

# KIRURGISEN POTILAAN HOITOKETJUN KEHITTÄMINEN PEIJAKSEN SAIRAALASSA



Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Visamäki YAKJ17A3

15.3.2019

Katja Kiviranta

## SISÄLLYSLUETTELO

<b><u>1 JOHDANTO</u></b> .....	7
<b><u>2 TIETOPERUSTA</u></b> .....	9
<u>2.1 Kirurginen hoitotyö</u> .....	9
<u>2.2 Hyvää hoitoa ketjussa</u> .....	12
<u>2.3 Kirurgisen potilaan hoitoketju Peijaksen sairaalassa</u> .....	16
<u>2.4 HUSin hoitotyön laatumittarit</u> .....	20
<u>2.4.1. Kaatumis- ja putoamisvaaramittari</u> .....	21
<u>2.4.2 Painehaavamittari</u> .....	23
<u>2.4.3 Vajaaravitsemusmittari</u> .....	23
<u>2.4.4 Kipumittari</u> .....	25
<b><u>3 MAGNEETTISAIRAALA HANKE</u></b> .....	27
<u>3.1 Näyttöön perustuva hoitotyö</u> .....	30
<b><u>4 PDCA- MALLI JA PROJEKTIN JOHTAMINEN</u></b> .....	32
<u>4.1 PDCA käyttö terveydenhuollon projekteissa</u> .....	34
<b><u>5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE</u></b> .....	38
<b><u>6 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA SUUNNITTELU</u></b> .....	38
<b><u>7 HOITOTYÖN KEHITTÄMISEN KOHTEET</u></b> .....	41
<u>7.1 Hoitotyön laatumittarit</u> .....	42
<u>7.2 Jalkateräpotilaan kotihoito- ohjeet</u> .....	44
<u>7.3 ISBAR- raportointi</u> .....	45
<u>7.4 Vihreän linjan potilaiden toimintamalli</u> .....	46
<u>7.5 Aivovamma potilaan hoito-ohje ortopedisille potilaille</u> .....	48
<u>7.6 Urologisen potilaan hoitotyö</u> .....	49
<b><u>8 POHDINTA JA OMA AMMATILLINEN KASVU</u></b> .....	51

<b><u>LÄHTEET</u></b> .....	55
<b><u>LIITTEET</u></b> .....	60
<u>LIITE 1 Kysely koordinoiville hoitajille</u> .....	60
<u>LIITE 2 ISBAR- raportointikaavake</u> .....	61
<u>LIITE 3 Ohjeistus vihreän linjan potilaiden hoidosta</u> .....	62

Koulutus Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen ja kehittäminen, sairaanhoitaja YAMK

Kampus Visamäen kampus

---

<b>Tekijä</b>	Katja Kiviranta	Vuosi 2019
<b>Työn nimi</b>	Kirurgisen potilaan hoitoketjun kehittäminen Peijaksen sairaalassa	
<b>Työn ohjaaja</b>	Ulla Peltonen	

---

#### TIIVISTELMÄ

Hoitoketjujen kehittäminen on kirurgisen potilaan hoitotyössä tärkeä kokonaisuus. Hoitotyön kehittämiseen tarvitaan tieteellistä ja kokemuksellista näyttöä. Tästä syntyy näyttöön perustuva hoitotyö. Tämän toiminnallisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kirurgisen potilaan hoitoketjua HUSin Peijaksen sairaalassa.

Peijaksen sairaalassa tehdään valtavasti kehitystyötä eri hoitoyksiköissä. Hyvät hoitokäytännöt eivät silti leviä kaikkien käyttöön. Syksyllä 2017 päätettiin aloittaa kirurgisen potilaan hoitoketjujen kehittäminen kokonaisvaltaisesti. Peijaksen kirurgisilta osastoilta valittiin neljä koordinoivaa hoitajaa tätä työtä johtamaan. Tavoitteena tässä kehittämistyössä on kuvata koordinoivien hoitajien hoitoketjuihin tehdyt parannukset PDCA- mallin mukaisesti.

Tuloksena kehitettiin hoitotyön ohjeistuksia ja käytäntöjä yhdessä koko kirurgisen potilaan hoitoketjuun osallistuvien yksiköiden kanssa. Tapaamiset järjestettiin kerran kuukaudessa. Tulokset niistä olivat hyviä ja kirurgisen potilaan hoitotyötä kehittäviä.

**Avainsanat** Hoitoketju, Magneettisairaala, näyttöön perustuva hoitotyö, PDCA

**Sivut** 62 sivua, joista liitteitä 3 sivua

Development and management of the social health sector

Campus Visäkä

---

<b>Author</b>	Katja Kiviranta	<b>Year</b> 2019
<b>Subject</b>	Developing care surgical nursing care at Peijas Hospital	
<b>Supervisors</b>	Ulla Peltonen	

---

#### ABSTRACT

Developing care pathways is an important area in surgical nursing care. Both scientific and experience-based evidence are needed to develop nursing care and further to lay the basis for evidence-based nursing care. This practice-based thesis aims to develop the surgical patient care pathway at Peijas Hospital, part of the Helsinki University Hospital.

While a great deal of development work is carried out in different care units of Peijas Hospital, good nursing practices are not spreading to become standard practice by all of the staff. In autumn 2017, a decision was made to start developing the surgical patient care pathways in a comprehensive manner, and four coordinating nurses were appointed to manage the project. The aim of this practice-based thesis is to describe the improvements made to the care pathways of the coordinating nurses according to the PDCA cycle.

As a result, nursing guidelines and practices were developed together with all of the units involved in the surgical patient care pathway in monthly meetings with positive outcomes that contributed to improving the nursing care of surgical patients.

**Keywords** Developing, Magnet Hospital, evidence-based nursing care, PDCA

**Pages** 62 pages including appendices 3 pages

## 1 JOHDANTO

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on Suomen suurin erikoissairaanhoidon tuottaja. HUSin visiona (2017-2018) on olla kansainvälisesti korkeatasoinen, uutta tietoa luova sairaalaorganisaatio, jossa potilaiden hoito ja tutkimus on laadukasta, oikea-aikaista, asiakaslähtöistä ja turvallista. HUSin tavoitteena on, että palvelutuotanto on kilpailukykyistä ja sen sairaalat ja yksiköt tarjoavat haluttuja työpaikkoja.

HUSin perustehtävä on tuottaa parasta mahdollista hoitoa. Perustehtävän tukeminen tutkimuksella ja innovaatioilla tuottavat uutta tietoa ja osaamista näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Nämä edistävät parhaiden käytäntöjen tuomista käytäntöön ja hoitoa potilaan parhaaksi. (HUS n.d 2017)

Kirurgisen potilaan hoidon huolellinen suunnittelu ja hoidon koordinointi ovat lähtökohtana hyvin onnistuneelle hoitoketjulle. Hoidon huolellinen suunnittelu ja koordinointi parantavat hoidon laatua ja nopeampaa hoitoon pääsyä sekä lisäävät kustannustehokkuutta. Hoitoketjujen onnistumiselle on moniammatillinen yhteistyö ketjun eri toimijoiden välillä erityisen tärkeää.

Terveystieteissa (1326/2010 §4) eritellään, että terveydenhuollon toiminta yksiköissä on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee toiminnallaan laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä.

Tavallisesti laadunparantaminen yksiköissä alkaa kun, terveydenhuollon ammattilainen toteaa jonkin hoitoketjun prosessin toimimattomaksi tai hankalaksi. Valtakunnallisten hoitosuosituksen myötä voidaan todeta jokin aikaisemmin toimiva työkäytäntö huonoksi. Laadunparantamisen lähtötilanne saattaa olla, että uudet hoitosuositukset halutaan osaksi sairaalan toimintaa.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on asettanut yhdeksi kärkihankkeista Magneettisairaala statuksen saamisen tulevina vuosina. Magneettisairaalat ovat sairaaloita, joissa potilaat ja henkilökunta voi hyvin. Magneettisairaalat siis vetävät potilaita puoleensa kuin magneetti. Yhtenä magneettisairaalan lähtökohtana on laadukas ammatillinen toiminta, jossa potilas on keskiössä. Magneettisairaala- laatu järjestelmä olisi Suomessa

ennen kaikkea kehittämisen työkalu. Sillä taataan potilaalle laadukas hoitoketju, joka on tavoitteemme mukaisen huippu hoidon tavoite. (HUS 2015.)

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) Peijaksen sairaalassa kehittämistarve syntyi tarpeesta tarkastella kirurgisen potilaan hoitoa kokonaisvaltaisena prosessina ja parantaa näin potilaiden saamaa hoidon laatua kokonaisuutena eri yksiköiden välisenä ketjuna. Yksiköiden välistä toimintaa tukemaan valittiin koordinoivat hoitajat, jotka kokoavat yhteen hoitoketjun toimijoita, jotka kehittävät toimintaa yhteneväiseksi.

Laamanen & Tennilä (2009, 39.) toteavat, jos toimintaprosessi toteutuu uudella ja parempia tuloksia tuottavalla tavalla, niin voidaan suorituskykyä parantaa. Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön teoreettisena pohjana oli jatkuvat parantamisen Deming PDCA- malli, jonka avulla käsitellään kehitettäviä asioita ja niiden eteenpäin vientiä.

Tässä opinnäytetyössä teoriapohjana on hoitoketjut ja hoidon laadun parantaminen näyttöön perustuvan hoitotyönmallin mukaisesti. Teoriassa paneudutaan hoitoketjuihin, magneettisairaalamalliin ja hoitotyön laadun mittaamiseen.

Tämä opinnäytetyö on kehittämistyö, jossa käytetään tutkimuksellista otetta. Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kirurgisen potilaan hoitoketjua Peijaksen sairaalassa. Tavoitteena tässä kehittämistyössä on kuvata koordinoivien hoitajien hoitoketjuihin tehdyt parannukset PDCA- mallin mukaisesti. Opinnäytetyön tuloksina esitellään Peijaksen sairaalassa tehtyjä parannuksia hoitotyön käytäntöihin, jotka on otettu yhdessä käytäntöön.

## 2 TIETOPERUSTA

Ensimmäisessä kappaleessa kerron hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta potilaan hoidon laatuun ja sujuvuuteen. Potilaan hoitoketjun toimivuus on hoitokokemuksen ja sujuvuuden kannalta potilaan tärkein tapahtuma. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä kehitetään hoitoketjuja hoitotyön tutkimuksien ja näyttöön perustuen. Useat hoitoketjujen perustana ovat erilaiset hoitosuositukset ja niihin pohjautuva tieto. Sujuvilla hoitoketjuilla tavoitellaan tehokkuutta, tyytyväisiä potilaita ja hyvää hoitoa. Hoitoketjujen sujuvuutta on myös säädetty laissa, joka asettaa raameja hoidon sujuvuudelle. Lisäksi potilaita hoitavat yksiköt haluavat parantaa hoitoa hoitoketjuissa, jotta ne olisivat mahdollisimman houkuttelevia. Hoitoketjujen parantamisesta kerrotaan hoitotyön laatumittareissa, jotka luovat pohjaa laaduntarkkailuun.

Magneettisairaala- malli on tuonut HUSille uuden suunnan hoitotyöhön ja näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Näitä käsittelen kappaleissa kolme. Lopuksi esittelen hoitotyön kehittämismittarina käytetyn PDCA- mallin, jonka avulla myös tämän työn kehittämiskohteet on esitetty.

### 2.1 Kirurginen hoitotyö

Hoitaminen on ihmisen terveyden edistämistä ja kärsimyksen lievittämiseen tehtävää inhimillistä toimintaa. Hoitotyö perustuu hoitajien yhteiseen arvoperustaan sekä syvälliseen toisen ihmisen kunnioittamiseen ja ymmärtämiseen. Hoitotyötä antaa terveysalan ammattilaiset, jotka perustuvat tutkittuun tietoon, ammattilaisten kokemuksiin ja koettuihin käytänteisiin. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen ja Åstedt-Kurki 2012, 31-32.)

Hyvällä hoitotyöllä pyritään vaikuttamaan potilaiden, asiakkaiden ja heidän perheiden ja läheisten hyvinvointiin ja terveyteen. Hyvässä hoidossa on tavoitteena lisätä ja edistää terveyttä. Tavoitteena on saada ihmiset voimaan paremmin eli tuottaa terveyteen positiivisia muutoksia. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2012, 98.)

Potilaan kokema hyvä hoito koostuu mutkattomista ja helpoista tavoista päästä hoidon piiriin. Tähän tarvitaan hoitoketjuja, joissa potilaan on

helppoa ja turvallinen liikkua. Terveysthuollon käytännöt ja hoidot kehittyvät niin, että ei voida olettaa potilaan tietävän niistä. Hoitaja on tässä tärkeä linkki, jotta potilas kokee olonsa hoitoketjuissa turvalliseksi ja yksilölliseksi.

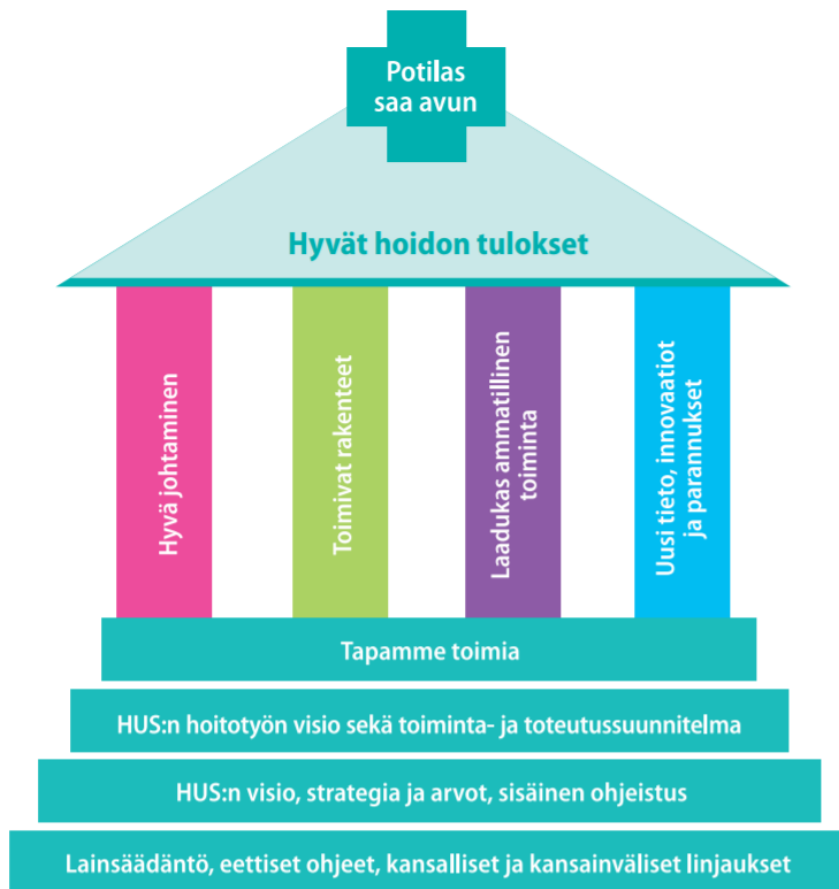
Suomessa hoitoketjujen prosessit tulevat Käypähoito suosituksista, jotka ovat riippumattomia ja kansainvälisiin tutkimuksiin ja niiden näyttöön perustuvia hoitosuosituksia. Niissä Suomalainen Lääkäriseura Duodecim yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa laativat suosituksia ammattihenkilöstön ja potilaiden päätöksenteon tueksi ohjeistuksia. (käypähoito n.d.) Hoitoketjun tavoitteena tulee olla mahdollisimman laadukas, sujuva ja tehokas hoito. Hoitoketjujen tuottamaa hyötyä tulisi mitata säännöllisesti, jotta toimintaa voidaan tehostaa ja saada näin säästöjä ja parempaa hoitoa potilaille. (Nuutinen 2000, 1826.)

Potilaan saama hoito tulee perustua tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon, jotta se olisi vaikuttavaa. Hoitoa annettaessa on pystyttävä perustelemaan, miksi juuri tätä hoitoa annetaan. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä voidaan esimerkiksi käyttää JBI- suosituksia (Best Practice Information Sheets), joissa on tutkimusnäyttöä eri aihealueista. Niihin on koottu yhden tai useamman tutkimuksen tulokset ja niiden laatua on arvioitu kriittisesti. (hotus n.d.)

Hyvän hoidon kriteerit perustuvat sosiaali- ja terveysalan lainsäädäntöön ja asetuksiin. Pohjana toimii laki potilaan asemasta ja oikeuksista eli niin sanottu potilaslaki. Se säädettiin Suomessa ensimmäisenä Euroopassa. Lain keskeinen periaate on potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja siihen liittyen oikeus tiedon saantiin ja tietosuojaan. Potilaslaki perustuu näkemyksiin ihmisoikeuksista ja ihmisarvosta. Nämä toimivat hoitotyön normeina. Niistä määräytyy, millaista on hyvä ja oikea hoitotyö, ja ne kuvaavat käsitystä inhimillisyydestä ja oikeudenmukaisuudesta. (Vuori-Kemilä, A. Lindroos, S. Nevala, S. & Virtanen, J. 2008, 65.)

HUSin ammatillinen toimintamalli (KUVIO 1) hoitotyössä perustuu lainsäädännölle, joka säätelee terveydenhuoltoa, kansallisille ja kansainvälisille linjauksilla, sekä terveydenhuollon ammattiryhmäkohtaisille eettisille ohjeille. HUSin toimivan hoitoketjun perustana on hoitotyön arvot, joita ovat potilaslähtöisyys, ihmisten yhdenvertaisuus, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus, avoimuus ja keskinäinen arvostus. Hoitotyön ammatillinen toimintamalli HUSissa sisältää magneettisairaalamallin mukaiset osatekijät, joita ovat muutosjohtajuus, toimivat rakenteet, laadukas ammatillinen toiminta sekä uusi tieto, parannukset ja innovaatiot. HUSin

hoito on aina näyttöön perustuvaa ja tutkittua. Perustan ollessa kunnossa, saa potilas HUSissa parhaan mahdollisen avun. (HUS 2015, 5.)



Kuvio 1. HUSin hoitotyön ammatillinen toimintamalli (HUS n.d.).

2015 vuonna kirjoitetussa hoitotyön artikkelissa näyttöön perustavassa hoitotyön toiminnassa käytäntöön ottamisessa on haasteita, vaikka asia tunnustetaan jo laajasti. Artikkelissa todetaan, että uusien hoitomenetelmien ja tutkimusnäyttöjen tulisi olla mahdollisimman helposti käytettävissä olevassa muodossa. Tällä hetkellä käytännössä olevat tiedot voivat olla hyvinkin moninaiset esimerkiksi yksikön vakiintuneet rutiinit tai työntekijän henkilökohtaiset kokemukset, arvot ja vanhentunut tieto. Näiden vuoksi potilaan saama hoito voi vaihdella eri työntekijöiden ja yksiköiden välillä suuresti. Tämä voi johtaa laadun vaihteluun, epäyhtenäisiin toimintatapoihin tai jopa hoitovirheeseen. (Korhonen, Holopainen, Kejonen, Meretoja, Eriksson & Korhonen 2015.)

Joulukuussa 2010 säädetyssä terveydenhuoltolaissa on tarkoituksena ylläpitää ja edistää terveyden ja sairauden hoitoa, kaventaa terveyseroja eri väestöryhmien välillä sekä toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lisäksi

tarkoituksena on vahvistaa terveydenhuollon asiakaskeskeisyyttä, parantamalla yhteistyötä eri terveydenhuollon palveluja tuottavien välillä. (Terveydenhuoltolaki 1326 / 2010 §2.)

Terveyskylä on Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama Virtuaalisairaala 2.0– kärkihanke. Terveyskylä on useiden potilaiden kanssa yhdessä kehitetty erikoisairaanhoidon verkkopalvelu, jota ylläpitää sairaanhoidon huippuasiantuntijat. Terveyskylä on tiukasti yhteydessä yliopistoissa tehtäviin terveysalan tutkimuksiin. Terveyskylässä on useita erikoisaloja, jotka on jaettu erilaisiin taloihin kuten Infektiotalo, Leikkauksen tulijantalo tai Nivelotalo. Peijaksen sairaalassa on käytössä Terveyskylän Nivelatalon Tekonivelpolku, joka on suunnattu ensisijaisesti HYKS:ssä leikattaville tekonivelpotilaille. Palvelu on uusi ja se on aluksi suunnattu lonkan tekonivelleikkauksen tuleville. Tekonivelpolku on sähköinen asiointikanava hoitoprosessin eri vaiheisiin. Sieltä potilaat ja omaiset saavat ohjeita ja tukea valmistautessaan tekonivelleikkaukseen ja leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen. Potilaat saavat palvelun käyttöönsä, kun lähete ensikäynnille on hyväksytty. Digitaalisen palvelun tavoitteena on, että potilaat osallistuvat aktiivisesti omaan hoitoonsa ja ovat palvelua apuna käyttäen valmiimpia leikkaukseen. Palvelussa on tekonivelleikkauksen tulevan mahdollisuus tehdä harjoitteita tupakoinnin lopettamiseen, painonhallintaan ja kuntoukseen liittyvissä asioissa. Leikkauksen jälkeen palvelu tarjoaa kuntoutumiseen ja toipumiseen ohjeita ja tukevat potilaan kotona pärjäämistä. (terveyskylä n.d.)

## 2.2 Hyvää hoitoa ketjussa

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010 § 52) on määritelty, että erikoisairaanhoidon on arvioitava potilaan hoitoon pääsyn kiireellisyys kolme viikkoa siitä, kun lähete on sinne saapunut. Jos hoitoon pääsyn arviointi vaatii erikoislääkärin kannanottoa, lisätutkimuksia kuten röntgeniä tai verikokeita on tämän tapahduttava kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta. Hoidontarpeen arvioimisen jälkeen, jos potilaan vointi vaatii erityistä hoitoa, on hoitoon päästävä kohtuullisessa ajassa viimeistään kuuden kuukauden päästä siitä, kun vaiva on todettu. Tätä kutsutaan hoitotakuuksi. Jos hoito ei tapahdu hoitotakuun aikana hoitopaikasta johtuvista syistä on sairaanhoitopiirin maksattava siitä sakkoa. Sairaalat raportoivat muun muassa verkkosivuillaan, kuinka hoitotakuussa on kulloinkin pysytty.

Stakes (2002) määrittelee hoitoketjun olevan saman asiakkaan terveydenhuollon ongelmakokonaisuus, joka ylittää eri organisaatioiden rajat, on suunnitelmallinen ja yksilöllinen kokonaisuus. Hoitoketjusta puhutaan

terveydenhuollossa silloin, kun siihen liittyy vain terveydenhuollon palveluiden käyttöä perus- ja erikoissairaanhoidossa. Palveluketjuun taas sisältyy myös sosiaalialanpalveluita. Usein potilaat tarvitsevat molempia ja niiden yhdistäminen vaatii saumatonta yhteistyötä.

Silvennoinen-Nuora (2010, 91-92) määrittelee hoitoketjun tiettyyn ongelmakokonaisuuteen liittyvä sosiaali- ja terveyshuollon organisaation rajat ylittävää suunnitelmallista ja yksilöllistä hoitokokonaisuuden prosessia. Hoitoketjusta puhutaan vain silloin kun prosessissa on mukana vain terveydenhuollon hoitotoimia.

Kirurgisen potilaan hoitoketju on yksittäisistä sairauksista tehty sopimus, kuinka sitä tutkitaan, hoidetaan ja seurataan. Kirurgisen potilaan hoitopöytäkirjassa kuvataan prosessia, joka alkaa potilaan avun tarpeesta. Hoitoketjun tarkoitus on porrastaa potilaan saamaa hoitoa hoitoketjun eri vaiheissa. Potilaan hoitoketjun perustavat aina tieteelliseen näyttöön, Käypä- hoitosuosituksiin tai tutkimusnäyttöön. (Nuutinen 2017, 1283.)

Potilaan hoidossa riittävän tiedon siirtyminen yksiköstä toiseen on potilaan hoitoketjun kannalta välttämätöntä. Potilastiedot kirjataan aina huolellisesti, mutta raportointi on potilasturvallisuuden kannalta kriittisimpiä kohtia. HUSissa käyttöön on otettu ISBAR- menetelmä, joka on sovellettu 1990-luvulla USA:n merivoimilla käytössä olleesta SBAR- menetelmästä, jossa yhtenäistetään tiedonkulkua. Sieltä se on levinnyt terveydenhuoltoon. ISBAR kirjaimet tulevat sanoista identify (tunnista), situation (tilanne), background (tausta), assesment (nykytilanne) ja recommendation (toimintaehdotus). (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2014.)

Aluksi ISBAR- raportointimallissa raportoi esittelee itsensä ja potilaan, josta raportin antaa. Potilaan tunnistaminen on tärkeää, jotta varmistutaan siitä, kenestä raporttia annetaan. Kerrotaan yhteydenoton syy ja ongelma. Lisäksi arvioidaan tilanteen kiireellisyys. Potilaasta kerrotaan taustatiedot, perussairaudet, mahdolliset allergiat, hoitajakson aikana tehdyt toimenpiteet, tutkimukset ja hoitolinjaukset. Raportoidaan nykytilanne ja voinnin kehittyminen hoitajakson aikana sekä viimeisimmät vitaalielintoinnot. Lopuksi raportoidaan toimintaehdotus, siirtoaikataulu ja todetaan yhteisymmärrys tilanteesta. Raportin vastaanottaja toistaa ja kirjaa saamansa ohjeet, määräykset ja muutokset potilaan voinnissa. Raportin antaja antaa mahdollisuuden kysymyksille, jotta varmistutaan, että tilanne ei jää epäselväksi. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2014.)

Marja Lehto (2017.) teki Taitava kirurginen hoitaja- koulutuksen kehittämistyönä lopputyön potilasohjauksen kehittämistä urologisessa hoitotyössä. Työn tarkoituksena oli tuoda esiin näkökulmia, jotka kuuluvat laadukkaaseen potilasohjaukseen koko hoitoketjun aikana. Kehittämistyön avulla tuotiin esille potilasohjauksen keskeiset elementit ja tietoa siitä, mitä asioita tulisi kehittää, jotta ohjaus olisi potilaslähtöistä, taloudellista ja tehokasta. Kehittämistyössä tarkasteltiin koko urologisen potilaan hoitoketjua ja siinä saatavaa ohjausta. Kehitystuloksena tehtiin urologisen potilaan hoidosta potilasohjausprosessi kuvaus ja yhtenäistettiin potilaan saamia ohjeistuksia yhteneväisiksi koko hoitoketjussa. Tämä kehitti näyttöön perustuen urologisen potilaan saamaa hoitoketjua HUSissa ja yhtenäisti käytäntöjä eri yksiköiden välillä.

Tarja Heino (2005,99) tutki väitöskirjassaan päiväkirurgisen potilaan ohjausta pre- ja postoperatiivisesti. Tutkimuksessa oli tavoitteena kuvata, kuinka hoitoketjussa päiväkirurgisen potilaan ohjaus sujui ja kuinka potilas toipui kotona polvitähystyksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui 173 potilasta ja 161 perheenjäsentä. Tutkimuksessa todettiin, että päiväkirurginen potilas sai ohjausta keskimäärin viikkoa ennen leikkaukseen tuloa. Alle 65-vuotiaat ja ensimmäistä kertaa leikkauksessa olevat saivat tutkimuksen mukaan vähäisempää ohjausta kuin muut. Leikkauksen jälkeen potilaan ja henkilökunnan väliset keskustelut olivat hyviä ohjaustilanteita. Tutkimuksesta kävi selvästi esille, että ohjaus ennen ja jälkeen leikkauksen vaikutti merkittävästi toipumiseen leikkauksesta. Tutkimuksen myötä kotihoito-ohjeita selkiytettiin, jotta niitä oli helpompi kotona tulkita ja toteuttaa. (Heino, 107.)

Ortopedisten potilaiden kotiuttamisessa tehdyn tutkimuksen vuonna 2010 mukaan omaiset arvioivat tekonivelpotilaiden kotiuttamisessa annettava ohjeistusta kriittisemmin kuin potilaat ja kotiuttavat hoitajat. Läheiset kokivat, että joutuvat ottamaan uudenlaista vastuuta leikatusta omaisestaan ja olisivat toivoneet tähän lisäohjausta. Potilaan ohjauksen lähtökohtana tulisi olla jokaisen yksilölliset tarpeet ja että ohjattavat asiat kohdennettaisiin oikein potilaan elämäntilanteeseen. Tutkimuksessa todettiin, että vaatii herkkyyttä tunnistaa potilaiden voimavarat ja elämäntilanne, jotta niitä voidaan edistää kotiutustilanteessa. On siis syytä pohtia, kuinka ohjausta tulisi kehittää, jotta omaisten kokemaa riittämätöntä ohjausta saataisiin kehitettyä leikkauksen jälkeisestä arjesta. (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2015.)

Tutkimus tekonivelpotilaan kotiuttamisessa todettiin, että potilaat toivoivat enemmän tietoa leikkauksen taloudellisista vaikutuksista kuten

lääkekustannuksista ja sairausloman aiheuttamista sairaspäivärahoista ja niiden hakemisesta. Tämä oli jäänyt tutkimuksen mukaan kaikkein vähimmälle huomiolle potilaan hoitoa ja kotiutusta suunniteltaessa. Tähän osuuteen on aiheellista panostaa, koska ortopedisten potilaiden kuntoutusjaksot ovat usein pitkäaikaisia ja taloutta kuormittavia. (Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2015.)

Potilaille annettavat kotihoito-ohjeet ovat hyvä esimerkki näytön siirtämisestä käytäntöön. Potilaille suunnattujen kotihoito-ohjeiden vaatimuksiin kuuluu antaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Taustalla on potilaan tiedonsaantioikeuteen liittyvä oikeus, jolloin hänellä on mahdollisuus osallistua oman hoidon toteutukseen ja päätöksentekoon. (Korhonen ym 2018, 103.) Tässä kehitysprojektissa uudistettiin ja yhtenäistettiin useita kotihoito-ohjeita. Tämä edistää potilaiden saaman hoidon laadun tasaisuutta.

Hyvän hoitoketjun luomisessa on otettava huomioon potilaan yksilölliset tarpeet ja hoidon kokonaisuus. Hyväksi havaittu käytäntö hoitotyössä perustuu mahdollisimman monipuolisesti tietoon vaikuttavuudesta. Kun arvioidaan hoitotyön hyviä käytäntöjä, on tarkoituksena tuottaa tietoa potilaan hyvästä ja koko hoitoprosessin kulusta. Hoitoprosesseissa tarkastellaan sitä, millaisen hoitotyön toiminnan kautta tulokset ja vaikutukset ovat syntyneet. Hoitoketjun käytäntöjä voidaan muuttaa arviointitiedon pohjalta, kun prosessi on vielä käynnissä. Hoitoprosesseja tarkasteltaessa on mukana useita hoitotyön asiantuntijoita. (Sarajärvi, Mattila, Rekola 2011, 57-58.)

Hoitotyön asiantuntijalla on kokemukseen perustavaa tietoa, jonka hän on kerännyt käytännöntyössä. Hoitotyöntekijä oppii kokemuksensa kautta niin sanottua hiljaista tietoa, jolloin hän tietää kuinka tilanteessa on toimitettava. Kokemukseen perustuvan asiantuntijatiedon käyttö edellyttää verkostoitumista ja yhteistoimintaa useiden ammattiryhmien, työyhteisön ja asiakkaan kanssa. Tietojen vaihto on työyhteisön kollegiaalista toimintaa, jossa noudatetaan yhteisiä toimintakäytäntöjä ja reflektoidaan omaa toimintaa kriittisesti. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 53-54.)

HUSissa hoitoketjujen tehtävänä on edistää hoidon tehokkuutta ja sujuvuutta silloin, kun potilas tarvitsee tietyn oireen tai sairauden hoidossa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluja. HUSissa jokainen tulosalue laatii omat alueelliset hoitoketjunsä yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Lisäksi hoitoketjuja kehitetään tulosityksiköiden sisällä, jotta hoito olisi toimivampaa. (hus.n.d)

Tutkimuksessa hoitoketjujen vaikuttavuudesta on todettu, että suurin haaste hoitoketjun toteutumiselle on resurssipula henkilökunnassa. Tutkimuksessa hoitoketjujen vaikuttavuudesta todetaan myös, että suurin haaste erikoissairaanhoidon hoitoketjuun pääsemiselle oli vaikeus saada lähete perusterveydenhuollosta. (Silvennoinen- Nuora 2010, 300.) Useat potilaat ovat tämän myös käytännössä todenneet. Potilaat kertovat usein hankaluudesta tulla kuulluksi vaivoistaan perusterveydenhuollossa ja että tutkimuksiin pääseminen on hankalaa. Kun lähete saapuu erikoissairaanhoidon, potilaat kokevat hoitoketjun jatkuvan tästä mutkattomasti.

Tutkimuksessa hoitoketjujen vaikuttavuudesta tutkittiin reuma-, sydän- että tekonivelpotilaan hoitoketjuja tekemällä teemahaastatteluja. Tutkimuksessa todettiin, että tekonivelpotilaiden kriittisiin menestystekijöihin vaikutti kehitysmuuttainen henkilökunta. Prosessiin liittyviä kriittisiä menestystekijöitä oli lähetekäytäntö, preoperatiiviset toimet, leikkausten onnistuminen, leikkausten peruuntuminen, oikea-aikaisuus sekä jatkohoito, kuntoutus ja fysioterapia tämän jälkeen. (Silvennoinen- Nuora 2010, 306.)

Hoitoketjun tärkein huomio on siis vastuun ottaminen potilaan hoidon järjestämisestä. Tähän sisältyy lupaus yhteistyösopimuksen pitämisestä ja tiedonkulun varmistamisesta. Hoitoketjun työ on yleensä moniammatillista. Jokaiselle potilaan hoitoon osallistuvalla on määritelty oma tehtävä. Hoitoketjun tarkoitus on turvata hoidon saatavuus ja laatu. Hoitokokemus on potilaalle aina ainutkertainen kokemus ja tämä tulee huomioida jokaisen potilaan yksilöllisessä hoidossa. (Ketola, Mäntyranta, Mäkinen, Voipio-Pulkki, Kaila, Tulonen-Tapio, Nuutinen, Aalto, Kortekangas, Brander & Komulainen 2006, 2-3.)

### 2.3 Kirurgisen potilaan hoitoketju Peijaksen sairaalassa

Peijaksen sairaala kuuluu Helsingin yliopistollisiin keskussairaaloihin (HYKS), joka on osa HUSin eli Helsingin- ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriä. Peijaksen sairaala sijaitsee Vantaan Rekolassa. Peijaksen sairaalassa leikataan Tukielin- ja plastiikkakirurgian (TuPla) erikoisaloista tekonivelkirurgiaa, lantio-alaraaja-jalkaterä kirurgiaa, alaraaja-, luutumorikirurgiaa ja ortopedisiä päivystyspotilaita. Ortopedisten potilaiden lisäksi Peijaksen sairaalassa leikataan myös urologisia potilaita, jotka kuuluvat TuPlaan poliklinikan osalta, mutta muutoin Vatsakeskuksen hallinnon piiriin. (Palo- maa 2017.)

Kirurgisten potilaiden lisäksi Peijaksen sairaalassa hoidetaan psykiatrisia ja sisätautisia potilaita. Näiden lisäksi Peijaksen sairaalassa on useita erikoisalojen poliklinikoita sekä tutkimusta ja hoitoa tukevia toimintoja. (hus.fi.)

TuPlassa hoidetaan myös käsikirurgisia potilaita, yläraaja- ja luutumorikirurgisia potilaita, lantio-alaraaja-jalkaterä kirurgisia potilaita, selkäkirurgiaa ja näiden erikoisalojen päivystyspotilaita. TuPlan yksiköitä sijaitsee Töölön, Jorvin, Herttoniemen ja Peijaksen sairaaloissa. (Palomaa 2017.)

Eräs poliklinikka Peijaksen sairaalassa toimii lähete- ja ajanvaraus poliklinikkana, jossa tehdään tutkimuksia, asetetaan leikkausjonoon ja tehdään tarkastuksia leikkauksen jälkeen ortopedisille ja urologisille potilaille. Ortopediset potilaat käyvät välikontrolleissa ja esimerkiksi kipsin vaihdossa tai haavakontrollissa kirurgian poliklinikalla. Näiden toimintojen lisäksi poliklinikalla toimii polikliininen toimenpideyksikkö, jossa tehdään kirurgisia pientoimenpiteitä, sekä endoskopiayksikkö, jossa tehdään keuhkoputkien, virtsarakon-, vatsalaukun- ja paksusuolen tähyystyksiä. (hus n.d.)

Peijaksen sairaalassa kirurgiset potilaat tulevat potilaiksi joko elektiivisesti tai päivystyspotilaina. Elektiiviset potilaat tulevat lähetteellä perusterveydenhuollosta, työterveyshuollosta tai toiselta erikoisalalta eräälle poliklinikalle, johon potilaat kutsutaan erikoislääkärin tai erikoistuvan lääkärin vastaanotolle ensikäynnille. HUSin hoidon piiriin kuuluvat myös erityisvastuualueilta tulevat erikoissairaanhoidon potilaat, joita hoidetaan HUSissa työnjaon perusteella. Ensikäynnillä arvioidaan potilaan hoidon tarve. Jos potilas päätetään leikata, saa hän ensikäynnillä arvioidun leikkausajan tai hoidonvaraaja lähetetään sen hänelle kotiin myöhemmin. Hoidonvaraaja järjestee Peijaksen sairaalassa potilaat kiireellisyysjärjestyksessä tai jonoon asettamisjärjestyksessä leikkauksiin ja järjestää tarvittavan välineistön leikkaussaliin yhdessä leikkausalihenkilökunnan kanssa.

Potilaiden perussairauksien ja voinnin mukaan tehdään arvio lisätutkimuksista. Lääkäri tekee lähetteet tarvittaviin lisätutkimuksiin. Hoitohenkilökunnalla on myös käytössä muistilistoja eri sairauksia sairastavien lisätutkimuksista esimerkiksi verikokeista. Sairaanhoitaja voi myös potilasta haastateltaessa määrätä tutkimuksia haastattelun pohjalta ja tehdä niin sanottu paperikonsultaatio pyynnön anestesia-lääkärille, joka arvioi tutkimusten ja haastattelutietojen perusteella haluaako anestesia-lääkäri tavata potilasta tutkiakseen häntä paremmin anestesian ensikäynnillä.

Osa valikoiduista potilaista tai potilasryhmistä käy ensikäynnillä ennen leikkausta. Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi tekonivelpotilaat ja nilkan

luudutukseen tai perussairauden vuoksi esikäynnille tulevat potilaat. Siellä heitä haastattelee ja antaa ohjeita tulevaa leikkausta varten sairaanhoitaja, anestesia- ja leikkauslääkäri ja fysioterapeutti. Samalla käydään läpi tulevaan leikkaukseen valmistautuminen. Esikäynnin on tarpeellinen potilailla, joiden leikkauksiin liittyy normaalia suurempi riski komplikaatioihin tai halutaan varmistua heidän leikkauksekelpoisuudestaan. Näin leikkauksia peruuntuisi varsinaisena leikkauspäivänä mahdollisimman vähän.

Potilas saapuu sairaalaan leikkauspäivänä suoraan kotoa erääseen anestesia- ja leikkausosasto yksikköön, joka on päiväkirurgian yksikkö tai erään poliklinikan leikkausta valmistelemaan yksikköön, josta heidät haetaan leikkausosastolle. Siellä heidät vastaanottaa hoitaja, joka ohjaa potilasta leikkaukseen valmistautumisessa. Jos potilaalla on käytössä runsaasti apuvälineitä, voidaan hänet kutsua jo ennen leikkausta vuodeosastolle, johon hän palaa leikkauksen jälkeen.

Potilas esilääkitään, kytketään valvontamonitoreihin ja anestesia- ja leikkauslääkäri puuduttaa tai nukuttaa potilaan ennen toimenpidettä. Kun leikkaus on suoritettu, siirtyy potilas heräämöhön, jossa hoitajat seuraavat hänen vointiaan. Jos potilas kotiutuu suoraan päiväkirurgian yksiköstä, saa hän kotihoito-ohjeet, reseptit ja jatkokontrolliajat suoraan hoitajalta. Tarvittaessa hän tapaa myös fysioterapeutin ennen kotitumista.

Jos potilaan vointi vaatii lisäseurantaa, siirtyy hän toipumaan kirurgian vuodeosastolle Z, Y tai X erikoisalansa mukaisesti. Siellä häntä hoidetaan ja lääkitään lääkärin ohjeiden ja potilaan oireiden mukaisesti. Vuodeosastolla potilasta hoitaa moniammatillinen hoitotiimi. Potilas saa tarpeen mukaan ohjeita ja harjoituskertoja fysioterapeutilta liikkumiseen ja apuvälineiden käyttöön. Potilaan sairauden tai vamman mukaan häntä voi ohjata esimerkiksi uroterapeutti, kipuhoitaja, toimintaterapeutti, kipsaaja, ravitsemusterapeutti tai avannehoitaja. Sosiaaliin tai taloudellisiin ongelmiin potilas voi saada apua sairaalan sosiaalityöntekijältä.

Kun vointi sallii, potilaan kotiuttaa vuodeosaston lähi- tai sairaanhoitaja-hoitaja. Kotiutuessaan potilaille annetaan kotihoito-ohjeet haavan hoidosta, kipulääkityksestä ja muista kotona toipumisen kannalta tärkeistä asioista. Tarvittaessa fysioterapeutti ohjaa potilasta liikkumisessa tai vuoteesta ylösnoousussa. Potilas saa myös puhelinnumeron hoitajalle, josta voi kysyä toipumiseen liittyviä ja epäselviä kysymyksiä. Leikkauksen jälkeen ompeleet poistetaan yleensä perusterveydenhuollossa, josta potilas saa

tarvittaessa apua myös haavahoitoon ja perussairauksien lääkitysten tarkistamiseen.

Leikkauksen jälkeen potilaat saavat usein kontrolliajan eräälle poliklinikalle, jossa varmistetaan potilaan leikkauksen onnistuminen. Potilas käy ennen kontrollia tarpeen mukaan röntgenkuvissa tai laboratorio tutkimuksissa. Eräällä poliklinikalla potilaalle voidaan tehdä myös pieniä toimenpiteitä kuten kipsin poistoa tai haavan paranemisen seurantaa. Eräällä poliklinikalla tehdään myös virtsakatetrin vieroituksia, jos potilas on kotiutunut katetrin kanssa aikaisemmin sairaalasta.

Päivystyspotilaat tulevat hoitoketjuun äkillisen sairauden, onnettomuuden tai tapaturman jälkeen. He tulevat erääseen päivystykseen omalla kyydillä tai ambulanssin tuomana. Potilaat tutkitaan sairaanhoitajan ja lääkärin toimesta tulotilanteessa ja he pääsevät hoitoon tai lisätutkimuksiin kiireellisyiden perusteella. Potilaille tehdään päivystyksessä tutkimusten jälkeen arvio siitä voivatko he kotiutua vai siirtyvätkö vuodeosastoille tai valvontaosastoille saamaan lisähoitoa. Jos potilas siirtyy kotiin odottamaan leikkaukseen tuloa, on hänelle tehtävä leikkausta edeltävät tutkimukset ensin ja annettava leikkaukseen tulo-ohjeet.

Peijaksen sairaalassa potilaiden leikkauskiireellisyys on jaoteltu väreittäin. Punaisella värillä määritellään potilaat, joiden leikkaushoito pyritään tekemään 0- 8 tuntia leikkauspäätöksestä, oranssilla värillä 8-24 tuntia ja keltaisella 24- 48 tuntia leikkauspäätöksestä. Vihreän linjan potilaiden tavoite leikkaukseen pääsemisestä on noin seitsemän vuorokauden kuluessa leikkaukspäätöksestä. Nämä potilaat odottavat leikkaukseen kutsua pääsääntöisesti kotona, jos potilaan vointi ja kivut sen sallivat. Potilaat on kutsuttu leikkaukseen osastolta käsin, kunnes leikkauspäivä on ollut sovittuna. Leikkausajankohdan määrittelee vuodeosaston päivystävä lääkäri. Ortopediset vihreän linjan potilaat tulevat leikkaukseen suoraan kotoa ja yleensä ensimmäisenä vuodeosastolle. Urologiset potilaat hoidetaan leikkauksia valmistelevassa yksikössä, josta heidät haetaan leikkausosastolle. Ennen leikkausta varmistetaan heidän leikkauskelpoisuudestaan. Vuodeosastolla tai esivalmistelu yksikössä tehdään leikkauspäivän esivalmistelevat toimenpiteet, jotka riippuvat leikkauksesta.

Peijaksen leikkaustoiminta jakautuu leikkaus- ja anestesiaosasto A:n ja B:hon. Leikkaus- ja anestesia osasto A toimii päiväkirurgisena ja lyhytjälkihoitoisena osastona. Tällä hetkellä päiväkirurgian yksikössä on käytössä kahdeksan leikkaussalia, joista kaksi on varustettu uudella

kokonaisuohjausjärjestelmällä. Leikkausosasto A:llä leikataan urologisista toimenpiteistä TURP, TUIP ja laser TURP, sekä muita rakkoon kohdistuvia toimenpiteitä. Näiden lisäksi leikkausosasto A:llä tehdään roborttiavusteisia leikkauksia. Ortopedian potilaista päiväkirurgian yksikössä leikataan jalkateräleikkaukset, nilkan luudutukset ja tekonivelet, alaraajojen toimenpiteitä ja muita ortopediset pientoimenpiteet ja eri nivelten tähystykset.

Leikkaus -ja anestesia osasta B:ssä leikataan tekonivelkirurgiaa, vaativaa urologiaa ja päivystysleikkauksia. Päivystysleikkaukset tehdään virka-ajan päättymisen jälkeen klo 15.00-22.00 ja viikonloppuisin ja juhlapyhinä klo 10.00- 22.00 välisellä ajalla. Yöaikana leikkausta tarvitsevat potilaat leikataan Meilahden sairaalassa ja Töölön sairaalassa. Peijaksen sairaalan päivystyspotilaat tulevat leikkaukseen kiireellisyys järjestyksessä Peijaksen sairaalan kirurgisilta vuodeosastoilta.

Peijaksen sairaalassa on kolme kirurgista osastoa. Yksi osastoista on erikoistunut urologisten potilaiden hoitoon. Kaksi kirurgisista osastoista on erikoistunut ortopediaan. Ortopedian tärkeimmät osa-alueet ovat tekonivelkirurgia, jalkaterä- ja alaraajakirurgia sekä ortopediset päivystysleikkaukset. Lisäksi ortopedian osastolla hoidetaan ortopedisiä komplikaatioita ja kipupotilaita.

#### 2.4 HUSin hoitotyön laatumittarit

Seuraavassa kappaleessa kerrotaan kirurgisen potilaan hoitoketjun laadun seuraamiseen käyttöönotettuja laatumittareita. Niiden avulla ennaltaehkäistään potilaan komplikaatioita sairaalahoidon aikana ja havainnoidaan voinnissa tapahtuvia muutoksia.

Potilaalla on lainmukainen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) oikeus saada laadultaan hyvää terveyden ja sairauden hoitoa. Hoitotyön tavoitteena on hyvä laatu, joka vaikuttaa potilaan elämänlaatuun merkittävästi. Laadun mittaaminen on ollut aina haastavaa, koska ei annettava hoitotyö ei ole mittavissa oleva tuote. Laadun kehittäminen on kuitenkin määritelty terveydenhuollon toimintayksiköiden velvoitteeksi. Laadulla kilpaileminen korostuu koko ajan. Kilpailu potilaista on tulevaisuudessa entistä kovempaa. Terveydenhuollon palvelun laatuun ja

lopputulokseen vaikuttavat niin potilas käyttäjänä kuin henkilökunta palveluntuottajina, käytetyt menetelmät, tilat ja laitteet. HUSin laatua mittaavat mittarit liittyvät Magneettisairaala- malliin ja luovat pohjaa vertailulle eri sairaaloiden välillä. HUS on päättänyt, että mittaamista tehdään kivusta, kaatumavaarasta, vajaanavitsemuksesta ja painehaavoista. Kerron seuraavassa kappaleessa, HUSin käyttöön ottamisista hoidon laatua mittaavista mittareista.

Hyvän hoidon tueksi voidaan määrittää laatukriteereitä. Laatukriteeri määritellään nykysuomen sanakirjassa ominaisuudeksi, jonka perusteella voidaan erottaa muista ja todistaa toimivansa oikein. Jotta laatua voidaan arvioida, tarvitaan arviointiperusteet, josta voidaan tehdä johtopäätöksiä, ollaanko pystytty vastaamaan toivottuun tasoon. Laatukriteerit toimivat hyvänä tavoitteena, kun pyritään hyvään hoitoon ja palveluun. Tähän laatumittarit ovat konkreettinen työväline mittausasteikkoineen. (Outinen, Lempinen, Holma, Haverinen 1999, 84-85.)

Terveydenhuoltolaki edellyttää, että Suomessa terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Suomen terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, asianmukaisesti toteutettua ja turvallista. Laatutavoitteiden saavuttamiseksi on laadunhallinnassa huomioitu toiminnan johtaminen, suunnittelu, arviointi ja toiminnan parantaminen. Laadunhallinnasta ovat toteuttamisesta vastuussa kaikki hoitoon osallistuvat organisaation jäsenet, vaikka laadunhallista vastaakin sairaalan johto. Sairaanhoidon jatkuva laadun parantaminen ja varmistus vaatii, että sen tuottamia terveyshyötyjä seurataan ja niistä annetaan tietoa käyttäjille. (Salonen 2017.)

#### 2.4.1. Kaatumis- ja putoamisvaaramittari

HUS Yhtymähallinnon hoitotyön johto on (1/2018) on tarkentanut HUS strategista tavoitetta Kaatumisen ja putoamisen ehkäisyn toimintaperiaateissa HUS- sairaaloissa. HUSin käytännön tavoite kaatumisten ja putoamisille HUS- sairaalassa on "nolla" kaatumista HUS- hoidon aikana. Tämä tavoite on asetettu potilaiden eduksi ja tähän sitoutuu koko henkilökunta. Potilaan kaatumisella tarkoitetaan potilaan tahatonta kaatumista tai putoamista hoidonaikana. Henkilökunnalla tarkoitetaan potilaan kliiniseen hoitoon osallistuvia työntekijöitä. Kaatumisten ja putoamisten ehkäisyyn on toimintaperiaateisiin liittyviä ohjeita ja JYL:n ohjeita mm. kaatumisen ja putoamisen ehkäisyn malli, potilaaseen kohdistuva suoja- tai

rajoitustoimenpiteet somaattisessa hoidossa, potilasturvallisuutta parantavien toimintatapojen noudattaminen, IKINÄ- opas ja henkilökunnalle suunnattu Kaatumisen ehkäisy verkkokurssi.

Kaatumisen toimintaohjeita noudatetaan kaikissa hoitotyön yksiköissä. Niihin on THL:n mukaan määritelty turvallisen ympäristön kriteerit. HUS-hoidon aikana kaikki potilaat ja omaiset sitoutetaan kaatumisen ehkäisyyn. Heille annetaan tarvittaessa ohjausta sekä sairaalassa, että kotiin. (HUS hoitotyön johdon kokousmuistio 1/2018).

Potilaan tultua hoitoon kaatumisvaara arvioidaan vuorokauden kuluksa hoitoon tulosta ja tilanne arvioidaan uudelleen tilanteen muuttuessa, mutta kuitenkin uudelleen vähintään viikon kuluttua. Tilanne arvioidaan lisäksi uudelleen, jos potilaan terveydentila muuttuu, jos potilashuonetta vaihdetaan tai potilas siirtyy toiselle osastolle ja aina jos tapahtuu kaatuminen, putoaminen tai läheltä piti tilanne. Kun ollaan arvioitu potilaan olevan kaatumavaarassa, hänelle valitaan yksilölliset kaatumista ennaltaehkäisevät toimenpiteet ja toimitaan niiden mukaan. Kaikki kaatumisen ja putoamisen ennaltaehkäisevät toimenpiteet kirjataan potilaskertomukseen. (HUS hoitotyön johdon kokousmuistio 1/2018.)

Kaikki potilaiden kaatumiset ja putoamiset dokumentoidaan ensisijaisesti potilaskertomukseen ja tehdään HaiPro- ilmoitus sekä kirjataan haittavaikutusdiagnoosi, jos potilaalle aiheutuu vahinkoa kaatumisen seurauksena. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunta hallitsee toimintaperiaatteet ja osallistuvat säännöllisesti järjestettäviin koulutuksiin. Henkilökunta kirjaa potilastietojärjestelmään potilaan kaatumisvaaran arvioinnin tuloksen, ennaltaehkäisevät toimenpiteet sekä mahdolliset kaatumiset/putoamiset ja tämä raportoidaan eteenpäin, kun potilas siirtyy jatkohoitopaikkaan. (HUS hoitotyön johdon kokousmuistio 1/2018.)

Tuloksiin pääsyä seurataan yksiköissä tapahtuneet potilaiden kaatumiset per 1000 hoitopäivää. Lisäksi seurataan kaatumisvaaran arvioinnin kattavuutta vuodeosastoilla. Henkilökunnan tiedotukseen käytetään päivittäisen johtamisen taulua, johon merkitään aika, joka on kulunut viimeisimmästä potilaalle tapahtuneesta kaatumisesta/ putoamisesta. (HUS hoitotyön johdon kokousmuistio 1/2018.)

#### 2.4.2 Painehaavamittari

Painehaavojen ehkäisystä on luotu laatumittari, johon HUSin hoitotyön johto (2018) on asettanut tavoitteen, ettei HUS- hoidon aikana synny painehaavoja potilaille. Strategisena painopisteenä on ennaltaehkäistä potilaiden painehaavojen syntyä. Hoitajaksoilla tavoitteena on tunnistaa riskipotilaat ja toteuttaa potilaskohtaiset painehaavan ehkäisytoimenpiteet sekä hoitaa aiemmin syntyneet painehaavat.

Potilaan painehaavaksi on määritelty paikallista ihon tai sen alla olevan kudoksen vauriota, jonka aiheuttajana on paine tai paine ja venytys yhdessä. Painehaavariskin arvioinnilla on tarkoituksena tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat erityistoimenpiteitä painehaavojen synnyn ehkäisemiseksi. (HUS hoitotyön johdon kokousmuistio 1/2018.)

HUSin toimintaohjeeseen kuuluu, että kaikissa hoitoyksiköissä seurataan sovitusti painehaavojen ilmaantuvuutta ja ennaltaehkäistään niiden syntyä. Eniten käytössä olevat ennaltaehkäisykeinot ovat oikean patjan valinta, herkkien iho kohtien suojaaminen paineelta tai hankaukselta ja asentohoito. Potilaan painehaavariski arvioidaan 2-4 tunnin kuluessa hoitoon tulosta tai viimeistään 8 tunnin kuluessa. Ihon kunto on tarkastettava aina hoidon alkaessa ja päättyessä. Riskipotilaat tarkistetaan vähintään kerran vuorossa. Painehaavat ja riskit, ihon kunto ja ennakoivat toimenpiteet kirjataan potilaskertomukseen. (HUS hoitotyön johdon kokousmuistio 1/2018.)

Painehaavojen ehkäisyä seurataan HUS-hoidon aikana ilmaantuneista painehaavoista per hoidetut potilaat. HUS seuraa painehaavariskien arvioinnin kattavuutta vuodeosastoilla, joista kertovat painehaavojen prevalenssiluvut. Painehaavojen ehkäisystä on painehaavatyöryhmä tuottanut ennaltaehkäisyyn toimintamallin HUSin henkilökunnan käyttöön. (HUS hoitotyön johdon kokousmuistio 1/2018.)

#### 2.4.3 Vajaaravitsemusmittari

Potilaiden tullessa sairaalahoitoon on erityinen riski vajaaravitsemuksesta. Nyt kerron teille HUSissa käytössä olevasta vajaaravitsemuksen tunnistamisesta ja siihen tarkoitettun mittarin käytöstä. Vajaaravitsemuksen

mittaamisen tarkoituksena on tunnistaa ne potilaat, jotka ovat vajaaravitsemusriskissä. Peijaksen sairaalan kirurgista potilaista erityisesti vaarassa vajaaravitsemukseen ovat syöpäpotilaat ja potilaat, joille on vammansa puolesta tehty iso leikkaus.

Vajaaravitsemuksen tunnistaminen ja hyvä ravitsemushoito ovat osa potilasturvallisuutta ja hyviä hoitokäytäntöjä. Sairauteen liittyvä vajaaravitsemus on yleinen ongelma, joka jää usein huomaamatta. Vajaaravitsemus määritellään tilana, jossa ravintoaineiden saanti ei vastaa ihmisen fysiologista tarvetta ja siitä aiheutuu haitallisia mittavia muutoksia sekä kehon toiminnassa että sen koostumuksessa. (Orell-Kotikangas, Antikainen & Pihlajamäki 2014.)

Vajaaravitsemuksen riskeistä toteutettiin vuonna 2014 kartoitus, joka osoitti, että riskipotilaita oli vuodeosaston potilaista 29%. Näillä potilailla sairaalassaoloaika oli neljä vuorokautta pidempi, hoidon kokonaiskustannukset kaksinkertaiset ja sairaalakuolleisuus nelinkertainen ei-riskipotilaisiin verrattuna. Näiden lisäksi riskipotilaille oli tilaston mukaan enemmän painehaavoja kuin muilla. Kartoituksessa saadut tulokset olivat vastaavia kuin kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu. Vajaaravitsemusriskiä tunnistamaan on HUSissa otettu käyttöön NRS- 2002 menetelmä. Potilaalta seulotaan alkukyselyssä alkupaino, laihtuminen, perussairaudet ja ikä. Näillä kysymyksillä seulotaan vajaaravitsemuksen riskit. Henkilökunnan osaamisen varmistamiseksi mittarin käyttöön on HUSissa otettu käyttöön verkkokurssi, joka tukee henkilökunnan osaamista tunnistaa riskipotilas oikein, lisäksi HUSissa järjestetään ravitsemushoidon seminaari vuosittain. (HUS 2015-2016, 33.)

Vajaaravitsemuksen ehkäisystä on laadittu henkilökunnalle yhtenäiset ohjeet. Tavoitteena on, että henkilökunta tunnistaa riskipotilaat varhaisessa vaiheessa ja osaavat kohdentaa tehostetun ravitsemushoidon riskipotilaisiin. Alkukartoituksessa pyritään löytämään mahdollisia riskitekijöitä, jolloin potilas on vaarassa tulla vajaaravitukseksi. Näitä ovat esimerkiksi altistavat perussairaudet kuten syöpä ja äkillinen laihtuminen. Tutkimukset ovat osoittaneet, että tehostetun ravitsemushoidon kohdentaminen riskipotilaisiin on kustannustehokasta ja keskeinen osa potilaan hyvää lääketieteellistä hoitoa. Vajaaravitsemusriskissä olevien potilaiden ravinnon saantia lisätään esimerkiksi tilaamalla energiarikasta ruokaa tai antamalla lisäravinteita. (HUS 2015-2016, 33.)

#### 2.4.4 Kipumittari

Kivun mittaaminen on ollut hoitotyön laatumittareista pisimpään käytössä ja sen käytännössä on jo huomattu, että monet potilaat osaavat ilmaista kipua jo luonnostaan numerolla. Tässä kappaleessa kerron kivun mittaamisesta ja sen tuottaman tiedon hyödyntämisessä potilaan hoitotyössä.

Kipu on oire monien sairauksien, vammojen tai leikkausten yhteydessä. Kipu tavanomaisesti voimakkuudeltaan lievää, korkeintaan kohtalaista ja yleensä ohimenevää. Oikean kivunhoidon suunnittelemiseksi, on tärkeä tietää, millaista kipu on. Haluamme tietää millaista mekanismiltaan, sijainniltaan, kestoltaan ja voimakkuudeltaan. Kivun hoitoon on olemassa erilaisia lääkkeitä ja lääkkeitömiä hoitoja. Hoitoja suunniteltaessa on otettava huomioon potilaan muut sairaudet ja potilaan omat toiveet. Kivunhoitoon harvoin on yhtä oikeaa tapaa. (terveyskylä n.d.)

Kipua arvioidaan jokaisen potilaan omasta kokemuksesta. Kivun määrää ei voida arvioida pelkästään potilaan diagnoosin tai toimenpiteen laadusta. Kivun arviointi on tärkeää, koska se heikentää yksilön toimintakykyä ja tuottaa kärsimystä. Kipua tulee myös hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla. Kipua mitattaessa jää myös tietoon potilaan kivun laatu ja se auttaa suunnittelemaan kivun hoitoa yksilöllisesti. (Leikoski 2018.)

Leikkauksen jälkeistä kipua arvioidaan erilaisille kipumittareilla, joista yleisimmin käytössä ovat NRS (numeric rating scale), jossa kipua arvioidaan numeroilla. Pahin mahdollinen kipu on 10 ja ei kipua 0. VAS (visual analogue scale), jossa on kipujana. Sen vasen pääty kuvaa kivuttomuutta ja oikea pahinta mahdollista kipua. VRS (verbal rating scale) on sanoin tuotettu asteikko, ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, kova kipu, sietämätön kipu. Tarkoituksena on käyttää samaa kipumittaria samalla henkilöllä, jotta voidaan hoitajakson aikana verrata kivun kehittymistä. Kipua mitataan aina ennen kipulääkkeen ottaja ja sen ottamisen jälkeen. Näin voidaan seurata erilaisten kivunlievitys tapojen vaikutusta. (terveyskylä n.d.)

Kipua voidaan lievittää lääkärin määräämillä kipulääkkeillä, kylmäpakkauksella, asentohoidolla, kohoasennolla tai sidoksien kireyttä helpottamalla. Lääkkeellisen kivun hoidossa aina pohjana on peruskipulääkitys kuten Parasetamoli tai Ibuprofeini valmiste. Tämän lisäksi käytössä on pitkävaikutteisia opiaatteja. Äkilliseen kipuun voidaan käyttää eri asteisia opiaatteja. Ensijaisesti lääkkeet otetaan aina suun kautta ja ne ovat lääkärin

määräämiä. Jos halutaan nopeampaa kivun lievitystä, voidaan lääkkeitä antaa myös lihakseen pistoksena tai suonensisäisesti. Näissä vaikutus alkaa nopeasti, mutta vaikutusaika on myös lyhyempi. Lisäksi Peijaksen sairaalassa on käytössä erilaisia puudutteita kuten femoraalispuudute tai popliteapuudute, joissa molemmissa puudutetaan hermon kautta kipeää aluetta. Näistä on saatu hyviä tuloksi. Potilaat eivät joudu puudutteen ansiosta käyttämään vahvoja opiaatteja ja näin välttyään niin haittavaikutuksilta kuten pahoinvoinnilta ja sekavuudelta. Anestesia lääkäri vastaa 24 tuntia leikkauksen jälkeen potilaan akuutista kivunhoidosta. Tarvittaessa voidaan pyytää apua myös kipuhoidajalta.

### 3 MAGNEETTISAIRAALA HANKE

Tässä kappaleessa kerron yhdestä HUSin tällä hetkellä ajankohtaisesta kärkihankkeesta, Magneettisairaala. Kappaleessa kuvataan Magneettisairaala mallin syntyä ja kerrotaan sen positiivisesta vaikutuksesta potilaan saamaan hoidon kehitykseen ja henkilökunnan hyvinvointiin. Magneettisairaalassa saatu hoito perustuu näyttöön perustuvaan hoitoon, joka edistää potilaan saamaa hoitoa ajantasaisuudellaan.

Magneettisairaala- käsite syntyi 1983 Yhdysvalloissa sairaaloissa, jotka olivat vetovoimaisempia hoitohenkilökunnalle kuin toiset sairaalat. Silloin Yhdysvalloissa oli pula sairaanhoitajista, mutta toiset sairaalat onnistuivat houkuttelemaan henkilökuntaa töihin ja he pysyivät työsuhteessa. Näitä 41 sairaalaa tutkittiin ja niistä löydettiin yhdistäviä voimatekijöitä. American Nurses Credentialing Center (ANCC) muodosti tämän aineiston pohjalta hoitotyön laatujärjestelmän, joka sisältää 14 vetovoimatekijää. Myöhemmin vuonna 2014 vetovoimatekijöitä tiivistettiin viiteen tekijään Potilaslähtöisyys, Kehittyvä teknologia, näyttöön perustuva hoitotyö ja innovointi. Tällä hetkellä Magneettisairaaloita on Yhdysvalloissa 462 eli noin 8% sairaaloista. Yhdysvaltojen ulkopuolella Magneettisairaaloita on kahdeksan, joista Euroopan ainoa Magneettisairaala on Belgiassa, joka sai tunnustuksen vuonna 2017. Suomessa HYKS:n Uusi Lasten ja Nuortensairaala sekä Syöpäkeskus ovat ensimmäisinä matkalla kohti Magneettisairaala, jonka tavoite on tapahtua lähivuosina. (Torppa 2018.)

HUS haluaa olla kansainvälisesti varteenotettava terveystalouden tuottaja. HUS on käynnistänyt tavoitteen Magneettisairaala hankkeesta, joka on ANCC:n myöntämä status, jota HUS tavoittelee ensimmäisten joukossa Euroopassa. Yhtenä osana Magneettisairaala statusta on saavuttaa tietty hoitotyön taso ja pysyä tässä tasossa. Tätä varten HUS on valinnut hoitotyötä mittaamaan sensitiivisiä laatumittareita, joita ovat kaatumavaara-, kipu-, vajaaravitsemus ja painehaavamittari. Mittareiden tuloksista on raportoitu HUSin valtuustolle jo vuodesta 2014 alkaen. (Terveyttä tieteestä 2015.)

HUSin hoitotyön toimintasuunnitelmaan pohjautuu HUSin strategiaan, jonka avaintavoite ja painopisteenä on varmistaa hoitotyönkeinoin potilaalle parasta mahdollista hoitoa. Toimintasuunnitelma laaditaan vuosittain ja se ohjaa hoitotyön toimintaa, tutkimusta, opetusta ja näihin liittyvää johtamista organisaation kaikilla tasoilla. Vetovoimatekijöinä vuonna 2016 olivat toimivat rakenteet, hyvä johtaminen, laadukas ammatillinen toiminta, uusi tieto, innovaatiot ja parannukset sekä hyvä tulokset. (Aittakorpi, T. yms. 2016, 8-9.)

Hoitotyön toimintasuunnitelman toimivat rakenteet koostuvat eriasteisten hoitotyön tekijöiden asiantuntijuudesta ja osaamisen kehittämisestä, ja ylläpitämisestä. HUSissa on aloitettu oma uramallia tukeva Taitava hoitaja- koulutus, jossa panostetaan henkilöstön ammatilliseen kehittymiseen ja osaamiseen. Toimivien rakenteiden tavoite onkin edistää jatkuvaa ammatillista kehittymistä, jossa sitoudutaan ammatilliseen kasvuun. Aittakorpi, T. yms 2016, 13.)

Potilaan hoidon tulokset ovat Magneettisairaalamallissa (kuvio 2) kaiken keskiössä. Hyviin tuloksiin hoidossa pyritään hyvän johtamisen, hyvin rakenteiden avulla tapahtuvalla hyvällä hoidolla. Hoidon laatua arvioidaan ja kehittämistä tuetaan osaamisella ja uudistuvalla näyttöön perustuvalla tiedolla. Aittakorpi, T. yms 2016, 5.)



Kuvio 2 ANCC:n Magneettisairaalanmallin viitekehys (HUS n.d.).

Magneettisairaalamallissa ideologia ja periaatteet korostuvat. Näistä tärkeimpiä ovat muun muassa vetovoimaisuus, hoitotyön itsenäisyys, muutosjohtajuus, kollegiaalisuus sekä hoitajien keskinäisen yhteistyön lisäksi eri ammattikuntien välinen yhteistyö. Ammattikuntien hyvä yhteistyö lisää kollegiaalisuutta ja parantaa potilaiden hoitoa ja vaikuttaa sen tuloksiin. (Kotila, K. Salonen, A. Kallakorpi, S. Ritmala- Castren 2015, 90.)

Magneettisairaalamallin tuloksista erityisen tärkeitä ovat hoidon laatu, hoitohenkilökunnan työtyytyväisyys ja potilasturvallisuus. Mitatuista tuloksista tehdään keskiarvo tai mediaani ja sen on oltava parempi kuin vertailuaineistoissa. Tällä hetkellä HYKS käyttää vertailukohteena The National Database of Nursing Quality Indicators- tietokantaa (NDNQI), jossa on mukana yli 2000 sairaalaa Yhdysvalloista. Suomalaista tietokantaa ei vielä

löydy. Mittareiden tuottama tieto on arvokasta, kun tulevaisuudessa arvioidaan eri hoitopaikkojen kilpailukykyä ja hoidon laatua. (Torppa 2018.)

Magneettisairaalahankkeen koordinaattori Marita Ritmala- Carlsten ja HUSin hallintoylihoitaja Kaarina Torppa luettelevat Sairaanhoidaja- lehdessä (2015) tutkimuksia, joilla on osoitettu Magneettisairaalan saavutuksista. Tutkimuksia Magneettisairaalaan paremmista hoitotuloksista on tehty kymmeniä vuosina 1990- 2011. Niissä ollaan todettu potilaskuolleisuuden, painehaavojen, kaatumisen vähentyneen Magneetti- statuksen omaavissa sairaaloissa. Tutkimuksissa on myös todettu potilasturvallisuuden ja hoidon laadun ja työturvallisuuden lisääntyneen Magneettisairaaloissa. Sairaanhoidajien pysyvyys on mainittujen tutkimusten mukaan vähentynyt, sairaanhoidajien täyttämättömät vakanssit ja henkilöstön vaihtuvuus ja loppuun palaminen on saatu vähenemään. Lisäksi henkilökunnan tukielin- ja pehmytkudosvammat ovat vähentyneet Magneettisairaala- statuksen myötä. (Schildt 2015.)

HUSin hoitotyön vuosikertomuksessa (2016, 25) kerrotaan, että HUSin asiantuntijat ovat laatineet Duodecimin kanssa yhteistyössä Estä painehaavaumat ja kaatumisen ehkäisemiseen liittyvät verkkokoulutukset. Näissä verkkokoulutuksissa tuotetaan henkilökunnalle ajankohtaista tietoa ehkäisevästä hoitotyöstä. Ravitsemushoidossa on otettu käyttöön yhtenäiset toimintamallit, joiden tehtävänä on vajaan ravitsemuksen ehkäisy. Henkilökunnan verkkokoulutuksen lisäksi henkilökunnalle on järjestetty kansallinen moniammatillinen ravitsemusseminaari. Esimies työllä on mittareiden käyttöönotossa ollut suuri merkitys. He ovat ohjanneet henkilökuntaa verkkokursseihin ja antaneet resursseja niiden suorittamiseen. Henkilöstöä sitoutetaan käyttämään mittareita ja heitä koulutetaan tulkitsemaan niiden tuottamaa tietoa. (Salonen 2007.) Kipua on HUSissa mitattu pisimpään. Yleisin HUSissa käytössä oleva kipu mittari on NRS- mittari. Kivun hoidosta laadittiin verkkokoulutus lääkäreille yhdessä Duodecimin kanssa.

Magneettisairaaloissa tehtyjen tutkimusten mukaan hoidon laatu, potilasturvallisuus ja hoitohenkilökunnan työtyytyväisyys sekä taloudelliset tulokset ovat magneettisairaaloissa paremmat kuin vertailu sairaaloissa. Potilaskuolleisuus, sairaalassa tapahtuva potilaiden kaatuminen, hoidon aikana syntyneiden painehaavojen määrä ja potilastyytyväisyys ovat tuoneet magneettisairaaloissa pienempiä kuin vertailu sairaaloissa. Parempia tuloksia selittävänä tekijänä pidetään toimintaympäristökijöitä ja johtamista. Näistä korostuivat lääkäreiden ja hoitajien yhteistyösuhteet, hoitajien vaikutusmahdollisuudet tehtävään hoitotyöhön, henkilökunnan riittävyys ja koulutuksen taso. (Torppa 2018.)

### 3.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

HUSissa tehdään hoitotyötä, joka perustuu asiantuntijuuteen niin hoitotyössä kuin johtamisessa. HUSissa luotetaan asiantuntijuuteen ja alan käytännön kokemukseen. Tämän kautta halutaan vahvistaa tutkittuun tietoon perustuvaa hoitotyötä ja huolehtia siitä niitä hyödynnetään käytännön työssä. Jokainen yksikössä on erikoisosaamista ja tämän erikoisosaamisen kehittämiseksi on yksiköissä perustettu hoitotyön asiantuntijaryhmiä.

Näyttöön perustuvalla tiedolla hoitotyössä tarkoitetaan koottua tutkimusnäyttöä, asiantuntijanäytöistä ja seurantatietona organisaation toiminnasta. Tutkimusnäyttöön vaaditaan yhdenmukaiset tulokset, jotka edustavat järjestelmällistä näyttöä katsauksista, satunnaisista tai kokeellisista tutkimuksista. Asiantuntijanäyttö on alan tunnutettujen asiantuntijoiden käsitys asiasta, eikä vain yksittäisen asiantuntijan mielipide. Näyttöön perustuvan hoitotyön toimintamallin keskeinen sanoma on, että se tukee näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittämistä ja käyttöönottoa. Asiantuntijanäytön käyttö on erityisen tärkeää silloin kun aiheesta ei ole saatavilla tutkittua tietoa. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013 15-16.)

Näyttöön perustuvassa toiminnassa hoitotyön johtajan tehtävä on arvioida, onko organisaation mahdollista saavuttaa toiminnalle asetetut tavoitteet. Onnistuminen edellyttää erityisesti henkilöstön näyttöön perustuvan toiminnan osaamista. Näyttöön perustavassa toiminnassa johtajan tehtävä on toiminnan edistämiseksi tunnistaa, millaisia asiantuntijoita organisaatiossa on jo olemassa ja kuinka näiden asiantuntijoiden osaamista voitaisiin hyödyntää parhaiten, minkälaisia asiantuntijoita tarvitaan lisää ja kuinka varmistutaan asiantuntijoiden osaamisen kehittyminen edelleen. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013 57-59.)

Korhonen yms. (2018, 17.) toteavat, että näyttöön perustuva toiminnan tarve on lisääntynyt terveydenhuollossa useista syistä. Vaatimukset yhä parempien ja turvallisempien palveluiden kehittämiseen ovat kasvaneet. Samalla huoli resurssien riittävydestä on kasvanut. Toiminnan turvaamiseksi tarvitaan kerättyä ja tutkittua tietoa kirurgisen potilaan hoidosta. Tämän opinnäytetyön lopputuloksena syntyi useita kirurgisen potilaan näyttöön perustuvia hoitoketjun parannuksia.

Jotta näihin HUSin asettamiin päämääriin päästäisiin edellytetään henkilökunnan olevan osaavaa ja motivoitunutta. HUSin talous on hallittu ja tasapainoinen. HUSilla on toimivat tilat, teknologia ja ympäristövastuu on huomioitu. HUSissa toimitaan uudistavan johtajuuden ja organisaation kanssa ja omistajayhteisöjen ja sidosryhmien välillä vallitsee luottamus. Kaikki nämä päämäärät lähtevät HUSin arvoista, joita on ihmisten yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus ja avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus (hus n.d.)

Sairaaloille vetovoimaisuus on entistä tärkeämpää. Magneettisairaalat kykenevät parantamaan tuottavuutta, kehittämään toimintaansa ja uudistamaan kouluttamalla henkilökuntaa, jolloin vastataan ajankohtaisiin haasteisiin. Onnistumiseen vaikuttavat työtyytyväisyys ja hyvin koetut työolot. Magneettisairaalat tarjoavat mielekkäitä ja haastavia työtehtäviä. Kun henkilöstölle tarjotaan mielekkäitä ja haastavia työtehtäviä, lisää tämä henkilökunnan tuottavuutta ja sitoutuneisuutta. (Koponen & Meretoja 2008, 9-10.)

Jokaisessa yksikössä on magneettisairaalan mukaisesti hoitotyön moniammatillinen asiantuntijaryhmä. Magneettisairaaloissa tehdyissä tutkimuksissa on osoitettu, että hoitohenkilökunnan osallistuttaminen hoitotyön suunnitteluun lisää motivaatiota yksikössä työskentelyyn ja tekee työstä mielekkäämpää. Asiantuntijaryhmän tehtävänä on yksikössä tehtävän hoitotyön systemaattinen kehittäminen, ideoiminen ja uusien käytäntöjen juurruttaminen käytäntöön. Asiantuntijaryhmät tekevät tapaamisistaan pöytäkirjoja, jotka ovat koko yksikön käytössä. Asiantuntijaryhmän toiminnasta raportoidaan HUSin johdolle säännöllisesti.

HUSissa on otettu käyttöön tutkivan kehittämisen hoitotyönmalli, johon kuuluu ideasta käytäntöön otettu hoitotyönmalli. Se on osa näyttöön perustuvan hoitotyön käytäntöön saattamista. Ideasta käytäntöön mallissa syntyy yksikön työntekijällä idea uudesta tavasta parantaa potilashoidon prosessia, työympäristöä tai työnsujuvuutta. Hän tuo idean esille käyttämällä ideakorttia ja kortti laitetaan ideataululle, jossa muut voivat laittaa asiaan ratkaisuehdotuksen. Ideat käsitellään yksiköissä säännöllisesti ja taululla olevat ideat siirretään eteenpäin. Ideat voidaan ratkaista heti ja ottaa nopeasti käytäntöön tai ne voivat siirtyä esimerkiksi yksikön hoitotyönasiantuntijaryhmän käsiteltäväksi. Jos idea on laaja, se esitetään ylemmille tahoille, jossa mietitään kuinka ideaa voisi kehittää. Idea voidaan tuoda esille PDCA- mallin mukaisesti, jossa vaikutusta mitataan, arvioidaan ja tehdään työsuunnitelma. Jos ideaa voidaan käyttää laajemmin, tuodaan se laajemmin tietoisuuteen, jolloin hyöty on moninkertainen. (HUS 2017.)

#### 4 PDCA- MALLI JA PROJEKTIN JOHTAMINEN

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä ongelmanratkaisuun on HUSissa käytössä PDCA- mallia. Kerron aluksi PDCA- mallista yleisesti ja sen käyttämisestä terveydenhuollon projekteissa. Olen valinnut PDCA- mallin opinntetyössäni tarkasteluvälineeksi kehitysprojektityöni etenemisen kuvaamisessa.

Kehitysprojektit ovat tavanomainen tapa toteuttaa prosesseja, kun halutaan toteuttaa suuria kokonaisuuksia. Kehitysprojektit ovat ainutkertaisia ja ne ovat yleensä sidottuja selkeään aikaan, jotka toteutetaan olemassa olevilla resursseilla. (Laamanen & Tinnilä 2009, 24.) Kehitysprojekti on hanke, joka on selkeästi määritelty ja aikataulutettu tehtäväkokonaisuus (Silfverberg 2007,21).

PDCA- malli on projektityöskentelyssä käytetty laaduntarkkailun malli. PDCA- mallissa on neljä vaihetta, jotka ovat englanninkielisen etukirjaimen mukaan saaneet nimensä. Vaihteita ovat P (Plan) parannuskeinoon suunnittelu, D (Do) suunnitelman toteuttaminen kokeiluna, C (Check) vaikutusten tarkistaminen ja A (Act) eli toiminnan vakiinnuttaminen. (Outinen, Lempiinen, Holma, Haverinen 1999, 139.)

Kehitysprojektit eivät ole organisaation normaalia toimintaa, vaan niiden tehtävä on luoda jotakin uutta. Tätä uutta toimintaa tai muutosta voidaan kokeilla kehitysprojektin aikana. Kehitysprojektilla voidaan myös organisoida muutosta, koska kehitysprojektin tarkoitus on tehdä työtä uuden toiminnon saavuttamiseksi. (Yli-Knuuttila 2012, 12.)

Projekteja on erilaisia, kuten tuotteiden, palveluiden tai toiminnan kehittämisprojektit. Niiden avulla voidaan asiantuntemusta kohdistaa suoraan projektiin kertaluonteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Kehitysprojektin kannalta haasteellista voi olla projektien välinen yhteistyö ja kehitysprojektin synnyttämä osaamisen ja kokemusten siirtäminen muun organisaation käyttöön. (Laamanen & Tinnilä 2009, 24.) Tässä opinnäytetyössä paneudutaan juuri tähän ongelmaan, että yksiköt tekevät runsaasti kehitystyötä, mutta hyvät käytännöt eivät siirry muihin yksiköihin.

Kehitysprojektissa tarvitaan aluksi suunnitelma, jota ohjaa tavoite. Tavoite ei useinkaan muutu kehitysprojektin edetessä, mutta muuta toteutusta on

tarkasteltava työn etenemisen aikana. Kehitysprojektisuunnitelman tarkoitus on kuvata projektin läpivientiä. Projektisuunnitelma toimii myös valvonnan ja seurannan apuvälineenä. (Ruuska 2006, 97-98.) Suunnitelmaa tehdessä on tärkeää tarkastella, että suunnitelma on toteuttamiskelpoinen ja kaikki projektin osallistujat ovat sitoutuneita projektiin. (Outinen, Lempinen, Holma, Haverinen 1999, 71).

Projektipäällikkö tekee projektisuunnitelman, jossa on runko ja rajatut työkokonaisuudet. Tämän jälkeen projektin osa-alueet jaetaan henkilö- ja tehtävätasolle. Näistä laaditaan kokonaisaikataulu. Tämä suunnitelma käydään läpi yhdessä projektiin osallistuvien henkilöiden kanssa. (Ruuska 2006, 99.) Projektisuunnitelman keskeisin osuus on aikataulutus. Sen avulla voidaan seurata projektin etenemistä ja ennakoita. Työn suunnittelu ja töiden organisointi ovat jatkuvaa projektin edetessä, eikä vain kertaluonteinen ponnistus. (Ruuska 2006, 100-101.)

Kehitysprojekteja voidaan toteuttaa useamman työyhteisen laatuprojektina tai tulosityksikön sisäisenä projektina. Yhteisesti tehtävissä projekteissa on se hyöty, että jokaisen ei tarvitse suunnitella omaa toimintamallia vaan voidaan toisen yksikön käytännöistä löytää yhteinen toimintatapa. Moniammatillinen projektityöskentely edellyttää hyvää alan tuntemusta ja muiden mukaan osallistuvien arvostamista.

Kehitysprojektin toteuttaminen on varmasti projektin näkyvin vaihe. Toteutus- ja kokeiluvaiheessa voidaan kehitysprojektin toteutumista analysoida erilaisilla strategiatyökaluilla. Niistä varmasti käytetyin on SWOT-analyysi, jossa pyritään tunnistamaan organisaation vahvuudet ja heikkoudet sekä ulkoisen toimintaympäristön uhat ja mahdollisuudet. (Virtanen 2000, 75).

#### 4.1 PDCA käyttö terveydenhuollon projekteissa

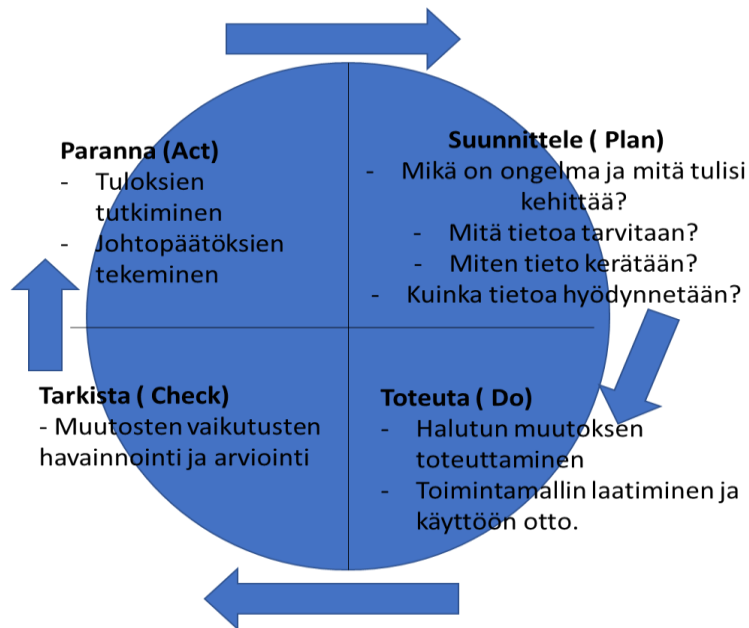
Suomalaisessa terveydenhuollossa on pyritty viime vuosien aikana kehittämään tehokkuutta, taloudellisuutta ja vaikuttavuutta. Erilaisin projektien avulla on kehitetty muun muassa toiminnan rakenteita, asiakaskäyntien määrää, hoitoketjuja ja hoidon tehostamista.

Terveydenhuollossa on paljon laadunparantamisen kehittämisprojekteja. Projektille tunnusomaista on suunnittelu-, aloitus-, toteutus-, päättämis- ja arviointivaihe. Projektilla tarkoitetaan ennalta määriteltyyn päämäärään tähtäävää toimintakokonaisuutta, jota on rajattu kustannuksilla ja laajuudellaan. (Autio yms. 2016,5.) Kun projekti on aiheiltaan rajattu ja systemaattisesti suunniteltu, tietää jokainen projektiin osallistuva mihin sitoutuu ja kuinka pitkäksi aikaa. Tuloksia syntyy yleensä helposti ja se motivoi myös jatkossa laatutyöskentelyyn projekteissa. (Outinen, Lempinen, Holma, Haverinen 1999, 65-66.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon projekteissa moniammatilliset projektit mahdollistavat asioiden tarkastelun laajasti. Moniammatillisesti voidaan tarkastella hoitoketjujen sujuvuutta ja parantaa toisen työn ymmärryksen kautta palvelu- ja hoitokokonaisuuksia. Projektityöskentely voidaan valita laadunkehittämisessä osaksi "talon tapaa". (Outinen, Lempinen, Holma, Haverinen 1999, 65.)

Terveydenhuollon projekteissa käytetään nykyisin LEAN- menetelmää toiminnan kehittämisessä. Sen ajatuksena on löytää parannuksia toimintaan, jotta prosesseja voidaan parantaa ja päällekkäisyyksiä karsia. LEANin yhtenä työvälineenä voi käyttää J. Edwards Demingin kehittämää laatuympyrää. (Kouri 2009, 14-15.) HUS on ottanut PDCA- mallin osaksi asiantuntijaryhmien ongelmanratkaisutekniikkaa. Sitä käytetään jatkuvan laadun parantamiseen ja yhtenäisten käytäntöjen juurruttamiseen osana päivittäistä toimintaa. (HUS 2017, 6.)

PDCA -malli on osa jatkuvan laadun parantamisen prosessia. Sillä tarkoitetaan jatkuvan johtamisen menettelyä ja prosessia, jolla tuetaan toiminnan suunnittelua, toteutusta, seuranta ja toiminnan arviointia. (Laamanen & Tinnilä 2009, 39.)



Kuvio 3. Deming laatuympyrää mukailen

Kehittämistehtävien tavoitteena Aution (2016, 5) mukaan on terveydenhuollossa parantaa hoitotyönlaatua, jolloin tavoitellaan organisaation toiminnan tehokkuutta ja tuottavuutta. Työyhteisöjen kehittämisprojektien avulla pyritään muutokseen vahvistamalla työyhteisön toimintaa tavoitteiden suuntaan. PDCA- malli soveltuu hyvin kehittämistehtävien toimintamalliksi.

Projekti- ja laadunparantamistyötä voidaan helpottaa erilaisilla laatutyökaluilla. Laadun parantaminen pilottikokeiluna antaa aikaa sisäistää uusi toimintamalli. Kokeileminen kuuluu tärkeänä osana W. Edwardsin Demingin luomaa systemaattisen laatutyöskentely mallia. PDCA- mallissa varmistetaan, että parannetut ideat saadaan vakiinnutettua käytäntöön. (Outinen, Lempinen, Holma, Haverinen 1999, 71-72.)

Projekteilla on PDCA- mallin mukaisesti yksiselitteiset tavoitteet, aikataulu, organisaatio ja aika, jolloin se toteutetaan. Laadun parannus PDCA- mallissa aloitetaan tekemällä suunnitelma. Projektille asetetaan tavoite yhteistyössä kaikkien projektiin osallistuvien kanssa. Tutkitaan aikaisempia toimintamalleja ja kyseenalaistetaan niitä. Hyödynnetään työyhteisön henkilöstön olemassa olevaa tietoa ja osaamista. (Sarajärvi, Mattila, Rekola 2011, 108-109.)

PDCA- mallissa keskeisin ja tärkein kohta on Check eli vaikutusten tarkistaminen. Tässä kohtaa voidaan arvioinnin ohella miettiä ovatko vaikutukset olleet toivottuja vai ei toivottuja. Check- vaihe antaa projektiryhmälle mahdollisuuden harkita tehtyjä toimia ja arvioida tulisiko ne tehdä jollakin toisella tavalla. (Outinen, Lempinen, Holma, Haverinen 1999, 73.)

Parhaimmillaan projektityöskentelyyn osallistuminen tukee myös oppimista. Projektiryhmän keräämä uusi tieto hyödyntää ja auttaa meitä kehittymään ja lisää mahdollisuuksia vaihtaa kokemuksia. Projekteista hyötyvät eri tilanteissa olevat työntekijät. Novisiit saavat oppia kokeneemmilta, jotka taas voivat itse tuoda uutta koulutietoa kokeneimmille. (Outinen, Lempinen, Holma, Haverinen 1999, 66.)

Laadun parantamisen projektit voivat nousta asiakasvalituksesta tai henkilökunnan havaitusta ongelmasta tai halusta kehittää toimintaa tiettyyn suuntaan. Toiminnan parantamisen kriteeri voi löytyä esimerkiksi siitä, että haluamme parantaa toimintaamme tai halusta pärjätä jatkossakin kilpailun kiristyessä. (Outinen, Lempinen, Holma, Haverinen 1999, 68-69.)

HUSin hoitotyössä on tavoitteena näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttaminen. Kehittämiskohteet voidaan havaita muun muassa kansallisten ohjeiden tai suositusten avulla. Kehityskohteiden tunnistaminen vaatii hoitotyönjohtajilta jatkuvaa toiminnan arviointia, joka edistäisi potilaan saamaa hoitoa HUSissa. Yhtenä kehittämisen kohteena on ollut käytäntöjen yhtenäistäminen, jolloin tarpeen tunnistamisen jälkeen tehdään suunnitelmia sen toteuttamiseksi tulosityksikkö-, osastoryhmä- ja osastotasolla. Kliininen asiantuntija osallistuu muutoksen hallintaan ja koulutuksen järjestämiseen henkilökunnalle. Kolmannessa vaiheessa uusi yhtenäinen käytäntö levitetään koko tulosityksikköön tai yksittäiselle osastolle. Osastolla hoitajat soveltavat uutta käytäntöä potilaan yksilölliseen hoitoon. Uutta tietoa levitettäessä tiedottaminen ja muutoksien perustelu on tärkeää. Uutta käyttöön otettua toimintamallia seurataan ja arvioidaan koko käyttöönoton ajan. Kliininen asiantuntija kerää toiminnan käyttöönotosta arviointitietoa laajempaa arviointia varten. Uutta toimintaa arvioidaan ja tarvittaessa jatkokehitetään, jos jokin ei ole mennyt suunnitellusti. (Siltanen, Poikkeus, Renholm, Holopainen, Torppa & Hupli 2013, 24-28.)

Runsaat muutokset terveydenhuollossa aiheuttaa pelkoa ja vastusta. Laamanen & Tinnilän (2009, 41) mukaan uusi toiminta saattaa vaatia uudenlaista ajattelua ja asennetta. Tähän tarvitaan tueksi onnistunutta

muutosjohtamista. Johtajien on ensin muutettava omaa ajatusmaailmaa muutoksesta, ennen kuin voivat vaatia sitä työntekijöiltään.

Kukkola (2011, 175, 179.) kirjoittaa, että konfliktit ovat useassa organisaatiossa tavallinen tapahtuma. Muutosjohtamisessa tärkeintä on, että johtaja uskoo muutokseen ja haluaa viedä sitä eteenpäin omalla esimerkillään. Muutos tulee aina esittää totuuden mukaisesti, koska vain silloin voi onnistua. Muutoksen läpivienti vaatii keskustelua, koulutusta, tukea ja seuranta. Pelkkä visio ei muutoksen yksin riitä.

Hoitotyön johtajalta odotetaan keskustelevaa ja kannustavaa johtamistyyliä. Uudistavassa muutosjohtamisessa korostuu sosiaalinen ja dynaaminen luonne, joka lisää työntekijöiden ja johtajan välisiä suhteita. Hoitotyön johtajan odotetaan kohtelevan työntekijöitä tasapuolisesti ja yksilöllisesti ja etsimään ratkaisuja ongelmiin yhdessä heidän kanssaan. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 55.)

Peijaksen sairaalassa kehitetään laatua HUSin visioiden mukaisesti. Hoitotyön johtaminen perustuu HUSissa hoitotyön ja johtamisen asiantuntijuuteen, alan käytännön kokemukseen ja tutkittuun tietoon ja sen hyödyntämiseen. PDCA- mallissa on tavoitteena kehittää toimintaa systemaattisesti, joka tukee hoitotyön laatujärjestelmiä. Tässä tutkimuksessa seurattiin kehitettävien asioiden etenemistä PDCA:n mallin mukaisesti.

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän toiminnallisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kirurgisen potilaan hoitoketjua Peijaksen sairaalassa.

Tavoitteena tässä kehittämistyössä on kuvata koordinoivien hoitajien hoitoketjuihin tehdyt parannukset PDCA- mallin mukaisesti.

## 6 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA SUUNNITTELU

Syyskuussa 2017 tuli ohjeistus, että Tukielin- ja Plastiikkakirurgian erikoisaloja muutetaan enemmän sairaalakohtaisesta jaosta erikoisala segmentteihin. Tukielin- ja plastiikkakirurgian (TuPlassa) segmentit jaettiin alaraajalantio-, jalkaterä-, tekonivel-, käsikirurgian, selkäortopedian ja päivystyssegmentteihin, joihin oli nimetty vastuulääkärit. Uusiin erikoisalapohjaisiin segmentteihin haluttiin siirtyä, jotta jokaisella sairaanhoitopiirin asiakkaalla olisi yhteneväiset mahdollisuudet saada TuPlassa hoitoa. Yhdenvertaisuus kuuluu terveydenhuoltolakiin, jonka mukaan todetaan, että kaikilla erikoisairanhoidon asiakkailla tulee olla yhdenvertaiset palvelut ja saataavuuden tulee olla tasa-arvoista (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 10).

Uuden segmenttijaon jälkeen tarjoutui hyvä tilaisuus kehittää myös kirurgista hoitotyötä Peijaksen sairaalassa, jonka uudistamisesta tehtiin myös päätös. Päätöksen teossa olivat mukana ylihoitajan lisäksi kaikki potilaan hoitoketjuun kuuluvien yksiköiden edustajat päivystyksestä, poliklinikalta, leikkausosastoilta ja kirurgisilta vuodeosastoilta Peijaksen sairaalassa. Kaikki hoitoketjun yksiköt olivat aikaisemmin tehneet omia kehitystöitään, eivätkä hyvät käytännöt levinneet muualle taloon. Eri yksiköiden välistä yhteistyötä haluttiin lisätä, jotta potilas saisi parasta mahdollista hoitoa. Hoitoketjujen kehittämistä valittiin neljä koordinoivaa hoitajaa.

Eri hoitoketjun yksiköistä valittiin vastuuhoidajia, jotka toivat tapaamisiin yksiköiden kehitystarpeita omista työyksiköistään. Tapaamisia koordinoimaan valittiin neljä sairaanhoitajaa eri segmenteistä Peijaksen sairaalasta. Koordinoivien hoitajien tehtävänä oli toimia yhteyshenkilöinä eri yksiköiden välillä ja järjestää yhteisiä tapaamisia, joissa yhteistyötä hoitoketjussa kulkevan potilaan hyväksi voidaan kehittää. Hoitotyön kehittämisessä mukaan tuli Peijaksen sairaalasta myös urologia. Urologia kuuluu polikliinisesti TuPlaan, vaikka muilta osin kuuluukin Vatsakeskuksen alaisuuteen. Urologisia leikkauksia tehdään Peijaksen sairaalassa paljon.

Koordinoiva hoitaja huolehti siitä, että kokoukset olivat tehokkaita ja käsiteltäviä asioita oli vain yksi kerrallaan. Koordinoivan hoitajan tehtävänä oli järjestää säännöllisiä tapaamisia TuPlan, anestesia- teho- ja kivunhoito (ATEKin), akuutin ja Vatsakeskuksen kanssa. Koordinoivat hoitajat koordinoivat kokouksia eri yksiköiden välille. He tekivät kokousien esivalmisteluita käsiteltäviin aiheisiin tai haasteisiin. Kokouksiin kutsuttiin tapaamisiin ne yksiköt, joita käsiteltävä asia koskee. Koordinoiva hoitaja toimii puheenjohtajana ja teki tapaamisista muistion. Muistiot lähetettiin kokouksiin osallistuneille, yksiköiden esimiehille ja ylihoitajille. Koordinoivat hoitajat esittelivät tehtyjä muutoksi kaksi kertaa vuodessa osastonhoitajien kokouksissa.

Yhteiskokouksien lisäksi koordinoivat hoitajat olivat tavanneet kaksi kertaa keväällä 2018, jolloin he olivat suunnitelleet toimintaa yhdessä. Yhteisiä kehityskohteita olivat olleet muun muassa sensitiivisten hoitotyön laatumittareiden käyttöönotto Peijaksen sairaalassa. Laatumittareiden käyttöönotto oli ollut hieman vastatulessa. Hoitajat olivat kokeneet ne työllistävänä ja nykyinen käytössä oleva potilastietojärjestelmä oli hieman huonosti taipunut mittareiden käyttöön. Kuitenkin toiveissa oli, että marraskuussa 2018 käyttöön otettava potilastietojärjestelmä Apotti toisi helpotusta mittareiden päivittäiseen käyttöön.

Hoitoketjun ongelmakohtien tunnistaminen ja yhdessä tehtävät päätökset parantavat hoitoketjua. Organisaatioiden rajat ylittävät koordinoivat hoitajat ovat merkityksellisiä koko hoitoprosessin kehittymiselle. (Syväoja & Äijälä 2009, 90.) Lisäksi koordinoivien hoitajien keskinäinen yhteyden pito oli tärkeää.

Keväällä 2018 koordinoivat hoitajat olivat pitäneet tapaamisia eri hoitoketjun yksiköiden välillä noin kerran kuukaudessa tai tarpeen mukaan. Loppuraportin aineisto muodostuu koordinoivien hoitajien vetämistä tapaamismuistioista, jotka ovat tallennettuina yhteiselle verkkoasemalle. Muistioiden pohjalta koordinoivat hoitajat raportoivat hoitoketjuihin tehdyt parannukset PDCA- mallin mukaisesti. Heille lähetettiin ohjeet raportoinnista helmikuussa 2018. (LIITE 1) Raportointikaavakkeessa heitä pyydettiin raportoimaan ongelmia ja niistä tehtyjä ratkaisumalleja ja ehdotuksia. Koordinoivat hoitajat keräsivät aineistoa PDCA- mallin mukaisesti tapaamisiin kesäkuun 2018 loppuun asti.

Koordinoivat hoitajat tapasivat syyskuussa 2018, jossa keskusteltiin yksiköiden välisestä yhteistyöstä ja yhtenäisestä informoinnista potilasketjun

eri vaiheissa. Sovittiin, että tehostetaan tiedottamista potilaille yksiköissä olevien sähköisten taulujen kautta. Niihin kerättäisiin potilaiden yleisesti kysyttäviin kysymyksiin vastauksia ja kerrotaan potilaille hoitoketjun kuluista. Sovittiin, että tilannetta sähköisten tiedotustaulujen käytöstä arvioidaan talvella 2019.

Koordinoivia hoitajia oli neljä, joista kolmelta sain kokouspöytäkirjat tai vastaavat muistiot PDCA- mallin mukaisesti. Kolme koordinoivaa hoitajaa olivat pitäneet yhteistyökokouksia yhteensä 15, joista suurin osa oli päivystyssegmentissä.

Loppuraportissa kerrotaan PDCA- mallin mukaisesti aluksi koordinoivien hoitajien hoitotyöntekijöiltä saaduista ongelmista, joita kehitettiin ja joista tehtiin suunnitelma hoitotyössä kehitettävistä kohteista. Suunnitelman jälkeen tehtiin päätös hoitoketjun edustajien kanssa muutoksen toteuttamisesta. Tämän jälkeen mietittiin muutosten vaikutusta ja arvioitiin muutoksen toimivuutta potilaan hoitoketjussa, jolloin parannettu muutos voitiin ottaa käyttöön. Tarvittaessa tilannetta arvioidaan uudelleen tilanteen muuttuessa ja tehdään muutoksia.

Kehittämiprojekteilla tilastokeskuksen (2002) mukaan tarkoitetaan systemaattista toimintaa, jossa tutkimuksen tuloksena tai käytännönkokemuksen kautta saatua tietoa käytetään uusien tuotteiden, menetelmien tai olemassa olevien toimintojen parantamiseen. Kehittämistehtävissä tarkoitetaan myös uudistamista, joka voi näkyä toimintavoissa, kulttuurissa, henkilöstössä tai johtamisessa. (Paasivaara ym, 2008.)

Tässä kehitysprojektissa korostui näyttöön perustuvan toiminnan lisääminen, joka on yhdistelmä tutkittua tietoa ja käytännön kokemusta. Tässä kehitysprojektin toteutuksessa käytettiin hyödyksi moniammatillista osaamista ja tämän avulla potilaan hoitoketjua kehitettiin yhdessä. Korhonen ym. (2018,118-119) toteavat, kun näyttö otetaan käyttöön, on huolehdittava siitä, että yhtenäiset käytännöt juurrutetaan pysyväksi toiminnaksi. Ellei näin tapahdu, on resursseja hukattu turhaan. Näytön käyttöönotto on tässäkin kehitysprojektissa tavoitteellinen prosessi, jossa tuodaan uudistettuja tapoja toimia HUSin organisaatiossa ja sen yksiköissä.

## 7 HOITOTYÖN KEHITTÄMISEN KOHTEET

Tästä kehitystehtävästä kirjoitettiin loppuraportti, jossa kerrotaan yksiköiden yhdessä kehittämistä kohteista. Raportissa kerrotaan millaisia haasteita, kehitettäviä asioita ja onnistumisia koordinoivat hoitajat kohtasivat potilaan hoitoketjussa Peijaksen sairaalassa. Loppuraportissa kerrotaan, kuinka haasteet hoitoketjun yksiköiden kesken potilaan parhaaksi ratkaistiin. Näistä on myös muiden yksiköiden mahdollisuus saada omaan toimintaansa ideoita ja ratkaisumalleja.

Seuraavissa kappaleissa esitellään aiheita ja ratkaisumalleja, joita koordinoivien hoitajien johdolla parannettiin yhdessä moniammatillisen henkilöstön kanssa kirurgisen potilaan hoitoketjuissa Peijaksen sairaalassa. Ratkaisumallit on kuvattu PDCA- mallin mukaisesti. Niissä kuvataan ensin kehitettävän kohteen lähtötilanne ja ongelma. Kuvatusta ongelmasta tai muutettavasta käytännöstä tehtiin suunnitelma. Suunnitelman jälkeen otettiin sovittu muutos käyttöön ja arvioitiin, kuinka muutos oli onnistunut. Lopuksi vakiinnutettiin muutos ja aloitetaan kierros alusta tarpeen mukaan uuden idean tai muutoskohteen synnyttyä. Näyttöön perustavassa mallissa muutosta tehdään uudelleen, kun uutta tietoa on tarjolla. Kehityskohteet on koottu yhteen kuviossa 4.

	ONGELMA	TOTEUTUS	SEURANTA	PARANNUS
LAATUMITTARIT	Käyttö vähäistä	Käytön merkitystä lisätään henkilökunnalle	Tilastoja säännöllisesti	Jalkauttaminen jatkuu edelleen.
JALKATERÄPOTILAAN KOTIHOITO- OHJEET	Potilas ei saanut samanlaisia ohjeita kotiutuessa	Ohjeet yhtenäistettiin	Asiakaspalautteella / käytännön kokemus	Lääkäreillä tarkistettavana ja sitten käyttöönotto
ISBAR- RAPORTOINTI	Tiedonkulun vaaratilanteet / puutteet	Otettiin käyttöön yhtenäinen raportointi tapa	Käyttökokemukset, virheiden määrän väheneminen	Potilaan voinnista tieto siirtyy seuraavaan hoitavaan yksikköön.
VIHREÄN LINJAN POTILAAN TOIMINTAMALLI	Leikkausvalmistelut olleet puutteelliset	Yhteiset toiminta ohjeet leikkaukseen valmisteluista	Seurataan toteutumista	Potilaan hoito ei viivästy ja on tasalaatuista
AIVOVAMMA POTILAS ORTOPEDISELLÄ OSASTOLLA	Potilaan sijoittelussa ja hoito-ohjeissa puutteita	Ohjeet oikein sijoittelusta ja hoito-ohjeista.	Seurataan käyttökokemuksia	Aivovamma potilaiden hoitopaikka oikea ja hoito laadukasta
UROLOGISEN POTILAAN HOITOTYÖ	Useita hoito-ohjeita ja käytäntöjä	Hoito-ohjeiden ja käytäntöjen yhtenäistäminen	Seurataan päivittäistä toimintaa ja tarvittaessa uusia muutoksia	Potilaan hoito tasalaatuista ja ohjeet yhteneväiset

Kuvio 4 Taulukko kooste kehitetyistä kohteista

## 7.1 Hoitotyön laatumittarit

Magneettisairaala- mallin mukaiset hoitotyön laatua mittaavat mittarit on otettu käyttöön Peijaksen sairaalaan yksiköissä. Hoitotyön laatumittareissa on käytössä kipu-, painehaava-, vajaaravitsemus- ja kaatumavaaraa mittaavat hoitotyön laatumittarit. Yhteisesti on sovittu, että hoitotyön laatumittareita täytetään kaikista sairaalaan osastolle tulevista potilaista tai, kun potilas asetetaan leikkausjonoon.

Mittareiden käyttöönotossa on ollut haasteita, koska niitä ei ole täytetty kuin pieneltä osalta potilaista. Hoitohenkilökunta on kokenut, ettei mittareiden käytöstä ole apua potilaan hoidossa tai mittareiden täyttäminen on vienyt aikaa. Henkilökunta on kuitenkin tehnyt tätä samaa havainnointia potilaan hoidosta jo ennen mittareiden käyttöönottoa. Nyt tavoitteena on saada tämä työ näkyväksi. Koordinoivat hoitajat ovat miettineet, kuinka mittareiden käyttöä saadaan jalkautettua entistä paremmin henkilökunnan käyttöön. Mittareiden käyttöönotossa on henkilökuntaa opastettu mittareiden käyttöön muun muassa verkossa olevien kurssien suorittamisella ja tähän annetulla työajalla.

Koordinoivien hoitajien tapaamisissa päätettiin, että jokainen lisää yksikössä ymmärrystä miksi mittareita käytetään tai muistuttaa yksikön vastuuhenkilöitä tekemään niin. Tavoitteena on lisätä henkilökunnan ymmärrystä siitä, mikä laadun mittaamisen tuoma etu on potilaalle hoidon laadun kehittämisessä hoitoketjussa. Yksiköissä on valittu hoitaja tai hoitajat, jotka lisäävät mittareiden käyttöönottoon liittyvää motivointia ja ymmärrystä siitä miksi mittareita käytetään. Mittaamalla halutaan parantaa potilasturvallisuutta ja parannettua hoidon laatua. Mittareiden käyttö tuottaa potilaalle laadukkaampaa hoitoa ja havainnointia ongelmatilanteista. Mittareiden tarkoitus ei ole kuormittaa hoitajien päivän töitä, vaan antaa ennaltaehkäisevään havainnointiin lisätyökaluja. Aihetta voitaisiin esimerkiksi käsitellä osastotunnilla tai osaston omissa koulutuspäivissä. Kirurgian poliklinikalla on muistutettu mittareiden käyttämisen tärkeydestä ja kehoitettu niitä hoitajia, jotka eivät vielä verkkokursseja ole suorittaneet tekemään ne.

Kirurgisen potilaan hoitoketjun tiimit seuraavat hoitotyön laatumittareiden käyttöönottoa. Marraskuussa 2018 käyttöönotettava uusi potilastietojärjestelmä Apotin odotetaan tuovan helpotusta laatumittareiden

käyttöön. Nykyinen tietojärjestelmä on koettu mittareiden käytössä kankeaksi. Toisaalta on tärkeää, että mittaamisella tuotettava tieto olisi sisäistetty ennen uuden potilastietojärjestelmän käyttöönottoa.

Eräällä poliklinikalla toteutettiin syyskuussa 2018 osastotunti henkilökunnalle, jossa perusteltiin mittareiden käyttöönoton tärkeyttä. Osastotunnilla painotettiin mittareista saatavan tiedon hyötyä, kun halutaan vertailla eri sairaaloita keskenään. Potilaan saama hoito paranee tutkitusti, kun ollaan riittävän ajoissa todettu, kuuluuko hän riskiryhmään painehaavoista, vahaaravitsemuksesta, kaatumavaarasta vai ei. Hoitotyön laatumittareilla pystytään lisäksi osoittamaan, että hoito on ollut laadukasta ja oikeaa HUSissa saadun hoidon osalta. Suunniteltiin yhdessä, kuinka henkilökunta haluaisi mittareiden käytön toteuttaa niin, että siitä tulisi rutiini. Muutamilla oli vielä verkkokurssit suorittamatta. Muistuttiin niistä, koska harjoituksen tekemisen myötä asia avautuu.

Seurannassa ollaan huomioitu, että ortopedisillä osastoilla eniten käytössä olleet hoitotyönlaatumittarit ovat olleet kipu- ja painehaavamittarit. Vahaaravitsemus- ja kaatumavaaramittarin käyttö on ollut vähäisempää. Toisaalta taas urologiassa eniten käytetyt laatumittarit ovat olleet vahaaravitsemus- ja kipumittari. Mittareiden käyttöä seurataan säännöllisesti. HUS tarkastelee mittaustuloksia kerran vuodessa. Yksiköt itse kuitenkin määrittelevät kuinka usein mittauksia tehdään, joissa seurataan laatumittareiden käyttöä ja niiden antamia tuloksia. Yksiköt mittaavat hoidon laatua 3kk – 6kk välein, joista saatu tieto käsitellään yhdessä yksiköiden kanssa. Lisäksi niistä saatu tieto voidaan julkistaa päivittäisen johtamisen taululla, joista on helppoa nähdä kuinka ollaan edistytty. Päivittäisen johtamisen taulussa kerrotaan yksikössä tehtävästä hoitotyöstä ja se on potilaiden, työntekijöiden ja omaisten nähtävissä.

Hoitotyön laatumittareiden käyttö jatkuu edelleen ja niiden jalkauttamista käytäntöön jatketaan. Työntekijöiden ymmärrystä mittareista on edelleen lisättävä, jotta ymmärrys niiden käyttöön lisääntyy. Haastavin osuus laatumittareiden käytössä on saada niiden käyttö vakiintumaan osaksi päivittäistä toimintaa ja kirjaamista. Kivun mittaaminen on ollut käytössä usean vuoden ajan ja tämän mittarin käyttö on todettu luontevaksi. Myös potilaat osaavat jo luontevasti ilmoittaa kivun numerona, kun ovat sitä käyttäneet jo vuosia.

## 7.2 Jalkateräpotilaan kotihoito- ohjeet

Jalkateräleikatun potilaan kotihoito- ohjeita annetaan kotiuttamisen yhteydessä päiväkirurgian yksiköstä ja kirurgiselta vuodeosastolta X. Ohjeiden antopaikka riippuu siitä, kotiutuuko potilas leikkauspäivänä vai myöhemmin vuodeosastolta. Päiväkirurgian yksiköstä suoraan kotiutuvat jalkateräpotilaat eivät vietä yötä sairaalassa, vaan kotiutuvat suoraan päiväkirurgian yksiköstä. Jalkateräleikattuja potilaita hoidetaan Peijaksen sairaalassa päivittäin kymmenen, joista suoraan kotiutuu n. 60 %. Suoraan leikkauspäivänä kotiutuvien kotiutuskriteereinä on aikuinen yön yli seura, kipujen hallinta, haavan vuodon normaali hallinta, ruokailun ja juomisen onnistuminen oksentamatta ja virtsaamisen onnistuminen leikkauksen jälkeen.

Jalkateräleikatun potilaan kotiuttamisen haaste oli Peijaksen sairaalassa ollut, että kotihoito- ohjeet eivät olleet yhteneväiset ja tämä on aiheuttanut potilaiden ajatuksissa ristiriitoja. Jalkateräsegmentissä haluttiin yhteneväiset kotihoito- ohjeet potilaille, huolimatta siitä mistä he leikkauksen jälkeen kotituvat.

Yhteisiä kotihoito- ohjeita alettiin suunnitella yhdessä jalkateräleikatun potilaan hoitoketjuun osallistuvien yksiköiden kanssa. Suunnitteluun osallistuivat eräältä poliklinikalta sairaanhoitaja, leikkausyksikön hoitajia ja kirurgisen vuodeosaston X hoitajia. Jokainen hoitoketjun yksikkö toi mukanaan yhteistyöpalaveriin hoitoyksikössä olevat jalkateräleikatun potilaan kotihoito- ohjeet. Yhdessä todettiin, että ohjeet eivät olleet yhteneväiset, eikä potilas saa samanlaista informaatiota hoidostaan hoitoketjun jokaisessa vaiheessa. Silloin ei voida taata potilaalle tasaista hoidon laatua.

Yhdessä potilasta hoitavien yksiköiden kanssa tutkimme tämän hetkisiä kotihoito- ohjeita ja valitsimme niistä parhaat. Muutokset ohjeisiin tehtiin niin, että ne sopivat jalkateräleikatun potilaan kotiuttamiseen mistä tahansa yksiköstä. Tavoitteena oli, että potilas saa eräältä poliklinikalta ohjeet ennen leikkausta valmistelevista ohjeista ja leikkauksen jälkeen ohjeet tulevat kotiuttavasta yksiköstä. Silloin potilaan ohjeet ovat juuri yksilölliset jokaiselle jalkateräleikatulle potilaalle. Aluksi haluttiin tehdä ohjeista ohjevihko, joka seuraisi potilasta eräältä poliklinikalta leikkaukseen ja sieltä kotiuttavaan yksikköön. Tästä kuitenkin luovuttiin, koska potilaan leikkauksuunnitelma saattoi muuttua vielä leikkauksalissakin. Potilaspalautteista oli havaittu sekaannusta ja närkästymistä kotihoito- ohjeiden muuttuessa,

jos leikkaussuunnitelma oli muuttunut leikkauspäätöksen tekemisen jälkeen. Kun kotihoito- ohjeet annettiin vasta kotiutusyksiköstä, voitiin taata jokaisen hoitoon yksilölliset kotihoito- ohjeet.

Leikkauksen jälkeisissä kotihoito- ohjeissa keskityttiin, että potilaan ohjeet jalan sidonnasta ovat potilaan hoidon mukaiset. Yhteisissä ohjeissa keskityttiin ohjaamaan haavan kunnon tarkkailua, haavan suihkuttelua, kivun hoitoa ja samalla tavalla ohjattaisiin liikkumisen apuvälineiden käyttöä tarpeen mukaan.

Kotihoito- ohjeet menevät vielä jalkateräkirurgien luettavaksi ja kommentoitaviksi ennen varsinaista käyttöönottoa. Jos jalkateräpotilaiden hoito tulevaisuudessa muuttuu, voidaan kotihoito- ohjeita päivittää muuttuneen tiedon mukaisiksi.

### 7.3 ISBAR- raportointi

Keväällä 2018 päätettiin laajentaa ISBAR- raportointimenetelmä käyttöön myös Peijaksen sairaalassa, joka on jo aikaisemmin ollut käytössä eräässä valvonnassa ja päivystyksen valvontaosastoilla. ISBAR- raportointimenetelmän käyttöönotto käynnistettiin potilasturvallisuuden parantamiseksi. Käyttöönottoa ja suunnittelua oli tekemässä koordinoivan hoitajan johdolla päivystyssegmentin vastuuhoitajat. Peijaksen sairaalassa potilaan raportointikäytännöt olivat olleet vaihtelevia, eikä aina tarvittava tieto siirtynyt raporteissa eteenpäin. Oli tarpeellista aloittaa raportointi, joka olisi aina samanlaista. Jos oleellinen tieto potilaan voinnista jää raportoimatta, voi tilanne olla potilaalle kohtalokas.

HUSissa on raportoitu HaiPro- ilmoituksilla suurena vaaratapahtumaryhmänä tiedonkulun vaaratilanteet. HUSissa on päätetty ottaa käyttöön ISBAR- raportointimenetelmä. Tavoitteena on parantaa tiedonkulun työkalujen kehittämistä, joista on käyttöön päätetty ottaa ISBAR- raportointimenetelmä. (HUS 2014.)

Päivystyssegmentin vastuuhoidajat tapasivat keväällä 2018, jolloin tekivät yhteispäätöksen ISBAR- raportointimenetelmän aloittamisesta eräässä sairaalassa päivystyksessä, erään valvonnan ja kirurgian osastojen välillä. Yhdessä luotiin ISBAR- raportointimenetelmän kaavake (LIITE 2), jotta käyttöönotto olisi sujuvampaa. ISBAR- kaavakkeen käyttöä ja raportointia käsiteltiin osastotunneilla. Osastolla oli jo aiemmin ollut vastaavanlainen kaavake käytössä, joka helpotti käyttöönottoa. ISBAR- raportointimenetelmästä kysyttiin henkilökunnalta käyttökokemuksia. Palautteen perusteella käyttöönottoa on päätetty jatkaa ortopedian vuodeosastolla X, johon tulee päivystyspotilaita päivittäin. ISBAR- kaavaketta ja sen käyttöä kehitetään edelleen, jotta sen palvelisi käyttäjää entistä paremmin.

ISBAR- raportointi on käynnistynyt melko hyvin Peijaksen sairaalan vuodeosasto X:n ja päivystyksen välillä. Hankaluutta on kuitenkin tuottanut raportointi muista HUSin yksiköistä, joissa ISBAR- raportointimenetelmä ei ole käynnistynyt. Henkilökunta on raportoinut, että potilaista on jäänyt tärkeitä tietoja saamatta, kun kaikkia ISBAR- raportoinnin kohtia ei ole huomioitu ja käyty läpi.

#### 7.4 Vihreän linjan potilaiden toimintamalli

Vihreän linjan päivystyspotilaita leikataan Peijaksen sairaalassa viikoittain. Vihreän linjan potilaat pääsevät päivystysosastolta kotiin odottamaan leikkausta. Vihreän linjan potilaat leikataan pääsääntöisesti traumatologian päivystyssalissa virka- aikana klo 8.00- 15.30. Päivystävä kirurgi tekee päätöksen vihreän linjan potilaiden leikkausaikataulusta. Tarvittaessa päivystävä kirurgi konsultoi takapäivystäjää, joka on aina erikoislääkäri.

Haasteena on ollut, että potilaan leikkausvalmistelut ovat olleet puutteellisia tai tarvittavia taustatietoja ja tutkimuksia ei ole tehty. Leikkauksen toteutuminen on saattanut viivästyä puuttuvien tietojen ja tutkimuksien takia. Tämä on viivästyttänyt potilaan toipumista. Lisäksi kommunikaatiossa erään päivystyksen ja vuodeosasto X:n kanssa on ollut haasteita. Ajoittain X:n vuorovastaava ei ole tiennyt, että jonossa on leikkausta odottavia vihreän linjan potilaita. Muutosta haluttiin sekä yhteistyöhön yksiköiden välillä, että potilaiden oikea-aikaiseen ja parhaaseen mahdolliseen hoitoon.

Ortopedian vuodeosastolta X:n päivystyssegmentin hoitajat valittiin yhdessä kehittämään vihreän linjan potilaiden hoitoa yhdessä päivystysosaston vastuuhenkilöiden kanssa. Koordinoiva hoitaja toimi heidän yhteyshenkilönänsä. Erään päivystysosaston kanssa tehtiin yhteiset ohjeet vihreän linjan potilaiden hoidosta. (LIITE 3)

Uudistettua käytäntöä ja ohjeita käytiin läpi osastotunnilla, jotta käytännöt olisivat kaikille selvillä. Lisäksi osaston henkilökunnalle järjestettiin yhteinen koulutus päivystyspotilaan hoitotyön käytännöistä ja muistettavista asioista. Näin haluttiin turvata potilastyön laatu ja yhteneväiset käytännöt. Tilaisuudet järjestettiin niin, että kaikilla oli niihin mahdollisuus osallistua.

Osasto X:n päivystyspotilaiden hoitotyöstä vastaavat hoitajat tekivät ehdotuksen vihreän linjan potilaan hoidon valmisteluista yhdessä päivystysosaston vastuuhenkilöiden kanssa. Yhdessä sovittiin, että tieto vihreän linjan potilaasta lähetetään FAX:lla osastolle X ja potilaan leikkauksesta tehdään ilmoitus potilastietojärjestelmään. Päivystävä lääkäri merkitsee diagnoosin ja toimenpidenumerot ja leikkausajankohdan, mikäli ne ovat selvillä. Mikäli päivystävä lääkäri on epävarma leikkausmenetelmästä, tulee tämä merkitä lisätietona ” tarkista toimenpide leikkaajalta”. Lisäksi päivystävä merkitsee antibioottiprofylaksian valmiiksi.

Potilaalta tarkistetaan päivystysosastolla valmiiksi esitiedot ja ne kirjataan ylös järjestelmään. Potilaasta merkitään pituus, paino, aiemmat sairaudet, käytössä olevat lääkitykset, allergiat, aiemmat leikkaukset, altistukset (esim. ulkomailla sairaanhoito viimeisen 12 kk aikana), tupakointi ja alkoholin käyttö. Lisäksi potilaalta otetaan tarvittavat laboratoriotestit ja EKG. Anestesiakonsultaatio tehdään virka-aikana päivystyksestä ja muutoin tarkistetaan vuodeosastolta käsin. Kirurgi päättää tarvitseeko potilaalle tehdä verivarausta. Hoitaja ohjaa potilaalle leikkaukseen valmistautumisen ja antaa yhteystiedot ortopedian vuodeosastolle X ja tarkistaa samalla, että potilastiedoissa on ajan tasalla olevat yhteystiedot. Osasto X vuorovastaava on yhteydessä potilaaseen, jos ajankohta leikkaukseen tuloista ei ole kotiutuessa tiedossa.

Vihreän linjan potilaan hoitotyöstä tehtiin kirjallinen ohje (LIITE 3), joka hyväksyttiin yhdessä päivystyssegmentin vastuuhoitajien, esimiesten ja päivystävien lääkäreiden kanssa. Sopimuksesta on tullut hyvää palautetta.

Vuodeosastolla pidettiin kolme saman sisältöistä koulutusiltapäivää päivystyspotilaan hoidosta. Koulutustilaisuudet saivat positiivista palautetta ja se koettiin hyödyllisenä potilaan hoitotyön edistäjänä. Uuden potilastietojärjestelmän Apotin myötä seuraavaksi ohje tulee päivittää Apotti- aikaan. Aiemmin tehty ohje toimii kuitenkin tässä pohjana.

#### 7.5 Aivovamma potilaan hoito-ohje ortopedisille potilaille

Useat potilaat tulevat päivystyksestä ortopediselle osastolle tapaturman vuoksi. Jos potilas tulee luiden murtumisen yhteydessä, on mahdollista, että potilas on kolauttanut päänsä, jolloin häntä seurataan commootio-potilaana eli aivotärähdyksen saaneena. Yleensä aivotärähdyksen ja valvontaa tarvitsevat potilaat hoidetaan neurologian osastolla, jos heillä ei ole muuta vammaa. Jos potilas tulee ortopediselle osastolle hoitoon, on tärkeää, että henkilökunta osaa seurata myös tätä puolta potilaan hoidosta. Näitä potilaita ei kuitenkaan tule ortopediselle vuodeosastolle hoitoon kuin muutamia kuukausittain. Tämän takia henkilökunta on kokenut, ettei heidän ammattitaitonsa riitä aivotärähdyksen saaneen potilaan seurantaan ja tarvitsevat lisäkoulutusta pääalueen vammojen seurantaan. Päivystävillä lääkäreillä on erilaisia käytäntöjä aivovammapotilaan hoitoon ja ohjeet ovat olleet epäselviä.

Vuodeosaston hoitajat halusivat ohjeet aivovammapotilaan hoitoon, jotta käytännöt olisivat yhteneväiset. Lisäksi haluttiin ohjeet siitä, missä potilasta kulloinkin hoidetaan. Potilaan edunmukaista on, että hänen hoitonsa on oikea aikaista ja häntä hoidetaan oikeassa paikassa.

Eräessä sairaalan päivystyksen ja ortopedian vuodeosasto X:n päivystyspotilaan hoitotyön asiantuntijahoitajat tapasivat, jossa haluttiin yhteneväiset ja kaikkien tiedossa olevat käytännöt aivovammapotilaan hoitoon. Neuvoa kysyttiin asiantuntijoilta ja osastojen erikoislääkärit tekivät ohjeistuksen aivovammapotilaan hoito- ohjeista ortopediselle vuodeosastolle.

Aivovammapotilaan seurantaohje tehtiin osastoille ja potilaiden sijoittelusta tehtiin ohjeistus Peijaksen sairaalan päivystykseen ja vuodeosastolle X. Ohjeistuksessa todettiin, että potilas voidaan sijoittaa osastolle X, kun

potilaalla on kehossa murtuma tai muu ortopedis- kirurgista hoitoa vaativa vamma ja hänellä on todettu pään vamma, joka on todettu tietokoneku- vassa normaaliksi. Lisäksi potilas voidaan sijoittaa vuodeosastolle X, jos po- tilaalla on pelkkä pään vamma, tietokonekuva on normaali ja hän vaatii tarkkailua edelleen, vietettyään ensimmäisen yön valvontaosastolla. Tämä tieto jaettiin henkilökunnalle ja ohjeistettiin sen käytössä.

Uusi ohjeistus on ollut selkeä potilaiden hoidossa, jolla taataan potilaille oikea- aikainen ja oikea hoitopaikka. Seurannassa ollaan huomattu, että aivovammapotilaiden sijoittelussa tarvitaan välillä muistuttelua päivystyk- sen suuntaan.

## 7.6 Urologisen potilaan hoitotyö

Peijaksen sairaalassa hoidetaan kaikkia urologian erikoissairaanhoitoa tar- vitsevia potilaita. Suurimmat potilasryhmät ovat eturauhassyöpä-, virtsa- rakkosyöpä- ja munuaiskasvainpotilaat. Eturauhasen hyvänlaatuisesta lii- kakasvusta sekä muista virtsaamiseen liittyvistä ongelmista kärsiviä poti- laita hoidetaan myös Peijaksen sairaalassa. Osa potilaista tulee HUSin li- säksi erityisvastuualueelta työnjaon keskittämisen myötä. Akuutteja virt- sakivikipu- tai verivirtsaisuuspotilaita tulee Peijaksen sairaalaan urologi- selle vuodeosastolle hoidettavaksi päivystyksen kautta. Urologisista sai- rauksista kärsiviä potilaita hoidetaan HUSissa sekä Meilahden sairaalassa, että Peijaksen sairaalassa. Meilahden ja Peijaksen sairaalassa tehdään sa- manlaisia polikliinisiä tutkimuksia ja lääkärin vastaanottoja. Kuitenkin on- gelma oli ollut, että ohjeet tutkimuksiin olivat erilaiset ja tämä aiheutti po- tilaissa hämmennystä. Ongelmana oli myös, ettei ajan tasalla olevia ohjeita löytynyt, jolloin potilasta ohjattiin vanhoilla ohjeilla. Lisäksi voimassa ole- vat ohjeet eivät olleet kaikkien saatavilla.

Tavoitteeksi asetettiin, että yhtenäistetään potilasohjeita ja päivitetään niiden tiedot ajan tasalle Meilahden ja Peijaksen sairaalan välillä. Tavoite oli myös, että käytössä olevat potilasohjeet löytyisivät samasta paikasta in- tranetistä. Aluksi tehtiin suunnitelma, jossa urologisten potilaiden hoitajat kokoontuivat yhteen ja kokosivat yhteen Peijaksen sairaalassa käytössä olevat ohjeet. Niitä käytiin yhdessä läpi poliklinikalla ja niihin tehtiin kor- jauksia. Potilasohjeet päivitettiin yhtenäiseksi Meilahden sairaalan ja

Peijaksen sairaalan urologisia potilaita hoitavien yksiköiden kesken. Vuodeosastot päivittivät myös omat ohjeensa yhdessä asiantuntijahoitajien kanssa. Yhteistyökokouksia pidettiin kahden vuoden aikana yhdeksän kertaa, joihin osallistui vastuuhenkilöistä sairaanhoitajia eräältä poliklinikalta, vuodeosastolta ja fysioterapeutteja fysioterapian yksiköstä. Tapaamisiin osallistuivat myös ylihoitaja ja osastonhoitaja vatsakeskuksesta. Yhteistyötä potilasohjeiden päivittämisessä tehtiin myös hoidonvaraajien kanssa. Yhtenäistetyt potilasohjeet hyväksyttiin urologeilla.

Urologisen potilaan hoitoketjua kehitettiin päivittämällä ja yhtenäistämällä ohjeita tutkimuksiin Meilahden ja Peijaksen sairaalaan välillä. Samalla saatiin uusittua yleisimpiä urologisten potilaiden leikkausohjeita ja polikliinisiä toimenpideohjeita. Ohjeet käännettiin myös englannin- ja ruotsinkielelle. Lisäksi henkilökuntaa opastettiin osastotunneilla ohjeiden hakemisessa Intrasta tai tarvittaessa henkilökohtaisesti.

Potilasohjeiden päivitys helpotti potilaan hoitoa hoitoketjussa ja potilas sai paremman avun, koska potilasohjeet olivat yhteneväiset. Arvioinnissa todettiin, että yhteistyötä tulisi olla enemmän ja säännöllisemmin. Yhteistyötä toivottiin jatkossa myös lisättävän muiden ammattiryhmien kesken.

## 8 POHDINTA JA OMA AMMATILLINEN KASVU

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli kehittää kirurgisen potilaan hoitoketjua Peijaksen sairaalassa. Kehittämistehtävän tavoitteena oli kuvata koordinoivien hoitajien hoitoketjuihin tehdyt parannukset PDCA- mallin mukaisesti.

HUS lupaa potilailleen turvallisen, laadukkaan ja vaikuttavan hoidon. Tämän toteutuminen vaatii osaavaa, ammattitaitoista ja motivoitunutta henkilökuntaa, jotka tekevät hoitotyötä potilaan parhaaksi. Peijaksen sairaalassa hoidamme kirurgisia potilaita samojen arvojen mukaisesti. Jotta potilas saa parhaan mahdollisen hoidon, on hoitoketjujen oltava kunnossa. Hoitoketjujen sujuva toiminta korostuu tulevina vuosina sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksien kautta. Tällöin hoitoketjuissa korostuu näyttöön perustuva toiminta.

Näyttöön perustuva toiminta tuo potilaan hoitoon tasaista laatua. Tällöin vältytään hoidon tason ja palvelun vaihtelulta, ylimääräisiltä kustannuksilta ja hoidosta johtuvista haittavaikutuksista. Näyttöön perustuva hoitotyö asettaa kaikki potilaat samanarvoiseen asemaan, koska hoito toteutetaan aina samalla tavalla ja se perustuu tutkittuun tai käytännössä opittuun tietoon. Lisäksi suuri organisaatio kuten HUS tarvitsee yhteisiä toimintamalleja tuottaakseen kaikille tasaisen laadukasta hoitoa.

Peijaksen sairaalassa hoitoketjujen käytäntöjä valittiin yhdistämään neljä koordinoivaa hoitajaa, joiden johdossa käytiin läpi potilaan hoitoketjussa ilmenneitä ongelmia kaikkien ketjuun kuuluvien tahojen kanssa. Koordinoivat hoitajat esittelivät toimintojaan osastonhoitajien kokouksessa maaliskuussa 2018. Siellä oltiin tyytyväisiä tuloksiin, joita oli saatu. Kaikkien tapaamiset eivät olleet sujuneet aina hyvin. Ongelmia oli ollut, että kaikista yksiköistä ei ollut nimettyjä vastuuhenkilöitä. Tapaamisien järjestäminen oli ajoittain ollut haastavaa, koska kaikki kutsutut hoitoketjun osapuolet eivät olleet saapuneet paikalle. Silloin päätöksiä ei voitu tehdä. Koordinoivien hoitajien toiminta koettiin kuitenkin tärkeäksi ja sitä päätettiin jatkaa edelleen. Sitoutuminen kehitysohjelmaan vaatii aikaa ja resursseja. Jokaiselta osallistujalta ja hänen esimieheltänsä tarvitaan tahtotila kehitysohjelman eteenpäin viennille. Hoitoketjun haasteet, joita koordinoivilla hoitajilla oli työn alla tai olivat jo ratkoneet yhdessä yksiköiden kanssa, liittyivät muun muassa yhtenäisiin potilasohjeisiin, raportointiin ja hoitotyön laadun mittaamiseen.

Suurin yhteinen haaste Peijaksen sairaalan yksiköillä on saada hoitotyön laatumittarit käyttöön kaikissa yksiköissä. Henkilökunta on kokenut laatumittareiden täyttämisen kömpelöiksi ja aikaa vieviksi. Niihin ei ole syntynyt rutiinia, joka ottaisi ne osaksi päivittäistä toimintaa. Henkilökunnan ymmärrystä hoitotyön laadunmittaamisesta on yritetty lisätä monella eri tavalla. Asiasta on pidetty osastotunteja, joissa mittareiden käyttöä on käsitelty. Tämän lisäksi henkilökunta on saanut työaika laatumittareiden käyttöön liittyvään verkkokurssiin. Kuitenkin laatumittareihin liittyvä asenne on ollut haastavin. Henkilökunta ei ole sisäistänyt syitä miksi mittareiden käyttö on tärkeää ja mitä niillä tavoitellaan. Henkilökunta on viestittänyt turhautumisen mittaamiseen, koska henkilökunta ei ole kokenut aiempien mittaamisten tuovan yksiköihin parannuksia. Ymmärryksen ja motivoinnin lisääminen olisi mittareiden käyttöönoton kautta tärkeintä. Motivaatiota lisääisi myös se, että kaikki hoitoketjun yksiköt sitoutuisivat laatumittareiden täyttämiseen, vaikka olisi kiirekin. Tällöin seuraavan on sujuvampi jatkaa laadun mittaamista ja tämä lisää motivaatiota laatumittareiden käyttöön. Tämä voisi olla jatkotutkimuksen aihe, jossa tutkittaisiin esteitä laatumittareiden käytölle. Tällöin voitaisiin pureutua niihin ongelmiin, jotka ovat esteenä mittareiden käyttämiselle. Laatumittareita kuitenkin tulisi täyttää niiden tuoman informaation vuoksi, ei täyttämisen vuoksi. Työntekijän osallistaminen voisi onnistua koulutuksen lisäämisen kautta. Näin tieto tulisi päivittäiseen käyttöön kollegalta toiselle ja asenne vastaanottamiseen on helpompaa. Parhaimmillaan niillä havainnoidaan syntyviä ongelmia, kuten painehaavariskiä ajoissa ja ongelma saadaan estettyä. Aito palkitseminen laadun parantajana ja sen esiin tuomisena on henkilökunnalle tärkeää. Positiivinen palaute lisää halua onnistua ja yltyä parempiin tuloksiin. Yhteishenki paranee, kun onnistutaan, eikä kehitettävät asiat tunnu pakonomaisilta. Henkilökunta on tehnyt tätä työtä jo vuosia ennen mittaamisen näkyväksi tuomista, siksi ymmärrys miksi työ halutaan näkyväksi, on tärkeää. Parhaimmillaan potilaan hoito on riittävää, oikea-aikaista ja taloudellisesti kannattavaa, kun komplikaatioita ei pääse syntyämään. Tämä ennaltaehkäisy onkin laatumittareiden yksi tärkeimmistä vaikutuksista.

Hoitotyön laadunmittaamista tehostettiin, kun HUS halusi mukaan Magneettisairaala statuksen hakuprosessiin. Magneettisairaalamalli edellyttää, että sen sairaaloissa pidetään näkyvästi yllä hoidon tasoa. Lisäksi Magneettisairaaloissa halutaan tuottaa näyttöön perustuvaan hoitotyöhön liittyviä tutkimuksia ja tuoda niiden kautta parasta hoitoa potilaalle. Magneettisairaalamalli tuo koko potilaan hoitoketjuun parannuksia, koska kaikki toiminta tehdään näkyväksi potilaan etu edellä. Näin saavutetaan parhaat tulokset. Henkilökunnan ja hoitotyön johtamisen tulee olla ajan tasalla annettavasta hoidosta, jotta se voi uudistua koko henkilökunnan kanssa. Magneettisairaalat ovat vetovoimaisia ja tutkimuksien mukaan

tuottavat hyviä tuloksi niin potilaiden hoitoon kuin henkilökunnan hyvinvointiin ja sitoutumiseen. Tie kohti Magneettisairaala on pitkä ja vaatii runsaasti ponnisteluja. Onnistuessaan siitä hyötyvät kaikki ja vaikka status jäisi saavuttamatta, on hoitoon tehty panostukset kaikkien etu.

Peijaksen sairaalassa on pitkä historia kirurgisen potilaan hoitotyöstä. Vuosien kuluessa erikoisaloiksi Peijaksen sairaalaan on tullut ortopedia ja urologia. Molempien erikoisalojen henkilökunta on kehitysmuonteista ja sitoutuneet hoitotyön kehittämiseen. Hoitotyön asiantuntijaryhmät ovat mahdollistaneet hoitotyön kehittämisen. Näyttöön perustuvan hoitotyön mukana Peijaksen sairaalassa kehitettiin hoitotyön käytäntöjä ja yhtenäistetty muun muassa potilasohjeita. Kun potilaan ohjaus on selkeää ja riittävä, saa potilas siitä parhaan mahdollisen hyödyn. Kun havaitaan saman ongelman tai kysymyksen toistuminen usealla potilaalla, mietitään tällöin, kuinka ongelma voidaan ratkaista. Tässä kehitysprojektissa onnistuttiin luomaan yhdistettyjen potilasohjeiden lisäksi yhteisiä käytäntöjä arkeen. Yhtenäiset käytännöt esimerkiksi raportoinnista ja potilaan hoidon valmisteluissa vähentävät virheiden määrää, kun muistilistat helpottavat työntehoa. Näin laatu paranee.

Hoitoketjussa tarvitaan jokaisen yksikön mutkatonta yhteistyötä. Jokaisen yksikön on huomattava oma tärkeä roolinsa potilaan hoitoketjussa. Tämän kehitysprojektin myötä useat mukana olleet ovat todenneet, että yhteistyö ja kommunikointi on tärkeää. Toisen työn ymmärrys ja arvostus lisää hyvää yhteistyötä potilaan hoitoketjussa toimivien yksiköiden välillä. Sopimukset hoidosta yksiköiden välillä tehdään, jotta potilas saisi oireidensa mukaista hoitoa oikeassa paikassa.

Kehitysprojektin tekeminen vaatii riittäviä resursseja. Työ sujuu nopeammin ja hyvät käytännöt saadaan käyttöön nopeammin, jos henkilökunnalla on mahdollisuus vähentää perustyötä kehitysprojektin tekemisen aikana. Normaali työn tekeminen samaan aikaan on kuormittavaa ja hidastaa tulosten syntymistä. Tämän kehitysprojektin myötä olen oppinut, että vastuuta on opittava jakamaan projektin eri vaiheissa. Joskus se on työlästä, mutta kantaa myöhemmin hedelmää. Kehitysprojekti on opettanut minulle päätöksen tekoa ja lisännyt luottamusta yhdessä tekemisen merkityksestä. Toisen hoitotyön tekijän näkökulmien kuuleminen ja huomioiminen on lisännyt kollegan tekemän työn kunnioitusta.

Kirurgisen potilaan hoitoketjussa on useita kehitettäviä kohteita, mitä voidaan kehittää. Esimerkiksi päivystyspotilaan hoitoketjua voisi tarkastella

palvelumuotoilun avulla. Näin voitaisiin ottaa huomioon potilaslähtöisyys hoitotyössä kokonaisvaltaisesti. Palvelumuotoilulla tuotettu tieto lisäisi henkilökunnan ymmärrystä siitä mikä palvelussa on potilaalle tärkeää ja mihin henkilökunnan on suunnittelussa tulevaisuudessa kiinnitettävä enemmän huomioita. Hoidon on kehityttävä maailman mukana, koska kilpailu potilaista kiristyy koko ajan. Hoidon laatu ja talous on pysyttävä taseisina, koska kaikki ovat oikeutettuja hyvään hoitoon.

**LÄHTEET**

Aittakorpi, T. Heikkilä, A. Junntila, K. Ritmala-Castren M. Torppa K. (2017) *HUS hoitotyön vuosikertomus 2016: Hoitotyötä potilaan parhaaksi*. Helsinki: HUS-julkaisut

Autio Eva, Koivula Meeri, Aho Anna Liisa, Joronen Katja, Rantanen Anja, 2016. Artikkelinäyttöön perustuvan hoitotyön vahvistaminen terveydenhuollossa projektin avulla. Luettu 26.2.2018 <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100269/978-952-03-0332-7.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. (2015). *Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva Hoitotyö 1/2015, 13-23*. Haettu 7.1.2019 osoitteesta <http://www.emagz.fi.ezproxy.hamk.fi/reader/issue/10228/177284/12>

Eriksson, K. Isola, A. Kyngäs, H. Leino-Kilpi, H. Lindström, U. Paavilainen, E. Pietilä, A-M. Salanterä, S. Vehviläinen-Julkunen, K. Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. Helsinki: SanomaPro

Heino, T. (2005). *Päiväkirurgisen polvitähystyspotilaan ohjaus ja perheenjäsenen näkökulmasta*. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampensis 1077. Haettu 14.8.18 osoitteesta <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6290-4>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (2015). *Potilasturvallisuussuunnitelma 2015- 2016*. Haettu 8.1.2019 osoitteesta [http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS%20Potilasturvallisuussuunnitelma%202015-16\\_28052015%20hallitukseen.pdf](http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS%20Potilasturvallisuussuunnitelma%202015-16_28052015%20hallitukseen.pdf)

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A.& Seppänen, S. (2013). *Johda NÄYTTÖ KÄYTTÖÖN hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell oy

HUS (2018). *Hoitoketjut*. Haettu 10.4.2018 osoitteesta <http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/Sivut/default.aspx>

HUS (2014). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuus- suunnitelma 2014- 2015. Haettu 24.1.2019 [http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS\\_Potilasturvallisuus suunnitelma.pdf](http://www.hus.fi/potilaalle/Documents/HUS_Potilasturvallisuus suunnitelma.pdf)

HUS-tason painehaavatyöryhmä & HUS Yhtymähallinto, hoitotyön johdon kokousmuistio 22.1.2018, HUS hoitotyön johtoryhmä.

HUS-tason kaatumisen ja putoamisten ehkäisyn työryhmä & HUS Yhtymähallinto, hoitotyön johdon kokousmuistio 22.1.2018, HUS hoitotyön johtoryhmä.

HUS (2015). *HUS:n hoitotyön ammatillinen toimintamalli 2015*. kokousmateriaali HUS:n hoitotyön johtoryhmän kokoukseen 20.5.2015. Haettu 22.8.2018. [www.husintranet.fi](http://www.husintranet.fi)

HUS (2017). *Hoitotyön vuosikertomus 2017- Yhdessä tekemällä hyviin tuloksiin*. HUS Hoitotyön johto. Helsinki: HUS- julkaisut. Haettu 4.2.2019 osoitteesta [http://niinidigi.kopioniini.fi/hus/hus\\_hoitotyön\\_vuosikertomus\\_2017/page\\_1.html](http://niinidigi.kopioniini.fi/hus/hus_hoitotyön_vuosikertomus_2017/page_1.html)

JBI (2019). Näyttöön perustuva toiminta. Suomenkieliset JBI- suositukset. Haettu 15.1.2019 osoitteesta <http://www.hotus.fi/jbi-fi/suomenkieliset-jbi-suositukset>

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio - Pulkki, M-L., Kaila, M., Tu- lonen - Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P. & Komulainen, J. (2006). *Hoitosuosituksista hoitoketjuksi*. Helsinki: Suoma- lainen Lääkäriseura Duodecim.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. (2018). *Näyttöön pe- rustuva toiminta tarpeesta tuloksiin*. Hotus Hoitotyön tutkimussäätiö. BoD- Books on Demand, Norderstedt, Saksa.

Korhonen, T., Holopainen, A., Kejonen, P., Meretoja, R., Eriksson, E. & Kor- honen, A. (2015). *Hoitotyöntekijän tärkeä rooli näyttöön perustuvassa toi- minnassa Tutkiva Hoitotyö 1/2015, 44- 51*. Haettu 7.1.2019 osoitteesta <http://www.emagz.fi.ezproxy.hamk.fi/reader/issue/10228/177284/12>

Kouri, I. (2009). *Lean taskukirja*. Haettu 4.3.2019 osoitteesta <https://docplayer.fi/7430652-Ilkka-kouri-lean-taskukirja.html>.

Kotila, J., Salonen, A., Kallakorpi, S. & Ritmala- Castren, M. (2015) Kollegiaalisuus kansainvälisessä yhteistyössä. *Hoitotyön vuosikirja 2015 Kollegiaalisuus hoitotyössä*.

Kukkola, E. (2011). *Peruspeliä johtaja! Peruspeliä! Johtaminen on palveluammatti. Johtamistaidon opas 1*. Helsinki: Books on Demand GmbH

Laamanen, K. & Tinnilä M. (2009) *Prosessijohtamisen käsitteet*. Espoo: Teknologia teollisuus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Haettu 4.3.2019 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Leikoski, K. (2018). YouTube- video, *Miksi kivun arviointi on tärkeää?* Haettu 19.8.2018 [Terveyskylä.fi](http://Terveyskylä.fi), kivunhallintatalo

Lehto, T. (2017). Potilasohjauksen kehittäminen urologiassa. HUSin Taitava- hoitajakoulutus. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Meretoja, R.& Koponen, L. Vetovoimainen sairaala. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2008*. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut oy, 9-10.

Nuutinen M. (2000). *Hoitoketju. Duodecim 116/2000*. Haettu 4.3.2019 osoitteesta <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91721.pdf>

Nuutinen M. (2017). *Sote-uudistus haastaa hoitoketjut. Duodecim 2017/133*. Haettu 4.3.2019 osoitteesta <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2017/13/duo13795>

Orell- Kotikangas, H., Antikainen, A.& Pihlajamäki J. (2014). *Sairaalapotiilaan vajaaravitsemuksen havaitseminen ja hoito. Duodecim 21/2014*. Haettu 8.1.2019 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo11941>

Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. (1999) *Seitsemän laatupolkua: Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto

Paasivaara L., Suhonen M & Nikkilä J. (2008). *Innostavat projektit*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto.

Palomaa, T. (2017). Kirurgisen potilaan hoitoketjun kehittäminen. Aloituskokous 28.9.2017, Peijaksen sairaala.

Ruuska, K. (2006) *Terveydenhuollon projektinhallinta, mallit, työkalut, ihmiset*. Helsinki: Talentum

Salonen A. (2017). Hoitotyön laatumittari. Osastotunti Peijaksen pkl 18.8.2017, Peijaksen sairaala

Salonen A. ja Palomaa T. TUPLA NYT. Haettu 2.9.2017 osoitteesta <http://intranet.hus.fi/Ajankohtaista/tiedotteet/Sivut/Tupla-NNYT---kesäkuu 2017.aspx>

Sarajärvi, A. Mattila, L-R. Rekola, A. 2011 *Näyttöön perustuva toiminta; Avain hoitotyön kehittämiseen*. WSOYpro, Helsinki.

Schidt, M. (2015). *Tuleeko Suomeen Euroopan ensimmäinen Mageettisairaala?* Haettu osoitteesta 7.1.2019 <https://sairaanhoitajat.fi/2016/tuleeko-suomeen-euroopan-ensimmainen-magneettisairaala/>

Silfverberg, P. (2007). *Ideasta projektiksi, projektityön käsikirja*. 1.painos. Helsinki: Edita Publishing Oy

Siltanen, H., Poikkeus, T., Renholm, M., Holopainen, A., Torppa, K. & Hupli, M. (2013). Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen HUSissa. *Pressi* 2013(3), 24- 28.

Silvennoinen-Nuora, L. (2010). *Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin*. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1006. Haettu 3.8.2018 osoitteesta <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8251-9>

Suomen potilasturvallisuusyhdistys (2014), Potilas turvallisuuden työkaluja, ISBAR- raportointi. Haettu osoitteesta 24.1.2019 [http://77.86.226.93/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/akm\\_Potilasturvallisuuden\\_tyokalut\\_2014.pdf](http://77.86.226.93/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/akm_Potilasturvallisuuden_tyokalut_2014.pdf)

Syväoja, P.& Äijälä,O. 2009 *Hoidon tarpeen arviointi*. 1.painos. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Haettu 8.8.2018 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326#Pidp446430624>

Terveyskylä (2018). Nivelotalo. Tekonivelkirurgia HUS- alueella. Haettu 17.8.2018 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/nivelotalo/palvelut/hus/tekonivelkirurgia-hus-alueella>

Terveyttä tieteestä (2015). Artikkelit 3.11.2015. Haettu 28.3.2018 osoitteesta <http://terveyttatieteesta.blogspot.fi/2015/11/magneettisairaalamalli-matkalla-kohti.html>

Torppa, K. (2018). Matkalla kohti magneettisairaala – miksi ja miten? *Duodecim* 3/2018. Haettu 17.8.2018 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/3/duo14159>

Virtanen, P. (2000) *Projektityö*. Helsinki: Wsoy yritysjulkaisu

Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J. (2008). *Ihmisen hyvä Ettiikka lähihoitotyössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Yli-Knuuttila, H. (2012) *Projektit uuden luojina ja oppimisen mahdollistajina. Työelämää kehittämässä, Ammattikorkeakoulu projektimaisen kehittämisen kumppanina*. Tampere: Tampereen yliopisto-Juvenes Print Oy

## LIITTEET

## LIITE 1 Kysely koordinoiville hoitajille

Hyvä Peijaksen koordinoivahoitaja!

Opiskelen Hämeenlinnan ammattikorkeakoulussa YAMK-tutkintoa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen linjalla. Teen opinnäytetyöni Kirurgisen potilaan hoitoketjun kehittämisestä Peijaksen sairaalassa. Jokainen koordinoivahoitaja on aloittanut kehittämisen omassa segmentissään. Toivoisin saavani niistä PDCA-mallin mukaisesti arvioitane parannuksien etenemisestä.

PDCA-mallissa tarkoituksena on kehittää toimintaa jatkumona niin, ettei kehitys pysähtyisi vaan saisi jatkua aina uudelleen. Toivon, että täyttäisitte mukana olevaa kaavaketta, jota käytän hankkeesta raportoitamiseen.

PDCA- malli lyhyesti:

Suunnittele: Aseta ongelma tai tavoite hoitotyön kehitettävälle haasteelle tai parannettavalle prosessille.

Kuvaa menettelytavat. Mieti mitä haluatte saada aikaan?

Toteuta suunnitelma: Toimi suunnitelman mukaisesti. Sovella ja tarkkaile eteneekö suunnitelma toivotusti?

Arvioi: Kuinka on toimittu ja Mitä on saatu aikaan? Mitkä muutokset johtivat toiminnan parantumiseen?

Paranna: Kuinka parannettu idea toimii? Kuinka parannettu idea otettiin käyttöön? Syntyikö lisää parannuskohteita?

Pyydän teitä toimittamaan kaavakkeet sitä mukaan, kun saatte kehitettäviä asioita etenemään. Kuitenkin viimeistään 29.6.18 mennessä osoitteeseen Katja Kiviranta Peijas K3 1191013

Kysymykset [katja.kiviranta@gmail.com](mailto:katja.kiviranta@gmail.com) tai p.0405181577

Ongelman kuvaus ja muutoksen suunnittelu, parannuksen tavoite	Kuinka muutos toteutettiin?	Arvioi tehtyjä muutoksia. Tuliko tehtyä se mitä suunniteltiin?	Paranna ja kuinka se toimi? Syntyikö uusia muutoksia vaativia toimia?

## LIITE 2 ISBAR- raportointikaavake

**ISBAR** - KAAVAKE SUULLISEEN JA KIRJALLISEEN RAPORTOINTIIN

<b>I</b>	<b>Identify – Tunnista</b> Yksikkö/raportoija _____																																																							
	Potilaan nimi: _____ Henkilötunnus: _____ POSK _____ Tele _____ TVO _____ SIS _____ POSV _____ CCU _____ KIR _____ DNR _____ Eristys _____ Näytteet otettu _____ Lepovyöluvat _____ -> Koko																																																							
<b>S</b>	<b>Situation - Tilanne</b> Tulotilanne: _____ _____ _____																																																							
<b>B</b>	<b>Background – Tausta</b> Allergiat: _____ Perussairaudet: _____ _____ Lääkitys tarkistettu (Uranus): Kyllä _____ Ei _____																																																							
<b>A</b>	<b>Assesment - Nykytilanne</b> Mitä tehty? – toimenpiteet, tutkimukset, laboratoriotulokset, hoidot: _____ _____ _____ <table border="0"> <tr> <td>A = ilmatie</td> <td>Huoneilma _____</td> <td>HV _____</td> <td>VM% _____</td> <td>Optiflow/Airvo _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NIV _____</td> <td>Intuboitu _____</td> <td></td> <td>Hengitysmuoto:</td> </tr> <tr> <td>B = hengitys</td> <td>SpO2 _____</td> <td>Hf _____</td> <td></td> <td>O2: _____ PEEP: _____ PS: _____</td> </tr> <tr> <td>C = verenkierto</td> <td>Rytmi/tahdistin _____</td> <td>RR _____</td> <td>Pulssi _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Lämpö _____</td> <td>Viggo _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Arteriakanyyli (sijainti) _____</td> <td>Keskuslaskimokatetri _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Diureesi _____</td> <td>Kestokatetri (TVO-&gt;lämpö) _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D = tajunnantaso/neurologia</td> <td colspan="4">_____</td> </tr> <tr> <td>E = muut</td> <td>Dreenit _____</td> <td>NML _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ravitsemus PO/NML _____</td> <td>Ravinnotta _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Liikkumisluvat _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Omaiset: _____ Omaisuus luetteloitu: Vaatteet _____ Arvoesineet _____	A = ilmatie	Huoneilma _____	HV _____	VM% _____	Optiflow/Airvo _____		NIV _____	Intuboitu _____		Hengitysmuoto:	B = hengitys	SpO2 _____	Hf _____		O2: _____ PEEP: _____ PS: _____	C = verenkierto	Rytmi/tahdistin _____	RR _____	Pulssi _____			Lämpö _____	Viggo _____				Arteriakanyyli (sijainti) _____	Keskuslaskimokatetri _____				Diureesi _____	Kestokatetri (TVO->lämpö) _____			D = tajunnantaso/neurologia	_____				E = muut	Dreenit _____	NML _____				Ravitsemus PO/NML _____	Ravinnotta _____				Liikkumisluvat _____			
A = ilmatie	Huoneilma _____	HV _____	VM% _____	Optiflow/Airvo _____																																																				
	NIV _____	Intuboitu _____		Hengitysmuoto:																																																				
B = hengitys	SpO2 _____	Hf _____		O2: _____ PEEP: _____ PS: _____																																																				
C = verenkierto	Rytmi/tahdistin _____	RR _____	Pulssi _____																																																					
	Lämpö _____	Viggo _____																																																						
	Arteriakanyyli (sijainti) _____	Keskuslaskimokatetri _____																																																						
	Diureesi _____	Kestokatetri (TVO->lämpö) _____																																																						
D = tajunnantaso/neurologia	_____																																																							
E = muut	Dreenit _____	NML _____																																																						
	Ravitsemus PO/NML _____	Ravinnotta _____																																																						
	Liikkumisluvat _____																																																							
<b>R</b>	<b>Recommendation - Toimintaehdotus</b> Hoito-ohjeet nuijan alla: Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Erityistä, mitä? _____ Onko kysyttävää? _____																																																							

LIITE 3 Ohjeistus vihreän linjan potilaiden hoidosta

**TRAUMATOLOGINEN PÄIVYSTYSSALI virka-aikana klo 8.00-15.30 eli NS. VIH-REÄN LINJAN potilaat (tarkoittaa potilasta, joka pääsee päivystyspoliklinikalta kotiin odottamaan päivystysleikkausta)**

Päivystävä kirurgi tekee päätöksen vihreän linjan potilaasta: leikkauksen tarpeellisuudesta ja sen kiireellisyydestä ja konsultoi tarvittaessa ortopedia. Ensisijainen konsultti on päivän X:n osastovastaavana oleva traumaortopedi.

**Vihreänlinjan potilaasta faxataan aina tiedot X:lle (09-471 xxxxx) tai katso Operan uimaradalta**

**Potilaasta tehdään aina päivystys OPERA päivystyspoliklinikalla, johon merkitään:**

- **Dg. ja toimenpidenumerot**
- Leikkaava lääkäri, mikäli se on selvillä
- Leikkausajankohta, mikäli se on selvillä
- Mikäli leikkausmenetelmässä ym. epävarmuutta: ”Tarkista toimenpide leikkaajalta”
- Kysy päivystäjältä antibiootti profylaksia valmiiksi

**Potilaasta pitää olla tarkistettu ja merkitty potilaan taustatiedot Mirandaan**

- pituus ja paino
- potilaan taustatiedot: sairaudet, lääkitykset, allergiat, aiemmat leikkaukset, altistukset, alkoholin käyttö, tupakointi yms.

**Potilaan tulee olla valmiina leikkaukseen eli potilaalla pitää olla**

- 1) dg + tmp koodit eli **Opera** tehtynä (ilmoitus listanvetäjälle)
- 2) **otettuna tarvittavat laboratoriotulokset:** NTA, VR, X-KOE kaikilta
  - gluk-mittaus pikamittari riittää, ei tarvita paastosokeria
  - TT % -> ei tarvita täysin terveistä nuorista alle 40 vuotiaista
  - ekg yli 60 vuotiaista sekä jos on riskitekijöitä,
  - alat mikäli alkon käyttöä
- 3) **anestesiakonsultaatio** virka-aikana tehty päiväpäivystäjä puh 050 428xxx, lyhytvalinta xxxxx, muuna aikana osasto konsultoi anestesia lääkäriä
- 4) **Potilaalle tulee ohjata leikkausvalmistelut** (rtta klo 24 jälkeen, suihku ennen sairaalaan tuloa sekä leikkausaamuna otettavat kotilääkkeet)
- 5) tehty mahdollinen **verivaraus**-> kirurgi päättää

**HUOM!** kun potilas pääsee kotiin odottamaan leikkausta, niin **yhteystiedot (puhelinnumero) pitää olla päivitettyinä ja kirjattuna**

**Os. X:n jononhoitaja tai vuorovastaava sopii vastuulääkäreiden kanssa leikkauksen päivän.**

Åkerback hyväksynyt 12/2017