

HENGITYSHALVAUSPOTILAAN PALVELUPROSESSIN
ORGANISOINTI LAPIN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Emilia Lilja
Katja Väyrynen

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2017

Työelämän kehittäminen ja esimiestyö (YAMK)
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (YAMK)

Tekijät	Emilia Lilja, Katja Väyrynen	Vuosi	2017
Ohjaaja	Outi Törmänen		
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiiri, ylihoitaja Ulla Pitkänen		
Työn nimi	Hengityshalvauspotilaan palveluprosessin organisointi Lapin sairaanhoitopiirissä		
Sivu- ja liitemäärä	54 + 11		

Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvailla hengityshalvauspotilaan palveluprosessi ja sen organisointi hoitotyön esimiehen näkökulmasta. Tavoitteena oli yhtenäistää esimiesten vastuulla olevaa hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisointia hyödyntäen Lean-metodologiaa ja tuottaa hengityshalvauspotilaan palvelupolun kuvaus Lapin sairaanhoitopiirissä.

Kehittämistyön toimeksiantajana toimi Lapin sairaanhoitopiiri. Kehittämistyössä käytettiin laadullista lähestymistapaa ja hyödynnettiin palvelumuotoilua palvelupolun muodostamisessa. Aineisto kerättiin työpajatyöskentelyn avulla hyödyntäen Learning Cafe-menetelmää. Saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Kehittämistyön käsitteellinen viitekehys muodostui hengityshalvauspotilaan palveluprosessista ja sen kehittämisestä sekä hoitotyön esimiehen rooliin liittyvästä kirjallisuudesta.

Kehittämistyön tuloksena muodostui nelivaiheinen hengityshalvauspotilaan palvelupolku, johon on kuvattu hoitotyön esimiehen tehtävät ja vastuut hoitoprosessissa. Palvelupolku selkeyttää hoitotyön esimiesten tehtäviä ja vastuita ja he voivat hyödyntää palvelupolkua oman työnsä suunnittelussa ja kehittämisessä. Esimiesten kokemuksissa ja näkemyksissä roolistaan ja vastuustaan hengityshalvauspotilaan palveluprosessin organisoinnissa nousi esiin asiantuntijuus ja sen kehittyminen sekä yhteistyön merkitys. Tuloksissa ilmeni myös prosessissa olevia kehittämisen kohteita, joita voidaan hyödyntää hengityshalvauspotilaan prosessin suunnittelemisessa ja kehittämisessä.

Asiasanat Hengityshalvauspotilas, palveluprosessi, esimiestyö, asiantuntijuus

School of Social Services, Health and Sports
Master's Degree Programme in Development of
Working Life and Leadership

Authors	Emilia Lilja, Katja Väyrynen	Year	2017
Supervisor	Outi Törmänen		
Commissioned by	Lapland Hospital District, Senior nurse Ulla Pitkänen		
Subject of thesis	Organization of the service process on the ventilator dependent respiratory insufficiency patient on Lapland Hospital District		
Number of pages	54 + 11		

The purpose of this development work was to describe the service process and its organization on ventilator dependent respiratory insufficiency patient from nurse manager's point of view. The objective of the development work was to standardize the service process which organization is in the responsibility of nurse managers by using Lean-methodology and produce the description of service path on organization the care of ventilator dependent respiratory insufficiency patient in Lapland Hospital District.

The commissioner of the development work was Lapland Hospital District. Qualitative research method was used in development work and on forming the service path was used service design. The material was collected on workshop using Learning Cafe-method. The material was analyzed by using content analysis. The conceptual framework of the development work was formed into ventilator dependent respiratory insufficiency patient, the service process and its development and also the role and responsibility of nursing manager.

As a result of the development work was formed four phased service path of ventilator dependent respiratory insufficiency patient which point out nurse managers duties and responsibilities. The service path clear up duties and responsibilities of nurse managers and they can use service path on planning and developing their work. Expertise and its increasing and also the meaning of cooperation was showed as a result when examined the experiences and opinions of nurse managers role and responsibilities on organization the service process of ventilator dependent respiratory insufficiency patient. The results showed that there were also some subjects which need to be developed in the process. They can be used when planning and developing the process of ventilator dependent respiratory insufficiency patient.

Key words ventilator dependent respiratory insufficiency patient, service process, leadership, expertise

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KEHITTÄMISKYSYMYKSET	3
3 HENGITYSHALVAUSPOTILAAN PALVELUPROSESSIN ORGANISOINTI ...	4
3.1 Hengityshalvauspotilas	4
3.2 Terveysthuollon palveluprosessit ja niiden kehittäminen	6
3.3 Hoitotyön esimiehen rooli ja vastuu palveluprosessien kehittämisessä	8
3.4 Asiantuntijuuden kehittyminen ja sen merkitys kehittämistyössä	10
3.5 Käytäntöjen yhtenäistäminen ja Lean-menetelmä terveydenhuollon prosessien kehittämisessä.....	12
4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	16
4.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa	16
4.2 Palvelumuotoilu kehittämistyön menetelmänä terveydenhuollossa	17
4.3 Aineiston keruu	18
4.4 Aineiston analyysi	20
5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	22
5.1 Esimiesten näkemykset omasta roolista ja vastuusta hengityshalvauspotilaan palveluprosessin organisoinnissa	22
5.2 Hengityshalvauspotilaan yhtenäinen palvelupolku Lapin sairaanhoitopiirissä	23
5.3. Hengityshalvauspotilaan palveluprosessin keskeiset kehittämiskohteet.	32
6 POHDINTA	40
6.1 Keskeisten tulosten tarkasteleminen ja hyödynnettävyys	40
6.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	42
6.3 Kehittämistyön merkitys	44
6.4 Ehdotukset hengityshalvauspotilaan palveluprosessin kehittämiseksi.....	45
LÄHTEET	47
LIITTEET	55

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Kliinisen asiantuntijan kompetenssin sisällön muodostuminen Räsäsen, Sten-wallin ja Heikkisen Case-tutkimuksen mukaan.....	10
Kuvio 2. Hengityshalvauspotilaan palvelupolun vaiheet hoitotyön esimiesten kuvaamana Lapin sairaanhoitopiirissä.	24
Kuvio 3. Hengityshalvauspotilaan yhtenäisen palvelupolun suunnitteluvaihe ...	26
Kuvio 4. Hengityshalvauspotilaan yhtenäisen palvelupolun valmisteluvaihe	28
Kuvio 5. Hengityshalvauspotilaan yhtenäisen palvelupolun kotiutumisen vaihe	30
Kuvio 6. Hengityshalvauspotilaan yhtenäisen palvelupolun ylläpitovaihe	32
Kuvio 7. Hengityshalvauspotilaan palveluprosessin keskeisimmät kehittämiskohteet esimiesten kuvaamina.....	33
Kuvio 8. Hengityshalvauspotilaan lääkehoidon prosessin nykytila	36
Kuvio 9. Hengityshalvauspotilaan lääkehoitoprosessi ESKO ja OSTI-järjestelmää käytettäessä	37
Kuvio 10. Päivittäismerkintöjen kirjaamisen nykyinen prosessi hengityshalvauspotilaan palveluprosessissa	38
Kuvio 11. Päivittäismerkintöjen kirjaamisen prosessi ESKO-potilastietojärjestelmää käyttäen hengityshalvauspotilaan palveluprosessissa.	38

1 JOHDANTO

Julkisten palvelujen kehittämisen yksi tavoite on palveluiden kehittäminen siten, että ne tuottavat yhä enemmän arvoa (Räsänen, Stenwall & Heikkinen 2016, 269). Asiakslähtöisyys on osa sosiaali -ja terveysalan arvoperustaa (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18). Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuutta voidaan lisätä kehittämällä asiakslähtöisiä palveluketjuja. Hoitotyössä tuleekin hyödyntää kehittämisasiantuntemusta, kompetenssit ja osaaminen ja suunnata niukentuvat voimavarat palveluketjujen oikeisiin kohtiin. (Räsänen ym. 2016, 269.) Palveluprosessissa asiakkaan mielipide pyritään huomioimaan. Erikoissairaanhoidossa se voi tarkoittaa asiakkaan luottamusta siihen, että erikoissairaanhoidon asiantuntija toimii hänen parhaakseen. (Virtanen ym. 2011, 20.)

Sosiaali ja-terveysministeriön työryhmän mukaan (Hengityshalvauspotilaiden hoito 2006, 15) hengityshalvauspotilaiden hoitokäytännöistä ei ole laadittu tarkempia valtakunnallisia ohjeistuksia. Muutamissa sairaanhoitopiireissä, kuten Varsinais-Suomen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on laadittu omat ohjeistukset, jotka ovat kaikkien saatavilla internetissä. Osa sairaanhoitopiireistä laatii kirjallisen kotihoitosuunnitelman hengityshalvauspotilaille. Yhtenäisten käytäntöjen puutteen vuoksi potilaat ovat eriarvoisessa asemassa toisiinsa nähden maassamme. (Laasonen ym. 2002; Hengityshalvauspotilaiden hoito 2006, 15, 19; Vuori & Ylitalo-Liukkonen 2009.) Hengityshalvauspotilaiden hoidon aloitusta, toteutusta ja lopettamista harkitaan yleensä tapauskohtaisesti, joten selkeitä yleisohjeita hoidon järjestämisestä ei ole. Hoitovastuun järjestäminen ja hoitokäytännöt vaihtelevat huomattavasti eri sairaanhoitopiireissä. (Siirala ym. 2017, 675, 677.)

Lapin sairaanhoitopiirin (LSHP) painopistealueina vuodelle 2016 on ollut muun muassa alueellisten palveluprosessien, sairaalan toimintaprosessien suunnittelu ja valmistelu sekä resurssien hallittu kohdentaminen, vaikuttava hoito ja kustannusten hallinta. Vuoden 2017 painopistealueita ovat muun muassa jatkuva järjestelmällinen hukan poistaminen sekä parhaat käytännöt ja prosessien standardisointi (Painopistealueet 2016; Toiminta- ja taloussuunnitelma 2017, 12.)

Lapin sairaanhoitopiirissä oli kehittämistyötä aloittaessamme viisi hengityshalvauspotilasta eri erikoisaloilla, mutta omaa prosessimallia hengityshalvauspotilaille ei ole. LSHP käyttää Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin mallia soveltaen. Kunkin erikoisalan osastonhoitaja toimii yhteyshenkilönä hoitotiimin ja LSHP:n välillä sekä vastaa uusien hengityshalvauspotilaiden hoidon järjestelyistä. Käytännön ongelmana on, että hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisointia ei ole kuvattu, jonka vuoksi esimiehillä ei ole yhtenäisiä käytäntöjä hengityshalvauspotilaiden hoidossa. Tietoa työtehtävistä on, mutta se on pääasiassa hiljaisena tietona asioita eniten hoitaneilla. Yhtenäisten käytäntöjen puuttuminen ja se, että tietoa ei ole helposti saatavilla aiheuttaa epävarmuutta työn hallintaan ja lisää työstä aiheutuvaa hukkaa (Korpela, Kankkunen, Suominen & Doran 2010, 84).

Kehittämistyömme aiheena on hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisointi Lapin sairaanhoitopiirissä. Kehittämistyön toimeksiantaja (Liite 1) on Lapin sairaanhoitopiiri ja työelämän mentorina toimii medisiinisen tulosalueen vs. ylihoitaja. Tämä kehittämistyö on osa sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ylemmän ammattikorkeakoulututkintomme opintoja, jotka suuntautuvat työelämän kehittämiseen ja esimiestyöhön. Kehittämistyössämme olemme huomioineet tämän suuntautumisen ja työssä korostuu työelämän kehittäminen ja esimiestyö.

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA KEHITTÄMISKYSYMYKSET

Kehittämistyön tarkoituksena on kuvailla hengityshalvauspotilaan palveluprosessi ja sen organisointi hoitotyön esimiehen näkökulmasta. Hoitotyön esimiehistä kehittämistyöhön osallistuvat Lapin sairaanhoitopiirissä ne esimiehet, joiden vastuutehtäviin kuulu hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisointi.

Tavoitteena on tuottaa kuvaus hengityshalvauspotilaan palvelupolusta Lapin sairaanhoitopiirissä sekä yhtenäistää hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisointia hyödyntäen Lean-metodologiaa. Palvelupolku auttaa selkeyttämään hoitotyön esimiesten tehtäviä ja vastuita ja he voivat hyödyntää palvelupolkuja oman työnsä suunnittelussa ja kehittämisessä.

Kehittämistyöllä vastaamme kysymyksiin:

Millaisia näkemyksiä esimiehillä on omasta roolista ja vastuusta hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisoinnissa?

Millainen on hengityshalvauspotilaan yhtenäinen palvelupolku Lapin sairaanhoitopiirissä?

3 HENGITYSHALVAUSPOTILAAN PALVELUPROSESSIN ORGANISOINTI

3.1 Hengityshalvauspotilas

Hengityshalvauspotilas on henkilö, jonka erikoissairaanhoidon alainen ylilääkäri tai asiantuntijaryhmä on määritellyt hengityshalvauspotilaaksi jatkuvan ja pitkäaikaisen hengityskonetarpeen nojalla (Sariola 2015). Hengityshalvausstatus voidaan asettaa täysin invasiivisen ventilaatiohoidon varassa elävälle potilaalle, jolloin potilaan katsotaan tarvitsevan laitostasoista hoitoa ja koulutetun hoitohenkilökunnan jatkuvaa läsnäoloa elämää ylläpitävän hoidon turvaamiseksi. (Siirala, Korpela, Vuori, Saaresranta, Olkkola & Aantaa 2015, 132.) Hengityshalvaus ei ole kliininen diagnoosi. Se on alunperin asiakasmaksulain asettama määritelmä polion aiheuttamalle hengitysvajaukselle. Suomessa hengityshalvauspotilaaksi nimitetään henkilöä, joka on elämää ylläpitävän invasiivisen tukihoidon piirissä. (Siirala ym. 2017, 675.) Invasiivinen ventilaatiohoito tarkoittaa intubaatioputken tai henkitorviavanteen kautta toteutettavaa hengityslaittehoitoa. Se on elämää ylläpitävää hoitoa, jolloin potilas voi elää vuosia tai jopa vuosikymmeniä hengityslaitteen varassa. (Siirala ym. 2015, 132.)

Ainoastaan Suomessa elämää ylläpitävän pitkäaikaisen invasiivisen hoidon järjestämisestä on säädetty laissa ja vain Suomessa hengityshalvaus on käytössä juridisena määritelmänä. Laki on peräisin 1950-luvulta, jolloin polioviruksen aiheuttama hengitysvajaus oli yleinen. Lain tarkoituksena on turvata hengityshalvauspotilaiden tasavertainen asema yhteiskunnassa, keskeistä on hoidon kokonaisvastuun ja kustannusten keskittäminen erikoissairaanhoidolle. (Siirala ym. 2017, 680; Siirala ym. 2015, 133.) Invasiivinen hengitystukihoito on kalliimpaa kuin ei-invasiivinen. Hengityshalvauspotilas tarvitsee hoitajaa vuorokauden ympäri, kotona hoitaminen on halvempaa kuin sairaalan teho-osastolla annettava hoito. (Geiseler, Karg, Börger, Becker & Zimolong 2008, 3.) Potilaan hoitoa varten perustetaan aina niin sanottu hoitotiimi, joka käsittää 4-5 hoitajaa, jotka hoitavat ja valvovat potilasta ympäri vuorokauden (Hengityshalvauspotilaiden hoito 2006, 19).

Hengityshalvauspotilaan hoito tulee järjestää sairaalassa tai kotihoidossa poistamatta potilasta sairaalan kirjoista. Potilaan hoito tapahtuu siis aina laitoksen alaisuudessa, vaikka se järjestetään kotona tai muussa kodinomaisessa hoitopai-

kassa. Hoito ja siihen liittyvät kuljetukset sekä lääkkeet ovat potilaalle maksuttomia. Sairaala vastaa myös kotihoidossa olevien potilaiden hoidon ja ylläpidon kustannuksista. Ylläpitokorvausta maksetaan muun muassa ruokailusta, vuodevaatteista, huoneen siivouksesta, valaistuksesta ja hoidossa tarvittavasta sähköstä aiheutuvista kustannuksista. Yleensä ylläpitokorvauksen määrä on vuodeosastohoidon hoitopäivämaksua vastaava summa. (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992, 5:22§; Siirala ym. 2015, 133; Hengityshalvauspotilaiden hoito 2006, 25.)

Hengityshalvauspotilaiden määrää on tutkittu aiemmin erittäin vähän. Edellinen Euroopassa tehty lukumääriä kartoittava selvitys on tehty vuonna 2005 (Siirala ym. 2017, 677.) Siiralan ym. (2017, 656) tutkimuksen mukaan Suomessa on 107 yli 16-vuotiasta hengityshalvauspotilasta. Määrä on 2,4 / 100 000 asukasta. Elämää ylläpitävää pitkäaikaista invasiivista hengitystukihoitoa voidaan pitää siis maassamme ja myös kansainvälisesti tarkasteltuna erittäin harvinaisena hoitomuotona.

Hengityshalvauksen voivat aiheuttaa useat, jopa sadat eri sairaudet. Nykyisin sen taustalla on pääsääntöisesti jokin neurologinen sairaus tai vakava vamma. (Hengityshalvauspotilaiden hoito 2006, 17; Geiseler ym. 2008, 1.) Tarkkaa tilastoa hengityshalvauksen aiheuttajista ei ole saatavilla, mutta yleisimmät syyt, jotka johtavat invasiiviseen tukihoidon ovat motoneuronisairaus tai selkäydinvamma (Geiseler ym. 2008, 1; Siirala ym. 2017, 677). Useimmat hengityshalvauksista syntyvät hitaasti, mutta ne voivat syntyä myös äkillisesti, esimerkiksi liikenneonnettomuuden seurauksena (Hengityshalvauspotilaiden hoito 2006, 17). Kingin (2012, 921) mukaan Yhdysvalloissa hengityskoneiden tekniikan ja lääketieteen kehittyessä yhä useampi potilas tulee tarvitsemaan kotona toteutettua mekaanista hengitystä avustavaa hoitoa.

Mu, Wang, Chen ja Tsay (2010, 343–344, 347) tutkivat kirjallisuuskatsauksessaan aikuisten hengityslaitteesta riippuvaisten potilaiden kokemuksia. He jakoivat tuloksissaan löydökset viiteen eri ryhmään: pelon tunteet johtuen koneriippuvuudesta ja elämänhallinnan menettämisestä, realiteettien hajanaisuus, huonontunut ruumiinkuva, hyväksynnän rakentaminen sekä luottamus ja huolenpito. Merkittävää oli, että terveydenhuollon henkilöstö kehittää luottamuksellisesta suhdetta hengityslaitteesta riippuvaisten potilaiden kanssa kaikissa hoidon vaiheissa.

Lahtinen ja Joronen (2014, 89–100) ovat puolestaan tehneet kirjallisuuskatsauksen vanhempien kokemuksista hengityslaitetta tarvitsevan lapsen hoitamisesta kotona. Vanhemmat kokivat elämän jatkuvana selviytymistaisteluna, jonka muodostivat elämän hallinnan haasteet ja toimivan perheen ylläpitämisen kanssa tasapainoilu. Perheen elämä muuttui kokonaisvaltaisesti. Vanhempien mielestä koti muuttui sairaalamaiseksi hoitohenkilökunnan jatkuvan läsnäolon ja teknisten laitteiden vuoksi. He kokivat fyysistä uupumusta, elämä muuttui ennalta-arvaamattomaksi ja arjen hallinta oli haastavaa. Kirjallisuuskatsauksessa oli huomioitu sekä invasiivista että noninvasiivista hengitystukea tarvitsevat lapset ja heidän vanhemmat. Samanlaisia kokemuksia voimme olettaa olevan myös aikuisten hengityslaitetta tarvitsevien potilaiden perheenjäsenillä.

Vaikka sairausryhmä on harvinainen, on siihen alettu kiinnittämään enemmän huomiota myös Suomessa, jossa on käynnissä Virtuaalisairaala 2.0 kärkihanke. VS2-hanke on viiden suomalaisen yliopistollisen sairaanhoitopiirin yhteinen terveydenhuollon palveluiden kehittämishanke vuosille 2016–2018. Hankkeen tavoitteena on tuottaa erityistason terveydenhuollon digitaalisia palveluita asiakaslähtöisesti, parantaa entisestään palveluiden laatua ja tehostaa ajankäyttöä sekä vaikuttaa kustannuksia hillitsevästi. (Laadukasta hoitoa kaikille asuinpaikasta riippumatta 2017.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on hankkeen puitteissa luomassa hengityshalvauspotilaille virtuaalista sairaalaa terveyskylä.fi sivustolle yhteistyössä muiden sairaaloiden kanssa, joissa hoidetaan hengityshalvauspotilaita. Tämä sairausryhmä on haluttu mukaan, koska hoito on harvinaista, vain harvoilla on kokemusta hengityshalvauspotilaiden hoidosta, potilaat ovat yhä valvutuneempia ja potilaiden hoitokustannukset ovat korkeat. Hankkeen tavoitteena on luoda oma verkosto ammattilaisille, tehdä hengityshalvauspotilaiden hoito näkyvämmäksi, kehittää potilashoitoa, pitkällä tähtäimellä harmonisoida hoitokäytänteitä ja vahvistaa ammattilaisten osaamista. (Siirala 2017.)

3.2 Terveydenhuollon palveluprosessit ja niiden kehittäminen

Terveydenhuollon organisaatioiden haasteena on tarjota korkealaatuisia palveluita potilaille edullisin kustannuksin. Tämä edellyttää toimintatapojen muuttamista ja prosessien hallintaa. (Lentz, Peleg & Reichert 2012, 1.) Johtamisella on merkittävä rooli, kun palvelurakenteita uudistetaan (Kettunen, Jumisko, Jänkälä,

Piekkari & Turulin 2013, 6). Hoitotyön johtamisella voidaan parantaa terveystalouden toimivuutta ja tuottavuutta, vaikuttaa työhyvinvointiin ja hoitotyön avulla saavutettuihin tuloksiin (Viinikainen, Kvist & Suominen 2010, 4). Lisäksi hoitotyön johtaja vastaa osaltaan hyvin toimivista palvelukokonaisuuksista ja siitä, että ne ovat asiakaslähtöisiä ja tuloksellisia (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 41).

Palveluprosessilla tarkoitetaan joukkoa toisiinsa liittyviä toistuvia toimintoja ja niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja. Palveluprosessit muodostavat palveluketjun, jolla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutuvaa palveluprosessien kokonaisuutta. Se tarkoittaa siis asiakkaan peräkkäin tai yhtäjaksoisesti käyttämiä sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluja. Palveluketju sisältää kaiken sen toiminnan, palvelut, tutkimukset, toimenpiteet, kuntoutuksen ja hoivan, jota potilaan sairaus vaatii, se on osa asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja itsenäistä selviytymistä tukevaa verkostoa. Sen tarkoituksena on koota yhteen eri palvelut ja palveluntuottajat, joiden keskinäiset vastuut tulee olla selkeästi määriteltyjä. (Tanttu 2007, 27, 80–81; Laaksonen & Ollila 2017, 131.)

Prosessilähtöisessä ajattelussa lähtökohtana on asiakas ja hänen tarpeensa. Toiminta perustuu kokonaisvaltaisuuteen, joka merkitsee asiantuntijoiden välistä yhteistyötä ja sen johtamista. Prosessien kehittämisessä prosessit tulee määrittellä, kuvata ja mallintaa esimerkiksi piirtämällä, jotta niitä voidaan tarkastella kriittisesti ja järjestyksessä (Tanttu 2007, 26, 60, 63.) Kuvaamisen tavoitteena on lisätä ymmärrystä prosessin työnkulusta ja siihen sisältyvien tehtävien etenemisestä. Terveystalouden prosessikuvauksia voidaan hyödyntää, kun halutaan tunnistaa toiminnassa kohtia, joissa on tarpeen selvittää tai tehostaa toimintatapoja, jotta toiminta säilyy yhdenmukaisena tai jos halutaan saavuttaa haluttu tavoite. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 12–13.)

Terveystalouden prosessien kehittämisen tarkoituksena on lisätä organisaation suorituskykyä, joka kattaa nykypäivän terveystalouden organisaatioiden perusarvot sekä lisätä prosessien sujuvuutta, pienentää erikoisalojen välisiä raja-aitoja, eliminoida turhia vaiheita ja päällekkäisyyksiä ja lisätä potilaslähtöisyyttä. Prosessien kehittäminen on äärimmäisen tärkeää nykyisten talouspaineiden alla. Suun-

tauksena on kehittää potilaskeskeisiä palveluita hoitopalveluiden laadun parantamiseksi, mikä osaltaan edellyttää prosessien uudistamista. (Rebuge & Ferreira 2012, 99; Iire & Tanttu, 2011, 12.)

Kehittämisprosessissa voidaan noudattaa jatkuvan laadunparantamisen ideologiaa: prosessi käydään läpi, korjataan havaitut virheet ja aloitetaan prosessi taas alusta. Yleensä palvelujärjestelmän tai käyttäytymisen muutos on hidasta (Rautava, Salanterä, Helenius & Tofferi 2011, 3497.) Maijalan, Elorannan, Salonien ja Iksen (2015, 2012) tutkimuksen mukaan prosessiviiveet olivat merkittävä hukkaa aiheuttava asia. Esimerkiksi hoitoketjut eivät toimineet tavoitteiden mukaisesti, mistä johtuen potilaat odottivat siirtoa tai kotiutusta, vaikka sille ei enää ollut lääketieteellistä tarvetta.

3.3 Hoitotyön esimiehen rooli ja vastuu palveluprosessien kehittämisessä

Käytämme tässä kehittämistyössä käsitettä hoitotyön esimies, jolla tarkoitamme ensisijaisesti osastonhoitajia. He ovat hoitotyön lähijohtajia, jotka vastaavat osaltaan suoritustavoitteiden saavuttamisesta niin pitkän kuin lyhyen aikavälin tähtäimellä. Lähijohtajien rooli organisaatiossa on kaksinainen, koska he kuuluvat yksikköonsä mutta myös koko organisaation johtamisjärjestelmään. Heidän tehtäviinsä kuuluu työn organisointi sekä vastuu resurssien tehokkaasta käyttämisestä ja osaltaan myös vastuu palvelujen laadusta. He ovat arjen ja käytännön johtajia organisaatiossa. (Vuorinen 2008, 19, 21; Reikko, Salonen & Uusitalo 2011, 19.)

Osastonhoitajien työ on viime vuosina suuntautunut enemmän johtamiseen, mikä edellyttää henkilöstöjohtamistaitoja, yhteistyö- ja kehittämistaitoja, talousosaamista, työyksikön kliinisen toiminnan tuntemusta ja kykyä kriittiseen ajatteluun (Vesterinen 2013, 25). Osastonhoitajilta odotetaan kokonaisuuksien hahmottamista sekä uuden tiedon luomista. Hoitotyön kehittäminen, hoidon vaikuttavuuden arviointi ja työhyvinvoinnin edistäminen pohjautuvat näyttöön perustuvaan tutkimustoimintaan. (Lahti 2008, 91.) Heiltä edellytetään myös muun muassa kykyä taloudelliseen ja inhimilliseen resurssien johtamiseen, kykyä johtaa muutosta ja edistää tehokkaiden hoitopolkujen luomista. Heidän vastuulla on tarvittaessa muuttaa ja kehittää toimintaa yhdessä lääkärin, hoitohenkilökunnan ja sidosryhmien kanssa (Vesterinen 2013, 25.)

Prosessien kehittämisessä hoitotyön johtajan rooli voi vaihdella organisaatiosta, tulosalueesta tai yksiköstä johtuen (Viinikainen 2015, 20). Tarkoituksena hoitotyön johtamisella on luoda hyvät edellytykset hoitotyölle ja sen kehittämiseksi (Saarnio, Vuoti, Paasivaara & Isola 2012). Vahva hoitotyön johtajuus tukee lääkärin ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä (Viinikainen, Kvist & Suominen 2010, 5). Nykypäivänä hoitotyön johtamisessa on tarpeen muuttaa toimintatapoja resursien lisäämisen sijaan (Vesterinen 2013, 25).

Esimiesten roolit ja vastuut muuttuvat koko ajan terveydenhuollossa. Enää ei riitä olla "hyvä" johtaja, vaan nyt tarvitaan esimiestä, jolla on näkemystä tulevaisuuden suunnittelusta ja kykyä johdattaa myös muut sinne, vaikka heillä ei olisi halua muutokseen. (Mazzoccoli, & Wolf 2016, 253.) Mitä korkeammalle esimies terveydenhuollon johtamisketjussa nousee, sitä tärkeämmäksi tulee mentorin merkitys. Uudessa työtehtävässä esimies on hetken noviisi, vaikka hän onkin asiantuntija. (Gooch 2017, 341, 344.) Kollegiaalisen mentoroinnin tehtävänä on rakentaa tukiverkostoja. Siinä korostuu ammatillisen kasvun tukeminen ja se rohkaisee avoimeen keskusteluun lisäten luottamusta työntekijöiden välillä. (Kotila & Knuutila 2011, 68.) Mentoroinnissakin on tarvetta viitekehykselle, joka on "karttana" sekä mentoroitavalle että mentorille johtajuuden kehittämisessä (Mazzoccoli & Wolf 2016, 256). Organisaatiot voivat myös värvätä "seniori" esimiehiä, jotka heijastavat johtajuuden mallia ja löytävät tapoja, jotka saavat noviisi esimiehet vakuuttumaan siitä, että heidän työnsä on arvokasta ja arvostettua. (Hewko, Brown, Fraser, Wong ja Cummings 2015, 1065).

Reikon, Salosen ja Uusitalon (2011, 69, 71) tutkimuksen mukaan lähijohtajan työ on vaativaa ja monipuolista. Sosiaali- ja terveysalaan kohdistuu voimakkaita paineita tehostaa toimintaa, vähentää päällekkäisyyttä ja lisätä työn vaikuttavuutta, joiden toteuttamisessa on kyse muun muassa palveluprosessien uudelleenjärjestelyistä. Lähijohtaja on tässä keskeisessä asemassa, sillä he miettivät miten organisaation tavoitteita ja strategiaa toteutetaan päivittäisessä työssä. Lähijohtajat ovat vastuussa perustehtävästä huolehtimisesta, mutta myös strategioiden jalkauttamisesta työyksiköissään. Uudistuvassa terveydenhuollossa koulutetut ja kokeneet hoitotyön johtajat ovat toimintaperiaatteiden ja tavoitteiden näkökulmasta keskeisessä asemassa, koska he johtavat suurinta osaa henkilöstövoimavaroista, päivittäisestä hoitotyöstä ja vastaavat siten hoitotyön tuloksista (Viinikainen, Kvist & Suominen 2010, 4).

3.4 Asiantuntijuuden kehittyminen ja sen merkitys kehittämistyössä

Räsänen ym. (2016, 279, 289) Case-tutkimuksen mukaan klinisen asiantuntijan kompetenssi (kuviot 1 ja 2) muodostuu seitsemästä osa-alueesta, joita ovat ”substantsi-asiantuntija”, ”potilaan asianajaja”, ”innovatiivinen kehittäjä”, ”vaikuttaja”, ”valmentaja”, ”kollegoiden mentori” sekä ”sosiaalinen minuus” sekä näiden osa-alueiden vuorovaikutuksesta. Kliinisen asiantuntijan kompetenssin kehittyminen on monitasoista. Se ei koostu ainoastaan yksittäisistä taidoista tai tiedoista, vaan on kaikkien osa-alueiden jatkuvan vuorovaikutusprosessin tulosta. Asiantuntijuuden kehittämiseen vaaditaan ajan myötä kertyvää kokemusta, joka vahvistaa käsitystä siitä, miten tieto pannaan käytäntöön ja miten sitä voidaan hyödyntää (Virta 2011, 3).



Kuvio 1. Kliinisen asiantuntijan kompetenssin sisällön muodostuminen Räsänen, Stenwallin ja Heikkisen Case-tutkimuksen mukaan

Kokonaisosaamisessa täsmällinen tieto yhdistyy käytännön tietoon. Usein työssä tarvittavat taidot ovat yhdistelmä hiljaista tietoa sekä täsmällistä tietoa. Hiljainen tieto opitaan harjoittelun, kokeilun ja havainnoinnin kautta. (Helander, Kujala, Laine & Pennanen 2013, 45.) Virta (2011, 7) korostaa tutkimustuloksissaan vuorovaikutuksen välttämättömyyttä asiantuntijuuden ja osaamisen siirtämisessä. Kaikki tiedon siirtämisessä käytettävät keinot kuten dokumentteihin tutustuminen, keskustelut ja työtilanteet vaativat vuorovaikutusta. Siirrettävistä tiedoista on osa aina hiljaista tietoa, joka on piiloutunut työn käytäntöihin.

Asiantuntijuuden kokemuksen lähtökohtana on sosiaalisen tunnustuksen saaminen, jota voidaan saada joko kollegoilta, esimiehiltä tai asiakkailta. Asiantuntijuus

edellyttää jonkin tiedollisen tai taidollisen kokonaisuuden hallintaa ja sitä, että pystyy nimeämään tähän liittyvän erityisen tietämyksensä jollain tavalla. (Isopahkala-Bouret 2008, 86; Mäkipää & Korhonen 2011, 13.) Asiantuntijuuden nähdään edellyttävän asiakokonaisuuksien, asioiden välisten yhteyksien ja tiedon soveltamisen mahdollisuuksien ymmärtämistä. Olennaista on, että samanlaista kokonaisuuden hallintaa ei ole sellaisenaan kenellä tahansa. (Isopahkala-Bouret 2008, 87.)

Prosessilähtöisessä toiminnassa tärkeää on asiantuntijoiden osaaminen, sen hyödyntäminen, jakaminen, ylläpito ja johtaminen. Asiakkaita palvelevassa organisaatiossa työntekijät voidaan jakaa tietojen, taitojen, työprosessien tai asiakkaiden mukaan. Tällainen rakenne edistää asiantuntijoiden erikoistumista ja luo urakehitysmahdollisuuksia heidän omalla alallaan. Prosessilähtöisessä toiminnassa asiantuntijat jakavat osaamista vuorovaikutuksessa, osaamisen avulla luodaan uusi toimintamalli, jota sovelletaan käytännössä (Tanttu 2007, 26, 61–62, 72).

Asiantuntijalta vaaditaan tiedollisen ja käytännöllisen osaamisen integrointia (Mäkipää & Korhonen 2011, 13; Korhonen, Korhonen & Holopainen 2010, 39). Hoitotyön asiantuntijuus on pitkän kehityksen tulos, jolle perustan luo koulutuksen tuoma teoreettinen osaaminen. Tarvitaan kuitenkin myös kokemukseen perustuva osaamista, jonka merkitystä korostetaan asiantuntijuutta koskevissa tutkimuksissa. (Tanttu 2007, 74; Sarajärvi 2011, 77.) Se on sekä työyhteisössä jaetua asiantuntijuutta, että yksilön sisäinen kasvuprosessi. Jatkuva muutos, prosessiluonteisuus ja dynaamisuus ovat osa asiantuntijuutta. Nykyajan työelämässä asiantuntijuus ei ole enää vain yhden henkilön taitoa ja osaamista, vaan kollektiivista asiantuntijuutta eli tiimien ja verkostojen yhteistä aikaansaannosta ryhmän vuorovaikutuksen avulla (Mäkipää & Korhonen 2011, 13, 16.)

Tulevaisuuden hoitotyön asiantuntijalta edellytetään verkosto-osaamista yhä enemmän. Hoitotyössä tarvittava tieto muuttuu ja päivittyy nopeasti, joten asiantuntijalta vaaditaan tilanneherkkyyttä sekä taitoa ennakoida tulevaisuutta ja päivittää osaamistaan erilaisissa verkostoissa. Hoitotyön asiantuntijuuden edellytyksenä on, että hän oppii jatkuvasti uutta, kehittyy ja kehittää itseään näyttöön perustuen. (Sarajärvi 2011, 77, 80.) Asiantuntijuuden kehittämistä on myös näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen (Luukkainen & Uosukainen 2011, 110).

Näyttöön perustuva toiminta yhtenäistää hoitoa ja toimintatapoja sekä lisää toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Tässä erilaisten asiantuntijoiden toiminta tuo synergiaetuja. (Korhonen ym., 2010, 38, 41.)

Erilainen asiantuntijuus tulee asiakkaan/potilaan hyödyksi, kun työntekijät tuovat oman asiantuntemuksensa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Kun erilaiset asiantuntijat toimivat rooliensa ja vastuidensa mukaisesti, he täydentävät toisiaan tiedon tuottamisen ja hyödyntämisen sekä hyödyntämisestä kertyvän uuden tiedon tuottamisen syklissä. (Korhonen ym. 2010, 39, 41.) Uutta tietoa tulee olla kaikkien saatavilla ja hyödynnettävissä, osaamista tulee jakaa vuorovaikutuksessa yksilöiden välillä (Tanttu 2007, 26). Entistä enemmän tarvitaan asiantuntijoiden yhteistyötä, koska työtehtävät muuttuvat entistä vaativimmiksi. Tämä edellyttää asiantuntijoilta vuorovaikutustaitoja, tiedon jakamista ja suhteuttamista. Mikäli asiantuntija on tottunut itsenäiseen työskentelyyn, on yhteistyö hänelle haaste. Yhteistyöskentely vaatii myös luottamusta, herkkyyttä ymmärtää asiantuntijatyön luonnetta sekä avoimuutta. (Koivunen 2005, 32.)

3.5 Käytäntöjen yhtenäistäminen ja Lean-menetelmä terveydenhuollon prosessien kehittämisessä

Hoitotyössä on vaihtelevia käytäntöjä terveydenhuollon eri toimintayksiköissä. Käytössä on menetelmiä, joiden hyötyä ja vaikuttavuutta asiakkaan tai potilaan hoidolle ei ole tieteellisesti osoitettu. Käytännössä potilaat ovat tällöin eriarvoisessa asemassa paikkakunnasta ja palvelujen tarjoajasta riippuen. Toimintayksikön näkökulmasta voimavaroja käytetään tehottomiin ja jopa päällekkäisiin toimintoihin. (Holopainen ym. 2010, 39.)

Käytännöt ovat vakiintuneita, tunnistettavia ja toistuvia toiminnan muotoja. Verkostomaisessa toiminnassa osapuolet luovat yhteisiä käytäntöjä. Vakioidut työkäytännöt aikaansaavat sujuvuudellaan ja työn nopeuttamisella tehokkaita prosesseja. (Helander ym. 2013, 58–59.) Yhtenäiset hoitotyön käytännöt auttavat parantamaan potilaan hoidon laatua, vapauttamaan hoitotyöntekijöiden resursseja potilaan hoitoon ja edistämään hoitotyön vaikuttavuutta (Holopainen ym. 2010, 38). Yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseksi lähtökohtana on uusi tutkimustieto, hoitomenetelmä tai tunnistettu tarve joko uudistaa nykyisiä käytäntöjä tai

kehittää niitä vastaamaan entistä paremmin potilaan tarpeisiin (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 79).

Tavoitteena käytäntöjen yhtenäistämässä on, että työyksiköissä luodaan eri potilasryhmien hoitoon toimintatapa, joka perustuu parhaaseen mahdolliseen näyttöön ja että sitä käytetään heidän hoidossaan. Näyttöön perustuvan toiminnan avulla voidaan yhtenäistää terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden hoitoa niin, että kaikilla on mahdollisuus saada yhtä hyvää ja vaikuttavaa hoitoa palvelun tarjoajasta tai paikkakunnasta riippumatta. Johtamisen tehtävänä on luoda toimintapolitiikka -ja kulttuuri ja muut edellytykset, jotka tukevat näyttöön perustuvaa toimintaa. Nämä tukevat käytäntöjen yhtenäistämistä hoitokokonaisuudessa. (Holopainen ym. 2010, 39; Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 54; Holopainen ym. 2014, 24.) Yhtenäiset käytännöt saavat asiat sujumaan ja nopeuttavat työtä, jolloin syntyy tehokkaita prosesseja (Helander ym. 2013, 59). Yhtenäisten käytäntöjen leviäminen edellyttää, että organisaatio on siihen valmis ja että sillä on tarvittavat tukirakenteet tiedon levittämiseksi ja hyödyntämiseksi, jotka on määriteltävä organisaatiokohtaisesti (Holopainen ym. 2014, 111).

Satakunnan sairaanhoitopiirissä on hoitotyön tavoite -ja toimintaohjelma vuosille 2016-2018. Tavoitteena on yhtenäistää potilaslähtöisiä toimintakäytäntöjä, joita he aikovat kehittää ja standardoida yhteistyössä huomioiden potilaiden/asiakkaiden tarpeet, eri yksiköiden toimintakäytännöt sekä hoito- ja tutkimusprosessit. He pyrkivät toimenpiteiden avulla määrittelemään myös johtamisen yhtenäiset käytännöt, ottamaan käyttöön yhtenäisen perehdytysmallin ja luomaan varahenkilötoiminnalle yhteiset pelisäännöt. (Hoitotyön tavoite -ja toimintaohjelma 2016-2018, 1,11, 13, 14,18.)

Lapin sairaanhoitopiirissä käytäntöjä on yhtenäistetty käyttämällä muun muassa Lean-metodologiaan pohjautuvaa Hukkahaavi-työkalua. Lean-ajattelu on yksi uusimmista johtamissuunnista, jolla pyritään kehittämään ja rakentamaan parempia, asiakaslähtöisempiä terveydenhuollon organisaatioita. LSHP:ssa Leaniin pohjautuvan hukkahaavin avulla on muun muassa kehitetty systemaattisesti prosesseja, uudistettu työnjakoa, otettu käyttöön uutta teknologiaa ja tehty standardisointia. (Häikiö 2017; Laaksonen & Ollila 2017, 122.) Leanin perusedellytys on työn ja työvaiheiden standardointi. Standardoitu prosessi, josta lisäarvoa tuottamattomat vaiheet on vähennetty minimiin, tuottaa maksimaalisen joustavuuden

muutostilanteissa. Standardoidun työn noudattamista helpottavat erilaiset tarkistuslistat. (Mäkijärvi 2013, 22, 25.)

Drewn, McCallumin & Roggenhoferin (2004, 4) mukaan Lean-ajattelutapa on saanut alkunsa noin 30 vuotta sitten Toyota-yhtiössä, joka alkoi käyttää toimintatapaa valmistuksessaan. Sen avulla yhtiö on saavuttanut suurempia voittoja ja nopeampaa kasvua kuin kilpailijat. Lean-ajattelutavan tavoitteena on saada aikaan korkeaa laatua, matalia kustannuksia, joustavuutta sekä lyhyitä sykli-aikoja (Carreira & Trudell 2006, 4). Sille on ominaista sinnikkäät yritykset poistaa hukkaa organisaatiosta ja arvon tuottaminen asiakkaalle vähiten hukkaa muodostavalla tavalla (Carreira & Trudell 2006, 4; Niskala 2016, 2). Kaiken keskiössä on organisaatioiden ja henkilöstön ongelmaratkaisutaitojen järjestelmällinen kehittäminen keskittymällä jatkuvaan parantamiseen, hallittuun muutokseen, prosessien tehostamiseen ja palveluiden parantamiseen (Suomen Lean-yhdistys 2016; Drew ym. 2004, 4; Halkoaho ym. 2014, 284; Itkonen, Vanninen, Luoto & Reijula 2014, 284.) Lean-menetelmän periaatteena on hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti työntekijöiden osaaminen ja pyrkiä täydelliseen toimintaan (Laaksonen & Ollila 2017, 122).

Lean on työkalu, johtamisjärjestelmä ja elämäntapa, jonka avulla voidaan muuttaa sairaaloiden organisointia ja johtamista (Graban 2016, 2). Se voidaan määritellä organisaatiokulttuuriksi, jossa sitoudutaan kehittämään moniammatillisia toimintamalleja ja toimimaan niiden mukaan (Laaksonen & Ollila 2017, 123). Terveystieteiden tutkimus on ottanut Leanin avosylin vastaan 90-luvulta lähtien, jonne se on viime vuosina tullut vauhdilla. (Halkoaho ym. 2014, 284; Graban 2016, 1). Terveystieteiden tutkimuksessa Lean tarkoittaa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealle potilaalle/asiakkaalle ja siellä Lean-periaatteita tulisi soveltaa poistamaan päällekkäisiä prosesseja ja tarpeettomia toimintatapoja, kuten esimerkiksi potilastietojen tallentamista useaan paikkaan tai koordinoimattomia prosesseja, jotka aiheuttavat ylimääräistä odottelua. (Radnor, Holweg & Waring 2012, 366; Laaksonen & Ollila 2017, 123.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on hyödynnetty Lean-ajattelutapaan pohjautuvaa Hukkatunnistin-työkalua (Maijala, Eloranta, Saloniemi & Ikonen 2015, 2008). Maijalan, Elorannan, Saloniemen ja Ikonen tutkimuksen (2015, 2008-

20010) tulosten mukaan työkalu havaittiin hyödylliseksi. Sen avulla voitiin tunnistaa hukkatarkkijöitä potilaiden hoidossa ja toimintamalleja alettiin välittömästi korjaamaan tai aloitettiin toimet toimintojen sujuvoittamiseksi ja hukan poistamiseksi. He tuovat tuloksissaan esille myös osaoptimoinnin. Kun kehitetään omien yksiköiden toimintaa aktiivisesti, ei oteta riittävästi huomioon, kuinka kehittäminen voi vaikuttaa negatiivisesti muissa yksiköissä, ammattiryhmissä tai organisaatioissa. Mielestämme meidän tulee ottaa tämä huomioon omaa kehittämistyötä tehdessämme. Huomionarvoista on myös, että kehittämistoimenpiteet eivät vaatineet rahaa. Henkilöstön hukkatietoisuutta lisättiin ja asenteita ravisteltiin (Maijala ym. 2015, 2013.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Työelämän tutkimuksessa tutkitaan asioita, jotka liittyvät omaan toimi- tai ammattialaan. Tutkimuskohteina ovat kehittämistä, ylläpitämistä tai muuttamista tarvitsevat työelämän käytännöt. On myös mahdollista luoda uusia käytäntöjä. Tavoitteena työelämän tutkimuksessa on yhdistää teoriaa, kokemusta ja ammattikäytäntöjä ja siten esimerkiksi kehittää palveluja. (Vilkkä 2009, 13–14.)

Kehittämistyömme suuntautuu työelämään ja käytämme siinä laadullista eli kvalitatiivista lähestymistapaa. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Siinä tutkitaan merkityksiä sekä tutkitaan kohdetta kokonaisvaltaisesti pyrkien löytämään ja paljastamaan tosiasioita. Tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta ja löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samantapaisia tai eroja. (Vilkkä 2009, 97; Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 161, 181; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21). Laadullista tutkimusprosessia voi luonnehtia myös oppimisprosessiksi, jossa tutkimuksen ajan pyritään kasvattamaan tutkijan tietoisuutta tarkasteltavana olevasta ilmiöstä (Kiviniemi 2010, 76).

Kehittämistyömme on myös tutkivaa kehittämistä, jossa yhdistyy tutkimus ja kehittäminen. Tutkiva kehittäminen voidaan ymmärtää työskentelytapana, jossa tutkimustiedolla on kehittämisen yhteydessä tärkeä rooli. Siinä tavoitellaan ratkaisuja käytännön ongelmiin tai halutaan luoda uusia toimintatapoja. Myös kokemustiedolla on merkitystä kehittämistyössä ja siihen kuuluu perusteiden hakeminen suunnittelun ja toiminnan pohjaksi. Tutkiva kehittäminen on yleensä organisaation, yhteisön tai useiden tahojen yhteishanke. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 26–27, 38–39, 55.) Tässä kehittämistyössä yhteisöksi voimme ajatella osastonhoitajat, jotka osallistuivat kehittämistyön tekemiseen. Kehittämistyömme tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla voidaan ymmärtää ja siten luoda ja kehittää työn kohteena olevaa hengityshalvauspotilaan palvelupolkua hyödyntäen tässä palvelumuotoilua.

4.2 Palvelumuotoilu kehittämistyön menetelmänä terveydenhuollossa

Opinnäytetyömme kehittämismenetelmäksi valitsimme palvelumuotoilun, jota käytimme hengityshalvauspotilaan yhtenäisen palvelupolun muodostamisessa. Palvelumuotoilu (service design) on tapa lähestyä palveluiden kehittämistä. Se voidaan määritellä uusien palveluideoiden, - prosessien, -konseptien, -kokemusten, - ympäristöjen ja niihin liittyvien tuotteiden suunnitteluksi. Keskeisiä tekijöitä palvelumuotoilussa ovat palveluiden vuorovaikutteisuus, yhteissuunnittelu ja asiakaslähtöisyys. (Moisio-Varpela 2014, 24; Tuulaniemi 2011, 110.) Palvelumuotoilun avulla voidaan kehittää jo olemassa olevia palveluita sekä innovoida uusia palveluita. Se on toimintaa, jossa käyttäjien tarpeet ja odotukset yhdistetään palveluntuottajan tavoitteiden kanssa toimiviksi palveluiksi. Sen avulla voidaan konkretisoida aineeton asia eli palvelu näkyvään muotoon. (Tuulaniemi 2011, 24–25; Vuontisjärvi 2013, 31.) Kehittämistyössämme esimiehet ovat asiakkaita, koska he ovat tuottamamme yhtenäisen palvelupolun loppukäyttäjiä. Siitä johtuen tähän kehittämistyöhön ei otettu mukaan hengityshalvauspotilaita tuomaan asiakasnäkökulmaa.

Julkisen sektorin tehtävänä on tuottaa arvoa asiakkailleen. Palvelumuotoilua voidaan käyttää avuksi, kun tuotetaan ja kehitetään palveluita julkisella puolella. Sen keinoilla voidaan vaikuttaa myös kustannuksiin ja saada uudenlaista käyttäjälähtöisyyttä palvelujen kehittämiseen. Palvelumuotoilu auttaa luomaan palveluita, jotka ovat strategisesti järkeviä ja jotka luovat arvoa asiakkaille. Se on prosessi, joka auttaa myös havaitsemaan missä, milloin ja miten organisaatio voi tehdä palvelunsa arvokkaammaksi asiakkailleen ja itselleen. (Jäppinen & Sorsimo 2014, 85; Vuontisjärvi 2013, 31; Tuulaniemi 2011, 96.)

Julkisella sektorilla muotoiluajattelu ulottuu palvelujen kehittämisen lisäksi niitä ohjaaviin päätöksiin ja strategioihin. Jotta kehitettävät uudet toimintatavat saadaan vietyä myös käytäntöön, tulisi palvelumuotoiluhankkeet kytkeä päätöksentekoprosessiin. Palvelumuotoilu kiinnostaa nuoria tutkijoita, sillä sen hyödyntäminen erityisesti julkisella puolella, antaa tutkijoille mahdollisuuden hyödyntää taitojaan. Yhteiskunnan uudistuksiin vaikuttamisessa tulee sekä kehittäjän että tilaajan huomioida myös sen tuoma vastuu. (Jäppinen & Sorsimo 2014, 85; Sangiorgi 2010, 37.)

Kehittämistyössämme halusimme kuvata yhtenäisen hengityshalvauspotilaan palvelupolun käyttämällä keinona kirjoitetun tekstin lisäksi visualisointia. Palvelupolun visuaalinen muoto toimii esimiehille tarkistuslistana eri vaiheen vastuista ja organisoitavista asioista potilaan hoidossa, sillä tuotamme olemassa olevat näkymättömät tiedot näkyvään muotoon. Palvelupolku on palvelukokonaisuuden kuvaus, jossa asiakkaan kokema palvelun polku kuvataan vaiheittain. Se kuvaa miten asiakas kulkee ja kokee palvelun aika-akselilla. (Tuulaniemi 2011, 78.) Tässä kehittämistyössä kuvaamme hengityshalvauspotilaan hoidon neljä eri vaihetta, jotka muodostavat potilaan palvelupolun.

Palvelumuotoilu on yhteiskehittämistä, jonka keskeinen ajatus on palvelun eri osapuolten osallistaminen palvelun kehittämiseen. Loppukäyttäjän ottaminen mukaan palvelun kehittämiseen edistää suunnittelua, tiedon kulkua ja arvon rakentumista. Yhteiskehittämisen etuna on kaikkien osapuolten sitoutuminen kehittämiseen ja palvelun tuottamiseen. Tavoitteena on, että kaikki palveluun liittyvät asiat tulevat laaja-alaisesti huomioiduksi tiedon keräämis- ja analysointivaiheessa. Yhteiskehittäminen tehdään useimmiten työpajoissa. (Tuulaniemi 2011, 116–118.) Tässä kehittämistyössä palvelupolun kehittämiseen työpajoissa osallistuivat esimiehet, jotka ovat myös loppukäyttäjiä.

4.3 Aineiston keruu

Kehittämistyömme aineisto kerättiin Learning café-menetelmää käyttäen työpajoissa. Learning café eli oppimiskahvila on menetelmä keskusteluun, tiedon luomiseen ja siirtämiseen. Siinä jakaannutaan pienryhmiin pöytäkunnittain ja keskitytään teemojen tai kysymysten ratkaisuun käsitellen aihetta laajasti ja syvästi. Menetelmä soveltuu 12 hengelle tai useammalle riippuen pöytien määrästä. (Noponen, 2017; Haukijärvi, Kangas, Knuutila, Leino-Richert & Teirasvuo 2014, 39.)

Pidimme huhtikuussa 2017 ensimmäisen Learning café-työpajan Lapin sairaanhoitopiirin esimiehille, joiden vastuulle kuuluu hengityshalvauspotilaiden palveluiden organisointi. Heitä oli kolme henkilöä. Kutsuimme työpajaan myös palveluntuottajan tiimivastuutehtävissä toimivat henkilöt, mutta he olivat estyneitä. Työpajan tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, mitä asioita kuuluu palvelupolkuun ja mitkä ovat suurimmat kehittämiskohteet käytäntöjen yhtenäistämiseksi. Käytäntöjen

kehittämisessä ja ideoinnissa on tärkeää kiinnittää huomiota osallistujiin, jotta ideoiden tuottaminen ja toteutuminen onnistuu (Helander ym. 2013, 65).

Koska osallistuja määrämme oli vähäisempi, kuin suositellut 12, sovelsimme Learning café menetelmää siten, että kaikki osallistujat pohtivat yhdessä samaa teemaa edeten sitten seuraavaan teemaan (Noponen 2017). Olimme jakaneet teemat etukäteen suunnitteluun, valmisteluun, toteutukseen ja ylläpitoon soveltaen Aaronsin, Hurlburtin ja McCue Horwitzin (2011, 4, 7) neljä osaista kirjallisuuden perusteella tehtyä käsitteellistä mallia, jota voidaan hyödyntää, kun otetaan käyttöön näyttöön perustuvia käytänteitä julkisella sektorilla.

Toimimme itse sekä moderaattoreina että puheenjohtajina esitellen tehtävän ja ohjaten aina seuraavaan vaiheeseen sekä tehden välillä tietoa kokoavia kysymyksiä (Haukijärvi ym. 2014, 39). Osallistujat muodostivat hengityshalvauspotilaan palveluprosessin post-it lappujen (Liite 2) avulla. Tämän jälkeen osallistujat esittivät muutosehdotuksia ja kehittämisideoita palveluprosessiin eri värisillä post-it lapuilla, jotta saisimme esille keskeiset kehittämisen kohteet ja asiat, joihin toivotaan muutosta. Työpajan nauhoitetun osuuden kesto oli 1 tunti ja 23 minuuttia. Työpajan aikana syntyi runsaasti keskustelua, josta saimme hyvää materiaalia työpajan kirjallisten tuotosten lisäksi. Tämän mahdollisti myös ryhmän koko, 3 henkilöä, jolloin karkean säännön mukaan tämän kokoisessa ryhmässä kaikki osallistuvat puheeseen (Mykrä & Hätönen 2008, 35).

Teimme ensimmäisen työpajan tuotoksista sisällönanalyysiä tarkoituksena löytää palveluprosessiin kuuluvat esimiesten tehtävät sekä keskeiset ongelmat palveluprosessissa. Keskeisistä ongelmista muodostui sisällönanalyysillä seitsemän pääteemaa. Lähetimme sisällönanalyysi taulukon sähköpostitse ensimmäiseen työpajaan osallistuneille esimiehille ja pyysimme etukäteen valitsemaan kolme keskeisintä haastetta, joista yhdessä valitaan kaksi tärkeintä kehittämisen kohdetta. Esimiehet valitsivat tärkeimmiksi kehitettäväksi asioiksi hoitovastuut ja lääkehoidon prosessin.

Toinen työpaja pidettiin kesäkuussa 2017. Kutsuimme työpajaan esimiehet, jotka olivat mukana ensimmäisessä työpajassa sekä sairaala-apteekista apteekkarin ja proviisorin, koska lääkehoitoprosessi oli asia, jota haluttiin palvelupolussa yhtenäistää. Olimme koonneet paperille ensimmäisen työpajan tuloksena syntyneistä post-it lapuista ja nauhoituksen perusteella kootuista tiedoista keskeiset

lääkehoidon prosessissa olevat haasteet, jotka käytiin läpi toisen työpajan aluksi. Lähdimme keskustellen etsimään ratkaisuja näihin haasteisiin sekä miettimään, onko prosessissa asioita, jotka eivät tuota arvoa. Keskustelimme myös hoitovastuu asioista ja mietimme niihin ratkaisuja. Lopuksi pohdimme vielä yhteisiä kirjaimiskäytäntöjä. Työpajan kesto oli yksi tunti ja se nauhoitettiin.

4.4 Aineiston analyysi

Työpajoista saamamme aineiston analysoimme käyttämällä sisällönanalyysiä, joka on perusanalyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Sisällönanalyysiä käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä ja sen avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä, kategorioita tai käsitejärjestelmä (Kyngäs, Elo, Kääriäinen, Pölkki & Kanste 2010, 139). Aineiston analysoinnin tavoitteena on löytää keskeiset ydinkategoriat, jotka kuvaavat tutkittavaa kohdetta ja joiden varaan tutkimustulosten analysointi voidaan rakentaa (Kiviniemi 2010, 80). Olennaista sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23).

Pääperiaate analyysitavan valinnassa on, että valitaan sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Laadullisessa aineistossa tavallisimpia analyysimenetelmiä ovat teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Tehdävänä tutkijalla on aineiston avulla ratkaista tutkimusongelma eli saada ymmärrys ja hyvä selitys ilmiöstä. Analyysillä selvitetään, mitä ilmiöön liittyvää nousee esille tulkinnan kautta, tämä vaatii aineiston lukemista useaan kertaan, jotta ymmärretään mitä aineisto viestii. (Kananen 2015a, 161.)

Nauhoitimme työpajoissa käydyt keskustelut ja nauhoitukset litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sanasanaisesti. Litterointi voidaan tehdä koko aineistosta tai valikoiden esimerkiksi teemoittain. (Hirsjärvi ym. 2009, 222.) Ensimmäisen työpajan nauhoituksista syntyi litteroinnilla tekstiä 26 kappaletta A4 kokoista arkkia. Lisäksi käytössämme oli ensimmäisessä työpajassa syntyneet aineistot post-it lapuilla, jotka kirjoitimme puhtaaksi Wordillä. Toisen työpajan nauhoituksista syntyi litteroinnilla tekstiä 7,5 sivua A4 kokoista arkkia.

Laadullisen aineiston analysointi edellyttää lukemista useampaan kertaan sisällön hahmottamiseksi (Kananen 2015a, 163). Luimme litteroinnilla syntyneet tekstit useaan kertaan, jotta saamme käsityksen sisällöstä. Lähdimme etsimään aineistosta vastauksia kehittämistyömme kysymyksiin eli etsimme aineistosta esimiesten näkemyksiä omasta roolistaan ja vastuustaan hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisoinnissa sekä palvelupolkuun kuuluvia esimiesten tehtäviä ja kehittämisen kohteita hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisoinnissa.

Esimiesten näkemyksiä lähdimme hakemaan induktiivisen sisällönanalyysin kautta, jolloin aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Määrittelimme analyysiyksiköksi lauseita tai lauseen osia, sillä näkemykset on poimittu ensimmäisen työpaikan keskustelusta. Analyysiyksikkö voidaan määritellä eri tavoin. Tavallisimmin käytettyjä analyysiyksiköitä ovat sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25.) Sitten ryhmittelimme eli klusteroimme aineiston alkuperäisilmaukset etsien samankaltaisia käsitteitä. Nämä nimesimme luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyn tuloksena muodostui seitsemän alaluokkaa. Sitten siirryimme käsitteellistämiseen eli abstrahointiin yhdistelemällä luokituksia ja muodostaen yhdistävän käsitteen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115.) Abstrahoinnin avulla muodostui sisältö kahdelle yläluokalle, jotka kuvaavat esimiesten näkemyksiä ja kokemuksia hengityshalvauspotilaan palveluprosessissa.

Palvelupolun kuvauksessa käytimme teorialähtöistä eli deduktiivista sisällönanalyysiä hyödyntäen yläkäsitteinä Aaronsin ym. 2011 (4, 7) käsitteellisestä mallista saatuja teemoja, jotka sitten nimesimme palveluprosessia paremmin kuvaavalla nimellä. Teemoja oli neljä, joiden alle ryhmittelimme aineiston alkuperäisilmaukset, jotka liittyivät kyseisiin teemoihin.

Kehittämisen kohteita hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisoinnissa analysoidessamme käytimme jälleen induktiivista sisällön analyysiä. Siinä analyysiyksikkönä meillä oli yksittäisiä sanoja, lauseen osia tai kokonaisia lauseita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110, 112, 116.) Tässä ryhmittelyn tuloksena muodostui 43 alaluokkaa (Liite 3), jotka käsitteellistettiin eli abstrahoitettiin ja muodostettiin yhdistävä käsite. Tämän avulla muodostui sisältö seitsemälle yläluokalle, jotka kuvaavat keskeisiä kehittämisen kohteita hengityshalvauspotilaan prosessissa.

5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

5.1 Esimiesten näkemykset omasta roolista ja vastuusta hengityshalvauspotilaan palveluprosessin organisoinnissa

Esimiehet kuvaavat asiantuntijuuttaan ja sen kasvua palveluprosessin organisoinnissa. Esille nousee tiedon puute, tiedon lisääntyminen ja motivaatio. Aivan aluksi palveluprosessin organisointi on ollut haastavaa: on lähdetty tyhjästä eikä tietoa ole ollut keneltäkään saatavilla.

“...no jos aattelee mikä on tuota ensimmäinen ringki ollut niin silloinhan me lähettiin ihan tyhjästä ei kukkaan tiennyt mistään mitää...”

Tiedon puutetta ilmeni olevan silloin, kun esimies aloittaa toimessaan eikä ole ollut palveluprosessin organisoinnissa alusta alkaen mukana. Silloin kokemuksissa korostui tiedon etsiminen eri lähteistä ja tiedon löytymisen haastavuus. Haasteeksi koettiin myös se, että hengityshalvauspotilaan hoito on harvinaista, joten yhteistyön merkitys kollegoiden kanssa korostuu.

“...pitäs olla semmonen mistä sais sen tiedon sitte kun sitä tarvii helposti, nythän se on melkosta salapoliisi työtä kaikki...”

Potilasmäärän ja tiedon lisääntyessä organisointi on koettu helpommaksi.

“...nythän se on kuitenkin sillä lailla helpompi että meillähän on jo niinku useampi tiimiki/rinki, että kaikki välineistö on samanlaista et siinä mielessä ehkä nämä viimisisimmät on ollut helpoimmat kun on tiedetty...”

Myös motivaatiolla oli merkitystä asiantuntijuuden kehittymisessä. Työpajan osallistuja kuvaili edeltäjälleen palveluprosessin organisoinnin olleen sydämen asia, jolloin esimies on erittäin motivoitunut.

“...Muistan että ovat puhuneet mulle että minun edeltäjä oli että oli hälle niinku sydämen asia...”

Esille tuotiin myös toive siitä, että osallistumisesta organisointiin kysyttäisiin suostumusta eikä se olisi vain pakon sanelemaa.

“...ois se tietenki hyvä jos siinä ois jonkun näkönen halukin eikä pakko että se jotenkin sitä vaikka kysyttäs että onko halukas...”

Yhteistyön sujuminen palveluprosessin organisoinnissa oli toinen ryhmä, joka nousi esiin etsittäessä aineistosta esimiesten kokemuksia ja näkemyksiä roolistaan ja vastuustaan. Yhteistyö jakaantui palveluprosessissa mukana oleviin tahoihin, joita ovat lääkärit, kollegat, sidosryhmät ja palveluntuottajan hoitotiimi. Yhteistyö lääkäreiden kanssa oli osalla erittäin sujuvaa ja mutkatonta, osalla taas oli siitä huonoja kokemuksia ja toiveissa oli, että ne lääkärit, joiden kanssa yhteistyö ei ollut sujuvaa saataisiin jotenkin sitoutettua toimintaan.

“...se on ongelma se lääkäreitten rooli...”

“...jotenkin että sais ne sitoutumaan siihen hommaan...”

Yhteistyö kollegoiden kanssa oli hyvää. Kollegat koettiin tiedonlähteenä ja tukena, joilta sai apua itselle haastavissa asioissa.

“...on se semmonen että on joku jolle voi soittaa ja kysästä että miten tehhään...”

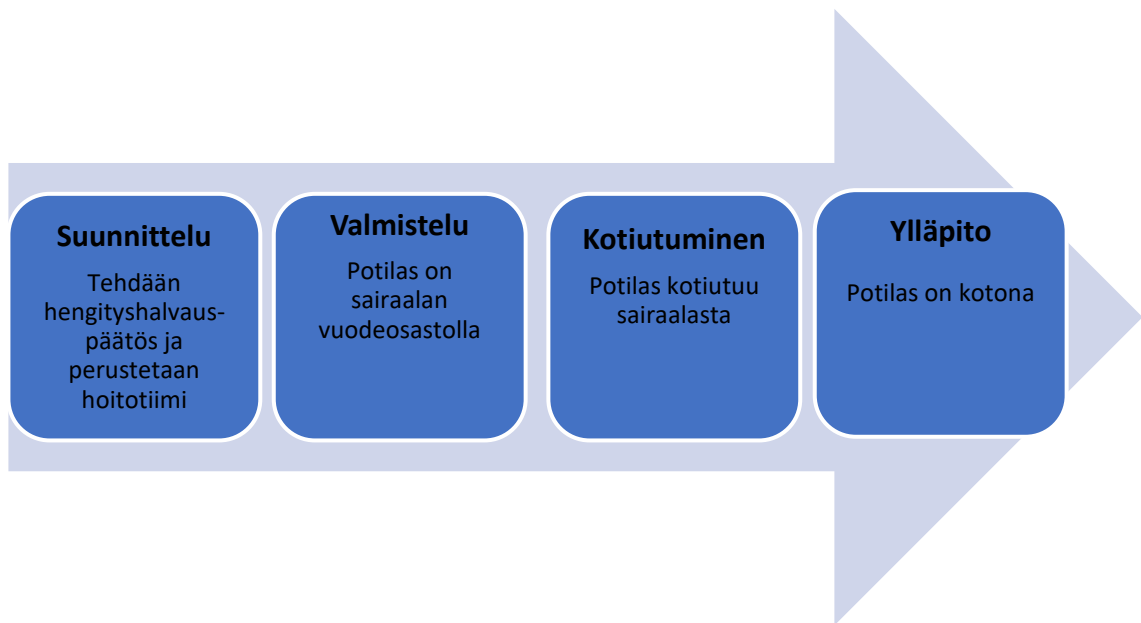
Yhteistyö sidosryhmien kanssa koettiin tärkeäksi. Tapaaminen sidosryhmään kuuluvien tahojen kanssa oli koettu hyväksi ja yhteistyöstä tehostetun hoidon henkilöstön kanssa oli ollut suurta apua. Yhteistyö palveluntuottajan hoitotiimin kanssa toimi kaksisuuntaisesti, yhteyttä otettiin puolin ja toisin. Esimerkiksi yhteistyö teho-osaston kanssa koettiin toimivaksi.

“...alkaa olla nämä yhteistyökumppanit ymmärtää että mitä se tarkoittaa...”

5.2 Hengityshalvauspotilaan yhtenäinen palvelupolku Lapin sairaanhoitopiirissä

Työpajoihin osallistuneiden esimiesten tuottaman aineiston pohjalta muodostimme kuvauksen hengityshalvauspotilaan yhtenäisestä palvelupolusta Lapin sairaanhoitopiirissä. Palvelupolusta ilmenee keskeiset hoitotyön esimiehen tehtävät kussakin palvelupolun vaiheessa. Se ohjaa ja auttaa hoitotyön esimiehiä hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisoinnissa.

Tulosten mukaan hengityshalvauspotilaan palveluprosessi voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen, jotka muodostavat hengityshalvauspotilaan palvelupolun. Vaiheet ovat suunnittelu, valmistelu, kotiutuminen ja ylläpito.



Kuvio 2. Hengityshalvauspotilaan palvelupolun vaiheet hoitotyön esimiesten kuvaamana Lapin sairaanhoitopiirissä.

Kuvaamme jokaisen vaiheen ensin tekstimuodossa ja sitten visuaalisena kuviona. Visuaaliset kuvat ovat jatkossa esimiesten käytettävissä A4-kokoisina.

Suunnittelu

Suunnitteluvaihe tarkoittaa aikaa, jolloin potilaalle on annettu hengityshalvauspotilaan status ja jolloin potilaan hoidon suunnittelu ja asioiden järjestäminen aloitetaan. Osastonhoitajat kuvasivat suunnitteluvaihetta seuraavasti: suunnitteluvaihe tarkoittaa ns. hoitoringin perustamista eli potilaalle järjestetään hoitajat sekä tarvittavat välineet. Suunnitteluvaiheessa osastonhoitajat ovat saaneet tiedoksi, että potilaalle on annettu hengityshalvauspotilaan status.

“... kun annetaan hengityshalvauspotilaan status niin mitä sitten alkaa tapahtumaan...”

Osastonhoitaja tiedottaa asiasta ylihoitajaa, jonka tehtävä on tiedottaa asiasta hallintoon ja selvittää potilaan palveluntuottaja, joka voi olla potilaan oma kunta tai Lapin sairaanhoitopiirin kilpailuttama palveluntuottaja. Palveluntuottajalle on asetettu tietyt kriteerit esimerkiksi hoitajien koulutusvaatimuksista. Jos kunta ei

tuota palvelua itse, on osastonhoitaja yhteydessä Lapin sairaanhoitopiirin kilpailuttamaan palveluntuottajaan ja ilmoittaa uudesta potilaasta.

“... niinku meillä nyt on tämä palveluntuottaja niin sen jälkeen ko se status on tullut niin silloinhan siinä tulee tietenkin se yhteydenotto siihen palveluntuottajaan”

Osastonhoitajan tehtävänä on aloittaa hoitovälineiden hankinta heti, kun hengityshalvauspotilaan päätös on tehty. Hankinnoissa hyödynnetään aiempien hoitotiimien välineistön tietoja, sillä tavoitteena on, että kaikissa tiimeissä välineet ovat samanlaiset. Tehtävänä on olla yhteydessä mahdollisimman pian hengityshalvausstatuksen asettamisen jälkeen sekä hengityslaitte-edustajaan että teho-osastolle ja sopia koulutuksen järjestämisestä kuin myös huolehtii hengityskoneiden tilauksesta sairaalan hankintaohjeiden mukaisesti. Välineiden kustannukset tulee huomioida oikealle vastuuyksikölle. Uuden hoitotiimin vastuuyksikkönumeron määrittelee LSHP:n talouspalvelut.

“...seuraava vaihe minusta sitten se on tai rinnakkain menee siinä se että kun me hankitaan kaikki välineet...”

Kun hoito aloitetaan, potilas on alkuun teho-osastolla hengityskoneessa. Kun potilaan omat hengityskoneet on saatu, aloitetaan hoitohenkilökunnan perehdytys teho-osastolla sen mukaan, miten rekrytointi on saatu toteutettua. Hoitotiimin hoitohenkilökunnan rekrytoinnin hoitaa palveluntuottaja.

“...se perehdytyksen järjestäminen...”

“... teho aloitti sen niitten rinkiläisten perehdyttämisen...”

Osastonhoitaja varmistaa, että kuntoutusohjaaja on saanut tiedon potilaasta ja on omalta osaltaan mukana järjestämässä potilaan jatkohoitoa.

“...sitten tietysti kattoo tässä vaiheessa jo se kun potilaallahan on oikeus valita missä hänen jatkohoitonsa tapahtuu sitten kun se on tuolla jo kotiutusvaiheessa miten se hoito tapahtuu onko se kotona vai...”

Potilaan omaiset ja perhe tulee huomioida hoitoprosessissa alusta asti.

“...sitten ko on tuommosesta lapsesta/nuoresta kysymys niin siinä on siinä suunnittelussa että se perhe on niinkö mukana...”

Suunnitteluvaiheessa mietitään yhteistyötahot ja sidoshenkilöt, joihin tulee olla yhteydessä ja ilmoittaa uudesta potilaasta. Jokainen erikoisala määrittelee vastuulääkäriin, joka nimetään suunnitteluvaiheessa.

“...etenkin nämä sidoshenkilöt ketä kaikkea on että, esimerkiksi apteekki, tekniikka, kuntoutusohjaus niin ja sitten ensihoito ketkä on ne vastuulääkärit täällä, neki nimetä...”



Kuvio 3. Hengityshalvauspotilaan yhtenäisen palvelupolun suunnitteluvaihe

Valmistelu

Valmisteluvaiheessa potilas on siirtynyt teho-osastolta vuodeosastolle ja hoito on käynnistynyt. Osastonhoitaja hankkii loput tarvittavat välineet, joita ei ole suunnitelluvaiheessa vielä hankittu. Hoitohenkilökunnan perehdyttäminen jatkuu vuodeosastolla ja yhteistyötä tehdään teho-osaston kanssa. Hoitovastuu siirtyy hoitotimille.

“...se perehdytys jatkuu siellä että se rinki alkaa aikalailla sitä niinku hoitamaan sitte...”

Yhteistyö kuntoutusohjaajan kanssa jatkuu, lisäksi suunnitellaan jatkohoitoa apteekin, tekniikan, ensihoidon, ravintokeskuksen ym. hoitoon liittyvien tahojen kanssa. Tarvittaessa pidetään yhteistyöpalaveri, jossa sovitaan käytännöistä.

“...joo materiaalipalvelut, varmaan sitte se välinehuolto tuonne kuntoutuspuolelle tai niitä laitteita, apuvälineitä niin se on semmonen...”

Potilaan lääkehoito kirjataan potilastietojärjestelmään (ESKO) lääkehoito-osioon. Osastonhoitaja ylläpitää ESKO:n lääkelistaa ja tarvittaessa päivittää sitä. Lääkelistan laatiminen aloitetaan valmisteluvaiheessa, jonne kirjataan potilaan käyttämät kotilääkkeet ja sairaalassa aloitetut lääkkeet. Lääkelistalle huomioidaan potilaan tarvitsemat nesteet ja mahdolliset ravitsemukseen liittyvät tuotteet.



Kuvio 4. Hengityshalvauspotilaan yhtenäisen palvelupolun valmisteluvaihe

Kotiutuminen

Kotiutumisvaiheessa potilas hengityslaitteeseen jouduttuaan kotiutuu ensimmäistä kertaa hoitotiimin kanssa sairaalasta. Virallisestihan hän on sairaalan potilas eli on kirjoilla sairaalassa, vaikka asuukin kotonaan tai muussa asunnossa. Työpajan aikana esimiehet kuvasivat monipuolisesti tehtäviä, joita kotiutumisvaiheessa kuuluu heidän vastuulleen hengityshalvauspotilaan palveluprosessin organisoinnissa. Kotiutusvaiheessa osastonhoitaja varmistaa, että aiemman valmisteluvaiheen tehtävät on tehty.

Osastonhoitaja varmistaa, että hengityshalvauspotilaan asunto on valmiina ja muuttokuntoinen. Hän on tarvittaessa käynyt katsomassa asuntoa ja varmistanut sen soveltuvuuden yhteistyössä kuntoutusohjaajan kanssa. Lisäksi hän on varmistanut, että tarvittavat asunnon muutostyöt on tehty.

“...Jos se (kotiutus)päätös tehdään niin silloin koti pitää olla jo kunnossa...”

Hän varmistaa, että hoitoon liittyvät välineet on hankittu ja hoitotiimin hoitajille on hankittu kannettava tietokone ja tulostin tiedonkulun välineeksi sekä internetyhteys.

“...hoitoon liittyvien välineiden hankinta mutta sitte tämä tiedonkulun välineeksi läppäri työntekijöille...”

Hän huolehtii kuljetuspalveluista ja hankkii taksikortin ja tarvittaessa opastaa avustuksen saamisessa oman auton käyttöön.

“...joo kuljetuspalvelut kyllä...”

“...taksikortin hankkiminen...”

Osastonhoitajan tehtävä on laatia kirjallinen hoitosuunnitelma, joka tulee hoitotiimin käyttöön. Hoitosuunnitelma käydään läpi potilaan ja omaisten kanssa ennen kotiutumista sairaalasta. Hän varmistaa, että potilaalle on tehty kuntoutussuunnitelmat moniammatillisesti ja maksusitoumukset kuntoutukseen.

“...se hoitosuunnitelma täytyy olla jo tässä vaiheessa...”

“...kuntoutus on ja se kuntoutushan sisältää fysioterapian ja toimintaterapian...”

Hän varmistaa osaamisen tarkistamalla, että hoitotiimin hoitajilla on varmuus siirtä pois sairaalasta. Hän on yhteistyössä palveluntuottajan hoitajien kanssa ja antaa yhteystiedot, mihin hoitotiimin hoitajat voivat ottaa yhteyttä erilaisten asioiden hoitamiseksi.

“...että rinki ossaa hoitaa...”

Osastonhoitaja huolehtii lääkelistojen päivittämisen ja että lääkelistalla on tarvittavat lääkkeet kotiutumista ajatellen. Hän kysyy sekä potilaan että asiakkaan kuulumisia.

“...tulee soitettua mitä sitä kuuluu jos ei mittään kuulu...”



Kuvio 5. Hengityshalvauspotilaan yhtenäisen palvelupolun kotiutumisen vaihe

Ylläpito

Ylläpitovaihe tarkoittaa aikaa ensimmäisen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Tämä vaihe kestää niin kauan kuin hengityshalvausstatus on voimassa. Ylläpitovaiheessa osastonhoitaja huomioi oikean hoidon porrastuksen ja ohjaa tarvittaessa potilasta/hoitotiimin hoitajia ottamaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon. Osastonhoitaja ylläpitää ESKO:n lääkelistaa tehden hoitotiimin ilmoittamat lääke- muutokset, pyytäen kuittauksen lääkelistaan vastuulääkäriltä ja toimittaen siitä kopion sairaala-apteekkiin.

“Mie oon tehnyt ne muutokset, he soittaa mulle sieltä, mie kirjaan koneelle ja mie tulostan ja pyyän sitte sen allekirjoituksen...”

Osastonhoitajan tehtäviin kuuluu myös uusien välineiden hankinta LSHP:n hankintaohjeiden mukaisesti.

“...aina ajoin kyllä tulee semmosia apuvälinehankintoja että niitä on sitte ainaki niinku tullu osastonhoitajan tehtäväksi...”

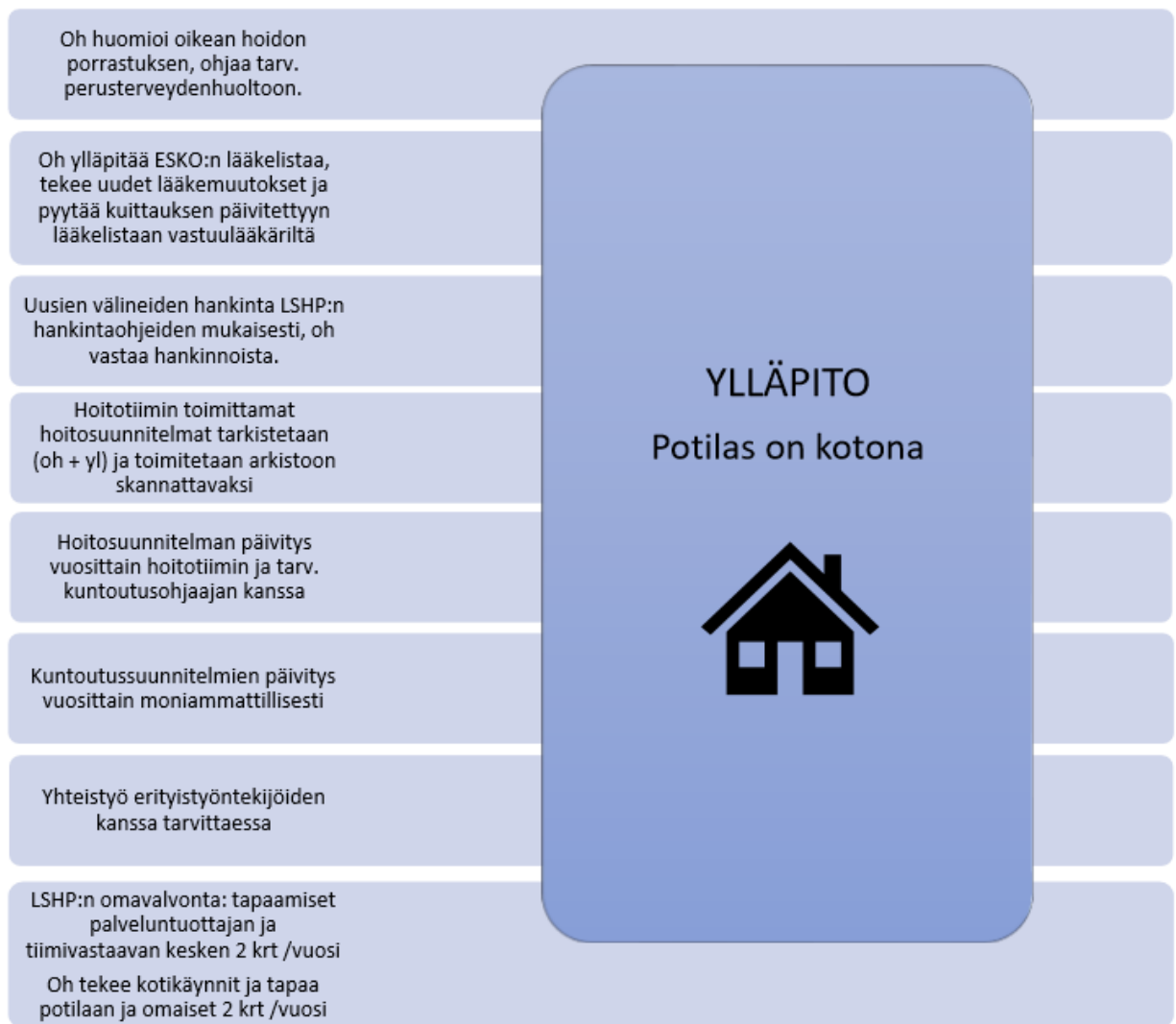
Osastonhoitaja tarkistaa hoitotiimin lähettämät hoitosuunnitelmat, kuittaa ne, käyttää vastuulääkärillä nähtävänä ja toimittaa ne arkistoon skannattavaksi. Hän huolehtii, että hoitosuunnitelma päivitetään vuoden välein ja tarvittaessa useammin yhteistyössä potilaan, hoitotiimin ja tarvittaessa kuntoutusohjaajan kanssa. Potilaan kuntoutussuunnitelmat tarkistetaan ja päivitetään vuosittain, osastonhoitaja huolehtii, että ne ovat voimassa.

“Niin nyt meillä on sovittu tapaaminen, että tehhään se hoitosuunnitelma...”

“...nämä hoitosuunnitelman päivittämiset ja kuntoutussuunnitelmien päivittämiset...”

Osastonhoitaja tekee jatkuvaa yhteistyötä hoitotiimin ja palveluntuottajan kanssa. Hän tekee moniammatillista yhteistyötä potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Osastonhoitaja varmistaa omalta osaltaan hoitotiimien osaamisen ja ylläpitää sitä mahdollistamalla hoitajien osallistumisen täydennyskoulutuksiin ja osastotunneille.

“Palavereita sovittuna ja se on määritelty, että pitää tietyin väliajoin aina tavata...”



Kuvio 6. Hengityshalvauspotilaan yhtenäisen palvelupolun ylläpitovaihe

5.3. Hengityshalvauspotilaan palveluprosessin keskeiset kehittämiskohteet

Esimiehet kuvasivat keskeisiä kehittämiskohteita laajasti ja monipuolisesti. Kehittämiskohteiksi muodostui yhteensä seitsemän eri sisältöaluetta, jotka on kuvattu alla olevaan kuvioon 7.



Kuvio 7. Hengityshalvauspotilaan palveluprosessin keskeisimmät kehittämiskohteet esimiesten kuvaamina.

Lääkehoidon prosessi on laaja kokonaisuus, jossa esimiehet kuvasivat keskeiseksi haasteeksi hoitovastuut ja niiden määrittämisen. Lisäksi haasteeksi koettiin lääkelistojen ylläpitäminen, yhteistyö apteekin kanssa ja yleisesti toivottiin sujuvaa prosessia lääkehoitoon.

Hoitovastuut koettiin epäselviksi ja niihin toivottiin selkeyttä. Eri toimijoiden roolit koettiin epäselviksi eikä rooleja ole riittävästi määritelty. Kehittämiseksi nostettiin hengityshalvausyksikön tai keskuksen perustaminen, jolla olisi selkeä kokonaisvastuu potilaiden hoidosta.

“...kuka on yhteydessä kehenkin ettei liian moni sitte niinku hoia...”

“...että ois niinku kaikki se selkeästi kirjattu kuka vastaa siitä potilaan hoidosta ja kuka vastaa näistä käytännön asioista ja kuka siitä paperisodasta mikä niihin sitten sopimuksiin kuuluu...”

Sairaalassa ololla tarkoitetaan tässä yhteydessä aikaa, jolloin potilas tulee kotiutumisen jälkeen sairaalaan jonkin muun asian kuin hengityshalvaukseen johtaneen sairauden vuoksi. Esimiehille oli epäselvää mitkä ovat käytännöt, esimerkiksi lääkehoidon suhteen silloin kun potilas on sairaalassa muulla kuin omalla erikoisalalla. Lääkehoitoon toivottiin yhtenäisiä käytäntöjä, joita noudatetaan kaikilla osastoilla. Ongelmana on ollut, että kaikki eivät tiedä, että kyseessä on hengityshalvauspotilas, joilla on omat käytännöt lääkehoidon suhteen.

“...eri osastoilla käydään kun on ollu niistä lääkehoitoasioista puhetta että jossaki sitten tyhjennetään listat kerralla ja toinen yksikkö joutuu taas tekemään kaiken työn...”

“...kuka ottaa kantaa esimerkiksi jos on vaikka ko mie syötän uuden lääkkeen sinne eskolle ja lääkehoito sanoo että nyt on interaktio...”

Tuloksista ilmeni, että hengityshalvauspotilaiden asioihin ei ollut yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä. Yksi keskeisin ongelma oli se, ettei hoitotiimeillä ole käytössään LSHP:n käyttämää ESKO-potilastietojärjestelmää. Hoitotiimit kirjaavat LSHP:n lomakkeille, jotka toimitetaan osastonhoitajalle, joka puolestaan toimittaa tarkistetut lomakkeet vastuulääkärin tarkistamisen jälkeen arkistoon skannattavaksi. Esimiesten kuvauksista kävi ilmi, että yhtenäisiä kirjaamisohjeita ei ole käytössä esimiehille tai muille hengityshalvauspotilaita hoitaville tahoille.

“...tuohan olis iso uudistus ko saatas tuo esko järjestelmä tuonne...”

Välinehankinnat ovat keskeinen osastonhoitajan tehtävä. Tähän toivottiin välineistausta helpottamaan ja selkeyttämään välineiden hankintaa.

“...jotenki sähköseksi tai joku pohja ois hyvä olla noissa kaikissa välineissä että ne jäis sinne pohjaan ne kaikki tarvikejutut...”

Tulosten mukaan yhteistyö eri tahojen kanssa oli sujuvaa, mutta kehittämiskohteitakin esitettiin. Toivottiin enemmän yhteisiä palavereita sekä sujuvampaa tiedottamista yhteistyökumppaneiden kesken.

“...kokoontus ne kaikki ihmiset jotka siihen niinku liittyy ja suunnitelas porukalla se homma...”

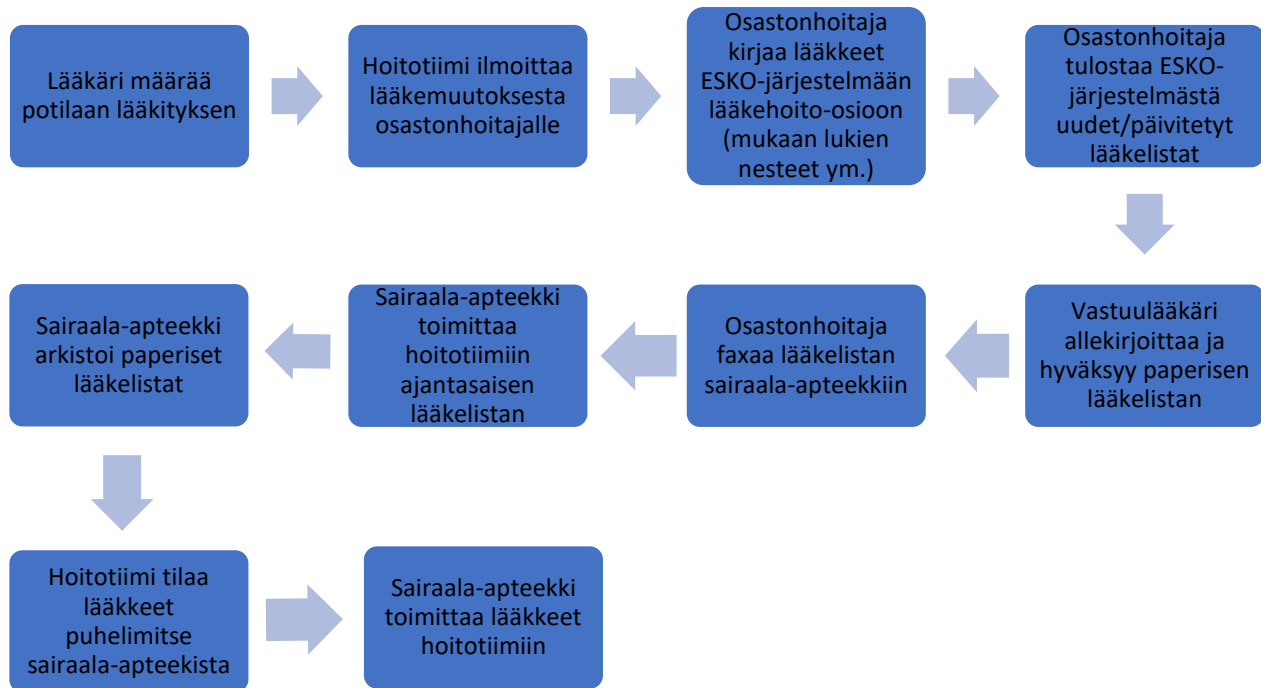
“...Tuon apteekin kanssa yhteistyötä vois jotenki kehittää että jotenki siitä vois kyllä senki prosessin vaikka erikseen avata, ottaa sieltä ne hukat pois...heillääki on siellä niinko eri tietoa eri ihmisillä”

Selkeää palveluprosessin kuvausta toivottiin. Esimiehet toivoivat “tietopakettia” hoitoprosessista tai sähköistä materiaalia, josta löytyy tietoa hengityshalvauspotilaan prosessiin liittyvissä tehtävissä. Esimiehet toivoivat myös informaatiota esimerkiksi hengityshalvauspotilaan sosiaalietuuksista vahvistamaan ammattitaitoaan.

“...se tietopaketti että se ois sähkönen joku kansio...”

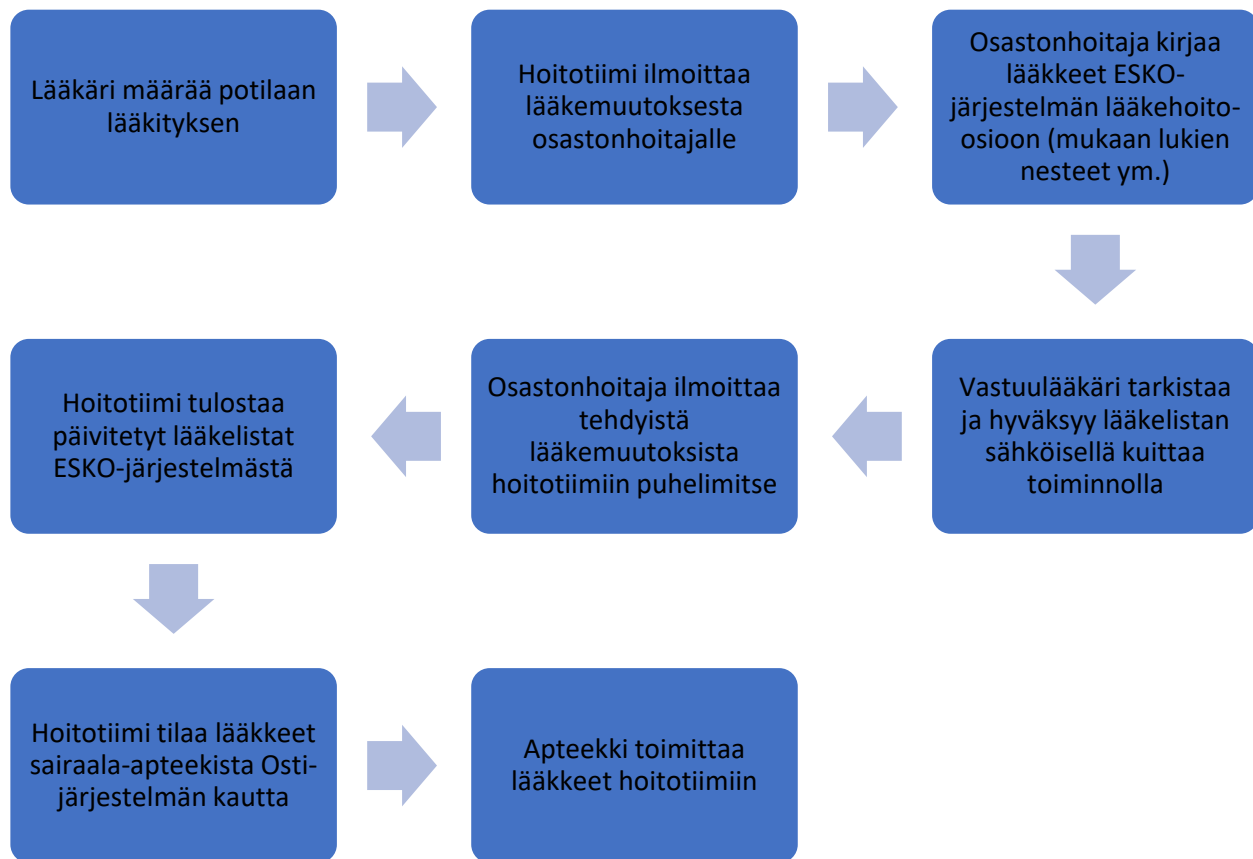
Esimehet valitsivat seitsemästä keskeisimmästä kehittämiskohteesta kaksi, joita haluttiin lähteä kehittämään ja ratkaisemaan niissä ilmeneviä ongelmia. Esimiehet valitsivat hoitovastuut ja lääkehoidon prosessin. Toisessa työpajassa valittiin kolmanneksi kehittämiskohteeksi kirjaaminen.

Hoitovastuuasioissa olimme yhteydessä johtajaylilääkäriin sähköpostitse. Kuvasimme sähköpostissa kehittämistyömme tuloksena ilmenneet hoitovastuuihin liittyvät haasteet. Johtajaylilääkärin vastauksen mukaan hoitovastuuasiat käydään läpi syksyllä 2017 ylilääkäreiden kesken, joiden erikoisalalle kuuluu hengityshalvauspotilaita. Lääkehoitoprosessia kävimme läpi toisessa työpajassa yhdessä esimiesten ja sairaala-apteekin apteekkarin ja proviisorin kanssa. Prosessissa huomattiin olevan poistettavissa olevaa hukkaa, etenkin apteekin näkökulmasta. Apteekin ehdotus oli, että hoitotiimeihin hankitaan lääketilausjärjestelmään (OSTI) käyttöoikeudet, jotta hoitotiimit voivat tilata lääkkeitä apteekista sähköisesti. Tämä prosessi on tällä hetkellä IT-asiantuntijoilla työn alla. He työstävät tekniset prosessit sellaiseksi, että lääketilausjärjestelmä saadaan toimimaan sairaalan ulkopuolella. Kuvioon 8 on kuvattu lääkehoidon nykyinen prosessi.



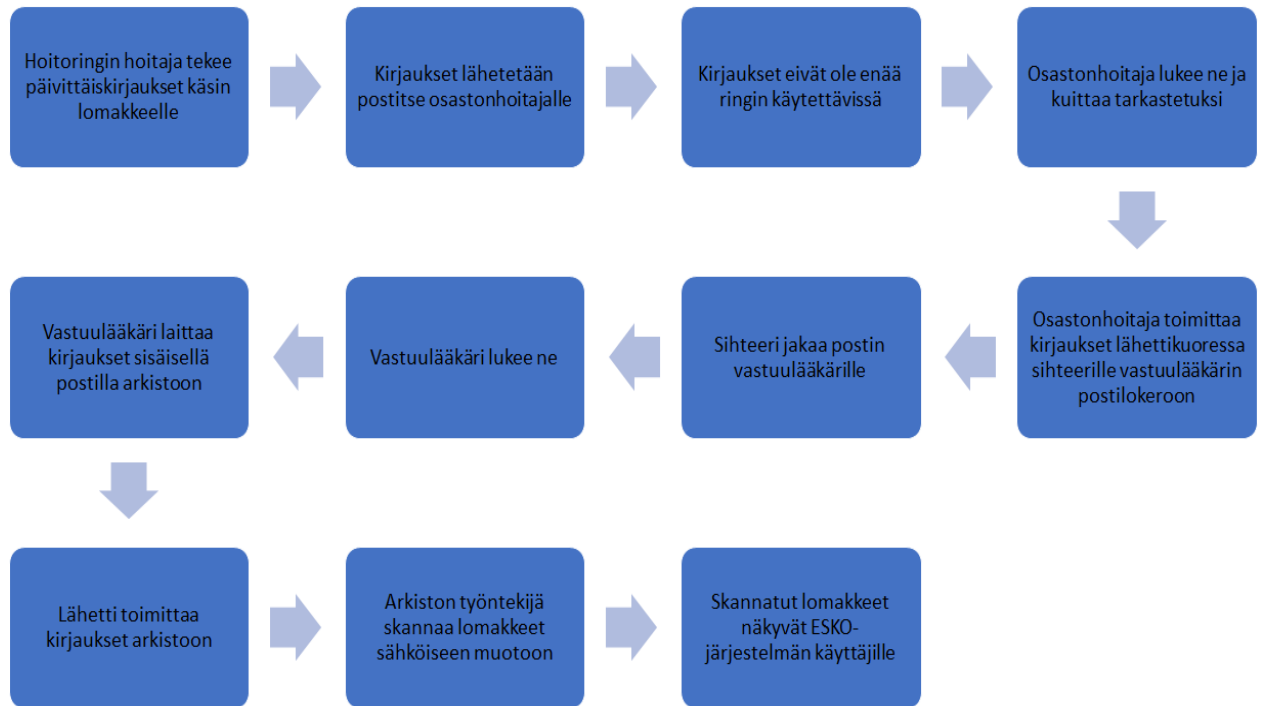
Kuvio 8. Hengityshalvauspotilaan lääkehoidon prosessin nykytila

Kuvioon 9 on kuvattu ehdotelma prosessimallista, jossa ESKO -ja OSTI-järjestelmät ovat hoitotiimien käytössä. Sähköisten järjestelmien käyttö nopeuttaisi ajantasaisten lääkelistojen toimittamista sairaalasta hoitotiimiin sekä poistaisi apteekin näkökulmasta monta työvaihetta, jotka aiheuttavat turhaa työtä. Uusi malli parantaisi myös hengityshalvauspotilaiden lääketurvallisuutta, sillä ajantasaiset lääkitystiedot saataisiin reaaliajassa hoitotiimiin



Kuvio 9. Hengityshalvauspotilaan lääkehoitoprosessi ESKO ja OSTI-järjestelmää käytettäessä

Kirjaaminen nousi kolmanneksi kehittämisen kohteeksi. Keskeinen ongelma on sähköisen potilastietojärjestelmän puute hoitotiimeissä. Syksyllä 2017 pidetyssä palaverissa palveluntuottajan edustajien, sairaalan johdon ja esimiesten kesken, jotka organisoivat hengityshalvauspotilaiden hoitoa keskusteltiin myös kirjaamiseen liittyvistä haasteista. Päätettiin selvittää, onko sähköinen ESKO-potilastietojärjestelmä mahdollista saada hoitotiimeihin huomioiden tietoturvallisuuteen liittyvät näkökohdat. Tämän selvitystyön tueksi kuvasimme kuvioon 10 päivittäismerkintöjen tämän hetkisen kirjaamisen prosessin.



Kuvio 10. Päivittäismerkintöjen kirjaamisen nykyinen prosessi hengityshalvauspotilaan palveluprosessissa

Kirjaamisen prosessissa on hukkavaiheita, jotka ESKO-järjestelmän käyttöön avulla saataisiin poistettua. Teimme ehdotuksen (kuviokuva 11), jossa hukkavaiheet on poistettu, kuten Lean-metodologian periaatteisiin kuuluu.



Kuvio 11. Päivittäismerkintöjen kirjaamisen prosessi ESKO-potilastietojärjestelmää käyttäen hengityshalvauspotilaan palveluprosessissa

Esko-potilastietojärjestelmää käytettäessä kirjaamisen prosessista poistuu monia vaiheita eli hukkaa saadaan poistettua. Myös hoitotiimien tiedon käytettävyys ja sitä kautta potilasturvallisuus paranee, sillä paperille tehdyt kirjaukset, jotka on lähetetty osastonhoitajalle ja sitä kautta arkistoitavaksi, eivät ole enää olleet hoitotiimien käytettävissä. Tässä mallissa aiemmat tiedot ovat koko ajan hoitotiimien käytettävissä. Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö mahdollistaa myös nopeamman tiedon hyödyntämisen, sillä tiedot ovat heti vastuutahojen käytettävissä.

6 POHDINTA

6.1 Keskeisten tulosten tarkasteleminen ja hyödynnettävyys

Esimiesten näkemyksissä ja kokemuksissa nousi esiin yhteistyön merkitys eri tahojen kanssa. Koskiniemi (2016, 67–71) on tutkinut kokemuksellisuutta johtamisessa ja työyhteisössä. Tulosten mukaan pohjaa yhteistyölle luovat jaetut kokemukset. Ne auttavat myös yhteisiin tavoitteisiin sitoutumisessa. Omassa aineistossamme yhteistyötä sekä esimiesten että sidosryhmien kesken kuvailtiin hyväksi. Myönteinen jaettu kokemus kannustaa Koskiniemen (2016, 71) tulosten mukaan työn kehittämiseen hyvästä paremmaksi. Kehittämistyömme tuloksissa kollegat koettiin tiedonlähteenä ja tukena, joilta sai apua itselle haastavissa asioissa.

Nikin, Koivusen ja Suomisen (2010, 24, 27) mukaan systemaattinen mentorointiohjelma on arvokas työkalu kompetenssin kasvattamisessa ja uusien hoitajien tukemisessa lisäten myös työtyytyväisyyttä. Mentorointi myös parantaa työsuorituksia ja edistää uralla etenemistä. Koskiniemen (2016, 74) tuloksissa nousi esille myös se, että sitä on mukava tehdä, missä on hyvä. Hyvän olon tunne itsestä lisää motivaatiota tekemiseen, kehittymiseen ja helpottaa virheiden sietämistä. Työhallintaa voidaan pitää voimavarana terveydenhuollon organisaation hyvinvoinnille. Työn hallinnalla on havaittu olevan yhteyttä muun muassa työssä jaksamiseen, työmotivaatioon, tyytyväisyyteen työssä, päätöksentekoon osallistumiseen ja lisääntyneeseen tehokkuuteen. (Korpela ym. 2010, 84.) Kun asiantuntijuus esimiehellä hengityshalvauspotilaan organisointiin liittyvistä asioista kasvaa, lisää se työhallintaa luoden hyvän olon tunteita ja motivoi työssä kehittymiseen. Oman osaamisen tunnistamisen kautta löydetään toiminnan kannalta tärkeimmät osaamisen alueet ja kehittämisen kohteet (Helander ym. 2013, 13).

Kehittämistyön tuloksissa esimiehet kokivat tärkeäksi, että hengityshalvauspotilaiden hoitovastuut ja niihin liittyvät tehtävät olisi kuvattu ja kirjattu selkeästi ja että tieto olisi helposti saatavilla. Laaksonen ja Ollilakin (2017, 131) kuvaavat kirjassaan, että sellaisten palvelujen tapauksessa, jotka ylittävät organisaatioiden rajat, täytyy vastuiden selkiyttämiseksi määritellä, kuka huolehtii ketjun toimivuudesta eli kuka vastaa prosessista kokonaisuutena. Tarvitaan myös kuvaus siitä, miten potilas/asiakas siirtyy hoidon tasolta toiselle. Hartikainen, Partanen ja Turunen

(2010, 50) ovat tutkineet lähijohtajan sitoutumista erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen mukaan sitä edistävät muun muassa johtamisen selkeä määrittely. Osastonhoitajat kokivat tarpeelliseksi, että tehtävänkuvat määritellään kirjallisesti, jotta erityisesti vastualueet olisivat selkeämmät. Selkeästi määritellyt toimenkuvat edistävät sitoutumista toiminnan kehittämiseen. Myös hoitotyön käytäntöjen yhtenäistäminen edellyttää, että eri tason toimijoiden vastuut on määriteltävä sekä yksilö- että yhteisötasolla (Korhonen ym. 2010, 39).

Kehittämistyömme tuloksena muodostui hengityshalvauspotilaan palvelupolku, johon on määriteltävä keskeiset hoitotyön esimiehen tehtävät palvelupolussa. Se ohjaa hoitotyön esimiehiä heidän työn organisoinnissa ja toteuttamisessa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutettiin vuonna 2003 projekti, jonka tarkoituksena oli hengityshalvauspotilaiden hoitomallin kehittäminen. Projektin tuotoksena syntyi sairaanhoitopiirin hengityshalvauspotilaan hoitoprosessin määrittely sekä siihen liittyvä hoitoketjun kuvaus menettelytapa-, perehdytys- ja koulutusohjeineen. (Vuori & Ylitalo-Liukkonen, 4.) Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on kuvattu hengityshalvauspotilaan hoitoprosessi projektityönä (Laasonen ym. 2002, 7). Tulosten mukaan vastaavanlaista ns. tietopakettia toivottiin kehitettävän myös Lapin sairaanhoitopiiriin.

Kuvaavamme hengityshalvauspotilaan palvelupolku soveltuu eri erikoisaloilla olevien hengityshalvauspotilaiden hoidon organisoinnin avuksi. Kehuksen ja Törmäsen (2014, 36, 40) artikkelissa, jossa kuvattiin tutkimusta näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamisesta ja hoitotyön käytäntöjen yhtenäistämistä osastonhoitajien näkökulmasta, vastaajat näkivät käypä-hoitosuosituksien ja organisaation sisäiset ohjeet hyödyllisinä toimintaa ohjaavina välineinä. Ohjeet tehostivat toimintaa, tukivat taloudellisuutta sekä helpottivat ja tukivat hoitotyön päätöksentekoa. Samalla tavoin osastonhoitajat voivat käyttää omassa työssään hyödyksi kuvaavaamme hengityshalvauspotilaan palvelupolkua.

Yksi Leanin tavoitteista on vähentää hukkaa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) Lean-menetelmää on käytetty vuodesta 2010 ja siellä on todettu, että Lean sopii erinomaisesti prosessiluonteisen toiminnan kehittämiseksi. HUS:ssa Lean-hankkeet ovat olleet onnistuneita ja tulokset ovat olleet konkreettisia. (Mäkijärvi 2013, 90–91.) Kehittämistyömme tuloksissa kävi ilmi, että hengi-

tyshalvauspotilaan prosessissa yksi keskeinen hukkaa aiheuttava tekijä oli tietojen hajanaisuus. Tietoa joudutaan etsimään ja käyttämään siihen merkittävän paljon aikaa. Palvelupolku auttaa löytämään tiedon helpommin ja sen johdosta esimiesten työajan käyttö on tehokkaampaa. Hengityshalvauspotilaan palveluprosessissa esimiehet nimesivät seitsemän keskeistä kehittämisen kohdetta, jotka ratkaisemalla prosessista saataisiin sujuvampi ja näin ollen poistettua myös siinä olevaa hukkaa. Lean-menetelmää voidaan hyödyntää hengityshalvauspotilaan palveluprosessin kehittämisessä jatkossakin.

Hengityshalvauspotilaan lääkehoitoprosessi, jossa ESKO- ja OSTI-järjestelmät olisivat käytössä vähentäisi erityisesti sairaala-apteekilta monta työvaihetta. Usein kehittämisessä ei oteta riittävästi huomioon kehittämistoimenpiteiden mahdollisesti negatiivisia vaikutuksia muiden yksiköiden tai ammattiryhmien toimintaan (Maijala ym. 2015, 2010). Vaikka ehdotelma ei vähennä esimiehen lääkehoitoprosessissa tekemää työtä, ei se lisääkään sitä. Joten osaoptimointikin huomioiden uuden prosessin hyödyt ovat suuremmat kuin aiemmassa.

6.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus, uskottavuus ja eettinen hyväksyttävyys edellyttävät, että tutkimus tehdään hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen (Launis 2007, 28; Hirsjärvi ym. 2009, 23). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että työssä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta työn kaikissa vaiheissa. Lisäksi mahdolliset sidonnaisuudet ilmoitetaan. (Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003, 5–6). Tutkimusluvan (Liite 3) anoimme ja saimme ennen aineistonkeruun aloittamista.

Laadullisen tutkimuksen eettisiin kysymyksiin kuuluu pohtia tutkijan roolia suhteessa tiedonantajiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39). Eettisestä näkökulmasta laadullisen tutkimuksen periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39). Tähän kehittämistehtävään osallistuminen oli vapaaehtoista eivätkä osallistujien henkilöllisyydet käy ilmi tutkimuksesta.

Kehittämistutkimuksen luotettavuustarkastelu on Kanasen (2015b, 111) mukaan haasteellista, koska se ei ole oma menetelmä. Hänen mukaansa luotettavuutta

arvioidaan käytetyn menetelmän mukaan eli meidän työssämme arvoimme laadullisen tutkimuksen kriteerein luotettavuutta. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii ymmärtämään ilmiötä. Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkittavaa ilmiötä eli ne ovat totuudenmukaisia. Totuudellisuuden arvioinnin lähtökohtana on riittävän tarkka dokumentaatio. (Kananen 2015b, 353.) Tuomen ja Sarajärven (2013, 140–141) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. He korostavat, että tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena ja se huomioiden pohtia muun muassa tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, omia sitoumuksia, aineiston keruuta, tutkimuksen tiedonantajia ja aineiston analyysia.

Kehittämistyömme toteutui oman työpaikkamme organisaatiossa ja työnantajamme oli toimeksiantaja. Se on eräänlainen sidonnaisuus, joka tulee ottaa huomioon. Jo työn suunnitteluvaiheessa pohdimme luotettavuusasioita (Kananen 2014, 151), sillä omaamme eräänlaisen kaksoisroolin kehittämistyössämme. Tulosalueellamme on hengityshalvauspotilaita, työnkuvaamme osastonhoitajana ja apulaisosastonhoitajana kuuluu osallistuminen hoidon järjestelyihin, joten olimme osa kehittämistyön kohderyhmää. Tämän vuoksi emme valinneet lomakehaastattelua tiedonkeruumuodoksi, vaan Learning-cafe-menetelmän ensimmäisen työpajan tiedon hankkimista varten. Lisäksi emme itse osallistuneet työpajan tiedon tuottamiseen, vaan toimimme tutkijoina puheenjohtajan ja moderaattorin roolissa vain ohjaten työpajan toimintaa. Toisessa työpajassa kävimme läpi esimiesten tuottaman hengityshalvauspotilaiden lääkehoitoprosessin. Työpaja käytiin läpi keskustellen ja toimimme, kuten ensimmäisessä työpajassa, tutkijoina ohjaten keskustelua. Tutkimukseen pyysimme esimiehiä, joiden tulosalueella on hengityshalvauspotilaita. Lisäksi kutsuimme myös palveluntuottajan edustajia, mutta he olivat estyneet. Heidän osallistumisensa työpajaan olisi voinut tuoda erilaisia näkökulmia kerättyyn aineistoon. Työpajoihin osallistuminen oli vapaaehtoista.

Luotettavuuden lisäämiseksi on pyrittävä mahdollisimman tarkkaan analyysin raporttiin (Kyngäs ym. 2011, 140). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Luvussa 4 olemme vaihe vaiheelta kuvanneet kehittämistyön toteutuksen eri vaiheet. Tutkijan on osoitettava yhteys tulosten ja aineiston välillä luotettavuuden lisäämiseksi, keskeisenä pidetään suorien lainausten käyttöä tulosten raportoinnissa (Kyngäs

ym. 2011, 140). Nauhoitimme ensimmäisen työpajan kokonaisuudessaan ja litte-roimme sen sanasta sanaan. Myös toinen työpaja nauhoitettiin. Näin saatu ai-neisto on alkuperäinen ja sitä kautta luotettava. Työn tuloksissa käyttämämme lainaukset ovat suoria lainauksia alkuperäisestä aineistosta. Aineiston pohjalta myös muiden pitää tulla samaan lopputulokseen (Kananen 2015b, 353). Sisäl-lönanalyysin olemme tehneet tarkasti ja aineistoa kunnioittaen käymällä saadun aineiston useasti läpi tullen kumpikin samaan johtopäätökseen analyysissä. Koska teimme kehittämistyön kahdestaan, samaan johtopäätökseen tuleminen lisää mielestämme tutkimuksen luotettavuutta.

6.3 Kehittämistyön merkitys

Kehittämistyö selkeyttää ja yhtenäistää hengityshalvauspotilaiden hoidon organi-sointia esimiesten kesken. Yhtenäiset toimintatavat edistävät myös palveluntuot-tajan, hoitotiimin ja LSHP:n välistä yhteistyötä sekä parantavat hoidon sujuvuutta ja laatua. Ne antavat potilaalle luottamuksellisen kuvan hoidostaan, kun kaikki toimivat yhtenäistä linjaa noudattaen. Selkeästi määritellyt tehtävät vähentävät esimiesten työstä aiheutuvaa hukkaa, sillä kaikkea tietoa ei tarvitse etsiä. Esimie-het voivat käyttää kehittämistyön tuloksena syntynyttä palvelupolkua esimerkiksi perehdyttämisen tukena, kun työssä aloittaa uusi esimies. Toiset sairaanhoitopi-i-rit voivat käyttää palvelupolkua suunnitellessaan ja kehittäessään oman alueensa hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisointia. Kehittämistyömme tu-loksia voidaan käyttää myös Virtuaalisairaala 2.0 hankkeessa.

Kehittämistyömme aihe nousi oman työyksikkömme tarpeista, sillä joudumme lä-hes päivittäin hoitamaan ja organisoimaan hengityshalvauspotilaiden asioita. Hoidon organisointia ei ole kuvattu LSHP:ssä, joten koimme tarpeelliseksi tehdä ns. tuen työn organisointiin. Aihe osoittautui heti alusta melko haastavaksi, työn otsikkoa jouduttiin muokkaamaan matkan varrella useita kertoja. Oman haas-teensa työhön toi aiheen rajaaminen riittävän tarkasti, sillä prosessissa on mer-kittävän paljon kehittämisen kohteita.

Kehittämistyön tekeminen on ollut monipuolinen oppimisprosessi. Työtä teh-dessä olemme oppineet muun muassa kehittämistyön menetelmiä ja päässeet perehtymään syvemmin hengityshalvauspotilaan hoitoprosessiin. Kehittämispro-

sessin kautta meille on muodostunut kokonaisvaltaisempi kuva hengityshalvauspotilaan palveluprosessin organisoinnista ja siihen kuuluvista asioista. Tuotoksemme, kuvaus palvelupolusta, on selkiyttänyt tehtäviä, joita osastonhoitajan vastuulle kuuluu. Tämä lisää omaa työn hallinnan tunnetta ja sitä kautta työhyvinvointia.

Olemme tottuneet työskentelemään parina, joten työn tekeminen yhdessä oli luontevaa ja pystyi luottamaan, että työ tulee tehdyksi. Tekeminen jakaantui tasapuolisesti ja täydensimme toinen toistemme osaamista. Toisesta on ollut hyvä tuki, kun omat ajatukset eivät ole olleet selkeitä. Lisäksi yhdessä on ollut helpompaa pohtia haasteellisia asioita ja löytää niihin ratkaisuja. Kehittämistyön aikana jouduimme monta kertaa miettimään työmme varsinaista tarkoitusta sekä pohtimaan, miten seuraavaksi tulisi edetä. Olemme kokeneet, että aiheemme oli todella haastava ja ainutlaatuinen, sillä valmiita malleja ei ole ollut käytössä tai juurikaan mihin verrata. Toisaalta uuden luominen on ollut mielenkiintoista ja hyvin opettavaista.

Aikataulu ei alkuperäisen suunnitelman mukaisesti täysin pitänyt, mutta kehittäminen valmistui ajallaan. Työn ja perhe-elämän yhdistämisen opintoihin koimme välillä haastavaksi. Käytimme työn tekemiseen Google-ympäristön Gafe-kirjoitus-alustaa. Se mahdollisti yhteistyöskentelyn hienosti ilman henkilökohtaista läsnäoloa samassa paikassa. Virtuaalisesti olimme läsnä usein yhtä aikaa. Yhdessä kehittäminen oli myös motivoivaa, periksi ei voinut antaa eikä valmistumisaikataulua myöhäistää, sillä se olisi vaikuttanut toisenkin suunnitelmiin.

6.4 Ehdotukset hengityshalvauspotilaan palveluprosessin kehittämiseksi

Tämän kehittäminen tuloksia voidaan hyödyntää Lapin sairaanhoitopiirissä hengityshalvauspotilaan palveluprosessin kehittämisessä. Lapin sairaanhoitopiirin painopistealueina ovat muun muassa prosessien standardisointi ja jatkuva hukan poistaminen (Painopistealueet 2016), joihin kehittämis ehdotuksemme vastaavat.

1. Lapin sairaanhoitopiirin hengityshalvauspotilaan prosessi tulisi määritellä kokonaisuudessaan moniammatillisesti, jotta hoitovastuut olisivat selkeät. Prosessi tulisi määritellä LSHP:n käyttämään prosessiportaaliin, josta olisi

löydettävissä eri vaiheisiin liittyvät tehtävät. Prosessikuvauksesta olisi hyötyä myös Virtuaalisairaala 2.0 hankkeelle, jossa yhtenä tavoitteena on luoda hengityshalvauspotilaiden virtuaalisairaala.

2. Yhtenäinen potilastietojärjestelmä helpottaisi ajantasaisen tiedon siirtämistä ja kirjaamista, se poistaisi paperien toimittamisesta ja käsittelystä aiheutuvaa hukkaa niin hoitotiimin, esimiesten kuin arkistonkin näkökulmasta ja parantaisi myös lääketurvallisuutta reaaliaikaisen tiedonsiirron avulla.
3. Hengityshalvauspotilaat ovat suhteellisen harvinaisia, hoitotyön esimiesten osaamista ja tietoa tulisi kuitenkin lisätä ja kehittää vahvistamaan heidän ammattitaitoaan.
4. Kun esimies aloittaa työn yksikössä, jossa on hengityshalvauspotilaita tai hänen erikoisalalleen tulee hengityshalvauspotilas, tulisi esimies perehdyttää hyvin ja nimetä hänelle mentori, joka on perehtynyt hengityshalvauspotilaiden palveluprosessin organisointiin.
5. Palvelupolkua voisi jatkossa kehittää myös ottamalla hengityshalvauspotilaat ja/tai heidän omaisensa mukaan palvelupolun jatkokehittämiseen.

LÄHTEET

- Aarons, G., Hurlburt, S. & Mccue Horwitz. 2011. Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. Vol. 38 No 1, 4–23. Viitattu <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10488-010-0327-7.pdf>
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912
- Carreira, B & Trudell, B. 2006. *Lean Six Sigma that Works: A Powerful Action Plan for Dramatically Improving Quality, Increasing Speed, and Reducing Waste*. Amacom. Viitattu 18.12.2016 <http://ez.lapinamk.fi:2054/lib/ramklibrary/reader.action?docID=10843707>.
- Drew, J., McCallum, B. & Roggenhofer, S. 2004. *Journey to Lean: Making Operational Change Stick*. Palgrave Macmillan. Viitattu 17.12.2016. <http://ez.lapinamk.fi:2054/lib/ramklibrary/reader.action?docID=10103782>
- Geiseler, J., Karg, O., Börger, S., Becker, K. & Zimolong, A. 2010. Invasive home mechanical ventilation, mainly focused in neuromuscular disorders. *GMS Health Technol Assess*. Vol. 6. No 8, 1–10. DOI: 10.3205/hta000086. Viitattu 7.8.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3010883/pdf/HTA-06-08.pdf>
- Gooch, P. 2017. Creating a Mentoring Culture for New and Seasoned Chief Nurse Executives in a Health System. *Nurse Leader*. Vol. 15 No 5, 341-344. Viitattu 8.10.2017 https://ez.lapinamk.fi:2902/S1541461217301052/1-s2.0-S1541461217301052-main.pdf?_tid=4e17cf72-ac2c-11e7-8251-00000aacb362&acdnat=1507469375_476e7d9e6c726d9e6d66a629723c0de8
- Graban, M. 2016. *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement*. CRC Press. Viitattu 1.8.2017 https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=HhpjDAAAQ-BAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=graban+lean+hospitals&ots=qGQ8bQyRWC&sig=G_To8hTmZeMDrOnG_BLWMHUYxg&redir_esc=y#v=onepage&q=graban%20lean%20hospitals&f=false
- Halkoaho, A., Itkonen, E., Vanninen, E., Luoto, K. & Reijula, J. 2014. Terveydenhuollon tutkimuksen tulevaisuus- voiko Lean kehittää tutkimushallintoa. *Hallinnon Tutkimus*. Vol. 33 No 3, 279–287.
- Hartikainen, P., Partanen, P. & Turunen, H. 2010. Lähijohtajan sitoutuminen erikoissairaanhoidossa - mikä sitä edistää? *Premissi* 3/2010, 46–51.
- Haukijärvi, N., Kangas, A., Knuutila, H., Leino-Richert, E. & Teirasvuo, N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Käytännön opetusmenetelmiä opiskelija- ja työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 91. Tampere. Viitattu 29.7.2017 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165107.pdf>

- Helander, N., Kujala, J., Lainema, K. & Pennanen, M. 2013. Avaimia asiakasläheisyyteen: Uudistuva verkostomainen palveluliiketoiminta. Tampere. Suomen yliopistopaino Oy. Viitattu 24.9. 2017 https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100705/Helander_ym_Avaimia_asiakasl%C3%A4heisyyteen.pdf?sequence=1
- Hengityshalvauksipotilaiden hoito. Valtakunnallisen asiantuntijaryhmän raportti. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 61. Helsinki. Viitattu 14.12.2016 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71254/Selv200661.pdf?sequence=1>.
- Hewko, S.J., Brown, P., Fraser, K. D., Wong, C. A. & Cummings, G. G. 2015. Factors influencing nurse managers' intent to stay or leave: a quantitative analysis. *Journal of Nursing Management*. Vol. 23 No 8. 1058–1066. Viitattu 29.10.2017 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12252/abstract;jsessionid=42D1B6057336D2988792116FA6A21B4E.f04t02>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Hoitotyön tavoite -ja toimintaohjelma 2016-2018. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Viitattu 2.8.2017 http://www.satshp.fi/ammattilaisille/hoitotyto/hoitotyto-tavoite-ja-toimintaohjelma/Documents/SATSHP_Hoitoty%C3%B6n%20tavoite-%20ja%20toimintaohjelma_2016_FINAL_20161110.pdf
- Holopainen A., Korhonen T., Miettinen M., Pelkonen M. & Perälä M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi - toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. *Premissi* 1, 38–45.
- Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo. Bookwell Oy.
- Häikiö, M. 2017. Lapin sairaanhoitopiiri. Kehittämispäällikkö. Valtuustoseminaari 18.6.2017 Kehittäminen ja kehittämishankkeet.
- Iire, L. & Tanttu, K. 2011. Muutospolku hoitolinja ja prosessilähtöiseen toimintaan. Teoksessa Nygren, P. & Nurminen, R. (toim.) *Tulevaisuuden osaaminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä*, 10–17. Viitattu 6.10.2017 <http://julkaisumyynti.turkuamk.fi/filemanager/productfiled/1102file1Upload.pdf#page>
- Isopahkala-Bouret U. 2008. Asiantuntijuus kokemuksena. *Aikuiskasvatus* 2/2008. 86. Viitattu 29.10.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2105/se/a/0358-6197/28/2/asiantun.pdf>
- Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. 2009. Toimintaohjelma 2009 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 1.8.2017 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>
- Jäppinen, T. & Sorsimo, J. 2014. Muotoiluajattelu muutosjohtamisen työkaluna julkisten palvelujen uudistamisessa. Teoksessa S. Miettinen (toim.) *Muotoiluajattelu*. Helsinki. Teknologiainfo Teknova, 84–95.

- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- Kananen, J. 2015a. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2015b. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kehus, E. & Törmänen, O. Näyttöön perustuva hoitotyö osastonhoitajien näkökulmasta. Tutkiva hoitotyö. Vol. 12 No 3, 36–44.
- Kiviniemi, K. & King A. 2012. Long-Term Home Mechanical Ventilation in the United States. *Respiratory Care*. June 1. 2012. Vol. 57 No 6, 921–932. Viitattu 31.10.2016 <http://rc.rcjournal.com/content/57/6/921.full>
- Koivunen, N. 2005. Miten kollektiivinen asiantuntijuus organisoituu. Hallinnon tutkimus. 2005. No 3, 32–45. Viitattu 3.9.2017 <http://ez.lapinamk.fi:2105/se/h/0359-6680/24/3/mitenkol.pdf>
- Korhonen A., Korhonen T. & Holopainen A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. Tutkiva hoitotyö Vol. 8 No 3, 38–42.
- Korpela, M., Suominen, T., Kankkunen, P. & Doran, D. 2010. Hoitotyön lähijohdattajien arviot omasta ja vastuuyksiköidensä hoitotyöntekijöiden työn hallinnasta ja heille antamastaan tuesta. *Hoitotiede*. Vol. 22 No 2, 83–95.
- Koskiniemi, A. 2016. Autenttisuuden ja kokemusten merkitys johtamisessa. Teoksessa A. Syväjärvi & V. Pietiläinen (toim.) *Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen*. Tampere. Tampere University Press, 63–101. Viitattu 13.10.2017 http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100410/Syva-jarvi_%26_Pietilainen_OA.pdf?sequence=1
- Kotila, J. & Knuutila, M. 2011. Kolleegiaalisuus sairaanhoitajan voimavarana. Teoksessa I. Ranta *Sairaanhoitaja asiantuntijana*. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki. Edita Prima Oy, 62–72.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällön analyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 2011, 23, 138–148.
- Laadukasta hoitoa kaikille asuinpaikasta riippumatta. Virtuaalisairaala 2.0. Viitattu 26.10.2017 <http://www.virtuaalisairaala2.fi/fi/esittely/#Kysymys1>
- Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Jyväskylä: PS-kustannus, 70 - 85.

- Laaksonen, H. & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3.painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Laasonen, K., Hietaharju, A., Jussila T., Kontiala, H., Tulppo, J & Ylä-Mononen, S. 2002. Hengityshalvauspotilaan hoitoprosessi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Tampere. Viitattu 14.12.2016 www.pshp.fi/download/noname/%7BC37B3FA4-E927-4047-98F9.../312
- Lahti, T. 2008, Johtamisen käytäntöjä. Teoksessa T.Surakka, I.Kiikkala, T.Lahti, H.Laitinen & T.Rantala. Osastonhoitaja ja johtaminen. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. 68–101.
- Lahtinen, M. & Joronen K. 2014. Vanhempien kokemukset hengityslaitetta tarvitsevan lapsen hoitamisesta kotona - kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede. Vol. 26 No 2, 89–100.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S.Janhonen & M.Mikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2.painos. Juva: WS Bookwell Oy, 21–43.
- Launis, V. 2007. Tutkimuksen eettinen ennakoarviointi - mitä se on? Tieteessä tapahtuu 1/2007, 28–33.
- Lentz, R., Peleg, M. & Reichert, M. 2012. Healthcare process support: Arcievements, Challenges, Current Research. Viitattu 5.8.2017 http://dbis.eprints.uni-ulm.de/784/1/PelLenRei_2012.pdf
- Maijala, R., Eloranta, S., Saloniemi, A. & Ikonen, T. 2015. Hukan arviointi ja poistaminen Hukkatunnistimella. Lääkärilehti. Vol. 70 No 33, 2008-2013. Viitattu 26.7. 2017 <https://ez.lapinamk.fi:2786/pdf/2015/SLL332015-2008.pdf>
- Mazzoccoli, A. & Wolf, G. 2016. Mentoring Trough the Leadership Journey: From Novice to Expert. Nurse Leader. Vol. 14 No 4, 253–256. Viitattu 8.10.2017 https://ez.lapinamk.fi:2902/S154146121630060X/1-s2.0-S154146121630060X-main.pdf?_tid=982c6dfe-ac2a-11e7-95dd-0000aab0f02&acdnat=1507468640_8d70e9efe64a69791657313afab4dcc2
- Moisio-Varpela, A-M. 2014. Palvelumuotoilu yksityisessä ja julkisessa tehostetussa palveluasumisessa. Turun kauppakorkeakoulu. Liiketaloustiede. Progradu tutkielma.
- Mu, P-F., Wang, K-W., Chen Y-C. & Tsay, S-F. 2010. A systematic review of the experiences of adult ventilator-dependent patients. JBI Library of Systematic

- Reviews. Vol 8, No 8, 343–381. Viitattu 31.7.2017 http://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2010/08080/A_systematic_review_of_the_experiences_of_adult.1.aspx
- Mykrä, T. & Hätönen, H. 2008. Opas opetusmenetelmistä. Helsinki. Educa-instituutti Oy.
- Mäkijärvi, M. 2013. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Tampereen yliopisto. Sosiaali - ja terveysjohtamisen MBA-tutkielma. Viitattu 12.10.2017 http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf
- Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa I.Ranta Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki. Edita Prima Oy, 12–23
- Nikki, L., Koivunen, M. & Suominen, T. Uuden työntekijän mentorointi-katsaus empiiriseen tutkimukseen. Tutkiva hoitotyö. Vol. 8 No 3, 20–29.
- Niskala, H. Lean ja hukka pähkinänkuoressa. Viitattu 17.12.2016 <http://intra.lshp.fi/download.aspx?ID=8787&GUID={8CE170BE-84CB-4859-8524-EBDCFF3F2086}>
- Noponen, R. 2017. Learning cafe eli oppimiskahvila. Viitattu 29.7.2017 <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>
- Painopistealueet 2016. Viitattu 17.12.2016 <http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Kehittaminen>.
- Radnor, Z., Holweg, M. & Waring, J. 2012. Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine*, Vol 74 No 3, 364–371. Viitattu 3.10.2017 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>
- Rautava, P., Salanterä, S., Helenius, H. & Tofferi, H. 2011. Palvelujärjestelmätutkimuksella parempaan terveydenhuoltoon. *Lääkärilehti*. Vol. 66 No 46, 3497–3501. Viitattu 26.7.2017 <https://ez.lapinamk.fi:2786/pdf/2011/SLL462011-3497.pdf>
- Rebuge, Á. & Ferreira, D. 2012. Business process analysis in healthcare environments A methodology based process mining. *Information systems* 37. 99 - 116. Viitattu 3.10.2017 <https://doi.org/10.1016/j.is.2011.01.003>
- Reikko, K., Salonen, K. & Uusitalo, I. 2011. Puun ja kuoren välissä. Lähijohtajuus sosiaali -ja terveysalalla. Viitattu 2.10.2017 <https://www.researchgate.net/pro>

file/Kai_Schleutker/publication/282979891_Puun_ja_kuoren_valissa_Lahijoh-
tajuus_sosiaali- ja_terveysalalla_Bet-
ween_the_Rock_and_the_Hard_Place_-_Front-line_managing_in_So-
cial_and_Health_Care_Sector_Turun_ammattikorkeakoulu_Tutkimuk-
sia_31_2010/links/56254aad08ae4d9e5c4bb212/Puun-ja-kuoren-vaelissae-
Laehijohtajuus-sosiaali-ja-terveysalalla-Between-the-Rock-and-the-Hard-
Place-Front-line-managing-in-Social-and-Health-Care-Sector-Turun-ammatti-
korkeakoulu-Tutkimuksia-31-20.pdf

- Räsänen, M., Stenwall, J. & Heikkinen, K. 2016. Kompetenssit palveluiden kehit-
tämässä - esimerkkinä hoitotyön kliininen asiantuntijuus. Teoksessa A. Sy-
väjärvi & V. Pietiläinen (toim.) Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohta-
minen. Tampere. Tampere University Press, 269-296. Viitattu 13.10.2017
[http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100410/Syvajarvi_%26_Pietilai-
nen_OA.pdf?sequence=1](http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100410/Syvajarvi_%26_Pietilai-
nen_OA.pdf?sequence=1)
- Saarnio, R., Vuoti, M., Paasivaara, L. & Isola, A. 2012. Hoitotyön johtajien tule-
vaisuuskuvat sairaanhoitopiirien rakenteellisista muutoksista. *Premissi*
06/2012, 44–50.
- Sangiorgi, D. 2010. Transformative Services and Transformation Design. *Inter-
national Journal of Design*. Vol. 5 No 1, 29-40. Viitattu 14.7.2017 [https://ez.la-
pinamk.fi:2726/docview/921470063/fulltextPDF/DA75922037B740B4PQ/1?a
ccountid=27297](https://ez.la-
pinamk.fi:2726/docview/921470063/fulltextPDF/DA75922037B740B4PQ/1?a
ccountid=27297)
- Sarajärvi, A. 2011. Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Teoksessa
R.Nurminen (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa.
Turun ammattikorkeakoulu, 76–93. Viitattu 6.10.2017 [http://julkaisumyynti.tur-
kuamk.fi/filemanager/productfiled/1101file1Upload.pdf#page=77](http://julkaisumyynti.tur-
kuamk.fi/filemanager/productfiled/1101file1Upload.pdf#page=77)
- Sariola, J. 2015. Hengityshalvauspotilaan erityistilanne. Viitattu 4.11.2016
[https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-
tuki/hengityshalvauspotilaan-erityistilanne](https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-
tuki/hengityshalvauspotilaan-erityistilanne)
- Siirala, W. 2017. Kokousmuistio 18.6.2017: Hengityshalvauspotilaiden virtuaali-
sairaala-hanke. Sähköposti katja.vayrynen@lshp.fi 29.5.2017.
- Siirala, W., Korpela, J., Vuori, A., Saaresranta, T., Olkkola, K. & Aantaa, R. 2015.
Amyotrofinen lateraaliskeleroosi ja hengitysvajaus. *Duodecim* Vol. 131 No 2,
127–135.
- Siirala, W., Vainionpää, A., Kainu, A., Korpela, J., Olkkola, K. & Aantaa, R. 2017.
Elämää ylläpitävän pitkäaikaisen invasiivisen hengitystukihoidon esiintyvyys
Suomessa. *Duodecim*. Vol.133 No 7, 675–682.

- Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. PixPoint ky. Viitattu 2.1.2017. <http://www.aka.fi/globalassets/awanhat/documents/tiedostot/julkaisut/suomen-akatemian-eettiset-ohjeet-2003.pdf>
- Suomen Lean-yhdistys. Viitattu 18.12.2016 <http://www.leanyhdistys.fi/>.
- Syväjärvi, A. & Pietiläinen, V. 2016. Inhimillinen ja tehokas sosiaali- ja terveysjohtaminen. Tampere. Suomen yliopistopaino Oy. Viitattu 23.9.2017 http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100410/Syvajarvi_%26_Pietilainen_OA.pdf?sequence=1
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa - prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Hallintotieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Toiminta -ja taloussuunnitelma 2017. Viitattu 17.12.2016. http://www.lshp.fi/download/Toiminta_ja_taloussuunnitelma_20172019_talou-arvio_2017/5b02c136-b8f0-4f51-9de3-17af7cb62137/11505.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Hansaprint Oy. Vaasa.
- Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Helsinki. Talentum.
- Virta M. 2011. Asiantuntijuuden siirtäminen sukupolvien välillä. Informaatiotutkimus 30 (1).
- Vesterinen, S. 2013. Osastonhoitajien johtamistyyli osana johtamiskulttuuria. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 21.7.2017 <http://urn.fi/urn:isbn:9789526201245>
- Viinikainen, S., Kvist, T. & Suominen, T. 2010. Ylihoitajien valta ja vallan yhteys hoitotyöhön. Tutkiva hoitotyö Vol. 8 No 3, 4–10.
- Viinikainen, S. 2015. Hoitotyön ja hoitotyön johtajan valta sekä organisaation sosiaalinen todellisuus. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Tammi. Jyväskylä.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali -ja terveystieteiden kehittämiseen. Helsinki.Tekes. Viitattu 15.10.2017 <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>
- Vuontisjärvi, H-R. 2013. Palvelumuotoilu hyvinvointipalveluissa. Teoksessa Jumisko, E., Jänkälä, R., Piekkari, J. & Turulin, M. (toim.) Hyviä vuosia

- Lapissa. Toimintamalleja ja työkaluja ikäihmisten elämänhallinnan ja hyvinvoinnin tukemiseen. Lapin yliopiston taiteiden tiedekunnan julkaisuja C., 30–31. Viitattu 14.7.2017 http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64171/lkaEhyt_B_10_2013.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Vuori, A & Ylitalo-Liukkonen, K. 2009. Vaikean neuromuskulaarisen hengitysvajepotilaan hoidon järjestäminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Viitattu 14.12.2016 ohjepankki.vsshp.fi/.../Vaikean%20neuromuskulaarisen%20hengitysvajepotilaan%20.
- Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveysthuollon toimintaprosessit - Terveysthuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Viitattu 15.7.2017 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=1>


LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantositoumus
- Liite 2. Kuvat työpajatuotoksista
- Liite 3. Sisällönanalyysitaulukko
- Liite 4. Tutkimuslupa


Liite 1

Liite 1 (I/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

I Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi: Lapin sairaanhoitopiiri	
Yhteyshenkilö Ulla Pitkänen	Asema/ ammattinimike: vs. ylihoitaja
Osoite PL 8041, 96101 Rovaniemi	Puhelin 
Sähköposti: ulla.pitkanen@lshp.fi	
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteenä)	
Opinnäytetyön aihe: HENGITYSHALVAUSPOTILAAN PALVELUPROSESSIN ORGANISOINTI LAPIN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ HOITOTYÖN ESIMIEHEN NÄKÖKULMASTA	
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto:	Valmis: syksy 2017
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten?	
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input checked="" type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input checked="" type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input checked="" type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjoitus <i>Ulla Pitkänen</i>	

II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhän

Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi: Emilia Lilja, Katja Väyrynen	Opiskelija- numero 1601065 (Emilia), 1601075 (Katja)
Osoite	
Sähköposti emilia.lilja@edu.lapinamk.fi, katja.vayrynen@edu.lapinamk.fi	
Koulutus ja suuntautumisvaihtoehto: Työelämän kehittäminen ja esimiestyö (YAMK)	
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen, <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen, <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihteluvollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovitulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjoitus <i>Emilia Lilja</i> <i>Katja Väyrynen</i>	

Liite I (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava opettaja	
Ohjaavan opettajan nimi:	<i>Outi Tormanen</i>
Koulutus ja toimipalkka:	Puhelin:
Sähköposti:	

Koulutuksen yliopettaja	
Koulutuksen yliopettajan nimi:	<i>Outi Tormanen</i>
Puhelin:	Sähköposti:
<i>040 7498 615</i>	<i>Outi.tormanen@lapinamk.fi</i>
Allekirjoitus:	<i>Outi Tormanen</i>

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.

Liite 2



Liite 3

<p><i>siivota niitä lääkelistoja</i></p> <p><i>lääkelista</i></p> <p><i>että jossaki sitten tyhjennetään listat kerralla ja toinen yksikkö joutuu taas tekemään kaiken työn</i></p> <p><i>kuka ottaa kantaa niinko mie syötän uuden lääkkeen sinne eskolle ja lääkehoito sanoo että esimerkiksi jos on vaikka ko nyt on interaktio</i></p> <p><i>kuka ottaa kantaa, kun interaktio</i></p> <p><i>lääkelistojen kuittaaminen</i></p> <p><i>apteekin kanssaki yhteistyötä vois jotenki kehittää</i></p> <p><i>paperiresepti/e-reseptit</i></p> <p><i>hukka pois lääkeprosessista</i></p>	<p>lääkelistat</p> <p>vastuukysymykset</p> <p>yhteistyö apteekin kanssa</p> <p>reseptit</p> <p>sujuva lääkehoidon prosessi</p>	<p>LÄÄKEHOIDON PROSESSI</p>
--	--	-----------------------------

<p><i>lääkärin rooli</i></p> <p><i>roolit selviksi kaikille</i></p> <p><i>kuka on yhteydessä keneenkin, vastuut selväksi kaikille</i></p> <p><i>selkeät hoitovastuut ja miksi kukaanenkin mistäkin vastaa</i></p> <p><i>oliski ku olis joku keskus, että se ei ois sitte joku joka sitten konsultois niitä vaan eri erikoisaloja tarvittaessa</i></p> <p><i>se rinkiläinen siellä yksin sen potilaan kanssa, jos ei kukkaan ota kantaa niin se on kyllä tosi ikävä paikka</i></p> <p><i>vastuu olis selkeä, että kuka sitä potilasta kokonais kokonaisuudessa vastaa</i></p> <p><i>kenelle kokonaisvastuu</i></p> <p><i>kuka vastaa ja mistä vastaa</i></p> <p><i>kuka koordinoi</i></p> <p><i>selkeästi kirjattu kuka on vastaa siitä potilaan hoidosta ja kuka vastaa näistä käytännön asioista ja kuka siitä paperisodasta mikä niihin sitten sopimukseen kuuluu</i></p> <p><i>ois jonkun näkönen halukin... .. että sais ne sitoutumaan siihen hommaan (lääkärit)</i></p> <p><i>sitouttaminen</i></p>	<p>lääkärin rooli</p> <p>ringin rooli</p> <p>osastonhoitajan rooli</p> <p>ylemmän johdon rooli</p> <p>yhteistyötahojen rooli</p> <p>hoitovastuut</p> <p>konsultointi</p> <p>Kokonaisvastuu</p> <p>sitouttaminen</p>	<p>HOITOVASTUUT</p>
---	---	---------------------

<p><i>yhtenäiset käytännöt kun potilas sairaalassa</i></p> <p><i>hintaluokka, luokittelut sairaalassa olo aikana</i></p> <p><i>tieto saaha sille vastuu niinko tavallaan sille osastonhoitajalleki</i></p>	<p>yhtenäiset käytännöt</p> <p>hintaluokat hoitoisuusluokitus</p> <p>tiedon siirto</p>	<p>SAIRAALASSA OLO</p>
<p><i>kirjaaminen tiimeillä</i></p> <p><i>kirjaaminen kun rinki ottaa yhteyttä, milloin/mihin</i></p> <p><i>yhteinen tietojärjestelmä toimiva reaaliaikaisesti</i></p> <p><i>esko ringeille</i></p>	<p>tiimin kirjaamiskäytännöt</p> <p>osastonhoitajien kirjaamiskäytännöt</p> <p>muiden sairaalan työntekijöiden kirjaamiskäytännöt</p> <p>yhteinen tietojärjestelmä</p> <p>ESKO-potilastietojärjestelmä</p>	<p>KIRJAAMINEN</p>
<p><i>joku pohja ois hyvä olla noissa kaikissa välineissä, että ne jäis sinne pohjaan ne kaikki tarvikejutut</i></p> <p><i>välineet mitä ringeillä, tieto niistä</i></p>	<p>yleinen pohja välineistä</p> <p>välinelistaus</p>	<p>VÄLINE-HANKINNAT</p>

<p><i>onko näissä sosiaalityöntekijä ol- lenkaan mukana</i></p>	<p>sosiaalityöntekijä</p>	<p>YHTEISTYÖ ERI TAHOJEN KANSSA</p>
<p><i>koordinoi monenlaisia asioita se kuntoutusohjaaja kuntoutusohjaajan rooli/työnjako</i></p>	<p>kuntoutusohjaaja</p>	
<p><i>se työnjako palveluntuottajan vä- lillä työnohjauksessa keskitetty malli</i></p>	<p>palveluntuottaja</p>	
<p><i>hoidon suunnittelu, tiedottami- nen palaveri yhdessä</i></p>		
<p><i>ne kaikki ihmiset jotka siihen niinku liittyy... .. ja kaikki siinä samassa ja siinä suunniteltas se hoito sinne kottiin</i></p>	<p>hoidon suunnittelu kunta</p>	
<p><i>yhteistyökumppanit yhteispalave- rit</i></p>	<p>palaverit</p>	
<p><i>työnjako palveluntuottajan kanssa</i></p>	<p>työnjako</p>	
<p><i>yhteistyö vastuulääkärin kanssa yhteistyö toisten oh:iden kanssa</i></p>	<p>vastuulääkäri osastonhoitajat yhteistyö</p>	
<p><i>kotikäynnit seki ois varmaan ihan hyvä käyä,(kotikäynnit)</i></p>	<p>kotikäynnit</p>	
<p><i>palveluntuottajan/sairaalan jär- jestämä työnohjaus</i></p>	<p>työnohjaus</p>	
<p><i>tiedottaminen ja tuota kaikki jota se tulee koskemaan niin ovat tie- tosia</i></p>	<p>tiedottaminen</p>	

<p><i>mitä etuisuuksia ne saa mitä niille kuuluu</i></p> <p><i>varmaan se tietopaketti sitten, että se ois sähköinen joku kansio</i></p> <p><i>tietopaketti miten perustaa rinki pitäis olla semmonen mistä sais sen tiedon sitte kun sitä tarvi helposti, nythän se on melkosta salapoliisi työtä kaikki</i></p> <p><i>Miten ne yhteystiedot saako se ne vai tuleeko ne jossain könttänä</i></p> <p><i>ringissä jonku näköset ohjeet että milloin he ottaa mihinki käsin yhteyttä</i></p> <p><i>selkeät ohjeet rinkeihin mihin otetaan yhteyttä/ milloin</i></p>	<p>HH-potilaan sos.etuudet</p> <p>sähköinen kansio</p> <p>tietopaketti</p> <p>yhteystiedot</p> <p>ohjeistus yhteydenotoista rinkeihin</p>	<p>KUVAUS PALVELU-PROSESSISTA</p>
---	---	-----------------------------------

Liite 4

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE

Neurologia klinikka / tulosyksikkö		2771 tulosyksikkönumero	DIAARINRO: TUT-9/2017	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Lilja Emilia ja Väyrynen Katja			
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka LSHP/Lapin AMK		Nykyinen virka / toimi / opiskelija Apulaisoh (Emilia), vs.oh (Katja)	
	Puhelin toimeen 016-328 3100		Sähköpostiosoite etunimi.sukunimi@edu.lapinamk.fi	
	Suoritettu tutkinto Sairaanhoitaja		Suoritusvuosi 2005/Katja 2007/Emilia	Suorituspaikka Kemi-Tornion AMK/Katja Rovaniemen AMK/Emilia
2. Tutkimusprojektiä tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimusprojektin lyhyt nimi HENGITYSHALVAUSPOTILAAN PALVELUPROSESSIN ORGANISOINTI LAPIN SAIRAANHOITOPUIRISÄ HOITOTYÖN ESIMIEHEN NÄKÖKULMASTA			
	Tutkimus on <input type="checkbox"/> julkinen <input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapiddettäviä osioita		Tutkimusaika 02/17-10/17	
	Kaavanumerot		Alihakusana	
	Tutkimus on x opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> rekisteritutkimus		Anoja osallistuu potilastyöhön <input type="checkbox"/> kyllä x ei	
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija x opiskelija			
	Tutkimuksen vastuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija Emilia Lilja, Katja Väyrynen, ohjaava opettaja Outi Törmänen			
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät x Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio			
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteestä) 9livesin hoitajia			
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite			
	Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys <input type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja mitä			
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain		rahoittaja		Sopimuksen nro (kirjaamosta)
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä		Projektin numero: (EVO: JYL-päätös \$)		
Päivämäärä 6.2.2017 Anojan allekirjoitus ja nimen selvennys Emilia Lilja <i>Emilia Lilja</i> Katja Väyrynen <i>Katja Väyrynen</i>				
3. Lausunnot	Tarvittavat lausunnot ja luvat			
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyispäivä	vastaus saatu	
	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta <input type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA <input type="checkbox"/> Fimea ³⁾ <input type="checkbox"/> Johtajayh. /laitoksen joht. / STM/THL ⁴⁾ <input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾			
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää!	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta			
	Päätös x Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti <i>edellyttäen, että valmiit opinnäytetyöt</i> <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavien muutoksien <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä <i>miten korjataan - 10/17</i>			
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> joht. lääkäri / hall. ylihoitaja <input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus Päivämäärä 10.1.17 Allekirjoitus <i>[Signature]</i> LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päättävä (arkistointi)			

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta³⁾ Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.⁴⁾ Rekisteritutkimukset⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).Liitteet: Tutkimussuunnitelma
Rahoitussuunnitelma
Muita liitteitä kpl

LSHP (päivitetty 29.10.2010)