

Kristiina Takala 1503655

**Lasten- ja nuortensairaalan heräämön toiminnan
kehittäminen**
Henkilökuntaresurssien uudelleenohjaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen YAMK

S1415S6

Opinnäytetyö

16.10.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Kristiina Takala Lasten- ja nuortensairaalan heräämön toiminnan kehittäminen - Henkilökuntaresurssien uudelleenohjaus 64 sivua + 6 liitettä 16.10.2016
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	-
Ohjaaja(t)	Lehtori Antti Niemi
<p>Tämä opinnäytetyö on toteutettu kehittämistyönä HUS Lasten- ja nuortensairaalan (LNS) Anestesia- ja leikkausosastolla (LLOS). Opinnäytetyöllä pyrittiin kehittämään heräämön henkilökuntaresursseja niiden uudelleenohjauksella. Kehittämistyön taustalla ovat organisaatiomuutoksista johtuneet potilasryhmien ja –määrien kasvu sekä samalla sairaanhoitajien työn vaativuuden lisääntyminen. Lisäksi Uuden Lastensairaalan ULS valmistuminen 2017 ja Magneettisairaalastatuksen hakeminen Lasten- ja nuortensairaalalle 2018 lisäävät kehittämisen tarvetta. Opinnäytetyönä tehtävä kehittäminen oli hyvin ajankohtainen heräämön muuttuneissa tarpeissa ja osaston toimintaan vaikuttaneissa organisaatiomuutoksissa. Uuden Lastensairaalan valmistuessa osastolla tulee olla toimivat hoitokäytännöt, jotta hoitotyö olisi mahdollisimman laadukasta.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli toteuttaa henkilökuntaresurssien uudelleenohjaus HUS Lasten- ja nuorten sairaalan anestesia- ja leikkausosaston heräämössä. LEAN-toimintamallin avulla arvioitiin nykyisiä hoitokäytäntöjä ja tarkoituksena oli kehittää heräämön toimintaa.</p> <p>Heräämön toiminnan suunnittelu- ja kehittäminen käynnistettiin alkuvuodesta 2015. Kehittäminen aloitettiin taustatietojen keruulla ja lähtötilanteen kartoituksella. Heräämössä pidetyn päiväkirjan ja Operan tietojen avulla kerätyn taustatutkimuksen perusteella suurimmiksi ongelmiksi nousivat heräämön henkilökuntaresurssit suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen, heräämössä tehtävien toimenpiteiden jatkuva lisääntyminen sekä töiden jakautuminen epätasaisesti päivän aikana.</p> <p>Ongelmiin pyrittiin hakemaan vastauksia perustamalla heräämön listanvetäjän tehtävä määrääjäksi. Heräämön henkilökuntaresursseihin ei tällä pystytty vaikuttamaan toivotulla tavalla, ajoittain resurssit jopa vähenivät. Toimenpiteiden määrään ei myöskään ollut vaikutusta, mutta niiden suunnitteluun ja toteutukseen löydettiin uusia keinoja. Töiden epätasaiseen jakautumiseen haettiin apua mm. ylimääräisillä työvuoroilla. Kokeilun tuloksena heräämön listanvetäjän tehtävää tullaan jatkamaan ja heräämön pyritään saamaan oma anestesia- ja hoitokäytäntö ja osittainen osastosihteeri.</p>	
Avainsanat	Heräämö, henkilökuntaresurssien uudelleenohjaus, toiminnan kehittäminen

Author(s) Title Number of Pages Date	Kristiina Takala Children´s hospital Post Anesthesia Care Unit Development - Staffresource redirection 64 pages + 6 appendices 16.10.2016
Degree	Health Management and Social Affairs Master's degree
Degree Programme	Health and Social Care Management
Specialisation option	-
Instructor(s)	Lecturer Antti Niemi
<p>This thesis has been carried out at the development work in HUS Children's Hospital anesthesia and surgical ward (LLOS), Post Anesthesia Care Unit (PACU) staff resources redirection. The background of the development of organizational changes due to the growth of patient groups and volumes and at the same time an increase in nurses' job demands. In addition, the New Children's Hospital ULS completion of the 2017 and getting the Magnet Hospital status to the Children`s hospital in 2018 increase the need for development.</p> <p>The aim of the thesis was to implement a staff resource redirection HUS Children's Hospital anesthesia and surgical ward Post Anesthesia Care Unit. The aim was to develop the PACU everyday activities using part of the LEAN methodology. LEAN approach was used to evaluate the current management practices and sought to develop the PACU operations. Do a thesis development was in changed very timely PACU needs and in the changed needs of the operation department contributed to organizational changes. When The New Children's Hospital is completed, the department will be operating practices in order to maximize high-quality nursing.</p> <p>Design and development work in the PACU operations were launched in early 2015. The development began gathering background information and baseline survey. The Background was gathered by using the diary and Opera information and based on that information the biggest problems in PACU were staff resources in relation to the number and treatability of patients, continuous measures carried out at the increase in the PACU and distribution of works unevenly during the day.</p> <p>Getting some answers to the problems by setting up the PACU leader. It was not made the changes in PACU staff resources what was hoped, from time to time even decreased resources. Number of patients and work also had no effect, but the design and implementation of new methods were discovered. Job unequal distribution during the day was sought by extra shifts. As a result of the experiment PACU leader role will be to continue and seeks to own anesthetists and partial departmental secretary.</p>	
Keywords	Post Anesthesia Care Unit (PACU), the staff redirection to of resources, the development of activities

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Potilasturvallisuus	3
2.1.1	Potilasturvallisuuden kehittäminen ja edistäminen	4
2.1.2	Vaaratapahtumat, haittatapahtumat ja HaiPro	5
2.2	Magneettisairaalastatus	6
3	Tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät	8
3.1	Lasten- ja nuorten sairaala (LNS)	8
3.1.1	Hoitotyö Lasten- ja nuortensairaalaossa	10
3.1.2	Lasten Anestesia- ja leikkausosasto (LLOS)	11
3.2	Uusi Lastensairaala 2017 (ULS)	13
4	Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessit	16
4.1	Metodologiset lähtökohdat	17
4.1.1	Tutkimuksellinen kehittämistyö	17
4.2	LEAN menetelmät	19
4.2.1	LEAN tässä kehittämistyössä	21
4.3	Menetelmälliset valinnat	25
4.3.1	Dokumenttianalyysi sekä aineisto- ja sisältöanalyysi	25
4.3.2	Havainnointi ja hiljainen tieto	26
5	Kehittämistyön lähtötilanne	28
5.1	Heräämön nykytilanteen kuvaus ja tausta-aineiston analyysi	28
5.2	Opera -tilastojen analyysi	31
5.3	Heräämön seitsemän hukkaa	33
6	Kehittämistyön toteutus	34
6.1	Muutosprosessi	35
6.2	Suunnittelu Workshop	36
6.3	Väliarviointi	38
6.3.1	Väliarvioinnin yhteenveto	41
6.4	Riskien arviointi	41
6.5	Heräämön listanvetäjien kokoukset	42

6.5.1	Kehittämisen aloitus	43
6.5.2	Kehittämisen arviointi	44
6.5.3	Kehittämisen tilannekatsaus	46
6.5.4	Kehittämisen loppukatsaus	47
6.6	Arviointi Workshop	48
6.7	Päiväkirja analyysi	50
7	Pohdinta	53
7.1	Tulosten pohdinta	54
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	56
8	Johtopäätökset ja jatkohaasteet	58
	Lähteet	61
	Liitteet	
	Liite 1. Taulukko 1	
	Liite 2. Taulukko 2	
	Liite 3. Taulukko 3	
	Liite 4. Taulukko 4	
	Liite 5. Taulukko 5	
	Liite 6. Otteita päiväkirjasta 10.6.-3.11.2015	
	Otteita päiväkirjasta 7.6.-31.8.2016	

1 Johdanto

Uusi Lastensairaala, ULS, valmistuu joulukuussa 2017. HUS Lasten- ja nuortensairaalan Lastenklinikan toiminta siirtyy uuteen rakennukseen alkuvuodesta 2018. Uudet tilat asettavat uudet vaatimukset hoitotyölle, mutta tuovat mukanaan myös mahdollisuuden uudistaa sekä toimintaa että toimintatapoja. (Hankeselvityksen työryhmä 2013: 27.) Toiminnan muutokset ovat jo käynnissä. Muutokset tulevat jatkossa vaikuttamaan oleellisesti myös nykyisen heräämön toimintaan, etenkin potilas määriin ja henkilökuntaresursseihin. Anestesia- ja leikkausosaston muuttaessa uusiin tiloihin, sen toiminta tulee oleellisesti sekä muuttumaan että laajentumaan. Käytännön työstä nousee esiin huoli heräämön hoitotyön muuttuvista tarpeista ja nykyisten resurssien riittämättömyydestä.

Kehittämistyön taustalla on Uuden Lastensairaalan valmistumisen lisäksi Magneettisairaala statuksen hakeminen Lasten- ja nuortensairaalalle vuonna 2018. Statuksen edellyttämät kriteerit vaikuttavat Anestesia- ja leikkausosaston toimintaan ja toiminnan kehittämiseen. Magneettisairaalamallin mukaisesti hoitotyöllä pyritään vetovoimaiseen sairaalaan ja laadukkaaseen hoitotyöhön. Magneettisairaalamalli on hoitotyövetoista ja keskittyy näyttöön perustuvaan hoitotyöhön sekä hoitotyön kehittämiseen. Myös heräämön kehittämistyö on osa pyrkimystä kohti magneettisairaalastatusta. Kehittämistyönä toteutettu opinnäytetyö toteutettiin vanhoissa tiloissa nykyisillä resursseilla. Vuoden 2016 aikana tehty kehittämistyö antoi suunnan uuden osaston toiminnan suunnittelulle.

HUS:ssa tapahtuneet muiden klinikoiden organisaatiomuutokset näkyvät Lastenklinikan Anestesia- ja leikkausosastolla toiminnan kasvuna. Syksyllä 2015 mm. kaikki 0-3 vuotiaiden huuli- ja suulakihalkiopotilaiden leikkaukset siirrettiin tehtäväksi Lastenlinikalle. Potilasmäärän lisääntyminen näkyy myös heräämön toiminnassa. Toiminnan muutosten lisäksi Lasten ja nuorten (LANU) alueella tulee tehostaa toimintaa ja säästöt kohdistuvat niin materiaali- ja laitemenoihin kuin henkilöstökuluihinkin. Säästötoimenpiteiden vuoksi lisähenkilökunnan palkkaamiseen tulee olla kattavat perustelut. Nykyistä heräämön toimintaa tulisi tehostaa, jotta kaikki käytettävissä olevat henkilökuntaresurssit osattaisiin ohjata sinne missä niitä eniten tarvitaan. Näiden syiden vuoksi kehittämistyö nähtiin erittäin ajankohtaisena.

Heräämön toiminnan suunnittelu- ja kehittämistyö käynnistettiin alkuvuodesta 2015. Kehittämistyö aloitettiin taustatietojen keruulla ja lähtötilanteen kartoituksella. Taustatutkimuksen perusteella suurimmiksi ongelmiksi nousivat heräämön henkilökuntaresurssit suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen, heräämössä tehtävien toimenpiteiden jatkuva lisääntyminen sekä töiden jakautuminen epätasaisesti päivän aikana. Tarkoituksena oli LEAN-menetelmien avulla kehittää heräämön arkipäivien toimintaa. LEAN-toimintamallin avulla arvioitiin nykyisiä hoitokäytäntöjä ja pyrittiin kehittämään heräämön toimintaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa heräämön toiminnasta ja tämän avulla toteuttaa henkilökuntaresurssien uudelleenohjaus HUS Lasten- ja nuortensairaalan Anestesia- ja leikkausosaston heräämössä. Opinnäytetyönä tehtävä kehittämistyö oli hyvin ajankohtainen heräämön muuttuneissa tarpeissa ja osaston toimintaan vaikuttaneissa organisaatiomuutoksissa. Uuden Lastensairaalan valmistuessa osastolla tulee olla toimivat käytännöt, jotta hoitotyö olisi mahdollisimman laadukasta.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Kehittämistyön lähtökohtina voivat olla organisaation halu toimia tehokkaammin ja tuottavammin tai kehittää työntekijöiden hyvinvointia ja motivaatiota. Nämä asiat voidaan myös yhdistää ajatuksena, että hyvinvoiva työntekijä on tuottava työntekijä. Kehittämistyön luonne riippuu siitä, mitä aluetta tai toimintoa halutaan kehittää. (Honkanen 2006: 18-19, 26.) Kehittämistyötä suunniteltaessa on tärkeää muodostaa käsitys kehittämistarpeesta ja organisaation koko tilanteesta. Tietoa voidaan kerätä haastatteluilla tai kyselytutkimuksilla. Näiden rinnalla käytetään usein muitakin menetelmiä, esimerkiksi kirjallisia dokumenttiaineistoja. (Honkanen 2006: 70.) Menestyneen LEAN-ajattelutavan käyttöönotto lähtee organisaation kulttuurin muutoksesta. Organisaation oma kulttuuri luo pohjan henkilökunnan arvoille ja uskomuksille. Organisaation kulttuurin muutoksella pystytään vaikuttamaan LEAN-ajattelutavan vakiintumiseen ja positiivisen tuloksen saavuttamiseen. Organisaatiokulttuuria ja LEAN-ajattelutavan vakiinnuttamista ei pystytä muuttamaan käskystä vaan se vaatii pitkäjänteistä työtä. Tämä vaatii myös ihmisten työtapojen ja käyttäytymisen muutosta. Haasteena onkin saada ihmiset tunnistamaan omassa työssään lisäarvoa tuottamatonta työtä. (Womack – Byrne – Flume – Kaplan – Toussaint 2005:4-5.)

Yritysmailman lisäksi myös julkisella sektorilla kilpaillaan resursseista. Kilpailu haastaa toimimaan entistä tehokkaammin. Tehokkuutta voidaan lisätä organisaation sisäisessä toiminnassa tekemällä enemmän vähemmän panoksia. Tehokkuutta lisättäessä tulee myös huomioida työn vaatimusten lisääntyminen ja työhyvinvoinnin kehittämisen tarpeellisuus. (Honkanen 2006: 91, 96.) Jatkuvan kehittämisen organisaatiossa mahdollistavat toimivat työryhmät. Työryhmillä tulee olla tahto kehittää, mutta myös oikeus kehittämiseen ja toimintatapojen muutokseen. (Honkanen 2006: 118.) Muutos tulee nähdä avoimena prosessina, jonka tavoitteita arvioidaan jatkuvasti. Muutokseen ei aina välttämättä kuulu kehittämistä, mutta kehittämisen tavoitteena on aina muutos. (Honkanen 2006: 344-345.)

2.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus perustuu lääketieteen keskeiseen periaatteeseen; *Primum non nocere* - tärkeintä olla vahingoittamatta. Vuodesta 2004 Maailman terveysjärjestö WHO on

julkaissut potilasturvallisuuden koulutusohjelmia ja osallistunut aktiivisesti potilasturvallisuuden kehittämiseen. (Aaltonen - Rosenberg 2013: 3.) Potilasturvallisuus käsittää periaatteita ja toimintoja, mitkä varmistavat hoidon turvallisuuden sekä suojaavat potilasta vahingoittumasta. Määritelmä riippuu siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastelee. (Helovuo – Kinnunen – Peltomaa - Pennanen 2012: 13.) Pyrkimys mahdollisimman potilasturvalliseen toimintaan ohjaa siis kaikkia toimintoja hoitotyössä.

Potilasturvallisuuskulttuuri on osa organisaation toimintakulttuuria. Turvallisuuskulttuuri on määritelty yksiköiden ja yhteisön tavaksi toimia siten, että potilaiden saaman hoidon turvallisuus varmistetaan. Vahvistamalla turvallisuuskulttuuria voidaan vähentää hoitoon liittyviä riskejä ja potilaalle aiheutuvia haittoja. Kehittyminen edellyttää johdon näkyvää sitoutumista potilasturvallisuuden edistämiseen. Johdon on viestitettävä potilasturvallisuudesta ja pidettävä se esillä toiminnassa. (Helovuo ym. 2012: 92-97.) Resurssien puute ja taloudelliset paineet heikentävät turvallisen ja laadukkaan hoidon mahdollisuutta. Tutkimustulosten mukaan henkilöstön määrä korreloi hoidon turvallisuuden ja laadun kanssa. Organisaation resursseilla on siis vaikutusta potilasturvallisuuteen. Toisaalta taas haittatapahtumat ja poikkeamat hoidossa aiheuttavat yhteiskunnalle mittavia lisäkustannuksia. (Helovuo ym. 2012: 58-59.)

2.1.1 Potilasturvallisuuden kehittäminen ja edistäminen

Potilasturvallisuuden edistämiseen tarvitaan järjestelmällistä tuomintaa sekä pitkäjänteistä kehittämistyötä. WHO:n vuonna 2004 perustama World Alliance for Patient Safety organisaatio pyrkii löytämään ja tukemaan tutkimusta, joka pureutuu potilasturvallisuuden kannalta oleellisiin alueisiin. (Helovuo ym. 2012: 23-26.)

Pohjoismaista Tanska on ollut potilasturvallisuuden edelläkävijä ja Ruotsissa edistämistyö on aktiivista. Myös Suomessa potilasturvallisuutta on pyritty edistämään näkyvästi. Edistäminen edellyttää lakien, asetusten ja säädösten lisäksi terveydenhuollon yksiköissä konkreettista toimintaa sekä pitkäjänteistä kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite on saattaa potilasturvallisuus eurooppalaiset vaatimukset täyttävälle tasolle. (Helovuo ym. 2012: 31-33.)

Suomen lainsäädännössä on useita lakeja, joiden avulla voidaan edistää potilasturvallisuutta. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§ mukaan terveydenhuollon toiminnan on ol-

tava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) tuo potilasturvallisuuteen potilaan näkökulmasta tärkeitä asioita. Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) varmistaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus. Näiden lisäksi potilasturvallisuuden edistämiseen vaikuttavat Potilasvahinkolaki (585/1986), Lääkelaki (395/1987) ja Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010). (Helovuori ym. 2012: 38-40.)

2.1.2 Vaaratapahtumat, haittatapahtumat ja HaiPro

Vaaratapahtuma on WHO:n mukaan ”tilanne tai olosuhde, joka olisi voinut johtaa tai johti tarpeettomaan haittaan potilaalle”. Vaaratapahtuman sattuessa mietitään usein olisiko se ollut estettävissä. Tutkimusten mukaan joka kymmenes potilas kokee hoitonsa aikana jonkinlaisen haittatapahtuman ja noin prosentilla haitta on vakava. Haittatapahtumista ehkäistävissä olisi jopa puolet. (Helovuori ym. 2012: 16-22.) Potilaille on oikeus turvalliseen ja vaikuttavaan hoitoon, mutta lisäksi haittatapahtumat ja poikkeamat aiheuttavat yhteiskunnalle myös mittavia lisäkustannuksia. Niiden ehkäisemiseksi toimintatapoja tulisi kehittää sellaisiksi, että riskit ja erehtymisen mahdollisuus olisi minimoituja. (Helovuori ym. 2012: 64.) Vaaratapahtumien raportoinnin tavoite on potilasturvallisuuden parantaminen. Läheltä piti tilanteista ja haittatapahtumista voidaan oppia ja estää samanlaisten virheiden mahdollisuus myöhemmin. (Helovuori ym. 2012: 137.)

Marina Kinnunen, Leena-Maija Aaltonen ja Raija Malmström (2009) käsittelevät Hoitotyön käsikirjassa vaaratapahtumien raportointia. Haittatapahtumien raportointiprosessin eli HaiPro:n kehittäminen terveydenhuollon organisaatioissa otettiin HYKS klinikoilla käyttöön vuonna 2007. Ensimmäisiä käyttäjiä HYKS:n klinikoista olivat Lasten- ja nuorten sairaala sekä neurologian, neurokirurgian ja silmä- ja korvatautien klinikkaryhmän yksiköt. (Aaltonen - Rosenberg 2013: 260, 264.) HaiPro järjestelmän käytöstä on sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Ilmoittamisella on todettu olevan ajatuksia ja tarkkaavaisuutta herättäviä vaikutuksia. Lisäksi sen on koettu kiinnittävän henkilökunnan huomion potilasturvallisuuteen. Keskustelua on herättänyt se, mitkä ovat ilmoitettavia asioita ja mitkä eivät. Jotta ilmoittaminen ei veisi turhaa aikaa työntekijöiltä, sen on johdettava muutokseen. Haittatapahtumien ilmoittamisen avulla tapahtumia saadaan konk-

retisoitua. HaiPro ilmoitusten käsittelijällä on tärkeä rooli oppimisprosessin eteenpäin ohjauksessa. Tärkeää on viedä asiaa eteenpäin syylistämättä. (Kinnunen - Peltomaa 2009: 132-134.)

2.2 Magneettisairaalamallin status

Magneettisairaalamallia on kehitetty Yhdysvalloissa. Se sai alkunsa kun American Academy of Nursing (AAN) nimesi asiantuntijaryhmän vuonna 1981 tutkimaan sairaaloita, jotka olivat sairaanhoitajapulassa saaneet pidettyä henkilökuntansa erityisen menestyksekkäästi. AAN:n tunnistamien magneettisairaalan piirteiden avulla American Nurses Association (ANA) loi Magneettisairaala-tunnistusohjelman vuonna 1990. (Partanen – Pitkäaho – Kvist – Turunen – Miettinen – Vehviläinen-Julkunen 2008: 69-74.) Näinä vuosina USA:n maanlaajuisesta sairaanhoitajapulasta huolimatta vetovoimaiset sairaalat onnistuivat houkuttelemaan ja rekrytoimaan hoitajia sekä myös pitämään heidät työsuhteessa muita sairaaloita paremmin. (Torppa 2015.) Magneettisairaalamallissa hoitotyötä ohjaa potilaan hoidon, henkilöstön ja koko organisaation tulokset. Hyviin tuloksiin pyritään hyvien johtajien ja toimivien rakenteiden avulla sekä laadukkaalla hoidolla. Hoitotyön jatkuvaa arviointia ja kehittämistä tuetaan osaamisella ja uudistuvalla tiedolla. (Torppa 2015.)

Vetovoimainen sairaala pystyy kehittämään toimintaansa ja tuottavuuttaan sekä vastaamaan työelämän haasteisiin. Lisäksi se saa aikaan erinomaisia hoitotuloksia. Vetovoimaisessa sairaalassa työtyytyväisyys ja työntekijöiden hyvinvointi pyritään maksimoimaan tarjoamalla mm. mielekkäitä ja haasteellisia sekä näyttöön perustuvia työtehtäviä. Vetovoimainen sairaala onnistuu sekä rekrytoimaan että sitouttamaan työntekijöitä tarjoamalla tehokasta vuorovaikutusta, yhteistyösuhteita ja päätöksentekomahdollisuuksia. Rekrytoinnissa tärkeitä keinoja ovat osaamisen tunnistaminen ja urakehityksen edistäminen. (Meretoja - Koponen 2008: 9-10,13-14.) Vetovoimaisella sairaalalla on mahdollisuus saavuttaa magneettisairaalamallin status. Tunnustukseen tarvitaan osoitettu näyttö erinomaisista potilashoidon tuloksista. Näyttö tunnustetaan arviointityökalujen avulla arvioimalla hoitokäytäntöjä, hoitotuloksia ja henkilöstön työolosuhteita. Magneettisairaalamallin hakeminen on monivuotinen prosessi, jota arvioidaan itsearvioinneilla ja ulkopuolisilla auditoinneilla. (Meretoja - Koponen 2008: 10-11.) Statuksen hakeminen on vaativuudestaan huolimatta myös antoisa ja sairaalan kehitystä eteenpäin vievä prosessi. (Partanen ym 2008: 75.)

Virallisesti Magneettisairaala on sairaala, jolle American Nurses Credentialing Center (ANCC) on myöntänyt Magneettisairaalastatuksen. USA:n huippusairaaloista vain 7%:lle on myönnetty magneettisairaalastatus. Status on arvovaltaisin hoitotyön huomionosoitus, jonka terveydenhuollon organisaatio voi saada. Statuksen saaminen edellyttää vahvaa sitoutumista erinomaisen toimintakulttuurin vaalimiseen ja resurssien huolelliseen kohdentamiseen sekä potilashoitoa että ammatillista kehitystä tukeviin rakenteisiin. Nämä on todennettava erilaisin laadullisin ja määrällisin mittarein. (American Nurses Credentialing Center ANCC.)

Magneettisairaalatutkimukset osoittavat mallin toimivuuden. Mallin avulla on mahdollista kehittää toimintaympäristöä. Toimintaympäristön muutokset vaikuttavat henkilöstöön ja tuottavat parempia hoitotuloksia. Magneettisairaaloissa hoitohenkilöstö vaikuttaa aktiivisesti niihin asioihin, joilla on merkitystä hoitotyöhön. Tutkimuksilla on osoitettu, että magneettisairaalastatuksella on myönteinen vaikutus sekä hoitohenkilökunnan että muun terveydenhuollon henkilöstön rekrytointiin. Vaikutukset näkyvät myös organisaatiossa pysymisessä. Magneettisairaaloissa kohtaavat turvallinen ja laadukas hoito sekä korkea potilastyytyväisyys. Keskeistä on potilaan hoidon hyvät tulokset. Niitä varmistetaan laadukkaalla, ammatillisella toiminnalla, hyvällä johtamisella, toimivilla rakenteilla sekä innovaatioilla, uudella tiedolla ja parannuksilla. (Joanna Briggs Institute 2010.)

Joanna Briggs Instituutin teettämien tutkimusten mukaan Magneettisairaaloissa potilaat ovat tyytyväisempiä ja saavat turvallista sekä laadukasta hoitoa. Hoitohenkilökunta on sitoutunutta ja ammattitaitoista. Magneettisairaalastatuksen saaneet sairaalat ovat haluttuja työpaikkoja. Magneettisairaalastatuksen hakeminen on asetettu tavoitteeksi HYKS:n Lasten ja nuorten sairaalassa vuodelle 2018. Hoitotyötä kehitetään magneettisairaalamallin mukaisesti. Malli ohjaa hoitotyötä ja sen johtamista sekä kehittämistä yhdessä Hoitotyön ammatillisen toimintamallin (2015) kanssa. (Torppa 2015.)

HUS:n hoitotyön ammatillisessa toimintamallissa noudatetaan magneettisairaalan viitekehystä. Magneettisairaalamallin mukaisesti HUS toteuttaa hoitoa, jossa keskeistä on potilaan hoidon hyvät tulokset. Hyvä johtaminen toimivissa rakenteissa tukee henkilökunnan toimintaa ja sitoutumista tavoitteisiin. Hoitotyön kehittäminen on jatkuvaa ja näyttöön perustuvaa. Lisäksi hoitotyötä arvioidaan jatkuvasti. HUS pyrkii magneettisairaalamallin mukaisesti siihen, että potilaat ovat tyytyväisiä, hoito on turvallista, henkilöstö sitoutunutta ja ammattitaitoista sekä sairaala työympäristönä on turvallinen. (HUS 2016.)

3 Tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä LEAN-menetelmiä hyödyntäen. Opinnäytetyö toteutettiin LEAN-menetelmien avulla kehittämistyönä HUS Lasten- ja nuortensairaalan Anestesia- ja leikkausosaston heräämössä. Tarkoituksena oli LEAN-menetelmien avulla kehittää heräämön arkipäivien toimintaa. LEAN-toimintamallin avulla arvioitiin nykyisiä hoitokäytäntöjä ja pyrittiin kehittämään heräämön toimintaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa heräämön toiminnasta ja tämän avulla toteuttaa henkilökuntaresurssien uudelleenohjaus HUS Lasten- ja nuortensairaalan Anestesia- ja leikkausosaston heräämössä. Nykyisen heräämön toiminnan kehittämisen kautta voidaan myös suunnitella henkilökuntaresurssien ja hoitokäytäntöjen muutostarve Uuden Lastensairaalan heräämössä. Tavoitteena oli saada olemassa olevat henkilökuntaresurssit käyttöön parhaalla mahdollisella tavalla potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi.

Kehittämistehtäviksi muodostuivat taustatutkimuksesta nousseet ongelmat. Näistä suurimpia ja samalla tärkeimpiä ovat heräämön henkilökuntaresurssit suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen, heräämössä tehtävien toimenpiteiden jatkuva lisääntyminen sekä töiden jakautuminen epätasaisesti eri kellonajoille. Lisäksi on huomioitava Uuden Lastensairaalan mukana tulevat uudet haasteet niin tilojen kuin käytäntöjen suhteen sekä Magneettisairaalastatuksen hakeminen sairaalalle.

Toiminnan kehittämistehtävät:

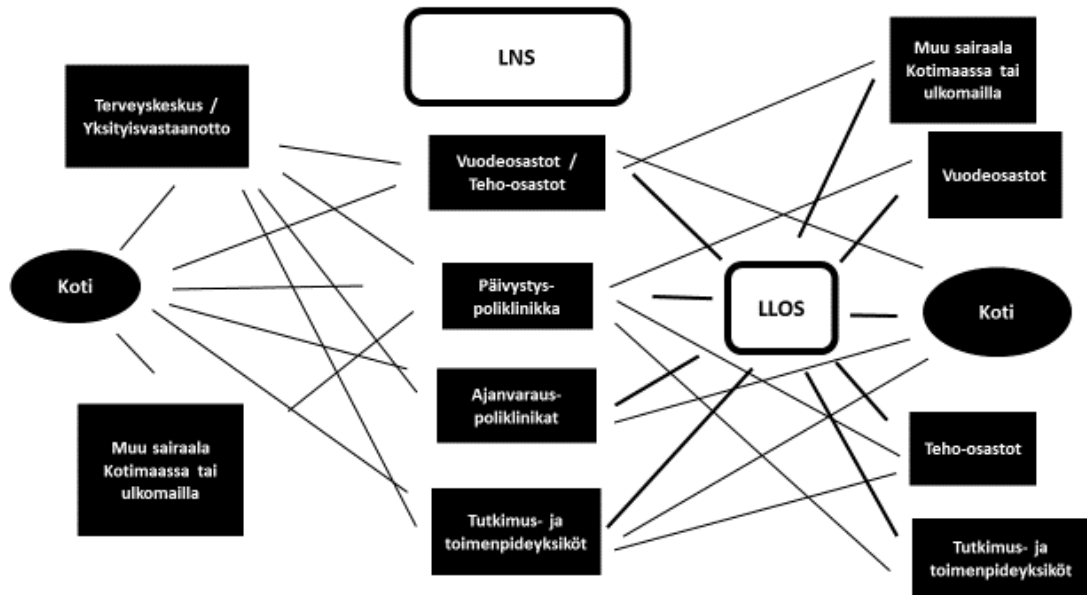
- 1) Heräämön henkilökuntaresurssien suhteuttaminen potilaiden määrään ja hoitoisuuteen,
- 2) heräämössä tehtävien toimenpiteiden jatkuvaan lisääntymiseen vaikuttaminen sekä
- 3) töiden jakaminen tasaisemmin eri kellonajoille.

3.1 Lasten- ja nuorten sairaala (LNS)

HUS Lasten- ja nuorten sairaala (LNS) on perustettu 1893 edistämään yliopistollista lastentautiopin eli pediatrian opetusta. Lastenlinnan toiminta on alkanut vuonna 1917.

Vuonna 1946 Lastenlinna sai nykyiset tilansa ja vuonna 1948 Lastenlinna muutti uuteen rakennukseen. Lastenlinikkaa on laajennettu vuonna 1986, jolloin valmistui poliklinikan E-siipi ja lisärakennus. Toinen laajennus tehtiin vuonna 2010, jolloin anestesia- ja leikkausosasto, teho-osasto ja magneettikuvausyksikkö saivat uudisrakennuksen. (Uusi Lastensairaala tukiyhdistys 2017 ry 2013: 7-8.)

Lastenlinna kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) HYKS-sairaanhoidoalueen Lasten- ja nuortensairauksien tulosyksikköön (LaNu). Lastenlinna vastaa koko sairaanhoitoalueen, sairaanhoitopiiriin, sen ERVA-alueen (erityisvastuualue) ja myös valtakunnallisesti sovittujen potilasryhmien lasten erikoissairaanhoidosta. Valtakunnallisesti HYKS:iin on keskitetty mm. lasten elinsiirrot, lasten vaikeimpien sydänvikojen hoito ja avosydänkirurgia kokonaisuudessaan, valtaosa allogeenisista luuydinsiirroista sekä merkittävä osa vaikean epilepsian hoidosta. (Hanketyöryhmä 2014: 13.) Kuvio 1 kuvaa LNS:n potilaiden hoitopolku-kaaviota. Hoidossa sairaala painottaa vanhempien osallistumista hoitoon ja noudattaa YK:n lapsen oikeuksien yleissopimusta. (Siimes – Linden - Perheentupa 1993: 12.



Kuvio 1. Lasten- ja nuorten sairaalan potilaan hoitopolku kaavio

3.1.1 Hoitotyö Lasten- ja nuortensairaalassa

Hoitotyötä Lastenlinikalla ohjaa HUS:ssa toteutettavan hoitotyön ja sen johtamisen periaatteet. Toiminnan peruslähtökohtana on olla kansainvälisesti korkeatasoinen ja uutta tietoa luova sairaalaorganisaatio. Potilaiden tutkimus ja hoito tulee olla laadukasta, oikea aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä. Tärkeimpänä tavoitteena on antaa potilaalle turvallista, laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa. (Hottinen – Lindfors - Salonen – Valovirta-Hästö - Junntila 2014:1.) Hoitotyön lähtökohtina Lastenlinikalla on potilaskeskeisyys, näyttöön perustuvuus, potilasturvallisuus, moniammatillisuus ja kollegiaalisuus. Toiminnassa noudatetaan terveydenhuollon yhteisiä (Etene 20xx) ja ammattiryhmäkohtaisia eettisiä ohjeita sekä yhteisesti sovittuja pelisääntöjä. (Hottinen ym. 2014:1.)

Potilas nähdään aktiivisena, vastuullisena, omaan hoitoonsa osallistuvana ja sitoutuvana yksilönä. Lapsipotilaiden kohdalla tämä tarkoittaa lapsen omien toiveiden ja tarpeiden tyydyttämisen lisäksi vanhempien ja perheiden huomioimista sekä heidän osallistumistaan hoitoon. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta ja tukea hänen voimavarojensa lisääntymistä ja vahvistumista sekä huomioida myös potilaan omaiset ja läheiset. Erityisesti Lastenlinikalla painotetaan perhekeskeisyyttä hoitotyössä. Näyttöön perustuva hoitotyö edellyttää, että jokaisella hoitotyön tekijällä on tietoa hoitotyön menetelmistä. Päivittäisessä toiminnassa varmistetaan potilaiden hoidon turvallisuus ja minimoidaan estettävissä olevat, hoidosta aiheutuvat haitat. HUS:n potilasturvallisuussuunnitelman tavoitteena on tukea potilasturvallisuuden systemaattista kehittämistä ja järjestämistä. Potilaan hyvä hoito edellyttää, että eri ammattialojen edustajat käyttävät erikoisosaamistaan. Hoitotyön tekijä toimii aktiivisesti, oman asiantuntemuksensa esiin tuoden moniammatillisissa tiimeissä. Kollegiaalisuus tukee ammatillista työskentelyä ja tähtää yhteisen tavoitteen saavuttamiseen eli potilaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon. (Hottinen ym. 2014:1.)

Lapsen ja nuoren hoito poikkeaa aikuislääketieteestä monin tavoin. Lapsuusajan sairaudet, niiden syyt ja synty, hoito ja ennuste eroavat oleellisesti aikuisten sairauksista. Lisäksi lapsen ja nuoren fyysinen ja psyykinen kehitys tulee huomioida sekä hoidon suunnittelussa että toteutuksessa. Nykyaikaisen länsimaisen lastensairaanhoidon normeja kuvaavien pohjoismaisen NOBAB:n (Nordisk förening för sjuka barns behov) standardien mukaisesti keskeinen huomio on kiinnitettävä siihen, että lapsipotilaat otetaan sairaalahoitoon vain jos hoidon järjestäminen muilla keinoin ei ole mahdollista. (Hanketyöryhmä 2014:74-75.)

Perhe on ihmisen tärkeimpiä voimavaroja. Se luo turvallisuutta ja yhteenkuuluvuutta sekä antaa tukea vastoinkäymisissä. Lapsen sairastuminen on aina stressi ja usein myös traumaattinen tilanne sekä lapselle että perheelle. (Lampinen 1998: 10-12.) Vanhempien osuus ja näkemys heidän merkityksestään lasten hoitotyössä on kasvanut viimeisten vuosikymmenien aikana. Keskeisenä osana lasten hyvää hoitoa nähdään vanhempien mahdollisuus osallistua lapsensa hoitoon ja heidän tarpeisiinsa vastaaminen. (Lampinen 1998: 12.) Tutkimus- ja hoitopäätöksissä vanhempien näkemys, läsnäolo ja motivaatio ovat olennaisia tekijöitä laadukkaan ja turvallisen hoitotyön toteuttamiseksi. Vanhempien osallistuminen lasten sairauksien hoidon järjestämiseen edellyttää kuitenkin tila- ja henkilöstöresursointia. Santahuhdan (1999:9) tutkimustulosten mukaan perheen osallistuminen lapsen hoitoon on lisääntynyt selvästi. Lapsen ja perheen turvallisuudentunteesta huolehtiminen on korostunut ja huomiointi on aiempaa yksilöllisempää. Nykyään myös vanhemmat osaavat vaatia ja käyttää palveluita. (Hanketyöryhmä 2014:74-75.)

3.1.2 Lasten Anestesia- ja leikkausosasto (LLOS)

Lasten Anestesia- ja leikkausosastolla (LLOS) hoidetaan kaikkien LNS:ssa hoidettavien erikoisalojen potilaita. Potilaita on vastasyntyneistä ja keskosista aina 16-vuotiaisiin asti. Osastolla hoidetaan synnynnäisistä sairauksista johtuen myös aikuispotilaita. LLOS:ssa on 6 leikkaussalia, 1 induktiosali ja 14 paikkainen heräämö. Päiväkirurgisessa yksikössä on 1 leikkaussali ja 3 paikkainen heräämö. Kirurgisia toimenpiteitä tehtiin vuonna 2011 3177, sen lisäksi osaston ulkopuolella tehtyjä tutkimuksia ja toimenpiteitä ns. ulkokeikkoja oli 3231. Toimenpiteet vaihtelevat muutamista minuuteista yli kymmenen tuntia kestäviin leikkauksiin. Usein samassa anestesiassa tehdään usean eri erikoisalan toimenpiteitä, jotta vältetään monelta nukutukselta. Toimenpiteen aikana potilaan hoitoon tarvittavan henkilökunnan määrä vaihtelee kahdesta jopa 15 osajaan. Lastenklinikan Anestesia- ja leikkausosaston toimenpiteisiin kuuluu n. 500 toimenpidettä, joista vain kymmentä tehdään yli 50 kertaa vuodessa. (Hanketyöryhmä 2014: 22-23.)

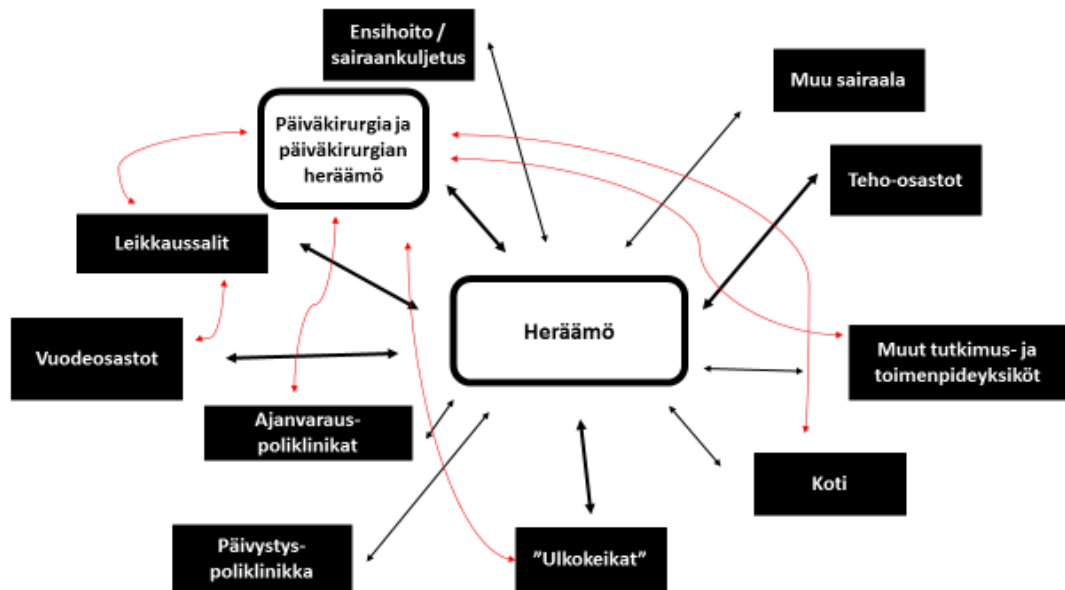
Sairaanhoitajia Anestesia- ja leikkausosastolla työskentelee yhteensä noin 60, joista noin 30 on anestesiahoitajia. Kaikki anestesiahoitajat työskentelevät myös heräämössä. Osastolla on yksi osastonhoitaja ja kolme apulaisosastonhoitajaa; instrumentti- ja anestesiapuolella sekä päiväkirurgiassa omansa. Näiden toimien lisäksi osastolla työskentelee yksi lääkintävahtimestari. Kehittämistyön aikana osastolla kokeiltiin uutta lähiesimiesmallia, jossa osastonhoitajia oli kaksi ja apulaisosastonhoitajia kolme.

Lastenklinikan päiväkirurginen yksikkö sijaitsee sairaalan poliklinikka-alueella. Päiväkirurgiassa työskentelevä henkilöstö kuuluu anestesia- ja leikkausosastoon. Päiväkirurgiassa yksikössä hoidetaan helsinkiläisten lasten päiväkirurgian lisäksi HUS-piirin ja ulkokuntien lapsia, joilla on tähystystutkimuksia vaativia synnynnäisiä sairauksia. Tavallisia leikkauksia ovat nivustyrän, laskeutumattoman kiveksen ja ahtaan esinahan leikkaukset sekä ihomuutosten poistot ja pienortopedia. Kolmasosa toimenpiteistä on tähystyksiä (ruoansulatuskanavan, keuhkoputkien ja virtsarakon tähystykset). Yksikössä hoidetaan myös Iho- ja allergiasairaalan anestesiaa vaativat pulssiväri-laserhoidot ja reumalasten anestesiaa vaativat nivelpistot. Vuonna 2011 päiväkirurgisia toimenpiteitä tehtiin 1194. (Hankeselvityksen työryhmä 2013:31.)

Anestesia- ja leikkausosaston sekä päiväkirurgian lisäksi osaston henkilökunta hoitaa potilaita erilaisissa työpisteissä leikkausosaston ulkopuolella, ns. ulkokeikoilla. Anestesiaa vaativia tutkimuksia ja toimenpiteitä tehdään röntgenosastolla (MRI, CT, UÄ-biopsiat), hammaslääkärissä (hammashoidot), sydäntutkimusyksikössä (angiot, katetroinnit) ja LNS:n ulkopuolella mm. Meilahden sairaalassa (ERCP, ESWL, Skleroterapia, Isotooppilaboratorio). (Hanketyöryhmä 2014: 22-23.)

Heräämössä hoidetaan kaikki leikkaussaleista tulevat potilaat, ns. ulkokeikkojen potilaat, osa hammastoimenpide ja MRI potilaista sekä tarvittaessa myös päiväkirurgian potilaita. Heräämöpotilaan kulkua selventää kuvio 2. Heräämöhoitoa tarvitsevien potilaiden lisäksi heräämössä tehdään pientoimenpiteitä kuten iv-kanyylin laittoja, tracheakanyylin vaihtoja, likvor-näytteiden ottoja, rytmin siirtoja ym. Tarvittaessa myös intuboidaan ja valmistellaan potilaita tutkimuksiin. Heräämössä on 14 potilaspaikkaa, joista keskimäärin 6-10 on käytössä.

Arkisin aamuvuoroon on resursoitu kolme sairaanhoitajaa 7.30-15.30, joista yksi on mahdollisuuksien mukaan klo 17.00 asti. Yksi anestesiahoitaja tulee 10.00-18.00 vuoroon ja heräämööä päivystävä hoitaja on paikalla suunnitellusti 13.00-21.00. Muuna aikana Anestesia- ja leikkausosastolla hoidetaan vain päivystyspotilaita ja heräämö on auki siihen asti kunnes viimeinen potilas siirtyy jatkohoito-osastolle. Viikonloppuisin ja pyhäpäivinä heräämöhoitajia on yksi, joka on suunnitellusti paikalla 11.00-18.00. Muina aikoina heräämö on auki tarvittaessa.



Kuvio 2. Heräämöpotilaan hoitopolku –kaavio

3.2 Uusi Lastensairaala 2017 (ULS)

Lääketieteen nopea kehittyminen, teknistyminen ja pääkaupunkiseudun väestönkasvu johtavat lisääntyviin ja uudenlaisiin tilatarpeisiin. Lisäksi sekä Lastenklinikan että Lastenlinnan tekninen kunto on asteittain huonontunut. Lastenklinikan yleissuunnitelman päivityksen yhteydessä (2008–2009) todettiin, että jatkuvaan peruskorjaamiseen perustuva toimintamalli ei riitä turvaamaan lastensairaalan tulevaisuutta. Uhkana on ollut lastensairaanhoidon tason aleneminen niin hoidon, tutkimuksen kuin opetuksenkin osalta. Vuonna 2011 toteutettu tarveselvitys totesi uuden lastensairaalan kiireellisen rakentamisen välttämättömäksi. Uusi Lastensairaala (ULS) on tarkoitus rakentaa yhtenä kokonaisuutena Meilahden sairaala-alueelle nykyisen Lastenklinikan ja Naistenklinikan väliselle alueelle. Sairaalan on määrä olla valmis vuoden 2017 loppuun mennessä, jolloin nykyinen toiminta siirtyy uusiin tiloihin. (Hanketyöryhmä 2014: 1.) ULS:n ydintehtävä on järjestää jäsenkuntiansa väestölle ja säädösten sekä sopimusten mukaisesti myös jäsenkuntiansa ulkopuolelle erikoissairaanhoidon palveluita. Tutkimus- ja hoitokäytäntöjen tulee olla näyttöön perustuvia ja tuloksia tulee arvioida systemaattisesti. Korkean lääketieteellisen ja hoidollisen laadun lisäksi tärkeää on potilaan myönteinen kokemus. (Hanketyöryhmä 2014: 2.)

Toiminnallisen suunnittelun taustalla on ollut ensisijaisesti lapsipotilaskeskeisyys, minkä mukaisesti toimintaprosessit järjestetään laadukkaasti ja tilatehokkaasti lapsipotilaan ympärille. Tutkimukset ja hoidot on tarkoitus järjestää mahdollisimman usein avotoimintana ja turvata vanhemman läsnäolo hoidossa. Suunnittelussa on otettu huomioon toiminnan muutostarpeet sekä tulevaisuuden vaatimukset ja toimintaedellytykset. Suunnittelussa on kiinnitetty erityistä huomiota Uuden Lastensairaalan avotoiminnan laajentamiseen ja vanhempien osallistumiseen lapsensa hoitoon. Tämä on asettanut tilasuunnittelulle erityisiä vaatimuksia. Lähtökohtana lapsipotilaiden hoidolle Uudessa Lastensairaalassa on oikea-aikainen sekä oikein resursoitu korkealaatuinen ja turvallinen hoito oikeassa paikassa. Lapsi- ja perhekeskeisyyden huomioiminen edellyttää myös hoitotyön ja hoitoprosessien tarkastelua ja kehittämistä. (Hanketyöryhmä 2014: 50-51.)

Uuden Lastensairaalan leikkaus-, toimenpide- ja anestesiayksikön tehtävänä on tarjota kattavat palvelut kaikelle pediatriiselle anestesiaa edellyttävälle toiminnalle huomioiden myös valtakunnalliset erityisvastuut. Toiminta sisältää kaikki lastenkirurgian ja pediatrian erikoisalut sekä lastenneurologian tehtäessä lapsille leikkauksia, toimenpiteitä tai tutkimuksia anestesiassa. Yksikön toiminta jakautuu pääosin kuuteen osa-alueeseen: leikkaussalit, sydänkatetrointilaboratorio, päiväkirurgia, hammashoito, heräämöt ja ulkokenttäänestesiät sekä ULS:n sisällä että ulkopuolella. Varsinaisen leikkausosaston keskeisimmät potilaiden lastenkirurgiset erikoisalut ovat thorax-, sydän- ja elinsiirtokirurgia, ortopedia, gastrokirurgia, neurokirurgia ja plastiikkakirurgia. (Hanketyöryhmä 2014: 36.) Uuden Lastensairaalan kaikki anestesiaa edellyttävä toiminta pyritään keskittämään samaan kerrokseen tavoitteena potilasturvallisuuden varmistaminen sekä tila- että henkilöstöresurssien optimaalinen käyttö. Poikkeuksena ovat immunosuppressiiviset potilaat, joiden anestesiät jatkossakin tehdään immunosuppressiivisessa yksikössä. Keskitetyllä toimintamallilla pystytään takaamaan paras mahdollinen tulos. Varsinaiselle leikkaus- ja anestesiaosastolle rakennetaan kahdeksan leikkaussalia ja yksi sydäntutkimusten katetrointisali. (Hanketyöryhmä 2014: 36.)

Uusina toimintoina ULS:an integroitavat toiminnot ovat alle 16-vuotiaiden potilaiden osalta Husuke:n toiminta Töölön sairaalasta sekä Silmä- ja korvasairaalasta (Si-Ko) päiväkirurgia, Korvaklinikan polikliiniset käynnit, elektiivisten lapsipotilaiden erityisinstrumentaatiota vaativien leikkausten postoperatiivinen hoito ja lasten audioniatrinen päivätoiminta. (Hanketyöryhmä 2014: 1.) Husuke:ssa (Töölön sairaala) hoidetaan lähes 90 % Suomen halkiopotilaista. Kraniofakiaalikirurgia kokonaisuudessaan on keskitetty

Husuke:en. Halkio- ja kraniopotilaiden ohella Husuke:ssa hoidetaan muuta lasten plastiikkakirurgiaa. Tähän ryhmään kuuluvat muut harvinaiset pään ja kaulan malformaatiot, vaskulaarianomaliat, synnynnäiset ihon (jätti)luomet, arvet ja vammat sekä osaltaan lasten palovammat. Toimenpiteitä vuonna 2011 oli 909. (Hanketyöryhmä 2014: 5.)

Leikkaussalien lisäksi siirretään nykyisin sydäntutkimusyksikössä sijaitseva katetrointilaboratorio leikkausosastolle. Katetrointilaboratoriossa tehdään invasiivisia sydämen diagnostisia tutkimuksia, toimenpidekardiologisia toimenpiteitä ja rytmihäiriöiden diagnostiikkaa ja hoitoa kardiologien toimesta. Sydämen katetrointilaboratoriossa tehtäviin toimenpiteisiin on arvioitu tulevan 17 % lisäys. Sydänkatetrointilaboratorio siirtyy leikkausosaston yhteyteen, jolloin voidaan tukeutua joustavasti muihin tukeviin resursseihin (sydänkirurgit, anestesiologit, sairaanhoitajat ja välineistö). Samanlaisia etuja haetaan myös ison leikkausosaston ja päiväkirurgian toimintojen sijoittelulla toistensa yhteyteen. (Hanketyöryhmä 2014: 35-36.)

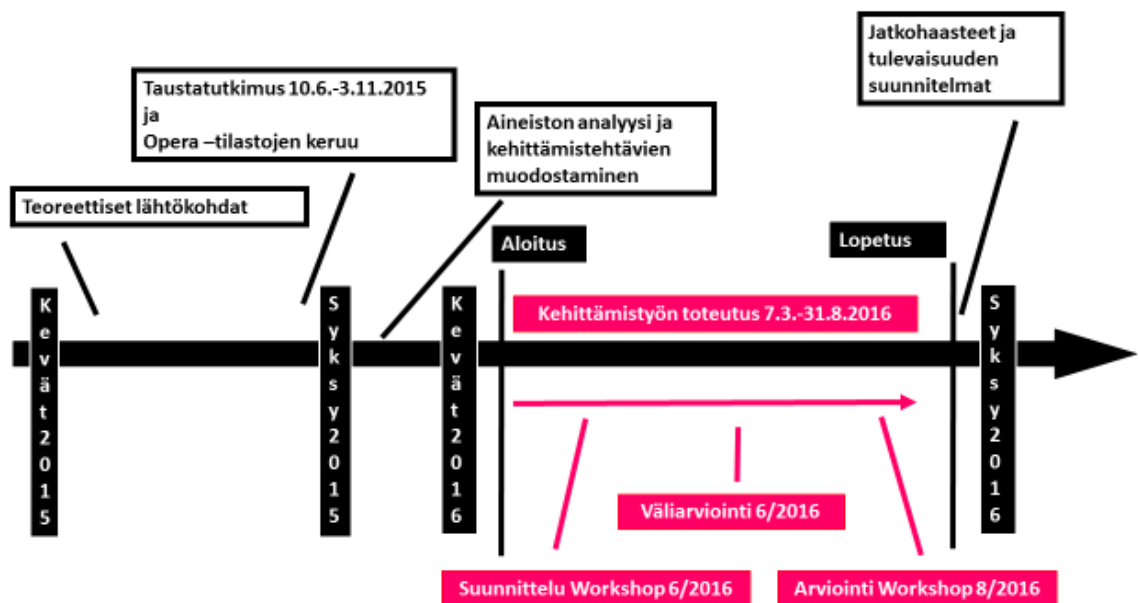
Uuden päiväkirurgisen yksikön käyttöön on tulossa 3 salia, joissa tullaan tekemään arviolta noin 4900 toimenpidettä vuodessa. Lisäksi anestesiaa vaativia hammastoimenpiteitä varten tarvitaan yksi hammasvastaanottohuone. (Hanketyöryhmä 2014: 74-75.) Päiväkirurgian muutokset koostuvat väestöennusteen mukaisesta 7 % kasvusta, nykyisin leikkaussaleissa tehtävien tähytysten siirrosta päiväkirurgiaan sekä Husuke:n mukanaan tuomista päiväkirurgisista toimenpiteistä. Lisäksi Silmä- ja korvasairaalan (Si-Ko) päiväkirurgiset toimenpiteet siirtyvät Uuteen Lastensairaalaan. Si-Ko:n päiväkirurgiassa on v. 2011 tehty 2200 toimenpidettä KNK-lapsille (kurkku-nenä-korva) ja 200 silmätautilapsille. Kaikkien näiden muutosten vuoksi päiväkirurginen toiminta tulee yli 3-kertaistumaan. (Hanketyöryhmä 2014: 22-23, 76.)

Leikkaustoiminnan laajeneminen näkyy myös heräämön potilaiden määrän kasvuna. ULS:n heräämössä potilaiden määrän lisäksi myös hoidettavat potilasryhmät lisääntyvät. Tämä vaatii anestesiahoitajilta uutta osaamista ja heräämöltä uudenlaista tekniikkaa ja välineistöä. Uudessa toiminnassa vanhemmat voivat olla lapsen tukena pääsääntöisesti siihen saakka kunnes lapsi nukahtaa ja pääsevät lapsen vierelle heräämöhön heti hänen herättyään. (Hanketyöryhmä 2014: 43.) Myös nämä asiat tulee ottaa huomioon heräämöhöhoitoa suunniteltaessa. Uuden Lastensairaalan heräämöhön on suunniteltu 26 potilaspaikkaa, joista päiväkirurgisten potilaiden käyttöön on suunniteltu 11 paikkaa. Päiväkirurgisten potilaiden käyttöön voidaan tarvittaessa ottaa ns. raskaanheräämön puolelta 5

lisäpaikkaa. Tilat tulevat olemaan fyysisesti melko lähellä toisiaan, jolloin sekä potilaita että henkilökuntaa voidaan siirtää tilanteiden ja tarpeiden mukaan.

4 Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessit

Tässä opinnäytetyössä on edetty tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin mukaisesti. Teoreettisissa lähtökohdissa kirjallisuudesta on etsitty tutkimuksellista kehittämistyötä, LEAN-menetelmiä ja potilasturvallisuutta käsittelevää aineistoa. Opinnäytetyöhön liittyvät käsitteet on tunnistettu ja määritelty. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessiin kuuluu käsitteellinen vaihe, jossa määritetään tutkimusasetelma. Kuviosta 3 ilmenee kehittämistyön prosessin eteneminen.



Kuvio 3. Kehittämistyön prosessi kaavio

4.1 Metodologiset lähtökohdat

Tässä työssä on kartoitettu heräämön toimintaa. Taustatietojen keruussa on käytetty Anestesia- ja leikkausosastolla käytössä olevan tietojärjestelmän, OPERAn, tilastoja sekä sairaanhoitajien muutaman kuukauden ajan päivittäin kirjaamaa heräämön toimintaa kuvaavaa päiväkirjanomaista aineistoa. Opinnäytetyön teoreettinen lähtökohta on samanaikaisesti sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen. Ongelmat nousevat käytännön toiminnasta ja tavoitteena on saada aikaan konkreettisia muutoksia ja tuottaa perusteltua tietoa. Tavoitteena ei ole tilastollinen yleistettävyyks vaan kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013:65, 79, 110.)

Kvalitatiivisessa kehittämistyössä halutaan ymmärtää kohdetta syvällisesti ja huomioida siihen liittyvät asiat. Menetelmässä käytetään usein toimintatutkimusta, jossa tutkija pyrkii ratkaisemaan ongelman osallistamalla tutkittavan yhteisön toimintaan. (Eskelinen – Karsikas 2014: 76-77.) Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija osallistuu tutkittavan yhteisön toimintaan ja haastattelee ihmisiä. Kvalitatiivinen aineisto on moniulotteista, ilmaisullisesti rikasta ja monitasoista. (Alasuutari 2011: 84.) Keskeisin merkitys on olemassa olevan tiedon vahvistaminen, ei uuden tiedon löytäminen tai teorian kehittäminen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 49.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käsitellään lukuja ja niiden välisiä tilastollisia yhteyksiä. Analyysi perustuu siihen, että etsitään tilastollisia säännönmukaisuuksia. (Alasuutari 2011: 34, 37.) Kvantitatiivisen lähestymistavan yksi ominaispiirteistä onkin juuri tilastollinen merkitsevyys. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 45.)

4.1.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

Tutkivalla viitataan tutkimukseen, toimintaan ja tapaan tai asennoitumiseen. Siihen liittyy oleellisesti myös tieteellinen ajattelu. Kehittämisellä taas viitataan aktiiviseen toimintaan ja kehittymisen tavoitteluun. Tutkiva kehittäminen yhdistää sekä tutkimuksen että kehittämisen työskentelytavaksi. Terveystieteissä tutkiva kehittäminen voi olla vaikeaa ilman kehittämisen alueen tuntemusta. Tutkivan toiminnan perustana on ymmärrys käytännön toiminnasta ja sen tavoitteista. Laaja tietoperusta toimii suunnittelun ja toiminnan pohjana. Henkilöstön asiantuntemus on välttämätöntä toiminnan sujuvuuden takaamiseksi. (Heikkilä – Jokinen - Nurmela 2008: 22-23, 38-39.) Kehittäminen onnistuu parhaiten tiimityöllä sekä joustavalla ja laaja-alaisella osaamisella. Kehittämistoiminnan

haasteena nähdään työkulttuuriin ja ihmisille muodostuneet oletukset asioista ja toiminnasta. (Heikkilä ym. 2008: 40-41.)

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on tiedontuotantoa, jossa ongelmat nousevat käytännön toiminnasta. Toiminnalla tavoitellaan konkreettisia muutoksia ja perustellun tiedon tuottamista. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta sisältää sekä tutkimuksen että kehittämistoiminnan. Voidaan siis puhua kehittävästä tutkimuksesta. Tietoa tuotetaan käytännön kehittämistyön yhteydessä. Painotus voi olla tutkimuksessa, mutta suunta kehittämisessä tai toisin päin. (Toikko – Rantanen 2009: 21-23.)

Tuotettu tieto on luonteeltaan käytännöllistä ja sen tehtävänä on tukea kehittämistä. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta. (Toikko - Rantanen 2009: 113-120.) Toisaalta käytännön ongelmat ohjaavat tiedontuotantoa, jolloin tietoa tuotetaan käytännön toimintaympäristöissä tutkimuksellisia menetelmiä apuna käyttäen. Kehittämistoiminta määrittelee tutkimukselle reunaehdot. Kehittämistoiminnan tavoitteena on sekä käytännön ongelmien ratkaisu että kuvaaminen. (Toikko - Rantanen 2009: 21-23.)

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa etsitään näyttöä kehitettävän asian käyttökelpoisuudesta ja tavoitellaan empiirisesti pätevää tietoa. (Toikko - Rantanen 2009: 39.) Prosessiin kuuluu viisi vaihetta: perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja tulosten levittäminen. Toteutuksen kannalta on eduksi, jos tavoite voidaan perustella mahdollisimman konkreettisesti. Organisoinnilla tarkoitetaan käytännön toteutuksen suunnittelua ja valmistelua. Toteutus muodostuu ideoinnista, kokeiluista ja mallintamisesta. Arvioinnin tehtävänä on suunnata kehittämistoiminnan prosessia. Tavoitteena on tuottaa tietoa, mikä ohjaa kehittämisprosessia sekä tietoa kehitettävästä asiasta. Tulosten levittämisestä voidaan käyttää myös nimitystä juurruttaminen ja valtavirtaistaminen. (Toikko - Rantanen 2009: 56-63.)

Terveystieteiden tutkimuksellinen kehittäminen on uusien palveluiden ja menetelmien aikaansaamista tai olemassa olevien parantamista. Kehittämistyön avulla etsitään realistisia mahdollisuuksia uusien toimintamuotojen tai tapojen käyttöönottoa. (Heikkilä ym. 2008: 55.) Tutkimuksellisen kehittämishankkeen tekeminen edeltää hankkeessa vaikuttavien tekijöiden analyysia. Apuvälineenä käytetään yleensä SWOT-analyysia, jossa tarkastellaan hanketta sisäisten ja ulkoisten tekijöiden kautta. (Heikkilä ym 2008: 63.)

Tutkiva kehittämistoiminta toteutetaan usein ennalta määriteltynä ajanjaksona, projektina. Projektilla voidaan tarkoittaa mm. hanketta. Hanke on etukäteen suunniteltu tietyn ryhmän toteuttama toiminta. Hankkeella tulee olla alku, suunnitelma ja toteuttajat. Lisäksi se päättyy sovitulla tavalla sovittuna ajankohtana. (Heikkilä ym. 2008: 25.)

4.2 LEAN menetelmät

LEAN-toimintamalli on lähtöisin Japanista, Toyotan autoteollisuudesta, mutta tällä hetkellä se on johtava tuotantoperiaate lähes kaikilla aloilla. Toimintamallia noudattavat yritykset ovat tavallisesti kannattavia ja nopeasti kasvavia. LEAN voidaan suomentaa hoi-kaksi tai solakaksi. Hoikassa toimintatavassa ei ole mitään turhaa. (Kouri 2009: 6-7.) Yksinkertaisuudessaan mallilla pyritään luomaan toimintaan tarkoituksenmukaisuutta, järkevyyttä ja täsmällisyyttä. Palvelun/tuotteen arvo määritellään asiakkaan/potilaan näkökulmasta. Se muodostetaan palvelun ominaisuuksista, laadusta, toimitusajasta ja -varmuudesta. Organisaatiossa hahmotetaan ne toiminnot, mitkä lisäävät arvoa asiakkaalle. Arvoa lisäävä toiminto tarkoittaa toimenpidettä, mikä muokkaa palvelua vastaamaan asiakkaan vaatimuksia. (Kouri 2009: 6-7.) LEAN on johtamisfilosofiaa, mikä keskittyy seitsemän (7) erilaisen tuottamattoman toiminnon poistamiseen. LEAN pyrkii siihen, että oikea määrä oikeanlaatuista oikeita asioita saadaan oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan oikean laatusena. LEAN on esitelty ensimmäisen kerran Womackin ja Jonesin kirjoittamassa kirjassa "The Machine That Changed the World". Kirja kertoo Toyota Production Systemin menestyksestä ja autoteollisuuden muutoksista LEAN-tuotantoa kohti. (fi.wikipedia.org)

Johtaminen on elintärkeää LEAN:ssa. Toyota on kehittänyt LEAN-johtajia yli 60 vuoden ajan. Perusajatuksena on että, aina on ongelmia ja aina on hukkaa. LEAN onkin jatkuvaa kehittämistä. Koskaan ei tule ajatella, että ongelmat on ratkaistu ja kaikki hukka poistettu. (Liker - Convis 2012: xxi-xxii.) Työntekijöiden kouluttaminen ja kannustaminen liittyy kai-kin tavoin johtajuuteen. Johtajan tehtävänä on saada työntekijät tuottamaan lisäarvoa ja pitää suunnan kohti lopullista päämäärää. (Liker - Convis2012: 14.) LEAN-johtamisessa tarkoitus on mennä sinne missä työ tapahtuu (Gembaan), jotta voisi ymmärtää todellista tilannetta. Näin pystytään myös havaitsemaan kuilut nykytilanteen ja lopullisten tavoitteiden välillä. Johtajan tulee oppia näkemään työntekijöiden vahvuuksia ja heikkouksia. Ih-misiä oikealla tavalla kehittämällä tulokset seuraavat perässä. Johtajan tehtävänä on auttaa työntekijöitä kehittymään. (Liker - Convis 2012: 27-28.)

Työmenetelmien kehittäminen edellyttää niiden vakiinnuttamista. Kaikkien työntekijöiden on toimittava samalla tavalla, jotta voidaan arvioida työn toteutustavan vaikutuksia laatuun. Standardoitu toimintatapa takaa palvelun laadun. Vakiinnuttamisessa käytetään työohjeita. Ohjeiden tulee olla lyhyitä ja selkeitä. Lisäksi niiden pitää olla helposti saatavilla. (Kouri 2009: 17.) Tuotannon tasoituksella tarkoitetaan tuotteiden/palveluiden tuottamista asiakastarpeiden mukaisissa erissä. Käytännössä tämä tarkoittaa tasaisin väliajoin tuotettuja palveluita ja niiden variaatioita pienissä erissä. (Kouri 2009: 19.)

Hukka on mikä tahansa aktiviteetti, mikä ei lisää tuotteen tai palvelun arvoa asiakkaalle. LEAN-mallissa tuottavuutta parannetaan erilaisten hukkien poistamisella. Hukalla tarkoitetaan kaikkea toimintaa, mikä on turhaa ja arvoa lisäämätöntä työtä. Hukkaa poistettaessa työn tuottavuus ja laatu paranevat. Työn tehokkuus perustuu hukkien poistamiseen ja arvoa lisäävän työn maksimointiin. (Kouri 2009: 10-11.) Tuotannon hukat voidaan jakaa seitsemään luokkaan. Ylituotanto tarkoittaa palveluiden tuottamista tarvetta enemmän. Ylituotanto estää myös tuotannon todellisten epäkohtien havaitsemisen. Odottelu ja viivästys eivät tuota asiakkaalle arvoa. Tarpeetonta kuljettamista ja palveluiden turhaa liikuttelua tulee välttää. Myös laaturvirheet hukkaavat kapasiteettia. Tarpeettomat varastot lisäävät kustannuksia sekä piilottavat ongelmia. Ylikäsittelyllä tarkoitetaan kaikkea merkityksetöntä asioiden tekemistä. Tarpeeton liike työskentelyssä on hukkaa, jos se ei tuo lisäarvoa palveluun. Käyttämättä jätetty työntekijän luovuus on myös hukkaa. Työntekijällä on paras tieto toiminnasta ja sen kehittämisestä. (Kouri 2009: 10-11.) Terveystuotannon hukat voidaan erottaa seitsemään pääkategoriaa: Turha tuotanto kuten tarpeettomat toimenpiteet ja tutkimukset, turha odottaminen kuten lääkäreiden, hoitajien tai tutkimustulosten odottaminen, turha potilaiden ja tarvikkeiden kuljettaminen, turhat työvaiheet kuten samojen asioiden kysely potilailta useaan kertaan, turhat hankinnat sekä turha liikkuminen, erityisesti hoitajien turha seisominen ja siirtyminen paikasta toiseen. Myös seuraukset kuten uusinta leikkaukset ovat hukkaa. (Jackson 2013: 8.)

Kehittäminen edellyttää tuotannon virtauttamista. Virtauttamisen tehostaminen pakottaa kehittämään tuotannon luotettavuutta, poistamaan laatuhäiriöitä ja lisäämään suunnitelmallisuutta. Läpäisyajan lyhentäminen ei perustu työtahdin kasvattamiseen. LEAN-mallissa jokainen virhe ja ongelma nähdään kehitysmahdollisuutena, mikä parantaa laatua ja luotettavuutta. Tuotannossa laatu ja laadunvarmistus ovat kaikkien työntekijöiden vastuulla. Jokaisen on toteutettava laadunvarmistusta ja ilmoitettava poikkeamista. Mittaamisen tavoitteena on ymmärtää prosessin toimintaa, ei valvoa työntekijöitä. (Kouri 2009:

20-21,24,29.) Ilmeisin syy ei aina ole itse ongelman aiheuttaja. Suoran syyn takaa etsitään tekijä, mitä pitää muuttaa ongelman toistumisen estämiseksi. Juurisyyn etsimisessä voidaan käyttää erilaisia työkaluja ja menetelmiä, esimerkiksi kysymällä 5xMIKSI tai käyttämällä Kalanruoto -mallia. 5xMIKSI menetelmällä etsitään syitä, jotka aiheuttavat ongelmia. (Blomqvist – Lintula – Nikkola – Ukkonen - Vierimaa 2015: 2-3.)

Arvovirralla tarkoitetaan toimintojen ketjua, joka alkaa asiakkaan tarpeesta ja päättyy, kun asiakas vastaanottaa tarvitsemansa palvelun. Arvovirran kuvaamisen tarkoituksena on määrittellä toiminnan nykytila ja nähdä hukat. Nykytilaa tulee tarkastella kriittisesti ja poistaa hyödyttömät toiminnot. (Blomqvist ym. 2015: 7-8.) Tuotteen ja/tai palvelun arvo määritellään asiakkaan näkökulmasta. Arvon määrittelyllä pyritään ohjaamaan toiminta oikeisiin asioihin. Arvoketju määritellään, jotta lisäarvoa tuottamattomat prosessit voidaan poistaa ja arvoa tuottavia prosesseja tehostaa. Palvelun tuotanto tulee toteuttaa siten, että palvelut virtaavat pysähtymättä arvoketjussa. Pyritään täydellisyyteen jatkuvalla kehittämisellä poistamalla ongelmat ja hukkailmiöt. (Kouri 2009: 8-9.) Arvolla voidaan tässä opinnäytetyössä käsittää hyvä hoito, oikea määrä hoitajia, tarpeeksi aikaa työtehtäviin, heräämön fyysinen ympäristö ja vanhempien osallistuminen. Näistä fyysinen ympäristö ja vanhempien osallistuminen jätetään tarkoituksella tämän kehittämis tehtävän ulkopuolelle, sillä ne eivät aiheuta oleellista hukkaa nykyisessä toiminnassa. Uuden heräämön toiminnan suunnittelussa nämä tullaan ottamaan huomioon. Arvovirralla tässä työssä käsitetään niitä toimintoja, jotka alkavat heräämöhoidajan saadessa raportin potilaasta salin hoitajalta siihen kun hän itse antaa raportin osaston sairaanhoitajalle potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan. Tämän lisäksi tulee huomioida henkilökunnan liikkuvuus suhteessa potilaan liikkumiseen. Virtaukseen vaikuttavat välimatkat ja potilaiden liikuttelu. Imulla tarkoitetaan palvelun tuottamista todellisten tarpeiden mukaisesti. Hoitajien ”varastointi” on hukkaa. Tavoitteena on saada oikea määrä hoitajia oikeaan aikaan oikeaan paikkaan. Täydellisyyteen pyrkiminen on osa Lean-mallia: jatkuva kehitys sekä ongelmien tiedostaminen ja poistaminen.

4.2.1 LEAN tässä kehittämistyössä

LEAN-toiminnan lähtökohtana HUS:issa ovat potilaan tarpeet. Toiminnalla saadaan aikaan tehokas hoitoketju. (Blomqvist – Lintula – Nikkola – Ukkonen - Vierimaa 2015: 2.) HUS organisaatiossa on toteutettu LEAN-hankkeita vuodesta 2010 alkaen. LEAN-hankkeita on toteutettu useissa toimintayksiköissä. Hankkeet ovat olleet onnistuneita ja tulok-

set näistä ovat olleet konkreettisia. Tuotantoa on saatu lisättyä ilman merkittäviä lisäresurssointejä. Näistä on myös raportoitu kustannussäästöjä. HUS:n haasteena ovat niukat resurssit ja ammattihenkilöstön työn kuormittavuuden kasvu. Haasteisiin voidaan tarttua uudistamalla ennakkoluulottomasti toimintaprosesseja tehokkaammiksi ja taloudellisemmiksi. Näin henkilöstölle jää enemmän aikaa hoitotyöhön. (Blomqvist – Lintula – Nikkola – Ukkonen - Vierimaa 2015: 4,8.) Onnistuneiden hankkeiden edellytyksenä ovat olleet osaava LEAN-valmentaja, motivoituneet työntekijät ja hankkeisiin sitoutunut johto. Mäkijärven tutkielman (2013) mukaan LEAN-menetelmä sopii hyvin prosessiluonteisen toiminnan kehittämismenetelmäksi HUS:ssa. Uusia toimintamalleja voidaan soveltaa myös muissa yksiköissä. LEAN-sairaalan tavoite on: puolet vähemmän virheitä, komplikaatioita, sairaalainfektioita, odotusta, sairaalassaoloaikaa, henkilöstön vaihtuvuutta, kustannuksia, tilaa ja valituksia asiakkailta ja henkilöstöltä. (Mäkijärvi 2013: 91-94.)

Marja Sillankorvan (2013) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan LEAN-toimintamalli koettiin positiiviseksi ja kriittisinä asioina nousi esille ainoastaan totuttujen tapojen uudistaminen. Tästä syystä henkilökunnan motivoiminen ja sitouttaminen uusiin toimintatapoihin on tärkeää. LEAN-toimintamalli on aikaa vievää ja vaatii kehittämistyöhön panostusta. Katsauksesta nousi esiin LEAN-toimintamallin monimuotoinen hyödynnettävyys terveydenhuollon organisaatioissa. LEAN-toimintamallin erilaisia työkaluja oli käytetty laajasti, mutta kaikissa tutkimuksissa toistuvivat perusajatukset hukan poistamisesta ja toiminnan järkevästä tehostamisesta sekä toiminnan jatkuvuudesta. (Sillankorva 2013: 24.)

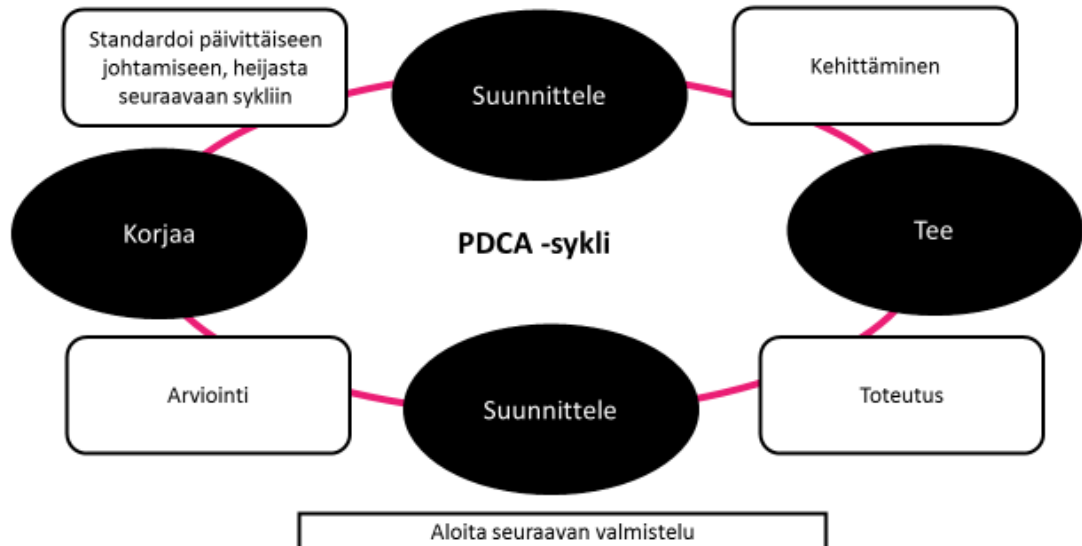
Kaizen-ajattelu on velvollisuutta jatkuvasti parantaa suorituskykyä. Kaizenissa ajatus on, ettei mikään ole täydellistä ja kaikkea voidaan parantaa. Tämän mukaan prosessi ei ole koskaan täydellinen eikä täydellistä LEAN-ratkaisua ole koskaan saavutettu. Olosuhteet muuttavat tänään täydellisen huomenna ja mukaan tulee uutta hukkaa. LEAN on siis aina jatkuvaa. (Liker - Convis 2012: 31.) Kaizen on jatkuvaa kehitystä. Japanin kielessä ”kai” tarkoittaa osittamista ja ”zen” hyvän tekemistä. Yhdessä nämä tarkoittavat jonkin asian järjestelmällistä jaottelua niin, että saadaan aikaiseksi parannusta. Kaizen perustuu fundamentalistiseen tieteelliseen analyysiin, jossa ensin analysoidaan prosessin elementtejä ja sitten keksitään tapa kehittää niitä. Oleellista on kuinka pienet ideat voivat johtaa suuriin tuloksiin. Toiminnan tarkoituksena on lisätä arvoa ja vähentää hukkaa. (Jackson 2013: 13-15.)

Terveydenhuollossa Kaizenissa käytetään usein välineenä The Plan-Do-Check-Act (PDCA) sykliä. P = plan eli suunnittelua ja havainnointia. D = do eli idean testausta. C = check eli saatujen tulosten käsittelyä. A = act tietoisuuden kehittämistä ja ajattelun muuttamista. (Jackson 2013: 13-14.) Kaizenin kulmakivi LEAN-toiminnassa terveydenhuollossa ovat jatkuvan kehittämisen työryhmät. Ryhmässä voidaan jakaa ajatuksia ja löytää parempia työskentelytapoja sekä toimintamalleja. Tästä syystä Kaizenissa on oleellista muodostaa workshop ryhmiä. (Jackson 2013: 18-19.) Kaizenin etuja terveydenhuollossa on, että se mahdollistaa muutokset toiminnassa nopeasti, mutta pienin kustannuksin. Muuttamalla ajatuksiamme ja työskentelytapojamme tänään, voimme tehdä sen huomenna paremmin. (Jackson 2013: 20, 24-25.) Kaizenin ensimmäinen haaste on ymmärtää miten hukka tunnistetaan. Tärkeää on tunnistaa ne tekijät, jotka haittaavat työn tekemistä. Hukkien tunnistamisessa voidaan käyttää viiden askeleen (5S) menetelmää. Ongelmien ratkaisu on Kaizenin ydin lähtökohtia. (Jackson 2013: 45-47.)

Kaizen workshop on ryhmätoimintaa. Se on hyvin suunniteltua ja strukturoitua toimintaa, mikä mahdollistaa tarkan juurisyiden tarkastelun. Ennen ryhmän muodostusta tulee aihe olla rajattu ja valmisteltu. Ongelmat tulee olla valittu ja muutostarpeet tarkennettu. Lisäksi aikataulu tulee olla suunniteltu. (Jackson 2013: 23.) Tässä kehittämistehtävässä ongelmat valittiin taustatutkimuksella kerätyn aineiston analyysistä. Tavallisesti workshop kestää viisi päivää, mutta kesto voi tilanteen mukaan olla puolesta päivästä kolmeen päivään. Kaizenin tarkoitus on, ettei siihen käytetä lisärahoitusta, lisähenkilökuntaa tai uusia varusteita. Myöskään workshop-toiminta ei saa aiheuttaa lisäresurssien tarvetta. Painotus toiminnassa kohdistuu pieniin muutoksiin. Workshop-ryhmän muodostuksessa tulee huomioida se, että parhaiten työtä osaavat kehittää ne jotka sitä tekevät. (Jackson 2013: 24-25.) Tätä kehittämistehtävää varten koottu workshop –ryhmä muodostettiin juuri näitä asioita painottaen.

Toiminnan kehittäminen alkaa arvoketjun analysoimisella. Työpisteitä siistitään ja niiden tehokkuutta parannetaan. Seuraavaksi aloitetaan systemaattinen ongelmaratkaisu. Kehittämisen lähtökohtana on työympäristön turvallisuuden takaaminen. Kehitettäessä työskentelymenetelmiä, parannetaan työn tuottavuutta ja edistetään työssä jaksamista. (Kouri 2009: 9, 13.) Toiminta perustuu toiminnan jatkuvaan ja systemaattiseen parantamiseen. Jatkovaa parantamista toteutetaan PDCA-syklin (kuvio 4) mukaisesti. (Kouri 2009: 15.) Prosessissa asetetaan päämääriä ja tavoitteita sekä suunnitelmia tavoitteiden saavuttamiseksi. Asetetaan visio, tavoitteet ja suunnitelmat samansuuntaisiksi jatkuvaa

parantamista varten. Tehokkaan toiminnan tavoitteiden saavuttamisen edellytyksenä ovat johtajuus ja sitoutuneet työryhmät. (Liker - Convis 2012: 129-136.)



Kuvio 4. PDCA sykli –kaavio

Jokaisen organisaation tulee tunnistaa ja ratkaista omat haasteensa. Muissa yksiköissä toimivista käytännöistä on hyötyä ideoiden saamiseksi, mutta kopioitu käytäntö ei tuota tasavertaisia tuloksia. (Liker - Convis 2012: 12.) LEAN auttaa keskittymään oikeisiin asioihin ja johtaa parempaan asiakaspalveluun. Tavoitteena ovat potilasturvallisuus, laadukas hoito, sujuva hoitoketju, henkilökunnan hyvinvointi sekä hoitoketjujen tunnistaminen, johtaminen ja kehittäminen. Seurauksen näistä on sujuvampi työ, viihtyvyys, tehokkuuden paraneminen, resurssien parempi kohdentaminen sekä kustannussäästöt. (Blomqvist – Lintula – Nikkola – Ukkonen - Vierimaa 2015: 9-11.) LEAN korostaa yhdessä tekemistä. Sovitaan yhdessä vakioituja työtapoja ja sovitaan yhteisistä tavoitteista. Jokaisella on vastuu kehittää ja seurata toteutumista. Sitoudutaan yhteiseen toimintaan. Kaikkien osaamista tarvitaan kehittämiseen. Käyttämättä jätetty työntekijän luovuus on suurin hukka. (Blomqvist ym. 2015: 4, 8.)

4.3 Menetelmälliset valinnat

Heräämön toiminnan kehittämistä on suunniteltu ja toteutettu LEAN-menetelmiä apuna käyttäen. Esiin nousseiden ongelmien takaa pyrittiin LEAN-mallin mukaisesti löytämään heräämön toiminnan hukat. Menetelmänä käytettiin Kaizenin –mallia ja workshop –menetelmää.

Määrällinen kehittämistyö voidaan toteuttaa mm. toimintatutkimuksena, jossa kehittäjä on tiiviissä yhteistyössä esim. kohdeorganisaation kanssa. Tällöin kehittäminen perustuu todettuun kehittämistarpeeseen. Tavoitteena on tutkimuksen lisäksi keksiä mahdollisia mahdollisuuksia ja keinoja sekä tukea yhteisön tavoitteiden saavuttamisessa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 41, 44.) Tässä opinnäytetyössä taustatietoina käytetyistä Opera-tilastoista on saatu lukumäärälliset tiedot potilaista ja potilasaineistoista. Tilastosta on muodostettu vertailevia taulukoita potilasmäärästä ja hoitajaresurseista, esimerkkinä taulukko1 (liite1). Heräämössä tehtyjen toimenpiteiden lukumäärät ja laatu on haluttu selvittää, jotta on voitu arvioida riittävät henkilökuntaresurssit. Potilasmääriä on vertailtu laskennalliseen henkilökuntaresurssiin eli suunniteltujen hoitajien määrään. Heräämössä kerätyn päiväkirjamuotoisen dokumenttiaineiston analyysi on toteutettu sisältöanalyysin mukaisesti.

4.3.1 Dokumenttianalyysi sekä aineisto- ja sisältöanalyysi

Työelämässä erilaisiin tarkoituksiin tuotetut dokumentit sisältävät monenlaista tietoa kehittämisen kohteesta. Dokumentteja voivat olla muistiot, projektiraportit, pöytäkirjat käsikirjat, tilastot tai muut kirjoitukset. Dokumenttianalyysia käytetään usein jonkin muun menetelmän kanssa. Analyysissa tulee huomioida mihin tarkoitukseen dokumentit on luotu ja kuka ne on tuottanut. Dokumenttianalyysin yksi muoto on päiväkirjojen analysointi. Tässä tapauksessa tutkittavia pyydetään täyttämään päiväkirjaa. Päiväkirjojen avulla saadaan tietoa mm. ihmisten työnkuvasta. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 43.)

Heräämössä kirjattuja ongelmia on analysoitu dokumenttianalyysin avulla (Analysis of documentary evidence). Dokumenttianalyysin yhtenä muotona voidaan pitää mm. päiväkirjoja. Niistä voidaan saada arvokasta tietoa esimerkiksi ihmisten työnkuvista. Dokumenttianalyysia käytetään usein myös yhdistettynä muihin tiedonkeruumenetelmiin. (Ojasalo – Moilanen - Ritalahti 2009: 43.) Sisällön analyysissä käytetään aineistoläh-

töistä sisältöanalyysiä, millä pyritään löytämään yleisimmin kirjatut ongelmat. Sisältöanalyysiin kuuluu aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Pelkistämällä selkeytetään ja tiivistetään aineisto. Näin aineistosta rajataan pieni määrä näkökulmia. Pelkistetty aineisto ryhmitellään samankaltaisuuksien ja/tai erojen mukaisesti. Abstrahoinnilla muodostetaan yleiskäsitteitä pelkistämällä. Tällä erotellaan aineistosta tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. (Ojasalo ym. 2009: 124-125.) Tiivistettäessä karsitaan havaintojen määrää ja tunnistetaan aineiston osissa esiintyvät yhteiset piirteet. Abstrahoinnissa erotetaan aineistosta tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja sen avulla muodostetaan teoreettinen käsitteistö. (Ojasalo ym. 2014: 139.)

Sisältöanalyysillä voidaan analysoida sekä kirjoitettua että suullista kommunikaatiota. Sisältöanalyysissä kerätty aineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti sekä yleistettävästi. Laadullinen analysoitava informaatio voi olla sekä verbaalisessa että kuvallisessa muodossa. Aineistot voivat olla esim. päiväkirjoja, kirjeitä, puheita tai raportteja. Sisältöanalyysillä voidaan tehdä havaintoja näistä dokumenteista. Oleellista on erottaa aineistosta samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisältöanalyysi on tekniikka, jolla tuotetaan aineistosta yksinkertaista kuvausta. Siinä on kuitenkin kysymys myös aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset, aikomukset, seuraukset ja yhteydet. (Latvala - Vanhanen-Nuutinen 2003: 21,23.) Sisällön analyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata sisältöä sanallisesti sekä etsiä ja tunnistaa tekstin merkityksiä. Aineiston käsittely on loogista päättelyä ja tulkintaa. Aineisto hajotetaan osiin, käsitellään ja kootaan sitten uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysin ensimmäinen vaihe on valmistelu. Usein tällä tarkoitetaan aineiston muuttamista digitaaliseen muotoon. Aineistolähtöisen sisältöanalyysin vaiheita ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Ojasalo ym. 2014: 136-139.)

4.3.2 Havainnointi ja hiljainen tieto

Havainnointia voidaan käyttää tiedonkeruumenetelmänä myös silloin kun kohteena ovat esineet, kuvat tai ympäristö. Havainnoimalla voidaan selvittää miten kohdetta käytetään tai mitä kohteessa tapahtuu. Jos aitojen tilanteiden havainnointi ei ole mahdollista, voidaan käyttää itsedokumentointimenetelmiä ns. luotaimia. Tällöin tutkittavat voivat täyttää esim. päiväkirjoja. Näiden avulla kerätään tietoa ihmisten ajatuksista ja käyttäytymisestä. (Ojasalo ym. 2014: 114-115.) Havainnointi vaatii huolellista valmistelua. Havainnointiin tarvitaan lupa ja organisaation johdon hyväksyntä aineiston keräämisestä. Havainnoijan rooli tulee selvittää ennen aloitusta ja havainnoinnin tulee kohdistua ennalta määritellyyn

kohteeseen. Havainnoitsija voi olla ulkopuolinen tarkkailija tai aktiivinen osallistuja. Osallistuvassa havainnoinnissa havainnoija osallistuu toimintoihin esim. työntekijän roolissa. Havainnointi voi olla strukturoitua eli jäsenneelyä tai strukturoimatonta eli joustavaa. Strukturoimatonta tapaa voidaan käyttää kun halutaan saada mahdollisimman paljon ja monipuolista tietoa tutkittavasta. (Ojasalo ym. 2014: 115-116.) Havainnoinnissa on tärkeää kerätyn aineiston ymmärtäminen. Laadullisen tutkimuksen analyysin ensimmäisessä vaiheessa pelkistetään eli yhdistetään havainnot. Yksittäiset havainnot yhdistetään laajempiin luokkiin ja ryhmiin. (Ojasalo ym. 2014: 119.)

Tässä kehittämistyössä tiedon keruussa tilastollisten lukujen lisäksi isoksi osaksi nousi nk. hiljainen tieto. Hiljaista tietoa ovat mm. kokemuseräinen tieto, ammattiosaaminen, asiantuntemus, käsitykset, totutut tavat sekä asenteet. (Eskelinen - Karsikas 2014: 87-88.) Saatujen tulosten avulla pyrittiin henkilökuntaresurssien uudelleenohjaukseen LEAN-menetelmien avulla PDCA-syklin mukaisesti (kuvio3). Nk. hiljaista tietoa ovat mm. kokemuseräinen tieto, ammattiosaaminen, asiantuntemus, käsitykset, totutut tavat sekä asenteet. Ongelmia saattaa aiheuttaa tutkijan omaan ammattitaitoon perustuvan mielipiteen esittäminen tavalla, joka täyttää tutkimuksen tunnusmerkit. Tutkija ei välttämättä edes tiedosta käsittelevänsä nk. hiljaista tietoa. Hiljaisesta tiedosta lähtevät mielipiteet tulisi perustella esimerkiksi vertailemalla oma työparin, työryhmän tai organisaation mielipiteitä ja kokemuksia. (Eskelinen - Karsikas 2014: 87-88.) Reflektoinnilla tarkoitetaan hiljaisen tiedon tuomista näkyväksi. Äänetöntä asiantuntemusta voidaan tuoda esiin mm. päiväkirjojen tai henkilön muistelmien ja raporttien avulla. Reflektoinnin apuna voidaan käyttää esim. työparitoimintaa, työnohjausta, kollegahavainnointia, videointeja tai haastatteluja. Hiljaisen tiedon julki tuominen on tärkeää kun osaamista halutaan hyödyntää ja jakaa. (Eskelinen - Karsikas 2014: 87-88.)

Opinnäytetyössäni olen käyttänyt sairaanhoitajien kirjaamia päiväkohtaisia ajatuksia heräämötystä ajalta 1.6.-31.10.2015. Tämän lisäksi olen käyttänyt hyödyksi omaa kokemustani heräämössä työskentelystä. Itselläni on sekä käytännön kokemusta hoitotyöstä että päivittäisestä johtamisesta, mitkä katson eduksi asioiden havainnoinnissa ja aineiston keruussa.

5 Kehittämistyön lähtötilanne

Toimintaympäristönä tässä opinnäytetyössä toimi Lasten- ja nuortensairaalan Anestesia- ja leikkausosaston heräämö, sillä hetkellä käytössä olleiden tila- ja henkilökunta resurssein. Kohderyhmänä toimivat tilastot ja toimintatavat, ei henkilöt. Tutkittavia asioita haluttiin tarkastella niiden luonnollisissa olosuhteissa.

5.1 Heräämön nykytilanteen kuvaus ja tausta-aineiston analyysi

Heräämön toiminnasta tehtiin taustatutkimus aikavälillä 10.6.-3.11.2015. Ongelmien kirjaaminen on ollut osa heräämön toiminnan suunnittelua ja kehittämistä, mikä käynnistettiin jo alkukeväästä 2015. Olen ollut vastuuhenkilönä heräämön kehittämisessä ja tästä syystä aloitin taustojen kartoituksen jo kesäkuun alussa. Heräämössä 10.6.-3.11.2015, pääasiassa arkipäivisin aamuvuorossa 7.30-17.00, työskennelleet anestesiahoitajat kirjasiivat ylös ongelmia ja muita ajatuksia päivittäisestä heräämötöyöskentelystä. Tiedonkeruussa on käytetty perinteistä ruutuvihkoa, johon heräämössä työskennelleet hoitajat ovat kirjanneet ajatuksiaan vapaamuotoisena tekstinä nimettöminä. Tiedonkeruussa ei ollut käytössä valmiita kysymyksiä eikä vastausvaihtoehtoja.

Heräämössä pidetty päiväkirja on analysoitu aineiston sisältöanalyysin mukaisesti. Aineisto on pelkistetty eli selkeytetty ja tiivistetty. Aineistosta on rajattu yleisimmiksi nouseita ongelmia. Kirjatuista havainnoista ja ajatuksista on tunnistettu yhteisiä piirteitä ja karsittu toissijaisia havaintoja. Pelkistämisen jälkeen aineisto on ryhmitelty samankaltaisuuksien mukaisesti kolmeen (3) ryhmään eli heräämön ongelmaan. Ryhmittelyn jälkeen aineistosta on eroteltu tutkimuksen / kehittämistyön kannalta oleellinen tieto. Aineistosta koottiin potilaiden hoitoisuutta, määrää ja hoidon ajankohtaa koskevat huomautukset. Lisäksi resursseja koskevat kirjaukset huomioitiin aineiston erottelussa. Huomiotta jätettiin mm. yksittäisiä henkilöitä koskevat huomautukset.

Yhdeksi esiin nousseeksi ongelmaksi koettiin se, että heräämöstä otetaan usein hoitaja muihin tehtäviin ns. ulkokeikoille, päästäjäksi tai saliin poissaolevan anestesiahoitajan tilalle. Tässä opinnäytetyössä ulkokeikoilla tarkoitetaan Lasten Anestesia- ja leikkausosaston (LLOS) ulkopuolella toteutettavia anestesiaa vaativia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Ja päästäjällä tarkoitetaan LLOS:n sairaanhoitajaa, joka työvuoronsa aikana toimii tauottajana päästämällä muita sairaanhoitajia mm. syömään tai muihin työtehtäviin.

Päästäjiä tulisi osastolla olla henkilökuntaresurssisuunnitelman mukaisesti kaksi, toinen anestesiapuolella ja toinen instrumenttipuolella. Anestesiapuolen päästäjän tehtäviin kuuluu tauottaa kaikki osaston anestesiahoitajat mukaan lukien osastonulkopuolella ns. ulkokeikoilla toimivat hoitajat.

Usein arki-aamussa heräämössä työskentelee henkilökuntaresurssisuunnitelmasta poiketen vain yksi hoitaja klo 10 asti, kunnes heräämön 10-18 vuorolainen tulee töihin. Kipuhoitaja joutuu usein olemaan aamuvuorossa apuna heräämössä, eikä pääse hoitamaan osastoille kipupotilaiden asioita. Kipuhoitajana toimii virka-aikana yksi tehtävään koulutettu LLOS:n anestesiahoitaja ja hänen tehtävänä on huolehtia osastoilla olevien jo leikattujen tai muuten kivunhoidollista konsultaatiota tarvitsevien potilaiden hoidosta. Ideaalissa tilanteessa hoitajia on kolme + 10-18 vuorolainen. Samoin ongelmia aiheuttaa iltapäivä, jolloin normaalissa aamuvuorossa olevat sairaanhoitajat lähtevät klo 15.30. Tällöin heräämössä työskentelevät 10-18 vuorolainen ja heräämöpäivystäjä. Mahdollisuuksien mukaan apuna on yksi 7.30-17 ns. viidenvuorolainen. Tilanne muuttuu ongelmalliseksi silloin, kun klo 17.00 jälkeen heräämöön jää useita potilaita. Kirjausten perusteella kyseisenä ajanjaksona viidenvuorolainen on joutunut useasti jäämään ylitöihin. Ongelmana on **töiden jakautuminen epätasaisesti eri kellonajoille**, mikä nousee esiin useissa kirjauksissa.

"Heräämössä klo 17 jälkeen monta haastavaa potilasta, 17 vuorolainen jäänyt ylitöihin."

"Ruuhi alkaa klo 17. Kipeitä, runsashoitaisia potilaita." "Kokoajan yksi (tai kaksi) hoitajaa kiinni."

"Aamu rauhallista, muutama viggon laitto. Puolenpäivän jälkeen monta itkevää, sekavaa lasta. Yksi intuboituna. Sydänaseman potilaan äiti vierelle rauhoittamaan lasta."

"Levoton, hyvin kiireinen aamuvuoro."

Klo 18 jälkeen heräämöön jää ainoastaan heräämöpäivystäjä. Jos potilaita on useita tai potilaat ovat vaikeahoitaisia eikä salin toimintaa voida keskeyttää, 10-18 vuorolainen joutuu jäämään ylitöihin. Samoin myös silloin, jos heräämöpäivystäjää tarvitaan saliin avuksi tai ulkokeikalle.

Heräämöstä kerätyn päiväkirja-aineiston ja Opera-tilastoista saatujen lukujen mukaan voidaan todeta seuraavassa esiteltäviä asioita. Tilastot sisältävät potilasmääriä, potilaiden ikäjakaumaa, erikoisaloja ja tiettyä ajanjaksona tehtyjä toimenpiteitä. Nämä toimivat lähtökohtina heräämön kehittämistoiminnan suunnittelussa. Arkipäivisin aamuvuorossa potilasmäärä ja hoitajaresurssit eivät läheskään aina kohtaa (**heräämön henkilökuntaresurssit suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen**). Potilaat ovat entistä vaikeahoitaisempia ja heräämössä tehtävien toimenpiteiden määrä on jatkuvassa kasvussa. Lisäksi entistä useammin potilaita hoidetaan, kestoltaan eripituisia aikoja, intuboituna eli hengityspotken kanssa ventilaattorissa. Kuten Taulukosta 3 (Liite3) voidaan todeta, on heräämön käyttöaste aikavälillä klo 10-15 suurimmillaan. Tällöin myös hoitajaresurssien tulisi olla suurimmat, 2-4 sairaanhoitajaa. Aamuvuorossa klo 7.30-10 työskentelee vaihtelevasti 1-3 hoitajaa. Klo 9, jolloin potilasmäärä nopeasti kasvaa, on hoitajaresurssit usein riittämättömät. Klo 9 eteenpäin heräämössä tulisi työskennellä vähintään 3 heräämöhoitajaa. Toiseksi ongelmalliseksi ajankohdaksi nousee klo 15.30, jolloin heräämössä työskentelee kaksi sairaanhoitajaa (10-18 -vuorolainen ja heräämöpäivystäjä) sekä mahdollisuuksien mukaan 17-vuorolainen. Klo 18 jälkeen heräämössä työskentelee ainoastaan heräämöpäivystäjä.

Toiseksi yleiseksi ongelmaksi nousi potilaiden kohtalaisen suuri määrä ja hoitoisuus. Potilaat ovat entistä vaikeahoitaisempia ja monista erilaisista syistä johtuen hoidoltaan vaativampia. Heräämöhön tuodaan melko usein potilaat intuboituna hengityskoneeseen heräämään. Intuboituja potilaita saattaa myös olla useampia yhtä aikaa. Tämä aiheuttaa ongelmia siksi, että intuboidut potilaat vaativat aina oman hoitajan. Myös eristyspotilaat tarvitsevat oman hoitajan. Jos teho-osasto on täynnä, tehohoidettavat potilaat valvotaan heräämössä tarvittaessa yön yli. Tehohoitoinen potilas tarvitsee luonnollisesti aina oman hoitajan eikä tällaista potilasta voi hoitaa yksin. Kirjauksien mukaan heräämöhön tuotuja potilaita on päivän aikana useita.

”Intuboituna heräämöhön tullut yhteensä 5 potilasta klo 16 mennessä.”

Yhdeksi ongelmaksi nousi myös **heräämössä tehtävien toimenpiteiden määrän jatkuva lisääntyminen**. Heräämössä tehdään suonikanyylin laittojen lisäksi monia erilaisia pientoimenpiteitä, joista esimerkkinä mm. luuydinpunktio, likvor-punktio, pleuradreenin laitto. Heräämössä tehdään myös enenemässä määrin ulkokeikkojen potilaiden intubaatioita. Tehtävien toimenpiteiden vaativuus näkyy kirjauksissa.

”Trakeakanyylin vaihto ja anestesia lääkäri opetti vanhemmille ambun käyttöä + bronkofiberoskopia trakarista.”

” Mri potilaasta liqvor näytteet, salista autistinen potilas, ESBL eristys ulkokeikalta...”

Kirjauksista voidaan todeta myös, että välillä heräämössä on rauhallista ja hoitajia olisi mahdollista siirtää hetkellisesti muihin tehtäviin. Tilanteet kuitenkin muuttuvat hyvinkin nopeasti ja henkilökunnan tarve muuttuu.

”3 hoitajaa heräämössä aamusta asti, miehitys hyvä ☺ ”

”Tasainen tahti. Miehitys ok. Ei erityistä.”

5.2 Opera -tilastojen analyysi

Opera on GE Healthcaren toimittama ja kanadalaisen CHCA:n valmistama leikkaustoinnin ohjausjärjestelmä. Järjestelmä otettiin käyttöön pilotointimielessä HUS:ssa Hyvinkään sairaalassa 2005, josta sen käyttö on laajentunut asteittain. Viimeisenä HUS:n sairaaloista sen ottivat käyttöön Lohjan sairaala sekä Länsi-Uudenmaan sairaala joulukuussa 2010. Järjestelmä on käytössä kaikilla HUS:n leikkausosastoilla, synnytysleissa ja muissa toimenpidetiloissa.

Heräämön lähtötilanteen kartoituksessa on kerätty tietoja Opera-tilastoista ajalta 1.1.-31.10.2015. Tältä ajalta on Operaan kirjattu yhteensä 4754 heräämön potilasta. Potilaiden jakautuminen eri erikoisaloille näkyy Taulukosta 1 (Liite1). Opera-tilastojen erikoisala määräytyy kunkin potilaan päätoimenpiteen mukaan. Tilastoista on rajattu pois viikonloppuina ja pyhäpäivinä hoidetut potilaat, koska toiminnanohjaus suunnitellaan ja toteutetaan koskemaan arkipäivien toimintaa. Näistä tilastoista on tarkasteltu heräämön potilasmääriä arkipäivinä verrattuna eri kellonaikoihin sekä Operaan kirjattujen heräämössä tehtyjen toimenpiteiden määrää ja toimenpidetyyppejä. Vertailun helpottamiseksi tilastoista on muodostettu Taulukko3 (Liite3), josta ilmenee keskeisten tarkasteltavien tekijöiden (kellon aika, potilaiden määrä, hoitajien määrä ja suunniteltu työvuoro) suhde toisiinsa.

Tarkasteltuna ajanjaksona heräämössä on hoidettu arkipäivinä yhteensä 4267 potilasta. Näistä potilaista 484 on ollut alle 1-vuotiaita. Alle 1-vuotiaiden potilaiden yleisimmiksi erikoisaloiksi on kirjattu Anestesiologia (180 potilasta) ja Lastenkirurgia (188 potilasta). Alle kouluikäisiä, 1-5 –vuotiaita, potilaita on hoidettu 1698, joista Lastenkirurgisia potilaita on ollut 601 ja Anestesiologisia potilaita 595. Seuraaviksi yleisimpiä erikoisaloja olivat Lasten urologia (113 potilasta) sekä Lasten ortopedia ja traumatologia (100 potilasta). 6-15 – vuotiaista 575 oli Lastenkirurgisia ja 447 Anestesiologisia potilaita. Ortopedisiä ja traumatologisia potilaita oli 388. Yhteensä 6-15 – vuotiaita oli tarkastellun ajanjakson aikana 1844 potilasta. Yli 16 – vuotiaista (yhteensä 240) potilaista suurin osa eli 104 potilasta oli Lastenkirurgisia. Anestesiologisia oli 51 ja Lasten urologisia 31. Kaikki erikoisalot ja potilasmäärät näkyvät taulukossa 2 (Liite2).

Taulukko 3 (Liite3) osoittaa heräämössä arkipäivinä ajalla 1.1.-31.10.2015 hoidettujen potilaiden jakautumisen kellonaikojen mukaan. Taulukosta näkyy myös keskiarvallisesti arvioitu heräämöhoitajien määrä kyseisinä ajankohtina. Taulukosta voidaan todeta, että aikavälillä 10-15 potilasmäärät ovat suurimmat. Aamuvuorossa klo 9 alkaen voidaan todeta nopea potilasmäärän kasvu. Klo 15 jälkeen potilaat vähenevät asteittain, mutta silti edelleen klo 18 potilaita on keskimäärin melko paljon.

Heräämössä tehdään toimenpiteitä ja hoidetaan normaalien heräämöhoitopotilaiden lisäksi myös muita sekä toimenpiteitä että seurantaa vaativia potilaita. Nämä potilaat kirjataan Opera-järjestelmään erilliselle radalle, ns. virtuaaliheräämö-radalle. Heräämössä tehdyt toimenpiteet ja valvontapotilaat ilmenevät Taulukosta 4 (Liite4). 1.1.-31.10.2015 ns. virtuaaliheräämö-radalla hoidettuja potilaita on ollut yhteensä 544 ja heräämössä tehtyjä toimenpiteitä 600. Yleisempiä heräämössä tehtyjä toimenpiteitä sekä arkipäivisin että viikonloppuisin ovat olleet suonensisäinen yleisanestesia, valvontatasoinen hoito, hengityskone hoito ja laskimonkanylointi. Arkipäivisin virtuaaliheräämö-radalle kirjattuja potilaita on kyseisenä ajankohtana ollut yhteensä 522 ja kirjattuja toimenpiteitä yhteensä 575, Taulukko 5 (Liite5). Toimenpiteistä 255 on ollut laskimonkanylointeja. Nämä vaativat aina vähintään yhden hoitajan, vaikeissa kanyloinneissa toisinaan useamman. Valvontatasoisia potilaita on kirjattu 117, suonensisäisiä yleisanestesiaa 78 ja hengityskonehoitoja 22. Nämä tarkoittavat yleisesti ottaen sitä, että nämä potilaat ovat lähes poikkeuksetta heräämössä intuboituina. Potilas on joko omalla hengityksellä tai ventiloituna käsin tai servo-i ventilaattorissa. Molemmissa tapauksissa nämä potilaat tarvitsevat oman heräämöhoitajan. Edellä mainittujen yleisimpien toimenpiteiden lisäksi herää-

mössä on tehty mm. lannepistoja (lumbaalipunktioita), epiduraaliveripaikkoja, trakeakanyylin vaihtoja, valtimon kanylointeja, keskuslakimokanyylin laittoja ja poistoja, erilaisia puudutuksia, pienkorvatoimenpiteitä (tympanostomia) sekä pleurapunktioita. (Taulukko5).

5.3 Heräämön seitsemän hukkaa

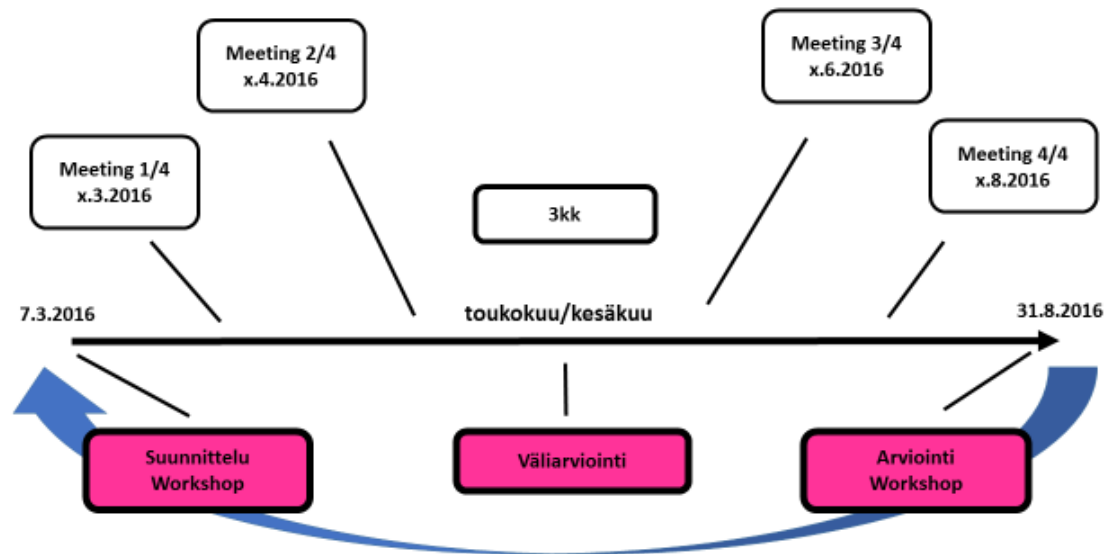
Systemaattinen ongelmanratkaisu vaatii ongelman ymmärtämistä, juurisyyn selvittämistä sekä toimintaa (Kouri 2009: 33.). Aluksi on selvitettävä nykyisessä toiminnassa esiintyvät ongelmat. Osastolla on todettu, että heräämön henkilökuntaresurssit eivät aina vastaa potilaiden määrää ja hoitoisuutta. Ongelmien selvittämiseksi, heräämössä työskentelevät sairaanhoitajat ovat pitäneet kirjaa 1.6.-3.11.15 päivittäisistä ongelmista ja muista huomioista.

Heräämössä on potilasmäärään nähden ajoittain ylimääräisiä hoitajia eli voidaan puhua **ylituotannosta**. Potilas määrät vaihtelevat päivän aikana, jolloin heräämössä saattaa olla välillä ”liikaa” hoitajia. Resurssien puute välineiden, tilojen ja hoitajien osalta aiheuttaa **odottelua ja viivästystä**. Tarvittavien välineiden puuttuessa esim. toimenpiteen yhteydessä, potilas joutuu tarpeettomasti odottamaan nukutettuna toimenpiteen alkamista. Potilaspaikkojen ja/tai hoitajien puuttuessa joudutaan pysäyttämään leikkaussalin toiminta. **Tarpeetonta kuljettamista** aiheuttavat heräämön palveluiden ja välineiden turha siirtely. Osa toimenpiteistä voitaisiin suunnitellusti tehdä heräämössä, jolloin välttyttäisiin nukutetun potilaan ja välineistön turhalta siirtelyltä. **Laatuvirheiden** vähentämiseksi tulisi tarjota tasalaatuista hoitoa henkilökuntatilanteesta riippumatta. Yhtenevien ohjeiden ja toimintatapojen puuttumisen vuoksi hoitotyön laatu ei ole tasaista. Siksi ohjeet ja perehdytys ovatkin oleellisia. **Tarpeettomat varastot** tulisi poistaa. Heräämössä osittain merkityksettömien asioiden tekeminen aiheuttaa **ylikäsitteilyä**. Mitkä asiat ovat tarpeellisia ja mitkä joutoaikaa? Voitaisiko joitakin tehtäviä siirtää muille ammattiryhmille? Jos toiminta ei tuo lisäarvoa, se on turhaa ja aiheuttaa **tarpeetonta liikettä työskentelyssä**. Lisäksi tärkeää on **työntekijän luovuus**: Käyttämättä jätetty luovuus on aina hukkaa!

6 Kehittämistyön toteutus

Olen toiminut tässä kehittämistehtävässä yhteyshenkilönä, sillä olen projektin ajan työskennellyt anestesiahoitajana LLOS:lla ja vastannut nykyisen heräämön toiminnasta sekä uuden suunnittelusta. Näistä syistä on ollut käytännöllistä vastata myös kehittämistyön suunnittelusta ja toteutuksesta. Heräämön toiminnan kehittäminen on aloitettu alkuvuodesta 2015 alkutilanteen kartoituksella ja ongelmien/hukkien tunnistamisella. Opinnäytetyön työelämän ohjaaja on kehittämistyön aikana osastonhoitajana toiminutta apulaisosastonhoitajaa, sillä hänellä on tarvittavat tiedot toiminnan kehittämisen tueksi. Vertais-tutorina työyksikössä toimi kokenut anestesiahoitaja, jolla on pitkä kokemus anestesia- ja heräämöhoidon työstä. Lisäksi kirjoittamaani tekstiä ovat lukeneet ja kommentoineet muutamat osastolla pitkään työskennelleet sairaanhoitajat. Workshop-ryhmä muodostettiin itseni lisäksi 3-4 aktiivisesti heräämössä työskentelevästä anestesiahoitajasta.

Kehittämistyön aihe lähti osaston toiveista ja tarpeista. Henkilöstöressurssien uudelleen ohjaus suunniteltiin ja toteutettiin Kaizen menetelmin PDCA-syklin mukaisesti henkilöressurssien uudelleen ohjauksella. Heräämön toiminnan uudelleen ohjauksen kokeilu toteutettiin suunnitelmien mukaisesti kuuden (6) kuukauden aikana, aikavälillä 7.3.-31.8.2016. Väliarviointi kokeilusta tehtiin kolmen (3) kuukauden kohdalla ja loppuarviointi kuuden (6) kuukauden kohdalla (kuvio 5). Loppuarvioinnissa päätettiin mitä käytäntöjä jatkettaisiin 6 kuukauden kokeilun päätyttyä ja mitkä vaativat jatkokehittämistä. Sekä väli- että loppuarvioinneissa arvioitiin kokeilun vaikutuksia ongelmien ratkaisussa.



Kuvio 5. Heräämön kehittämisprosessin aikataulu

6.1 Muutosprosessi

Muutosprojektin tavoitteena on toiminnan kehittäminen. Projektiin kohdistuu usein paljon odotuksia eivätkä projektit aina tuota haluttuja lopputuloksia. Projektiin osallistuvalla tiimillä tuleekin olla rohkeutta tehdä päätöksiä ja ottaa riskejä. Sillä tulee myös olla valtaa ja kykyä tehdä erilaisia päätöksiä. Projektitiimi koostuu henkilöistä, joilla on projektin edellyttämää erityisosaamista sekä valmiutta ja aitoa halua projektin läpiviemiseen. (Pirinen 2014: 229- 233.) Hyvä projektitiimin vetäjä vastaa siitä, että projektissa tehdään oikeita asioita ja saavutetaan asetetut tavoitteet. Vetäjän tulee olla hyvä päätöksentekijä, viestijä ja vaikuttaja. (Pirinen 2014: 242.) Muutosprosessissa tärkeitä ovat tiimin kokoukset. Kokoukset mahdollistavat yhteisistä tavoitteista ja tärkeistä ajankohtaisista asioista keskustelun. Tiimin tulee ymmärtää asiat samalla tavalla. (Pirinen 2014: 143.)

Muutosprosessiin kuuluu muutoksen seuranta ja tulosten arviointi. Prosessin alussa on tärkeää tehdä suunnitelma ja prosessia on hyvä seurata sekä suorittaa mahdolliset korjaustoimenpiteet. Prosessin aikana suunnitelmaa voidaan muuttaa, mutta muutoksista tulee tiedottaa perustellusti ja selkeästi. (Pirinen 2014: 80.) Muutosprojektille tulee aset-

taa tavoitteet, mitkä ovat realistiset, konkreettiset ja tarpeeksi motivoivat. Selkeiden tavoitteiden lisäksi tärkeää on johdon antama tuki. Johtamisen on oltava suunniteltua ja avointa sekä läpinäkyvää. (Pirinen 2014: 236, 239.)

Muutostilanteissa viestintä aiheuttaa usein eniten kritiikkiä. Työntekijät kokevat, etteivät saa tarpeeksi tietoa ja, että viestintä ei ole avointa. Avoimella viestinnällä helpotetaan asioiden ymmärtämistä, kokemusten jakamista ja lisätään yhteenkuuluvuutta. Jatkuva viestintä edesauttaa muutoksen johtamista. (Pirinen 2014: 116, 132.) Muutoksessa oleellista on työntekijöiden valmistaminen. Työntekijän on helpompi hyväksyä muutokset, jos hänen mielipiteitään on kysytty ja häntä on kuunneltu. Usein muutostilanteissa työn hallinnan tunne heikkenee, mikä aiheuttaa epävarmuutta. Positiiviset syyt ja odotusarvot lisäävät työntekijän muutoksen hyväksyntää. Esimiehen tehtävänä on käydä tiimin kanssa läpi yhteiset odotukset. Näin syntyy ymmärrys miksi muutos tehdään, mihin sillä pyritään, miten muutos vaikuttaa ja mitä siitä hyödytään. Tärkeää on ottaa työntekijät mukaan jo alku vaiheessa. (Pirinen 2014: 15-17,19.)

6.2 Suunnittelu Workshop

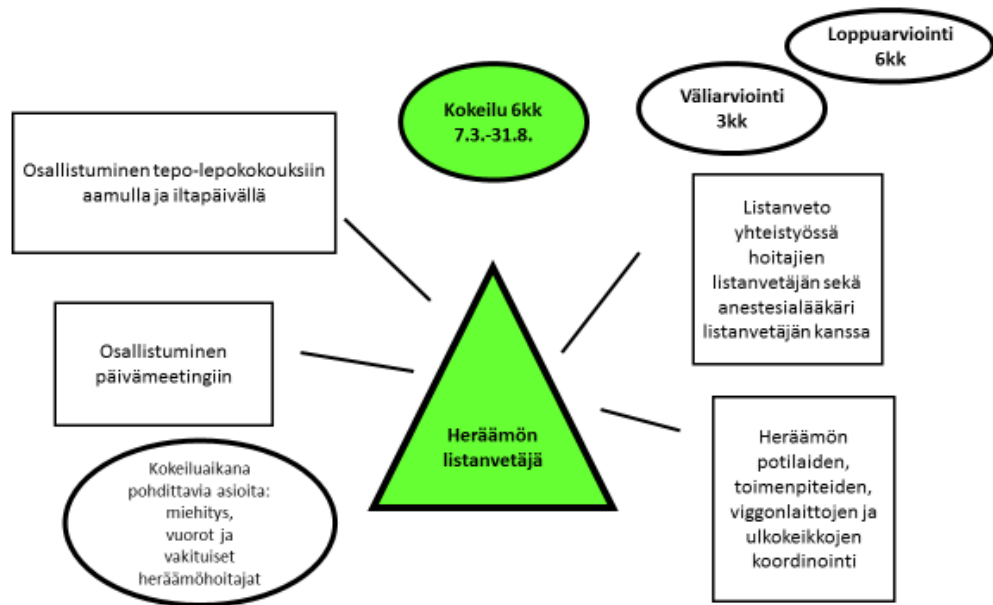
Heräämön toiminnan kehittämiseksi ja ongelmien ratkaisemiseksi perustettiin työryhmä. Ensimmäiseen eli suunnitteluvaiheen workshoppiin osallistuivat lisäksi kokeilun aikana osastonhoitajana toimiva apulaisosastonhoitaja ja apulaisosastonhoitajien tehtävissä toimivat sairaanhoitajat. Heräämötoiminnan kehittämiseksi ja taustatutkimuksesta nousseiden ongelmien ratkaisemiseksi päätettiin perustaa määräajaksi heräämön listanvetäjän tehtävä. Suunnitteluvaiheen workshopin tarkoituksena oli määrittellä listanvetäjän toimenkuva ja päättää kokeilun pituudesta sekä ajankohdasta. Lisäksi määriteltiin kehittämistyöhön osallistuvien heräämön listanvetäjien lukumäärää ja vaatimustaso. Päätettiin tiedustella kokeiluun halukkaita ja kehittämistyöstä kiinnostuneita hoitajia. Vaatimukseksi osallistumiseen asetettiin sitoutuminen toimintaan koko kokeilun ajaksi. Kokeilu päätettiin toteuttaa kuuden kuukauden pituisena, aikavälillä maaliskuun alusta elokuun loppuun.

Heräämön listanvetäjän toiminnan avulla pyrittiin saamaan ratkaisukeinoja heräämön kolmeen tutkimustehtävään:

- 1) Heräämön henkilökuntaresurssien suhteuttaminen potilaiden määrään ja hoitoisuuteen,

- 2) heräämössä tehtävien toimenpiteiden jatkuvaan lisääntymiseen vaikuttaminen sekä
- 3) töiden jakaminen tasaisemmin eri kellonajoille.

Kokeilun ajaksi heräämön listanvetäjän tehtäväksi (kuvio 6) määriteltiin listanveto yhteistyössä leikkausosaston hoitajalistanvetäjän sekä anestesia lääkäri listanvetäjän kanssa, heräämopotilaiden organisointi, heräämössä tehtävien toimenpiteiden aikatauluttaminen ja suunnittelu, viggon laittojen organisointi sekä ulkokeikoista huolehtiminen. Viggon laittojen (eli suonikanyyliin laitetut) toteutetusta suunnitelmallisempaan toimintaan, esim. instrumenttihoitajan avulla, päätettiin kehittää kokeilun aikana. Kokeilun alkaessa muiden toimenpiteiden ohella viggon laitteet kuormittivat heräämötä suuresti. Mm. näillä toimilla pyrittiin ratkaisemaan **heräämössä tehtävien toimenpiteiden määrän jatkuvasta lisääntymisestä** aiheutuvat ongelmat. Workshop –ryhmässä sovittiin, että heräämön listanvetäjä osallistuu sekä aamun että iltapäivän teho-lepokokouksiin (teho- ja leikkauspotilaiden ohjauskokouksiin) ja iltapäivällä osaston johdon kanssa pidettävään hoitomeetingiin. Heräämön listanvetäjän toiminnan avulla toivottiin saatavan ratkaisu myös **heräämön henkilökuntaresurssien** mitoittamiseen **suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen**. Kokeilun aikana työryhmässä mietittiin heräämön hoitohenkilökunnan oikeaa määrää, sujuvan toiminnan vaativien työvuoromuutosten toteuttamista sekä instrumenttihoitajien järjestelmällisempää perehdytystä heräämötöihin **töiden epätasaisen jakautumisen tasoittamiseksi**. Päätettiin siirtää keikkakärryjen ja –pakkien huolto- ja täyttötöitä välinehuoltajille työkuorman vähentämiseksi. Tarkoituksena oli myös pohtia, voisiko heräämössä työskennellä vakituista henkilökuntaa ja jos voisi niin mitä hoitajilta vaadittaisiin ja miten taso pidettäisiin yllä. Lisäksi kokeilulla toivottiin saatavan ratkaisuja lisääntyneiden toimenpiteiden koordinoimiseen ja hoitamiseen.



Kuvio 6. Heräämön listanvetäjän tehtävät

6.3 Väliarviointi

Heräämön listanveto kokeilun väliarviointi tehtiin suunnitelmien mukaan maanantaina 30.5.2016 eli kokeilun puolessa välissä. Paikalla olivat kaikki viisi (5) heräämön listanvetäjinä toimineet sairaanhoitajat sekä osastonhoitaja ja anestesiapuolen apulaisosastonhoitaja.

Väliarvioinnissa arvioitiin heräämön nykyistä tilannetta ja kulunutta 3 kuukautta sekä heräämön listanvedon toimivuutta. Heräämön toiminnan koettiin muuttuneen viimeisten kuukausien aikana erittäin vaativaksi. Työ on koettu todella kuormittavaksi niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Potilas määrät ovat kasvaneet ja potilasryhmät lisääntyneet. Uusina potilasryhminä heräämötoimintaan ovat kevään aikana tulleet neurologiset potilaat sekä plastiikkakirurgiset huuli- ja suulakihalkiopotilaat. Molemmat potilasryhmät vaativat pääsääntöisesti pitkän heräämöseurannan ja ovat hoitoisuudeltaan vaativia. Heräämön toiminta koetaan muuttuneen raskaammaksi ja vaativammaksi. Kokeneet hoitajat ovat uupuneita ja huolissaan potilasturvallisuudesta sekä omasta ja muiden jaksamisesta. Tilanne koetaan muuttuneen entistä huonommaksi kokeilusta huolimatta ja tilanteen kor-

jaamiseksi ehdotettiin ensisijaisesti joko henkilökunnan lisäämistä tai potilaiden vähentämistä. Kumpikaan vaihtoehto ei kuitenkaan ollut mahdollinen, joten toimintatapamuutoksia päätetään pohtia uudelleen.

Heräämötyö koettiin kyseisellä hetkellä erittäin raskaaksi ja vaativaksi. Henkilökuntaa on jatkuvasti liian vähän suhteessa hoidettavien potilaiden määrään ja hoitoisuuteen. Leikkauslistojen läpivienti ja suunniteltujen potilaiden hoito, henkilökuntaresurssien vajauksesta huolimatta, lisäävät painetta heräämössä. Väliarviointi hetkellä heräämön resursivajeeseen ei löydetty ratkaisua. Päätettiin jatkossa miettiä olisiko mahdollista rekrytoida ainoastaan heräämössä työskenteleviä hoitajia henkilökuntaresurssien parantamiseksi. Kokeilun ensimmäisen jakson aikana ei saatu muutoksia **heräämön henkilökuntaresursseihin suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen**.

Listanvetäjä nimike heräämön toiminnassa koettiin harhaanjohtavaksi. Toisin kuin leikkausosaston hoitajalistanvetäjä, heräämön listanvetäjä on mukana potilastyössä listanvedon ohella. Jatkossa päätettiin miettiä nimikkeen muuttamista enemmän todenmukaiseksi, esim. vastaavahoitaja tai heräämön vastaava.

Heräämön listanvetäjän, hoitajalistanvetäjän ja anestesia-listanvetäjän välille toivottiin enemmän yhteistyötä. Heräämön resurssitilanteen ja työmäärän vuoksi kommunikaatio koettiin jääneen toivottua vähemmäksi. Toiminnan sujumuuden kannalta yhteistyö olisi erittäin tärkeää, joten tähän päätettiin kiinnittää jatkossa enemmän huomiota. Tiivistä yhteistyöstä katsottiin olevan apua **heräämössä tehtävien toimenpiteiden määrän jatkuvasta lisääntymisestä** aiheutuvien ongelmien ratkaisun löytämiseen.

Kokeilujakson ensimmäisten kuukausien aikana intuboitujen potilaiden määrä oli huomattavasti lisääntynyt. Henkilökuntaresurssit eivät olleet lisääntyneet samassa suhteessa vaan päivittäin ajoittain vähentyneet. Näistä syistä päätettiin jatkossa rajoittaa intuboitujen potilaiden tuomista saleista heräämöhön. Intuboidun potilaan tuominen heräämöhön on perusteltua, jos tähän on lääketieteellinen tarve. Salienvaihtovälien nopeuttaminen ei ole pätevä syy. Sovittiin, että asiasta keskusteltaisiin anestesia-yllätyöryhmän kanssa.

Ongelmaksi heräämön toiminnassa viimeisten kuukausien aikana ovat nousseet myös potilaiden haut osastoille. Hakuajat ovat pidentyneet huomautuksista huolimatta. Ongel-

mia ovat toistuvasti aiheuttaneet etenkin osastot ULS3 ja LK4. Sovittiin, että osastonhoitaja on yhteydessä kyseisiin osastoihin ja muita osastoja muistutetaan nopean haun tärkeydestä. Hakemattomat siirtokuntoiset potilaat kuormittavat heräämön resursseja ja pahimmassa tapauksessa hidastavat leikkaussalien toimintaa.

Keskusteltiin heräämön listanvetäjän päätösten kyseenalaistamisesta. Pääsääntöisesti listanvetäjän ohjeistusta on noudatettu, mutta välillä on ollut huomattavissa ”niskurointia” sekä leikkausosaston sairaanhoitajien että lääkärin puolelta. Todettiin, että heräämön listanvetäjä on vastaavahoitaja, jolla on kokonaiskuva päivän toiminnasta ja päätöksentekioikeus. Ongelmatilanteissa päätettiin ottaa jatkossa yhteyttä osastonhoitajaan.

Kokeilun tarkoituksena oli heräämön toiminnan sujuvoittamisen lisäksi henkilökunta resurssien uudelleenohjaus. Tarkoituksena on ollut yrittää käyttää koko osaston, ajoittain vajaat, henkilökuntaresurssit parhaalla mahdollisella tavalla. Heräämöstä on kokeilun aikana välillä pystytty irrottamaan hoitaja päästäjäksi saleihin. Tilanteet ovat kuitenkin hyvin muuttuvia ja erittäin vaikeita ennustaa, mistä syystä suunnittelu on erittäin vaikeaa.

Päätettiin jatkaa kokeilua normaalisti suunnitelman mukaisesti kesäsuoluista huolimatta. Syksyllä toivottiin saatavaksi uusia heräämölistanvetäjiä mukaan toimintaan, jolloin työt jakautuisivat tasaisemmin. Kokeilua tullaan suurella todennäköisyydellä jatkamaan sovittun kokeilujakson jälkeen.

Rafaela järjestelmään tehtävien potilaiden hoitoisuuden luokitukset ja resurssilaskenta tulisi saada sujumaan. Näiden avulla pystytään saamaan työnvaativuusmääritelmät. Tilastojen ja määritelmien avulla voi olla mahdollista lisätä mm. henkilökuntaresursseja, jos tuloksilla voidaan todistaa resurssien tarve. Luokitusten kirjaus kuuluu kaikille eikä se ole vapaaehtoista. Sovittiin, että heräämölistanvetäjä kirjaa puuttuvat luokitukset tietokoneella järjestelmään, jos luokitukset on tehty heräämössä olevaan listaan. Jokainen luokittelee itse hoitamansa potilaat.

Heräämön toivottiin edelleen omaa anestesia lääkäriä. Tämä helpottaisi ja sujuvoittaisi oleellisesti heräämön päivittäistä toimintaa. Lisäksi anestesia lääkäri voisi toimia heräämön listanvetäjän tukena päätöstenteossa. Asiasta on jo aiemmin puhuttu anestesia ylilääkärin kanssa, mutta anestesia lääkäreiden määrästä johtuen toivetta ei ole vielä pystytty toteuttamaan. Asia päätettiin ottaa uudelleen esille anestesia ylilääkärin kanssa.

Kevään aikana on kokeiltu mahdollisuuksien mukaan instrumenttihoitajilla heräämön 10-18 –vuorua. Tämä on koettu erittäin hyväksi. Aamupäivät ovat olleet pääsääntöisesti rauhallisia, mutta puolesta päivästä eteenpäin on ollut kiireistä. Lisävuoro on tuonut toivottua helpotusta iltapäivien kuormitukseen ja tällä on ollut vaikutusta **töiden epätasaisen jakautumisen tasoittamiseen**.

6.3.1 Väliarvioinnin yhteenveto

Heräämön listanvetokokeilua päätettiin jatkaa suunnitellusti 31.8.2016 asti ja todennäköisesti tämän jälkeen vuoden loppuun. Kokeilun loppuarviointi päätettiin toteuttaa elokuun viimeisellä viikolla, kuten jo aiemmin oli sovittu. Intuboitujen potilaiden tuomista heräämön päätettiin yrittää rajoittaa ja keskustella asiasta anestesialääkärin kanssa. Osastonhoitaja lupasi muistuttaa osastoja potilaiden nopean haun tärkeydestä. Kokouksessa päätettiin myös, että Rafaela-kirjauksesta muistutettaisiin kaikkia heräämössä työskenteleviä ja heräämön listanvetäjät suorittaisivat jatkossa päivittäisen resurssilaskennan. Kokeilun loppu kolme kuukautta uskottiin tuovan ongelmista huolimatta alkujaksoa parempia tuloksia. Kokeilusta kootaan raportti ja tulokset tulevat olemaan kaikkien nähtävissä.

Väliarviointi ei muuttanut heräämön listanvetokokeilun suuntaa eikä tuonut suuria muutoksia toimintaan. Alkujakson mukaisesti toimintaa päätettiin jatkaa samoilla suunnitelmissa ja heräämössä tehtävää päivittäistä kirjausta jatkettaisiin. Tärkeintä kokeilun jatkossa olisi edelleen kehittää toimintaa ja saada nykyiset henkilökuntaresurssit riittämään kasvaneista tarpeista huolimatta.

6.4 Riskien arviointi

Riskien arvioinnilla tarkoitetaan työpaikan vaarojen ja haitallisten kuormitustekijöiden tunnistamista. Turvallisuuslaki velvoittaa työnantajaa jatkuvasti tarkkailemaan työympäristöä ja ryhtymään toimenpiteisiin tapaturmien, terveyshaittojen sekä vaaratilanteiden torjumiseksi. (Sova 2016.)

Riskien arvioinnin tavoitteena on terveellinen, turvallinen työ ja työympäristö sekä hyvä työilmapiiri. Lisäksi tavoitteena on ehkäistä työstä aiheutuvia vaaroja. Riskien merkittä-

vyyttä voidaan luokitella mm. numeerisesti 0-5. Matalimmilla tasoilla 0-2 ei riskin pienentämisellä tavoiteta merkittävää turvallisuustason kasvua. Työnantajan on kuitenkin seurattava tilanteen kehittymistä. Riskitason noustessa kohtalaiseksi tai sitä suuremmaksi (3-5) on työnantajan ryhdyttävä toimenpiteisiin. Riskien arviointia seuraa aina niiden hallinta. Keinoina voivat olla mm. riskin poistaminen, riskin pienentäminen ja riskin seuraaminen. (Sova 2016.)

Riskien arviointi tehdään koko henkilökunnalle ja jokainen vastaa lähetettyyn kyselyyn yksilönä. Vastaukset kootaan ja PAT-ryhmä käy ne läpi. PAT-ryhmä koostuu päättäjistä, asiantuntijasta ja työntekijän edustajasta. (Sova 2016.) Anestesia- ja leikkausosastolla tehtiin riskien arviointi 1.2.-28.2.2016. Henkilökuntaan kuuluvista 70 hoitajasta 42% vastasi kyselyyn. Työnkuormituksen riskipistekeskiarvo oli 3.03, työilmapiiri ja ihmissuhdekuormituksen 2.26, epäasiallinen kohtelu ja työpaikkahäirintä keskiarvo 1.45, perehdytys ja työnopastus 1.80, yhteistoiminta ja tiedonkulku 2.39 sekä esimiehentuki, työn ohjaaminen ja organisointi 2.55. (Sova 2016.)

Riskien arviointi tehtiin koskien koko osaston toimintaa, joten heräämön arviointia ei tuloksista pystytä suoraan erottelemaan. Kuitenkin työ koettiin yleisesti kuormittavaksi ja heräämön kuormitus epätasaiseksi. Tulosten esittelyssä juuri heräämön nykytilanne ja kuormitus nostettiin keskustelussa esille. Kokeneet anestesiahoitajat kokevat, että heräämössä työskennellään potilasturvallisuuden riskirajoilla. Heräämössä työskentely on aiheuttanut hoitajissa sekä psyykkisiä- että fyysisiäoireita ja lisännyt osaltaan henkilökunnan sairauspoissaoloja.

6.5 Heräämön listanvetäjien kokoukset

PDCA –malli on muutoksen avain, jonka avulla muutos on mahdollista toteuttaa. Muutoksen toteutuksen käytännön järjestelyt tulee tarkoin miettiä ja toteuttaa muutokset mahdollisimman pienessä mittakaavassa. Liian laaja ajattelu on usein hidasta ja muutokset tulevat kalliiksi. Tämän lisäksi muutokset tulee tehdä portaittain, askel kerrallaan. Kehittämisen tulee myös olla jatkuvaa ja kaikkia prosesseja parannetaan päivittäin. (Torkkola2015: 39,41,72,113.)

Heräämön toiminnan jatkuvan kehittäminen ja sen seuraaminen toteutettiin Kaizenin PDCA –mallin mukaisesti. Kehittämisprojektin aikana toiminnan kehittämistä arvioitiin

sekä suunniteltiin ja ideat pyrittiin toteuttamaan suunnitelmien mukaisesti. Ennalta määritellyn ajan kuluttua toimintaa arvioitiin ja suunniteltiin uudelleen sekä toteutettiin tarvittavat korjaukset. Kehittämisen seuraamiseksi päätettiin kokoontua kuukausittain workshoppien lisäksi, yhteensä 4 kertaa, heräämönlistanvetäjien kesken. Kokouksissa päätettiin käydä läpi kuluneen jakson aikana ilmenneet ongelmat, muutos- ja kehittämistarpeet sekä ideat. Kokouksissa arvioitiin myös jo tehtyjä muutoksia ja uudistuksia. Kokouksien tarkoituksena oli myös antaa heräämön listanvetäjille vertaismentorointia.

6.5.1 Kehittämisen aloitus

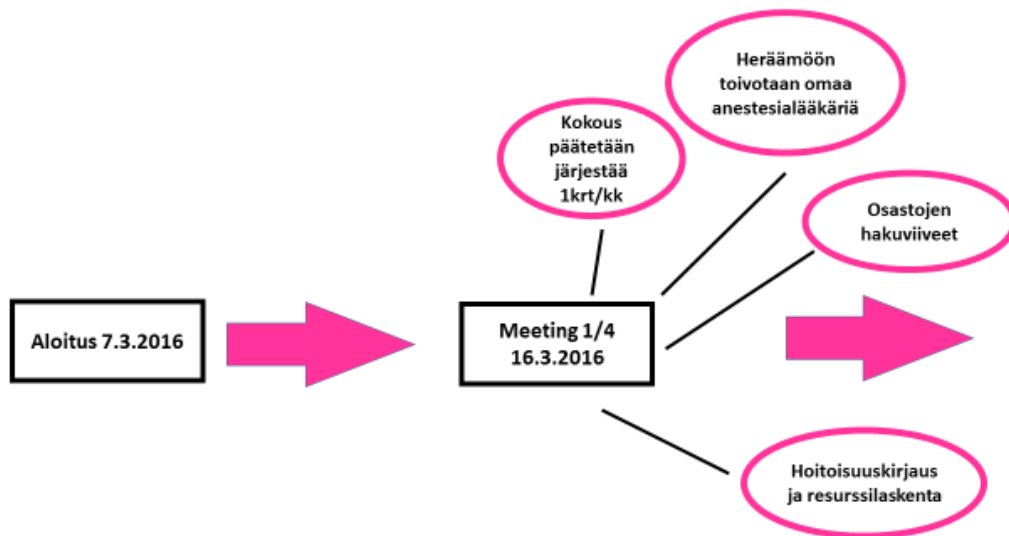
Kokeilun ajan heräämön listanvetäjinä toimivat viisi (5) anestesiahoitajaa kukin suunnitellusti vuorollaan arkipäivisin klo 7.30-15.30. Listanvetäjät kokoontuivat miettimään heräämön listanvetoa ja toiminnan kehittämistä. Heräämön listanvetäjien kokous päätettiin järjestää noin 1 krt/kk, jotta toiminnan kehittäminen olisi jatkuvaa. Ensimmäisessä kokouksessa kehitettäviksi asioiksi nousivat heräämön oman anestesiahoitajan saaminen, osastojen hakuviiveet sekä hoitoisuuskirjaus ja resurssilaskenta (kuvio 7).

Heräämön toimintaan saatavan oma anestesiahoitaja, joka olisi nimetty päiväkohtaisesti. Tämä toimisi heräämön toimenpiteissä (viggon laitot, extubaatiot ym.). Yhdellä anestesiahoitajalla olisi hallinnassa koko heräämön toiminta. Tämän uskottiin parantavan heräämön toiminnan sujuvuutta. Nykytoimintamallin mukaisesti heräämön ei ole erikseen nimetty vastuu anestesiahoitajaa, vaan tarvittaessa vapaana oleva anestesiahoitaja tai anestesiahoitaja listanvetäjä tulee paikalle. Ehdotus päätettiin viedä eteenpäin anestesiaylihoitajalle.

Rafaelan hoitoisuuskirjaukset (PerihoiQ) jäävät usein heräämössä kirjaamatta. Hoitoisuusluokitusten kirjaaminen järjestelmään on oleellista resurssilaskennassa. Resurssilaskenta taas kertoo toiminnasta niin hoidettavien potilaiden hoitoisuuden kuin käytettävän henkilökuntaresurssienkin osalta. Hoitoisuusluokitusten tuloksilla voidaan mahdollisesti lisätä henkilökuntaresursseja, jos niillä pystytään osoittamaan lisäyksen tarpeellisuus. Tästä syystä todettiin, että käytäntöjä tulisi muuttaa. Ehdotettiin, että heräämönhoitaja kirjaa PerihoiQ luokittelut potilaan heräämökaavakkeeseen. Jos hoitaja ei ehdi päivän aikana itse kirjaamaan luokittelua koneelle, voisi heräämön listanvetäjä kirjata ne seuraavana aamuna. Sovittiin, että heräämön listanvetäjä tarkistaa kirjaukset aamulla ja kirjaa heräämökaavakkeista luokittelut koneelle, jos ne ovat jääneet kirjaamatta. Uusi käytäntö otettaisiin käyttöön välittömästi. Päätettiin, että jatkossa heräämön listanvetäjä

suorittaa resurssilaskennan. Tähän saadaan kuitenkin vielä koulutusta ennen käytännön aloitusta.

Potilaiden hakemisissa osastoille koetaan olevan suuria viiveitä. Tämä ruuhkauttaa heräämää ja pysäyttää salien toiminnan, jos potilaita ei saada heräämöstä eteenpäin osastoille tai muihin jatkohoitopaikkoihin. Päätettiin muistuttaa heräämön hoitajia soittoajan kirjaamisesta heräämökaavakkeeseen, jotta viiveitä pystytään seuraamaan. Päätettiin myös tiedottaa vuodeosastoja nopean hakemisen merkityksestä koko leikkausosaston toiminnassa.



Kuvio 7. Toiminnan kehittämiskokous 1/4

6.5.2 Kehittämisen arviointi

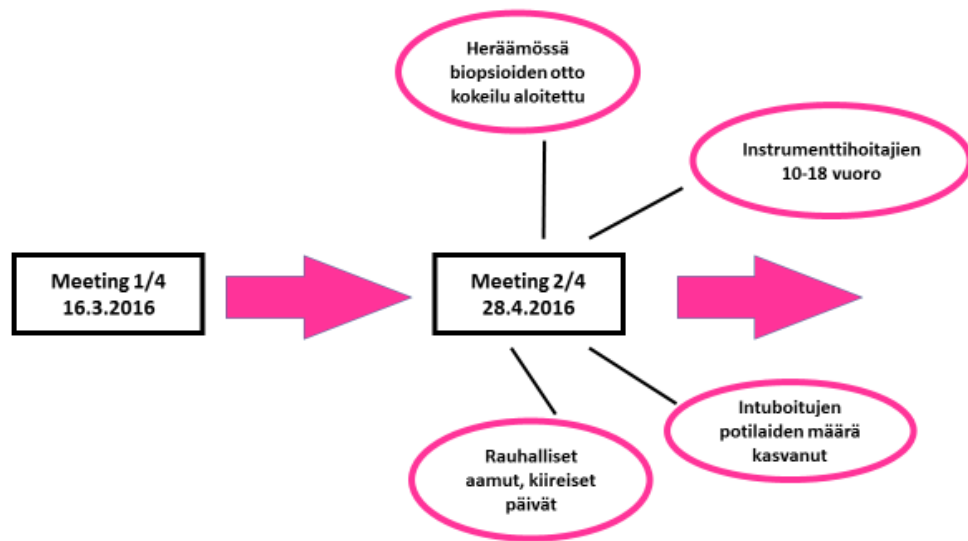
Heräämönlistanvetäjien toisessa kokouksessa olivat läsnä viidestä heräämönlistanvetäjänä toimineista hoitajista neljä. Kokouksessa käytiin läpi yleisen katsauksen heräämön tilanteesta (kuvio 8). Päällimmäisiksi asioiksi nousivat ruuhkahuippujen ajoittuminen puolen päivän tienoille, lisääntyneet intuboituina tuodut potilaat ja uusi kokeilu munuais- ja maksabiopsioiden ottamisesta heräämössä. Lisäksi kokouksessa huomioitiin, ettei heräämön ole pystytty järjestämään omaa nimettyä anestesialääkärää. Toivomus on viety eteenpäin ja asiaa on luvattu käsitellä anestesialääkäreiden kesken. Valitettavasti anestesialääkäreidenkään resurssit eivät vastaa tarpeita. Osastojen potilaiden hakuviiveet

jatkuvat huomauttamisesta huolimatta edelleen ja asia päätettiin ottaa uudelleen käsittelyyn osastojen hoitajien kanssa.

Edellisen kokouksen jälkeen heräämössä tehtäviin toimenpiteisiin on tullut lisäyksenä toistaiseksi voimassaoleva kokeilu perkutaanisesti ultraääniohjauksessa tehtävien muuais- ja maksabiopsioiden otoista heräämössä. Nämä biopsiat eli koepalanotot on tähän asti tehty ulkokeikkatiimillä (anestesia lääkäri ja –hoitaja) röntgenosaston tiloissa. Toimenpide vaatii potilaan sedatoimista toimenpiteen ajaksi ja potilaat ovat hyvin erikäisiä ja –kuntoisia. Kokeilulla pyritään vähentämään potilaan ja anestesiatiimin sekä välineistön turhaa liikuttelua. Biopsioita tehdään maanantaisin ja perjantaisin 1-3kpl molempina päivinä. Kokeilulla ei toivota olevan vaikutusta heräämön henkilökuntaresurssien kuormittavuuteen, mutta heräämön tilaresursseihin tällä saattaa jonkin verran olla vaikutusta. Potilaalle tästä toivotaan olevan apua siinä, ettei nukutettuja potilaista jouduta siirtelemään sairaalassa tarpeettomasti pitkiä matkoja. Ongelmia tästä kokeilusta saattaa syntyä, jos heräämöhoitaja lasketaan näihin resursseihin ns. ulkokeikkahoitajan puuttuessa. Tätä pyritään kuitenkin välttämään niin pitkälle kuin mahdollista. Tähän mennessä heräämössä tehdyt biopsiat ovat sujuneet suunnitelmien mukaisesti ja kokemukset ovat olleet positiivisia.

Instrumenttihoitajille suunnitellut ns. ylimääräiset 10-18 vuorot koettiin erittäin tärkeiksi ja tarpeellisiksi. Jatkossa toivotaankin, että näitä vuoroja edelleen jaetaan tiistai ja keskiviikko päiville, jolloin muita ekstra iltavuorolaisia ei ole. Muutaman kerran kokeilu on osoittanut lisäavun tärkeiden. Anestesia- ja leikkausosaston hankalan henkilöstötilanteen vuoksi päästäjä on usein puuttunut. Tilanteen salliessa yksi heräämöhoitajista on lähtenyt saleihin päästämään muita syömään. Ajoittain tämä käytäntö on toiminut, mutta usein hoitaja on jouduttu soittamaan nopeasti takaisin heräämööseen.

Huomioidemme sekä tilastojen mukaan potilaita tuodaan entistä useimmin intuboituina heräämööseen. Määrä on kasvanut, johon lienee syynä painostus tiiviiden leikkauslistojen läpivieminen ajallaan. Intuboidun potilaan tuominen heräämööseen nopeuttaa salin vaihtoaikaa sen sijaan, että potilas ensin heräteltäisiin ja ekstuboitaisiin ennen heräämööseen siirtoa. Tämä aiheuttaa kuitenkin ongelmia heräämön ruuhkautumisena. Ongelmaan yritetään löytää sekä heräämööä että leikkaussaleja hyödyttävä ratkaisu.

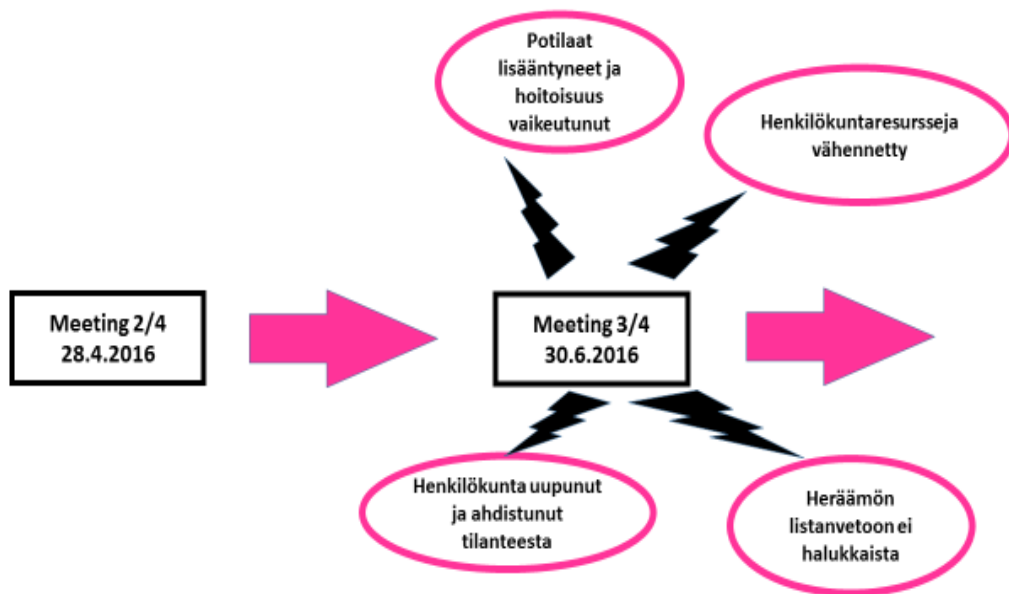


Kuvio 8. Toiminnan kehittämiskokous 2/4

6.5.3 Kehittämisen tilannekatsaus

Heräämön toiminnasta pidettiin pikainen meeting meneillään olevista kesälomista huolimatta. Meetingissä keskusteltiin heräämön nykytilanteesta (kuvio 9), mikä on selvästi huonontunut edellisen kokouksen jälkeen. Potilas määrät ovat lisääntyneet ja potilaat ovat entistä vaikeahoitaisempia. Pitkistä sairauslomista johtuen myös henkilökuntaresurssit ovat vähentyneet. Heräämön listanvetäjät kokevat työn raskaaksi ja erittäin vaativaksi eivätkä resurssit riitä kaikkien töiden tekemiseen. Kokeilun aikana heräämön listanvetäjälle on tullut uusia tehtäviä, joita ei kokemuksen mukaan ehdi potilastyön ohessa tekemään. Potilaiden vähentäminen tai henkilökuntaresurssien lisääminen vahvuuteen ei ole mahdollista.

Ratkaisuna päätettiin kokeilla kesälomien jälkeen Anestesia- ja leikkausosaston anestesiapuolen apulaisosastonhoitajan mukaantuloa heräämön listanvetoon. Tällä pyritäisiin lisäämään listanvetäjien määrää ja näin helpottamaan listanvetäjien kuormitusta jakamalla sitä useammalle hoitajalle. Samalla pyritäisiin kartoittamaan kehittämismahdollisuuksia ja muutoskohteita.



Kuvio 9. Toiminnan kehittämiskokous 3/4

6.5.4 Kehittämisen loppukatsaus

Kehittämiprojektin suunnitteluvaiheessa suunniteltua toiminnan kehittämiskokousta 4/4 ei pystytty järjestämään. Heräämön listanvetokokeilun kestoajaksi sovittu kuusi (6) kuu-kautta ajoittui osittain kesälomakautteen. Porrastetuista kesälomien ajankohdista ja muista syistä johtuen heräämön listanvetäjiä ei pystytty irrottamaan käytännön työstä kokousta varten. Yhteisiä työvuoroja ei myöskään osunut kyseiseen ajankohtaan. Edellä mainituista syistä johtuen ajatusten ja mielipiteiden vaihto jäi loppuvaiheen workshoppiin. Kehittämiprojektin läpiviemisen tai onnistumisen kannalta viimeisen suunnitellun kokouksen poisjääminen ei kuitenkaan ollut oleellista.

Heräämön listanvetäjinä toimineet sairaanhoitajat tekivät tiivistä yhteistyötä kokeilun aikana ja heidän ajatuksensa olivat lähes poikkeuksetta samansuuntaisia. Suuria näkemyseroja ei myöskään ilmennyt. Henkilökuntaresurssien puute vaikutti listanvetäjän tehtävien suorittamiseen eikä ylimääräistä aikaa kehittämiseen jäänyt. Heräämön listanvetäjä toimi koko kokeilun ajan heräämössä käytännöntyössä ja ns. ylimääräiset tehtävät tehtiin potilastyön ohessa. Tästä syystä yleisenä mielipiteenä todettiin, ettei kaikkia suunniteltuja tehtäviä, kuten resurssien kirjausta, ehditty tehdä.

6.6 Arviointi Workshop

Kokeilun loppuvaiheen arviointi Workshop pidettiin suunnitellusti kokeilujakson loputtua 7.9.2016. Mukana workshopissa olivat viidestä heräämön listanvetäjästä neljä ja osastonhoitaja. Poissa oli myös anestesiapuolen apulaisosastonhoitaja, joka jatkossa tulee vetämään heräämön jatkokehittämistä.

Kokeilu päättyi 31.8.2016. Arviointi workshopissa aiheena oli jakson onnistumisen arviointi; missä onnistuttiin, missä meni vikaan, mitä käytäntöjä jatketaan ja mistä luovutaan. Kokeilun onnistumista arvioitiin kolmen tutkimustehtävän pohjalta:

- 1) Heräämön henkilökuntaresurssien suhteuttaminen potilaiden määrään ja hoitoisuuteen,
- 2) heräämössä tehtävien toimenpiteiden jatkuvaan lisääntymiseen vaikuttaminen sekä
- 3) töiden jakaminen tasaisemmin eri kellonajoille.

Kevät ja kesä olivat raskaita ja heräämön toimintaa kuormittavia. Heräämössä oli ollut paljon vaativia ja raskashoitoisia potilaita: kranio-potilaat, huuli- ja suulakipotilaat ja useita intuboituna tuotuja potilaita. Osaston toimintaa on tehostettu ja tehostetaan edelleen jatkuvasti. Uusia perehdytettäviä on tullut monia, mutta samaan aikaan osastolla on ollut henkilökuntaresursseissa vajausta. Erityisesti kokeneista ns. seniorihoitajista on ollut puutetta. **Heräämön henkilökuntaresurssit suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen** ovat edelleen samat kuin kokeilun alkaessa. Heräämössä tehtävät toimenpiteet ovat lisääntyneet lyhyessä ajassa ja myös ne ovat kuormittaneet heräämötä, esim. sydämen ultraääni tutkimukset, keskuslaskimokatetriin poistot. Myös toimenpiteiden ajoittuminen päivän kiireisimpiin aikoihin on lisännyt kuormittavuutta. **Heräämössä tehtävien toimenpiteiden jatkuvaan lisääntymiseen** ei kokeilulla ollut suoranaista vaikutusta. Heräämön listanvetäjän toiminnalla on pystytty vaikuttamaan jonkin verran toimenpiteiden ajoitukseen, muttei niiden määrään.

Heräämössä tehtäväksi siirretyt munuais- ja maksabiopsiat eivät sen sijaan ole kuormittaneet heräämön toimintaa mainittavasti. Biopsioihin on aina pystytty varaamaan oma anestesiahoitaja ja ajankohta (maanantai ja perjantai aamuisin) on heräämön muun toiminnan kannalta ollut sopiva. Sairaalan hygieniahoitajan toivomuksesta jatkossa rauhoitetaan lähiovesta kulkua biopsiatoimenpiteiden aikana ”steriilitoimenpide heräämössä” – kyltillä. Käytäntöä biopsioiden osalta päätetään jatkaa samalla tavalla jatkossakin.

Heräämön listanvetäjän tehtävää tullaan jatkossa jatkamaan heräämön vastaavan hoitajan tehtävänä. Listanvetäjä nimike on koettu harhaanjohtavaksi, koska heräämön listanvetäjä on kuitenkin mukana potilastyössä eikä hänellä ole varsinaista listaa vedettävään samalla tavoin kuin osaston hoitajalistanvetäjällä. Vastaavalla hoitajalla olisi kuitenkin jatkossakin hallinnassa sekä heräämöön tulevat potilaat että ulkokeikkojen potilaat ja näiden hoidon suunnittelu. Jatkossa vastaavana hoitajana voisi toimia kuka tahansa ns. seniorihoitaja, kuitenkin päätettiin, että vastaava hoitaja tulisi kouluttaa tehtävään. Vastaavien hoitajien määrää tullaan hiljalleen kasvattamaan, jottei vastuu ja tehtävät kuormittuisi vain muutamille hoitajille. Vastaavalta hoitajalta vaaditaan organisointi kykyä, uskottavuutta ja uskallusta sanoa asioista. Lisäksi vaaditaan kokemusta salityökentelystä ja tietämystä potilasryhmistä sekä niiden hoidosta. Alkuun toimintaa tulee ohjaamaan anestesiapuolen apulaisosastonhoitaja.

Anestesiaylilääkäri kanssa jatketaan neuvotteluja heräämön omasta anestesiaalääkäristä. Toiminnan sujuvuuden kannalta olisi tärkeää, että heräämöön olisi päiväkohtaisesti nimetty oma anestesiaalääkäri. Utta Lastensairaalaan ajatellen olisi tärkeää saada toimipohja omalle anestesiaalääkärille jo nykyiseen toimintaan.

Uutena kokeiluna syksyn 2016 tai viimeistään kevään 2017 aikana tullaan ottamaan vanhemmat mukaan sekä induktioon että heräämöön. Induktiovaiheen kokeilu tullaan todennäköisesti aloittamaan jo syksyllä, mutta heräämön kokeilu siirtyy suunnittelun keskeneräisyyden vuoksi keväälle. Heräämön osalta loppuarviointi workshopissa keskusteltiin siitä, miten toimintaa tulisi suunnitella. Heräämössä vanhempien mukaan tulo vaatisi erityisiä järjestelyjä. Henkilökuntaresurssien suunnittelussa tulisi mm. huomioida vanhempien ohjauksen- ja tuentarve. Heräämön vastaavan hoitajan yksi tärkeimmistä tehtävistä syksyllä 2016 tulee olemaan kokeilun suunnittelu. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon kokeiluun mukaan otettavat potilasryhmät, identiteettisuoja ja muut käytännön järjestelyt. Kokeilu nähdään kuitenkin tarpeelliseksi tehdä jo ennen Uuteen Lastensairaalaan siirtymistä, jottei samanaikaisesti uusien tilojen lisäksi oteta käyttöön kaikkia uusia hoitokäytäntöjä.

Heräämön iltapainotteista kuormitusta toivotaan jatkossa helpotettavan instrumenttipuolen 10-18 vuorolla. Muutamina kokeilukertoina vuoro koettiin erittäin tarpeellisenä. Anestesiahoitajilla on jo monia iltapainotteisia vuoroja, joten lisäystä näihin ei toivota. Alkusuksyn aikana aamuvuoroissa on ollut tarpeeksi henkilökuntaa ja jatkossa vastaavan

hoitajan tehtävänä olisi ohjata aamupäivän aikana ”ylimääräiset” hoitajat avuksi saleihin. **Töiden jakautumiseen epätasaisesti eri kellonajoille** ei pystytty vaikuttamaan, mutta mm. ylimääräisellä 10-18 –vuorolla pystyttiin vähentämään yksittäiselle hoitajalle kohdistuvaa työmäärää. Henkilökuntavajeessa teho-osastolta voidaan jatkossakin pyytää apua. Tilanteen salliessa sieltä on luvattu antaa hoitajia heräämön avuksi. Juuri tämä henkilökuntaresurssien ohjaus nähdään oleellisena osana heräämön vastaavan hoitajan tehtäviä.

Jatkotoimenpiteinä päätettiin järjestää uusi kokous tulevan toiminnan suunnittelusta kun anestesiapuolen apulaisosastonhoitaja palaa töihin. Kokouksessa tulee miettiä edellä mainittujen asioiden lisäksi myös heräämössä tehtävien toimenpiteiden tarkempaa suunnittelua ja erityisesti niiden ajoittamista toiminnan kannalta parempiin ajankohtiin.

Heräämön resurssien kirjausta tullaan edelleen jatkamaan ja resursseista on jatkossa mahdollista saada tilastollista tietoa. Kirjauksessa ollaan edetty huomattavasti parempaan suuntaan, niin määrällisesti kuin laadullisestikin. Heräämössä tehtävät toimenpiteet tulisi myös saada paremmin näkyviin. Kiireisinä päivinä toimenpiteitä ei ehditä kirjata Operaan. Tähän ongelmaan ehdotettiin osittaista sihteerin toimea heräämön, joka voisi kiireisenä aikana tehdä tarvittavat puuttuvat kirjaukset.

6.7 Päiväkirja analyysi

Heräämön listanvetokokeilun aikana, 7.3.-31.8.2016 heräämössä kirjattiin ongelmia ja muita ajatuksia päiväkirjaan kuten taustatutkimuksessakin. Pääasiassa kirjaukset ovat tehneet heräämön listanvetäjät tai vuorojen vastaavat hoitajat. Kaikilla heräämössä tänä aikana työskennelleillä hoitajilla on kuitenkin ollut mahdollisuus kirjata havaitsemiaan asioita nimettömänä. Päiväkirja on erittäin tärkeä raportointi- ja seurantaväline sillä Opera-järjestelmästä saadut tilastot eivät kerro koko totuutta toiminnasta. PerihoiQ potilasluokituksen ja resurssilaskennan tiedot eivät myöskään ole tällä hetkellä saatavilla, sillä luokitus on otettu käyttöön vastikään.

Päiväkirjan kirjauksista nousee esille heräämön ennestään lisääntynyt potilas- sekä toimenpidemäärä. Lisääntyneen määrän lisäksi potilaat ovat entistä vaikeahoitaisempia ja heräämöseuranta-ajat pidempiä, johtuen mm. tehtyjen toimenpiteiden vaativuudesta. Henkilökuntaresursseja on ajoittain jouduttu vähentämään ja työn kuormittavuus on lisääntynyt. Kokeilun tarkoituksena ollutta henkilökuntaresurssien uudelleen ohjausta ei

olla pystytty toteuttamaan halutulla tavalla. Heräämön henkilökunnan alimitoitus on lähes jatkuvaa eikä näinollen henkilökuntaa ole mahdollista irrottaa osaston muihin tehtäviin. Päivien läpivieminen on vaatinut henkilökunnan jatkuvaa joustamista.

"Heräämössä olisi tarvittu enemmän apukäsiä. Heräämön aamuvuoron kuormitus riskirajoilla!!! Aamuvuoron aikana hoidettu 14 potilasta."

"Aamussa 1 hoitaja, toinen 10-18. Intuboitu tyrävauva, ulkokeikka ja sydänapotilas ennen klo 12.00. KAAOS!!! Hoitajia aivan liian vähän aamussa."

"Usea vaativa pt samanaikaisesti, työläs päivä! klo 17 jälkeen 6 (kuusi) potilasta heräämössä"

Kirjauksista voidaan todeta, että ongelmia on aiheuttanut henkilökuntaresurssien tarpeen ennakoimattomuus heräämön nopeasti muuttuvien tilanteiden vuoksi. Henkilökunta, erityisesti heräämön listanvetäjät, kokevat työn ajoittain jopa ahdistavaksi ja potilasturvallisuuden koetaan vaarantuvan lähes päivittäin.

"Aamussa 2 hoitajaa, toinen päästellyt saleista aamukahville. Iltapäivällä kovasti ruuhkaa -> suuritöisiä potilaita."

"Aamun ensimmäiset tunnit suht. rauhalliset. Yksi hoitaja syömään päästämässä. **11.30 KAAOS!!!Osastoilta haku kestää.** Lisäkäsiä tarvittaisiin -> ei ole!

"Aamu rauhallinen. 9.45-11.45 KAAOS."

"Teholle suunniteltu potilas tuli heräämöön ilmoittamatta."

Uutena kokeiluna instrumenttahoitajien ns. ylimääräinen 10-18 vuoro koettiin tarpeelliseksi. Tämä lisävuoro lisäsi ns. välivuoroon yhden hoitajan. Valitettavasti myös instrumenttipuolella on ollut vajausta, joten 10-18 vuoroja ei ole pystytty suunnittelemaan työvuoroihin tarpeesta huolimatta. Lisätyn vuoron tarpeellisuus voidaan nähdä tehdyistä kirjauksista.

"i-puolen 10-18 vuoro. Erittäin tarpeelliset lisäkädet."

"Ei päästäjää a- eikä i-puolella, Heräämölistanvetäjä koko päivän saleissa päästämässä ihmisiä syömään. Heräämö kohtuu kiireinen, mutta pärjätty jo tenkin! 2 hoitajaa 10-18 EHDOTTOMAN HYVÄ! ☺"

Usein toistuvana ongelmana koettiin osastojen pitkät viiveet potilaiden haussa. Tästä informoitiin osastoja muutamia kertoja kokeilun aikana ja kokeilun loppuvaiheessa viiveet olivat jo hiukan lyhempiä eikä niin usein toistuvia.

”Odotettu hakijaa 1 tunti. ”

”ODOTETTU HAKIJAA 1h 20min (AMBULANSSI)”

Toisinaan taas heräämössä on pystytty toteuttamaan henkilökuntaresurssien uudelleen ohjausta suunnitelman mukaisesti. Hiljaisina hetkinä heräämöstä on irrotettu hoitaja päästäjäksi leikkaussalien puolelle tai muihin tehtäviin. Henkilökunnan alimitoituksella on myös välillä pystytty toimimaan ongelmitta.

”Rauhallinen heräämöpäivä. Salipuolella ei anepäästäjää, päästelyt saatu hoidettua heräämöstä käsin.”

”Aamussa 2 hoitajaa, toinen päästellyt saleista aamukahville.”

”aamupäivä varsin hiljainen, iltapäivällä ”sopivasti” hommaa. Saleistakin päästetty muutama syömään.”

”Ajoittain ruuhkaista, mutta ok tilanne. Hoitajia tarpeeksi. Iltapäivä / alkuiltä rauhallinen.”

Päiväkirjaan tehdystä yksittäisestä kirjauksesta voidaan esimerkkinä todeta usein toistuva tilanne, jossa henkilökuntaa suunnitellun 3 hoitajan sijasta 1 sairaanhoitaja ja 1 perehdytettävä. Samanaikaisesti oli aamupäivän aikana heräämössä tehtäviä toimenpiteitä ja vaativia potilaita heräämöseurannassa. Samana päivänä oli sekä suonikanyylin laitoja että anestesiaa vaativia pientoimenpiteitä. Normaali heräämöpotilaiden lisäksi heräämössä oli intuboituna eli hengityspotken kanssa tulleita potilaita sekä tehohoitoisia vastasyntyneitä leikkauspotilaita. Heräämön toimintaa kuormitti myös ennakoimattomat tilanteet ja informaation puuttuminen. Henkilökuntaresurssit olivat kyseisenä päivänä riittämättömät.

”1+1 (perehdytettävä), Viggo x 2, Lk10 kat.korjaus (meiltä apuna 2 hoitajaa) Lk10 afereesikatetrin poisto (”kevyt sedaatio”). Intuboidut x 3, i-gel x 1, Viggon laitossa 3

hoitajaa, potkiva pureva potilas. Tehotarkkis desaturoi ja vaati runs. huomiota. Us. anest.lääkäreitä apuna -> siirtyi klo 14 teholle. Salin 2 potilas vaatikin pitkän valvonnan heräämössä ennen lk8 valvontaan siirtymistä. **Heräämö ei tiennyt potilaan pitkästä valvonnasta, sovittu osaston kanssa.”**

7 Pohdinta

Lasten- ja nuortensairaalan koko Anestesia- ja leikkausosasto elää suurten muutosten vaihetta. Vaikka Uuden Lastensairaalan valmistumiseen on vielä aikaa, muutoksia on jo nyt alettu tehdä. Suunnittelutyö on käynnissä ja hoitotyön uusia käytännön malleja valmistellaan ja otetaan käyttöön. Lisävaatimuksia toiminnalle asettavat myös LaNu:n säästötoimenpiteet sekä HUS:n muiden yksiköiden toiminnan muutokset ja lakkauttamiset.

Toiminnan suuri laajeneminen vaatii isoja muutoksia henkilöstöresursseissa ja hoitokäytännöissä. Tavoitteena on luoda kaikkia lapsipotilaita, heidän perheitään ja henkilökuntaa mahdollisimman hyvin palveleva ja toimiva lastensairaala. Laajenevasta Anestesia- ja leikkausosastosta halutaan tehdä mahdollisimman toimiva ja tuottava yksikkö. Tällä kehittämistyöllä pyrittiin auttamaan yhden yksikön uusiutumista. Odotukset ja toiveet olivat suuret, mutta niin myös usko siihen, että tavoitteisiin päästäisiin. Kehittämistyöllä oli täysi osaston tuki takanaan ja henkilökunta oli motivoitunutta.

Opinnäytetyössäni käytin apuna jo tutkittua tietoa kehittämiskohteesta nousseiden ongelmien ratkaisemiseksi. Oleellisinta kuitenkin oli käyttää kehittämiskohteesta itsestään nousseita tietoja ja ratkaisukeinoja. Vastaavan kaltaista osastoa ei Suomessa ole toista, joten muiden sairaaloiden malleja ei voitu suoraan käyttää tässä kehittämistyössä. Myöskään ulkomaisten sairaaloiden hankkeita on vaikea soveltaa HUS Lastenklinikan heräämön toimintaan, sillä toiminta muualla eroaa huomattavasti meidän toiminnastamme. LEAN-projektien ohjaus sen sijaan on hyvin sovellettavissa myös terveydenhuoltoalalle ja niitä onkin tehty useita HUS:ssa.

7.1 Tulosten pohdinta

Heräämön listanvetäjän toiminnan avulla pyrittiin saamaan ratkaisu heräämön kolmeen tutkimustehtävään:

- 1) Heräämön henkilökuntaresurssien suhteuttaminen potilaiden määrään ja hoitoisuuteen,
- 2) heräämössä tehtävien toimenpiteiden jatkuvaan lisääntymiseen vaikuttaminen sekä
- 3) töiden jakaminen tasaisemmin eri kellonajoille.

Kokeilun tuloksista voidaan yleisenä ajatuksena todeta, ettei kokeilulla päästy niihin tuloksiin mihin alkuvaiheessa pyrittiin. Lähtötilanteeseen verrattuna **heräämön henkilökuntaresurssit suhteessa potilaiden määrään ja hoitoisuuteen** eivät muuttuneet toivotulla tavalla. Voidaan jopa todeta, että ajoittain henkilökuntaresurssit olivat lähtötilannetta huonommat. Kokeilun aikana myös potilasmäärät ja –ryhmät muuttuivat, mutta henkilökuntaresurssit eivät lisääntyneet samassa suhteessa. Vaikeahoitoisten ja vaativien potilaiden hoitoon puututtiin tiedottomalla anestesialääkäreitä tilanteesta ja pyytämällä lisäapua niin osaston sisältä kuin teho-osastoltakin. Kokeilun ajanjaksolle osunut teho-osaston potilaiden vähäisyys helpotti satunnaisesti heräämön henkilökuntatilannetta. Teho-osastolta saatiin muutamana kiireisenä päivänä sairaanhoitaja heräämön avuksi. Valitettavasti lisäavun saanti riippuu täysin teho-osaston omasta tilanteesta, joten henkilökuntaresurssien lisääminen tällä keinoin on vaikeaa ja ennalta suunnittelematonta. Heräämön henkilökuntaresurssien vajeuteen vaikutti osaltaan myös koko anestesia- ja leikkausosaston toimintaa vaikeuttanut ajoittainen henkilökunta vajeus. Sairaanhoitajien sairauslomat, kesälomat ja päivystystoimenpiteiden lisääntynyt lukumäärä vaikuttivat päiväkohtaiseen henkilökunnan sijoitteluun ja riittävyyteen. Ylimääräistä henkilökuntareserviä ei ole, joten muutaman henkilön poissaolo vaikuttaa oleellisesti koko osaston toimintaan.

Heräämössä tehtävät toimenpiteet ovat tasaisesti lisääntyneet koko kevään ja kesän aikana. Osa lisäyksestä on suunniteltua, kuten heräämössä maanantai ja perjantai aamuina tehtävät koepalanotot eli biopsiat. Osa taas suunnittelemattomia, kuten lääkeinjektiot tai kiinteiden suonikanyylien poistot. Biopsiat ovat menneet suunnitellusti eivätkä ne ole varsinaisesti kuormittaneet heräämön toimintaa. Biopsioihin on saatu erillinen anestesiahoitaja, mutta yleensä avuksi on tarvittu myös heräämöhoitajaa. Biopsiat on kuitenkin pystytty ajoittamaan aamuihin klo 8.00-10.00 jolloin heräämössä ei yleensä ole

ollut montaa heräävää potilasta samanaikaisesti. Toiminnan helpottamiseksi biopsioita varten järjestettiin oma tila ja välineet sekä säädettiin heräämön valaistusta sopivaksi. Kokeilun aikana on myös jouduttu heräämössä tekemään useita toimenpiteitä ennakoon suunnittelematta. Osa toimenpiteistä tehtiin heräämössä saliajan puuttumisen tai päivystysruuhkan vuoksi. Pääsääntöisesti toimenpiteistä neuvoteltiin heräämön listanvetäjän kanssa etukäteen, joka arvioi tilannekohtaisesti toteutusmahdollisuuksia. Toimenpiteet eivät muuten olisi ehkä aiheuttaneet ongelmia, mutta toimenpiteen pitkittyessä tai muuten vaikeutuessa heräämöhoitaja oli kiinni sedatoidussa potilaassa eikä pystynyt ottamaan vastaan salista tulevia potilaita. Tämä hidasti salien toimintaa ja aiheutti ongelmia koko osaston päivittäisessä toiminnassa.

Töiden jakautumiseen epätasaisesti eri kellonajoille haettiin kokeilun aikana ratkaisua mm. instrumenttihoitajien 10-18 heräämövuorolla. Tällä lisävuorolla haettiin henkilökuntaresurssien lisäämistä heräämössä iltapäivän ruuhka-aikoihin. Anestesiahoitajilla on jo ennestään useita erilaisia iltavuoroja, joten koettiin ettei iltapainotteisia vuoroja haluttu lisätä. Lisäksi todettiin, että instrumenttihoitajilla on riittävät tiedot ja taidot toimia apuna heräämössä. 10-18 vuoroja tehneet instrumenttihoitajat saivat tai olivat jo saaneet perehdytystä heräämössä työskentelyyn eivätkä he joutuneet työskentelemään siellä yksin. Kokeilun edetessä suunnitelluista ylimääräisistä 10-18 vuoroista jouduttiin kuitenkin luopumaan osaston yleisen henkilökuntavajauksen vuoksi. Vuoroja tullaan työvuorosuunnitteluun lisäämään jatkossa heti kun se on mahdollista.

Myös päivystysaikana heräämön henkilökunnan optimaalinen resursointi on tärkeää. Tarve tulee entuudestaan kasvamaan ULS:ssa, jossa vanhemmat ovat mukana heräämössä ja LLOS:an tulee lisää erikoisalojen potilaita. Näitä asioita tuleekin miettiä ULS:n heräämön resurssi suunnittelussa. Taustatutkimuksen perusteella voidaan todeta, että 10-18 -vuorolainen on usein joutunut jäämään työvuoronsa päätteeksi avuksi. Henkilökuntaa ei tietenkään voida ns. pakottaa jäämään eli ketään ei voi pakottaa jäämään eli valtaosa 10-18 -vuorolaisista jää ylitöihin vapaaehtoisesti. Joskus tarve voi olla lyhyt, vartti, mutta joskus pidempi esim. tunti tai enemmän. Osaston sairaanhoitajien hyväntahtoisuudella ja "kaveria ei jätetä pulaan" -asenteella on selvitty monesta tilanteesta kun heräämössä hoitajaresurssit ovat olleet niukat. Sairaanhoitajat ovat erittäin kollegiaalisia eikä tilanteista olisi selvitty ilman sairaanhoitajien sitoutumista työhönsä.

Heräämön listanvetäjän tehtävä koettiin tarpeelliseksi heräämön päivittäisen toiminnan suunnittelussa, vaikkei tehtävää kokeilun aikana pystytty täysin hyödyntämään toivotulla

tavalla. Myös bioptyjen siirto tehtäväksi heräämössä koettiin potilasta ja anestesiatiimiä helpottavaksi ratkaisuksi. Osastojen potilaiden hakuaikeihin on kiinnitetty huomiota ja hakuajat ovat osittain lyhentyneet. Myös potilaiden hoitoisuuden kirjaaminen on ollut järjestelmällisempää ja säännöllisempää. Toivottua heräämön omaa anestesia lääkäriä ei olla pystytty järjestämään, mutta asia tiedostetaan ja sitä ollaan kehittämässä.

Opinnäytetyönä tehty heräämön kehittämistyö ei tuonut toivottuja ratkaisuja tai tuloksia. Heräämön listanvetäjä kokeilu käynnistyi hyvin, muttei kuitenkaan tuonut ratkaisuja heräämön kolmeen suurimpaan ongelmaan. Epäonnistuminen ei kuitenkaan johtunut itse projektista vaan siihen vaikuttavista ulkoisista tekijöistä. Henkilökuntaresurssi muutoksia ei pystytty ennalta arvioimaan, mutta potilasaineistossa tapahtuvia muutoksia olisi mahdollisesti pystytty arvioimaan paremmin. Näistä huolimatta projektin suunta oli oikea ja jatkossa jatketaan sen kehittämistä toimivampaan suuntaan.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkivan kehittämisen eettisyyttä arvioitaessa on tärkeää kiinnittää huomiota hyvään tieteelliseen- ja toimintakäytäntöön. Terveystieteiden tutkimuksessa ensisijainen päämäärä, myös kehittämistoiminnassa, on potilaan hyvä. Tietolähteiden valintaan tulee kiinnittää huomiota ja kehittämistoimintaan liittyviä ihmisiä on kohdeltava kunnioittavasti sekä oikeudenmukaisesti. Eettisyyttä tarkasteltaessa keskeistä on tutkimusaineiston analyysi ja luotettavuuden arviointi. Analyysi tulee suorittaa huolellisesti kaikki osat läpikäyden. Myös prosessia tulee tarkastella ja arvioida. Prosessista tehtyjen johtopäätösten tulee olla sekä luotettavia että rehellisiä. Kehittämistoiminnan tulosten tulee olla rehellisesti, asiallisesti ja huolellisesti tiedotettuja. (Heikkilä ym. 2008: 43-46.)

Kehittämistyön tavoitteiden ja työn tulee olla huolellista ja tarkkaa. Tieteellisen tutkimuksen normit koskevat myös kehittämistöitä. Kehittämiskohdetta valittaessa tulee pohtia, kenen ehdoilla tehtävä valitaan ja miksi siihen ryhdytään. Tärkeää on varmistaa tiedonhankinta- ja arviointimenetelmien eettisyys. Kerätyn tiedon tulee pysyä luottamuksellisena ja asianmukaisesti säilytettynä. (Ojasalo ym. 2009: 48-49.) Taustatietoina tässä opinnäytetyössä on käytetty Opera-järjestelmästä saatavia tilastoja. Tilastot sisältävät potilasmääriä, potilaiden ikäjakaumaa, erikoisalvoja ja tietyn ajanjaksona tehtyjä toimenpiteitä. Tilastoista ei ilmene potilaiden eikä henkilökunnan nimiä tai muita henkilötietoja. Ikäjakauman tai toimenpiteen perusteella ei pystytä jäljittämään yksittäistä potilasta. Taustatietona on käytetty Opera-tilastojen ohella hoitajien kirjaamaa päiväkirjaa sekä

taustatutkimus- että kehittämisvaiheessa. Päiväkirjaan ovat heräämössä työskennelleet sairaanhoitajat saaneet halutessaan kirjata vapaamuotoisesti heräämössä esiintyneitä ongelmia ja muita ajatuksia heräämötyöstä. Kirjaamisen on saanut tehdä nimettömänä ja kirjaaminen on ollut täysin vapaaehtoista. Kirjaukset saattavat olla tunnistettavissa käsi- sialasta, minkä vuoksi kaikki kirjaukset on puhtaaksikirjoitettu ennen analyysiä. Kirjaami- sessa ei myöskään ole käytetty kysymyksiä eikä valmiita ajatusmalleja. Aineisto ei sisällä potilaiden henkilötietoja ja aineistosta on poistettu päivämäärät, jolloin ajankohdan pe- rusteella ei hoitohenkilökuntaa pystytä yhdistämään yksittäisiin kirjauksiin. Päivämäärä- tiedoilla ei tässä taustatietojen keruussa ole aineiston analysoinnin tai tulosten kannalta merkitystä.

Tulosten yleistettävyyttä tarkasteltaessa ei perusjoukkoon yleistettävyyks ole aina tar- peen. Tärkeämpi pyrkimys on tarkastella ilmiötä ennakkoluulottomasti ja tuoreista pe- rustelluista näkökulmista. Tutkimuksella voidaan siis etsiä selityksiä yksittäisille tapahtu- maketjuille sen sijaan, että tuloksien tulisi päteä muihinkin kuin tutkittuun ilmiöön. (Ala- suutari 2007: 234-235.) Tutkimuksen pätevyydellä ja luotettavuudella eli validiteetilla tar- koitetaan tutkimusmenetelmän kykyä selvittää sitä, mitä on tarkoitus selvittää. Jos saatu tieto vastaa vallalla olevaa teoriaa tai pystyy sitä tarkentamaan, silloin tulos on validi. Vain tutkimuksessa mitattavat asiat ovat totta ja niitä voidaan käyttää päätöksenteon perustana. Voidaan todeta, että tässä opinnäytetyössä taustatutkimuksena ja kehittä- mistyön aikana tehdyt päiväkirja kirjaukset ovat luotettavia. Ne antavat todenmukaista ja ajankohtaista tietoa juuri kyseisestä yksiköstä, tarkasteltavasta ilmiöstä sen omassa ym- päristössään. Samoin Opera-tilastoista saadut tiedot tutkittavan yksikön toiminnasta an- tavat tietoja toteutuneista potilasmääristä. Toisaalta juuri tästä syystä tulokset eivät ole yleistettävissä muihin yksiköihin vaan ne ovat päteviä vain tässä yhdessä yksikössä.

Yksittäinen tutkimus ei välttämättä tarkoita, että sen tulos olisi ehdoton totuus. Tutkimuk- selle tärkeää on tuoda tulokset julki, jolloin ne herättävät keskustelua ja tuottavat julkista arvostelua. Luotettavuutta voidaan pohtia sekä ulkoisena että sisäisenä validiteettina. Tutkimuksen luotettavuus on tärkeä myös laadullisessa tutkimuksessa. Tärkeintä laadul- lisessa tutkimuksessa on löytää totuus tutkittavasta ilmiöstä, ei niinkään sen yleistettä- vyys. (Metsämuuronen 2006: 33,48,81.) Luotettavuutta tarkasteltaessa on huomioitava informaation tarkastelunäkökulma. Informaation totuudenmukaisuutta pyritään tarkista- maan tai lisäämään. Aineistoa kerätessä pyritään välttämään, että mm. kysymyksillä tai pyynnöillä vaikutettaisiin vastaajan antamaan informaatioon. Toisaalta taas voidaan ajatella, että vastaajan luottaessa tutkijaan, vastaukset ovat rehellisiä. (Alasuutari 2007:

95-97.) Kehittämistyön luotettavuutta arvioitaessa täytyy ottaa huomioon monia inhimillisiä asioita, joilla saattaa olla vaikutusta projektin arviointiin. Tämän opinnäytetyön aineisto ja tulokset ovat realistiset ja todenmukaiset. Heräämössä työskennelleiden hoitajien ajatukset ja kirjaukset ovat toki osittain tunneperäisiä, mutta kuitenkin todellisia. Niitä ei ole ulkopuoliset henkilöt muuttaneet eikä kirjauksiin ole vaikuttettu muualta käsin. Kirjaukset on tehty täysin vapaaehtoisesti.

Bronislaw Malinowskin mukaan muuttuakseen ”näkyttömäksi”, tutkijan tulee olla kentällä riittävän kauan. Pitkä oleskelu tutkittavassa ympäristössä auttaa tutkijaa havainnoimaan ihmisiä luonnollisessa ympäristössä. Pitkästä oleskelusta on se hyöty, että tutkijalla on havaintoaineistoa monesta eri tilanteesta, jolloin huijaaminen on vaikeaa. Toiseksi saavutettu luottamus tekee huijaamisen tarpeettomaksi. (Alasuutari 2007: 103-104.) Itselläni on pitkä työkokemus kyseisellä osastolla ja sekä tutkittavan ympäristön että vastaajien hyvä tuntemus. Kehittämistyön luotettavuuden kannalta edellä mainitut asiat ovat keskeisessä asemassa. Toisaalta itse kehittämistyötä olisi ollut hyvä arvioida myös jonkun täysin ulkopuolisen avulla, jolloin toimintaan olisi saatu erilaisia näkökulmia. Lopputulokseen ja resurssien riittämättömyyteen tällä ei kuitenkaan olisi ollut vaikutusta.

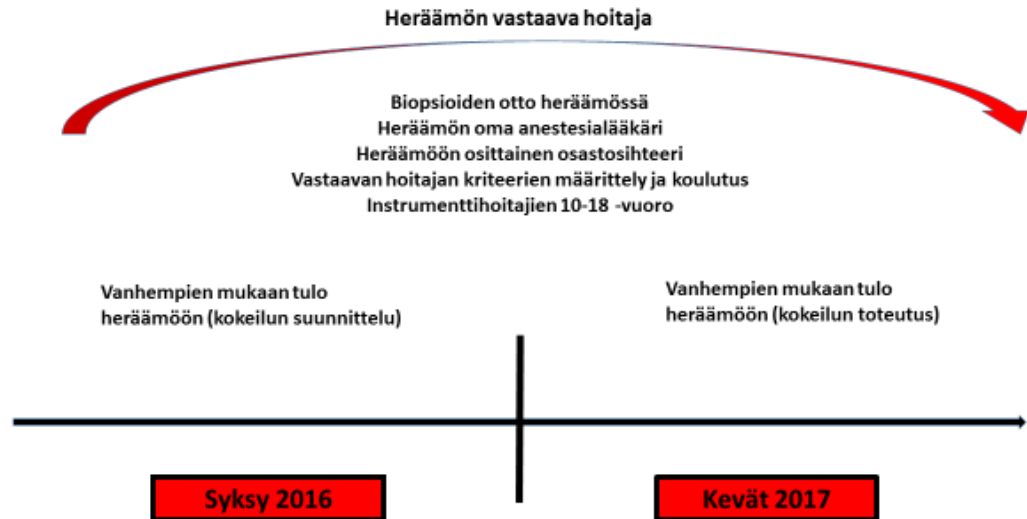
8 Johtopäätökset ja jatkoasteet

Uusi lastensairaala 2017 ja Magneettisairaalastatuksen hakeminen 2018 olivat suurimmat taustatekijät Lasten- ja nuortensairaalan Anestesia- ja leikkausosaston heräämön toiminnan kehittämistyössä. Jo tapahtuneet organisaatiomuutokset ovat tuoneet mukanaan uusia haastavia potilasryhmiä, mitkä ovat lisänneet heräämön toiminnan kehittämisen ja henkilökuntaresurssien uudelleenohjauksen tarvetta. Henkilökuntaresurssit suhteessa hoidettaviin potilaisiin ja heidän hoidon tarpeisiinsa ovat ajoittain riittämättömät ja siksi laadukkaan hoitotyön toteuttaminen on haastavaa.

Tutkimusprosessi ei lopu siihen, että tutkimusongelmiin saadaan vastaukset. Yleensä tutkimus ja siitä syntyneet uudet ideat ovat uuden tutkimuksen alkuja. (Alasuutari 2007: 278.) Heräämön listanvetäjä kokeilusta ja toiminnan kehittämisestä muodostui muutamia jatkokehittämistarpeita (kuvio 10). Heräämön listanvetäjän tehtävää tullaan jatkamaan, koska se todettiin toimivaksi apukeinoksi päivittäisen toiminnan suunnittelussa. Jatkoasteita heräämön kehittämisessä tulee olemaan heräämön vastaavan hoitajan toimenkuvan ja yhtenevien kriteerien luominen. Vastaavana hoitajana toimivien hoitajien

määrää tulee jatkossa lisätä kuormituksen tasoittamiseksi, mikä tulee lisäämään myös koulutuksen tarvetta. Vastaavien hoitajien yhdeksi tärkeimmäksi tehtäväksi, päivittäisen heräämön toiminnan suunnittelun ohella, nousee vanhempien heräämön pääsyn suunnittelu ja kokeilun toteutus. Vanhempien ja perheiden osallistuminen sairaan lapsen hoitoon on Uuden Lastensairaalan yksi tärkeimmistä tavoitteista. Tästä syystä myös leikkaus- ja anestesiaosastolla ja erityisesti sen heräämössä tulee vanhempien osallistumiseen panostaa jo nykyisissä tiloissa. Kokeilu tulee olemaan haasteellinen monella osalla alueella, minkä vuoksi perusteellinen suunnittelu on tärkeää. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon niin tilaratkaisut kuin lisähenkilökunnan tarve vanhempien ohjauksessa ja tukemisessa. Vanhempien tullessa mukaan heräämön on entistäkin tärkeämpi kehittää hoitotyön käytäntöjä. Vanhemmat näkevät, havainnoivat ja kuulevat millaista heräämössä on ja miten hoitotyötä toteutetaan. He osaavat vaatia tietoa ja ohjausta lapsensa hoitoon osallistumisessa.

Jatkohaasteiksi voidaan lukea myös instrumenttipuolen 10-18 –vuoron jatkaminen. Kokeilun aikaan tarpeelliseksi lisäävaksi koettua vuoroa tulee pyrkiä jatkamaan mahdollisuuksien mukaan. Käytännössä haasteita tässä aiheuttaa instrumenttinhoitajien työvuorosuunnittelu ja käytettävissä olevat resurssit. Myös oman nimetyn anestesiaosaston saamista heräämön tulee jatkaa. Tehtyjen kirjausten perusteella tämä olisi oleellinen parannus nykyiseen toimintaan. Osa-aikaisen sihteerin toimen lisääminen heräämön henkilökunta vahvuuteen helpottaisi huomattavasti heräämössä työskentelevien sairaanhoitajien työtä. Näillä kaikilla toimilla voidaan sujuvoittaa heräämön päivittäistä toimintaa sekä parantaa hoitotyön tavoitteiden toteutusta. Sujuva ja hyvin toteutettu hoitotyön käytäntö on osa magneetti sairaalan kriteerejä.



Kuvio 10. Heräämön jatkokehittämisen aikataulu

Kehittämistyönä tehty heräämön henkilökuntaresurssien uudelleenohjaus ei tuottanut toivomiani tuloksia itse toimintaan, mutta taustatutkimukset ja projektin aikana tehdyt kirjaukset antavat arvokasta tietoa heräämön nykytilanteesta. Jatkoasteita tulee siis olemaan, jotta heräämön toiminta saadaan toimivaksi ja potilasturvallisuus saadaan taattua. Toivon, että tällä työllä ja sairaanhoitajien tekemillä kirjauksilla olisi jatkossa vaikutusta henkilökuntaresurssitilanteen parantamisessa. Heräämön listanveto kokeilulla saatiin alkuun monta hyväksi todettua uutta käytäntöä ja sekä niiden että uusien käytänteiden kehittäminen tulee ohjaamaan heräämön hoitotyötä kohti uutta ja parempaa Magneettisairaalan kriteerit täyttävää Lastensairaala.

Lähteet

Aaltonen, Leena-Maija - Rosenberg, Per (toim.) 2013: Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. Helsinki.

Alasuutari, Pertti 2007: Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere.

Alasuutari, Pertti 2011: Laadullinen tutkimus 2.0. Vastapaino. Tampere.

American Nurses Credentialing Center (ANCC). <http://www.nursecredentialing.org/magnet.aspx>. Luettu 31.1.2016.

Blomqvist, Marja - Lintula, Risto - Nikkola, Juho - Ukkonen, Markku - Vierimaa, Hannu 2015: LEAN-Filosofia, LEAN: Kokonaisuuden hahmottaminen, Mene paikan päälle, Ongelmien juurisyyt, LEAN-kulttuurin luominen. HUS luentosarjan materiaali. Helsinki.

Eskelinen, Harri - Karsikas, Sami 2014: Tutkimusmetodiikan perusteet. Tekniikan alan oppikirja. Hansaprint Oy. Vantaa.

Hankeselvityksen työryhmä 2013: Hankeselvitys – Uusi Lastensairaala 2017. Helsinki.

Hanketyöryhmä 2014: Uusi lastensairaala 2017 – Hankesuunnitelma. Helsinki.

Heikkilä, Asta - Jokinen, Pirjo - Nurmela, Tiina 2008: Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY. Helsinki.

Helovuori, Arto - Kinnunen, Marina - Peltomaa, Karolina - Pennanen, Pirjo 2012: Potilasturvallisuus – Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Kliinikko käsikirjat. Helsinki.

Honkanen, Henry 2006: Muutoksen agentit. -Muutoksen ohjaaminen ja johtaminen. Persona Grata. Edita. Helsinki.

Hottinen, Anja - Lindfors, Kirsi - Salonen, Anne - Valo-Virta-Hästö, Eliisa - Juntila, Kristiina 2014: HOITOTYÖ HUS:SSA – HUS:n hoitotyön ammatillisen toimintamallin kuvaus. Helsinki.

HUS. 2015. Hoitotyön ammatillinen toimintamalli.

HUS 2016: Hoitotyötä potilaan parhaaksi. HUS:n hoitotyön ammatillinen toimintamalli 2016.

Jackson, Thomas L. 2013: Kaizen Workshops for Lean Healthcare. Rona Consulting Group & Productivity Press. USA.

Joanna Briggs Institute. 2010. Näyttöä Magneettisairaala-mallin vaikutuksista hoitaja- ja potilastuloksiin. Best Practice 14(11). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Vehviläinen-Julkunen, K. - Miettinen, M. - Haatainen, K. http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-11_0.pdf. Luettu 31.1.2016.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro. Helsinki.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013: Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro. Helsinki

Kinnunen, Marina - Peltomaa, Karolina (toim.) 2009: Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki.

Kouri, Ilkka 2009: LEAN – taskukirja. Teknologiateollisuus ry. Helsinki.

Laatuakatemia 2015: <http://www.kotiposti.net/tuurala/PDCA.htm> Luettu 16.11.2015

Lampinen, Marja 1998: Leikki-ikäisen, äkillisesti sairaalaan joutuneen lapsen vanhempien ja hoitajan välisen yhteistyösuhteen sisältö hoitajien arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Tampere.

Latvala, Eila - Vanhanen-Nuutinen Liisa 2003: Laadullisen Hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisältöanalyysi. Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja toim. 2003: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY.

Liker, Jeffrey K. - Convis, Gary L. 2012: The Toyota way to lean leadership : achieving and sustaining excellence through leadership development. New York.

(Kääntänyt suomeksi Niemi Marko 2012: Toyotan tapa Lean-johtamiseen. Erinomaisuuden saavuttaminen ja ylläpito johtajuutta kehittämällä. Hämeenlinna.

Meretoja, Riitta - Koponen, Leena 2008: Vetovoimainen sairaala. Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Sairaanhoidajaliitto.

Metsämuuronen, Jari (toim.) 2006: Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Met-help Ky. Jyväskylä.

Mäkinen, Markku 2013: LEAN-MENETELMÄ SUOMALAISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA. Tampereen teknillinen yliopisto. Tampere.

Ojasalo, Katri - Moilanen, Teemu - Ritalahti, Jarmo 2009: Kehittämistyön menetelmät – Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro Oy. Helsinki.

Ojasalo, Katri - Moilanen, Teemu - Ritalahti, Jarmo 2014: Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Partanen, Pirjo - Pitkäaho, Taina - Kvist, Tarja - Turunen, Hannele - Miettinen, Merja - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2008: Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008. Sairaanhoidajaliitto.

Pirinen, Helka 2014: Esimies muutoksen johtajana. Talentum. Helsinki.

Uusi Lastensairaala tukiyhdistys 2017 ry 2013: Rakennetaan yhdessä. Helsinki.

Santahuhta, Ulla 1999: Perheen mukaan tulo lastenhoitotyöhön. Analyysi perhekeskeisen hoitotyön kehityksestä kolmen hoitotyötä käsittelevän oppikirjan perusteella. Pro gradu –tutkielma. Tampere.

Siimes, Martti - Linden, Leena - Perheentupa, Jaakko 1993: Auringon puolella. Kuvia Lastenklinalta. Helsingin yliopistollinen keskussairaala Lastenklinalta.

Sillankorva, Marja 2013: Lean potilastutkimusprosessissa -kirjallisuuskatsaus. YAMK opinnäytetyö. Metropolia.

Sova, Veli 2016: Riskien arviointi Leikkaus- ja anestesiaosasto, Lastenkliniikka. Helsinki.

Toikko, Timo - Rantanen, Teemu 2009: Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere University Press. Tampere.

Torkkola, Sari 2015: Lean Asiantuntijatyön johtamisessa. Talentum Pro. Helsinki.

Torppa, Kaarina 2015: MAGNEETTISAIRAALAMALLIN MUKAISTEN HUS-TASOISTEN HOITOTYÖN MONIAMMATILLISTEN ASIAANTUNTIJARYHMIEN ASETTAMINEN. Helsinki. *hus01.tjhosting.com/kokous/20152030-9-105447.PDF* . Luettu 28.11.2015

Wikipedia 2015: <https://fi.wikipedia.org/wiki/Lean> Luettu 12.10.2015

Womack, James P. - Byrne, Arthur P. - Flume, Orest J. - Kaplan, Gary S. - Tossaint, John 2005: Going Lean in Health Care. Innovation Series 2005. Institute Healthcare Improvement.

Taulukko 1

TMP yksikkö		LNS LOS 1116027	
Päivämäärä		(Useita kohteita)	
		Data	
Ikäryhmä	TMP erikoisala	Potilastapausten lkm	Heräämökäynnin keston ka
a) 0-3 kk	11 Anest päätmp	41	2,111219512
	11 Anestesiologia	11	2,278181818
	40C LAS / Lasten plastiikkakirurgia	2	2,155
	40L LAS/ Lastenkirurgia	61	2,293934426
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	3	1,833333333
	40U LAS/ Lasten urologia	3	2,866666667
a) 0-3 kk Summa		121	2,23107438
b) 3-12 kk	11 Anest päätmp	150	1,1386
	11 Anestesiologia	31	1,058387097
	40 Lastentaudit	2	0,41
	40C LAS / Lasten plastiikkakirurgia	15	2,202666667
	40G LAS/ Gastroenterologia	2	0,775
	40H LAS/ Hematologia	3	2,38
	40L LAS/ Lastenkirurgia	132	1,617424242
	40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol	13	1,000769231
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	3	1,373333333
	40U LAS/ Lasten urologia	32	1,7340625
	40Z LAS / Lasten neurokirurgia	1	1,4
b) 3-12 kk Summa		384	1,389765625
c) 1-5 v	11 Anest päätmp	750	1,043653333
	11 Anest sivutmp	4	1,66
	11 Anestesiologia	51	1,236862745
	40 Lastentaudit	28	0,898214286
	40C LAS / Lasten plastiikkakirurgia	57	1,267719298
	40D LAS/ Neonatologia	1	0,88
	40G LAS/ Gastroenterologia	37	0,808648649
	40H LAS/ Hematologia	15	1,062
	40L LAS/ Lastenkirurgia	639	1,420735524
	40N LAS/ Lastenneurologia	1	0,88
	40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol	121	1,266528926
	40R LAS/Lasten reumatologia	77	0,737272727
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	28	1,5725
	40U LAS/ Lasten urologia	114	1,423596491
40Z LAS / Lasten neurokirurgia	10	2,866	
c) 1-5 v Summa		1933	1,215897569
d) 6-15 v	11 Anest päätmp	510	1,199705882
	11 Anest sivutmp	1	2,32
	11 Anestesiologia	35	1,036571429
	40 Lastentaudit	11	0,856363636
	40C LAS / Lasten plastiikkakirurgia	16	1,484375
	40G LAS/ Gastroenterologia	96	1,762708333
	40H LAS/ Hematologia	17	1,036470588
	40K LAS/ Kardiologia	1	1,07
	40L LAS/ Lastenkirurgia	633	1,138562401
	40N LAS/ Lastenneurologia	3	2,143333333
	40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol	480	1,4529375
	40R LAS/Lasten reumatologia	115	0,543217391
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	12	1,601666667
	40U LAS/ Lasten urologia	121	1,252066116
	40Z LAS / Lasten neurokirurgia	19	2,225789474
Z Koodit PÄÄtmp	1	0,02	
d) 6-15 v Summa		2071	1,241709319
e) 16-44 v	11 Anest päätmp	53	4,298301887
	11 Anest sivutmp	1	0,5
	11 Anestesiologia	9	3,783333333
	40 Lastentaudit	1	0,57
	40G LAS/ Gastroenterologia	6	0,788333333
	40L LAS/ Lastenkirurgia	105	1,314190476
	40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol	29	1,575517241
	40R LAS/Lasten reumatologia	4	0,52
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	4	2,4
	40U LAS/ Lasten urologia	31	1,486774194
	40Z LAS / Lasten neurokirurgia	1	0,85
e) 16-44 v Summa		244	2,09
f) 45-64 v	40L LAS/ Lastenkirurgia	1	0,2
f) 45-64 v Summa		1	0,2
Kaikki yhteensä		4754	1,311674379

Taulukko 2

TMP yksikkö	LNS LOS 1116027
Päivämäärä	(Useita kohteita)
Viikko tai viikonloppu	Arkipäivät

Ikäryhmä	TMP erikoisala	Data	
		Potilastapausten lkm	Heräämökäynnin keston ka
a) 0-3 kk	11 Anest päätmp	41	2,111219512
	11 Anestesiologia	11	2,278181818
	40C LAS / Lasten plastiikkakirurgia	2	2,155
	40L LAS/ Lastenkirurgia	59	2,317457627
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	2	1,815
	40U LAS/ Lasten urologia	3	2,866666667
a) 0-3 kk Summa		118	2,244830508
b) 3-12 kk	11 Anest päätmp	139	1,192877698
	11 Anestesiologia	28	1,040357143
	40 Lastentaudit	2	0,41
	40C LAS / Lasten plastiikkakirurgia	14	2,313571429
	40G LAS/ Gastroenterologia	2	0,775
	40H LAS/ Hematologia	3	2,38
	40L LAS/ Lastenkirurgia	129	1,625968992
	40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol	13	1,000769231
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	3	1,373333333
	40U LAS/ Lasten urologia	32	1,7340625
40Z LAS / Lasten neurokirurgia	1	1,4	
b) 3-12 kk Summa		366	1,422431694
c) 1-5 v	11 Anest päätmp	595	1,179747899
	11 Anest sivutmp	4	1,66
	11 Anestesiologia	49	1,250816327
	40 Lastentaudit	28	0,898214286
	40C LAS / Lasten plastiikkakirurgia	49	1,326938776
	40D LAS/ Neonatologia	1	0,88
	40G LAS/ Gastroenterologia	37	0,808648649
	40H LAS/ Hematologia	15	1,062
	40L LAS/ Lastenkirurgia	601	1,445407654
	40N LAS/ Lastenneurologia	1	0,88
	40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol	100	1,2988
	40R LAS/Lasten reumatologia	77	0,737272727
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	18	1,435
	40U LAS/ Lasten urologia	113	1,422212389
40Z LAS / Lasten neurokirurgia	10	2,866	
c) 1-5 v Summa		1698	1,282803298
d) 6-15 v	11 Anest päätmp	447	1,295749441
	11 Anest sivutmp	1	2,32
	11 Anestesiologia	32	1,0853125
	40 Lastentaudit	11	0,856363636
	40C LAS / Lasten plastiikkakirurgia	13	1,418461538
	40G LAS/ Gastroenterologia	96	1,762708333
	40H LAS/ Hematologia	17	1,036470588
	40K LAS/ Kardiologia	1	1,07
	40L LAS/ Lastenkirurgia	575	1,126
	40N LAS/ Lastenneurologia	2	1,965
	40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol	388	1,448891753
	40R LAS/Lasten reumatologia	115	0,543217391
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	9	1,593333333
	40U LAS/ Lasten urologia	118	1,253135593
40Z LAS / Lasten neurokirurgia	19	2,225789474	
d) 6-15 v Summa		1844	1,254088937
e) 16-44 v	11 Anest päätmp	51	4,436470588
	11 Anest sivutmp	1	0,5
	11 Anestesiologia	9	3,783333333
	40 Lastentaudit	1	0,57
	40G LAS/ Gastroenterologia	6	0,788333333
	40L LAS/ Lastenkirurgia	104	1,320769231
	40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol	28	1,606785714
	40R LAS/Lasten reumatologia	4	0,52
	40S LAS/ Lasten sydän- ja elinsiirtokir	4	2,4
	40U LAS/ Lasten urologia	31	1,486774194
	40Z LAS / Lasten neurokirurgia	1	0,85
e) 16-44 v Summa		240	2,112833333
f) 45-64 v	40L LAS/ Lastenkirurgia	1	0,2
f) 45-64 v Summa		1	0,2
Kaikki yhteensä		4267	1,355406609

Taulukko 3

Kellon aika 00:00	Potilaat lkm	Toteutuva hoitajien lkm	Työvuoro
8:00	119	1-3 hoitajaa	7:30-10:00
9:00	671	1-3 hoitajaa	
10:00	1173	2-4 hoitajaa	10:00-15:30
11:00	1333	2-4 hoitajaa	
12:00	1334	2-4 hoitajaa	
13:00	1214	2-4 hoitajaa	
14:00	1161	2-4 hoitajaa	
15:00	906	2-3 hoitajaa	15:30-17:00
16:00	622	2-3 hoitajaa	
17:00	402	2 hoitajaa	17:00-18:00
18:00	280	1 hoitaja	18:00-21:00
19:00	212	1 hoitaja	
20:00	175	1 hoitaja	
21:00	125	1 hoitaja	21:00 ->
22:00	102	1 hoitaja	

Taulukko 4

TMP yksikkö		Data	
TMP erikoisala		Potilastapausten lkm	Toimenpiteiden lkm
LNS LOS 1116027			
Päivämäärä	(Useita kohteita)		
Leikkaussali	(Useita kohteita)		
Viikko tai viikonloppu	Kaikki viikot ja viikonloput		
Toimenpide			
WX892 - Valvontatasoinen hoito		1	1
Summa		1	1
11 Anest päätmp	TPH04 - Laskimon kanylointi	5	5
	WX000 - Elintoimintojen valvonta ilman anestesiaa	6	6
	WX002 - Sedaatio tai kivunlievitys ilman anestesiaa	2	2
	WX290 - Muu johtopuudutus	1	1
	WX302 - Epiduraalipuudutus rintarangan tasolla	1	1
	WX404 - Suonensisäinen yleisanestesia	84	84
	WX408 - Balansoitu yleisanestesia	4	4
	WX600 - Kertapuudutus katetrilla	1	1
	WX700 - Hengityksen ja verenkierron valvonta	4	4
	WX704 - Intubaatio	2	2
	WX730 - Hengityskonehoito	22	22
	WX892 - Valvontatasoinen hoito	119	119
11 Anest päätmp Summa		251	251
11 Anest sivutmp	TPH04 - Laskimon kanylointi	1	1
	WX002 - Sedaatio tai kivunlievitys ilman anestesiaa	1	1
	WX110 - Infiltraatiopuudutus	1	1
	WX200 - Interskalainen olkapunoksen puudutus	1	1
	WX308 - Sakraalipuudutus	1	1
	WX704 - Intubaatio	1	1
	WX730 - Hengityskonehoito	1	1
	WX892 - Valvontatasoinen hoito	1	1
11 Anest sivutmp Summa		7	8
11 Anestesiologia	GBB96 - Muu henkitorviavannetoimenpide	1	1
	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	9	9
	TAB22 - Epiduraalinen veripaikka	2	2
	TGB20 - Traakeakanyylin vaihto	8	8
	TPH04 - Laskimon kanylointi	265	265
	TPH05 - Laskimon esiin otto ja kanylointi	1	1
	TPH07 - Valtimon kanylointi	2	2
	TPH15 - Keskuslaskimokatetrin asettaminen kaulalaskimon kautta	2	2
	TPH90 - Kiinteän suonikanyylin ja/tai infuusioportin poisto	4	4
	TPW99 - Muu verisuoniin tai imuteihin kohdistuva pientoimenpide	1	1
	WX110 - Infiltraatiopuudutus	1	1
	WX306 - Epiduraalipuudutus lannerangan tasolla	1	1
	WX404 - Suonensisäinen yleisanestesia	1	1
11 Anestesiologia Summa		297	298
40 Lastentaudit	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	5	5
	XW000 - Luuydinnytteenotto	1	1
40 Lastentaudit Summa		6	6
40D LAS/ Neonatologia	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
40D LAS/ Neonatologia Summa		1	1
40H LAS/ Hematologia	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
	XW000 - Luuydinnytteenotto	1	1
40H LAS/ Hematologia Summa		1	2
40L LAS/ Lastenkirurgia	DCA10 - Tärkykalvopisto	1	1
	DCA20 - Ilmastointiputken asettaminen, tympanostomia	3	3
	EBA00 - Hampaan poisto	1	1
	GAA10 - Keuhkopussin kanavoiti kylkiluiden välistä	3	3
	GBB96 - Muu henkitorviavannetoimenpide	1	1
	GBW96 - Muu henkitorvileikkaus	1	1
	QBB10 - Vartalon ihoahaavan tarkistus ja siteenvaihto	1	1
	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
	TGB20 - Traakeakanyylin vaihto	4	4
	TKC20 - Virtsarakkokatetrin asettaminen	2	2
	UDC00 - Korvan mikroskopia	1	1
	UGC12 - Keuhkoputkien tähytys taipuisalla tähytimellä	1	1
	WX404 - Suonensisäinen yleisanestesia	1	1
40L LAS/ Lastenkirurgia Summa		19	21
40N LAS/ Lastenneurologia	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
40N LAS/ Lastenneurologia Summa		1	1
40O LAS/ Lasten ortopedia ja trauma	NCH10 - Kynärnivelen sijoittamisen suljettu paikalleenasetus	1	1
	NGJ40 - Polviluomion tai säären murtuman suljettu paikalleenasetus ja sidos	1	1
	TNX10 - Nivelpisto	1	1
	WX892 - Valvontatasoinen hoito	1	1
40O LAS/ Lasten ortopedia ja trauma Summa		4	4
40U LAS/ Lasten urologia	TKC10 - Virtsarakkopisto	1	1
	TKC20 - Virtsarakkokatetrin asettaminen	1	1
40U LAS/ Lasten urologia Summa		2	2
40Z LAS / Lasten neurokirurgia	AAF99 - Muu aivonestekierron säätelytoimenpide	1	1
	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
	WX892 - Valvontatasoinen hoito	1	1
40Z LAS / Lasten neurokirurgia Summa		3	3
Z Koodit PÄÄtmp	ZXF99 - Muu syy kesk.toimenp (P)	1	1
Z Koodit PÄÄtmp Summa		1	1
Z Lisäkoodi 1 sivutmp	ZX131 - Selkädinkanavaan (P)	1	1
Z Lisäkoodi 1 sivutmp Summa		1	1
Kaikki yhteensä		544	600

Taulukko 5

TMP yksikkö	LNS LOS 1116027
Päivämäärä	(Useita kohteita)
Leikkaussali	(Useita kohteita)
Viikko tai viikonloppu	Arkipäivät

TMP erikoisala	Toimenpide	Data	
		Potilastapausten lkm	Toimenpiteiden lkm
	WX892 - Valvontatasoinen hoito	1	1
Summa		1	1
11 Anest päätmp	TPH04 - Laskimon kanylointi	5	5
	WX000 - Elintoimintojen valvonta ilman anestesiaa	5	5
	WX002 - Sedaatio tai kivunlievitys ilman anestesiaa	1	1
	WX290 - Muu johtopuudutus	1	1
	WX302 - Epiduraalipuudutus rintarangan tasolla	1	1
	WX404 - Suonensisäinen yleisanestesia	78	78
	WX408 - Balansoitu yleisanestesia	4	4
	WX600 - Kertapuudutus katetrilla	1	1
	WX700 - Hengityksen ja verenkierron valvonta	4	4
	WX704 - Intubaatio	2	2
	WX730 - Hengityskonehoito	22	22
	WX892 - Valvontatasoinen hoito	117	117
11 Anest päätmp Summa		241	241
11 Anest sivutmp	TPH04 - Laskimon kanylointi	1	1
	WX002 - Sedaatio tai kivunlievitys ilman anestesiaa	1	1
	WX110 - Infiltraatiopuudutus	1	1
	WX308 - Sakraalipuudutus	1	1
	WX704 - Intubaatio	1	1
	WX730 - Hengityskonehoito	1	1
	WX892 - Valvontatasoinen hoito	1	1
11 Anest sivutmp Summa		6	7
11 Anestesiologia	GBB96 - Muu henkitorviavannetoimenpide	1	1
	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	9	9
	TAB22 - Epiduraalinen veripaikka	2	2
	TGB20 - Trakeakanyylin vaihto	8	8
	TPH04 - Laskimon kanylointi	255	255
	TPH05 - Laskimon esiin otto ja kanylointi	1	1
	TPH07 - Valtimon kanylointi	2	2
	TPH15 - Keskuslaskimokatetrin asettaminen kaulalaskimon kautta	2	2
	TPH90 - Kiinteän suonikanyylin ja/tai infuusioportin poisto	3	3
	TPW99 - Muu verisuoniin tai imuteihin kohdistuva pientoimenpide	1	1
	WX110 - Infiltraatiopuudutus	1	1
	WX306 - Epiduraalipuudutus lannerangan tasolla	1	1
	WX404 - Suonensisäinen yleisanestesia	1	1
11 Anestesiologia Summa		286	287
40 Lastentaudit	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	5	5
	XW000 - Luuydinnäytteenotto	1	1
40 Lastentaudit Summa		6	6
40D LAS/ Neonatologia	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
40D LAS/ Neonatologia Summa		1	1
40H LAS/ Hematologia	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
	XW000 - Luuydinnäytteenotto	1	1
40H LAS/ Hematologia Summa		1	2
40L LAS/ Lastenkirurgia	DCA10 - Tärykalvopisto	1	1
	DCA20 - Ilmastoointiputken asettaminen, tympanostomia	3	3
	GAA10 - Keuhkopussin kanavointi kylkiluiden välistä	2	2
	GBB96 - Muu henkitorviavannetoimenpide	1	1
	GBW96 - Muu henkitorvileikkaus	1	1
	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
	TGB20 - Trakeakanyylin vaihto	4	4
	TKC20 - Virtsarakkokatetrin asettaminen	2	2
	UDC00 - Korvan mikroskopia	1	1
	UGC12 - Keuhkoputkien tähytys taipuisalla tähytimellä	1	1
	WX404 - Suonensisäinen yleisanestesia	1	1
40L LAS/ Lastenkirurgia Summa		16	18
40N LAS/ Lastenneurologia	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
40N LAS/ Lastenneurologia Summa		1	1
40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol	NCH10 - Kynärnivelen sijoiltaanmenon suljettu paikalleenasetus	1	1
	NGJ40 - Polvilumpion tai säären murtuman suljettu paikalleenasetus ja sidos	1	1
	TNG10 - Polven pisto	1	1
	WX892 - Valvontatasoinen hoito	1	1
40O LAS/ Lasten ortopedia ja traumatol Summa		4	4
40U LAS/ Lasten urologia	TKC10 - Virtsarakkopisto	1	1
	TKC20 - Virtsarakkokatetrin asettaminen	1	1
40U LAS/ Lasten urologia Summa		2	2
40Z LAS / Lasten neurokirurgia	AAF99 - Muu aivonestekierron säätelytoimenpide	1	1
	TAB00 - Lannepisto (lumbaalipunktio)	1	1
	WX892 - Valvontatasoinen hoito	1	1
40Z LAS / Lasten neurokirurgia Summa		3	3
Z Koodit PÄÄtmp	ZXF99 - Muu syy kesk.toimenp (P)	1	1
Z Koodit PÄÄtmp Summa		1	1
Z Lisäkoodi 1 sivutmp	ZX131 - Selkäydinkanavaan (P)	1	1
Z Lisäkoodi 1 sivutmp Summa		1	1
Kaikki yhteensä		522	575

Otteita päiväkirjasta 10.6.-3.11.2015

Heräämö 10.6.-3.11.2015

ke 10.6. Aamussa 1 hoitaja + kipuhoitaja apuna. 2. aamuv. ulkokeikalla (ei voi keskittyä kumpaankaan työtehtävään kunnolla). Hereillä tehtävän mri-potilaan kanyyliin laitto, tulee ilman hoitajaa. 2 kranioplastiaa salissa 4, ensimmäinen tulee jo klo 11.50, 10-18 vuorolainen hoitaa, aamuvuorolainen auttaa. Hengityskone hoidossa 2pot. Huonokuntoisia potilaita useita, levotonta. Toinen kranioplastia loppuu vasta klo 15.45 – jää päivystäjälle ad klo 22.20.

ti 16.6. Aamussa 1 hoitaja. Toinen ulkokeikoilla ad 10.00. Os 4:lla hakeminen kestää. Heräämössä vaativia potilaita, monella oltava omahoitaja (vuotavia, intuboituja, levottomia, spasmaavia).

ke 17.6. Potilaita jo ennen klo 10 2 kpl, pieni levoton lapsi. Päikistä ylimäär. tipanlaitto, kipuhoitaja apuna. Syd.as.pt. pieni, levoton. (sitoi 2 hoitajaa). Kranioltaan tulee perehtyvä hoitaja, tarvitsee seniorin tukea. Päivystyksiä suht. paljon (yksi Rota-virus pt.). Heräämössä paljon potilaita vielä juuri ennen klo 17. Craniopotilas voi huonosti -> pään Ct tehty, heräämössä eristyspotilas (rotavirus) -> vaatii oman hoitajan. Salipäivystäjä ja heräämöpäivystäjä CT:hen potilaan kanssa.

ti 30.6. Aamupäivä rauhallinen, "miehitys" ok. Klo 12.30 7 potilasta, silti rauhallista, nukkuvia potilaita.

ke 1.7. Heräämössä klo 17 jälkeen 2 haastavaa potilasta. 17-vuorolainen jäänyt ylitöihin. Toinen potilaista desaturoi voimakkaasti toistuvasti. Elvytyshälytyskin jouduttu tekemään. Salissa potilas. her.päivystäjä jäi huonon potilaan kanssa yksin klo 18.30. Potilas siirtyi lopulta osastolle klo 21.05. Tätä ennen her:ssä toinenkin potilas (hiljattain sydänleikattu). Aivan liikaa vastuuta yhdelle hoitajalle! Her. päivystäjä joutui saliin klo 21.20 (2 salia auki). Klo 23.30 ilmoitus, että heräämöhön tulee potilas sedatoitavaksi, laitetaan sakraali ja aloitetaan tehostettu kivunhoito. Salissa toinen potilas. Yhtään apua en saanut. Salipuolen anest.hoit. vapauduttua klo 23.45, her.hoit. takaisin heräämöhön. Potilas heräämöhön klo 24. Meni huonoksi. Jouduttiin intuboimaan, laitettu arteria ym. salin henkilökunta kiinni salissa. Potilas siirtyi teholle klo 02.20. Salista heräämöhön seuraava potilas klo 02.22.

ti 21.7. Heräämössä aamulla 1 hoitaja ad 9.00, yksi tipan laitto aamulla. Iltapäivässä 1 pot. heräämöhön intuboituna koneeseen. 10-18 vuorolainen sairaana. Päivystäjä oli resurssitoitu jäämään yksin heräämöhön klo 15.30 lähtien. Onneksi 1 instrumenttihoitaja oli ylimääräisenä ad 16.45 vuorossa, hän heräämöhön apuun. Lisäksi ... jäi taas ylitöihin. 2 salia jatkui klo 15.30 ja muu henkilökunta oli saleissa.

ke 5.8. 10-18 puuttuu. Aamulla 3T mri potilaalta Liqvor ja verinäytteet. Her päiv. LK7:lle PDA:n sulkuun klo 13.45-15.45. MRI+CT pot. 4kk pitkään intuboituna. Potilaalle laitettiin virtsakat. Pot. jäähtynyt joten lämmitettiin BairHuggerilla propo-nfuusiossa. Päikin viim. potilas heräämään heräämöhön. Esbl-eristys pot. heräämössä ad. 16.45. Molemmat C-vuorolaiset heräämössä viiteen asti.

ke 2.9. 9.50 4 potilasta + 1 viggon laitto (tarvitsi sedaation) yhtä aikaa heräämöhön. Yhdellä i-gel, tarvitsi käsiventilaatiota. Aamuvuorossa 2 eläkeläistä!!! © 10-18 vuorolainen lähti 12.30 Meilahden isotooppiin ulkokeikalle ja oli siellä 13.45 asti. Klo 18.30 heräämössä kaksi elektivistä neurokirurgista / kranio potilasta, toinen intuboituna. Lisäksi päivystyspotilaan neurokirurginentmp tehdään heräämössä (paikalla kir.etupäivystäjä, neurokir.päivystäjä, 2x instrumenttipuolen päivystäjä ja hälytystöihin jäänyt 10-18 –heräämövuorolainen sekä anestesiopäivystäjä). Huomautan että 1. elektiivinen kraniopotilas tuli heräämöhön vasta 13.53, jolloin ei voi olla vain yhtä kraniolistaista! Potilasturvallisuus...

to 3.9. Kipuhoitaja vastaava ? hoit. aamuvuorossa, 2 hoit. klo 9 ->. Kipuhoitajalla osasto-käynti 9-9.30. Potilaita tullut tasaiseen tahtiin. 1 tullut intuboituna koneeseen. klo 15: potilaita tulossa 3 + aavasta viimeinen potilas – "miehitys" ok. Klo 17.15 heräämö tyhjä.

lta: 1 neurokir.pt.salissa klo 18, 2 tulossa "haasteellinen" pt. K3.
ma 7.9. Päivä ollut rauhallinen.

ti 8.9. 1 anehoit. aamuvuorossa. Os lk10:n heräämösiivessä elvytys. Paljon potilaita, työläitä, jopa kaaottista. melutaso myös todella kova.

ma 28.9. Aamuvuoro: 1 an.h. + 1 i-hoit. + anest.perehtyvä. Vilkas aamu 3 tipanlaittoa & potilaita 5 kpl klo 10. + 3 lisää päivyst. tippaa. Huoltotöitä tehty tohinan lomassa. Levottomia itkuisia pieniä potilaita, liqvor 1.pt. samaan aikaan. 12.45, mri hoit. jää hoitamaan. 2. liqvor pot. 13.25 MRI hoit.jää hoitamaan. CV:n korjaus her:ssä 4 salin 2. potilaalle klo 14. LEVOTON, HYVIN KIIREINEN AAMUVUORO
iltavuoro: rauhallista.

ke 7.10. Levoton Lk8:n potilas odottanut hakijaa osastolta 1,5h !! Infottu listanvetäjä. Pot. vaatinut 1-2 hoitajaa kokoajan vierelle.Hälytetty her. lisähenkilökuntaa.

to 8.10. Aamuvuoro 3 hoitajaa. Klo 12 kova ruuhka potilaista, tullut 1 pt. PÄIKISTÄ sedaatiossa sydän UÄ-tutk. Saleja yritetty "jarrutella#. Klo 13 jo rauhallista.
Iltavuoro: kiirettä.

ma 2.11. – Aamussa 1 anest. ja 1 instr.hoitaja. Aamutyöt saatiin tehtyä rauhassa, ruuhka 9.30 -> (MRI:n likvor, salista autistinen, esbl ulkokeikka...). 10-18 –vuorolainen töihin klo 11.50, salista saatu avuksi anest. hoitaja vähäkis aikaa (n.30min).

3.11. AP rauhallista, muutama viggon laitto. Puolen päivän jälkeen monta itkevää, sekavaa lasta. yksi intuboituna. Sydän-aseman potilaan äiti vierelle rauhoittelemaan lasta. 10-18 –vuorolainen MRI:hin klo 11.20-12.00. 1 her.hoitaja myös kipuhoitajana. Klo 13: todella rauhaton tilanne heräämössä. kakis hyvin hoitoista lasta. Miehitys kuitenkin riittävä (sydän-aseman hoitaja + kipuhoitaja heräämössä) yksi lapsi intuboituna.

Otteita päiväkirjasta 7.3.-31.8.2016

Heräämö 7.3.-31.8.16

ma 7.3. Aamulla todella rauhallista. Viggoja x1. Hoitajia 1+1 perehdytettävä. Ei ongelmia. Klo 11 jälkeen monta työlästä potilasta, kuitenkin hyvä miehitys.

ti 8.3. Aamussa 2 hoitajaa ad. 10. Kanyylinlaittoja. Salissa nopeita toimenpiteitä. **i-puolen 10-18 vuoro. Erittäin tarpeelliset lisäkädet.** Ulkokeikkojen koordinointi ei toiminut. Tieto mm. salissa intuboinnista ei tullut heräämöö. Päivällä miehitys hyvä 15.30 asti (2+2), lisäksi **Ulkokeikkojen hoitajat apuna** hoitamassa "omia" potilaitaan. Moni potilaista intuboituna heräämöö, hoitajat ei olisi riittänyt ilman lisäapua (2 hoitajaa). omien potilaiden lisäksi päikin potilas intuboituna koneeseen heräämään.

ti 29.3. Miehitys 3 aamussa, joista 1 ortokouksessa klo 9-11. Toimenpiteet likvor+verinäytt. anestesiassa klo 8.05-9.33. Cv:n poisto, 1 tipanlaitto, intuboidut 1+1, igel 1+1 ULS pot. odottanut vuodeosastopaikkaa klo 11.30-12.33. **Hakijaa odotettu yli tunnin!!**

ke 30.3. miehitys 1+1, tp.t viggon laitto 1, intuboidut 1+1+1.

to 31.1. 2xaamussa, 1x 10-18. viggox1, intubointix1, intuboidut 1+1+1+1+1, i-gel 1+1. ULS3:n potilas joutuu odottamaan heräämössä, heillä ei iltahoitaja vielä tullut (n.40min odotettu) klo 19 jälkeen tieto, että heräämössä (klo 12.13-16.45) hoidettu potilas influenssa+.

pe 1.4. miehitys 1xaamussa, 1x10-18, ulko1:n. Viggox1, likvorx1, sydänuäx1, thx rtgx3, intuboidut 1+1. Odotettu lk3:lta hakijaa 1h. Autistinen, 70kg potilas, jonka kanylointiin tarvittu 4 miestä, tuli heräämään. 11 potilasta hoidettu klo 10-13 välillä.

ti 5.4. ei listanvetäjää. aamussa 1 + kipu. jäi koko päiväksi heräämöö + 1 perehtyvä. Jaakon tutkimuspotilas indukti-ossa!!! Pleuraadreenin laitto. respiraattorissa 1+1+1. Intuboitavaan 1 potilas. Intuboitavana heräämöö 1+1. 10-18 vuoro-lainen sydänasemalla apuna (hätäavaus). 1 heräämöhoitaja "tuuppassi" tavaraa sydänasemalle.

ti 12.4. Heräämössä ulkokeikkapotilas vaativassa vigon laitossa (2anest.lääk&hoitajaa) aamulla vain 1hoitaja, 10-18 puu-tuu kokonaan. **Opiskelijat työvoimana.** Intuboituna koneeseenx 3 pot, intuboituna käsiventiloiden 3 pot., i-gel 2pot.

ke 13.4. Ei heräämölistanvetäjää. Aamulla heräämöstä 1 hoitaja mri:n hoitajaksi. 8-10 perehdytyksessä oleva sh+kipu-hoitaja. **Kipuhoitaja heräämössä takurina.** Intubointejax2, viggon laittoja x3, salista huonokuntoinen bronkoskopia po-tilas.

to 14.4. (heräämölistanvetäjä poissa...), aamussa 2 hoitajaa, vigon laitot x1, intuboituna tulleet, servoon 1, spont.heng. 2, i-gel:1, tarkkis (huono pot., ei päässyt suoraan teholle) heräämössä klo 10-18 josta servossa noin 3h -> nasaaliin. Tarvitsee oman hoitajan koko ajan! **Usea vaativa pt samanaikaisesti, työläs päivä!** klo 17 jälkeen 6 (kuusi) potilasta heräämössä, 1 tehotarkkis ad 18, klo 18 jälkeen 4 potilasta, viim. pot heräämöstä 21.45. Potilas soitettu ULS3:lle klo 20.31 (os:lla raportti kesken) potilas haetaan klo 21.45. Potilas soitettu ULS3:lle klo 23.10. Uusi soitto 23.40. Potilas haettiin klo 23.50.

to 21.4. Miehitys aamussa 2 + 1 ulkokeikkalainen, viggot 1+1 (toista tehty tunti). Intuboidut 1+1. **Aamun ensimmäiset tunnit suht. rauhalliset.** Yksi hoitaja syömään päästämääsä. **11.30 KAAOS!!!** Sydänas. potilas levoton 4 hoitajaa painimassa, intuboitu koneessa. **Osastoilta haku kestää.** Lisäkäsiä tarvittaisiin -> ei ole!. Heräämööön ilmoitetaan tehtäväksi anestesiassa TEE-tutkimus ja CVK:n poisto, ei ole resursseja tehdä.

pe 22.4. (Heräämölistanvetäjä poissa). Aamussa 2 + 1 opiskelija. 10-18 vuorolainen. Biopityt x2 tehty heräämössä (ulkokeikkatiimi)

ma 25.4. Aamussa 2, 10-18, 13-21, viggon laitot 1, intuboituna salista 1, **aamupäivä varsin hiljainen, iltapäivällä ”so-pivasti” hommaa. Saleistakin päästetty muutama syömään.** Syömään ja tauoille päästy vuorotellen.

pe 20.5.

Aamussa 1 hoitaja, 10-18 puuttuu.

Heräämössä 2x bipoty, näille omahoitaja. Viggo x1

10.45 heräämössä tilanne rauhallinen, 1 hoitaja saliin passariksi (minilap.tomia), tulee int. pot kanssa heräämööön 11.15, 11.30 heräämössä 2 hoitajaa ja 5 potilasta.

Hälytetään lisää hoitajia. Listanvetäjä apuna, samoin salien a-hoitajat.

Samanaikaisesti levoton hml pot., sekava lap.tomia pot., autistisen lapsen extubaatio ja kahdesta salista juuri tulleet potilaat..

Tilanne taas kaaottinen!!!

ma 6.6.

Aamuvuorossa 2 -> toinen koulutuksessa klo 9-15 + toisella palaveri 8-9 & 14-15

Rauhallista

Intuboituna tulevat: 1. sydän-as 1 + Propo-Dex-sedaatio 2. 2sali selkä

EI OMAA HOITAJAA SUUNNITELTU -> päivystäjä ottaa

ti 7.6.

Aamuvuorossa 2 hoit. -> toinen kiinni CT-valmisteluissa apuna 1+1 tavall. tipanlaitto 2 potilaalle peräkkäin, (sydän-potilas)

10-18-vuoro +

Intuboituna tulleet I+I (ulko ja fundo)

Iltapäivä kiireinen, levoton

Heräämö 7.3.-31.8.16

ma 7.3. Aamulla todella rauhallista. Viggoja x1. Hoitajia 1+1 perehdytettävä. Ei ongelmia. Klo 11 jälkeen monta työlästä potilasta, kuitenkin hyvä miehitys.

ti 8.3. Aamussa 2 hoitajaa ad. 10. Kanyylinlaittoja. Salissa nopeita toimenpiteitä. **i-puolen 10-18 vuoro. Erittäin tarpeelliset lisäkädet.** Ulkokeikkojen koordinointi ei toiminut. Tieto mm. salissa intuboinnista ei tullut heräämöö. Päivällä miehitys hyvä 15.30 asti (2+2), lisäksi **Ulkokeikkojen hoitajat apuna** hoitamassa "omia" potilaitaan. Moni potilaista intuboituna heräämöö, hoitajat ei olisi riittänyt ilman lisäapua (2 hoitajaa). omien potilaiden lisäksi päikin potilas intuboituna koneeseen heräämään.

ti 29.3. Miehitys 3 aamussa, joista 1 ortokokouksessa klo 9-11. Toimenpiteet likvor+verinäytt. anestesiassa klo 8.05-9.33. Cv:n poisto, 1 tipanlaitto, intuboidut 1+1, igel 1+1 ULS pot. odottanut vuodeosastopaikkaa klo 11.30-12.33. **Hakijaa odotettu yli tunnin!!**

ke 30.3. miehitys 1+1, tp.t viggon laitto 1, intuboidut 1+1+1.

to 31.1. 2xaamussa, 1x 10-18. viggox1, intubointix1, intuboidut 1+1+1+1+1, i-gel 1+1. ULS3:n potilas joutuu odottamaan heräämössä, heillä ei iltahoitaja vielä tullut (n.40min odotettu) klo 19 jälkeen tieto, että heräämössä (klo 12.13-16.45) hoidettu potilas influenssa+.

pe 1.4. miehitys 1xaamussa, 1x10-18, ulko1:n. Viggox1, likvorx1, sydänuäx1, thx rtgx3, intuboidut 1+1. Odotettu lk3:lta hakijaa 1h. Autistinen, 70kg potilas, jonka kanylointiin tarvittu 4 miestä, tuli heräämään. 11 potilasta hoidettu klo 10-13 välillä.

ti 5.4. ei listanvetäjää. aamussa 1 + kipun. jäi koko päiväksi heräämöö + 1 perehtyv. Jaakon tutkimuspotilas indukti-ossa!!! Pleuraadreenin laitto. respiraattorissa 1+1+1. Intuboitavaan 1 potilas. Intuboitavana heräämöö 1+1. 10-18 vuoro-lainen sydänasemalla apuna (hätäavaus). 1 heräämöhoitaja "tuuppassi" tavaraa sydänasemalle.

ti 12.4. Heräämössä ulkokeikkapotilas vaativassa vigon laitossa (2anest.lääk&hoitajaa) aamulla vain 1hoitaja, 10-18 puu-tuu kokonaan. **Opiskelijat työvoimana.** Intuboituna koneeseenx 3 pot, intuboituna käsiventiloiden 3 pot., i-gel 2pot.

ke 13.4. Ei heräämölistanvetäjää. Aamulla heräämöstä 1 hoitaja mri:n hoitajaksi. 8-10 perehdytyksessä oleva sh+kipu-hoitaja. **Kipuhoitaja heräämössä takurina.** Intubointejax2, viggon laittoja x3, salista huonokuntoinen bronkoskopia po-tilas.

to 14.4. (heräämölistanvetäjä poissa...), aamussa 2 hoitajaa, vigon laito x1, intuboituna tulleet, servoon 1, spont.heng. 2, i-gel:1, tarkkis (huono pot., ei päässyt suoraan teholle) heräämössä klo 10-18 josta servossa noin 3h -> nasaaliin. Tarvitsee oman hoitajan koko ajan! **Usea vaativa pt samanaikaisesti, työläs päivä!** klo 17 jälkeen 6 (kuusi) potilasta heräämössä, 1 tehotarkkis ad 18, klo 18 jälkeen 4 potilasta, viim. pot heräämöstä 21.45. Potilas soitettu ULS3:lle klo 20.31 (os:lla raportti kesken) potilas haetaan klo 21.45. Potilas soitettu ULS3:lle klo 23.10. Uusi soitto 23.40. Potilas haettiin klo 23.50.

to 21.4. Miehitys aamussa 2 + 1 ulkokeikkalainen, viggot 1+1 (toista tehty tunti). Intuboidut 1+1. **Aamun ensimmäiset tunnit suht. rauhalliset.** Yksi hoitaja syömään päästämääsä. **11.30 KAAOS!!!** Sydänas. potilas levoton 4 hoitajaa painimassa, intuboitu koneessa. **Osastoilta haku kestää.** Lisäkäsiä tarvittaisiin -> ei ole!. Heräämöö ilmoitetaan tehtäväksi anestesiassa TEE-tutkimus ja CVK:n poisto, ei ole resursseja tehdä.

pe 22.4. (Heräämölistanvetäjä poissa). Aamussa 2 + 1 opiskelija. 10-18 vuorolainen. Bioptyt x2 tehty heräämössä (ulko-keikkatiimi)

ma 25.4. Aamussa 2, 10-18, 13-21, viggon laitot 1, intuboituna salista 1, **aamupäivä varsin hiljainen, iltapäivällä ”so-pivasti” hommaa. Saleistakin päästetty muutama syömään.** Syömään ja tauoille päästy vuorotellen.

pe 20.5.

Aamussa 1 hoitaja, 10-18 puuttuu.

Heräämössä 2x bipoty, näille omahoitaja. Viggo x1

10.45 heräämössä tilanne rauhallinen, 1 hoitaja saliin passariksi (minilap.tomia), tulee int. pot kanssa heräämööön 11.15, 11.30 heräämössä 2 hoitajaa ja 5 potilasta.

Hälytetään lisää hoitajia. Listanvetäjä apuna, samoin salien a-hoitajat.

Samanaikaisesti levoton hml pot., sekava lap.tomia pot., autistisen lapsen extubaatio ja kahdesta salista juuri tulleet potilaat..

Tilanne taas kaaottinen!!!

ma 6.6.

Aamuvuorossa 2 -> toinen koulutuksessa klo 9-15 + toisella palaveri 8-9 & 14-15

Rauhallista

Intuboituna tulevat: 1. sydän-as 1 + Propo-Dex-sedaatio 2. 2sali selkä

EI OMAA HOITAJAA SUUNNITELTU -> päivystäjä ottaa

ti 7.6.

Aamuvuorossa 2 hoit. -> toinen kiinni CT-valmisteluissa apuna 1+1 tavall. tipanlaitto 2 potilaalle peräkkäin, (sydän-potilas) 10-18-vuoro +

Intuboituna tulleet I+I (ulko ja fundo)

Iltapäivä kiireinen, levoton

ti 5.7.

Aamu: 2 hoitajaa + 10-18, hankinnoista 1 hoitaja tarv. lisääpuna.

intuboituja: II joista koneessa: I

viggon laittoja: I (suunnittelematon)

Aamulla trakeakanyylin vaihto jossa tarvittiin molemmat hoitajat, ei samanaikaisesti muita potilaita. Yksi neurologinen potilas, suunniteltu 3-4 h heräämöseuranta (oli 5h). Pientä ruuhkaa ~ klo 13, muuten tasaista.

pe 8.7.

Ei listanvetäjää. 2 hoitajaa aamussa + 10-18. 2 bioptyä omalla tiimillään klo 9-10.30 + 1 liqvor + IT-lääke sekä valmistelut yht. 3h. Heräämöhoitaja autellut.

1. biopty ESBL, oma her.hoit.

Sali 4 potilaalle tutkimuksia her:ssä (=sydämen UÄ & EKG)

Iltapäivällä 3 ison leikkauksen potilaita, vaativat enemmän hoitoa.

ti 9.8.

Aamussa ad 10.00 1+1 perehdytettävä.

HML:ssä tarvittu apua aamulla. ADU ei mennyt läpi ja koneita jouduttu viemään tilalle.

Aamulla yhtä aikaa 2 x kanyylinlaitto, ERCP intuboituna + CV:n laitto bedside heräämössä. I-hoitaja ja ulkokeikkalainen hoitavat.

10.30 lähestulkoon kaaos. Koneessa 2 potilasta ja samaan aikaan tulee ulkokeikka ja salista pot.