikkauksen jälkeisestä paranemisesta ja kotona selviytymisestä.

Kirurgian ohjausta kehitettäessä ja ohjeita laadittaessa on näitä tietoja hyvä käyttää perustana. Työyksiköissä on myös mietittävä, mitä ohjaus tarkoittaa kunkin yksikön ja työntekijän kohdalla ja mitkä ovat työntekijöiden vahvuudet ja heikkoudet ohjaamisessa. Mitkä ovat ne erikoisalajat, jotka vaativat osaamisen vahvistamista?

6 LEIKO-TOIMINNAN EDELLEEN KEHITTÄMINEN (3.SYKLJ)

Opinnäytetyö päättyy kolmannen syklin suunnitteluun. Tavoitteena on, että LEIKO-toiminta jää pysyvästi käyttöön kirurgialle ja sen jatkokehittäminen sekä käyttöön oton laajentaminen jatkuu edelleen työyksiköiden omien resurssien voimin. Jatkotutkimusaiheiksi on jo tässä vaiheessa esitetty:

- Miten LEIKO-toiminta vaikuttaa vuodeosaston hoitopäiviin?
- Miten LEIKO-toiminta vaikuttaa leikkausten peruuntumisiin?
- Miten potilaat kokevat preoperatiivisen ohjauksen?

LEIKO-toiminnan laajentaminen

Osastolla 6 LEIKO-toimintaa jatketaan samoilla potilasryhmillä kuin pilotoinnin aikana eli urologisilla, kilpirauhas- ja plastiikkakirurgisilla potilailla. Toiminnan laajentamisesta muihin potilasryhmiin osasto itse päättää omien resurssiensa perusteella. LEIKO-sairaanhoitajana toimii 2 sairaanhoitajaa kuten pilotoinnin aikana.

LEIKO-toimintamalli otetaan asteittain käyttöön viikolla 16 myös osastolla 7. Osastolla hoidetaan ortopedisiä, traumatologisia, thorax- ja verisuonikirurgisia potilaita. LEIKO-toimintaan ensimmäisenä siirretään ortopedisistä potilaista olkapään- ja polventähystyspotilaat sekä muu ortopedian -jonossa olevat potilaat. Tavoitteena on kevään mittaan ottaa kaikki osaston potilasryhmät mukaan LEIKO-toimintaan. Osastolla 7 LEIKO-sairaanhoitajana toimivat kaikki sairaanhoitajat vuorotellen, joten toimintamallin käyttöön ottaminen lähtee siellä tehokkaammin käyttöön kuin pilotointiosastolla.

LEIKO-toiminta tulee vaikuttamaan myös muuten vuodeosastojen toimintaan. Osaston päiväryhtiä on syytä tarkastella ja miettiä, voidaanko myös muita toimintoja, kuten lääkärinkiertoa ja potilaiden kotiuttamista, tehdä toisin. Joudutaanko miettimään osastolla potilaiden paikkasijoittelussa jakoa esimerkiksi LEIKO-potilaisiin ja muihin potilaisiin?

LEIKO-toimintamallin kehittyminen

LEIKO-toimintamalli on kehittynyt kehittämistyön aikana. Alkuperäiseen suunnitelmaan on tehty muutoksia sekä LEIKO-kelpoisuuden määrittämisen ja tulotarkastuksen suhteen (Liitteet 5 ja 6). Toiminnan laajentamisesta ja malliin tehdyistä muutoksista sovittiin Kirurgian yhteistyötapaamisessa 16.3.2012.

Leikkauspäätöksen aikana kirurgi edelleen määrää potilaan leikkaukseen tulotavan (LEIKO, osasto, päiväkirurgia). Ohjausta antavalla sairaanhoitajalla on lupa muuttaa suunnitelmaa itsenäisesti, jos hän sen niin arvioi ohjauksen aikana esiin tulleiden tietojen perusteella. Potilas saapuu aiemmin vuodeosastolle, jos hän ei kykene omatoimisesti kotona valmistautumaan tai jos leikkaus vaatii erityisiä preoperatiivisia hoitoja ja valmisteluja tehtävän osastolla. Perusteet sairaanhoitaja kirjaa potilaskertomukseen.

Muutoksena toimintamalliin tehtiin tulotarkastuskäynnin korvaaminen soittoajalla. Tulotarkastussoitolla LEIKO-sairanhoitaja soittaa potilaalle noin viikko ennen leikkausta. Huomioidava on, että potilaan ohjaaminen puhelimitse vaatii yhtä lailla suunnittelua kuin ohjauskäynti. Sairanhoitajan on osattava selvittää potilaan antamista tiedoista asiat, joiden perusteella hän voi tehdä päätelmän potilaan leikkauksekelpoisuudesta. Puhelinohjaus soveltuu hyvin nuorille, terveille potilaille, mutta asettaa haasteita iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden ohjaamiseen. (vrt. Kyngäs ym. 2007, 118.)

Tulotarkastuskäynti ohjelmoidaan potilaalle vain, jos on erityistä syytä käynnille, kuten ihon tarkistus tai pistosopetus. Myös käyntiaika on 1 viikko ennen leikkausta osastolla sairaanhoitajan vastaanottona. Tarvittaessa sairaanhoitaja pyytää kirurgin varmistamaan leikkaussuunnitelman. Näin toimitaan, jos tulotarkastuksen aikana herää esimerkiksi epäilyä tehdystä leikkaussuunnitelmasta potilaan tilanteen muuttumisen vuoksi. Pääsääntöisesti kirurgi tapaa potilaan leikkausaamuna osastolla, jolloin hän merkitsee leikkauskohdan tussilla sekä täyttää leikkauslupalapun. Preoperatiiviset tutkimukset potilas käy viikkoa ennen tulotarkastussoittoa tai jos kyseessä on käynti, niin viimeistään käynnille tullessaan. Jos preoperatiivisissa tutkimuksissa on poikkeavaa, sairaanhoitaja näyttää vastaukset sekä kirurgille että anestesia lääkäriä ja tarkistaa muuttavatko vastaukset potilaan leikkaussuunnitelmaa.

Haasteita LEIKO-toiminnan laajentamisessa

LEIKO-toiminnan laajentamisessa haasteena ovat tilaongelmat. KAKS:ssa tilaongelmat ovat arkipäivää ja ne nousivat esille koko kehittämistyön ajan. Tilasta oli puutetta sekä poliklinikalla että osastoilla. Tilaongelmien vuoksi toimintatapa lähdettiin alun perin suunnittelemaan osaston kautta tapahtuvana. Tavoitteenamme oli kuitenkin kehittää malli sellaiseksi, että sitä on mahdollisuus soveltaa myös toisissa tiloissa, kun tilaratkaisut selviävät. Nyt uuden sairaalan suunnittelu on menossa, joten toivomme, että sen myötä myös LEIKO-tilat saadaan toimiviksi ja tarpeitaan vastaaviksi.

Ihanteellinen on LEIKO-toimintamalli, jossa LEIKO-tilat on sijoitettu leikkausosaston viereen. Tällöin voidaan jo yhden sairaanhoitajan työpanoksella ottaa porrastetusti vastaan päivän leikkauspotilaat. Hyvinkäällä otetaan yhden sairaanhoitajan työmäärällä vastaan 1200 potilasta/vuosi. Tällöin aikaa ei kulu potilaiden kuljettamiseen osastolta leikkausosastolle, vaan leikkaustiimi käy hakemassa potilaan odotustilasta leikkaussaliin. Potilas siirtyy vasta leikkauksen jälkeen vuodeosastolle postoperatiiviseen hoitoon, joka voi jatkua useita päiviä leikkauksesta riippuen. (Keränen ym. 2003, 3559, 3561.)

Tohmon (2010, 310-311) mukaan LEIKO-prosessissa yhdistyvät lääketieteen eri erikoisalojen (anestesia- ja erikoisalojen leikkaavat lääkärit) ja eri ammattiryhmien (lääkärit, vastaanoton sairaanhoitajat, preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajat, leikkaussalin sairaanhoitajat, hoidonvaraajat, sihteerit) välinen yhteistyö. Prosessin toimivuuden kannalta toiminta yhtenäisissä tiloissa, kuten LEIKO-yksikössä, palvelee moniammatillista yhteistyötä. Näin voidaan kohdistaa eri alojen ja ammattiryhmien osaaminen ja kokemus potilaaseen ja potilaan hoidettavaan ongelmaan.

7 POHDINTA

7.1 Johtamisen haasteet

Johtamisen ja työyksikön toiminnan tulee perustua työyksikön arvoihin ja visioon. Arvot ilmaisevat lähestymistavan, jolla potilaiden kohtaaminen tapahtuu. Ne ovat työntekijän ja esimiehen eettisiä lähestymistapoja ja niiden tulee konkretisoitua kaikessa tekemisessä. Tavoitteena on päämäärä eli visio, johon kaikella toiminnalla pyritään. (Kiikkala 2008, 19-20.) Kirurgian arvoina ovat potilaslähtöisyys ja kokonaisvaltaisuus, sekä visiona potilaiden toimivat hoitoketjut ja hoidot, jotka toteutuvat hoitotakuun määräämässä ajassa mahdollisimman kustannustehokkaasti. Tavoitteena on henkilökunnan korkealla osaamisella ja työmotivaatiolla tukea hyvää hoitoa. (Kirurgian vuosisuunnitelma 2009-2012.)

Kirurgisen potilaan hoitotyössä potilaslähtöisyys ja hoidon kokonaisvaltaisuus edellyttävät toiminnan tarkastelua laatujohtamisen näkökulmasta. Olemme olemassa kirurgisia potilaita varten ja toiminnallamme pyrimme vastaamaan potilaiden hoidon tarpeeseen. Pyrimme siihen, että potilaat ovat tyytyväisiä ja saavat tarvitsemansa hoidon. Kehittämistyön lähtökohtana oli, että toiminnan sujuvuus on olennainen osa tuloksellista ja tehokasta kirurgisen potilaan hoitoa. Ajatuksena oli laatujohtamisen avulla vaikuttaa kirurgisen potilaan hoitotyön kehittymiseen.

Uuden toimintatavan kehittämisessä ja käyttöön ottamisessa oli haasteita sekä johtamisen että toiminnan kehittämisen kannalta. Esimiehet tarvitsevat sekä kehittämisen että johtamisosaamista. Esimiehellä on tärkeä rooli työyksikön toimintaa kehitettäessä ja muutoksia toteutettaessa. Ilman esimiehen innostuneisuutta ja sitoutumista muutoksia ei voida saada elämään arjessa. Esimieheltä vaaditaan sekä kykyä visioida ja ennakoida tulevaa, että malttia elää tässä hetkessä yhdessä työyhteisön kanssa ja johtaa muutoksia. Kehittämistyö aiheutti työyksiköissä monenlaisia vaatimuksia ja ristiriitoja. Esimiehet olivat avainasemassa näissä tilanteissa. Esimiehet vastaavat työyksiköiden operatiivisesta johtamisesta ja luovat edellytykset toiminnan kehittämiseksi. (vrt. Kammonen 2008, 23, 44; STM 2003, 74.)

Kehittämistyön aikana esimiehet joutuivat työyksiköissään kohtaamaan johtajuuden haasteita, samoin kuin itse jouduin projektipäällikön roolissa. Johtamisen haasteita kuvaavat Ristikangas, Aaltonen ja Pitkänen (2008) antiikin Rooman mytologian kaksikasvoisen Janusjumalan avulla. Kuvaus sopii hyvin myös tähän kehittämistyöhön. *Januksen päät katsoivat vastakkaisiin suuntiin. Esimiehen haasteena on nähdä, miten menneisyys ja tulevaisuus ovat yhdistettävissä. Toinen pää näkee, mistä ollaan tulossa ja toinen katsoo tulevaisuuteen, visioon. Januksella oli kädessään avain, jolla hän aukaisi lukot, jotka tulivat eteen matkalla tulevaisuuteen. Matkan aikana Januksen tehtäviin kuului myös tasapainon ylläpito sodan ja rauhan välillä. Myös esimies joutuu etsimään vastauksia tulevaisuuteen suunnatessaan. Esimies joutuu tasapainottamaan työyhteisöä ja luomaan edellytyksiä perustehtävän tekemiselle muutoksia toteuttaessa.* (Ristikangas ym. 2008, 12-13.)

Tämän hetken terveydenhuollon johtamisessa ja kehittämisessä on ristiriitaisia haasteita ja tilanteita. Terveydenhuollossa joudutaan yhä enemmän arvioimaan toimintaa tehokkuuden näkökulmasta. Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden arviointi korostuu. Haasteena on tarjota mahdollisimman korkealaatuista hoitoa mahdollisimman vähin kustannuksin. Terveydenhuollon resurssipulan vuoksi toimenpiteet ja resurssit, aika ja raha, tulee mitoittaa ja kohdentaa oikein. Palvelujen joustavuus ja tuloksellisuus, toiminnan tehokkuus ja henkilökunnan kokemus työn mielekkyys edellyttävät terveydenhuollon toimintatapojen uudistamista. (Fördell 2002, 1, 102-103.) Muutokset johtuvat tuottavuudesta ja talousnäkökulmista, potilaiden muuttuvista tarpeista ja lisääntyneestä tietoisuudesta erilaisista terveydenhuollon palveluista ja hoitomahdollisuuksista (Kiikkala, Lahti, Laitinen, Rantala & Surakka 2008, 7).

LEIKO-toiminnan kehittämisellä pyritään vastaamaan näihin haasteisiin kirurgisen potilaan hoidon osalta Kainuun keskussairaalassa. Toimintatavan muuttamisessa esimiesten tehtävä ei ole helppo. Esimiehillä on haasteita tasapainoillessa tulos- ja laatujohtamisessa ylhäältä tulevien ohjeiden ja henkilökunnan asettamien odotusten ja toiveiden välissä (Viitanen & Lehto 2005, 118-119). Toiminnan tehostamiseen pitää pystyä yhä tiukkenevilla resursseilla ja asioita tulee tarkastella taloudellisesta näkökulmasta, kun taas henkilökunnan mielestä humaaneja arvoja tulee korostaa nykyistä enemmän. Esimiehet joutuvat tasapainoilemaan tuloksellisuuden ja henkilökunnan välissä, kuitenkin heidän tulee pystyä hallitsemaan ja suunnittelemaan toimintaa kokonaisvaltaisesti. (Parvinen ym. 2005, 52-53.) Johtamista tarvitaan, jotta toiminta vastaa osaamista ja se toteutuu oikea-aikaisesti ja laadukkaasti (Kiikkala ym. 2008, 7).

Toiminnan laadun kehittäminen on jatkuvaa työyhteisön- ja prosessien kehittämistä. Se tarkoittaa huomion kiinnittämistä koko systeemiin, vuorovaikutus- ja yhteistyöprosessin parantamiseen, jonka tuloksena potilaan hyvä hoito syntyy. (Mäkisalo 1999, 87.) Esimiesten haasteena on luoda kirurgialle olosuhteet, jotka mahdollistavat hyvän hoitotyön. Haasteena on toimintatapojen kehittäminen potilaiden parhaaksi, sujuviksi ja joustaviksi. Haasteena on henkilökuntaresurssien kohdentaminen vastaamaan potilaiden hoidontarvetta, hoitajien osaamisen kehittäminen sekä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittäminen. Työyksiköiden ja esimiesten arvot ohjaavat toiminnan priorisointia, sitä mihin päivittäisessä työssä keskitytään ja mitä toiminnalla tavoitellaan.

Kirurgisen potilaan lääketieteellinen hoito ja hoitotyö kehittyvät koko ajan. Työyksiköissä osaamistaso molemmilla aloilla on pidettävä ajatasalla ja toiminnan tulee perustua näyttöön perustuvaan tietoon. Lahden (2008, 92) mukaan osaamisen johtaminen tulee korostumaan tulevaisuudessa yhä enemmän oppivan organisaation mukaisesti. On luotava edellytykset oppimiselle, innovaatiolle, luovuudelle ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Työntekijöitä kannustetaan pohtimaan ja kyseenalaistamaan toimintatapoja ja myös omaa työn hallintaa ja ammattitaidon ylläpitämistä. Esimies on suunnannäyttävä ja johtaa toiminnan kehittämistä.

Moniammatillisuus ja prosessiajattelu korostuivat kehittämistyössä ja johtamisessa. Kirurgisen potilaan hoidossa tarvitaan prosessiajattelua, jotta voidaan hahmottaa oman yksikön ja muiden toimijoiden toiminta suhteessa koko prosessiin. Sekä esimiehen että työntekijöiden tulee hallita oman yksikön osaaminen, jotta oman yksikön vastuu kokonaisprosessissa toteutuu. On ymmärrettävää, mihin prosessilla pyritään ja osattava hahmottaa potilaan kulku sekä ennen omaan yksikköön tuloa että yhteydet muihin yksikköihin. Toiminnan muuttaminen ja vaikuttaa sekä poliklinikan ja osaston työhön että kirurgin, anestesia- ja sairaanhoitajan, osastosihteerin ja hoidonvaraajan tehtäviin. Kaikkien kehittämistyöhön osallistuvien näkemykset olivat tarpeen, jotta toimintamallia voitiin tarkastella eri näkökulmista ja hoitoprosessin etenemisen mukaisesti.

7.2 Kehittämistyön haasteet

Kehittämistyön muutokset tapahtuvat hitaasti, askel kerrallaan (Laitinen 2008, 133). Kehittämistyössä tulee muistaa, että muutokseen liittyy aina mennyt aika, nyt hetki ja tulevaisuus. Kehittämistyön kompastuskivenä ei ole uuden oppimisen vaikeus vaan vanhasta pois oppiminen. Jos haluamme jotain uutta, on meidän luovuttava vanhasta. Jos menneet kokemukset estävät tarttumasta uuteen, muutoksista voi tulla hankalia ja hitaita. Muutoksia on kuitenkin mahdollista tehdä, ja joskus ne ovat jopa välttämättömiä. Muutoksissa esimiehen tehtävänä on motivoida, kuunnella, toimia esimerkkinä, olla jämäkkä ja joustava, tuntee sisältöä ja substanssia riittävästi ja samalla antaa alustensa kehittyä asiantuntijoina. Henkilöstöön tulee valaa turvallisuuden tunnetta ja uskoa jatkuvuuteen. Johtaminen on taitolaji, jossa on rikottava ja koottava, hyökättävä ja puolustettava, laajennettava ja keskitettävä. (Ristikangas, Aaltonen & Pitkänen 2008, 12-13, 20, 193.)

Haasteena projektissa oli tahtotilan löytyminen työyhteisöistä. Kehittämistyössä on tärkeää tehdä visiosta todellinen ja motivoida ihmisiä asettumaan yhteisen tavoitteen taakse, sillä sitoutuminen saa ihmiset uskomaan projektiin ja synnyttää halun olla osa sitä (Ruuska 2005, 89). Muutoksen onnistumisen kannalta tahtotilan löytyminen on tärkein asia. Uuden toiminnan suunnittelu ja käyttöönotto vaatii esimiehiltä halua ja sitoutumista viedä asiaa eteenpäin. Työntekijältä kehittämistyö vaatii sitoutumista ja osallistumista. Esimiesten tulisi aktiivisesti vetää kaikkia alaisiaan mukaan osallistumaan kehittämiseen. Esimiehen tehtävä on kannustaminen ja motivoiminen, lankojen kiinni pitäminen ja eteenpäin ohjaaminen. (STM 2003, 113.) Parhaimmat tulokset saadaan, kun henkilöstö saadaan muutostyöhön aktiivisesti mukaan. Työntekijät ovat asiantuntijoita ja heillä on ammattitaitoa, jota tarvitaan uuden ja vanhan toiminnan yhteensovittamisessa. (Laitinen 2008, 133.)

Muutokset aiheuttavat yleensä aina jossakin vaiheessa vastustusta, joko passiivista tai aktiivista. Muutosvastarinta voidaan kuitenkin nähdä toiminnan kehittymisen kannalta myös myönteisenä. Se synnyttää kriittistä keskustelua, jolloin joudutaan miettimään perusteita toiminnalle ja muutokselle. Muutosvastarintaa lievittää se, että työntekijät kokevat muutoksen tarpeellisenä. Muutoksen tullessa pakkotilanteesta muutosvastarinta on aina voimakkaampana.

Työntekijä tarkastelee tilannetta omasta työskentelystään käsin, harvoin laajempaan toimintaan. (Lahti 2008, 96-97.)

Työyksiköissä oli haasteita motivoida ihmisiä toiminnan kehittämiseen ja muuttamiseen. Muutokset aiheuttavat aina epäilyksiä - *mitenkähän tämä tulee onnistumaan* - niin oli myös tässäkin kehittämistyössä. Kehittämistyö aiheutti työyksiköissä ristiriitaisia ajatuksia. Työyksiköillä oli paineita selviytyä normaalista potilastyöstä, potilasruuhkat ja henkilökuntaresurssien vähyys olivat arkipäivää. Osa henkilökunnasta koki uudessa toiminnassa mahdollisuuden parantaa toimintaprosessia ja hoidon laatua, kun taas osa koki sen lisäävän työtä ja olevan vain organisaation etua tavoitteleva toimintatapa. Kehittämistyötä pelättiin, koska sen koettiin lisäävän työtä ja kuormitusta jo muutenkin kiireiseen työhön. Ilmassa oli pelkoa siitä, miten oma työnkuva muuttuu, lisääntykö uuden toimintatavan myötä työmäärä ja vastuu. Painotettiinkö kehittämistyössä liaksi toiminnan tehostamisen näkökulmaa? Olisiko henkilökunnan sitoutuminen ja motivaatioon voitu vaikuttaa, jos esille olisi tuotu enemmän potilasnäkökulmaa? Kokemuksista ja palautteista tämä oli tulkittavissa. Toimintamallin tarkastelu keskittyi toisen syklin aikana liaksi ongelmien tarkasteluun. Toki, tämä oli kehittämistyön kannalta tärkeää, jotta ongelmakohtiin voitiin puuttua. Nyt ongelmakeskeisyydestä tulee siirtyä tuomaan toimintaa esille positiivisessa mielessä.

Kehittämistyön toteuttamisessa haasteena oli myös henkilökuntaresurssit työyksiköissä. Terveyspalveluiden saatavuuden ja toimivuuden perusedellytyksinä ovat henkilöstön riittävä määrä sekä toiminnan kannalta tarkoituksenmukainen osaaminen, henkilöstörakenne ja työnjako (STM 2003, 14). Kehittämistyön suunnittelu lähti liikkeelle tämän ajatuksen mukaisesti. Tavoitteenamme oli, että pystymme hoitamaan potilaat oikea aikaisesti oikeassa paikassa. Toimintamallin avulla pyrimme selkeyttämään eri toimijoiden tehtäviä ja vastuita kirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Tavoitteenamme oli saada osastoille lisäresursseja LEIKO-sairaanhoitajien muodossa. LEIKO-sairaanhoitaja olisi vahvistanut osaston henkilökuntaresursseja ja tuonut tarkoituksen mukaista osaamista. Lisäresursseja ei kuitenkaan valitettavasti ollut mahdollisuutta saada Kainuun maakunta -kuntayhtymän taloudellisen tilanteen vuoksi. Tämä heikensi työyksiköiden halukkuutta muuttaa toimintatapaa ja sitoutua kehittämistyöhön. Työntekijät kokivat kehittämistyön lisäävän työtä. Ajoittain kokemukseksi nousi, että kehittämistyö enemmän häiritsi perustyötä kuin hyödynsi sitä. Mieliin piti palautella, että

projekteille on ominaista, että ne kuluttavat resursseja ja ovat tuottavia vasta projektin päätymisen jälkeen (vrt. Ruuska 2005, 27).

7.3 Kehittämistyön toteuttaminen

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen metodologiaa mukaellen. Tavoitteena ei ollut vain tutkia toimintaa, vaan kehittää ja muuttaa käytäntöä jo kehittämistyön aikana. Työskentely tapahtui työyhteisöjen välisenä yhteistyö projektina. Kehittämistyön projekti- ja ohjausryhmä muodostuivat niistä työyksiköistä, joita kehittämistyö kosketti. Ohjausryhmä muodostui yksiköiden esimiehistä ja johtoasemassa olevista lääkäreistä. Yksiköiden esimiehet valitsivat työyksiköistään jäsenet projektiryhmään. Käytännössä projektitapaamiset järjestettiin yhteiseksi ohjaus- ja projektiryhmälle ajanpuutteen ja henkilöstötilanteen vuoksi. Tapaamisista voisikin mieluummin puhua moniammatillisina työryhmätapaamisina. Työryhmätapaamisissa korostui toiminnan suunnittelu ja reflektointi. Tapaamisissa soviteltiin näkemyksiä ja muodostettiin yhteistä ymmärrystä. Projektipäällikkönä pyrin käsittelemään esitettyä informaatiota ja selventämään ryhmän näkemyksiä sekä vaikuttamaan toimintamallin hahmottamiseen. Toimintatutkimuksen mukaisesti asiantuntemusta jaettiin osallistujien kanssa (Huovinen & Rovio 2008, 99).

Eri työyksiköiden ja ammattiryhmien edustajista muodostuva työryhmä edistää toimintatavan muutoksen ankkuroitumista ylös- ja alaspäin sekä sivusuunnassa että myös muutoksen vakiinnuttamista. Engeströmin, Kerosuon ja Kajamaan (2008, 23) mukaan ankkuroinnilla ylöspäin tarkoitetaan muutosten nivomista johdon suunnitelmiin ja käytäntöihin. Alaspäin ankkuroinnilla tarkoitetaan muutosten jalkauttamista työntekijöiden arkeen ja käytännön työhön. Sivusuuntaisella ankkuroinnilla haetaan tukea muutokselle yhteistyökumppaneilta ja asiakkailta.

Kehittämistehtävän aihe on lähtenyt johdon pyynnöstä ja myös kehittämistyön aikana johto on osoittanut sitoutumista kehittämistyöhön ja korostanut sen tarpeellisuutta. Projekti- ja ohjausryhmän jäsenet ja yksiköiden esimiehet ovat avainasemassa ankkuroidessaan toimintatavan muutosta omissa yksiköissään käytännön työhön. Sivusuuntaista ankkurointia tulee

tapahtumaan toimintatavan laajentuessa koskemaan koko kirurgiaa ja kaikkia kirurgian potilasryhmiä.

Vakiinnuttaminen merkitsee muutoksen virallistamista ja vahvistamista esimerkiksi säännöillä ja työnjakoratkaisuilla (Engeström ym. 2008, 24). LEIKO-toiminnan kehittämisessä oli jo alusta asti tavoitteena tehdä pysyvä toimintamalli. Koko kehittämistyön ajan tavoitteena oli vakiinnuttaa uutta toimintatapaa. Kehittämistyöaikana sovittiin yhdessä hoitoprosessin etenemisestä, toimijoiden tehtävistä ja vastuista sekä tehtiin työhöjeita.

Kehittämistyö eteni suunnitelman mukaisesti sykleittäin aikataulun mukaisesti. Toisen syklin tarkoitus ja tavoite täsmentyi ensimmäisen syklin aikana. Kehittämistyön jakaminen sykleihin helpotti toiminnan etenemisen hallintaa ja näin kehittämistyössä voitiin edetä askel kerrallaan.

Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu arvaamattomuus. Tutkija ei voi varautua ennalta kaikkiin kehittämisprosessissa nouseviin kysymyksiin. Tutkimuksessa voi tulla kriisikohtia, joiden myötä kysymyksenasettelu saattaa ratkaisevasti muuttua ja tutkimus saada jopa uuden suunnan. Tutkija voi löytää uusia kysymyksiä ja tutkimustehtäviä, joita ei projektin alussa huomattu. Aineiston hankinnasta ja kokeilusta saadusta informaatiosta, löytyy ajatus siitä, miten ja mihin suuntaan jatketaan. Nämä kuuluvat kuitenkin toimintatutkimuksen luonteeseen. Liian tiukalla etukäteisrajoituksella saatetaan rajoittaa kehittymistä ja oleellisia seikkoja voi jäädä huomaamatta. Tutkimusongelmat muuttuvat ja tarkentuvat prosessin aikana. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 85-87; Huovinen & Rovio 2008, 96.)

Kehittämistyössä on edetty sen mukaan, miten toiminta on kehittynyt ja muuttunut prosessin edetessä. Kehittämistyössä on eteen tullut myös kriisikohtia, jolloin on mietitty kehittämistyön suuntaa ja jatkamista. Ensimmäisen syklin tuloksena kehitettiin LEIKO-toimintamalli, jota toisessa syklissä arvioitiin pilotoinnin avulla. Alkuperäisessä suunnitelmassa tavoitteena oli LEIKO-toimintamallin muuttaminen pilotoinnin kokemusten perusteella. Kehittämiskohtia toimintamallista oli tarkoitus tarkastella projekti- ja ohjausryhmässä 6-3-5-menetelmän avulla. Tämä suunnitelma muuttui, kun pilotoinnin alussa tuli kehittämistyön ensimmäinen kriisikohta. Kriisin aiheutti pilotointiin osallistuvien potilaiden vähäinen määrä ja tästä syntyneet konfliktit LEIKO-hoitajan tehtävistä ja työajan käytöstä. Harkinnassa oli

joko pilotoinnin keskeyttäminen tai toiminnan laajentaminen. Koska toimintaa oli kuitenkin pakko jatkaa kohti pysyvää LEIKO-toimintaa, päätettiin pilotointia laajentaa ja käyttää 6-3-5-menetelmää työyksiköissä ongelmien ja ratkaisujen löytämiseen. Näiden tulosten reflektion perusteella toimintamallia ei lähdetty muuttamaan vaan päätimme keskittyä toimintaan vaikuttavien tekijöiden, yhteistyön ja koulutusten, kehittämiseen.

Toiseksi haasteeksi muodostui pilotoinnin potilasryhmän valinta. Näin jälkikäteen pohtien urologiset potilaat eivät olleet paras mahdollinen kohde toimintatavan pilotoinnille. Nämä potilaat ovat yleensä iäkkäitä ja monisairaita. Heidän leikkaustarpeensa tulee yleensä esille äkillisesti ja leikkaus tapahtuu suhteellisen nopeassa aikataulussa. Nämä aiheuttivat haasteita pilotoinnin aikana ja osa henkilökunnasta koki toimintatavan näillä potilailla raskaana. Kokemusten ansiosta toimintamallista keskusteltiin ja toimintaa muutettiin vähitellen. Toisaalta, kun pilotointi aloitettiin haastavalla aineistolla, oli helpompi mukaan ottaa niin sanotusti kevyempiä potilaita.

Kolmantena kriisikohtana oli toiminnan laajentaminen osastolle 7. Osastolta ei löytynyt vapaaehtoista sairaanhoitajaa projektiryhmään ja osaston vetovastuu jäi yksin osastonhoitajan harteille. Tämä on aiheuttanut sen, ettei osastolla ole ollut muita asiaan perehtyneitä kuin osastonhoitaja ja työyksikön halukkuus kehittämistyöhön on ollut vaimeaa. Kolmannessa syklissä toimintatapaa aloitettaessa osastolle ei valittu tiettyä sairaanhoitajaa LEIKO-hoitajaksi, vaan jokainen sairaanhoitaja toimii vuorollaan näissä tehtävissä.

Kehittämiprojektin johtamisen koin haasteelliseksi. Kehittämistyön aikana pyrin osallistamaan ja sitoutumista edistävään johtamistyyliin. Projektipäällikkönä tehtäväni oli tukea ja ohjata toimijoita itsenäiseen työhön. Projektipäällikkönä pyrin luottamaan heidän itsenäiseen toimintaan. Johtamiseni ei perustunut käskemiseen vaan tavoitteena oli, että ryhmä toimii itseohjautuvasti sitoutuen vastuuseen ja sovittuihin päämääriin. (vrt. Paasivaara ym. 2011, 114.) Tämä ei tuonut parasta mahdollista tulosta. Kehittämistyön aikana huomasin, että johtamistyyliä tulee vaihdella tilanteen mukaan. Johtamisessa olisi pitänyt olla määrätietoisempi ja hallitsevampi, varsinkin ongelmatilanteiden esiintyessä.

Ruuskan (2005, 118-124) mukaan projektissa johtamistapa on valittava kulloiseenkin tilanteeseen sopivaksi, tilannetta ja ilmapöytä tulee osata tunnustella. Projektin alkuvaiheessa tar-

vitaan sitoutumista korostavaa johtamistyyliä. Ryhmä on saatava hyväksymään projektin tehtävä ja tavoitteet. Tehtäväsuuntautuvalla ja määrätietoisella johtamistyyllillä organisoidaan tehtävät ja töiden jakaminen, kun yhteisymmärrys on saavutettu. Projektipäällikölle välttämätön taito onkin delegointikyky, on osattava antaa toteuttamisvastuu projektiryhmälle ja asiantuntijoille. Töiden käynnistyttyä ja ryhmän jäsenten vastuiden selkiinnyttyä projektipäällikön tehtävänä on kannustaminen ja motivointi eli palataan takaisin sitoutumista korostavaan johtamiseen. Projektin edetessä ryhmäläiset pystyvät itsenäiseen työskentelyyn ja voivat luottaa toinen toiseensa ja hallitsevat projektin etenemisen. Päteville asiantuntijoille ei tarvitse kertoa, miten työ tulee tehdä vaan määritellään, mitä pitää tehdä ja mitkä ovat reunaehdot. Projektipäällikön roolina on tukeminen, kuunteleminen, rohkaiseminen ja neuvominen. Projektin loppuvaiheessa johtamisen tyyli muuttuu tiukemmaksi ja hallitsemammaksi, jotta päämäärä saavutettaisiin tavoitteiden mukaisesti. Myös kriisi- ja ongelmavaiheissa, joita projektissa tulee vastaan, on johtamisen oltava määrätietoisempaa ja hallitumpaa, kuin seesteisessä työskentelyvaiheessa.

Johtamisen haasteeksi moniammatillisessa yhteistyössä voi muodostua ammattiryhmien välinen hierarkia. Tämä hierarkia siirtyy usein työkentältä myös kehittämistehtäviin. (vrt. Paasi-vaara ym. 2011, 63.) Kehittämistyön alussa huolenani oli, miten projektityöhön vaikuttaa oma roolini projektipäällikkönä, opiskelijana ja sairaanhoitajana, kun työryhmässä on hierarkiassa ylempänä olevia mukana? Miten kehittämistyöhön vaikuttaa, mistä asemasta kehittämistyötä johdetaan? Mielestäni onnistuimme kehittämistyössä toimimaan tasavertaisina ammattilaisina ja kukin oman alueensa asiantuntijana. Kehittämistyö ei olisi onnistunut ilman moniammatillista yhteistyötä. Myös toiminnan jatkokehittämisessä moniammatillisuuden tulee säilyä.

Kirjoittaminen kehittämistyössä

Kirjoittaminen eteni työelämän tarpeiden ja sinne tuotettujen tekstien mukaisesti. Kirjoittamisen, kuten muistioiden, tiedotteiden ja työohjeiden avulla työyksiköissä tehtiin kehittämistyötä tunnetuksi ja levitettiin tietoa. Näin pyrittiin edistämään kehittämistyön avoimuutta, vähentämään muutosvastarintaa ja vaikuttamaan kehittämistyöhön liittyviin asenteisiin ja ennakkoluuloihin. (vrt. Vanhanen-Nuutinen 2010, 93.) Kirjoittamisen hankaluudeksi koin aluk-

si ristiriidan työelämälähtöisyyden ja tieteellisen tekstin välillä. Jouduin pohtimaan ja selkiinnyttämään itselleni, miten työelämälähtöisyys ja tieteellinen kirjoittaminen saadaan liitettyä toisiinsa. Kehittämistyön pyörähtäessä vauhdilla käyntiin kirjoittaminen jäi jälkeen omien resurssieni vuoksi.

Kirjoitussuunnitelman avulla sain jäsenettyä kehittämistyön aikana tapahtuvaa kirjoittamista. Kirjoitussuunnitelman jäsensin kehittämistyön syklien mukaisesti. Suunnitelmasta muodostui projektin selkäranka. Suunnitelman tekeminen helpotti kehittämistyön kokonaisuuden hahmottamista, sitä mitä projektin aikana kirjoitetaan, kuka kirjoittaa, kenelle ja miksi. Projektityöhön kuului yllättävän paljon kirjoittamista ja tiedon jakamista. Kirjoittamisen oikea-aikaisuutta ja aikataulutusta tulee miettiä jo projektin aloitusvaiheessa. Tämän kehittämistyön kohdalla suunnitelman tekeminen tuli vähän liian myöhäisessä vaiheessa opinnoissa, jotta tätä olisi osannut hyödyntää jo aivan projektin alusta lähtien. Projektin jo käynnissä ollessa, siihen oli hyvä koota jo tuotettua materiaalia, jäsentää projektin etenemistä ja pohtia etenemisvaihtoehtoja. Lopullinen opinnäytetyö tarkentui kehittämistyön aikana ja syklien otsikointi osittain muuttui, mutta sisältö pysyi kuitenkin ennallaan.

Kirjoitussuunnitelman laatimisen tulee ehdottomasti olla projektin alkuvaiheessa ja se tulee käydä läpi, tai jopa tehdä yhdessä projekti- ja ohjausryhmän kanssa. Yhdessä suunnittelemalla ja tekemällä myös sitoutuminen koko projektiin tulee näkyväksi ja konkreettiseksi. Kirjoitussuunnitelman avulla saadaan opiskelijan lisäksi myös muut kehittämistyöhön osallistuvat osallistumaan kirjoittamiseen. Kehittämistyön aikana eri toimijat kirjoittivat esimerkiksi työ- ja potilasohjeita. Yhteiskirjoittamista tulee vielä siinä vaiheessa, kun LEIKO-toiminta liitetään kirurgian muihin prosesseihin ja prosessikuvauksia työohjeineen laaditaan ja päivitetään.

7.4 Eettisyys ja luotettavuus kehittämistyössä

Laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus sekä tutkijan aseman pohtiminen suhteessa tiedonantajiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 29). Mäkisalonen mukaan (1999, 17; 2004, 23) hoitotyön etiikka on pohjana työyhteisöjen kehittämistöille. On mietittävä, mitä kehitetään, miltä perustalta kehittämistyötä tehdään, kenen hyvää pyritään edistämään sekä mitkä ovat

kehittämistyön tavoitteet ja keinot. Hirvosen (2006, 42) mukaan tutkimuksen eettisyyden kannalta on tiedostettava tutkimuksen tiedonintressit eli se mikä tutkimusta ohjaa, mihin tarkoitukseen tutkimusta tehdään ja miksi juuri tämä intressi ohjaa tutkimusta.

Kehittämistyössä oli alusta asti selkeästi selvillä, mitä tarkoitusta varten kehittämistyötä tehtiin ja mikä oli tavoitteena. Kehittämistehtävän aiheen, LEIKO-toiminnan käynnistäminen, antoi operatiivisen vastuualueen johto. Taustalla oli kirurgian toiminnan tehostamisen tarve. Praktisen tiedonintressin mukaisesti tavoitteena oli tehostaa kirurgisen potilaan hoitoprosessia, vahvistaa hoitohenkilöstön ammatillista kehittymistä ja parantaa toimijoiden itseymmärrystä. Praktis-hermeneuttisen tiedonintressin mukaan olemme kuvanneet hoitoprosessin etenemisen ja pohtineet toimijoiden ja työyhteisöjen toimintaa. Työyksiköiden esimiehet olivat mukana kehittämistyössä aiheen ideoinnista asti. Tarkoituksena oli helpottaa työyksiköiden arjenpainetta, järjeistää ja yhdenmukaistaa työtapoja sekä yksikön sisällä että yksiköiden välillä. Tavoitteena oli toteuttaa kehittämistyö yhteistyössä työyksiköiden kanssa. Työyksiköt olivat kehittämistyön toteuttajia. Vaikka työyksiköissä oli myös havaittu haasteita selviytyä päivittäisestä työstä entisillä toimintatavoilla, osa henkilöstöstä koki kehittämistyön olevan ulkoapäin tuotu ja esimiesten asettama. Osa työntekijöistä koki kehittämistyön ylimääräisenä työnä ja sen vuoksi motivoituminen ja sitoutuminen toimintatapaan oli ajoittain hankalaa.

Kehittämistyö käynnistettiin ennakoivana projektina, mutta vuoden aikana kehittämistyö muuttui reagoivan projektin mukaiseksi. Ennakoivan projektin tavoitteena on muuttaa toimintaa ennen kuin muutos on välttämätöntä, kun taas reagoiva projekti lähtee liikkeelle jo olemassa olevista muutostarpeista (Paasivaara 2011, 28). Kehittämistyön aikana muutostarpeet ovat kasvaneet taloudellisesta syistä ja henkilökuntaresursseista johtuen sekä terveydenhuoltolain mukanaan tuomista aikarajoituksista. Toimintatapaa on pakko muuttaa, jotta toiminnan vaatimuksista selvitään. Muutoksen ajankohtaa ei olisi voinut enää siirtää.

Opinnäytetyössä tarkastelin työskentelytapoja ja moniammatillista yhteistyötä potilaan hoidon järjestämisen kannalta, varsinaisia potilastietoja en käsitellyt. Opinnäytetyön tekemiselle annettiin Kainuun maakunta -kuntayhtymän ohjeen mukaisesti lupa ylihoitajalta, luvan liitteeksi toimitettiin opinnäytetyön aiheanalyysi sekä opinnäytetyösuunnitelma.

Aineiston eettisyyttä ja luotettavuutta tarkastellessa kvalitatiivisessa aineistossa on kiinnitettävä huomiota aineiston merkittävyyteen ja riittävyteen, analyysin kattavuuteen, arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Merkittävyyttä pohtiessa on huomioitava, millaisessa tilanteessa aineisto on tuotettu ja miten tutkija on vaikuttanut aineiston luonteeseen. (Mäkelä 1992, 47-48.)

Ensimmäisen syklin aineistona käytettiin LEIKO-toiminnasta tehtyjä tutkimuksia, artikkeleita ja opinnäytetöitä sekä sairaaloiden nettisivujen kautta kerättyä materiaalia LEIKO-toimintatavoista. Nämä tiedot kokosin työryhmälle oman toimintamallimme kehittämisen perustaksi. LEIKO-toiminta on suhteellisen uusi toimintatapa ja kehittämistyön alkaessa esimerkiksi opinnäytetöitä ei löytynyt vielä kovin montaa. Tutkimustieto LEIKO-toiminnasta pohjautuu pitkälti toimintamallin kehittäjän tekemiin tutkimuksiin ja kokemuksiin. Nyt kehittämistyön päättymisvaiheessa viimeisen vuoden aikana tehtyjä opinnäytetöitä löytyy jo runsaammin. Eli LEIKO-toiminnan kehittäminen on ajankohtaista myös muualla Suomessa.

Benchmarking-vierailusta saatu aineisto oli tarpeellinen oman toimintatapamme kehittämisen kannalta. Tämä aineisto toi vahvistusta kehittämistyömme suunnalle ja toi arvokasta tietoa ja kokemusta toimintatapaa käyttävältä organisaatiolta. Benchmarking-vertailussa heikkoutena oli, ettemme varmasti tienneet oliko vierailukohteeksi valittu organisaatio tässä toiminnassaan optimaalisin (vrt. Lumijärvi 20005, 289). Toimintaa oli siellä kehitetty viimeisten vuosien aikana ja ymmärryksemme mukaan toiminta oli sujuvaa. Vierailulta saatu tieto ja käytännöt piti myös suhteuttaa omaan toimintaympäristöömme. Benchmarking-vierailun luotettavuutta lisää se, että sekä ohjaus- että projektiryhmä osallistuivat vierailun suunnitteluun ja itse vierailulle osallistui sekä projekti- että ohjausryhmän jäseniä. Vierailun tulokset on käsitelty ohjaus- ja projektiryhmän kesken.

Kehittämistyössä painotin jatkuvan arvioinnin ja palautteen periaatetta, arviointia ja palautetta pyysin sekä työryhmään osallistuvilta että työyksiköiden muilta työntekijöiltä. Toimintaa pyrittiin koko ajan refleктоimaan ja nostamaan kehittämistä vaativia kohtia esille. Toimintaa arvioitiin työryhmätapaamisissa, joista on muistiot kirjoitettuna ja toimitettuina projektiin osallistujille. LEIKO-työryhmän kokoontui yhteensä 10 kertaa 22.3.2011-7.2.2012 välisenä aikana. Lisäksi LEIKO-asioita on käsitelty kahdessa Kirurgian yhteistyötapaamisessa. Kehit-

tämistyöhön osallistujat ovat antaneet palautetta ja kehittämisehdotuksiaan myös sähköpostitse. Nämä on käsitelty yhteisesti työryhmän tapaamisissa. Suullisen palautteen saaminen työyksiköistä oli huomattavasti helpompaa kuin kirjallisen palautteen. Kehittämistyön aikana työyksiköiden pitämiin palauteviikoihin ei kirjaamisia tullut. Suulliset palautteet olen itse kirjannut kehittämistyön aikana muistiin.

Kehittämistyön pääaineisto muodostui kehittämiskohtien tarkastelusta 6-3-5-menetelmällä toisessa sykliässä. Menetelmän toteuttamisessa oli omat haasteensa eettisesti tarkasteltuna. Tutkimukseen osallistumisen on oltava ehdottoman vapaaehtoista (Kuula 2006, 136). Tämä ei toteutunut tässä kohdin tutkimusta. 6-3-5-istuntoihin eivät kaikki osallistujat osallistuneet ehdottoman vapaaehtoisesti. Työyksiköiden esimiehet määräisivät osallistujat työvuorossa olevista henkilöistä ja osa ilmaisi ääneen haluttomuutensa olla osallisena. Osastoilla tilanteeseen vaikutti työyksiköiden työtilanteet, ilmeinen muutosvastarinta toimintatavan muuttamista kohtaan ja tutkijan ulkopuolinen asema työyksikön suhteen. Ihmiset eivät suostu tutkimukseen, jos he eivät pidä tutkimusta mielekkäänä ja suorittajaa luotettavana (Kuula 2006, 136). Istunnoissa oli tavoitteena, että jokainen osallistuja tuottaisi vastauksensa itsenäisesti ja näin ollen tilaisuudessa ei keskusteltaisi lainkaan. Tähän ei täysin päästy, vaan välillä osallistujat kertoivat esimerkiksi omia mielipiteitään tilanteesta. Ääneen puhutut kommentit ovat voineet vaikuttaa vastauksien totuudenmukaisuuteen.

6-3-5-menetelmästä pyysin palautetta istuntojen lopuksi. Työyksiköt kokivat menetelmän mielenkiintoiseksi, vaikka istunnon alussa hämmennystä osallistujissa aiheutti käytettävä menetelmä sekä ennakkoluulot LEIKO-toimintaa kohtaan. Kriittikkiä palautteissa oli siitä, ettei todellisia ongelmia, tila- ja henkilökuntaresursseja, suositeltu otettavan ongelmiksi. Istuntojen alustuksissa pyysin huomioimaan, että ongelmia ja ratkaisuja tulisi olla muut syyt kuin henkilökuntaressit ja kiire, koska niihin emme olleet saamassa vahvistusta. Tarkoituksena oli löytää mahdollisuuksia muuttaa ja kehittää toimintaa olemassa olevilla resursseilla. Jälkikäteen jäin pohtimaan, olisiko näihin saatu toimivia ratkaisuja, jos en olisi ohjannut jättämään niitä huomioita?

6-3-5-menetelmällä saaduista vastauksista ei osallistujien henkilöllisyys paljastu vaan ne käsitellään työyksikkö tasolla. Tästä informoitiin istuntoihin osallistujia. Alkuperäiset vastaukset olen itse litteroinut, koodannut ja klusteroinut. Aineiston klusteroinnissa neuvoja sain ohjaa-

valta opettajalta. Alkuperäisiä käsinkirjoitettuja aineistoja ei ole kukaan muu nähnyt tai käsitellyt, jotta ketään ei voi tunnistaa esimerkiksi käsialan perusteella.

Tutkijan suhtautumiseen tutkimusaineistoon ja sen analysointiin vaikuttaa tutkimuskohteen tarkasteleminen sisältäpäin ja tutkijan omat kokemukset ovat osa aineistoa (Heikkinen 2008, 20). Tutkijan on kohdattava tutkimuksen kohteena olevat asiat avoimin mielin. Avoimuuden on pysyttävä koko tutkimuksen ajan. Tutkimustyö vaatii aikaa ajatella ja mietiskellä. (Hirvonen 2006, 44.) Aineistoa analysoidessani jouduin pohtimaan omia ennakkokäsityksiäni ja odotuksiani. Tästä syystä luin 6-3-5-aineistoa useaan kertaan ja ilmaisujen yhdistelemisessä pyrin olemaan tulkitsematta ilmaisujen piilomerkityksiä ja otin huomioon vain kirjoitetut ilmaisut. Kuitenkin aineistosta nousi samankaltaisia haasteita ja ratkaisuehdotuksia kuin olin jo ennalta aavistellut. Omat näkemykseni ja tulkintani kehittyivät kehittämistyön aikana. Aineiston tulkinnassa pyrin objektiivisuuteen jättämällä piiloilmaisut tulkitsematta ja käyttämällä analyysiyksikkönä koko kirjoitettua ilmaisua. Näin pyrin välttämään omien ennakkokäsityksieni vaikutusta tulkinnassa. Analysoinnissa voi kuitenkin toinen tutkija päätyä erilaisiin ratkaisuihin ja näin ollen tulkintaa ei voida toistaa täysin samanlaisena tai siirtää toiseen asiayhteyteen. On muistettava, että toimintatutkimuksessa tulkinta on konteksti- ja tilannesidonnaista, se on sidottu tiettyyn aikaan ja paikkaan, ja tämän tulkinnan avulla rakennetaan todellisuutta (Heikkinen & Syrjälä 2008, 144, 149).

Face-validiteetilla tarkoitetaan tulosten esittämistä henkilöille, joita tutkimus koskettaa ja heidän osallistumisestaan niiden arviointiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 37). Pilotoinnin avulla saadut kokemukset ja 6-3-5-menetelmällä saadut tulokset kävimme yhdessä läpi työryhmässä. Tuloksia kirjoittaessani en pyrkinyt tulkitsemaan vastauksia vaan ryhmittelin aineiston siihen muotoon, että työyksiköt itse tulkitsivat sieltä tärkeät merkitykset. Alkuperäisilmaisuja käytin tuloksia kirjoittaessani, koska ne kuvaavat asiat todellisina ja antavat lukijalle mahdollisuuden tehdä omia tulkintojaan aineistosta. Työyksiköissä on ollut nähtävänä taulukkomuotoon kirjoitetut oman yksikön ongelmat ja ratkaisuehdotukset keskustelua herättämässä. Lisäksi toisen syklin havainnointivaiheen teksti (LEIKO-toiminnan haasteita ja ratkaisuehdotuksia) oli työryhmän jäsenillä käytössä heidän keskustellessaan omissa yksiköissään kehittämistyön jatkumisesta. Kehittämiskohtien priorisointi perustui työyksiköiden valintaan. Näin ollen tutkijana en määrännyt kehittämistyön suuntaa vaan se kohdentui työyksiköiden tarpeiden mukaisesti.

Aineiston arvioitavuus tarkoittaa, että lukija pystyy seuraamaan analyysin etenemistä ja tutkijan päättelyä. Lukijalle annetaan edellytykset hyväksyä tai riitauttaa tutkijan tulkinnat. Toistettavuuden näkökulmasta aineiston luokittelun ja tulkinnan on oltava kuvattuna niin yksiselitteisesti, että myös toinen tutkija niitä soveltamalla päätyy samoihin tuloksiin. (Mäkelä 1992, 52.) Kuvaamalla aineiston analyysia olen pyrkinyt antamaan kuvan analyysin etenemisestä, niin kuin olen sen käytännössä toteuttanut. Analysointia voidaan tarvittaessa tarkistaa koodausmerkintöjen avulla. Aineistoa analysoidessani jouduin palaamaan aineistossa takaisin päin ja tarkistamaan asiiasältöjä ja niiden yhteyksiä, koodaus merkinnät olivat tässä toimivat. Erityisesti ratkaisuehdotuksia analysoidessani jouduin palaamaan alkuperäiseen asiayhteyteen. Näin jälkikäteen pohtiessani ratkaisuehdotuksia, niitä olisi ollut järkevää myös abstrahoida pidemmälle.

Aineiston riittävyydelle ei ole olemassa tiettyä määrää. Aineistoa voidaan pitää riittävänä, kun aineisto kyllääntyy eli uudet vastaukset eivät tuo enää uutta tietoa. (Mäkelä 1992, 52.) Aineiston riittävyttä pohdin, siltä kannalta, että 6-3-5-menetelmällä saatu aineisto kuvastaa kunkin työyksikön 6 henkilön ajatuksia ja kokemuksia. Kirurgian poliklinikan osalta aineistoa voidaan pitää riittävänä, sillä sieltä istuntoon osallistui lähes koko hoitohenkilöstö. Osastojen kohdalla osallistujat valikoituvat esimiesten valinnan ja työvuorossa olemisen perusteella. Osastoilta olisi voinut tulla myös erilaisia vastauksia, jos istunnot olisi toistettu toisille työntekijöille.

Luotettavuuden arviointiin kuuluu kehittämistyön kokonaisuuden ja johdonmukaisuuden arviointi (Tuomi & sarajärvi 2002, 135). Tutkijan vastuunottamiseen kuuluu vastata omasta tutkimustyöstään ja toimia tutkimusprosessin aikana rehellisesti, luotettavasti ja huolellisesti. Tutkijan on yritettävä vaikuttaa siihen, miten tutkimuksen tuottamaa tietoa käytetään. (Hirvonen 2006, 45.) Rehellisyyteen ja luotettavuuteen olen pyrkinyt työskentelemällä yhteistyössä LEIKO-työryhmän kanssa. Toiminnan olen pyrkinyt pitämään läpinäkyvänä ja kannustanut avoimeen dialogiin osallistujia. Työryhmä on ollut tietoinen kehittämistyön etenemisestä koko ajan. Tätä on edesauttanut työryhmän tapaamiset, joissa on toiminnan etenemistä, kokemuksia ja esiin tulleita haasteita yhdessä käsitelty, enkä ole yksin tutkijana määrännyt kehittämistyön suuntaa. Työryhmän vastuulla on ollut omien työyksiköiden ajan tasalla pitäminen ja informoiminen. Muistiot olen pyrkinyt kirjoittamaan huolellisesti ja tarkasti sekä välittämään kaikille kehittämistyöhön osallistuville sähköpostitse. Viestinnässä olen näin pyrkinyt

avoimuuteen. Työyksikköihin olen tarjoutunut pitämään kehittämistyöhön liittyen osastotunteja ja keskustelutilaisuuksia. Näitä ei valitettavasti järjestetty, kuin osastolla 7 ja Kirurgian yhteistyötapaamisten muodossa.

7.5 Oma ammatillinen kehittyminen

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen- ja johtamisen koulutusohjelman tavoitteena on antaa opiskelijalle hyvät osaamisvalmiudet asiantuntija-, kehittämis- ja johtamistehtävissä toimimiseen. Opiskelijan tulee koulutuksen aikana kehittyä asiantuntijaksi ihmisten ja osaamisen johtamisessa. Opiskelijalla tulee olla asiantuntijanorganisaation, tiimin, ryhmän, yksikön ja osaston johtamistaidot. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2010.)

Opintojen ja kehittämistyön myötä tutkimus- ja kehittämisosaamiseni on vahvistunut. Näen työelämän kehittämisen kannalta tärkeänä opiskelijoiden ja työelämän yhteistyössä tehtävät kehittämistyöt. Esimiehenä työntekijöitä tulee kannustaa ja motivoida osallistumaan näiden toteuttamiseen, sillä hyöty kehittämistyöstä tulee työyhteisölle. Kehittämistyö ei tapahdu itsestään vaan se vaatii sitoutumista ja yhdessä toimimista. Kehittämistyön johtaminen on antanut näkökulmaa myös esimiestyöhön. Työssäni en ole esimiehen asemassa, mutta kehittämistyön aikana olen joutunut pohtimaan oman asiantuntijuuteni kehittymistä ja esimieheksi kehittymistäni. Projektin johtamiseen kuuluu asioiden ja ihmisten johtamista projektiohjauksen, -hallinnan ja -johtamisen keinoin (Paasivaara ym. 2011,50). Projektin johtaminen on kehittänyt vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojani, organisointi- ja asioiden priorisointikykyäni sekä kritiikinsietoani.

Kehittämistyön prosessin etenemisen monivivahteisuus ja johtamisen haasteet ovat näyttäneet tämän kehittämisprosessin aikana sekä positiivisella että negatiivisella tavalla. Työskentely on ollut haasteellista ja pistänyt ajattelemaan omaa roolia työssä ja tulevaisuuden haasteita siinä. Miten minä olen kehittynyt esimieheksi tämän kehittämisprosessin ja näiden opintojen myötä? Millainen olisin esimiehenä?

”Esimiehenä pyrkii olemaan optimistinen. Sitä se johtaminen on, että aina kuuntelee suuttumatta. Vaikeaa tulisi mitä, yrittää löytää tien eteenpäin. esimerkiksi kysymällä: mitä nyt tehdään, kun asiat on näin.”
(Ristikangas ym. 2008, 30.)

Esimiestyössä tarvitaan kasvamista ja kypsymistä ammatti- ja työidentiteettiin. Esimieheksi ei synnytä vaan siihen kypsytään itsetutkiskelun, reflektion, tahdon, heittäytymisen, ajatusmallien ja uskomusten kyseenalaistamisen avulla. Hyväksi esimieheksi ja johtajaksi voi tulla oppimisen ja kehittymisen kautta haluamalla kantaa vastuuta itsestään ja muista. Esimiestyössä ei tule koskaan valmiiksi. Esimies tarvitsee ihmisenä olemisen taitoja ja oikeaa suhtautumista, mutta pitää muistaa, että esimies on myös ihminen tunteineen ja tarpeineen. (Ristikangas ym. 2008, 10, 75, 185.)

Menestyksellisen esimiestyön hoitamiseksi tarvitaan johtamismotivaatiota, on tunnustettava, että haluaa johtaa ja vaikuttaa ihmisiin. Esimiehen tulee löytää oma esimiesidentiteettinsä ennen kuin hän pystyy onnistumaan työssään kunnolla. Ihmiset, joilla on voimakas motivaatio johtaa, päätyvät todennäköisesti johtajiksi ja johtajat, joilla on voimakas johtamismotivaatio onnistuvat työssään paremmin kuin heikon johtamismotivaation omaavat. Esimiestyön vaativin kohta onkin esimiehen omassa mielessä, siinä miten hän itse hahmottaa oman työnsä. (Ristikangas ym. 2008, 18-19, 183.)

Tämän päivän terveydenhuollon johtamisesta voidaan pitää vaikeiden aikojen johtamisena. Johtaminen on tasapainoilua kriittisissä tilanteissa. Tällaisissa tilanteissa johtajuus on kuitenkin välttämättömämpää kuin rauhallisina aikoina. Esimieheltä edellytetään päättäväisyyttä, sillä epäröinti, huolestuminen ja heikkous tuovat turvattomuutta koko työyhteisöön. Vaikeina aikoina perustehtävän toteuttaminen korostuu. Henkilöstöä pitää kannustaa perustehtävän toteuttamiseen ja toiminnan kehittämiseen tarpeita vastaaviksi. (Laitinen 2008, 137-138.) Esimies joutuu olemaan ylemmän johdon ja työntekijöiden välissä sekä koordinoimaan oman yksikkönsä toimintaa suhteessa muihin yksikköihin. Esimies huolehtii henkilökunnastaan ja asiakkaistaan oman ja työyhteisönsä arvoperustan mukaisesti. Esimies ei selviä yksin johtamisen haasteista vaan tarvitsee asiantuntevan, ammattitaitoisen, sitoutuneen ja motivoituneen henkilökunnan kumppanikseen.

Sanotaan, että projektissa oppii ihmisten johtamisesta ja sosiaalisesta kanssakäymisestä oppii projektissa kahdessa vuodessa yhtä paljon kuin perinteisessä linja-organisaatiossa kymmenessä (Ruuska 2005, 118). Tämä kehittämistyö kesti vuoden ajan, enkä koe olevani valmis esi-

mieheksi pelkästään tämän tehtävän myötä, mutta olen saanut hyvän pohjan kehittymiselleni. Kehittämistyön aikana opin ymmärtämään esimiestyön haasteita ja mahdollisuuksia. Erityisesti sen, miten merkittävä esimiehen rooli on muutostilanteissa. Esimies on avainasemassa työyksikön muutoksissa.

Ole itse se muutos, jonka haluat nähdä maailmassa. (Mahatma Gandhi)

Joskus esimiestä vaaditaan tekemään muutoksia pakkotilanteessa. Esimiehenä on muistettava, että muutoksia on mahdollista tehdä, ja joskus ne ovat jopa välttämättömiä. Muutosvastaintaa tule aina olemaan, kun muutoksista puhutaan. On vain hyväksyttävä se osaksi kehittämistä ja kehittymistä. Tähän tulokseen olen tullut tämän kehittämistyön myötä. Optimistina toivon, että kaikista haasteista huolimatta tästä kehittämistyöstä on hyötyä sekä työyhteisöille että kirurgisille potilaille. Katsomalla tulevaisuuteen jatkamme kehittämistyötämme eteenpäin ja kasvamme itse asiantuntijoina ja esimiehinä.

Jos katsomme oikeaan suuntaan, meidän ei tarvitse muuta kuin jatkaa kulkuamme.
(vanha buddhalainen sanonta)

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimus metodeihin I. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.
- Alaloukusa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro-gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Collin, K., Valleala, U. M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 49 (1), 31-43.
- Dromberg, K. 2007. Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot – lainsäädännön taustat ja tavoitteet. Teoksessa J. Levonen (toim.) Ylempi ammattikorkeakoulututkinto – Työelämälehtistä asiantuntemusta kehittämässä. Hämeen ammattikorkeakoulu. HAMKin e-julkaisuja 3/2008. s. 13-16. Viitattu 30.3.2012. Saatavilla: <http://portal.hamk.fi/>
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. Hoitotiede-lehti. Vol. 20, no 3, 115-125.
- Erämies, T. & Kuurne, S. 2010. Preoperatiivinen hoito, Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 13.6.2011. Saatavilla: <http://www.terveysportti.fi>
- Fordell, M. 2002. Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun tarkastelua. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos.
- Haukkapaasi, M. 2001. Luottamus sairaanhoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa kirurgisten potilaiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hassinen, J. 2008. Ideointityökalupakki, ideointimenetelmiä ja –työkaluja ideanikkareille. Jyväskylä. Partus Oy.
- Heikkinen, H. 2008. Prosessin kehittäminen ja kuvaaminen –menettelyohje. Kainuun maakunta–kuntayhtymä. Viitattu 5.5.2011. Saatavilla: <http://kaima.kainuu.fi>
- Heikkinen, H.L.T. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Direct Oy. 16-38.
- Heikkinen, H.L.T., Konttinen, T. & Häkkinen P. 2008. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Direct Oy. 39-75.

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimusprosessina. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Direct Oy. 78-93.

Heikkinen, H.L.T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkimuksen raportointi. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Direct Oy. 114-129.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. (Hus) 2008. Hyvinkään LEIKO avattiin – tilat toiminnan ehdoilla. Viitattu 10.5.2011. <http://www.hus.fi>

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki. Fioca Oy.

Hirvonen, A. 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 31-49.

Hirvonen, K. 2005. Laadun tarkkailusta laatujohtamiseen, teoreettinen synteesi laatujohtamisen käsitteestä. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Hotanen, J., Laine, R. & Pietiläinen, S. 2001. Benchmarking-opas. Opi hyviltä esikuvilta. Suomen Laatu keskus Koulutuspalvelut Oy. Espoo. Otamedia.

Hovi, P-R. 2003. Lyhythoitosten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annetusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Hansaprint Direct Oy. 94-113.

Isokoski, S., Kaminski, T. & Rajaniemi, T. 2009. Pieni, mutta pippurinen. Finnanest-lehti. 42 (4), 338-341.

Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2010. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen- ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Opetussuunnitelma 2010-2012.

Kammonen, J. 2008. Osastonhoitajan johtamistyössä tarvitsema osaaminen, esimiehen ja yhteistyökumppanin näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kananen, M-L. 2010. Leikkausjono(hoidonvaraus)toiminnan kehittäminen kirurgialla Kainuun maakunta -kuntayhtymässä kehittämisprojekti 1.1.-31.12.2010 -loppuraportti. Kainuun maakunta -kuntayhtymä.

- Kantanen, A. 2008. Sairaanhoidajien ja lääkärin yhteistyö erikoissairanhoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Karlsson, Å. & Marttala, A. 2001. Projektkirja. Onnistuneen projektin toteuttaminen. Tampere. Tammer-Paino Oy
- Karstinen, S., Keskihannu, I., Manner, H., Mäkeläinen, P., Peurasaari, S. & Vilmi-Johansson, L. 2011. Tietoa potilaan oikeuksista ennen hoitoa, hoitotilanteessa ja hoidon päättymisen jälkeen. Kainuun maakunta –kuntayhtymä.
- Kauppinen, A. & Räsänen, L. 2010. Leikkauksen kotoa, LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskysely Keski-Suomen Keskussairaalassa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.
- Keränen, U. 2005. LEIKO Leikkauksen kotoa –uusi näkökulma. Luentomateriaali, Operatiiviset päivät. Viitattu 10.5.2011. Saatavilla: http://www.vshp.fi/suopa/pdf/keranen_231105.pdf
- Keränen, U. 2006. Leikkauksen kotoa -potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Duodecimlehti. 122, 1412-1413.
- Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkauksen kotoa -malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Suomen Lääkärilehti. 63 (45), 3887-3892.
- Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. Suomen Lääkärilehti. 61 (36), 3603-3607.
- Keränen, U., Tohmo, H. & Soirinsuo, M. 2003. Leikkauksen kotoa (LEIKO)-toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. Suomen Lääkärilehti. 58 (36), 3559-3563.
- Kiikkala, I. 2008. Voimaantumista edistävä johtaminen hyvinvointipalveluissa, menestymisen ja menestymättömyyden ydin. Teoksessa I. Kiikkala, T. Lahti, H. Laitinen, T. Rantala & T. Surakka (toim.) Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 9-27.
- Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H., Rantala, T. & Surakka, T. 2008. Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kirurgian vuosisuunnitelma 2009-2012, Kainuun maakunta –kuntayhtymä. Viitattu 5.5.2011. Saatavilla: <http://kaima.kainuu.fi>
- Korhonen, R. 2010. Päiväkirurginen ohjaus: empiirisiä esimerkkejä opinnäytetöistä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Koskinen, R., Kulmala S., Tolonen S. & Uuksulainen H. 2003. Operatiivisen potilaan tyytyväisyys LEIKOON. Opinnäytetyö. LAUREA-amk.
- Kuula, A. 2006. Yksityisyydensuoja tutkimuksessa. Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. 124-140.

- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu, potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 111. Kuopion yliopisto.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti. Vol. 11, 1, 3-12.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo. WSOY Oppimateriaalit.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu; hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulun yliopisto.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki. Edita.
- Lahti, T. 2008. Johtamisen käytäntöjä. Teoksessa I. Kiikkala, T. Lahti, H. Laitinen, T. Rantala & T. Surakka (toim.) Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 68-102.
- Laitinen, H. 2008. Potilaslähtöisyys ja sen johtaminen. Teoksessa I. Kiikkala, T. Lahti, H. Laitinen, T. Rantala & T. Surakka (toim.) Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 118-140.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 5.5.2011. Saatavilla: <http://www.finlex.fi>
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva. 21-43.
- Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki. WSOY.
- Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito -suositus. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.5.2011. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi>
- Leikkausta edeltävä arviointi. Käyvän hoidon tiivistelmät. 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki. Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.5.2011. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi>
- Linnakko, E. 2005. Terveydenhuollon johtaminen ja talous. Teoksessa J. Vuori (toim.) Terveys ja johtaminen, terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki. WSOY. 317-325.
- Lisma, S. 2010. Ortopedisen potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen kehittäminen Hatanpään sairaalan päiväkirurgian yksikössä. Ylempi AMK opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma.

- Moisio, J. 2011. Toimintajärjestelmän rooli omassa toiminnassa. Qualitas Fennica Oy. Kainuun maakunta -kuntayhtymässä, Kainuun keskussairaala 21.3.2011 pidetyn koulutuksen luentomateriaali.
- Mäenpää, H. 2009. Laatupalkittu Hyvinkää on näyttänyt tietä. Suomen Lääkärilehti. 40: 3352–3353.
- Mäkelä, K. 1992. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa J.Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki. Oy Gaudeamus Ab.
- Mäkisalo, M. 1999. ”Me teemme sen” Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Tampere. Kirjayhtymä Oy.
- Mäkisalo, M. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere. Tammi.
- Oksanen, T., Mattila, K. & Hynynen, M. 2008. Iäkkään potilaan leikkauskelpoisuuden arviointi. Duodecim-lehti 124 (7), 796-802.
- Paananen, S. 2007. Päiväkirurgisesta potilasvalinnasta -ohje. Kainuun Maakunta -kuntayhtymä, Kainuun keskussairaala, Leikkaus- ja anestesiaosasto.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki. Tietosanoma.
- Parvinen, P., Lillrank, P. & Iivonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Helsinki. Talentum.
- Perälä, M-L., Juntila, K, & Toljamo, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakes. Työpapereita-sarja 19/2007. Helsinki.
- Pitkänen, R. 2002. Mahdollisuuksien johtaminen, kehittämisestä metakehittämiseen. Helsinki. Laatuokeskus.
- Raatikainen, P. 2006. Voiko ihmistiede olla arvovapaata? Teoksessa J. Hallamaa, V. Launis, S. Lötjönen & I. Sorvali (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki. Suomalainen Kirjallisuuden seura. 93-107.
- Rantanen, T. 2007. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö ja työelämän kehittämisen metodologia. Teoksessa J. Levonen (toim.) Ylempi ammattikorkeakoulututkinto – Työelämäläheistä asiantuntemusta kehittämässä. Hämeen ammattikorkeakoulu. HAMKIn e-julkaisu 3/2008. 127-137. Viitattu 30.3.2012. Saatavilla: <http://portal.hamk.fi/>
- Rauhasalo, A. 2003, Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu, lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Väitöskirja. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Studies in sport physical education and health 93. Jyväskylän yliopisto.
- Ristikangas, V., Aaltonen, T. & Pitkänen, E. 2008. Asiantuntijasta esimies. Innostusta ja arvostusta esimiestyöhön. Helsinki. WSOY.

- Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa, suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Helsinki. Talentum Media Oy.
- Santalainen, T. 2005. Strateginen ajattelu. Jyväskylä. Talentum Media Oy.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Satola, H. 2011. Leikkauspotilaan ohjaus, video ja kirjallinen ohje LEIKO-toiminnasta. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologia koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2012. Leiko - Leikkauksen kotoa. Viitattu 10.1.2012. Saatavilla: <http://www.satshp.fi>
- Schröer, B., Kain, A. & Lindeman, U. 2010. Supporting creativity in conceptual design, method 635-extended. International design conference –Design 2010. Dubrovnik, Croatia. Viitattu 14.4.2012. Saatavilla: <http://www.pe.mw.tum.de/forschung/publikationen/publikationen/pdfs/SchrerKainLindemann2010.pdf>
- Soini, E., Keränen, J., Rynänen, O-P. & Keränen, U. 2007. Leikkauksen kotoa (LEIKO)-toimintamalli on hyödyllinen. Teoksessa J. Klavus (toim) Terveystaloustiede. Stakesin työpapereita 2/2007. 36-42.
- STM. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä, Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18.
- Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Surakka, T. 2008. Terveystalouden johtaminen. Teoksessa I. Kikkala, T. Lahti, H. Laitinen, T. Rantala & T. Surakka (toim.) Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 28-52.
- Terveystaloulaki 30.12.2010/1326. Viitattu 15.3.2012. Saatavilla: <http://www.finlex.fi>
- Terveystalouden laatuopas. 2011. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Viitattu 29.11.2011. Saatavilla: <http://shop.kunnat.net>
- Tohmo, H. 2010. Miten LEIKO-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? Finnanest 43(4) 310-311.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomiranta, M. 2005. Lääkäreiden rooliristiriidat johtamisen ja johtajuuden haasteina. Teoksessa J. Vuori (toim.) Terveys ja johtaminen, terveyshallintotiede terveystalouden työyhteisöissä. Helsinki. WSOY. 105-116.

Törrönen, J. 2002. Tieteellisen tekstin rakenne. Teoksessa M. Kinnunen & O. Löytty Tieteellinen kirjoittaminen. Tampere. Vastapaino. 29 -48.

Vaasan keskussairaala. 2011a. Tervetuloa preoperatiiviselle poliklinikalle. Viitattu 12.10.2011. Saatavilla: <http://www.vaasankeskussairaala.fi>

Vaasan keskussairaala. 2011b. Leiko – Leikkaukseen kotoa. Viitattu 12.10.2011. Saatavilla: <http://www.vaasankeskussairaala.fi>

Vanhanen-Nuutinen, L. 2010. Työelämälähtöisyys hankekirjoittamisessa. Teoksessa P. Lambert & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) Hankekirjoittaminen, Välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön. HAAGA-HELIAn julkaisusarja Tutkimuksia 1/2010. 85-107.

Viitanen, E. & Lehto, J. 2005. Lähijohtaminen ja –johtajuus: uusi johtamisympäristö kulttuuriperinteen muokkaajana. Teoksessa J. Vuori (toim.) Terveys ja johtaminen, terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki. WSOY. 117-130.

Vuori, J. 2005. Terveys ja hallinnon käsitteet. Teoksessa J. Vuori (toim.) Terveys ja johtaminen, terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Helsinki. WSOY. 34-73.

Julkaisemattomat lähteet:

Kasa, M-L. 2011. Kainuun keskussairaala, Naistentautien poliklinikka. Puhelinkeskustelu 4/2011.

Kokkola 2011. Vierailu Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa Kokkolassa 11.2.2011.

Lirkki, A. 2011. Mikkelin keskussairaalan LEIKO-yksikön osastonhoitaja. Puhelin haastattelu 1.4.2011.

LIITTEET

- Liite 1 Kehittämistyön kirjoitussuunnitelma
- Liite 2 Aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja opinnäytetöitä
- Liite 3 LEIKO-toimintatapoja eri sairaaloissa
- Liite 4 6-3-5-ryhmän läpivienti rungot ja vastauslomakkeet
- Liite 5 Suunnitelma LEIKO-toimintamallista pilotoinnin alkaessa 09/2011
- Liite 6 Suunnitelma LEIKO-toimintamallista toiminnan laajentuessa 03/2012
- Liite 7 Posterit

| KEHITTÄMISTYÖN KIRJOITUSSUUNNITELMA syksy 2011 | | | | | |
|--|---|--|--|---------------------------------------|---|
| LEIKO-toiminnan käynnistäminen kirurgialla Kainuun keskussairaalassa | | | | | |
| Opiskelija: Marja-Liisa Kananen | | | | | |
| Aikataulu: kevät 2011 – kevät 2012 | | | | | |
| Mitä? | Miksi? Missä tarkoituksessa? | Minne? (julkaisufoorumi) | Keiden kanssa? (kirjoittajakumppanit) | Miten? (tekstilaji, genre) | Tekstin aikaansaama keskustelu, ”vastakaiku” |
| <i>Opinnäytetyön aiheanalyysi</i> | <i>Opinnäytetyön aiheen tarkentaminen, metodologian hahmottaminen ja etenemisen suunnittelu</i> <i>Kevät 2011</i> | <i>Projektikansio</i> <i>Hallintoylihoitaja tutkimusluvan liitteeksi ennen opinnäytetyösuunnitelman valmistumista</i> <i>Moodle:</i> <i>Syji10s opiskelijat, ohjaavaopettaja ja vertainen</i> | <i>Opinnäytetyöntekijä</i> <i>Opinnäytetyön seminaaritunnit</i> | <i>Tieteellinen teksti</i> | <i>Kehittämistehtävän tarpeen perustelu, tavoitteen ja keinojen täsmentyminen</i> |
| <i>Opinnäytetyösuunnitelma</i> | <i>Opinnäytetyöprosessin etenemisen kokonais-suunnitelma</i> <i>Kesä-syksy 2011</i> | <i>Projektikansio</i> <i>Hallintoylihoitaja tutkimusluvan liitteeksi,</i> <i>Moodle:</i> <i>Syji10s opiskelijat, ohjaavaopettaja ja vertainen</i> | <i>Opinnäytetyöntekijä</i> <i>Opinnäytetyön seminaaritunnit</i> | <i>Tieteellinen teksti</i> | <i>Jäsenyykö opinnäytetyö toimintatutkimuksen metodologian mukaisesti ja kehittämistehtävän ”LEIKO-toiminnan käynnistäminen” kannalta loogisesti.</i> |
| IDEASTA PROJEKTIKSI | | | | | |
| Muistio 22.3.2011 | LEIKO-toiminnan aloitus yamk-opiskelijan kehittämistehtävänä, valmistettava tapaaminen <i>1.syklin suunnittelu-vaihe</i> | Projektikansio Tulevalle ohjausryhmä | Opinnäytetyöntekijä | Työelämä-lähtöinen asiakirjoittaminen | Kehittämiprojektin täsmentyminen ja organisoitumisen käynnistäminen |
| Muistio 21.4.2011 | LEIKO- ohjaus- ja projektiryhmän 1. tapaaminen: Projektin käynnistäminen ja organisoituminen <i>1.syklin suunnittelu-vaihe</i> | Projektikansio Projekti- ja ohjausryhmälle | Opinnäytetyöntekijä Ohjaus- ja projektiryhmien jäsenet keskustelevat ja miettivät omassa työyksiköissään, mitä haluamme LEIKO-toiminnalta | Työelämä-lähtöinen asiakirjoittaminen | Kehittämiprojektin suunnan täsmentyminen |
| Teoreettinen viitekehys | Preop-hoitotyö Moniammatillisuus Laatujohtaminen <i>1.syklin suunnittelu-vaiheesta alkaa, muokkautuu kehittämistyön aikana</i> | Projekti- ja ohjausryhmälle, työyksiköille | Opinnäytetyöntekijä | Tieteellinen teksti | |
| 1.SYKLI TOIMINTA-MALLIN SUUNNITTELU | | | | | |
| Selvitys LEIKO-toiminnasta muualla | Selvitetään taustaa LEIKO-toimintamallista ja miten LEIKO-toimintamalli on | Projektikansio Projekti- ja ohjausryhmälle pohjustukseksi oman | Opinnäytetyöntekijä Ohjaus- ja projektiryhmän tapaami- | Työelämälähtöinen asiakirjoittaminen | Millaisia toimintatapoja hyödynämme omaan toimintamalliim- |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--------------------------------------|---|
| Suomessa | käytössä Suomessa. <i>1.syklin toteutusvaihe kevät-kesä 2011</i> | toimintamallin luomiseksi | set | | me? |
| Muistio 1.6.2011 | LEIKO- ohjausryhmän tapaaminen: Alustavan toimintamallirungon tarkastelu ja projektin etenemisen tarkastelu <i>1.syklin toteutusvaihe</i> | Projektikansio Projekti- ja ohjausryhmälle | Opinnäytetyöntekijä | Työelämälähtöinen asiakirjoittaminen | |
| LEIKO- toimintamallin runko | Kuvaamaan, millä toimintamallilla aloitamme Kaks toiminnan <i>1.syklin havainnointivaiheessa = tulos kesä-syky 2011</i> | Projektikansio Projekti- ja ohjausryhmälle | Opinnäytetyöntekijä yhdessä projektiryhmän jäsenen kanssa Ohjaus- ja projektiryhmän tapaamiset | Mallintaminen | Selkiyttää ajatusta, kuinka toiminta etenee LEIKO-mallissa. |
| Muistiot 10.8.2011 30.8.2011 | LEIKO- ohjaus- ja projektiryhmän tapaaminen: Projektin eteneminen <i>1.syklin reflektointivaihe / 2. syklin suunnitteluvaihe</i> | Projektikansio Projekti- ja ohjausryhmälle | Opinnäytetyöntekijä | Työelämälähtöinen asiakirjoittaminen | Projektin etenemisen vauhdittaminen: tarvittavien työ- ja potilasohjeiden, kirjepohjien ja ajanvarauskirjojen tekeminen |
| Potilasohje LEIKO- potilaille | Potilasohjeeksi, hoitajille työvälineeksi <i>1.syklin reflektointivaihe kesä-syky 2011</i> | KAIMA: LEIKO- potilasohjeet Sairaanhoitajat Potilaat | Opinnäytetyöntekijä yhdessä projektin ja ohjausryhmän kanssa Palaute ohjausta antavilta sairaanhoitajilta | Informatiivinen teksti | |
| Työohje LEIKO- potilaan lääkytyksestä ja anestesia- ja sisätautilääkärin konsultaatiosta | Työohjeeksi LEIKO- sairaanhoitajalle <i>1.syklin reflektointivaihe kesä-syky 2011</i> | Projektikansio KAIMA: LEIKO- työohjeet Sairaanhoitajat | Anestesia- ja leikkauksien sairaanhoitaja Käytännöntyöstä tuleva palaute | Työelämälähtöinen asiakirjoittaminen | |
| 2. SYKLI TOIMINTA-MALLIN PILOTOINTI JA KEHITTÄMINEN | | | | | |
| Muistio 11.10.2011 | LEIKO- ohjaus- ja projektiryhmän tapaaminen: Kokemuksia pilotoinnista <i>2.syklin toteutusvaihe</i> | Projektikansio Projekti- ja ohjausryhmälle | Opinnäytetyöntekijä | Työelämälähtöinen asiakirjoittaminen | Palautteen perusteella toiminnan kehittäminen, pilotoinnin laajentaminen |
| Toimintamallin pilotoinnista kokemukset | Kehittämiskohtien tarkastelu pilotoinnista 6-3-5 – menetelmällä kirurgian poliklinikalla ja osastoilla 6 ja 7 <i>2.syklin toteutus- ja havainnointivaihe loka-marraskuu 2011</i> | Projektikansio Projekti- ja ohjausryhmälle aineiston analysoinnin jälkeen | Opinnäytetyöntekijä Ohjaus- ja projektiryhmän tapaaminen, käsittely kirurgian poliklinikalla ja osastoilla 6 ja 7 Opinnäytetyön seminaaritunnit | Työelämälähtöinen asiakirjoittaminen | Toiminnan kehittämiseksi löytää mallista kehittämiskohdat ja keinot, kuinka ne ratkaistaan. |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| Muistio 14.11.2011 | LEIKO- ohjaus- ja projektiryhmän tapaaminen: Kokemuksia pilotoinnista ja kehittämiskohtien tarkastelua <i>2.syklin havainnointivaihe</i> | Projektikansio Projekti- ja ohjausryhmälle | Opinnäytetyöntekijä | Työelämäläheinen asiakirjoittaminen | Tiedottamisen ja ns. yleisen keskustelun lisääntyminen |
| 1.Tiedote | Tiedottaminen LEIKO-toiminnan lähtökohdista ja etenemissuunnitelmista <i>2.syklin toteutusvaihe marraskuu 2011</i> | Kirurgian henkilökunta | Opinnäytetyöntekijä. Osastotunnit: osastot 6 ja 7 ja kirurgian poliklinikka. Kirurgian yhteistyötapaaminen | Informatiivinen / Interventionistinen teksti Suullinen esitys ja toimintamallin havainnollistaminen powerpoint –esityksen avulla. Opinnäytetyöntekijä yhdessä projekti- ja ohjausryhmän jäsenten kanssa. | Palautteen ja kokemusten hyödyntäminen toimintaa kehitteässä. Uusien näkökulmien löytyminen |
| Muistio 17.1.2012 | LEIKO- ohjaus- ja projektiryhmän tapaaminen: toiminnan käyttöön ottamisen laajentaminen ja suunnittelu <i>2.syklin reflektointivaihe</i> | Projektikansio Projekti- ja ohjausryhmälle | Opinnäytetyöntekijä | Työelämälähtöinen asiakirjoittaminen | |
| LEIKO-toimintamalli | Toimintamallin vakiinnuttaminen käyttöön kirurgialle <i>2.syklin reflektointivaihe tammi-helmikuu 2012</i> | KAIMA: prosessit Kainuun maakunta – kunta-yhtymän työntekijät | Opinnäytetyöntekijä Työyksiköiden laatuvaastavat | Mallintaminen QPR-muotoon | |
| 3. SYKLIN SUUNNITTELU/TOIMINNAN JATKUMINEN | | | | | |
| 2.Hankekatsaus / Puheen-vuoro | Tiedottaminen LEIKO-toiminnan laajentumisesta ja toiminnan jatkumisesta <i>3.syklin suunnittelu- vaihe tammi-helmikuu 2012</i> | Kirurgian henkilökunta | Opinnäytetyöntekijä. Osastotunnit: osastot 6 ja 7 ja kirurgian poliklinikka. Kirurgian yhteistyötapaaminen | Työelämälähtöinen asiakirjoittaminen / informatiivinen teksti | LEIKO-toiminta pysyvänä toimintatapana kirurgialla ja toiminnan jatkokehittäminen. |
| Opinnäytetyöraportti | Kokonaisuus projektista, sen etenemisestä ja projektissa tuotetussa aineistosta <i>Muodostuu projektin aikana, valmis toukokuussa 2012</i> | Opinnäytetyön esittelytilaisuus Theseus Mukana olleet työyksiköt, hallintoylihoitaja | Opinnäytetyöntekijä | Tieteellinen kirjoittaminen. Suullinen esitys ja havainnollistaminen powerpoint –esityksen avulla | Miten onnistui LEIKO-toimintamallin käyttöön ottaminen moniammatillisena yhteistyönä laatujohtamisen keinoin, toimintatutkimuksen metodologiaa mukaillen? |

| AIHEESEEN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA JA OPINNÄYTETÖITÄ | | |
|--|--|---|
| TEKIJÄ, TUTKIMUS, VUOSI | TUTKIMUKSEN AIHE JA TARKOITUS, AINEISTON KERUUMENETELMÄ | KESKEISET TULOKSET |
| <p>Koskinen R., Kulmala S., Tolonen S. & Uuksulainen H.</p> <p>Opinnäytetyö LAUREA-amk 2003.</p> <p>Operatiivisen potilaan tyytyväisyys LEIKOON</p> | <p>LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskysely.</p> <p>Tarkoituksena oli selvittää LEIKO-potilaiden hoitoon liittyviä toimintoja ja hoitoprosessin sujuvuutta potilaan näkökulmasta. Kysely oli toteutettu vuonna 2003 Hyvinkään sairaalassa LEIKO-yksikössä.</p> <p>Strukturoituun kyselylomakkeeseen oli vastannut 161 potilasta /250 potilaasta. Kyselylomakkeet oli jaettu peräkkäisille potilaille.</p> | <p>Potilaat ovat olleet tyytyväisiä toimintaan.</p> <p>80 % potilaista suosittelisi toimintamallia muillekin potilaille</p> <p>95 % oli ollut tyytyväisiä siihen, että olivat saaneet nukkua leikkausta edeltävän yön kotona.</p> <p>Suurin osa koki saaneensa riittävästi tietoa ennen leikkausta. 78.2 % koki saaneensa riittävästi tietoa, 16.7 % koki tiedon riittämättömäksi.</p> <p>88.2 % oli pitänyt riittävänä tietoa, miten leikkaukseen kotona valmistaudutaan, vain 4.3 % ei tiennyt, miten leikkausvalmistelut olisi pitänyt tehdä</p> <p>27.3 % olisi halunnut keskustella kirurgin kanssa ennen leikkausta.</p> <p>25.5 % olisi halunnut tavata anestesia- ja lääkäriä ennen leikkausta.</p> <p>Kysyttäessä: Olisiko potilas halunnut tavata lääkärin ennen leikkausta erillisellä poliklinikakäynnillä, vaikka se olisi lisännyt odotusaikaa, 70.8 % ei olisi halunnut tavata, vain 11.2 % olisi kokenut sen hyväksi.</p> <p>Leikkaukseen saapuessa aamulla kotiasioiden järjestämisen helpommaksi koki 88.2 %</p> <p>Toimenpideaamuna matkan järjestäminen sairaalaan oli helppoa 90.7 %, vaikeuksia järjestämisessä oli ollut 6.2 %</p> |
| <p>Rauhasalo A. Väitöskirja. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Jyväskylän yliopisto. 2003.</p> <p>Hoitoaika lyhenne – koti kutsuu, lyhythoitoi-</p> | <p>Tarkoituksena oli selvittää lyhythoitosisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleiden ikäihmisten kokemuksia hoitoprosessista.</p> <p>22 henkilöä haastateltu 2 kertaa (yhteensä 44 haastattelua).</p> | <p>Iäkkäät ihmiset ovat kiinnostuneita terveydestään ja pyrkivät hoitamaan itsestään ja noudattamaan saamiaan ohjeita ymmärryksensä mukaan.</p> <p>Lyhyt hoitokontakti aiheuttaa jännitystä ja heikentää muistia. Omaan hoitoon liittyvät ohjeet voivat olla uusia ja vaikeita. Ne tulee kertoa hitaasti ja varmistaa ymmärtäminen ja muistaminen.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>nen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana.</p> | | <p>Kirjallisten ohjeiden lisäksi tarvitaan myös keskustelua.</p> <p>Kokonaisvaltaisuus on huomioitava iäkkään ihmisen kohtaamisessa.</p> |
| <p>Keränen U., Keränen J. & Wäänänen V.</p> <p>Suomen Lääkärilehti 2006;61 (36), 3603–3607.</p> <p>LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa.</p> | <p>LEIKO-prosessin ja perinteinen preoperatiivisen prosessin vertailu ajankäytön suhteen.</p> <p>Tarkoituksena oli seurata Hyvinkään sairaalassa henkilökunnan kirurgisiin potilaisiin kohdistamaa aikaa ja verrata LEIKO-prosessia ja perinteistä osaston kautta tapahtuvaa preoperatiivista prosessia.</p> <p>Aineisto kerättiin Hyvinkään sairaalassa huhtikuussa 2004. Peräkkäiset leikkaukseen tulevat potilaat saivat aikaseurantalomakkeen, johon henkilökunta merkitsi eri toimintojen aloitus- lopetusajat. Lomakkeita jaettiin 288 kpl.</p> | <p>LEIKO-prosessi sitoo suoraan 73% vähemmän sairaalan henkilökunnan aikaresursseja kuin kirurgian osaston toiminta. LEIKO-yksikkö on tehokkuudeltaan ylivoimainen perinteiseen vuodeosaston kautta kulkevaan potilas prosessiin nähden.</p> <p>Kirurgin tai anestesia-alueen käyttämä aika potilaiden tapaamiseen ei merkittävästi eronnut prosesseissa.</p> <p>LEIKO-prosessissa ongelma-alueeksi koettiin potilasasiakirjojen ja informaation kulku.</p> <p>Osaston kautta tulevilla potilailla suurin osa ajasta menee odottamiseen, syömiseen, siirtymiseen paikasta toiseen.</p> <p>LEIKO-toimintaprosessissa hoitohenkilöstö voi keskittyä enemmän postoperatiivisten potilaiden hoitoon.</p> <p>Vanhemmat ihmiset vievät enemmän hoitohenkilökunnan resursseja suhteessa nuorempiin potilaisiin vuodeosaston kautta tullessa.</p> <p>Potilaat menettävät omatoimisuutensa samalla hetkellä kun heille puetaan sairaalan vaatteet.</p> |
| <p>Keränen U., Karjalainen E., Pitkänen P. & Tohmo H.</p> <p>Suomen Lääkärilehti 2008;63 (45), 3887-3892,</p> <p>Leikkaukseen kotoa –malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä</p> | <p>Tarkoituksena oli analysoida, miten kaikkia operatiivisia potilaita koskeva prosessi onnistuttiin muutosvaiheessa ottamaan käyttöön.</p> <p>Aineisto oli kerätty Hyvinkään sairaalan Opera-leikkausosaston ohjausjärjestelmästä ajalta 1.1.-31.12.2007.</p> <p>Aineistosta selvitettiin:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Leikkaus ICD-luokittain ja leikkaukseen saapumistapa. -Leikkausta edeltävän poliklinikka käynnin tarve ja käynnin sisältö. -Aineistoon sisältyvien syöpäpotilaiden osuus oli selvitetty erikseen. | <p>Yhteensä ajanjaksolla leikattiin 7 211 potilasta, joista 76 % eli 5 482 potilasta LEIKO-yksikön kautta.</p> <p>Syöpäleikkauksia tehtiin 420, joista 73% eli 308 tuli LEIKO-prosessin kautta.</p> <p>Rintasyöpäpotilaista 92 % Suolistosyöpäpotilaista 65 %</p> <p>Syöpäpotilaille syöpähoitajan rooli on tärkeä ohjauksen antamisessa, potilas tapaa jo poliklinikalla ja tarvittaessa uudelleen. Potilaille on tärkeää saada valmistautua sairaalan ulkopuolella ja järjestellä omia asioitaan.</p> <p>Kaikista LEIKO-prosessin kautta tulleista potilaista 30 % eli 942 potilasta kävi preoperatiivisessa poliklinikassa. Pyrkimyksenä on,</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>että kutsutaan vain ne potilaat, jotka todella hyötyvät leikkausta edeltävästä arvioinnista. Suurin osa potilaista tapasi vain anestesiologin tai sekä anestesiologin että leikkaavan lääkärin. Proteesipotilaat tapaavat leikkaavan lääkärin useammin kuin muut. Leikkaavan lääkärin tavanneista potilaista 84 %:lla leikkaava lääkäri oli ortopedi.</p> <p>Hyvinkään sairaalassa muutos LEIKO-toimintaan vastaa yli 1 400 henkilötyöpäivän vapautumista vuodessa. Perinteisen leikkausta edeltävän prosessin mukaan käytetään 1 000 preoperatiivista potilasta kohden 315,5 henkilötyöpäivää (8 tunnin työpäiviä), kun taas LEIKO:n vastaava luku on 75,1.</p> <p>LEIKO-mallia voidaan hyödyntää useimpien potilaiden operatiivisessa hoidossa, prosessista hyötyvät myös suuren riskin potilaat.</p> |
| <p>Kantanen A., Pro gradu -tutkielma, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Hoitotyön johtaminen, 2008.</p> <p>Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö erikoissairaanhoidossa.</p> | <p>Tarkoituksena oli kuvata erikoissairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä heidän itsensä arvioimana.</p> <p>Tutkimuksessa oli selvitetty myös työtyytyväisyyden ja hoidon laadun yhteyttä yhteistyöhön.</p> <p>Tutkimus oli liittynyt Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin erityisvastuualueen Vetovoimainen ja turvallinen sairaala – tutkimus- ja kehittämishankkeeseen. Kohderyhmän muodostivat Kuopion yliopistollisen sairaalan operatiivisen, konservatiivisen ja psykiatrian tulosalueen sairaanhoitajat (N=495) ja lääkärit (N=170). Sairaanhoitajia kyselyyn vastasi 306 eli vastausprosentti oli 62 %. Lääkäreitä kyselyyn vastasi 62 eli vastausprosentti oli 36 %.</p> <p>Tutkimusaineisto oli kerätty 5-portaisella Likert-asteikkolisella mittarilla.</p> | <p>Sairaanhoitajat (ka 3.81) ja lääkärit (ka 3.95) arvioivat yhteistyön hyväksi. Lääkärit arvioivat yhteistyön sairaanhoitajia paremmaksi useilla yhteistyön osa-alueilla.</p> <p>Yhteistyö ongelmia esiintyi useimmin potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja potilasta koskevan tiedon siirtymisessä. Yhteistyöongelmat olivat yleisempiä päivystysaikana. Kiire, vuorovaikutustaidot, toisen työn kunnioittaminen, ammattitaidon arvostaminen sekä työyksikön ilmapiiri mainittiin keskeisinä yhteistyöhön vaikuttavina tekijöinä.</p> <p>Työhönsä tyytyväiset sekä hoidon laadun hyväksi arvioineet sairaanhoitajat ja lääkärit arvioivat myös yhteistyönsä hyväksi.</p> |
| <p>Eloranta S., Katajisto J. & Leino-Kilpi H.</p> <p>Hoitotiede-lehti Vol. 20, no</p> | <p>Tarkoituksena oli arvioida kirurgisten vuodeosastojen hoidon laatua potilaiden näkökulmasta.</p> <p>Aineisto oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella yhden yliopistol-</p> | <p>Potilaat arvioivat hoidonlaadun keskimäärin hyväksi. Parhaiten toteutuivat hoitoympäristöön liittyvät tekijät ja heikoiten omaisten kanssa yhteistyöhön liittyvät laatutekijät.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>2008;3: 115-125</p> <p>Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana</p> | <p>lisen keskussairaalan kirurgian, ortopedian ja traumatologian klinikoilla hoidossa olleilta potilailta. n=740 vastausosuus= 67%.</p> | <p>Hoitojakson aikana leikatut potilaat arvioivat hoidon laadun leikkaamattomia potilaita paremmaksi.</p> <p>Suunnitellusti leikkaukseen saapuneet potilaat arvioivat hoidon laadun kiireellisesti leikkaukseen joutuneita potilaita paremmaksi.</p> <p>Käytäväpaikalla hoidetut potilaat arvioivat hoidon laadun toteutuneen potilashuoneissa hoidettuja huonommin.</p> <p>Jatkossa on tarpeen tehostaa henkilökunnan ja omaisten välistä yhteistyötä sekä systematisoida potilaiden ohjausta.</p> |
| <p>Kauppinen A. & Räsänen L.</p> <p>Opinnäytetyö, Jyväskylän amk, 2010.</p> <p>Leikkaukseen kotoa LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskysely Keski-Suomen keskussairaalsaa</p> | <p>Tarkoituksena oli selvittää LEIKO-potilaiden tyytyväisyyttä LEIKO-toimintaan, LEIKO-yksikön fyysisiin tiloihin ja potilaiden saamaan ohjaukseen.</p> <p>Kysely toteutettu maaliskuussa 2010. n=100 vastausosuus= 66%</p> | <p>Suurin osa potilaista tulee sairaalaan mieluummin vasta leikkauspäivänä.</p> <p>Odotustiloja potilaat toivoivat rauhallisemmiksi ja yksityisemmiksi.</p> <p>Hoitajan puhelinsoitolta toivottiin tarkempaa tietoa leikkauksesta ja sen kulusta.</p> <p>Lisäohjausta kaivattiin kipulääkityksestä, apuvälineistä, vierailuajoista ja leikkauspäivän kulusta.</p> |
| <p>Pasanen S., Aalto, H. & Lindqvist, E.</p> <p>Opinnäytetyö, Diak amk Piekämäki, Mikkelin amk, 2010.</p> <p>Vihreä linja. Potilasohje Keski-Suomen keskussairaalaan.</p> | <p>Tarkoituksena oli auttaa potilasta valmistautumaan tulevaan leikkaukseen sekä toimia sairaanhoitajan antaman suullisen ohjauksen tukena.</p> | <p>Kirjallinen potilasohje vihreän linjan päivystysleikkausta odottavalle potilaalle.</p> |
| <p>Lisma S.</p> <p>Opinnäytetyö ylempi amk, Tampereen amk, 2010.</p> <p>Ortopedisien potilaan leikkauksen edeltävän ohjauksen kehittäminen Hatanpään sairaalan päiväkirurgian yksikössä.</p> | <p>Tarkoituksena oli kuvata ortopedisten potilaiden kokemuksia leikkauksesta edeltävästä kirjallisesta ohjauksesta ja näkemyksiä leikkaukseen valmistautumisesta internetin välityksellä. Tarkoituksena oli selvittää ortopedisten potilaiden mieluisin leikkausta edeltävä ohjausmenetelmä.</p> <p>Aineisto kerätty stukturoidulla kyselylomakkeella (N=54)</p> | <p>Kirjallisissa ohjeissa ei ole riittävästi yksilöllistä tietoa. Potilaat etsivät lisätietoa internetistä. Ensimmäistä kertaa leikkaukseen tulevat potilaat kaipaivat enemmän tietoa ja tukea ja suhtautuivat kriittisemmin internetin kautta saatavaan tietoon.</p> |

LEIKO-TOIMINTATAPOJA ERI SAIRAALOISSA**Hyvinkään keskussairaala** (Hus 2011; Keränen ym. 2008, 3888-3889)

Potilas ohjataan leikkausta varten poliklinikalla leikkauspäätöksen yhteydessä:

- Valmistautumis- ja lääkeohjeet.

Preoperatiivisella anestesiaklinikalla käyvät vain tietyt kriteerit täyttävät monisairaant potilaat.

Leikkausta edeltävänä päivänä sairaanhoitaja soittaa potilaalle ja varmistaa tuloajan ja muistuttaa valmisteluista.

Potilas ilmoittautuu LEIKO-yksikössä vastaanottotiskille sihteerille, joka tarkastaa potilaan henkilötiedot.

Sairanhoitaja tulohaastattelee potilaan.

Tarvittaessa potilas tapaa myös anestesia- ja leikkaavan lääkärin.

Potilas ohjataan vaihtamaan vaatteet.

Potilas pakkaa omat vaatteensa muovipussiin, jossa vaatteet toimitetaan potilaan mukana leikkauksen jälkeen osastolle.

Leikkaustiimi käy hakemassa potilaan odotusaulasta.

Keski-Pohjanmaan keskussairaala (Kokkola 2011; Isokoski ym. 2009, 339)

Potilaan ohjaus leikkaukseen aloitetaan poliklinikalla leikkauspäätöksen yhteydessä.

- Potilas saa kirjalliset ohjeet.
- Taustatiedot tarkistetaan.

Hoidonvaraaja kutsuu tarvittaessa potilaan prekäynnille osaston sairaanhoitajan luokse.

Potilas saapuu leikkausamuna vuodeosastolle, ei ole erillistä LEIKO-yksikköä.

Mikkelin keskussairaala (Lirkki 2011)

Potilaan ohjaus leikkaukseen aloitetaan poliklinikalla leikkauspäätöksen yhteydessä.

- Valmistautumis- ja leikkauksen jälkeiset kotihoito-ohjeet.

Potilas käy tarvittaessa leikkausta edeltävällä käynnillä, valinta terveydentilan ja leikkauksen perusteella.

Yleensä kirurgi ei katso potilasta leikkausta edeltävällä käynnillä.

Anestesia- ja leikkauksen lääkäri katsoo potilaan, jos potilaalla on hengenahdistusta tai muita huomioitavia perussairauksia.

Keski-Suomen keskussairaala (Jyväskylä 2011; Kauppinen & Räsänen 2010)

Potilaan ohjaus leikkaukseen aloitetaan poliklinikalla leikkauspäätöksen yhteydessä.

Jos herää päilyä LEIKO- tai leikkauksen kelpoisuudesta, sairaanhoitaja varaa paperityöajan anestesia- ja leikkauksen lääkärille.

Toimenpidekoordinaattori kutsuu potilaan leikkaukseen ja varaa ajan tarvittavalle tulotarkastukselle.

- Preoperatiivinen käynti osastolla (gynekologiset ja ortopediset potilaat): kirjataan tiedot leikkausta varten, ohjataan ja valmistellaan potilas leikkaukseen.
- Soittoaika sairaanhoitajalle 1 viikko ennen leikkausta: tulohaastattelu, preoperatiivisten tutkimusten tarkistaminen, ohjaus leikkausta varten.

Jos kiireellinen potilas (leikkaus alla 4 viikon sisällä) potilaan ohjaus ja valmistelu leikkaukseen hoidetaan poliklinikalla. Silloin potilaalle ei tule soitto tai tulotarkastusaikaa. Tarvittaessa poliklinikalta ollaan yhteydessä anestesia- ja leikkauksen lääkäriin.

Potilaat tulevat porrastetusti LEIKO-yksikköön 7.00 – 8.00 – 9.00 – 10.00 – 11.00.

Leikkausjärjestys tarkastetaan edellisenä päivänä ja sairaanhoitaja tarvittaessa soittaa potilaalle, jos aikaa joudutaan muuttamaan.

Potilas ilmoittautuu LEIKO-yksikössä sihteerille, joka tarkastaa potilaan henkilötiedot.

Sairaanhoitaja vastaanottaa potilaan ja ohjaa vaatteiden vaihdossa.

Potilas jättää omat vaatteensa säilöön, josta ne toimitetaan osastolle.

Sairaanhoitaja tekee potilaalle lyhyen tulotarkastuksen:

- onko potilas ollut ravinnotta
- mitkä lääkkeet hän on ottanut.

Potilas odottaa aulassa leikkaukseen menoa. Tarvittaessa potilas saa esilääkityksen.

Gynekologiset- ja ortopediset potilaat kirurgi on katsonut prepoliklinikalla.

Rinta-, plastiikka- ja gastrokirurgiset sekä vihreän linjan potilaat kirurgi katsoo LEIKO-yksikössä.

Urologiset-, keuhko-, verisuonipotilaat kirurgi katsoo leikkaussalissa.

Anestesia- ja lääkäri ei tutki potilasta välttämättä lainkaan, vaan hän katsoo edellispäivänä seuraavana päivänä leikattavien potilaiden paperit.

Leikkauksen jälkeen potilaan vointia seurataan heräämössä. Potilas siirretään voimien salliessa kyseisen erikoisalan vuodeosastolle.

Satakunnan keskussairaala (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012)

Potilas saa haastattelukäynnillä ohjeet leikkaukseen valmistautumisesta ja tulemisesta.

Potilaat saapuvat LEIKO-yksikköön porrastetusti leikkausaikojen mukaisesti.

Potilas vaihtaa sairaalavaatteet päälle ja pakkaa omat tavarat muovipusseihin.

Tavarat säilytetään leikkauksen ajan lukollisessa kaapissa leikkausosaston yhteydessä.

Potilas siirtyy leikkaussaliin sairaanhoitajan saattamana.

Leikkauksen jälkeisen heräämönvalvonnan jälkeen potilas siirretään kyseisen erikoisalan vuodeosastolle toipumaan leikkauksesta.

Vaasan keskussairaala (Vaasan keskussairaala 2011a; 2011b)

Potilas tulohaastatellaan ja ohjataan leikkausta varten preoperatiivisella poliklinikalla.

Käynnillä potilas tapaa sairaanhoitajan, leikkaavan kirurgin ja tarvittaessa anestesia- ja lääkäriin, fysioterapeutin, syöpähoitajan, avannehoitajan, uroterapeutin.: muistuttaa ohjeista ja kertoo leikkaukseen tuloajan.

Sairaanhoitaja soittaa potilaalle vielä leikkausta edeltävänä päivänä.

- kertoo ohjeet ja valmistautumisen
- tuloaika

Leikkauspäivän aamuna potilas tulee preoperatiiviselle poliklinikalle.

Esivalmistelujen jälkeen potilas odottaa preoperatiivisen poliklinikan odotushuoneessa vuoroaan leikkaukseen.

Leikkauksen jälkeen potilaan vointia seurataan heräämössä. Potilas siirretään voimien salliessa kyseisen erikoisalan vuodeosastolle.

6-3-5-RYHMÄN LÄPIVIENTI RUNKO**LEIKO-TOIMINTAMALLIN ONGELMAKOHDAT KIRURGIAN PKL PE 14.10.11 KLO 14-15**

ALUSTUS / 15MIN

- TERVETULOA JA KIITOS OSALLISTUMISESTA
- TÄMÄN TILAISUUDEN TAUSTALLA ON **LEIKO-TOIMINNAN KÄYTTÖÖNOTTAMISEN LAAJENTAMINEN JA TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN.**
- Tulevaisuudessa on suunnitteilla, että mahdollisimman moni leikkaukseen tuleva potilas tulisi sairaalaan vasta leikkauspäivänä.
- Tämä edellyttää toimintatapojen tarkastelua ja tehtäväkuvien tarkastelua.
- Potilaan toipumista anestesiasta ja leikkauksesta voidaan edistää leikkauriskiä lisäävien tekijöiden tunnistamisella preoperatiivisesti eli leikkausta edeltävällä fyysisen suorituskyvyn arvioinnilla ja leikkauksekelpoisuuteen vaikuttavien sairauksien optimaalisella hoidolla sekä potilaan asianmukaisella **ohjauksella.**
- Tavoitteena on, että potilas tietää leikkaussuunnitelman ja tuntee turvallisuutta tulevaa leikkausta, anestesiaa ja jatkohoidon järjestymistä kohtaan. Ohjauksella pyritään minimoimaan myös mahdolliset leikkauksesta johtuvat komplikaatiot. Hoidon kannalta merkitykselliset preoperatiiviset tutkimukset määräytyvät esitietojen, kliinisten löydösten, suunnitellun toimenpiteen ja siihen liittyvien riskitekijöiden perusteella.
- Toimintamallin tavoitteena on vähentää erikoissairaanhoidon hoitopäiviä ja hoitopäiviä vähentämällä pyritään vaikuttamaan kustannuksiin ja hoidon vaikuttavuuteen.
- LEIKO-TOIMINTAA ON NYT KOKEILTU SYYSKUUN ALUSTA LÄHTIEN. KOKEILUSTA ANNETUSSA PALAUTTEESSA ON TUOTU ESILLE MYÖS ONGELMAKOHTIA SEKÄ POLIKLINIKAN ETTÄ OSASTON TOIMINNAN KANNALTA.
- JOTEN NYT, TÄSSÄ RYHMÄSSÄ, ONGELMIA **TARKASTEELLAAN KIRURGIAN POLIKLINIKAN TOIMINTOJEN OSALTA.**
- Tarkoituksenamme on luoda malli, jossa laatuajattelun mukaisesti tehdään oikeat asiat kerralla oikein, oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan, ja kaikki toimintaprosessiin kuuluvat ymmärtäisivät oman **työnsä** merkityksen **potilaan hoidon** kokonaisuuden kannalta. Oma **työ on osa** potilaan kokonaisuhoitoa. Jokainen on yhteisvastuussa **työstään** ja jokainen täydentää toimintaa omalla asiantuntijuudellaan eli asiantuntijuus summautuu.
- TOTEUTAMME NYT ÄÄNETTÖMÄN 6-3-5-PIENRYHMÄ IDEOINNIN, JOKA KESTÄÄ N. **60MIN.**
 - o RYHMÄ ON ÄÄNETÖN, JOTEN RYHMÄSSÄ EI SAA PUHUA
 - o RYHMÄN VETÄJÄNÄ, MINÄ OHJAAN VAIHE VAIHEELTA ETENEMISTÄ JA KERRON AINA KÄYTETTÄVÄN AJAN.

- TAVOITTEENA ON LÖYTÄÄ ONGELMAKOHTIA OMASTA TOIMINNASTANNE LEIKO-TOIMINTAMALLISSA JA LÖYTÄÄ KEINOJA NIIDEN RATKAISEMISEKSI eli tämän istunnon tarkoituksena on hyödyntää ja kehittää teidän omaa työtänne
 - TARKOITUKSENA TÄSSÄ RYHMÄSSÄ ON PYRKIÄ LUOVAAN AJATTELUUN ILMAN KRITIIKKIÄ
 - OMIA NÄKEMIÄÄN KEHITTÄMISTARPEITA EI KANNATA RAJATA AJATUKSISSAAN LIIKAA VAAN TUODA NYT NE VAPAASTI PAPERILLE.
 - TÄRKEÄÄ ON, ETTÄ KEHITTÄMISIDEOITA SYNNYTETÄÄN ARVIOIMATTA SITÄ, MIKÄ NIIDEN TOTEUTTAMISMAHDOLLISUUS ON. Pyydän kuitenkin ottamaan huomioon, että ongelmina ja ratkaisuin tulisi olla muut syyt kuin henkilökuntaresurssit ja kiire. Näihin emme ole saamassa tällä hetkellä vahvistusta vaan tarkoituksena olisi löytää mahdollisuuksia muuttaa ja kehittää toimintaa näillä olemassa olevilla resursseilla.
 - RYHMÄSSÄ NOUSEVAT ASIAT TULEVAT KEHITYSTYÖHÖN, EIKÄ NIITÄ HENKILÖITETÄ KEHENKÄÄN YKSILÖLLISESTI
 - KIRJOITA PAPERILLE SELVÄSTI, ESIMERKIKSI TIKKUKIRJAIMIN.
- JAAN TEILLE NYT 3 PAPERIARKKIA, OVAT NUMEROITUNA 1, 2, 3.
 - KEKSIKÄÄ ITSELLENNE NIMIMERKKI, JOTA KÄYTÄTTE TÄSSÄ PIENRYHMÄSSÄ JA KIRJOITAKAA NIMIMERKKINNE JOKAISEN PAPERIN VASEMPAAN YLÄLAITAAN.
 - TEILLÄ ON **10MIN** AIKAA POHTIA PAPERIIN KIRJOITETTUA AIHETTA JA MIETTIÄ SIITÄ NOUSEVIA ONGELMIA. HUOM. RYHMÄSSÄ EI KESKUSTELLA VAAN JOKAINEN POHTII ASIAA ITSEKSEEN.
 - KIRJAA JOKAISELLE PAPERILLE 1 SINUN MIELESTÄSI TÄRKEÄ ONGELMA, KYSYMYKSI 1. KIRJATTAVANA ON SIIS YHTEENSÄ 3 ERI ONGELMAA → 1 ONGELMA YHTEEN PAPERIIN
 - KUN OLET KIRJANNUT ONGELMAN JOKAISELLE PAPERILLE, KÄÄNNÄ PAPERIT NURIN PÄIN PÖYDÄLLESI.
 - MINÄ KERÄÄN PAPERIT TEILTÄ NUMEROJÄRJESTYKSESSÄ. ENSIN PAPERIT NRO 1, SITTEEN 2 JA SITTEEN 3 (kerää paikka järjestyksessä vas lähtien 1,2,3,4,5,6 → jako takaisin 1.paperi jaa 2-paikalle, 2.paperi jaa 3-paikalle jne.)
 - JAAN NRO1 PAPERIT UUDESTAAN RYHMÄLÄISILLE. (KERÄTESSÄNI PAPERIT JÄRJESTIN NE KÄDESSÄNI SITEN, ETTÄ KIERTÄEN VASEMMALLE PAPERIT SIIRTYIVÄT SEURAVALLE HENKILÖLLE)

1. KIERROS / 10 min

- KIRJOITA OMA NIMIMERKKISI KOHTAAN 2
- SINULLA ON **1MIN AIKAA** IDEOIDA PAPERISSA OLEVAAN ONGELMAAN YKSI RATKAISU TAI EHDOTUS. (1.)
- JOS ETTE KEKSI VARSINAISTA RATKAISUA, KIRJAA YLÖS KEINO/MENETELMÄ, MIKÄ EDESAUTTAISI ONGELMAN POISTUMISTA
- KIRJAA RATKAISU EHDOTUKSESI OMAN NIMIMERKKISI JÄLKEEN.
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLA PUOLELLA OLEVALLESI

- SINULLA ON **1,5MIN AIKAA** LUKEA EDELLINEN RATKAISUEHDOTUS JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISUEHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (2.)
- MUISTA KIRJOITTA OMA NIMIMERKKISI VASTAUKSEN ETEEN
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLA PUOLELLA OLEVALLESI.

- SINULLA ON **2MIN AIKAA** LUKEA EDELLISET RATKAISUEHDOTUKSET JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISUEHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (3.)
- MUISTA KIRJOITTA OMA NIMIMERKKISI VASTAUKSEN ETEEN
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLE PUOLELLA OLEVALLESI.

- SINULLA ON **2,5MIN AIKAA** LUKEA EDELLISET RATKAISUEHDOTUKSET JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISU EHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (4.)
- MUISTA KIRJOITTA OMA NIMIMERKKISI VASTAUKSEN ETEEN
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLA PUOLELLAOLEVALLESI.

- SINULLA ON **3MIN AIKAA** LUKEA EDELLISET RATKAISUEHDOTUKSET JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISU EHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (5.)

- TÄMÄN JÄLKEEN KERÄÄN IDEOINTI PAPERIT NRO.1

2. KIERROS / 10 min

- JAAN RYHMÄLLE PAPERI NRO2. KÄYDÄÄN RATKAISUEHDOTUSTEN KIERROS UUELLEEN TOISILLA ONGELMILLA **SAMOIN KUIN ENSIMMÄISEMÄISELLÄ KIERROKSELLA**

3. KIERROS / 10 min

- KIERROS KÄYDÄÄN VIELÄ KOLMANNEN KERRAN KOLMANSIEN ONGELMIEN KOHDALLA

LOPUKSI PYYDÄN RYHMÄLÄISILTÄ JOKO YHTEISTÄ TAI YKSIN KIRJOITETTUA KIRJALLISTA ARVIOINTIA KÄYTETYSTÄ MENETELMÄSTÄ, LEIKO-TOIMINNAN HAASTEISTA.

6-3-5-RYHMÄN LÄPIVIENTI RUNKO**LEIKO-TOIMINTAMALLIN ONGELMAKOHDAT OS6 ma 7.11.11 klo 13-14****ALUSTUS / 15MIN**

- Tervetuloa ja kiitos osallistumisesta
- TÄMÄN TILAISUUDEN TAUSTALLA ON **LEIKO-TOIMINNAN KÄYTTÖÖNOTTAMISEN LAAJENTAMINEN JA TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN.**

ENSIKSI KERRON TEILLE TAUSTAA LEIKO-TOIMINNASTA:

- LEIKO-toiminnan käynnistäminen on noussut operatiivisen alueen toiminnan tehostamisen tarpeesta. Varsinkin kirurgian ja päiväkirurgian toiminnan tehostamiseen on koko ajan tarvetta. Rajoittavina tekijöinä ovat tila- ja henkilöstöresurssit. Osastojen ”rumpaa” tulisi keventää ja toiminta saada sujuvammaksi. Osastoilla kierto venyy ja potilaat odottavat kotiutusta, kun taas uudet potilaat odottavat päiväsaliassa vuodepaikkaa. Helmikuussa 2011 Kokkolan leikkaustoimintaan tutustumassa kävi leikkaus-anestesian henkilökuntaa sekä operatiivisen vastuualueen ylihoitaja Marjo Huovinen-Tervo, ylilääkäri Kalle Rissanen ja sairaanhoitaja / hoidonvaraaja Marja-Liisa Kananen. Kokkolan vierailu antoi ajatuksen LEIKO-toiminnan käynnistämiseksi osastoille. Toiminnan käynnistäminen päätettiin aloittaa yamk-opintojen kehittämistehtävän avulla.
- LEIKO-toimintamalli on kehitetty vastaamaan rajallisiin ja niukkoihin terveydenhuollon resursseihin sekä lisääntyneeseen kirurgian kysynnän tarpeeseen. LEIKO-toiminta on luotu Hyvinkäällä 2000 ja toimintatapa on levinnyt hiljalleen ympäri Suomea. Tällä hetkellä Suomessa Hyvinkää on edelleen edelläkävijänä ja suunnan näyttäjänä. Hyvinkään LEIKO-toiminta palkittiin vuonna 2007 Lääkäriliiton laatupalkinnolla. Hyvinkään esimerkin voimalla monissa keskussairaaloissa ja yliopistosairaaloissa on muutettu toimintamallia LEIKO-toiminnan mukaiseksi.
- LEIKO-toiminnassa potilas tulee toimenpiteeseen leikkauspäivänä riippumatta leikkauksen suuruudesta tai postoperatiivisesta hoitoajasta. Tulevaisuudessa on suunnitteilla, että mahdollisimman moni leikkaukseen tuleva potilas tulisi sairaalaan vasta leikkauspäivänä.
- Toimintamallissa tärkeässä roolissa on preoperatiivinen hoito. Preoperatiivisessa vaiheessa korostuvat potilastietojen kerääminen, leikkausta ja anestesiaa edeltävät tutkimukset ja potilaan ohjaus. Tarkoituksena on arvioida potilaan leikkauksekelpoisuus ja varmistaa, että potilaan anestesia ja toimenpide voidaan suorittaa turvallisesti.
- Tavoitteena on, että potilas tietää leikkaussuunnitelman ja tuntee turvallisuutta tulevaa leikkausta, anestesiaa ja jatkohoidon järjestymistä kohtaan. Ohjauksella pyritään minimoimaan myös mahdolliset leikkauksesta johtuvat komplikaatiot. Hoidon kannalta merkitykselliset preoperatiiviset tutkimukset määräytyvät esitetietojen, kliinisten löydösten, suunnitellun toimenpiteen ja siihen liittyvien riskitekijöiden perusteella.

- Toiminnan muutos edellyttää toimintatapojen tarkastelua ja tehtävänkuvien tarkastelua. Toimintamalli aiheuttaa muutoksia tuttuihin rutiineihin ja näistä poisoppiminen voi olla haasteellista. Kun leikkauspotilas ei tulekaan leikkausta edeltävänä päivänä osastolle, hoitajilla on mahdollisuus tämä aika hoitaa ja ohjata jo hoidossa olevia potilaita, esimerkiksi seuraavana päivänä kotiutuville tai osastolta pois siirtyville potilaille vapautuu aikaa.
- Tarkoituksenamme on luoda malli, jossa laatuajattelun mukaisesti tehdään oikeat asiat kerralla oikein, oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan, ja me kaikki toimintaprosessiin kuuluvat ymmärtäisimme oman työmme merkityksen potilaan hoidon kokonaisuuden kannalta. Ajatuksena, on, että oma työ on osa potilaan kokonaisuhoitoa ja jokainen on asian tuntijana yhteisvastuussa työstään.

KAKS LEIKO-MALLI LYHYESTI:

- LEIKO-potilaiden leikkaukseen ohjaaminen alkaa jo poliklinikalla, kun leikkauspäätös tehdään. Kirurgi määrittelee tuleeko potilas LEIKONA, PÄIKINä vai edellispäivänä osastolle.
- LEIKO-potilaalle annetaan viikko ennen leikkausta joko soittoaika tai tulotarkastusaika osastolle sairaanhoitajalle. Ennen tätä käyntiä potilas on käynyt tarvittavat preop-tutkimukset ja niiden vastaukset ovat käynnillä käytössä. Soiton/käynnin yhteydessä haastatellaan potilas ja valmistellaan potilaspaperit, pituus, paino, verenpaine, pulssi, tarkistetaan iho, tarvittaessa mitataan tukisukat, ohjataan potilas leikkaukseen valmistautumiseen ja osastolle tulemiseen sekä aloitetaan jo kotiutumiseen valmistautuminen. Lääketauotukset ja leikkausaamun lääkityksen sairaanhoitaja ohjaa anestesia lääkäriin tekemän ohjeen mukaan. Sairanhoitaja voi konsultoida anestesia lääkäriä tai anestesia sairaanhoitajaa tarvittaessa. Kirurgi ei katso leikattavia potilaita tulotarkastuskäynnillä vaan vasta leikkaukseen tullessa, mutta tarvittaessa sairaanhoitaja voi pyytää kirurgin katsomaan potilaan jo tulotarkastuskäynnillä.
- Potilas saapuu leikkausaamuna os:lle 6.45 ravinnotta, suihkussa käyneenä ja valmiina leikkaukseen. Potilas vaihtaa vaatteet, kirurgi käy nopeasti katsomassa potilaan ja laboratorio käy ottamassa X-koeveren ennen potilaan leikkaussaliin menoa. Ihannetilanteessa sama sairaanhoitaja hoitaa potilaan leikkaussaliin asti
- Tällä mallilla LEIKO-TOIMINTAA ON NYT KOKEILTU SYYSKUUN ALUSTA LÄHTIEN. KOKEILUSTA ANNETUSSA PALAUTTEESSA ON TUOTU ESILLE MYÖS ONGELMAKOHTIA SEKÄ POLIKLINIKAN ETTÄ OSASTON TOIMINNAN KANNALTA.
- NYT, TÄSSÄ RYHMÄSSÄ, ONGELMIA **TARKASTELLAAN TEIDÄN OSASTONNE TOIMINTOJEN OSALTA.**
- **TULEVAISUUTTA AJATELLEN ON TÄRKEÄ NYT PYSÄHTYÄ MIETTIMÄÄN TILANNETTA JA SEN HAASTEITA. TE ITSE OLETTE SIIHEN VAIKUTTAMASSA, MILLAISEKSI LEIKO-TOIMINTAMALLI KEHITTYY JA KEHITETÄÄN OSASTOLLANNE.**

- TOTEUTAMME NYT ÄÄNETTÖMÄN 6-3-5-PIENRYHMÄ IDEOINNIN, JOKA KESTÄÄ N. 60MIN.
 - o RYHMÄ ON ÄÄNETÖN, JOTEN RYHMÄSSÄ EI SAA PUHUA
 - o RYHMÄN VETÄJÄNÄ, MINÄ OHJAAN VAIHE VAIHEELTA ETENEMISTÄ JA KERRON AINA KÄYTETTÄVÄN AJAN.
 - o TAVOITTEENA ON LÖYTÄÄ ONGELMAKOHTIA LEIKO-TOIMINTAMALLISTA OSASTOLLANNE JA LÖYTÄÄ KEINOJA NIIDEN RATKAISEMISEKSI eli tämän istunnon tarkoituksena on hyödyntää ja kehittää teidän omaa työtänne ja osastoanne
 - o TARKOITUKSENA TÄSSÄ RYHMÄSSÄ ON PYRKIÄ LUOVAAN AJATTELUUN ILMAN KRITIIKKIÄ
 - o OMIA NÄKEMIÄÄN KEHITTÄMISTARPEITA EI KANNATA RAJATA AJATUKSISSAAN LIIKAA VAAN TUODA NYT NE VAPAASTI PAPERILLE.
 - o TÄRKEÄÄ ON, ETTÄ KEHITTÄMISIDEOITA SYNNYTETÄÄN ARVIOIMATTA SITÄ, MIKÄ NIIDEN TOTEUTTAMISMAHDOLLISUUS ON. Pyydän kuitenkin ottamaan huomioon, että ongelmina ja ratkaisuina tulisi olla muut syyt kuin henkilökuntaresurssit ja kiire. Näihin emme ole saamassa tällä hetkellä vahvistusta vaan tarkoituksena olisi löytää mahdollisuuksia muuttaa ja kehittää toimintaa näillä olemassa olevilla resursseilla.
 - o RYHMÄSSÄ NOUSEVAT ASIAT TULEVAT KEHITYSTYÖHÖN, EIKÄ NIITÄ HENKILÖITETÄ KEHENKÄÄN YKSILÖLLISESTI
 - o KIRJOITA PAPERILLE SELVÄSTI, ESIMERKIKSI TIKKUKIRJAIMIN.

- JAAN TEILLE NYT 3 PAPERIARKKIA, OVAT NUMEROITUNA 1, 2, 3.
- KEKSIKÄÄ ITSELLENNE NIMIMERKKI, JOTA KÄYTÄTTE TÄSSÄ PIENRYHMÄSSÄ JA KIRJOITAKAA NIMIMERKKINNE JOKAISEN PAPERIN VASEMPAAN YLÄLAITAAN.
- TEILLÄ ON 10MIN AIKAA POHTIA PAPERIIN KIRJOITETTUA AIHETTA JA MIETTIÄ SIITÄ NOUSEVIA ONGELMIA. HUOM. RYHMÄSSÄ EI KESKUSTELLA VAAN JOKAINEN POHTII ASIAA ITSEKSEEN.
- KIRJAA JOKAISELLE PAPERILLE 1 SINUN MIELESTÄSI TÄRKEÄ ONGELMA, KYSYMYS 1. KIRJATTAVANA ON SIIS YHTEENSÄ 3 ERI ONGELMAA → 1 ONGELMA YHTEEN PAPERIIN
- KUN OLET KIRJANNUT ONGELMAN JOKAISELLE PAPERILLE, KÄÄNNÄ PAPERIT NURIN PÄIN PÖYDÄLLESI.
- MINÄ KERÄÄN PAPERIT TEILTÄ NUMEROJÄRJESTYKSESSÄ. ENSIN PAPERIT NRO 1, SITTEN 2 JA SITTEN 3 (kerää paikka järjetyksessä vas lähtien 1,2,3,4,5,6 → jako takaisin 1.paperi jaa 2-paikalle, 2.paperi jaa 3-paikalle jne.)

- JAAN NRO1 PAPERIT UUDESTAAN RYHMÄLÄISILLE. (KERÄTESSÄNI PAPERIT JÄRJESTIN NE KÄDESSÄNI SITEN, ETTÄ KIERTÄEN VASEMMALLE PAPERIT SIIRTYIVÄT SEURAAVALLE HENKILÖLLE)

1. KIERROS / 10 min

- KIRJOITA OMA NIMIMERKKISI KOHTAAN 2
- SINULLA ON **1MIN AIKAA** IDEOIDA PAPERISSA OLEVAAN ONGELMAAN YKSI RATKAISU TAI EHDOTUS. (1.)
- JOS ETTE KEKSI VARSINAISTA RATKAISUA, KIRJAA YLÖS KEINO/MENETELMÄ, MIKÄ EDESAUTTAISI ONGELMAN POISTUMISTA
- KIRJAA RATKAISU EHDOTUKSESI OMAN NIMIMERKKISI JÄLKEEN.
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLA PUOLELLA OLEVALLESI
- SINULLA ON **1,5MIN AIKAA** LUKEA EDELLINEN RATKAISUEHDOTUS JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISUEHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (2.)
- MUISTA KIRJOITTA OMA NIMIMERKKISI VASTAUKSEN ETEEN
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLA PUOLELLA OLEVALLESI.
- SINULLA ON **2MIN AIKAA** LUKEA EDELLISET RATKAISUEHDOTUKSET JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISUEHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (3.)
- MUISTA KIRJOITTA OMA NIMIMERKKISI VASTAUKSEN ETEEN
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLE PUOLELLA OLEVALLESI.
- SINULLA ON **2,5MIN AIKAA** LUKEA EDELLISET RATKAISUEHDOTUKSET JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISU EHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (4.)
- MUISTA KIRJOITTA OMA NIMIMERKKISI VASTAUKSEN ETEEN
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLA PUOLELLAOLEVALLESI.
- SINULLA ON **3MIN AIKAA** LUKEA EDELLISET RATKAISUEHDOTUKSET JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISU EHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (5.)
- TÄMÄN JÄLKEEN KERÄÄN IDEOINTI PAPERIT NRO.1

2. KIERROS / 10 min

- JAAN RYHMÄLLE PAPERI NRO2. KÄYDÄÄN RATKAISUEHDOTUSTEN KIERROS UUELLEEN TOISILLA ONGELMILLA **SAMOIN KUIN ENSIMMÄISEMÄISELLÄ KIERROKSELLA**

3. KIERROS / 10 min

- KIERROS KÄYDÄÄN VIELÄ KOLMANNEN KERRAN KOLMANSIEN ONGELMIEN KOHDALLA

LOPUKSI PYYDÄN RYHMÄLÄISILTÄ JOKO YHTEISTÄ TAI YKSIKIRJOITETTUA KIRJALLISTA ARVIOINTIA KÄYTETYSTÄ MENETELMÄSTÄ, LEIKO-TOIMINNAN HAASTEISTA.

6-3-5-RYHMÄN LÄPIVIENTI RUNKO

LEIKO-TOIMINTAMALLIN ONGELMAKOHDAT OS7 ma 21.11.11 klo 14-15

ALUSTUS / 15MIN

- TERVETULOA JA KIITOS OSALLISTUMISESTA
- TÄMÄN TILAISUUDEN TAUSTALLA ON **LEIKO-TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN OSASTOLLANNE.**

ENSIKSI KERRON TEILLE TAUSTAA LEIKO-TOIMINNASTA:

- LEIKO-toiminnan käynnistäminen on noussut operatiivisen alueen toiminnan tehostamisen tarpeesta. Varsinkin kirurgian ja päiväkirurgian toiminnan tehostamiseen on koko ajan tarvetta. Rajoittavina tekijöinä ovat tila- ja henkilöstöresurssit. Osastojen ”rumpaa” tulisi keventää ja toiminta saada sujuvammaksi. Osastoilla kierto venyy ja potilaat odottavat kotiutusta, kun taas uudet potilaat odottavat päiväsalissa vuodepaikkaa. Helmikuussa 2011 Kokkolan leikkaustoimintaan tutustumassa kävi leikkaus-anestesian henkilökuntaa sekä operatiivisen vastuualueen ylihoitaja Marjo Huovinen-Tervo, ylilääkäri Kalle Rissanen ja sairaanhoitaja / hoidonvaraaja Marja-Liisa Kananen. Kokkolan vierailu antoi ajatuksen LEIKO-toiminnan käynnistämiseksi osastoille. Toiminnan käynnistäminen päätettiin aloittaa yamk-opintojen kehittämistehtävän avulla.
- LEIKO-toimintamalli on kehitetty vastaamaan rajallisiin ja niukkoihin terveydenhuollon resursseihin sekä lisääntyneeseen kirurgian kysynnän tarpeeseen. LEIKO-toiminta on luotu Hyvinkäällä 2000 ja toimintatapa on levinnyt hiljalleen ympäri Suomea. Tällä hetkellä Suomessa Hyvinkää on edelleen edelläkävijänä ja suunnan näyttäjänä. Hyvinkään LEIKO-toiminta palkittiin vuonna 2007 Lääkäriliiton laatupalkinnolla. Hyvinkään esimerkin voimalla monissa keskussairaaloissa ja yliopistosairaaloissa on muutettu toimintamallia LEIKO-toiminnan mukaiseksi.
- LEIKO-toiminnassa potilas tulee toimenpiteeseen leikkauspäivänä riippumatta leikkauksen suuruudesta tai postoperatiivisesta hoitoajasta. Tulevaisuudessa on suunnitteilla, että mahdollisimman moni leikkaukseen tuleva potilas tulisi sairaalaan vasta leikkauspäivänä.
- Toimintamallissa tärkeässä roolissa on preoperatiivinen hoito. Preoperatiivisessa vaiheessa korostuvat potilastietojen kerääminen, leikkausta ja anestesiaa edeltävät tutkimukset ja potilaan ohjaus. Tarkoituksena on arvioida potilaan leikkauksekelpoisuus ja varmistaa, että potilaan anestesia ja toimenpide voidaan suorittaa turvallisesti.
- Tavoitteena on, että potilas tietää leikkaussuunnitelman ja tuntee turvallisuutta tulevaa leikkausta, anestesiaa ja jatkohoidon järjestymistä kohtaan. Ohjauksella pyritään minimoimaan myös mahdolliset leikkauksesta johtuvat komplikaatiot. Hoidon kannalta merkitykselliset preoperatiiviset tutkimukset määräytyvät esitietojen, kliinisten löydösten, suunnitellun toimenpiteen ja siihen liittyvien riskitekijöiden perusteella.
- TEIDÄN OSASTOLLANNE TEKONIVELPOTILAATHAN JO TULEVAT NS. LEIKONA ja käyvät tulotarkastuskäynnillä prepoliklinikalla. Tällä toimintamallilla on saatu aikaan se, että potilaat ovat leikkauskuntoisia leikkaukseen tullessa ja viimehetken leikkausten peruuntu-

minen on vähentynyt, potilaiden saaman ohjauksen laatu on parantunut ja yhdenmu-
kaistunut sekä osastolla hoitopäivien määrä on vähentynyt. Samaan halutaan pyrkiä
myös muiden potilasryhmien osalta.

- Tämä edellyttää toimintatapojen tarkastelua ja tehtävänkuvien tarkastelua. Toiminta-
malli aiheuttaa muutoksia tuttuihin rutiineihin ja näistä poisoppiminen voi olla haasteel-
lista. Kun leikkauspotilas ei tulekaan leikkausta edeltävänä päivänä osastolle, hoitajilla
on mahdollisuus tämä aika hoitaa ja ohjata jo hoidossa olevia potilaita.
- Tarkoituksenamme on luoda malli, jossa laatuajattelun mukaisesti tehdään oikeat asiat
kerralla oikein, oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan, ja me kaikki toimintaprosessiin kuu-
luvat ymmärtäisimme oman työmme merkityksen potilaan hoidon kokonaisuuden kan-
nalta. Ajatuksena, on, että oma työ on osa potilaan kokonaisuhoitoa ja jokainen on asian-
tuntijana yhteisvastuussa työstään.

KAKS LEIKO-MALLI LYHYESTI:

- LEIKO-potilaiden leikkaukseen ohjaaminen alkaa jo poliklinikalla, kun leikkauspäätös teh-
dään. Kirurgi määrittelee tuleeko potilas LEIKOna, PÄIKInä vai edellispäivänä osastolle.
- LEIKO-potilaalle annetaan viikko ennen leikkausta joko soittoaika tai tulotarkastusaika
osastolle sairaanhoitajalle. Ennen tätä käyntiä potilas on käynyt tarvittavat preop-
tutkimukset ja niiden vastaukset ovat käynnillä käytössä. Soiton/käynnin yhteydessä
haastatellaan potilas ja valmistellaan potilaspaperit, pituus, paino, rr, pulssi, tarkistetaan
iho, tarv mitataan tukisukat, ohjataan potilas leikkaukseen valmistautumiseen ja osastol-
le tulemiseen sekä aloitetaan jo kotiutumiseen valmistautuminen. Lääketauotukset ja
leikkausaamun lääkityksen sairaanhoitaja ohjaa anestesia lääkäriin tekemän ohjeen mu-
kaan. Sairanhoitaja voi konsultoida anestesia lääkäriä tai anestesia sairaanhoitajaa tarvit-
taessa. Kirurgi ei katso leikattavia potilaita tulotarkastuskäynnillä vaan vasta leikkauk-
seen tullessa, mutta tarvittaessa sairaanhoitaja voi pyytää kirurgin katsomaan potilaan jo
tulotarkastuskäynnillä.
- Potilas saapuu leikkausaamuna os:lle 6.45 ravinnotta, suihkussa käyneenä ja valmiina
leikkaukseen. Potilas vaihtaa vaatteet, kirurgi käy nopeasti katsomassa potilaan ja labo-
ratorio käy ottamassa X-koeveren ennen potilaan saliin menoa. Ihannetilanteessa sama
sairanhoitaja hoitaa potilaan leikkaussaliin asti.
- TÄLLÄ MALLILLA LEIKO-TOIMINTAA ON NYT KOKEILTU SYYSKUUN ALUSTA LÄHTIEN
OSASTON 6 urologisilla potilailla sekä nyt lokakuun lopusta lähtien kilpirauhas- ja plas-
tiikkakirurgisilla potilailla.
- KOKEILUSTA ANNETUSSA PALAUTTEESSA ON TUOTU ESILLE MYÖS ONGELMAKOHTIA SE-
KÄ POLIKLINIKAN ETTÄ OSASTON TOIMINNAN KANNALTA. NÄIHIN OLEMME SEKÄ POLI-
KLINIKAN ETTÄ OSASTON 6 KANSSA ETSIMÄSSÄ RATKAISUJA.
- NYT TÄSSÄ RYHMÄSSÄ, **TARKASTELLAAN, MITÄ HAASTEITA / ONGELMIA TEIDÄN MIE-
LESTÄNNE ON MALLIN KÄYTTÖÖN OTOSSA TEIDÄN OSASTOLLANNE.**

TOTEUTAMME NYT ÄÄNETTÖMÄN 6-3-5-PIENRYHMÄ IDEOINNIN, JOKA KESTÄÄ N. 60MIN.

- RYHMÄ ON ÄÄNETÖN, JOTEN RYHMÄSSÄ EI SAA PUHUA
 - RYHMÄN VETÄJÄNÄ, MINÄ OHJAAN VAIHE VAIHEELTA ETENEMISTÄ JA KERRON AINA KÄYTETTÄVÄN AJAN.
 - TAVOITTEENA ON SELVITTÄÄ, MITÄ HAASTEITA / ONGELMIA ON TEIDÄN MIELESTÄNNE LEIKO-TOIMINTAMALLIN KÄYTTÖÖN OTTAMISESSA TEIDÄN OSASTOLLANNE JA LÖYTÄÄ KEINOJA NIIDEN RATKAISEMISEKSI eli tämän istunnon tarkoituksena on hyödyntää ja kehittää teidän omaa työtänne ja osastoanne
 - TARKOITUKSENA TÄSSÄ RYHMÄSSÄ ON PYRKIÄ LUOVAAN AJATTELUUN ILMAN KRITIIKKIÄ
 - OMIA NÄKEMIÄÄN KEHITTÄMISTARPEITA EI KANNATA RAJATA AJATUKSISSAAN LIIKAA VAAN TUODA NYT NE VAPAASTI PAPERILLE.
 - TÄRKEÄÄ ON, ETTÄ KEHITTÄMISIDEOITA SYNNYTETÄÄN ARVIOIMATTA SITÄ, MIKÄ NIIDEN TOTEUTTAMISMAHDOLLISUUS ON. Pyydän kuitenkin ottamaan huomioon, että ongelmina ja ratkaisuina tulisi olla muut syyt kuin henkilökuntaresurssit ja kiire. Näihin emme ole saamassa tällä hetkellä vahvistusta vaan tarkoituksena olisi löytää mahdollisuuksia muuttaa ja kehittää toimintaa näillä olemassa olevilla resursseilla.
 - RYHMÄSSÄ NOUSEVAT ASIAT TULEVAT KEHITYSTYÖHÖN, EIKÄ NIITÄ HENKILÖITETÄ KEHENKÄÄN YKSILÖLLISESTI
 - KIRJOITA PAPERILLE SELVÄSTI, ESIMERKIKSI TIKKUKIRJAIMIN.
- JAAN TEILLE NYT 3 PAPERIARKKIA, OVAT NUMEROITUNA 1, 2, 3.
 - KEKSIKÄÄ ITSELLENNE NIMIMERKKI, JOTA KÄYTÄTTE TÄSSÄ PIENRYHMÄSSÄ JA KIRJOITAKAA NIMIMERKKINNE JOKAISEN PAPERIN VASEMPAAN YLÄLAITAAN.
 - TEILLÄ ON 10MIN AIKAA POHTIA PAPERIIN KIRJOITETTUA AIHETTA JA MIETTIÄ SIITÄ NOUSEVIA ONGELMIA. HUOM. RYHMÄSSÄ EI KESKUSTELLA VAAN JOKAINEN POHTII ASIAA ITSEKSEEN.
 - KIRJAA JOKAISELLE PAPERILLE 1 SINUN MIELESTÄSI TÄRKEÄ ONGELMA, KYSYMYS 1. KIRJATTAVANA ON SIIS YHTEENSÄ 3 ERI ONGELMAA → 1 ONGELMA YHTEEN PAPERIIN
 - KUN OLET KIRJANNUT ONGELMAN JOKAISELLE PAPERILLE, KÄÄNNÄ PAPERIT NURIN PÄIN PÖYDÄLLESI.
 - MINÄ KERÄÄN PAPERIT TEILTÄ NUMEROJÄRJESTYKSESSÄ. ENSIN PAPERIT NRO 1, SITTEN 2 JA SITTEN 3 (kerää paikka järjetyksessä vas lähtien 1,2,3,4,5,6 → jako takaisin 1.paperi jaa 2-paikalle, 2.paperi jaa 3-paikalle jne.)

- JAAN NRO1 PAPERIT UUDESTAAN RYHMÄLÄISILLE. (KERÄTESSÄNI PAPERIT JÄRJESTIN NE KÄDESSÄNI SITEN, ETTÄ KIERTÄEN VASEMMALLE PAPERIT SIIRTYIVÄT SEURAAVALLE HENKILÖLLE)

1. KIERROS / 10 min

- KIRJOITA OMA NIMIMERKKISI KOHTAAN 2
- SINULLA ON **1MIN AIKAA** IDEOIDA PAPERISSA OLEVAAN ONGELMAAN YKSI RATKAISU TAI EHDOTUS. (1.)
- JOS ETTE KEKSI VARSINAISTA RATKAISUA, KIRJAA YLÖS KEINO/MENETELMÄ, MIKÄ EDESAUTTAISI ONGELMAN POISTUMISTA
- KIRJAA RATKAISU EHDOTUKSESI OMAN NIMIMERKKISI JÄLKEEN.
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLA PUOLELLA OLEVALLESI

- SINULLA ON **1,5MIN AIKAA** LUKEA EDELLINEN RATKAISUEHDOTUS JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISUEHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (2.)
- MUISTA KIRJOITTA OMA NIMIMERKKISI VASTAUKSEN ETEEN
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLA PUOLELLA OLEVALLESI.

- SINULLA ON **2MIN AIKAA** LUKEA EDELLISET RATKAISUEHDOTUKSET JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISUEHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (3.)
- MUISTA KIRJOITTA OMA NIMIMERKKISI VASTAUKSEN ETEEN
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLE PUOLELLA OLEVALLESI.

- SINULLA ON **2,5MIN AIKAA** LUKEA EDELLISET RATKAISUEHDOTUKSET JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISU EHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (4.)
- MUISTA KIRJOITTA OMA NIMIMERKKISI VASTAUKSEN ETEEN
- OJENNA PAPERI NYT VASEMMALLA PUOLELLAOLEVALLESI.

- SINULLA ON **3MIN AIKAA** LUKEA EDELLISET RATKAISUEHDOTUKSET JA KIRJOITTA ITSE OMA RATKAISU EHDOTUKSESI PAPERISSA ESITETYYN ONGELMAAN (5.)

- TÄMÄN JÄLKEEN KERÄÄN IDEOINTI PAPERIT NRO.1

2. KIERROS / 10 min

- JAAN RYHMÄLLE PAPERI NRO2. KÄYDÄÄN RATKAISUEHDOTUSTEN KIERROS UUELLEEN TOISILLA ONGELMILLA **SAMOIN KUIN ENSIMMÄISEMÄISELLÄ KIERROKSELLA**

3. KIERROS / 10 min

- KIERROS KÄYDÄÄN VIELÄ KOLMANNEN KERRAN KOLMANSIEN ONGELMIEN KOHDALLA

LOPUKSI PYYDÄN RYHMÄLÄISILTÄ JOKO YHTEISTÄ TAI YKSIKIRJOITETTUA KIRJALLISTA ARVIOINTIA KÄYTETYSTÄ MENETELMÄSTÄ, LEIKO-TOIMINNAN HAASTEISTA.

NIMIMERKKI: _____

**1. MIKÄ ASIA MIELESTÄSI AIHEUTTAA HAASTEITA / ONGELMIA LEIKO-TOIMINTAMALLIN TO-
TEUTTAMISESSA POLIKLINIKALLANNE / OSASTOLLANNE?**

2. NIMIMERKKI: _____

3. NIMIMERKKI: _____

4. NIMIMERKKI: _____

5. NIMIMERKKI _____

6. NIMIMERKKI: _____

SUUNNITELMAA LEIKO-TOIMINTAMALLISTA PILOTOINNIN ALKAESSA 09/ 2011

| Leikkauuspäätös potilaasta | Potilaan ohjaaminen pkl:lla | Potilaan kutsuminen leikkaukseen | Potilaan tulotarkastus Prekäyntipäivät os6 maanantai ja torstai | Potilaan tulo leikkaukseen |
|--|--|--|--|--|
| <p>KIRURGI tekee päätöksen Päiki /LEIKO/ osasto</p> <p>oletus, että tehdään LEIKONA, ellei toisin perustella: perustelut kiru-tekstiin saneltava -informoi potilasta leikkauksesta, sen riskeistä, mahdollisista komplikaatioista ja odotusajasta</p> <p>kirjaa hoidonvaraustiedot Efficalle (jonokortin hoito-osion huomautukset kohtaan merkintä, jos ei LEIKO)</p> <p>arvioi prekäynnin tarpeen: -kirurgi tarvittaessa konsultoi puhelimitse anestesialääkäriä -tai papereiden toimitaminen anest.hoitajalle /anest.lääkärille, jotka katsovat tarvitseeko</p> | <p>SAIRAANHOITAJA tarkistaa hoidonvaraustiedot</p> <p>käy potilaan kanssa läpi taustatietokaavakkeen ja siirtää tiedot Efficalle</p> <p>kiinnitettävä huomiota erityisesti perussairauksiin ja tauotettaviin lääkityksiin (Plavix, Marevan, biologiset lääkkeet)</p> <p>arvio ohjauksen aikana prekäynnin tarpeesta, tarvittaessa tarkistaa kirurgilta</p> <p>antaa potilaalle ohjeet: -leikkaukseen valmistautumisesta -LEIKO-sh yht.tiedot, potilas ottaa yhteyttä, jos lääkitysmuutoksia tai uusia sairauksia -toimenpiteestä (tietoa itse toimenpiteestä, nukutus/puudutus,</p> | <p>OS. SIHTEERI /hoidonvaraaja</p> <p>kutsuu potilaan →kutsuu samalla prekäynnille</p> <p>ohjelmoi preoptutkimukset (ohje: <i>Osastolle tulevista potilaista otettavia rutiinitutkimuksia</i>)</p> <p>lääketauotusten ohjelmointi</p> <p>kutsussa LEIKO-sh yhteystiedot</p> <p>HUOM! ALUSSA KUTSUTAAN KAIKKI PREKÄYNNILLE 1 viikko ennen leikkausta</p> | <p>Käynti 1 viikko ennen leikkausta os:lla. Potilaan on varattava runsaasti aikaa käynnille. Preoptutkimukset viikko ennen prekäyntiä, jotta vastaukset käynnillä käytössä. Tarv kontrolli ennen leikkausta.</p> <p>Huom! x-koever (voimassa 5 vrk) otetaan os:lla tullessa ja mikäli verivaraus niin x-koe (voimassa 3 vrk) os:lla tullessa myös. Marevan potilailta INR os:lle tullessa.</p> <p>KIRURGI varmistaa leikkaussuunnitelman, leikkauksulupalapun täyttämisen, tarvittaessa tutkii potilaan. Katsoo potilaan leikkausten välissä.</p> <p>LEIKO-SH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pituus, paino, RR, pulssi - ihon tarkistus - antiemboliasukkien mittaus <p>Lääketauotukset tarkistettava, että on ohjelmoitu, ymmärretty</p> <p>Ohjaus leikkaukseen tulemisesta ja valmistautumisesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - peseytyminen ja ravinnottaolo <p>Leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen ohjaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - liike- ja voimisteluohjeet hengitysharjoitusohjeet - apuvälineet ja kotona selviytymiseen valmistautuminen <p>Osaston esittely</p> <p>Valmistelee potilaspaperit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoitosuunnitelman laatiminen - kuumekurvaan esittäminen ja muiden tarvittavien seurantalomakkeiden va- raaminen | <p>OS. SIHTEERI potilas saapuu osastolle ja ilmoittautuu</p> <p>potilas sisäänkirjoitetaan Efficalle ja puh.järjestelmään</p> <p>LEIKO-SH vastaanottaa potilaan ja tarkistaa ravinnottaolon, pesuasiat, aamulla otetut lääkkeet ja onko tauotetut lääkkeet olleet tauolla, ihon tarkistus</p> <p>henkilötietoranneke potilaalle</p> <p>luetteloidaan potilaan mukana olevat henkilökohtaiset tavarat</p> <p>vuodepaikan esittely ja potilaspöydän toimintojen esittely</p> <p>annetaan leikkauksivaatteet ja ohjataan vaatteiden vaihdossa</p> <p>hoitaa potilaan leikkauksaliinasti</p> |

SUUNNITELMAA LEIKO-TOIMINTAMALLISTA PILOTOINNIN ALKAESSA 09/ 2011

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>anestesia­lääkäri­n katsoa myös potilas? Tarvitseeko konsultaatioita esim sisätautilääkäriltä? Kirurgille tulotarkastus -jos odotusaikaa leikkaukseen yli 3 kk?? -jos leikkaaja eri kuin leikkaukspäätöksentekijä -monisairas potilas</p> | <p>os:lla olo aika) -jatkohoidosta ja toipumisesta kirjaus WHOIKE:lle</p> | <p>= LEIKO-sh ja kirurgi katsovat, tarv anestesia­lääkäri.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - lääkekortin täyttäminen - anestesiakaavake - mahdollisen verivarauksen tekeminen (x-kokeen ohjelmointi leikkaukselle) <p>ANESTESIALÄÄKÄRI leikkauksien lääkitys ja esilääke ohjelmoidaan anestesia­lääkäri­n tekemän ns. yleisohjeen mukaan tarvittaessa LEIKO-sh konsultoi anestesia­lääkäriä jo ennen prekäyntiä, prekäynnin pape­reita valmistellessa.</p> | <p>KIRURGI merkitsee leikkauksen kohdan tussilla osastolla</p> |
|---|---|--|--|--|

SUUNNITELMAA LEIKO-TOIMINTAMALLISTA TOIMINNAN LAAJENTUESSA 03/2012

| Leikkauspäätös potilaasta | Potilaan ohjaaminen poliklinikalla | Potilaan kutsuminen leikkaukseen | Potilaan tulotarkastus osastolla | Potilaan leikkaukseen tuleminen |
|---|--|---|--|---|
| <p>KIRURGI Tekee päätöksen Päiki /LEIKO/ osasto</p> <p>Osaston kautta leikkauksista oletuksena, että tehdään LEIKO, ellei toisin perustella: perustelut KIRU-tekstiin saneltava.</p> <p>Informoi potilasta leikkauksesta ja riskeistä, mahdollisista komplikaatioista ja odotusajasta.</p> <p>Kirjaa hoidonvarauksien Efficalle (jonokortin HOITO-osion huomautukset kohtaan merkintä LEIKO tai OSASTO ja jos on erikoista huomioidavaa leikkauksen tai tulotarkastuksen suhteen soitto/ käynti).</p> <p>Jos epäilyä potilaan leikkauksellisuudesta, kirurgi tekee konsultaa-</p> | <p>SAIRAANHOITAJA Tarkistaa hoidonvarauksien tiedot.</p> <p>Käy potilaan kanssa läpi taustatietokaavakkeen ja siirtää tiedot Efficalle. Kiinnittää huomiota perussairauksiin ja tautotettavaisiin lääkityksiin (Plavix, Marevan, biologiset lääkkeet).</p> <p>Arvioi ohjauksen aikana tulotarkastuksen tarpeen ja leikkaukseen tulotavan.</p> <p>Jos potilas ei sovellu LEIKO-potilaaksi, hoitaja muuttaa suunnitelman (kirjaa potilastietoihin perustelut).</p> <p>Antaa potilaalle ohjeet: - leikkaukseen valmistautumisesta - toimenpiteestä (tietoa leikkauksesta,</p> | <p>OS. SIHTEERI /hoidonvaraaja</p> <p>Kutsuu potilaan leikkaukseen → kutsuu samalla tulotarkastukseen (ohje: <i>LEIKO-potilaan kutsuminen leikkaukseen</i>).</p> <p>Ohjelmoi preoperatiiviset tutkimukset (ohje: <i>Osastolle tulevista potilaista otettavia rutiinitutkimuksia</i>).</p> <p>Lääketauotusten ohjelmointi (ohje: <i>Leikkaukseen tulevan potilaan kotilääkityksen jatkaminen</i>).</p> | <p>Tulotarkastussoitto: LEIKO-sh soittaa potilaalle noin viikko ennen leikkausta. Preoperatiiviset tutkimukset viikko ennen tulotarkastussoittoa.</p> <p>Tarvittaessa tulotarkastuskäynti: 1 viikko ennen leikkausta osastolla sairaanhoitajan vastaanotto. Preoperatiiviset tutkimukset viikkoa ennen tai viimeistään tulotarkastukseen tullessa.</p> <p>Tarvittaessa sairaanhoitaja pyytää kirurgin varmistamaan leikkaussuunnitelman.</p> <p>Jos preoperatiivisissa tutkimuksissa on poikkeavaa, sh näyttää ne kirurgille ja anestesialääkärille, muuttaako leikkaussuunnitelmaa?</p> <p>LEIKO-SH Konsultoi tarvittaessa anestesialääkärinä jo ennen tulotarkastuskäyntiä. Ottaa tarvittaessa yhteyttä anesthesiash / lääkäriin, jos epäselvyyksiä potilaan läsnä ollessa (ohje: <i>Leikkauspotilaan anestesiakonsultaation tarve</i>).</p> <p>Ohjelmoi leikkauksensaamun lääkityksen ja esilääkkeen anestesialääkärin tekemän ohjeen mukaan. (ohje: <i>Leikkaukseen tulevan potilaan kotilääkityksen jatkaminen</i>).</p> <p>Tarkistaa, että lääketauotukset on ohjelmoitu ja että potilas on ymmärtänyt ohjeet.</p> <p>Ohjaa leikkaukseen tulemisesta ja valmistautumisesta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pituus, paino, RR, pulssi - ihon tarkistus - antiemboliasukkien mittaaminen - peseytyminen ja ravinnottaolo | <p>OS. SIHTEERI</p> <p>Sisäänkirjoittaa potilaan Effican ja puhelinjärjestelmään.</p> <p>Huom! x-koever ja Marevan potilailta INR otetaan os:lla tullessa (tilataan leikkauksen varaamisen yhteydessä) ja mikäli verivaraus niin myös x-koever (tilataan tulotarkastuksen yhteydessä).</p> <p>Lab.pyyntöihin Lisätiedotkohtaan maininta, että <i>LEIKO, potilas tulee aamulla ja menee leikkaukseen</i>.</p> <p>LEIKO-SH Vastaanottaa potilaan ja tarkistaa</p> <ul style="list-style-type: none"> - ravinnottaolon - pesuasiat - aamulla otetut lääkkeet ja onko tautotetut lääkkeet olleet tauolla - ihon tarkistus |

SUUNNITELMAA LEIKO-TOIMINTAMALLISTA TOIMINNAN LAAJENTUESSA 03/2012

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>tiopyynnön anestesia- lääkärille.</p> <p>Konsultaatio tehdään ennen leikkauspäivän sopimista.</p> <p>Myös muut etukäteen pyydyttävät konsultaati- ot esim sisätautilääkäril- tä, tulee tehdä tässä vai- heessa.</p> | <p>nukutus/puudutus, os:lla olo aika)</p> <p>- jatkohoidosta ja toi- pumisesta</p> <p>- yhteystiedot, mihin potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä (LEIKO- sh, osasto, hoidonvaraa- ja)</p> | <p>Ottaa tarvittaessa yhteyttä anes- tesialääkäriin /- vastuuhoitajaan tai toimittaa poti- laan paperit heil- le nähtäväksi (ohje: <i>Leikkaus- potilaan anes- tesiakonsultaation tarve</i>).</p> | <p>Ohjaa leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leikkauspotilaan ohjaus (liike- ja voimisteluohjeet, hengitysharjoitusohjeet) - apuvälineiden tarve ja kotona selviytymiseen valmistautuminen <p>Valmistelee potilaspaperit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - hoitosuunnitelman laatiminen - kuumekurvaan esitäyttäminen ja muiden tarvittavien seurantalomakkeiden va- raaminen - lääkekortin täyttäminen - anestesiakaavake <p>Opera tietojen tarkistus ja tarvittaessa korjaus mahdollisen verivarauksen tekeminen (x-kokeen ohjelmointi leikkausamulle)</p> <p>Tekee käynnin yhteenvedon tulotarkastuksesta LEIKO-sairaanhoitajan ajanvarauskirjalle (ohje: <i>LEIKO-potilaan tulotarkastuksen käynninyhteenvedo</i>).</p> <p>Jos myös lääkärille on aika varattu, niin myös lääkäriin on tehtävä LEIKO-lääkäriin kirjalle.</p> | <p>Henkilötietoranneke potilaal- le, luetteloidaan potilaan mu- kana olevat henkilökohtaiset tavarat.</p> <p>Antaa leikkausvaatteet ja oh- jaa vaatteiden vaihdossa.</p> <p>Ohjaa potilaan vuodepaikalle tai päiväsaliin odottamaan.</p> <p>Hoitaa potilaan leikkaussaliin asti.</p> <p>KIRURGI Merkitsee leikkauskohdan tussilla osastolla ja täyttää Leikkauslupalapun.</p> |
|--|--|---|--|--|

LEIKO-TOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN MONIAMMATILISENA YHTEISTYÖNÄ KAINUUN KESKUSSAIRAALASSA KIRURGIALLA

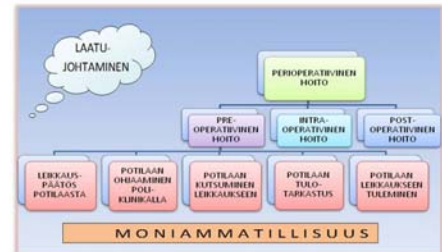


Potilas saapuu suunnitellusti sairaalaan vasta leikkauspäivänä riippumatta leikkauksen suuruudesta tai postoperatiivisesta hoitoajasta, jolloin preoperatiiviset valmistelut potilas suorittaa kotona ohjauksen mukaisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kirurgian LEIKO (leikkauksen kotoa)-toimintaa Kainuun keskussairaalassa. Tavoitteena oli käynnistää LEIKO-toiminta moniammatillisena yhteistyönä.

LEIKO-toimintamalli on kirurgisen potilaan preoperatiivisen hoidon malli. Toimintamallin perustana on moniammatillinen yhteistyö. Laatujohtamisen avulla pyrimme vaikuttamaan moniammatilliseen yhteistyöhön ja toimintamallin toimivuuteen. Tarkastelemme toimijoiden tehtäviä ja vastuuta, jotta potilaan hoitoprosessi on sujuva ja turvallinen. (kuvio 1)

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen metodologiaa mukaellen (kuvio 2) projektinomaisena työyhteisöjen välisenä moniammatillisena yhteistyönä.



Kuvio 1. Kehittämistehtävän viitekehys

Ensimmäisen syklin tarkoituksena oli selvittää, miten LEIKO-toiminta on Suomessa eri keskussairaloissa järjestetty. Tavoitteena oli näiden tietojen perusteella tehdä Kainuun keskussairaalaan kirurgialle LEIKO-toimintamalli moniammatillisena yhteistyönä (kuvio 3).

| LEIKKAUSPÄÄTÖS POTILAESTA | POTILAAN OHJAAMINEN POLKURINNALLA | POTILAAN KUTSUMINEN LEIKKAUKSEEN | POTILAAN TULOTAPAISTUS | POTILAAN LEIKKAUKSEEN TUULEMINEN |
|--|---|--|--|---|
| KIRURGI | SABAANHOITAJA | KIRURGI JA OS-SIHTTEERI / HOIDONVASTAAVA | LEIKO-SH JA KIRURGI | OS-SIHTTEERI, SABAANHOITAJA JA KIRURGI |
| leikkauksen päätös ja tulotapaistuksen tarve | potilaan tautitietojen ja lääkitystietojen tarkistaminen ja kirjautuminen (sähkötoimalla) | hoitotapaistuksen ja preoperatiivisten tutkimusten suorittaminen | leikkauksen valmistelu, ohjaaminen leikkaukseen ja valmistautuminen ja hoito, toipuminen | potilaan valmistautuminen ja leikkaukseen valmistuminen |
| tarvitessa tarvittavien konsulttien | potilaan ohjaaminen leikkaukseen ja tulotapaistuksen tarpeen arvioinnin | leikkauksen ohjaaminen | potilaspaperien valmistaminen | potilaan leikkaukseen tuleminen |

Kuvio 3. Kainuun keskussairaalan LEIKO-toimintamalli

Toisen syklin tarkoituksena oli tarkastella LEIKO-toimintamallia pilotoinnin avulla. Tavoitteena oli arvioida, mitä kehittämistä toimintamallissa on ja millä keinoin kehittämistyössä edetään.

Kehittämisen haasteet eivät ainoastaan liittyneet LEIKO-toimintamalliin vaan vastauksista nousi ongelmia, jotka ovat koko kirurgian toiminnan haasteena.

Esimiesten haasteena on luoda olosuhteet, jotka mahdollistavat hyvän hoitotyön. Haasteena on toimintatapojen kehittäminen asiakkaiden parhaaksi sujuviksi ja joustaviksi. Haasteena on henkilökuntaresurssien kohdentaminen vastaamaan potilaiden hoitotarvetta, hoitajien osaamisen kehittäminen sekä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittäminen.



Kuvio 2. Kehittämistehtävän eteneminen toimintatutkimusta mukaellen



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Marja-Liisa Karanen, ylempi amk-tasolla (p)
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Kevät 2012