

Kaija Collin, Susanna Paloniemi & Sanna Herranen (toim.)

---

# YHTEISTYÖ JA MONIAMMATILLISUUS AKUUTTIHOIDOSSA

Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön  
kehittäminen sairaalan päivystysalueella

**Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoiossa.  
Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön  
kehittäminen sairaalan päivystysalueella**

**Kaija Collin, Susanna Paloniemi & Sanna Herranen (toim.)**

**Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoiossa.  
Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön  
kehittäminen sairaalan päivystysalueella**



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

**ksshp** 

*Keski-Suomen sairaanhoitopiiri*



**Työsuojelurahasto**

Arbetskydds-fonden  
The Finnish Work Environment Fund

Kannen kuva: Minja Revonkorpi, Taidea

ISBN 978-951-39-4749-1 (nid.)

ISBN 978-951-39-4758-3 (PDF)

URN:ISBN 978-951-39-4758-3

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2012

## LUKIJALLE

Tämä kirja on Työsuojelurahaston rahoittaman RYMY-hankkeen loppuraportti. RYMY on lyhenne sanoista Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön tutkimus- ja kehittämishanke, joka toteutettiin Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden laitoksen ja Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueen yhteistyönä vuosina 2010–2012. Hankkeessa tarkasteltiin terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä sairaalan päivystyksessä, jossa muun muassa hektinen työtahti, hoitoryhmien koostumuksen jatkuva vaihtelu ja kolmivuorotyö luovat jatkuvia haasteita työskentelylle ja henkilöstön työhyvinvoinnille.

Kirjan läpi kulkeva teema, moniammatillisuus, nähdään alan kirjallisuudessa ja tutkimuksissa enimmäkseen ideaalina, joka ei sellaisenaan kovin usein toteudu työyhteisöissä. Moniammatillista arkea ei ole liiemmin tutkittu. Erityisen vähän meillä on Suomessa tietoa siitä, millaisia haasteita moniammatillisuuden ideaali arjessa kohtaa ja miten näihin haasteisiin voidaan vastata. Tätä puutetta pyritään tässä kirjassa paikkaamaan. Tästä mahdollisuudesta haluamme kiittää Työsuojelurahastoa.

Haluamme osoittaa erityiset kiitoksemme Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueen henkilöstölle, joka varauksettomasti ja uteliaasti päästi meidät tutkijat varjoina seuraamaan työtään. Henkilökunta ja hankkeen ohjausryhmä ovat mahdollistaneet yhteistyön toteutumisen. Tutkimushankkeemme on kytkeytynyt toteutuksensa aikana myös muihin hankkeisiin. Haluamme kiittää erityisesti RAMPE-hankkeen koordinaattoria Minna Ruorasta yhteistyöstä, joka toteutui yhteisen seminaarin järjestämisen ja alustusten muodossa. Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden laitoksen tutkimusryhmä – Anneli Eteläpelto, Päivi Hökkä ja Katja Vähäsantanen – on tarjonnut oivallisen keskustelu- ja yhteistyökumppanin RYMY-hankkeen aikana. Yhteistyömme päivystysalueella heidän kanssaan jatkuu PROAGENT-tutkimuksen merkeissä. Lisäksi olemme kiitollisia hankkeen aikana syntyneestä kansainvälisestä tutkimusyhteistyöstä Leedsin yliopiston LIME-yksikön kanssa. Leeds Institute for Medical Education -yksiköstä kiitoksemme kohdistamme erityisesti Susan Kilminsterille, Alison Ledgerille ja Shelley Fieldenille, joiden kanssa jatkamme yhteistyötä. Tämän kirjan kirjoittajat ovat pääsääntöisesti RYMY-hankkeen tutkijoita ja Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueen työntekijöitä. Haluamme kiittää kaikkia kirjoittajia mielenkiintoisista teksteistä ja näkökulmista aiheeseen. Erityiskiitoksen haluamme osoittaa Anu Kajamaalle ja Päivi Laurilalle heidän panoksestaan, jonka avulla ymmärrystä yhteistyöstä ja moniammatillisuudesta on ollut mahdollista rakentaa myös päivystystyön ulkopuolelta käsin. Sosiaalilääketieteellistä aikakauslehteä haluamme kiittää heidän antamastaan mahdollisuudesta julkaista artikkelimme uudelleen tässä kirjassa.

Toivomme, että kirja tarjoaa virikkeitä yhteistyön haasteita omassa työarjessaan pohtiville ja ilmiötä tutkiville sekä herättää keskustelua aiheesta, joka on työhyvinvoinnille ja ammatillisen toimijuuden toteutumiselle keskeinen ja tärkeä.

Jyväskylässä 4.5.2012

Kaija Collin

Susanna Paloniemi

Sanna Herranen

## Sisällysluettelo

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>9</b>
	Kaija Collin, Susanna Paloniemi & Sanna Herranen	
<b>2</b>	<b>Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa</b> .....	<b>19</b>
	Kaija Collin, Ulla Maija Valleala, Sanna Herranen, Susanna Paloniemi & Paula Pyhälä-Liljeström	
<b>3</b>	<b>Moniammatillinen yhteistyö päivystys- ja infektio-osaston kierroilla</b> .....	<b>32</b>
	Sanna Herranen, Ulla Maija Valleala, Kaija Collin & Susanna Paloniemi	
<b>4</b>	<b>Vastuuhoidajan osaamisen tunnistaminen Keski-Suomen Keskussairaalan yhteispäivystyksessä</b> .....	<b>44</b>
	Anne Kovanen	
<b>5</b>	<b>Oppiminen vastuuhoidajamallin kehittämisprosessissa päivystyspoliklinikalla</b> .....	<b>54</b>
	Ulla Maija Valleala, Sanna Herranen, Kaija Collin & Susanna Paloniemi	
<b>6</b>	<b>Neuvottelua ammatillisesta identiteetistä ja toimijuudesta – tapaustutkimus päivystyspoliklinikan vastuuhoidajista</b> .....	<b>74</b>
	Susanna Paloniemi, Kaija Collin, Sanna Herranen & Ulla Maija Valleala	
<b>7</b>	<b>Tukeeko moniammatillisuus hoitotyön johtamista päivystysalueella?</b> .....	<b>89</b>
	Sari Viinikainen, Ari Solonen, Mari Manninen & Paula Pyhälä-Liljeström	
<b>8</b>	<b>Yhteistoiminnallinen työn kehittäminen hoitotyön eheyttämisen tukena</b> .....	<b>103</b>
	Anu Kajamaa & Päivi Laurila	
<b>9</b>	<b>Moniammatillisuus – ideaalia vai arkea?</b> .....	<b>126</b>
	Kaija Collin, Susanna Paloniemi & Sanna Herranen	
	<b>Liitteet</b> .....	<b>135</b>
	<b>Kirjoittajat</b> .....	<b>140</b>

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Yhteistyö ja moniammatillisuus sairaalan päivystystyössä

Päivystystoiminta on perinteisesti ollut pirstaleista. Vastuu toiminnasta on ollut eri erikoisalu-eiden (kirurgia, sisätaudit, neurologia jne.) käsissä ja potilaan kokonaisvaltainen hoito on ollut haasteellista ja usein aikaa vievää. Tarpeet moniammatilliselle yhteistyölle ja sen kehittämislle terveydenhuollon organisaatioissa nousevat tyypillisimmin potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja asiakaslähtöisyydestä, toiminnan kustannustehokkuudesta ja hoidon laadun parantamisesta sekä hoitoon pääsyn nopeuttamisesta (McCallin, 2001; Nembhard & Edmondson, 2006; Pollard, Sellman, & Senior, 2005; Øvretveit, 1997). Myös kansallinen terveydenhuollon projekti (KASTE) on nostanut yhdeksi terveydenhuollon kehittämiskohteeksi työnjaon kehittämisen eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä.

Moniammatillisen yhteistyön vaatimukset ja haasteet ovat erilaisia riippuen toimintaympäristöstä. Päivystysluonteisessa työssä (ks. Silén-Lipponen, Tossavainen, & Turunen, 2004) haasteita toiminnalle asettavat jatkuvat muutokset potilaita hoitavissa työryhmissä, jotka muodostuvat yleensä kolmivuorotyötä ja päivystystyötä tekevästä (Rekola, Isoherranen, & Koponen, 2005). Päivystyksessä toimitaan usein kriittisissä ja kiireisissä tilanteissa, jolloin jokaisen on tiedettävä tehtävänsä ja voitava luottaa toisten osaamiseen. Asiantuntijoiden yhteistyö voi olla ajoittain hyvinkin dynaamista ja tilannekohtaista. Tiloja ja paikkoja moniammatilliselle yhteistyölle ja keskustelulle esimerkiksi potilaasta ei välttämättä aina löydy. Tällöin moniammatillisen yhteistyön prosessien yhteinen tunteminen ja ryhmän jäsenten välinen kommunikaatio nousevat ensiarvoisen tärkeään asemaan (Nikander, 2003).

Moniammatillista yhteistyötä edistäviä tekijöitä päivystysalueella ovat aiempien tutkimusten mukaan (Rekola ym., 2005) hoidon kokonaisvaltaisuus, yhteinen päätöksenteko, jaettu asiantuntijuus ja avoin työilmapiiri. Ehkäisevinä tekijöinä näyttäytyvät hoidon eriytyneisyys, eriytynyt päätöksen teko, jakamaton asiantuntijuus ja suljettu työilmapiiri. Pitkään jatkuneesta moniammatillisuudesta, tiimityötä ja tehokkuutta koskevasta keskustelusta huolimatta ammattiryhmien välisen yhteistyön toimivuudesta tiedetään yhä suhteellisen vähän (Nikander, 2003; Pollard ym., 2005). Vaikka moniammatillisen yhteistyön edellytyksiä, haasteita ja rajoitteita terveydenhuollossa on tutkittu paljon, on toistaiseksi kiinnitetty vain vähän huomiota toiminnan prosesseihin. Tässä kirjassa kuvattavassa Työsuojelurahaston vuosina 2010–2012 rahoittamassa RYMY-hankkeessa tarkastelun kohteena ovat olleet ne päivystystyön prosessien kohdat, joissa yhteistyö on tarpeellista sekä ne tilanteet, joissa moniammatillinen yhteistyö toteutuu tai ei toteudu optimaalisimmalla tavalla. Hankkeessa on lisäksi tartuttu joihinkin yhteistyön kohtiin tarjoamalla niihin kehittämisehdotuksia. Yhteistyön prosessit ja muodot ovat aina vahvasti konteksteihinsa ja toiminnan luonteeseen kiinnittyviä. Siksi seuraavassa kuvataan tarkemmin päivystystyön luonnetta yleensä ja erityisesti sen toteutusta tutkimuskohteessamme Keski-Suomen Keskussairaalassa.

## 1.2 Päivystysalue työ Keski-Suomen Keskussairaalassa

Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueeseen kuuluvat päivystyspoliklinikka ja päivystys- ja infektio-osasto (POS). Omaa henkilöstöä alueella on kaikkiaan noin 170–200, minkä lisäksi päivystysalueella työskentelee vaihtelevasti muuta henkilöstöä esimerkiksi sairaalan muista yksiköistä. Päivystyksen toiminta-ajatuksena on nopea ja tehokas diagnoosi, hoidon aloitus sekä jatkohoitotarpeen ja -paikan määrittely. Vuodesta 2008 alkaen päivystysalue on toteutunut Keski-Suomen Keskussairaalassa omana toimialueenaan ympärivuorokautisena erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystyksenä. Päivystystoimintaa varten on rakennettu omat tilat ja toimintakäytänteitä on muutettu uutta tilannetta paremmin vastaaviksi. Nopean vasteen toiminnan (NOVA) tavoitteena on nopeus potilaan diagnosoinnissa, hoidon käynnistämisessä ja jatkohoidon tarpeen ja jatkohoitopaikan määrittelyssä. Toiminta on laajentunut maakunnalliseksi yhteispäivystykseksi siten, että potilaskäyntejä oli vuonna 2011 noin 90 000.

*Päivystyspoliklinikalla* määritetään potilaan hoidon tarve ja arvioidaan hoidon kiireellisyys ns. triage-ryhmän (hoitajat ja lääkäri) toimesta. Potilaat ohjataan hoidon kiireellisyysarvion (triage) perusteella perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon eri hoitopisteisiin tai kotiin, mikäli triage-hoitajat arvioivat, ettei heidän vaivansa vaadi päivystyksellistä hoitoa. Perusterveydenhuollon alla toimii ns. nopea linja, jossa hoidetaan pienempiä vaivoja. Erikoissairaanhoidon jakautuu neljään hoitopisteeseen, joita ovat konservatiivinen, operatiivinen, lapset ja kiireellinen hoito. Nopean vasteen toiminnan mukaisesti tavoitteena on, että 80 % kaikista potilaista olisi kahden tunnin kuluessa poliklinikalle saapumisesta siirretty jatkohoitoon muihin yksiköihin tai kotiin.

*Päivystys- ja infektio-osaston* toiminta-ajatuksena on päivystyksellisten, hieman pidempiaikaisista hoitoa vaativien potilaiden hoitaminen. Toiminta on jatkuvaa eli potilaita otetaan hoitoon, kotiutetaan ja siirretään jatkohoitoon kaikkina viikonpäivinä ympäri vuorokauden. Tavoitteena on, että potilaiden viipymisaika osastolla olisi maksimissaan kaksi vuorokautta. Suuri osa PO-Sin potilaista ohjautuu osastolle päivystyspoliklinikalta. Päivystyspoliklinikka ja päivystys- ja infektio-osasto tekevät kiinteää yhteistyötä ja esimerkiksi päivystysleikkausta tarvitsevat potilaat ohjataan poliklinikalta osastolle, jossa potilaat valmistellaan leikkaustoimenpiteisiin.

Työ päivystysalueella on luonteeltaan hektistä, edellyttäen nopeaa päätöksentekoa ja työ- ja toimintaprosessien sujuvuutta. Toiminnan organisointia sekä siihen liittyviä työnjaollisia ratkaisuja on kehitetty useaan otteeseen päivystyksen toimialueen aikana. Siirtyminen nopean vasteen päivystystoiminta-alueeseen Keski-Suomen Keskussairaalassa on ollut suuri toiminnallinen muutos, joka on luonut uusia haasteita myös moniammatilliselle yhteistoiminnalle. Henkilöstö hoitaa potilaita laajalla rintamalla, mikä edellyttää entistä enemmän kykyä yhteistoimintaan potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden kesken, asiantuntijuuden jakamista, ymmärrystä kokonaistoimintaprosessista sekä nopeaa reagoimista muuttuvissa tilanteissa. Yhteispäivystyksen ja päivystysalue toiminnan erilaisten toimintatapojen kehittämiseksi on nähty tärkeänä erityisesti päivystystoiminnan prosessien tarkastelu ja ryhmien yhteistyön ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Moniammatillinen yhteistoiminta Keski-Suomen



Keskussairaalan päivystysalueella tarkoittaa niin yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä kuin ammattiryhmien sisällä. Yhteistyö ja -toiminta toteutuvat lisäksi monella eri tasolla: perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä, päivystyspoliklinikan ja päivystys- ja infektio-osaston välisenä yhteistyönä erityisesti potilasohjauksen osalta sekä päivystysalueen ja sairaalan ulkopuolisten toimijoiden välisenä yhteistyönä.

### **1.3 Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön tutkimus- ja kehittämishanke (RYMY)**

Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön tutkimus- ja kehittämishanke (RYMY) toteutettiin Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueen ja Jyväskylän yliopiston Kasvatustieteiden laitoksen yhteistyöprojektina vuosina 2010–2012. Tutkimus- ja kehittämishankkeen tavoitteena oli selvittää henkilöstöä osallistavalla otteella päivystysaluetyöskentelyn toimintaprosesseja ja erityisesti toiminnan niitä kohtia, joissa moniammatillinen yhteistyö on tehokkain ja toimivin ratkaisu potilaan kokonaisuhoitoon ja henkilöstön työhyvinvoinnin näkökulmasta. Lisäksi tavoitteena oli paljastaa sellaisia moniammatillisen yhteistyön tapoja, jotka sisältävät haasteita ja kehittämistarpeita. Edelleen tavoitteena oli kehittää moniammatillista jaettava asiantuntijuutta tukevia ratkaisuja, kokeilla niitä ja luoda tältä pohjalta malli päivystysaluetyöskentelyyn. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä huomioitiin sekä työnjaolliset ja työn organisointiin että sisällölliseen asiantuntijuuden jakamiseen, työssä oppimiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät seikat. Menetelmällisenä viitekehiksenä toimi etnografinen tutkimusote (Hammersley & Atkinson, 2007), joka mahdollisti keskittymisen moniammatillisen yhteistoiminnan käytäntöihin, edellytyksiin, mahdollisuuksiin ja haasteisiin erilaisissa päivystysalueen prosesseissa.

Tutkimus- ja kehittämishankkeessa esitetyt kysymykset olivat:

- 1) Mitkä moniammatillisen ryhmätoiminnan prosessit ja käytännöt ovat olennaisia päivystysaluetyössä? Millaisia rooleja toimijoilla on? Miten ryhmäprosessit rakentuvat?
- 2) Millaisia edellytyksiä, mahdollisuuksia ja haasteita päivystysaluetyön moniammatillisessa yhteistyössä on?
- 3) Millainen moniammatillinen jaetun asiantuntijuuden malli soveltuu parhaiten päivystysaluetyöskentelyyn?

RYMY-hanke sijoittui ajankohtaan, jolloin päivystysaluetyöskentelyssä tapahtui eritasoisia toimintaprosessien muutoksia ja uudistuksia toiminnan vakiinnuttamisen ja edelleen kehittämisen hengessä. Oheisessa taulukossa 1 on kuvattu päivystysalueen toimintaprosesseissa RYMY-hankkeen aikana tapahtuneet keskeisimmät muutokset. Huolimatta toiminnan viimeaikaisesta kehittämisestä ei organisaatiossa vielä tutkimus- ja kehittämishankkeen alkaessa ollut löydetty optimaalista toimintatapaa ja työnjaollista mallia. Nopean vasteen maakunnallinen päivystysalue on uusi toimintamalli, jollaisesta ei vastaavassa muodossa ole kokemuksia muualta Suomesta. Tämän vuoksi myös ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön tutkiminen ja kehittäminen katsottiin tarpeelliseksi. Aiempi tutkimus päivystystyön prosesseista on edelleen varsin niukkaa (Lemieux-Charles & McGuire, 2006), joten lisätieto päivystystyöskentelystä on tarpeen.

Taulukko 1. Päivystysalueen toiminnan keskeisimmät muutokset, potilasmäärä ja resurssointi RYMY-hankkeen aikana.

	<b>TOIMINTAPROSESSIEN MUUTOS</b>	<b>POTILASMÄÄRÄT</b>	<b>RESURSSOINTI</b>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tilojen rakentaminen ja NOVA-prosessien suunnittelu</li> <li>Päivystys- ja infektio-osasto aloitti toiminnan (31 hoitopaikkaa)</li> </ul>	38 403 potilasta POS: 7 221 potilasta	Sairaanhoitajat (POS) 44
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>Päivystyksen toimialue ja NOVA-malli käyttöön</li> <li>Jyväskylän kaupungin keskitetty ensiapu siirtyi päivystytpkl:lle</li> <li>Naistentautien päivystys siirtyi päivystyspoliklinikalle</li> <li>Päivystys- ja infektio-osastolla 41 hoitopaikkaa</li> <li>Keski-Suomen lääkäripäivystys-raportin laatiminen</li> <li>Puhelinneuvonta virka-ajan ulkopuolella alkaa</li> </ul>	68 430 potilasta POS: 8 575 potilasta	Uusina vakansseina mm: Osastonylilääkäri (pth) Lääkäri (pth) Erikoistuva lääkäri (pth)  Ylihoitaja Osastonhoitaja (POS)  Vakanssit yhteensä: 84 ppkl 52 POS
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maakunnan lääkäripäivystystyksen kokonaissuunnitelma-työryhmä aloittaa</li> <li>Effica käyttöön</li> <li>Lääkärityön ruuhkanpurkujärjestelmä</li> <li>Sairaanhoitajan vastaanotto toiminta</li> <li>Lastentautien päivystys siirtyi päivystyspoliklinikalle</li> </ul>	69 159 potilasta POS: 9 147 potilasta	Osastonylilääkäri (POS) Infektiolääkäri 5 sh, varahenk. (POS) 1 sh, lapset (ppkl, esh)
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osastofarmaseuttikokeilu (4 kk)</li> <li>Hoitotyön sähköinen kirjaaminen (POS)</li> <li>Tilojen muutostyöt</li> </ul>	70 765 potilasta POS: 9 480 potilasta	2 sh (ppkl, pth) 1 os.siht. (ppkl, pth)
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maakunnan lääkäripäivystyksen kokonaissuunnitelma – työryhmän työ valmis</li> <li>Perusterveydenhuollon päivystyksen merkittävä keskittäminen: Palokan thky:n päivystys siirtyy sairaanhoitopiiriin (nyk. JYTE)</li> <li>Ensihoidon asteittainen integrointi päivystysalueeseen</li> <li>Asiakaspalveluohjaaja aloittaa yhteistyön kuntiin yms.</li> <li>Vastuuhoitajajärjestelmä</li> <li>Nopea linja pth-päivystykseen</li> </ul>	84 083 potilasta POS: 8 677 potilasta	Ensihoidon ylilääkäri Erikoislääkäri (pth) 12 sairaanhoitajaa
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erikoislääkäreitä etulinjaan -hanke</li> <li>Vastuuhoitajajärjestelmän kehittäminen</li> </ul>		7 akuuttilääkäriä (pth:n erikoislääkärin virkaan) Apulaisosastonhoitaja (POS)

Hanke jakaantui kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin päivystysalue-työskentelyn keskeisiä toimintatapoja ja moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä moniammatillisen työskentelyn näkökulmasta. Tavoitteena oli, että kertyneen tiedon perusteella hankkeen toisessa vaiheessa luodaan ja kokeillaan moniammatillisen yhteistyön toimintatapoja yhdessä henkilöstön kanssa. Kehittämistyötä ohjaavana seikkana oli, että työyhteisön toimintatapojen kehittäminen kumpuaa olemassa olevista hyvistä käytännöistä, ongelmakohtien ja haasteiden tiedostamisesta sekä työntekijöiden tarpeista. RYMYn toisen vaiheen ajankohtaan sijoittui päivystysalueella uusia toimintaprosesseja, joiden yhteydessä moniammatillisuuden tematiikkaa oli mahdollista tehdä näkyväksi ja tarkastella edelleen. Tällainen oli esimerkiksi päivystyspoliklinikalla toteutettu vastuuhoidtajajärjestelmän käyttöönotto (vuoden 2011 alusta). Päivystys- ja infektio-osastolla puolestaan osastokierrot olivat kehittämisen kohteena oleva prosessi, jossa moniammatillisen yhteistoiminnan haasteet olivat keskeisesti läsnä. Niinpä RYMY-hankkeessa hyödynnettiin näitä päivystysalueen henkilöstön itsensä esille nostamia kehittämiskohtia.

Hankkeen kolmannen vaiheen tavoitteeksi oli kirjattu jaetun asiantuntijuuden mallin rakentaminen, jota voisi soveltaa laajemminkin esimerkiksi muualla akuuttihoitossa. Hankkeen edessä kuitenkin havaittiin, että tällaisen mallin rakentaminen ei ole mahdollista – eri työympäristöt eivät koskaan ole identtiset, eikä yksittäisellä yleisellä yhteistyömallilla kyetä tavoittamaan eri työskentely-ympäristöjen monimuotoisuutta ja ainutlaatuisuutta. Siksi eritoten kehittämishankkeissa olisi ensiarvoisen tärkeää saavuttaa ensiksi syvälinen ymmärrys tutkimuskontekstista, jotta kehittämistyössä voidaan pureutua juuri kyseisen ympäristön keskeisiin kysymyksiin.

#### **1.4 Etnografia tutkimuksen ja kehittämisen lähestymistapana päivystysalueella**

Seuraavassa kuvataan hankkeen tutkimuksellisessa osuudessa käytettyjä aineistonhankinta- ja analyysimenetelmiä sekä kehittämistoimien luonnetta. Menetelmiä kuvataan tarkemmin myös jokaisen artikkelin ohessa kuhunkin osatutkimukseen kytkeytyen.

Tutkimuksen kohteen, ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön, tutkimiseen soveltuvat parhaiten menetelmät, joiden avulla päästään havainnoimaan jokapäiväistä työtointa ja vuorovaikutusta (Nikander, 2003). Siksi tässä hankkeessa hyödynnettiin etnografiaa, jonka avulla pyritään tarkastelemaan, kuvailemaan ja ymmärtämään tutkittavaa kohdetta osallistumalla sen piirissä elävien ihmisten arkeen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Etnografisen tutkimuksen kenttävaiheen muotoutumiseen vaikuttavat esimerkiksi tutkimuksen kokonaistarkoitus ja sattumanvaraiset tapahtumat. Kenttävaihe on mahdollista kohdentaa tiettyyn kiinnostuksen kohteeseen (kuten tässä hankkeessa ryhmätoimintaan ja moniammatilliseen yhteistyöhön) ja kenttätyöskentely voidaan toteuttaa joustavasti eripituisissa ajanjaksoissa, kuten tässäkin tutkimuksessa tehtiin. (Jeffrey & Troman, 2004.) Etnografisen lähestymistavan hyödyntäminen turvasi siis kontekstilähtöisen ymmärryksen, joka on ehdoton edellytys toiminnan kehittämiselle. Myös tutkimusvaiheen löydöksiin pohjautuva kehittäminen toteutettiin kautta linjan kollektiivisen etnografian hengessä siten, että varsinaiset kehittämistoimet suunniteltiin ja toteutettiin yhdessä hankkeen ohjausryhmän ja päivystysalueen

henkilöstön kanssa. Hankkeen löydöksistä tiedottamisesta vastaavat tutkijat ja henkilöstö yhdessä.

Etnografia ja kollektiivinen etnografia (Woods, Boyle, Jeffrey, & Troman, 2000; Gordon ym., 2006; Sigaud, 2008; Paloniemi & Collin, 2010) mahdollistavat kontekstin ymmärtämisen lisäksi ruohonjuuritason henkilöstön yhteistoiminnan tarkastelun. Etnografinen tutkimusstrategia soveltuu lisäksi päivystystyön nopeatempoisuuteen mahdollista nopean reagoinnin ja muutosten tekemisen tarpeen mukaan työn ja sen kehittämisen ehdoilla. Tutkimuksessa hyödynnettiin neljän tutkijan yhteispanosta, joista kahdella on pitkä kokemus etnografisesta tutkimusotteesta (ks. esim. Paloniemi & Collin, 2010). Aineistonhankintatapoina käytettiin havainnointia, haastatteluja, kenttähaastatteluja, kenttäpäiväkirjoja ja äänitalenteita kehittämistilaisuuksista ja kokouksista. Lisäksi hyödynnettiin saatavilla olevia selvityksiä, tilastoja ja dokumentteja Aineiston analysointimenetelminä hyödynnettiin laadullista sisällönanalyysia ja etnografista analyysia. Aineistonhankinnan vaiheessa oli mukana aina vähintään kaksi tutkijaa ja aineistot on analysoitu yhteistoiminnallisesti tutkijoiden kesken. Tutkittuja ilmiöitä ja kerättyä aineistoa kuvataan tarkemmin taulukossa 2.

Tutkimusprojektille saatiin tutkimuslupa sekä Keski-Suomen Keskussairaalan että Jyväskylän yliopiston eettisiltä toimikunnilta. Tämä on varmistanut sen, että toteutuksessa on huomioitu tutkimuseettiset periaatteet. Tutkimus ei missään vaiheessa kohdistunut potilaisiin.

Kartoittavan tutkimuksellisen vaiheen jälkeen hankkeessa siirryttiin päivystystyön käytäntöjen kehittämiseen. Tutkimuksen löydökset toimivat siis kehittämistoimien laukaisijoina. Etnografian hengen mukaisesti tavoitteena oli yhdessä päivystysalueen henkilöstön kanssa löytää ryhmäprosessien ja (moniammatillisen) yhteistyön käytännöistä sellaisia kohtia, jotka toisaalta jo toimivat hyvin ja toisaalta sellaisia kohtia, jotka vaativat muutosta ja kehittämistä. Tutkijoiden roolina tässä vaiheessa oli toimia ikään kuin peilinä tuomalla esiin tutkimuksellisia löydöksiä, joiden pohjalta yhdessä voitiin lähteä keskustelemaan kehittämistä vaativista prosesseista ja yhteistyön muodoista ja siitä, miten niitä voitaisiin kehittää. Näitä kehittämistoimia ja niihin liittyviä haasteita kuvataan tämän kirjan artikkeleissa. Huomion arvoista on, etteivät kaikki päivystysalueella hankkeen aikana toteutuneet muutokset suinkaan suoranaisesti johtuneet RYMY-hankkeesta, vaan päivystysalueen käytännöt olivat hankkeen aikana muutoinkin muutoksessa. Hankkeen tutkijat ovat kuitenkin olleet koko ajan mukana näissä muutoksissa tulkitsemassa niitä ja tutkimassa itse muutosprosesseja.

TAULUKKO 2. RYMYssä tutkitut ilmiöt ja aineistot.

Ilmiö	Aineisto	Miksi?
Ryhmätoiminta ja moniammatillinen yhteistyö päivystyksessä	85 tuntia havainnointia, 11 haastattelua	Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön prosessien kartoittaminen
Päivystys- ja infektio-osaston kierrot	10 tuntia havainnointia, 8 haastattelua	Kierrot keskeinen yhteistyötapa ja paikoin myös ongelmakohta
Osallistumismahdollisuudet ja selontekovelvollisuus organisaatiomuutoksessa	20 tuntia tallenteita ja havainnointia palaverissa, 10 vastuuhoidajan ja 6 hoitoryhmän kenttähaastattelut, ylihoitajan haastattelu, 22 tuntia havainnointia vastuuhoidajien työstä	Alueellisten uudelleenjärjestelyjen vuoksi päivystyksen potilasmäärän ennakoitiin lisääntyvän tuntuvasti; tähän pyrittiin valmistautumaan mm. muuttamalla tiettyjä toimintamalleja kuten vastuuhoidajuutta
Muuttuneen ammatillisen roolin (vastuuhoidaja) identiteettineuvottelut ja toimijuus työyhteisössä	5 vastuuhoidajan ryhmähaastattelu, kahden ylihoitajan haastattelu, 10 vastuuhoidajan ja 6 hoitoryhmän kenttähaastattelut, 22 tuntia havainnointia vastuuhoidajien työstä	Vastuuhoidajan rooli varsin ainutlaatuinen sekä kansallisesti että kansainvälisesti, ei käytännössä lainkaan aiempaa tutkimustietoa

Alun perin RYMY-hankkeessa lähdettiin tutkimaan moniammatillisen yhteistyön ilmenemistä sen ideaalimääritelmän perusteella: aidosti moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen ammatilliset työskentelevät kollegiaalisesti, tasa-arvoisesti ja omaavat jaetun ymmärryksen työstä, ammatillisia raja-aitoja ei ole, ja tietoa ja osaamista jaetaan esteettä eri ammattilaisten kesken. Hankkeen löydöksenä kuitenkin oli, ettei yhteistyö päivystyksessä ole kaikilta osin moniammatillisuuden ideaalien mukaista – eikä sen aina tarvitsekaan olla. Perinteiset ammatilliset hierarkiat ja yksilölliset asenteet kuitenkin vaikeuttavat moniammatillisuuden toteutumista sellaisissakin prosesseissa, joissa sille olisi tarvetta ja tilaa laadukkaan potilashoidon ja ammatillisesti tyydyttävän työskentelyn kannalta.

### 1.5 Kirjan rakenne

Tämä kirja sisältää seitsemän lukua, joissa lähestytään akuuttihoiton yhteistyötä ja moniammatillisuutta eri suunnista. Kirjoittajina on sekä akuuttihoiton ammattilaisia että aihepiirin tutkijoita. Luvut 2 ja 3 tarkastelevat päivystysalueen ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön keskeisiä prosesseja ja näiden haasteita. Luvuissa 4, 5 ja 6 käsitellään päivystyksen uudistettua ja ainutlaatuista ammatillista roolia, vastuuhoidajuutta, eri näkökulmista. Luvuissa 7 ja 8 tarkastellaan akuuttihoiton johtamista ja toiminnan kehittämistä. Lukujen keskeisistä näkökulmista ja löydöksistä keskustellaan pohdinnassa. Seuraavassa lukujen 2-8 sisältöä kuvataan tarkemmin.

*Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa* (luku 2) käsittelee RYMYn ensimmäisen vaiheen (kenttävaihe) löydöksiä. Kenttävaiheessa tarkoituksena oli saavuttaa ymmärrys tutkimuskohteesta eli päivystyksestä ja siellä tehtävästä yhteistyöstä. Päivystystyöstä löydettiin kolme erilaista yhteistyön muotoa, joista kahta voitiin luonnehtia aidosti moniammatillisiksi ja yhtä ennemminkin ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyksi. Kaikki yhteistyön muodot sisälsivät myös erityyppisiä haasteita. Löydösten perusteella etenkin päivystystyön johtamista ja koordinointia tulisi kehittää moniammatillisemmaksi. Artikkelellä on julkaistu aikaisemmin Sosiaalilääketieteellisessä aikakauslehdessä.

*Moniammatillinen yhteistyö päivystys- ja infektio-osaston kierroilla* (luku 3) käsittelee monien sairaalaoastojen keskeistä yhteistyökäytäntöä, osastokierroja. Päivystys- ja infektio-osastolla kiertoihin tuo ainutlaatuisia haasteita osaston päivystyksellinen luonne, joka erottaa sen tavallisista vuodeosastoista. Kierrojen osalta keskityttiin kolmeen avainammattiryhmään eli lääkäriin, hoitajiin ja sihteerihin. Yhteistyön havaittiin olevan varsin lääkäri- ja lääketiedekeskeistä, ja hoitajat ja sihteerit toivoivatkin ammatillisesti tasa-arvoisempaa vuorovai-  
kutusta kierroille.

Luvussa 4 pureudutaan *Vastuuhoitajan osaamisen tunnistamiseen Keski-Suomen Keskussairaalan yhteispäivystyksessä*. Tarkastelun kohteena ovat vastuuhoitajilta vaadittavat ominaisuudet ja osaaminen päivystystyössä. Vastuuhoitajan osaamista ei ole aiemmin määritelty, koska rooli on varsin uusi ja ainutlaatuinen. Vastuuhoitajuuden määriteltiin haastatteluaineiston perusteella koostuvan neljästä osaamisalueesta, joita voidaan jatkossa hyödyntää esimerkiksi täydennyskoulutuksen ja perehdytyksen tukena. Tutkimuksen perusteella vastuuhoitajille olisi myös tarpeen järjestää organisaation puolelta entistä vahvempaa tukea, kuten johtamiskoulutusta.

*Oppiminen vastuuhoitajamallin kehittämisprosessissa päivystyspoliklinikalla* (luku 5) tarkastelee hoitotyön vuorokohtaisten työnjohtajien eli vastuuhoitajien uudistetun toimintamallin suunnittelua ja käyttöönottoa organisaatiomuutostilanteessa, jossa potilasmäärän ennakoitiin lisääntyvän tuntuvasti. Henkilöstön osallistumismahdollisuudet ja selontekovelvollisuus on aiemmissa tutkimuksissa todettu keskeisiksi oppimista edistäviksi tekijöiksi organisaatiomuutoksissa, minkä vuoksi uudentyyppisen vastuuhoitajuuden suunnittelua ja toteutusta tarkasteltiin näiden käsitteiden kautta. Henkilöstöllä havaittiin olevan puutteelliset osallistumismahdollisuudet kehittämisprosessin kriittisimmässä vaiheessa, mutta toisaalta johdon jatkuva selontekovelvollisuus henkilöstölle piti yllä jatkuvaa kommunikaatiota ja loi luottamusta ja psykologista turvallisuutta muutostilanteessa.

*Neuvottelua ammatillisesta identiteetistä ja toimijuudesta – tapaustutkimus päivystyspoliklinikan vastuuhoitajista* (luku 6) pureutuu uudistetun ammatillisen roolin neuvotteluun ja toimijuuteen työyhteisössä. Osa päivystyspoliklinikan kokeneista hoitajista toimii vuoronsa aikana vastuuhoitajina, jotka valvovat ja koordinoivat hoitoryhmien työkuormaa. Rooli on varsin ainutlaatuinen sekä kansallisesti että kansainvälisesti ja se oli tämän tutkimuksen aikana edel-

leen muotoutumassa. Vastuuhoitajuuden neuvottelujen havaittiin keskittyvän kolmen teeman ympärille, ja vastuuhoidajien harjoittama ammatillinen toimijuus vaihteli yksilöstä riippuen.

Luvussa 7 kysytään *Tukeeko moniammatillisuus hoitotyön johtamista päivystysalueella?* Tarkastelun kohteena on moniammatillisuuden rooli päivystystyön johtamisessa jatkuvien muutosten keskellä. Siirtyminen yhteispäivystykseen – pois erikoisala- ja professiokohtaisesta ajattelusta – vaatii omanlaistaan toimintakulttuuria ja kehittämistä, joissa korostuu tarve sessiajatteluun sekä johdon että työntekijöiden keskuudessa. Organisaation tai yksikön strategian toteuttamiseen vaaditaan moniammatillista työotetta koko henkilöstöltä. Johtajien tuki mahdollistaa yhtenäisen toimintakulttuurin rakentumisen, mitä prosesseilla puolestaan voidaan muuttaa. Jos prosesseja ei johdeta, strategian mukaisia tavoitteita on vaikeampi saavuttaa.

Luvussa 8 työn kehittämistä sairaalakontekstissa tarkastellaan RYMY-hankkeen ulkopuolelta käsin. *Yhteistoiminnallinen työn kehittäminen hoitotyön eheyttämisen tukena* -luku käsittelee toiminnan kehittämistä yhteistoiminnallisin ja kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaan perustuvien menetelmin Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolla. Osasto oli joutunut kriisiin muun muassa henkilöstöpulan ja hoitotakuun aiheuttamien paineiden vuoksi, joten kehittämistoimet nähtiin tarpeelliseksi. Kehittämistoimien, kuten muutoslaboratorion, seurauksena osasto selviytyi kriisistä ja sen keskeistä toimintamallia muutettiin merkittävästi.

## Lähteet

Gordon, T., Hynninen, P., Lahelma, E., Metso, T., Palmu, T., & Tolonen, T. (2006). Collective ethnography, joint experiences and individual pathways. *Nordisk Pedagogik*, 26(1), 3–15.

Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography. Principles in practice*. Lontoo: Taylor & Francis.

Jeffrey, B., & Troman, G. (2004). Time for ethnography. *British Education Research Journal*, 30(4), 535–48.

Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263–300.

McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 419–428.

Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966.

Nikander, P. (2003). Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon työkaluna ja haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 40, 279–290.

Paloniemi, S., & Collin, K. (2010). Workplace learning and work-related identity constructions in a clinical setting. Teoksessa M. Caltone (toim.), *Handbook of Lifelong Learning Developments* (s. 141–161). New York: Nova.

Pollard, K., Sellman, D., & Senior, B. (2005). The need for interprofessional working. Teoksessa G. Barrett, D. Sellman, & J. Thomas (toim.), *Interprofessional Working in Health and Social Care: Professional Perspectives – An Introductory Text* (s. 7–17). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Rekola, L., Isoherranen, K., & Koponen, L. (2005). Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö*, 3, 16–21.

Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. (2006). *KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.  
<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. Viitattu 18.4.2012

Sigaud, L. (2008). A collective ethnographer: fieldwork experience in the Brazilian Northeast. *Social Science Information*, 47(1), 71–97.

Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2004). Käsiteanalyysi tiimistä – sovelluksena leikkaushoitotyön tiimi. *Hoitotiede*, 16(4), 188–200.

Woods, P., Boyle, M., Jeffrey, B., & Troman, G. (2000). A research team in ethnography. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 13(1), 85–98.

Øvretveit, J. (1997). A comparison of hospital quality programmes: lessons for other services. *International Journal of Service Industry Management*, 8(3), 220–235.



## Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa

Moniammatillisen yhteistyön vahvistamista on tarjottu ratkaisuksi moniin nykyisiin terveydenhuollon ongelmiin ja sen on katsottu edistävän esimerkiksi potilasturvallisuutta ja työhyvinvointia. Tässä artikkelissa tarkastellaan moniammatillisen yhteistyön muotoja ja haasteita sairaalan päivystysalueella. Tutkimuksessa hyödynnettiin etnografista tutkimusstrategiaa. Aineisto kerättiin havainnoimalla, äänitallenteilla ja haastattelemalla. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä. Päivystystyöstä erotettiin kolme yhteistyön muotoa, jotka olivat ammattiryhmien rinnakkaintyöskentely päivystyksen hoitoprosessissa, moniammatillinen hoidon suunnittelu ja vaativien potilasryhmien, esimerkiksi kiireellisten potilaiden hoito. Toiminta sisälsi myös monia haasteita, kuten tietokatkoksia ja epäyhtenäisiä toimintaperiaatteita. Moniammatillisuutta ei välttämättä aina tarvitse tavoitella mikäli vallitsevat työkäytännöt toimivat, mutta työntekijöiden jaetun ymmärryksen lisäämiseksi erityisesti hoitoprosessin koordinoimista tulisi kehittää moniammatillisemmaksi.

**KAIJA COLLIN, ULLA MAIJA VALLEALA, SANNA HERRANEN, SUSANNA PALONIEMI,  
PAULA PYHÄLÄ-LILJESTRÖM**

### JOHDANTO

Moniammatillista toimintaa leimaa se, että työtä, työkäytänteitä ja työn kohdetta pyritään tarkastelemaan kokonaisuutena yhdistäen eri alojen osaamista ja asiantuntijuutta työyhteisössä ja työryhmässä (Housley 2003). Moniammatillisen yhteistyön vahvistamista on tarjottu lääkkeeksi myös hyvin moninaisiin terveydenhuollon haasteisiin. Terveydenhuollon tehtävien kompleksisuuden lisääntyessä sen on katsottu edistävän terveydenhoidon laatua kuten potilasturvallisuutta (Baker ym. 2006) sekä potilaslähtöistä, kokonaisvaltaista hoitoa (McCallin 2001, D'Amour ym. 2005, Baker ym. 2006). Moniammatillista yhteistyötä kehittämällä on pyritty vastaamaan myös toiminnan tehostamista koskeviin haasteisiin (D'Amour ym. 2005). Sen lisäksi, että moniammatillisesta yhteistyöstä on etsitty vastauksia käytännön terveydenhoitotyötä koskeviin ongelmiin ja kysymyksiin, monitieteisyys ja ammatillisten raja-aitojen ylittäminen on ollut myös teo-

reettisen tarkastelun kohteena (Housley 2003, Couturier ym. 2008). Tässä tarkastelussa moniammatillista yhteistyötä koskeva kiinnostus, tutkimus ja kehittämistyö ovat kumpunneet tieteen ja ammatillisten käytänteiden pirstaleisuutta koskevasta kritiikistä. Monitieteisyyden (multidisciplinary, interdisciplinary) ja ammatillisen yhteistyön (multiprofessional, interprofessional) tarve onkin noussut esille viime vuosina kenties voimakkaampana kuin koskaan ennen (Bleakley ym. 2006).

Ammattiryhmien yhteistoimintaa on aiemmassa tutkimuksessa jäsenetty esimerkiksi toiminnan teorian (Kerosuo 2006), neuvottelevan työtavan eli solmutyöskentelyn (Saaren-Seppälä 2004) ja ekspansiivisen oppimisen ja yhteiskehittelyn (Engeström 2004) näkökulmista. Myös hoitoketjuja on tutkittu jonkin verran. Hoitoketjulla tarkoitetaan järjestelmätason strategioita, joilla pyritään hallitsemaan palvelujen tarjontaa eri hoitokohteissa yli yksikkörajojen. (Saaren-Seppälä 2004.) Tässä tutkimuksessa keskitytään kui-

tenkin etnografisen strategian mukaisesti moniammatillisen yhteistyön muotojen ja haasteiden tarkasteluun päivystyksen hoitoprosessissa (ks. Kuvio 2). Siksi tarkastelemmekin tässä tutkimuksessa hoitoprosessia kontekstina, ei tutkimuskohteenä. Päivystyshoidon yhteistyötilanteista ei juuri ole aiempaa tutkimustietoa (Lemieux-Charles ja McGuire 2006).

Moniammatillisuutta on nimitetty myös yhteisölliseksi, jaetuksi asiantuntijuudeksi. Potilaiden hoitaminen on moniammatillisessa yhteistyössä toimivien yhteinen tehtävä, joka edellyttää tehtävien ja yhteistyön synkronointia (Baker ym. 2006). Moniammatillista yhteistyötä työyhteisössä tai työryhmässä luonnehtii myös yhteistyöhön osallistuvilla ammattiryhmillä oleva yhteisesti ymmärretty työn tavoite, keskinäinen riippuvuus, kollegiaalinen ja tasa-arvoinen suhde sekä jaettu päätöksenteko (D'Amour ym. 2005, San Martín-Rodríguez ym. 2005). Tällaisia ideaaleja moniammatillisen yhteistyön piirteitä on terveydenhuollossa havaittu kuitenkin harvoin.

Todellisuudessa moniammatillinen yhteistyö näyttäisi toteutuvan terveydenhuollon erilaisissa konteksteissa vaihtelevasti. Se, missä määrin työ on organisoitu moniammatilliseksi tiimityöksi, vaihtelee organisaatioittain ja työtehtävittäin (Millward ja Jeffries 2001). Ammattiryhmien rinnakkaintyöskentely onkin tutkimuksessa erotettu ”todellisesta” moniammatillisesta yhteistyöstä (D'Amour ym. 2005). Ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyssä (multidisciplinary teamwork) terveydenhoidon ammattilaiset koordinoivat yhteistyötään ja jakavat informaatiota toisilleen, mutta työskentelevät itsenäisesti omina ammattiryhminään (McCallin 2001, D'Amour ym. 2005). Tällaista yhteistyötä luonnehtii myös perinteinen ammatillinen hierarkia ja kiinnittyminen omaan ammatilliseen ryhmään (Bleakley ym. 2006). Tätä kiinteämpää ja yhteisöllisempää työskentelyä on varsinaisen moniammatillinen yhteistyö (interdisciplinary teamwork), jossa terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät yhteisöllisesti kehittäen yhteisöllisiä työprosesseja. Ammatillisten ryhmien väliset raja-aidat joustavat ja työtehtäviä ja vastuuta jaetaan ammatillisten rajojen yli. (McCallin 2001, D'Amour ym. 2005.)

#### MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ PÄIVYSTYSTYÖSSÄ

Aiempaa tutkimusta tilannekohtaisesta vuorovaikutuksesta eri ammattiryhmien välillä ja eri terveydenhuollon konteksteissa on vielä suhteellisen vähän. Aiempi tutkimus kuitenkin antaa viitteitä

siitä, että moniammatillisen yhteistyön ja ammattiryhmien välisen vuorovaikutuksen piirteet vaihtelevat kontekstista toiseen. Päivystystyö on kolmivuorotyötä, joten erityisiä haasteita toiminnalle asettavat jatkuvat muutokset potilaita hoitavissa työryhmissä (Rekola ym. 2005, Cameron ym. 2010). Hoitohenkilökunnan vaihtuvuuden lisäksi suuret potilasmäärät, tarve nopeaan päätöksentekoon ja monimutkaiset hoitosuunnitelmat tuovat haasteita hoitoryhmän toiminnalle ja keskinäiselle kommunikaatiolle (Cameron ym. 2010). Nopeampoisessa työssä on myös usein niukasti aikaa kommunikaatioon ja luottamuksen rakentamiseen. Tiimin jäsenten vaihtuvuus on haaste myös siksi, että moniammatillista yhteistyötä edistäväksi todetun keskinäisen luottamuksen ja kunnioituksen rakentaminen edellyttää kollegan tuntemista, jatkuvuutta yhteistyössä sekä yhteistä tietoa moniammatillisen yhteistyön prosesseista. (Nikander 2003, Pullon 2008.)

Päivystystyön keskeisenä tavoitteena on nopea diagnosointi ja jatkohoitopäätöksen tekeminen, minkä vuoksi lääketieteen dominanssi on suhteellisen vahva (Reeves ym. 2009, Nugus ym. 2010). Siinä, miten eri ammattiryhmien tulisi työskennellä moniammatillisesti, tuleekin ottaa huomioon se, missä hoitopolun vaiheessa työskennellään. Henkilökunnan tuleekin itse määrittää, millaisissa tilanteissa terveydenhoidon tulee olla kollaboratiivista ja millaisissa autoritaarista. (Nugus ym. 2010.) Tarvitaan aiempaa yksityiskohtaisempaa tutkimustietoa siitä, mitkä päivystystyön prosessit erityisesti edellyttävät moniammatillista päätöksentekoa (Rekola ym. 2005). Päivystystyön prosesseista moniammatillisen yhteistyön ja tiimitoiminnan tutkimuksen kohteena on yleisimmin ollut hätätilapotiilaan hoito tai traumatiimin toiminta (esim. Cole ja Crichton 2006, Fernandez ym. 2008). Päivystystyö kuitenkin pitää sisällään muitakin hoitoprosesseja kuin hätätilapotiilaan tai traumapotilaan hoidon, joten lisätutkimus päivystystyön moniammatillisista yhteistyöprosesseista on tarpeen. Tarvitaan myös tarkempaa kuvausta niistä hoito-tilanteista, työtehtävistä ja -konteksteista, joissa moniammatillista yhteistyötä tehdään ja siitä, millaista se on eri työtehtävissä (Lemieux-Charles ja McGuire 2006). Monet muissa terveydenhuollon konteksteissa tyypilliset moniammatillisen yhteistyön muodot, kuten kierrot tai potilaspauksia tai hoidon suunnittelua koskevat moniammatilliset tapaamiset (Reeves ja Freeth 2003), eivät välttämättä toimi päivystystyössä sen no-

peatempoisuuden ja vaihtuvien hoitotiimien vuoksi.

#### AMMATILLISTEN RAJOJEN YLITTÄMINEN (BOUNDARY CROSSING)

Työntekijöiden välinen tasa-arvo vahvistaa moniammatillista yhteistyötä ja oppimista moniammatillisissa ryhmissä (Liveng 2010). Tasa-arvoisuutta moniammatillisissa ryhmissä edistää esimerkiksi ammatillisten raja-aitojen ylittäminen. Edmondson tutkimusryhmineen (2001) havaitsi, että leikkaussalitiimin oppimista tehosti tiiminvetäjien tukema ammattirajojen häivyttäminen. Ammatillisia raja-aitoja on hälvennetty myös siirtämällä tietyt lääkärien tehtäviä hoitajille, esimerkkinä hoitajien rajattu lääkkeenmäärämisoikeus (Stenner ja Courtenay 2008) tai hoidon kiireellisyyden arviointi (triage). Yksi terveydenhuollon moniammatillisuuden tyypillisistä piirteistä onkin eri ammattikuntien raja-alueelle sijoittuvien uusien tehtävien syntyminen (Scholes ja Vaughan 2002), mikä asettaa vaatimuksia myös moniammatillisille tiimeille uusien yhteistyötapojen oppimisessa. Lääkkeenmäärämisoikeuden saaneet hoitajat kokivat yhteiset keskustelut hoitotiimeissä tärkeinä itsetuntonsa vahvistamisessa ja ongelmanratkaisussa. Heillä oli myös tärkeä rooli ohjaajina ja tiedon jakajina työyhteisössään. (Stenner ja Courtenay 2008.) Tehtävänkuvan laajentuminen merkitsi siis paitsi yksilön oppimista, myös koko työyhteisön oppimista.

#### VIIRHEIDEN KÄSITTELY JA ONGELMANRATKAISU MONIAMMATILLISENA TOIMINTANA

Tucker ja Edmondson (2003) ovat analysoineet sairaaloissa tapahtuvia toimintahäiriöitä. Virheellä tutkijat tarkoittavat joko tarpeettomasti tai väärällä tavalla toteutettua tehtävää, esimerkiksi potilaan valmistelua johonkin toimenpiteeseen, jota ei sitten toteutetakaan. Virheet johtavat harvoin kuolemantapauksiin, mutta pienempiä harmoja tuottavia virheitä sattuu useammin, ja nekin olisivat tutkijoiden mukaan vältettävissä, jos virheitä tuottaviin prosessien kohtiin kiinnitettäisiin enemmän huomiota. Työntekijät eivät kuitenkaan helposti tunnista virheitä tehdessään niitä. Organisaation oppimista edistäväksi työntekijätyypiksi tutkijat määrittelevätkin henkilön, joka ei yritä korjata toisten tekemiä virheitä vaan tuo ne esille, kuten myös paljastaa omat virheensä. Toinen sairaaloiden toimintahäiriön tyyppi on ongelma, joka määriteltiin työntekijän estyneisyydeksi hoitaa jotakin tehtävää esimerkiksi sen vuoksi, että tarvittavia tarvikkeita, tietoja, lääkkeitä tai hen-

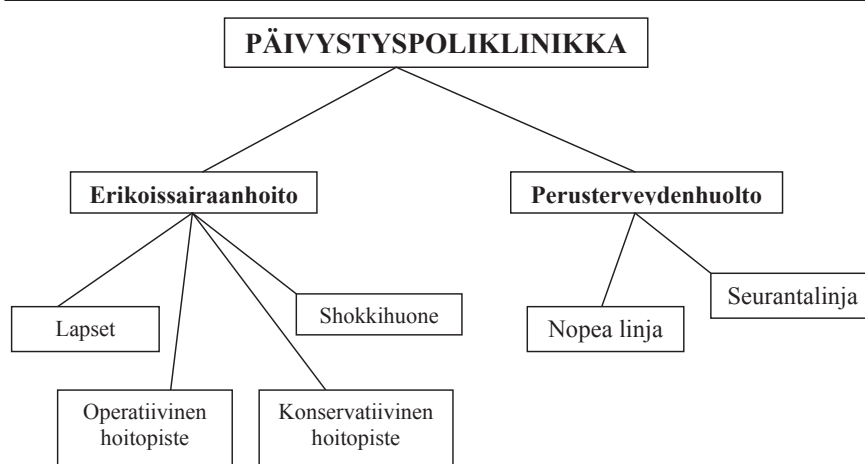
kilöitä ei ole sillä hetkellä saatavilla. Toisin kuin virheistä, ongelmista ollaan organisaatioissa usein hyvin tietoisia ja ongelmat ovat näkyviä. Ongelmista voidaan oppia, kun itse toimintatilanteessa tapahtuvan eli ensimmäisen asteen ongelmanratkaisun lisäksi ongelmat viedään johdon tai muiden niistä vastuussa olevien tietoon, jotta ongelman esiintyminen jatkossa voitaisiin estää. Tällaista ongelmanratkaisua tutkijat nimittävät toisen asteen ongelmanratkaisuksi. Tutkijat väittävät ongelmista oppimisen olevan sairaaloissa harvinaista; ei siksi että ongelmat olisivat hankalia ja monimutkaisia ratkaista, vaan esimerkiksi siksi, että terveydenhoitokulttuurissa arvostetaan ja korostetaan yksilöiden valppautta tarttua ongelmiin ja ratkaista niitä, jolloin ongelmien käsittely jää ainoastaan yksilötasolle. (Tucker ja Edmondson 2003.)

Aiemman tutkimuksen perusteella virheet ja ongelmat voivat siis olla työn kehittämisen ja muutoksen lähtökohtana nimenomaan silloin, kun niitä käsitellään yhteisöllisesti tiimissä tai laajemmassa työyhteisössä. Virheet ja ongelmat sinänsä eivät välttämättä edistä kehittämistyötä, jos ne jäävät yksittäisten työntekijöiden käsiteltäviksi ja ratkaistaviksi. Virheiden tunnistaminen ja erityisesti tunnustaminen edellyttää, että tiimin tai työyhteisön kulttuuri sallii virheet ja ilmapiiri niiden julkituomiseen on turvallinen. Edmondson tutkijaryhmineen havaitsi tämän vertaillessaan sitä, miten nopeasti eri tavoin johdetut leikkaussalitiimit oppivat uuden leikkaustekniikan. Nopeasti oppivien tiimien johtajat motivoivat ja rohkaisivat tiimiään oppimaan sekä tuomaan uuden tekniikan käyttöön liittyviä ongelmia ja riskejä esille (Edmondson ym. 2001). Virheiden ja läheltä piti -tilanteiden julkistamiseen ja käsitteilyyn on Suomessa kehitetty HaiPro -vaaratapah- tumien ilmoitusjärjestelmä ja niiden käsittelyn toimintamalli. Toimintamalli perustuu vapaaehtoiseen nimettömään raportointiin. Sen tarkoituksena on oppia tapahtumista selvittämällä niiden syitä ja syntymekanismeja sekä kehittää ennalta ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Knuutila ym. 2008.)

#### TÄMÄN TUTKIMUKSEN KONTEKSTI JA TAVOITE

Tässä artikkelissa esitellyt tulokset pohjautuvat laajempaan ryhmätoiminnan ja moniammatillisuuden tutkimus- ja kehittämishankkeeseen (RYMY), joka toteutetaan Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueella vuosina 2010–2011.

**Kuvio 1.**  
Päivystyspoliklinikan toiminnot.



Päivystysalueeseen kuuluvat päivystyspoliklinikka sekä päivystys- ja infektiio-osasto (POS); tässä artikkelissa esitellyt tulokset ovat päivystyspoliklinikalta. Potilaat ohjataan päivystyspoliklinikalla hoidon kiireellisysarvion kautta perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon alla toimii niin sanottu nopea linja, jossa hoidetaan pienempiä vaivoja kuten flunssa- tai haavanhoitopotilaita. Erikoissairaanhoido jakautuu edelleen neljään työpisteeseen, joita ovat konservatiivinen, operatiivinen, lapset ja kiireellinen hoito (shokkihuone).

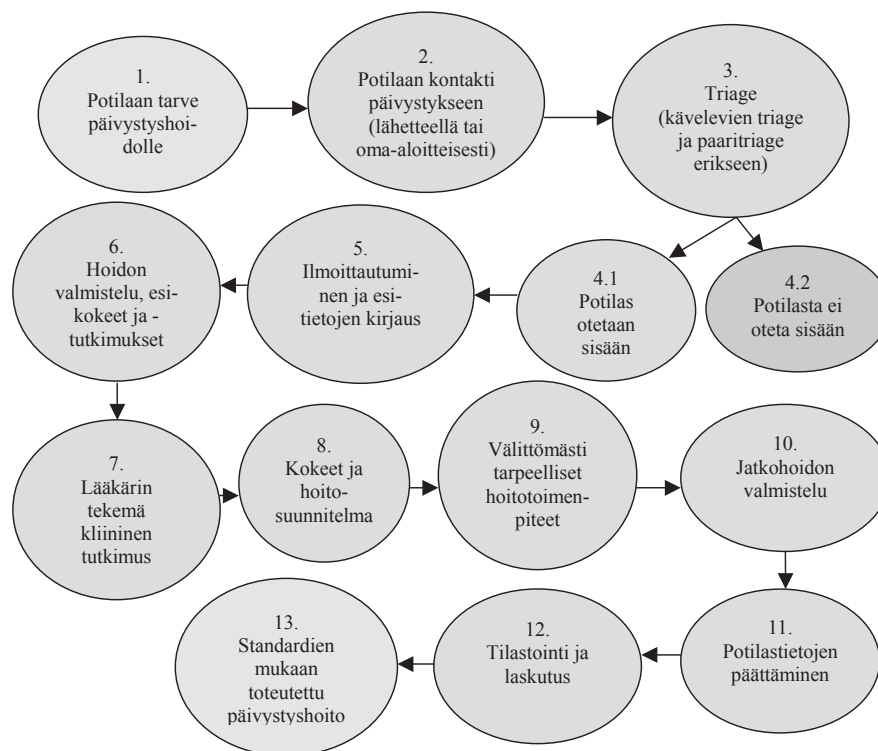
Päivystyksen toiminta-ajatuksena on nopea ja tehokas diagnoosi, hoidon aloitus sekä jatkohoitotarpeen ja -paikan määrittely. Käytännön työssä nämä tavoitteet pyritään toteuttamaan niin, että 80 % kaikista potilaista viipyisi päivystyspoliklinikalla maksimissaan kaksi tuntia. Päivystyspoliklinikalla ei ole ollut saatavilla virallista kuvausta hoitoketjusta, joten Kuviossa 2 esitetty malli on muokattu Hyttisen ja Hämäläisen (1999) ensiapupoliklinikan potilasprosessista kuvaamaan Keski-Suomen Keskussairaalan päivystyksen hoitoprosessia.

RYMY-hankkeen tavoitteena on henkilöstöä osallistavalla otteella selvittää päivystysalueyöskentelyn toimintaprosesseja ja erityisesti toiminnan niitä kohtia, joissa moniammatillinen yhteistyö on tehokkain ja toimivin ratkaisu potilaan kokonaishoidon ja henkilöstön työhyvinvoinnin näkökulmasta. Lisäksi tavoitteena on paljastaa

sellaisia moniammatillisen yhteistyön tapoja, jotka sisältävät haasteita ja kehittämistarpeita. Toiminnan tehostamiseksi sekä asiakaslähtöisen toiminnan, kuten potilasturvallisuuden ja hoidon läpimenoaikojen lyhentämisen, turvaamiseksi Keski-Suomen Sairaanhoidopiirissä on ensimmäisenä Suomessa siirrytty maakunnalliseen yhteispäivystykseen, joka toteutetaan erillisellä päivystysalueella omana toimialanaan. Siirtyminen nopean vasteen päivystystoiminta-alueeseen on suuri toiminnallinen muutos, jollaisesta ei Suomessa ole vielä juurikaan kokemuksia. Päivystystyö nähdään siihen harjaannutetun henkilöstön yhteistoimintana, jonka aikana koko hoitoprosessin on toimittava saumattomasti. Koska toimintamalli on uusi, moniammatillisen yhteistyön kehittäminen nähdään tarpeelliseksi.

Työelämän tutkimushankkeissa on perinteisimmin keskitytty työn organisoimiseen ja työn jakoon liittyviin haasteisiin, ja ilmiöitä on lähestytty usein kvantitatiivisten ja interventioita sisältävien tutkimusstrategioiden avulla. Myös Keski-Suomen keskussairaalassa on toteutettu lukuisia työnjakoa ja työn organisointia hallinnollisesta näkökulmasta lähestyviä selvityksiä ja hankkeita, mutta itse työn sisällöistä ja prosesseista lähtevää kehittämistyötä ei ole tehty. Lukuisissa tutkimuksissa on todettu, että työprosessitiedon ja ryhmätoimintaprosessien kuvaaminen ja ymmärtäminen on vaikeaa perinteisillä menetelmillä kuten lomakekyselyillä ja haastatteluilla (esim. Leppänen

Kuvio 2.  
Päivystyksen hoitoprosessi (mukautettu Hyttinen & Hämäläinen 1999 pohjalta).



ym. 2008). Siksi onkin tärkeää havainnoida autenttista työtoimintaa ja jokapäiväisiä työkäytänteitä ja vuorovaikutusta (Nikander 2003).

### MENETELMÄT JA AINEISTO

Tutkimusprojektille saatiin tutkimuslupa sekä Keski-Suomen Keskussairaalan että Jyväskylän yliopiston eettisiltä toimikunnilta. Tutkimus ei kohdistunut potilaisiin. Ennen tutkimuksen alkua siitä tiedotettiin henkilöstölle ja henkilöstöltä pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Poliklinikan esimiesten kanssa sovittiin, että havainnointi toteutetaan mahdollisimman vähän työntekijöiden normaalia työtä häiritsemättä.

Tutkimusstrategiana hyödynnettiin etnografiaa. Etnografia ja kollektiivinen etnografia (Woods ym. 2000, Gordon ym. 2006, Sigaud 2008, Paloniemi ja Collin 2010) mahdollistaa kontekstin ymmärtämisen lisäksi ruohonjuuritason henkilöstön yhteistoiminnan tarkastelun. Etnografisen tutkimusstrategian etuna on myös se,

että se soveltuu päivystystyön nopeatempoisuuteen mahdollistaen nopean reagoinnin ja muutosten tekemisen tarpeen mukaan työn ja sen kehittämisen ehdoilla. Tutkimuksessa hyödynnettiin neljän tutkijan yhteispanosta, ja kahdella näistä tutkijoista on pitkä kokemus etnografisesta tutkimusotteesta. Tutkimuskysymyksenä on: millaisia moniammatillisen yhteistyön muotoja ja haasteita päivystystyön hoitoprosessi sisältää?

Aineistonhankintatapoina käytettiin havainnointia (yhteensä 85 tuntia) ja haastatteluja (n = 11; ennalta sovitut yksilöhaastattelut ja havainnoinnin lomassa tehdyt kenttähaastattelut, joiden kesto vaihteli viiden ja 45 minuutin välillä). Havainnointiaineisto henkilökunnan jokapäiväisestä työstä kerättiin kenttämuistiinpanojen ja äänitallenteiden avulla. Äänitallenteita tehtiin sekä työntekijöiden välisistä että tutkijoiden ja työntekijöiden välisistä keskusteluista. Etnografiassa kenttävaiheen valintoja säätelevät esimerkiksi tutkimuksen kokonaistarkoitus ja tutkimuk-

seen vaikuttavat sattumanvaraiset tapahtumat. Kenttävaihe on mahdollista kohdentaa rajattuun kiinnostuksen kohteeseen (tässä tutkimuksessa moniammatilliseen yhteistyöhön) ja kenttätyöskentely voidaan toteuttaa joustavasti erimittaisissa jaksoissa, kuten myös tässä tutkimuksessa on tehty. (Jeffrey ja Troman 2004.) RYMY-hanke, johon tämän artikkelin tulokset pohjautuvat, on jaettu kolmeen ennalta sovittuun vaiheeseen, joista ensimmäinen (kenttävaihe) oli suunniteltu kolmen kuukauden mittaiseksi. Sitä kuitenkin jatkettiin hankkeessa ilmenneiden uusien kehityskohdeiden vuoksi kahdella kuukaudella. Tämän artikkelin löydökset ovat hankkeen ensimmäisestä vaiheesta. Havainnoimassa oli aina kerrallaan kaksi tutkijaa, jotka havainnoivat yleensä yhdessä, mutta kahden tutkijan läsnäolo mahdollisti myös erillään havainnoimisen päivystysalueen tilanteesta riippuen. Yksittäisen havainnointikeran kesto vaihteli 1½ tunnista yhteen kokonaiseen työvuoroon. Yhdessä työvuorossa päivystyspoliklinikalla on vuorokaudenajasta riippuen keskimäärin 30–40 työntekijää, joista havainnoitiin vaihtelevasti osaa; havainnointikerroilla pyrittiin kirjaamaan tapahtumia poliklinikan eri hoitopisteissä mahdollisimman kattavan kuvan saamiseksi. Tutkimukseen myös haastateltiin lääkäreitä (n = 5), hoitajia (n = 5) ja sihteereitä (n=1). Haastateltaviksi pyrittiin saamaan eri ammattiryhmien edustajia kaikista päivystyspoliklinikan hoitopisteistä ja haastattelujen avulla pyrittiin selvittämään, millainen käsitys haastateltavilla on eri ammattiryhmien yhteistyöstä ja mitä parannettavaa siinä olisi. Haastattelujen teko lopetettiin, kun haastatteluaineiston koettiin saturoituvan. Näiden lisäksi hyödynnettiin kahta äänitallennetta henkilöstön kehittämisen ja koulutustilaisuuksista.

Aineiston analysointimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä (Miles ja Huberman 1994, Hsieh ja Shannon 2005). Litteroitu haastatteluaineisto ja puhtaaksikirjoitettu havainnointiaineisto siirrettiin ATLAS.ti-ohjelmaan, joka mahdollisti aineiston koodaamisen ja järjestyksen. Analyysin alkuvaiheessa aineistosta valittiin jatkoanalyysia varten havainnointipäiväkirjoista ja haastatteluista ne osuudet, jotka liittyivät ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. Aineistolähtöisen koodauksen ja luokkien yhdistelyn tuloksena aineistosta muodostettiin kaksi pääluokkaa, yhteistyön muodot ja haasteet. Muodot-pääluokka muodostui kolmesta yläluokasta ja nämä puolestaan 3–6:sta alaluokasta. Esimerkiksi hoidon

yhteinen suunnittelu -yläluokka koostui kolmesta alaluokasta, joita olivat ongelmatilanteen ratkaisu, toimintatavan ehdottaminen ja mielipiteen kysyminen. Analyysin viimeisessä vaiheessa muotojen ja haasteiden kuvauksia tulkittiin yhteisesti tutkimusryhmän kesken. Tässä vaiheessa myös muotoja ja haasteita tarkasteltiin rinnakkain niin, että pystyttiin määrittelemään kullekin yhteistyön muodolle sille tyypillisimmät haasteet. Aineistokatkelmassa esiintyvien henkilöiden nimet on muutettu anonymiteetin suojelemiseksi.

## TULOKSET

Päivystystyöstä löydettiin tässä tutkimuksessa useita erilaisia moniammatillisen yhteistyön muotoja ja haasteita. Haasteet olivat yhteistyön ongelma-kohtia, jotka sisältyivät muotoihin. Esimerkiksi ammattiryhmien rinnakkaintyöskentely (muoto) sisälsi myös tiedonkulun ongelmia (haaste) ja epäyhtenäisiä toimintaperiaatteita (haaste). Muodoilla ja haasteilla on monitasoinen suhde: osa yksilöistä tai ammattiryhmistä saattoi nähdä tietyn asian mutkattomana yhteistyön muotona, kun taas toisille sama asia näyttäytyi haasteena. Seuraavissa luvuissa kuvataan kolmea tässä tutkimuksessa löydettyä yhteistyön päämuotoa ja niihin liittyviä haasteita. Aiemmassa tutkimuksessa esitetyn moniammatillisen yhteistyön määrittelyn perusteella ensimmäinen muoto ei ole varsinaista moniammatillista yhteistyötä vaan on määriteltävissä ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyksi (ks. D'Amour ym. 2005). Sen sijaan kahta jälkimmäistä voidaan luonnehtia moniammatilliseksi yhteistyöksi.

### AMMATTIRYHMÄN RINNAKKAINTYÖSKENTELY PÄIVYSTYKSEN HOITOPROSESSISSA

Keskeisimpiä yhteistyön muotoja päivystyspoliklinikalla oli päivystyspoliklinikan vastuiden ja työnjaon mukainen rinnakkaintyöskentely päivystyksen hoitoprosessissa. Tämä merkitsi sitä, että potilaiden hoito ei sisältänyt mitään ammattiryhmien työnjaosta poikkeavaa ja työntekijät eri ammattiryhmissä tekivät omaan työnkuvaansa kuuluvia tehtäviä. Toimintaan sisältyi potilaan diagnosoimista, erilaisia hoitotoimenpiteitä, kokeiden tilaamista, tietojen vaihtoa muiden yksiköiden kanssa, paperitöitä ja kirjaamista sekä potilaiden siirtoja. Toiminta perustui hoitoprosessin vakiintuneeseen toteutustapaan, ja ammattiryhmien yhteistyö tapahtui suoralla hoitotoimenpiteen määräyksellä, avunpyyntöinä toimenpiteeseen tai yhdessä keskustellen potilaan tilanteesta.

Potilaan hoitoprosessissa tapahtuvaan ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyyn keskeisesti liittyviä haasteita olivat tiedonkulun ongelmat, epäyhtenäiset toimintaperiaatteet ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat. Tiedonkulun ongelmat merkitsivät joko epätarkkaa tietoa tai tiedon puuttumista kokonaan: työntekijät saattoivat esimerkiksi tehdä samaa asiaa toisistaan tietämättä, kun samanaikaisesti toisessa työsuorituksessa olisi tarvittu tekijöitä. Myös hoitovälineitä tai papereja saattoi olla kadoksissa. Seuraava kenttämuistiinpanokatkkelma kuvaa työtehtävien hoitamisen ajoittaisen päällekkäisyyden ongelmaa:

Emma (hoitaja) soittaa ja kysyy potilaskuljettajaa. On kuulemma neljään saakka. Emma tilaa molemmille POSiin lähtijöille kuljettajan. Joel (hoitaja) tulee saman informaation kanssa. Eli molemmat hoitivat samaa asiaa.

Myös papereissa tai sähköisissä potilastiedoissa ilmeni toisinaan epäselvyyksiä, jolloin työaika kului ylimääräiseen tarkistamiseen. Epäselvyyksien syinä pidettiin kiirettä, henkilökunnan vaihtuvuutta, yksilöiden asenteita, organisaatiomuutoksia ja epäyhtenäisiä tapoja toteuttaa organisaation toimintaohjeita. Seuraava kenttämuistiinpanokatkkelma ilmentää toimintaohjeisiin liittyviä tiedonkulun ongelmia:

Kansliassa totesivat yhdessä, että kolaripotilas ei olisi alunperinkään kuulunut pth:n päivystykseen vaan suoraan operatiiviselle. Operatiivisella oli ”sääntö” että kaikki kolaripotilaat, joilla auto mennyt katon kautta ympäri, tulevat automaattisesti operatiiviselle. Triagessa tätä ei ilmeisesti kuitenkaan tiedetty.

Myös fyysisen työympäristön ongelmat asettivat haasteita toiminnalle. Osa henkilökunnasta oli tyytymätöntä päivystyksen tilaratkaisuihin: potilaiden ja henkilökunnan hyvinvointia ja yhteistyötä vaikeuttivat heikko äänieristys, ahtaat ovi- aukot ja käytävät sekä puutteelliset potilaswc-tilat. Tämä on haaste moniammatilliselle vuorovai- kutukselle siinä mielessä, että potilaan hoitoprosessin etenemisen näkökulmasta jokin keskeinen tieto voi jäädä kertomatta, jos hoitohenkilöstön edustaja ei esimerkiksi pysty ahtauden vuoksi olemaan paikalla. Tai, hoitotilanteessa potilasta koskevaa tietoa ei voi sanoa ääneen potilaan yksityisyyden suojan turvaamiseksi. Päivystyksen toimintatarkoituksen ja tilasuunnittelun huomioon ottaen myös ruuhkatilanteet olivat merkittävä haaste ja monimutkainen prosessi. Ruuhkat päivystyksessä johtuivat esimerkiksi täynnä olevista

jatkohoitopaikoista, päivystysalueen sisäisestä henkilökuntavajeesta, tai äkillisistä piikeistä potilasmäärissä tai tapausten lääketieteellisessä vaikeudessa.

Kaiken kaikkiaan päivystyksen hoitoprosessissa havaitut ongelmat ovat samankaltaisia kuin aiemmassa tutkimuksessa kuvatut toimintahäiriöt sairaaloissa (esim. Tucker ja Edmondson 2003). Henkilökunta toi ongelmia esille esimerkiksi erilaisissa kokouksissa ja kehittämistilaisuuksissa. Seuraavassa katkelmassa hoitaja kommentoi ruuhkaongelmaa:

Se asenne myöskin siitä, että jos meillä on shokkihuoneessa paljon potilaita, niinkun monta kertaa tulee, ja sinne jämähtää, niin se nopean siirron mahdollistaminen sieltä esimerkiksi päivystysosastolle, mikä siinä lähellä on. Että sillä nyt ei tosiaan kuuluisi sitä, että kun ei oo siivottu, kun se oottaa kyytiä. Siis sehän puurouttaa koko jutun näin, koska jos aatellaan, et yhdessä aamuvuorossa tai iltavuorossa seitsemän ennakkoon, kaikki tulee shokkariin ja siellä kaks venaa paikkaa, niin eihän se oo niinkun, ei siinä oo mitään jär- keä.

Edellä oleva katkelma kuvaa sitä, kuinka hoitoprosessin ongelmia kommunikointiin hallinnolle. Johto vaikutti siis olevan varsin tietoinen ongelmista ja pyrki myös ratkaisemaan niitä. Tämän tyyppinen toisen asteen ongelmanratkaisu mahdollistaakin organisaation kehittämisen. Ongelmien ratkaisu hallinnon tasolla oli kuitenkin varsin työlästä, koska lääkärin ja hoitajien työtä johdetaan erillään eikä moniammatillisuus hoitoprosessin koordinoinnissa toteudu kovinkaan hyvin. Esimerkiksi yllä kuvatun ruuhkaongelman selvittely vaati lääkärin ja hoitotyön johdoilta erilliset ratkaisut. Viime kädessä syy tähän ei ollut vain sairaalan hallinnon tasolla, vaan myös kansallisella tasolla lääkärin ja hoitajien erillisten työehtosopimusten vuoksi.

Edellä mainitut seikat kuvaavat rinnakkaintyöskentelyn ja moniammatillisuuden monimutkaista suhdetta terveydenhuollossa: tavallisessa potilastyössä ei havaintojemme mukaan ole tarvetta siirtyä rinnakkaintyöskentelystä moniammatillisuuteen, vaan tarve kiinteämpään moniammatilliseen yhteistyöhön on ennemminkin hoitoprosessin koordinoinnissa. Virheistä ja ongelmista huolimatta hoitoprosessi vaikutti useimmiten toimivan varsin hyvin. Myös haastatellut henkilökunnan jäsenet olivat enimmäkseen tyytyväisiä hoitoprosessin toimivuuteen. Tätä tukevat myös



omat havaintomme, esimerkiksi seuraava katkelma kenttäpäiväkirjasta:

Palaamme konservatiivisen kansliaan, jossa on selvästikin alkamassa klo 13.00 ruuhka. Uusia potilaita tulee sisään. Touhu on nopea-tempoista. Hoitajat kulkevat paikasta toiseen. Ja lääkärit katsovat potilaita nopeaan tahtiin. Yhteistyö vaikuttaa sujuvalta. Potilaat otetaan vastaan ja lääkärit menevät katsomaan potilaita kohtuu nopeaan tahtiin.

#### HOIDON YHTEINEN SUUNNITTELU

Keskeinen moniammatillisen toiminnan muoto päivystystyössä oli hoidon yhteinen suunnittelu. Yhteisessä suunnittelussa kyse ei ollut vain lääkärin antamasta suorasta ja yksiselitteisestä määräyksestä, vaan hoitotoimenpiteistä neuvoteltiin eri ammattiryhmien kesken. Näitä ammattiryhmiä olivat useimmiten lääkärit ja hoitajat, mutta myös esimerkiksi vartijat, poliisit tai ensihoitajat. Hoidon yhteinen suunnittelu sisälsi ongelmatilanteiden ratkaisemista, toimintatavan ehdottamista tai mielipiteen kysymistä. Päivystystyölle tyypillisesti aikaa oli usein vähän ja päätöksenteon tuli olla nopeaa. Yhteisessä suunnittelussa ammattiryhmien väliset rajat saattoivat hämärtyä, mutta rajojen ylitys ei merkinnyt organisaatiohierarkian mukaisten vastuiden loukkaamista. Toisin sanoen käsiteltävä asia saatettiin kyseenalaistaa, mutta ei lain määräämää auktoriteettia. Seuraava kenttämuistiinpanokatkkelma kuvaa tilannetta, joka sisältää sekä hoidon yhteistä suunnittelua että ammattirajojen ylittämistä:

Lähtiessämme kahvihuoneesta triagessa on paari potilas tulossa sisään. Päätetään lähteä perään. Potilas viedään operatiiviselle toimenpidehuoneeseen. [...] Taitava hoitaja (tai lääk. vahtim.?) Pekka ja harjoittelija puuhaavat potilaan murtuneen jalan kanssa. Kirurgit kävivät paikalla myös ja tilattiin kuvia. Aluksi ilmeisesti lääkärin päättämänä tilattiin vain nilkasta, mutta ilmeisesti Pekka huomaa myöhemmin myös polvessa kuvattavaa ja huutaa kansliaan, että polvestakin tarvittaisiin kuva. Tieto meni kansliassa olevan hoitajan kautta (tai ehkä suoraankin) kanslian viereisessä huoneessa istuvan lääkärin korviin. [...] Toimenpidehuone on täynnä hoitajia ja lääkäreitä jotka neuvottelevat potilaan hoidosta. Josakin vaiheessa lääkäri(t) lähtee ja Pekka ja harjoittelija jäävät ilmeisesti laittamaan väli-aikaista kipsiä jalkaan. Jonkin ajan kuluttua kipsi on valmis. Huoneesta kuuluu vielä Pekan ääni, joka kertoo harjoittelijalle leikkauk-

sesta. Hetken kuluttua Pekan reflektointi murtumatapauksesta jatkuu vielä kansliassa. Pekka mainitsee polven kuvauksesta (jonka hän on siis pyytänyt lääkärin pyytämän kuvan lisäksi).

Vaikka tilat koettiin paikoin epäkäytännöllisiksi, niiden mainittiin myös helpottavan ammattiryhmien välistä yhteistyötä, mikä ilmenee myös aineistokatkelmassa siten, että tieto hoitajalta lääkärille kulki varsin luontevasti huoneesta toiseen. Yksilöistä ja tilanteista riippuen ammattirajojen ylitys tapahtui erilaisin vuorovaikutuksellisin keinoin, kuten suoralla tai epäsuoralla ehdotuksella, kysymyksellä tai erimielisyyden ilmaisulla. Seuraava aineisto-ote kuvastaa rajojen ylitystä erimielisyystilanteessa:

Lääkärin ja hoitajan välillä mielenkiintoinen hetki. Lääkäri sanoi jonkun olevan tosi kipeä ja pyysi katetointia. Hoitaja vastasi että ultralla nykyisin katotaan. Lääkäri muistaakseni sanoi siihen, että kirurgi(t) ei pidä ultraa luotettavana. Hoitaja: ”on se ollut...” Hoitaja lähti antamaan kipulääkettä, enkä tiedä, mitä lopulta tehtiin, ultrattiinko vai katetrotiinko. Lääkärin ja hoitajan välillä siis tässä pieni ystävällinen erimielisyys.

Kuten edellä kuvattu katkelma osoittaa, hoidon yhteistä suunnittelua koskevat haasteet olivat luonteeltaan vuorovaikutuksellisia. Tehokas ja tarkoituksenmukainen toiminta ja samanaikainen mukautuminen sairaalahierarkiaan edellytti hoitajilta ja lääkäreiltä tietynlaisia vuorovaikutusstrategioita. Hoitohenkilöstö osallistui hoidon suunnitteluun useimmiten kysymällä, joka oli toimiva strategia sekä ehdottaa toimenpiteitä ja keiteitä että samalla kunnioittaa lääkärin päätösvaltaa. Koska kysyminen oli hoitohenkilöstön tavallinen tapa osallistua hoidon suunnitteluun, edellä mainitut aineistokatkelmat kuvaavat poikkeuksellisia tilanteita: Molemmissa tapauksissa hoitaja käytti kysymyksen sijaan suoraa ilmausta. Tapa tulla toimeen hierarkkisissa rakenteissa oli myös yhteinen huumori, joka tämän tutkimuksen perusteella oli toistuva vuorovaikutuksen piirre. Huumorin avulla voitiin myös purkaa paineita ja käsitellä vaikeita työtilanteita.

Lääkärin näkökulmasta tavallinen tapa suunnitella hoitoa yhdessä hoitohenkilöstön kanssa oli kommunikoida nopeasti ja lyhyesti. Selkein selitys tälle on päivystystyön kiireellisyys. Aiempi tutkimus akuuttihoidon lääkärin ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta kuvaa sitä lääkärin osalta lääketiedekeskeiseksi ja tyylyksi (Reeves ym.



2009, Nugus ym. 2010). Tässä tutkimuksessa lääkärin havaittiin kommunikoivan hoitajien kanssa lyhyesti ja ytimekkäästi, mutta ei epäystävällisesti. Lääkärit eivät perustelleet määräyksiään tai selittäneet kuinka hoito tuli toteuttaa, ellei hoitaja erikseen tätä kysynyt. Tämänäyttöisen kommunikaation tulkitsemme lääkärin tavaksi osoittaa luottamusta hoitajien ammattitaitoon (ks. myös Carmel 2006a). Hoitajilla ja lääkäreillä on suuri määrä yhteistä tietoa kliinisestä työstä ja hoidosta (Carmel 2006b), minkä vuoksi kaikkea ei tarvitse selittää ääneen.

Hoitajien ja lääkärin yhteinen hiljainen tieto mahdollistaa tehokkaan neuvottelun ja sujuvan yhteistyön, mutta tekee samalla uusien työntekijöiden perehdytyksestä ja toiminnasta haastavaa. Havaitimme kokeneiden hoitajien sanallistavan kliinistä tietoa uusille työntekijöille ja harjoittelijoille. Päivystyspoliklinikka on myös monien vastavalmistuneiden lääkäreiden työpaikka, minkä vuoksi hiljaisen tiedon sanallistaminen on tarpeellista. Uusien työntekijöiden ja harjoittelijoiden perehdyttäminen tapahtui kuitenkin nopeiden hoidon suunnittelutilanteiden ulkopuolella. Näin tapahtui myös edellä olevassa katkelmassa, jossa hoitaja selitti leikkausta harjoittelijalle hoitoa koskeneen suunnittelun ja neuvottelun jälkeen. Neuvominen ja selittäminen olivat sen sijaan tavallisia seuraavaksi kuvattavassa moniammatillisen yhteistyön muodossa.

#### VAATIVIEN POTILASRYHMIEN HOITO

Hoidon yhteisen suunnittelun ohella keskeinen moniammatillisen yhteistyön muoto oli mielen-terveys-, huume- ja väkivaltaisten potilaiden hoito sekä kiireellisen potilaan hoito shokkihuoneessa. Mielen-terveyspotilaiden hoidossa paikalla oli useimmiten psykiatrinen tiimi, ja virka-apua etenkin potilaiden siirtoihin pyydettiin usein myös vartijoilta tai poliiseilta. Nämä kaksi ammattiryhmää olivat näkyvässä osassa myös huume- ja väkivaltaisia potilaita hoidettaessa. Kaikkiaan turvallisuushenkilöstön rooli päivystystyössä ulottui muun henkilöstön ja potilaiden kanssa keskustelusta ja valmiudessa olosta toimintatilanteisiin, joita olivat esimerkiksi potilaiden siirroissa avustaminen tai häiritsevästi käyttäytyvän potilaan taltuttaminen. Seuraava aineistoesimerkki kuvaa turvallisuushenkilöstön osallistumista mielen-terveyspotilaan hoitoon:

Potilas vaatii poliisin paikalle ja perustelua omalle läsnäololleen. Uhkaa jo oikeusjutulla ja sanoo, että häntä pidetään vastentahtois-

ti paikalla. Vartijat tulevat paikalle, mutta potilas vaatii poliisin. Ongelma potilaalla on se, että hänelle ei ole kerrottu, miksi hän on edelleen paikalla. Jarmo (lääkäri) on mukana [psykiatrisen] tiimin ja vartijoiden kanssa. Lopulta kun potilas ei suostu yhteistyöhön, vartija ehdottaa, että tehdään virka-apupyynn- tö siirrosta. Paikalle tulee siis sekä poliisi että ambulanssi (siirtoa varten). Paul (hoitaja) tekee pyynnön. Potilas jää käytävälle ja kaksi vartijaa siihen hänen kanssaan.

Myös kiireellisen potilaan hoito shokkihuoneessa oli näkyvä moniammatillisuuden muoto päivys-tyksessä; ammattiryhmät toimivat yhdessä potilaan tilan vakauttamiseksi ja vaivan diagnosoimiseksi. Useita toimintoja (esimerkiksi hoitotoimen- piteet, puhelut muihin yksiköihin, laitteiden sää- täminen) limittyi keskenään tilanteissa, jotka vaativat usein nopeutta. Toiminnan täytyi olla mahdollisimman tehokasta, jotta potilaan vointi korjaantuisi; tehokkuutta edisti esimerkiksi kaik- kien ammattiryhmien ennakkotieto kyseessä ole- vasta potilaasta. Seuraava aineistokatkelma ku- vaa onnistunutta yhteistyötä shokkihuoneessa:

Shokkihuoneeseen tuodaan naispotilas, jolla epäilty ketoasidoosi. Ensihoitajat jäävät poti- laan jalkopäähän keskustelemaan Tommin (lääkäri) kanssa diagnoosista ja odottelemaan diagnoosia. Kaksi hoitajaa pukemassa poti- lasta, yksi astruppikoneella ja antaa tulokset Tommille. Ensihoitajat toteavat, että heidän diagnoosinsa oli oikein. Tommi sanoo, että insuliini-infuusion saisi aloittaa. Hoitaja ky- syy, monellako. Tommi ei muista, katsovat yhdessä ohjekansiosta. Kaksi hoitajaa hoitaa, Tommi katsoo koneelta määriä, hoitaja me- nee myös katsomaan. Katsovat yhdessä. Tom- mi selvittää, hoitaja varmistaa määrät. Hoita- ja soittaa potilaasta teholle.

Yksi hoitajista on lähdössä hakemaan (il- meisesti insuliinia) mutta Tommi sanoo, että jokin toinen merkki (?) käy (jota shokkihuo- neen kaapissa on). Neuvottelevat, otetaanko thorax ja tehdäänkö infuusio täällä vai teholla. Tommi sanoo: ”otetaan täällä”. Hoitaja ryhtyy täyttämään ruiskua. Toinen hoitaja (Irene, kokeneempi) kysyy, tarviitko apua. Ruiskua täyttävä kysyy neuvoa. Irene neuvoo. Tommi tekee sanelua, kyselee Ireneltä arvoja ja Irene kertoo. Ruiskua täyttänyt hoitaja jut- telee asiasta kolmannen, nuoren (ja ilmeisesti kokemattomimman) hoitajan kanssa. Pyysi myös Ireneä kaveriksi, koska ei ole näillä ai- neilla ennen infuusiota tehnyt. Sanoo Tom- mille: ”Bolus kymmenen millia, eikö niin?” Tommi: ”Mä sanelin 12...” Tommi kysyy ka-

liumia, toteaa että tässä on nyt menossa se infuusio. Toteavat myös, että kaliumkorvaushoito annetaan teholla.

Palatessamme Tommin vastaanottohuoneeseen kysyn onko tavallista, että ensihoitajat jäävät odottelemaan diagnoosia. Tommi sanoi että ei ole tavallista. Tässä tapauksessa jäivät, koska tilanne harvinainen ja oli vähän aikaa sitten kouluttanut ensihoitajia ketoasidoosista. Tommin mukaan shokkihuoneen hoitotiimi toimi täydellisesti.

Kuten edellä kuvattu katkelma osoittaa, moniammatillinen yhteistyö sisälsi myös toisen ammattiryhmän opastamista ja uusien kliinisten taitojen oppimista. Opastaminen liittyi esimerkiksi tilanteisiin, jossa oli kokeneita ja kokemattomampia työntekijöitä. Opastaminen liittyi myös esimerkiksi konsultaation pyytämiseen, potilastietojen kirjaamiseen tai organisaation toimintatapoihin. Opastaminen saattoi tarkoittaa yksittäisissä tilanteissa neuvomista tai järjestelmällisempää perehdyttämistä. Yksi keskeisistä tässä tutkimuksessa löydettyistä moniammatillisuuden haasteista liittyi myös opastamiseen ja perehdyttämiseen: työsuhteiden tai vuorojen vaihdoksista johtuva työntekijöiden jatkuva vaihtuvuus edellyttää tehokasta ja jatkuvaa perehdyttämistä ja yleistä työhön opastamista. Havaintojemme mukaan edellä mainittujen potilasryhmien hoidossa perehdytys ja opastaminen tapahtuivat moniammatillisen työn ohella ja sen yhteydessä. Sen sijaan kahdessa ensimmäisessä yhteistyön muodossa toisten työntekijöiden opastaminen ja perehdytys toteutuivat ammattiryhmittäin. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kannalta tärkeänä on pidetty terveydenhoitohenkilöstön koulutuksen ja työssä oppimisen moniammatillisuuden lisäämistä (esim. Leathard 2003). Vaativien potilasryhmien hoidon moniammatilliset koulutukset ja harjoitukset, kuten traumatiimi- ja elvytysharjoitukset näyttäisivät tuottaneen tulosta ja edistäneen moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillinen osaaminen ei kuitenkaan automaattisesti siirry näiden tilanteiden ulkopuolelle. Jos halutaan edistää moniammatillista yhteistyötä myös muissa päivystystyön tilanteissa, moniammatillinen perehdyttäminen, harjoittelu ja koulutus kytkettynä näihin työtilanteisiin tai hoitoprosessiin vaiheisiin olisi tarpeen.

#### POHDINTA

Moniammatillista yhteistyötä päivystystyössä määrittävät kontekstin tyypilliset piirteet, kuten

nopea työtahti ja jatkuvat muutokset hoitoryhmissä. Tässä tutkimuksessa määriteltiin kolme yhteistyön päämuotoa, joita olivat ammattiryhmien rinnakkaintyöskentely päivystyksen hoitoprosessissa, hoidon yhteinen suunnittelu ja vaativien potilasryhmien hoito. Näistä kaksi jälkimmäistä määriteltiin varsinaiseksi moniammatilliseksi yhteistyöksi (McCallin 2001, D'Amour ym. 2005). Tulosten mukaan päivystyksen hoitoprosessin työkäytänteitä voitiin luonnehtia ensinnäkin ammattiryhmien rinnakkaintyöskentelyksi, joka ei siis sisältänyt moniammatillista yhteistyötä sen ideaalissa muodossa. Tässä tutkimuksessa sairaalan toimintahäiriöiden (ks. Tucker ja Edmondson 2003) havaittiin liittyvän nimenomaan tähän muotoon. Toiseksi hoidon yhteinen suunnittelu moniammatillisen yhteistyön muotona edellytti ammatillisten rajojen ylitystä ja yhteistä ongelmanratkaisua. Kolmas muoto eli vaativien potilasryhmien hoito muistutti eniten moniammatillisen yhteistyön ideaalia (esim. D'Amour ym. 2005), joka edellytti erityisen tehokasta ammatillisten rajojen ylitystä ja ongelmanratkaisua esimerkiksi shokkihuoneessa.

Tämä tutkimus toi lisää tietoa päivystystyön konteksteista ja moniammatillisista yhteistyötilanteista, joista on varsin vähän tutkimustietoa (Lemieux-Charles ja McGuire 2006). Tässä tutkimuksessa havaittiin myös, että moniammatillisuuden aste ja tarve vaihtelee organisaation eri tasoilla ja työsuorituksen tarkoituksen mukaan. Aiemmassa tutkimuksessa moniammatillisuus on kuvattu terveydenhoidon ideaalitalanteena (esim. D'Amour ym. 2005), mutta tämän tutkimuksen perusteella – riippuen tilanteesta ja työsuorituksesta – moniammatillisuuden ei aina tarvitse olla hyvän työkäytännön edellytys (ks. myös Nugus ym. 2010). Jos nykyiset päivystystyön työkäytännöt toimivat, niitä ei välttämättä ole tarpeen muuttaa moniammatillisemmiksi tai pyrkiä vähentämään hierarkiaeroja vain sen vuoksi, että tämä on esitetty ideaalitalanteena. Päivystystyössä rinnakkaintyöskentely ja moniammatillinen yhteistyö vaikuttavat olevan luontevia ja toimivia hoitokäytänteitä, eikä esimerkiksi shokkihuoneen käytänteissä ja vuorovaikutuksessa havaittu tässä tutkimuksessa ongelmia (vrt. Rekola ym. 2005). Selkein tarve moniammatillisuudelle oli hoitoprosessin johtamisessa ja koordinoinnissa toimintahäiriöiden välttämiseksi. Ohjeiden yhtenäistäminen, koordinointi ja tehokas tiedottaminen tukisivat koko työyhteisön ja erityisesti uusien työntekijöiden toimintaa. Päivystystyössä tapahtuvaa

moniammatillista toimintaa luonnehti myös lääkärin ja hoitajien välisen kommunikaation ytimekkyys ja yhteinen hiljainen tieto. Hiljaisen, ääneen lausumattoman tiedon suuri määrä henkilökunnan vaihtuvuuden ohella tuo suuria haasteita työntekijöiden perehdyttämiselle.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin päivystyspoliklinikan toimintaa, mutta tehokas yhteistyö ja työn kehittäminen ovat tarpeen myös muualla terveydenhuollossa. Samankaltaisia tuloksia on saatu esimerkiksi leikkaussalista (esim. Collin ym. 2010). Näiden perusteella tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää jossain määrin muuallakin akuuttihoidossa, jossa lääketieteen dominanssi on vahva. Laadullinen aineisto ei kuitenkaan mahdollista varsinaisia yleistyksiä (Patton 2002) eikä se ole tässäkään tutkimuksessa tarkoituksena, koska Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalue on toimintaympäristönä varsin ainutlaatuinen eikä sen toimintaprosesseja sellaisenaan pysty siirtämään muihin vastaaviin konteksteihin. Tuloksissa havaintojen yleisyydellä ja useudella olemme tarkoittaneet havaintojen toistuvuutta omassa aineistossamme. Tämän tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan

tutkija- ja menetelmätriangulaatiolla, ja aineistonkeruu ja analyysi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Päivystysalueen työntekijät ovat myös itse lukeneet löydöksistämme ja todeneet niiden vastaavan heidän arkista toimintaansa (ks. Hammersley ja Atkinson 2007). Havainnot ja aineistosta tehdyt tulkinnat ovat laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin aina jossain määrin subjektiivisia. Tulkintojen uskottavuutta olisi voinut vielä vahvistaa palaamalla päivystysalueelle kysymään tehdyistä löydöksistä systemaattisemmin.

Sairaaloissa painotetaan usein yksilötason ongelmanratkaisua (esim. Tucker ja Edmondson 2003), jolloin ryhmätaso jää vähemmälle huomiolle. Tarvitaan vielä lisätietoa siitä, millaisia vaikutuksia hoitoprosessin koordinaation ja johtamisen kehittämisellä moniammatillisemmaksi olisi toimintaohjeiden yhtenäistämiseen ja häiriöiden ehkäisemiseen. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on myös tarpeen vahvistaa ja kehittää moniammatillista koulutusta sekä koulutuksellisissa että kliinisissä ympäristöissä (ks. myös esim. Kilminster ja Zukas 2007).

Collin K, Valleala UM, Herranen S, Paloniemi S, Pyhälä-Liljeström P. Forms and challenges of interprofessional collaboration in the treatment process of medical emergency work  
*Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2012;49:31–43

Enhancing interprofessional collaboration has been offered as a solution to a variety of current issues in health care and it's been seen to improve patient safety and well-being at work, for example. In this paper we aim to identify different forms and challenges of interprofessional collaboration in an emergency unit at a **hospital in Finland**. Ethnography was applied as the methodological strategy. Empirical data were collected with the help of observations, audio taping and interviews. The data were analyzed with qualitative content analysis. Three forms of collabora-

tion were found: multiprofessional involvement with the emergency treatment process, mutual planning of patient care and treatment of challenging patient groups, such as urgent patients. Collaboration also faced various challenges, such as information breakdowns and inconsistent practices. Interprofessionalism doesn't always have to be the state to be aimed at if the prevailing work practices function well, but coordination of the treatment process, in particular, needs to be developed more collaboratively to promote shared understanding among all employees.

## KIRJALLISUUS

- Baker DP, Day R, Salas E. Teamwork as an essential component of high reliability organizations. *Health Serv Res* 2006;41:1577–98.
- Bleakley A, Boyden J, Hobbs A, Walsh L, Allard, J. Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multi-professionalism to inter-professionalism. *J Interprof Care* 2006;20:461–70.
- Cameron KA, Engel KG, McCarthy DM, Buckley BA, Mercer Kollar LM, Donlan SM, Pang PS, Makoul G, Tanabe P, Gisondi MA, Adams JG. Examining Emergency Department Communication through a Staff-Based Participatory Research Method: Identifying Barriers and Solutions to Meaningful Change. *Ann Emerg Med* 2010;56:614–22.
- Carmel S. Boundaries obscured and boundaries reinforced: incorporation as a strategy of occupational enhancement for intensive care. *Sociol Health Illn* 2006a;28:154–77.
- Carmel S. Health care practices, professions and perspectives: A case study in intensive care. *Soc Sci Med* 2006b;62:2079–90.
- Cole E, Crichton N. The culture of trauma team in relation to human factors. *J Clin Nurs* 2006;15:1257–66.
- Collin K, Paloniemi S, Mecklin J-P. Promoting inter-professional teamwork and learning – the case of a surgical operating theatre. *Journal of Education and Work* 2010;23:43–63.
- Couturier Y, Gagnon D, Carrier S, Etheridge F. 2008. The interdisciplinary condition of work in relational professions of the health and social care field: A theoretical standpoint. *J Interprof Care* 2008;22:341–51.
- D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martín-Rodríguez LS, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005;Supplement1:116–31.
- Edmondson AC, Bohmer R, Pisano GP. Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Adaptation. *Administrative Science Quarterly* 2001;46:685–716.
- Engström Y. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittäminen työssä. *Vastapaino*, Tampere 2004.
- Fernandez R, Kozlowski SWJ, Shapiro MJ, Salas E. Toward a Definition of Teamwork in Emergency Medicine. *Acad Emerg Med* 2008;15:1104–112.
- Gordon T, Hynninen P, Lahelma E, Metso T, Palmu T, Tolonen T. Collective ethnography, joint experiences and individual pathways. *Nordisk Pedagogik* 2006;26:3–15.
- Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography. Principles in practice*. Taylor & Francis, London 2007.
- Housley W. *Interaction in multidisciplinary teams*. Ashgate, Aldershot 2003.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005;15:1277–88.
- Hyttinen H, Hämäläinen P. Ensiapupoliklinikan potilasprosessi. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 1999. [http://www.pkssk.fi/alltypes.asp?d\\_type=1&menu\\_id=319&menupath=300,313,319](http://www.pkssk.fi/alltypes.asp?d_type=1&menu_id=319&menupath=300,313,319)
- Jeffrey B, Troman G. Time for ethnography. *Brit Educ Res J* 2004;35:535–48.
- Kerosuo H. *Boundaries in Action. An Activity-theoretical Study of Development, Learning, and Change in Health Care Organization for Patients with Multiple and Chronic Illnesses*. Väitöskirja, Helsingin yliopisto 2006.
- Kilminster S, Zukas M. Shifting professional boundaries through interprofessional education: A case of wishful thinking? Paper presented at the RWLS Conference, December, in Cape Town, South Africa 2007.
- Knuutila J, Ruuhilehto K, Wallenius J. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotto. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2008.
- Leathard A. (toim.) *Interprofessional collaboration. From policy to practice in health and social care*. Brunner-Routledge, Hove and New York 2003.
- Lemieux-Charles L, McGuire W. What do we know about health care team effectiveness: A review of literature. *Med Care Res Rev* 2006;63:1–38.
- Leppänen A, Hopsu L, Klemola S, Kuosma E. Does Multi-Level Intervention Enhance Work Process Knowledge? *Journal of Workplace Learning* 2008;20:416–30.
- Liveng A. Learning and recognition in health and care work: an inter-subjective perspective. *Journal of Workplace Learning* 2010;22:41–52.
- McCallin A. Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *J Clin Nurs* 2001;10:419–28.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Sage, Thousand Oaks 1994.
- Millward LJ, Jeffries N. The team survey: a tool for health care team development. *J Adv Nurs* 2001;35:276–87.
- Nikander P. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon työkaluna ja haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääk Aikak* 2003;40:279–90.
- Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J, Braithwaite J. How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med* 2010;71:898–909.
- Paloniemi S, Collin K. Mitä ihmettä on kollektiivinen etnografia? Kokemuksia organisaatiotutkimuksesta. Teoksessa Aaltola J, Valli R. (toim.) *Ilkkunoita tutkimusmetodeihin II*. PS-kustannus, Jyväskylä 2010, 204–221.
- Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage, Thousand Oaks 2002.
- Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *J Interprof Care* 2008;22:133–47.
- Reeves S, Freeth D. New forms of technology, new forms of collaboration? Teoksessa Leathard A.

- (toim.) Interprofessional collaboration. From policy to practice in health and social care. Brunner-Routledge, Hove and New York 2003, 79–92.
- Reeves S, Rice K, Conn LG, Miller K-L, Kenaszchuk C, Zwarenstein M. Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *J Interprof Care* 2009;23:633–45.
- Rekola L, Isoherranen K, Koponen L. Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* 2005;3:16–21.
- Saaren-Seppälä T. Yhteisen potilaan hoito. Tutkimus organisaatioajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto 2004.
- San Martín-Rodríguez LS, Beaulieu M-D, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005;Supplement1:132–47.
- Scholes J, Vaughan B. Cross-boundary working: implications for the multiprofessional team. *J Clin Nurs* 2002;11:399–408.
- Sigaud L. A collective ethnographer: fieldwork experience in the Brazilian Northeast. *Soc Sci Inform* 2008;47:71–97.
- Stenner K, Courtenay M. The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *J Adv Nurs* 2008;63:276–83.
- Tucker AL, Edmondson AC. Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change. *Calif Manage Rev* 2003;45:55–72.
- Woods P, Boyle M, Jeffrey B, Troman G. A research team in ethnography. *International Journal of Qualitative Studies in Education* 2000;13:85–98.
- KAIJA COLLIN**  
KT  
*Jyväskylän yliopisto*  
*Kasvatustieteiden laitos*
- ÜLLA MAIJA VALLEALA**  
KT  
*Jyväskylän yliopisto*  
*Kasvatustieteiden laitos*
- SANNA HERRANEN**  
KM  
*Jyväskylän yliopisto*  
*Kasvatustieteiden laitos*
- SUSANNA PALONIEMI**  
KT  
*Jyväskylän yliopisto*  
*Kasvatustieteiden laitos*
- PAULA PYHÄLÄ-LILJESTRÖM**  
TtM  
*Keski-Suomen Keskussairaala*  
*Päivystysalue*

### **3 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ PÄIVYSTYS- JA INFEKTIO-OSASTON KIERROILLA**

Sanna Herranen, Ulla Maija Valleala, Kaija Collin & Susanna Paloniemi

#### **Tiivistelmä**

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin moniammatillisen yhteistyön toteutumista päivystys- ja infektio-osaston kierroilla lääkärin, hoitajien ja sihteerien näkökulmista. Tutkimusstrategiana hyödynnettiin etnografiaa. Aineistonhankintatapoina käytettiin havainnointia ja haastatteluja, ja aineisto analysoitiin teemoittelemalla. Ammattiryhmät olivat yhtä mieltä kiertojen päätaivoitteista, mutta yhteistyö ei ollut saumatonta ja yhteistyötä koskevat odotukset poikkesivat toisistaan. Kehittämissideoina ehdotetaan esimerkiksi hyvien käytänteiden kirjaamista ja kiertoa koskevien yhteisten pelisääntöjen rakentamista. Kiertojen rakenteen ja käytänteiden selkeyttäminen voisi tukea aidosti moniammatillisen yhteistyön rakentamista.

#### **3.1 Johdanto**

Työelämän tutkimushankkeissa on perinteisimmin tarkasteltu työn organisointia ja työn jakoon liittyviä haasteita hyödyntämällä kvantitatiivisia ja interventioita sisältäviä tutkimusstrategioita. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että työprosessitiedon ja ryhmätoimintaprosessien kuvaaminen ja ymmärtäminen on haasteellista perinteisillä menetelmillä kuten lomakekyselyillä ja haastatteluilla (ks. esim. Leppänen, Hopsu, Klemola, & Kuosma, 2008). Tämän vuoksi onkin tärkeää havainnoida arjen työtoimintaa ja jokapäiväistä vuorovaikutusta (Nikander, 2003). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sairaalan osastokiertojen tavoitteita ja toteutumista moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta etnografisella lähestymistavalla.

Artikkelissa esitellyt tulokset pohjautuvat laajempaan ryhmätoiminnan ja moniammatillisuuden tutkimus- ja kehittämishankkeeseen (RYMY), joka toteutetaan Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueella (poliklinikka sekä päivystys- ja infektio-osasto) vuosina 2010–2012. Hankkeen tavoitteena on henkilöstöä osallistavalla otteella tarkastella päivystysalueyöskenteilyn toimintaprosesseja, moniammatillisuuden kannalta toimivia käytänteitä ja yhteistyön haasteita. Aiempaa tutkimustietoa päivystystyön moniammatillisista prosesseista ei juuri ole (Lemieux-Charles & McGuire, 2006).

#### **3.2 Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa**

Moniammatillisen yhteistyön vahvistamista on tarjottu ratkaisuksi terveydenhuollon moninaisiin haasteisiin. Terveydenhuollon tehtävien monimutkaisuuden lisääntyessä entistä paremman yhteistyön on nähty edistävän terveydenhoidon laatua kuten potilasturvallisuutta (Baker, Day, & Salas, 2006) sekä potilaslähtöistä, kokonaisvaltaista hoitoa (McCallin, 2001; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martín-Rodríguez, & Beaulieu, 2005; Baker ym., 2006). Mo-

niammattillista yhteistyötä vahvistamalla on pyritty vastaamaan myös toiminnan tehostamisen haasteisiin (D'Amour ym., 2005).

Moniammatillista yhteistyötä luonnehtii se, että työ, työkäytänteet ja työn kohde pyritään näkemään kokonaisuutena yhdistäen eri alojen osaamista ja asiantuntijuutta työyhteisössä ja työryhmässä (Housley, 2003). Moniammatillisuutta on tämän vuoksi kutsuttu myös yhteisölliseksi, jaetuksi asiantuntijuudeksi. Potilaiden hoitaminen on moniammatillista yhteistyötä tekevien yhteinen tehtävä, joka edellyttää yhteistyön ja tehtävien yhteensovittamista (Baker ym., 2006). Moniammatillista yhteistyötä työyhteisössä tai työryhmässä leimaa myös yhteistyöhön osallistuvilla ammattiryhmillä oleva yhteisesti ymmärretty työn tavoite, keskinäinen riippuvuus, kollegiaalinen ja tasa-arvoinen suhde sekä jaettu päätöksenteko (D'Amour ym., 2005; San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005). Tällaisia ideaaleja ja moniammatillisen yhteistyön piirteitä on terveydenhuollossa kuitenkin tavattu varsin harvoin. Todellisuudessa moniammatillinen yhteistyö vaikuttaisi toteutuvan terveydenhuollon työympäristöissä vaihtelevasti ja siinä esiintyy eroja organisaatioittain ja työtehtävittäin (Millward & Jeffries, 2001).

### 3.3 Yhteistyön haasteita osastokierroilla

Suurimpien esteiden moniammatillisen yhteistyön toteutumiseksi terveydenhuollossa on todettu johtuvan hierarkkisesti rakentuneesta organisaatiosta ja hallinnosta (Ramanujam & Rousseau, 2006). Hierarkkinen päätöksentekorakenne estää yhteisöllisen päätöksenteon erityisesti stressitilanteissa ja vaikeuttaa tiedonkulkua ja vuorovaikutusta eri ammattiryhmien ja eri päätöksenteon tasojen välillä (Nembhard & Edmondson, 2006; ks. myös Pisano, Bohmer, & Edmondson, 2001; Eriksson-Piela, 2003). Moniammatillinen yhteistyö toteutuukin usein toisistaan eroavien intressien ja odotusten risteyksessä (Copnell ym., 2003; Krogstad, Hofoss, & Hjortdal, 2004) johtuen esimerkiksi ammattikuntien erilaisista tehtävistä potilaiden suhteen ja virallisista tai koetuista ammattiasemista (Krogstad ym., 2004). Hierarkian ongelmia voidaan lieventää kehittämällä tiimityötä ja eri ammattiryhmien välistä vuorovaikutusta (Baker ym., 2006). Erityisesti keskinäisen luottamuksen kehittäminen ja avoin työilmapiiri on todettu tärkeiksi (San Martín-Rodríguez ym., 2005; Baker ym., 2006).

Osastokierrot ovat keskeinen osa hoidon suunnittelua, koulutusta ja ammattiryhmien yhteistyötä sairaaloissa (Creamer, Dahl, Perumal, Tan, & Koea, 2010; Fiddler ym., 2010), mutta niitä on tutkittu varsin vähän (Creamer ym., 2010). Kierron järjestämistapa on kontekstista riippuen vaihdellut neuvotteluhuoneessa henkilökunnan kesken pidetystä keskustelusta perinteiseen potilaiden luona kiertämiseen (Walton & Steinert, 2010). Vaikka kierrot periaatteessa ovat tilaisuus moniammatillisuuteen, käytännössä tämä toteutuu vaihtelevasti ja usein kierrot ovat varsin (erikois)lääkärijohtoisia (Weber, Stöckli, Nübling, & Langewitz, 2007; Walton & Steinert, 2010).

Perinteisen, lääkärijohtoisen kierron on yhtäältä koettu tuovan turvaa ja jäsenystä työhön, toisaalta estävän jäykkyydessään tehokkaan yhteistyön (Fiddler ym., 2010). Esimerkiksi hoitajien on useissa tutkimuksissa todettu olevan tyytymättömiä kiertoihin vähäiseksi jäävän roo-



linsa takia (ks. esim. Manias & Street, 2001). Ammattiryhmien välinen epätasa-arvo kierroilla vaikeuttaa yhteistyötä. Aiheellista olisikin hallintoon asti ulottuva kulttuurin muutos, jossa keskeisenä toimijana ovat kiertoja johtavat lääkärit. Jos he sitoutuvat muutokseen, muut lääkärit seuraavat todennäköisesti perässä. (Bradfield, 2010.)

Kierrot on tyypillisesti nähty lähinnä potilaiden informoimistilaisuutena, mutta ihanteellisimmillaan ne voisivat toimia antoisana vuorovaikutusmahdollisuutena sekä potilaiden ja henkilökunnan että henkilökunnan eri ammattiryhmien välillä. Kierrot ovat usein ainoita tilaisuuksia, joissa lääkärit, hoitajat ja potilaat voivat yhteisesti keskustella esimerkiksi hoidon tavoitteista tai kotiuttamisesta. (Weber ym., 2007.) Muutamissa tutkimuksissa on kokeiltu interventioita kiertojen kehittämiseksi moniammatillisempaan suuntaan, ja kokemuksia niistä on karotettu esimerkiksi kyselylomakkein (O’Leary ym., 2010) tai haastatteluin (Fiddler ym., 2010). Aidosti moniammatillisista kierroista on saatu varsin positiivisia tutkimustuloksia; esimerkiksi moniammatillisen kommunikaation työkaluna käytetyn jäsennellyn lomakkeen havaittiin tehostaneen yhteistyötä merkittävästi (ks. esim. O’Leary ym., 2010). Kiertoja käsitteleviä tutkimuksia on toteutettu erilaisilla osastoilla, myös akuuttihoitossa (ks. esim. Manias & Street, 2001), jossa esimerkiksi kommunikaation havaittiin olevan varsin lääkärikeskeistä. Kun hoitajat saivat mahdollisuuden puhua, heidän havaittiin antavan tietoa potilaista ja kysyvän kysymyksiä potilaan tai hänen omaistensa puolesta.

### **3.4 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset**

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kiertoja päivystys- ja infektio-osastolla, jossa on vaihtelevasti kaikkien lääketieteellisten erikoisalojen potilaita ja näin ollen myös useita samanaikaisia kiertoja. Tarkoituksena on tarkastella, miten moniammatillisen yhteistyön piirteet toteutuvat kierroilla eri ammattiryhmien (hoitajat, lääkärit, sihteerit) näkökulmista. Päivystys- ja infektio-osaston toiminnallisena tavoitteena on, että potilaat viipyisivät osastolla maksimissaan kaksi päivää; tämän ajan sisällä potilaat tulisi joko siirtää varsinaisille vuodeosastoille tai kotiuttaa. Edellä kuvatut seikat asettavat erityisiä haasteita sujuvalle yhteistyölle myös kierroilla. Tutkimuskysymyksinä ovat:

- 1) Mitkä ovat kiertojen päätavoitteet ja –sisällöt eri ammattiryhmien näkökulmasta?
- 2) Millaisia odotuksia eri ammattiryhmillä (lääkärit, hoitajat, sihteerit) on eri ammattiryhmien yhteistyöstä kierroilla?

### **3.5 Aineisto ja menetelmät**

Metodisena lähestymistapana tässä tutkimuksessa oli etnografia (ks. esim. Brewer, 2000; Woods, Boyle, Jeffrey, & Troman, 2000; Gordon ym., 2006; Sigaud, 2008), joka mahdollistaa tutkimuksen kohteen syvällisen ymmärtämisen. Aineistonhankintatapoina käytettiin havainnointia sekä yksilö- ja ryhmähaastatteluja. Osastokiertoja havainnoitiin yhteensä noin kymmenen tunnin ajan aina kaksi tutkijaa kerrallaan, ja aineiston tallennustapoina käytettiin kenttämuistiinpanoja ja äänitallenteita. Kenttämuistiinpanoihin pyrittiin kuvaamaan kiertojen si-



sältöä, yhteistyötilanteita ja ammattiryhmien vuorovaikutusta, jotta voitaisiin ymmärtää kiertojen käytänteitä ja analysoida moniammatillista yhteistyötä. Äänitallenteilla tallennettiin kiertojen yhteistyötilanteiden sanallista kommunikaatiota. Henkilöstön ja potilaiden välistä kommunikaatiota ei tallennettu. Haastattelujen teemoina olivat kiertojen tavoitteet, nykytila, haasteet, kehittämisideat ja ammattiryhmien odotukset toisilta ammattiryhmiltä. Näillä haluttiin selvittää, onko eri henkilöstöryhmillä jaettu ymmärrys yhteistyöstä, mikä on moniammatillisuuden keskeisimpiä edellytyksiä (D'Amour ym., 2005; San Martín-Rodríguez ym., 2005). Haastattelut tallennettiin ääninauhalle. Lisäksi hyödynnettiin henkilöstön kehittämisspäivässä nauhoitettua äänitallennetta, jota käytettiin haastattelujen täydentämiseen ja tutkijoiden tekemien tulkintojen verifiointiin. Kaikkiaan äänitallenteita oli yhteensä noin 105 minuuttia ja litteroitua aineistoa (kenttäpäiväkirjat ja tallenteet) noin 182 sivua.

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin teemoittelua (Tuomi & Sarajärvi, 2002; Braun & Clarke, 2006). Analyysia varten koko litteroitu aineisto siirrettiin ATLAS.ti-ohjelmaan, joka mahdollisti aineiston teemoittelun ja koodauksen. Ensin haastatteluaineisto koodattiin tutkimuskysymysten perusteella ja tarkoituksena oli löytää aineistosta kiertojen tavoitteita, haasteita, kehitystoiveita ja odotuksia, jotka olivat haastatteluteemoina. Tämä analyysin vaihe oli teorialähtöistä, eli aineistosta etsittiin aiemmasta tutkimuksesta esiin tulleita moniammatillisen yhteistyön piirteitä. Haastatteluaineiston analyysin jälkeen tarkasteltiin aineistolähtöisesti havainnointiaineistoa, jonka pohjalta saadut tulokset olivat samansuuntaisia haastatteluaineiston kanssa. Analyysin viimeisessä vaiheessa eri ammattiryhmien näkemyksiä vertailtiin keskenään. Tutkimukseen osallistuneiden anonyymiteetin turvaamiseksi aineistokatkelmissa esiintyvien henkilöiden nimet on poistettu.

Haastatteluihin osallistui kymmenen henkilökunnan jäsentä: hoitajia (n=5), sihteereitä (n=3) ja lääkäreitä (n=2). Haastateltavat ja havainnoitavat olivat pääosin samoja henkilökunnan jäseniä, mutta kierroilla havainnoitiin muitakin kuin haastatteluihin osallistuneita työntekijöitä. Tutkimuksessa havainnoitiin useiden eri lääketieteellisten erikoisalojen kiertoja. Kierroille osallistui tavallisesti erikoislääkäri, hoitajia ja osalle kierroista myös sihteeri ja erikoistuvia lääkäreitä.

### 3.6 Tulokset

#### 3.6.1 Kiertojen päätavoitteet, -sisällöt ja haasteet eri ammattiryhmien näkökulmasta

**Lääkärit** nimesivät kiertojen tärkeimmäksi tavoitteeksi potilasta koskevan tiedonvaihdon ja hoidon edistämisen. Tämän ohella tavoitteena tuotiin esille kiertojen ripeä toteutus, jotta potilaalle saataisiin hoitosuunnitelma ja tarvittavat kokeet voitaisiin tehdä samana päivänä. Lääkärit eivät pitäneet hoitajien läsnäoloa kierron jokaisessa vaiheessa ehdottoman tarpeellisena, jos tarvittavat tiedot olivat muulla tapaa saatavilla. Toisaalta ongelmana oli usein myös se, etteivät hoitajat ehtineet osallistua kierrolle. Havaintojen perusteella lääkärit pyrkivät kierroilla vuorovaikutukseen potilaan kanssa ja kierto onnistui, vaikka hoitaja ei aina ollut paikalla. Ilman hoitajaa kiertäminen oli kuitenkin mahdollista vain potilaan ollessa niin hyväkuntoinen, että tämä pystyi itse kertomaan voinnistaan.

Lääkärien näkökulmasta kiertojen haasteet liittyivät paljolti lääketieteeseen ja tietojärjestelmiin. Ongelmaksi koettiin esimerkiksi ajantasaisten koetulosten puuttuminen kierron aikaisen ajankohdan vuoksi. Myös esimerkiksi osastolääkitysjärjestelmä koettiin varsin kankeana ja työläänä. Havaintojen perusteella lääkärit joutuivat kiertojen aikana toteuttamaan muitakin kuin kiertoihin liittyviä tehtäviä, esimerkiksi puhelinkonsultaatioita, mikä osaltaan vaikeutti hoitajien osallistumista kiertoihin; lääkärin muut tehtävät saattoivat viedä niin paljon aikaa, että hoitajan täytyi jo lähteä kierrolta muihin töihin.

Myös *hoitajien* mukaan kiertojen keskeisin tavoite oli potilasta koskeva tiedonvaihto ja hoidon edistäminen. Kierroille osallistuminen oli hoitajien näkökulmasta tärkeää erityisesti kolmesta syystä: 1) heillä on ajantasaista ja ajallisesti pidempiaikaista tietoa potilaan voinnista ja lääkinnän tehosta, ja he saavat lääkäreiltä päivitettyä hoitotietoa 2) he ovat tarvittaessa potilaan ”äänenä” lääkärille, jos potilas on huonokuntoinen tai jos tämä ei uskalla itse kysyä lisätietoa suoraan lääkäriltä 3) he voivat toimia tulkkina lääkärin ja potilaan välillä, eli esimerkiksi pystyvät kiertojen jälkeen selvittämään toteutettavaa hoitoa potilaalle tarkemmin, mikäli tämä ei ole ymmärtänyt jotakin. Havaintojen perusteella hoitajat toteuttivat kierroilla näihin kaikkiin tavoitteisiin liittyviä tehtäviä. Hoitajien rooli korostui erityisesti silloin, kun potilas oli huonokuntoinen. Tällöin hoitajat osallistuivat potilaan hoidon suunnitteluun tasarvoisemmin kuin silloin, jos potilas oli hyväkuntoinen. Joillakin kierroilla näytti olevan hoidon suunnittelun lisäksi muitakin tarkoituksia: niissä tehtiin toimenpiteitä ja tutkimuksia ja otettiin näytteitä. Myös näissä tilanteissa hoitajan läsnäolo oli tärkeää.

Vaikka jotkut kierrot voitiin lääkärien näkökulmasta toteuttaa onnistuneesti ilman hoitajaakin, hoitajien mielestä tämä vaikeutti työntekoa: hoitajat kokivat, että kierroilla oli tärkeä tehtävä hoitotiedon saamisessa silloinkin, kun hoitajat eivät osallistuneet kierroilla käytävään keskusteluun. Hoitajat kertoivat esimerkiksi tarkkailevansa lääkärin välistä keskustelua ja poimivansa sieltä keskeisiä tietoja. Jos hoitaja ei päässyt kierrolle, näitä tietoja saattoi olla vaikea yrittää saada jälkikäteen. Ongelmaksi hoitajat ja sihteerit nimesivät myös sen, etteivät lääkärit useimmiten soittaneet hoitajaa mukaan kierrolle, vaan hoitajat etsivät lääkärit omatoimisesti tai kysyivät sihteereiltä, missä kierto oli menossa. Keskeisenä ongelmana hoitajien ja sihteerien haastatteluissa tuotiin esiin myös eri erikoisalojen kiertojen ajoittaminen sekä kiertojen ja muiden töiden päällekkäisyydet. Hoitajien ja sihteerien nykyinen rooli kierroilla sisältääkin paljon odottelua ja valmiudessa oloa, mikä vie aikaa muilta töiltä. Toisinaan hoitajat ratkaisivat aikatauluongelman osallistumalla kierrolle ja hoitamalla muita töitä samanaikaisesti samassa huoneessa, mutta tämä ei aina ollut mahdollista.

*Sihteerien* näkökulmasta keskeisin tavoite oli kierron valmistelu, mikä merkitsi esimerkiksi kiertokärryjen laittamista valmiiksi. Joillekin kierroille sihteerit myös osallistuivat, jolloin tehtävänä oli etupäässä soittaa hoitajia mukaan kierrolle. Edempänä esiteltyjen ongelmakohtien lisäksi sihteerit nimesivät haasteeksi pitkät ja/tai myöhään tulevat sanelut, jotka aiheuttivat usein tarpeetonta kiirettä ja muiden töiden kasautumista. Edellä kuvatut tulokset esitetään tiivistettynä taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Kierron päätavoitteet ja haasteet eri ammattiryhmien näkökulmista.

	<b>Lääkärit</b>	<b>Hoitajat</b>	<b>Sihteerit</b>
<b>Tavoitteet oman ammattiryhmän näkökulmasta</b>	Hoitopäätöksen ja -suunnitelman teko, tiedonvaihto	Tiedonvaihto, potilaan ”ääni”, tulkkaus lääkärin ja potilaan välillä	Kierron valmistelu
<b>Osastokierron haasteet</b>	Ajantasaisen tiedon puuttuminen, tietojärjestelmien puutteet	Aikataulujen päällekkäisyydet, pitkät kierrot, kirjavat kiertokäytänteet	Aikataulujen päällekkäisyydet, pitkät tai myöhään tulevat sanelut

Seuraava aineistokatkkelma kuvaa varsin tyypillistä vuorovaikutusta kierroilla:

Sihteeri ilmoittaa seuraavan potilaan huoneen (lääkäreillä on siis lista kierrettävistä, mutta eivät katso siitä vaan sihteeri organisoi tapahtumaa). Lääkäri 1 puhuu potilaalle hoidosta. Tutkii vielä potilasta, hoitaja avusti. Hoitaja kysyi vielä voiko antaa ruokaa. Jäi vielä potilaan luo. Seuraavan potilaan hoitaja tulee paikalle, kertoo potilaan kunnosta. Lääkärit lukevat seuraavan potilaan tietoja koneelta ja tutkivat kuvaa. Seuraavassa huoneessa hoitaja ilmeisesti jatkuvasti paikalla; tämäkin hoitaja täpökkä, selvittelee selkeästi potilaan kuntoa. Tämä hoitaja mielestäni kuitenkin ainut joka yritti osallistua hoitoa koskevaan päätökseen ”täyttämällä” lääkäri 1:n miettimisen aiheuttaman hiljaisuuden jollakin potilasta koskevalla tiedolla. Lääkäri 1 ei oikeastaan ottanut sitä huomioon päätöksessään.

Seuraavassa aineistokatkkelmassa hoitaja kuvailee ihannekiertoa:

No sillä tavalla, että siinä olis lääkäri ja hoitaja ja potilas, kaikki osallisina. Et tota siinä pystyis potilaskin kertomaan sen oman näkemysensä, koska sehän on se potilas se päähenkilö siinä. Ja tota sitten, jos hoitajalla on siihen jotain omaa näkemystä, niin siinä pystyttäis keskustelemaan tavallaan siitä. Ja sitten toisaalta, kun täällä on paljon erityisaloja hoitajille saattaa olla semmosia vieraampiakin erikoisaloja, niin se on oppimistilannekin sitten hoitajalle jossain määrin. Että, miten se potilaan hoito etenee ja muuta. Ja potilaallekin sitten semmonen, että siinä voidaan ohjata sitä potilasta ja kyseenalaistaa ehkä jotain elämäntapoja tai tämmösiä. Tavallaan tehdä semmosia mini-interventioita siinä. Että tota, se on parhaimmillaan semmonen tilanne.

### 3.6.2 Moniammatillista yhteistyötä koskevat odotukset

Moniammatillista yhteistyötä koskevia odotuksia kysyttiin haastattelussa pyytämällä haastateltavia kertomaan, mitä odotuksia heillä on toisten ammattiryhmien toiminnasta ja mitä he olettavat muiden ammattiryhmien odottavan heiltä. **Lääkärit** arvelivat muiden ammattiryhmien (hoitajat ja sihteerit) odottavan heiltä pidempiaikaista ja yksityiskohtaisempaa kommunikointia potilaan kanssa sekä hoitomääräysten antamista kierron kuluessa. Muilta ammattiryhmiltä lääkärit taas odottivat ajantasaista tietoa esimerkiksi potilaan tilanteesta tai käytännön asioiden hoidosta sekä sujuvaa yhteistoimintaa. **Hoitajat** puolestaan arvelivat muiden ammattiryhmien odottavan heiltä joustavuutta, sujuvaa yhteistyötä ja hoitomääräysten tarkkaa toteuttamista. Muilta ammattiryhmiltä hoitajat odottivat niin ikään joustavuutta, kuten aika-

taulujen päällekkäisyyksien ymmärtämistä ja sovittelua, ja selkeitä hoitomääräyksiä. *Sihteerit* arvelivat muiden ammattiryhmien odottavan heiltä toimivaa käytännön asioiden hoitamista, johon vaikutti keskeisesti heidän muilta ammattiryhmiltä odottamansa sujuva tiedonkulku. Edellä kuvatut tulokset esitetään tiivistettynä taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Moniammatillista yhteistyötä koskevat odotukset.

	<b>Lääkärit</b>	<b>Hoitajat</b>	<b>Sihteerit</b>
<b>Odotukset muita ammattiryhmiä kohtaan</b>	Ajantasainen tieto, sujuva yhteistoiminta	Joustavuus, selkeät määräykset	Sujuva tiedonkulku
<b>Muiden odotukset omalta ammattiryhmältäni (arvio)</b>	Nopeat määräykset, parempi kommunikaatio potilaan kanssa	Joustavuus ja yhteistyö, määräysten tarkka toteutus	Käytännön asioiden hoitaminen

### 3.6.3 Miltä osin eri ammattiryhmien näkemykset tavoitteista, haasteista ja odotuksista erosivat?

Eri ammattiryhmien selkeästi eriävät tehtävät kuvastuivat kierrolle asetettuina eriävinä tavoitteina. Sekä hoitajat että lääkärit nimesivät kiertojen keskeisimmäksi tavoitteeksi tiedonvaihdon ja hoidon edistämisen, mutta kyseisillä ammattiryhmillä oli varsin eriäviä käsityksiä siitä, millaisesta tiedosta ja tiedonvälityskeinoista oli kyse. Lääkärit kaipasivat etupäässä ajantasaisista ja relevanttia lääketieteellistä tietoa jotakin kanavaa pitkin; hoitajan läsnäoloa kierrolla ei nähty ehdottoman tarpeellisenä, jos tarvittavat tiedot voitiin saada esimerkiksi sähköisesti tai potilaalta itseltään. Hoitajat puolestaan kaipasivat ammatillisesti tasa-arvoisempaa (ks. esim. Manias & Street, 2001) kasvokkaista vuorovaikutusta, jossa vaihdetaan sekä lääketieteellistä että ei-lääketieteellistä tietoa. Sekä haastattelujen että havaintojen perusteella osa lääkäreistä pyrkiikin kierroilla tasa-arvoisuuteen ja moniammatillisuuteen. Vuorovaikutuksen laatu ja määrä sekä hoitajien tehtävät kierroilla kuitenkin vaihtelivat huomattavasti lääkärin ja erikoisalan mukaan.

Haastatteluissa yhteisenä odotuksena kaikilla ammattiryhmillä oli tiedonkulun ja yhteistyön sujuvuus ja joustavuus. Joustavuuden ja sujuvan yhteistyön ymmärrettiin kuitenkin tarkoittavan varsin erilaisia asioita: lääkäreille sujuva yhteistyö merkitsi lähinnä lääketieteellisen tiedon tehokasta saantia, hoitajat puolestaan käsittivät sujuvan yhteistyön esimerkiksi aikataulujen päällekkäisyyksien ymmärtämiseksi, sovitteluksi ja heidän ammatillisen mielipiteensä arvostamiseksi. Suurimmat eroavaisuudet eri ammattiryhmien näkemyksissä koskivat kiertojen haasteita ja kehittämistarpeita. Hoitajien ja sihteerien näkökulmasta kiertojen haasteet liittyivät paljolti aikataulutukseen ja vuorovaikutukseen, lääkäreiden näkökulmasta puolestaan lääketieteeseen ja tietojärjestelmiin. Havainnoinnin perusteella toisten ammattiryhmien toiminnassa arvostettiin nopeutta, joka tuli esille myös kierron tavoitteissa. Nopeaa toimintaa odotetaan erityisesti lääkäreiltä.

Eroavaisuudet yksilöiden ja ammattiryhmien käsityksissä kiertojen toteuttamisesta voivat johtua esimerkiksi yksilöllisistä eroista, ammattikuntien ja sairaalamailman perinteistä sekä laissa määritellyistä ammatillisista vastuista. Laissa määritellyt vastuut kuitenkin ovat toisaalta kaikille tietyn ammattiryhmän jäsenille samat, minkä perusteella esimerkiksi yksilölliset erot saattavat selittää vaihtelevuutta yhteistyön ja vuorovaikutuksen laadussa. Eriävät käsitykset moniammatillisuudesta (Copnell ym., 2003; Krogstad ym., 2004) hankaloittavat aidosti moniammatillisten kiertojen järjestämistä, koska jaettu ymmärrys tavoitteista ja menetelmistä on moniammatillisuudessa keskeistä (D'Amour ym., 2005; San Martín-Rodriguez ym., 2005). Moniammatillisuuden ei aina tarvitse olla tavoiteltava olotila mikäli vallitsevat käytänteet on todettu toimiviksi (Collin, Valleala, Herranen, & Paloniemi, 2012), mutta esimerkiksi tässä tutkimuksessa erityisesti hoitajat ja sihteerit ilmaisivat tyytymättömyyttään moniin vallitseviin kiertokäytänteisiin. Vuorovaikutus saattaakin usein näyttäytyä varsin ongelmattomana sitä dominoivalle osapuolelle (Krogstad ym., 2004), tässä tapauksessa lääkäreille.

#### 3.6.4 Henkilökunnan kehitysehdotuksia

Kehittämisehdotuksena kiertojen selkeyttämiseksi **lääkärit** pohtivat esimerkiksi potilaiden jakamista erikoisalojen mukaan hoitajien kesken, mutta todettiin myös, että tämä saattaisi olla haasteellista nykyisten resurssien ja eri erikoisaloille sijoittuvien potilastapausten jatkuvan vaihtelevuuden vuoksi. Kehittämistarpeena nähtiin myös kiertojen toteutusta koskevien yhtenäisten ohjeiden laatiminen. Selkeiden ohjeiden puuttumisen vuoksi eri lääkärin kiertokäytänteet olivat kirjavia. Hyvät käytänteet tulisivat tunnistaa ja laatia niiden pohjalta kiertoihin yhteiset pelisäännöt, joihin koko osaston tulisi sitoutua. **Hoitajat ja sihteerit** toivoivat, että lääkärit hyödyntäisivät kiertolistoissa olevia hoitajien puhelinnumeroita soittamalla hoitajan paikalle tarvittaessa, mikä vähentäisi odottelua ja helpottaisi kiertojen ja muiden töiden järjestelyä. Tämän lisäksi toivottiin selkeää kiertojärjestystä, ripeää etenemistä sekä saneluiden ja määräysten antamista kierron yhteydessä. Kierrolle osallistuvalla henkilökunnalla toivottiin myös olevan mahdollisimman kokonaisvaltainen ymmärrys potilaasta jo kierrolle tultaessa, koska kaikkia hoidon kannalta olennaisia seikkoja ei voitu käsitellä julkisissa potilashuoneissa.

### 3.7 Pohdinta

Kaikkiaan päivystys- ja infektio-osaston kierrot olivat varsin lääkäri- ja lääketiedekeskeisiä, kuten aiemmissakin tutkimuksissa on havaittu (ks. esim. Reeves ym., 2009; Nugus, Greenfield, Travaglia, Westbrook, & Braithwaite, 2010). Kiertojen päätavoitteesta (tiedonvaihto ja hoidon edistäminen) sekä joustavuuden ja sujuvan yhteistyön tarpeesta oltiin yhtä mieltä, mutta näiden ymmärrettiin tarkoittavan eri asioita. Myös näkemykset kiertojen haasteista ja odotukset muita ammattiryhmiä kohtaan erosivat paikoin suurestikin toisistaan.

Päivystys- ja infektio-osaston toimintatavoitteen vuoksi on erittäin tärkeää, että potilaat voidaan nopeasti joko siirtää vuodeosastoille tai kotiuttaa. Keskeinen osa tämän tavoitteen toteuttamista ovat kierrot, joita hankaloittavat tässäkin tutkimuksessa esille tulleet eriävät näkemykset moniammatillisuudesta (ks. esim. Copnell ym., 2003; Krogstad ym., 2004) ja ammatillinen epätasa-arvo (ks. esim. Bradfield, 2010). Päivystys- ja infektio-osaston kiertoihin ei tällä

hetkellä ole yhteisesti sovittua ja kirjattua yhteistyömallia, jolloin esimerkiksi yksilölliset erot pääsevät vaikuttamaan suurestikin yhteistyön laatuun. Tietojärjestelmien kehittämisestä huolimatta kasvokkainen vuorovaikutus kierroilla on edelleen välttämätöntä esimerkiksi potilasturvallisuuden takia, minkä vuoksi vuorovaikutuksesta tulisi rakentaa kaikkia osapuolia tyydyttävää.

Tämä tutkimus toi lisää tietoa kierroista, minkä lisäksi tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää käytännön kehittämistyössä päivystys- ja infektio-osastolla. Osaston henkilökunta pyrkiikin tällä hetkellä määrittelemään kiertojen toteuttamiseen yhteisiä pelisääntöjä. Aineistomme perusteella ehdotamme seuraavia kehitysideoita: 1) Kiertojen aloittamisaikoja voisi porrastaa, jotta hoitohenkilökunta ehtisi paremmin mukaan eri kierroille. 2) Kierrot voisivat edetä samassa järjestyksessä ja alkaa samasta huoneesta. 3) Mahdollisuuksien mukaan potilaita voisi pyrkiä sijoitteluun osastolla lääketieteellisten erikoisalojen perusteella. 4) Päivystysosaston aikatavoitteiden ja toiminnan luonteen vuoksi aikapaineet ja vaatimus nopeaan toimintaan koskevat erityisesti lääkäreitä, mutta myös hoitajia ja sihteereitä. Nopea toiminta edellyttää sujuvaa yhteistyötä ja tehtävien hyvää koordinoitua, minkä tukemiseksi esitetään, että toimitukset yhteistyökäytännöt kirjattaisiin ja rakennettaisiin niiden pohjalta yhteistyömalli.

Nämä muutokset saattaisivat selkeyttää kiertojen rakennetta, mikä puolestaan helpottaa henkilökunnan keskittymistä kiertojen keskeiseen tavoitteeseen eli keskinäisen vuorovaikutuksen rakentamiseen henkilökunnan ja potilaan välille (ks. esim. Weber ym., 2007; O’Leary ym., 2010). Tämä myös vahvistaisi moniammatillista yhteistyötä (ks. esim. San Martín-Rodríguez ym., 2005; Baker ym., 2006) ja madaltaisi hierarkiarajoja eri ammattiryhmien välillä (ks. esim. Edmondson, 2003; Nembhard & Edmondson, 2006). Luottamusta, hyvää ilmapiiriä, kollegiaalista tukea ja jaettua vastuuta tulee vahvistaa, jotta moniammatillinen yhteistyö ja oppiminen voivat toteutua (Collin, Paloniemi, & Mecklin, 2010).

### **3.8 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset näkökohdat**

Etnografiseen lähestymistapaan sitoutuneessa tutkimuksessa keskeistä luotettavuuden kannalta on se, miten hyvin on tavoitettu tutkimukseen osallistuneiden näkökulma tutkittavaan ilmiöön (ks. esim. Hammersley & Atkinson, 2007). Tässä tutkimuksessa tutkittavina ja vertailtavina olivat kolmen eri ammattiryhmän – lääkärin, hoitajan ja sihteerin – näkemykset osastokierroista. Näkökulmissa ilmeni eroja myös ammattiryhmien sisällä, erityisesti hoitajilla, ja siksi tuloksissa on pyritty tuomaan esille myös tätä näkökulmien kirjoa. Lääkärin haastattelu- ja oli aineistossa niukasti, joten tässä tutkimuksessa lääkärin näkökulma jää väistämättä melko yksipuoliseksi. Eri ammattiryhmien näkökulmien eroavaisuudet tulivat kuitenkin tuloksissa selvästi esille, joten tällaisen tuloksen luotettavuus voidaan osoittaa hyvin pienelläkin haastateltavien määrällä. Luotettavuutta varmistettiin myös aineisto- ja tutkijatriangulaatiolla. Havainnointit auttoivat haastateltavien näkökulman ymmärtämisessä, haastattelut täsmensivät havainnointia ja tärkeänä haastattelujen täydentäjänä, havaintojen varmistajana sekä niistä tehtyjen tulkintojen tarkentajana oli osaston henkilökunnan kanssa käyty keskustelu heidän kehittämisiltapäivässään.

Tutkimus ei kohdistunut potilaisiin eikä heihin liittyviä tietoja sisälly tutkimusaineistoihin. Tutkimusprojektille saatiin tutkimuslupa sekä Jyväskylän yliopiston että Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin eettisiltä toimikunnilta. Lisäksi jokaiselta tutkimukseen osallistuneelta kysyttiin erikseen suostumus. Tutkimukseen osallistunut sairaala ja osasto julkistettiin yhteisen sopimuksen perusteella. Tällöin on noudatettava erityistä huolellisuutta tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden anonymiteetin suojaamisessa, jonka olemme pyrkineet tekemään mahdollisimman hyvin.

## Lähteet

Baker, D. P., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research, 41*(4, Part II), 1577–1598.

Bradfield, O. M. (2010). Ward rounds: the next focus for quality improvement? *Australian Health Review, 34*(2), 193–196.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.

Brewer, J. (2000). *Ethnography*. Buckingham: Open University Press.

Collin, K., Paloniemi, S., & Mecklin, J-P. (2010). Promoting interprofessional teamwork and learning – the case of a surgical operating theatre. *Journal of Education and Work, 23*(1), 43–63.

Collin, K., Valleala, U. M., Herranen, S., & Paloniemi S. (2012). Ways of Interprofessional Collaboration and Learning in Emergency Work. *Studies in Continuing Education*. DOI:10.1080/0158037X.2011.617364

Copnell, B., Johnston, L., Harrison, D., Wilson, A., Robson, A., Mulcahy, C., Ramudu, L., McDonnell, G., & Best, C. (2003). Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. *Journal of Clinical Nursing, 13*(1), 105–113.

Creamer, G. L., Dahl, A., Perumal, A., Tan, G., & Koea, J. B. (2010). Anatomy of the ward round: the time spent in different activities. *ANZ Journal of Surgery, 80*(12), 930–932.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez, L., & Beaulieu M-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care, 19*(May, Supplement 1), 116–131.

Edmondson, A. (2003). Speaking up in the operating room: how team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies, 40*(6), 1419–1452.



Eriksson-Piela, S. (2003). *Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus*. Acta Universitatis Tamperensis 929, Tampereen yliopisto.

Fiddler, M., Borglin, G., Galloway, A., Jackson, C., McGowan, L., & Lovell, K. (2010). Once-a-week psychiatric ward round or daily inpatient team meeting? A multidisciplinary mental health team's experience of new ways of working. *International Journal of Mental Health Nursing, 19*(2), 119–127.

Gordon, T., Hynninen, P., Lahelma, E., Metso, T., Palmu, T., & Tolonen, T. (2006). Collective ethnography, joint experiences and individual pathways. *Nordisk Pedagogik, 26*(1), 3–15.

Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography. Principles in practice*. Lontoo: Taylor & Francis.

Housley, W. (2003). *Interaction in multidisciplinary teams*. Aldershot: Ashgate.

Krogstad, U., Hofoss, D., & Hjortdal, P. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality Health Care, 16*(6), 491–497.

Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. (2006). What do we know about health care team effectiveness: a review of literature. *Medical Care Research and Review, 63*(3), 1–38.

Leppänen, A., Hopsu, L., Klemola, S., & Kuosma, E. (2008). Does Multi-Level Intervention Enhance Work Process Knowledge? *Journal of Workplace Learning, 20*(6), 416–430.

Manias, E., & Street, S. (2001). Nurse–doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of Clinical Nursing, 10*(4), 442–450.

McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing, 10*(4), 419–428.

Millward, L. J., & Jeffries, N. (2001). The team survey: a tool for health care team development. *Journal of Advanced Nursing, 35*(2), 276–287.

Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior, 27*(7), 941–966.

Nikander, P. (2003). Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon työkaluna ja haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 40*, 279–290.



- Nugus, P., Greenfield, D., Travaglia, J., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71(5), 898–909.
- O’Leary, K.J., Wayne, D. B., Haviley, C., Slade, M. E., Lee, J., & Williams, M. V. (2010). Improving teamwork: impact of structured interdisciplinary rounds on a hospitalist unit. *Journal of General Internal Medicine*, 25(8), 826–832.
- Pisano, G.P., Bohmer, R. M. J., & Edmondson, A. C. (2001). Organizational differences in rates of learning: evidence from the adoption of minimally invasive cardiac surgery. *Management Science*, 47(6), 752–768.
- Ramanujam, R., & Rousseau, D. M. (2006). The challenges are organizational, not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 811–827.
- Reeves, S., Rice, K., Conn, L. G., Miller, K-L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2009). Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. *Journal of Interprofessional Care*, 23(6), 633–645.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M. D., D’Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(May, Supplement 1), 132–147.
- Sigaud, L. (2008). A collective ethnographer: fieldwork experience in the Brazilian Northeast. *Social Science Information*, 47(1), 71–97.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Walton, J. M., & Steinert, Y. (2010). Patterns of interaction during rounds: implications for work-based learning. *Medical Education*, 44(6), 550–558.
- Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M., & Langewitz, W. A. (2007). Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 343–348.
- Woods, P., Boyle, M., Jeffrey, B., & Troman, G. (2000). A research team in ethnography. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 13(1), 85–98.

## 4 VASTUUHOITAJAN OSAAMISEN TUNNISTAMINEN KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALAN YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ

Anne Kovanen

### Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa ja kuvata vastuuhoidajana toimivan sairaanhoitajan osaaminen Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksessä. Tavoitteena oli laatia vastuuhoidajan osaamisalueet eli pätevyudet. Aineisto koostui ryhmähaastattelusta, sähköpostikyselystä sekä havainnointimateriaalista. Ryhmähaastatteluun osallistui viisi vastuuhoidajana työskentelevää sairaanhoitajaa. Heitä pyydettiin kuvaamaan, millaista osaamista vastuuhoidajuudessa tarvitaan. Sähköpostikyselyt osoitettiin eri sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden osastonhoitajille. Niissä selvitettiin vastuuhoidajuuden toteutumista, tehtäväkuva ja nimikettä. Havaintoaineisto oli osa Jyväskylän yliopiston tutkimushankkeen materiaalia. Tutkimushankkeen tavoitteena on kehittää ryhmätoimintaa ja moniammatillista yhteistyötä Keski-Suomen keskussairaalan päivystysalueella. Aineistot analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen tuloksena muodostuivat vastuuhoidajan pätevyudet: kliininen päivystyshoitotyön osaaminen, prosessijohtamisosaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen sekä sisäinen johtajuusosaaminen.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että vastuuhoidajana toimivalta sairaanhoitajalta edellytetään laaja-alaista hoitotyön osaamista. Sen vuoksi vastuuhoidajan työtehtäviin ja osaamisen varmistamiseen sekä ylläpitämiseen tulee kiinnittää tulevaisuudessa huomiota. Myös vastuuhoidajien valintaan, perehdytykseen ja koulutukseen tulee panostaa. Tutkimustuloksena laadittuja pätevyyyksiä voidaan jatkossa hyödyntää perehdytyksen ja täydennyskoulutuksen suunnittelussa sekä osaamisen arvioinnissa. Vastuuhoidajuudelle laadittujen pätevyyksien avulla saadaan vastuuhoidajan työ, sen vaativuus ja vastuullisuus näkyväksi yhteispäivystyksessä sekä koko Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella.

### 4.1 Johdanto

Päivystyshoito kuuluu Suomessa keskeisimpiin terveydenhuollon ydinpalveluihin. Päivystyshoidolla tarkoitetaan äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää arviointia sekä hoitoa. Päivystyshoitoa on saatava ympäri vuorokauden. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010, s. 11–20.) Yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon päivystyksen ja erikoissairaanhoidon päivystyksen välillä on luonut Suomeen yhteispäivystyksiä. Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan toimintamallia, jossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdessä vastaavat päivystyspotilaiden hoidosta. Toimintamalli mahdollistaa kansalaisille tarkoituksenmukaiset päivystyshoitopalvelut yhdestä toimipisteestä. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, 2010.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystys on Suomen suurin päivystyspiste. Potilaita päivystyksessä arvioidaan vuonna 2011 käyvän noin 90 000. (Teittinen, 2010). Päivystysalueeseen kuuluu yhteispäivystys sekä päivystys- ja infektio-osasto (Viinikainen, Pyhälä-Liljeström, & Blek, 2010). Yhteispäivystyksen henkilökunta koostuu lääkäreistä, sairaanhoitajista, perus- ja lähihoitajista, lääkintävahtimestareista, sairaalahuoltajista sekä osastonsihteereistä. Hallinnosta vastaavat päivystyksen ylilääkäri, ylihoitaja, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja sekä heidän apunaan kaksi toimistos sihteeriä. Tässä artikkelissa terveystieteiden tutkimuskeskuksen yhteispäivystyksestä sekä erikoissairaanhoidon päivystyksestä käytetään nimitystä yhteispäivystys.

Kasvat potilas- ja henkilökuntamäärät asettavat yhteispäivystyksen toiminnalle haasteita. Päivystystyössä tarvitaan laadukasta ja korkeatasoista ammatillista osaamista, jossa avainasemassa ovat hoitotyön asiantuntijat. Esimiehiltä odotetaan johtamistyön jalkauttamista päivittäiseen kenttätööhön. Esimiesten määrän lisäykseen ei ole kuitenkaan taloudellisia resursseja käytettävissä. Johtamistyön lisääntymiseen ja päivittäiseen johtamistyöhön on Keski-Suomen keskussairaalassa kiinnitetty huomiota kehittämällä vastuuhoidajan työkuva. Vastuuhoidajalla tarkoitetaan sairaanhoitajan tekemää vuorokohtaista johtamista. Sairaanhoitajan tekemän vuorokohtaisen johtamisen tavoitteena on vastata hoitotyön osalta yhteispäivystyksen toiminnan sujumisesta. Vastuuhoidajana toimivalta sairaanhoitajalta edellytetään päivystystyökokemusta, tietoa yhteispäivystyksen toiminnasta sekä päivystyspotilaan hoidosta.

Vastuuhoidajan tehtäviin kuuluu huolehtia yhteispäivystyksessä tehtävän hoitotyön sujumisesta sekä tasapuolisesta jakautumisesta. Hänen tulee hallita toiminta äkillisissä muuttuvissa tilanteissa, koska vastuuhoidaja saa ensimmäisenä tiedot sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta vakavasti sairastuneista potilasta. Hänen tehtävänä on huolehtia virka-ajan ulkopuolella henkilökunnan riittävydestä esimerkiksi sairastapausten ilmaantuessa. Erityistilanteissa vastuuhoidaja kutsuu lääkäreitä lisätyöhön ja tarvittaessa hoitohenkilökuntaa aloittamaan työvuo- roa aikaisemmin. Suuronnettomuustilanteissa vastuuhoidaja toimii vastaavana sairaanhoitajana.

Vastuuhoidajuutta ei ole virallisesti määritelty sairaanhoitajan toimenkuvaksi. Sen vuoksi vastuuhoidajuus on Suomen terveydenhuollossa vieras ja tuntematon käsite. Aiheesta ei ole myöskään aikaisemmin tehty tutkimuksia tai opinnäytetöitä. Tiedon puute vastuuhoidajan työkuvasta ja siihen liittyvistä tehtävistä sekä vastuusta on suurta. Tiedonpuute koskee yhteispäivystyksen työyhteisöä, sairaalan osastoja sekä yhteispäivystyksen ulkopuolisia yhteistyökumppaneita. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tehdä vastuuhoidajan työtä näkyvämmäksi tunnistamalla ja kuvaamalla vastuuhoidajan osaaminen. Työn lopputuloksena syntyivät vastuuhoidajan osaamisvaatimukset.

Vastuuhoidajan osaamisen tunnistaminen koostui kirjallisuuskatsauksesta, vastuuhoidajana työskentelevien sairaanhoitajien ryhmähaastattelusta, sähköpostikyselyistä muihin sairaaloihin sekä Jyväskylän yliopiston tekemän tutkimushankkeen havaintomateriaalista. Opinnäytetyössä käytetyn aineiston avulla haluttiin selvittää mitä osaamista vastuuhoidajuudessa tarvitaan.

## 4.2 Päivystyshoitotyön osaaminen

Päivystyshoitotyön osaamista on tutkittu Suomessa vähän, eikä osaamiselle ole laadittu mitään virallisia osaamisvaatimuksia. Päivystyshoitotyön keskittäminen isoihin yksiköihin sekä hoitotyön kehitys asettavat päivystyksissä työskentelevien sairaanhoitajien osaamiselle haasteita. Haasteisiin ei kuitenkaan sairaanhoitajien koulutuksessa tällä hetkellä pystytä vastaamaan. Koulutus ei myöskään anna riittäviä valmiuksia päivystyshoitotyöhön. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) on esittänyt hoitotyön peruskoulutukseen lisättäväksi osaamista patofysiologian, hoidon kiireellisuuden arvioinnin ja hätätilapotilaan hoidon osalta. Lisäksi tarvitaan osaamista moniammatillisen yhteistyön, kriisi- ja sosiaalityön sekä mielenterveys-, päihde- ja vanhuspotilaiden hoidosta. Tulevaisuudessa työryhmä ehdottaa perustettavaksi päivystyspoliklinikan sairaanhoitajan erityispätevyysohjelman. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2010, s. 31–34.)

Korkealaatuisen päivystyshoidon edellytyksenä on henkilökunnan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostuu hoitotyön perusosaamisesta, sekä työelämän asettamista osaamisvaatimuksista. Ammatillinen osaaminen kehittyy asiantuntijuudeksi jatkuvan opiskelun, käytännön ja teorian etsinnällä sekä oman työskentelyn kriittisen pohdiskelun myötä. Asiantuntijaosaaminen jaetaan työn asettamiin vaatimuksiin, kvaifikaatioihin sekä yksilön osaamisen vaatimuksiin, kompetensseihin. Hoitotyön asiantuntijalta edellytettäviä ominaisuuksia ovat vahva koulutustausta, pitkä työkokemus, pätevyys toimia omassa ammatissaan, hyvät vuorovaikutustaidot, luottamus omaan osaamiseen ja tekemiseen, kliininen hoitotyön kokemus sekä vuorovaikutus- ja verkostoitumisosaaminen. (Leppänen & Puupponen, 2009, s. 40–42; Mäkipää & Korhonen, 2011, s. 14–19.)

Asiantuntijalta edellytetään hyviä tiimi- ja ryhmätyötaitoja, koska hän työskentelee usein ryhmässä. Asiantuntijuuden jakaminen eli kollektiivinen asiantuntijuus, jossa kokemuksellisia tietoja ja taitoja jaetaan toisille, mahdollistuu yhteistyössä. Asiantuntijuuteen kuuluvat lisäksi hyvät sosiaaliset ja vuorovaikutustaidot. Nämä tulevat esiin esimerkiksi ihmisten kohtaamisessa ja johtamisessa sekä työn organisoimisessa. (Mäkipää & Korhonen, 2011, s. 21–22.)

Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksessä yksi asiantuntijuutta vaativa sairaanhoitajan tehtävä on vastuuhoidajuus. Vastuuhoidaja vastaa osaltaan yhteispäivystyksen toiminnan sujumisesta. Hänen pitää olla ajan tasalla hoitoryhmien potilasmäärästä ja hoitoisuudesta sekä potilaiden odotusajoista. Vastuuhoidajan tehtävänä on työn organisointi sekä henkilökuntaresurssien tehokas ja oikea käyttö.

## 4.3 Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät

Vastuuhoidajan osaamista ei ole aikaisemmin määritelty. Vastuuhoidajuudesta ei ole myöskään aikaisemmin tehty tutkimuksia tai opinnäytetöitä. Tässä tutkimuksessa haettiin vastausta kysymykseen ”millaista osaamista vastuuhoidajana työskentelevältä sairaanhoitajalta edellytetään?”

Tutkimus oli toteutustavaltaan toiminnallinen. Toiminnallisella tutkimuksella tarkoitetaan tilannesidonnaista, osallistuvaa, yhteistyötä vaativaa ja itseään tarkkailevaa toteutustapaa.

Tavoitteena on löytää ratkaisu johonkin käytännössä ilmenneeseen ongelmaan tai kehittää olemassa olevaa käytäntöä. Tuloksena syntyy fyysinen tuotos tai sen avulla kehitetään jotain toiminnallista osa-aluetta. (Metsämuuronen, 2008, s. 29–30; Vilkka, 2007, s. 76.)

#### *4.3.1 Osaamisen tunnistamisen ja kuvaamisen menetelmät*

Vastuuhoitajuudessa tarvittavaa osaamista selvitettiin vastuuhoidajana toimivilta sairaanhoitajilta ryhmähaastattelun avulla. Menetelmä osoittautui päivystyshoitotyön hektisyyden vuoksi joustavaksi, nopeaksi ja paljon tietoa tuottavaksi tiedonkeruumenetelmäksi. Haastateltava ryhmä muodostui viidestä vastuuhoidajana toimivasta sairaanhoitajasta. Haastateltavat valittiin satunnaisotannalla haastattelupäivänä paikalla olleista hoitajista. Päivystyshoitotyön ominaispiirteiden – kiireen, tilanteiden nopean muuttumisen sekä tilanteiden elämisen – vuoksi tarkkojen aikataulujen sopiminen ja henkilöiden valitseminen oli vaikeaa. Siksi satunnaisotanta oli paras mahdollinen valintamenetelmä. Kriteereinä haastatteluun osallistuville oli useamman vuoden työkokemus ja tieto vastuuhoidajana toimimisesta. Vastuuhoitajan osaamista kysyttiin yhdellä teemakysymyksellä: millaista osaamista vastuuhoidajuudessa tarvitaan? Kysymys pohjautui kirjallisuudesta nousseeseen tietoon ja siinä keskityttiin hakemaan vastausta vastuuhoidajan osaamisesta työntekijän näkökulmasta. Haastattelu kesti 90 minuuttia ja se nauhoitettiin.

Tutkimusaineistona hyödynnettiin myös Jyväskylän yliopiston suorittaman tutkimushankkeen havaintomateriaalia. Tutkimushanke toteutetaan Keski-Suomen keskussairaalan päivystysalueella ja sen tavoitteena on ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Hankkeesta käytetään nimeä RYMY. Havainnointiaineisto on kerätty tutkittavan asian luonnollisessa ympäristössä eli yhteispäivystyksessä. Havainnot ovat keskittyneet päivystyshoitotyöhön, työkäytänteisiin sekä työssä tapahtuvaan vuorovaikutukseen. (Collin, Paloniemi, Ruoranen, Valleala, & Eteläpelto, 2010.) Havainnoista poistettiin havainnoitsijoiden toimesta tunnistetiedot, joten kukaan havainnoinnin kohteeksi tullut ei ollut aineistosta tunnistettavissa.

Sähköpostikyselyistä saaduista vastauksista koottu aineisto yhdistettiin haastattelu- ja havainnointiaineistoon niukasti saatujen vastausten vuoksi. Tutkimusaineistona käytettiin haastattelun ja havainnointiaineiston lisäksi kirjallisuuskatsausta, jossa perehdyttiin keskeisiin päivystyshoitotyötä käsitteleviin dokumentteihin sekä kansainvälisiin aihetta sivuaviin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Tavoitteena oli löytää vastuuhoidajuudessa tarvittavan osaamisen keskeisimmät käsitteet ja näkökulmat.

#### **4.4 Tulokset**

Aineiston käsittely aloitettiin kirjoittamalla haastattelu puhtaaksi sanasta sanaan. Aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällön analyysiä ja hyödyntämällä havainnointiaineistoa. Analyysiprosessiin kuului haastatteluaineiston pelkistäminen eli redusointi. Siinä tunnistettiin ne asiat, joista opinnäytetyössä oltiin kiinnostuneita, eli vastuuhoidajan osaamisesta. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin eli klusteroitiin. Tällä tarkoitetaan samankaltaisuuksien ryhmittelyä ja luokittelua, sekä alakategorioiden muodostamista. Samaa tarkoittavista alaka-

tegorioista muodostettiin yläkategorioita, joille annettiin kategorialla kuvaava nimi. Lopuksi yläkategoriat yhdistettiin kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi. Viimeisen analyysin vaihe oli teoreettisten käsitteiden luominen, eli abstrahointi. Lopputuloksena käsitteiden yhdistämisestä saatiin vastaus tutkimusongelmaan. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, s. 5–7.)

Ennen lopullisten osaamisvaatimusten muodostamista alustavia tuloksia käytiin esittelemässä yhteispäivystyksessä työskenteleville sairaanhoitajille ja esimiehille. Tarkoituksena oli saada kommentteja ja kehittämissideoita alustaviin tuloksiin. Saatu palaute hyödynnettiin osaamisvaatimusten lopullisessa muodostamisessa.

Tulosten perusteella vastuuhoidajan osaaminen Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksessä muodostuu kliinisestä päivystyshoitotyön osaamisesta, prosessijohtamisosaamisesta, viestintä- ja vuorovaikutusosaamisesta sekä sisäisestä johtajuusosaamisesta.

#### 4.4.1 Kliininen päivystyshoitotyön osaaminen

Kliininen päivystyshoitotyön osaaminen perustuu hoitotyön *ammattillisten perustaitojen hallintaan*. Perustaidot toimivat pohjana erityisosaamiselle, joka päivystyshoitotyössä muodostuu päivystyspotilaan hoitotyössä tarvittavasta osaamisesta. Tutkimusaineiston perusteella vastuuhoidajalla tulee olla *päivystyshoitotyön laaja tietoperusta*, joka muodostuu syvällisestä päivystyshoitotyön osaamisesta ja kokemuksesta. Osaaminen tulee hyödyntää käytännön työssä. Käytännön työssä näkyy myös *päivystyshoitotyön työkokemus*, joka vastuuhoidajana toimivalta sairaanhoitajalla tulee olla vankka. Lisäksi työkokemuksen avulla hankitaan valmiuksia, joita vastuuhoidajana toimiminen edellyttää. Vankka työkokemus tulee esille vastuuhoidajan työssä etenkin työtehtävien sujuvana hallintana. Työtehtävien hallinnan lisäksi vastuuhoidajan pitää *hallita työskentely yhteispäivystyksen kaikissa hoitoryhmissä*, koska ilman käytännön työn osaamista ja hallintaa ei yhteispäivystyksen työtä pysty organisoimaan.

Yhteispäivystyksen yksi toimintaperiaatteista ja vastuuhoidajan kliinisen päivystyshoitotyön osaamisen alue on *asiakas- ja potilaslähtöisyys*. Tällä tarkoitetaan potilaan näkemistä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena sekä oman terveytensä asiantuntijana (Kosonen & Skogberg, 2008, s. 4). Vastuuhoidajan osaamisessa asiakas- ja potilaslähtöisyys näkyy asiakkaiden ja potilaiden yksilöllisenä ja tasavertaisena kohtaamisena.

#### 4.4.2 Prosessijohtamisosaaminen

Prosessijohtamisosaaminen on vastuuhoidajan osaamisalueista laajin ja se kuvaakin parhaiten vastuuhoidajan työtä sekä työtehtävien sisältöä. Tutkimusaineiston mukaan vastuuhoidajalta edellytetään yhteispäivystyksen *toimintaympäristön ja organisaation tuntemista*. Lisäksi vastuuhoidajan täytyy tuntea *sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät*, koska iso osa vastuuhoidajan työstä on yhteistyön tekemistä eri palveluntuottajien kanssa sekä ohjaamista palveluiden tarvitsijoita oikeisiin hoitopaikkoihin.

Peruslähtökohtana vastuuhoidajan työssä on tuntee ja *hallita päivystyspotilaan hoitoketju, -polku ja – prosessi*. Vastuuhoitajan täytyy ymmärtää päivystyspotilaan kokonaisvaltainen ”kulku” terveydenhuolto-organisaatiossa, jotta hän pystyy hallitsemaan ja organisoimaan yhteispäivystyksen toimintaa tehokkaasti sekä potilaslähtöisesti. Päivystyspotilaan hoitoprosessille, päivystyshoitotyölle sekä koko yhteispäivystyksen toiminnalle on ominaista tilanteiden nopea muuttuminen. Tilanteiden nopea muuttuminen edellyttää tutkimusaineiston mukaan vastuuhoidajalta *tilannejohtamisen* taitoa. Tilannejohtamisessa täytyy osata *hyödyntää työyhteisön* resursseja ja *osaamista* oikein sekä *hallita* yhteispäivystyksessä tehtävän *työn organisointi*.

Vastuuhoitajan työssä tulee vastaan paljon kysymyksiä ja epäselviä sekä hankaliakin tilanteita. Siksi vastuuhoidajalla pitää olla hyvät *taidot ongelmien ratkaisemiseen ja päätösten tekemiseen*. Lisäksi vastuuhoidajalta odotetaan laaja-alaista tietoa koskien esimerkiksi päivystyshoitoprosessia, potilaiden hoitoa sekä yhteispäivystyksen organisaatiota. Päätöksissä tulee tutkimusaineiston mukaan huomioda moniammatillinen asiantuntijuus, koska yhteispäivystyksessä tehtävä työ on yhteistyön tekemistä kaikkien työyhteisössä olevien ammattiryhmien kanssa. Moniammatillisen *yhteistyöosaamisen* lisäksi tarvitaan *tiimi- ja ryhmätyöosaamista*, koska yhteispäivystyksessä tehtävä hoitotyö tapahtuu hoitoryhmissä. Tiimi- ja ryhmätyössä täytyy luottaa toisten asiantuntijuuteen ja osaamiseen. Vastuuhoitaja työskentelee työvuoron aikana usean tiimin ja hoitoryhmän kanssa. Jotta vastuuhoidajan tekemä moniammatillinen yhteistyö onnistuu, häneltä edellytetään vahvaa luottamusta työyhteisön osaamiseen. Vastuuhoitajan tulee osata hyödyntää osaaminen työyhteisön ja organisaation hyödyksi parhaalla mahdollisella tavalla. Vastuuhoitajan tulee osata myös *jakaa omaa asiantuntijuuttaan* työyhteisön käytettäväksi.

Oman asiantuntijuuden ja työyhteisössä olevan asiantuntijuuden jakaminen ja arvostaminen vaatii vastuuhoidajalta auktoriteettiominaisuuksia, luovuutta sekä tilanneälyä. Vastuuhoitajan täytyy osata motivoida ja kannustaa työyhteisöä työskentelemään yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi sekä potilaiden / asiakkaiden tarpeiden tyydyttämiseksi. Vastuuhoitajan työssä on tutkimusaineiston mukaan palasia ihmishuone- ja henkilöstöjohtamisesta, joka vastuuhoidajan työssä tarkoittaa *työvuorokohtaista henkilöstöjohtamista*.

#### 4.4.3 Viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen

Viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen ovat keskeisiä tekijöitä vastuuhoidajan moniammatillisessa työssä. Viestintäosaamisessa korostuu tutkimusaineiston mukaan viestinnän tärkeys ja merkitys. Vastuuhoitajan *viestintätaidoissa* tärkeän osaamisalueen muodostaa suullisen ja kirjallisen viestinnän *hallinta viestintätekniikkaa ja tietojärjestelmiä* apuna käyttäen. Vastuuhoitajan tulee viestinnällään turvata viestin jatkuminen ja sen oikeellisuuden sekä sanoman alkuperäisyyden säilyminen. Tutkimusaineiston mukaan avainasemassa viestinnän onnistumisessa ovat hyvät *vuorovaikutustaidot*. Hyvät vuorovaikutustaidot hallitseva vastuuhoidaja ehkäisee työyhteisössään ristiriitoja ja konflikteja sekä vaikuttaa omalla esimerkillään yhteispäivystyksen avoimen ja onnistuneen viestinnän toteutumiseen.



Vastuuhoitajan työkuvassa on paljon ohjaus- ja neuvontatyötä, jonka vuoksi *ohjaus- ja neuvontataitojen* tulee tutkimusaineiston mukaan vastuuhoitajana toimivalla sairaanhoitajalla olla hyvät. Ohjaus- ja neuvontatyö koskee päivystyshoitotyön prosessia, potilas- ja asiakaskuntaa, työyhteisöä sekä yli yksikkörajojen ulottuvia yhteistyötahoja. Ohjaus- ja neuvontatyössä vastuuhoitajan tulee osata hyödyntää työyhteisön osaamista ja *konsultoida* tarvittaessa enemmän asiasta tietävää työyhteisön jäsentä. Kokemuksellisen tiedon ja taidon jakamisesta käytetään nimitystä kollektiivinen asiantuntijuus. Yhteispäivystyksen moniammatillinen työyhteisö luokin hyvät puitteet kollektiivisen asiantuntijuuden toteutumiselle.

Viestintä- ja vuorovaikutusosaamisen yhtenä osa-alueena on *asiakasosaaminen*. Tutkimusaineiston mukaan asiakasosaaminen tulee esille vastuuhoitajan työssä tärkeimpien potilas- ja asiakasryhmien tuntemisena sekä taitona kohdata potilaat/asiakkaat aidosti ja tasavertaisesti.

#### 4.4.4 Sisäinen johtajuusosaaminen

Vastuuhoitajan työ edellyttää siinä toimivalta sairaanhoitajalta yksilöllisiä ominaisuuksia, jotka ovat persoonallisia sekä kehitettävissä olevia. Näitä ominaisuuksia voidaan kuvata *sisäisellä johtajuusosaamisella*. Sisäistä johtajuusosaamista voidaan verrata kirjallisuudessa esiintyvään sisäiseen yrittäjyyteen, jolla tarkoitetaan yksilön asenteellista suhtautumista työhön. Siihen kuuluvat sitoutuminen, innostuneisuus, aloitteellisuus, vastuullisuus, vaikuttavuus, kokonaisuusien hahmottaminen, tavoitteellinen työskentely ja itsensä kehittäminen. Nämä ominaisuudet tulevat yksilön työssä esille vastuun kantamisena sekä innovatiivisena eli kehitettävänä työotteena. (Simsiö, 2003, s. 11).

Sisäiseen johtajuusosaamiseen kuuluu oman *ammattillisuuden tiedostaminen*. Tutkimusaineiston mukaan tämä tulee esille vastuuhoitajan työtavoissa, vastuun kantamisena tekemästään työstä sekä työtehtävien kokonaisuusien hallintana. Vastuuhoitajan täytyy osata *tunnistaa oma osaamisensa* sekä pyrittävä ylläpitämään ja kehittämään osaamistaan ja asiantuntijuuttaan *jatkuvan oppimisen avulla*. Oman osaamisen näyttäminen ja *asiantuntijuuden osoittaminen* työyhteisössä ovat tutkimusaineiston perusteella edellytyksenä vastuuhoitajaksi pääsemisessä. Tällä tavoin sairaanhoitaja näyttää kykeneväisyytensä vastaamaan vastuullisesta ja haastavasta työtehtävästä.

Vastuuhoitajan työssä tarvitaan hyviä *johtamistaitoja*. Johtamistaitoihin kuuluvat työhön sitoutuminen sekä työstä ja työtehtävistä vastuun kantaminen. Johtamistaidoissa korostuvat yksilön persoonalliset ominaisuudet. Tutkimusaineiston mukaan persoonallisuus näkyy vastuuhoitajan johtamistyyllisissä, työhön suhtautumisena sekä työstä suoriutumisessa. Johtamistaitoihin kuuluu vallan oikea käyttäminen, joka vastuuhoitajan työssä tulee esille vuorokohtaisen vastuun kantamisessa. Vastuuhoitajan täytyy osata käyttää työtehtävän mukaan tuomaa valtaa oikein, koska väärin käytettynä se voi aiheuttaa työyhteisössä paljon konflikteja ja vahinkoja. Vastuuhoitajan tulee osoittaa työyhteisöä kohtaan kunnioitusta, osata luoda luottamuksellisia suhteita sekä ylläpitää hyvää työilmapiiriä, eli työskennellä *kollegiaalisesti*.

Yhteispäivystyksen luonteeseen kuuluu työskenteleminen usein paineen ja kiireen alla. Paine ja kiire saavat aikaan niin työyhteisössä kuin asiakas- ja potilaskunnassa negatiivisia tunteita.



Palautteet ja konfliktit tulevat vastuuhoidajan ratkaistaviksi. Vastuuhoidajalla tulee olla pitkäjänteisyyttä, hyvä paineen- ja stressinsietokyky, hyvä itseluottamus ja itsetuntemus. Vastuuhoidajan *itsensä johtamisen taito* on tärkeä ominaisuus, jotta hän voi ottaa vastaan palautetta ja pystyy käsittelemään työtehtävän mukanaan tuomia negatiivisiakin tunteita niin, etteivät ne vaikuta työn tekemiseen ja siitä selviytymiseen.

#### 4.4.5. Yhteenveto osaamisalueista

Tutkimustuloksena syntyneistä vastuuhoidajan osaamisalueista muodostettiin kuvio. Kuviossa on tiiviisti esitetty vastuuhoidajan osaamisalueet ja niiden sisällöt. Kuviossa olevat nuolet muodostavat vastuuhoidajan osaamisen. Nuolet on suunnattu osaamisalueista niiden sisällä oleviin osa-alueisiin.



## 4.5 Pohdinta

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tunnistaa ja kuvata vastuuhoidajan osaaminen päivystystyössä. Lisäksi tavoitteena oli tehdä vastuuhoidajan työn vaativuus ja merkitys näkyväksi Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksessä sekä koko sairaanhoitopiirin alueella. Haastatteluaineiston analyysin tuloksena syntyivät vastuuhoidajan osaamisalueet eli pätevyudet. Tuotettu tieto vastuuhoidajan osaamisesta on uutta, koska aiheesta ei ole aikaisemmin tehty tutkimuksia tai opinnäytetöitä. Aikaisempien tutkimustulosten puuttuessa syntyne-

tä tuloksia ei voinut verrata aikaisemmin tutkittuun tietoon. Vastuuhoitajalta edellytettävässä osaamisessa on kuitenkin löydettävissä yhteneväisyyksiä asiantuntijahoitajasta tehtyyn määrittelmään. Yhteneväisyyksiä on esimerkiksi hoitotyön osaamisessa sekä yhteistyöosaamisessa. (Leppänen & Puupponen, 2009, s. 31–34.)

Vastuuhoitajan osaamisalueista laajimmaksi muodostui prosessijohtamisosaaminen. Tähän vaikuttavat mielestäni vastuuhoitajan työkuva ja työtehtävien laajuus ja vastuullisuus. Vastuuhoitajan tulee hallita paljon erilaisia tehtäviä, jotka liittyvät organisaation toimintaan ja johtamiseen sekä päivystyshoitotyöhön. Lisäksi vastuuhoitajan työssä korostuu asiantuntijuus päivystyshoitotyöstä. Vastuuhoitaja on työyhteisössä esimerkin ja suunnan näyttäjä. Omalla toiminnallaan ja käyttäytymisellään hän kannustaa, innostaa sekä motivoi työyhteisöä työskentelemään yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Tähän vaaditaan persoonallisia ominaisuuksia, jotka nousivatkin esille useassa vastuuhoitajan osaamisalueessa. Työyhteisön ja etenkin esimiesten tulee muistaa ja huomioida myös vastuuhoitajan tarvitsema tuki. Tuen ja kannustuksen avulla työssä jaksaminen ja työstä suoriutuminen sekä itseluottamus vahvistuvat.

Vastuuhoitajana toimivilla sairaanhoitajilla tulee olla johtamiseen tarvittavaa osaamista. Tällä hetkellä yhteispäivystyksessä työskenteleville vastuuhoitajille ei sellaista ole sairaanhoitopiirin toimesta järjestetty. Koulutuksen puute ja sen tärkeys nousivat tutkimustuloksissa vahvasti esille. Tulevaisuudessa tuleekin vastuuhoitajien ammatillista osaamista kehittää suunnitelmalla ja räätälöimällä juuri vastuuhoitajatoimintaan ja työhön keskittyvää täydennyskoulutusta. Uusien vastuuhoitajien koulutukseen ja perehdytykseen tulee myös jatkossa kiinnittää enemmän huomiota. Osaamisalueita voidaan hyödyntää täydennyskoulutuksen ja perehdytyksen suunnittelussa. Tulosten avulla saadaan lisäksi vastuuhoitajien työn arvostus ja merkitys nostettua Keski-Suomen keskussairaalan yhteispäivystyksessä sen edellyttämälle tasolle.

## Lähteet

Kosonen, H., & Skogberg, L. (2008). *Asiakaslähtöisyys – osaaminen, opettaminen ja kehittäminen hoitotyön koulutusohjelmassa*. Opinnäytetyö Metropolia, hoitotyön koulutusohjelma. <<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/974/Asiakasl.pdf?sequence=1>> Viitattu 29.12.2011

Kyngäs, H., & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11(1), 3–11.

Leppänen, N., & Puupponen, A. (2009). *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Hoitotyön asiantuntija – käsitteen määrittelyä*. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Terveiden edistämisen koulutusohjelma, YAMK.

Metsämuuronen, J. (2008). *Laadullisen tutkimuksen perusteet*. Jyväskylä: Gummerus.

Mäkipää, S., & Korhonen, T. (2011). Mistä asiantuntijuus muodostuu. Teoksessa I. Ranta (toim.), *Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2001* (s. 12–23). Helsinki: Edita Prima.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. (2010). *Päijät-Hämeen yhteis-päivystyshanke, työryhmäraportti*. <<http://dynasty.phnet.fi/orimattila/kokous/2011944-7-2449.PDF>> Viitattu 12.11.2011

Simsiö, M. (2003). *Sisäisen yrittäjyyden edistäminen suurorganisaatiossa: Case Metso Paper Rautpohja*. Pro Gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto, taloustieteiden tiedekunta. <<http://jyv.jyu.fi>> Viitattu 5.12.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010). *Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet*. Työryhmän raportti. Helsinki.

Viinikainen, S., Pyhälä-Liljeström, P., & Blek, T. (2010). *Osaamisen arvioinnilla onnistuneeseen rekrytointiin*. <[http://www.terveysportti.fi/sairaanhoitajan tietokannat/](http://www.terveysportti.fi/sairaanhoitajan_tietokannat/)> Viitattu 28.9.2011

Vilka, H. (2007). *Tutki ja havainnoi*. Jyväskylä: Gummerus.

#### **Julkaisemattomat lähteet:**

Collin, K., Paloniemi, S., Ruoranen, M., Valleala, U. M., & Eteläpelto, A. (2010). *Ryhmätöinnin ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella*. Tutkimus- ja kehittämissuunnitelma. Jyväskylän yliopisto.

Teittinen, J. (2010). *Luentomuistio*. Julkaisematon lähde.

## 5 OPPIMINEN VASTUUHOITAJAMALLIN KEHITTÄMIS- PROSESSISSA PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

Ulla Maija Valleala, Sanna Herranen, Kaija Collin & Susanna Paloniemi

### Tiivistelmä

Tutkimuksen kohteena oli sairaalan päivystyspoliklinikalla toteutettu vastuuhoidajamallin kehittäminen ja tässä kehittämisprosessissa tapahtuva oppiminen. Oppimista tarkasteltiin sosiologisesta viitekehuksesta käsin *osallistumisen* ja *selontekovelvollisuuden* käsitteiden avulla. Tutkimusaineisto koostui kokousten äänitallenteista, kokouksista ja poliklinikan toiminnasta tehdystä havainnoinneista sekä etnografisista kenttähaastatteluista. Aineisto analysoitiin kvalitatiivisesti ja huomio kohdistettiin kehittämisprosessissa tarjolla olleisiin henkilöstön osallistumismahdollisuuksiin ja vuorovaikutuksessa havaittuihin selontekoihin. Tulokset osoittivat, että yleisesti havaituista hyvistä osallistumismahdollisuuksista huolimatta kehittämisprosessin keskeisimmässä vaiheessa eli uuden mallin suunnittelussa mahdollisuuksia henkilöstön osallistumiselle oli niukasti. Selontekojen ja selontekovelvollisuuden analyysi paljasti vaikeuksia uusien käytänteiden toteuttamisessa, mutta toisaalta selontekovelvollisuudessa havaittu symmetria merkitsi hyviä oppimisen mahdollisuuksia. Tutkimus osoitti, että tarkastelemalla henkilöstön osallistumista muutoksen eri vaiheissa ja kiinnittämällä huomiota selontekovelvollisuuden voidaan aiempia tutkimuksia täsmällisemmin ymmärtää organisaatiossa tapahtuvan osallistumisen ja oppimisen mahdollisuuksia. Tämä tapaustutkimus tarjoaa käsitteitä ja lähestymistavan, joiden avulla organisatorista oppimista voidaan tarkastella myös muissa organisaatioissa.

### 5.1 Johdanto

Keskeinen kysymys nykyisessä työelämässä on se, millainen työn järjestely ja johtaminen vahvistaisi sekä työntekijöiden oppimista ja ammatillista kasvua että organisaation kehittämistä ja menestymistä. Organisaatiomuutos voi vaikeuttaa henkilöstön oppimista, mutta voi myös edistää oppimisen mahdollisuuksia (Argyris & Schön, 1996, s. 18). Jotta nämä muutokseen sisältyvät oppimisen mahdollisuudet voivat toteutua, on tärkeää ymmärtää, millaiset organisaatiomuutoksen piirteet ja millainen muutoksen johtaminen voivat parhaiten edistää organisaatiossa tapahtuvaa oppimista. Organisaation muutosprosessit voivat myös tuoda esiin oppimista organisaation eri tasoilla, erityisesti sosiaalisella ja vuorovaikutusprosessien tasoilla. Näillä tasoilla tapahtuvaa oppimista voi olla helpompi operationalisoida ja havaita muutostilanteissa kuin tilanteissa, joissa muutosta ei tapahdu. Tässä tutkimuksessa organisaatiossa tapahtuvaa oppimista lähestytään sosiologisesta näkökulmasta (ks. Gherardi & Nicolini, 2001) ja tarkoituksena on selvittää niitä organisaatio- ja vuorovaikutustason piirteitä, jotka voivat edistää oppimista organisaatiossa ja organisaation muutoksessa.

Tämä tutkimus on osa laajempaa ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön tutkimus- ja kehittämisprojektia (RYMY), joka toteutettiin Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueella. Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalue koostuu päivystyspoliklinikasta sekä päivystys- ja infektio-osastosta. Päivystyspoliklinikalla toimii sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon päivystys. Tässä artikkelissa kuvataan kehittämisprosessia, joka käynnistettiin päivystyspoliklinikalla potilasmäärän kasvun vuoksi. Ennen tätä muutosta poliklinikalla oli noin 70 000 potilaskäyntiä vuodessa. Perusterveydenhuollon potilaskäyntien arvioitiin alueellisten uudelleenjärjestelyjen vuoksi lisääntyvän noin 17 000:lla. Tähän tulevaan potilasmäärän kasvuun varauduttiin kehittämällä uusia toimintamalleja, joista yksi oli poliklinikan vastuuhoitajien työnkuvan kehittäminen. Poliklinikan kokeneet ja taitavat hoitajat työskentelevät työvuoronsa ajan vastuuhoitajana, yksi hoitaja vuorollaan. Tässä tutkimuksessa keskitytään vastuuhoitajamallin kehittämisprosessiin, jossa vastuuhoitajuutta organisoitiin uudelleen ja vastuuhoitajat saivat uusia tehtäviä.

Terveydenhuollon kehittämistä koskevat haastattelututkimukset ovat osoittaneet, että henkilöstön osallistuminen ja keskustelumahdollisuudet ovat tärkeitä muutostilanteissa (Apker, 2001, 2004; Miller, Joseph, & Apker, 2000; Stenner & Courtenay, 2008). Itse organisaatiomuutosprosessit ovat muutamissa tutkimuksissa olleet mielenkiinnon kohteena (Bate, 2000; Bunniss & Kelly, 2008; Dobers & Söderholm, 2009; Edmondson, Bohmer, & Pisano, 2001). Nämä tutkimukset ovat edistäneet ymmärrystä muutosprosessin vaiheista ja etenemisestä. Siitä, kuinka muutosprosessit tapahtuvat ja etenevät organisaation vuorovaikutustilanteissa ja millaisia oppimisen mahdollisuuksia ja haasteita ne sisältävät, tiedetään vielä kuitenkin vähän. Tämä tutkimus tarkastelee organisaatiomuutosta ja oppimista vuorovaikutustasolla ja kiinnittää näin huomiota toiminnan mikrotasoon, joka ei ole juuri ollut huomion kohteena organisaatiomuutostutkimuksissa (ks. Bjerregaard, 2011). Dopson kollegoineen (2002) on todennut että se, millaiset strategiat parhaiten vahvistavat kehitystä terveydenhuolto-organisaatioissa, riippuu kontekstista. Näin ollen on tutkittava erilaisia terveydenhuollon konteksteja, jotta voidaan kehittää ymmärrystä organisaatiomuutoksesta ja oppimisprosesseista.

## **5.2 Organisaatiomuutos ja oppiminen: osallistuminen ja selontekovelvollisuus**

Organisaatiomuutos voidaan määritellä organisaation järjestelyjen merkittäväksi muuttamiseksi ja uuden käytänteen tai toimintatavan levittämiseksi organisaatioissa (Suddaby & Greenwood, 2009). Organisaatio voidaan nähdä verkottuneena toimintajärjestelmänä, joka sisältää subjektin, välineet, toiminnan kohteen, säännöt, yhteisön ja työnjaon. Muutos yhdessä toimintajärjestelmän osassa johtaa ristiriitaan muiden osien välillä ja vaikuttaa lopulta koko toimintajärjestelmään. (Engeström, 2001.)

Gherardi ja Nicolini (2001) ovat käsitteellistäneet organisaatioissa tapahtuvaa oppimista post-modernista sosiologisesta viitekehyksestä käsin. Heidän mukaansa organisaatio on sosiaalisesti rakentunut ja raja organisaation ja sen ympäristön välillä on epäselvä. Organisatorinen oppiminen on sosiaalinen prosessi, joka tapahtuu organisaation toimintaprosesseissa (Gherardi & Nicolini, 2001.) Oppiminen on jatkuvasti ja sanattomasti läsnä organisoinnin aktiivisissa prosesseissa (Argyris & Schön, 1996; Weick & Westley, 1996). Tämän vuoksi Gherardi ja

Nicolini käyttävät organisoinnissa oppimisen (learning-in-organizing) käsitettä organisatorisen oppimisen sijaan. Organisoinnissa oppimisen käsite perustuu tutkimukseen tilannesidonnaisesta oppimisesta (Brown, Collins, & Duguid, 1989) ja oppimiseen kompetenttina käytäntöihin osallistumisena (Billett, 2004; Wenger, 1998; ks. myös Gherardi, Nicolini, & Odella, 1998).

Työntekijöiden *osallistuminen* organisaatiossa tehtäviin päätöksiin ja organisaation prosesseihin on havaittu tekijäksi, joka liittyy keskeisesti organisaatiossa tapahtuvaan oppimiseen (Bess, Perkins, Cooper, & Jones, 2011; Gherardi & Nicolini, 2001; López, Peón, & Ordás, 2006). Työntekijöiden osallistuminen vahvistaa oppimista, koska se kerää yhteen työntekijöitä, joilla on erilaisia tietoja, taitoja ja kokemuksia (Kitzmiller, Anderson, & McDaniel, 2010). Lisäksi työntekijät tuovat moninaista tietoa reflektioon ja päätöksentekoon, joissa tuotetaan useita tulkintoja ja mahdollisuuksia luoda uusia merkityksiä ja ratkaisuja. Yhteinen päätös edellyttää osallistujien saavuttavan yhteisen ymmärryksen. (Ashmos, Huonker, & McDaniel, 1998.) Osallistava päätöksenteko myös voimaannuttaa työntekijöitä ja antaa heille heidän työhönsä liittyvää vastuuta ja toimintaresursseja (Bess ym., 2011).

Osallistumalla oppiminen on mahdollista, jos organisaatiossa on käytänteitä ja sellaisia rakenteita, jotka antavat mahdollisuuksia yhteiseen päätöksentekoon ja kollektiiviseen reflektioon (Bess ym., 2011). Osallistavat päätöksentekokäytännöt tarkoittavat esimerkiksi työryhmien ja tiimien luomista organisaatiossa ilmenevien ongelmien tarkastelua ja ratkaisua varten (Shrivastava, 1983). Organisaation rakenteet vahvistavat oppimista, jos jäsenet voivat tuoda niissä näkökulmiaan päätöksentekoon ja jos ne helpottavat yhteistoiminnallisia prosesseja läpi koko organisaation (Bess ym., 2011). Kaiken kaikkiaan osallistuminen toteutuu organisaatioissa, joissa arvostetaan monitasoisia ja monipuolisia yhteyksiä organisaation jäsenten välillä (Ashmos ym., 1998).

Osallistumisen lisäksi Gherardi ja Nicolini sisällyttävät *selontekovelvollisuuden* käsitteen sosiologiseen teoriaansa organisatorisesta oppimisesta. Selontekovelvollisuus on osa organisaatioillekin tyypillistä refleksiivisyyttä, sen sosiaalinen ja vuorovaikutuksellinen elementti. Etnometodologiassa selonteolla tarkoitetaan tekojen kielellistä kuvailua, selittämistä ja oikeuttamista muille. Selontekojen avulla maailmaa tehdään ymmärrettäväksi itselle ja muille yhteisön jäsenille. (Flynn, 1991; Garfinkel, 1967; Gherardi & Nicolini, 2001.) Selontekovelvollisuus puolestaan viittaa vuorovaikutustilanteisiin, joissa muut jäsenet kysyvät (ääneen tai ”äänettömästi”) selitystä tai syitä jollekin teolle. Selontekovelvollinen ihminen on velvoitettu antamaan tietoa, selittämään ja vastaamaan näihin kysymyksiin (Schedler, 1999). Esimerkiksi organisaation johto voi olla velvollinen selittämään alaisilleen, miksi muutoksia tarvitaan. Tarkastelemalla selontekovelvollisuuden paikkoja ja tilanteita ja niissä annettuja selontekoja voidaan tutkia, kuinka tietoa – esimerkiksi uusia ideoita, suunnitelmia ja käytänteitä – luodaan, haastetaan, tehdään relevantiksi, legitimoidaan ja levitetään organisaatiossa (ks. Bjerregaard, 2011; Gherardi & Nicolini, 2001). Edellä kuvattu merkitys selontekovelvollisuudelle on hyvin abstrakti ja viittaa organisaation jäsenten vuorovaikutukseen ja keskinäisiin suhteisiin. Organisaatioiden selontekovelvollisuutta on tutkittu ja määritelty myös käytännöllisemmällä tasolla. Tässä merkityksessä selontekovelvollisuus on tyypillinen piirre resursseista riippuvaisissa

voittoa tavoittelemattomissa organisaatioissa, jotka toimivat rahoittajiensa, asiakkaidensa, henkilökuntansa ja tavoitteidensa muodostamassa selontekovelvollisuuden järjestelmässä (Ebrahim, 2005). Ebrahim on esittänyt, että mikäli selontekovelvollisuus organisaation rahoittajille dominoi suhteessa selontekovelvollisuuteen henkilökunnalle, asiakkaille ja organisaation tavoitteelle, organisaatiomuutos ja oppiminen estyvät. Mitä symmetrisempi selontekovelvollisuuden järjestelmä on, sitä paremmat muutos- ja oppimismahdollisuudet organisaatioissa ovat.

### 5.3 Organisaatiomuutos ja oppiminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollon organisaatiomuutoksissa tapahtuvaa oppimista on tutkittu varsin vähän. Alan päätutkimukset koskevat terveydenhuoltojärjestelmän uudistamista Yhdysvalloissa (managed care) ja haasteita, joita hoitajat kohtasivat tässä uudistuksessa (ks. Apker, 2001, 2004; Miller & Apker, 2002; Miller ym., 2000). Hoitajien uutta roolia managed care -järjestelmässä käsitellyt tutkimus osoitti, että selkeä, avoin ja johdonmukainen vuorovaikutus johdon ja henkilökunnan välillä vähensi hoitajien uusia rooleja koskevaa epävarmuutta ja auttoi heitä selviytymään uusista haasteistaan. Johdon ja henkilökunnan välisen vuorovaikutuksen ohella myös työntekijöiden keskinäinen jatkuva vuorovaikutus edisti sopeutumista organisaatiomuutoksiin ja uusiin rooleihin. (Miller ym., 2000; Miller & Apker, 2002.) Oppimisessa on usein myös kyse pelkkää sopeutumista aktiivisemmasta tavasta kohdata muutos, jolloin oppiminen merkitsee uusien roolien ja tiedon luomista ja uusien käytänteiden tuottamista (Gherardi & Nicolini, 2001). Terveydenhuollossa uusia työrooleja ja käytänteitä on luotu tilanteissa, joissa aiemmin lääkäreille kuuluneita tehtäviä on siirretty hoitajille. Esimerkkinä tästä on hoitajien rajattu oikeus määrätä lääkkeitä. Stenner ja Courtenay (2008) osoittivat, että lääkkeenmäärämisoikeuden saaneet hoitajat kokivat hoitoryhmissä käytyt keskustelut tärkeinä itseluottamuksensa ja ongelmanratkaisukykyensä edistäjinä. Heillä oli myös ammatillisessa yhteisönsään tärkeä rooli valmentajina ja tiedonjakajina. (Stenner & Courtenay, 2008.) Näiden hoitajien tehtävien laajentaminen merkitsi paitsi yksittäisten työntekijöiden, myös koko työyhteisön oppimista.

Organisaatiomuutoksen ja työn uudelleenjärjestelyn seuraukset ovat usein paradoksaalisia ja ristiriitaisia (Weick & Westley, 1996). Apkerin (2004) mukaan uuden managed care -järjestelmän mukanaan tuomat muutokset olivat yhtäältä positiivisia, sillä ne johtivat yhteistyön lisääntymiseen ja vaalivat positiivista ammatillista identiteettiä. Toisaalta sairaalan vähentyneiden resurssien, lisääntyneen työkuorman ja aikarajoitteiden koettiin vaikuttavan negatiivisesti potilastyöhön. (Apker, 2004.) Nämä terveydenhuollossa toteutetut tutkimukset osoittavat osallistumiskäytänteiden ja keskustelumahdollisuuksien tärkeyden muutostilanteissa. Itse muutosprosesseihin keskittyneet tutkimukset ovat tuoneet lisää tietoa muutosprosessin vaiheista. Edmondson kollegoineen (2001) tutki uuden leikkausteknologian soveltamisprosessia. Tutkimuksen mukaan soveltamisprosessi tapahtui neljässä vaiheessa: osallistujien ilmoittautuminen prosessiin, valmistautuminen, kokeilut ja reflektio. Uuden leikkausteknologian onnistunut toteuttaminen ja omaksuminen edellyttivät tiiminjohtajien tukemaa kollektiivista oppimisprosessia. (Edmondson ym., 2001). Dobers ja Söderholm (2009) analysoivat terveydenhuollon kehittämisprojekteja ja jakoivat prosessin kahteen vaiheeseen: käännökseen ja inskriptioihin. Prosessin alussa aiemmin kirjoitetut materiaalit käännetään toimintasuunnitel-



miksi. Inskriptiot viittaavat prosessin loppuun, jolloin materialisoituneet ideat laaditaan raporteiksi ja siirtyvät teoiksi. (Dobers & Söderholm, 2009.)

#### 5.4 Tutkimuskysymykset

Edellä esitetyt teoreettiset näkökulmat ja aiempi tutkimus antavat viitteitä siitä, että tutkimalla organisaatiomuutoksessa tapahtuvaa osallistumista ja selontekovelvollisuutta voidaan lisätä ymmärrystä organisaatiotason oppimisesta ja organisaatiossa olevista mahdollisuuksista yksilön oppimiselle. Tutkimme oppimista tarkastelemalla työntekijöiden osallistumista ja selontekovelvollisuutta päivystyspoliklinikan muutosprosessissa. Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Millaisia työntekijöiden osallistumisen rakenteita ja käytänteitä muutosprosessissa oli tarjolla?
2. Millaisia organisatorisen oppimisen mahdollisuuksia muutoksen selontekovelvollisuustilanteissa ilmeni?

Tavoitteena on myös tarkastella osallistumisen ja selontekovelvollisuuden roolia organisatorisessa oppimisessa. Tulosten pohjalta tarkastellaan sitä, millaisia johtopäätöksiä muutoksessa oppimisesta voidaan tehdä osallistumisen ja selontekovelvollisuuden perusteella.

#### 5.5 Tutkimuskonteksti, -aineisto ja -menetelmät

Tutkimus keskittyy päivystyspoliklinikan muutosprosessiin, joka koski vastuuhoitajien työnjakoa ja tehtäviä. Vastuuhoitaja toimii vuorokohtaisena työnjohtajana päivystyspoliklinikalla. Poliklinikalla työtä jaettiin uudelleen siten, että osa osastonhoitajan tehtävistä siirrettiin vastuuhoitajille. Samalla vastuuhoitajan ja paritriagehoitajan tehtävät erotettiin toisistaan. Uudet työtehtävät sisälsivät esimerkiksi sijaisten järjestämistä lyhyisiin sairauslomiin. Vastuuhoitajien tehtävänä on myös koordinoita työkuormaa hoitoryhmissä, järjestellä hoitoryhmiä uudelleen ja siirtää hoitajia hoitoryhmästä toiseen tarpeen mukaan. Tärkeänä tavoitteena työn uudelleenjärjestelyssä oli vahvistaa vastuuhoitajan työnjohtajaroolia. Tutkimuksen aikana poliklinikalla suunniteltiin ja toteutettiin myös muita muutoksia, esimerkiksi työvuorolistajärjestelmä rakennettiin uudelleen ja otettiin käyttöön. Muutosprosessi sisälsi myös tietojärjestelmämuutoksia. Koska tämä tutkimus on osa laajempaa tutkimus- ja kehittämishanketta, hankkeelle myönnetty tutkimusluvut sairaalalta, yliopistolta ja tutkimukseen osallistuneilta yksilöiltä olivat voimassa myös tässä osatutkimuksessa. Poliklinikan potilaat eivät olleet tutkimuskohteena, joten tutkimus ei sisältänyt vaikeita eettisiä kysymyksiä.

Tutkimuksen menetelmällinen lähestymistapa on etnografia, mikä merkitsee sitä, että toimintaa ja sosiaalisia tilanteita tarkasteltiin niiden luonnollisessa ympäristössä. Etnografia tarjoaa mahdollisuuden tarkastella prosesseja ja organisaatiomuutosta, etenkin muutoksen prosessuaalisia piirteitä, jotka työorganisaatioissa voivat olla monimutkaisia ja monisuuntaisia (Fine, Morrill, & Surianarain, 2009). Fokus tässä tutkimuksessa on niissä perspektiiveissä, joita toimijat antavat itse toiminnassa (eivät toiminnalle); puheessa, joka tapahtuu ”luontaisesti tapahtuvassa vuorovaikutuksessa meneillään olevassa sosiaalisessa kontekstissa” (Fine ym., 2009, s.



611). Näissä tilanteissa tarkoituksena oli ymmärtää sekä työntekijöiden että johtajien perspektiivejä. Kiinnostus autenttisiin organisaation prosesseihin oli myös syynä siihen, miksi tähän tutkimukseen valittiin vain yksi poliklinikka. Tutkimus toteutettiin tapaustutkimuksena, koska oltiin kiinnostuneita erityisesti siitä, kuinka aidossa organisaatiokontekstissa opitaan (ks. Yin, 1994). Baker (2011) näkee tapaustutkimusten voivan tuoda esiin terveydenhuollon käytänteiden monimutkaisuuden ja osoittavan, miksi kehitystoimet onnistuvat joissain konteksteissa mutta eivät toisissa.

Aineisto koostui muutosprosessia koskeneiden palaverien äänitallennusten litteraatioista (yhteensä noin 20 tuntia, 452 sivua) sekä havainnoineista. Palaveriinkin osallistui poliklinikan johto ja henkilökunta. Näissä palaverissa suunniteltiin uutta vastuuhoidajamallia ja keskusteltiin vastuuhoidajuuden uudelleenjärjestämisestä. Lisäksi vastuuhoidajien työtä havainnoitiin yhteensä 22 tuntia (kaksi havainnoijaa, 34 sivua kenttämuistiinpanoja). Aineisto sisälsi myös ylihoitajan haastattelun sekä kymmenen vastuuhoidajan ja kuuden hoitoryhmän kenttähaastattelut (yhteensä 61 sivua). Etnografisen lähestymistavan mukaisesti haastattelut muistuttivat enemmän epävirallista keskustelua kuin strukturoitua haastattelua. Lisäksi päivystyspoliklinikan toimintaa havainnoitiin 85 tuntia tavoitteena tutustua poliklinikkaan ja sen toimintaan. Tätä aineistoa ei analysoitu tässä tutkimuksessa, mutta kontekstiin hyvä tuntemus mahdollisti huomion kiinnittämisen niihin perspektiiveihin, joita toimijoilla on toiminnassa (ks. Fine ym., 2009).

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto järjestettiin kronologisesti. Tutkimuskysymysten kannalta olennaiset keskustelut ja toiminnot koottiin ja järjestettiin tavoitteena selvittää muutosprosessin kronologiset ja toiminnalliset vaiheet. Tätä tuotosta voidaan kutsua tapauskuvaukseksi (ks. Patton, 2002, s. 449). Tämä analyysin ensimmäinen vaihe oli aineistolähtöinen, minkä jälkeen analyysi jatkui teorialähtöisesti: Gherardin ja Nicolinin organisoimisessa oppimisen teoreettisen kuvauksen pohjalta huomio kiinnitettiin aineiston niihin osiin, jotka voitiin tulkita osallistumisen ja selontekovelvollisuuden ilmentymiksi. Tutkimme osallistumisen tapoja ja mahdollisuuksia, mutta myös niitä toiminnan hetkiä, joissa näitä mahdollisuuksia ei ollut. Analysoimme ja tulkitsimme hetkiä, jolloin johtajat selittivät muutoksia henkilökunnalle ja jolloin muutoksista keskusteltiin, jotta voisimme nähdä kuinka selonteot ja selontekovelvollisuus ilmenivät. Näin ollen oppimismahdollisuuksia ei tutkittu erillisinä koulutustapahtumina irrallaan muusta toiminnasta, vaan työhön ja järjestelykäytänteisiin sisältyvinä (ks. Gherardi & Nicolini, 2001). Organisatorinen oppiminen ”tunnistetaan vain kun havainnoija tunnistaa ja kontekstualisoi” jatkuvan organisaatiomuutoksen (Nicolini & Meznar, 1995, s. 727). Siten oppimista ei tässä tutkimuksessa voitu suoraan havaita tai koodata aineistosta. Sen sijaan sitä oli tulkittava organisaation ja organisaatiomuutoksen osallistavien käytänteiden ja selontekovelvollisuuskäytänteiden pohjalta. Analyysin tarkoituksena oli saavuttaa yksityiskohtaista ja konkreettista kuvausta, ”tiheää kuvausta” (Denzin, 2001, s. 99–118) keskusteluisista ja toiminnasta prosessin aikana. Kuvaukset eivät kuitenkaan ole raportteja todellisuudesta sellaisenaan, vaan ennemminkin tutkijan tulkintoja tapahtumista.

## 5.6 Osallistuminen muutosprosessin neljässä vaiheessa

Aiemman tutkimuksen pohjalta keskeinen kysymys organisoinnissa oppimisessa on se, onko työntekijöillä mahdollisuus osallistua järjestely- ja päätösprosesseihin. Osallistuminen on mahdollista, jos organisaatiolla on käytänteitä ja rakenteita, jotka tukevat osallistumista (Bess ym., 2011; López ym., 2006.) Tämän vuoksi myös vastuuhoidajamallin muutosprosessissa toteutuneen oppimisen kannalta tärkeää on se, millaisia työntekijöiden osallistumisen rakenteita ja käytänteitä prosessissa hyödynnettiin.

Keskustelujen pääsisältöjen ja toiminnan piirteiden pohjalta muutosprosessi jaettiin neljään vaiheeseen, joita olivat *valmistelu, suunnittelu, keskustelu ja toteutus*. Nämä vaiheet sekä jokaisen vaiheen päätapaukset ja osallistujat on kuvattu taulukossa 1. Kaksi oikeanpuoleisinta saraketta antavat tietoa siitä, sisältyikö vaiheeseen rakenteellisia ja käytännöllisiä osallistumismahdollisuuksia. Osallistumismahdollisuudet tunnistettiin aineistosta työryhmiksi tai rutiinipalaveriksi, kun taas osallistumiskäytännöt operationalisoitiin sellaisiksi ryhmän tai palaverin käytännöiksi ja toiminnaksi, jotka sallivat osallistumisen.

Taulukko 1. Vastuuhoidajajärjestelmän muutosprosessin vaiheet, tapahtumat, ajankohdat, osallistujat ja osallistumismahdollisuudet

Vaihe	Tapahtuma ja ajankohta	Osallistujat	Osallistumisen rakenteet	Osallistumisen käytännöt
Valmistelu	Aamupalaverit, kevät 2010 (ei autenttista aineistoa; perustuu keskusteluun ylihoitajan kanssa). Kaksi kehittämispalaveria (29.4 ja 19.8.2010)	Poliklinikan hoitohenkilöstö ja johto (ylihoitaja, osastonhoitaja, ylilääkäri, erikoislääkäri)	KYLLÄ	KYLLÄ
Suunnittelu	Viisi suunnittelupalaveria 17.9 – 17.11.2010	Suunnitteluryhmä: ylihoitaja, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja	KYLLÄ	EI
	Lakisääteinen yhteistoimintapalaveri 11.10.2010	Poliklinikan hoitohenkilöstö ja johto (ylihoitaja, osastonhoitaja, ylilääkäri)	KYLLÄ	EI
	Työnjakotyöryhmän palaveri 17.11.2010	Työryhmä: poliklinikan neljä sairaanhoitajaa ja osastonhoitaja	KYLLÄ	EI
Keskustelu	Kuusi aamupalaveria 18.11 – 16.12.2010	Poliklinikan hoitohenkilöstö ja johto (ylihoitaja, osastonhoitaja)	KYLLÄ	KYLLÄ
Toteutus	Kymmenen vastuuhoidajan havainnointi ja kenttähaastattelut, kuuden hoitoryhmän kenttähaastattelu, ylihoitajan haastattelu. Aamupalaverit vuoden 2011 alussa (ei autenttista aineistoa)	Poliklinikan hoitohenkilöstö	KYLLÄ	KYLLÄ

Kuten taulukko 1 osoittaa, valmisteluvaihe sisälsi sekä rakenteita että käytänteitä henkilöstön osallistumiselle. Tarjolla oli ryhmiä ja palavereita, joissa muutoksesta tiedotettiin ja sitä valmisteltiin. Ne myös sisälsivät osallistumiskäytänteitä, kuten avointa keskustelua. Aineiston perusteella aloite ja idea vastuuhoidajuuden uudistamiseen itse asiassa tuli henkilökunnalta toisessa kehittämissalaverissa. Kehittämissalavereissa keskusteltiin poliklinikan ongelmista, ruuhkista ja shokkihuoneen henkilöstövajeesta. Suunnitteluryhmä käsitteli näitä ongelmia myös asioina, joita uuden vastuuhoidajamallin avulla voitaisiin ratkaista. Siten kehittämissalaverit osoittautuvat tärkeäksi muutosprosessin lähtökohdaksi, ja niissä henkilöstöllä oli myös hyvät mahdollisuudet osallistua.

Sen sijaan suunnitteluvaiheessa käytänteitä henkilöstön osallistumiselle ei ollut. Suunnitteluryhmä koostui kolmesta hoitotyön johtajasta: ylihoitajasta, osastonhoitajasta ja apulaisosastonhoitajasta. Apulaisosastonhoitaja olisi voinut toimia henkilöstön edustajana näissä palavereissa, koska hänellä oli kokemusta vastuuhoidajana toimimisesta. Näistä kokemuksista ei kuitenkaan keskusteltu suunnittelukokouksissa. Myös prosessin kulku olisi mahdollistanut henkilöstön osallistumisen suunnitteluun, koska yhteistoimintapalaveri järjestettiin ennen viimeistä suunnittelupalaveria. Viimeisessä suunnittelupalaverissa ei kuitenkaan viitattu yhteistoimintapalaverin keskusteluihin eikä siinä käytyjä keskusteluja otettu huomioon suunnittelussa. Yhteistoimintapalaverin lisäksi toisena osallistavan suunnittelun ja päätöksenteon rakenteellisena foorumina oli työnjakotyöryhmä. Ryhmää johti osastonhoitaja ja ryhmän jäsenenä oli neljä kokenutta hoitajaa. Ryhmän rooli oli kuitenkin varsin marginaalinen, koska se ei osallistunut suunnitteluun tai päätöksentekoon, vaan enemmänkin keskusteli niistä suunnitelmista, joita suunnitteluryhmä oli tuottanut. Erityisesti tämäntyyppiset ryhmät, joiden jäsenillä on paljon tietoa, taitoja ja kokemusta, voisivat tarjota erilaisia näkökulmia suunnitteluun ja ennustaa suunniteltujen muutosten seurauksia (Ashmos ym., 1998).

Kolmivuorotyön takia koko henkilöstöä oli mahdotonta saada yhteen palaveriin, jossa muutoksista tiedotettaisiin ja niistä keskusteltaisiin. Tämän vuoksi järjestettiin useita aamupalavereita, joissa henkilöstöllä oli mahdollisuus esimerkiksi kommentoida suunnitelmia ja reflektoida toteutusta. Kuten taulukko 1 osoittaa, aamupalavereita pidettiin kolmessa muutoksen vaiheessa: valmistelussa, keskustelussa ja toteutuksessa. Havaintojen ja haastattelujen perusteella aamupalaverit tarjosivat sekä rakenteita että käytänteitä henkilöstön osallistumiselle näissä kolmessa prosessin vaiheessa.

Suunnitteluryhmä siis teki uutta vastuuhoidajamallia koskevat pääasialliset suunnitelmat ja päätökset. Suunnitelmat sisälsivät alustavan listan hoitajista, jotka työskentelisivät vastuuhoidajina ja vastuuhoidajien uuden tehtävälistan. Johtajat kuitenkin painottivat, että heidän suunnitelmansa on ehdotus, jota henkilöstö saa kommentoida ja jota voidaan muuttaa keskustelujen, reflektion ja käytännön kokeilujen pohjalta. Näin ollen niillä henkilökunnan jäsenillä, jotka osallistuivat aamupalaveriin keskusteluvaiheessa, oli osittain mahdollisuus osallistua suunnitteluun ja päätöksentekoprosessiin. Alustavan tehtävälistan yhtä kohtaa, eli vastuuhoidajien aiottua velvollisuutta järjestellä sijaisia lyhyisiin sairauslomiin, päätettiinkin harkita uudelleen ja mahdollisesti muuttaa myöhemmin. Tätä kohtaa kritisoitiin eräässä aamupalaverissa, koska sijaisia sairauslomiin oli vaikea löytää. Henkilöstö totesi, että tämä tehtävä vaatisi

myös mandaattia myöntää vapaapäivä sijaiselle sijaistetun vuoron jälkeen. Suunnitelma ei kuitenkaan sisältänyt tällaista mandaattia vastuuhoidajille. Keskustelu päättyi ylihoitajan puheenvuoroon siitä, että tätä tehtävää harkittaisiin uudelleen.

Osallistumisen mahdollistavia rakenteita oli muutosprosessin jokaisessa vaiheessa. Valmistelu-, keskustelu- ja toteutusvaiheessa rakenteet sisälsivät myös henkilöstön osallistumismahdollisuuksia niihin toimintoihin, jotka olivat keskeisiä näissä kussakin vaiheessa. Suunnittelu- vaihe sisälsi kolme rakenteellista mahdollisuutta henkilöstön osallistumiselle: apulaisosastonhoitaja henkilöstön edustajana suunnitteluryhmässä, yhteistoimintapalaveri ja työnjakotyöryhmä. Näitä mahdollisuuksia ei kuitenkaan täysin hyödynnetty. Toisaalta henkilöstölle annettiin paljon mahdollisuuksia vaikuttaa päätöksiin aamupalavereissa keskusteluvaiheessa.

## **5.7 Selonteot ja selontekovelvollisuus muutosprosessissa**

Tarkastelemalla selontekoja ja selontekovelvollisuutta muutosprosessissa voidaan saada selville, miten uutta tietoa luodaan, miten siitä kommunikoidaan ja miten sitä legitimoidaan ja levitetään organisaatiossa (ks. Bjerregaard, 2011; Gherardi & Nicolini, 2001). Tässä luvussa selvittelemme sitä, kuinka uutta vastuuhoidajamallia tuotettiin, miten siitä tiedotettiin ja neuvoteltiin ja miten sitä toteutettiin poliklinikalla. Selontekojen perusteella voidaan tutkia myös selontekojärjestelmän symmetrisyyttä, joka ilmentää oppimismahdollisuuksia organisaatiossa (ks. Ebrahim, 2005). Näiden kahden teoreettisen näkökulman pohjalta analysoitiin kahta selontekovelvollisuuden elementtiä. Ensinnäkin tutkittiin sitä, mitä selonteot koskevat ja kuinka ne muuttuvat prosessin edetessä. Toiseksi selvitettiin sekä sitä, kuka antaa selontekoja vuoro-vaikutustilanteessa, kenelle ne on osoitettu ja minkä tahon selontekovelvollisuutta selonteon sisältö ilmentää. Tarkasteltiin siis sitä, kenelle tai mille taholle poliklinikka ja erityisesti sen johtajat olivat selontekovelvollisia. Tästä tehtiin edelleen päätelmiä siitä, miten symmetrinen selontekovelvollisuuden järjestelmä poliklinikalla oli muutostilanteessa.

### *5.7.1 Mitä selonteot koskivat?*

Voisi olettaa, että muutostilanteissa henkilöstö odottaa johdolta perusteluja siitä, miksi muutoksia tarvitaan. Aineistossa oli kuitenkin vain yksi tämän tyyppinen selonteko. Se tapahtui toisessa suunnittelupalaverissa, jossa erikoislääkäri kuvaili toimintamallin muutoksen historiaa ja taustaa. Tämän tyyppisten selontekojen vähyys aineistossa johtuu luultavasti siitä, että muutoksen syistä oli keskusteltu riittävästi jo ennen aineistonkeruujakohtaa.

Selontekojen pääteemat on kuvattu liitteessä 1. Suuri osa uutta vastuuhoidajamallia koskevista kysymyksistä ja haasteista koski myös muita muutoksia, joita oli määrä tehdä tulevan potilasmäärän kasvun takia. Yhteisenä ja yleisenä piirteenä henkilöstön kysymyksissä oli epävarmuus siitä, onko muutoksille tarpeeksi aikaa ja riittävätkö hoitajaresurssit. Aineisto-ote 1 on esimerkki osastonhoitajan selonteosta työnjakotyöryhmässä. Selonteko käsittelee hoitajaresurssia sekä muutosprosessin ajoitusta ja aikataulua. Osastonhoitaja perustelee venyntyä aikataulua kuvailemalla sitä, miten uusien hoitajien määrä saatiin nostetuksi seitsemästä kahdeksanteosta.

### Aineisto-ote 1.

**Osastonhoitaja:** Tähän mä nyt vielä sanon, et miks tää on niinku venyny ja tää on tässä vaiheessa. Nyt on marraskuun puoliväli. Tässä oli vielä muutama viikko sitten semmonen tilanne että tänne oli tulossa ainostaan seitsemän uutta hoitajaa ja se on siinä ajassa tehty uudelleen tää kartotus ja kaikki sit kun saatiin päätös meidän kannalta semmonen et saatiin se kakstoista, mitä haluttiinkin. Eli siinä [ylihoitaja] tietysti teki kovasti töitä, että hän sai tän asian niinku onnistumaan. Että siitä voi niinku hänelle sitten kyllä olla kiitollinen, että hän ei antanut periksi tässä asiassa ja -

**Hoitaja:** Hyvä [ylihoitaja]! Kymmenen pistettä.

**Osastonhoitaja:** Oli tosi napakka siinä ja sitten he taipu tähän, kun hän sitä painosti. Kun [ylihoitaja] meni kokoukseen, katottiin ja mitä se tekis. Me ensin laskettiin ja katottiin, että sillä [seitsemän sairaanhoitajan lisäresurssilla] me ei niinkun pärjätä tässä että pitää saada enemmän. Mutta se ensimmäinen tulos oli se, että luvattiin vaan seitsemän uutta vakanssia. Ja tietysti meidän piti tehdä kaikki suunnitelmat. Sit me tehtiin koelista ja todettiin että ei onnistu. Oon ainakin henkilökohtaisesti tyytyväinen, et saatiin se kakstoista.

Osastonhoitaja kuvailee, kuinka ylihoitaja oli saanut sairaalan rahoittajan myöntämään riittävän määrän uusia hoitajavakansseja. Hoitajan kommentin perusteella päättelemme, että selonteko loi luottamusta ylihoitajaan tilanteessa, jossa henkilöstö koki epävarmuutta. Tämäntyyppisillä selonteolla johtajat ilmeisesti pyrkivät saamaan aikaan luottamusta ja uskoa siihen, että muutoksesta selvittää, hoitajaresursseja tulee olemaan riittävästi kuten myös tarpeeksi aikaa tehdä kaikki tarvittavat toimenpiteet. Selonteot ja selontekovelvollisuus olivat siis tärkeitä muutostilanteessa, koska ne näyttivät luovan luottamusta johtajien ja henkilöstön välille sekä vähentävän epävarmuutta. Luottamuksen ja psykologisen turvallisuuden on esitetty olevan tärkeää myös muutoksessa tapahtuvalle oppimiselle (Edmondson ym., 2001; Eteläpelto & Lahti, 2008). Johdon selontekovelvollisuus merkitsi myös jatkuvaa vuorovaikutusta johdon ja henkilöstön välillä, minkä Miller ym. (2000) sekä Miller ja Apker (2002) ovat havainneet tärkeäksi muutokseen sopeutumisessa. Voisi olettaa, että organisaatiomuutos haastaa johtoa ja saattaa sen vahvemmin selontekovelvolliseksi verrattuna tilanteisiin, joissa muutosta ei tapahtu. Vaikuttaa myös siltä, että oppiminen on sitä todennäköisempää, mitä enemmän johtajat suostuvat antamaan selontekoja. Selonteot luovat luottamusta, joka taas edistää oppimista organisaatiossa.

Sitä, miten uutta tietoa ja käytänteitä luotiin, miten niistä keskusteltiin sekä miten niitä legitimoitiin ja levitettiin, kuvaa shokki- eli hätätilapotilaiden hoituhuoneen hoitajavajetta koskeva keskustelu- ja toimintaketju. Ketju alkaa ensimmäisestä kehittämiskokouksesta ja päättyy toteuttamisvaiheeseen. Ketju alkaa niin, että ensimmäisessä kehittämisspalaverissa yksi hoitajista ilmaisee huolensa hoitajavajeesta. Ylihoitaja antaa selonteon, jonka mukaan shokkihuoneeseen ei ole tulossa lisäresursseja ja jatkaa, että vastuuhoitajan tehtävä on järjestää hoitoryhmiä uudelleen ja siirtää hoitajia hoitoryhmistä shokkihuoneeseen.

**Aineisto-ote 2.**

**Hoitaja 1:** Sokkari.

**Hoitaja 2:** Joo, yks hoitaja. Ja tänään kuus ennakkoon –

**Hoitaja 1:** Ei riitä.

**Hoitaja 2:** Aamuvuorossa. Oli rauhallinen, tiistaina seitsemän potilasta illassa, yks elvytys. Ja yks perehdytyksessä uus työntekijä.

**Hoitaja 1:** Tänä aamun sama, yks kuoli, viis selvis. Tai sinne jäi kaks vielä. Että niinkun, mitä meillä on mahdollisuutta tehdä sen turvaamiseksi, että se meidän oma, meidän puolesta kukaan ei istu oikeudessa, se on nähty ja kuultu jo aikasemminki niin se, että se on meidän turva ja potilaitten turva.

**Ylihoitaja:** Mää sanon tähän jotaki. Siis ihan oikeasti on sillä lailla, että meillä on tämä henkilökunta, mikä meillä nyt on tälle potilasmäärälle tai niille, niille potilasryhmille, jotka niinku tällä hetkellä meille tuonne tulee. Ens vuonna voi olla toisenlainen juttu, ja tuota sitten niin katotaan se henkilöstömäärä. Mutta tämän vuoden aikana tälle potilasmäärälle nii meille ei oo tulossa niinku yhtään lisää vakansseja, että sitä ei kannata sen varaan niinku tavallaan laskee. Ja sitten, sitten tuota siinä sijoittelussa, kun [apulaisosastonhoitaja] tekee sen henkilökuntasijoittelun tuon hoitoryhmiin, niin siinä ei ole varaa siihen, että sinne sokkariin pannaan niinku varulta kaksi hoitajaa. Vaan sinne pannaan se yksi hoitaja, ja sitte ku tulee se tilanne, että sinne rupee tulemaan niinku nyt esimerkiksi tänään tai no joo se oli se ilta ollu siellä ja monesti, viime aikoina on ollu tosi paljo niitä tilanteita, että siellä on ollu nii neljää potilasta ja uusia on ollu tulossa. Niin siinä tilanteessa se vastuuhoidaja käyttää sitä, sitä työnjohdollista oikeutta tai työ- työ- mikä mitä nimitystä siitä käytetäänkää, elikä kattoo ne muut hoitoryhmät, onko sieltä mahdollista saaha siirtää. Niinkö nyt esimerkiksi [vastuuhoidaja] tänä päivänä hoiti sen tilanteen. PTH:sta tuli sinne hoitaja ja operatiiviselta tuli sinne...

Aineisto-otteessa 2 kuvattu keskustelu käytiin valmisteluvaiheessa, ennen vastuuhoidajamallin uudelleenjärjestelyä. Kun ylihoitaja mainitsee asioiden voivan muuttua seuraavana vuonna, hän viittaa tulevaan potilasmäärän kasvuun ja mahdolliseen hoitajien lisäresurssiin. Henkilöstö ilmaisi huolensa shokkihuoneesta myös seuraavissa palaverissa. Ylihoitajan selonteot näissä palaverissa olivat samanlaiset: lisäresursseja ei tule. Suunnittelupalaverissa ylihoitaja ja osastonhoitaja viittasivat toistuvasti shokkihuoneen vaikeaan tilanteeseen. Lopputulos kuitenkin oli, että tulossa olevista lisäresursseista huolimatta shokkihuoneeseen ei olisi mahdollista sijoittaa pysyvästi kahta hoitajaa. Uuden vastuuhoidajamallin avulla johto pyrki ratkaisemaan shokkihuoneongelman. Aiheesta keskusteltiin myös useassa aamupalaverissa, joissa henkilöstö teki johdon selontekovelvolliseksi kysymällä suunnitelmista ja esittämällä niistä kriittisiä huomioita. Uuden vastuuhoidajamallin toteuttamisvaiheessa havainnoimme sitä, kuinka vastuuhoidajat käytännössä ratkaisivat tämän ongelman, eli kuinka he toimivat huomattessaan henkilöstövajeen shokkihuoneessa. Haastatteluista selvitimme myös, miten haastatellut vastuuhoidajat kuvailivat toimintaansa näissä tilanteissa. Taulukko 2 kuvaa sitä, millaisia ratkaisuja shokkihuoneongelmaan annettiin ja kuinka nämä ratkaisut muuttuivat muutosprosessin aikana.

Taulukko 2. Shokkihuoneongelmaan ehdotetut ratkaisut muutosprosessin eri vaiheissa.

Vaihe ja tapahtuma	Esittäjä	Ratk. 1*	Ratk. 2**	Ratk. 3***
Valmisteluvaihe: kehittämispalaveri	ylihoitaja			1 (ks. aineisto-ote 2)
Suunnitteluvaihe: Toinen suunnittelu-palaveri	osastonhoitaja	1		
	apulaisosastonhoitaja	1		1
	ylihoitaja		1	
Suunnitteluvaihe: Kolmas suunnittelu-palaveri	ylihoitaja		1	
	osastonhoitaja	1		
	apulaisosastonhoitaja		1	
Suunnitteluvaihe: Työnjakotyöryhmä	osastonhoitaja	3		3
Keskusteluvaihe: Ensimmäinen aamupalaveri	osastonhoitaja			1
Keskusteluvaihe: Toinen aamupalaveri	ylihoitaja			1
Keskusteluvaihe: Kolmas aamupalaveri	ylihoitaja	1		4
Keskusteluvaihe: Neljäs aamupalaveri	ylihoitaja			1
	hoitaja	1		
<b>Mainintojen kokonaismäärä valmistelu-, suunnittelu- ja keskusteluvaiheissa</b>		<b>8</b>	<b>3</b>	<b>11</b>
<b>Havaintojen lukumäärä toteutusvaiheessa</b>		<b>10</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>Mainintojen lukumäärä haastatte- luissa toteutusvaiheessa</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

\* Ratkaisu 1: Vastuuhoitaja menee itse apuun shokkihuoneeseen, mainintojen lukumäärä

\*\* Ratkaisu 2: Triage-hoitaja menee apuun shokkihuoneeseen, mainintojen lukumäärä

\*\*\* Ratkaisu 3: Vastuuhoitaja pyytää hoitajaa jostakin hoitoryhmästä siirtymään shokkihuoneeseen, mainintojen lukumäärä

Kuten taulukko 2 osoittaa, suunnittelu- ja keskusteluvaiheissa keskusteltiin kolmesta vaihtoehdoisesta ratkaisusta. Vastuuhoitaja voi itse mennä shokkihuoneen hoitajan avuksi. Toisena ratkaisuna esitettiin, että triagehoitaja toimii shokkihuoneessa tarvittaessa. Yleisin ehdotettu ratkaisu ongelmaan kuitenkin oli, että vastuuhoitaja tarvittaessa pyytää hoitajaa jostain toisesta hoitoryhmästä siirtymään shokkihuoneeseen. Erityisesti aamupalavereissa ylihoitaja painotti tätä ratkaisua, jotta vastuuhoitajalla säilyisi kokonaiskuva poliklinikan tilanteesta. Näin ollen hän pyrki korostamaan ja tukemaan vastuuhoitajan uutta johtajaroolia. Kuitenkin käytän-

nössä toteutusvaiheessa havaintojemme mukaan tavallisin ratkaisu oli se, että vastuuhoidaja meni itse apuun shokkihuoneeseen.

Henkilöstövaje shokkihuoneessa oli ongelma poliklinikalla ja siitä oltiin huolestuneita läpi koko muutosprosessin. Tärkeää ongelman ratkaisun kannalta oli ensinnäkin se, että henkilöstö toi ongelman esille, kuten aineisto-ote 2 osoittaa. Myös Tucker, Edmondson ja Spear (2001) ovat todenneet että se, kuinka työntekijät reagoivat ongelmiin työssään, edistää positiivista muutosta ja oppimista tai estää niitä. Tulossa oleva muutos ja sen myötä saatavat lisäresurssit toivat aiempaa parempia mahdollisuuksia ongelman ratkaisuun. Uuden tehtävänjaon myötä vastuuhoidajilla oli aiempaa enemmän aikaa käsitellä shokkihuoneongelmaa. Useimmin he siirtyivät itse shokkihuoneeseen sen sijaan, että olisivat pyytäneet jonkun toisen apuun. Tämä ongelmanratkaisutapa kuitenkin näytti vaikeuttavan vastuuhoidajan uuden roolin ottamista ja hankaloitti heidän identiteettityötään vuoron johtajina. Tällaista ratkaisua voidaan kutsua lyhyen ajan ongelmanratkaisuksi, jonka on havaittu estävän organisatorista oppimista (Tucker ym., 2001). Keskusteluvaiheessa vastuuhoidajien uutta roolia käsiteltiin ja sitä legitimoitiin, mutta vaikuttaa siltä, että tämäntyyppinen keskustelu olisi ollut tarpeen myös toteuttamisvaiheessa. Vastuuhoidajien työnjohtoroolia koskeva keskustelu ja tuen tarjoaminen vastuuhoidajille myös toteutusvaiheessa olisivat olleet avuksi. Ylihoitajan mukaan poliklinikalla suunniteltiinkin tämäntyyppistä toimintaa ja johdon oli tarkoitus tarjota vastuuhoidajille koulutusta ja tukea. Myös Propp ym. (2010) ovat esittäneet, että terveydenhuolto-organisaatioiden tulisi luoda kulttuuria ja käytänteitä tukemaan hoitajia heidän uusissa rooleissaan muutostilanteissa.

### *5.7.2 Selontekovelvollisuusjärjestelmän symmetria*

Aineistossa oli yhteensä 15 episodina, jossa joku klinikan johtajista antoi uutta vastuuhoidajamallia koskevan selonteon henkilöstölle. Sitä vastoin vain yhdessä tilanteessa johto teki henkilöstön selontekovelvolliseksi. Tämä selonteko koski poliklinikan hoitoryhmien järjestelyä, joka liittyi läheisesti myös vastuuhoidajamalliin. Toisessa kehittämisspalaverissa henkilöstö keskusteli hoitoryhmäsijoittelusta ja ilmaisi lopuksi mielipiteensä, jonka ylihoitaja totesi olevan täysin päinvastainen kuin mitä henkilökunta oli esittänyt aiemmin. Keskustelu kuitenkin päättyi, eikä henkilöstöltä saatu selontekoa tästä epäjohtonmukaisuudesta. Tämä episodi näytti olevan syy sille, miksi johto otti niin vahvan vastuun suunnittelusta. Ylihoitaja totesi myöhemmin, että hän oli pettynyt henkilöstön panokseen toisessa kehittämisspalaverissa. Hän päätteli, että on johtajien tehtävä tehdä suunnitelmat uutta toimintamallia varten. Kaiken kaikkiaan selontekovelvollisuusjärjestelmästä löytyneet epäsymmetria johdon ja henkilöstön välillä ilmaisee samaa asiaa henkilöstön osallistumisesta, joka todettiin ensimmäisessä tulosluvussa: henkilöstöllä oli vain vähän mahdollisuuksia osallistua suunnitteluvaiheeseen ja näin ollen he eivät myöskään joutuneet selontekovelvollisiksi suunnitelmista ja päätöksistä.

Poliklinikan henkilöstöllä oli tarjolla useita mahdollisuuksia kommentoida ja arvioida uutta vastuuhoidajamallia, eli näissä tilanteissa johto saatettiin selontekovelvolliseksi tehdyistä suunnitelmista ja päätöksistä. Henkilöstö kysyi perusteluja, tarkennuksia tai selityksiä suunnitelmille ja päätöksille. Poliklinikan johdon selontekovelvollisuutta näytti kasvattavan myös että, he olivat aloitteellisia uusien käytänteiden ja toimintamallien käyttöönotossa sen sijaan,



että olisivat pelkästään totelleet esimiehiään. Muutosprosessin lähtökohta oli tuleva potilasmäärän kasvu. Tämän tyyppisen muutoksen lähtökohtana on organisaation ympäristö eikä se automaattisesti luo positiivisia tuloksia ja oppimista, koska muutos voi myös heikentää organisaation toimintamahdollisuuksia (Argyris & Schön, 1996, s. 18). Potilasmäärän kasvu toi mukanaan myös lisäresursseja, jotka haluttiin käyttää järkevällä tavalla ja kohdentaa niin, että niistä hyötyisi koko poliklinikka. Poliklinikan johto siis hyödynsi aktiivisesti niitä mahdollisuuksia, joita muutos tarjosi (ks. Bate, 2000, s. 509), minkä vuoksi myös oppiminen oli ilmeistä. Nämä aloitteet pakottivat johdon myös perustelemaan suunnitelmiaan poliklinikan rahoittajalle. Näistä selonteista ei ole autenttista aineistoa, koska tutkimusaineisto ei sisältänyt palaveriteita, joissa kaupungin edustajia oli läsnä. Ylihoitaja kuitenkin kuvaili neljännessä suunnittelupalaverissa tilannetta, jossa rahoittaja teki poliklinikan johdon selontekovelvolliseksi. Tämä on kuvattu aineisto-otteessa 3.

### **Aineisto-ote 3.**

**Ylihoitaja:** Tästä vastuuhuoltajuudesta [ylilääkäri] oli tuolla yhdessä palaverissa sanonut, niin heti oli kaupungin edustaja sanonut, että miksi kaupungin pitää maksaa sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikalle vastuuhuoltaja, vastuuhuoltajatoimintamallia, koska se kohdentuu koko yhteispäivystysalueelle, koko sairaanhoitopiirin alueelle, eikä pelkästään kaupungin. Ja sehän on ihan totta. Elikkä sehän on tavallaan meidän omaa tämmöstä työn organisointia nämä kipsarit ja vastuuhuoltajat ja me turvataan sillä potilasturvallisuus.

Ylilääkäri oli keskustellut uudesta vastuuhuoltajamallista rahoittajan (kaupunki) edustajan kanssa. Rahoittajan edustaja oli kyseenalaistanut suunnitelman sillä perusteella, että uudet resurssit oli tarkoitettu ainoastaan osaan poliklinikkaa eli perusterveydenhuoltoon. Uusi järjestelmä koskisi kuitenkin koko poliklinikkaa, sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidtoa. Tämän vuoksi johdon oli perusteltava suunnitelmia rahoittajalle potilasturvallisuudella.

Aineisto-ote 3 ilmaisee toisaalta selontekovelvollisuutta myös toiminnan tarkoitukselle, potilaille ja henkilökunnalle. Uudella toimintamallilla ei pyritty vain selviämään kasvavasta potilasmäärästä vaan myös kehittämään toimintaa potilaiden ja henkilökunnan hyväksi. Tämä on osoitus selontekovelvollisuusjärjestelmän symmetriasta ja lupaa hyviä mahdollisuuksia oppimiselle organisaatiossa (ks. Ebrahim, 2005). Vertailuaineiston puute muutosprosessin ulkopuolelta estää tulkinnat siitä, tapahtuiko selontekovelvollisuusjärjestelmässä ja sen symmetriassa pysyviä muutoksia. Yleisesti ottaen voisi olettaa, että organisaatiomuutos muuttaa selontekovelvollisuuden suhteita (kuka on selontekovelvollinen kenelle) ja sen symmetriaa. Jos nämä muutokset osoittautuvat pitkäaikaisiksi ja ovat organisaation toiminnan ja osallistumisen kannalta positiivisia, myös oppimisen mahdollisuudet organisaatiossa kasvavat.

## **5.8 Johtopäätökset**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella henkilöstön osallistumismahdollisuuksia ja selontekovelvollisuutta vastuuhuoltajamallin muutosprosessissa päivystyspoliklinikalla. Osal-

listumisen ja selontekovelvollisuuden valitseminen tarkastelun kohteeksi perustui Gherardin ja Nicolinin sosiologiseen lähestymistapaan organisoinnissa oppimisesta. Myös aiempi tutkimus on osoittanut henkilöstön osallistumisen tärkeimmäksi tekijäksi organisaatiomuutoksessa tapahtuvassa oppimisessa sekä yhteyden selontekovelvollisuusjärjestelmän ja organisaatiossa tapahtuvan oppimisen välillä. Tässä tutkimuksessa vastuuhoidajamallin muutosprosessi jaettiin aineiston perusteella neljään vaiheeseen ja osallistumismahdollisuuksia tarkasteltiin jokaisessa vaiheessa. Tulokset osoittivat, että vaikka yleiskatsaus antoi positiivisen kuvan henkilöstön osallistumismahdollisuuksista, vaihekohtainen tarkastelu paljasti, että henkilöstön osallistumiselle oli vain vähän mahdollisuuksia suunnitteluvaiheessa. Suunnitteluvaihe myös osoittautui varsin kriittiseksi osallistumisen kannalta koko prosessissa, koska tässä vaiheessa tehtiin tärkeimmät uutta toimintamallia koskevat suunnitelmat ja päätökset. Myös selontekovelvollisuusjärjestelmästä löytynyt piirre tuki tätä havaintoa: johdon ja henkilöstön tapaamisissa vain johto tehtiin selontekovelvolliseksi uudesta toimintamallista. Tämä havainto epäsymmetria selontekovelvollisuusjärjestelmässä tarjosi siten tietoa myös osallistumisen laadusta.

Tämäntyyppinen tarkka ja vaihekohtainen henkilöstön osallistumismahdollisuuksien tarkastelu voi antaa yksityiskohtaista tietoa organisaatiolle siitä, kuinka parantaa osallistumis- ja oppimismahdollisuuksia. Monimutkaisissa muutosprosesseissa voi olla erilaisia linjoja ja vaiheita, joissa myös henkilöstön osallistumismahdollisuudet vaihtelevat. Tämän vuoksi pelkkä yleiskuvaus osallistumisesta saattaa osoittautua liian yleisluontoiseksi ja antaa liian positiivisen kuvan, jos henkilöstön ei ole mahdollista osallistua prosessin niihin kohtiin, joissa tärkeimmät suunnitelmat ja päätökset tehdään.

Selontekovelvollisuutta tarkastelemalla oli tarkoitus selvittää, kuinka uutta tietoa ja käytänteitä luodaan, legitimoidaan ja levitetään organisaatiossa. Muutosprosessi sisälsi keskustelua ja selontekoja, jotka koskivat shokkihuoneen hoitajavajetta. Muutosprosessissa annetut selonteot sisälsivät kolme rinnakkaista ratkaisua resurssiongelmiaan. Yhtä ratkaisua perusteltiin ja legitimoitiin keskusteluvaiheessa sillä, että se tuki parhaiten vastuuhoidajien johtaja-asemaa. Totutusvaiheessa useimmin havaittu ratkaisu ei kuitenkaan ollut tämä legitimoitu vaihtoehto vaan sellainen, joka ei tukenut vastuuhoidajan uutta työnjohtajaroolia. Selontekovelvollisuuden tarkastelu osoitti, että johdon selontekovelvollisuus henkilöstölle piti yllä jatkuvaa vuorovaikutusta, joka puolestaan lisäsi luottamusta ja psykologista turvallisuutta epävarmassa muutostilanteessa. Aineistosta löytyi viitteitä johdon selontekovelvollisuudesta myös poliklinikan tavoitteille ja potilaille. Näiden havaintojen perusteella poliklinikan selontekovelvollisuuden järjestelmää voidaan kuvata symmetriseksi, mikä tarkoittaa sitä, että organisaatiossa pidetään tärkeänä selontekovelvollisuutta henkilöstölle, potilaille ja tavoitteille, ei pelkästään rahoittajalle. Kokonaisuutena selontekovelvollisuuden tarkastelu osoitti sekä oppimista edistäviä että sitä estäviä tekijöitä.

Aineistossa oli muutamia kohtia, joita olisi tutkimuksen luotettavuuden kannalta ollut hyvä täsmentää tai täydentää lisähaastattelujen avulla. Näin tulkintojen validiteettia olisi voitu vahvistaa. (ks. Patton, 2002, s. 437.) Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista, koska poliklinikan johto vaihtui muutosprosessin loppupuolella. Aineisto ei luonnollisesti myöskään sisällä kaik-

kia keskusteluja ja tiedonvaihtoja, jotka tapahtuivat muutoksen aikana. On ilmeistä, että virallisten palaverien lisäksi vastuuvoitajan uudesta roolista ja tehtävistä keskusteltiin käytävillä ja kahvitauoilla. Kenttähaastatteluilla pyrittiin saamaan myös tätä tietoa, ja sen havaittiin olevan linjassa havainnointien kanssa.

Tämä tutkimus nostaa esiin kysymyksen, mitä todella tarkoitetaan henkilöstön osallistumisella. Minkä tyyppistä, esimerkiksi kuinka ”syvää” tai perusteellista osallistumisen tulisi olla, jotta oppiminen mahdollistuisi organisaatioissa? Tarvitaankin lisää tutkimusta henkilöstön osallistumisesta ja sen laadusta organisaatioissa ja organisaatiomuutoksessa. Selontekovelvollisuutta koskeva pitkittäistutkimus tai vähintäänkin tätä tutkimusta pidempiaikainen havainnointi on tarpeen, jotta voitaisiin saada selville, kuinka selontekovelvollisuusjärjestelmä mahdollisesti muuttuu organisaatiomuutoksessa ja ovatko muutokset pitkäaikaisia. Hyvä on kuitenkin myös samanaikaisesti muistaa, että organisaatiot muuttuvat jatkuvasti ja organisatorinen oppiminen on loppumaton prosessi (Nicolini & Meznar, 1995).

Selontekovelvollisuuden ja osallistumisen käsitteet osoittautuivat hedelmällisiksi organisaatiotason oppimisen tutkimisessa. Nykyajan jatkuviin, valtaviiin organisaatiomuutoksiin, esimerkiksi suuriin fuusioihin ja rakennemuutoksiin verrattuna tässä tutkimuksessa tarkasteltu organisaatiomuutos on varsin pieni. Tässä tutkimuksessa käytetyt osallistumisen ja selontekovelvollisuuden käsitteet soveltunevat kuitenkin myös suurempien muutosten tutkimiseen erilaisissa organisaatioissa. Tässä tutkimuksessa käytetyt menetelmät voivat tarjota täsmällisiä työkaluja oppimisen, oppimismahdollisuuksien ja organisaatiomuutoksen arviointiin, jota tarvitaan, jotta voidaan kehittää muutosprosessien johtamista ja organisatorista oppimista.

## Lähteet

- Apker, J. (2001). Role development in the managed care era: A case of hospital-based nursing. *Journal of Applied Communication Research*, 29(2), 117–136.
- Apker, J. (2004). Sensemaking of change in the managed care era: a case of hospital-based nurses. *Journal of Organizational Change Management*, 17(2), 211–227.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1996). *Organizational learning II. Theory, method, and practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ashmos, D. P., Huonker, J. W., & McDaniel, R. R. (1998). Participation as a complicating mechanism: the effect of clinical professional and middle manager participation on hospital performance. *Health Care Management Review*, 23(4), 7–20.
- Baker, G. R. (2011). The contribution of case study research to knowledge of how to improve quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 20(Suppl.1), i30–i35.

Bate, P. (2000). Changing the culture of hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration*, 78(3), 485–512.

Bess, K. D., Perkins, D. D., Cooper, D. G., & Jones, D. L. (2011). A heuristic framework for understanding the role of participatory decision making in community-based non-profits. *American Journal of Community Psychology*, 47(3/4), 236–252.

Billett, S. (2004). Learning through work: workplace participatory practices. Teoksessa H. Rainbird, A. Fuller, & A. Munro (toim.), *Workplace Learning in Context* (s. 109–125). Lontoo: Routledge.

Bjerregaard, T. (2011). Studying institutional work in institutions. Uses and implications of ethnographic methodologies. *Journal of Organizational Change*, 24(1), 51–64.

Brown, J. S., Collins, A., & Duguid, P. (1989). Situated cognition and the culture of learning. *Educational Researcher*, 18(1), 32–42.

Bunniss, S., & Kelly, D. R. (2008). 'The unknown becomes the known': collective learning and change in primary care teams. *Medical Education*, 42(12), 1185–1194.

Denzin, N. (2001). *Interpretive interactionism*. (2. painos) Lontoo: Sage.

Dobers, P., & Söderholm, A. (2009). Translation and inscription in development projects. Understanding environmental and health care-related organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 22(5), 480–493.

Dopson, S., Fitzgerald, E. F., Gabbay, J., & Locock L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review*, 27(3), 35–47.

Ebrahim, A. (2005). Accountability myopia: Losing sight of organizational learning. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 34(1), 56–87.

Edmondson, A.C., Bohmer, R., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted Routines: Team Learning and New Technology Adaptation. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685–716.

Engeström, Y. (2001). Expansive learning at work: Toward an activity theoretical reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 14(1), 133–156.

Eteläpelto, A., & Lahti, J. (2008). The resources and obstacles of creative collaboration in a long-term learning community. *Thinking Skills and Creativity*, 3(3), 226–240.

- Fine, G. A., Morrill, C., & Surianarain S. (2009). Ethnography in organizational settings. Teoksessa D. A. Buchanan, & A. Bryman (toim.), *The SAGE Handbook of Organizational Research Methods* (s. 602–619). Lontoo: Sage.
- Flynn, P. (1991). *The ethnomethodological movement: sociosemiotic interpretations*. New York: Mouton de Gruyter.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Gherardi, S., & Nicolini, D. (2001). The sociological foundations of organizational learning. Teoksessa M. Dierkes, A. Berthoin Antal, J. Child, & I. Nonaka (toim.), *Handbook of Organizational Learning and Knowledge* (s. 35–60). Oxford: Oxford University Press.
- Gherardi, S., Nicolini, D., & Odella, F. (1998). Toward a social understanding of how people learn in organizations. *Management Learning*, 29(3), 273–297.
- Kitzmler, R. R., Anderson, R. A., & McDaniel, R. R. (2010). Making sense of health information technology implementation: A qualitative study protocol. *Implementation Science*, 5(1), 95–103.
- López, S.P, Peón, J.M., & Ordás, C.J. (2006). Human Resource Management as a Determining Factor in Organizational Learning. *Management Learning*, 37(2), 215–239.
- Miller, K., & Apker, J. (2002). On the front lines of managed care: Professional changes and communicative dilemmas of hospital nurses. *Nursing Outlook*, 50(4), 154–159.
- Miller, K., Joseph, L., & Apker, J. (2000). Strategic ambiguity in the role development process. *Journal of Applied Communication Research*, 28(3), 193–214.
- Nicolini, D., & Meznar, M. B. (1995). The social construction of organizational learning: *Conceptual practices and practical issues in the field*. *Human Relations*, 48(7), 727–746.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3. painos). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Propp, K. M., Apker, J., Zabava Ford, W.S., Wallace, N., Serbenski, M., & Hofmeister, N. (2010). Meeting the complex needs of the health care team: Identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qualitative Health Research*, 20(1), 15–28.
- Schedler, A. (1999). Conceptualizing accountability. Teoksessa A. Schedler, L. J. Diamond, & M. F. Plattner (toim.), *The Self-restraining State: Power and Accountability in New Democracies* (s. 13–28). Boulder, CO: Lynne.

Shrivastava, P. (1983). A typology of organizational learning systems. *Journal of Management Studies*, 20(1), 7–28.

Stenner, K., & Courtenay, M. (2008). The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 276–283.

Suddaby, R., & Greenwood, R. (2009). Methodological issues in researching institutional change. Teoksessa D. A. Buchanan, & A. Bryman (toim.), *The SAGE Handbook of Organizational Research Methods* (s. 176–195). Lontoo: Sage.

Tucker, A. L., Edmondson, A. C., & Spear, S. (2001). When problem solving prevents organizational learning. *Journal of Organizational Change Management*, 15(2), 122–137.

Weick, K. E., & Westley, F. (1996). Organizational learning: affirming an oxymoron. Teoksessa S. R. Clegg, C. Hardy, & W. R. Nord (toim.), *Handbook of Organization Studies* (s. 440–458). Lontoo: Sage.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods*. (2. painos) Beverly Hills: Sage.

Liite 1. Selontekojen teemat poliklinikan muutosprosessissa.



## **6 NEUVOTTELUA AMMATILLISESTA IDENTITEETISTÄ JA TOIMIJUUDESTA – TAPAUSTUTKIMUS PÄIVYSTYS- POLIKLINIKAN VASTUUHOITAJISTA**

Susanna Paloniemi, Kaija Collin, Sanna Herranen & Ulla Maija Valleala

### **Tiivistelmä**

Vastauksena globaaliin kilpailuun, taloudellisiin pakkoihin ja rakenneuudistuksiin terveydenhuollon ammattilaisten odotetaan muuttavan ammatillisia roolejaan. Monissa tapauksissa terveydenhuollon uudistukset eivät ole johtaneet tehokkaampiin työkäytänteisiin tai luoviin ratkaisuihin, vaan ovat päinvastoin vaarantaneet yksittäisten työntekijöiden ja tiimien hyvinvoinnin, motivaation, sitoutumisen ja vähentäneet työn merkityksellisyyden tunnetta. Identiteettineuvottelujen ja toimijuuden syvemmillä ymmärtämisellä työyhteisöissä tuntuisi siis olevan tarvetta. Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli ymmärtää päivystyspoliklinikan vastuuhoidajien ammatillisia identiteettineuvotteluja ja toimijuuden harjoittamista työyhteisössä. Vastuuhoitajien roolia uudistettiin yhtenä osana laajempaa organisaatiomuutosta. Tutkimuskysymyksenä on: Millaisia vastuuhoidajuuksia koskevia identiteettineuvotteluja päivystyspoliklinikalla käydään? Tutkimusstrategiana hyödynnettiin etnografiaa ja aineistonkeruumenetelminä olivat havainnointi, kenttämuistiinpanot, äänitallenteet ja haastattelut. Analyysimenetelminä hyödynnettiin laadullista sisällönanalyysia ja etnografista analyysia. Löydöksemme osoittavat selkeästi työorganisaation, ammatillisen yhteisön ja yksilöllisen toimijuuden välisen kiinteän suhteen. Vastuuhoitajuuden konstruktion havaittiin olevan dynaaminen prosessi yksilöiden ja yhteisön välillä. Neuvotteluissa korostui kolme näkökohtaa. Kaikki nämä näkökohdat liittyivät läheisesti koko hoitohenkilöstön tehtäviin ja vastuisiin klinikalla. Johtopäätöksenä tutkimuksemme osoittaa, että organisaatiomuutos pohjustaa identiteetin neuvottelua ja toimijuuden harjoittamista. Löydökset osoittavat myös, että tulevaisuudessa työorganisaatioiden tutkimus- ja kehittämissäilytysten tulisi ottaa huomioon sekä yksilö että työyhteisö.

### **6.1 Johdanto**

Vastauksena globaaliin kilpailuun, taloudellisiin pakkoihin ja rakenneuudistuksiin terveydenhuollon ammattilaisten odotetaan muuttavan ammatillisia roolejaan. Monissa tapauksissa terveydenhuollon uudistukset eivät ole johtaneet tehokkaampiin työkäytänteisiin tai luoviin ratkaisuihin, vaan ovat päinvastoin vaarantaneet yksittäisten työntekijöiden ja tiimien hyvinvoinnin, motivaation, sitoutumisen ja vähentäneet työn merkityksellisyyden tunnetta (Collin, 2009; Green, 2009; Kirpal, 2004; Ylöstalo & Jukka, 2009). Identiteettineuvottelujen ja toimijuuden syvemmillä ymmärtämisellä työyhteisöissä tuntuisi siis olevan tarvetta. Lisäksi on tärkeää tutkia, kuinka identiteettineuvottelut ja toimijuuden harjoittaminen mahdollistuvat jorkapäiväisissä työkäytänteissä eri asemissa työpaikalla (Mantere, 2008; Scott, 2011). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan hoitajien identiteettineuvotteluja ja toimijuutta tilanteessa, jossa



luodaan uudenlainen työnjaon ja työn organisoinnin malli. Työn organisoinnin malli sisälsi myös uuden, korkeamman statuksen hoitajaroolin, johon kuului työnjohdollisia tehtäviä päivystyspoliklinikalla.

Ammatillisen identiteetin ja toimijuuden rakentaminen on tärkeää organisaatiomuutostilanteissa. Erityisen tärkeää tämä on tilanteessa, jossa työorganisaatiossa otetaan käyttöön uudenlainen tapa organisoida työtä. Terveystieteiden ammattilaiset joutuvat usein muutosten yhteydessä ylittämään perinteisiä ammatillisia rajojaan. Lisäksi tiimiperustaisten rakenteiden kasvava käyttö on muuttanut erityisen paljon juuri hoitajien työvelvollisuuksia ja haastanut heidät määrittelemään ammatillisia roolejaan uudelleen. Hoitajien tehtäviin sisältyy perinteisen potilastyön ohella yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa, muiden valvontaa ja hoidon koordinoitua terveystieteiden toimintojen kokonaisuudessa. Nämä seikat merkitsevät sitä, etteivät alan ammattilaiset voi enää pitäytyä perinteisissä osaamisalueissaan ja työidentiteetissään, vaan heidän on laajennettava ja muokattava niitä jatkuvasti uudelleen. Tämä tarkoittaa ammatillisen toimijuuden harjoittamista.

Ammatillisen identiteetin ja toimijuuden käsitteellistäminen pohjautuu tässä tutkimuksessa subjektikeskeiseen sosio-kulttuuriseen lähestymistapaan. Neuvottelu ammatillisesta identiteetistä sisältää hoitajien tunteen kuulumisesta ja sitoutumisesta johonkin sekä hoitotyötä koskevat kysymykset ja ydinarvot (Kirpal, 2004; Kraus, 2006). Ammatillinen identiteetti ei siis ole jotain mitä yksilöillä on, vaan jotain mitä he käyttävät pyrkiessään ymmärtämään itseään ammatillisesti ja henkilökohtaisesti. Ammatillista toimijuutta puolestaan harjoitetaan *työpaikan sosio-kulttuurisissa oloissa*, sen käytänteissä, valtasuhteissa, diskursseissa ja subjektipositioissa (Davies, 2000; Fenwick, 2006). Toimijuuden suhteen yksilöillä on työpaikalla tarjolla *subjektipositioiden kirjo*. He voivat hyväksyä, jättää huomiotta tai vastustaa heille työyhteisöstä käsin tarjottuja positioita ja myös luoda uusia subjektipositioita (Fenwick & Somerville, 2006; Weedon, 1997). Esimerkki tästä ovat hoitajien ja lääkäreiden perinteiset positiot: vaikka heillä on tietyt positiot ammatillisissa diskursseissa ja toiminnalle ja vuorovaikutukselle on olemassa perinteiset säännöt, näitä positioita neuvotellaan ja rakennetaan työkäytänteissä yhä uudelleen tilannekohtaisesti (Collin, Paloniemi, & Mecklin, 2010). Pyrimme siis tässä luvussa ymmärtämään vastuuhoidotajien ammatillisia identiteettineuvotteluja ja toimijuuden harjoittamista työyhteisössä. Kysymme, millaisia vastuuhoidotajuutta koskevia neuvotteluja päivystyspoliklinikalla käydään?

## 6.2 Valtasuhteet ja diskursiiviset neuvottelut työyhteisöissä

Jokapäiväistä työtä päivystyspoliklinikalla tehdään terveystieteiden ja sairaaloille tyypillisissä rakenteellisissa hierarkioissa. Valtasuhteet ja hierarkiat liittyvät myös ammatilliseen identiteettiin, joka on tärkeä ammatillisten rajojen määrittäjä. Hoitajien ydinidentiteetti koostuu tutkimusten mukaan kokonaisvaltaisesta hoidosta: heidän kokemuksensa onnistuneesta työstä kumpuaa kyvystä työskennellä potilaiden hyväksi yhtenä osana hoitoketjua (esim. Paloniemi & Collin, 2010; Eriksson-Piela, 2003). Muutosten edessä hoitajat saattavat kokea epävarmuutta identiteetistään, mikä puolestaan saattaa vaikuttaa siihen, kuinka halukkaita he ovat kehittämään ammatillisia taitojaan uutta roolia omaksuttaessa. Monien hoitajien haluk-

kuutta siirtyä uusiin rooleihin rajoittavat siis yksilöiden väliset erot kehittämishalukkuudessa, mutta myös hoitajuuden ammatillinen instituutio sinänsä (Currie, Finn, & Martin, 2010).

Hoitajuuden professio ei näytä tukevan sellaisten rajoja ylittävien roolien kehitystä, jotka edellyttäisivät lisääntyvän autonomian antamista hoitajille. Työyhteisössä uusiin, autonomisempiin hoitajarooleihin hakevat ovat heikoilla jäillä, koska heitä ei saada sovitettua olemassa oleviin, institutionalisoituneisiin hoitaja-asemiin. (Currie, Finn, & Martin, 2010.) Kyky tulla asemoiduksi organisaatiohierarkiassa ja tarttua uusiin työtehtäviin on siis olennaista ammatillisten rajojen ylittämisen näkökulmasta ja kietoutuu vahvasti myös vallan harjoittamiseen organisaatiossa. Esimerkiksi taloudellisista syistä toteutetut muutokset – kuten työn tehokkuuden ja tuottavuuden lisääminen – saattavat työntekijästä tuntua uhkaavilta uudistuksilta, jotka voivat johtaa eturistiriitoihin organisaatiossa. Ammatillisen toimijuuden näkökulmasta tämä voi johtaa passiiviseen tai aktiiviseen vastarintaan tai haluttomuuteen osallistua (ks. Collin, Sintonen, Paloniemi, & Auvinen, 2011) organisatorisiin muutosprosesseihin.

Ammatillisista identiteeteistä neuvotellaan ja niitä tunnustetaan työpaikan diskursiivisissa käytänteissä (Foucault, 1980). Gee (2000) erottelee neljä erilaista tapaa tarkastella identiteettiä: luonne-identiteetti, instituutio-identiteetti, diskurssi-identiteetti ja kiintymys-identiteetti. Institutionaaliset identiteetit ja diskurssi-identiteetit sopivat parhaiten ammatillisten identiteetti-neuvottelujen tarkasteluun työkonteksteissa. Institutionaalista identiteettiä, kuten ”hoitaja”, rakennetaan ammatinharjoittajan aseman kautta, jota määrittävät auktoriteetit. Vallan lähde on siis instituutio. Diskursiivisesta perspektiivistä käsin taas vallan lähde ei ole instituutio, vaan diskurssi ja dialogi muiden ihmisten kanssa. Itse asiassa voidaan väittää, että nykypäivän muuttuvassa työelämässä yksilöiden (ja työyhteisöjen) on tultava tietoisemmiksi niistä diskursiivisista prosesseista, joiden kautta identiteettejä muodostetaan, kyseenalaistetaan ja neuvotellaan. Se, mikä nähdään tavoiteltavana sekä yksilön hyvinvoinnin että työyhteisön toiminnan kannalta, on tasapaino institutionaalisen ja diskursiivisen identiteetin välillä. Tämän tuloksena lääketieteessä ja hoitotyössä on edelleen voimakkaita hierarkkisia rajoja (Coombs & Dillon, 2002), ja ammattiryhmien välillä on havaittu jännitteitä useissa kliinisissä ympäristöissä, myös akuuttihoitossa (Lingard, Espin, Evans, & Hawryluck, 2004). On esimerkiksi osoitettu (Collin ym., 2011), että kaksi vallan aspektia – valta johonkin nähden ja valta tehdä (Clegg, Courpasson, & Phillips, 2006) – ovat samanaikaisesti läsnä sairaalan hierarkkisissa työkäytännöissä. Ensiksi mainitussa valta ymmärretään negatiivisena; yksi toimija voi pakottaa toisen toimijan tekemään jotain, mitä hän ei itse tekisi. Toiseksi mainitussa valtatyyppissä valta nähdään fasilitoivana ja näin ollen positiivisena, koska siihen liittyy teko, jolla saavutetaan jotain, mikä mahdollistaa tiettyjen tavoitteiden määrittämisen ja tämän jälkeen niiden saavuttamisen (Clegg ym., 2006; Stewart, 2001). Tietoisuus tästä asettaa uusia haasteita merkitysten johtamiselle. Johdon täytyisi tunnistaa ja selviytyä monitasoisista diskursiivisista käytännöistä ja tilanteista, joihin liittyy vallan harjoittaminen.

### 6.3 Johtaminen ja koordinaatio akuuttihoitossa

Useat tutkimukset ovat korostaneet keskijohdon tärkeyttä työorganisaatioissa (esimerkiksi organisaatiomuutosprosessien toteutuksessa). Terveystieteiden johtamisen kentällä on

enimmäkseen keskitytty ylihoitajien, osastonhoitajien ja hoitotyön hallinnon työhön (esim. Duygulu & Kublay, 2010; McCallin & Frankson, 2010; Scott, 2011). Kuten keskijohdolle yleensäkin on tyypillistä, myös hoitotyön johtajan roolia on kuvattu ”kaksoistoimijaksi”: heidän on samanaikaisesti työskenneltävä sekä hoitajaprofession että organisaation tavoitteiden ja strategioiden hyväksi. Keskijohtoa käsittelevä kirjallisuus on paljolti keskittynyt siihen, millaisia rooleja toimintaympäristö vaatii. Aiempi tutkimus akuuttihoitosta ja traumatiimeistä on osoittanut, että tehokas koordinaatio ja hyvä johtajuus ovat keskeisiä tiimin onnistuneessa työsuorituksessa (Cole & Crichton, 2006; Künzle, Kolbe, & Grote, 2010; Sarcevic, Marsic, Waterhouse, Stockwell, & Burd, 2011). Tiimin onnistuneeseen johtamiseen on havaittu kuuluvan koordinaatio, yksilöiden työn edistäminen tarjoamalla tukea ja neuvontaa, rohkaisu, motivointi ja palautteen antaminen (Cole & Crichton, 2006). Myös pitkä kokemus ja laaja osaaminen olivat hyvän johtajan ominaisuuksia. Tärkeää on myös ymmärtää nopeasti muuttuvia tilanteita (Contino, 2004). Organisaation tarjoama tuki ja koulutus on myös havaittu keskeisiksi (Carney, 2009; Reeves, MacMillan, & Van Soeren, 2010).

Akuuttihoitajan vaihtelevuuden ja ennustamattomuuden vuoksi tehokas tilannejohtaminen ja tästä juontuva koordinaatio ovat keskeisiä edellytyksiä hoidon onnistumiselle. Tehokas tilannejohtaminen merkitsee sitä, että johtajat kykenevät sopeuttamaan käytöstään ja koordinoimaansa toimintaa kuhunkin tilanteeseen sekä tasapainottamaan tilanteessa sisäisen johtajuuden (tiimin dynamiikka ja ilmapiiri) ja ulkoisen johtajuuden (yksikön ja sairaalan johto ja laajempien työprosessien asettamat vaatimukset) vaatimuksia. Keskeinen tekijä onnistuneessa tilannejohtamisessa oli riittävän kommunikaation säilyttäminen kaikkien osapuolten kesken. Aiemmassa tutkimuksessa tilannejohtamista on jaettu esimerkiksi tehtävä- ja suhdeorientoituneeseen johtamiseen, mutta minkään tietyn johtamistyylin ei ole osoitettu olevan toista parempi. Käytännössä johtaja hyödyntääkin usein monia erilaisia johtamistyyliä yhden tilanteen aikana (Strack van Schijndel & Burchardi, 2007.)

Jatkuvat muutokset työtilanteissa ja tiimien koostumuksessa vaikeuttavat koordinaatiota ja johtamista akuuttihoitossa, mikä merkitsee sitä, että johtajuuden käsite voi käytännössä olla varsin monitasoinen ja toisinaan epäselväkin (Künzle ym., 2010). Kuitenkin juuri selvärajaisen johtajuuden on osoitettu olevan keskeistä moniammatillisten tiimien onnistuneelle suoriutukselle (Reeves ym., 2010). Akuuttihoitajan tiimin jäsenillä voi olla hyvinkin erilaisia käsityksiä siitä, mistä johtajuus eri tilanteissa koostuu; missä määrin johtajuutta määrittävät esimerkiksi lakisääteiset oikeudet, käytännön osaaminen tai viralliset tutkinnot (Künzle ym., 2010)? Moniammatillisissa tiimeissä saattaakin olla tarpeen vaihdella johtajuutta tiimin jäsenten välillä yksittäisen tilanteen aikana (Reeves ym., 2010).

## **6.4 Tutkimuskonteksti: Päivystyspoliklinikan vastuuhoidajat**

### *6.4.1 Hoitajien hierarkia ja työnkuvat päivystyspoliklinikalla*

Tämän luvun löydösten kontekstina toimii Keski-Suomen Keskussairaalan päivystyspoliklinikka, jonka toimintaa on tarkemmin kuvattu luvussa 1, ”Johdanto”. Taulukossa 1 on kuvattu

hoitajien hierarkia ja työnkuvat. Osa työnkuvista on viime aikoina muuttunut, ja toisia tullaan tulevaisuudessa muuttamaan.

Taulukko 1. Hoitajien hierarkia ja työnkuvat päivystyspoliklinikalla

Nimike	Koulutusvaatimukset	Työnkuva 2011	Työnkuva 2012
Ylihoitaja	Ylempi korkeakoulututkinto/AMK-tutkinto, riittävä hallinnollinen koulutus ja kokemus	Yksikön johtaminen ylilääkärin työparina, osaamisen johtaminen, rekrytointi	2013 → Kliininen johtaminen, tutkimuksen ja kehittämisen johtaminen
Osastonhoitaja	AMK-/opistotutkinto, riittävä hallinnollinen koulutus ja perehtyneisyys tehtävänalaaan	Leadership, henkilöstön osaamisen johtaminen	Sama kuin yllä yhdessä ylihoitajan kanssa
Apulaisosastonhoitaja	AMK-/opistotutkinto, riittävä hallinnollinen koulutus ja perehtyneisyys tehtävänalaaan	Työvuorot, perehdytys, kliinisen työn organisointi	Kliininen opettaja, hankinnoista huolehtiminen, hoitotyö
Vastuuhoitaja	AMK-/opistotutkinto sekä täydentävää soveltuvaa koulutusta	Valvonta, koordinointi, raportointi, vastuuhenkilö suuronnettomuuksissa	Kuten 2011 + lyhyet poissaolot
Sairaanhoitaja	AMK-/opistotutkinto	Käytännön hoitotyö	Profiloituminen = kouluttavat omilla vastuualueillaan
Perus-/lähihoitaja	Lähihoitajatutkinto (2. aste)	Perushoitotyö	Perushoitotyö

#### 6.4.2 Vastuuhoitajat

Vastuuhoitajat toimivat klinikalla vuorokohtaisina hoitotyön johtajina erillään varsinaisesta hoitajavahvuudesta tietyssä vuorossa. Vuoroa kohden on yksi vastuuhoitaja lukuun ottamatta yövuorua, jolloin paritriage-hoitaja toimii vastaavana hoitajana. Virallisen työtehtävälistan mukaan vastuuhoitaja on vastuussa työn sujumisesta; hän koordinoi hoitoryhmien resursseja suhteessa potilasmääriin tai potilaiden hoitoisuuteen, seuraa kokonaistilannetta, varmistaa että työntekijät pääsevät koulutuksiin ja tauoille, toimii vain tarvittaessa hoitoryhmien ”puskurina”, raportoi ja hoitaa ongelmatilanteet. Lisäksi vastuuhoitaja vastaanottaa ennakoilmoitukset po-

tilaista ambulansseilta, ilmoittaa suuronnettomuuksista ja palohälytyksistä, vastaa hoitotyöstä suuronnettomuuksissa ja hälyttää lääkäreitä tarvittaessa ruuhkanpurkujärjestelmän mukaisesti.

Vastuuhoitajat valittiin tähän rooliin hoitohenkilöstöstä. Ensiksi johto arvioi, ketkä tehtävään sopisivat, minkä jälkeen tältä joukolta kysyttiin halukkuutta toimia vastuuhoidajana. Työntekijöillä oli myös mahdollisuus itse ilmoittautua vapaaehtoiseksi tehtävään. Valintakriteereinä toimivat muun muassa monipuolinen kliininen osaaminen ja soveltuva persoonallisuus. Vuoden 2010 loppuun asti vastuuhoidajat toimivat samanaikaisesti paritriagehoitajina, mutta vuoden 2011 alusta nämä työtehtävät erotettiin toisistaan, jotta vastuuhoidajan olisi helpompi pysyä ajan tasalla klinikan tilanteesta ja koordinoida hoitoryhmiä. Vastuuhoitajien rooli oli siis tämän tutkimuksen hetkellä muutoksessa oleva rooli.

### 6.5 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämä tutkimus tarkasteli organisaatiomuutosta koskien vastuuhoidajuutta päivystyspoliklinikalla. Tarkoituksena oli ymmärtää vastuuhoidajien ammatillisia identiteettineuvotteluja ja toimijuuden harjoittamista työyhteisössä. Tutkimuskysymyksenä on: Millaisia vastuuhoidajuutta koskevia identiteettineuvotteluja päivystyspoliklinikalla käydään?

### 6.6 Aineisto ja analyysi

Tämän tutkimuksen menetelmällisenä viitekehyksenä hyödynnettiin etnografiaa (Hammersley & Atkinson, 2007). Aineisto kerättiin kollektiivisen etnografian (Gordon ym., 2006; Woods, Boyle, Jeffrey, & Troman, 2000) mukaisesti, eli kentällä oli samanaikaisesti vähintään kaksi tutkijaa. Pääasialliset aineistonkeruumenetelmät olivat havainnointi, kenttämuistiinpanot, äänitallenteet ja haastattelut. Viisi vastuuhoidajaa osallistui fokusryhmähaastatteluun, jossa käsiteltiin vastuuhoidajien tehtäviä, ominaisuuksia ja kokemuksia. Fokusryhmähaastatteluaineiston keräsi opinnäytetyötään tehnyt päivystyspoliklinikan sairaanhoitaja. Lisäksi toteutettiin kenttähaastattelut 10 vastuuhoidajan ja 6 hoitoryhmän kanssa etnografisen viitekehyksen mukaisesti ja teemahaastattelut kahden ylihoitajan (sijaisen ja vakituisen) kanssa. Vastuuhoitajien työtä myös havainnoitiin 22 tuntia (kaksi havainnoijaa kerrallaan, 34 sivua kenttämuistiinpanoja). Analyysimenetelminä käytettiin laadullista sisällönanalyysia ja etnografista analyysia.

### 6.7 Löydökset

Olemme pyrkineet kuvaamaan vastuuhoidajuuden neuvotteluja luomalla kaksi vignetteä, jotka perustuvat sekä havaintoihimme että haastatteluihimme. Vignettien jälkeen löydöksiä kuvataan yksityiskohtaisemmin kolmen toisiinsa kietoutuvan teeman kautta.

#### Anna

Anna aloittelee aamuvuoroaan vastuuhoidajana. Heti kahvihuoneeseen saavuttuaan yövuoron vastuuhoidaja (= paritriagehoitaja) tulee raportoimaan hänelle kiireisestä yöstä. Shokkihuoneessa on hoidettu tavalista enemmän potilaita. Hoitaja kertoo, että nyt tilanne on rauhallinen, koska he saivat siirrettyä suurimman osan potilaista toisiin yksiköihin tai kotiin. Yövuoron vastaava raportoi myös yhdestä sairaslomasta,

johon täytyy järjestää sijainen. Anna lupaa hoitaa asian. Kaiken kaikkiaan – kiitos yövuoron tehokkuuden – aamu vaikuttaa toistaiseksi varsin rauhalliselta. Hoitoryhmissä on vain muutamia potilaita eivätkä triage-jonot näytä olevan kovin pitkiä. Annalla on siis aikaa ottaa toinen kuppi kahvia ja vilkaista sähköpostit ja uutiset. Anna pysyy triagessa suurimman osan aamusta ja huomaa potilastilanteet näyttäviltä tietokone-näyttöiltä, että kohtuullisen potilasmäärän vuoksi ei liene tarvetta käydä hoitoryhmissä. Puoliltapäivin Annalle soitetaan konservatiivisen lääketieteen hoitoryhmästä, josta pyydetään häntä järjestämään paikalle apua, jotta hoitajat pääsevät syömään. Anna menee paikan päälle arvioimaan tilanteen. Yhdessä Anna ja hoitajat järjestävät asiat niin, että kaikki hoitajat pääsevät vuorolleen ruokailemaan seuraavan parin tunnin aikana. Tämän jälkeen Anna käy itsekin syömässä. Ruokatunnin jälkeen potilasmäärä alkaa äkkiä lisääntyä. Shokkihuoneessa on pula hoitajista ja Annan täytyy järjestää sinne joku hoitoryhmistä. Triagessakin on ruuhka. Anna päättää jäädä auttamaan triagehoitajia. Koska triage on shokkihuoneen vieressä, Anna pääsee kätevästi käymään shokkihuoneessa nähdäkseen tilanteen siellä. Kun aamuvuoro vaihtuu illaksi, on selvää, ettei potilaita saatu aamuvuorossa eteenpäin tarpeeksi nopeasti. Tämä merkitsee kiirettä iltavuorolle ja sen vastuuhoitajalle. Annan raportoinnin jälkeen iltavuoron vastuuhoitaja ei näytä järin ilahtuneelta.

### **Kati**

Kati on aamuvuoron vastuuhoitaja. Hän käväisee paritriagessa tarkastelemassa tietokonenäyttöjä, jotka näyttävät reaaliaikaisen potilastilanteen hoitoryhmissä. Tällä tavoin hän näkee, ketä hoidetaan missäkin ja paljonko potilaita kaiken kaikkiaan on. Nähdäkseen kävelevien triagen jonon hän vilkaisee tietokonenäyttöjen yläpuolella sijaitsevaa elektronista taulua; sen mukaan jonossa on kolme potilasta. Taulun ja tietokonelokien perusteella kokonaistilanne klinikalla on varsin rauhallinen lukuun ottamatta konservatiivisen hoitoryhmää, jossa on useita potilaita. Koska elektroniset järjestelmät eivät kerro kaikkea tilanteesta, Kati käy paikan päällä konservatiivisen hoitoryhmässä. Hoitajat ilmoittavat, että vaikka kiirettä pitää, he pärjäävät kyllä. Konservatiivisen kansliasta poistuessaan Kati huomaa väärässä paikassa olevia hoitovälineitä ja siirtää ne oikeaan paikkaan ja petaa vielä yhden sairaalasängyn, koska hoitoryhmän hoitajilla on kädet täynnä työtä juuri nyt. Tämän jälkeen Kati jatkaa kierrostaan muihin hoitoryhmiin ja viitsilee muiden työntekijöiden kanssa työasioista keskustelun lomassa. Monilla on Katille asiaa, etenkin kokemattomammilla työntekijöillä, koska hän on vuorossa käytännössä ainoa, jolla on osaamista tietyissä asioissa. Samaa aikaan hän myös hoitaa asioita puhelimitse lääkäreiden ja muiden yksiköiden kanssa. Ajoittaisesta kiireestä huolimatta Kati on rauhallinen ja päättäväinen. Hän tekee muutamia tällaisia kierroksia vuoronsa aikana: kokeneena ammattilaisena hän tietää, että akuuttihoidossa tilanteet voivat muuttua äkisti. Hetken päästä hän palaa triageen ja huomaa, että potilas, josta hän vastaanotti ennakoilmoituksen jokin aika sitten, tuodaan shokkihuoneeseen. Koska Kati joutuu jälleen setvimään puhelimesta asioita, hän pyytää taulolta palaavaa hoitajaa apuun shokkihuoneeseen, sillä shokkihuoneen hoitajalla on kädet täynnä töitä. Puhelun loputtua Kati tarkistaa tilanteen shokkihuoneessa ja havaitsee, että hetkellinen ruuhka on helpottanut ja jäljellä on enää yksi potilas. Lääkäri tutkii potilasta ja shokkihuoneen hoitaja avustaa häntä. Kati menee jututtamaan molempia ja lääkärin lähdettyä Kati ja toinen hoitaja hoitavat potilasta yhdessä. Juuri ennen vuoronsa loppua Kati keskustelee iltavuoron vastuuhoitajan kanssa ja raportoi, mitä vuoron aikana on tapahtunut ja mikä tämänhetkinen tilanne on.

#### *6.7.1 Vastuuhoitajien käytänteet ja ominaisuudet*

Haastattelujen ja havainnoinnin perusteella vastuuhoitajien työ koostuu esimerkiksi koordinoinnista, kliinisestä työstä, neuvomisesta, ongelmanratkaisusta ja kollegoiden motivoinnista. Nämä tehtävät on havaittu tärkeiksi myös muissa tutkimuksissa, joita on toteutettu erilaisissa terveydenhuollon konteksteissa (ks. Cole & Crichton, 2006; Contino, 2004). Vastuuhoitajien itsensä mukaan näiden tehtävien toteuttaminen vaatii sellaisia ominaisuuksia kuin johdantamis- ja yhteistyötaitoja, laajaa kliinistä akuuttihoidon osaamista, tilannetajua, vuorovaiku-

tuksellisesti taitavan ja arvostetun persoonan ja ymmärryksen työympäristöstä (ks. esim. Cole & Crichton, 2006; Künzle ym., 2010; Sarcevic ym., 2011). Vastuuhoitajia ja omahoitajia tutkiessaan myös Endacott (1999) on havainnut, että vastuuhoitajat tukivat toisia hoitajia, keräsivät tietoa potilaiden omaisilta, kartoittivat tilannetta pelkästään olemalla läsnä ja osallistui-  
vat hoitotyöhön. Tämän tutkimuksen osallistujien kokemusten ja vignettien perusteella vas-  
tuuhoitajan uusi rooli ja tehtävät toimivat kaiken kaikkiaan varsin hyvin. Vakituinen ylihoitaja kommentoi:

*Pääosin henkilöstöltä on tullut palaute, että se (vastuuhoitajuus) on hirveen hyvä juttu ja se toimii pää-  
osin erittäin hyvin. Mutta sitten siellä on niitä persoonakohtaisia eroja, että riippuu kuka on vastuuhoita-  
jana, että miten siellä vastuuhoitajan tehtäviä hoidetaan...*

Kuitenkin – kuten voidaan päätellä ylihoitajan sanoista – se, miten uusia vastuuta lähestytään ja kuinka vastuuhoitajan roolia toteutetaan, aiheuttaa jännitteitä. Vaikka muutokset organisaa-  
tiorakenteissa ovat luoneet terveydenhuoltoon uusia, korkeamman statuksen hoitajarooleja (esim. valvoja, koordinoija, eri hoitoalueiden vastaavat), vuoro-kohtaisten työnjohtajien hyö-  
dyntäminen ei vielä ole vakiintunut käytäntö. Tällaisten työntekijöiden työnimikkeet ja tehtä-  
vänkuvat ovat kirjavia, eikä vuoro-kohtaisilta hoitotyön johtajilta välttämättä vaadita erityistä  
kyseiseen tehtävään kohdennettua täydennyskoulutusta. Näiden sijaan ratkaisevia ovat kliini-  
nen kokemus ja henkilökohtaiset ominaisuudet. Apker, Propp ja Zabava Ford (2005) havaitsi-  
vat, että hoitajat kokevat keskeisen ammatillisen identiteetin jännitteen, kun he kohtaavat ti-  
min jäsenten diskursiivisesti luomia eriäviä käsityksiä ammatillisuudesta. Muilla tiimin jäse-  
nillä ja kollegoilla on vaihtelevia rooliodotuksia korkeamman statuksen hoitajarooleissa ole-  
ville, tai he eivät välttämättä ymmärrä tai hyväksy näitä rooleja (Fagerberg & Kihlgren, 2001).  
Voidaan olettaa, että hierarkia-, valta- ja statuskysymykset tulevat entistäkin ilmeisimmiksi  
uusien johtajaroolien kohdalla esimerkiksi hoitohenkilöstössä.

#### *6.7.2 Tilat, liikkuvuus ja osallistuminen kliiniseen työhön*

Vaikka uusi vastuuhoitajuusjärjestelmä toimii pääasiassa hyvin, osa vastuuhoitajien tehtävistä ja vastuista on jatkuvan neuvottelun kohteena eikä hoitajilla itsellään tunnu olevan jaettava ymmärrystä kaikista ydinrooleistaan ja -käytänteistään. Lisäksi, kuten Annan ja Katin vigne-  
teistään voidaan nähdä, vastuuhoitajuuden harjoittamisessa on henkilökohtaisia eroja, mikä  
aiheuttaa epätasaisuutta koko järjestelmään. Kuten ylihoitajan sijainen toteaa haastattelussa:

*Osa aktiivisesti kiertää hoitoryhmiä ja osa sitten valitettavasti niitä, jotka seuraa Iltasanomia.*

Kuten vigneteistään voidaan nähdä, vastuuhoitajan rooli kollegiaalisena johtajana on terve-  
tullut. Eritoten Kati vaikuttaa ottavan velvollisuutensa vakavasti ja kiertää klinikalla varmis-  
tamassa, että kaikki on hyvin. Hän myös osallistuu tarvittaessa tavalliseen hoitotyöhön rinnan  
kollegoidensa kanssa. Kati on ilmeisen kyvykäs havaitsemaan tilanteelliset vaatimukset ja  
reagoimaan erilaisiin tilanteisiin kuten kuuluu ja on ohjeistettu. Haastateltujen mukaan tämän-  
tyyppinen toiminta vaatii luovuutta ja joustamiskykyä tilanteiden ja ihmisten perusteella. Eräs  
vastuuhoitaja totesi tämän:



*Hyvään vastuuhoidajajuuteen kuuluu mun mielestä se näkyvyys ja liikkuvuus, eli että se on myös tuolla kentällä, kiertää, käy kysymässä, on niiku sillä lailla yhteydessä niihin työntekijöihin. Minkään tietokoneen kautta ei saa todellista kuvaa.*

Toisessa ääripäässä on Anna, joka luottaa tietokoneisiin, vaikka osa hänen kollegoistaan esimerkiksi toivoisivat hänen olevan enemmän fyysisesti läsnä hoitoryhmissä. Nämä esimerkit osoittavat selkeästi erot ammattilaisten näkemyksissä siitä, kuinka he henkilökohtaisesti mieltävät ja orientoituvat tehtäviinsä vastuuhoidajina ja esimiehinä. Vastuuhoidajien auktoriteettipula tietyissä tilanteissa (esimerkiksi lääkkeenmäärämisessä) heijastui ammatillisten vastuiden ongelmiin. Kuten eräs vastuuhoidaja toteaa:

*Ei kuulu mulle, mitäs mä. Niistähän tulee eri liksat ihan eri ihmisille.*

Kokonaistilanteen parantamiseksi klinikalla ylihoitajan sijainen oli sitä mieltä, että mahdollisimman monien olisi hyvä työskennellä vastuuhoidajana. Tämä voisi taata laajemman ymmärryksen päivystyspoliklinikan työstä (ks. Künzle ym., 2010) ja saada hoitohenkilöstön näkemään muiden hoitajien roolit ja tehtävät eri tavalla:

*Hyödyllistä, että mahdollisimman moni työskentelisi vastuuhoidajana, sillä silloin oppii eri tavalla katsomaan kokonaisuutta ja myöskin auttaa siinä omassa vuorossaan pelkästään sairaanhoitajana.*

Huolimatta siitä, että uuden roolin omaksuminen on sujunut pääosin hyvin, yksi keskeinen asia vaatii edelleen kehittämistä. Tämä liittyy siihen, kuinka johtajuutta toteutetaan päivystystyön vaihtelevissa tilanteissa. Kuten eräs vastuuhoidaja toteaa:

*Meidän ongelma on se, että me ei olla opittu johtamaan toisia kollegiaalisesti hoitaja hoitajana.*

Kuten vignetet osoittavat, yhteisen suunnittelun ja triagehoitajien ja vastuuhoidajien välisen yhteistyön tärkeydestä ollaan yhtä mieltä, kuten myös vastuuhoidajien välisestä raportoinnista vuoron vaihtuessa hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Erimielisyydet ja eriävät näkemykset tuntuvat keskittyvän siihen, missä määrin vastuuhoidajan tulisi osallistua rutiinomaiseen hoitotyöhön etenkin silloin, kun klinikalla on rauhallista. Eräs kokenut vastuuhoidaja toteaa:

*Vastuuhoidaja voisi olla tehokkaampi ja auttaa tarvittaessa enemmän muita. Nykyisellään jonkin verran tyhjäkäyntiä vastuuhoidajan työssä.*

Vastuuhoidajien osallistuminen hoitotyöhön oli todennäköisempää silloin, kun tilanne päivystyspoliklinikalla oli rauhallinen ja siihen oli aikaa. Vaikuttaa siltä, että hoitajuuden ydinelementti – potilastyö – tulee esiin tämältyyppisissä tilanteissa.

### 6.7.3 Valtasuhteet

Tärkeää on myös se, kuinka muut hoitajat ja henkilökunta näkevät vastuuhoidajien aseman esimiehinä ja kuinka he kokevat kollegoidensa alati muuttuvan roolin. Liittyen löydöksiimme vastuuhoidajien identiteettineuvotteluista empiirinen aineistomme osoittaa myös sen, kuinka



tämä uusi asema kohtaa haasteita kollegoiden kunnioituksen saavuttamisessa klinikalla. Henkilökohtaiset eroavaisuudet voivat aiheuttaa myös kunnioituksen puutetta muun henkilökunnan taholta. Vakituinen ylihoitaja kuvailee ideaalia ja arvostettua vastuuhoitajaa:

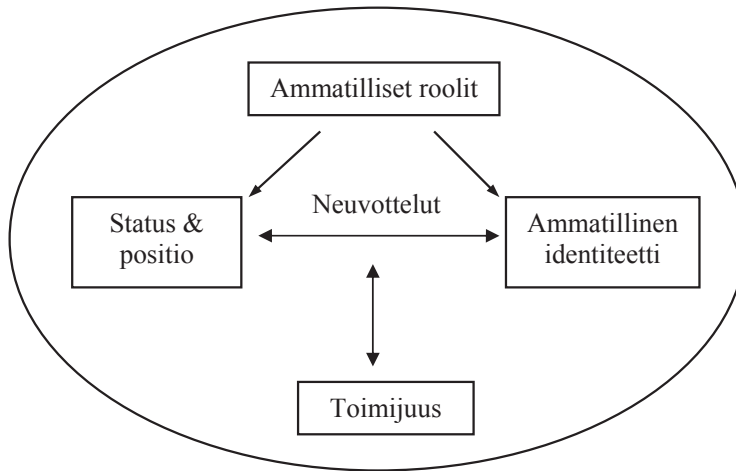
*Semmonen kokemuksen hoitaja täällä meillä, joka rohkeasti tarttuu tilanteisiin ja perustellen, esim. sitä resursseja siirtää hoitoryhmästä toiseen ja on tavallaan itsestään varma, että tavallaan hänestä sitten näkyy ulospäin, että häntä uskotaan. Menee tuonne ja kiertää ja menee oikeesti sinne, missä se työ on.*

Jotkut vastuuhoitajat tuntevat tarvitsevan toisia enemmän tukea. He tarvitsevat esimiehiltään jonkinlaista mandaattia työskennellä vastuuhoitajina. Tämän mandaatin luominen on tärkeää tulevaisuutta ajatellen, jos halutaan vahvistaa vastuuhoitajien statusta, asemaa ja klinikan toimintaa yleisesti. Tämä liittyy mielenkiintoisesti Mantereen (2008) kritiikkiin siitä, kuinka termiä ”rooli” käytetään kirjallisuudessa. Usein termit ”rooli” ja ”toimijuus” erotetaan toisistaan niin, ettei rooli kata toimijuutta. Funktionaalisen rooliteorian ongelmista huolimatta (ammattilliset) roolit ovat osa jokapäiväisiä diskursseja ja käytänteitä organisaatioissa. Ammatilliset, tässä tapauksessa vastuuhoitajat, ajattelevat ja kommunikoivat nojaten ammatillisen roolin käsitteeseen. Sen vuoksi on tärkeää pyrkiä ymmärtämään, mikä mahdollistaa toimijuuden tiettyjen työyhteisössä määriteltyjen sääntöjen alaisina toimiville vastuuhoitajille.

## 6.8 Pohdinta

Tässä tutkimuksessa olemme lähestyneet ammatillisten identiteettineuvottelujen ja toimijuuden harjoittamisen suhdetta tarkastelemalla vastuuhoitajien työtä päivystyspoliklinikalla. Tavoitteena oli uutta hoitotyön johtaja-asemaa tarkastelemalla saavuttaa ymmärrys työyhteisössä tapahtuvista kaksisuuntaisista neuvotteluista, eli tarkastella ilmiötä sekä yksilön että työyhteisön näkökulmista.

Löydöksemme osoittavat selkeästi työorganisaation, ammatillisen yhteisön ja yksilöllisen toimijuuden välisen kiinteän suhteen. Vastuuhoitajuuden konstruktion havaittiin olevan dynaaminen prosessi yksilöiden ja yhteisön välillä. Neuvotteluissa korostui kolme näkökohtaa; kaikki nämä näkökohdat liittyivät läheisesti koko hoitohenkilöstön tehtäviin ja vastuisiin klinikalla. Ensiksikin työyhteisössä neuvoteltiin vastuuhoitajuuden työkäytänteistä. Tämä sisälsi sekä vastuuhoitajien vastuut ja tehtävät että ominaisuudet, joita työn vaatimusten täyttämiseen tarvittiin. Toiseksi, vastuuhoitajan sijainti ja liikkuvuuden määrä olivat keskeisiä. Kuten Annan ja Katin vignetit osoittavat, vastuuhoitajien tekemistä valinnoista seurannut toimijuus vaihteli. Tähän liittyen neuvottelun kohteena oli edelleen se, missä määrin vastuuhoitajan tulisi osallistua kliiniseen työhön. Kolmanneksi, keskeisiä olivat vastuuhoitajien johtaja-asemaa koskevat neuvottelut painottuen valtasuhteisiin hoitajayhteisössä.



Kuvio 1. Ammatilliset identiteettineuvottelut ja toimijuus, joita rajaa ammatillinen rooli päivystyspoliklinikalla.

Kuviossa 1 esitetään vastuuhoitajien uuden statuksen ja position rakentamisen monimutkaisuutta yksittäisen työntekijän ja hoitajayhteisön näkökulmasta. Kuten kuvio osoittaa, neuvottelut tapahtuvat pääasiassa vastuuhoitajastatuksen/-position ja hoitajaidentiteetin välillä. Yksittäiselle hoitajalle haasteena on vastuuhoitajan ja hoitoryhmähoitajan positioiden välisestä vaihtelusta nouseva mielekkyyden löytäminen käsillä oleviin tehtäviin. Keskeistä vastuuhoitajien positioon liittyvien neuvottelujen ymmärtämisessä on tunnistaa aukko hoitoryhmäidentiteettien ja vastuuhoitajaidentiteetin välillä. Yhtenä päivänä työskentelet hoitajana esimerkiksi konservatiivisen hoitoryhmässä (alaisena) ja seuraavana päivänä olet johtajasemassa hoitoryhmissä työskenteleviin kollegoihisi nähden. Tämän vuoksi vastuuhoitajien tapaus korostaa omaksuttujen ammatillisten roolien (hoitoryhmäroolit) merkitystä identiteetin neuvottelussa ja toimijuuden harjoittamisessa.

Hoitajayhteisölle haasteena on legitiimin position neuvottelu uudelle työnjaolle (vastuuhoidajuus) päivystyspoliklinikalla. Tämän tutkimuksen hetkellä uusi työnjako oli juuri otettu käyttöön ja yhä muotoutumassa. Institutionaaliset diskurssit uusintavat työyhteisön hierarkkista järjestystä (Sebrant, 2008). Löydöksemme paljastavat, että neuvottelut sisältävät sekä *vallan ottamisen* että *valtaan alistumisen* hoitajayhteisössä. Nämä muodostavat kriittisimmän ja kulttuurisesti jatkuvasti uudelleen muotoillun ongelman muutosprosessissa. Toimijuutta ei voida ymmärtää yksinomaan suhteessa ammatilliseen identiteettiin. Se on ennemminkin institutionaalisen position ja ammatillisen identiteetin välinen neuvottelu, jota käydään yksilön ja työyhteisön välillä (ks. Kuvio 1).

Löydöstemme perusteella paikka ja aika (ks. myös Halford & Leonard, 2005) tarjoavat tärkeitä resursseja, joita työntekijät käyttävät neuvotellessaan ammatillisista identiteeteistään ja harjoittaessaan toimijuutta. Itse asiassa ne pakottavat keskittymään diskurssin *tekemiseen* ajassa ja paikassa. Aineistossamme tämä ajallinen ja spatiaalinen *tekeminen* tuli ilmeiseksi vastuu-

hoitajien työkäytänteiden neuvotteluissa. Tämä liittyi esimerkiksi vastuuhoidajan sijaintiin ja siihen, pitäisikö hänen ”olla liikkeellä” hoitoryhmissä enemmän kuin istua tietokonenäyttöjen äärellä paaritriagessa. Vastuuhoidajan liikkuvuudella on symbolinen merkitys: johtajamandaatin mahdollistavasta statuksesta huolimatta hoitajayhteisössä arvostetaan sitä, että vastuuhoidaja käy ja jopa osallistuu toimintaan ”käytävän toisella puolen”. Liikkuvuus on näin ollen esimerkkinä toimijuuden harjoittamisesta: Anna – tekemällä valinnan jäädä triageen – vastustaa yhteisön sosiaalisia ehdotuksia ”olla liikkeellä”.

Johtopäätöksenä tutkimuksemme osoittaa, että organisaatiomuutos pohjustaa identiteetin neuvottelua ja toimijuuden harjoittamista. Löydökset osoittavat myös, että tulevaisuudessa työorganisaatioiden tutkimus- ja kehittämisspyrkimysten tulisi ottaa huomioon sekä yksilö että työyhteisö.

## Lähteet

- Apker, J., Propp, K. M., & Zabava Ford, W. S. (2005). Negotiating status and identity tensions in healthcare team interactions: an exploration of nurse role dialectics. *Journal of Applied Communication Research*, 33(2), 93–115.
- Carney, M. (2009). Leadership in nursing: current and future perspectives and challenges. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 411–414.
- Clegg, S., Courpasson, D., & Phillips, N. (2006). *Power and Organizations*. Lontoo: Sage.
- Cole, E., & Crichton, N. (2006). The culture of trauma team in relation to human factors. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1257–1266.
- Collin, K. (2009). Work-related identity in individual and social learning at work. *Journal of Workplace Learning*, 21(1), 23–35.
- Collin, K., Paloniemi, S., & Mecklin, J-P. (2010). Promoting interprofessional teamwork and learning – the case of a surgical operating theatre. *Journal of Education and Work*, 23(1), 43–63.
- Collin, K., Sintonen, T., Paloniemi, S., & Auvinen, T. (2011). Work, power and learning in a risk filled occupation. *Management Learning*, 42(3), 301–318.
- Contino, D. S. (2004). Leadership Competencies: Knowledge, Skills, and Aptitudes Nurses Need to Lead Organizations Effectively. *Critical Care Nurse*, 24(3), 5–64.
- Coombs, M., & Dillon, R. D. (2002). Crossing boundaries, re-defining care: the role of the critical care outreach team. *Journal of Clinical Nursing*, 11(3), 387–393.

Currie, G., Finn, R., & Martin, G. (2010). Role Transition and the Interaction of Relational and Social Identity: New Nursing Roles in the English NHS. *Organization Studies*, 31(7), 941–961.

Davies, B. (2000). *A body of writing: 1990–1999*. Walnut Creek: Altamira Press.

Duygulu, S., & Kublay, G. (2010). Transformational leadership training programme for charge nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 633–642.

Endacott, R. (1999). Roles of the allocated nurse and shift leader in the intensive care unit: findings of an ethnographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15(1), 10–18.

Eriksson-Piela, S. (2003). Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus (Emotion, knowledge or hierarchy? The multiplicity of professionalism in nursing). *Acta Universitatis Tamperensis* 929, University of Tampere.

Fagerberg, I., & Kihlgren, M. (2001). Experiencing a nurse identity: The meaning of identity to Swedish registered nurses two years after graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 137–145.

Fenwick, T. (2006). Escaping/becoming subjects: Learning to work the boundaries in a boundaryless work. Teoksessa S. Billett, T. Fenwick, & M. Somerville (toim.), *Work, subjectivity and learning* (s. 21–36). Dordrecht: Springer.

Fenwick, T., & Somerville, M. (2006). Work, subjectivity and learning: Prospects and issues. Teoksessa S. Billett, T. Fenwick, & M. Somerville (toim.), *Work, subjectivity and learning. Understanding learning through working life* (s. 247–265). Dordrecht: Springer.

Foucault, M. (1980) [1975]. *Tarkkailla ja Rangaista [Surveiller et Punir]*. Helsinki: Otava.

Gee, J. P. (2000). Identity as an analytic lens for research in education. *Review of Research in Education*, 25(1), 127–179.

Gordon, T., Hynninen, P., Lahelma, E., Metso, T., Palmu, T., & Tolonen, T. (2006). Collective ethnography, joint experiences and individual pathways. *Nordisk Pedagogik*, 26(1), 3–15.

Green, F. (2009). Job Insecurity, Employability, Unemployment and Well-being. *Studies in Economics* 918, University of Kent.

Halford, S., & Leonard, P. (2005). Place, space and time: contextualizing workplace subjectivities. *Organization Studies*, 27(5), 657–676.

Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: principles in practice*. (3. painos). Lontoo: Routledge.

- Kirpal, S. (2004) Work identities of nurses: Between caring and efficiency demands. *Career Development International*, 9(3), 274–304.
- Kraus, W. (2006). The narrative negotiation of identity and belonging. *Narrative Inquiry*, 16(1), 103–111.
- Künzle, B., Kolbe, M., & Grote, G. (2010). Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review. *Safety Science*, 48(1), 1–17.
- Lemieux-Charles, L., & McGuire, W.L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263–300.
- Lingard, L., Espin, S., Evans, C., & Hawryluck, L. (2004). The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care*, 8(6), 403–408.
- Mantere, S. (2008). Role Expectations and Middle Manager Strategic Agency. *Journal of Management Studies*, 45(2), 295–316.
- McCallin, A.M., & Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 319–325.
- Paloniemi, S., & Collin, K. (2010). Workplace learning and work-related identity constructions in a clinical setting. Teoksessa M. Caltone (toim.), *Handbook of Lifelong Learning Developments* (s. 141–161). New York: Nova.
- Reeves, S., MacMillan, K., & Van Soeren, M. (2010). Leadership of interprofessional health and social care teams: a socio-historical analysis. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 258–264.
- Sarcevic, A., Marsic, I., Waterhouse, L.J., Stockwell, D.C., & Burd, R.S. (2011). Leadership structures in emergency care settings: A study of two trauma centers. *International Journal of Medical Informatics*, 80(4), 227–238.
- Scott, K. (2011). Chief Nurse Executives: Professional Dual Agents Leading With Intention. *Nurse Leader*, 9(1), 32–34.
- Sebrant, U. (2008). The impact of emotion and power relations on workplace learning. *Studies in the Education of Adults*, 40(2), 192–206.
- Stewart, A. (2001). *Theories of power and domination: The politics of empowerment in late modernity*. Lontoo: Sage.
- Strack van Schijndel, R.J.M., & Burchardi, H. (2007). Bench-to-bedside review: leadership and conflict management in the intensive care unit. *Critical Care*, 11(6), 234.

Weedon, C. (1997). *Feminist Practice and Poststructuralist Theory*. Oxford: Blackwell.

Woods, P., Boyle, M., Jeffrey, B., & Troman, G. (2000). A research team in ethnography. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 13(1), 85–98.

Ylöstalo, P., & Jukka, P. (2009). *Työolobarometri, lokakuu 2009*. Työ- ja elinkeinoministeriö.

## 7 TUKEEKO MONIAMMATILLISUUS HOITOTYÖN JOHTAMISTA PÄIVYSTYSALUEELLA?

Sari Viinikainen, Ari Solonen, Mari Manninen & Paula Pyhälä-Liljeström

### Tiivistelmä

Päivystyspotilaiden hoito toteutuu yhä enemmän yhteispäivystyspisteissä, joissa potilaiden hoidon toteuttamisesta huolehditaan moniammatillisissa ryhmissä. Sujuva päivystystoiminta edellyttää toimivia, moniammatillisesti johdettuja prosesseja sekä henkilöstön- ja osaamisen allokointia. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystysalueella on kehitetty prosessimaista päivystyshoitoa huomioiden moniammatillisuus. Henkilöstön ja osaamisen johtamiseen hoitohenkilökunnan näkökulmasta on panostettu esimerkiksi systemaattisen perehdytyksen kautta. Ottaen huomioon hoitohenkilökunnan suuren määrän ja päivystyshoidon työn luonteen, edellyttää hoitotyön johtamisen onnistuminen moniammatillista tukea.

### 7.1 Johdanto

Terveydenhuollon toimintakentässä on viime vuosikymmenenä tapahtunut suuria toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia. Uuden terveydenhuoltolain ja kuntarakenneuudistuksen myötä muutostahti ei todennäköisesti tule ainakaan hiljentymään. Myös päivystystoiminta on muuttanut 2000-luvulla. Päivystyspotilaiden hoitoa on keskitetty maakunnallisiin yhteispäivystyspisteisiin, joissa potilaan hoitoa ohjaa tulosyö, ei erikoisala tai perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon hoitotaso (STM, 2010). Yhteispäivystyspisteissä päivystyshoitoa vaativa potilas hoidetaan hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen tulosyön mukaisesti moniammatillisessa ryhmässä. Keskittämisen myötä päivystyspisteissä on ollut tarve myös muuttaa toimintaa prosessipohjaiseksi. Muutos päivystyshoidon järjestämisessä on antanut mahdollisuuden organisoida päivystysalueen toiminta, toiminnan johtaminen sekä kehittäminen omana itsenäisenä toiminta-alueena, ilman perinteisiä erikoisalakohdaisia tai professioperusteisia rajoitteita. Itsenäisenä toiminta-alueena menestyminen edellyttää toiminnan ja nimenomaan prosessien johtamista eri asiantuntijuutta hyödyntäen potilaan parhaaksi.

Päivystysalueen työssä korostuvat hyvien kliinisten taitojen lisäksi ennakoimattomuuden ja paineen sietokyky, hyvät moniammatilliset yhteistyötaidot, priorisointikyky sekä alueen sosi-aali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tuntemus. Päivystyksen suuret potilasvirrat ja ajoittaiset kuormitushuiput edellyttävät toimivia prosesseja, joita myös johdetaan moniammatillisesti. Uusi terveydenhuoltolaki tukee omalta osaltaan tätä. Sen mukaan toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Asiakaspalveluprosessin ja sen johtamisen kannalta oikea henkilöstön- ja riittävän osaamisen allokointi tuottaa parhaimmillaan sujuvan palvelukokonaisuuden. Täten potilaan ei

tarvitse turhaan odottaa eri työvaiheiden välisiä vaihe-aikoja jonkin ammattiryhmän tehtävien tekemättömyydestä johtuen tai niin, että jokin työvaihe aloitetaan alusta. Aina kun potilaalle kerrotaan, että joudutte odottamaan jotakin, samalla rivien välistä viestimme, etteivät meidän prosessimme toimi, mutta voisitteko odottaa. Käytännössä päivystysalueen moniammatillisesta johtamisesta esimerkiksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vastaavat ylilääkäri ja ylihoitaja yhdessä muiden ylilääkäreiden ja osastonhoitajien kanssa.

Luvussa tarkastellaan päivystysalueen moniammatillista johtamista ja siihen liittyviä haasteita hoitotyön näkökulmasta. Vaikka moniammatillisuuden näkökulmasta ei asiaa tulisi ehkä lähestyä vain yhden profession näkökulmasta, olemme halunneet tarkoituksenmukaisesti kuvata käytännön johtamisen ja arjen esimerkein hoitotyön johtamisen näkökulmasta sitä yhteispäivystyksen todellisuutta, jossa moniammatillinen yhteistyö konkretisoituu. Hoitohenkilöstö muodostaa suurimman henkilöstöryhmän myös päivystysalueen henkilökunnasta ja siksi painotamme luvussamme hoitohenkilöstön johtamista henkilöstö- ja osaamisnäkökulmasta. Toisaalta haluamme nostaa esille päivystyshoidon prosessimaisen toteutuksen ja siihen liittyvät haasteet hoitotyön johtajan silmin katsottuna. Vaikka prosessiajattelu lähtee pitkälti prosessiteollisuudesta ja liike-elämästä, ovat tehokkuuden ja tuottavuuden lainalaisuudet löydettävissä myös terveystalveluista. Luku perustuu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystysalueen toimintaympäristöön, mutta on kirjoittajien mielestä sovellettavissa mihin tahansa toiseen yhteispäivystyspisteeseen Suomessa.

## **7.2 Keski-Suomen Sairaanhoitopiirin päivystysalue toimintaympäristönä**

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystysalueeseen kuuluvat päivystyspoliklinikka ja päivystys- ja infektio-osasto. Päivystyspoliklinikalla hoidetaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidoa tarvitsevat päivystyspotilaat, näitä potilaita on vuositasolla reilut 31 000. Myös perusterveydenhuollon yöpäivystys hoidetaan keskitetysti koko alueelta lukuun ottamatta Jämsän seutua. Yöpäivystyksessä käy vuositasolla vajaa 13 000 potilasta. Kolmantena potilasryhmänä hoidetaan maakunnallisen lääkäripäivystyksen keskittämisen myötä alueen perusterveydenhuollon potilaita vuosittain noin 41 000. Kaikki potilaat tulevat poliklinikalle sairaanhoitajan suorittaman Triage-arvioinnin kautta, minkä avulla määritellään potilaan tulosityyn ja oireen perusteella hoidon kiireellisyys ja hoitoryhmä.

Päivystyspoliklinikan hoitoryhmiä ovat hätätilapotilaan hoitoryhmä, operatiivinen, konservatiivinen, perusterveydenhuollon, psykiatrian ja lasten hoitoryhmät sekä sairaanhoitajan itsenäinen päivystysvastaanotto, jossa potilaita hoidetaan vuositasolla noin 3 500. Henkilökuntaa päivystyspoliklinikalla on yhteensä 99, joista sairaanhoitajia on 69, perushoitajia 7, lääkintävahtimestareita 5, osastonsihteeireitä 14 ja potilaskuljettajia 2.

Päivystys- ja infektio-osastolla on 41 sairaansijaa, näistä 16:lla on mahdollista hoitaa eriasteisia eristystoimia tarvitsevia potilaita. Yksikössä hoidetaan lapsia lukuun ottamatta kaikkien erikoisalujen potilaita, vuositasolla hoidettujen potilaiden määrä on vajaa 9000 ja keskimääräinen hoitoaika on 1,5 vuorokautta. Päivystys- ja infektio-osastolle ohjautuvat potilaat, jotka vaativat erikoissairaanhoidossa tehtävää taudinmäärittystä ja hoitosuunnitelman tekoa ja tämän



kestoksi arvioidaan alle kaksi vuorokautta. Henkilökuntaa on 56, joista sairaanhoitajia 49, osastonsihteereitä on 6.

Keski-Suomen maakunnallista lääkäripäivystystä suunnitellut työryhmä on vuosien 2009–2011 keskittänyt maakunnan päivystystoimintaa tarkoituksenmukaiseksi ja henkilöstöresursointi on tehty tämän kehittämistyön mukaisesti. Potilasmäärät ovat kasvaneet ja nyt ollaan siinä tilanteessa, että nykyiset toimitilat eivät mahdollista potilasmäärien nousua.

Valtakunnalliset päivystyshoidon perusteet, jotka valmistuivat vuonna 2010 (STM, 2010), ohjaavat päivystyksen käyttöä. Parhailaan sosiaali- ja terveysministeriössä kirjoitetaan kiireellisen hoidon asetusta, joka tarkentaa annettuja suosituksia. Yhteispäivystysten potilasmäärät ovat suuria ja uhkana onkin potilasturvallisuuden vaarantuminen, ellei päivystysten käyttöä kyetä rajoittamaan suositusten mukaisesti. Olennaista on, että terveyskeskukset pystyvät tarjoamaan riittävästi vastaanottoaikoja alueen kansalaisille. Muuten päivystykseen hakeutumisen kynnyks madaltuu ja päivystys ruuhkautuu. Myös kansalaisten valinnan mahdollisuus uudessa terveydenhuoltolaissa pitää sisällään riskin hallitsemattomiin potilastilanteisiin päivystyksissä.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystysalueella yllä oleviin haasteisiin on varauduttu käynnistämällä päivystyksen puhelinneuvonta. Toiminta on tällä hetkellä ulkoistettu mutta suunnitelmassa on ottaa puhelinneuvonta omaksi toiminnaksi, jolloin potilasvirtojen ohjailu saadaan omiin käsiin. Kuntien kanssa tehtävät palvelusopimukset, jotka saadaan virallisesti käyttöön vuoden 2012 aikana, sisältävät vastuita ja velvollisuuksia, joilla turvataan osaltaan päivystyspotilaiden hyvä hoito ja palveluketjujen sujuvuus. Päivystyksen arjessa Triage-toiminta on kuitenkin se, jolla päivystyksen käyttö saadaan suositusten ja tulevan asetuksen mukaiseksi. Päivystyspotilaiden hoidon hyvä laatu edellyttää erikoislääkäreitä päivystyksen etulinjaan. Tämä toiminta on käynnistymässä yhteispäivystyksessä alkuvuodesta 2012.

Toimintaa johdetaan ja kehitetään strategiasta johdettujen tavoitteiden ja niiden saavuttamista kuvaavien mittareiden antaman tiedon avulla. Tämä työ tapahtuu moniammatillisesti johdon toimesta. Seuranta ja analysointi tapahtuvat kolmannesvuosittain. Lisäksi kahdeksan yhteispäivystyksen benchmarking antaa eväitä toiminnan kehittämiseen. Tämän lisäksi tietoa työntekijöiden osaamisen varmistamisesta, osaamisen kehittymisestä suhteessa perustyöhön ja osaamisen johtamisesta saadaan henkilöstöpalautteista. Sairaanhoitopiirin henkilöstökysely, turvallisuuspoikkeamaseuranta, potilasturvallisuuspoikkeama (Haipro) käytäntö sekä sijais- ja opiskelijapalaute antavat myös arvokasta tietoa johtamiselle. Asiakaspalautetta kerätään jatkuvasti ja se käsitellään osastokokouksissa samoin kuin potilaiden tekemät valitukset ja annetut kiitokset.

### **7.3 Prosessien johtaminen päivystysalueella**

#### *7.3.1 Prosessien kehittäminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystysalueella*

Asiantuntijaorganisaatiossa ajatellaan usein, että jokainen eri ammattiryhmä tuntee oman työnsä ja paikkansa työskennellä potilaiden hyväksi. Työ pitää sisällään usein toistoja tai sa-

mankaltaisia tehtäviä, osa näistä on perusteltuja jo potilasturvallisuuteen liittyviä tehtäviä. Tyypillistä on, että palataan aina jonkin tehtävän alkuun, kun jokin tutkimus tai toimenpide ei ole valmistunut esim. lääkärintarkastuksilla. Prosessiteollisuudessa ei välttämättä toimita näin. Viimeistään tässä vaiheessa voidaan kyseenalaistaa onko sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla prosesseja vai projekteja aina kun potilasta aletaan hoitaa jonkin palvelun piirissä. Terveydenhuollossa tehokkuuden, tuottavuuden ja prosessien merkittävien muuttujien on potilas, omine inhimillisine piirteineen, jonka tahtoa kunnioitetaan kaikissa toiminnoissa. Terveydenhuollon merkittävämpänä erona perinteiseen prosessiteollisuuteen ovat myös ammatilliset professiot, jotka ovat määrittäneet omat toimintatapansa tutkimukseen ja tieteelliseen näyttöön perustuen.

Päivystyksen prosesseja tuleekin kehittää potilaslähtöisesti selkeinä palvelukokonaisuuksina ja hoitoketjuina. Päivystyksen prosessinomistajan on tunnistettava yhteistyöverkosto jonka piirissä eri toimijoiden väliset vastuut ja velvollisuuden selkeytetään, samalla saadaan karsittua päällekkäisiä toimintoja pois ja virtaviivaistamaan prosessia. Tavoitteena on keskittyä potilaalle arvoa tuottaviin asioihin ja sitä kautta löytää toimiva hoitoprosessi, jossa resurssit on sovitettu toiminnan tarpeisiin sopiviksi. Prosessijohtamisen avulla pyritään organisaation prosessien ja toimintojen jatkuvaan sekä johdonmukaiseen asiakaslähtöiseen kehittämiseen (Järvenpää, Partanen, & Tuomela, 2001.) Prosessien toimivuutta voidaan vahvistaa palvelusopimuksilla esimerkiksi eri kuntien kanssa. Tällainen palvelusopimusmalli selkiyttää parhaimmillaan myös kuntatoimijan sisäistä työnjakoa. Esimerkiksi vanhus ja vammaispalveluissa, joissa usein terveydentilan- tai toimintakyvyn muutokset eivät selity selkeästi kummaltakaan näkökulmasta. Samantyyppisillä sisäisillä palvelusopimuksilla voidaan selkiyttää aliprosessien toimintaa, esim. laboratoriotutkimuksille asetetaan selkeät rajat, milloin näytteet tulevat ottaa ja millaisen ajan sisällä tutkimustulokset on oltava käytettävissä. Prosessien kehittäminen on selkeästi prosessien johtamista sekä toimivaltuuksia sopia eri toimijoiden välisestä työn jaosta.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin päivystyksen toimialueella on kehitetty jo usean vuoden ajan prosesseja, joiden avulla palvelut tuotetaan. Samalla kun on kehitetty prosesseja, on kehitetty päivystykselle ominaista ”tuotannonohjausta” hoidontarpeen kiireellisyyden arviointia (triage). Prosesseja vertaillaan muiden kansallisten päivystyspisteiden kanssa yhteisissä Benchmarking-tapaamisissa. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin päivystysalueen prosessien kehittämisessä ja niiden johtamisessa on ollut suurena haasteena uuden tyyppinen toimintamalli, professioiden itsenäisyys sekä halu pitää kiinni erikoisalakeskeisestä lähestymistavasta hoitaa potilaita. Tämä tarkoitti pitkään sitä, että perusterveydenhuollon päivystys oli omana toimintanaan ja erikoissairaanhoitopäivystys oli jakautunut omiin erikoisalakohdaisiin potilaisiin, eikä potilaiden päivystyksellistä hoidontarvetta nähty kovinkaan tärkeänä ohjaavana tekijänä. Kun alettiin puhua prosesseista ja niiden mittaamisesta, nähtiin tämä usein ”kellotamaisena”, joka johtaa jokaisen henkilökohtaiseen työajan mittaamiseen. Prosessien mittaamisella Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä pyrittiin jo alusta lähtien tunnistamaan vaiheajat ja niiden keskinäinen suhde potilaan päivystyskäynnin aikana sekä selvittämään, mistä potilaat tulevat päivystykseen ja minne he sieltä poistuvat. Prosessien kehittämisen tukena on alusta asti ollut henkilöitä, jotka ovat kouluttautuneet myös prosessiajatteluun ja edistäneet asiaa niin

päivystyksen vastuualuetasolla kuin koko organisaatiossa ja maakunnassa. Asiakaspalveluohjaaja ja ylihoitaja huolehtivat, että prosessiajattelu säilyy kaikessa toiminnassa ja sen kehittämisessä.

### *7.3.2 Asiakaspalveluprosessi ja moniammatillisuus*

Päivystyksenkäyttöä ohjataan vahvasti erilaisten suositusten ja palvelusopimusten avulla entistä tiiviimmin. Sujuvien palveluketjujen taustalla tehdään alueellisesti tiivistä yhteistyötä useiden eri ammattihenkilöiden kesken. Sairaanhoidopiirin ja kuntien välillä ovat omat sopimusjärjestelyt, alueellisissa ylläkärikokouksissa sovitaan lääkäripäivystyksen suuntaviivat, ensihoidon rooli on siirtynyt sairaanhoidopiiriin ohjaukseen ja myös puhelinneuvonta on siirtymässä päivystyksen ydintehtäväksi. Sairaalaan saavuttaessa potilaan hoidon kiireellisyyden ja tarpeen määrittely tapahtuu suositusten sekä alueellisten ohjeiden mukaisesti, potilaiden tarvitsemien jatkohoitopaikkojen koordinointi pitäisi toimia ennalta sovitusti, mutta tähän tarvitaan vielä asiakaspalveluohjaajaa.

Asiakaspalveluohjaaja seuraa ja kehittää asiakaspalveluprosesseja yhteistyössä eri lääkäreiden kanssa sekä sairaalan sisällä että ulkopuolella. Sairaalan ulkopuolista yhteistyötä tehdään kuntien viranomaisten kanssa, jotka vastaavat perusturvasta (vanhus- ja vammaispalvelut) ja kotiutushoitajien kanssa joiden toiminta sekä määrä vaihtelevat hieman eri kunnissa. Joissain kunnissa kotiutushoitaja vastaa sekä vuodeosastoista että pitkäaikaispalveluasumispaikoista. Ensihoidon kanssa tehtävä yhteistyö tarkoittaa ohjeistusta ja sopimista siitä, minkälaisia potilaita tuodaan suoraan päivystykseen. Sairaalan ja perusterveydenhuollon vuodeosastojen kanssa tehtävä yhteistyö on päivittäistä. Vaikka ennalta on sovittu miten ja millä periaatteilla siirrot jatkohoitoon päivystysalueelta tapahtuvat, tarvitsevat nämä toiminnot myös johtamista. Käytännössä tämä tarkoittaa potilasvirtojen hallintaa niin sisään tulevien potilaiden osalta kuin päivystysalueen sisäistä ja ulkoista ohjautumista. Tyypillistä on, että kun jonkin terveyskeskuksen toiminta häiriintyy syystä tai toisesta, alkaa tapahtua ohivirtausta yhteispäivystykseen. Tai terveyskeskuksen vuodeosastopaikat ovat täynnä, jolloin päivystys- ja infektio-osaston potilaiden jatkohoitopaikkaan siirtyminen viivästyy ja sen myötä päivystyspoliklinikalta jatkohoitoa tarvitsevat potilaat eivät mahdu osastolle, vaan joutuvat ei tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan sairaalaan vuodeosastolle.

Asiakaspalvelun tehtävänä on ennakoida tai selvittää syntynyt tilanne. Tilanteen selvittämisen kannalta tarvitaan useiden eri toimijoiden toimimista yhteisen hyvän aikaansaamiseksi. Ensimmäiseksi tarvitaan arviointi siitä, miksi tilanne on muodostunut ja ketä asia koskee. Usein saamme täytettyä terveyskeskukset kiitettävän hyvin siirtämällä kaikki potilaat vanhasta tottumuksesta vuodeosastoille, vaikka he ovat jo jonkin palvelun piirissä, joista on mahdollista tuoda palvelut potilaalle kotiin. Potilaiden ohjautuminen päivystyksestä aina ensisijaisesti vapaalle vuodeosastopaikalle ilman potilaan tarvitsemaa optimaalista hoitoa täyttää usein erikoissairaanhoidon vuodeosastot sekä päivystys ja infektio-osaston. Hoidon alussa olisikin syytä hetki miettiä oletettua hoitoaikaa, jolloin potilaalle löydetään tarkoituksenmukainen hoitopaikka heti. Jatkohoitopaikan valintaa ei tarvitse mielestämme päättää lääkärin yksin, vaan se voidaan tehdä hoitoryhmän jäsenten kesken. Oikein valittu jatkohoitopaikka tukee

potilaan toipumista ja mahdollistaa vuodeosastojen toiminnan elektiivisten potilaiden hoidon osalta. Olennainen tehtävä on varjella, ettei vuodeosastoille ohjaudu yhtään ns. turhaa potilasta, jonka päivystyksellinen diagnostiikka ja hoidonaloitus on mahdollista tehdä korkeintaan 2 vrk aikana. Tällaisten potilaiden ohjautuminen päivystys ja infektio-osastolle mahdollistaa nopean kiertosyklin ja jatkohoitoon siirtymisen. Myös potilaiden tarvitsemat osastopaikat riittävät, kun toimitaan sovittujen periaatteiden mukaisesti.

Asiakaspalveluprosessien toimivuus on mahdollista, kun jokainen tunnistaa oman perustehtävänsä ja toimii sen mukaisesti. Potilaiden tarvitsemien palveluiden sopiminen tapahtuu yhdessä. Esimerkkinä tästä vanhuspalveluiden piirissä oleva potilas, jonka jatkohoitoon siirtymiseksi on sovittu seuraavien tahojen kanssa esimerkinomaisesti eri asioista.

- Kunnan sisäiset järjestelyt vanhus- ja vammaispalvelut ja oma terveyskeskus
  - yhtenäiset kriteerit hoidontarpeen arvioinnissa
  - puhelinkonsultaatiomahdollisuus
  - päivystysaikaisten tilanteiden hoito, mikä koskee yhteispäivystystä, tapahtuu palvelusopimusten mukaisesti
- Ensihoito
  - mahdollinen kohteessa hoitaminen
  - sähköinen asiointi (EKG:n tulkinta ja hoito-ohjeet) puhelinkonsultaatio
- Päivystyksellinen hoito yhteispäivystyksessä
  - hoidonporrastus, oikea hoitoryhmä tai jopa sairaanhoitajavastaanotto
  - diagnostiikka
  - aliprosessien tarve
  - erikoislääkäreiden konsultaatio mahdollisuus
  - diagnoosi ja jatkohoidon arviointi
- Sairaalahoido
  - perusterveydenhuollon vuodeosasto, Päivystys- ja infektio-osasto/ vuodeosasto
- Avo- tai kotihoito
  - kotisairaanhoido
  - kodinomainen asuinympäristö

#### **7.4 Henkilöstö- ja osaamisen johtaminen hoitotyön osalta**

Terveydenhuollon henkilöstöjohtamisen tavoitteena on motivoida henkilöstöä, huolehtia henkilöstön osaamisesta, hyvinvoinnista ja työolosuhteista niin, että henkilöstöllä on mahdollisuus onnistua perustehtävän toteuttamisessa. Henkilöstöjohtaminen sisältää henkilöstövoimavarojen johtamisen ja hallinnan, johon kuuluvat keskeisesti muun muassa hoitohenkilökunnan rekrytointi, perehdyttäminen, osaamisen kehittäminen, työturvallisuus ja palvelussuhdeasiat. Osaamisen johtaminen on korostunut viime vuosina; työn vaativuuden lisääntyminen ja monimuotoistuminen edellyttävät yhä enemmän erityisosaamista. Toisaalta osaamisen kehittämisen kuuluukin olla perustehtävää tukevaa, jatkuvaa ja systemaattista.

#### 7.4.1 Hoitohenkilökunnan rekryointi

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päivystyksen toimialueella hoitohenkilökunnan ja osastonsihteerien osalta sijaisten hankinnan tekevät käytännössä osastonhoitajat. Vaikka sairaanhoitopiirissä on keskistetty rekryointi, ei se pysty välittämään sijaisia hoitoyksiköihin. Tämä siitä syystä, että sijaisrekryoinnissa ei ole sellaista henkilökuntaa, joka kykenisi arvioimaan hoitotyöntekijöiden osaamista. Kaikki uudet työntekijät ohjataan kuitenkin käymään rekryointitoimistossa, jossa heidän tutkintotodistuksen tarkistetaan ja heidät viedään tarvittaessa sähköiseen sijaisjärjestelmään. Osaamisen ja soveltuvuuden varmistavat siis osastonhoitajat, kukin vuorollaan samoilta sijaisilta. Tämä tietysti on tehotonta toimintaa ja kaipaisi kehittämistä keskitetyn osaamisen arvioinnin suuntaan. Toki sijaisten on ennen sijaisuuden alkua tavattava osastonhoitaja ja osaamisen ja soveltuvuuden arviointia on tehtävä, tätähän edellyttää jo päivystysalueen perehdytysprosessikin.

Vakinaisen henkilökunnan rekryoinnista vastaa ylihoitaja. Päivystysalueen henkilöstösuunnitelmaa ohjaavat valtakunnalliset päivystyshoidon perusteet, joiden linjaamana tavoitteena on se, että hoitohenkilökunnan muodostavat sairaanhoitajat. Päivystys- ja infektio-osastolla näin onkin. Moniammatillisiin hoitoryhmiin päivystyspoliklinikalla kuuluvat sairaanhoitajien lisäksi perus- ja lähihoitajia sekä lääkintävahtimestareita ja omana ryhmänään osastonsihteerit.

Päivystyspoliklinikalla osaamisalueista kipsaus- ja immobilisaatio-osaamisen turvaaminen kaikissa työvuoroissa on haasteellista, koska tämän osaamisalueen omaavia sairaanhoitajia on vähän. Käytännössä on niin, että kipsausosaaminen vaatii kädentaitoja, joiden syntyminen tapahtuu vain tekemisen kautta. Aiemmin tämä tehtäväalue oli keskistetty lääkintävahtimestareille, jolloin harjaantuminen tapahtui riittävien toistojen kautta. Tällä hetkellä esimerkiksi sairaanhoitajien opintosuunnitelmaan ei kuulu riittävästi tämän osaamisalueen opintoja. Päivystyspoliklinikoiden onkin täytynyt miettiä erilaisia keinoja ja työjärjestelyjä, joilla voidaan taata laadukas immobilisaatiohoidon taso.

Vakinaisen henkilökunnan rekryoinnin pääosan muodostaa siis sairaanhoitajien rekryointi, toisena ryhmänä ovat osastonsihteerit. Henkilöstön rekryoinnin apuvälineenä on vuoden 2012 alusta otettu käyttöön valtakunnallinen Kuntarekry –järjestelmä. Yhtenä tavoitteena tämän järjestelmän käyttöönotossa on ollut sähköisen toimintamallin laajeneminen, joka suoraan viivaistaa henkilöstöhallinnon prosesseja ja vähentää manuaalista työtä esimerkiksi työkoekemusten yhteenvedoissa, joka on pääosin toimistosihteerin tehtäväaluetta. Sähköiset, lyhyet ja standardoidut hakemukset ovat kuitenkin lisänneet haastatteluun kutsuttavien henkilöiden valinnan haasteellisuutta. Vakinaisen henkilöstön rekryointihaastatteluryhmän muodostavat pääsääntöisesti osastonhoitajat, ylihoitaja ja henkilöstön valitsema ammattiryhmän edustaja. Pääosin hoitotyöntekijöiden rekryoinnista vastaavat siis hoitotyön esimiehet ja tämä menettelytapa on myös moniammatillisesta näkökulmasta hyvä. Hoitotyön esimiesten valintaprosessiin osallistuu kuitenkin myös ylilääkäri (Viinikainen, Pyhälä-Liljeström, & Blek, 2010).

Päivystysalue on kiinnostava työpaikka. Vaikka koulutetusta hoitohenkilökunnasta on viime vuosina ollut pulaa, on päivystysalueelle ollut vakinaisiin toimiin reilusti hakijoita. Yhden

ryhmän muodostavat vastavalmistuneet sairaanhoitajat, jotka ovat olleet päivystysalueella jo opiskelijoina ja sitten hakeutuneet sijaisuuksiin. Työkokemusta ei esimerkiksi vuodeosastotyöstä tai työstä perusterveydenhuollosta ole. Tämä saattaa luonnollisesti kaventaa osaamista. Terveystieteiden työkentelevien hoitajien keski-ikä on valtakunnallisesti katsottuna korkea, mutta esimerkiksi päivystys- ja infektio-osastolla hoitohenkilökunnan keski-ikä on vain 36 vuotta. Tämän ikärakenteen vuoksi ei hoitajilla luonnollisesti ole pitkää työkokemusta ja erilaiset perhevapaat tekevät osaamisen varmistamisesta erilaista. Hoitotyön johtajan onkin hallittava osaamisen johtamisen lisäksi eri-ikäisten ihmisten johtaminen. Päivystyspotilaan hyvään hoitoon kuuluu hyvä jatkohoidon suunnittelu ja tiedon siirto jatkohoitaa antavaan yksikköön, tällöin hoitoympäristöjen tunteminen tukee hoidon jatkuvuutta. Työkiertoon kannustaminen onkin yksi osa päivystysalueen osaamisen johtamista. Työkierron kautta työntekijällä on mahdollisuus syventää ja laajentaa omaa osaamistaan, mutta myös tutustua päivystyspotilaita lähettäviin sekä vastaanottaviin tahoihin ja erilaisiin moniammatillisiin työryhmiin.

#### *7.4.2 Perehdytys ja koulutus*

Yksi keskeisimmistä ja haastavimmista osaamisen johtamisen osa-alueista on hyvän perehdytyksen käytäntöön saattaminen. Päivystysalueen hoitohenkilökunnan perehdytyksen kestoksi on arvioitu noin kolme kuukautta, osastonsihteereillä, lyhytaikaisilla sijaisilla ja opiskelijoilla aika on lyhyempi.

Päivystysalueella hyvän perehdytyksen toteutuminen on keskeinen osaamisen varmistamisen menetelmä potilasturvallisuuden ja henkilöstön jaksamisen varmentaja. Työ päivystysalueella on potilaskuormituksen suhteen ennakoimatonta ja arjentyö edellyttää nopeaa reagointia, vahvaa päivystyshoitotyön kliinistä osaamista ja hoitovälineistön ja tilojen hallintaa. Henkilöstön näkökulmasta työn hallinnan tunne toimii tärkeänä jaksamisen tukena.

Resurssit lähiesimiestyöhön päivystysalueella ovat niukat suhteessa henkilöstömäärään. Vuoden 2012 alusta yhden apulaisosastonhoitajan vakanssin saaminen on hieman parantanut tätä tilannetta. Perehdytyksen läpiviennin vastuu onkin nyt siirretty apulaisosastonhoitajien vastuulle. Ajatuksena on ollut se, että apulaisosastonhoitajat toimivat päivystysalueella eräänlaisina kliinisinä opettajina, joiden vastuulla on esimerkiksi hoidossa tarvittavan hoitolaitteiden käytön opastaminen uusille työntekijöille ja tarvittaessa käytön hallinnan tukeminen koko henkilökunnalle. Tämä osaamisen varmistamisen osa-alue on luonnollisesti kaikkien työntekijöiden vastuulla. Perehdytysoppaisiin on sisällytetty ns. laiteajokortti, joka toimii yhtenä laadudokumenttina osaamisen varmistamisessa.

Kuva 1. Esimerkki KSSHP:n päivystysalueen perehdytysuunnitelman laiteajokortista

LAITEAJOKORTTI	Koulutuspv	Kouluttaja
DELTA-POTILASVALVONTAMONITORI		
DRÄGER KESKUSVALVONTA		
INFUSIOAUTOMAATTI		
RUISKUPUMPPU		
KULJETUSRESPIRAATTORI		
PHILIPS MRX		
LAERDAL HEARTSTART		
BiPAP		
CPAP		
INVASIIVINEN PAINEENMITTAUS		
PLEURAIMU		
EKG-LAITE		
ASTRUP KONE		

Perehdytysohjelmaan on linkitetty päivystysalueen koulutussuunnitelma ja sairaanhoitopiirin muut osaamisen varmistamisen mallit kuten esimerkiksi lääkehoidon osaaminen lääkehoito-vastaavien kautta, tietoturvan verkkokurssit ja palo- ja pelastuskoulutukset. Perehdytyksen hallintaa varten keskeiset päivystystyössä hallittavat asiat on koottu perehdytysohjelmiin, joihin on jaksotettu perehdytyksen eteneminen, vastuut ja dokumentointi perehdytyksen toteutumisesta. Perehdytys käynnistyy rekrytointitilanteissa joko keskitetyssä rekrytointiyksikössä tai työhaastattelussa päivystysalueella ja etenee systemaattisesti päättyen osastohoitajan kanssa käytävään keskusteluun, jossa varmennetaan perehdytyksen toteutuminen.

Päivystysalueella laaditaan vuosittain myös hoitotyön koulutusohjelma, joka sisältää toimipaikkakoulutuksen, sairaanhoitopiirin koulutusyksikön järjestämän koulutuksen, oppilaitosten tarjoamat ammatilliset erikoistumisopinnot ja ammatti- ja potilasjärjestöjen järjestämän koulutuksen. Koulutusohjelman toteutumista seurataan kolmannesvuosittain ja se on linkitetty perehdytysohjelmaan.

### 7.4.3 Hoitohenkilökunnan vastualueet

Kaikille ammattiryhmille on määritelty perustyöstä, omista mielenkiinnon kohteista ja/tai osaamisesta johdetut osaamisalueet. Se, mitä nimetty vastuualue ja siihen liittyvät tehtävät käytännössä tarkoittavat, vaatii edelleen keskustelua ja pelisääntöjen rakentamista. Myös tätä aluetta tuetaan hoitohenkilökunnan kehityskeskusteluissa. Oma vastuualue ja siihen liittyen tehtävien hoitoon saatu esimiestuki ja mahdollistaminen nostavat henkilökunnan ammatillista itsetuntoa ja koko henkilökunnan osaamistasoa. Lisäksi selkeä vastuunjako ja siihen liittyvä vastuunkanto tukevat työprosessin toimivuutta ja laadukkuutta. Isoissa yksiköissä, kuten yhteispäivystyksessä, jossa henkilökuntamäärä on suuri ja työ ilta ja viikonloppupainotteista, yhteisvastuu ei ole mahdollista.

Vastuualuejakoa hyödynnetään henkilöstöltä saadun palautteen perusteella jatkossa enenevässä määrin oman sisäisen toimipaikkakoulutuksen toteuttamisessa. Vastuuhoitajat pitävät osatunteja työkavereilleen vahvistaen näin yhteisesti sovittua pelisääntöjä ja työ- ja toimintakulttuuria. Päivystyspoliklinikalla vastuualuejako perustuu pääosin erityisosaamisalueisiin ja hoitoryhmäjakoon, päivystys- ja infektio-osastolla eri erikoisalojen hoitotyöhön.

### 7.4.4 Erityisosaamista / lisäkoulutusta / jatkuvaa tukea edellyttävät tehtävät

Päivystyksen toiminnan kannalta yleensä keskeistä on hoitoryhmien toimivuus. Osa toiminoista on nähtävä myös eri ammattiryhmien välisten tehtävien kautta. Millaisia asioita kukin ammattiryhmä voi tehdä itsenäisesti tai delegointipäätöksien perusteella. Nopean vasteen päivystystoiminnan yksi keskeinen esimerkki hoitajien itsenäisestä tehtäväkokonaisuudesta on hoidontarpeen- ja kiireellisyyden arviointi (Triage). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Triage-ohjeet ohjaavat päivystyksen prosessia ja ovat linjassa valtakunnallisen yhtenäisen päivystyshoidon suosituksen kanssa (STM, 2010). Kriteerit on laadittu myös yhteistyössä päivystysalueen lääkäreiden kanssa. Tämän perusteella osa potilasta voidaan ohjata kotiin, sairaanhoitajan vastaanotolle, perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon. Triagehoitajuus edellyttää hyvää päivystyshoidon perusteiden ja alueen palvelujärjestelmän tuntemista, eri sairauksien ja potilaiden fysiologian ja patofysiologian tuntemista, asiakaspalvelutaitoja ja paineensietokykyä (Meritähti, 2011.) Triagehoitajilla on aina mahdollisuus konsultoida lääkäriä päätöksenteon tueksi. Erillistä täydennyskoulutusta ei ole järjestetty, Triage-toimintaan liittyviä haasteita ja kehittämistoimintaa käydään läpi vastuuhoidajien vetämissä Triage-meetingeissä. Yhtenä haasteena laadukkaan hoidontarpeen- ja kiireellisyyden arvioinnissa nähdään yhteisen toimintamallin säilyminen arjen paineissa.

Päivystysalueen molemmissa yksiköissä on toiminnan koordinoitua, potilasturvallisuuden varmentamista ja työn tasaista jakautumista varten aamu- ja iltavuoroissa erillinen työvuoro-kohtainen vastuuhoidaja. Tähän tehtävään tarvitaan vankkaa yksikön ja sidosryhmien toiminnan tuntemusta ja tilannejohtamisen taitoja. Vastavalmistuneen opinnäytetyön mukaan vastuuhoidajuuden osaamisalueet ovat viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, prosessijohtaminen, kliinisen päivystyshoitotyön osaaminen ja sisäinen yrittäjäisyys (Kovanen, 2012).



Yhteispäivystyksessä akuuttihoidon erityistilanteisiin on yhteistyössä päivystyspoliklinikan, tehohoidon ja anestesiahoidon kanssa organisoitu ns. kiertohoitajatoimintamalli. Kaikissa työvuoroissa työskentelee tähän toimintaan kahdeksi vuodeksi erikseen osaamiskartoitusten ja soveltuvuuden perusteella valituista 30 sairaanhoitajasta yksi akuuttihoidon hyvin hallitseva sairaanhoitaja, joka toimii kriittisesti sairastuneen potilaan omahoitajana hoidon alkuvaiheiden ajan. Kaikki nämä hoitajat osallistuvat vuosittain sairaanhoitopiirin Tietotaitopajassa toteutettuun traumatiimin simulaatiokoulutukseen. Koulutuksesta vastaa anestesia- ja lääkäri. Täydennyskoulutusta kiertohoitajille annetaan ympäri vuoden heidän itse valitsemistaan osaamisalueista, kouluttajina toimivat lääkärit.

Kipsaus ja immobilisaatiotekniikoihin liittyvä osaaminen on yhteispäivystyksessä siirtymässä osaksi sairaanhoitajien työtä. Ammattioppilaitosten koulutus ei tuota riittävää osaamista tämän tehtäväkokonaisuuden hoitoon, tarvitaan harjaantumista käytännön työssä. Päivystyspoliklinikalla onkin osana toimipaikkakoulutusta organisoitu malli, jossa kipsimestarikoulutuksen saanut lääkintävahvistamari opettaa osana työtään sairaanhoitajia kipsaamaan. Tässä mestari-kisällimalli toimii hyvin ammatillisen osaamisen laajentuessa.

Terveydenhuollon tehostamisvaateet ovat vauhdittaneet työjaon kehittämistä osana resurssien tarkoituksenmukaista kohdentamista. Tätä kehittämistyötä on pitkään tehty perusterveydenhuollossa. Yhteispäivystyksessä tehtävänsiirtoja on tehty sairaanhoitajan itsenäisen vastaanoton käynnistämisen myötä perusterveydenhuollon hoitoryhmässä. Osaamiskartoituksen, oman kiinnostuksen ja soveltuvuuden arvioinnin perusteella on valikoitunut 12 sairaanhoitajaa, jotka on toimipaikkakoulutettu moniammatillisesti erikseen määrättyjen päivystyspotilaiden hoitoon. Kouluttajina toimivat lääkärit, ammattikorkeakoulun opettajat, farmaseutti ja hygieniahoitajat. Tehtävänsiirrot sisältävät potilaan itsenäisen tutkimisen, hoidon määrittelyn, sen toteutuksen ja jatkohoidon ohjauksen. Osaaminen on varmistettu teoriakokein ja hoito-toimenpiteisiin liittyvien näyttöjen avulla. Sairaanhoitajan itsenäisen vastaanoton uusi, ase- tuksella ohjattu osa-alue on sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Yhteispäivystyksen itsenäistä vastaanottoa pitävien sairaanhoitajia on koulutuksessa kuusi. Tavoitteena on kaikkien itsenäistä vastaanottoa pitävien kouluttautuminen. Lääkäreiden osuus tämän osaamisalueen varmistamisessa on tärkeä. Nimetyt lääkärit ottavat näytöt vastaan potilaiden tutkimisesta ja hoidon määrittämisestä ja lisäksi lääkärit vastaavat joustavasta konsultaatiokäytännöistä.

Valtakunnallisessa päivystyshoidon perusteissa (STM, 2010) päivystyshoitotyön kehittämistrendinä linjataan sairaanhoitajan itsenäisen päätöksenteon vahvistaminen yhteispäivystyksissä. Onko meilläkin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä jatkossa päivystyshoitotyön kehittämisen keskiössä asiantuntijasairaanhoitajajoukko, jotka vastaavat hoidontarpeen arvioinnista, puhelinneuvonnasta ja itsenäisestä vastaanotosta? Tähän haasteeseen vastaamiseen tarvitaan moniammatillista yhteistyötä lisääntyvässä määrin.

#### *7.4.5 Esimerkkejä ja haasteita henkilöstöjohtamisen ja turvallisuusjohtamisen prosesseista päivystysalueella*

Sairaanhoitopiirin henkilöstöjohtamisen tueksi on kehitetty erilaisia tukiprosesseja. Varhaisen tuen ja tunnistamisen toimintamallin (VARTU) tavoitteena on tukea työntekijää työssä selviytymisessä työkyvyn heikentyessä ja vähentää työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä. Toimintamalli auttaa esimiestä, työntekijää ja työyhteisöä tunnistamaan työkykyä uhkaavat tilanteet ja käynnistämään korjaavat toimenpiteet. VARTU tarjoaa työkaluja esimiehelle prosessin aloittamisessa ja etenemisessä. Prosessin edetessä mukana on yhteistoimintaverkosto - työterveyshuolto, työsuojelun edustaja ja henkilöstösuunnittelija. Onnistuneen prosessin lopputuloksena työntekijän kokemus ja osaaminen pysyy yksikössä tai uudelleensijoittamisen myötä sairaanhoitopiirissä. Prosessin taloudellisena hyötynä pitkittyneiden poissaolojen kustannukset vähenevät. Prosessi voi olla pitkä ja tarvitaan sopimukset aikatauluista ja toimenpiteiden toteuttamisesta.

Vaikka varhaisen tuen ja tunnistamisen toimintamallia on jalkautettu käytäntöön ja tavoitteena on toimia systemaattisesti samalla tavalla kaikkien työntekijöiden kohdalla, ovat sairauspoissaolot lisääntyneet Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Työntekijän uudelleen sijoittamista tai työn jatkamista omassa työyksikössä vaikeuttavat sairaanhoitopiirin laajat sisäilmaongelmat, tuki- ja liikuntaelinongelmista kärsivien työntekijöiden suuri joukko (yli 30 % sairauspoissaolojen syy) ja akuuttihoitotyön potilasaineksen muuttuminen entistä raskaammaksi. Päivystysalueen toiminta on ympärivuorokautista ja työntekijöiden toimenkuva on joka vuorossa samanlainen. Esimiesten haastava tehtävä on kehittää räätälöityjä toimenkuvia työntekijöille joilla on rajoituksia selviytyä kaikista tehtävistä ja varmistaa samalla riittävät resurssit turvallisen potilashoidon toteuttamiseen.

Levottomien potilaiden hoito päivystysalueella ja etenkin päivystys- ja infektio-osastolla vaatii potilaiden fyysisistä rajoittamista, vartijapalveluiden käyttöä ja joskus myös yhteistyötä poliisin kanssa. Sairaanhoitopiiri ostaa vartijapalvelut yksityiseltä palveluntuottajalta. Koko sairaanhoitopiirin vartioinnista vastaa kaksi ympärivuorokautista vartijaa ja lisäksi tarvitaan ajoittain tilausvartiointia. Sairaalan toimintakulttuuri, potilaan asema ja oikeudet ja yhteistyö hoitohenkilökunnan ja omaisten kanssa luovat puitteet haasteelliselle toimintaympäristölle vartiointitehtävän toteuttamiselle. Yhteistyön sujuvoittamiseksi ja yhteisen toimintakulttuurin luomiseksi on järjestetty yhteistyötapaamisia ja yhteisiä koulutuksia vartijoiden, sairaalan turvallisuusasioista vastaavien ja poliisin kanssa.

Tärkeä osa uhka- ja väkivaltatilanteiden hallinnassa on henkilökunnan osaamisen kehittämällä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on käytössä Suomessa kehitetty AVEKKI (Aggressio, Väkivalta, Ennaltaehkäisy, Kehittäminen, Koulutus, Integraatio) -toimintatapamalli. Kyse on toimintaprosessista, joka kulkee ennakkoinnin ja hallinnan kautta jälkiselvittelyyn ja tilanteesta oppimiseen. Malli on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeisiin ja siinä on huomioitu menettelytapa ohjaava lainsäädäntö ja eettiset periaatteet. Organisaation omia työntekijöitä valikoituu kouluttajiksi ja he vastaavat muun henkilöstön koulutuksesta. Esimiesten tehtävänä on kannustaa työntekijöitä hakeutumaan koulutuksiin ja mahdollistaa osal-

listuminen. Vaikeiden väkivaltatilanteiden käsittelyssä hoitotyön esimiehellä on tärkeä rooli prosessin käynnistämisessä ja työntekijän tukemisessa.

## 7.5 Yhteenveto

Päivystysalueen jatkuva muutos ja päivystyshoidon keskittäminen maakunnallisesti ovat edellyttäneet yhtenäistä pitkän aikavälin strategiaa, joka ohjaa toimintaa muutoksien läpi onnistuneesti, niin että päivystyspotilaat saavat parasta mahdollista hoitoa. Strategian toteuttaminen vaatii siihen sitoutumisen lisäksi moniammatillista työotetta niin johtajilta kuin kaikilta työntekijöiltä. Tämän lisäksi kokemuksemme mukaan tarvitaan tuotannonohjaus-, prosessi- ja talousosaamista, jotta strategian mukainen tavoite saavutetaan. Prosessien avulla organisaatio tai tässä tapauksessa me päivystysalueena kuvaamme toimintojemme logiikkaa sekä kehitämme niitä. Kun jokainen päivystysalueemme työntekijä tuntee oman tehtävänsä lisäksi koko päivystysprosessin, hän ymmärtää työnsä merkityksen, voi vaikuttaa siihen ja tuntee tekevänsä mielekästä työtä. Johtajien tuki toiminnalle ja prosessien toimivuudelle mahdollistaa yhtenäisen työ- ja toimintakulttuurin rakentumisen, joita prosesseilla voidaan siis muuttaa. Ellei prosesseja johdeta, ei myöskään strategian mukaisia tavoitteita ole helppo saavuttaa. Prosessiajattelussa huomioidaan kuntalaisten ja päivystyspotilaiden sekä muiden sidosryhmien tarpeet, mutta kehitetään samalla päivystysalueen ja koko sairaanhoitopiirin tuottavuutta ja parannetaan sen suorituskykyä.

Prosessimainen toiminta ja siihen linkittyvä moniammatillisuus päivystysalueella kehittyvät ja paranevat edelleen. Hyviä esimerkkejä jo toimivista prosesseista ovat esimerkiksi turvallinen lääkehoito, mikä toteutuakseen edellyttää yhteistä sopimista, käytäntöjä ja seurantaa lääkeshoidon osalta niin päivystysalueen lääkäreiltä, hoitajilta kuin päivystysalueella työskentelevältä osastofarmaseutilta sekä tietenkin potilaalta. Tämän päivän päivystyspotilaalla on myös yhä enemmän tarpeita sosiaalipalveluille, jotka ovat tällä hetkellä virka-aikana toteutettavissa päivystysalueen oman sosiaalityöntekijän kanssa. Yhteydentotot häneen voivat tapahtua potilaasta itsestään lähtevästi tai niin, että hoitaja tai lääkäri tunnistaa sosiaalityön tarpeen. Kehittämistä vaativia prosesseja löytyy muun muassa henkilöstö- ja osaamisen johtamiseen liittyen. Tällä hetkellä aiemmin mainitun VARTU:n myönteinen puoli on, että sen avulla voidaan ennakoida ja tukea työntekijän työkyvyn heikentymistä. Toisaalta sen konkreettinen toteuttaminen jää pitkälle hoitotyön johtajien vastuulle. Asiakaspalveluprosessin tueksi on tehty paljon hyvää työtä niin lain kuin erilaisten alueellisten sopimusten kautta, mutta jokapäiväistä arjen sopimista ja järjestelyä tarvitaan edelleen niin päivystysalueen, kuin sairaanhoitopiirin sisällä, että organisaation ulkopuolisten toimijoiden kesken.

Hoitotyön näkökulmasta hoitotyö itsessään ei ole ollut päivystyshoidossa kovinkaan kauan olemassa. Päivystyshoitotyön perustan tunnistaminen edellyttää muun muassa työyhteisöön kohdistuvia tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Edelleen on havaittavissa myös yhteisen kielen ja kulttuurin puute hoitajien ja lääkäreiden välillä. Päivystysalueella tämän kehittymistä edistävät prosessiajattelu ja yhteinen dialogi niihin liittyvien asioiden ympärillä. Erilaisissa kokouksissa, koulutuksissa ja tapaamisissa kaikkien professioiden osallistujilla on mahdollisuus sopia, jakaa ja hyödyntää yhteistä osaamista päivystyspotilaiden parhaaksi. Käytännön harjoittelus-

takin on käsityksemme mukaan hyötyä ja hyvänä esimerkkinä tästä on traumatiimikoulutus, jossa tilanteita pystytään harjoittelemaan ennakkoon moniammatillisesti. Päivystyslääketieteen erikoisalalan perustaminen hyödyttää päivystystoimintaa kokonaisuudessaan, ja mahdollistaa samalla myös sen, että lääkäreillä on yhtenäinen näkemys päivystysprosessista.

Päivystysalueen osaamisen varmistaminen on pääosin hoitotyön johtajien ohjaamaa. Hyviä malleja moniammatillisen osaamisen varmistamisessa edustavat edellä mainitut traumatiimikoulutukset, työkierto, sairaanhoitajan itsenäisen vastaanoton kehittäminen ja osin yhteiset toimipaikkakoulutukset. Osaamisen kehittämisen suunnittelussa moniammatillisuus on kuitenkin nousemassa yhä vahvemmin esille. Päivystyspotilaiden hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, jolloin myös koulutuksen ja kaiken osaamisen vahvistamisen taustalla on entistä tärkeämpää löytyä myös moniammatillinen yhteistyö. Tulevaisuuden haasteena onkin löytää yhteinen osaamisen tunnistamisen menetelmä ja hyödyntää sitä moniammatillisen koulutussuunnitelman laatimisessa.

Päivystystoiminnan muutos ei ole ollut Keski-Suomen alueella ja sairaanhoitopiirissäkään helppoa. Käytäntöjen muuttamisessa sekä toisaalta uusien mahdollisuuksien hyödyntämisessä moniammatillisesta näkökulmasta on edelleen opeteltavaa. Näkemyksemme mukaan olemme asiassa kuitenkin selvinneet, osin valtakunnallisessa mittakaavassa edistyksellisestikin ja moniammatillisuus kuuluu kiinteänä osana arkeemme. Ilman toisiamme olemme toimintakyvyttömiä. Moniammatillisuus tukee hoitotyötä ja hoitotyön johtamista päivystysalueella, kunhan osaamme sitä puolin ja toisin hyödyntää.

## Lähteet

Järvenpää, M., Partanen, V., & Tuomela, T. (2001). *Moderni taloushallinto: haasteet ja mahdollisuudet*. Helsinki: Edita.

Kovanen, A. (2012). *Vastuuhoitajuuden osaamisen tunnistaminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä*. Sosiaali- ja terveysalan kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. YAMK. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Meritähti, T. (2011). *Triagehoitajan erityisosaaminen yhteispäivystyksessä*. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen- ja johtamisen koulutusohjelma YAMK. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

STM. (2010). *Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet*. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2010:4.

Viinikainen, S., Pyhälä-Liljeström, P., & Blek, T. (2010). Osaamisen arvioinnilla onnistuneeseen rekrytointiin. *Sairaanhoitaja*, 83(4), 52–55.

## 8 YHTEISTOIMINNALLINEN TYÖN KEHITTÄMINEN HOITO- TYÖN EHEYTTÄMISEN TUKENA

Anu Kajamaa & Päivi Laurila

### Tiivistelmä

Terveydenhuollon kehittäminen on monenlaisten vastakkaisten muutosvaatimusten kohteena, mikä aikaansaa ristipaineita ja toisistaan irrallisia kehittämishankkeita. Yhtäältä kehittämisen odotetaan tuottavan kustannustehokkuutta ja toisaalta hoidon laadun tulisi samanaikaisesti parantua. Terveydenhuollon kehittämisestä saadut tulokset ovat olleet vaihtelevia, eivätkä hankkeet useinkaan ole tuottaneet odotuksia vastaavia tuloksia. Tämä artikkeli esittelee Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston hyviin tuloksiin johtanutta kehittämistä. Keskusleikkausosasto on vuosina 2006–2012 kehittänyt toimintaansa yhteistoiminnallisina, kehitettävän työntutkimuksen lähestymistapaan perustuvina menetelmin. Kehittämisen seurauksena osasto selvisi kriisistä ja muutti toimintamallinsa hierarkkisesta ylhäältä alaspäin johdetusta mallista pienemmistä toiminta-alueista ja niiden kiinteästä henkilökunnasta muodostuvaan malliin, jossa vastuuta jaettiin käytännön työn tekijöille. Osallistavalla kehittämisellä on aikaansaatu niin laadullisia organisaation oppimiseen liittyviä kuin määrällisiäkin toiminnan tehostumiseen liittyviä muutoksia ottamalla työntekijät mukaan kehittämiseen. Pitkäjänteinen kehittämistoiminta on tuonut kehittämiseen myös kaivattua kestävyttä ja henkilökunnan työhön sitoutumista.

### 8.1 Terveydenhuollon kehittäminen ristipaineissa

Julkinen terveydenhuolto on monien muospaineiden kohteena. Terveydenhuollon kehittäminen toteutuu tällä hetkellä useimmiten projektien avulla. Joidenkin yhteiskuntatieteilijöiden mukaan nykyistä yhteiskuntamuotoa kuvaa termi projektiyhteiskunta (Rantala & Sulkunen, 2006). Projektimuotoisen toiminnan yleistymisen on yhteiskuntapoliittinen ohjauskeino, joka liittyy laajasti käynnissä olevaan tietoyhteiskuntaa koskevaan muutokseen (Alasoini, 2006). Sosiaali- ja terveydenhuolto muodostaa haasteellisen kehittämisympäristön, joka on erilaisten organisaatioiden sisäisten ja ulkopuolelta tulevien muutosvaatimusten ristipaineissa. Kyseessä on kustannuksiltaan suuri yhteiskunnallinen toimiala, johon kohdistuu muun muassa väestön ikääntymisestä, nopeasta teknologisesta muutoksesta ja toimintasisältöjen monimuotoisuudesta johtuvia haasteita (Engeström, Kerosuo, & Kajamaa, 2007a). Sairauksien monimutkaistuminen on lisäksi noussut keskeiseksi terveydenhuollon toiminnalle muospaineita asettavaksi haasteeksi (esim. Kerosuo, 2006).

Terveydenhuollossa vallalla olevat ylhäältä alaspäin tulevat tarkkarajaiset kehittämismallit eivät välttämättä enää riitä uudentyypisiin muospaasteisiin vastaamiseen. Esimerkiksi tehokkuuden maksimointiin ja standardoimiseen tähtäävät, teollisuudesta lainatut hoitotyön

toteuttamis- ja kehittämistavat saattavat sivuuttaa sen käytännön toiminnan kehittämishaasteet (Kajamaa, 2011a). Monimutkaisissa, monia toimijoita sisältävissä hoitoketjuissa saattaa esiintyä potilaan ja hoitotyön kannalta haitallisia katkoksia ja pirstoutumista. Hoidon eheyttäminen nousee tällöin keskeiseksi tutkimuskohteeksi ja kehittämishaasteeksi. Asiakkaiden hoidon sujuvoittamisen, asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien ja henkilöstön työn mielekkyyden turvaamiseksi tarvitaan palvelujen eheyttämistä. (Engeström, Kajamaa, Kerosuo, & Nummijoki, 2009.)

Terveysthuollossa toteutetut muutosponnistelut eivät ole monestikaan johtaneet toivottuihin muutoksiin. Kehittäminen ja toiminnan arviointi tapahtuu monesti keinoin, jotka ovat erillään käytännön työstä, eivätkä sen vuoksi palvele kehittämistarpeita (Kajamaa, 2011a). Asiakkaan kannalta projekti-orientoitunut toiminta on tempoilevaa. Ihmisten tarpeet eivät välttämättä noudata projektien aikatauluja, vaan ovat vielä läsnä projektien jälkeenkin (Engeström ym., 2007a; ks. myös Siltala, 2004).

Loppuun saatettuja tai kesken jääneitä projekteja ei läheskään aina arvioida, eikä arviointiin suunnata riittävästi resursseja. Toisaalta arvioinnin tuottamia tuloksia ei aina osata hyödyntää toiminnassa. Tämä on ongelmallista kehittämisen kestävyiden ja jatkuvuuden näkökulmasta (Engeström ym., 2007a; Kajamaa, 2011a). Terveysthuollon kehittämisessä tarvitaan uudentyyppisiä malleja ja välineitä, jotka mahdollistavat pitkäjänteisen kehittämisen ja organisaation oppimisen koko systeemin tasolla (Kajamaa, 2011a).

Työsuojelurahaston rahoittamassa *Projekteilla kehittämisestä kestävään kehittämiseen* -hankkeessa (2.3.2006–31.8.2007) kiinnitettiin erityisesti huomiota kehittämisen vakiinnuttamiseen ja ylläpitoon. Hankkeen tavoitteena oli kehittää menetelmiä projektien kestävyiden tukemiseksi ja niiden myönteisten vaikutusten levittämiseksi sosiaali- ja terveysthuolto edustavissa organisaatioissa ja työpaikoilla. Hankkeen peruseriaate oli erillään toimineiden ammattiryhmien yhteen saattaminen ja hoitotyön ja siinä ilmenevien ongelmien analysointi yhdessä kehittävän työntutkimuksen viitekehystä soveltavien tutkijoiden kanssa. Hankkeessa työn kehittäminen, oppiminen ja muutos rakentuvat organisaation aiemman kehittämisen pohjalta<sup>1</sup>.

*Projekteilla kehittämisestä kestävään kehittämiseen* -hanketta jäsentävät keskeiset käsitteet olivat kehittämisen *kestävyys*, kehittämistulosten *leviäminen* ja kehittämisen *seuraamukset*. Hankkeen tutkimusongelmat olivat seuraavat: *Tutkimusongelma 1*: Millaisilla välineillä ja interventioilla voidaan edistää kehittämistyön kestävyttä ja leviämistä sosiaali- ja terveysthuollon organisaatioissa? *Tutkimusongelma 2*: Millaisia vaihtoehtoja sosiaali- ja terveysthuollon organisaatioissa voidaan luoda projektivetoiselle kehittämistyölle?

<sup>1</sup> *Projekteilla kehittämisestä kestävään kehittämiseen* hankkeessa hyödynnettiin Työsuojelurahaston rahoittaman 1.3.2006 päättyneen *Työn kehittämisen kestävyys ja leviäminen terveysthuollon organisaatioissa* – tutkimus ja kehittämishankkeen tuloksia ja hankkeesta saatuja kokemuksia. Tutkijaryhmä (Yrjö Engeström, Hannele Kerosuo ja Anu Kajamaa) kehitti hankkeessa menetelmiä, joiden avulla kehittämishankkeiden seuraamuksia voidaan tunnistaa ja tulkita. Hanke tuotti useita kotimaisia ja kansainvälisiä julkaisuja (Kajamaa, 2005; Kerosuo, Kajamaa & Engeström, 2005; Engeström, Kerosuo & Kajamaa, 2006; Kajamaa & Kerosuo, 2006; Engeström, Kerosuo & Kajamaa, 2007a & b; Engeström, Kerosuo & Kajamaa, 2008; Kajamaa, Kerosuo & Engeström, 2008).

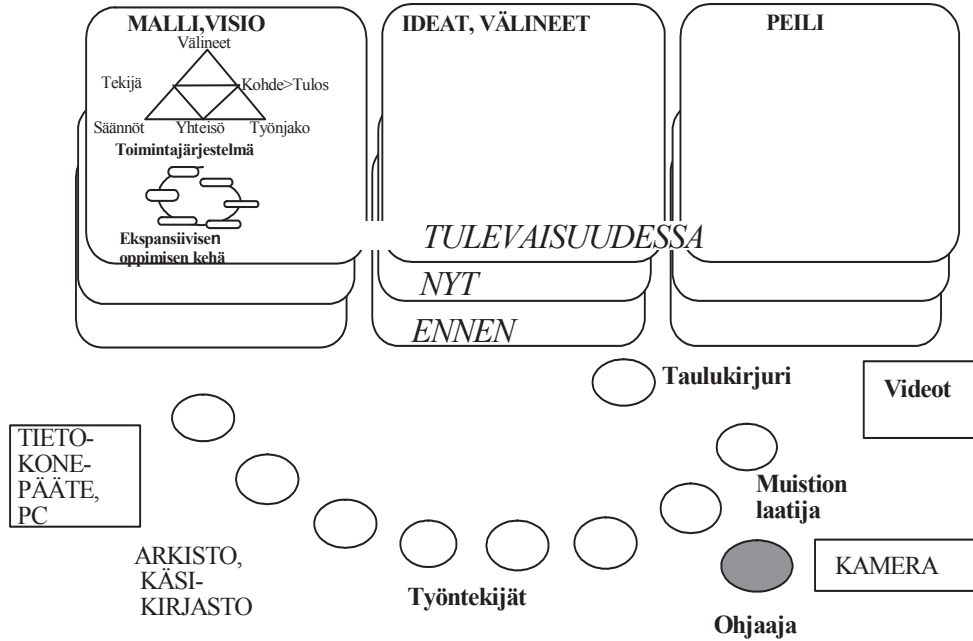
Esittelemme tässä artikkelissa Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolla vuonna 2006 toteutetun toiminnan kehittämisinterventio ja sen seuraukset. Kehittämisinterventio oli osa *Projekteilla kehittämisestä kestävään kehittämiseen* hanketta. Helsingin yliopiston Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikön (entinen Kehittävän työntutkimuksen yksikkö) johtaja Professori Yrjö Engeström ja tutkijat Hannele Kerosuo ja Anu Kajamaa muodostivat *Projekteilla kehittämisestä kestävään kehittämiseen* – hankkeen tutkijaryhmän. Hankkeesta ja sen seuraamuksista on julkaistu väitöstutkimus (ks. Kajamaa, 2011a) ja useita muita julkaisuja (Engeström, 2011; Kajamaa, 2011b, 2010; Kerosuo, 2011; Kerosuo, Kajamaa, & Engeström, 2010).

## 8.2 Muutoslaboratoriomenetelmä yhteistoiminnallisen työn kehittämisen välineenä

Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston kehittämissankkeen toteuttaneet tutkijat työskentelevät Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikössä ja soveltavat kulttuurihistoriallista toiminnan teoriaa ja kehittävää työntutkimusta. Kehittävä työntutkimus on 1990-luvun alussa kehitetty työn kehittämisen menetelmä (ks. esim. Engeström, 1995), joka on myöhemmin levinnyt kansainväliseen käyttöön (ks. esim. Engeström & Sannino, 2010). Kehittävän työntutkimuksen hankkeissa käytetään usein *Muutoslaboratorio* –menetelmää, joka on kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaan perustuva osallistava työn kehittämisen ja ekspansiivisen oppimisen menetelmä (Engeström, Virkkunen, Helle, Pihlaja, & Poikela, 1996; Virkkunen, Engeström, Helle, Pihlaja, & Poikela, 1997; Virkkunen, Engeström, Helle, & Pihlaja, 1999). Muutoslaboratoriomenetelmää sovellettiin Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston kehittämissankkeissa.

Muutoslaboratorion tavoite on auttaa työyhteisöä hahmottamaan toimintansa kokonaisuus ja kunkin työntekijän oma osuus suhteessa tähän kokonaisuuteen (Virkkunen ym., 1999, s. 12). Muutoslaboratorion kolme erityispiirrettä ovat: 1) joustavuus ja soveltuvuus eri aikarytmeillä toteutettavaan kehittämistyöhön, 2) työn ja oppimisen yhteen kytkeytyminen kehittämishankkeissa ja 3) monipuolisen kehittämisvälineistön käyttö työn kehittämisessä, kuvaamisessa ja analysoinnissa (Virkkunen ym., 1997, s. 86–87). Muutoslaboratorio toteutetaan arkityöhön kiinteästi liittyen, mutta se poikkeaa arkityöstä sitä tutkivana oppimisen tilana. Muutoslaboratorion asetelma on kuvattu kuviossa 1.

Kuvio 1. Muutoslaboratorion asetelma (Virkkunen ym., 1999, s. 16)



Kehittävässä työntutkimuksessa etnografista menetelmää käytetään muutoslaboratoriohankkeissa ns. ongelmien etnografiassa. Käytännössä tämä tarkoittaa kehittävän toiminnan ”alkutilan” ja sen ilmiöngelmien kuvausta sekä tutkittavan kohteen rajaamista seuraamalla ja tallentamalla työsuorituksia yksityiskohtaisesti ja mahdollisimman läheltä (Engeström, 1995, s. 130). Muutoslaboratoriossa käytetty ns. peiliaineisto perustuu myös usein etnografisin menetelmin kerättyihin aineistoihin.

Muutoslaboratoriossa on tarjolla työn erittelemisen ja suunnittelun pedagogiset välineet, joita käyttäen on mahdollista tutkia työn arkea. Keskeisiä muutoslaboratorion välineitä ovat osallistujien yhteistä ajattelutyötä tukevat seinätaulut, joita on kolme. Ensimmäistä kutsutaan *peiliksi*. Peilissä kuvataan työssä havaittuja häiriöitä, ongelmia ja haasteita. Toiseen tauluun kirjataan kokouksessa esitetyjä *ideoita ja välineitä* havaittuihin ongelmiin. *Malli, visio* kenttä sisältää toimintajärjestelmien avulla jäsennetyn teoreettisen kuvauksen historiallisesti muutoutuneiden toimintakäytäntöjen olennaisista osatekijöistä ja niiden välisistä suhteista. Kaikki seinätaulut sisältävät menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden perspektiivin ja niitä täydennetään yhdessä osallistujien kanssa laboratorioistuntojen kuluessa (ks. Engeström ym., 1996; Virkkunen ym., 1999).

Ekspansiivista oppimista kuvataan kehittävässä työntutkimuksessa monivaiheisesti etenevänä kehänä, ts. toiminnan uudistamisen syklinä, joka voi johtaa toimintajärjestelmän laadulliseen muutokseen. Syklimallin avulla voidaan auttaa organisaatiota jäsentämään ja hallitsemaan muutoksia paremmin. Syklin avulla pieniäkin muutoksia voidaan pyrkiä suhteuttamaan työn



kokonaiskehitykseen ja siinä ilmeneviin ristiriitoihin. (Engeström, 1995, s. 126–130.) Ekspansiivinen oppiminen on syklinen, monivaiheinen prosessi, joka toteutuu oppimistekojen kautta. Ideaalityyppisiä oppimistekoja ovat vallitsevan (häiriöisen ja jännitteisen) käytännön kyseenalaistaminen, vallitsevan käytännön analyysi, uuden ratkaisun mallittaminen, uuden mallin tutkiminen, käyttöönotto, prosessin arviointi ja uuden käytännön vakiinnuttaminen ja laajentaminen (Engeström, 1995). Muutoslaboratorioprosessi toteutuu muutossykeinä ja siinä pyritään *ekspansiiviseen oppimiseen*.

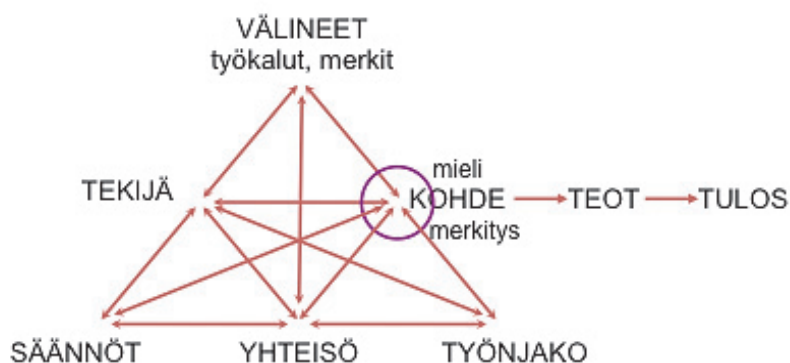
Ekspansiivinen oppiminen edellyttää toiminnan ristiriitojen analyysia ja ratkaisujen haku ristiriitojen ratkaisemiseksi. Ristiriitojen ratkaisu johtaa uuden toiminnan kohteen ja motiivin muodostumiseen. Niiden muodostuminen on kiinteässä yhteydessä uuden toimintamallin ja työvälineiden kehittelyyn. Uutta toimintatapaa on mahdotonta määrittellä etukäteen yksityiskohtaisesti, mutta sen sisältö voidaan suunnitella ja mallintaa toiminnan häiriöiden ja ristiriitojen analyysin jälkeen. Tämän jälkeen uutta toimintamallia sovelletaan ja yleistetään käytännön toiminnassa. Tässä vaiheessa voi ilmetä häiriöitä ja jännitteitä uuden ja vanhan toimintatavan välillä. Ristiriitojen ratkominen johtaa kehittyneemmän toiminnan muodostumiseen. Ideaalitapauksessa uusi toimintamalli vakiintuu ja sitä arvioidaan. (Engeström, 1995, s. 87–92.) Kuviossa 2 esitetään ekspansiivisen oppimissyklin ja samalla Muutoslaboratoriohankkeen vaiheet.

Kuvio 2. Ekspansiivisen oppimissyklin vaiheet (ks. esim. Engeström, 1987, s. 189; Engeström, 1999, s. 385)



Muutoslaboratorioprosessin aikana käytetään analyysivälineenä myös toimintajärjestelmän mallia, jonka avulla on mahdollista analysoida työtoimintaa ja sen kehittämistä (esitellään kuviossa 3). Mallin osatekijöitä ovat tekijä, kohde, tulos, välineet ja työnjako, yhteisö ja säännöt. Toiminnan osatekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja samalla ne ovat vuorovaikutuksessa toisten toimintajärjestelmien kanssa. Toimintajärjestelmälle on ominaista epävakaus. Sen sisäiset tekijät ja ulkopuolelta tulevat uudet ainekset aiheuttavat jännitteitä muuttaen toimintajärjestelmän osatekijöiden välisiä suhteita. Vastaavasti muutoksessa elävät toimintajärjestelmät muuttavat eri toimintajärjestelmien suhteita toimintajärjestelmien verkoissa. Kehitettävä työntutkimus pitää tärkeänä perehtyä tutkimuksen kohteena olevan toimintajärjestelmän historiaan ja eritellä sitä, sillä jokaisella organisaatiolla on omat, sille ominaiset lähtökohdat ja haasteet (Engeström, 1995, s. 41–48).

Kuvio 3. Toimintajärjestelmän malli (Engeström, 1995, s. 47)



Keskusleikkausosaston toimintajärjestelmät (ks. toimintajärjestelmän malli kuviossa 3) ovat kirurgia, anestesia, vuodeosastot ja yhteispäivystys. Keskusleikkausosastolle tulee potilaita leikattaviksi osaston ulkopuolisista toimintajärjestelmistä eli vuodeosastoilta ja yhteispäivystyksestä. Kirurgit ja kirurgiaan erikoistuneet hoitajat ovat ”tekijöitä” toimintajärjestelmässä (vrt. kuvio 3). Anestesian toimintajärjestelmässä tekijät ovat anestesia lääkäri ja anestesiahoitajat. Keskusleikkausosaston työntekijöiden työn kohde on hoidettava potilas; kirurgian toimintajärjestelmässä se on leikattava potilas ja anestesian toimintajärjestelmässä nukutettava / puudutettava potilas. Kirurgian henkilöstö muodostaa kirurgian toimintajärjestelmän yhteisön ja vastaavasti anestesian henkilöstö muodostaa anestesian yhteisön. Yhteisöt ovat historiallisista syistä varsin erilliset ja niiden edustajilla oli hankkeen käynnistyessä esimerkiksi erilliset taukotilat. Keskusleikkausosaston heräämöt ovat kaksi fyysistä tilaa, joihin leikattuja potilaita viedään leikkauksen jälkeen leikkauksen jälkeiseen hoitoon (post-operatiivinen hoito). (Engeström ym., 2007a.)

### 8.3 Muutoslaboratoriohanke Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolla

Helsingin yliopiston tutkijaryhmä toteutti syksyllä 2006 osana Työsuojelurahaston rahoittamaa *Projekteilla kehittämisestä kestävään kehittämiseen* – hanketta muutoslaboratoriohankkeen Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolla. Keskusleikkausosastolla on 16 leikkaussalia ja kaksi heräämötä, jotka toteuttavat leikkauksien jälkihoidon. Osastolla on noin 300 työntekijää. Keskusleikkausosasto toteuttaa useiden erikoisalojen kirurgista toimintaa elektiivisesti eli etukäteen ohjelmoidusti ja päivystyksenä. Sairaalan vastuulla on Pohjois-Suomen vaativat kirurgiset operaatiot, kuten avosydänleikkaukset ja neurokirurgiset leikkaukset ja sen erityisvastuualue kattaa noin 729,000 henkilöä.

Hoitotakuulakia valvoo Valvira, ja se voi tarvittaessa asettaa Oulun yliopistolliselle sairaalalle ns. uhkasakon, mikäli leikkauksien jono on liian pitkä ja potilaiden hoitoon pääsy ei toteudu lain määrittämässä rajoissa. Keskusleikkausosastolla tehdään vuosittain noin 11000 leikkaustoimenpidettä, joista noin 50 % on päivystystoimenpidettä. Kuvaamme seuraavassa keskusleikkausosaston muutoslaboratoriohankkeen lähtökohdat, etenemisen ja pitkän aikavälin seuraamukset, joita raportoidaan yksityiskohtaisesti myös väitöstutkimuksessa (Kajamaa, 2011a).

#### 8.3.1 Hankkeen lähtökohdat

Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston muutoslaboratoriohankkeella tavoiteltiin ulospääsyä kriisistä ja muutosta pirstoutuneesta kehittämisestä kohti kestävämpää muutoksen hallintaa ja organisaation oppimista. Keskusleikkausosasto oli 2005 vuoteen tultaessa ajautunut kriisiin, joka ilmeni mm. leikkaussalien sulkemisina lähinnä henkilökunnan sairauspoissaoloista johtuen. Tilannetta luonnehdittiin henkilökunnan taholta kärkevästi jopa ilmaisulla ”yleinen kaaos”. Anestesia- ja hoitajista oli pulaa valtakunnan tasolla ja osasto kärsi henkilökuntapulasta. Hoitotakuun voimaantulo 1.3.2005 aiheutti keskusleikkausosastolle lisäpainetta, koska potilaiden pitää päästä leikkauksiin määrärajan kuluessa.

Keskusleikkausosastolla toteutetut aiemmat kehittämistoimet eivät olleet johtaneet toivottuihin tuloksiin. Osastolla oli vuonna 2005 esimerkiksi toteutettu sairaalan ulkopuolisten prosessikonsulttien toimesta prosessi-interventio, jossa kehitettiin polvi- ja lonkkaleikkauspotilaan hoitoprosessia pilottiprosessina. Kehittäminen, jossa keskityttiin yksittäiseen prosessiin, jäi kuitenkin kapea-alaiseksi eikä hyödyttänyt kriisistä selviämistä, eikä johtanut muutoksiin (lisätietoa prosessi-intervention arvioinnista ks. Engeström, Kajamaa, Kerosuo, & Laurila, 2010).

Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosastolla oli aiempaa kokemusta kehittävän työntutkimuksen menetelmästä<sup>2</sup>. Keskusleikkausosaston johtoryhmä kutsui Helsingin yliopis-

<sup>2</sup>

Oulun yliopistollisessa sairaalassa oli toteutettu 1990 –luvun lopussa Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskuksen kanssa laajamittainen kehittävän työntutkimuksen hanke, jossa hyödynnettiin muutoslaboratoriomenetelmää. Hankkeen tavoitteena oli henkilökunnan työssä jaksamisen ja työkyvyn parantaminen. Tutkimusryhmä (Engeström, Kerosuo & Kajamaa) seurasi Oulun yliopistollisessa sairaalassa toteutettujen muutoslaboratoriohankkeiden seurauksia ajalla 1.9.2004–1.3.2006 Työsuojelurahaston rahoittamassa *Työn kehittämisen seuraamukset, kestävyys ja leviäminen*

ton tutkijaryhmän keskusleikkausosastolle toukokuussa 2006 neuvottelemaan uuden kehittävän työntutkimuksen menetelmiä soveltavan hankkeen käynnistämisestä ja hanke käynnistettiin alkusyksyllä 2006. Hanke muodosti jatkumon sairaalassa aiemmin toteutetuille kehittävän työntutkimuksen menetelmiä soveltaneille hankkeille, etenkin keskusleikkausosaston heräämössä vuonna 1999 toteutetulle muutoslaboratoriahankkeelle.

Kehittäminen oli ollut keskusleikkausosastolla pirstaleista ja myös heräämön kehittämishanke jäi irralliseksi muusta toimintaympäristössä tapahtuvasta toiminnan kehittamisestä, eikä tuottanut merkittäviä tuloksia. Vuonna 2006 käynnistetyn muutoslaboratoriahankkeen tehtäväksi muodostui toimia siltana jo tapahtuneen kehittämistoiminnan ja uusien kehittämishaasteiden välillä. Keskusleikkausosaston henkilökunta nimesi uuden muutoslaboratoriahankkeen ”*Johtamisen kehittämishankkeeksi*”.

*Johtamisen kehittämishankkeen* aluksi tutkijat tekivät syyskuussa 2006 alkukartoituksen, jossa he havainnoivat ja ääni- ja videonauhoittivat keskusleikkausosaston toimintaa, tekivät yksityiskohtaisia havainnointimuistutuksia ja haastattelivat sen johtoa ja työntekijöitä. Tätä seurasi hankkeen interventiovaihe, eli kuusi muutoslaboratorioistuntoa, jotka toteutuivat keskusleikkausosastolla ajalla 29.8.2006–14.12.2006. Vuonna 2007 pidettiin kaksi seurantaistuntoa hankkeen tulosten arvioimiseksi. Laboratorioistuntoihin osallistui keskusleikkausosaston työnjohdon valitsema noin 20 hengen kehittämistyöryhmä, johon kuului tulosyksikön johtaja, osaston ylilääkäri (käyttöpäällikkö), ylihoitaja, kirurgiasta ja anestesiasta vastaavat osastonhoitajat, lääkärin ja hoitajien edustajia kirurgian erikoisalueilta ja anestesiasta, lääkintävahtimestari ja sihteeri sekä tutkijat. Kehittämistyöryhmään osallistui edustajia kaikista keskusleikkausosaston toiminnan muodostavista toimintajärjestelmistä. Osalla työryhmän jäsenistä oli aiempaa kokemusta kehittävän työntutkimuksen menetelmistä. Osa henkilöstöstä oli osallistunut heräämön muutoslaboratoriahankkeeseen aiemmin.

Varsinaisten muutoslaboratorioistuntojen lisäksi järjestettiin tiedotustilaisuus henkilökunnalle ja kaksi videoneuvottelua tulosyksikön ja osaston johdon ja tutkijoiden kesken. Tutkijat toteuttivat hankkeen aikana kaksi sähköpostikyselyä sairaalan henkilökunnalle ja kehittämishankkeen työryhmälle saadakseen tietoa osastolla aiemmin tapahtuneesta kehittämisestä ja kehittämistarpeista sekä kehittämisehdotuksista. Tutkijat olivat hankkeen kuluksa yhteydessä puhelimitse muihin Suomessa toimiviin kirurgisiin osastoihin ja tekivät puhelinhaastatteluja saadakseen tietoa niiden toiminnan rakenteista ja organisaatiosta, jota voitaisiin hyödyntää muutoslaboratorioistunnoissa. Tutkijat osallistuivat havainnoitsijoina erilaisiin keskusleikkausosaston työntekijöiden kokouksiin ja keräsivät dokumentteja keskusleikkausosaston ja yleisemmin Oulun yliopistollisen sairaalan toiminnasta.

Tutkijat seurasivat, ääninauhoittivat ja valokuvasivat leikkauspotilaiden hoitoprosesseja sairaalan sisällä, jotka kulkivat tyypillisesti vuodeosastolta leikkaussaliin, salista heräämöön ja sieltä jälleen vuodeosastolle. Hoitoprosessien seuraaminen tuotti materiaalia muutoslaboratorioistunnoissa käytettävään ”peiliin” ja sen avulla tapahtuvaan yhteiseen toiminnan häiriöiden

analyysiin. Hoitopolkujen seuraamisen tuloksia on raportoitu yksityiskohtaisesti artikkelissa (Kajamaa, 2010). Hoitoprosesseja seurattiin myös hankkeen päättymisen jälkeen (vuosina 2007, 2010 ja 2011) hankkeen tulosten jalkautumisen tutkimiseksi. Yleisradio teki hankkeesta sen ollessa käynnissä dokumentin, joka esitettiin televisiossa. Etnografinen kenttätyö ja hankkeen tulosten seuraaminen jatkui väitöstutkimuksessa vuosina 2008–2010 (ks. Kajamaa, 2011a).

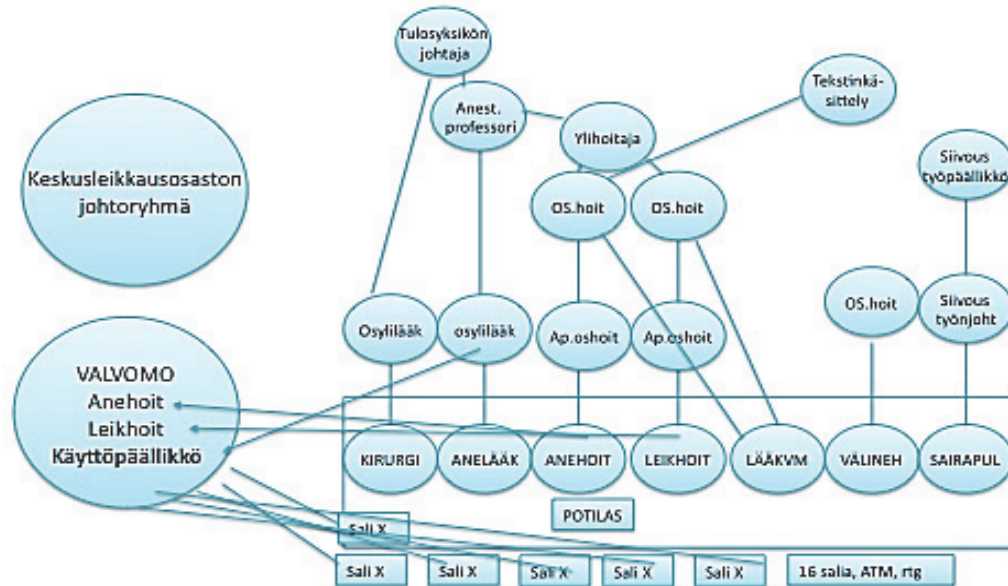
### 8.3.2 Muutoslaboratoriotyöskentelyn eteneminen käytännössä

Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston muutoslaboratorion asetelma mukaili kuviossa 1 kuvattua tilaa. Muutoslaboratorioistunnot toteutettiin keskusleikkausosaston neuvotteluhuoneessa. Istunnot videoitiin, ääninauhoitettiin ja kirjoitettiin istuntojen jälkeen tekstimuotoon hanketyöskentelyn tueksi ja tutkimuksellisista syistä, kuten tieteellisten ja yleistajuisten julkaisujen kirjoittamiseksi.

Alkukartoituksessa havaitut osaston kehittämistarpeet liittyivät erityisesti aiempaa suuremman ja monipuolisen leikkaustoiminnan koordinoitavuuteen. Alkukartoituksessa oli tutkijaryhmän toimesta havaittu kolme pääasiallista ongelmaa, jotka esiteltiin työryhmälle muutoslaboratorioistunnossa ns. ”peiliaineistona”. Ongelmat, jotka esiteltiin videonauhoituksilta olivat 1) *leikkaussalien sulkeminen*, kun potilaita on jonossa odottamassa leikkaukseen pääsyä 2) *anestesiahenkilökunnan hajautuminen* sairaalan eri osiin ja poissaolo silloin, kun heitä tarvittaisiin keskusleikkausosastolla, 3) keskusleikkausosasto *heräämön toimimattomuus* ja ”pullonkaula”, jonka se aiheuttaa hoitoketjuissa. Hankkeeseen valittu kehittämissuunnitelma oli yksimielinen siitä, että edellä esitetyt ongelmat olivat keskeisiä ja se alkoi jo ensimmäisen istunnon aikana yksityiskohtaisesti analysoida muutoslaboratoriossa kyseisiä ja muita ongelmia ja miettiä ehdotuksia ongelmien vähentämiseksi ja poistamiseksi. Päivystystoiminnan ja keskusleikkausosaston toimintaa käyttöpäällikön johdolla koordinoivan valvomon toimimattomuus nousivat edellä mainittujen lisäksi keskeisiksi kehittämiskohteiksi.

Työryhmä totesi melko yksimielisesti ensimmäisen muutoslaboratorioistunnon aikana, että keskusleikkausosasto on suuri ja sekava kokonaisuus, jossa johtamissuhteet ovat toiminnan suhteen epäselviä. Kirurgian ja anestesian toiminnassa havaittiin historiasta johtuvaa eriytymistä, joka aiheutti haasteita sujuvalle yhteistyölle. Todettiin, että yksittäisen työntekijän oli vaikea hahmottaa omaa osuuttaan laajassa kokonaisuudessa, mikä aiheutti mm. työnjaon- ja vastuunjaon ongelmia. Johdon tavoitteiden välittäminen henkilökunnalle oli myös vaikeaa ja informaation kulussa oli ongelmia. Hoitohenkilökunnan työnkierto aiheutti myös ongelmia sen jäsenten kiertäessä leikkaussaleja nopeassa tahdissa kirurgian erikoisalalta toiselle, mikä vaikeutti erikoistumista ja hankaloitti sujuvaa toimimista vaativissa kirurgisissa toimenpiteissä. (Engeström ym., 2007a, s. 44.) Käyttöpäällikkö mallinsi muutoslaboratoriahankkeen aluksi keskusleikkausosaston organisaatio- ja toimintamallin seuraavasti ja esitteli sen muutoslaboratorioistunnossa työryhmälle ja tutkijoille. Malli on esitelty seuraavassa kuviossa 4.

Kuvio 4. Keskusleikkausosaston organisaatio- ja toimintamalli (Engeström ym., 2007a, s. 49)



Toiminnassa ilmenevät häiriöt ja jännitteet kehkeytyvät kaksoissidoksiksi, jolloin toimintajärjestelmän osatekijöiden välille muodostuu kärjistyvä ristiriita ja työssä esiintyy mahdollittomia tehtäviä ja epäonnistumisia. Kaksoissidos tarkoittaa työntekijöiden kokemaa ristiriidan tunnetta, jonka yhteiskunnallisten toimintojen ristiriita aikaansaa. Kaksoissidos ilmenee muutoslaboratoriahankkeiden alkuvaiheessa, jolloin nykyistä toimintaa aletaan kyseenalaistaa. Kaksoissidoksen ratkaiseminen edellyttää toiminnan ristiriitojen analyysia ja ratkaisujen hakua ristiriitojen ratkaisemiseksi (ks. Kerosuo, 2011). Seuraava ote on käyttöpäällikön puheenvuorosta ensimmäisen muutoslaboratorioistunnon aikana ja kuvaa kaksoissidostilannetta, jossa osasto oli hankkeen alkaessa ja joka ilmentää sen tarvetta muutokselle.

Käyttöpäällikkö: *”On se sillä tavalla ongelma, että niitä leikattavia potilaita on jonossa, ja kova paine on toiselta puolelta, että ne potilaat pitää saada hoidettua. Sehän näkyy myös julkisuudessa. Niin olet siinä kahden tulen välissä koko ajan joka tuo sellaisen tunteen itselle, että tässä epäonnistutaan jatkuvasti, vaikka me tehdään entistä enemmän töitä, niin koko ajan ollaan huonoja sen takia, että meidän jonoja ei saada kulkemaan”* (ensimmäinen muutoslaboratorioistunto 28.9.2006).

Työ keskusleikkausosastolla oli muuttunut potilasaineksen osalta aiempaa vaativammaksi ja potilaita oli määrällisesti aiempaa enemmän. Henkilökunnan sairastaminen oli yksi leikkaussalien sulkemiseen johtanut tekijä. Toinen salien sulkemiseen vaikuttava tekijä oli pula anestesialääkäreistä sekä leikkaussali- ja anestesiahoitajista. Hoitajien kierto työtehtävästä toiseen hidasti toimintaa kirurgian erikoisaloilla. Toisaalta kirurgien poliklinikka- ja vuodeosastotyö aiheuttivat viivästyksiä leikkaustoimintaan. Kehittämistyöryhmän näkemyksen mukaan anes-

tesian henkilöstön työn hajautuminen sairaalan eri toimipisteisiin vaikeutti leikkaustoimintaa siten, ettei potilaita saada anestesiaan aina ajallaan ja saleja oli tyhjäkäynnillä.

Osasto päivysti koko sairaalan alueella ja heräämöhön kertyi paljon muiden osastojen potilaita. Yksi keskeisistä ongelmista oli heräämön ruuhkautuminen ”pullonkaulaksi” hoitoketjujen toteuttamisessa. Heräämön toiminnassa oli ilmennyt useita ongelmia, sieltä ei saatu riittävän nopeasti siirrettyä potilaita vuodeosastoille, jolloin sinne ei voitu ottaa potilaita leikkaussaleista. Leikkaussalien toimintaa oli välillä jouduttu keskeyttämään heräämön ollessa täynnä. Leikkaustoimintaa vaikeutti myös anestesiassa tapahtunut toimenkuvan laajentuminen muihin sairaalan osiin ja anestesiaalääkäreiden ja hoitohenkilökunnan vähyys. Kirurgian ja anestesian yhteistyötä haittasi myös niiden historiaan perustuva erillisyytensä. (Engeström ym., 2007, s. 22–38.)

Anestesiahenkilökunta koki ja ilmaisi ensimmäisessä muutoslaboratorioistunnossa, että sai harvoin kiitosta tekemästään työstä. Koettiin, että osasto kärsi yhteisen identiteetin puutteesta ja sen julkisessa imagoissa oli kohentamisen varaa. Sairaalaan oli vaikea saada lisätyövoimaa, etenkin anestesiaalääkäreitä ja hoitajia, minkä todettiin liittyvän yhtäältä sairaalan huonontuneeseen julkiseen maineeseen ja toisaalta valtakunnalliseen anestesiaalääkäri- ja hoitajapulaan. Etenkin leikkaussalien sulkeminen oli ”punainen vaate” kirurgien keskuudessa. Leikkaussalien sulkeminen oli kuitenkin välttämätöntä tilanteissa, joissa henkilökuntaa ei ollut riittävästi paikalla suhteessa leikattavien potilaiden määrään. Pääasiallinen vastuu osaston 16 leikkaussalin päivittäisestä koordinoinnista oli käyttöpäälliköllä (anestesiaalääkäri) ja hän koki tilanteen raskaaksi hallita, kuten edellä esitelty aineistoesimerkki kuvaa. Keskeiseksi kehittämishaasteeksi nousi miten hoitotyön esimieskysymykset ratkaistaan. (Engeström ym., 2007a, s. 35–44.)

Leikkaussalien sulkeminen oli hoitotakuun kriteerien saavuttamisen kannalta ja taloudellisessa mielessä erittäin tappiollista. Käyttöpäällikön mukaan leikkaussalitunnin hinta on noin 800 euroa. Salien sulkemista jouduttiin vuonna 2005 tekemään pakon alla 100 päivää, joiden yhteiskustannus oli noin 560 000 euroa. (Summa on laskettu kulujen kautta. Kuntalaskutuksessa tulonmenetys riippuu siitä, minkälaisia leikkauksia suljetuissa saleissa olisi tehty). Suljetuissa leikkaussaleissa olisi voitu toteuttaa noin kaksi leikkausta päivässä, jolloin vuonna 2005 toteutumatta jäi arviolta 200 leikkausta.

Käyttöpäällikön mukaan edellä mainittujen kulujen lisäksi potilaiden leikkaukseen pääsyn odottelu ja yöpyminen sairaalassa leikkauksen peruuntumisen ja siirtymisen vuoksi tuottaa kuluja. Tämä lisäksi leikkaukseen pääsyn odottelu tuotti inhimillisiä kärsimyksiä ja mahdollisesti potilaan voimien huonontumista entisestään. Peruuntuneet leikkaukset kasvattivat leikkaukseen pääsyä odottavien potilaiden jonoa, josta osasto yritti purkaa niitä lisätyönä, jottei sairaala saisi uhkasakkoa Valviralta. Osaston ongelmat olivat luonteeltaan suuria ja pitkäkestoisia. Ongelmien ylittäminen vaati osaston historian ja kehityksen kulussa muodostuneiden riskitietojen paikantamista ja analyysia eri ammattiryhmien edustajien kesken, joka tapahtui tutkijoiden avustuksella.



Kehittävän työntutkimuksen tutkijat paikansivat keskusleikkausosaston keskeiset ristiriidat kirurgian toimintajärjestelmässä (vrt. kuvio 3) kohteen (leikattavia potilaita jonossa) ja välineiden (saleja kiinni) välille. Anestesian toimintajärjestelmässä ne puolestaan paikannettiin yhteisön (anestesian henkilöstön työn hajautumisen) ja tekijän (anestesia lääkäri ja anestesiahoitajat) välille. (Engeström ym., 2007, ks. myös Kerosuo ym., 2010, myös Kerosuo, 2011.) Kehittämistyöryhmä hahmotteli yhdessä tutkijoiden kanssa muutoslaboratoriohankkeessa ratkaisuja edellä mainittuihin ristiriitoihin.

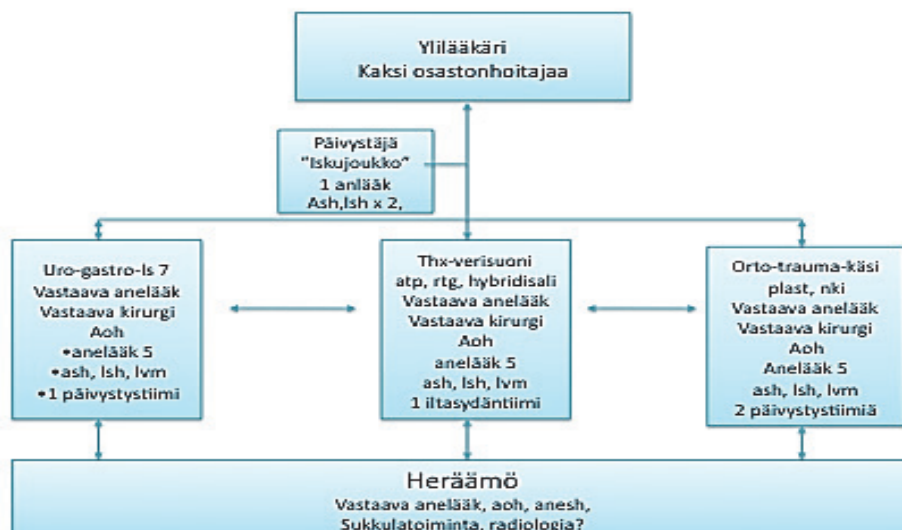
Ensimmäisessä muutoslaboratorioistunnossa tehtiin kirurgien toimesta aloite keskusleikkausosaston jakamisesta pienempiin helpommin hallittavissa oleviin osiin. Ehdotus sai kannatusta muilta ammattiryhmiltä ja ideaa lähdettiin yhdessä kehittämään edelleen seuraavissa kahdessa istunnossa. Toisessa muutoslaboratorioistunnossa pääasiassa toisteltiin ensimmäisen istunnon aikana esiin tulleita, edellä kuvattuja ongelmia ja ristiriitoja sekä mahdollisia ratkaisumalleja. (Engeström ym., 2007a, s. 40–47.)

Kehittämistyöryhmä ideoi erilaisia ratkaisuja osaston toiminnan muuttamiseksi. Ideoinnin tuloksena alettiin kehittää ajatusta keskusleikkausosaston jakamisesta pienempiin ja helpommin hallittaviin osiin. Työryhmä ideoi laajan osaston jakamista 3 tai 4-5 pienempään alueeseen toiminnan paremmaksi organisoimiseksi. Työryhmän jäsenet muodostivat pienryhmiä, jotka jatkoivat ideointia varsinaisten muutoslaboratorioistuntojen väleissä kirjallisten tehtävien muodossa. Ammattiryhmäkohtaiset pienryhmät olivat muutoslaboratorioistuntojen välissä työstäneet välitehtäviä, joiden tuloksia he esittelivät kolmannessa istunnossa muille työryhmän jäsenille ja tutkijoille. Eräs kirurgi esitteli edelleen kehiteltyä ajatusta osaston jakamisesta pienempiin osiin. Ylihoitaja oli yhdessä kahden osastonhoitajan kanssa puolestaan pohtinut heräämötoiminnan kehittämistä ja esitteli ideoita sen suhteen. He esittivät myös idean ns. ”iskujoukon” perustamiseksi ylläpitäviä tilanteita varten. Iskujoukkoon haettiin myöhemmin hoitajia, jotka pystyvät työskentelemään usean kirurgian erikoisalan leikkauksissa. Iskujoukkoon hakeutuvilta sairaanhoitajilta edellytettiin monipuolista työkokemusta keskusleikkausosaston eri erikoisaloilta. (Engeström ym., 2007, s. 47, 73.)

Käyttöpäällikkö (anestesia lääkäri) oli saanut tehtäväkseen mallintaa keskusleikkausosaston uuden organisaatio- ja johtamismallin muutoslaboratoriohankkeen alkaessa ja esitteli mallinuksensa työryhmälle ja tutkijoille kolmannessa muutoslaboratorioistunnossa. Muutoslaboratoriotyöskentelyn tuloksena syntyi vähitellen pienryhmätyöskentelyn tuloksena kirjallinen raportti, jossa kuvattiin uusi organisaatio- ja johtamismalli. Muutoslaboratoriotyöskentelyn tuloksena keskusleikkausosasto jaettiin fyysisesti ”mammuttiorganisaatiosta” kolmeen kirurgian erikoisalan mukaiseen yksikköön ja neljänneksi itsenäiseksi yksiköksi nimettiin heräämö (esitelty kuviossa 5). Neljää yksikköä päätettiin kutsua toiminta-alueiksi. Toiminta-alueet jaettiin seuraaviin kirurgian erikoisaloihin 1) Urologia- ja gastroenterologia, 2) Thorax- ja verisuonikirurgia, toimenpideradiologia ja anestesiatoimenpidehuone, 3) Ortopedia, traumatologia, neurokirurgia, IMRI ja plastiikka- ja käsikirurgia ja 4) Heräämö.



Kuvio 5. Keskusleikkausosaston uusi organisaatio- ja toimintamalli (Engeström ym., 2007a, s. 56)



Uuden toimintamallin myötä kolmelle kirurgian erikoisalanelikokaisalan mukaiselle toiminta-alueelle nimitettiin omat vastuukirurginsa ja anestesialääkärinsä. Henkilökunta, ennen kaikkea kirurgit ja johtotiimi nimesivät sopiviksi katsomansa vastuuhenkilöt tehtäviin keskusleikkausosaston työntekijöistä. Nimeämisen ideana oli että vastuu päätöksenteosta, kuten esimerkiksi leikkauksalien sulkemisesta ja henkilöstön siirtämisestä toiminta-alueelta toiselle ja yleisestä toiminnan organisoimisesta ei olisi enää yksin käyttöpäällikön vastuulla vaan siirtyisi vähitellen toiminta-alueille. Toiminta-alueiden vastuuhenkilöiden toimenkuvia ei sinänsä määriteltä vaan oletettiin, että ne kehittyvät työnteon ohessa. (Engeström ym., 2007, s. 55–60.)

Esimiehet määrittivät hoitajien toiminta-aluekohtaiset toimenkuvat ja heidän kanssaan käytiin kehityskeskusteluja, joissa he saivat esittää toivomuksia sijoituksestaan. Jokaiselle toiminta-alueelle laadittiin lisäksi sisällölliset kriteerit. Apulaisosastonhoitajat alkoivat työskennellä valvomossa ja koordinoida toiminta-alueita ja mm. niiden henkilöstön käyttöä entisestä valvontahuoneesta käsin. Keskusleikkausosaston johto tiedotti muuta sairaalaa siitä, että osaston toiminta muuttuu 19.3.2007 alkaen ja että osasto on jaettu neljään toiminta-alueeseen, jotka vastaavat alueensa toiminnan organisoimisesta. (Engeström ym., 2007, s. 55–60.) Apulaisosastonhoitajat koordinoivat sekä elektiivisiä että päivystysleikkauksia. Päivystysleikkaukset ovat yllätyksellisiä ja niiden koordinointi on vaativampaa kuin elektiivisten leikkausten, jotka yleensä menevät suunnitelman mukaan.

Toiminta-aluejaon tavoitteena oli lisätä työntekijöiden tietoisuutta toiminnan kokonaisuudesta ja edistää osastolla tarvittavaa yhteistyötä. Lääkäreiltä ja sairaanhoitajilta odotettiin kykyä toimia moniammatillisen tiimin jäsenenä, sen tavoitteiden suuntaisesti ja halua kehittää itse-

ään sekä toiminta-alueen hoitotyötä. Tiimityön ja toiminta-alueen kokeilu aloitettiin käytännössä tammi-helmikuussa 2007, jolloin toiminta-alueiden henkilöstöä alettiin sijoittaa esimiesten toimesta neljälle toiminta-alueelle. Työskentelyn kullakin toiminta-alueella suunniteltiin kestävän tietyn määräajan, jonka jälkeen henkilö voi halutessaan hakeutua toiselle alueelle. Päätettiin käyttää ns. ”hidasta kiertoa”, jolloin tehtäviin on mahdollista perehtyä aiempaa ”nopeaa kiertoa” syvällisemmin. Heräsi myös kysymys, syntyisikö osa-alueiden kesken kilpailua resursseista, johon todettiin, että tällöin hyvän johtamisen ja joustavan henkilöstökieron merkitys korostuu. (Engeström ym., 2007a, s. 53, 60.) Hankkeessa toteutunut oppimisprosessi kuvataan kuviossa 6 ekspansiivisen oppimisen mallin ja siihen sisältyvien oppimistekojen avulla.

Kuvio 6. Kehittämisen kestävyttä ja leviämistä tukeva ekspansiivisen oppimisen sykli (Engeström ym., 2007a, s. 75; ks. myös Kerosuo ym., 2010, s. 122)



Vuosi 2007 oli uuden johtamis- ja organisaatiomallin kokeiluvaihetta, jonka aikana keskusleikkausosaston henkilökunta yhdessä hankkeen tutkijoiden kanssa arvioi uuden mallin toimivuutta käytännössä. Tutkijat seurasivat mallin käyttöönottoa osaston toimintaa seuraamalla ja haastatteleamalla henkilökuntaa. Mallin toimivuudesta kerättyä tietoa käsiteltiin kahdessa seurantakokouksessa vuonna 2007 ja 2008 ja mallia jalostettiin. Mallin käyttöönotto aiheutti jonkin verran vastarintaa, jonka ilmentymiä käsiteltiin muutoslaboratorion kahdessa seurantaistunnossa. Istunnoissa kartoitettiin toiminta-alueittain kokemuksia uuden toimintamallin käyttöönotosta. Seurantaistuntoihin kutsuttiin käytännön toimijoita, jotka eivät olleet osallistuneet

varsinaiseen muutoslaboratoriohankkeen työryhmään, kertomaan käyttöön otettuun malliin liittyvistä kokemuksistaan ja sen ongelmakohdista.

Ensimmäisessä seurantaistunnossa 7.6.2007 esimerkiksi apulaisosastonhoitajien koordinoimassa valvomossa oli havaittu, että koordinoinnin jakaminen moneen toiminta-alueeseen pirstaloi toimintaa liiaksi. Ongelma ratkaistiin jakamalla leikkaussalien koordinoituvastuu valvomosta käsin kahdelle apulaisosastonhoitajalle alkuperäisen neljän sijaan. Ongelmia oli tuottanut myös se, että toiminta-alueiden henkilöstöasioita hoitavat apulaisosastonhoitajat ovat joko leikkaus- tai anestesiahoitajia ja tietoa pitäisi olla molempien osastojen henkilöstöhallinnosta ja siihen vaikuttavista asioista. Hoitohenkilökuntapula oli myös osittain estänyt iskujoukkojen käytön alkuperäisen ajatuksen mukaisesti ja heitä on jouduttu usein sijoittamaan ns. normaalimiehitykseen jo listojen suunnitteluvaiheessa sekä paikkaamaan äkillisiä sairauslomiamia. (Engeström ym., 2007a, s. 61–64.)

Yhteiset tiedotustilaisuudet eivät olleet tilan puutteen vuoksi kovin usein toteutuneet, eikä asioista tiedottaminen toiminta-alueiden välillä ollut sujunut suunnitellusti. Todettiin, että vaikeudet eivät johtuneet pelkästään organisaatiouudistuksesta, vaan ne olivat olleet olemassa jo aiemminkin. Sovittiin, että edellä mainittujen asioiden kehittämiseen panostettaisiin jatkossa ja johtoryhmä valmistelisi esityksen miten toimintaa parannetaan näiltä osin. (Engeström ym., 2007a, s. 63–64.) Toiseen seurantaistuntoon (25.2.2008) mennessä henkilökunta oli asetunut neljälle toiminta-alueelle, työskentely oli sujuvoitunut ja aiemmassa seurantaistunnossa paikannetut haasteet oli saatu suurilta osin ratkaistua (Engeström ym., 2010).

### *8.3.3 Muutoslaboratoriohankkeen seuraukset*

Keskusleikkausosaston toiminnan muutosta on seurattu aikavälillä 2006–2010 (Kajamaa, 2011a) ja se on selviytynyt sitä koetelleesta kriisistä. Osaston toiminta on tehostunut niin määrällisillä kuin laadullisillakin kriteereillä arvioituna. Esimerkkeinä määrällisestä tehostumisesta voidaan pitää sitä, että henkilökunnan poissaolot ovat vähentyneet ja leikkausmäärät sekä salien aukiolotunnit ovat lisääntyneet. Laadullista tehostumista kuvaa muun muassa se, että henkilökunta ottaa enemmän vastuuta ja hahmottaa osaston toiminnan kokonaisuuden aiempaa paremmin. Myönteinen kehitys tukee hoidon kokonaishallintaa ja eheyttämistä entistä potilaslähtöisemmäksi.

Vuonna 2007 käyttöön otettu, muutoslaboratoriohankkeessa suunniteltu toiminta-aluemalli on edelleen (vuonna 2011) käytössä. Mallin käyttö on johtanut hyviin tuloksiin ja sen ylläpitoon on panostettu johdon toimesta pitkäjänteisesti. Vuosina 2008–2011 keskusleikkausosaston johdon ei ole tarvinnut enää tehdä kalliita ja haitallisia leikkaussalien sulkemisia. Sairaalan ylläpitämien tilastotietojen mukaan osastolla tehdään leikkauksia nykyisin enemmän kuin koskaan. Anestesiahoitajien sairauspoissaolot vähentyivät vuosina 2006–2008 noin 30%. Keskusleikkausosasto on mukana valtakunnallisessa leikkaustoiminnan vertaisarvioinnissa (Intensium® Benchmarking). Keskusleikkausosaston salien käyttöaste oli vuosina 2008 ja 2010 vertaisarviointiin osallistuvista leikkausyksiköistä korkein, ja salien tyhjäkäyntiä oli vähiten.

Osasto on pystynyt kasvattamaan salituntien käyttöastetta ja tehtyjen toimenpiteiden kokonaismäärää vuosina 2006-2010.

Esittelemme seuraavassa esimerkkejä muutoslaboratoriahankkeen seurantakokouksen puheenvuoroista, jotka kuvaavat hankkeen seurauksia. Aiemmin varsin erillisten ammattiryhmien välille syntyi hankkeessa aiempaa tiiviimpää yhteistyötä. Esimerkiksi eräs kirurgi totesi noin kolmen kuukauden kuluttua uuden toimintamallin käyttöönotosta ensimmäisessä hankkeen seurantakokouksessa seuraavasti.

*Kirurgi: ”Se, mikä tässä (uudessa toimintamallissa) on ollut erinomaisen hyvää, niin yhteistyö anestesia- ja lääkäri-työryhmien kanssa on syventynyt. Ja samoin yhteistyö sitten vuodeosastojen suuntaan on parantunut. Ja kiitos kuuluu pitkälti anestesia- ja lääkäri-työryhmien aktiiviselle toiminnalleen” (Muutoslaboratorion ensimmäinen seurantakokous 7.6.2007).*

Muutoslaboratoriahankkeen toisessa seurantakokouksessa noin kahdeksan kuukautta myöhemmin hyvän kehityksen ja yhteistoiminnan todettiin jatkuneen ja vahvistuneen entisestään sekä levinneen keskusleikkausosaston rajojen ulkopuolelle, kuten seuraava kokoukseen osallistuneen erään kirurgin puheenvuoro osoittaa.

*Kirurgi: ”Ja toistan vain nyt, mitä hänkin (anestesia- ja lääkäri-työryhmien välillä) sano, niin tuo kirurgien ja anestesia- ja lääkäri-työryhmien välinen yhteistyö on parantunut kyllä huomattavasti. Ja se on poikunut useampiakin semmoisia konkreettisia asioita, millä on saatu parannettua tätä toimintaa. Ja tämä pre-poliklinikkatoiminta on yks niistä. Ja minä ainakin uskon, että sillä on tosiaan vaikutuksia sitten myös vuodeosastojen toimintaan. Ja vuodeosastot ovat myös hyötynneet siitä, että on nimetyt anestesia- ja lääkäri-työryhmät, joille voi soittaa näistä potilasasioista, ja on tietty puhelinnumero, mihin ottaa yhteyttä. Siellä ollaan myös tämän (toimintamallin) suhteen tyytyväisiä. Ja samoin sitten kaiken kaikkiaan se yhteistyö meidän ja vuodeosaston välillä on entisestään parantunut. Ja kyllä mä sanon jälleen kerran sen saman asian kun hänkin (anestesia- ja lääkäri-työryhmien välillä), että kyllä se ilahduttaa mennä sinne leikkaussaliin. Siellä on meidän vastaava hoitaja ja sitten joku hoitaja, joka enemmän on siinä (tiettyä leikkausta toteuttamassa) ollut. Ja samoin anestesia- ja lääkäri-työryhmien välillä on se tuttu ja turvallinen. Ja sitten siinä on tämä anestesiahoitajakin semmoinen, joka kuuluu siihen meidän tiimiin. Niin kyllä se on ihan erilainen fiilis aloittaa sitä leikkausta. Yleensä se leikkaus alkaakin hyvissä ajoin” (Muutoslaboratorion toinen seurantakokous 25.2.2008).*

Keskusleikkausosaston käyttöpäällikkö on voinut entistä paremmin keskittyä strategiseen johtamiseen ja osaston toiminnan edelleen kehittämiseen, eikä hänen omien sanojensa mukaan enää tarvitse jatkuvasti olla ”sammuttamassa tulipaloja” johtamisvastuun jakauduttua ja siirryttyä uudessa toimintamallissa toiminta-alueista vastaaville käytännön työtä tekeville henkilöille. Esittelemme seuraavassa otteita käyttöpäällikön seurantakokouksissa esittämistä puheenvuoroista, joissa käy ilmi että keskusleikkausosaston toimintaan on saatu kaivattua jatkuvuutta.

Käyttöpäällikkö (anestesia lääkäri): *”Niin, mehän (johtotiimi) ollaan siellä paikalla joka päivä, ja pyritään olemaan se instanssi, joka sitten tulee siihen avuksi heille, jos jotakin ongelmatilannetta on. Ja samaten teemme myöskin pitemmän aikavälin kehittämistehtäviä. (...) Syksystä 2007 lähtien meillä ei ole ollut tarvetta tällaisiin elektiivisiin salisulkuihin. Että me ollaan pystytty pitämään ne auki, mitä meillä on ollut tarvetta (...) Minusta on ollut nyt hirvittävän hyvä, että on nyt ollut samat henkilöt vetämässä sitä toiminta-alueita. Että siinä on ollut nämä nimetyt apulaisosastonhoitajat, jotka päivästä toiseen ovat nähneet sen tilanteen, ja heillä on säilynyt jatkuvuus”* (Muutoslaboratorion seurantakokoukset 7.6.2007 ja 25.8.2008).

Työn- ja vastuunjaon lisäksi hankkeen jälkeen toiminnan muututtua ilmeni välineisiin liittyviä kehittämistarpeita. Valvomossa toimivien apulaisosastonhoitajien rooli on tärkeä päivittäistoiminnan koordinoimisessa ja vastuunjaossa. Eräs muutoslaboratoriahankkeen jälkeen tehty osaston kehittämisspionnitus on ollut luopuminen paperisista leikkauslistoista ja siirtyminen pelkästään sähköisen leikkaustoimintajärjestelmän käyttöön. Osasto oli pitkään käyttänyt rinnakkain sekä paperista että sähköistä järjestelmää, mikä aiheutti turhaa työtä esimerkiksi listojen tulostamisen ja paperilistoille tehtävien vaihemerkintöjen muodossa.

Apulaisosastonhoitajat kokivat muutoslaboratoriahankkeen jälkeen tarpeen saada käyttöönsä välineen, jonka avulla päivittäistoimintaa ja etenkin uudessa toimintamallissa ilmeneviä häiriöitä voisi paikantaa ja kirjata. Hoitajat tekivät sairaalan laatuvaikuttavuuden aloitteen, joka oli merkittävä rajanylitys hallinnollisen laatuajattelun ja käytännön työn konkreettisen kehittämisen välillä. Hoitajien ja laatuvaikuttavuuden yhteistyön tuloksena syntyi innovatiivinen elektroninen kaavake, joka otettiin käyttöön kaikilla neljällä toiminta-alueella toiminnan raportointiseksi, myös laadullisia seikkoja huomioiden mikä oli uutta osaston toiminnan raportoinnissa. Henkilökunnan kehittämisen ja käyttöönoton välineen käyttöä ei kuitenkaan tuettu johdon toimesta ja se hiipui vähitellen. Välinettä käytetään nykyisin heräämössä, muttei enää kirurgian erikoisalakohtaisilla kolmella muulla toiminta-alueella (välineen kehittämis- ja käyttöönottoprosessi on kuvattu yksityiskohtaisesti artikkelissa: Kajamaa, 2011b).

Kehittämistyöryhmä totesi ensimmäisessä seurantakokouksessa, että heräämössä oli ollut vähiten akuutteja ongelmia verrattuna kirurgian erikoisalakohtaisiin kolmeen muuhun toiminta-alueeseen. Heräämössä on hankkeen seurauksena oma hoitohenkilökunta ja sinne on palkattu heräämölääkäri mikä on muuttanut heräämön toiminnan entisestä hoitoketjujen ”pullonkaulasta” hyvin toimivaksi yksiköksi. Heräämön henkilökunta oli sisäistänyt idean omana toiminta-alueena toimimisesta hyvin, tosin iskujoukkoja oli tarvittu joissain tilanteissa heräämön sijoitetun henkilökunnan poissaoloista johtuen.

Heräämö jaettiin kahteen osastoon, joista toisella ovat tiivistä ja tehostettua valvontaa vaativat vaikeahoitaiset potilaat ja toisella vähemmän tehostettua valvontaa vaativat potilaat. Henkilökunta koulutetaan aktiivisesti, mikä on lisännyt heidän ammatillista osaamistaan ja selkiyttänyt ja tehostanut heräämön toimintaa. Seuraavassa otteessa heräämön henkilökuntaan kuuluva anestesiahoitaja kertoo toisessa muutoslaboratoriahankkeen seurantakokouksessa heräämön kehityksestä, kuten osaamisen laajentumisesta koulutuksen seurauksena. Otteesta käy ilmi, että tuolloin oli edelleen pulaa anestesiahoitajista.

Anestesiahoitaja: *”Ja heräämössähän meillä nyt on tämän toimintakokeilun jälkeen tullut semmoinen homma, että me on saatu sinne pysyvää henkilökuntaa. Koulutuksen kannalta on menty eteenpäin. Yritetään aamuisin päästä koulutukseen heräämöstä. Sitä ei ole aikaisemmin ollut. Heräämöläiset on yleensä olleet aika tyytyväisiä tähän, että ei oikeastaan vastalauseita ole tästä toimialakokeilusta ollut minkäänlaisia. Että ollaan oltu tyytyväisiä. Mutta ai-noastaan se nähdään ongelmaksi, että sitä pysyvää henkilökuntaa ei saa sinne niin paljon kun me haluaisimme”* (Muutoslaboratorion toinen seurantakokous 25.2.2008).

Heräämössä toteutettiin muutoslaboratoriahankkeen jälkeen kehittävän työntutkimuksen menetelmää soveltanut jatkokehittämishanke, joka oli erään apulaisosastonhoitajan aloite ja samalla hänen opintoihinsa liittyvä lopputyö, mikä on tukenut heräämössä käyttöön otettujen uusien toimintatapojen vakiintumista ja edelleen kehittymistä. Osasto panostaa entistä enemmän uusien työntekijöiden kouluttamiseen kaikilla toiminta-alueilla. Osaston johto ja henkilökunta kokee osaston maineen parantuneen ja henkilökunnan rekrytoiminen on sen myötä viime vuosina helpottunut. Henkilökunnan pysyvyys osastolla on myös parantunut.

Keskusleikkausosaston johtotiimi on hankkeen seurauksena sisäistänyt ajatuksen jatkuvan kehittämisen tärkeydestä ja toteuttaa sitä käytännössä ylläpitääkseen ja jalostaakseen tarpeen mukaan käytössä olevaa toimintamallia. Osaston yleinen valmius havaita ongelmia ja puuttua niihin ajoissa on hankkeen seurauksena parantunut ja uusilta kriiseiltä on vältytty. Päivystystoiminnan kehittäminen nousi hankkeen aikana ajankohtaiseksi asiaksi, mutta sen kehittäminen jäi toiminta-aluemallin intensiivisen kehittämisen vuoksi vähälle huomiolle. Osasto on viime vuosina kehittänyt päivystystä ja sitä varten on esimerkiksi otettu käyttöön kaksi leikkaussalia lisää. Päivystystoiminnan organisoiminen aiheuttaa kuitenkin edelleen haasteita ja sitä pyritään kehittämään edelleen.

Kehittämishankkeen jälkeen on alettu kiinnittää huomiota katkoksiin ja muihin häiriöihin keskusleikkausosaston rajapintojen kanssa. Keskusleikkausosastolla havaittiin vuonna 2009 olevan tarvetta hoitoketjun eheyttämiseen vuodeosastojen osalta, mutta hoidon eheyttämistä tukevia konkreettisia välineitä ei ollut saatavilla. Yhteistyötä vuodeosastojen kanssa halutaan kehittää hoidon eheyttämisen turvaamiseksi. Muita ajankohtaisia kehittämishaasteita ovat prepoliklinikkatoiminnan jatkokehittäminen ja suoraan kotoa leikkaukseen tulevien, pääasiassa lyhytkirurgian potilaiden hoidon eheyttäminen.

#### **8.4 Johtopäätökset**

Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston muutoslaboratoriahankkeessa yhdistyi johtamisen ja työntekijöiden käytännön työn tasolla tapahtuva kehittäminen. Asetelma poikkesi perinteisestä projektikehittämisestä, jossa käytännön kehittäminen ja johdon päätöksenteo tapahtuvat usein toisistaan erillään. Muutoslaboratoriossa käytetyt kehittävän työntutkimuksen välineet, kuten ”peili”, jonka sisältämää osaston toiminnasta videoitua aineistoa analysoitiin yhteistoiminnallisesti, mahdollisti etäisyyden oton arkityöstä ja ongelmien määrittelyn ja ratkaisumallien yhteisen kehittämissä. Johdon läsnäolo laboratorioistunnoissa loi kehittämiselle rakenteen ja mahdollisti kehittämiseen liittyvän päätöksenteon ja kehittämisen

tulokset voitiin viedä käytäntöön nopeasti. Kehittäminen toteutettiin tiiviissä yhteydessä arki-työhön, mikä tuki sen seuraamuksellisuutta ja kestävyyttä. (Engeström ym., 2007a; Kerosuo ym., 2010; Kajamaa, 2011a.)

Potilaiden hoitotyötä tekevien työntekijöiden käytännön näkökulmien nivominen uuden mallin toteutukseen tapahtui osittain jo sen suunnittelun aikana, mikä tuki uuden toimintamallin käyttöönottoa ja ylläpitoa. Hankkeessa muodostui poikkeuksellisen pitkäjänteinen ja tiivis, uuden toiminnan käyttöä tukeva johdon, työntekijöiden ja tutkijoiden välinen yhteistyösuhde. Hankkeen menestyksekkäät tulokset osoittavat, että organisaation- ja johtamisen rakenteita ja menetelmiä ei luoda pelkästään johtamisen tasolla vaan yhdessä pitkäjänteisesti työstäen. Työn yhteistoiminnallinen kehittäminen mahdollisti kriisistä ulospääsyn, toiminnan tehostumisen ja yhteisöllisyyden kasvun keskusleikkausosastolla. (Engeström ym., 2007a, s. 72; Kajamaa, 2011a.)

Kehittämisprosessin kuluessa tapahtuneet omistajuuden siirtymät lujittivat muutoksen ankkurointia osaston toimintaan. Ensimmäinen merkittävä omistajuuden siirtymä tapahtui, kun tulosyksikköä edustava johto sitoutui kehittämistoimintaan. Toinen siirtymä toteutui, kun työntekijät alkoivat aktiivisesti työstää uutta johtamis- ja organisaatiomallia 'omana mallinaan'. Kolmatta siirtymää edustaa henkilökunnan tiedotustilaisuus, jossa johto esiintyi hankkeen toteutuksen ja tulosten vastaavina omistajina. Neljäs siirtymä käynnistyi, kun johtamis- ja organisaatiomalli otettiin käyttöön ja vastuu toiminta-alueiden johtamisesta siirtyi käytännön työntekijöille. (Engeström ym., 2007a, s. 72.)

Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston hanke johti yhteisön kasvuun ja organisaation oppimiseen. Ekspansiivista, yhteisön oppimista on tapahtunut. Ekspansiivisen oppimisen vaiheet (kuvattu kuviossa 6) sisältävät kestävyiden ja leviämisen kannalta keskeisiä oppimiskojoja. Oppimisteot käynnistyivät kulloiseenkin vaiheeseen liittyvistä ristiriidoista ja etenivät niiden ratkaisuihin seuraavaan vaiheeseen. Kestävyttä ja leviämistä tukeva ekspansiivinen oppiminen eroaa projektikehittämisestä erityisesti oppimisprosessin toteutuminen ja tulosten silloittumisen kautta arkitoimintaan. (Engeström ym., 2007a, s. 75.)

Keskusleikkausosaston kehittäminen jatkuu edelleen Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikön tutkijoiden kanssa Teknologian ja Innovaatioiden kehittämiskeskuksen (TEKES) rahoittamassa tutkimushankkeessa (2010-2012). Keskusleikkausosasto tuli tutkimuskohteeksi *Hoidon eheyttämisen innovaatioiden toteutumisedellytykset, organisaation tahto ja asiakkaan ääni* (HETE)-hankkeeseen ylläpitääkseen ja jatkojalostaakseen aiemmassa muutoslaboratoriahankkeessa kehittämänsä uutta toimintamallia ja laajentaakseen yhteistyötään rajapintojensa kanssa. HETE-hankkeessa on mukana Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston lisäksi Helsingin terveystieteiden keskuksen kotihoito ja Espoon terveystieteiden keskuksen pitkäaikaissairaiden hoito.

HETE-hankkeella on säännöllisesti kokoontuva johtoryhmä, johon kuuluu pääasiassa johtamistehtävissä työskenteleviä asiantuntijaedustajia kaikista kolmesta tutkimuskohteesta. Johtoryhmä osallistuu hankkeen tutkimusaineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan. Johtoryhmän



jäsenet jakavat asiantuntijatietoa ja oppivat toisiltaan yli perus- ja erikoissairaanhoidon perinteisten rajojen. Lisäksi hanke järjestää tutkimuskohteiden edustajille kutsuseminaareja yhteisen oppimisen ja kokemusten vaihdon mahdollistamiseksi. Hankkeella on laaja tutkimusyhteistyöverkosto ja tutkijaryhmä tuottaa hankkeessa kotimaisia ja kansainvälisiä julkaisuja hoidon eheyttämiseen liittyen (esim. Engeström, Kajamaa, Toiviainen, & Hilli, 2011; Kajamaa, Toiviainen, Engeström, & Hilli, 2012; Kajamaa & Hilli, painossa).

Kehittämistuloksien seuraamusten tutkimus on oleellista kehittämisen kestävyuden ja levittämisen selvittämisessä, vakiinnuttamisessa ja ylläpidossa. Keskusleikkausosaston esimerkki osoittaa, että kehittämisen tulokset konkretisoituvat ja vakiintuvat usein vasta pitkän ajan kuluttua ja useiden toisiaan seuraavien kehittämisspennistusten jälkeen. Kehittämisen seuraamuksia on näin ollen tarpeellista tutkia myös jonkin ajan kuluttua kehittämisspennistuksen päättymisen jälkeen. Pitkän aikavälin seurannalla on mahdollista mm. tunnistaa ja tulkita hankkeessa tuotettujen uusien toimintatapojen ankkuroitumista arkityöhön, kestävyyttä ja leviämistä sekä organisaation ekspansiivista oppimista (ks. myös Engeström ym., 2007b). Pitkän aikavälin seuranta tuottaa tietoa toimintamallien jalkautumisesta ja hoidon eheytymisestä organisaation ja asiakkaan kannalta. Terveydenhuollon kehittämisessä tarvitaan entistä enemmän muutoshankkeita jotka keskittyvät laadullisten systeemitason muutosten aikaansaamiseen kytkien erilliset ammattiryhmät yhteen. Tämä edellyttää entistä laajempaa ajattelutapaa terveydenhuollon toimijoilta, johtajilta ja poliittisilta päätöksentekijöiltä (myös Kajamaa, 2011a).

### **Lopuksi**

Kiitämme lämpimästi Työsuojelurahastoa ja Teknologian ja Innovaatioiden kehittämiskeskusta tutkimuksemme rahoittamisesta. Lisätietoa hankkeista kiinnostuneille antaa Anu Kajamaa, puh. 040 8232358. Sähköpostiosoite: etunimi.sukunimi [att] helsinki.fi

### **Lähteet**

Alasoini, T. (2006). Osallistava ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä, & V. Karjalainen, *Kehittämistyön risteyksiä* (s. 35–52). Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding. An Activity-theoretical approach to developmental research*. Jyväskylä: Gummerus.

Engeström, Y. (1995). *Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita*. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Painatuskeskus.

Engeström, Y. (2011). From design experiments to formative interventions. *Theory and Psychology*, 21(5), 598–628.



Engeström, Y., Kajamaa, A., Kerosuo, H., & Laurila, P. (2010). Process Enhancement Versus Community Building: Transcending the Dichotomy through Expansive Learning. Teoksessa K. Yamazumi (toim.), *Activity Theory and Fostering Learning: Developmental interventions in education and work* (s. 1–28). Osaka: Kansai University, Center for Human Activity Theory.

Engeström, Y., Kajamaa, A., Kerosuo, H., & Nummijoki, J. (2009). *Hoidon eheyttämisennovaatioiden toteutumisedellytykset, organisaation tahto ja asiakkaan ääni*. Projektisuunnitelma Teknologian ja Innovaatioiden kehittämisskeskukselle (TEKES). Versio 1.0. 30.11.2009. Päivitetty 1.3.2011. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteiden laitos, Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö CRADLE. (Julkaisematon lähde).

Engeström, Y., Kajamaa, A., Toiviainen, H., & Hilli, A. (toim.) (2011). *Näkökulmia hoidon eheyttämisennovaatioiden tutkimiseen. Tutkimusraportteja 12*. Helsinki: Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteiden laitos, Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö CRADLE.

Engeström, Y., Kerosuo, H., & Kajamaa, A. (2006). Kehittämishankkeiden seuraamukset, kestävyys ja leviäminen terveydenhuollossa. *Työn kehittämisen kestävyys ja leviäminen terveydenhuollon organisaatioissa – tutkimus ja kehittämishankkeen loppuraportti* Työsuojelurahastolle. (Julkaisematon lähde).

Engeström, Y., Kerosuo, H., & Kajamaa, A. (2007a). *Projekteilla kehittämisestä kestävään kehittämiseen*. Interventiotutkimus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tutkimushankkeen loppuraportti Työsuojelurahastolle. (Julkaisematon lähde).

Engeström, Y., Kerosuo, H., & Kajamaa, A. (2007b). Beyond discontinuity: Expansive organizational learning remembered, *Management Learning Journal*, 38(3), 319–336.

Engeström, Y., Kerosuo, H., & Kajamaa, A. (2008). Vaikuttavuuden arvioinnista seuraamusten tutkimukseen. Teoksessa J. Mäkitalo, J. Turunen, & I. Vilkkumaa (toim.), *Vaikuttavuus muutoksessa*, (s. 19–44). Verve: Kalevaprint Oy.

Engeström, Y., & Sannino, A. (2010). Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. *Educational Research Review*, 5(1), 1–24.

Engeström, Y., Virkkunen, J., Helle, M., Pihlaja, J., & Poikela, R. (1996). The Change Laboratory as a Tool For Transforming Work. *Life Long Learning in Europe*, 2, 10–17.

Intensium®Benchmarking, <http://www.intensium.fi/web/suomi>

Kajamaa, A. (2005). *Mitä muutoshankkeesta seurasi? –tutkimus muutoslaboratoriahankkeesta Oulun yliopistollisessa sairaalassa*. Aikuiskasvatustieteen pro gradu-tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos.

Kajamaa, A. (2010). Expanding care pathways –towards interplay of multiple care objects, *International Journal for Public Sector Management*, 23(4), 392–402. Special issue of Management and Organization of Patient Centred care.

Kajamaa, A. (2011a). *Unraveling the Helix of Change: An Activity-Theoretical Study of Health Care Change Efforts and Their Consequences*. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia 241. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto, Käyttäytymistieteiden laitos

Kajamaa, A. (2011b). Boundary Breaking in a Hospital: Expansive Learning between the Worlds of Evaluation and Frontline Work. *The Learning Organization*, 18(5), 361–377.

Kajamaa, A., & Hilli, A. (painossa), Asiakasaloitteet ja niihin vastaaminen hoitotyössä: esimerkinä kotihoito. *Konsepti –toimintakonseptin uudistajien verkkolehti*, [www.muutoslaboratorio.fi/konsepti](http://www.muutoslaboratorio.fi/konsepti), Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö.

Kajamaa, A., & Kerosuo, H. (2006). Mitä toimintatavan kehittämisprojektistä seurasi? Kehittämisen tulosten kestävyys ja leviäminen terveydenhuollossa. *Konsepti –toimintakonseptin uudistajien verkkolehti*, 3(2), [www.muutoslaboratorio.fi/konsepti](http://www.muutoslaboratorio.fi/konsepti), Toiminnan teorian ja kehittäväen työntutkimuksen yksikkö.

Kajamaa, A., Kerosuo, H., & Engeström, Y. (2008). Työelämän kehittämisprojektien seuraamusten jäljillä - uusi näkökulma arviointitutkimukseen, *Hallinnon Tutkimus -lehti*, arvioinnin teemanumero, 4/2008.

Kajamaa, A., Toiviainen, H., Engeström, Y., & Hilli, A. (2012), “Shedding new theoretical and methodological lights on integration innovations in service providing organizations”, a paper for the International Conference: *Organizational Learning, Knowledge and Capabilities 2012 (OLKC)*, Valencia, Spain, April, 2012. Saatavilla verkossa.

Kerosuo, H. (2006). *Boundaries in Action. An Activity-Theoretical Study of Development, Learning, and Change in Health Care for Patients with Multiple and Chronic Illnesses*, Department of Education, Helsinki: University Press.

Kerosuo, H. (2011). Caught between a Rock and Hard Place: From Individually Experienced Double Binds to Collaborative Change in Surgery. *Journal of Organizational Change Management*, 24(3), 388–399.

Kerosuo, H., Kajamaa, A., & Engeström, Y. (2005). Building bridges between the past, present and future: Narrative and emotional remembering of organizational change efforts. Teoksessa S.Gherardi, & D. Nicolini (toim.), *The passion for learning and knowing. Proceedings of the 6th International Conference on Organizational Learning and Knowledge* (s. 11–35). <http://eprints.biblio.unitn.it/archive/00000828/>

Kerosuo, H., Kajamaa, A., & Engeström, Y. (2010). Promoting Innovation and Learning through Change Laboratory: An Example from Finnish Health Care. *Central European Journal of Public Policy*, Special Issue on Knowledge Governance, 4(1), 110–131, <http://www.cejpp.eu>

Rantala, K., & Sulkunen, P. (2006). *Projektiyhteiskunnan käänöpuolia*. Helsinki: Gaudeamus.

Siltala, J. (2004). *Työelämän huonontumisen lyhyt historia*. Keuruu: Otava.

Virkkunen, J., Engeström, Y., Helle, M., & Pihlaja, J. (1999). *Muutoslaboratorio – Uusi tapa oppia ja kehittää työtä*. Kansallinen työelämän kehittämisohjelma. Raportteja 6. Helsinki: Edita Oy.

Virkkunen, J., Engeström, Y., Helle, M., Pihlaja, J., & Poikela, R. (1997). Muutoslaboratorio työn uudistamisen välineenä. Teoksessa P. Sallila & J. Tuomisto (toim.), *Työn muutos ja oppiminen*. Aikuiskasvatuksen 38. vuosikirja. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

## 9 MONIAMMATILLISUUS - IDEAALIA VAI ARKEA?

Tämän tutkimus- ja kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää päivystysaluetöskentelyn ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön toimintaprosesseja siten, että potilaan kokonaisuhoito toteutuu tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Lisäksi tavoitteena oli paljastaa sellaisia moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä, jotka sisältävät haasteita ja kehittämistarpeita, ja kehittää moniammatillisen jaetun asiantuntijuuden malli työskentelyn tueksi. Moniammatillisuudella tässä toimintakontekstissa tarkoitetaan ensinnäkin yhteistyötä eri työntekijäryhmien välillä, mutta myös työntekijäryhmien sisällä (esimerkiksi eri erikoisalojen lääkärit ja hoitajat). Erityisesti ensiksi mainittu on koettu ja koetaan edelleen haasteeksi, johon haluttiin tässä hankkeessa pureutua. Lisäksi moniammatillisuus tarkoittaa yhteistoimintaa päivystysalueen eri yksiköiden välillä, sairaalan sisällä ja yhteistyöverkostoissa laajemmin.

Pohdinnan tavoitteena on arvioida, miten hankkeelle asetetut tavoitteet on saavutettu. Lisäksi kokoamme yhteen hankkeen tutkimuksellista ja kehityksellistä antia kuvaamalla temaattisesti hankkeen keskeisiä löydöksiä ja kehittämistoimia sekä esittämällä jatkotutkimushaasteita ja ehdotuksia moniammatillisen työn vahvistamiseen. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön tutkimus- ja kehittämishanke RYMY on tuottanut vuosina 2010–2012 tässä kirjassa kuvattujen artikkelilukujen lisäksi myös kansainvälisiä julkaisuja. Hankkeen löydöksistä on tiedotettu ja tullaan tiedottamaan lukuisissa tieteellisissä kongresseissa ulkomailla sekä erilaisissa seminaareissa ja keskustelutilaisuuksissa kotimaassa (ks. tiedotussuunnitelma liitteessä 2).

### 9.1 Toimintaprosessit ja yhteistoiminta sairaalan päivystysalueella

Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueen toimintaa ovat sen perustamisesta saakka leimanneet jatkuvat muutokset, joista merkittävin on hankkeen toteuttamisen aikana lisääntynyt päivystyspotilaiden määrä. Potilasmäärän kasvu on pääosin ollut seurausta maakunnallisen terveyskeskusten yöpäivystyksen laajenemisesta. Potilasmäärän kasvu on aiheuttanut toiminnallisia muutoksia päivystystoimintaan sekä asettanut työprosessit kehittämisen kohteeksi. Näissä on ollut hankkeen myötä alusta saakka mahdollista huomioda myös moniammatillisuuden näkökulma. Tutkimus- ja kehittämishankkeessa on edetty hankesuunnitelman mukaisesti kartoittamalla ensin ryhmäprosesseja ja moniammatillista yhteistyötä ja paikantamalla tämän jälkeen tutkimustiedon sekä päivystysalueen henkilöstön näkemysten perusteella niitä yhteistoiminnan tiloja ja paikkoja, jotka vaativat eniten kehittämistä. Näitä löydöksiä ja kehittämistoimenpiteitä olemme edellä olevissa luvuissa kuvanneet.

Kuten edellä olevissa luvuissa kuvatuista RYMY-hankkeen löydöksistä käy ilmi, moniammatillinen yhteistyö päivystysalueella toimii pääsääntöisesti varsin hyvin, toisin sanoen potilaat tulevat hoidetuksi tavoiteajassa ja laadukkaasti. Toimintaprosessit hakevat kuitenkin vielä monilta osin muotoaan. Hankkeessamme sovellettu ja hyödynnetty *työprosessitiedon* (work process knowledge) käsite (ks. Boreham, 2004) auttaa hahmottamaan toimintaprosesseihin kytkeytyviä haasteita päivystysalueella. Työprosessitieto sisältää ajatuksen siitä, että kaikkien työntekijöiden tulisi hahmottaa työn kokonaisuus samankaltaisena. Se ilmenee työkäytänte-

siin upotettuna aktiivisena ja käytännöllisenä tietona, jota käytetään tyypillisimmin erilaisissa ongelmanratkaisutilanteissa. Työprosessitiedon merkitys korostuu tilanteissa, joissa jokin ongelma ilmenee jollain osastolla tai yksikössä. Kyseinen ongelma on kuitenkin alun perin saatanut syntyä jollain toisella osastolla, mutta aiheuttaa seurauksia vielä kolmannella ja ehkä neljännellä osastolla tai työryhmässä. Tyypillistä työprosessitiedon ilmenemiselle työyhteisöissä on usein kuitenkin, että se nähdään ikään kuin tekijöistään irrallisena ja pääsääntöisesti johtajille ja esimiehille kuuluvana asiana, ja jota voidaan ulkoa käsin koordinoita ja kontrolloida (ks. Järvensivu, 2007).

Yhdeksi kriittiseksi kohdaksi päivystyspotilaan hoidon kokonaisprosessissa moniammatillisen yhteistoiminnan näkökulmasta, sekä ammattiryhmien että toimintayksiköiden välillä, näyttäytyi potilaiden siirtyminen päivystyspoliklinikalta eteenpäin. Päätökset prosessien aiemmissa vaiheissa (esimerkiksi päivystyspoliklinikan lääkäreiden päätökset potilaiden siirrosta päivystysosastolle tilanteessa, jolloin erikoissairaanhoidon vuodeosastolle siirto ei ole mahdollista) ovat merkittäviä muiden toimijoiden kokonaisprosessin onnistumisen edellytyksiä (vastuuhoitajien mahdollisuudet toteuttaa potilaiden siirto osastolle sekä osastolla olevien hoitajien mahdollisuudet toteuttaa osaston hoitovelvoite). Erityisesti potilaiden siirtyminen päivystyspoliklinikalta päivystys- ja infektio-osastolle (POS) on työprosessitiedon näkökulmasta keskeinen ja kriittinen: potilaiden siirtäminen usein jo ennestään liian täynnä olevalle osastolle on haastava ongelma, jossa eri ammattiryhmien näkökulmat kahdessa eri yksikössä ovat keskenään ristiriitaisia.

Työprosessitiedon näkökulmasta haasteellisiksi päivystysalueympäristössä näyttivät nousevan samankaltaiset asiat kuin moniammatillisuudenkin näkökulmasta. Esimerkiksi havaitsimme, että sairaalan hierarkkiset rakenteet ja eri ammattiryhmien hallinnon eriytyneisyys (erityisesti hoitotyö vs. lääkärityö) vaikeuttivat työn kokonaisprosessien hahmottamista. Tulkitsemme tilannetta siten, että eri henkilöstöryhmien käsitykset työprosesseista eriyvät toisistaan. Eriytyminen tulee esille varsinkin sellaisten prosessien kohdalla, joita pidetään tärkeinä ja niiden, joita pidetään vähemmän tärkeinä. Eri henkilöstöryhmät pitävät tärkeinä eri asioita ja kiinnittävät näin eri tavalla huomiota prosessin eri kohtiin. Varsin tyypillinen ongelma sihteerien ja hoitajien näkökulmasta on tilanne, jolloin lääkärin merkintä potilaan jatkohoidosta siirtopapereissa puuttuu. Lääkärin työn kokonaisuudessa ehkä vähäiseltä tuntuva siirtomerkintä on kuitenkin ensiarvoisen tärkeä tieto hoitajalle, jotta hän pystyy edistämään hoitoprosessia omalta osaltaan sekä erityisesti sihteerille, joka saa hoitoprosessin etenemistä koskevan tiedon pääsääntöisesti sähköisiä järjestelmiä seuraamalla. Edelleen tämän tiedon perusteella sihteeri omalla työpanoksellaan keskeisesti hallinnoi ja ohjaa hoitoprosessin etenemistä ajallisesti. Ymmärrys prosessin eri toimintojen merkityksestä eri toimijoiden näkökulmasta tulisi siis olla jaettua moniammatillisen yhteistoiminnan sujumiseksi.

Kuten Viinikaisen ym. luvussa tässä kirjassa todetaan, moniammatillisuus ja hoidon kokonaisprosessien hahmottaminen edellyttävät keskustelua, koko henkilöstön osallistamista ja toisten työn ymmärtämistä. Havaitsimme kuitenkin, että päivystysalueella on pikemminkin erilaisia työprosessitietoja riippuen siitä, missä henkilöstöryhmässä työntekijä työskentelee. Moniammatillisuuden näkökulmasta voidaan kysyä, missä määrin käsitysten työn tavoitteesta

ja toiminnasta tulee olla yhteneväiset ja missä määrin ne ”saavat” erota toisistaan työkäytäntöjen sujuvuuden siitä häiriintymättä? Jotta kokonaisuuden ydinprosessit hahmotettaisiin kaikissa työntekijäryhmissä samalla tavalla, tarvitaan vahvaa prosessien johtamista ja myös moniammatillisen yhteistyön koordinoimista, mikä monissa tämän kirjan luvuissa myös todetaan. RYMY-hankkeen myötä havaitsimme, että kun päivystysalueen toiminnan kehittämistä tarkastellaan yleisesti koko toiminnan tasolla, se usein näyttää ongelmattomalta ja tukee toiminnan ideaalia. Kun sen sijaan kehittämistoimiin osallistamista tarkasteltiin yksityiskohtaisemmin, esimerkiksi henkilöstön ja esimiesten selontekovelvollisuuksina ja osallistumismahdollisuuksina, tilanne näyttää moniulotteisempaa eri toimijoiden näkökulmasta (ks. Ulla Maija Valleala ym. sekä Anu Kajamaa & Päivi Laurila tässä kirjassa). Seuraavaksi tarkastelemme lähemmin moniammatillisen yhteistoiminnan toteutumista ja muotoja päivystysalueella sekä niitä haasteita, joita yhteistoiminnan toteuttamiseen tässä työympäristössä liittyy.

## 9.2 Moniammatillisuuden toteutuminen päivystysalueella

Moniammatillinen yhteistyö (interprofessional collaboration) on tässä hankkeessa on määritelty vahvasti käyttäytymistieteellisestä ideaalista käsin. Kirjallisuudessa moniammatillisuuden käsitettä käytetään vastavoimana tieteen ja ammatillisten käytäntöjen pirstaloitumiselle (esim. Bleakley, Boyden, Hobbs, Walsh, & Allard, 2006). Sillä tarkoitetaan toimintaa, jossa työtä, työkäytäntöjä ja työn kohdetta pyritään tarkastelemaan kokonaisuutena yhdistäen eri alojen osaamista ja asiantuntijuutta työyhteisössä ja työryhmässä (Housley, 2003). Huomion arvoista on, että lähtökohtaisesti moniammatillisuuden määritelmä sisältää ajatuksen eriävien alojen ja asiantuntijuuksien yhdistymisestä työn arjessa, kun taas prosessiajattelu lähtee toimintojen ja työkäytäntöjen ketjuttamisesta, eikä ole niinkään tärkeää, kuka tai mikä taho prosessin hoitaa kunhan se tulee hoidettua. Ehkäpä juuri tästä syystä moniammatillinen yhteistyö on kohdannut käytännössä monia haasteita. Suurimmat esteet moniammatillisen yhteistyön toteutumiseksi ovatkin luonteeltaan pikemmin organisatorisia ja hallinnosta ja organisoimisesta johtuvia (ks. Ramanujam & Rousseau, 2006) kuin kliinisiä tai toimijoiden osaamisesta johtuvia. Terveystieteiden organisaatioissa tällaisia esteitä ovat 1) hierarkkinen rakenne, joka estää demokraattisen toiminnan erityisesti stressitilanteissa, 2) puutteellinen tiedonkulku hierarkian eri tasoilla olevien henkilöstöryhmien välillä ja 3) eri ammattiryhmien erilaiset statukset ja asema, mikä tekee eri ammattiryhmien välisen vuoropuhelun vaikeaksi (Nembhard & Edmondson, 2006). Edistävänä tekijänä kirjallisuudessa mainitaan kollegiaalisen tuen mahdollisuus, ymmärrys ryhmään kuuluvien toiminnallisista rooleista ja kokonaisprosesseista sekä kotoisa työilmapiiri (esim. Collin, Paloniemi, & Mecklin, 2010). RYMY-hankkeen tuotaman ymmärryksen perusteella nämä moniammatillisen yhteistyön edellytykset ja esteet ovat keskeisesti läsnä myös päivystysalueen työskentelyssä.

Tämän kirjan luvussa 2 todetaan, että suurin osa päivystystyöstä toteutuu tarkoituksenmukaisesti niin kutsuttuna rinnakkaintyöskentelynä. Aidoimmillaan moniammatillisuus ja työntekijäryhmien väliset rajojen ylitykset näyttävät toteutuvan kaikkein nopeampaisissa ja haasteellisimmassa kliinisissä tilanteissa (esim. hätätilapotilas shokkihuoneessa) ja toisaalta pienemmissä osakokonaisuuksissa kuten hoidon suunnittelussa. Toisin sanoen suuri osa päivystysalueen työstä ei ole luonteeltaan sellaista, että se edellyttäisi moniammatillisen ja jaetun

asiantuntijuuden ideaalin mukaista jatkuvaa yhteistä suunnittelua. Yhteistyön ja moniammatillisen toiminnan muotoja määrittää se, mikä on tarkoituksenmukaisinta ja tehokkainta potilaan hoidon onnistumisen kannalta. Olennaista ei ole moniammatillisen toimintatavan ylläpitäminen sinänsä, vaan työprosessien sujuvuuden kannalta tarkoituksenmukaisimpien yhteistoimintatapojen löytäminen moniammatillisuus huomioiden.

Mielenkiintoiseksi nousee kysymys siitä, miksi yhteistoiminnallisuus työssä näyttää toteutuvan moniammatillisimmin juuri haasteellisimmassa kliinisissä tilanteissa? Monissa aiemmissä tutkimuksissa (esim. Copnell ym., 2003; Krogstad, Hofoss, & Hjortdal, 2004) on todettu RYMY-hankkeen löydöksiä tukien eri henkilöstöryhmillä olevan varsin erilainen ymmärrys toistensa rooleista, ja siitä mitä eri rooleissa toimivilta odotetaan. Työprosessitieto ja toisiin toimijoihin kohdistuvat rooliodotukset eivät ilmeisesti nouse rutiininomaisessa ja ei-niin-kiireellisessä päivystystyössä keskeisesti määrittämään työtä ja rinnakkaintyöskentely riittää. Sen sijaan hätätilanteissa ja esim. suuronnettomuustilanteissa toiminta on selkeästi ohjeistettua ja kukin tietää tarkasti toistensa roolit, tilanteita on harjoiteltu ja toimintavalmiutta ylläpidetään. Siksi toiminta myös näyttää ulospäin ”aidosti moniammatilliselta”, yhteisesti jaetulta. Ehkä joku voisi ajatella niinkin, että traumapotilaita pidetään perinteisesti ”oikeina” päivystyspotilaina.

Myös eri henkilöstöryhmien erilaiset toimintakulttuurit ja erot ammatillisessa identiteetissä tarjoavat näkökulman moniammatillisen yhteistoiminnan tarkasteluun. Vaikka eri ammattiryhmien yhteinen toiminnan tavoite tulisi olla prosessiajattelunkin mukaisesti potilaan hyvä hoito, toimijoiden ammatilliset ydinidentiteetit näyttävät koostuvan paikoin erilaisista asioista (esimerkiksi lääkäreillä lääketieteellisen ratkaisun löytäminen, hoitajilla kokonaisvaltainen potilaan hoitotyö) ja vaikuttavat näin osaltaan roolien muotoutumiseen ja historialliseen rakentumiseen. Työrooleihin liittyvät ammatilliset identiteetit ovat ydinominaisuuksiltaan varsin pysyviä, mutta ne muuntuvat ja rakentuvat aina tilanteisesti suhteessa muihin toimijoihin työyhteisöissä. Hyvän esimerkin ammatillisen identiteetin neuvottelun yhteisöllisestä luonteesta tarjoaa vastuuhoidtajajärjestelmän käyttöönotto päivystyspoliklinikalla. Hoitajayhteisössä ei ole totuttu ”valtapositioltaan vaihtuviin hybridirooleihin” (hoitoryhmässä tapahtuva hoitotyö vs. hoitotyön johtaminen vuoro kohtaisesti). Vastuuhoidajuuden käyttöönotto osoittaa myös hyvin, miksi koko henkilöstön osallistaminen muutosprosessin kriittisissä kohdissa on ensiarvoisen tärkeää. Myös toiminnan seurannasta ja toiminnan onnistumisen varmistamisesta tulee huolehtia ennen kuin voidaan siirtyä soveltamaan vastaavaa toimintamallia jossain muualla. Vastuuhoidajuuden kohdalla ei esimerkiksi ole ehkä riittävällä tavalla huomioitu yhteistyötä (vastuu)lääkäreiden kanssa, vaan toimintamallin luominen ja toteutus on tapahtunut painotetusti hoitajien työn näkökulmasta. Moniammatillisuuden voimallisempi huomioiminen olisi saattanut auttaa ko. muutosprosessin läpiviennissä ja siitä oppimisessa.

Eri työntekijäryhmät näkevät ja arvostavat eri asioita, mikä näkyy myös käytännön toiminnassa eikä voi olla vaikuttamatta yhteistyöhön. Valta on myös vahvasti moniammatillisen yhteistyön mahdollistumisen este. Jos työyhteisössä on ryhmä, jolla mitä ilmeisimmin on enemmän (lakeihin perustuvaa, diskursiivista ym.) valtaa, on selvää, että yhteistyö ei voi toteutua demokraattisesti ja ideaalisti (ks. Collin, Sintonen, Paloniemi, & Auvinen, 2011). Perinteiset raken-



teet eivät näytä myöskään taipuvan kovin hyvin prosessiajatteluun ja moniammatillisuus näyttää merkitsevän eri henkilöstöryhmille eri asioita. On myös hyvin yksilöllistä, millaista työntekijöiden välinen vuorovaikutus lopulta on. Potilaat hoidetaan, mutta tyytyväisyys ja panostaminen yhteistyöhön vaihtelevat. Vuorovaikutuksessa onkin paikoin selkeästi kehittämisen varaa sekä yksilöiden että ammattiryhmien välillä. Keskeiseksi nouseekin se, millä saada käsitkset ja odotukset yhteistyöstä (olennaisilta osin) riittävän yhteneväisiksi.

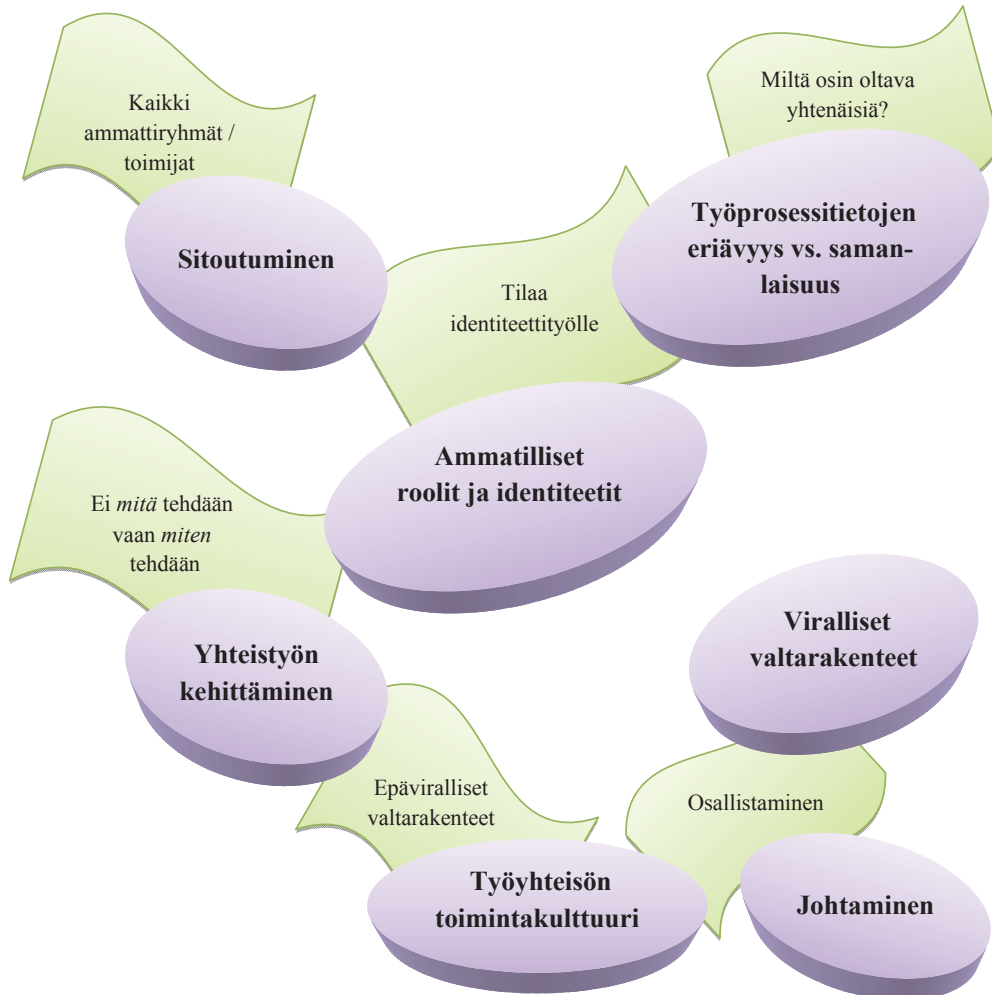
Moniammatillisuudessa ei ole kysymys pelkästään sisältöjen, osaamisen ja asiantuntijuuden jakamisesta ja yhdistämisestä osaksi kokonaistoimintaprosessia (*mitä tehdään*). Tämän lisäksi korostuu yhteistoimintaan ja työkuultuureihin liittyvä näkökulma: moniammatillisuuden toteutumisessa ja kehittämisessä onnistumisen kannalta keskeistä on se, miten yhteistoiminta inhimillisenä vuorovaikutuksena ryhmässä tapahtuu (*miten tehdään*). Tässä johtamisella osana työyhteisön toimintakulttuurin ja yhteistyön kehittämistä on keskeinen rooli. Päivystysalueen työskentelyn kehittämisessä tämä tarkoittaa päivystysalueen vastuulääkäreiden ja hoitotyön esimiesten yhteistyötä nimenomaan moniammatillisiin toimintatapoihin liittyen. Tällä hetkellä tämä toteutuu parhaiten esimerkiksi traumatiimin tai suuronnettomuustilanteiden ennakoitina ja harjoitteluna. Työtehtävien, roolien ja toimintaprosessin harjoittelun lisäksi oppimisen kohteena ovat myös ryhmätoimintaan liittyvä vuorovaikutus sekä jaetun ymmärryksen rakentaminen työprosessista. Ammattiryhmien rajat ylittävän kollegiaalisuuden riittävä edellytys ei ole se, että yksi osaa jotain ja toinen toista. Tarvitaan myös yhteistä näkemystä tavasta sovitaa erilainen osaaminen kokonaisuudeksi omassa työyhteisössä.

Vaikka moniammatillinen yhteistyö nähdään periaatteellisesti tärkeänä, toiminnan tasolla eri toimijoiden sitoutumista määrittää viime kädessä se, mitä kukin toimijataho pitää oman työnsä ja työprosessin kannalta keskeisimpänä ja tärkeänä. Sitoutuminen ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen on RYMY-hankkeessa ollut vahvempaa hoitajien kuin lääkäreiden taholta. Tämä näkyy myös hankkeen sisällöissä ja tarkasteluissa. Moniammatillisuutta on tässä hankkeessa lähestytty vahvasti hoitotyön näkökulmasta ja siksi tietomme ja ymmärryksemme lääkäri työn näkökulmasta on jäänyt vielä tässä vaiheessa vajavaiseksi ja edellyttää siksi vahvempaa mukaanottoa jatkossa.

Seuraavan sivun kuviossa 1 esitetään hankkeemme aikana tehdyt löydökset teemoittain. Lähtökohtana hankkeessa oli selvittää työprosessitiedon luonnetta ryhmätoiminnassa ja moniammatillisen työn mahdollisuuksia päivystysaluetyössä. Toisistaan poikkeavien työprosessitietojen lisäksi hankkeessamme hyödynnetty etnografinen metodologia paljasti hankkeen edetessä myös sellaisia ilmiöitä, joita ei suunnitelmassa kyetty ennakoimaan ja tunnistamaan. Tällaisia ovat kuviossakin esitetty sitoutumisen ja osallistamisen sekä ammatillisten roolien ja identiteettien tematiikka. Kuvion osoittamalla tavalla moniammatillisen yhteistyön kehittämisen kysymykset kytkeytyvät kyseessä olevan työyhteisön toimintakulttuuriin, virallisiin rakenteisiin ja johtamisen merkityksellisyyteen, joita kaikkia olemme edellä avanneet.



Kuvio 1. Koonti moniammatillisuuden toteutumisen ja kehittämisen painopistealueista



### 9.3 Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen

Moniammatillisuus ja prosessiymmärrys kulkevat löydöksissämme käsi kädessä. Edellä esitettyjen havaintojen perusteella voidaan väittää, ettei jaetun asiantuntijuuden malli tai ideaalina toteutuva moniammatillisuus ole sellaisenaan tarkoituksenmukaista päivystystyössä. Päivystysalueella ei ole olemassa sellaista kaikkia prosesseja läpi leikkaavaa ilmiötä kuin moniammatillisuus, vaan se on prosesseihin, erilaisiin toimintajärjestelmiin ja konteksteihin sitoutunutta toimintaa. Keskeiseksi nouseekin sen pohdinta, mitkä päätökset vaativat moniammatillista yhteistyötä juuri päivystysalueella ja kuinka saataisiin luotua yhteistä päätöksentekoa tukeva toimintamalli tilanteissa, joissa on väistämättä niukasti aikaa keskusteluun (Rekola, Isoherranen, & Koponen, 2005).

Yhteistoiminta ja moniammatillisuus päivystysalueella tapahtuu pieninä ja arkisina asioina. Tästä esimerkkinä toimivat odotukset ja kehittämistoiveet päivystys- ja infektio-osaston lääkärikiertoja kohtaan. Kuitenkin, vaikka kehittämistoimenpiteet vaikuttavat kohtuullisen vaatimattomilta ja toteuttamiskelpoisilta, niiden käytäntöön vieminen edellyttää isompia asenteellisia muutoksia, yhteistyötä ja neuvottelua sekä henkilöstön osallistamista. Siksi toiminnan muuttaminen vaatii myös yhteistä tahtoa eri henkilöstöryhmiltä ympäristössä, jota rasittavat henkilöstöryhmittäin eriävä hallinto, kulttuuriset perinteet ja hierarkkisuus. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen edellyttää siksi myös aidosti moniammatillista johtamista ja työn koordinoitua sekä prosessiajattelun vahvistamista sekä moniammatillisuuden huomioivaa koulutussuunnitelmaa työpaikoille (ks. tässä kirjassa Viinikainen ym.). Yhdymme myös kansainvälisiin muualla tehtyihin havaintoihin (ks. esim. Kilminster & Zukas, 2007) siitä, että eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä tulisi sisällyttää jo koulutukseen ottamalla paremmin huomioon terveydenhuoltoalan työn yhteistoiminnallinen ja moniammatillinen luonne ja sen haasteet. Sekä yksilöihin että koko työyhteisöön kohdistuvilla työelämäinterventioilla tavoitellaan osana toimijuuden vahvistamista myös moniammatillisen yhteistoiminnan kehittämistä ja tarkoituksenmukaistamista päivystysalueen eri henkilöstöryhmien ja yksiköiden välillä.

Lukuisissa työssä oppimisen tutkimuksissa (esim. Collin, 2006; Paloniemi & Collin, 2010; Collin, Paloniemi, Virtanen, & Eteläpelto, 2008; Hodkinson, Biesta, & James, 2008; Rainbird, Fuller, & Munro, 2004; Billett, 2006) on todettu, että ymmärtääksemme työprosesseja, yhteistyön edellytyksiä ja rajoitteita tai asiantuntijuuden kehittymistä, meidän on tarkasteltava yksilö- ja yhteisöllisen tason prosesseja samanaikaisesti. Eli on pyrittävä pureutumaan yksilöiden näkemykseen ja organisaation tasolta nouseviin työn organisoimisiin vaatimuksiin yhtäaikaaisesti ja samanaikaisesti. Tämä on käsitteellisesti ja menetelmällisesti haastavaa. Ammatillisen toimijuuden käsite voi auttaa tässä haasteessa, sillä sen voi ymmärtää yksittäisen työntekijän näkökulmana tai vaikkapa tiimin tai yhteisön tason toimintana työprosessien eri vaiheissa. Kun tutkimuksen kohteeksi otetaan ammatillinen toimijuus näin laajasti määriteltynä, se auttaa muun muassa hahmottamaan selkeämmin työprosesseja ja työn kokonaisuutta eri toimijoiden näkökulmasta. Yksittäisen työntekijän ymmärryksen lisääntyminen ammatillisesta toimijuudestaan ja omaan toimintaan kytkeytyvistä vaikutusmahdollisuuksistaan auttaa asemoitumaan osaksi mielekästä työnkuvaa ja työyhteisöä. Lisäksi se auttaa eri työntekijäryhmiä ymmärtämään paremmin toistensa työrooleja ja rooleihin kohdistuvia paikoin eriäviäkin odotuksia ja toiveita. Nämä kaikki toimivat RYMY-hankkeemme jatkohavaintoina ja tarjoavat mahdollisuuksia moniammatillisen yhteistyön voimistamiseksi sairaalan päivystysalueella.

Anu Kajamaa ja Päivi Laurila toteavat tässä kirjassa, että kehittämistoimien tulokset konkretisoituvat ja vakiintuvat vasta pidemmän ajan kuluttua ja useiden toisiaan seuraavien kehitysohjelmien jälkeen. Uskomme saman ilmiön olevan läsnä myös nyt toteutetussa hankkeessamme. Olemme onnekkaita meille tarjoutuneessa mahdollisuudessa jatkaa tutkimus- ja kehittämistyötä Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueella Suomen Akatemian ja Työsuojelurahaston rahoittamassa PROAGENT-hankkeessa (Promoting professional agency in education and health care work). Hankkeen tavoitteena on tarkastella yksilö- ja yhteisötason ammatillista toimijuutta sairaalaympäristössä.

## Lähteet

- Billett, S. (2006). Relational interdependence between social and individual agency in work and working life. *Mind, Culture, and Activity*, 13(1), 53–69.
- Bleakley, A., Boyden, J., Hobbs, A., Walsh, L., & Allard, J. (2006). Improving teamwork climate in operating theatres: The shift from multi-professionalism to interprofessionalism. *Journal of Interprofessional Care*, 20(5), 461–470.
- Boreham, N. (2004). Orienting the work-cased curriculum towards work process knowledge: a rationale and a German case study. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 209–227.
- Collin, K. (2006). Connecting work and learning: design engineers' learning at work. *Journal of Workplace Learning*, 18(7/8), 403–413.
- Collin, K., Paloniemi, S., & Mecklin, J-P. (2010). Promoting inter-professional teamwork and learning – the case of a surgical operating theatre. *Journal of Education and Work*, 23(1), 43–63.
- Collin, K., Paloniemi, S., Virtanen, A., & Eteläpelto, A. (2008). Constraints and challenges on learning and construction of identities at work. *Vocations and Learning: Studies in Vocational and Professional Education*, 1(3), 191–210.
- Collin, K., Sintonen, T., Paloniemi, S., & Auvinen, T. (2011). Work, power and learning in a risk filled occupation. *Management Learning*, 42(3), 301–318.
- Copnell, B., Johnston, L., Harrison, D., Wilson, A., Robson, A., Mulcahy, C., Ramudu, L., McDonnell, G., & Best, C. (2003). Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 105–113.
- Hodkinson, P., Biesta, G. J. J., & James, D. (2008). Understanding learning culturally: Overcoming the dualism between social and individual views of learning. *Vocations and Learning*, 1(1), 27–47.
- Housley, W. (2003). *Interaction in multidisciplinary teams*. Aldershot: Ashgate.
- Järvensivu, A. (2007). *Työprosessitieto. Avain monitaitoisuuteen*. Tampere: Tampere University Press.
- Kilminster, S., & Zukas, M. (2007, December). *Shifting professional boundaries through interprofessional education: A case of wishful thinking?* Paper presented at the RWL5 Conference, Cape Town, South Africa.

Krogstad, U., Hofoss, D., & Hjortdal, P. (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality Health Care*, 16(6), 491–497.

Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966.

Paloniemi, S., & Collin, K. (2010). Workplace learning and work-related identity constructions in a clinical setting. Teoksessa M. Caltone (toim.), *Handbook of Lifelong Learning Developments* (s. 141–161). New York: Nova.

Rainbird, H., Fuller, A., & Munro, A. (2004). (toim.) *Workplace Learning in Context*. Lontoo: Routledge.

Ramanujam, R., & Rousseau, D. M. (2006). The challenges are organizational, not just clinical. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 811–827.

Rekola, L., Isoherranen, K., & Koponen, L. (2005). Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö*, 3, 16–21.

## Liite 1. RYMY-hankkeen tapahtumat, ohjausryhmän jäsenet ja ohjausryhmän palaverit.

### Ohjausryhmän jäsenet

(KSSHP = Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri, JY = Jyväskylän yliopisto)

Aarnio Markku (vuosina 2011-2012)	KSSHP
Alestalo Esa (vuosina 2010-2011)	KSSHP
Collin Kaija	JY
Herranen Sanna	JY
Janhunen Heikki	KSSHP
Karjalainen Kerkko (vuonna 2010)	KSSHP
Lyyra Ulla-Riitta (vuosina 2011-2012)	KSSHP
Manninen Mari (vuosina 2011-2012)	KSSHP
Männistö Petteri (vuonna 2012)	KSSHP
Paloniemi Susanna	JY
Pyhälä-Liljeström Paula	KSSHP
Ruoranen Minna (vuonna 2010)	KSSHP ja JY
Solonen Ari	KSSHP
Teittinen Jorma (vuonna 2010)	KSSHP
Valleala Ulla Maija	JY
Viinikainen Sari	KSSHP

### Tapahtumat ja ohjausryhmän palaverit

Ajankohta	Tapahtuma	Ohjausryhmän palaveri
<b>2010</b>		
Tammikuu		7.1, 19.1, 27.1
Helmikuu		
Maaliskuu		2.3
Huhtikuu		14.4
Toukokuu		22.5
Kesäkuu		
Heinäkuu		
Elokuu	EARLI sig –kongressi (München)	
Syyskuu		15.9
Lokakuu		
Marraskuu	Työelämän tutkimuspäivät (Tampere), Päivystys-kongressi (Jyväskylä), RYMYn kehittämisiltapäivä sairaalalla	16.11
Joulukuu		

<b>2011</b>		
Tammikuu	RAMPE-hankkeen seminaari (Kuopio)	26.1
Helmikuu		
Maaliskuu	NERA-kongressi (Jyväskylä)	31.3
Huhtikuu		
Toukokuu	Osallistuminen NOVA-työryhmän palaveriin, RYMYn kehittämisiltapäivä sairaalalla	13.5., 23.5
Kesäkuu	Critical Perspectives on Professional Learning – kongressi (Leeds)	
Heinäkuu		
Elokuu	EARLI-kongressi (Exeter)	25.8
Syyskuu		
Lokakuu	Osallistuminen sihteerien kehittämisspäivään	7.10
Marraskuu		
Joulukuu		20.12
<b>2012</b>		
Tammikuu	Ohjaamalla osaamiseen – symposium ja tutkija-workshop (Jyväskylä)	18.1
Helmikuu	Aikuiskasvatuksen tutkijatapaaminen (Helsinki)	
Maaliskuu		
Huhtikuu		
Toukokuu	ProPEL-kongressi (Stirling), RAMPE-seminaari (Kuopio), hoitotyön johtoryhmän suunnittelupäivään osallistuminen	4.5
Kesäkuu	Tutkijavierailu Leedsistä KSSH:n päivystysalueelle, hankkeen päätöstilaisuus ohjausryhmän jäsenille	
Heinäkuu		
(Elokuu)	EARLI sig –kongressi (Antwerpen)	
(Marraskuu)	Päivystys 2012 –kongressi (Jyväskylä), Työelämän tutkimuspäivät (Tampere)	

## Liite 2. Tiedottaminen 2010-2012 ja 2012 →.

	2010	2011	2012
<b>Tieteellinen tiedottaminen</b>  Hoitotiede, lääketiede, kasvatustiede	<b>Kansainväliset ja kansalliset konferenssit:</b>  <i>"Promoting team work processes and inter-professional collaboration in emergency care work"</i> EARLI sig - kongressi, München 25.8.2010  <i>RYMY-posteri Työelämän tutkimuspäivät, Tampere</i> 4.-5.11.2010	<b>Kansainväliset ja kansalliset konferenssit:</b>  <i>"The ways of inter-professional collaboration and learning in emergency work"</i> NERA-kongressi, Jyväskylä 11.3.2011  <i>"Interprofessional Collaboration during Ward Rounds in an Emergency and Infection Department"</i> Critical Perspectives on Professional Learning -kongressi, Leeds 13.6.2011  <i>"Learning in organizational change in emergency unit"</i> EARLI-kongressi, Exeter 1.9.2011  <i>"Promoting professional agency through boundary crossing in a hospital emergency unit"</i> RWL-kongressi, Shanghai 6.12.2011	<b>Julkaisut:</b>  Collin, K., Valleala, U. M., Herranen, S., Paloniemi, S. & Pyhälä-Liljeström, P. 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49, 31–43.  Collin, K., Valleala, U. M., Herranen, S. & Paloniemi, S. 2012. Ways of interprofessional collaboration and learning in emergency work. Studies in Continuing Education. DOI:10.1080/0158037X.2011.617364  Valleala, U. M., Herranen, S., Collin, K. & Paloniemi, S. Learning in organizational change in an emergency clinic. Tarjottu Management Learning -lehteen.  Paloniemi, S., Collin, K., Valleala, U. M. & Herranen, S. The development of professional expertise in the context of change: a case study in identity negotiation and agency. Tarjottu International Journal of Training and Development -lehteen.  Herranen, S., Valleala, U. M., Collin, K. & Paloniemi, S. Interprofessional Collaboration in Ward Rounds on an Emergency and Infection Ward. Tarjotaan Journal of Workplace Learning -lehteen.  <b>Kansainväliset ja kansalliset konferenssit:</b>  Tutkija-workshop, Jyväskylä 27.1.2012 (mukana Leedsin ja Jyväskylän yliopiston tutkijoita)  <i>"Diskursiivinen valta ja luovuus kliinisessä moniammatillisessa työssä"</i> Aikuiskasvatuksen tutkijatapaaminen, Helsinki 16.2.2012  ProPEL-kongressi, Stirling 9.-11.5.2012

			EARLI sig -kongressi, Antwerpen 22.-24.8.2012  Työelämän tutkimuspäivät, Tampere 8.-9.11.2012
<p><b>Tiedottaminen terveydenhuollon ammattilaisille</b></p> <p>Vierailut, esitelmät, julkaisut ammatillisissa lehdissä</p>	<p><b>Vierailut ja esitelmät:</b></p> <p>RYMY-kehittämisiltapäivä, Jyväskylä 22.11.2010, KSSHP</p> <p>Päivystys-kongressi, Jyväskylä marraskuu 2010</p>	<p><b>Vierailut ja esitelmät:</b></p> <p>RAMPE-seminaari, Kuopio 26.1.2011</p> <p>NOVA-työryhmä, Jyväskylä 13.5.2011, KSSHP</p> <p>RYMY-kehittämisiltapäivä, Jyväskylä 17.5.2011, KSSHP</p> <p>Sihteerien kehittämispäivä, Jyväskylä 14.10.2011, KSSHP</p>	<p><b>Vierailut ja esitelmät:</b></p> <p>”Ohjaamalla osaamiseen” symposium yhdessä RAMPE-hankkeen kanssa, Jyväskylä 26.1.2012 (alustajana Susan Kilminster, Leedsin yliopisto)</p> <p>RAMPE - Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon Asiakaslähtöinen, moniammatillinen tiimityö pitkäaikaissairaalan hoidossa, Kuopio 15.5.2012</p> <p>Hoitotyön esimiesten päivä päivystyshoitotyön kehittämiseksi, Tikka-koski 25.5.2012</p> <p>Tutkijavierailu (Alison Ledger, LI-ME) Keski-Suomen keskussairaalan päivystysalueelle 11.-12.6.2012</p> <p>Päivystys-kongressi, Jyväskylä 2.-3.11.2012</p> <p><b>Julkaisut:</b></p> <p>Collin, K., Paloniemi, S. &amp; Herranen, S. (toim.) 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Verkkokirja: TSR.</p> <p>Tiedote loppuraportista. Jyväskylän yliopisto.</p> <p>Tiedote loppuraportista. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.</p> <p>Collin, K., Paloniemi, S. &amp; Herranen, S. 2012/2013. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Lääkäri-lehti.</p> <p>Collin, K., Paloniemi, S. &amp; Herranen, S. 2012/2013. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Poliklinikka-lehti.</p>



**Hankkeen löydösten hyödynnettävyys loppuraportoinnin jälkeen**

Ammattilehtiin tuotettujen lyhyiden tiedotteiden ja tekstien avulla ensisijainen tavoitteemme on herättää kiinnostusta loppuraporttina julkaistavaa sähköistä kirjaa kohtaan. Vuoden 2012 ja 2013 aikana esitelmiä ja vierailuja tullaan tekemään tarpeen ja kysynnän mukaan. Tavoitteena on jalkauttaa tutkimus- ja kehittämishankkeen löydöksiä ja kehittämissuhteita erityisesti tutkimuskohteena olleen akuuttihoidon henkilöstölle. Mahdollinen näistä tutkimustuloksista nouseva yhteistyön kohde on esimerkiksi osallistuminen akuuttilääketieteen erikoistumisohjelman suunnitteluun, jota ollaan tuomassa Suomen lääketieteelliseen kenttään lähivuosina.

## Kirjoittajat

**Kaija Collin**, yliopistotutkija, Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden laitos.  
Email: kaija.m.collin(at)jyu.fi

**Susanna Paloniemi**, yliopistotutkija, Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden laitos.  
Email: susanna.paloniemi(at)jyu.fi

**Sanna Herranen**, projektitutkija, Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden laitos.  
Email: sanna.m.herranen(at)jyu.fi

**Ulla Maija Valleala**, yliopistonlehtori, Jyväskylän yliopiston opettajankoulutuslaitos.  
Email: ulla.valleala(at)jyu.fi

**Anne Kovanen**, sairaanhoitaja, Keski-Suomen Keskussairaalan päivystyspoliklinikka.  
Email: anne.kovanen(at)ksshp.fi

**Sari Viinikainen**, osastonhoitaja, Keski-Suomen Keskussairaalan päivystys- ja infektio-osasto.  
Email: sarim.viinikainen(at)ksshp.fi

**Ari Solonen**, asiakaspalveluohjaaja, Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalue.  
Email: ari.solonen(at)ksshp.fi

**Mari Manninen**, osastonhoitaja, Keski-Suomen Keskussairaalan päivystys- ja infektio-osasto.  
Email: mari.manninen(at)ksshp.fi

**Paula Pyhälä-Liljeström**, ylihoitaja, Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalue.  
Email: paula.pyhala-liljeström(at)ksshp.fi

**Anu Kajamaa**, projektipäällikkö, Helsingin yliopiston Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö (CRADLE).  
Email: anu.kajamaa(at)helsinki.fi

**Päivi Laurila**, vastuualuejohtaja, Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosasto.  
Email: paivi.laurila(at)ppshp.fi