

Marko Saarinen & Mika Väänänen

KOORDINOIVAN HOITAJAN TOIMINTAMALLI JA SEN KEHITTÄMINEN OULUN
YLIOPISTOLLISESSA SAIRAALASSA

KOORDINOIVAN HOITAJAN TOIMINTAMALLI JA SEN KEHITTÄMINEN OULUN YLIOPISTOLLISESSA SAIRAALASSA

Mika Väänänen ja Marko Saarinen
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijät: Marko Saarinen & Mika Väänänen

Opinnäytetyön nimi: Koordinoivan hoitajan toimintamalli ja sen kehittäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa

Työn ohjaajat: Anja Henner, Tuula Nissinen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2014

Sivumäärä: 49 + 3 liitesivua

Koordinoivan hoitajan keskeinen toimenkuva on hallita potilaiden sijoittelua Oulun seudun yhteispäivystyksestä Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosastoille ilta-aikaan. Koordinoivan hoitajan toimintamalli on ollut käytössä vuoden 2010 alusta. Tutkimus on tehty yhteistyössä OYS:in operatiivisen ja medisiinisen tulosalueen vuodeosastojen kanssa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuoda ulkopuolinen ja kokoava näkökulma koordinoivan hoitajan toimintamallista. Tutkimuksen tavoitteena on myös tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista, haasteista ja mahdollisista epäkohdista toimiessaan koordinoivan hoitajan roolissa. Tutkimustehtävänä on tutkia millaiseksi koordinoivan hoitajan roolissa toimineet hoitajat kokevat nykyisen toimintamallin tiedonkulun, tietoisuuden, perehdytyksen ja ohjeistuksen sekä valta- ja vastuukäytösten osalta.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Tutkimuksen tietolähteinä käytetään OYS:in sisäisiä materiaaleja liittyen koordinoivan hoitajan toimenkuvaan sekä koordinoivan hoitajan työvuoron havainnointia. Pääasiallinen aineistonkeruumenetelmä on koordinoiville hoitajille tehdyt ryhmähaastattelut. Ryhmähaastatteluita toteutettiin molemmille tulosalueille yksi kappale ja yhteensä ryhmähaastatteluihin osallistui yhdeksän sairaanhoitajaa.

Koordinoivan hoitajan toimintaa vaikeuttaa epäoleellinen, epäselvä ja puuttuva tieto vuodeosastoilta. Tiedonkulku vuodeosastoilta on kuitenkin parantunut koordinoivan hoitajan toimintamallin tietoisuuden kasvaessa. Tietoisuus koordinoivan hoitajan toimintamallista lääkärin keskuudessa puolestaan vaihtelee. Uuden hoitajan perehdytys on hoidettu perusteellisemmin medisiinisellä tulosalueella. Operatiivisella tulosalueella koordinoivan hoitajan roolin selvä omistajuus ja jatkuva kehittäminen ovat olleet puutteellisia. Koordinoivan hoitajan tekemiä potilassijoituspäätöksiä ei kyseenalaisteta vuodeosastojen toimesta, koska koordinoivalla hoitajalla on paras kokonaisnäkemys tulosalueen vapaista vuodeosastopaikoista. Koordinoivan hoitajan vastuu omahoitajaringin järjestämisestä on puolestaan epäselvä. Myös koordinoivan hoitajan valta perehtyä osastopaikkaa tarvitsevan potilaan potilastietoihin on epäselvä, vaikka tiedosta olisi hyötyä potilaan sijoituspäätöstä tehtäessä.

Koordinoivan hoitajan toimintamalliin ollaan laajalti tyytyväisiä. Tutkimuksen pohjalta löydettiin lukuisia työn sujuvuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä. Näiden pohjalta esitetään yhdeksän kehittämissideaa, joiden toteuttaminen helpottaisi hoitajan työn sujuvuutta hänen toimiessaan koordinoivan hoitajan toimenkuvassa

Asiasanat: koordinoiva hoitaja, tuottavuus, koordinointi, hoitoprosessi, organisaatio, ja hallinto.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Nursing and health care, option of nursing

Authors: Marko Saarinen & Mika Väänänen

Title of thesis: Development of coordinating nurse's operating model in Oulu University Hospital

Supervisors: Anja Henner, Tuula Nissinen

Spring 2014

Number of pages: 49 + 3 appendices

Coordinating nurse manages placement of patients from emergency unit to wards during evening shift in Oulu University Hospital. This operating model has been in place since beginning of 2010. Thesis has been made in co-operation with operative care and medicine wards in Oulu University Hospital.

The aim of this thesis is to offer external and unitive viewpoint to the development of operating model of coordinating nurse. Study task is to find out what kind of experiences nurses' have in the area of information flow, awareness, orientation process and authority & responsibility when working as a coordinating nurse.

The study was qualitative. Two separate group interviews covering both operative care and medicine wards were carried out consisting of nine participants altogether. Also internal material provided by the assigner and our own observation was used as a source of information.

Irrelevant, unclear and missing information given by wards hinders the daily activities of coordinating nurse. However, information flow between wards and coordinating nurse has improved due to increase of overall awareness. On the other hand awareness among the doctors varies. Orientation process in medicine section is well defined and organized. In operative care section clear ownership and continuous development of operating model is insufficient. Coordinating nurse has an undisputed authority in making patient placement decisions due to the fact that she has the best up-to-date knowledge. Responsibility of arranging the ring of people for individual care is unclear however. Also coordinating nurse's permit to access patient information requires clarification in certain situations.

There is a wide consensus that operating model of coordinating nurse is beneficial. Results reveal plenty of conducive and hindering factors in current operating model. Altogether nine development proposals are suggested. Implementation of the proposals would increase the smoothness of coordinating nurse's daily activities.

Keywords:

coordinating nurse, productivity, coordination, care process, organization, government

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	PROSESSIAJATTELUN HYÖDYNTÄMINEN TOIMINNAN JA TUOTTAVUUDEN KEHITTÄMISESSÄ TERVEYDENHUOLTOALALLA.....	9
2.1	Koordinoiva hoitaja Oulun yliopistollisessa sairaalassa	10
2.2	Tuottavuudesta ja laadusta terveydenhoitoalalla	11
2.3	Prosessiajattelun perusteista.....	12
2.3.1	Funktionaalinen organisaatio	13
2.3.2	Prosessiorganisaatio ominaispiirteistä.....	13
2.3.3	Prosessien omistajat ja kuvaaminen	14
2.3.4	Prosessiajattelu suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.....	15
2.4	Toiminnan kehittäminen terveydenhuoltoalalla.....	16
2.4.1	Osoptimointi ja sen vähentäminen	16
2.4.2	Oikea tieto johtamisen ja päätösten perustana	17
2.4.3	Valta, vastuu ja auktoriteetti.....	19
3	TUTKIMUSMETODOLOGIA	21
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	22
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
5.1	Koordinoivan hoitajan työn havainnointi.....	24
5.2	Kirjallisen taustamateriaalin analysointi	25
5.3	Ryhmähaastattelu tutkimusmetodina	25
5.4	Haastateltavien valinta ja ryhmähaastattelun toteutus	27
5.5	Ryhmähaastattelun aineiston sisällön analyysi	28
6	TULOKSET	30
6.1	Tiedonkulku koordinoivan hoitajan toimintamallissa.....	30
6.2	Tietoisuus koordinoivan hoitajan toimintamallista eri sidosryhmissä	32
6.3	Perehdytys ja ohjeistus kh:n roolissa toimimiseen.....	33
6.4	Valta ja vastuu koordinoivan hoitajan toimintamallissa	34
7	TULOSTEN TARKASTELU JA KEHITTÄMISIDEAT.....	37
7.1	Tiedonkulku koordinoivan hoitajan työssä	37
7.2	Tietoisuus koordinoivan hoitajan roolista eri sidosryhmissä	38
7.3	Perehdytys ja ohjeistus kh:n toimintamalliin liittyen.....	39

7.4 Valta ja vastuu koordinoivan hoitajan toimintamallissa	40
8 POHDINTA	42
8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	42
8.2 Nykytilanne ja kehittämisideoiden pohdintaa	43
8.3 Koordinoivan hoitajan rooli tulevaisuudessa	45
8.4 Tutkimuksen toteutuksesta.....	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	50

1 JOHDANTO

Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) päivystyspotilaan hoitoprosessissa on määrätty päivystyksen ja vuodeosastojen vastuut sekä velvoitteet selkeästi. Arjen toiminnassa sujuvuus ei ole kuitenkaan ollut taattua. Etenkin erikoisalakohtaisten vuodeosastojen ollessa kuormitettuja ilmeni potilaiden vuodeosastoille siirtämisessä ongelmia ja sujuvuutta haittaavia viiveitä. (Liljamo & Inget 2010, 5.) Pahimmillaan yhteispäivystyksen sairaanhoitaja oli joutunut soittamaan useaan otteeseen kahdeksan eri vuodeosaston vastaavalle hoitajalle illan aikana saadakseen vuodeosastopaikan sairaalaan jäävälle potilaalle. Osastopaikan hankinta oli saattanut viedä runsaasti yhteispäivystyksen sairaanhoitajan työaikaa. Myös potilas joutui odottamaan tarpeettomasti yhteispäivystyksen tiloissa. Oli selvää, että tälle päivittäiselle päivystyksen ja vuodeosastojen väliselle arjen ongelmalle oli tehtävä jotain. (Lahti 2011a, 12-15.)

Päivystysajan toiminnan sujuvuutta lähdettiin vuoden 2010 alusta parantamaan koordinoivilla sairaanhoitajilla. Koordinoivan hoitajan (kh) keskeinen toimenkuva on hallita potilaiden sijoittamista Oulun seudun yhteispäivystyksestä Oulun yliopistollisen sairaalan vuodeosastoille ilta-aikaan. Koordinoivan hoitajan työvuoro sisältää muun muassa seuraavia tehtäviä: kartoittaa työvuoron alussa vuodeosastojen paikka- ja henkilöstötilanne, käydä yhteispäivystyksessä tekemässä tilannearvio, ottaa vastaan yhteispäivystyksestä tulevat puhelut, järjestää osastopaikkaa tarvitseville potilaille optimaaliset osastopaikat ja kirjoittaa lyhyt yhteenvetoraportti työvuorostaan. (Liljamo & Inget 2010, 9.)

Koordinoivan hoitajan toimintaan on oltu tyytyväisiä niin yhteispäivystyksessä kuin osastoillakin. Toimintaa on myös arvioitu systemaattisesti vuodeosastojen ja päivystyksen lääkäreille ja sairaanhoitajille ajalta 11.1 - 31.8.2010 tehdyllä kyselyllä. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että koordinoivan hoitajan toimintaa kannattaa jatkaa. Samoin suurin osa oli sitä mieltä, että osastojen välinen yhteistyö on parantunut ja että päivystyspotilaiden sijoittaminen osastoille on sujuvampaa. Erityisesti yhteispäivystyksen vastaajat olivat tyytyväisiä siihen, että sieltä voidaan soittaa yhteen numeroon ja koordinoiva hoitaja järjestää osastopaikan potilaalle. (Liljamo & Inget 2010, 18.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla päivystyksen ja vuodeosastojen välistä potilasvirtojen hallintaa koordinoivan hoitajan näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoitus on myös selvittää, kuinka yleisiä tuotannonohjauksen lainalaisuuksia olisi mahdollista hyödyntää arjen sujuvuuden parantamisessa. Tutkimuksen tietolähteinä käytetään ”koordinoiva hoitaja –toiminta” kehittämistoimintaraporttia, sisäisiä tiedotteita, sisäisiä toimintamalleja, check-listoja sekä kaavakkeita. Tietolähteenä käytetään myös omaa havainnointia. Pääasiallinen aineistonkeruumenetelmä on kuitenkin medisiinisen ja operatiivisen tulosalueen koordinoiville hoitajille tehdyt ryhmähaastattelut.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuoda ulkopuolinen ja kokoava näkökulma koordinoivan hoitajan toimintamallista. Tutkimuksen tavoitteena on myös tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista, haasteista ja mahdollisista epäkohdista toimiessaan koordinoivan hoitajan roolissa. Opinnäytetyön tutkimustulosten pohjalta ehdotetaan yhdeksää kehittämisideaa, joiden toteuttaminen parantaa koordinoivan hoitajan arjen sujuvuutta.

Olemme tutustuneet opinnäytetyön tekemisen aikana potilasvirtojen hallintaan päivystysaikana sekä eri vuodeosastojen erikoisosaamisalueisiin. Lisäksi olemme perehtyneet työyhteisön kehittämisen monimuotoisuuteen sairaalaympäristössä. Varsinkin ryhmähaastattelun suunnittelu, toteutus ja analysointi ovat olleet meille uusia kokemuksia ja tarjonneet mahdollisuuden ammatilliseen kasvuun. Opinnäytetyöprosessi itsessään on antanut mahdollisuuden tehdä laadullista tutkimusta käytännön työelämän haasteisiin liittyen.

2 PROSESSIAJATTELUN HYÖDYNTÄMINEN TOIMINNAN JA TUOTTAVUUDEN KEHITTÄMISESSÄ TERVEYDENHUOLTOALALLA

Potilassiirrot organisaation sisäisten yksiköiden välillä ovat päivittäin toistuvia rutiiniluonteisia tapahtumia. Vuonna 2009 OYS:n yhteispäivystyksessä oli kirurgian ja neurokirurgian erikoisalojen potilaita keskimäärin 31 potilasta vuorokaudessa. Näistä potilaista keskimäärin kahdeksan potilasta siirtyi kirurgian vuodeosastoille iltavuoron ja keskimäärin viisi potilasta yövuoron aikana. Osastojen välillä päivystyspotilaiden määrissä on vaihtelua, eniten päivystyksenä potilaita tulee traumatologian osastolle seitsemän ja gastroenterologisen kirurgian osastolle kahdeksan. (Liljamo & Inget 2010, 4.)

Potilassiirron valmistelun tavoitteena on varmistaa mahdollisimman hyvin potilaan ja hoitajan siirtovalmius sekä potilassiirtoihin liittyvän tarkoituksenmukaisen informaation siirtyminen. Hoitohenkilökunnan ja toimintayksiköiden näkökulmasta suunnittelemattomat siirrot voivat lisätä sairaanhoitajan työnkuormitusta (Watts, Pierson & Gardner 2006, 270). Potilassiirtoihin liittyvää tutkimusaineistoa löytyy sekä kotimaisista että ulkomaisista lähteistä. Itse siirtotapahtuman käytännön toteutus ei kuitenkaan kuulu oleellisena osana koordinoivan hoitajan toimenkuvaan, vaan erityisesti sijoituspäätöksen tekeminen osastojen paikkatilanteen, potilaan vaatiman erikoisalan ja hoitoisuuden sekä henkilöstötilanteen mukaan.

Koordinoivan hoitajan työnkuvaan ei ole saatavilla OYS:n ulkopuolista tutkimusaineistoa. Tämä on ymmärrettävää, koska koordinoivan hoitajan työnkuva on tuore ja työnkuva on kehitetty puhtaasti OYS:n päivittäisen hoitotyön arjen ongelmaan. Kehittämistyö on myös ollut epämuodollista: on alettu kokeilemaan uutta tapaa tehdä työtä ja se on vakiintunut käytännöksi (Lahti 2011b, 18). Olemmekin päätyneet ottamaan teoreettiseksi lähestymistavaksi tässä opinnäytetyössä tuotantotaloudellisen näkökulman, prosessiajattelun sekä governanssikysymykset, koska ne liittyvät läheisesti varsinaisen sijoituspäätöksen tekemiseen. Terveystotalouden tuotantotaloudellinen tarkastelu ei ole aivan uutta. Suomessa ja maailmalla on tehty aiheeseen liittyviä tutkimus- ja kehityshankkeita (Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 6). Jalonen (2006, 28) toteaa tutkimuk-

sessaan, että prosessiajattelu on yksi tehokkaimmista keinoista yhdistää eri osastojen näkökulmat kokonaisuudeksi ja kehittää organisaation tuottavuutta ja laatua. Governanssikysymykset puolestaan liittyvät jokapäiväisen toiminnan organisointiin ja johtamiseen (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005, 104). Tutkimuksen avainsanat ja keskeiset käsitteet ovat tuottavuus, koordinoiva hoitaja, hoitoprosessi, organisaatio ja governanssi.

2.1 Koordinoiva hoitaja Oulun yliopistollisessa sairaalassa

Johdantokappaleessa kuvattuun arjen ongelmaa olisi voitu hakea ratkaisua resurssien jatkuvalla kasvattamisella eli tarjonnan (vuodeosastopaikkojen) lisäämisellä. Toisaalta päivystystoiminnan luonteen vuoksi päivystyspotilaat usein ruuhkauttavat osastoja (Liljamo & Inget 2010, 4). Näin ollen kysyntään vaikuttaminen eli päivystyksestä sairaalaan jäävään potilasmäärään ei ollut mahdollista vaikuttaa organisaation arjen tasolla. Lillrank ym. (2004) toteaa, että suoritteiden eli hoidettujen potilaiden määrä ja resurssien eli vuodeosastopaikkojen määrän välinen suhde ei ole vakio, vaan jokaisella tuotantjärjestelmällä on tuottavuudeksi kutsuttu ominaisuus. Tuottavuus mittaa yksinkertaisimmillaan resurssien ja suoritteiden välistä suhdetta eli millä tehokkuudella järjestelmä muuttaa panoksia tuotoksiksi (Lillrank ym. 2004, 19-20).

Kesällä 2008 OYS:ssa tehtiin alustavia laskelmia ja suunnitelmia mobiilihoitaja/koordinoiva hoitajan toiminnasta. Mallia toimintaan haettiin muun muassa Keski-Suomen keskussairaalan käytössä olevasta kiertohoitajamallista. Tämä suunnitelma kuitenkin kariutui, koska tarvittavaa henkilöstöresurssia ei voitu vapauttaa perusmiehityksestä. Operatiivisen tulosityksikön johtajan esittämää täsmennettyä mobiilihoitajamalliaan ei saatu toteutettua vuoden 2009 talousarvioneuvotteluissa resurssien puutteessa. Ilmeinen tarve parantaa vuodeosastojen yhteistyötä erityisesti päivystysaikana siten, että kuormituseroja olisi voitu tasata ja päivystyspotilaat olisi voitu sijoittaa sujuvasti, ei kuitenkaan kadonnut mihinkään. Edellä mainitut tarpeet nousivat välittömästi yhdeksi kehittämiskohteeksi osastonhoitajien kehittämispäivillä vuoden 2009 aikana. Vuonna 2009 aloitettiin Leikkaus- ja tehohoidon tulosityksikössä ”päivystystoiminnan kehittämisprojekti”, jonka seurauksena 16.12.2009 osastonhoitajakokouksessa päätettiin, että

koordinoivan hoitajan toiminta aloitetaan iltavuorossa 11.1.2010 alkaen. (Liljamo & Inget 2010, 5-10.)

Toiminnan käynnistyessä koordinoivan hoitajan tehtäviksi kirjattiin seuraavia asioita:

- Kartoittaa työvuoron alussa vuodeosastojen paikka- ja henkilöstötilanne sekä potilaiden hoitoisuus.
- Ottaa vastaan päivystyksestä tulevat puhelut ja sijoittaa potilaat ensisijaisesti omille erikoisaloilleen osastojen paikkatilanteen, potilaiden hoitoisuuden ja henkilöstötilanteen mukaan.
- Osallistua tarvittaessa päivystyspotilaiden hoidon aloitukseen, potilassiirtoihin ja avustaa kiiretilanteessa.
- Ohjata tarvittaessa henkilökuntaa osastolta toiselle.
- Avustaa teho-osastoilta ja heräämöistä siirtyvien potilaiden hoidossa, jos osastoilla on ongelmia sijoittaa näitä potilaita.
- Kartoittaa työvuoron päättyessä vuodeosastojen tilanteen ja ilmoittaa yhteispäivystykseen päivystyspotilaita varten jäävät paikat.
- Informoida osastojen vastaavia hoitajia vuodeosastojen kokonaistilanteesta.

Pätevyyskriteereinä koordinoivan hoitajan roolissa toimivalta sairaanhoitajalta vaaditaan vahvaa osaamista hoitotyöstä. Lisäksi koordinoivan hoitajan roolissa toimivalta sairaanhoitajalta edellytetään muun muassa hyvää stressinsietokykyä, kykyä toimia äkillisissä tilanteissa sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. (Liljamo & Inget 2010, 11.)

2.2 Tuottavuudesta ja laadusta terveydenhoitoalalla

Tuotantotaloudellinen tutkimus käsittelee organisaatioiden vaikutusta yksiköiden tuottavuuteen. Yksittäisen työsuorituksen, kuten anamneesin tekemisen tai kanyloinnin suorittamisen nopeuttaminen kymmenellä prosentilla voisi olla mahdollista. Potilaan hoitoprosessin kannalta yksittäisen työsuorituksen tehostamisella ei kuitenkaan ole suurta merkitystä kokonaisuuteen. Paljon olennaisempaa koko hoitoprosessin tuottavuuden kannalta on kaikkien työsuoritusten saumaton yhteennivoituminen. Lisäksi yksittäisen työsuorituksen nopeuttaminen saattaisi pilata työn laadun. Jotta lääkäreiden ja sairaan-

hoitajien käyttö olisi kokonaisuuden kannalta maksimaalisen tehokasta, kaikkien olisi toimittava juuri oikeissa tehtävissä oikeaan aikaan. (Lillrank ym. 2004, 21.)

Laatu tarkoittaa laajasti ymmärrettynä asiakkaan tyytyväisyyttä tuotteeseen tai saamaansa palveluun. Laajan laatukäsitteen käyttö terveydenhuollossa on kuitenkin ongelmallista. Vaikka päivystykseen saapuvan potilaan tulehtunut umpisuoli hoidetaan yleisten hoitosuosituksen mukaisesti ja potilas kotiutuu kolmen päivän päästä, potilas voi kokea tyytymättömyyttä mielestään liian pitkään ja kivuliaaseen odotusaikaan päivystyksen käytävällä ja äänekkääseen huonetoveriin vuodeosastolla. Näin ollen laaja laatukäsitys ei suoraan sovellu terveydenhuollon tuottavuuden ja laadun tarkasteluun. (Lillrank ym. 108.) Ekroosin (2004, 142) mukaan palvelun laatua on mahdollista jatkuvasti kehittää työn oikealla organisoinnilla, tehokkailla palveluprosesseilla, turhan byrokratian välttämällä ja moniammatillista toimintamallia kehittämällä. Vain terveydenhoitoorganisaatiot, jotka pystyvät optimoimaan henkilörakenteensa ja samalla pitämään palvelulaadun korkeana, pystyvät tulevaisuudessa vastaamaan kasvaviin tuottavuusvaatimuksiin.

2.3 Prosessiajattelun perusteista

Prosessiajattelu pyrkii siirtämään työntekijöiden huomion organisaation sisäisistä tehtäväjaoista niihin asiakastarpeisiin, jotka organisaation toiminta pyrkii tyydyttämään. Prosessiajattelun keskeinen tavoite on tuoda jokapäiväinen toiminta lähemmäs huomion keskipistettä. (Jalonen 2006, 28.) Prosessiajattelussa pyritään kehittämään koko toimintaketjun tuottavuutta. Ideana on keskittyä kokonaisuuden hallintaan, jolloin parasta kokonaistehokkuutta ei saavuteta optimoimalla erikseen jokaista yksikköä vaan tarkastelemalla kokonaisuutta. (Mattila 2006, 7.)

Prosessiajatteluun liittyy keskeisesti toiminnan jaottelu ydin- ja tukiprosesseihin. Lisäarvoa tuottava toiminta, jolla on suora yhteys asiakkaaseen, kutsutaan ydinprosessiksi. Tukiprosessit ovat puolestaan toimenpiteitä, joilla luodaan edellytykset ydinprosessien toiminnalle. Käytännön toiminta koostuu useista ydinprosesseista ja niitä mahdollistavista tukiprosesseista. Prosessiajattelun edut korostuvat ympäristössä, joka on altis jat-

kuville muutoksille. Prosessien ympärille perustettuja tiimejä voidaan kasasta ja purkaa tarpeen mukaan. (Mattila 2006, 7.)

2.3.1 Funktionaalinen organisaatio

Sairaalan organisaatiot ovat perinteisesti rakentuneet eri tehtäviä hoitavista toiminnoista eli funktioista. Tyypillinen esimerkki funktionaalisesta organisaatiosta sairaalaympäristössä on erikoissairaanhoidon osastot, joissa erikoisosaamisen alue organisoidaan omaksi yksiköksi. Esimerkiksi OYS:ssä sisätautipotilaiden hoito on organisoitu erikoisosaamisalueittain. Osastolla 36 hoidetaan veritauteihin sairastuneita potilaita ja osaston henkilökunta on erikoistunut kyseessä olevien sairauksien hoitoon koko sairaanhoitopiirin alueella. Osastolle 42 vastaavasti sijoitetaan alueen infektiopotilaat, joita varten osastolla on muun muassa kaksi alipaineistettua eristyshuonetta. (Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013, hakupäivä 3.10.2013.) Funktionaalisen organisaation tehokkuuden perusteena on erikoistuminen ja jokaisen erikoisalan viimeisimmän osaamisen vaaliminen muun muassa jatkuvan lisäkoulutautumisen muodossa. Funktionaalisen organisaation ongelmana on kokonaisuusien hallinnan vaikeus ja tehottomuus eri yksiköiden rajapinnoilla. (Jalonen 2006, 28.)

2.3.2 Prosessiorganisaatio ominaispiirteistä

Prosessiorganisaatio rakentuu asiakastarpeiden täyttämiseksi toimivien ydinprosessien ympärille ja keskeistä ei ole yksittäisen funktionaalisen organisaation, kuten sairaalan vuodeosaston omien tavoitteiden saavuttaminen. Prosessiorganisaatio muodostuu erilaisten asiakastarpeiden palvelemiseksi muodostetuista ryhmistä, jotka sisältävät kaikki tarvittavat funktionaalisen organisaation toiminnot. Näin ollen nämä kaksi organisaation ajattelutapaa eroavat toisistaan toiminnan tavoitteiden, mittarien ja vastuun osalta taulukon 1 mukaisesti. (Jalonen 2006, 30.)

TAULUKKO 1. *Funktionaalisen- ja prosessiorganisaation erot (Laamanen 2004, 16)*

	Funktionaalinen organisaatio	Prosessiorganisaatio
Organisoinnin perusta	Toiminnot ja osastot	Asiakkaat
Vastuunjako ja organisointi	Yksikkö- tai ammattiryhmäkohtaisia	Prosessikohtaista
Tavoitteet	Yksikkö- tai ammattiryhmäkohtaisia	Asiakas- ja ongelmakoh- taista
Toiminnan mittarit	Mitataan osastojen ja yksilöiden suoritusta	Mitataan kokonaisprosessin suoritusta
Huomion keskipiste	Yksikön tehokkuus ja toiminnan laatu	Kokonaistehokkuuden tehokkuus ja toiminnan laatu

Keskeinen tavoite prosessiorganisaatioissa on vähentää eri funktioiden välistä osaaoptiointia. Funktionaalista organisaatioista tulee helposti omia ”kuppikuntia”, joissa työntekijät vastaavat tekemisistään vain funktioidensa omille esimiehille. Tällöin heidän ei tarvitse kiinnittää riittävästi huomiota muihin yksiköihin, vaikka heidän toimintansa vaikuttaisikin suoraan muiden yksiköiden tehokkuuteen ja toimintatapoihin. ”Kuppikuntien” välisillä rajavyöhykkeillä syntyy usein erilaisten tavoitteiden ja eturistiriitojen vuoksi yhteensopivuusongelmia. (Jalonen 2006, 31.)

2.3.3 Prosessien omistajat ja kuvaaminen

Toimintaprosessin sujuvuudesta ja suorituskyvystä vastaa prosessin omistaja. Hänen tehtävänä on prosessin jatkuva parantaminen sekä asiakaslähtöisyyden ja kokonaisprosessin toimivuuden ylläpitäminen. Hän vastaa myös siitä, että prosessin eri toimijat ymmärtävät prosessin ja vakiinnuttavat sitä jokapäiväisen toiminnan pohjaksi. Prosessin omistajalla ei välttämättä ole päätöksentekijän roolia, vaan hänen on saatava prosessiin osallistuvien yksiköiden esimiehet huomiomaan myös yhteisen prosessin toimivuuden yksittäisen yksikön päätöksenteossa. (Laamanen 2004, 19.)

Prosessien ymmärtäminen ja kehittäminen vaatii prosessikuvausta. Prosessikuvaus on tietyn prosessin vaihe vaiheelta määrittävä esitys, jossa käydään läpi vaiheiden syötteen, toimenpiteet, toimijat ja tulokset. Prosessikuvaus voi myös pitää sisällään vaiheiden kestoajoja, tietoa informaation kulusta ja tulosten vaikutuksista. Liian tarkan prosessi-

kuvauksen riskinä on vaikea hahmotettavuus, joten on arvioitava tarkkaan, kuinka yksityiskohtaiseen kuvaukseen on tarpeenmukaista mennä. Ilman ajanmukaista prosessikuvausta prosessorientoituneen organisaation toiminnan kehittäminen on mahdotonta. (Mattila 2006, 8.)

2.3.4 Prosessiajattelu suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä

Prosessiajattelun toimintamalleja on otettu osaksi suomalaista terveydenhuoltoa ottamalla käyttöön esimerkiksi hoitotiimi-käsite. Hoitotiimi on moniammatillinen yhteistyöryhmä, joka vastaa potilaan koko hoitoprosessista. Myös käsite hoitoprosessi itsessään on prosessiajattelun tulosta ja hoitoprosessit ovat sairaalan ydinprosesseja. Hoitoprosessilla tarkoitetaan samaa asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotoimenpiteiden muodostamaa suunniteltua tapahtumasarjaa. Hoitoprosessi käsite on tärkeää erottaa yksittäisen potilaan hoidosta ja siinä tapahtuvista variaatioista. Jokainen potilas on erilainen, mutta näistä kaikista erilaisista potilaista voidaan muodostaa potilasryhmä, jonka hoito noudattaa tiettyjä vaiheita. (Jalonen 2006, 32-33.)

Esimerkiksi päivystykseen saapuva potilas käynnistää suunnitelmallisen joukon tapahtumia eli hoitoprosessin, joka on myös useissa tapauksissa pidemmän hoitoketjun ensimmäinen vaihe. Verrattuna muiden terveydenhuollon osa-alueisiin, vaikkapa leikkauksalitoimintaan, suurimmat erot liittyvät potilaiden saapumiseen ja hoidon päämäärään. Päivystyksessä päämääränä ei ole lopullisesti ratkaista kaikkia potilaan lääketieteellisiä ongelmia, vaan selvittää vain ja ainoastaan päivystyskäynnin aiheuttanut akuuttiongelma. Tämän jälkeen potilas ohjataan tarvittaessa jatkohoitoon. Jos potilaan jatkohoitopaikaksi määräytyy jokin vuodeosasto, päivystystoiminta on ollut potilaan hoitoprosessin kannalta vain ensimmäinen vaihe. Sujuvan hoitoprosessin toimivuuden kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että myös hoitoprosessin seuraavat vaiheet, kuten siirtyminen vuodeosastolle toimii prosessiajattelun mukaisesti. Muuten potilaiden päivystyksessä viettämää aikaa ei saada minimoitua ja päivystykseen alkaa syntyä kriittinen ruuhkatileanne.

2.4 Toiminnan kehittäminen terveydenhuoltoalalla

Terveydenhuollon kuten muidenkin toimialojen tuotannolliset prosessit ovat riippuvaisia niitä ympäröivistä toimijaryhmistä. Tuotannon ja toimintaryhmien hallintaa kutsutaan governanssiksi. Kokemukset organisaatioiden kehittämisestä osoittavat, että prosessien ja governanssikäytänteiden on kuljettava käsi kädessä. Pelkästään asiantuntijuuteen perustuva tuotannon suunnittelu ja ohjaus eli miten esimerkiksi leikkaus suoritetaan parhalla mahdollisella tavalla, ei käytännön työelämässä riitä. Mukaan täytyy ottaa myös organisaatiossa esiintyvät etu- ja sidosryhmien väliset ristiriidat. Ihmisellä on myös taipumus tulkita toimintaympäristöään itselle sopivimmalla tavalla, joten governanssin kehittämisessä on otettava huomioon ihmisen raadollisuus niin yksilönä kuin ryhmänsä edustajana. (Lillrank ym.2004, 191-192.)

Governanssikäytänteillä pyritään vaikuttamaan organisaatiossa olevien ihmisten vuorovaikutukseen ja käyttäytymiseen. Governanssikäytänteihin liittyvät muun muassa ihmisten, ryhmien ja organisaatioiden väliset kirjalliset, suulliset ja sanattomat sopimukset. (Lillrank ym. 2004, 201.) Kaikkia governanssikäytänteitä on mahdotonta käsitellä tyhjentävästi. Tässä opinnäytetyössä perehdytään governanssikäytänteihin liittyen osaoptimointiin, oikeaan tietoon sekä valta-, vastuu- ja auktoriteettikysymyksiin. Edellä mainitut kysymykset nähdään kaikkein oleellisimpana käsiteltäessä koordinoivan hoitajan toimintamallia ja sen kehittämistä.

2.4.1 Osaoptimointi ja sen vähentäminen

Tuotanto- ja palveluorganisaatioille on tyypillistä organisoitua yksiköiksi ja osastoiksi. Taustalta löytyy inhimillisiä, teknisiä ja johtamiseen liittyviä syitä. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon vuodeosastoa voidaan pitää tyypillisenä organisoituna yksikkönä. Vuodeosaston työntekijöille ja johtajille on tyypillistä toiminnan optimointi oman osaston lähtökohdista. Yksiköiden paras ei palvele välttämättä kokonaisuutta toimintaympäristössä, jossa yksiköiden toiminta liittyy usein ja voimakkaasti toisiinsa. Näin ollen yksikkökohtainen osaoptimointi johtaa väkisin kokonaisuuden kannalta haitalliseen lopputulokseen. (Parvinen ym. 2005, 209-210.)

Yksikön olemassaolon turvaaminen on tyypillinen yksikkölähtöisyyden ongelma. Rakenteiden ja toimintatapojen muuttuessa yksiköitä syntyy ja häviää. On pelkästään ihmillistä vastustaa oman yksikön lopettamista, vaikka omaa työtehtävää ei oltaisi lakkauttamassa. Tämä liittyy työntekijän tarpeeseen identifioitua johonkin yksikköön. Toinen tyypillinen osaoptimoinnin alue liittyy töiden päivittäiseen organisointiin. Työntekijät osaoptimoivat työvuorojen valinnoilla ja ”shoppailemalla” eri töitä. Ei liene sattumaa, että sairaalan työyhteisössä hyvillä lisillä varustettuihin sunnuntai- tai yövuoroihin on tulijoita, kun taas perjantai-iltapäiviin ja maanantaiaamuun voi olla vaikeampaa saada työntekijöitä. Tuotantotutkimuksessa törmätään usein myös tilanteeseen, jossa iltaisin työtahti hoidettua potilasta kohden on huomattavasti virka-aikaa tiiviimpi jopa moninkertainen. Tämä ei ole hyväksyttävää kustannustehokkuuden tai laadun kannalta. (Parvinen ym. 2005, 211.)

Osaoptimoinnin karsiminen on vaikeaa, vaikka johtajilla olisi siihen halukkuutta. Syynä tähän on se, että joku aina hyötyy vaikkapa taloudellisesti rakenteellisesta jäykkyydestä ja muutosvastarinta voi olla siksi raivoisaa. Osaoptimointia tapahtuu sekä henkilö- että yksikkötasolla sekä tahallisesti että tahattomasti. Edellytys osaoptimoinnin vähentämiseen ja ehkäisyyn on kustannusten läpinäkyvyys. Esimerkiksi ylitöihin liittyvät kustannukset kannattaa selvittää ja julkaista. Toinen edellytys osaoptimoinnin karsimiselle on toiminnan tuotannollisen tehokkuuden kartoittaminen ja sen ymmärtäminen. Tätä voidaan kartoittaa esimerkiksi mittaamalla potilaiden läpimenoaikoja ja osastojen kapasiteetin käytöstä. Osaoptimointi saattaa myös olla kannustinkysymys, joten tulospalkkauksen käyttöönotto tai muunlainen palkitsemisjärjestelmän remontti voi myös auttaa asiaa. (Parvinen ym. 2005, 211-213.) Esimerkkinä muunlaisesta palkitsemisjärjestelmästä mainittakoon työntekijän mahdollisuus laajentaa työnkuvaansa ja osaamispääomaansa oman erikoisosaamisalueen ulkopuolelle.

2.4.2 Oikea tieto johtamisen ja päätösten perustana

Terveydenhuollon johtamistyössä tarvittavan tiedon hallinta on muihin toimialoihin verrattuna alkeellista ja hajanaista. Koska käytännön toteutus on terveydenhuollossa usein hallitsevassa roolissa, suoritteiden mittaamista tai muuta johtamiseen tarvittavaa tiedon-

keruuta ei pidetä erityisen tärkeänä asiana. Se on kuitenkin välttämätöntä pitkäjänteisen suunnittelun ja tuotannonohjauksen kannalta. Kalliit tietojärjestelmät eivät nimestään huolimatta tuota itsessään tietoa. Yhtä tärkeää kuin itse järjestelmän hankkiminen on tarvittavan johtamistiedon määrittely, sen aktiivinen keruu, analysointi ja analysoinnin tulosten soveltaminen käytäntöön. (Parvinen ym. 2005, 227-228.)

Tieto on valtaa. Tietoa voi käyttää oikein, väärin tai sitä voi olla käyttämättä lainkaan. Oikein käytetty tieto auttaa organisaatiota tuntemaan itsensä ja ympäristönsä. Tiedon panttaaminen on puolestaan perusesimerkki tiedon väärin käytöstä. Tiedon panttaamiseen ei välttämättä liity halu haitata muiden toimintaa organisaatiossa, vaan se saattaa olla myös jäännös vanhasta organisaatiokulttuurista. Tiedon tahaton panttaaminen voi johtua myös tiedonkulun hankaluudesta. Jos tietoa ei kuitenkaan syystä tai toisesta ole saatavilla, puuttuva tietoa alkaa korvautua huhuilla ja päätelmillä, jotka useimmiten ovat organisaation kokonaisuuden toiminnan kannalta vahingollisia. Governanssikäytänteiden näkökulmasta tietoon liittyy tiedon epäsymmetrian ongelma: kahdella samassa prosessissa työskentelevällä toimijalla on erilaista tai eri määrää tietoa samasta asiasta. Tämä johtaa monesti epätarkoituksenmukaiseen toimintaan kokonaisuuden kannalta. (Parvinen ym. 2005, 228.)

Parvisen ym. (2005, 230) mukaan organisaatioissa esiintyi muuan muassa seuraavanlaisia tiedon epäsymmetria ongelmia: tieto jää esimiestasolle, ei ole selvyyttä kenen vastuulla on tiedottaa muutoksista, eri yksiköiden tietojärjestelmät eivät keskustele keskenään ja tietojärjestelmän tuottamaan tietoon ei voi luottaa. Keskijohto tarvitsee reaaliaikaista johtamistietoa päivittäisen toiminnan organisoinnissa, resursoinnissa ja ohjauksessa. Tiedonkeruu itsessään ei kuitenkaan saa olla päätehtävä esimerkiksi osastonhoitajalle, vaan kerran hyvin määritellyt ja aktiivisesti päivitetty järjestelmät tuottavat tietoa tehokkaasti. Lisäksi automaattisesti kerätty tieto on usein huomattavasti reaaliaikaisempaa ja objektiivisempaa kuin muulla tavoin kerätty tieto. Absoluuttinen tieto, kuten henkilöstön tai vapaiden potilaspaikkojen määrä, antaa pohjan suhteellisesti analysoidulle tiedolle. Jotta analysoitu tieto on oikeaa ja tarkoituksenmukaista, absoluuttinen tieto on määriteltävä ja kerättävä huolellisesti. (Parvinen ym. 2005, 231.)

2.4.3 Valta, vastuu ja auktoriteetti

Auktoriteetti on voima, joka saa aikaiseksi organisaatiossa toimenpiteitä ja päätöksiä, jotka eivät itsestään tapahtuisi. Auktoriteetti on organisaation näkökulmasta tärkeä työkalu. Toimivan organisaation toiminnassa on nähtävissä tasapaino suunnitelmallisen toiminnan ja spontaanin toiminnan välillä; tietyt asiat on mahdollista järjestää siten, että ne tapahtuvat spontaanisti oikeiden ihmisten ja olosuhteiden summana. Toiset asiat taas vaativat selkeitä päätöksiä niihin oikeutetuilta auktoriteeteilta. Tyypillisesti monet organisaation kannalta epämiellyttäviksi koetut asiat kuten supistamiset, keskittämiset, ulkoistamiset ja kurinpidolliset toimenpiteet vaativat auktoriteettipäätöksiä. (Parvinen ym. 2005, 205-206.)

Auktoriteetti saavuttaa asemansa, kun ihmiset luottavat tämän kykyyn ja taitoihin jossakin asiassa. Käytännön johtamistyössä auktoriteetti kulminoituu vallan ja vastuun käyttöön ja jakoon. Vallan ja vastuun jakamisen luulisi olevan itsestään selvä asia suomalaisessa terveydenhuollossa, mutta sitä se ei kuitenkaan usein ole. (Parvinen ym. 2005, 206.) Tyypillinen ongelma organisaatioissa on, että valta ja vastuu eivät kohtaa. Tällöin organisaatiossa toiset saavat tehdä päätöksiä ilman seuraamuksia ja tietoa, voiko kyseistä päätöstä toteuttaa, kun taas toiset kärsivät asioista, joihin eivät voi itse vaikuttaa. Esimerkiksi keskijohto ei voi johtaa, jos sillä ei ole riittävästi valtaa vaikuttaa henkilöstön määrään, henkilöstön osaamiseen tai työn sisältöön, vaikka sille on annettu vastuu toiminnasta. Vastuun ja vallan kohtaamattomuus johtaa väistämättä pidemmällä aikavälillä välinpitämättömyyteen organisaation sisällä. Keskijohdolla voi olla liikaa valtaa, jolloin hyvä spontaani toiminta suorittavalla tasolla tukahtuu ylijohtamiseen. Valta ja vastuu kysymykset voivat olla ristiriitaisia, jolloin törmätään väistämättä intressiristiriitisiin ja periaatteellisiin valtataisteluihin organisaation sisällä. (Parvinen ym. 2005, 208.)

Käytännön tasolla organisaation auktoriteetin järjestämisen onnistumista voidaan mitata päätöksenteon tehokkuuden perusteella. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa kysymyksiä liittyen ajankäyttöön, vasteaikaan, päätöksentekotiedon saatavuuteen ja ongelmanratkaisukykyyn. Esimerkiksi vasteajassa arvioidaan sitä, kuinka kauan kestää ennen kuin johdon päätökset ja määräykset pannaan toimeksi. Vasteaika voi toisaalta tarkoittaa, kuinka kauan kestää päätösten saamisessa, kun henkilökunta niitä johdolta

pyytää. Ongelmanratkaisukyvyssä puolestaan arvioidaan sitä, kuinka paljon organisaation normaali rytmi häiriintyy, kun odottamattomia ongelmia ilmenee. (Parvinen ym. 2005, 208-209.)

3 TUTKIMUSMETODOLOGIA

Tutkimuksen aineisto koostuu koordinoivan hoitajan tehtävään liittyvästä aiemmasta kehittämistiedon ja kyselytutkimuksen analysoinnista, kokemusperäisestä tiedosta, jota pyritään saamaan koordinoivanhoitajan työnkuvassa toimineita hoitajia haastatteleamalla ja omalla havainnoinnilla. Tutkimusmetodologiaksi on valittu kvalitatiivinen tutkimus, joka Soinisen (1995, 34) mukaan sopii ilmiöiden ymmärrettäväksi tekemiseen ja niiden tulkintaan, kuvaamiseen ja kehittämiseen. Tekemässämme opinnäytetyössä tutkittava ilmiö on koordinoivan hoitajan toimintamalli.

Kvantitatiivinen tutkimusote ei sovellu tämän tutkimuksen lähtökohdaksi yhtä hyvin. Esimerkiksi koordinoivien hoitajien vuororaporteista käy ilmi, että päivystyspotilaiden sijoitusmäärä osastoille ilta-aikaan vaihtelee yhden ja viidentoista potilaan välillä. Koordinoivan hoitajan työnkuvassa potilasmäärään ei voida vaikuttaa ja toisaalta potilasmäärää keskeisempi seikka on jokaisen sijoituksen mahdollisimman saumaton onnistuminen. Määrällisessä tutkimuksessa voidaan arvioida koordinoivan hoitajan työnkuvassa toimineiden hoitajien tyytyväisyyttä työnkuvaan esimerkiksi asteikolla 1 – 5. Liljamo & Ingetin (2010, 18) kehittämistoiminnan raportin pohjalta tiedetään, että koordinoivan hoitajan toimintaan ollaan oltu tyytyväisiä, joten oleellisempaa on nykyisen toimenkuvan jäsentäminen ja sen kehittäminen kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmiin pohjautuen.

Tekemässämme opinnäytetyössä tutkimamme teorian, tausta-aineiston ja tekemämme havainnoinnin perusteella nostamme esille neljä keskeistä teemaa, jotka muodostavat viitekehyksen ryhmähaastattelun toteuttamiseen ja tulosten ja kehittämisideoiden esittämiseen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja analysointi nivoutuvat yhteen. Laadullisen tutkimuksen kelvollisuuden kriteerinä onkin analyysin kelvollisuus saadun tutkimusaineiston määrän sijaan. (Hakala 2010, 17-19.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla päivystyksen ja vuodeosastojen välistä potilasvirtojen hallintaa koordinoivan hoitajan näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoitus on myös selvittää, kuinka yleisiä tuotannonohjauksen lainalaisuuksia olisi mahdollista hyödyntää arjen sujuvuuden parantamisessa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuoda ulkopuolinen ja kokoava näkökulma koordinoivan hoitajan toimintamallista. Tutkimuksen tavoitteena on myös tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista, haasteista ja mahdollisista epäkohdista toimiessaan koordinoivan hoitajan roolissa. Tutkimustulosten pohjalta nostetaan esille kehittämisideoita, joita voidaan hyödyntää koordinoivan hoitajan toimintamallin kehittämisessä. Lisäksi tavoitteena on oman ymmärryksen lisääminen työyhteisön kehittämisestä isossa terveydenhoito-organisaatiossa.

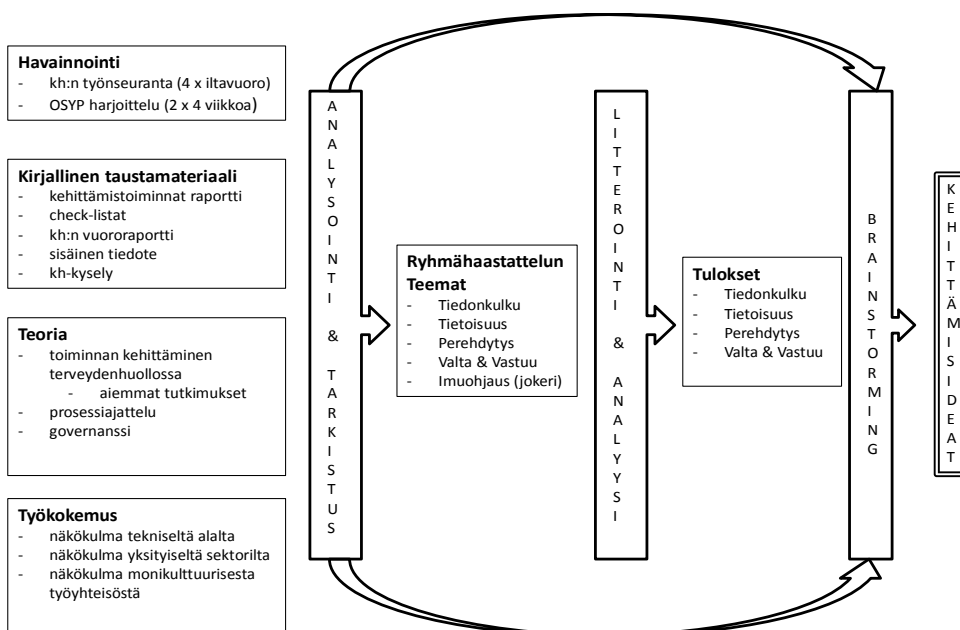
Tutkimustehtävän laadimme tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen, työn tilaajalta saamamme taustamateriaalin, havainnoinnin, oman työkokemuksen sekä tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta.

Millaiseksi koordinoivan hoitajan roolissa toimineet hoitajat kokevat nykyisen toimintamallin seuraavien asioiden osalta?

- a) tiedonkulku koordinoivan hoitajan toimintamallissa
- b) tietoisuus koordinoivan hoitajan toimintamallista eri sidosryhmissä
- c) perehdytys ja ohjeistus koordinoivan hoitajan roolissa toimimiseen
- d) valta ja vastuu koordinoivan hoitajan toimintamallissa

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aloituspalaveri pidettiin 20.3.2013. Palaverimuistio toimitettiin työn tilaajalle tiedoksi. Aloituspalaverissa sovittiin, että tutkimuksen alkuvaiheessa perehdytään koordinoivan hoitajan työnkuvaan liittyvään aineistoon kuten kehittämistoiminnan raporttiin, check-listoihin ja erilaisiin sisäisiin tiedotteisiin, joita OYS on luovuttanut tutkijoiden käyttöön. Aloituspalaverissa sovittiin myös, että tutkimuksen tekijöillä on lupa havainnoida koordinoivan hoitajan työtä muutamien työvuorojen ajan perehtyäkseen toimenkuvaan käytännössä. Lisäksi aloituspalaverissa sovittiin alustavasti, että opinnäytetyö on luonteeltaan laadullinen tutkimus, johon haastattelu tiedonkeruumenetelmänä soveltuu hyvin. Kattavaan tausta-aineistoon ja työn kehittämisenäkökulmaan pohjautuen päädyttiin yhdessä sisällönohjaajan kanssa siihen, että ryhmähaastattelu palvelee opinnäytetyötä parhaiten. Ryhmähaastattelua tutkimusmetodina pidettiin myös työn tilaajan puolelta toimivana lähestymistapana. Tutkimuksen tulosten pohjalta esitetään myös kehittämissideat. Tutkimusprosessia kokonaisuudessaan on havainnollistettu kuvassa 1.



KUVA 1. Tutkimusprosessin osatekijät ja vaiheet.

Kuten kuvasta 1 havaitaan, tutkimusprosessi on ollut monivaiheinen ja koostunut useasta osatekijästä. Koska tutkimuksen tarkoituksena on sekä kuvata nykytilaa että kehittää päivystyksen ja vuodeosastojen välistä potilasvirtojen hallintaa koordinoivan hoitajan näkökulmasta, koordinoiville hoitajille toteutetun ryhmähaastattelun suunnittelu ja toteuttaminen ovat keskeisin osa tutkimusprosessia. Onnistuneen ryhmähaastattelun toteuttaminen vaati tutkijoiden kattavaa perehtymistä laajaan tausta-aineiston ja sen pelkistämistä konkreettisiksi teemoiksi. Ryhmähaastattelu toteutettiin analysoinnissa syntyneiden teemojen pohjalta. Avoimen ryhmähaastattelun, jossa olisi kysytty esimerkiksi ”mitä koordinoiva hoitaja tekee? ”, toteuttaminen olisi ollut ryhmähaastattelun osallistuneiden hoitajien ajan haaskausta. Lisäksi tutkijoiden oma tausta työelämässä sekä aiempi koulutus ovat omalta osaltaan ohjanneet tutkimusprosessin toteuttamista ja ytimekkäiden teemojen muodostumista ryhmähaastattelun pohjaksi. Teemat tarjoavat myös toimivan viitekehyksen tutkimustulosten ja kehittämisideoiden esittämiseen.

5.1 Koordinoivan hoitajan työn havainnointi

Tieteellisessä tutkimuksessa empiirisen tutkimuksen havainnoista ei johdeta suoraan tuloksia eli asioita ei oteta suoraan sellaisina kuin miltä ne näyttävät. Havainnoita pidetään ennen kaikkea johtolankoina, joita tulkitsemalla pyritään pääsemään havaintojen taakse. On tärkeä ymmärtää, että havainnot ja tutkimustulokset ovat eri asioita; kiinnostavastakin aineistosta voidaan tehdä huonoa tutkimusta, kun taas arkielämän kannalta epäolennaiset seikat voivat johtaa tärkeisiin tutkimustuloksiin. (Alasuutari 1995, 78.)

Havainnointiin saatiin suullinen lupa opinnäytetyön aloituspalaverissa. Sovittiin, että opinnäytetyön tekijät havainnoivat koordinoivan hoitajan normaalia työvuoroa sekä medisiinisellä että operatiivisella tulosalueella. Havainnointia suoritettiin molempien tutkimuksen tekijöiden toimesta molemmilla tulosalueella, jolloin saatiin yhteensä neljä havainnointikertaa. Ajallisesti havainnointi suoritettiin kaksi viikkoa aloituspalaverin jälkeen, jolloin tutkijoille muodostui omakohtainen kokemus koordinoivan hoitajan arjesta ilman ennakkokäsityksiä. Havainnointi suoritettiin kulkemalla koordinoivan hoitajan mukana työvuorojen aikana, jolloin tarkoituksena oli saada alustava käsitys koordinoivan työvuoron kulusta, työn sujuvuudesta, mahdollisista ongelmista ja kehittämiskohteista. Havainnoinnin aikana myös keskusteltiin ko. työtekijän kanssa koordinoivan

hoitajan toimintamallista. Lisäksi havainnointia suoritettiin tutkimuksen tekijöiden omiin opintoihin liittyvän kuukauden kestävän harjoittelun yhteydessä Oulun seudun yhteispäivystyksessä (OSYP). Pääpaino harjoittelun aikana tehtävässä havainnoinnissa oli selvittää, miten yhteispäivystyksestä tulevat päivystyspotilaat saatiin sijoitettua ilta-vuoron aikana koordinoivan hoitajan toimesta eri osastoille päivystyksen kannalta mahdollisimman sujuvasti. Havainnointitapahtumien pohjaksi emme nähneet hyödylliseksi laatia etukäteen strukturoitua havainnointikaavaketta, vaan pyrimme mahdollisimman avoimeen tarkkailuun. Havainnointien aikana teimme muistiinpanoja, joita hyödynnettiin ryhmähaastattelun teema-alueiden suunnittelussa. OSYP:ssa harjoittelun aikana keskustelimme päivystyksen sairaanhoitajien kanssa potilaiden sijoittamisesta vuodeosastoille ja siihen liittyvistä haasteista heidän näkökulmastaan.

5.2 Kirjallisen taustamateriaalin analysointi

Analysoimme koordinoivan hoitajan työnkuvaan liittyvän aineiston induktiivisella sisällön analyysillä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä eli aineistolähtöisessä sisällön analyysissä aineisto puretaan osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään. Oleellista on aineiston tiivistyminen ja abstrahoituminen, jolloin tutkittava ilmiö saadaan kuvattua tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 112 – 113.) Liitteessä 1. kuvataan tutkijoiden oman havainnoinnin ja kirjallisen tausta-aineiston analysoinnin pohjalta syntyvien yläkategorioiden jalostuminen ja edelleen niiden pelkistäminen ryhmähaastattelun teemoiksi.

5.3 Ryhmähaastattelu tutkimusmetodina

Pääpaino tutkimuksessa oli ryhmähaastattelun toteuttamisessa. Ryhmähaastattelu toteutettiin kahdesti, toinen operatiivisen ja toinen medisiinisen tulosalueen hoitajille. Ryhmähaastattelun runkona toimivat tutkimuksen tekijöiden havainnoinnin, teorian, tutkijoiden työkokemuksen ja koordinoivan hoitajan toimintamalliin liittyvän kirjallisen aineiston analyysin pohjalta syntyneet teemat 1-4. Teemat ovat esitetty liitteessä 2. Teemaksi 5 valittiin haastattelua koostava teema, jossa jokaisella osallistujalla oli vielä

mahdollisuus kertoa mielestään 3 keskeisintä kehittämiskohdetta. Tutkijat valmistivat myös ”jokeriteeman”, jonka pohjalta haluttiin keskustella laajemmin työohjaukseen ja koordinointiin liittyvistä haasteista sairaalamaailmassa.

Kehittämishankkeessa on jokin teoreettinen lähestymistapa, muutostarve tai etukäteistiedot, jotka rajaavat ryhmähaastattelun kysymyksen asettelua ja aihealueita. Toisaalta teoreettiset pohdiskelut eivät kiinnosta työyhteisön edustajia, vaan työn konkreettinen kuvaaminen voi olla parempi lähtökohta haastatteluteemojen valintaan. Esimerkiksi ruuhkatilanteiden analyysi tai normaalin työvuoron kulun kuvaus ovat konkreettisia ilmiöitä, joista ryhmähaastattelu voidaan aloittaa. (Moilanen 1995, 33.)

Ryhmähaastattelun teemat käsittelevät tiedonkulkua, eri sidosryhmien suhtautumista koordinoivan hoitaja toimintamalliin, koordinoivan hoitajan perehdytystä ja ohjeistusta sekä valta- ja vastuukysymyksiä. Teemoja pyrittiin konkretisoimaan käytännön tasolle ryhmähaastattelussa. Esimerkiksi tiedonkulkuun liittyen keskusteltiin vuodeosastojen huoneentaulujen informatiivisuudesta koordinoivalle hoitajille. Teemojen sopivuus tarkastettiin ennen varsinaisen ryhmähaastattelun toteuttamista työn tilaajan ja työn ohjaajien kanssa. Lisäksi keskustelun teemat (liite 2) lähetettiin haastateltaville etukäteen saatekirjeen (liite 3) mukana. Ryhmähaastattelun luonne on pohdiskeleva, jolloin 4-8 työntekijän ryhmä on optimaalinen. Ryhmähaastattelu on avoin kehittämiskeskustelu. (Moilanen 1995, 58.) Jo pelkästään käytännön toteutuksen, muun muassa työvuorojen järjestyksen näkökulmasta, kaksi korkeintaan yhden ja puolen tunnin ryhmähaastattelua oli riittävä työn laajuuteen nähden.

Ryhmähaastattelun edut ovat tutkimustehtävässämme ilmeiset: ryhmähaastattelu on joustava, nopea ja paljon informaatiota antava tiedonkeruumenetelmä, jonka kustannukset ovat kohtuulliset. Toivoimme, että pienessä ryhmässä koordinoivan hoitajan roolissa toimineet hoitajat ilmaisisivat avoimesti ja rehellisesti mielipiteensä ja mahdolliset kehittämisisideansa koordinoivan hoitajan työkuvaan liittyen. Lisäksi ryhmähaastattelussa voidaan hyödyntää synergiaa, jolloin toinen haastateltava jatkaa siitä, mihin toinen jäi. Ryhmänjäsenet haastavat toisiaan tuomalla esiin sekä yhteneviä että toisistaan eriäviä mielipiteitä. Ryhmähaastattelu antaa mahdollisuuden keskustella vaikeistakin asioista, koska tarkoitus ei ole paljastaa henkilökohtaisuuksia, vaan haastateltavat toimivat en-

neminkin koordinoivan hoitajan työnkuvan asiantuntijoina. (Pötsönen & Välimaa 1998, 3.)

5.4 Haastateltavien valinta ja ryhmähaastattelun toteutus

Eskolan & Suorannan (1998, 98) mukaan ryhmähaastattelun valittavien ihmisten tulisi olla suhteellisen homogeeninen ryhmä. Tämä on tärkeää, jotta kaikki ymmärtävät esitetyt kysymykset ja käytetyt käsitteet. Tässä opinnäytetyössä haastateltavien valinnan tärkein edellytys oli, että henkilöillä on käytännönkokemusta koordinoivana hoitajana toimimisesta. Kyseeseen tulivat koordinoivan hoitajan roolissa toimineet sairaanhoitajat ja apulaisosastohoitajat. Kun otetaan huomioon, että koordinoivan hoitajan toimintamalli on noin neljä vuotta vanha, pidettiin tärkeänä, että haastateltava omaisi ainakin puolen vuoden kokemuksen koordinoivan hoitajan roolissa toimimisesta. Muita kriteerejä haastateltavien valinnalle ei ollut. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Opinnäytetyön tilaajan puolelta ehdotettiin, että ryhmähaastatteluun osallistuisi mahdollisuuksien mukaan osastonhoitajia, jolloin mukaan saataisiin myös työnjohdollinen ja hallinnollinen näkökulma. Haastattelun järjestäminen edellytti työn tilaajalta työvuorosunnittelua, joka sujui työntilaaajan puolelta sovitusti. Huomioimme haastattelujen järjestämisen haasteet varaamalla riittävän pitkän ajan haastattelujen ajankohdan sopimiseksi. Saatuamme tutkimusluvat joulukuussa 2013, pääsimme toteuttamaan ryhmähaastattelut helmikuun 2014 puolivälissä peräkkäisinä päivinä.

Ryhmähaastattelun toteutus tapahtui työn tilaajan järjestämissä tiloissa, jolloin haastateltaville koitui mahdollisimman vähän vaivaa. Ryhmähaastatteluun varattu tila oli iso ja rauhallinen neuvotteluhuone, jossa pystyimme hyvin toteuttamaan haluamamme riittävän tiiviin istumajärjestelyn. Tämä oli perusedellytys sille, että ryhmäkeskustelu oli aktiivista, kaikilla haastatteluun osallistuneilla oli mahdollisuus osallistua keskusteluun. Ryhmähaastattelu äänitettiin kolmella eri nauhurilla, tällä haluttiin varmistaa nauhoituksen hyvä laatu ja kaikkien kommenttien saaminen nauhalle. Ryhmähaastattelun nauhoittamisesta kerrottiin etukäteen saatekirjeessä ja asia käytiin läpi ennen ryhmähaastattelun aloitusta. Saatekirje (liite 3), jossa kerrotaan muuan muassa opinnäytetyön tarkoituksista ja ryhmähaastattelun toteutuksesta, toimi myös samalla suostumuslomakkeena tutkimukseen osallistumiseen. Kaikki ryhmähaastatteluun osallistuneet allekirjoittivat suos-

tumuslomakkeen ennen haastattelun aloitusta. Operatiivisen tulosalueen haastatteluun osallistui neljä ja medisiinisen tulosalueen haastatteluun osallistui viisi sairaanhoitajaa.

Ryhmähaastattelun vetäjinä toimivat työn tekijät. Koska haastattelussa oli kaksi haastattelijaa, toinen haastattelihoista toimi keskustelun puheenjohtajana ja toinen osallistui keskusteluun tarkentavia lisäkysymyksiä esittämällä ja huolehtimalla aikataulussa pysymisestä. Haastattelussa käytiin läpi etukäteen valitetut teemat suunnitellussa järjestyksessä. Teemoihin käytetty aika vaihteli kuitenkin teeman synnyttämän keskustelun ja pohdinnan mukaan. Ensimmäisen teeman eli tiedonkulun tiimoilta käytettiin eniten aikaa ja keskustelun annettiin rönsyillä aluksi varsin vapaasti, jotta kaikki ryhmähaastatteluun osallistuneet tulivat mukaan keskusteluun. Keskustelua ohjattiin pysymään asiassa etukäteen mietityillä tarkentavilla kysymyksillä eri teemoihin liittyen. Ryhmähaastattelun toteutukseen oli varattu puolitoista tuntia aikaa, joka riitti hyvin kaikkien teemojen kattavaan läpikäyntiin. Ryhmähaastattelun aikana havaittiin, että tunnin keskustelun jälkeen osallistujien aktiivisuus alkoi laskea ja haastattelun keinotekoinen venyttäminen olisi saanut aikaan turhautumista haastateltavissa. Tutkijat toivat kahvia, teetä ja pientä naposteltavaa ryhmähaastatteluun osallistujille, mikä antoi hyvän pohjavireen ja vapautuneen tunnelman ryhmähaastattelujen aloitukseen ja läpivientiin.

5.5 Ryhmähaastattelun aineiston sisällön analyysi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tärkeä vaihe tutkimuksessa. Tällöin tutkijoille selviää minkälaisia vastauksia he saavat ongelmiin ja tutkimustehtäviin (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 207.) Tutkijan tulee esittää analyysin tueksi riittävä määrä alkuperäishavaintoja, esimerkiksi suoria lainauksia haastateltavilta. Selkeän ja riittävän dokumentoinnin tarkoituksena on antaa lukijalle mahdollisuus arvioida tutkimusaineiston analysoinnin onnistumista. (Nieminen 1997, 219.)

Ryhmähaastattelujen nauhoitusten analysointi suoritettiin monivaiheisesti. Haastattelut kuunneltiin ensin muutamaan otteeseen, jolloin varmistuttiin siitä, että haastattelujen nauhoitusten laatu oli kunnossa ja saatiin yleiskäsitys haastatteluissa esille nousseisiin asioihin. Tämän jälkeen suoritettiin haastattelujen litterointi eli auki kirjoittaminen. Litterointi suoritettiin heti seuraavalla viikolla, jolloin tiedonantajat ja haastattelutilanteet

olivat vielä tuoreessa muistissa. Litterointi suoritettiin sanasta sanaan, jolloin materiaalia kertyi 30 liuskaa fontilla 11 ja rivivälillä 1,5.

Ryhmähaastattelun toteutus noudatteli tutkijoiden etukäteen valmistelemaa rakennetta, jossa keskustelua aktivoitiin ja ohjattiin tutkijoiden valmiiksi pohtimien teemojen pohjalta. Tällöin myös sisällön analyysi on järkevää suorittaa deduktiivisesti valmiiksi pohdittujen teemojen muodostaman rakenteen ohjaamana. Haastattelun rakenne toimii siis tehokkaasti myös analyysirunkona. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-8.) Auki kirjoitetusta aineistosta poimittiin aluksi jokaiseen teemaan liittyvät asiat ja suorat lainaukset omiksi kokonaisuuksiksi. Seuraavaksi litteroidusta materiaalista poimittiin asiat liittyen toiminnan nykytilan analysointiin kyseisen teeman osalta. Analyysin tueksi etsittiin suoria lainauksia, jotka kuvaavat osuvasti toimintamallin nykytilaa koordinoivan hoitajana näkökulmasta. Seuraavaksi litteroidusta materiaalista etsittiin nykyiseen toimintamalliin liittyviä haasteita ja mahdollisia epäkohtia koordinoivan hoitajan näkökulmasta. Myös haasteisiin ja epäkohtiin etsittiin ytimekkäitä suoria lainauksia litteroidusta materiaalista. Useat lainaukset pitävät sisällään koordinoivan hoitajan näkemyksen sekä toimintamallin nykytilasta että toimintamalliin liittyvistä haasteista ja epäkohdista. Tarpeen mukaan kyseinen kohta alkuperäishaastatteluista kuunneltiin uudestaan, jotta varmistuttiin lainauksen sanatarkasta oikeellisuudesta. Myös Hirsjärven ym. (2004, 208) mukaan analyysiin on ryhdyttävä heti aineiston keräämisen jälkeen, koska aineisto inspiroi vielä tutkijaa ja aineistoa voidaan täydentää ja selventää tarvittaessa. Lopuksi litteroidusta materiaalista poimittiin koordinoivien hoitajien itse esille nostamia kehittämis- ja parannusideoita toimintamalliin liittyen. Näitä löydöksiä hyödynnetään, kun tutkijat esittävät kehittämisideoita omien brainstorming-sessioiden pohjalta.

Molempien ryhmähaastattelujen sisältö noudatteli hyvin valittuja teemoja. Haastattelujen aikana kysyttiin palautetta haastateltavilta teemojen sopivuudesta koordinoivan hoitajan toimintamallin nykytilan kuvaamiseen ja sen kehittämiseen. Haastateltavien mielestä valitut teemat sopivat hyvin tähän tehtävään. Tätä käsitystä vahvistaa myös se, että aktiivista keskustelua syntyi reilu tunti molemmissa haastatteluissa. Lisäksi haastatteluun osallistuneet koordinoivat hoitajat toivat selkeästi ilmi haastattelujen lopuksi, että he odottavat mielenkiinnolla loppuraporttia, jossa esitetään tutkimuksen tuloksia ja kehittämisideoita.

6 TULOKSET

Tässä kappaleessa kerrotaan millaiseksi koordinoivan hoitajan roolissa toimineet hoitajat kokevat nykyisen toimintamallin tiedonkulun, tietoisuuden, perehdytyksen ja ohjeistuksen sekä valta- ja vastuukysymysten osalta. Kappaleessa esitetään myös suoria lainauksia ryhmähaastatteluista edellä mainittuihin tutkimuskysymyksiin liittyen.

6.1 Tiedonkulku koordinoivan hoitajan toimintamallissa

Tiedonkulkua leimaa kh:n tarve selvittää tarvitsemansa tieto vapaista tai vapautuvista potilaspaikoista ja osastojen resursseista osastoilta. Kh selvittää tarvitsemansa tiedon kiertämällä osastot fyysisesti vuoron alussa. Tällöin kh tarvitsee paikkatilanteen selvittämiseen kyseisen osaston vastaavaa hoitajaa tai toista osaston sairaanhoitajaa. Osaston kansliassa sijaitsevaan huoneentauluun on merkitty tietoa liittyen varattujen ja vapaiden potilaspaikkojen määrästä, eristyspotilaiden sijainnista sekä muuta potilaisiin liittyvää oleellista tietoa osaston käytäntöjen mukaan. Osastojen huoneentauluja kutsutaan ”näpylätauluiksi”. Osastojen huoneentaulut eivät anna kh:lle riittävän luotettavaa kuvaa osaston potilaspaikkatilanteesta ilman osastolla työskentelevän hoitajan sanallista selvittämistä, koska huoneentaulut ovat joka osastolla hieman toisistaan poikkeavia.

Oys:ssa käytössä olevassa Oberon-potilastietojärjestelmässä sijaitsevat muun muassa maksu-, varaus- ja henkilötietojärjestelmät. Myöskään Oberon-tietojärjestelmä ei välttämättä anna ajantasaista kuvaa paikkatilanteesta, koska sen päivittämisessä voi olla huomattavaa viivettä. Tietoa osastoilta illan aikana vapautuvista potilaspaikoista ei useinkaan ilmoiteta kh:lle. Tähän on syynä usein ajattelemattomuus, minkä vuoksi potilas voi joutua väärälle osastolle, kun tietoa vapaasta paikasta ei ole. Kh:n toimintaa vaikeuttaa koordinoimaton tiedonsiirto, joka koskee päällekkäistä, epäoleellista, epäselvää ja puuttuvaa tietoa. Tiedonkulku osastoilta kh:n suuntaan on kuitenkin parantunut kh:n toimintamallin tietoisuuden kasvaessa.

Niin ja jos on se taulu, niin se on erilailla merkattu. Toisilla on niin sekaisin, että siihen täytyy aina olla suomentaja.

Kaikkien pitäisi olla ESKO-huoneentaulussa. Ei niitä näppylätauluja. Ne pitäisi poistaa kokonaan.

...koska sieltä on lähtenyt pois niitä potilaita, ja ei ne ilmoita. Nyt on muutamaman kerran tullut oikein reippaasti ne ilmoitukset, että meiltä lähti...mutta sitten kun ne ei ilmoita, niin siellä saattaa olla useampia tyhjiä paikkoja, joista mulla ei oo mitään tietoa.

Kh kiertää osastot työvuoronsa alussa, jolloin vuoronvaihto on käynnissä myös osastoilla ja päivystyksessä. Usein vuodeosastojen paikkatilanne kotiutusten suhteen ei ole vielä selvä. Kierron ajankohdan vuoksi reaaliaikainen ja tarkka tieto ei ole siis saatavissa.

Niin ja siellä on iltalaiset raportilla, ja sitten ne aamulaiset juoksee ja yrittää tehdä mahdollisimman paljon loppuun niitä asioita.

...usein osastoilla on hässäkkä puoli 2 – puoli 3, joskus lähdän kh:na pois ja palaan uudelleen myöhemmin.

Toisaalta ajantasainen tieto tulisi olla kh:n käytössä mahdollisimman ajoissa vuoron alussa, sillä sijoitettavia potilaita on usein jonossa odottamassa, kun kh:n työvuoro alkaa. Yhteispäivystyksen aamuvuorolaiset eivät ehdi tai odottavat kh:n työvuoron alkua, ja tällöin päivystyspotilaiden aktiivinen siirto vuodeosastoille ei toimi jouhevasti.

...aamuvuorolaiset odottavat sitä, että kh:n työvuoro alkaa,... ,kohta sille voi soittaa.

Panet puhelimeen äänet, niin se alkaa soimaan.

...kyllä määhän olen sitä työaika (15-23) miettinyt, että oisko se järkevämpi...monestiki olet just lähössä niin tulee vielä eristys ja sitte se menee siihen kymmeneen.

6.2 Tietoisuus koordinoivan hoitajan toimintamallista eri sidosryhmissä

Tietoisuus kh:n roolista on kasvanut jatkuvasti. Yhteispäivystys ja vuodeosastot tietävät pääsääntöisesti kh:n olemassaolon ja toimintamallin. Tätä on edesauttanut ratkaisevasti se, että useimmilta vuodeosastoilta on toiminut hoitajia kh:n roolissa. Tällöin tieto kh:n roolista on levinnyt tehokkaasti osastojen sisällä ja uudetkin hoitajat ymmärtävät toimintamallin hyödyllisyyden kokonaisuuden kannalta ja ovat usein itse halukkaita toimimaan ko. roolissa.

...kyllä kaikki tietää, että kh on olemassa ja mitä se tekee..

Tietoisuus kh:n toimintamallissa lääkärien keskuudessa vaihtelee. Useimmissa tapauksissa lääkärit tietävät kh:n toimintamallin ja osaavat hyödyntää kh:n osaamista ja kokemusta potilassijoitteluun liittyen.

kommentti suoraan lääkäriltä jos ruvetaan keskustelemaan paikkatilanteesta: onhan se koordinoiva hoitaja olemassa, hän hoitaa myös tämän asian...

Lääkärin pitää vaan sanoa, että minkälainen paikka sen pitää olla. Pitäkö sen olla eristys, telemetria...että sitten me etitään se paikka.

Toisaalta lääkärien keskuudessa esiintyy epätietoisuutta siitä, tuleeko lääkärien ehdottaa itse täsmällisesti, mille vuodeosastolle potilas sijoitetaan vai riittääkö vain pyyntö potilaspaikan järjestämisestä. Tämä epätietoisuus saattaa aiheuttaa turhaa ristiriitaa lääkärin ja kh:n välillä, vaikka useimmiten asiasta selvittää keskustelemalla.

...ne on sitten näitä uusia, jotka tulee muualta...ne tietää ehkä, että on kh, mutta sitä ne ei tiedä, että niitten ei tarte sitä paikkaa ollenkaan aatella...

...saattaa esimerkiksi lukea, että menee osastolle 42 monitoriseurantaan, mutta kun ei ole monitoria. Kh:t tietävät miten osastot ovat varustellut. Ei ne lääkärit tiä.

6.3 Perehdytys ja ohjeistus kh:n roolissa toimimiseen

Perehdytys kh:n roolissa toimimiseen on kehittynyt toimintamallin alusta asti. Kh:n roolissa alusta asti toimineet hoitajat ovat perehtyneet rooliin käytännön kokemuksen kautta ja käytänteet ovat muovanneet roolin kehittymistä. Nykyään roolissa aloittaville hoitajille löytyy asiantuntevaa perehdytystä ennen ensimmäistä kh-vuoroa. Perehdytys on hoidettu perusteellisemmin medisiinisellä tulosalueella, jossa kh-rooliin tuleva hoitaja suorittaa kaksi työvuoroa koordinoivan hoitajan mukana. Toinen näistä vuoroista tehdään yhdessä kh:n kanssa, jonka kotiosasto on yhteispäivystys, koska tämä järjestely auttaa ratkaisevasti ymmärtämään hoitajan työnkuvaa päivystyspoliklinikalla. Operatiivisella tulosalueella perehdytys hoidetaan yhden vuoron aikana, jolloin vuoron aikana uudelle kh:lle selvitetään raportointi ja muut käytännön asiat.

...kaksi vuoroa tein, 42:sen ja osyp:in hoitajan mukana. Kummallakin oli aivan omanlainen tapa tehdä töitä ja niin se on minullakin...minä otin niiltä molemmilta hyvät jutut talteen.

Kh-rooliin liittyvä ajantasainen tieto on koottu medisiinisellä tulosalueella verkkoasemalle. Tietoa päivitetään säännöllisesti vastuuhenkilöiden toimesta ja siitä on myös hyötyä kh:n roolissa toimivalle hoitajalle. Lisäksi verkkoasemalle kerätään aktiivisesti kehittämideoita kh:n toimenkuvaan liittyen ja kehittämideoita käydään läpi kh:n kokouksissa. Operatiivisella tulosalueella kh:n roolin selvä omistajuus ja jatkuva kehittäminen ovat olleet puutteellisia; nyt tieto on hajallaan ja se ei välttämättä ole ajan tasalla. Syyksi tähän mainitaan muun muassa tiheästi vaihtuneet ylihoitajat sekä osastojen uudelleen järjestelyt, minkä vuoksi kh:n toimintamallin kehittäminen on jäänyt kiireellisempien asioiden varjoon.

...me käydään aina koordinoivan hoitajan kokouksissa, että onko ne ohjeet ajan tasalla. Että jos jotakin muuttuu, niin muutetaan...

...selvä omistajuus kh:n roolista on puuttunut, hautautunut kaikkien muiden isojen muutosten jalkoihin...mutta asia otetaan nyt yhteistapaamisissa esille.

Ohjeistus ongelmatilanteessa toimimiseen eroaa operatiivisella ja medisiinisellä tulosalueella. Medisiinisellä tulosalueella ohjeistus on selkeä ja sovittu: Kh soittaa osaston päivystävälle lääkärille ongelmatilanteen ilmetessä. Tämä järjestely koetaan toimivaksi ja kh:n roolissa toimiville ei tule tunnetta, että heidän pitää yksin alkaa ”taikomaan” potilaspaiikkoja jo ennestään täysille osastoille, vaan asiaa ratkotaan yhdessä päivystävän lääkärin kanssa.

Operatiivisella tulosalueella ei löydy yhtenäistä ja sovittua käytäntöä ongelmatilanteen ilmetessä. Kun osastoilla alkaa olla täyttä ja vapaista potilaspaiikoista on pulaa, niin koordinoiva hoitaja tuntee joutuvansa henkilökohtaisesti kantamaan vastuun tilanteen ratkaisemisesta. Myös ratkaisumallit vaihtelevat koordinoivien hoitajien välillä, koska yhtenäisiä toimintaohjeita ei ole.

...kyllä me itse aikalailla kannetaan se ahdistus. Ja sitten kun on kiirettä niin sieltä osastoilta alkaa tulla vähän semmoista negatiivista palautetta....muistaakseni kerran tuli 17 potilasta ja siinä joukossa oli eristyspotilaita...kyllä se oli sitten töistä lähtiessä että huh, huh..

6.4 Valta ja vastuu koordinoivan hoitajan toimintamallissa

Koordinoivan hoitajan toimintamalli on vähentänyt puhelinliikennettä päivystyksestä vuodeosastoille kh:n työvuoron aikana. Kh:n tekemiä potilassijoituspäätöksiä ei kyseenalaisteta vuodeosastoilla työskentelevien hoitajien toimesta. Keskeinen syy järjestelyn toimivuuteen on se, että kh:lla on paras kokonaisnäkemys tulosalueen vapaista vuodeosastopaikoista.

Kun kh soittaa osastolle, että tällöinen potilas, niin aika harvoin sieltä ruvetaan sanomaan vastaan, että ei meille, että eikö siellä ole paikkaa. Ne uskoo sitä kh:ta...

...Kun ne olettaa, että se päivystyksen hoitaja ei tiä mitä toiselle osastolle kuuluu, mutta kh tietää.

Koordinoivalla hoitajalla on valta siirtää henkilöstöresursseja osastojen välillä tarpeen mukaan työvuoronsa aikana. Tutkimustulosten mukaan kh:n rooli henkilöstöressien siirroissa on vähäinen, rajoittuen käytännössä iltavuoron aikana tapahtuviin akuutteihin henkilöstönvajaustilanteisiin kuten esimerkiksi sairastumistapauksiin. Henkilöstön siirtäminen tapahtuu useimmiten osaston vastaavien hoitajien toimesta ilman kh:n puuttamista asiaan. Ylipääntänsä ymmärrys, että tulosalueen vuodeosastot muodostavat toisistaan riippuvan kokonaisuuden, on lisääntynyt, osin varmasti kh:n toiminnan myötä, ja näin ollen helpottanut henkilökuntasiirtojen toteuttamista.

Ne on monesti jo ite osastoilla päättäneet (henkilöstösiirrosta), että mää meen sinne. Osastoilla ovat keskenään sopineet.

Koordinoivan hoitajan vastuu omahoitajaringin järjestämisestä on epäselvää. Vaikka omahoitajaringin järjestäminen kuuluu selkeästi osaston vastaavan hoitajan tehtäviin, myös kh järjestää tapauskohtaisesti omahoitajarinkejä. Kh:na toimiville hoitajille on järjestetty Kuntarekry-koulutusta, jonka kautta kh pystyy järjestämään sijaisia.

On se sovittu, että se on osaston tehtävä, mutta jos kh ehtii ja tietää niitä tekijöitä, niin kh sitten auttaa siinä.

Se aika epäselvää, että niin kun monesti on osastoilla se oma rinki. Sitten jos sanotaan kh:lle, että soita, niin mulla ei oo mitään käsitystä, että ketä mää rupeen kysymään. Se on niinku se ongelma...

Kh:n valta perehtyä osastopaikkaa tarvitsevan potilaan potilastietoihin on epäselvä, vaikka kh vastaa potilaan sijoittamisesta oikealle erikoisalalle ensisijaisen hoidontarpeen mukaan. Syynä tähän on se, että kh:lla ei ole varsinaisesti hoitosuhdetta sijoitettavaan potilaaseen, koska kh:n toimenkuvaan ei varsinaisesti kuulu osallistua potilaan hoidollisiin toimenpiteisiin. Tämä aiheuttaa turhaa päivittäistä epätietoisuutta siitä, kuinka paljon kh:lla on valtaa perehtyä siirrettävien potilaiden potilastietoihin ja syyllistyvätkö kh:t salassapitorikkomukseen yrittäessään hoitaa toimenkuvaansa mahdollisimman hyvin.

Se että jos mä oon pelkästään niitten (päivystys) puheiden varassa, kun niillä on niin hirveesti potilaita...niin jää paljon tietämättä, jos ei itse pääse niihin tietoihin.

7 TULOSTEN TARKASTELU JA KEHITTÄMISIDEAT

Pohjautuen kappaleen 2 teoriaosuuteen ja kappaleen 6 tuloksiin tässä kappaleessa esitetään kehittämisideat kunkin teeman osalta pohjautuen nykytilanteeseen ja tutkijoiden brainstorming-sessioihin. Jos kehittämisidea liittyy vain operatiivisen tai medisiinisen tulosalueen koordinoivan hoitajan toimintamalliin, se mainitaan erikseen. Muutoin tutkimuksessa käsitellään molempia tulosalueita yhtenä kokonaisuutena. Kehittämisideat ovat koordinoivan hoitajan arjen haasteista nousevia havaintoja, joiden toteuttaminen toisi tehokkuutta ja selkeyttä koordinoivan hoitajan toimintamalliin. Kuten kuvassa 1 (sivulla 23) esitetään, kehittämisideat eivät ole pelkästään ryhmähaastattelujen pohjalta laadittuja, vaan brainstorming-sessioissa on hyödynnetty myös oman havainnoinnin, kirjallisen taustamateriaalin, teorian ja oman kokemuksen tuomaan tietopohjaa. Kehittämisideoissa ei oteta kantaa siihen, miten ja mikä taho kehittämisideat toteuttaisi.

7.1 Tiedonkulku koordinoivan hoitajan työssä

Kuten Parvinen ym. (2005, 230) toteaa, tieto on valtaa. Oikein käytettynä tieto auttaa organisaatiota tuntemaan itsensä ja ympäristönsä. Tiedon panttaaminen on puolestaan perusesimerkki tiedon väärin käytöstä. (Parvinen ym. 2005, 230.) Tutkimuksen tulosten mukaan Kh:n toimintaa vaikeuttaa koordinoimaton tiedonsiirto, joka koskee päällekkäistä, epäoleellista, epäselvää ja puuttuvaa tietoa. Tiedonkulkuun liittyen tutkijat päätyvät esittämään seuraavia kehittämisideoita.

Kehittämisidea: Tiedonkulun suunta

Tiedonkulun suunta vapaiden potilaspaikkojen määrästä ja niiden laadusta (infektio, eristys, monitori) tulee kääntää osastoilta koordinoivan hoitajan suuntaan. Osastojen tulee muun muassa aktiivisesti ilmoittaa vuoron aikana vapautuvista potilaspaikoista. Kh:n osastokierron aikana osastolla tulee olla sen hetkinen tieto vapaista potilaspaikoista sekä valmiiksi mietitty arvio, kuinka monta vapaata potilaspaikkaa saataisiin sisäisillä potilassiirroilla. Vastuu siitä, että kh:lla on ajantasainen tieto osaston va-

paista potilas-paikoista, kuuluu osastoille eikä kh:lle kuten nykyisessä toimintamallissa.

Kehittämisidea: Osastojen huoneentaulut

Osastoilla olevat mekaaniset ”näppylä” huoneentaulut pitää poistaa käytöstä. Jatkossa käytössä ovat vain näyttöpäätteillä olevat ESKO-huoneentaulut, joiden käytössä on useita etuja: yhtenäisyys eri osastojen välillä, reaaliaikaisuus ja tiedon hyödynnettävyys eri työasemista myös osaston ulkopuolelta. ”Näppylä” huoneentauluissa oleva tieto, joka ei tällä hetkellä löydy ESKO-huoneentaulusta, tulee lisätä ESKO-huoneentaulun ominaisuuksiin. Reaaliaikainen koostettu näkymä kaikkien osastojen ESKO-huoneentauluista olisi erittäin tehokas työkalu tiedon hankintaan. Käytännössä kh:n oikeudet kaikkien osastojen tietoihin voidaan koota yhdelle sirukortille, jonka kh ottaa itselleen työvuoron ajaksi kuten kh:n puhelimen.

Kehittämisidea: Koordinoivan hoitajan työaika

Koordinoivan hoitajan työajan aloitus ei ole optimaalinen vapaisiin potilaspaikkoihin liittyvän tiedonkulun kannalta. Vastaavasti työajan lopetus ei ole optimaalinen yhteispäivystyksen potilaiden sijoittelun kannalta, koska päivystyksen ruuhka huippu saattaa osua ajankohtaan, jolloin kh:n työvuoro on jo päättynyt. Kh:n työaika tulee siirtää alkamaan vähintään tuntia myöhemmin, jolloin myös illasta työaika jatkuisi vähintään tuntia pitempään.

7.2 Tietoisuus koordinoivan hoitajan roolista eri sidosryhmissä

Kuten Parvinen ym. (2005, 209-210) toteaa, vuodeosaston työntekijöille ja johtajille on tyypillistä toiminnan optimointi oman osaston lähtökohdista. Yksiköiden paras ei välttämättä palvele kokonaisuutta toimintaympäristössä, jossa yksiköiden toiminta liittyy usein ja voimakkaasti toisiinsa. Tutkimusten tulosten mukaan tietoisuus kh:n roolista on kasvanut jatkuvasti. Tieto kh:n roolista on levinnyt tehokkaasti osastojen sisällä, ja uudetkin hoitajat ymmärtävät nopeasti toimintamallin hyödyllisyyden kokonaisuuden kannalta. Tämä on omalta osaltaan vähentänyt osastojen soaoptimointia ja luonut maaperää kokonaisuuden hahmottamiseen tulosalueen sisällä. Tietoisuuteen liittyen tutkijat päätyvät esittämään seuraavia kehittämisideoita.

Kehittämisidea: Mahdollisimman moni hoitaja kh:n rooliin

Kh:n roolissa toimiminen auttaa näkemään potilassijoittelun kokonaisuuden kannalta. Kh:n vuorossa toimiessaan hoitaja näkee omin silmin, kuinka järkevällä potilassijoittelulla tasataan tehokkaasti kuormaa vuodeosastojen välillä. Se myös auttaa ymmärtämään, että potilassijoittelussa tulee toimia kokonaisuuden kannalta mahdollisimman tehokkaasti eikä niinkään optimoida potilaiden sijoittelua eri vuodeosastojen omasta näkökulmasta. Kh:n roolissa toimiminen tulee olla suositeltava vaihtoehto kaikille riittävää työkokemusta omaaville osastojen sairaanhoitajille ja tämä onnistuu rajaamalla roolissa toimiminen määräaikaiseksi.

Kehittämisidea: Lääkäreiden tietoisuuden parantaminen kh:n toimintamallista

Tietoisuutta lääkärien keskuudessa kh:n toimintamallista voidaan edelleen parantaa. Varsinkin uusille päivystäville lääkäreille on tärkeää ymmärtää kh:n toimintamalli ja sen mukanaan tuomat hyödyt sujuvaan potilassijoitteluun. Tämä voitaisiin toteuttaa esimerkiksi ytimekkäällä tietopakettilla, jonka läpikäynti on osa aloittavien päivystävien lääkärien perehdytystä.

7.3 Perehdytys ja ohjeistus kh:n toimintamalliin liittyen

Kuten Laamanen (2004, 19) toteaa toimintaprosessin sujuvuudesta ja suorituskyvystä vastaa prosessin omistaja. Hänen tehtävänä on prosessin jatkuva parantaminen sekä asiakaslähtöisyyden ja kokonaisprosessin toimivuuden ylläpitäminen. Hän vastaa myös siitä, että prosessin eri toimijat ymmärtävät prosessin ja vakiinnuttavat sitä jokapäiväisen toiminnan pohjaksi (Laamanen 2004, 19.) Jalonen (2006, 31) puolestaan toteaa tutkimuksessaan, että ”kuppikuntien” välisillä rajavyöhykkeillä syntyy myös usein erilaisista tavoitteista ja eturistiriidoista johtuvia yhteensopivuusongelmia. Tutkimuksen tarkastelun kohteena olevassa koordinoivan hoitaja toimintamallin ytimessä on nimenomaan eri funktionaalisten toimijoiden (erikoisalakohtaiset vuodeosastot, yhteispäivystys, lääkärit) toiminnan mahdollisimman sujuva yhteensovittaminen ydinprosessin eli potilaiden sujuvan sijoittelun kannalta. Näin ollen myös kh:n toimintamallin omistajuuden tulee olla selvästi määritelty toimintamallin toimivuuden ja jatkuvan kehittämisen takaamiseksi. Perehdytykseen ja ohjeistukseen liittyen tutkijat päätyvät esittämään seuraavia kehittämisideoita.

Kehittämisidea: Selkeä omistajuus kh:n toimintamallista ja sen kehittämisestä

Koordinoivan hoitajan toimintamallin jatkuva kehittäminen operatiivisella tulosalueella ei ole toiminut toivotusti. Kh:n toimintamallille tulee löytää selkeä omistajuus, mieluiten lähiesimiestasolta. Esimerkiksi osastonhoitaja tai apulaisosastonhoitaja nimetään toimintamallin omistajaksi ja heille järjestetään riittävä työaika ja tarpeen mukaan sijainen, jotta kh:n roolin kehittäminen saadaan systemaattiseksi.

Kehittämisidea: Sähköisessä muodossa oleva ajantasainen ohjeistus

Operatiiviselle tulosalueelle tulee luoda kh:n kotisivut, joista löytyy ajantasainen tieto ja jonne roolissa toimivat hoitajat voivat antaa palautetta ja palauttaa muun muassa vuororaporttinsa. Kotisivuilta tulee käydä selkeästi ilmi, kuinka kh:n roolissa toimiva hoitaja toimii ongelmatilanteessa esimerkiksi yllättävissä ruuhkatilanteissa. Perehtyminen medisiinisen tulosalueen hyväksi todettuun käytäntöön verkkoaseman tai intranetin hyväksikäytöstä toimii hyvänä pohjana työn käynnistämiseksi.

7.4 Valta ja vastuu koordinoivan hoitajan toimintamallissa

Toimivan organisaation toiminnassa on nähtävissä tasapaino suunnitelmallisen toiminnan ja spontaanin toiminnan välillä; tietyt asiat on mahdollista järjestää siten, että ne tapahtuvat spontaanisti oikeiden ihmisten ja olosuhteiden summana (Parvinen ym. 2005, 205-206). Auktoriteetti puolestaan saavuttaa asemansa, kun ihmiset luottavat tämän kykyyn ja taitoihin jossakin asiassa. Tutkimusten tulosten mukaan kh:n tekemiä potilassi-joituspäätöksiä ei kyseenalaisteta vuodeosastojen toimesta. Keskeinen syy tähän on se, että kh:lla on paras kokonaisnäkemys tulosalueen vapaista vuodeosastopaikoista ja vuodeosastojen henkilökunta luottaa kh:n päätöksiin liittyen potilassi-joiteluun. Valta ja vastuu kysymyksiin liittyen tutkijat päätyvät esittämään seuraavia kehittämisideoita.

Kehittämisidea: Vastuiden selkeämpi määrittely

Vastuu omahoitajaringin järjestämisestä kuuluu yksiselitteisesti vuodeosastoille. Tapauskohteisesti kh:n oletetaan osallistuvan ringin järjestämiseen, vaikka kh:lla ei ole tietoa ko. osaston käytänteistä ja tekijöistä ringin organisoimiseksi. Nykyinen tilanne aiheuttaa turhaa epätietoisuutta vuodeosastojen henkilökunnan ja kh:n välille. Ohjeistusta asiaan liittyen tulee selkeyttää.

Kehittämisidea: Selkeä ohjeistus kh:n oikeudesta potilastietoihin

Koordinoivalla hoitajalla on hoitosuhde sijoitettavaan potilaaseen, koska hän vastaa siitä, että potilas menee oikeilla tiedoilla erikoisalaltaan parhaiten soveltuvalla osastolle. Tarvitaan yhtenäinen ohjeistus hoitajan oikeudesta tutustua potilastietoihin toimiessaan kh:n roolissa. Käytännössä oikeuden voisi lisätä kohdassa 7.1 mainittuun kh:n sirukorttiin. Tällöin tietojärjestelmien lokitietoihin jää jälki koordinoivan hoitajan rooliin liittyvästä potilaan tietojen katselusta. Lisäksi tarvitaan työnantajan selkeä kirjallinen ohjeistus kyseisen oikeuden kuulumisesta kh:n toimenkuvaan.

8 POHDINTA

Tutkimuksessa selvisi, että koordinoivan hoitajan toimintamalliin ollaan laajalti tyytyväisiä eri sidosryhmien kuten yhteispäivystyksen, vuodeosastojen ja lääkäreiden keskuudessa. Tutkimuksen pääpaino oli analysoida olemassa olevaa tietoa liittyen koordinoivan hoitajan toimintamalliin, havainnoida koordinoivan hoitajan työtä sekä tuottaa uutta tietoa ryhmähaastatteluilla sairaanhoitajien kokemuksista toimiessaan koordinoivan hoitajan roolissa. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ymmärtämään ja kehittämään koordinoivan hoitajan nykyistä toimintamallia OYS:ssa. Tutkimuksen pohjalta esitetään yhdeksän kehittämisideaa, joista toivomme olevan hyötyä työntilajalle. Tutkimuksen pohjalta pohditaan myös tulevaisuutta tilanteessa, jossa koordinoivan hoitajan toimintamalliin ehdotetut keskeiset kehittämisideat olisivat toteutuneet.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Luotettavuus on keskeinen piirre tieteenharjoittamisessa ja se edellyttää laadukasta tutkimusta perustuen luotettaviin tuloksiin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta ei voida ilmaista jonkin objektiivisen ja määrällisen mittarin mukaisina arvoina. (Aaltio & Puusa 2011, 153.) Laadullisen tutkimuksen luonteeseen kuuluu, että tutkimusta lue- taan ymmärtäen sen perustana olevat tutkijan ratkaisut ja totuuden tavoittelun luonne. Lukijan tulee myös vakuuttua tutkijan vilpittömyydestä koskien tiedonhankintaa ja tehtyjä tulkintoja. Tutkija ja tutkimuskohde ovat vuorovaikutuksessa keskenään, joten tutkijan oma subjektiivisuus ja reflektointikyky mahdollistavat tutkimusta. Luotettavuuden arvioinnissa tutkimuksen tulosten ja perusteiden on oltava avoimia ulkopuoliselle tarkastelulle. (Aaltio & Puusa 2011, 154.)

Organisaatio tutkimuskohteena on erityisen käsitteherkkiä. Koska organisaatiosta ei voida sinänsä saada suoria havaintoja esim. koskettamalla tai maistamalla, havainnot joudutaan esittämään käsitteellistämisen kautta. Organisaatiota voidaan tutkia esim. kognitiivisesta näkökulmasta oppimiskeskittyminä, ne voivat olla vallan jakamiseen perustu-

via työntekijöiden liittoutumia tai vaikkapa ihmisten terveyttä ja hyvinvointia edistäviä sosiaalisia ryhmiä. (Aaltio & Puusa 2011, 154.)

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa ja opinnäytetyöstä tehtiin yhteistyösopimus työn tilaajan kanssa. Pohjana käytettiin työn tilaajan tutkimuslupakavaketta sekä Oulun seudun ammattikorkeakoulun yhteistyösopimus pohjaa. Tutkittavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja omasta tahdostaan. Tutkittaville kerrottiin, että tiedot ovat luottamuksellisia ja korostettiin, että tutkittavien henkilöllisyys ei paljastu opinnäytetyön loppuraportissa. Halutessaan osallistujat saivat myös perua osallistumisensa missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Aineistot, kuten nauhoitukset ja muistiinpanot ryhmähaastattelusta, käsiteltiin nimettöminä ja ne hävitettiin asianmukaisesti analysoinnin jälkeen. Edellä olevat tiedot kävivät ilmi myös haastateltaville jaetuissa saatekirjeessä.

Tutkimustuloksista nostettiin esille kehittämiskohteita, joita voidaan hyödyntää koordinoivan hoitajan toimintamallin kehittämisessä. Tätä kautta työnkuvan kehittämisen toivotaan lisäävän työhyvinvointia, työn mielekkyyttä ja työn tehokkuutta. Edellä mainittujen seikkojen toivotaan hyödyntävän myös viime kädessä potilasta. Riskinä näemme koordinoivan hoitajan roolissa toimivien sairaanhoitajien mahdollisen turhautumisen, jos heidän esille nostamia kehittämisideoita ei viedä eteenpäin työyhteisössä.

8.2 Nykytilanne ja kehittämisideoiden pohdintaa

Liljamon & Ingetin (2010) kehittämistoiminnan raportissa todetaan, että koordinoivan hoitajan toimintamalli on tehnyt päivystyspotilaiden sijoittaminen osastoille sujuvampaa ja vuodeosastojen välinen yhteistyö on parantunut. Raportissa todetaan, että erityisesti yhteispäivystyksessä ollaan tyytyväisiä siihen, että sieltä voidaan soittaa yhteen numeroon ja koordinoiva hoitaja järjestää osastopaikan potilaalle. Tässä tutkimuksessa päädytään samaan tulokseen edellä mainittujen seikkojen osalta.

Koordinoivassa roolissa toimiminen on lisännyt tutkimuksen mukaan hoitajan ammatillista kehittymistä, itsevarmuutta ja rohkeutta kohdata potilaita oman erikoisosaamisalueen ulkopuolelta. Koordinoivan hoitajan rooliin on helppo saada motivoituneita hoitajia. Rooli vaatii sosiaalisia taitoja, neuvottelukykä ja mukautumista jatkuvasti vaihtuviin

tilanteisiin. Roolin antaa myös vapauden tehdä työn omalla persoonallisella tyyllillä, mikä myös edistää työn mielekkyyttä.

Koordinoivassa roolissa toiminen lisää väistämättä tietoisuutta vuodeosastojen ja yhteispäivystyksen toiminnasta ja auttaa siten hahmottamaan potilaan hoitoprosessia kokonaisuutena eri toimijoiden näkökulmasta. Koska koordinoiva hoitajan toimii eri funktionaalisten osastojen rajapinnoilla, hän omalla toiminnallaan madaltaa eri funktionaalisten osien raja-aitoja saaden aikaan tehokkaampaa yhteistyötä. Toimintamallin alusta saakka on sovittu, että koordinoivan hoitajan työvuoro kiertää eri vuodeosastojen välillä ja koordinoivan hoitajan roolissa aloittaa uusia hoitajia saatuaan ensin perehdytyksen rooliin. Näin tietoisuus ja ymmärrys saumattoman hoitoprosessin kokonaisuuden merkityksestä ovat levinneet laajalti koko organisaation sisällä ja edesauttanut ”torni-ajattelun” syntymistä ja vahvistumista.

Tutkimuksen kehittämisideat on esitetty neljään valittuun teemaan liittyen: tiedonkulku, tietoisuus, perehdytys ja ohjeistus sekä valta ja vastuu. Valitut teemat nousivat selkeästi esiin kirjallisen tausta-aineiston ja oman havainnoinnin pohjalta. Ei liene sattumaa, että kyseiset teemat ovat yleisiä organisaation kehittämisessä vastaantulevia aihealueita. Ne heijastelevat organisaatiossa esiintyviä etu- ja sidosryhmien välisiä ristiriitoja. Osa kehittämisideoista, kuten esimerkiksi koordinoivan hoitajan sirukortti, vaatii IT-projektin toteutuakseen, osa puolestaan vastuiden selkeyttämistä ja asennemuutosta. Tutkimuksessa ei oteta kantaa kehittämisideoiden kustannuksiin eikä toteutuksen aikatauluihin. Lienee paikallaan todeta, että esimerkiksi kehittämisidea, jossa tietoisesti halutaan muuttaa vastuuta tiedonkulun suunnasta vuodeosastoilta koordinoivalle hoitajalle, kyse on pohjimmiltaan asennemuutoksesta, ja sen toteuttaminen ei sinällään maksa mitään.

Kehittämisideat tarjoavat hyvän lähtökohdan esimerkiksi opinnäytetyönä tehtäville kehittämisprojekteille. Työntilaaaja voisi ensin arvioida esitettyjen kehittämisideoiden kehittämiskelpoisuutta, tärkeysjärjestystä ja kehittämiskustannuksia, jonka pohjalta tilataisiin kehittämisprojekti opinnäytetyönä. Olisi myös mielenkiintoista tutkia, löytyykö vastaavaa roolia muista päivystävistä sairaaloista Suomessa tai ulkomailta. Päivystystoiminnan luonteen takia potilaiden sijoitteluun liittyvät haasteet lienevät yleismaailmallisia.

8.3 Koordinoivan hoitajan rooli tulevaisuudessa

Koordinoivan hoitajan keskeinen lisäarvo on ajantasaisen ja oikean tiedon hankkiminen vuodeosastojen vapaista paikoista ja niiden laadusta, jota hyödyntämällä koordinoiva hoitaja tekee päivystyspotilaan sijoituspäätöksen. Tämän tiedon hankkimiseen ja tarkastamiseen koordinoiva hoitaja käyttää huomattavan osan työajastaan. Pääasiallisina työkaluina koordinoivalla hoitajalla on tämän keskeisen tiedon hankkimisessa puhelin ja nopeat jalat. Tämä laittaa pohtimaan, voisiko ajantasainen tieto vuodeosastojen potilaspaikoista ja niiden laadusta olla helpommin ja peräti automaattisesti koordinoivan hoitajan käytössä olemassa olevien tietojärjestelmien tehokkaammalla hyödyntämisellä? Hienostuneinkaan tietojärjestelmä ei kuitenkaan auta, ellei reaaliaikaista tietoa vapaista potilaspaikoista ja niiden laadusta syötetä järjestelmään tiedon alkulähteillä eli vuodeosastoilla. Koordinoivan hoitajan toimintamallia voitaisiin kehittää suuntaan, jossa tiedon hankkiminen ei olisi keskeistä vaan sen tehokas hyödyntäminen ja jakaminen vuodeosastojen kesken. Koordinoiva hoitaja voisi myös keskittyä aktiivisemmin henkilöstöresurssien uudelleenallokointiin tilanteen niin vaatiessa. Tällöin koordinoivan hoitajan rooli koko tulosalueen vuodeosastojen yhteisenä voimavarana iltavuorojen ruuhkatilanteiden aikaan kasvaisi.

8.4 Tutkimuksen toteutuksesta

Yhteistyö tutkimuksen työntilaaajan kanssa on toiminut hyvin. Sovimme yhteisessä alkupalaverissa tutkimuksen tavoitteet, alustavan aikataulun sekä työnohjaajat tilaaajan puolelta. Tutkimus on toteutunut pääosin ennakkosuunnitelmien mukaisesti. Työn tutkimusosion pääpaino oli ryhmähaastatteluiden toteuttaminen, joka vaati tutkimuslupien hyväksynnän, ryhmähaastatteluun osallistuneiden työvuorojen suunnittelun ja tilajärjestelyjä. Kaikki edellä mainitut järjestelyt toimivatkin työntilaaajan puolelta kiitettävän hyvin. Lisäksi yhteydenpito työntilaaajaan toimi koko projektin ajan viiveettä ja hyvässä hengessä.

Ryhmähaastattelun valmistelu, pitäminen ja analysointi oli tutkijoille opettavainen kokemus. Oli tärkeää saada mahdollisuus haastatella koordinoivan hoitajan roolissa toimineita hoitajia ja lisäksi oli palkitsevaa huomata, että ryhmähaastatteluissa syntyi aktii-

vista keskustelua ennalta valitsemiemme teemojen pohjalta. Jokaiseen teemaan valmiiksi mietityt apukysymykset auttoivat myös aktivoimaan ja rytmittämään keskustelua haluttujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Molemmissa ryhmähaastatteluissa oli aktiivista keskustelua hieman yli tunti, joka on tutkijoiden mielestä sopiva kesto onnistuneelle ryhmähaastattelulle. Tärkeä osa aineistoanalyysiä oli ryhmähaastattelun litterointi, jonka pohjalta saimme myös tulosten tueksi kuvaavia suoria lainauksia loppuraporttiin.

Yhteistyö Oamk:n ohjaajien kanssa on ollut sujuvaa. Opinnäytetyöpajoissa olemme saaneet hyvää palautetta ja ohjeistusta tutkimussuunnitelman laadintaan sekä käytännön vinkkejä ryhmähaastattelun toteutukseen. Lisäksi keskustelu muiden opiskelijoiden kanssa heidän opinnäytetyöprosessistaan ja sisällöstä on ollut hyödyllistä ja avartavaa.

LÄHTEET

Aaltio, I. & Puusa, A. 2011. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Vantaa: Johtamistaidon opisto. 153-166.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: OK Vastapaino.

Ekroos, V. 2004. Terveystuotannon palvelutuotanto: yksityisesti vai julkisesti. Helsinki: Talentum.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuus-kunta Vastapaino.

Hakala, J.T. 2010. Tutkimusmenetelmän valinnasta. Teoksessa J. Aaltola & R.Valli (toim.) Ikkunoita tutkimus metodeihin. Juva: PS-kustannus. 12-26.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Jalonen K. 2006. Hoitoprosessin johtaminen päivystävässä sairaalassa. Diplomityö. Teknillinen korkeakoulu, tuotantotalouden osasto, johtamisen ja työpsykologian laboratorio. Helsinki.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. 1/1999, 3-11.

Laamanen, K. 2004. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. 5.painos. Helsinki: Laatu-keskus.

- Lahti, H. 2011a. ”Miten onkaan pärjätty ilman?”. Sairaanhoitaja. 10/2011, 12-17.
- Lahti, H. 2011b. Hoitotyön innovaatio syntyy arjen työssä. Sairaanhoitaja. 10/2011, 18.
- Liljamo, P. 2010. Koordinoivat hoitajat edistävät päivystyspotilaan hoidon sujuvuutta kirurgian vuodeosastoilla. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Liljamo, P. & Inget, M. 2010. Koordinoiva hoitaja –toiminta. Kehittämistoiminnan raportti 6.9.2010. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Lillrank, P., Kujala J. & Parvinen P. 2004. Keskenikäinen potilas: terveydenhuollon tuotannonohjaus. Jyväskylä: Talentum.
- Mattila J. 2006. Hoitoprosessien ja resurssien käyttö tertiärisellä päivystyspolikliniikalla. Diplomityö. Teknillinen korkeakoulu. Tuotantotalouden osasto. Teollisuustalouden laboratorio. Helsinki.
- Moilanen, L. 1995. Ryhmähaastattelu työyhteisössä. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki:WSOY.
- Parvinen, P., Lillrank, P, & Iivonen K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Tampere: Talentum.
- Puusa A. & Juuti P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Vantaa: Johtamistaidon opisto. 88-102.
- Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Poliklinikat ja osastot. Hakupäivä 3.10.2013 <http://www.ppshp.fi/sisataudit>.
- Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä. Terveystieteen laitos.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

Watts, R., Pierson, J. & Gardner, M. 2006. Critical care nurses beliefs about discharge planning process: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 43, 269-279.

LIITTEET

Liite 1: Esimerkki kirjallisen aineiston abstrahoinnista.

Havainnointi & kirjallinen aineisto	Yläkategoria	Teema
huoneentaulu erilainen joka osastolla osaston vastaavan hoitajan löytäminen kotiutus kesken – kierron ajankohta info kh:lle vapautuvista paikoista aktiivisuus tiedottamisessa täsmällinen paikkaluku, infektio & eristyspotilaat Lupapaikat	Epäyhtenäinen tiedottaminen Työkalut tiedon välittämiseen	Tiedonkulku
kokemus ”pahanilmanlintu” roolista punaiset liivit ei uskalleta kysyä apua kh:lta OYS tiedote kh:n roolista toimintamalli kh: roolista	Arvostus kh:n tehtävät Sisäiset tiedotteet	Tietoisuus
kansio & puhelin potilaiden sijoittelun kriteerit kh:n rooliin liittyvän tiedon ajantaisuus kokeneet sh:t koordinoivana hoitajana vuorovaikutustaidot periaatteet henkilökunnan käytöstä vuororaportti	kh:n roolin omistajuus Kh:n roolin vaativuus Ajantasainen tieto & käytännöt	Perehdytys
kh:n päätösten kunnioittaminen osastoilla vastustusta potilaiden vastaanotossa rohkeampi henkilöstön siirtely omahoitaja ringin järjestäminen potilaskuljettaja osaamisen laajentaminen	henkilöstön siirto kyseenalaistaminen kh:n toimenkuva	Valta & Vastuu

Liite 2: Ryhmähaastattelun teemat.

Teema 1: Tiedonkulku

Kuvaile tiedonkulkua koordinoivan hoitajan ja sidosryhmien välillä? (vuodeosastot, lääkärit, päivystys, muut)

- Miten tiedonkulkua voitaisiin kehittää - konkreettisia esimerkkejä?

Teema 2: Tietoisuus

Kuinka tietoisia koordinoivan hoitajan toimintamallista ollaan eri sidosryhmissä?

- Miten tiedotusta voitaisiin kehittää?
- Kuvaile eri tahojen suhtautumista koordinoivaan hoitajaan?

Teema 3: Perehdytys

Kuvaile minkälaisen perehdytyksen olet saanut koordinoivan hoitajan roolissa toimimiseen?

- Miten perehdytys kannattaisi järjestää?
- Kenelle ja miten kerrot kehittämisideasi?

Teema 4: Valta & vastuu

Mikä on koordinoivan hoitajan valta ja vastuu puuttua henkilöstöresursseihin tarpeen vaatiessa?

- Hoitajasiirrot vai potilassiirrot kuormituksen tasaamiseksi?

Teema 5:

Mainitse mielestäsi 3 keskeistä kehittämiskohdetta KH:n toimintamalliin liittyen?

Jokeriteema:

Imuohjaus sairaalamaailmassa ?

- Imuohjaus perustuu ajatukseen, jossa seuraava tuotantovaihe (=vuodeosasto) imee edelliseltä tuotantovaiheelta (=päivystys) osakokonaisuuksia (=Potilas). Vuodeosasto haluaa aktiivisesti hoitaa mahdollisimman paljon potilaita hoitamalla tarvittaessa myös muiden kuin oman erikoisalalan potilaita, niin että osaston nettokuormitus 100%.

Liite 3:

SAATEKIRJE – SUOSTUMUSLOMAKE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE

Arvoisa Sairaanhoidaja

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Teemme opin-
näytetyönämme tutkimuksen koordinoivan hoitajan toimintamallista ja sen kehittämisestä
OYS:ssa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää muun muassa, millaiseksi koordinoivan hoita-
ja toimintamalli on muodostunut, mitkä ovat nykyisessä toimintamallissa työn sujuvuutta edis-
täviä tai haittaavia tekijöitä ja miten työn sujuvuutta voidaan kehittää?

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen suostumalla ryhmähaastatteluun, joka toteute-
taan täysin luottamuksellisesti. Ryhmähaastatteluun osallistuu 4-8 koordinoivan hoitajan roo-
lissa toiminutta sairaanhoitajaa kerrallaan ja ryhmähaastatteluja järjestetään 2 kappaletta; toi-
nen medisiiniselle ja toinen operatiiviselle tulosalueelle. Ryhmähaastattelun keston arvioidaan
olevan 60-90 minuuttia. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja sen keskeyttämi-
seen on oikeus missä vaiheessa tahansa. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan myöhemmin kirjoj-
tettavia muistiinpanoja varten. Nauhoituksia ja muistiinpanoja käytetään vain tutkimusta var-
ten ja ne hävitetään tutkimuksen jälkeen. Osallistujien henkilöllisyys ei tule esille missään vai-
heessa. Nauhoituksia ja ryhmähaastattelusta tehtyjä muistiinpanoja ei käsittele kukaan muu
kuin tutkijat.

Pohjautuen saamaamme materiaaliin koordinoivan hoitajan toimintamallista ja pohjautuen
omiin havaintoihimme koordinoivan hoitajan toiminnasta olemme miettineet etukäteen seu-
raavia teemoja keskustelun pohjaksi: tiedonkulku koordinoivan hoitajan ja sidosryhmien välillä,
tietoisuus koordinoivan hoitajan toimintamallista eri sidosryhmien välillä, perehdytys koor-
dinoivan hoitajan toimintaan sekä valta ja vastuu puuttua henkilöstöresursointiin tarpeen vaa-
tiessa. Lisäksi toivomme saavamme ryhmähaastatteluun osallistuvilta konkreettisia kehittä-
miskohteita koordinoivan hoitajan toimintamalliin liittyen.

Tulemme keräämään suostumuslomakkeet ryhmähaastattelun yhteydessä. Mikäli Teillä tulee
mieleen jotakin kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitta olla yhteydessä alla oleviin tutkimuk-
sen tekijöihin.

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat,

Marko Saarinen

Mika Väänänen

Annan suostumukseni ryhmähaastatteluun osallistumiseen, ryhmähaastattelun nauhoittami-
seen sekä tietojen käyttämiseen opinnäytetyössä yllä mainituin ehdoin.

Aika ja paikka: _____

Allekirjoitus: _____