

Opinnäytetyö (YAMK)

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Kevät 2011

Satu Piiparinen

OVI-malli tehostamaan lapsipotilaiden leikkausprosessia

**henkilökunnan kokemuksia mallin
toimivuudesta**



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja ylempi AMK | Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

Kevät 2011 | 64 + 10

Satu Piiparinen

OVI-MALLI TEHOSTAMAAN LAPSIPOTILAIDEN LEIKKAUSPROSESSIA: HENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA MALLIN TOIMIVUUDESTA

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli saada uusi toimintamalli, odotustila, toimimaan lasten leikkausosastolla. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten henkilökunta kokee toiminnan muutoksen ja toiminnan sujuvuuden.

Kehittämiprojekti toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Lasten ja nuorten sairaalan anestesia- ja leikkausosastolla. Koko kirurgisen puolen henkilökunnalle järjestettiin kysely sen hetkisestä toimintamallista. Tämän jälkeen odotustila pilotoitiin kahdessa osassa. Toisessa osassa vanhemmat otettiin lapsen mukaan odotustilaan odottamaan leikkaussaliin pääsyä. Odotustilan pilotoinnin aikana kysely henkilökunnalle järjestettiin uudelleen. Kyselyjen tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten uusi toimintamalli vaikuttaa eri henkilöstöryhmien työhön ja siitä, muuttuuko toiminta sujuvammaksi anestesia- ja leikkausosastolla.

Projektin myötä odotustila muodostui osaksi normaalia toimintaa anestesia- ja leikkausosastolla. Vuodeosastojen hoitohenkilökunnan mielestä heidän työnsä muuttui sujuvammaksi ja heiltä jäi enemmän aikaa muille potilaille, kun esilääkityn potilaan valvonta siirtyi odotustilaan. Leikkausosastolla oli kaikki tarvittavat asiakirjat paremmin potilaan mukana ja sen myötä työ muuttui sujuvammaksi. Vanhemmilta leikkausosaston hoitajat saivat paljon arvokasta tietoa lapsipotilaasta.

ASIASANAT:

Odotustila, Lapsipotilas, sujuva toiminta, leikkaussali

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Degree Programme in Management and Leadership in Health Care

Spring 2011 | 64 + 10

Satu Piiparinen

HOLDING AREA MINIMIZES THE DELAYS IN OPERATION ROOM – OPINIONS OF THE PERSONNEL

There are many things that affect fluent organization in operating room. The common delays are missing papers, personnel availability and patient transportation.

The purpose of this project was to get a holding area in use. Another purpose was to get personnel's opinions of the new model and how that model affected their work.

The project was carried out in the Helsinki University Hospital for Children and Adolescents. In this project the holding area was piloted. A questionnaire was given to the whole personnel before the piloting period. A new questionnaire was given to whole personnel during the piloting period. With these questionnaires personnel's opinions about fluent work and new model of working were studied. The pilot period was divided into two groups. In the beginning no parents were taken to the holding area. In the end of piloting parents were taken to holding area with the child.

The results showed that the holding area eased nurses' work at the ward. There were not so much missing papers in the operating room during the piloting period. The personnel in the operating room thought that their work was more fluent than before the holding area. Nurses in the operating room got valuable information about the child from parents.

This may indicate that holding area eases in organizing work in the operation room. Holding area is now a normal part of work in operating room.

KEYWORDS:

Holding area, child, fluent organization, operating room

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	7
2	KIRJALLISUUSKATSAUS	9
2.1	Leikkaussalitoiminta ja sen tehokkuus	9
2.2	Leikkaussalitoiminnan mallit	11
2.3	Vanhempien läsnäolo	12
2.2.1	Peräkkäisten toimintojen malli	11
2.2.2	Leikkaussalitoiminnan limittäisten toimintojen mallit	11
3	KOHDEORGANISAATION KUVAUS	15
3.1	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	15
3.2	Arvot ja strategia	15
3.3	Lasten ja nuorten sairaala	17
3.4	Anestesia- ja leikkausosasto	18
4	KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS	19
4.1	Projektiorganisaatio	19
4.2	Kehittämisprosessin vaiheet	22
5	PROJEKTIN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS	26
5.1	Tavoite ja tarkoitus	26
5.2	Projektiaineisto	26
5.3	Tutkimuksen luotettavuus	31
5.2.1	Projektiaineiston yleisiä piirteitä	26
5.2.2	OVI-mallin pilotointi	27
5.2.3	Kyselyaineisto	28
5.2.4	Kyselyaineiston analysointi	30
5.4	Tutkimuksen eettisyys	33
6	TUTKIMUSTULOKSET	35
6.1	Odotustilan pilotointi	35
6.2	Vuodeosaston hoitohenkilökunnan kokemukset toiminnan muutoksesta ja sujuvuudesta	35
6.3	Leikkausosaston hoitohenkilökunnan kokemukset toiminnan muutoksesta ja sujuvuudesta	37
6.4	Anestesia- ja leikkausosaston hoitohenkilökunnan kokemukset toiminnan muutoksesta ja sujuvuudesta	39
6.5	Kirurgien kokemukset toiminnan muutoksesta ja sujuvuudesta	40

6.6 Odotustilan hoitajan kokemuksia toiminnan sujuvuudesta ja muutoksesta	42
6.7 Tulosten pohdintaa	50
7 LOPPUTULEMA	54
7.1 OVI-malli	54
7.2 Kehittämiprojektiin liittyvien riskien arviointi	55
7.3 Projektipääällikkönä kehittämishankkeessa	57
8 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA	59
LÄHTEET	60

LIITTEET

- Liite 1. OVI- projektin nykytilan kartoitus leikkausosaston hoitajille
- Liite 2. OVI- projektin holding ajan kartoitus leikkausosaston hoitajille
- Liite 3. OVI- projektin nykytilan kartoitus vuodeosaston hoitajille
- Liite 4. OVI- projektin holding ajan kartoitus vuodeosaston hoitajille
- Liite 5. OVI- projektin kartoitus holding tilan hoitajalle
- Liite 6. OVI- projektin nykytilan kartoitus kirurgeille
- Liite 7. OVI- projektin holding ajan kartoitus kirurgeille
- Liite 8. OVI- projektin nykytilan kartoitus anestesia- ja lääkäriin
- Liite 9. OVI- projektin holding ajan kartoitus anestesia- ja lääkäriin

KUVIOT

- Kuvio 1. HUS:n strategiakartta: ”Huippusairaala” (mukaeltu HUS:n strategia vuosille 2007-2015)
- Kuvio 2. Projektioorganisaation rakenne
- Kuvio 3. Kehittämiprojektin vaiheet
- Kuvio 4. Projektin ajallinen eteneminen
- Kuvio 5. Vuodeosaston hoitohenkilökunnan mielipiteet
- Kuvio 6. Leikkaussalihoitajien mielipiteet
- Kuvio 7. Anestesia- ja lääkäriin mielipiteet
- Kuvio 8. Kirurgien mielipiteet
- Kuvio 9. Raportin kattavuus
- Kuvio 10. Raportoinnin tietosuoja
- Kuvio 11. Tarpeellisten asioiden mukanaolo
- Kuvio 12. Puutteet leikkaussaliin mennessä
- Kuvio 13. Odotustilassa selvinnyt tieto
- Kuvio 14. Vanhempien läsnäolo
- Kuvio 15. Potilaan viettämä aika odotustilassa

Kuvio 16. Potilaan tapaaminen odotustilassa

Kuvio 17. Yhteenveto tuloksista ja pohdinta

KUVAT

Kuva 1. Odotustila

1 JOHDANTO

Sairaanhoidon resurssit tulevat vähenemään entisestään seuraavien vuosien aikana. Jo tällä hetkellä pula osaavasta henkilökunnasta on tosi asia ja suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle tilanne huononee entisestään. Henkilökuntapula tiedostetaan, mutta ratkaisuja siihen ei ole keksitty. Toimintatapojen jatkuvalla kehittämisellä tarpeisiin on mahdollista edes jotenkin vastata. (Kivisaari & Saranummi 2006, 11–12; Pälve & Kaukonen 2009; Peltokorpi 2010.)

Toiminnan ja prosessien kehittäminen merkitsee muutosta, jonka tarkoituksena on parantaa toimintaa tai työolosuhteita. Toiminnan ja prosessien kehittäminen lähtee asiakkaan tarpeesta. Usein tavoitteena on pureutua tuottamattomiin toimintoihin. Kehitystyön tarkoituksena on esimerkiksi saada tyytyväisiä asiakkaita tai parantaa henkilöstön työhyvinvointia. Onnistuneen prosessin kehittämisen tuloksena saadaan minimoitua käytettävät resurssit tai prosessista saadaan joustava ja olosuhteisiin helposti mukautuva. (Korhonen ym. 2000; Tuomi 2000.)

Onnistuneeseen muutokseen tarvitaan hyvää yhteishenkeä. Tärkeää on, että henkilökunta toimii yhteistyössä muutoksen aikaansaamiseksi. (Kotter 1996, 4-5; Valpola 2004, 26-35; Valpola 2007.) Organisaation nykytilan selvittäminen on lähtökohta aloitettaessa kehittämään mitä tahansa prosessia. Lähtemällä liikkeelle nykytilanteesta saadaan kehitystyölle luotua kestävä pohja. Selvityksen tarkoituksena on saada tietoa eri sidosryhmien ja yhteistyökumppaneiden tarpeista sekä mallintaa prosessit kokonaisuutena. Ideana on kuvata senhetkisen tilanteen vahvuudet, heikkoudet, eri työvaiheet,

työmenetelmät ja työvälineet. Tällaisella menetelmällä saadaan yksittäinen työneekijäkin huomaamaan koko prosessi eikä pelkästään yksittäistä työtehtävää. Myös se kuva, miten eri prosessit liittyvät toisiinsa, hahmottuu perusteellisen selvityksen myötä eri tavalla. (Korhonen ym. 2000; Tuomi 2000.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluvan Lasten ja nuorten sairaalan anestesia- ja leikkausosastolle valmistuivat uudet tilat marraskuussa 2010. Työyhteisössä oli tapahtumassa iso rakenteellinen muutos. Siirtyminen uusiin tiloihin päätettiin tehdä siten, että uusia toimintatapoja ja uutta toimintakulttuuria kehitetään entistä toimivammaksi. Yhdeksi uudeksi toimintamalliksi muodostui käytäntö, jossa potilaat odottavat lyhyen aikaa ennen leikkaussaliin pääsyä. Lisäksi uudenlainen prosessi mahdollisti vanhempien läsnäolon lapsensa kanssa leikkaussalialueella.

Tämä kehittämisprojekti on osa HUS:n tutkimus- ja kehittämishanketta ”Odotustila viiveiden vähentäjänä” vuodelle 2010. Hankkeen tarkoituksena oli lisätä lapsipotilaiden leikkauskapasiteettia ja sujuvoittaa toimintaa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada odotustila toimimaan sekä tietoa siitä, miten henkilökunta kokee muutoksen ja toiminnan sujuvoitumisen. Ennen toimintamallin pilotointia kysyttiin henkilökunnan mielipidettä perinteisen mallin toiminnasta. Uusi kysely suoritettiin pilotointivaiheen loppupuolella, jolloin kysyttiin henkilökunnan mielipidettä odotustila (OVI)- mallin toimivuudesta ja sen vaikutuksista omaan työhön.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Leikkaussalitoiminta ja sen tehokkuus

Leikkausprosessi koostuu eri vaiheista. Prosessi alkaa siitä, kun potilas saapuu leikkausosastolle. Samalla potilaan voinnista vastaanotetaan raportti. Seuraavaksi potilas siirretään leikkaussaliin, missä hänet valmistellaan anestesiaa varten. Anestesian valmistelu sisältää viggon laitton, monitoroinnin aloituksen, potilaan informoimisen ja huomioimisen. Anestesian ollessa valmis, potilas nukutetaan. Kun potilas nukkuu, hänet valmistellaan toimenpiteeseen. Toimenpiteeseen valmistelu sisältää asennon laitton, instrumenttipöydän teon, pesun ja peittelyn. Kun kaikki nämä on tehty, on potilas valmis toimenpiteeseen. Kirurgi kutsutaan yleensä potilaan peittelyvaiheessa pesulle. Toimenpide alkaa, kun kaikki ovat valmiita. Kun toimenpiden päättyy, peittelyt puretaan, instrumentit kootaan ja potilas herätetään. Kun potilas on hyvin hereillä ja siirtokunnossa, hänet siirretään salista heräämöhön. Heräämöhön annetaan raportti toimenpiteen tapahtumista. Heräämöstä potilas siirtyy takaisin vuodeosastolle, kun hän voi hyvin. Heräämöhoitaja raportoi vuodeosastonhoitajalle leikkaussalin ja heräämön tapahtumat. (Korte ym. 2000, 350-355, 368, 382, 386-394, 430-432, 442-445; Alho ym. 2004.)

Leikkaussalin pitäminen tyhjänä ja turhat viiveet toimenpiteissä tulevat kalliiksi. Israelilaisen tutkimuksen mukaan viiveet muodostavat pituudeltaan jopa viiden työpäivän mitan kuukaudessa (Weinboroum ym. 2003). Yleensä odotetaan jotakin toimenpiteeseen osallistuvaa henkilöä, papereita tai instrumentteja (Overdyk ym. 1998; Weinboroum ym. 2003).

Leikkaussalitoiminnan tehokkuuden mittaamiseen ei ole olemassa yhtenäistä mittaria, sillä leikkaussalit ovat luonteeltaan hyvin erilaisia. Huomion kiinnittäminen tuottamattomaan aikaan on tärkein asia tehokkuuden

lisäämiseen leikkaustoimintaa suunniteltaessa. (Torkki ym. 2007.) Yötyöllä tehokkuutta ei saada parannettua, sillä yötyö huonontaa henkilökunnan työhyvinvointia ja potilaan saaman hoidon laatua. Sen on todettu lisäävän myös komplikaatioiden määrää ja yötyötä tekevien henkilöiden terveydellisiä riskejä. Toimivalla leikkaustoiminnan ohjauksella saadaan resurssit siirrettyä päiväaikaiseen toimintaan. (Suomen lääkäriiliiton suositus 2005; Kallio ym. 2006; Marjamaa ym. 2009.) Esimerkiksi Sairaala Ortonissa saatiin toimintoja kehittämällä lisättyä kapasiteettia päivittäisessä toiminnassa jopa 16 prosenttia (Eklund ym. 2007).

Päivystystoimenpiteitä prorisoimalla on leikkaussaliaikaa saatu tehostettua. Esimerkiksi HUS:n Töölön sairaalassa ja Lasten ja nuorten sairaalassa päivystyspotilaat jaetaan kolmeen luokkaan kiireellisyysasteen mukaan: vihreät potilaat tulee leikata 72 tunnin, keltaiset potilaat 24 tunnin ja punaiset potilaat 6 tunnin sisällä hoitopäätöksen tekemisestä. Suuri osa potilaista voi odottaa leikkausta kotonaan. Arkipäivisin virka-aikana on yksi leikkaussali varattu päivystyspotilaiden käyttöön. Jokaisena arkipäivänä on käytössä myös väistösalin. Väistösalilla tarkoitetaan sitä, että ruuhkan tai resurssipulan takia päivystyspotilaat menevät suunniteltujen leikkauspotilaiden edelle. Tällä menetelmällä on yötyötä saatu vähennettyä ja henkilökunta työskentelemään pääosin päivä- ja ilta-aikaan. (Hovila ym. 2004; Kallio ym. 2006; Marjamaa ym. 2009.) Hovilan ym. (2004) tutkimuksessa huomattiin, että leikkaussalissa on viiveitä, joihin huomiota kiinnittämällä saadaan leikkaussaliaikaa entisestään tehostettua.

Pullonkaulateorian mukaan leikkaustoiminnan tehokkuuteen vaikuttaa alentavasti jokin kapeikko. Toimintaa saadaan tehostettua selvittämällä mikä kyseinen kapeikko on ja vaikuttamalla siihen. (Eklund ym. 2007.) Hovilan ym. (2004) mukaan vaihtoajat muodostavat useimmiten pullonkaulan. Vaihtoajalla tarkoitetaan sitä väliaikaa, mikä jää kahden potilaan väliin, kun leikkaussalissa

ei ole potilasta (Sokolovic ym. 2002). Vaihtoajat vaihtelevat suuresti. Ne riippuvat seuraavan toimenpiteen laajuudesta, mutta myös siitä, pystytäänkö seuraavan potilaan vaatimia valmisteluja tekemään limittäin edellisen toimenpiteen kanssa. (Marjamaa 2007.)

2.2 Leikkaussalitoiminnan mallit

2.2.1 Peräkkäisten toimintojen malli

Peräkkäisten toimintojen mallissa edellinen vaihe saatetaan aina lähes loppuun saakka ennenkuin seuraavaan vaiheeseen siirrytään (Marjamaa 2007). Peräkkäisten toimintojen mallissa leikkaussalin henkilöstö antaa puhelimitse vuodeosaston henkilökunnalle luvan esilääkintä seuraava potilas, kun edellinen toimenpide on päättymässä. Vasta kun sali on valmisteltu, uusi puhelinsoitto osastolle käynnistää potilaan siirron leikkausosastolle. Suullinen raportti salihenkilöstölle annetaan potilasta vastaanottaessa. Tässä samassa tilanteessa tarkastetaan, että kaikki paperit ja työkortit ovat mukana. Myös toimenpiteen tiedot tarkentuvat monesti tässä vaiheessa. Jos jotain puutteita ilmenee, ne jäävät hoidettaviksi, kun potilas on jo siirtynyt leikkaussaliin. Tällainen prosessi on haavoittuvainen moneltakin osin. Vuodeosastojen sairaanhoitajat saattavat olla kiinni toisen potilaan asioissa, kun heidän pitäisi lähteä tuomaan potilas leikkaussaliin tai esimerkiksi sairaalan hissiliikenne aiheuttaa odottamisia. (Alho ym. 2004.)

2.2.2 Leikkaussalitoiminnan limittäisten toimintojen mallit

Tavalla tai toisella toteutettu limittäisyys leikkausprosessissa parantaa potilaan saaman hoidon laatua ja lisää toiminnan tehokkuutta. Se tulee myös kustannuksiltaan halvemmaksi kuin perinteinen peräkkäisten toimintojen malli. (Marjamaa ym. 2004; Seim ym. 2006; Marjamaa 2007; Marjamaa ym. 2008.)

Induktiotoimintaa käytetään useissa Euroopan maissa ja Yhdysvalloissa. Suomessa toimintaa on kokeiltu joissakin sairaaloissa, mutta se ei ole varsinaisessa käytössä hyvistä kokemuksista huolimatta. Induktiotoiminta tarkoittaa sitä, että potilas nukutetaan etukäteen erillisessä valmistelutilassa ja siirretään leikkaussaliin anestesian kannalta täysin valmiina. Henkilökuntaa tarvitaan lisää, mutta siitä huolimatta malli tuo huomattavia säästöjä toimintaan. Ennenkaikkea ylimääräiset viiveet saadaan minimoitua. (Marjamaa ym. 2004; Seim ym. 2006; Marjamaa 2007.) Esimerkiksi Torkin ym. (2005) tutkimuksessa selvisi, että induktion siirtäminen leikkaussalin ulkopuolelle mahdollisti yhden ylimääräisen toimenpiteen tekemisen virka-ajalla.

Holding-toiminta on toinen limittäisen toiminnan malli, jolla voidaan lyhentää erilaisia viiveaikoja. Sillä tarkoitetaan tilannetta, jossa leikkausta edeltävään vaiheeseen lisätään yhden hoitajan valvoma tila, missä potilas odottaa lyhyen ajan toimenpiteeseen pääsyä. Holding-tila sijaitsee yleensä leikkaussalin yhteydessä tai läheisyydessä ja siellä potilaat viipyvät lyhyen ajan ennen toimenpidettä. Pääsääntöisesti odotustila on auki leikkaustoiminnan huippuaikoina (Sullivan 2000) eli virka-aikana kello 8-16 välillä.

2.3 Vanhempien läsnäolo

Nykyään ihmiset haluavat osallistua hoitoonsa (Kujala 2003). Laki velvoittaa henkilökuntaa hoitamaan lasta yhteistyössä vanhempien kanssa. Lain mukaan potilailla on oikeus osallistua hoitoonsa, hänen yksilölliset tarpeensa on otettava huomioon ja lapsipotilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. (Laki potilaan oikeuksista 1992.)

Tutkimusten ja kokemusten mukaan vanhempien mukanaolo jopa nukutuksen alkuun saakka lisää lapsen kokemaa turvallisuuden tunnetta ja sen myötä vähentää esilääkityksen tarvetta (Väisänen 2000; Zuwala & Barber 2001; Heard 2008; MacLaren Chorney & Kain 2010). Lapsi kokee olonsa turvalliseksi, kun vanhemmat ovat mukana ja lapsi saa olla vanhemman sylissä. Vanhempien läsnäolon on katsottu vähentävän haittavaikutusten määrää etenkin induktion yhteydessä, mutta samalla vähentävän myös preoperatiivista ahdistusta ja postoperatiivista kipua. Vanhempien ja lapsen kokonaisuus voidaan kääntääkin voimavaraksi, kun otetaan huomioon perhe kokonaisuutena ja hoidetaan vanhempia lapsen ohella. (Zuwala & Barber 2001; Romino ym. 2005; Fitzpatrick & Hyde 2006; Sparks ym. 2007; Heard 2008; MacLaren Chorney & Kain 2010.)

Leikkaussalin henkilökunta ei suosi vanhempien läsnäoloa, sillä sen katsotaan pidentävän nukutuksen alkua. Lapsi vaistoo vanhemman huolen, joten pelokas vanhempi voi olla enemmän haitaksi kuin hyödyksi lisäämällä lapsen pelkoa tietämättään. Nukutuksen alkaessa on vanhemman tehtävänä lohduttaa lastaan. Valmistellessaan lapsipotilasta hoitohenkilökunnan tulee tietää potilaan kehitystaso sekä fysiologiset tarpeet. Hoitajien kokemus ja tieto lisäävät valmistelun laatua edesauttaen lapsipotilaan ja vanhempien myönteisiä kokemuksia. Samalla minimoidaan haitalliset vaikutukset. (Zuwala & Barber 2001; Romino ym. 2005; Fitzpatrick & Hyde 2006; Sparks ym. 2007; Heard 2008.) Lapsipotilaan katsotaan hyötyvän sekä emotionaalisesta että toiminnallisesta tuesta oudossa tilanteessa. Hoitajan antama tieto tapahtumista auttaa lapsipotilasta ja vanhempia ymmärtämään tulevaa. Leikkaussalin kuvaaminen ympäristönä, kuten toimenpiteen kulun kuvaaminen, helpottaa koko perheen ahdistusta. (Kimberly 2010; Micheli ym. 2010; MacLaren Chorney & Kain 2010.)

Odotustilan alueella työskentelevän hoitajan tehtävänkuvaan kuuluvat tiedon antaminen, psyykkinen ja emotionaalinen tuki lapsipotilaalle ja vanhemmille sekä lapsipotilaasta saadun tiedon varmistaminen. Lisäksi hoitaja voi avustaa tarvittavissa toimenpiteissä. Limittäin toimiva leikkausprosessin malli vaatii leikkausosaston henkilökunnalta hyvää ja saumatonta yhteistyötä sekä aktiivista tiedonsiirtoa. Odotustilassa työ on dynaamista ja alati muuttuvaa. Hoitajan on oltava valmiina tukemaan sekä lapsipotilasta että vanhempia. Vanhemmat ja lapsi haluavat tietoa sekä itse toimenpiteestä, anestesiasta että postoperatiivisesta kivunhoidosta ja sen eri mahdollisuuksista. Odotustilan hoitajalla on oltava kokemusta leikkaussalista ympäristönä sekä eri toimenpiteistä ja mitä niissä tapahtuu. (Sullivan 2000; Sullivan 2009; Stefan 2010.)

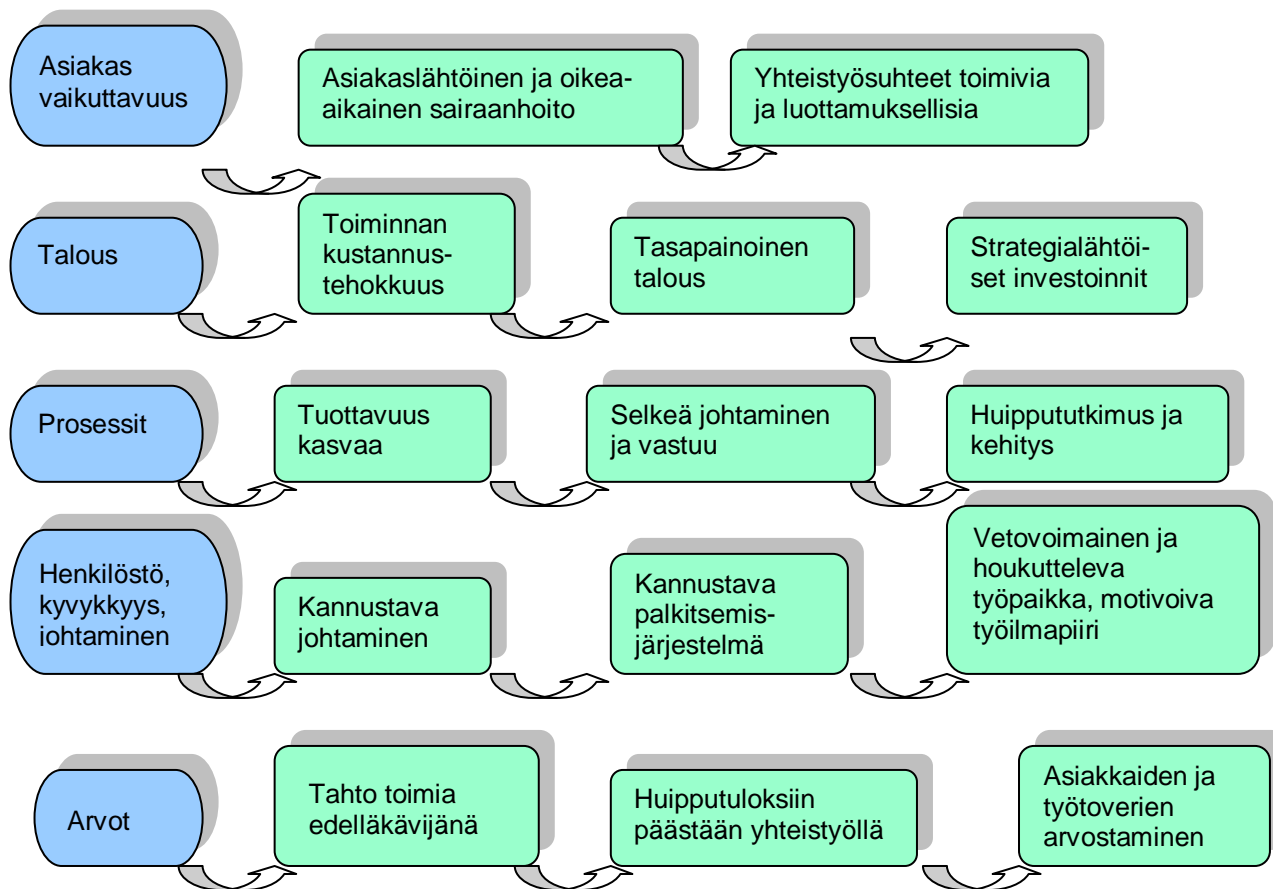
3 KOHDEORGANISAATION KUVAUS

3.1 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri kuuluu Suomen viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Sen omistaa 26 kunnan kuntayhtymä. HUS:n sairaanhoidollisesta palveluntuotannosta vastaavat viisi sairaanhoitoaluetta. Nämä ovat HYKS, Hyvinkää, Lohja, Länsi-Uusimaa ja Porvoo. Sairaanhoitopiiri on jaettu neljään tulosyksikköön: psykiatrian tulosyksikkö, operatiivinen tulosyksikkö, medisiininen tulosyksikkö sekä naisten ja lastentautien tulosyksikkö. (HUS 2010a.) Naisten ja lastentautien tulosyksikkö jakaantuu hallinnollisesti viiteen vastuualueeseen. Näitä ovat lastenkirurgia, lastentaudit, lastenneurologia, lastenpsykiatria sekä naistentaudit ja synnytykset. Tulosyksiköllä on toimintaa 15 eri kiinteistössä Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. Hoitopaikkoja on keskimäärin 620 ja henkilökuntaa 2 800. (HUS 2010b.)

3.2 Arvot ja strategia

HUS:n visiona on olla huippusairaala, joka tuottaa asiakaslähtöistä toimintaa potilaan parhaaksi (Kuvio 1). Tämä tarkoittaa sitä, että potilaat saavat maailman parasta erikoissairaanhoitoa joustavasti, asiakaslähtöisesti sekä laadukkaalla ja tehokkaalla palveluntuotannolla. Tavoitteena on antaa potilaille parasta hoitoa jokaisen ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Strategisena tavoitteena on kehittää asiakaspalvelun laatua ja hoitokäytäntöjä. Strateginen päämäärä on toimintatapojen ja rakenteiden jatkuva parantaminen. (HUS:n strategia 2007-2015; HUS:n ydintehtävä ja arvopohja 2008; HUS:n strategiset päämäärät 2009.)



Kuvio 1. HUS:n strategiakartta: "Huippusairaala" (mukaeltu HUS:n strategia vuosille 2007-2015)

Lasten ja nuorten sairaalan strategiassa on kuvattu perhekeskeinen ja potilaslähtöinen hoito. Lastenkirurgian klinikkaryhmän visiona on kuulua *"pohjoismaisen ja eurooppalaisen lasten erikoissairaanhoidon kärkeen kaikilla suppean kirurgian, anestesiologian ja tehohoidon aloilla, kliinisessä potilastyössä, lääketieteellisessä tutkimuksessa ja kehityksessä sekä hoitoprosessien kehittämisessä"*. Ensisijaisena tavoiteena on kehittää hoitoprosessia niin, että toiminta on potilaan mielestä asiakaslähtöistä, sujuvaa sekä lääketieteellisesti vaikuttavaa. Taloudelliselta kannalta Lasten ja nuorten sairaalassa pyritään kustannusten hallintaan. Tähän päästään työn tuottavuutta lisäämällä, kehittämällä prosesseja sekä keskittämällä hajallaan olevia

toimintoja. (Lastenkirurgia 2010.) Anestesia- ja leikkausosaston tavoitteena on, että toimenpiteet saadaan suoritetuksi mahdollisimman laadukkaasti, turvallisesti ja miellyttävästi lapsen ja hänen perheensä kannalta. Uuden leikkausosaston tilojen suunnittelussa otettiin huomioon vanhempien mukanaolo nukuttamisen ja heräämisen aikana. Uusia toimintatapoja anestesia- ja leikkausosastolla tullaan ottamaan käyttöön vähitellen. (HUS, anestesia- ja leikkausosasto 2009.)

3.3 Lasten ja nuorten sairaala

Lasten ja nuorten sairaalan hoitovastuu potilaista on valtakunnallinen. Valtakunnallisena veloitteena on lasten avosydänkirurgia, mutta myös vaativa suljettu sydänkirurgia, elinsiirrot sekä vaikeat luustodysplasiat, vaikeimmat suolisto- ja urogenitaalianomaliat, selkädeformiteetit sekä spastisten potilaiden monitasokirurgia. (Lastenkirurgia 2010.)

Lastenkirurgian klinikkaryhmä vastaa pääkaupunkiseudun lastenkirurgisesta toiminnasta ja koko HUS:n alueen vaativasta lastenkirurgiasta. Potilaita hoidetaan 18 erikoisalalta. Näiden laajuuden takia leikkausosastolla suoritettavien toimenpiteiden kirjo on suuri. Toimenpiteet vaihtelevat kestoltaan muutamasta minuutista koko päivän kestäviin leikkauksiin. Lisäksi eroavaisuuksia on siinä, miten paljon henkilökuntaa toimenpide vaatii. (Lastenkirurgia 2010; Meretoja & Taivainen 2010.)

Paitsi että potilaiden hoitovastuu on valtakunnallinen, on Lasten ja nuorten sairaala HUS:n opetussairaala. Erikoistuvia anestesia- ja kirurgeja, kuten myös hoitoalalle kouluttautujia on lähes läpi vuoden oppimassa lasten hoitotyötä. (Lastenkirurgia 2010; Meretoja & Taivainen 2010.) Oppijoiden suuri

määrä vie osaltaan leikkaussali-aikaakin. Esimerkiksi erikoistuvien lääkäreiden osallistuminen toimenpiteeseen pidentää leikkauksen kestoa. (Marjamaa 2007.)

3.4 Anestesia- ja leikkausosasto

Leikkaussalissa työskentelee 36 kokopäiväistä sairaanhoitajaa, 1 lääkintävahtimestari, 2 osastonsihtööriä, 5 välinehuoltajaa ja 6 laitoshuoltajaa. Sairaanhoitajista noin puolet tekee instrumenttihoitajan työtä ja puolet anestesiahoitajan työtä. Lähiesimiehiä osastolla on yksi osastonhoitaja sekä kaksi apulaisosastonhoitajaa, toinen instrumenttipuolelta ja toinen anestesiapuolelta. Osastonhoitajan vastuulla on henkilöstöhallinto, ja apulaisosastonhoitajat huolehtivat päivittäisen toiminnan sujuvuudesta. Hoitohenkilökunnan lisäksi osastolla työskentelee 22 kirurgia ja 20 anestesia-lääkäreitä. Anestesia-lääkäreistä osa työskentelee teho-osastolla. (HUS, Anestesia- ja leikkausosasto 2007.)

Osastolla on kuusi leikkaussalia. Anestesiaa annetaan myös ulkopisteissä, joita on päivästä riippuen käytössä yhdestä kolmeen. Ulkopisteisiin kuuluvat sydänasema, röntgenin toimipisteet sekä Lasten ja nuorten sairaalassa että Meilahden sairaalassa ja hammaslääkäri. Päiväkirurginen leikkaussali ja sen heräämö kuuluvat hallinnollisesti anestesia- ja leikkausosastoon. Työtä tehdään pääsääntöisesti virka-aikana. Ilta-aikaan on paikalla päivystyshenkilökunta, johon kuuluu kaksi anestesiahoitajaa ja kaksi instrumenttihoitajaa. Yöaikaan illassa ollut henkilökunta päivystää kotona valmiudessa tulemaan tarvittaessa paikalle. (HUS, Anestesia- ja leikkausosasto 2007.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS

4.1 Projektioorganisaatio

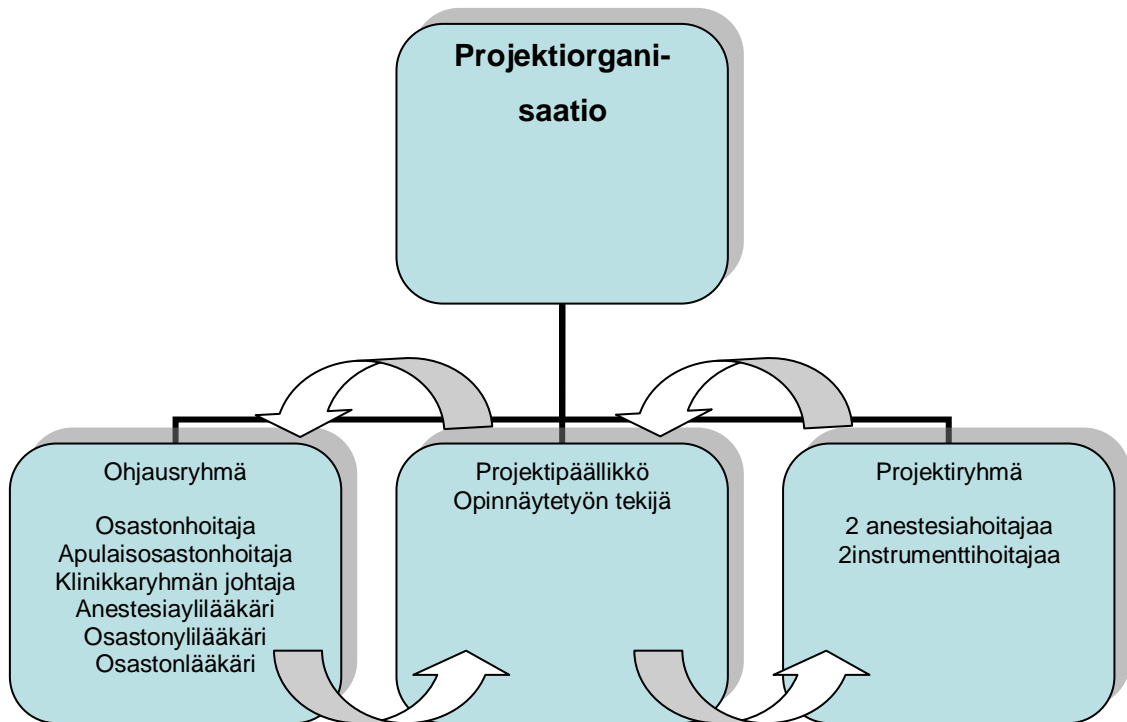
Projektioorganisaatio muodostui odotustila viiveiden vähentäjänä hankkeessa mukana olevista henkilöistä. Se koostui ohjausryhmästä ja projektiryhmästä. Kaikki projektiin kuuluvat henkilöt olivat tottuneet toimimaan yhdessä. Projektipäällikkönä toimi opinnäytetyön tekijä.

Projektijohtaminen perustui hyvän yhteistyön luomiseen. Yhteistoiminnallinen johtamistapa oli sopivaa, etenkin kun projektipäällikkö oli projektiryhmän kanssa tasaveroisessa asemassa työyhteisössä. Projektipäälliköllä oli lopullinen vastuu projektin onnistuneesta toteuttamisesta ja vastuu tiedottaa muille yhteistyötaholle ja sidosryhmille. (Silferberg 2004, 60.) Hänen mentorinaan toimi anestesia- ja leikkausosaston apulaisosastonhoitaja.

Projektiryhmä muodostui anestesia- ja leikkausosaston sairaanhoitajista. Kaksi sairaanhoitajaa työskenteli anestesiapuolella ja kaksi instrumenttipuolella. Kaikilla oli työkokemusta yli kymmenen vuotta Lasten ja nuorten sairaalasta. Projektiryhmäläisten pääasiallinen tehtävä oli toimia odotustilan hoitajana pilotointijakson aikana. Ryhmän keskinäinen työnjako sujui hyvin. Pääsääntöisesti työvuorot määrittivät sen kuka toimi odotustilassa sairaanhoitajana. Projektipäällikkö merkitsi päivittäiseen työjakolistaan työnjaon. Projektiryhmä piti kokouksia harvakseltaan. Ennen aloitusta pidettiin yhteistyöpalaveri, jossa määritettiin odotustilan hoitajalle työnkuvaa sekä millaisia asioita hänen tuli ottaa huomioon potilasta vastaanottaessaan. Pilotoinnin aikana keskusteltiin jokaisen tuntemuksista odotustilassa työskentelystä sekä lopuksi siitä, miten odotustilaa aletaan suunnittelemaan ja toteuttamaan osana normaalia leikkausosaston toimintaa.

Ohjausryhmä koostui anestesia- ja leikkausosaston osastonhoitajasta, apulaisosastonhoitajasta (mentori), klinikkaryhmän johtajasta – vastaavasta ylilääkäristä, anestesiaylilääkäristä, tutkimus- ja kehittämistoiminnasta vastaavasta osastonylilääkäristä sekä osastonlääkäristä. Ylihoitaja osallistui ohjausryhmän kokouksiin joitakin kertoja. Ohjausryhmä kokoontui neljä kertaa syksyn 2009 ja kolme kertaa kevään 2010 aikana suunnittelemassa odotustilan toimintamallia sekä kyselyjä henkilökunnalle. Syksyllä 2010 jatkettiin suunnittelua odotustilan saamisesta uuteen leikkausosastoon. Silloin kokoontumisia oli kaksi kertaa. Kaksi ohjausryhmän lääkäriä ja projektipäällikkö kokoontui syksyllä 2010 yhteensä viisi kertaa. Projektipäällikkö oli pääsääntöisesti kokoonkutsuja. Kokoukset kutsuttiin yleensä koolle lyhyellä varoitusaajalla ja sähköisesti. Aikataulujen yhteensovittaminen oli välillä haastellista, mutta lähes joka kerran pääsivät kaikki ainakin osaksi aikaa paikalle. Kokoukset sujuivat yhteisymmärryksessä ja asioista keskusteltiin monelta eri näkökannalta. Kaikki päätökset perustuivat joko yhteisymmärrykseen tai enemmistön päätökseen.

Projektiorganisaation rakenne on esitetty kuviossa 2. Projektipäälliköllä oli vastuu koko projektin etenemisestä sekä läpiviennistä. Kaikki projektiin osallistuvat henkilöt olivat tasaveroisessa asemassa, joten viestintää ja kommunikaatiota tapahtui monensuuntaisena. Kuvion nuolet kuvaavat viestintää.



Kuvio 2. Projektiorganisaation rakenne

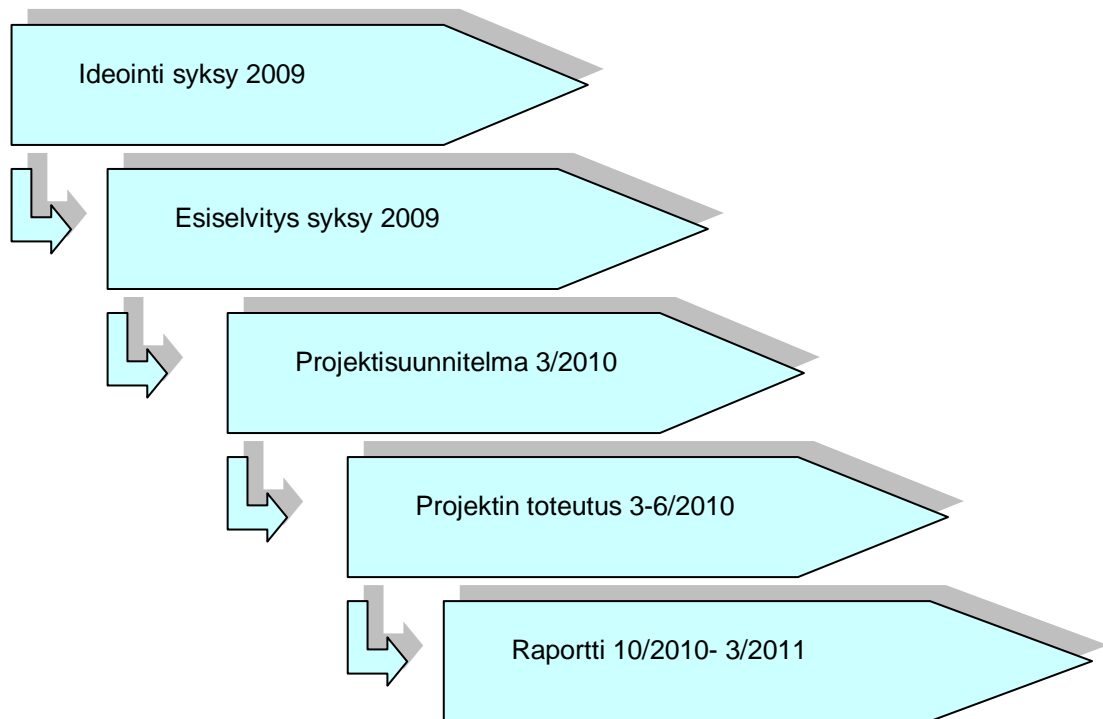
OVI-hanke valittiin HUS:n tutkimus -ja kehittämishankkeeksi vuodelle 2010. Tämä mahdollisti tähän osaprojektiin yhden sairaanhoitajan irrottamisen varsinaisesta työstään, jolloin projektin oli mahdollista toimia, vaikka henkilökuntaa ei jonain päivänä ollutkaan riittävästi. Sijainen palkattiin projektirahoista ajalle 26.4-20.6.2010. Projektipäällikkö oli irti varsinaisesta työstään 11.11-31.12.2010 välisen ajan. Hänen tehtäväkseen jäi käynnistää Odotustila-toiminta uuden heräämön yhteydessä sekä kirjoittaa raportti. Hän kirjoitti myös koko HUS:n hankkeen raportin yhteistyössä ohjausryhmän kanssa. Projektipäällikön apuna toimivat ohjausryhmään kuuluvat osastonlääkäri sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnasta vastaava lääkäri.

4.2 Kehittämisprosessin vaiheet

Kehittämistyön päämääränä on luoda pysyviä muutoksia tai vaikutuksia. Uudet toimintamallit eivät saa olla enää loppuvaiheessa kehitysprojektista riippuvaisia, vaan projektin on kyettävä irtaantumaan osaksi vakiintunutta käytäntöä. Kehittämisen suunnitteluvaiheessa kannattaakin käyttää aikaa ja panostusta koko prosessin läpiviemistä ajatellen. (Silferberg 2007, 8.)

Arviointi on tärkeä osa kehittämistyötä. Arviointia tulisi suorittaa koko prosessin ajan eikä pelkästään tavoitteeseen pääsemisen kannalta. Kehittämisen kohdetta voidaan muokata prosessin ollessa vielä käynnissä, jos sitä on arvioitu matkan varrella. Arvioimalla ja seuraamalla toteuttamisprosessia lopullinen tuotos on helppo viedä käytäntöön ja markkinoida sitä muillekin tahoille. (Seppänen-Järvelä 2004.)

Kehittämisprojekti alkoi projektipäällikön ideoinnilla syksyllä 2009. Samaan aikaan ohjausryhmään kuuluvat lääkärit miettivät odotustilan kokeilua ennen leikkaussalin muuttoa uusiin tiloihin. OVI-projekti muodostui melko luonnollisesti opinnäytetyönä tehtävän kehittämisprojektin aiheeksi. Koska koko Odotustila viiveiden vähentäjänä -hankkeesta muodostui iso, projektipäällikkö päätti ottaa vain osan hanketta tämän opinnäytetyön pohjaksi. Kuviossa 3 on selvitetty kehittämisprojektin vaiheet.



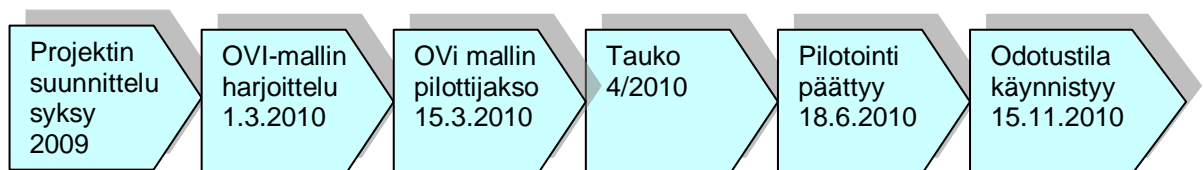
Kuvio 3. Kehittämiprojektin vaiheet

Ideoinnin jälkeen alkoi esiselvitysvaihe, jossa tutustuttiin kirjallisuuteen ja koottiin sen pohjalta kirjallisuuskatsaus. Esiselvitysvaiheen tarkoituksena on kartoittaa projektiin liittyviä taustoja ja sitä kautta vielä rajata projektia. Tässä vaiheessa kannattaa myös selvittää kehittämistyöhön liittyvät riskit ja vahvuudet. Ne käsiteltiin tässä opinnäytetyössä luettelomaisesti, eikä SWOT analyysin avulla. Tapa valittiin sen mukaan, mikä oli kohdeorganisaation kannalta paras. Itse riskit on tässä työssä käsitelty kappaleessa 4.3. Myös organisaatioon ja sen rakenteisiin tutustuminen sekä yhteistyö- ja sidosryhmien selvittäminen esiselvitysvaiheessa on tärkeää. (Silferberg 2007, 11, 25-26.)

Projektin suunnitteluun kuuluu laatia projektisuunnitelma, joka toimii projektin edetessä ohjekirjana projektissa työskenteleville. Projektisuunnitelma sisältää taustaselvitykset, toteutussuunnitelman, aikataulun, tavoitellut asiat ja tuotokset sekä resurssit. Siihen kannattaa myös liittää riskianalyysi, sopimusasiakirjat,

budjetti sekä yhteenveto koko hankkeesta. Tämän suunnitelman pohjalta voidaan hakea rahoitusta hankkeelle. (Silferberg 2007, 36-37.) Projektisuunnitelmavaihe oli talvella 2010. Itse suunnitelmaan liitettiin taloudellisten resurssien kartoitus eli budjetti ja raportointi- ja viestintäsuunnitelma. Projekti vaiheistettiin sen mukaan, mitä tapahtuu aikataulullisesti projektin edetessä. Budjetti laadittiin HUS:n TKK-hankerahoituksen pohjalta.

Suunnitteluvaihe kesti syksyn 2009 ja alkuvuoden 2010. Aineiston keruu alkoi henkilökuntakyselyllä senhetkisen leikkaussaliprosessin toimivuudesta. Kysely toteutui helmikuussa 2010. Samankaltainen kysely uudistettiin OVI-pilotointijakson aikana touko-kesäkuussa 2010. Varsinainen OVI-mallin pilotointi alkoi harjoittelujaksolla 1.3.2010. Tämä harjoittelu, jonka tarkoituksena oli vielä löytää ongelmakohtia, kesti kaksi viikkoa. Itse odotustilan pilotointi kesti kymmenen viikkoa. Jakso oli jaettu kahteen viiden viikon jaksoon, joista ensimmäinen viisi viikkoa toimittiin ilman vanhempien läsnäoloa ja toisella viiden viikon jaksolla vanhemmat pääsivät mukaan. Tulosten analysointi ja OVI-toiminnan lopullinen hienosäätö tehtiin kesän ja syksyn 2010 aikana. Projektin ajallinen eteneminen on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Projektin ajallinen eteneminen

OVI-mallin varsinainen käyttöönotto tapahtui leikkaussalin uusissa tiloissa 15.11.2010 alkaen. Vanhemmat pääsivät mukaan toimintaan 10.1.2011 lähtien. Odotustilalle ei oltu suunniteltu omaa tilaa leikkaussaleja suunniteltaessa, joten tilat täytyi ottaa jo olemassa olevista tiloista. Uusi odotustila sijaitsee osana

uutta heräämöö. Heräämööön kuuluu 14 paikkaa. Näistä paikoista kolme otettiin odotustilan käyttöön. Sinne hankittiin korkeat irtoseinät. Seinien vaatimukseksi nousi liikuteltavuus, riittävä korkeus näkösuojan kannalta, äänieristettävyys sekä pyyhittävyys. Tarjoukset pyydettiin kahdelta firmalta, jotka molemmat kävivät myös paikan päällä esittelemässä seiniä. Kaikkia vaatimuksia ei kumpikaan firma kyennyt toteuttamaan, joten valinta tehtiin käytännöllisyyden perusteella.

Raportoinnista ja tiedottamisesta päätetään yleensä jo suunnitelmia tehtäessä. Aikataulu määrittää usein raportin valmistumisajankohdan. Itse varsinaisen projektiraportin lisäksi tärkeää on tiedottaminen sekä sidosryhmille että kaikille yhteistyötahoille. (Silferberg 2007, 52.) Raportointivaihe alkoi kesällä 2010 kyselyaineiston analyysillä. Raportin kirjoitus alkoi syksyllä 2010, kun muutto uusiin leikkaussalin tiloihin oli saatu suoritettua ja odotustilan toimintamalli käynnistettyä osaksi normaalia toimintaa. Raportin kirjoittamisesta huolehti projektipäällikkö. Hän osallistui myös HUS:lle menevän raportin kirjoittamiseen, Raportin lisäksi toiminnasta tiedottamista tapahtui kokousten ja osastotuntien muodossa. Lasten ja nuorten sairaalalle järjestettiin lastenkirurgian viikottaisessa kokouksessa tiedotus 16.12.2010 projektin tuloksista ja toiminnan jatkosta. Joulukuun 2010 aikana järjestettiin jokaiselle Lasten ja nuorten sairaalan osastolle osastotunti ja mahdollisuus keskustella odotustilan toiminnasta. Turun ammattikorkeakoululla järjestetyissä seminaareissa tämä työ esitettiin toukokuussa 2011.

5 PROJEKTIN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

5.1 Tavoite ja tarkoitus

Odotustila viiveiden vähentäjänä -kehittämishankkeen tavoitteena oli tehostaa päiväärikaista toimintaa. Tarkoituksena oli vähentää ilta- ja viikonlopputyön osuutta, laskea kustannuksia sekä parantaa hoidon laatua. Tämän myötä ajateltiin henkilöstöön kohdistuvan työkuormituksen vähenevän. Hankkeessa toteutettiin yksi limittäisen prosessin malli eli otettiin käyttöön odotustila, johon potilaat tulevat etukäteen odottamaan leikkaussaliin pääsyä.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli saada odotustila toimimaan. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten henkilökunta kokee odotustilan. Tulosten pohjalta tehdään lopullinen päätös siitä, muutetaanko toimintaa uuden mallin kaltaiseksi vai pitäydytäänkö vanhassa toimintamallissa.

5.2 Projektiaineisto

5.2.1 Projektiaineiston yleisiä piirteitä

Projektissa toteutui osallistavan toimintatutkimuksen piirteitä, sillä projekti toteutettiin käytännön ympäristössä ja sillä tähdättiin toiminnan ja prosessien parantamiseen ja muuttamiseen (Aaltola & Syrjälä 1999, 13, 18; Heikkilä ym. 2008). Toimintatutkimukseen liittyy se, että käytännössä toimivat henkilöt osallistuvat aktiivisesti tutkimuksen tekoon ja tutkimus suuntautuu selkeästi käytännön parantamiseen, jonkin ongelman ratkaisemiseen sekä aktiiviseen yhteistyöhön muutosprosessin aikana. (Kuula 2000, 218; Robson 2002.) Toimintatutkimuksellisia piirteitä tukee myös se, että projektilla on vankka työyhteisön tuki. Tämä tarkoittaa sitä, että työ tapahtuu käytännön

työyhteisössä, se on työyhteisön tukemaa ja työyhteisön aloitteesta tapahtuvaa. Projektin tarkoituksena on saada aikaan muutosta tulevaisuutta ajatellen, sille on määritelty ajallinen kesto sekä taloudelliset resurssit. Toimintatutkimus on luonteeltaan syklistä, joten päämäärän valinnan jälkeen suunnittelua, kokeiluja ja arviointia vuorotellaan aktiivisella otteella, kunnes saadaan toivotunkaltainen tulos aikaiseksi. (Kuula 2000, 218; Robson 2002.)

Kehittämiprojektissa suunniteltiin ja toteutettiin uusi toimintamalli. Malliin perehdyttiin kirjallisuuden pohjalta ja se muokattiin Lasten ja nuorten sairaalaan sopivaksi. Näin mallista tuli tavallaan ”riisuttu versio” maailmalla toimivista malleista. Usein odotustilat ovat paikkoja, joissa potilaille voidaan tehdä alkuvalmisteluja anestesiaa ajatellen. Lasten ja nuorten sairaalassa odotustila on kuitenkin paikka, jossa vain odotetaan varsinaiseen leikkaussaliin pääsyä.

5.2.2 OVI-mallin pilotointi

Holding-toimintaa kutsutaan tässä kehittämiprojektissa odotustilaksi. Odotustila eli OVI-malli on yksi muoto limittäisen toiminnan mallista. Siinä lapsipotilas kutsutaan hyvissä ajoin ennen edellisen toimenpiteen päättymistä vanhempineen leikkaussalialueelle odotustilaan, jossa kirurgi, anestesiologi ja muu salihenkilöstö voivat tarkentaa potilaan hoitoon liittyviä asioita ennen leikkauspöydälle siirtoa. Samanaikaisesti edellinen potilas on vielä leikkaussalissa, jossa häntä herätetään ja/tai salia siivotaan. Tässä mallissa odotustilan sairaanhoitaja vastaanottaa potilaan ja saa hänestä suullisen raportin. Samalla hän saa jo tietää, ovatko kaikki tarvittavat potilasasiakirjat, lähetteet ja työkortit mukana. Tarvittaessa kyseisiä asiakirjoja voidaan hakea vuodeosastolta ennen potilaan leikkaussaliin menoa. Olennainen ero perinteiseen toimintaan on siinä, että salivalmistelun jälkeen leikkaussalin henkilöstö noutaa potilaan odotustilasta. Näin potilaan tulo toimenpiteeseen ei riipu puhelinsoihtoista, hissien kuormituksesta, osaston henkilökunnan kiireistä

eikä raportin sujuvuudesta. OVI-mallissa potilaan viime hetken tarkistukset tapahtuvat odotustilassa eivätkä nukutetun potilaan äärellä.

Anestesia- ja leikkausosaston henkilökunta ei ole tottunut työskentelemään vanhempien ja perheiden kanssa, joten vastustusta vanhempien mukaantulosta oli odotettavissa. Kehittämiprojektin tarkoituksena oli saada odotustila toimimaan Lasten ja nuorten sairaalassa. Aikataulullisesti projekti toteutettiin suhteellisen nopeaan tahtiin, sillä toiminnasta haluttiin saada tietoa ennen muuttoa uusiin tiloihin. Odotustilan pilotointi koostui kahdesta jaksosta, toisella jaksolla vanhemmat pääsivät mukaan ja toisella eivät. Tämän jaon tarkoituksena oli selvittää, mikä oli eri ammattiryhmien kokemus vanhempien mukaantulosta leikkausosastolle.

Odotustilan suunnitteluun ja sisustamiseen käytettiin aikaa jonkin verran. Tilana toimi vanha anestesia- ja leikkauksen osaston kanslia, joka oli ollut pois käytöstä hissiremontin ajan. Tila itsessään sijaitsi leikkausosaston ulko-oven luona ja lähellä heräämöhö. Ongelmana oli oviaukon ahtaute ja koska oli kyse kantavasta seinästä, ei voitu tehdä muuta kuin poistaa ovi ja ovenkarmit. Näillä menetelmillä aukosta saatiin sen verran leveä, että siitä mahtuivat lähes kaikki sängyt sisälle. Seiniin tilattiin leikki- ja askarteluosaston kautta siirrettäviä kuvia ja hankittiin viihdettä, kuten DVD-soittimia, elokuvia ja musiikkia.

5.2.3 Kyselyaineisto

Kyselyn laatimista voi helpottaa se, että kohderyhmä on tuttu projektipäällikölle (Vilkkä 2005, 87). Kuitenkin anonymiteetti pitää tutkimuksessa taata jokaisen osallistujan osalta (Kylmä & Juvakka 2007, 152). Kyselylomakkeesta päätettiin jättää taustamuuttuja pois, ettei tutkittavia pystytty tunnistamaan. Tutkimusjoukko oli kuitenkin suhteellisen pieni ja toisilleen tuttu, joten

tunnistamisen riski oli olemassa. Kysely päätettiin toteuttaa lyhyenä, enimmäispituutena pidettiin yhtä A4 lomaketta. Pitkiin kyselyihin vastaaminen aiheuttaa katoa vastausprosenttiin (Vilkkä 2005, 87).

Kyselyn tavoitteena oli saada tietoa toiminnan muutoksen vaikutuksista eri ammattiryhmien työntekoon. Valmista kyselylomaketta ei ollut saatavilla, joten tutkijat joutuivat tekemään oman lomakkeen (liite1-8). Kyselylomakkeet suunniteltiin jokaiselle henkilöstöryhmälle heidän työtään vastaaviksi, kuitenkin niin, että tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Kyselylomakkeet jaettiin harkitusti kaikkien osallistuvien osastojen henkilökunnalle. Kyselylomakkeista ei tunnisteta vastaajia millään lailla. Kysely toteutettiin kahdessa erässä: Ennen pilotointia kartoitettiin kokemuksia nykytilasta ja toiminnan sujuvuudesta ja pilotoinnin jälkeen selvitettiin henkilökunnan kokemuksia uudesta mallista sekä toiminnan sujuvuudesta.

Kyselyt osoitettiin koko Lasten ja nuorten sairaalan hoitohenkilökunnalle, kirurgeille, anestesia- ja leikkausosaston hoitohenkilökunnalle (N = 160). Kyselyyn osallistuivat anestesia- ja leikkausosaston hoitohenkilökunta (n = 46), kolmen kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunta (n = 75), anestesia- ja leikkauksen sairaanhoitajat (n = 20) sekä kirurgit (n = 19). Heistä jokainen täytti lomakkeen kertaalleen. Odotustilan hoitaja täytti kyselylomakkeen jokaisen potilaan jälkeen (n = 173). Vain kirurgisten osastojen K5, K6 sekä K8 tulokset analysoitiin. Tämä johtui siitä, että pediatriasilta vuodeosastoilta ei tullut potilaita pilotointiaikana odotustilaan. Tästä syystä henkilökunta ei vastannut odotustilan pilotoinnin jälkeiseen kyselyyn. Henkilökunnalle suunnatussa kyselylomakkeessa käytettiin asteikkona VAS-asteikkoa (0 = täysin eri meiltä – 100 = täysin samaa mieltä). Valintaan vaikutti se, että neljäportainen kyselylomake ei todennäköisesti olisi antanut ääripäitä laisinkaan vastauksiin, jolloin vastaukset eivät olisi olleet adekvaatit. Odotustilan hoitajalle suunnatun kyselylomakkeen asteikko oli likert-asteikon tyyppinen neljäportainen asteikko,

johon vastattiin ympyröimällä vastaajan mielestä sopivin vaihtoehto. Vaihtoehdot oli jaettu a – b – c – d – kirjaimilla, jossa a merkitsi täysin samaa mieltä, b merkitsi lähes samaa mieltä, c merkitsi eri mieltä ja d merkitsi täysin eri mieltä. Avoimia kysymyksiä ei tehty, sillä niihin vastaaminen olisi vienyt aikaa eikä niihin yleensä olla innokkaita vastaamaan.

Kyselyllä haettiin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten vuodeosaston hoitohenkilökunta kokee toiminnan muutoksen ja sujuvuuden?
2. Miten leikkausosaston hoitohenkilökunta kokee toiminnan muutoksen ja sujuvuuden?
3. Miten anestesia-ääkärit kokevat toiminnan muutoksen ja sujuvuuden?
4. Miten kirurgit kokevat toiminnan muutoksen ja sujuvuuden?
5. Miten toiminta sujuu odotustilan hoitajan mielestä?

5.2.4 Kyselyaineiston analysointi

Tutkimusaineistoa voidaan lähteä tarkastelemaan eri menetelmillä (Grönroos 2003, 18). Tässä kehittämissuorituksessa tarkastelun kohteina olivat kuvailevat tilastotieteen menetelmät kuten prosenttiluvut ja graafinen esitystapa. Analyysin aluksi kyselylomakkeet numeroitiin: Jokainen henkilöstöryhmä numeroitiin erikseen ja molemmat kyselykerrat numeroitiin erikseen. Tämän ajateltiin helpottavan tilannetta, jos kyselylomakkeen tietoihin haluttaisiin palata uudelleen. Kyselylomakkeen tiedot syötettiin SPSS-ohjelmassa aineistoikkunaan. Aineistoikkunassa on kaksi näkymää: Data view eli datasisivü sekä variable view eli muuttujasisivü. Muuttujasisivulle syötettiin jokainen kyselylomakkeen kysymys omaan soluunsa. Jokaista kyselylomakkeen vastausta varten nimettiin myös oma muuttuja. Aineiston syöttämisen jälkeen

SPSS-ohjelman avulla laadittiin analyyskejä eri tavoin, mutta informatiivisin tapa oli kuvata tulokset graafisina keskiarvotaulukoina. Yksittäiset frekvenssiluvut jäivät yksittäisiksi arvoiksi, sillä asteikkona VAS oli laaja (0-100). (Valtari 2004; Mamia 2005; Heikkilä 2008, 123 -125; Ernvall 2009.)

5.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksella pyritään saamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimuksen kohteesta. Arvioimalla tutkimuksen luotettavuutta pyritään saamaan tietoa uuden, tuotetun tiedon totuudenmukaisuudesta. Näin tuotettua tietoa voidaan käyttää hyödyksi tulevaisuudessakin. (Vilka 2005, 158; Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa myös se, miten hyvin otos on edustaa perusjoukkoa sekä miten satunnaisvirheiden määrä saadaan mahdollisimman pieneksi. Kokonaisluotettavuutta voidaan pitää hyvänä, kun otoksen katsotaan olevan edustava osa perusjoukosta sekä satunnaisten virheiden mahdollisuudet ovat vähäiset. Satunnaisvirheisiin katsotaan kuuluvan esimerkiksi vastaajan mahdollisuus ymmärtää kysymykset eri tavalla kuin tutkija on ajatellut. (Vilka 2005, 161 - 162; Heikkilä 2008, 30.)

Kehittämiprojektissa kyselyt osoitettiin harkitusti jokaiselle ammattiryhmän edustajalle, jonka oletettiin kuuluvan yhteistyötahoon. Näin otoksen sijaan tähän tutkimukseen osallistui koko perusjoukko. Alkujaan kysely suunnattiin koko Lasten ja nuorten sairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle, mutta projektin edetessä huomattiin, että osa vuodeosastoista ei kuulu edustavaan perusjoukkoon. Ohjausryhmässä päätettiin jättää heidät tulosten analysointivaiheessa pois, jolloin tuloksista saatiin luotettavimmat. Tässä kehittämiprojektissa ei otettu huomioon sitä, että sairaalalääkärit vaihtuivat odotustilan pilotoinnin aikana ja esimerkiksi kirurgian sairaalalääkäreistä vaihtui kuudesta neljä. Anestesiaalääkäreistä osa työskenteli pääsääntöisesti vain teho-osastolla, joten he eivät oletettavasti vastanneet kyselyyn. Myös osa kirurgien

leikkauksista on sellaisia, että heillä on peräkkäisiä leikkauksia erittäin harvoina päivinä (esim. sydänkirurgit), joten he eivät vastanneet kyselyyn. Tämä kirurgien ryhmä jätettiin kokonaan pois kirurgien kokonaismäärästä. Kyselyn vastasprosenttiin olisi kenties voitu vaikuttaa, jos tämä asia olisi ennakoitu nykyistä paremmin. Sairaanhoidajien osalta kyselyyn osallistuneet edustivat perusjoukkoa.

Validiteetin ja reliabiliteetin avulla arvioidaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarin luotettavuutta. Validiteetti kuvaa sitä, miten hyvin mittarilla onnistutaan mittaamaan haluttua kohdetta. Reliabiliteetti kuvaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Holopainen & Pulkkinen 2003, 14 - 15; Vilka 2005, 161; Heikkilä 2008, 185 - 187.)

Testaamalla mittari etukäteen olisi kenties saatu joitakin satunnaisvirheitä minimoitua. Ohjausryhmässä kyselyt päätettiin suorittaa ilman esitestausta. Vastaajien määrä vaihteli eri ammattiryhmien kesken, eikä esitestaukseen olisi jokaisesta ammattiryhmästä saatu edustavaa joukkoa. Kysymykset laadittiin vastaamaan haluttua tietoa, pohjautuen kuitenkin kirjallisuuteen.

Kyselylomakkeen tiedot syötettiin SPSS-ohjelmaan. Virheiden vähentämiseksi syötettiin vain yhden ammattiryhmän tulokset kerrallaan ohjelmaan ja tulokset tarkastettiin jokaisen syöttökerran jälkeen. SPSS analyysin jälkeen ohjausryhmään kuulunut lääkäri syöti samaisen aineiston Exceliin. Tulokset olivat yhteneväisiä. Oheiset taulukot ovat hänen muokkaamiaan Excel-pohjaisia taulukoita.

5.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan tarkastella monilla eri keinoilla. Tällaisia ovat kiinnostus aihetta kohtaan, tunnollisuus, rehellisyys, ihmisarvo, sosiaalinen vastuu, ammatin harjoittamisen edistäminen sekä kollegiaalisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

Eräs tärkeimmistä eettisistä tekijöistä on tutkimusluvan hakeminen. Tutkimuksesta tiedottaminen sekä tutkittaville että yhteistyökumppaneille on toinen tärkeä asia. (Hirsjärvi ym. 2004, 26; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Tämä kehittämisprojekti kuului isompaan kehittämissankkeeseen HUS:n Lasten ja nuorten sairaalassa. Lupa koko kehittämissankkeen toteuttamiselle oli saatu HUS:n johdolta. Tähän kehittämissankkeeseen ei haettu erillistä lupaa, koska projekti oli isomman sankkeen sisällä osaprojektina.

Tutkijan on oltava rehellinen työssään ja hänen on raportoitava tutkimuksen vaiheet tarkasti. Tutkijan vastuu alkaa jo aiheen valinnasta. Se jatkuu aineiston hankkimiseen ja analysoimiseen tarkasti ja rehellisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 26.) Tämä kehittämissankkeeseen lähti todellisesta tarpeesta työyhteisössä. Aloituksen työn tekemiseen teki projektipäällikkönä toiminut opinnäytetyön tekijä. Samanaikainen tarve työyhteisössä oli onnekas sattuma. Molempinpuolisen tarpeen katsottiin tuovan parhaan mahdollisen lopputuloksen kehittämissankkeen toteuttamiselle. Määrätietoinen ja yhteistyöhön perustunut toiminta projektipäällikön, projektiryhmän sekä ohjausryhmän välillä lisäsi eettistä luotettavuutta organisaation näkökulmasta katsottuna. Toimintatavalla pyrittiin kollegiaalisuuteen, sillä projektipäällikkö oli tasa-arvoisessa asemassa työyhteisössä muun hoitohenkilökunnan kanssa.

Jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella on lakisääteinen velvollisuus kouluttaa itseään. Myös työyhteisön kehittäminen kuuluu terveydenhuollon ammattilaisten työnkuvaan, sillä heidän velvollisuutenaan on huolehtia potilaan / asiakkaan oikeuksista saada laadukasta ja hyvää hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3.) Tämä kehittämisprojektina tehty opinnäytetyö kuuluu osaksi projektipäällikön kouluttautumista ja itsensä kehittämistä. Opinnäytetyön rinnalla on kehitetty työyhteisöön uusi toimintamalli, joka hyödyntää koko Lasten ja nuorten sairaalan henkilökuntaa, mutta lisäksi tuo laatua lapsipotilaiden hoitoon.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Odotustilan pilotointi

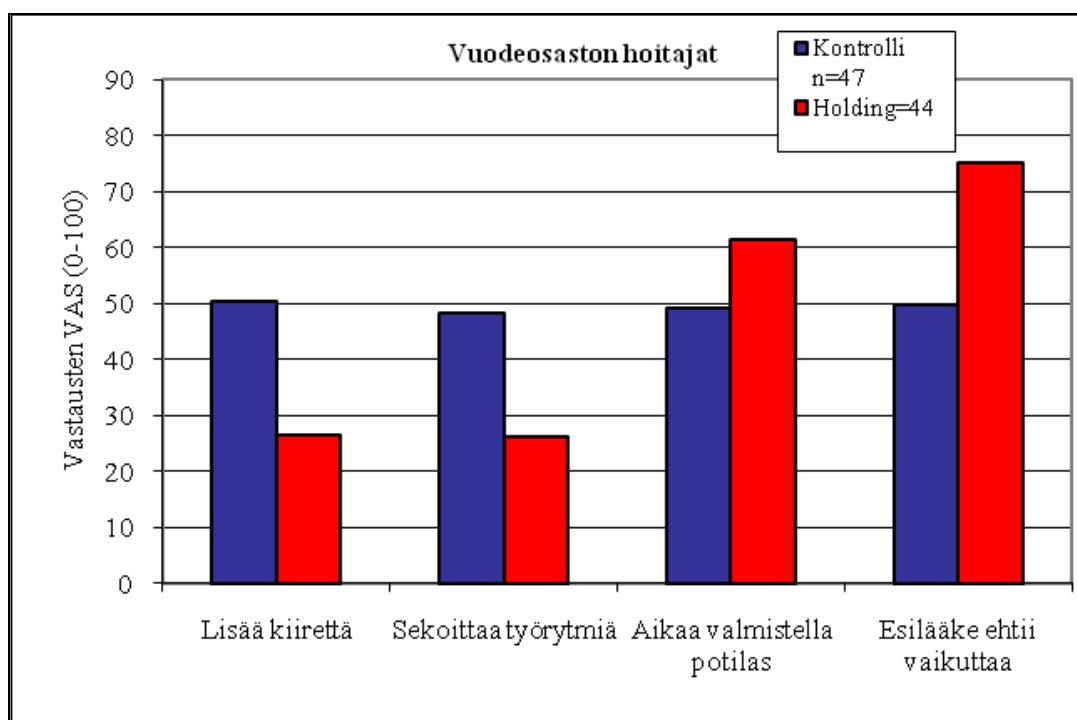
Odotustilan pilotointijakson tulokset ovat lähinnä kyselyyn perustuvia. Odotustilassa hoitajina toimi alkuperäisen suunnitelman mukaan neljä projektiryhmän jäsentä sekä projektipäällikkö. Työnjako toteutui suunniteltujen työvuorojen mukaisesti. Kyselyjen lisäksi paljon tietoa saatiin toiminnasta keskusteluissa vuodeosastojen hoitajien, potilaiden sekä vanhempien kanssa.

Kyselyjen yhteiseksi vastausprosentiksi alkukartoituksen osalta tuli 63 % ja pilotoinnin jälkeiseen kyselyyn vastasi 48 % (N = 160). Kirurgeista (n = 19) vastasi alkukartoitukseen 58 %, loppukartoitukseen vain yksi kirurgi. Anestesia- ja lääkäreistä (n = 20) vastasi alkukartoitukseen 60 %, loppukartoitukseen 25 %. Leikkaussalin hoitohenkilökunnasta (n = 46) alkukartoitukseen vastasi 88 % ja loppukartoitukseen 67%. Ja vuodeosastojen hoitohenkilökunnasta (n = 75) alkukartoitukseen vastasi 61 % ja loppukartoitukseen 58 %.

6.2 Vuodeosaston hoitohenkilökunnan kokemukset toiminnan muutoksesta ja sujuvuudesta

Vuodeosaston hoitohenkilökunnan kyselylomakkeessa oli neljä kysymystä. Jokaisen kysymys alkoi samalla tavalla: ”Miten leikkaussalista tuleva soitto esilääkitä leikkaukseen tuleva lapsi sekä tuoda hänet ja kaikki tarvittavat asiakirjat (paperit, työkortit yms.) leikkaussaliin vaikuttaa työssäsi seuraaviin asioihin? Vastaa vetämällä pystyviiva oheiseen VAS-janaan.” Neljä kohtaa käsitteli kiireen määrää, työrytmin sekoittumista, riittävää aikaa potilaan valmisteluun sekä esilääkkeen vaikutusta lapsella.

Vuodeosastojen henkilökunnan mielestä (kuvio 5) odotustila helpotti heidän työtään. Kiireen määrä väheni lähes puoleen (mean 50 > 26). Työrytmi ei sekoittunut, kun potilaan esilääkitsemiseen ja viemiseen leikkausosastolle jäi enemmän aikaa. (mean 48 > 26). Myös aikaa valmistella potilas jäi aikaisempaa enemmän (mean 49 > 61). Vapaata tekstiä oli useassa kyselylomakkeessa, vaikka varsinaisesti sitä ei kysytykään. Alkukartoituksessa jo mainittiin, että kiireen määrä riippuu paljon päivästä ja siitä, monentenako potilas on leikkauslistalla. Esilääke soitettiin vuodeosaston hoitajien mielestä useimmiten liian myöhään, jolloin se ei ehdi riittävästi vaikuttamaan lapseen tai toinenkin ääripää on mahdollinen, jolloin esilääke ehtii jo mennä ohi, ennenkuin potilas pääsee saliin asti. Välillä leikkausosastolta tuleva soitto sekoittaa muuta työrytmiä pahastikin, sillä osastolla on paljon päällekkäin tapahtuvia asioita ja hoitajan pitäisi olla monessa paikassa yhtä aikaa. Odotustilan pilotoinnin jälkeen tehdyssä kyselyssä mainittiin sama asia, että kiire riippuu työpäivästä. Toisinaan kutsu sekoittaa työpäivää, toisinaan ei. Tärkeänä asiana mainittiin se, että odotustilan myötä hoitaja vapautuu osastolla esilääkityn potilaan valvonnasta muihin tehtäviin, mikä vähentää kiirettä ja työrytmiä pystyy säätelemään entistä paremmin. Yleisin mainittu kommentti oli, että ”*Erittäin hyvä projekti, helpottaa ja selkeyttää osaston työtä, toivottavasti jatkuu*”.



Kuvio 5. Vuodeosaston hoitohenkilökunnan mielipiteet

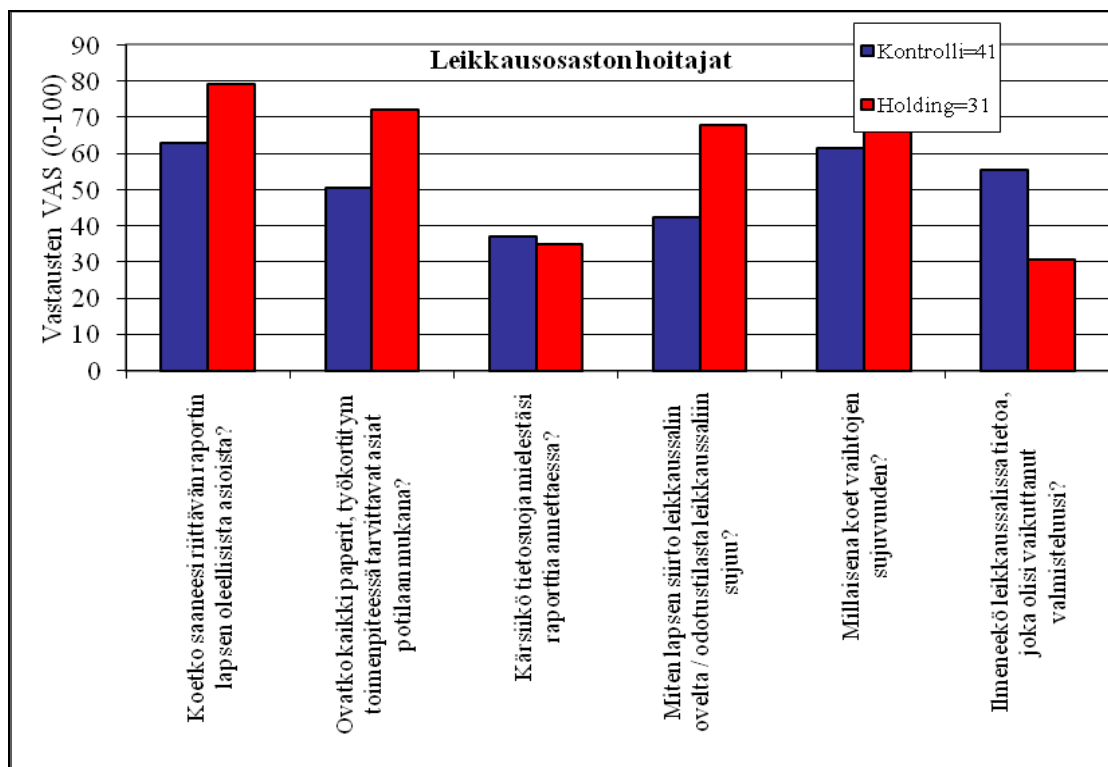
Alkukartoituksessa vuodeosastojen sairaanhoitajilta kysyttiin, miten esilääke ehti vaikuttamaan lapsella. Pilotointijakson jälkeen samainen kysymys kysyttiin leikkausosaston hoitajilta. Odotustilassa käymisen myötä esilääke ehti vaikuttamaan lapsella paremmin kuin ennen odotustilaa. VAS- asteikolla (0 - 100) tämä muutos oli $48 > 75$.

6.3 Leikkausosaston hoitohenkilökunnan kokemukset toiminnan muutoksesta ja sujuvuudesta

Leikkausosaston sairaanhoitajille suunnatussa alkukartoituksessa oli kahdeksan kohtaa. Kaksi ensimmäistä kysymystä kartoitti taustoja. Ensimmäisenä kysyttiin, oletko anestesia vai instrumenttihoitaja ja toisena kysyttiin keneltä sait raportin. Jos eri kysymysten välillä olisi ollut eroja,

esimerkiksi raportoinnissa, olisi saatu selville johtuivatko erot työnkuvasta. Vastaajista anestesiahoitajia oli alkukartoituksessa 53 % ja pilotoinnin jälkeisessä kartoituksessa 54 % ja instrumenttihoitajia oli alkukartoituksessa 47 % ja pilotoinnin jälkeisessä kartoituksessa 46 %.

Seuraavat kolme kysymystä käsittelivät raportointia (kuvio 6). Leikkausosaston sairaanhoitajien mielipide raportin riittävydestä parani odotustilan myötä (mean 63 > 79). Kaikki tarvittavat paperit ja työkortit olivat paremmin kuin alkukartoituksessa potilaan mukana (mean 50 > 72). Tietosuojassa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia leikkausosaston sairaanhoitajien mielestä (mean 37 > 35).

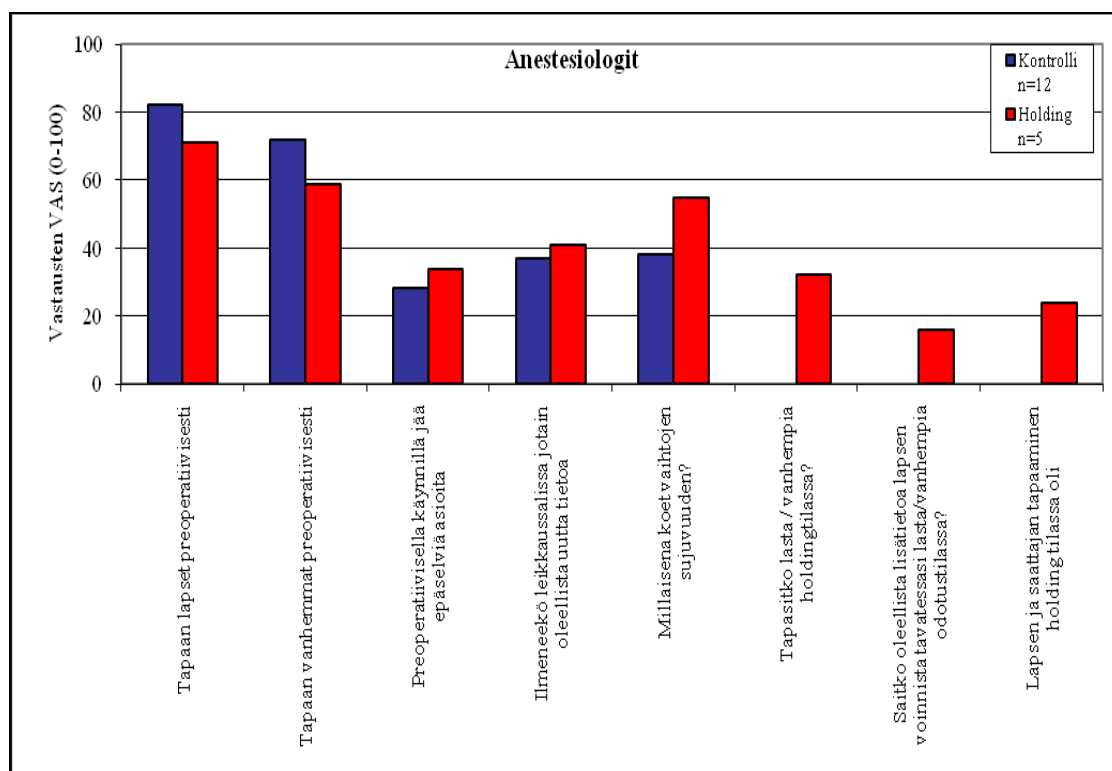


Kuvio 6. Leikkaussalihoitajien mielipiteet

Lapsen siirrosta ovelta leikkaussaliin tapahtui parannusta pilotointijakson aikana. Lapsen siirto sujui paljon rauhallisemmin pilotointijakson kuin alkukartoituksen aikana (mean 42 > 68). Vaihtojen sujuvuus parani pilotointijakson myötä (mean 62 > 77). Leikkaussalissa ei ilmennyt merkittäviä uusia asioita pilotointijakson aikana (mean 55 > 30). Pilotointijakson aikana leikkausosaston sairaanhoitajilta kysyttiin vielä esilääkkeen vaikutusta lapseen. Sama kysymys oli alkukartoituksessa vuodeosaston sairaanhoitajilla. Kysymykseen liittyvä vastaus on esitetty vuodeosaston sairaanhoitajien kohdalla sivulla 36.

6.4 Anestesia- ja lääkäriäiden kokemukset toiminnan muutoksesta ja sujuvuudesta

Anestesia- ja lääkäriäiden suunnatussa kyselyssä oli alkukartoituksen osalta viisi kysymystä ja pilotointijakson aikana kysymyksiä oli kahdeksan (kuvio7). Viiden ensimmäisen kysymyksen osalta lomakkeet olivat yhteneväiset. Pilotointijakson aikana kolme viimeistä kysymystä käsittelivät odotustilaan liittyviä toimintoja.



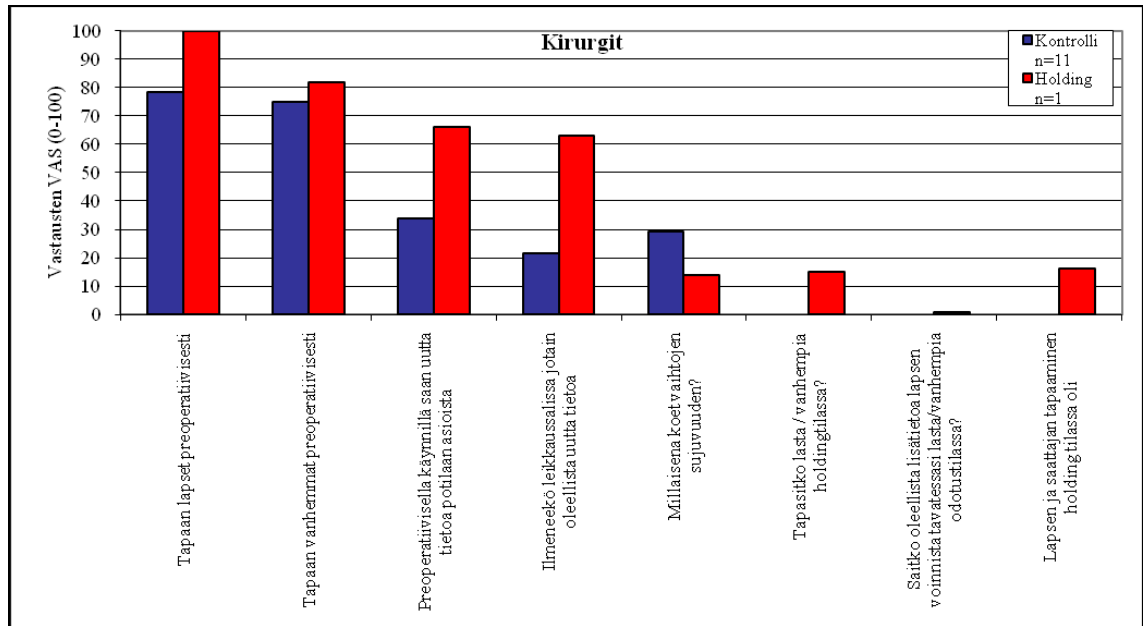
Kuvio 7. Anestesia- ja lääkäriäiden mielipiteet

Anestesia­lääkärit tapasivat potilaan pääsääntöisesti edellisenä päivänä sekä alkukartoituksen että pilotoinnin jälkeisen kyselyn mukaan (mean 82 > 71). Myös vanhemmat tavattiin pääsääntöisesti edellisenä päivänä sekä alkukartoituksen että pilotoinnin jälkeisen kyselyn mukaan (mean 72 > 58). Kyselyssä selvisi, että preoperatiivisellä käynnillä jäi jonkin verran epäselviä asioita (mean 28 > 34). Tulos hieman huononi pilotointijakson aikana. Tulokset osoittivat, että leikkaussalissa saadaan usein uutta tietoa (mean 37 > 41). Tiedon määrä jopa hieman suureni pilotointijakson aikana. Vaihtojen sujuvuus parani huomattavasti pilotointijakson aikana anestesia­lääkäreiden mukaan (mean 38 > 55).

Viimeiset kolme kysymystä kysyttiin vain pilotointijakson aikana. Kolmasosa vastanneista anestesia­lääkäreistä kävi tapaamassa lasta odotustilassa, mutta sen hyödyllisyys jäi epävarmaksi (mean 24). Uutta ja oleellista tietoa ei myöskään tullut (mean 16). Viimeisenä kysyttiin lapsen / saattajan tapaamisen hyödyllisyyttä odotustilassa anestesia­lääkärin työn kannalta. Vastauksista vain osa anestesia­lääkäreistä koki tapaamisen odotustilassa mielekkäänä. (mean 24).

6.5 Kirurgien kokemukset toiminnan muutoksesta ja sujuvuudesta

Kirurgeille suunnatussa kyselyssä oli alkukartoituksen osalta viisi kysymystä ja pilotoinnin jälkeisen kyselyn osalta kahdeksan kysymystä. Viiden ensimmäisen kysymyksen osalta lomakkeet olivat yhteneväiset. Pilotointijakson aikana kolme viimeistä kysymystä käsitteli odotustilaan liittyviä toimintoja (kuvio 8). Vain yksi kirurgi vastasi pilotoinnin jälkeiseen kyselyyn, joten tulos ei edusta koko ammattikuntaa.



Kuvio 8. Kirurgien mielipiteet

Kirurgit tapasivat potilaan lähes aina preoperatiivisesti (mean 78 > 100), kuten myös vanhemmat kirurgit tapasivat lähes aina vuodeosastolla (mean 75 > 82). Nämä molemmat toteutuivat sekä alkumittauksissa että pilotoinnin jälkeisessä kyselyssä.

Preoperatiivisella käynnillä kirurgit saivat uutta tietoa alkukartoituksen osalta noin kolmasosassa (mean 34) tapaamisissa. Pilotoinnin jälkeiseen kyselyyn vastannut kirurgi sai uutta tietoa lähes puolessa enemmän (mean 66). Leikkaussalissa ilmeni uutta tietoa alkukartoituksen mukaan viidesosassa tapaamisissa (mean 21), mutta pilotoinnin jälkeen uutta tietoa ilmeni enemmän (mean 63). Leikkaussalissa saatu tieto lisääntyi merkittävästi odotustilan pilotoinnin jälkeen.

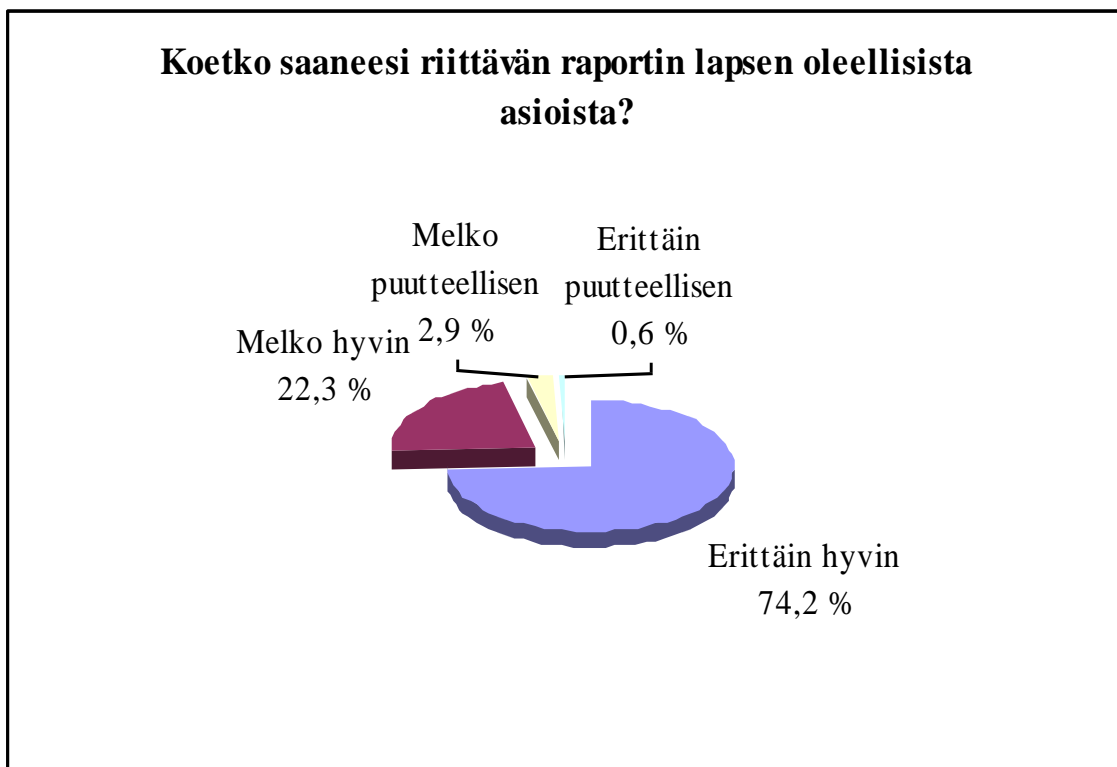
Vaihtojen sujuvuus kirurgien osalta huononi pilotoinnin jälkeen (mean 29 >14). Ainoana vastannut kirurgi oli joitakin kertoja käynyt tapaamassa lasta ja vanhempia odotustilassa (mean 16), mutta odotustilassa saatua uutta tietoa ei tullut merkittävästi (mean 1). Kirurgin kokemuksena oli, että potilaan ja vanhempien tapaaminen ei ollut merkittävää odotustilassa (mean 16).

Jos kirurgien ja anestesia- ja anestesialääkäreiden vastaukset yhdistää ja niitä tarkastelee yhtenä kokonaisuutena, huomaa vaihtojen sujuvuuden parantuneen VAS-asteikolla 34 > 48.

6.6 Odotustilan hoitajan kokemuksia toiminnan sujuvuudesta ja muutoksesta

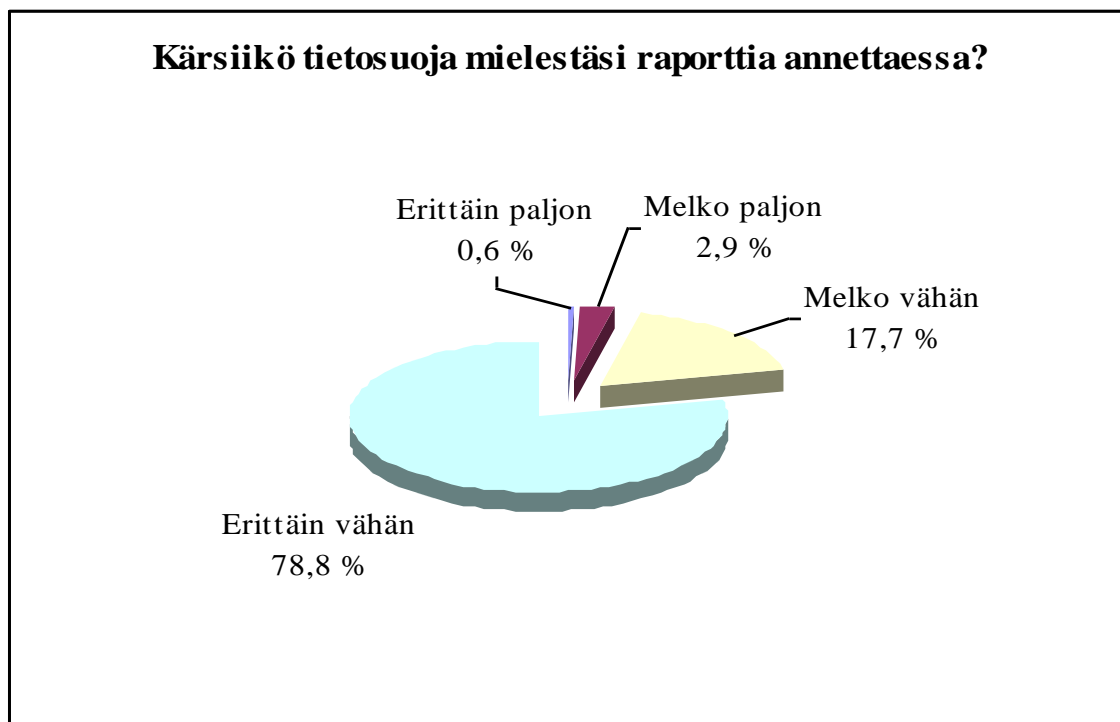
Odotustilan hoitaja täytti kyselylomakkeen jokaisen potilaan jälkeen (N = 175). Lomakkeessa oli yhdeksän kysymystä, joista yksi käsitteli taustatietoa. Ensimmäinen kysymys selvitti odotustilan hoitajan ammattia eli oliko hoitaja anestesia- vai instrumenttihoitaja. Tämän kysymyksen tarkoituksena oli olla tukena, jos joitain eroja olisi ollut vastauksissa. Näin olisi saatu selville, onko merkitystä sillä, kumpaan ryhmään hoitaja kuuluu.

Raportointiin tuli yksi välikäsi lisää, sillä vuodeosaston sairaanhoitaja antoi raportin odotustilan hoitajalle, joka taas antoi sen eteenpäin leikkaussalin hoitajille. Raportointi katsottiin tästä syystä tärkeäksi. 74 % odotustilan hoitaja koki saaneensa riittävän raportin potilaan asioista, melko hyvän raportin oli saanut 22 % hoitajista (kuvio 9).



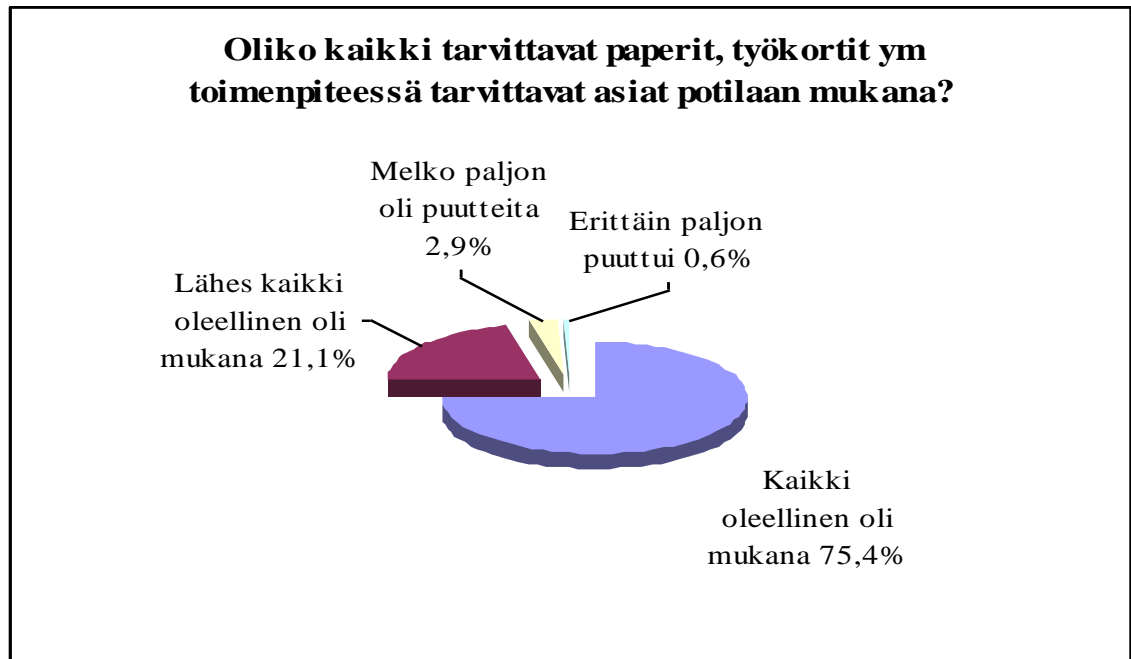
Kuvio 9. Raportin kattavuus

Pääsääntöisesti odotustilan hoitajan mielestä raportin tietosuoja kärsi erittäin vähän (79 %) (kuviot 9 ja 10). 5 %:lla potilaista selvisi odotustilassa uutta ja tarpeellista tietoa. Osa tiedosta saatiin potilaspapereita lukemalla, mutta paljon arvokasta tietoa tuli vanhemmilta.



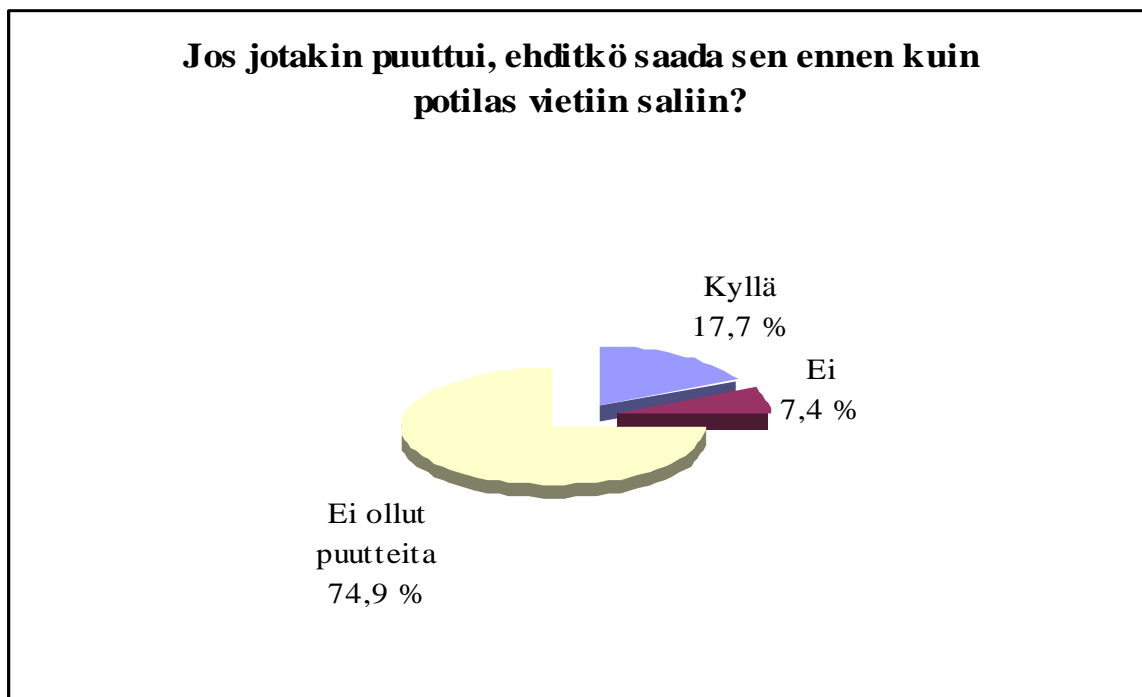
Kuvio 10. Raportoinnin tietosuoja

Potilaista $\frac{3}{4}$:lla oli kaikki toimenpiteessä tarvittavat oleelliset paperit, työkortit ym. mukana (kuvio11). Lähes kaikki oli mukana viidesosalla potilaista. Alle yhdellä prosentilla potilaista puutteita oli erittäin paljon.



Kuvio 11. Tarpeellisten asioiden mukanaolo

Odotustilan myötä lähes 3/4:lla potilaista puutteita ei ollut potilaan siirtyessä leikkaussaliin. Lähes viidesosassa potilaista puutteet ehdittiin saada leikkaussaliin ennen kuin potilas siirtyi odotustilasta eteenpäin. 7 % potilaista puutteita ei ehditty saada leikkaussaliin asti ennenkuin potilas siirtyi itse toimenpiteeseen (kuvio 12).



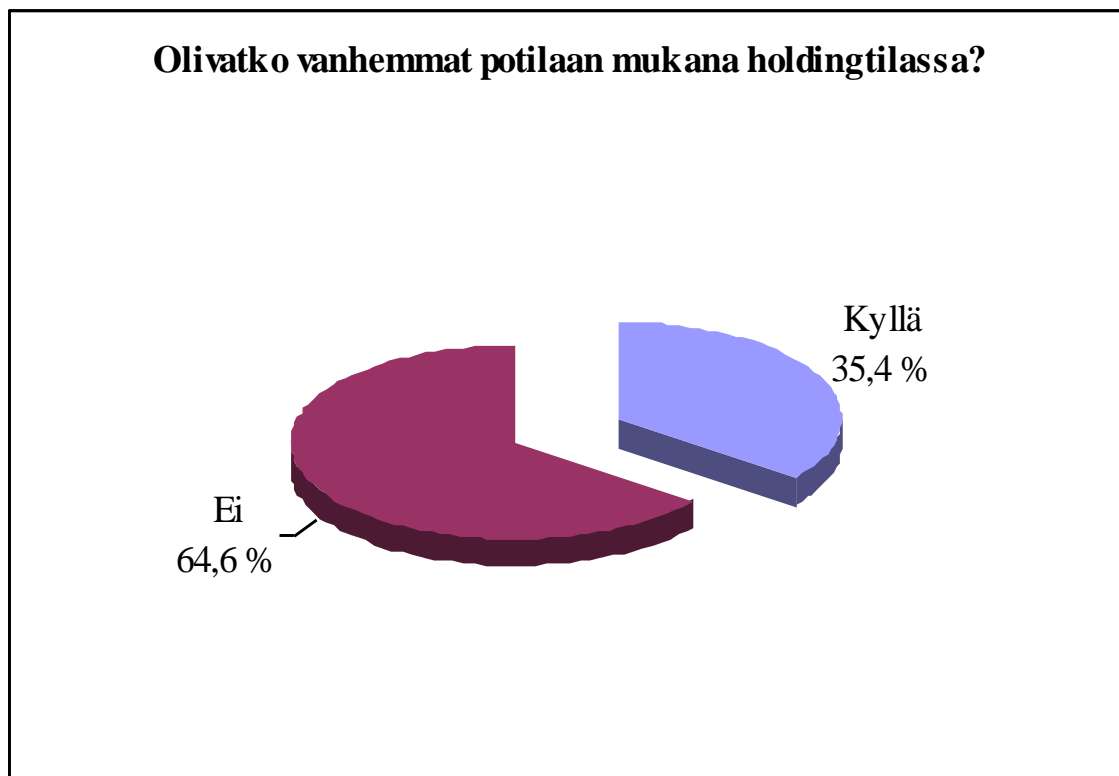
Kuvio 12. Puutteet leikkaussaliin mennessä

Uutta ja merkittävää tietoa ei odotustilassa juurikaan ilmennyt. Vain viidessä prosentissa potilasta odotustilan hoitaja sai uutta ja merkittävää tietoa (kuvio 13).



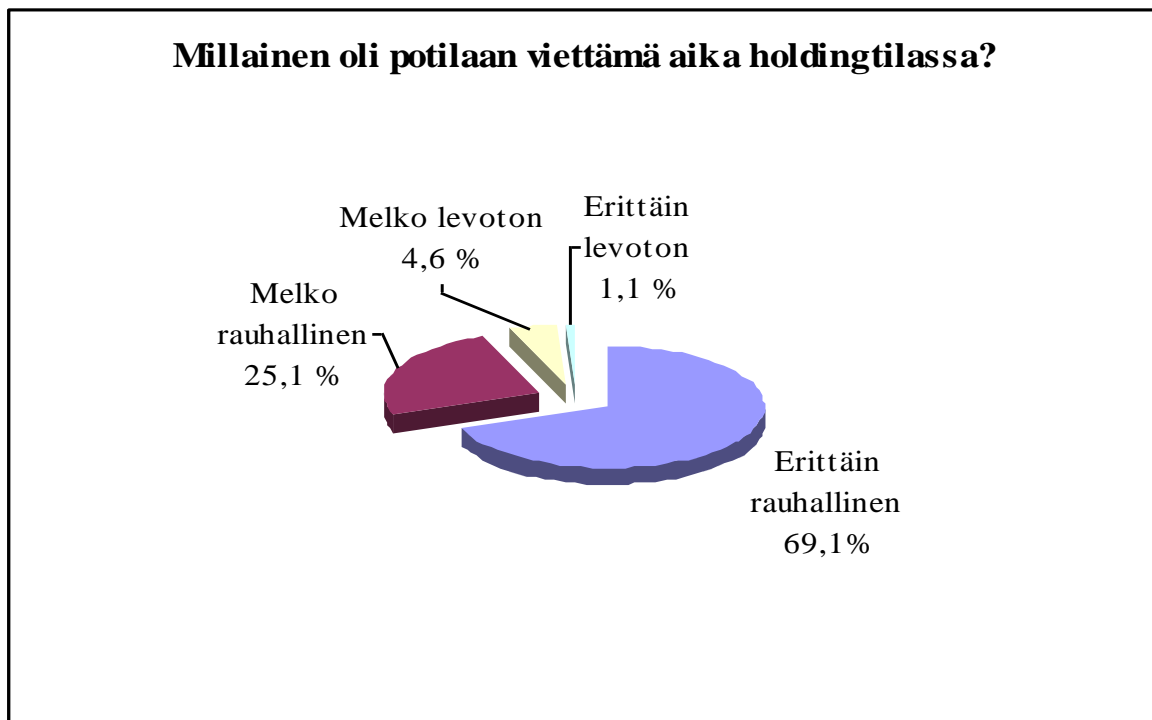
Kuvio 13. Odotustilassa selvinnyt tieto

Kaikki vanhemmat eivät halunneet tulla odotustilaan, vaikka siihen olisi ollut tilaisuuskin. Jo vuodeosastoilla vanhemmille kerrottiin, että mahdollisuus tulla mukaan odotustilaan oli olemassa. Koska tilan oli pieni, joitakin kertoja jouduttiin rajaamaan vanhempien mukaan tuloa. 35 % potilaista vanhemmat olivat mukana (kuvio14). Odotustilan hoitajat kokivat, että etenkin pienten lasten kohdalla vanhemmista oli apua. Ennenkuin esilääke ehti vaikuttamaan, lapset usein keikkuivat sängyissä ja halusivat pois sieltä, ja juuri tällaisissa tilanteissa vanhempien mukanaolo auttoi.



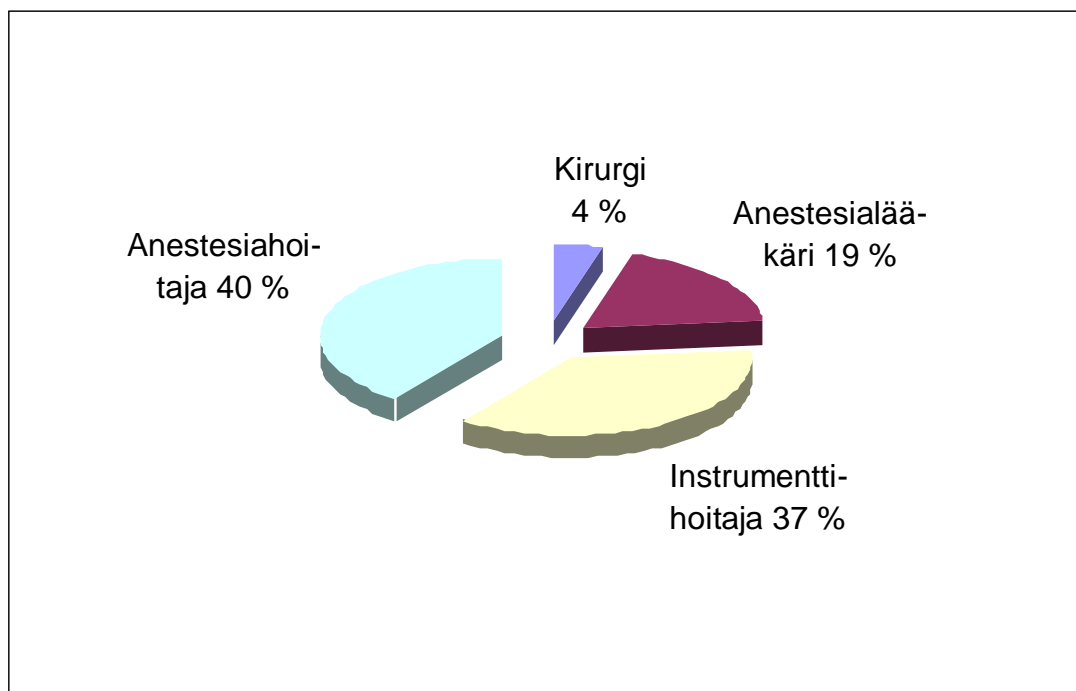
Kuvio 14. Vanhempien läsnäolo

Yli kahdella kolmasosalla (69 %) potilaista odotustilassa vietetty aika oli erittäin rauhallinen ja neljäsosalla melko rauhallinen (kuviot 13 ja 14). Yhden prosentin kohdalla vietetty aika oli levotonta ja 5 % kohdalla melko levotonta.



Kuvio 15. Potilaan viettämä aika odotustilassa

Toiminta-ajatuksena oli, että leikkaukseen osallistuva henkilökunta voisi käydä tapaamassa potilasta odotustilassa ja selvittää vielä viimehetken kuulumiset. Kirurgeista 4 % kävi tapaamassa lasta (kuvio 16). Pääsääntöisesti he olivat ortopedejä. Leikkausosaston henkilökunta koki heidän käyntinsä mielekkääksi, sillä he varmistivat lopullisesti leikkauksessa tarvittavat instrumentit ja toimenpiteen kulun. Potilaista lähes viidesosa (19 %) tapasi anestesia-ääkärin odotustilassa. Muutamia kanyyleja laitettiin valmiiksi ennen saliin menoa, ja joitakin kertoja anestesia-ääkäri pyydettiin odotustilaan varmistamaan potilaan anestesiakelpoisuus. Leikkaussalin sairaanhoitajista instrumenttihoitajia kävi paikalla 37 % ja anestesiahoitajia 40 %.



Kuvio 16. Potilaan tapaaminen odotustilassa

6.7 Tulosten pohdintaa

Aiemmista tutkimuksista ilmeni, että leikkaussalin toiminta tehostuu ja sujuvoituu limittäisen leikkaussaliprosessin myötä (Marjamaa ym. 2004; Seim ym. 2006; Marjamaa 2007). Erilaiset puutteet ja viiveet hankaloittavat leikkaussalin toimintaa (Overdyk ym. 1998; Weinboroum ym. 2003). Ne huomioon ottamalla voidaan toimintaa kehittää entisestään (Hovila ym. 2004). Tämän kehittämisprojektin tuloksien perusteella voidaan päätyä samankaltaisiin tuloksiin. Toiminnan tehostumista ei tutkittu tässä kehittämisprosessissa, mutta sujuvamman toiminnan myötä voisi ajatella toiminnan tehostuvan.

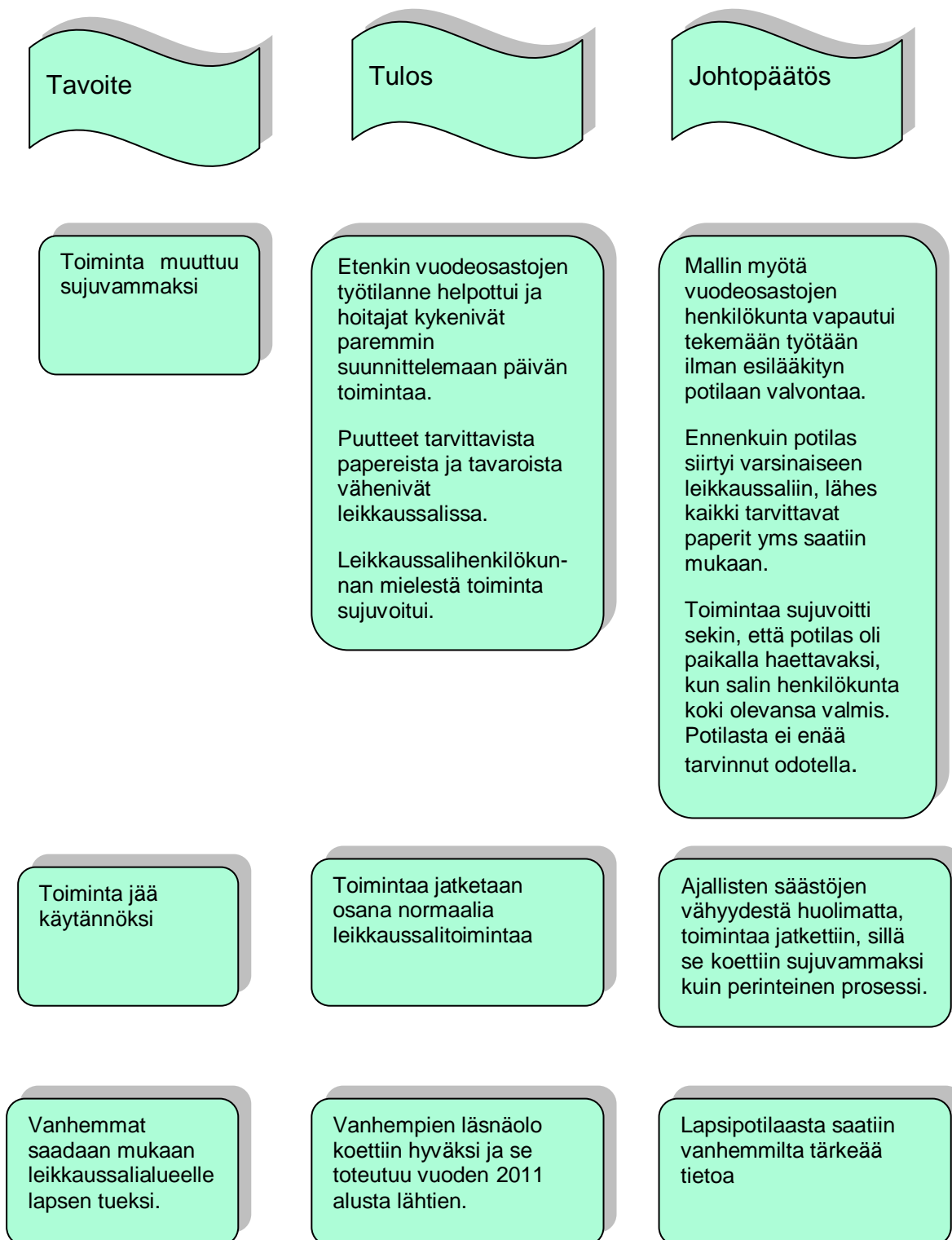
Vanhempien ottaminen mukaan leikkaussalialueelle lisää lapsen kokemaa turvallisuuden tunnetta (Väisänen 2000; Zuwala & Barber 2001; Heard 2008; MacLaren Chorney & Kain 2010). Tässä kehittämisprojektissa vanhempien

mukana olo koettiin myönteisenä. Lisäksi sen koettiin tuovan raportoinnissa lisätietoa lapsesta.

Odotustilan käyttöön otto lisää yhden raportoinnin. Vuodeosaston sairaanhoitaja antoi odotustilassa raportin odotustilan hoitajalle, joka antoi sen eteenpäin leikkaussalin hoitajalle. Tämän ajateltiin olevan riskitekijä, sillä mahdollista olisi ollut, että kaikki tarpeellinen tieto ei olisi kulkenut potilaan mukaan leikkaussaliin. Raportin kattavuus kuitenkin parani. On mahdollista, että odotustilan hoitaja ehti selvittää itse potilaan asioita papereista tai kysellä vanhemmilta, jolloin raporttiin saatiin lisää tarpeellista tietoa. Leikkaussalissa ei enää tarvinnut etsiä lisätietoa niin usein kuin ennen odotustilaa. Vaikka tila oli pieni, eikä siinä ollut ovea, raporttia voitiin mennä kuuntelemaan oviaukon ulkopuolelle tilanteissa, joissa muita potilaita ja vanhempia oli paikalla. Kuvioon 17 on koottu tuloksista yhteenvetoa ja pohdintaa.

Kyselytulosten pohjalta voidaan todeta, että potilaat saivat selkeästi sopivampaan aikaan esilääkkeen pilotointijakson aikana. Tämä voi johtua siitä, että leikkaussalin hoitajat kiinnittivät huomiota siihen, mihin aikaan potilas kutsuttiin leikkausosastolle, joten esilääkitseminen ja kutsu saapua saliin toteutettiin riittävän ajoissa.

Odotustila ei ollut tilana sopiva toimintaan. Tila itsessään oli ahdas ja lisäksi seinän takana porattiin uudelle leikkausosastolle menevää hissiä. Näin ollen potilaiden levottomuus ei ollut ongelma, vaan hissiremontista aiheutuvat välillä mittavatkin äänet.



Kuvio 17. Yhteenveto tuloksista ja pohdinta

Yhteenvetona voidaan todeta, että henkilökunta koki odotustilan toimintamallina erittäin mielekkääksi. Toiminta muuttui sujuvaksi ja työ mielekkääksi. Raportit paranivat, lapsi oli rauhallinen, viime hetken suunnitelmien muutokset vähenivät, vuodeosastojen työrytmi parani ja lapsen valmisteluun jäi enemmän aikaa kuin ennen odotustilaa.

7 LOPPUTULEMA

7.1 OVI-malli

Tässä kehittämisprojektissä varsinainen lopputulos oli odotustila. Se on vuodeosaston ja leikkaussalin välinen tila, jossa lapsipotilas odottaa hetken ennen varsinaiseen leikkaussaliin pääsyä. (Kuva 1) Tämä odotustila sijaitsee fyysisesti leikkaussalin yhteydessä. Odotustilan tarkoituksena on tuoda lapsipotilas lähelle toimenpidehuonetta, jolloin hänet saadaan leikkaussaliin heti, kun henkilökunta on valmistellut leikkaussalin kuntoon.



Kuva 1. Odotustila

Odotustila helpotti etenkin vuodeosastojen työtä. Heiltä jäi esilääkityn potilaan valvonta pois ja he saivat keskittyä paremmin muuhun potilashoittoon. Leikkausosastolla potilaspaperit ja työkortit olivat paremmin potilaan mukana leikkaussaliin mennessä kuin annen odotustilan käyttöä.

7.2 Kehittämiprojektiin liittyvien riskien arviointi

Riskitekijänä katsottiin olevan nopea aloitusaikataulu. Uusi anestesia- ja leikkausosasto oli valmistumassa syksyllä 2010. Tähän mennessä haluttiin saada tietoa siitä, miten odotustila todellisuudessa saadaan toimimaan lasten leikkausosastolla. Projektipäällikön kannalta tämä merkitsi etenkin alussa erittäin aktiivista otetta projektin markkinoinnissa yhteistyötahoille sekä sidosryhmille. Lisäksi hänen oli vastattava kirjallisen materiaalin tuotosta määräaikaan mennessä. Näiden tekemiseen hänen oli saatava motivoitua projektiryhmää lukemaan ja kommentoimaan kriittisesti hänen tuotostaan. Loppujen lopuksi nopeasta aloituksesta oli hyötyä, sillä toiminta saatiin intensiivisesti käyntiin sekä kaikki sidosryhmät ja yhteistyötahot saatiin sitoutettua mukaan. Kenenkään motivaatio ei laskenut projektin edetessä, mihin vaikutti varmaankin nopea toiminta.

Kehittämiprojektin läpivieminen, etenkin kun rinnalla oli yhtäaikaisesti muita projekteja, oli haasteellista ja aiheutti riskejä. Uusi leikkausosaston hallintajärjestelmä (Opera) oli yhtäaikaisesti iso projekti, jonka käyttöä piti jokaisen opetella. Tietojärjestelmän käyttöönoton ajaksi pilotointi päätettiin keskeyttää. Tähän keskeytykseen liittyi riskejä, jotka tiedostettiin, mutta projekti päätettiin siitä huolimatta toteuttaa suunnitellun aikataulun puitteissa. Riskinä yhtäaikaisen toiminnan kannalta oli se, että henkilökunta unohti odotustilaan liittyvät asiat keskeytyksen aikana ja motivaatio toiminnan kehittämiseksi yhtäaikaisesti toisen ison asian kanssa laski. Hankkeen kannalta tietojärjestelmän käyttöönotosta oli haittaa, mutta tämän opinnäytetyön kannalta

sillä ei ollut merkitystä. Kyselyt suoritettiin ennen tietojärjestelmän käyttöönottoa sekä sen jälkeen, joten niiden vastaamiseen ei keskeytys vaikuttanut. Pilotoinnin kannalta keskeytys oli harmittava, mutta toiminnalliselta kannalta se ei haitannut. Pilotoinnin hoiti projektiin valitut projektiryhmän jäsenet, jotka olivat mukana vapaaehtoisesti ja innokkaina kehittämään toimintaa.

Henkilöstön riittävyys leikkausosastolla oli ongelma. Uutta ja etenkin kokenutta henkilökuntaa ei ollut saatavilla, eikä nykyiselläkään henkilökunnalla saada kaikkia leikkaussaleja joka päivä auki. Pilotoinnin aikana henkilökunnan vähyyttä näkyi salien vaihtoaikojen pituutena ja osittain potilaat odottivat suhteellisen kauan odotustilassa. Projektirahojen turvin odotustilaan oli hoitaja varattu joka päivälle, mutta kun saleja jouduttiin sulkemaan, potilasmäärät olivat normaaleja alhaisemmat. Myös tauottajan puute leikkaussalin henkilökunnassa lisäsi salien vaihtoajoja, sillä tauottajan puuttuessa sali seiso tyhjänä sen aikaa, että henkilökunta ruokaili. Projektipäällikön kannalta tämä merkitsi ihmisten motivointia aktiiviseen työotteeseen sekä löytämään erilaisia vaihtoehtoja syömään pääsemiseksi. Odotustilan hoitaja voi päästää syömään työtovereitaan odotustilan ollessa tyhjillään. Näiltä kohdin ennusteet kävivät toteen.

Raportoinnin kannalta ongelmana oli, että samassa tilassa saattoi olla useampi potilas vanhempineen, joten mahdollisuus kuulla toisesta potilaasta annettava raportti siirron yhteydessä oli olemassa. Odotustilaksi muodostui tilaongelmien takia entinen kansliatila, jonka oviaukko oli niin pieni, että ison sängyn mahtuminen sisään oli hankalaa. Siksi ovi ja ovenkarmit jouduttiin poistamaan. Tästä syystä tila oli avoin ja osittain meluisakin. Tietosuojan riittävyttä pohdittiin. Vuodeosastoillakin potilaat ovat vanhempineen odottamassa leikkaussaliin pääsyä muiden potilaiden kanssa eikä tietosuojan ole todettu heikkenevän. Sen ei uskottu olevan ongelma odotustilassakaan. Joissakin tilanteissa raportti annettiin huoneen ulkopuolella, jotta muut potilaat ja

vanhemmat eivät kuulleet sitä. Potilasturvallisuus ei kärsinyt, sillä potilaat olivat edelleen näköetäisyydellä.

7.3 Projektipäällikkönä kehittämishankkeessa

Tässä kehittämishankkeessa toimi projektipäällikkönä suhteellisen kokematon henkilö. Kokemattomuus toi osaltaan lisähaastetta hankkeen läpiviemiseen. Kokemattomuuden rinnalla työtä helpotti se, että työyhteisö ja siihen kuuluvat ihmiset olivat projektipäällikölle tuttuja. Näin hän pääsi suoraan sisään toimintaan ja tiesi jokaisen työntekijän tavat toimia. Aikaa ei kulunut uuden työyhteisön opettelemiseen. Haasteellisinta oli löytää uusi rooli tutussa työyhteisössä, sillä projektipäällikön rooli oli projektin kannalta katsottuna tasaveroista työtoveruutta ylempänä. Kateutta vaikutti olevan ilmapiirissä aika ajoin, mutta sitä ei projektin etenemisen myötä noteerattu, joten se häveni.

Kehittämishankkeen ohjausryhmä koostui erittäin motivoituneista henkilöistä. Jokainen heistä halusi projektin onnistuvan parhaalla mahdollisella tavalla ja teki töitä sen eteen. Lisäksi ohjausryhmän ja projektipäällikön välillä oli jo ennestään vahva usko ja luottamus. Se toi projektipäällikölle tietynlaisen turvallisuuden tunteen siitä, että hän saa neuvoja ja ohjausta tarvittaessa. Tämä oli projektipäällikön mielestä erittäin iso projektia eteenpäin vievä voima. Se vei projektipäällikköäkin eteenpäin koko projektin ajan.

Projektiryhmä oli projektipäällikön tukena. Heidän välillään oli jo entuudestaan vahva luottamus, mikä helpotti yhteistyötä. Jokainen tunsi toisensa ja tiesi toistensa tavat toimia. Toisaalta projektipäällikön oli siirryttävä pois tasaveroisesta työtovereiden asemasta projektipäällikkyyden myötä. Se olisi voinut aiheuttaa ongelmia, mutta yhteistoiminnallinen tapa toimia mahdollisti kaikille sujuvan yhteistyön. Haastetta projektipäällikölle oli pysyä

yhteistoiminnallisessa toimintatavassa, mutta pitää itsellä kuitenkin kaikki langat ja päätöksenteko käsissä.

Tuttu työyhteisö helpotti projektin tekemistä projektipäällikön kannalta etenkin, kun aloitusaikataulu oli todella tiukka. Työyhteistö tuttuus tuo kuitenkin helposti erimielisyyksiäkin. Ihmiset uskaltavat sanoa mielipiteensä suoraan ja ilmaisevat herkästi kielteiset ajatuksensa toiminnan kehittämistä. Näin kävi tässäkin kehittämissuorituksessa. Mielipiteitä löytyi puolesta ja vastaan. Niistä selvitettiin keskustelemalla ja selkeällä tiedottamisella. Haasteellisinta projektipäällikön roolissa oli näissä tilanteissa yrittää kuunnella eriäviä mielipiteitä avoimin mielin, eikä suoraan alkaa puolustaa omaa projektiaan.

Tehokkuus sanana tuo helposti mieleen lisää työtä vähemmällä reursseilla. Sen vuoksi projektia esiteltiin yhteistyöryhmille etukäteen osastotunneilla ja osastonhoitajia tiedotettiin sähköpostilla aikatauluista. Näin saatiin toimintaa tunnetuksi, mikä helpotti projektin toimintavaiheessa työntekoa. Vuodeosastojen henkilökuntaa oli helpompaa lähestyä kuin leikkausosaston henkilökuntaa, sillä heille tämä kehittämissuoritus toi vain helpotusta työhön. Sen sijaan leikkausosaston henkilökunta joutui näkemään ylimääräistä vaivaa koko HUS:n hankkeen läpiviemiseen. Sen vuoksi innostus projektia kohtaan ei ollut suurta.

Oppimiskokemuksena projektin läpivieminen oli valtavan haasteellista, mutta opettavaista. Tiedottamisen merkitystä projektin onnistumisen kannalta projektipäällikkö ei osannut kuvitellakaan. Aikaa kaiken tekemiseen ja läpiviemiseen meni valtavasti, joten ilman rahoitusta kehittämissuoritus olisi varmasti jäänyt vajanaiseksi. Nyt projektipäällikkö sai keskittyä kokonaan projektin läpiviemiseen projektin kannalta kriittisinä aikoina. Lisäksi tuki työyhteisöstä oli iso apu.

8 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Leikkausosaston henkilökunta koki odotustilan haasteellisena, sillä he eivät olleet tottuneet kohtaamaan vanhempia. Tähän pitää jatkossa kiinnittää huomiota. Nykyaikaa on se, että vanhemmat pääsevät mukaan jopa leikkaussaliin asti, joten väistämättä vanhemmat tulevat olemaan mukana ainakin odotustilassa. Jatkossa pitää miettiä myös sitä, miten vanhemmat saataisiin mukaan potilaan heräämisvaiheeseen. Osastotunteja ja tiedotusta toiminnasta tullaan jatkamaan. Lisäksi leikkausosaston henkilökunta tarvitsee koulutusta ja tukea toimimaan odotustilassa.

Projektissa toteutetut kyselyt tullaan järjestämään uudelleen keväällä 2011. Tarkoituksena on saada lisätietoa toiminnan sujuvuudesta ja kannattavuudesta kaikkien henkilöstöryhmien kannalta. Lisäksi kyselyllä selvitetään, miten toiminta koetaan, kun se on ollut jo rutiininomaisena käytäntönä jonkin aikaa. Kyselyt tullaan suorittamaan Webropol ohjelmalla, jolloin ne saadaan osoitettua suoraan jokaiselle työntekijälle.

Projektissa huomattiin melko suuri ero leikkaussalihoitajien ja lääkäreiden vastauksissa vaihtojen sujuvuudesta. Mistä tämä ero johtuu, jäi epäselväksi. Onko ero käsitteen määrittämisessä eri henkilöstöryhmien välillä? Sujuvan toiminnan kehittämisen kannalta asiaa kannattaisi tutkia. Jos ero on ajatusmaailmassa, asiasta avoimesti puhuminen ja toistemme auttaminen yhteistyössä eri ammattiryhmien kesken sujuvoittaisi toimintaa entisestään.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa: Heikkinen, H. & Huttunen, R. & Moilanen, P. Siinä tutkija, missä tekijä – toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena-kustannus, 11-24.

Alho, A.; Peltokorpi, A. & Torkki, P. 2004. Traumapotilaan hoitoprosessin kehittäminen. Teknillinen korkeakoulu. Tuotantotalouden laitos. Teollisuustalouden laboratorio. Working Paper No 2004/4. Espoo.

Eklund, F.; Torkki, P.; Paavolainen, P. & Seitsalo, S. 2007. Tuotantoprosessien vaikutus kustannuksiin erikoissairaanhoidossa. Suomen Ortopedia ja Traumatologia. Vol. 30 No3/2007, 301-304.

Ernvall, S. 2009. SPSS statistics –tilasto-ohjelma, Versio 17. Muutama ohje alkuun pääsemiseksi. Turun ammattikorkeakoulu.

Fitzpatrick, E. & Hyde, A. 2006. Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. Journal of Clinican Nursing. No 15/2006, 671-677.

Grönroos, M. 2003. Johdatus tilastotieteeseen – Kuvailu, mallit ja päättely. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Heard, L. 2008. Taking Care of Little Things: Preparation of the Pediatric Endoscopy Patient. Gastroenterology Nursing. Vol. 31 No 2/2008, 108–112.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, S., Sajavaara, P. & Hurme, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi Oy.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2003. Tilastolliset menetelmät. Vantaa: Dark Oy.

Hovila, A.; Poutanen, A. & Rautavuori, A. 2004. Hyks LNS Lastenklinikan leikkaushoitotoiminnan kehittäminen. Tekninen korkeakoulu. Tuotantotalouden osasto, 1-48.

HUS. Anestesia- ja leikkausosasto. 2007. Anestesia- ja leikkausosaston esittely.

HUS. Anestesia- ja leikkausosasto. 2009. Anestesia- ja leikkausosaston toimintasuunnitelma 2009.

HUS:n strategia 2007-2015. Viitattu 20.10.2010.

http://intra.hus.fi/content_list.aspx?path=1,2669,159617,159620.

HUS:n strategiset päämäärät. 2009. Viitattu 20.10.2010.

<http://intra.hus.fi/content.aspx?path=1,2669,159617,159620,176283>.

HUS:n ydintehtävä ja arvopohja. 2008. Viitattu 20.10.2010.

<http://intra.hus.fi/content.aspx?path=1,2669,159617,159620,175165>.

HUS. 2010a. Kuntayhtymän omistajakunnat ja perussopimus.

HUS. 2010b. HYKS, Naisten ja lastentautien tulosityksikkö.

Kallio, P.; Meretoja, O.; Salminen, P. & Arjatsalo, C. 2006. Liikennevalo-ohjaus tehostaa päivystysleikkaustoimintaa ja parantaa henkilökunnan työhyvinvointia. Suomen Lääkärilehti. Vol. 61 No 48/2006, 5075–5081.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, P. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kimberly, A. S. 2010. The nurse liaison in perioperative services: a family-centered approach. AORN Journal, Vol. 92 No 2/2010, 150-157.

Kivisaari, S. & Saranummi, N. 2006. Terveystieteiden systemiset innovaatiot vuorovaikutteisen kehittämisen kohteena. Case Pro Viisikko [Interactive development of systemic innovations in healthcare. Case Pro Viisikko]. VTT Tiedotteita . Research Notes 2324. Espoo.

Korhonen, K.; Santala, R.; Utriainen, P. & Teräväinen, R. 2000. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen prosessimalli, esimerkkinä Lahti. Hallinnon tutkimus. Vol 19, No 3/ 2000, 278-287.

Korte, R.; Rajamäki, A.; Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. Porvoo: WSOY.

Kotter John 1996. Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki: Rastor Oy.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

Kuula, A. 2000. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere. Vastapaino.

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lastenkirurgia 2010. Lastenkirurgian toimintasuunnitelma 2011. HUS.

MacLaren Chorney, J. & Kain Z.N. 2010. Family-centered Pediatric Perioperative Care. *Anesthesiology*. Vol 112 No3/ 2010, 751-755.

Mamia, T. 2005. SPSS alkeisopas. Statistical Package for Social Sciences. Tampereen yliopisto 5/ 2005.

Marjamaa, R. 2007. Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Marjamaa, R.; Vakkuri, A. & Kirvelä, O. 2008. Operating room management: why, how and by whom? *Acta Anesthesiologica Scandinavica*. No 52/ 2008, 596-600.

Marjamaa, R.; Niskanen, M.; Porkkala, T.; Valta, P.; Kuosa, R. & Hynynen, M. 2009. Vieläkö yöllä leikataan? *Suomen lääkärilehti*. No 64/ 2009, 2471-2476.

Marjamaa, R.; Torkki, P.; Torkki, M; & Kirvelä, O. 2004. Leikkaustoiminnan tehostaminen erillistä induktiosalia käyttämällä. *Finnanest*. Vol 37 No 5/ 2004, 472.

Meretoja, O. & Taivainen, T. 2010. Lasten ja nuorten sairaalan Anestesia- ja Kirurgian ohje.

Micheli, A. J.; Curran-Campbell, S. & Connor, L. 2010. The evolution of a surgical liaison program in a children's hospital. *AORN Journal*. Vol 92 No2/ 2010, 158-168.

Overdyk, F.; Harvey, S; Fishman, R. & Shippey, F. 1998. Successful strategies for improving operating room efficiency at academic institutions. *Anesthesia and Analgesia*. No 86/ 1998, 896-906.

Peltokorpi, A. 2010. Improving efficiency in surgical services: A production planning and control approach. Helsinki University of Technology. Department of Industrial Engineering and Management. Doctoral Dissertation Series 2010/11. Espoo.

Pälve, H. & Kaukonen, T. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen huomen? Pääkirjoitus, *Suomen lääkärilehti*. Vol 64 No 36/ 2009, 2851.

Robson, C. 2002. Real world research. Oxford. Blackwell. PowerPoint Slides. Viitattu 30.12.2010. www.blackwellpublishing.com/robson/powerpoint_slides.asp

Romino, S.; Keatley, V.; Secrest, J & Good, K. 2005. Parental presence during anesthesia induction in children. *AORN Journal*. Vol 81 No 4/ 2005, 780-792.

Seim, A.; Andersen, B. & Sandberg, W. S. 2006. Statistical process control as a tool for monitoring nonoperative time. *Anesthesiology*. Vol 150 No 2/ 2006, 370-380.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuoritusprojektissa. Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki.

Silfverberg, P. 2004. Projektioapas. Ympäristöministeriö. Maa- ja metsätalousministeriö. Konsulttitoimisto Planpoint Oy.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi – Projektityön käsikirja. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sokolovic, E.; Biro, P.; Wyss, P.; Werthemann, C.; Haller, U.; Spahn, D. & Szucs, T. 2002. Impact of the reduction of anaesthesia turnover time on operating room efficiency. *European Journal Anaesthesia*. No 19/ 2002, 560-563.

Sparks, L.; Setlik, J & Luhman, J. 2007. Parental holding and Positioning to Decrease IV Distress in Young Children: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Nursing*. Vol 22 No 6/ 2007, 440-447.

Stefan, K. A. 2010. The nurse liaison in perioperative services: A family-centered approach. *AORN Journal*. Vol 92 No 2/ 2010, 150-157.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveystuon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sullivan, E. 2000. Preoperative holding areas. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. Vol 15 No 5/ 2000, 353-354.

Sullivan, E. 2009. The evolution of perioperative holding areas. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. Vol 24 No 2/ 2009, 119-121.

Suomen Lääkäriliiton suositus. 2005. Yötyön ja pitkien työrupeamien aiheuttamien haittojen ehkäisy. Suomen Lääkäriliiton opassarja 3/ 2005.

Torkki, P.; Marjamaa, R.; Torkki, M.; Kallio, P. & Kirvelä, O. 2005. Use of anesthesia induction rooms can increase the number of urgent orthopedic cases completed within 7 hours. *Anesthesiology*. Vol 103 No 2/2005, 401-405.

Torkki, P.; Peltokorpi, A.; Alho, A.; Aitamurto, J.; Hynynen, M.; Sjöberg, J.; Tapper, A-M.; Vuorinen, J. & Seitsalo, S. 2007. Leikkaustoiminnan tehokkuutta tulisi mitata panos-tuotossuhteen avulla. *Suomen Lääkärilehti*. Vol 62 No 41/ 2007, 3765-3768.

- Tuomi, V. 2000. Prosessipohjaisen laatujohtamisen soveltuminen julkiseen hallintoon. Hallinnon Tutkimus. Vol 19, No 3/ 2000, 244-262.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Latvia: Livonia Print.
- Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen. Muutosjohtamisen käytännön keinot. Juva: WSOY.
- Valpola, A. 2007. Kuntajohto muutoksen osaajana. Kuntatyö kunnossa. Kuntien eläkevakuutusyhtiön julkaisuja.
- Valtari, M. 2004. SPSS-opas. Perusteet. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Tieto- ja viestintäteknikka. Helsinki.
- Väisänen, M. 2000. Leikkauksen jälkeinen kipu ja kivunhoito –kouluikäisten haastattelututkimus. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Weinbroum, A.; Ekstein, P. & Ezri, T. 2003. Efficiency of the operating room suite. American Journal Surgery. No 185/ 2003, 244-250.
- Zuwala, R. & Barber, K. 2001. Reducing anxiety in parents before and during pediatric anesthesia induction. AANA Journal. Vol 69 No 1/ 2001, 21-25.

Liite 1

OVI- projektin nykytilan kartoitus leikkausosaston hoitajille ____ / ____ 2010

(mieti viimeisen kuukauden ajalta ja merkitse kokemustasi parhaiten kuvaava arvio janalle pystyviivana)

1.Olen

anestesiahoitaja

instrumenttihoitaja

2.Keneltä sait raportin potilaasta?

Holding tilan hoitajalta

Vuodeosaston hoitajalta

Muulta anestesiahoitajalta

3.Koetko saaneesi riittävän raportin lapsen oleellisista asioista?

En koskaan_____ Aina

4.Ovatko kaikki paperit, työkortit ym toimenpiteessä tarvittavat asiat potilaan mukana?

Ei koskaan_____ Aina

5.Kärsiikö tietosuoja mielestäsi raporttia annettaessa?

Ei ollenkaan_____ Paljon

6.Miten lapsen siirto leikkaussalin ovelta / odotustilasta leikkaussaliin sujuu?

Erittäin levottomasti_____ Erittäin
rauhallisesti

7.Millaisena koet vaihtojen sujuvuuden?

Erittäin hitaana_____ Erittäin
sujuvana

8.Ilmeneekö leikkaussalissa oleellista lisätietoa, joka olisi vaikuttanut omaan valmisteluusi?

Ei koskaan_____ Aina

OVI- projektin holding ajan kartoitus leikkausosaston hoitajille ____ / ____ 2010 (mieti viimeisen kuukauden ajalta ja merkitse kokemustasi parhaiten kuvaava arvio janalle pystyviivana)

1. Olen

anestesiahoitaja

instrumenttihoitaja

2. Keneltä sait raportin potilaasta?

Holding tilan hoitajalta

Vuodeosaston hoitajalta

Muulta anestesiahoitajalta

3. Koetko saaneesi riittävän raportin lapsen oleellisista asioista?

En koskaan _____ Aina

4. Ovatko kaikki paperit, työkortit ym toimenpiteessä tarvittavat asiat potilaan mukana?

Ei koskaan _____ Aina

5. Kärsiikö tietosuoja mielestäsi raporttia annettaessa?

Ei ollenkaan _____ Paljon

6. Miten lapsen siirto leikkaussalin ovelta / odotustilasta leikkaussaliin sujuu?

Erittäin levottomasti _____ Erittäin
rauhallisesti

7. Millaisena koet vaihtojen sujuvuuden?

Erittäin hitaana _____ Erittäin
sujuvana

8. Ilmeneekö leikkaussalissa oleellista lisätietoa, joka olisi vaikuttanut omaan valmisteluusi?

Ei koskaan _____ Aina

9. Ehtikö esilääke vaikuttaa lapsella?

Erittäin huonosti _____ Erittäin hyvin

Liite 3

Ovi-projektin nykytilan kartoitus vuodeosaston hoitajille ____ / ____ 2010

(mieti viimeisen kuukauden ajalta ja merkitse kokemustasi parhaiten kuvaava arvio janalle pystyviivana)

Työskentelen osastolla nro ____

Miten leikkaussalista tuleva soitto esilääkitä leikkaukseen tuleva lapsi sekä tuoda hänet ja kaikki tarvittavat asiakirjat (paperit, työkortit yms.) leikkaussaliin vaikuttaa työssäsi seuraaviin asioihin?

Vastaa vetämällä pystyviiva oheiseen VAS-janaan

a) Lisää kiirettä

Ei yhtään _____ Erittäin paljon

b) Sekoittaa muuta työrytmiä

Ei yhtään _____ Erittäin paljon

c) Minulla on aikaa valmistella potilas

Erittäin vähän _____ Erittäin paljon

d) Esilääke ehtii vaikuttaa lapsella

Erittäin huonosti _____ Erittäin hyvin

Ovi-projektin holding ajan kartoitus vuodeosaston hoitajille ____ / ____ 2010

(mieti viimeisen kuukauden ajalta ja merkitse kokemustasi parhaiten kuvaava arvio janalle pystyviivana)

Työskentelen osastolla nro ____

Miten leikkaussalista tuleva soitto esilääkitä leikkaukseen tuleva lapsi sekä tuoda hänet ja kaikki tarvittavat asiakirjat (paperit, työkortit yms.) leikkaussaliin vaikuttaa työssäsi seuraaviin asioihin?

Vastaa vetämällä pystyviiva oheiseen VAS-janaan

a) Lisää kiirettä

Ei yhtään _____ Erittäin paljon

b) Sekoittaa muuta työrytmiä

Ei yhtään _____ Erittäin paljon

c) Minulla on aikaa valmistella potilas

Erittäin vähän _____ Erittäin paljon

Liite 5

OVI- projektin kartoitus holding tilan hoitajalle ____ / ____ 2010

(potilaskohtainen)

1. Olen
 - a. Anestesiahoitaja
 - b. Instrumenttihoitaja

2. Koetko saaneesi riittävän raportin lapsen oleellisista asioista?
 - a. Erittäin hyvin
 - b. Melko hyvin
 - c. Melko puutteellisen
 - d. Erittäin puutteellisen

3. Oliko kaikki tarvittavat paperit, työkortit ym toimenpiteessä tarvittavat asiat potilaan mukana?
 - a. Kaikki oleellinen oli mukana
 - b. Lähes kaikki oleellinen oli mukana
 - c. Melko paljon oli puutteita
 - d. Erittäin paljon puuttui

4. Jos jotakin puuttui, ehditkö saada sen ennen kuin potilas vietiin saliin?
 - a. Kyllä
 - b. Ei

5. Kärsiikö tietosuoja mielestäsi raporttia annettaessa?
 - a. Erittäin paljon
 - b. Melko paljon
 - c. Melko vähän
 - d. Erittäin vähän

6. Olivatko vanhemmat potilaan mukana holdingtilassa?
 - a. Kyllä
 - b. Ei

7. Millainen oli potilaan viettämä aika holdingtilassa?
 - a. Erittäin rauhallinen
 - b. Melko rauhallinen
 - c. Melko levoton
 - d. Erittäin levoton

8. Kuka kävi tapaamassa potilasta holding tilassa?

	Kyllä	Ei
Kirurgi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesiahoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumenttihoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesiahoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Holding tilassa selvisi merkittäviä uusia toimenpiteen tai anestesian valmisteluun vaikuttavia tietoja?

- a. Kyllä
- b. Ei

OVI- projektin nykytilan kartoitus kirurgeille ____ / ____ 2010

(mieti viimeisen kuukauden ajalta ja merkitse kokemustasi parhaiten kuvaava arvio janalle pystyviivana)

1. Tapaan lapsen toimenpidettä edeltävänä päivänä?

En koskaan _____ Aina

2. Tapaan vanhemmat toimenpidettä edeltävänä päivänä

En koskaan _____ Aina

3. Saatko leikkausta edeltävänä päivänä uutta tietoa potilaan tilasta/ sairaudesta toimenpidettä ajatellen?

En koskaan _____ Aina

4. Ilmeneekö leikkaussalissa kirurgian kannalta merkittäviä uusia asioita?

Ei koskaan _____ Aina

5. Millaisena koet vaihtojen sujuvuuden?

Erittäin hitaana _____ Erittäin
sujuvana

Liite 7

OVI- projektin holding ajan kartoitus kirurgeille ____ / ____ 2010

(Mieti viimeisen kuukauden ajalta)

1. Tapaan lapsen toimenpidettä edeltävänä päivänä?

En koskaan _____ Aina

2. Tapaan vanhemmat toimenpidettä edeltävänä päivänä

En koskaan _____ Aina

3. Saatko leikkausta edeltävänä päivänä uutta tietoa potilaan tilasta/ sairaudesta toimenpidettä ajatellen?

En koskaan _____ Aina

4. Ilmeneekö leikkaussalissa kirurgian kannalta merkittäviä uusia asioita?

Ei koskaan _____ Aina

5. Millaisena koet vaihtojen sujuvuuden?

Erittäin hitaana _____ Erittäin
sujuvana

6. Tapasitko lasta / vanhempia holdingtilassa?

En koskaan _____ Aina

7. Lapsen ja saattajan tapaaminen holding tilassa oli toimenpidettä ajatellen

Täysin hyödytön _____ Erittäin
hyödyllinen

8. Saitko oleellista lisätietoa lapsen voinnista kirurgiaa ajatellen tavatessasi lasta ja/ tai vanhempia odotustilassa?

En lainkaan _____ Erittäin
paljon

OVI- projektin nykytilan kartoitus anestesia­lääkärille ____ / ____ 2010

(mieti viimeisen kuukauden ajalta ja merkitse kokemustasi parhaiten kuvaava arvio janalle pystyviivana)

1. Tapaan lapsen preoperatiivisesti

En koskaan _____ Aina

2. Tapaan vanhemmat preoperatiivisesti

En koskaan _____ Aina

3. Preoperatiivisella käynnillä jää anestesia­lääkärin kannalta epäselviä asioita

Ei koskaan _____ Aina

4. Ilmeneekö leikkaussalissa jotain anestesia­lääkärin kannalta oleellista uutta tietoa

Ei koskaan _____ Aina

5. Millaisena koet vaihtojen sujuvuuden?

Erittäin hitaana _____ Erittäin
sujuvana

OVI- projektin holding ajan kartoitus anestesialääkärille ____ / ____ 2010

(mieti viimeisen kuukauden ajalta)

1. Tapaan lapsen preoperatiivisesti

En koskaan _____ Aina

2. Tapaan vanhemmat preoperatiivisesti

En koskaan _____ Aina

3. Preoperatiivisella käynnillä jää anestesialääkärin kannalta epäselviä asioita

Ei koskaan _____ Aina

4. Ilmeneekö leikkaussalissa jotain anestesialääkärin kannalta oleellista uutta tietoa

Ei koskaan _____ Aina

5. Millaisena koet vaihtojen sujuvuuden?

Erittäin hitaana _____ Erittäin
sujuvana

6. Tapasitko lasta / vanhempia odotustilassa?

En koskaan _____ Aina

7. Saitko oleellista lisätietoa lapsen voinnista anestesiaa ajatellen tavatessasi lasta ja/ tai vanhempia odotustilassa?

En lainkaan _____ Erittäin
paljon

8. Lapsen ja saattajan tapaaminen holding tilassa oli anestesiaa ajatellen

Täysin hyödytön _____ Erittäin
hyödyllinen