

Anna Hänninen

# Heräämöstä kotiin -toiminta sairaanhoitajien kokemana

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

Kevät 2019



**KAMK • University  
of Applied Sciences**

## Tiivistelmä

**Tekijä:** Hänninen Anna

**Työn nimi:** Heräämöstä kotiin -toiminta sairaanhoitajien kokemana

**Tutkintonimike:** sairaanhoitaja (AMK)

**Asiasanat:** heräämöstä kotiin, leikkaus, perioperatiivinen hoitotyö, teemahaastattelu, sisällönanalyysi

Leikkauspotilaiden hoitajaksot ja sairaalassaoloaika ovat lyhentyneet, kun sairaaloiden toimintaa tehostetaan ja osastopaikkoja vähennetään. Ennen potilaat saattoivat siirtyä leikkauksen jälkeen vuodeosastolle moneksi päiväksi, mutta nykyisin huomio on siirtynyt enemmän potilaiden vastuunottoon omasta hoidostaan sekä parempaan hoidon potilaskeskeisyyteen, turvallisuuteen ja laatuun.

Heräämöstä kotiin eli herko-toiminta on yksi lyhytkestöisen leikkaushoitopolun muoto. Herko-hoitopolussa potilas saapuu aamulla leikkaukseen, viettää sen jälkeen illan ja yön heräämössä tai vastaavassa tilassa ja kotiutuu seuraavana aamuna. Potilas valitaan hoitopolkuun valintakriteerien avulla ja hän valmistautuu leikkaukseen kotona. Potilas saapuu sairaalaan vasta leikkauspäivänä ja operaation jälkeen hänen hoidosaan keskitytään esimerkiksi aikaiseen mobilisaatioon, pahoinvoinnin ja kivun hallintaan sekä omatoimisuuden tukemiseen.

Toteutin opinnäytetyöni toimeksiantona Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle. Herko-toiminta on otettu käyttöön siellä vuonna 2016. Sen toimivuutta on selvitetty aiemmin potilaille suunnatun palautekyselyn muodossa, mutta sairaanhoitajien kokemuksia hoitopolusta ei ole vielä leikkausosastolla selvitetty. Sairanhoitajien näkemysten selvittäminen tuo arvokasta tietoa toimeksiantajalle, koska juuri hoitajat tekevät käytännön työtä herko-potilaiden kanssa ja heidän kokemuksensa perustuvat työssä tehtyihin havaintoihin. Herko-toiminnan kehittäminen on ajankohtaista erityisesti, koska Kajaaniin on valmistumassa uusi sairaala.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien kokemuksia heräämössä yöpyvien ja sieltä kotiutuvien potilaiden hoidosta. Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää saatujen tulosten avulla heräämössä yöpyvien ja sieltä kotiutuvien potilaiden hoitoprosessia. Pyrin tutkimuksessa vastaamaan kysymyksiin: millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on heräämössä yöpyvien ja sieltä kotiutuvien potilaiden hoitotyöstä ja mitä toiminnassa tulisi kehittää.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena käyttäen menetelminä teemahaastattelua ja aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Määrittelin tutkimuskysymysten pohjalta ja toimeksiantajan kanssa yhteistyössä haastatteluteemat, jotka ohjasivat haastatteluissa käytävää keskustelua. Haastateltavat saatiin koottua tiedottamalla tulevasta tutkimuksesta ja haastateltavaksi ilmoittautumisen mahdollisuudesta leikkaus- ja anestesiaosastolla joulukuussa 2018. Haastateltaviksi saatiin lopulta 5 hoitajaa ja haastattelut toteutettiin leikkaus- ja anestesiaosastolla tammikuun 2019 aikana. Saatu aineisto käsiteltiin anonyymisti ja luottamuksellisesti. Lopuksi aineisto käsiteltiin sisällönanalyysin keinoin.

Tulosten raportointi toteutettiin sisällönanalyysissä saadun kuuden yläluokan mukaisesti. Keskeiset tulokset käsittivät siis tyytyväisyyden hoitopolkuun, potilasvalintakriteerit, uuden sairaalan, potilasturvallisuuden, käytännön hoitotyön ja kotiuttamisen. Tulosten mukaan herko-hoitopolun koettiin toimivan pääosin hyvin etenkin sen potilaslähtöisyyden ansiosta. Merkittävimpinä haasteina koettiin muun muassa potilasmäärien ja potilaiden hoitoisuuden epätasaisuus, resurssien riittäminen, fyysisiin tiloihin liittyvät haasteet sekä vaadittava osaaminen. Potilasvalintakriteerien täytyminen herätti kysymyksiä, mutta potilasturvallisuuden koettiin toteutuvan hyvin. Kehitysehdotuksina esitettiin esimerkiksi toimivampia tiloja, herko-toimintaan ja heräämötöihin erikoistuneita hoitajia, kotiutusohitajan tehtävää sekä työjärjestelyjen kehittämistä etenkin yövuorojen osalta.

## Abstract

**Author:** Hänninen Anna

**Title of the Publication:** Extended Day Surgery as Experienced by Nurses

**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Nursing

**Keywords:** extended day surgery, surgery, perioperative care, thematic interview, content analysis

In earlier times, post-operative care of surgery patients could mean spending many days in a surgical ward. Nowadays, the length of surgery patients' hospital stay has shortened as hospital care has become more short-term and efficient. Patient care focuses on patient safety and quality as well as on patients' increasing responsibility for their own care. This trend has created different kinds of short-term surgical care pathways.

This thesis concentrates on one form of short-term surgical care pathways: extended day surgery. This care pathway is selected for patients by their surgeon according to certain patient selection criteria. First, patients prepare for the operation at home. In the morning of the operation, they arrive at the hospital and after the operation they spend the evening and night in a recovery room or similar space. During the evening, patient care focuses on early mobilization and managing pain and nausea. The next morning, patients are discharged.

The commissioner of the thesis was the Surgery and Anaesthesia Unit at Kainuu Central Hospital. Extended day surgery has been a part of their work since 2016. The operability of the care pathway has been studied earlier with a feedback survey directed to patients but nurses' experiences haven't been studied yet. Studying the nurses' experiences was expected to provide valuable information for the commissioner which could be used to improve the care process of extended day surgery patients. This can be useful especially as a new hospital will be opened next year in Kajaani.

The purpose of this thesis was to examine the nurses' experiences of the care work of extended day surgery patients in the Surgery and Anaesthesia Unit in Kainuu Central Hospital. The objective of this thesis was to utilize the study results to improve the extended day surgery patients' care process. The research tasks were to explore, firstly, what kind of experiences do nurses have concerning the care work of extended day surgery patients and, secondly, what should be improved in the care work.

As research methodology, thematic interview and content analysis were used. The interviewees were five nurses from the Surgery and Anaesthesia Unit. The interviews were carried out in January 2019 and guided by interview themes. The interview material was documented completely anonymously. Finally, the material was analyzed using content analysis method.

The main results were reported using the categories created out of the interview material with the content analysis method. The categories were contentment towards the care pathway, patient selection criteria, the new hospital, patient safety, practical care work and patient discharge. According to the results, the nurses saw the care pathway as functional and patient-oriented. Patient safety was also considered well guaranteed. The main challenges were, for example, unevenness in patient quantity and their need for treatment, adequate employee resources, functionality of the patient selection criteria, challenges with physical space in the recovery room and the wide competence the nurses were expected to have.

The results were used to compose practical suggestions for the commissioner for improving the care of extended surgery patients. The suggestions included, for example, a more functional space for the recovery room, arrangements for night shifts as well as nurses with specialization in extended day surgery nursing, recovery room nursing and patient discharge.

## Sisällysluettelo

1	JOHDANTO .....	1
2	HERÄÄMÖSTÄ KOTIIN -POTILAAN HOITOPOLKU .....	3
2.1	Hoitotyön laatu ja potilasturvallisuus .....	3
2.2	Heräämöstä kotiin -toiminta perioperatiivisessa prosessissa .....	3
2.2.1	Preoperatiivinen vaihe .....	5
2.2.2	Intraoperatiivinen vaihe .....	6
2.2.3	Postoperatiivinen vaihe .....	6
2.3	Heräämöstä kotiin -toiminta tutkimuksissa .....	8
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	13
4	TUTKIMUSMENETELMÄT .....	14
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu .....	14
4.2	Haastattelujen toteuttaminen ja aineiston dokumentointi .....	15
4.3	Sisällönanalyysi .....	17
5	TULOKSET .....	19
5.1	Tyytyväisyys hoitopolkuun .....	19
5.2	Potilasvalintakriteerit .....	20
5.3	Uusi sairaala .....	21
5.4	Potilasturvallisuus .....	22
5.5	Käytännön hoitotyö .....	22
5.6	Kotiuttaminen .....	24
6	POHDINTA .....	26
6.1	Kehittämissuhteet .....	27
6.2	Tulosten yhteys aiempaan tutkimukseen .....	28
6.3	Tutkimuksen luotettavuus .....	30
6.4	Tutkimuksen eettisyys .....	31
6.5	Ammatillinen kehittyminen .....	32
6.6	Työelämäyhteistyö, opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset .....	33
	LÄHTEET .....	35
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Leikkaustoiminta elää parhaillaan muutoksen aikaa: sairaaloiden vuodeosastopaikat ovat vähentyneet ja hoitajaksot tiivistyneet, minkä seurauksena on syntynyt parempaan hoidon turvallisuuteen ja laatuun tähtäävä potilaskeskeinen leikkaushoitomalli (Ruohoaho 2016, 1098). Ilmiön taustalla ovat esimerkiksi kehittyneet leikkaustekniikat ja hoitotoimet sekä osittain myös säästöt. Potilaan kannalta tämä tarkoittaa vähemmän sairaalassa vietettyä aikaa, mutta myös vastuun ottamista omasta hoidostaan. Leikkaus ei enää automaattisesti tarkoita pitkää hoitajaksoa vuodeosastolla, vaan useimmiten leikkaukseen valmistaudutaan ensin kotona, sairaalaan tullaan vasta leikkauspäivänä ja toimenpiteen jälkeen kotiutuminen saattaa tapahtua jopa samana tai heti seuraavana päivänä. Juuri tällaista ilmiötä edustaa myös opinnäytetyöni aihe, heräämöstä kotiin eli herko-toiminta.

Tarkastelen opinnäytetyössäni heräämöstä kotiin –toimintamallilla hoidettavien potilaiden hoitotyötä Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien kokemusten kautta. Tarkastelen myös, mitä toiminnassa mahdollisesti tulisi kehittää. Tässä opinnäytetyössä tarkoitan herko-toiminnalla nimenomaan heräämössä yöpyviä ja sieltä kotiutuvia potilaita, jolloin esimerkiksi päiväkirurgiset potilaat rajautuvat ilmiön ulkopuolelle. Herko-toiminta on aloitettu Kainuun keskussairaalassa lokakuussa 2016, minkä jälkeen potilastyytyväisyyttä on selvitetty jatkuvan palautteen ja vuonna 2017 toteutetun kohdennetun asiakaskyselyn avulla. Leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien näkökulmaa ei ole vielä tutkittu, ja tähän tarpeeseen opinnäytetyöni pyrkiikin vastaamaan.

Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto, joka kuuluu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään. Osastolla työskentelee noin 60 hoitohenkilökunnan jäsentä, joihin kuuluvat osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, sairaanhoitajat sekä yksi perushoitaja ja lääkintävahtimestari. Lisäksi osastolla työskentelee hoitologistikko, välinehuoltaja, eri erikoisalojen lääkäreitä, osastosihteereitä sekä ostopalveluna siivous. Osaston ylimpänä esimiehenä toimii anestesiaylilääkäri ja operatiivisen vastuualueen ylihoitaja. Sairaanhoitajat toimivat useimmiten joko instrumentti- tai anestesia- ja heräämöhoidajan tehtävissä.

Heräämötöy tulee muuttumaan tulevaisuudessa vuodeosastopaikkojen vähentyessä ja herko-hoitopolkuun valittavien potilaiden kirjon laajentuessa, ja toivonkin toimeksiantajani voivan hyödyntää opinnäytetyöni tuloksia toiminnan kehittämistä ajatellen. Toimintaa on tarpeen kehittää

erityisesti, koska Kajaaniin on rakenteilla uusi sairaala. Uuden sairaalan pääosat valmistuvat käyttöön syksyllä 2019 ja loput poliklinikka- ja vuodeosastotilat valmistuvat vuonna 2021 (Kainuun uusi sairaala 2017). Potilas- ja toimenpidemäärät eivät todennäköisesti muutu entisestä, mutta potilaiden hoitoajat tulevat lyhentymään ja henkilöstöresursseja hyödynnetään entistä tehokkaammin. Uudessa sairaalassa tähdätään kuntoutumista tukevaan hoitoon, potilaskeskeisyyteen ja älykkäisiin teknisiin ratkaisuihin (Kainua-allianssi 2019).

Pyrin opinnäytetyölläni tuomaan lisänäkökulmaa aiheeseen, jota on jo jonkin verran aiemmin tutkittu (Helminen & Kohvakka 2019; Suonpää 2015). Tavoittelen työssäni myös monipuolista kansainvälisen tutkimuksen näkökulman tarkastelua suhteessa omaan tutkimukseeni. Heräämöstä kotiin -toiminta on osa sairaanhoitajien perioperatiivista ja kirurgisen hoitotyön osaamista, joten toivon opinnäytetyöprosessini tuovan itselleni myös ammatillista kehittymistä.

## 2 HERÄÄMÖSTÄ KOTIIN -POTILAAN HOITOPOLKU

Seuraavassa kuvaan opinnäytetyöni tarkastelemaa ilmiötä eli heräämöstä kotiin -potilaan hoitopolkua näyttöön perustuvan tiedon ja käsitteiden kautta. Näyttöön perustuva teoriapohja koostuu hoitotyön laadun, potilasturvallisuuden sekä perioperatiivisen prosessin kokonaisuudesta, minkä lisäksi esittelen tarkemmin myös aiheesta tehtyjä opinnäytetöitä ja kansainvälisiä tutkimuksia.

### 2.1 Hoitotyön laatu ja potilasturvallisuus

Muuttuvan leikkaushoitotyön mallin kehittämiseen liittyy olennaisesti hoidon turvallisuuden ja laadun lisääminen (Ruohoaho 2016, 1098). Niinpä opinnäytetyöni aihepiiriin kuuluvat hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden käsitteet.

Hoitotyön laatu tarkoittaa, että asiakas saa tarpeensa mukaista palvelua oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Hyvä laatu on parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon tai näyttöön perustuvaa palvelua, joka tuottaa hyvinvointia ja tähtää terveyden ja hyvinvoinnin maksimointiin ja riskien minimointiin. Laadun osa-alueita ovat asiakaskeskeisyys, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, korkeatasoinen osaaminen ja vaikuttavuus (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Laatu 2017).

Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla, ja että hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluvat hoidon ja lääkehoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Potilasturvallisuus 2017).

### 2.2 Heräämöstä kotiin -toiminta perioperatiivisessa prosessissa

Leikkaustoiminta on muuttunut ajan myötä. Aiemmin potilaat siirtyivät operaatiosta vuodeosastolle toipumaan viettäen siellä pitkiäkin aikoja, mutta nykyään ollaan siirtymässä enenevässä määrin erilaisiin lyhytjälkihoitoisen kirurgian ja nopean toipumisen malleihin, joita käytetään

elektiivisissä eli suunnitelluissa leikkauksissa. Lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa (lyhki) potilas saapuu sairaalaan leikkauspäivänä ja viettää sairaalassa yhteensä 1–3 päivää (Ahonen ym. 2016, 130). Tästä toimintamallista johdettuja, nopeaan toipumiseen tähtääviä hoitoprosesseja ovat leikkaukseen kotoa eli leiko-toiminta, heräämöstä kotiin eli herko-toiminta sekä päiväkirurgia (päiki).

Leiko-toiminnassa potilas saapuu leikkauspäivänä leiko-yksikköön, sieltä leikkaukseen ja tämän jälkeen hoidettavaksi esimerkiksi kyseisen erikoisalun vuodeosastolle. Ennen leikkausta potilas on valmistautunut leikkaukseen saamiensa ohjeiden mukaan ja käynyt tarvittavissa lisätutkimuksissa, kuten verikokeissa (Ahonen ym. 2016, 132; Karma ym. 2016, 18; Keränen 2006, 1412; Tohmo 2010, 310). Herko-toiminta tarkoittaa tilannetta, jossa potilas saapuu sairaalaan elektiiviseen leikkaukseen, yöpyy toimenpiteen jälkeen heräämössä tai vastaavassa tilassa, ja kotiutuu seuraavana aamuna ilman käyntiä vuodeosastolla (Ahonen ym. 2016, 101; Niskanen 2014, 431). Päiväkirurgia taas tarkoittaa hoitojaksoa, johon liittyy elektiivinen leikkaustoimenpide ja jossa sairaalassaoloaika on korkeintaan 12 tuntia (Ahonen ym. 2016, 130). Nestehoitoa tai verensiirtoa vaativat toimenpiteet eivät sovellu päiväkirurgisiksi, ja potilaan on pärjättävä kotona sekä kivun että pahoinvoinnin suhteen suun kautta otettavilla lääkkeillä. Päiväkirurgiaan liittyvät tietyt valinta- ja kotiuttamiskriteerit, minkä lisäksi potilaan laadukkaalla ohjauksella on suuri merkitys (Karma ym. 2016, 17–18).

Edellä kuvatuista toimintamalleista keskityn tässä opinnäytetyössä herko-toimintaan. Sitä kutsutaan joskus myös 23 tunnin prosessiksi ja se on kehittynyt muun muassa kirurgisten vuodeosastojen lyhentyneiden hoitoaikojen myötä (Musialowicz & Martikainen 2015, 120). Herko-toiminta muistuttaa päiväkirurgiaa siinä mielessä, että potilaiden valinta- ja kotiuttamiskriteerit ovat samankaltaisia, mutta herko-potilaat vaativat hieman pidempää seurantaa esimerkiksi vaativamman leikkauksen johdosta. Haasteita herko-toiminnassa ovat esimerkiksi potilaan riittävän tiedonsaannin varmistaminen, potilaan uudenlainen rooli aktiivisena ja vastuullisena toimijana sekä ennakoinnin ja laadukkaan potilasohjauksen onnistuminen (Punkari 2017, 6).

Seuraavassa käsittelen elektiivisten leikkauspotilaiden perioperatiivista prosessia ja siinä huomioidavia asioita erityisesti heräämöstä kotiin –toimintamallin näkökulmasta.



### 2.2.1 Preoperatiivinen vaihe

Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe alkaa, kun potilaan kanssa on tehty leikkauspäätös. Potilaan valinta herko-toimintamallia noudattavaan leikkaukseen riippuu pitkälti toimenpiteen luonteesta. Kainuun keskussairaalassa tyypillisiä herko-mallia noudattavia leikkauksia ovat esimerkiksi gynekologiset operaatiot, laparoskopiat eli vatsan alueen täyhystysleikkaukset, sappirakon poistot ja isommat tyräleikkaukset. Lisäksi yksin asuvat sekä perussairauksien puolesta pidempää anestesian jälkeistä seuranta vaativat potilaat hoidetaan usein herko-mallin mukaan, jotta heille saadaan varmistettua tarvittava tuki leikkauksen jälkeen. Kirurgi päättää hoitopolun valinnasta ja potilaan soveltuvuus tarkistetaan vielä esihaastattelun yhteydessä. Esteitä herko-leikkaukselle voivat olla muun muassa muistisairaudet, päihdeongelmat, merkittävät liikuntarajoitteet, vieraskieliset potilaat tulkin tarpeen vuoksi sekä potilaan alle 18 vuoden ikä. Myös mielenterveysongelmat saattavat vaikuttaa valintaan (Uusitorppa & Kivimäki 2017).

Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu olennaisena osana potilaan anestesia- ja leikkauksekelpoisuuden arviointi, jonka tekee anestesia- ja leikkaukselääkäri. Anestesiakelpoisuutta arvioidaan ASA-luokituksella (American Society of Anesthesiologists), joka kuvaa potilaan yleistilaa ja jonka tavoitteena on varautua mahdollisiin komplikaatioihin (Ahonen ym. 2016, 101–102). Leikkauksekelpoisuutta arvioidessa otetaan huomioon potilaan fyysinen suorituskyky ja hänen yleiskunnostaan, sairauksistaan ja niiden hoitotasapainosta johtuvat riskit yhdessä itse leikkaukseen liittyvien riskien kanssa (Käypä hoito 2014). Kelpoisuuden arviointi ei ole kuitenkaan täysin suoraviivaista: esimerkiksi lihavuus ei yksittäisenä tekijänä lisää komplikaatoriskejä, mutta riskejä aiheuttavat lihavuuden mahdollisesti aiheuttamat liitännäissairaudet. Esimerkiksi uniapnea ja kivunhoitoon käytettävät opioidit eivät ole välttämättä hyvä yhdistelmä pian leikkauksen jälkeen kotiutuvalla potilaalla (Ahonen ym. 2016, 102; Mattila & Hynynen 2012, 1424).

Preoperatiivisen vaiheen tärkeimpiä asioita on leikkaukseen valmistautuminen (Ahonen ym. 2016, 101). Tämä tapahtuu pitkälti potilaan itsensä kotona. Sairaanhoitaja soittaa potilaalle 1–7 vuorokautta ennen leikkausta ja käy tulokeskustelun, jossa käydään läpi tulevan leikkauksen vaiheet, siitä toipuminen, valmistautumisohjeet ja kotihoito-ohjeet (Ahonen ym. 2016, 103). Tämän jälkeen vastuu leikkaukseen valmistautumisesta siirtyy potilaalle itselleen, mikä edellyttää oma-toimisuutta, valmistautumisohjeiden noudattamista ja sitä kautta vastuunkantoa omasta hoidosta.

### 2.2.2 Intraoperatiivinen vaihe

Intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle (Ahonen ym. 2016, 108). Tässä vaiheessa leikkausvalmistelut on suurimmalta osin tehty ja siirrytään itse toimenpiteeseen. Herko-potilaiden leikkauksissa on huomioitava, että leikkaustyyppillä ja anestesiamuodolla on merkitystä. Hyvin invasiivisten leikkausten välttäminen ja kevyen anestesiamuodon suosiminen edistävät potilaan toipumista, minkä lisäksi toipumiseen vaikuttaa esimerkiksi huolellinen nestetasapainon ylläpito (Verma ym. 2011, 425).

### 2.2.3 Postoperatiivinen vaihe

Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe alkaa siitä, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhön eli valvontatilaan, jossa leikkauksesta tulleita potilaita tarkkaillaan intensiivisesti ja monipuolisesti. Muun muassa potilaan peruselintoiminnot, voinnin kehitys ja heräämössä annettut kipulääkkeet kirjataan tarkasti. Potilasta pidetään heräämössä, kunnes hänen elintoimintonsa ovat normalisoituneet, hänen vointinsa on hyvä ja hän on hyvin herännyt, eli yleensä 1–2 tunnin ajan ennen mahdollista siirtoa seuraavaan yksikköön (Ahonen ym. 2016, 109). Sairaalasta riippuen herko-potilas voidaan siirtää esimerkiksi heräämöhön yhdistettyyn erilliseen huoneeseen, 23 tunnin yksikköön tai päiväkirurgiseen yksikköön, jossa hän viettää seuraavan yön (Musialowicz & Martikainen 2015, 121; Ruohoaho 2016, 1098). Kainuun keskussairaalassa potilas siirtyy toimenpiteen jälkeen ensin isoon heräämöhön tarkkailtavaksi, minkä jälkeen hänet siirretään yöpymistä varten erilliseen päiväkirurgiseen heräämöhön.

Seuraavassa hoitoyksikössä potilaan vointia ja etenkin leikkauksen jälkeistä kipua ja pahoinvointia tarkkaillaan edelleen ja lääkitään tarvittaessa. Potilaat kokevat kipua hyvin yksilöllisesti, joten sitä on perusteltua arvioida säännöllisesti. Hyvä kivunhoito on jokaisen oikeus ja myös osaltaan toipumista edistävä tekijä (Ahonen ym. 2016, 115). Pahoinvointi on toinen tavallinen oire leikkauksen jälkeen, ja sitä voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa lääkkeillä sekä muilla keinoilla, kuten huoneilman raikkaudesta, hyvästä asennosta ja suun kosteudesta huolehtimalla (Ahonen ym. 2016, 114). Potilasta kehoitetaan lisäksi liikkumaan, syömään ja juomaan, mikäli vain mahdollista, sillä ne edistävät voinnin paranemista.

Herko-potilaat kotiutetaan toimenpiteen jälkeisenä aamuna, kunhan kotiutuskaikki täyttyvät (Uusitorppa & Kivimäki 2017). Tällöin potilaan on pystyttävä syömään normaalia ruokaa eikä pahoinvointia ole, hän pystyy liikkumaan omatoimisesti ja pärjää suun kautta otettavilla kipulääkkeillä sekä pystyy virtsaamaan spontaanisti (Ahonen ym. 2016, 133). Kotiuttamisen tavallisimmat esteet ovat kivun ja pahoinvoinnin tunteminen. Sairaalassa onkin varauduttava siihen, ettei potilas pystykään kotiutumaan vielä seuraavana aamuna, vaan tarvitsee esimerkiksi pidennettyä jälkivalvontaa tai jatkohoitoa vuodeosastolla (Ruohoaho 2016, 1099).

Ennen kotiuttamista herko-potilaiden kanssa käydään läpi tehty leikkaus ja kotihoito-ohjeet. Potilaan ohjauksen ja tiedonsaannin laadukas ja ymmärrettävä toteuttaminen onkin avainasemassa herko-toimintamallissa. Kuten leikkaukseen valmistautuessa, myös leikkauksen jälkeen melko pian tapahtuvan kotiutumisen jälkeen potilas on vastuussa omasta hoidostaan, mikä voi tarkoittaa esimerkiksi haavanhoitoa ja kipulääkitystä. Onkin tärkeää, että kotihoito-ohjeet ovat kattavia, laadukkaita ja ajantasaisia. Hoitajan on varmistettava, että potilas on varmasti ymmärtänyt ohjeet. Potilaan on myös hyvä saada hoitopaikan yhteystiedot, jotta hän voi ottaa yhteyttä tarpeen tullen, sekä tietoa ja toimintaohjeita mahdollisiin komplikaatioihin liittyen (Vaughan, Gurusamy & Davidson 2013, 18).

Rauhasalo (2003) on tutkinut lyhythoitaisen kirurgian ja nopean leikkauksen jälkeisen kotiuttamisen merkitystä ikääntyneiden potilaiden kannalta. Vaikka tutkimus on jo vanhahko eikä käsittele varsinaisesti herko-toimintaa, voidaan sitä pitää relevanttina, koska ikääntyneiden osuus väestöstä ja tällöin myös leikkauspotilaista kasvaa koko ajan. Lyhytkestoinen leikkaushoitoprosessi voi olla ikääntyneiden kannalta haasteellista, koska kaikki tapahtuu lyhyessä ajassa ja nopeasti. Vanhusten voi olla vaikea muistaa kaikki tärkeät asiat ja ymmärtää, miten esimerkiksi saadut kotihoito-ohjeet toteutetaan käytännössä, vaikka he ovat useimmiten hyvin motivoituneita terveyttään hoitamaan (Rauhasalo 2003, 131–132). Ikääntyneiden kanssa onkin huomioitava, että ohjeet käydään yhdessä läpi ja varmistetaan, että ne on täysin ymmärretty. Potilaalle on annettava mahdollisuus kysymiseen ja keskusteluun. Saattajan mukanaolo voi helpottaa tilannetta. Potilasohjaus on syytä myös toteuttaa mahdollisimman konkreettisesti. Hyvä tiedonsaanti, luottamus hoitohenkilökuntaan ja jatkuva hoitosuhde saman henkilöstön kanssa lisäävät ikääntyneiden hoitomyöntyvyyttä (Rauhasalo 2003, 132–133).

### 2.3 Heräämöstä kotiin -toiminta tutkimuksissa

Heräämöstä kotiin –toiminta on melko haasteellinen tutkimusaihe, koska sitä ei ole vielä tutkittu kovin paljon Suomessa. Onnistuin kuitenkin löytämään tiedonhaun avulla kolme opinnäytetyötä ja useita kansainvälisiä tutkimusartikkeleita, jotka käsittelevät aihetta. Seuraavassa esittelen ne tarkemmin.

Aihetta käsittelevistä opinnäytetöistä uusin (Helminen & Kohvakka 2018) tarkasteli erään suuren keskussairaalan leikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia 23 h –toiminnan (Herko 23 h) tuomista muutoksista ja kehitysehdotuksista. Tutkimus toteutettiin haastatteluin. Tuloksissa käsiteltiin paljon tuntemuksia, joita uuden hoitopolun käyttöönotto oli henkilöstössä herättänyt, sekä toimintatapojen ja tilojen toimivuutta käytännössä. Tulosten mukaan potilas- ja erikoisalojen valintaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota, koska potilaat vaihtelivat iältään ja kunnoltaan hyvin paljon. Esille tuli myös yöpymistilan vähäinen yksityisyys sekä paremman tiedonsaannin varmistaminen potilaan kannalta.

Toinen opinnäytetyö (Punkari 2017) käsiteli herko-potilaiden tiedonsaantia ja sen riittävyttä haastattelututkimuksen keinoin Pohjois-Karjalan keskussairaалassa, jossa herko-toiminta käynnistyi vuonna 2015. Tutkimuksen tuloksissa erottui neljä luokkaa, jotka olivat laadukas operatiivisen potilaan ohjaus, hyvä kohtelu henkilökunnan taholta, tietämys herko-toimintamallista ja informaation ajantasaisuus. Tulosten perusteella potilaat kokivat tiedonsaannin pääsääntöisesti riittävänä, vuorovaikutus henkilökunnan kanssa oli kiitettävää ja henkilökunta huomioivaa ja ystävällistä. Kehittämisehdotuksina opinnäytetyössä mainittiin muun muassa herko-toimintamallista informointi potilaille, parempaa tietoa siitä, tuleeko lääkäri katsomaan potilasta kotiutusaamuna, postoperatiivisen soiton harkinta niillä potilailla, joilla kontrollikäyntiä ei ole suunniteltu sekä yksilöllisyyden huomiointi etenkin kotiuttamistilanteessa.

Kolmannessa heräämöstä kotiin –aiheisessa opinnäytetyössä tutkittiin niin ikään haastattelujen avulla Satakunnan keskussairaalan leikkausosaston ja päiväkirurgian sairaanhoitajien kokemuksia herko-toiminnan käynnistämisen tuomista muutoksista ja siitä, miten toimintaa tulisi kehittää (Suonpää 2015). Tutkimuksessa käsiteltiin uuden toiminnan aiheuttamasta muutoksesta kumpuavia seikkoja. Tulosten perusteella sairaanhoitajat kokivat potilasturvallisuuden takaamisen hyvin tärkeäksi. Myös potilasohjausta pidettiin tärkeänä ja paljon osaamista vaativana, koska päiväkirurgisiin potilaisiin verrattuna herko-potilaiden perussairaudet ja kotiolosuhteet tuli huomioida

tarkemmin isompien toimenpiteiden ja sairastavamman potilasmateriaalin johdosta. Potilaat tarvitsivat paljon tietoa itse toimenpiteestä ja jatkoahoito-ohjeista, kuten kotona toteutettavasta lääkityksestä ja hoitotoimenpiteistä (esim. haavanhoito), joiden läpikäyntiin myös yritettiin käyttää potilaan kanssa tarvittavasti aikaa ja pitämään kotiutustilanne rauhallisena ja kiireettömänä. Herko-toiminnan etuina pidettiin potilaslähtöisyyttä, potilaiden tyytyväisyyttä, nopeaa kotiutumista ja sairauden tunteen puuttumista. Herko-toimintamalli edellyttääkin laaja-alaista osaamista sairaanhoitajilta ja uutta ajattelua potilaan omatoimisuudesta, minkä lisäksi potilaan ohjauksen tarve on suuri prosessin eri vaiheissa, koska suuri osa prosessista tapahtuu kotona.

Kansainvälisiä tutkimuksia tarkastellessa oli otettava huomioon, että heräämöstä kotiin –toimintamallia enemmän tai vähemmän muistuttavista hoitopoluista on kansainvälisesti olemassa erilaisia nimityksiä ja käsitteistön käyttö on suhteellisen kirjavaa. Roberts ja Worden (1998) ovat esittäneet artikkelissaan ehdotukset kansainvälisistä käsitteistä ja määritelmistä ilmiölle. Taulukkoon 1 olen koonnut kyseisten käsitteiden lisäksi oman tulkintani siitä, mitkä ovat niiden suomalaiset vastineet niille esitettyjen määritelmien perusteella.

*Taulukko 1.* Kansainvälisiä käsitteitä (Roberts & Worden 1998) ja suomalaiset vastineet, jotka suunnilleen niitä vastaavat.

Käsite	Määritelmä	Suomalainen vastine
ambulatory / same day / day only surgery	maksimissaan 8 tunnin hoitoaika, ei yöpymistä	päiväkirurgia
extended recovery / 23 h / overnight stay surgery	yli 8, mutta alle 24 tunnin hoitoaika	heräämöstä kotiin
short stay surgery	24–72 tunnin hoitoaika	lyhythoitoinen kirurgia

Löysin teoriapohjan tueksi useampia kansainvälisiä tutkimusartikkeleita, jotka käsitelivät herko-toimintaan rinnastettavissa olevia hoitopolkuja eri maissa. Tutkimuksissa joko käytettiin vastaavaa nimitystä hoitopolusta tai selitettiin termi auki esimerkiksi kuvaamalla, että potilaat yöpyvät yhden yön sairaalassa tai kotiutuvat 24 tunnin sisällä. Tutkimukset keskittyivät pääosin tarkastelemaan jonkin tietyn sairaalan tai klinikan toimintaa tai sitä, miten tietyt leikkaukset soveltuvat

herko-leikkauksiksi. Tarkastelun kohteena olivat useimmiten potilasturvallisuus, hoitopolun toimivuus ja tehokkuusnäkökulma. Taulukossa 2 esittelen tarkemmin kyseiset tutkimukset, tärkeimmät tiedot niiden toteuttamisesta sekä keskeiset tulokset, jotka ovat hyödyllisiä näkökohtia oman opinnäytetyöni kannalta.

*Taulukko 2.* Opinnäytetyöni teoriapohjassa käytetyt kansainväliset tutkimukset.

Tutkimus	Tietoja tutkimuksesta	Keskeiset tulokset
23-hour observation endocrine neck surgery: lessons learned from a case series of over 1700 patients  Raspanti ym. 2017, Italia	<ul style="list-style-type: none"> <li>1700 kilpirauhaspotilaan tarkastelu v. 2004–2016, leikkaukset 23 tunnin mallilla</li> <li>23 tunnin kirurgian malli otettu käyttöön Palermossa v. 2004</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>harvalle potilaalle sattui vakavia komplikaatioita (hematooma, äänihuulihermon halvaus) sairaalassaolon jälkeen</li> <li>hypokalsemia tavallisin, mutta helpohoitoinen seuraus leikkauksesta</li> <li>23 tunnin malli toimii kilpirauhaspotilailla hyvin, lisäksi resursseja säästyy</li> </ul>
A short-stay unit for thyroidectomy increases discharge efficiency  Vrabec ym. 2013, USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>kilpirauhasen poistoleikkauspotilaiden kotiutusajan ja hoidon tehokkuuden vertailu erään kirurgisen osaston ja lyhythoitoyksikön välillä</li> <li>yksi lyhythoitoyksikön käyttämistä hoitopoluista vastaa herkoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>potilaat toipuvat kilpirauhasleikkauksesta hyvin yhden yön aikana</li> <li>lyhythoitoyksikkö kotiutti potilaat huomattavasti osastoa nopeammin</li> <li>nopeampaan kotiuttamiseen vaikutti esim. potilaiden kipulääkityksen muuttaminen suun kautta annettavaksi pian leikkauksen jälkeen, leikkauspotilaiden valinta tietyin kriteerein, potilaat itse jo valmiiksi tietoisia hoidon kulusta ja osasivat asennoitua nopeaan kotiuttamiseen</li> </ul>
Analysis of safety of short-stay thyroid surgery  Dedivitis ym. 2009, Brasilia	<ul style="list-style-type: none"> <li>tarkasteli herkoa vastaavan hoitopolun läpikäyneiden kilpirauhasleikkauspotilaiden mahdollisia komplikaatioita</li> <li>potilaita mukana 270</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>potilaista 1,48 % sai komplikaationa kurkunpään hermovaurion, 8,5 % tilapäisen hypoparatyreoosin ja 2,96 % pysyvän hypoparatyreoosin (lisäkilpirauhasen vajaatoiminnan)</li> <li>2,96% potilaista joutui jatkohoitoon myöhemmin, syynä hypokalsemia</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• komplikaatiot harvinaisia, sillä 98,5 % potilaista kotiutui suunnitellusti seuraavana aamuna</li> <li>• syy kotiutumisen viivästymiselle oli se, ettei syöminen ollut onnistunut</li> <li>• hoitopolku oli kilpirauhaspotilaille turvallinen ja tehokas, komplikaatiot riskit hyvin hallittavissa</li> </ul>
<p>Thyroid surgery as a 23-hour procedure</p> <p>Perera, Patel &amp; Law 2014, Iso-Britannia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pitkäaikaistutkimus, jossa seurattiin 23 h -hoitopolun kilpirauhasleikkausten turvallisuutta ja tehokkuutta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tavallisimpia esteitä hoitopolun käyttämiseksi olivat verenvuoto, kurkunpään hermohalvaus ja hypokalsemia (yleisin komplikaatio)</li> <li>• hoitopolku on kilpirauhaspotilaille turvallinen ja tehokas</li> <li>• komplikaatiot riski arvioitiin esteeksi lähinnä päiväkirurgisesti toteutettaville kilpirauhasleikkauksille</li> </ul>
<p>Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy</p> <p>Vaughan, Gurusamy &amp; Davidson 2013, Iso-Britannia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vertaili potilasturvallisuuden näkökulmasta päiväkirurgisia ja sairaalaan yön yli jääviä potilaita, joille oli tehty laparoskopoinen kolekystektomia (sappirakon poisto tähytyksessä)</li> <li>• menetelmänä tietokantadatan analysointi</li> <li>• vertaili mm. kuolleisuutta, komplikaatioita ja elämänlaatua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ei havaittu eroja hoitopolkujen välillä, kun tarkasteltiin esim. potilaiden kykyä palata normaaliin arkeen ja työelämään</li> <li>• hyvä kivunhoito edellytys leikkauspotilaan hyvälle elämänlaadulle</li> <li>• yön yli viipyminen ei luultavasti vaikuta kuolleisuuteen, varsinkin kun toimenpiteeseen liittyy muutenkin vähäinen kuolleisuus</li> <li>• vakavat haittavaikutukset havaitaan ehkä paremmin, jos potilas olisi yön sairaalassa, mutta ne ovat harvinaisia</li> <li>• päiväkirurginen kolekystektomia on kustannustehokkaampi hoitomuoto</li> </ul>
<p>Day case and short stay surgery: 2</p> <p>Verma ym. 2011, Iso-Britannia ja Irlanti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• käsitteenä 23 tunnin malli</li> <li>• 23 tunnin ja lyhytoikeuden kirurgian potilaat määriteltä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 tunnin malli sopii päiväkirurgiaan verrattuna hieman monimutkaisempaan leikkaukseen tuleville</li> </ul>

	<p>sairaalapotilaiksi (inpatient), mutta hoidon periaatteet noudattavat pitkälti päiväkirurgista prosessia (outpatient)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 tunnin mallin tavoitteena tehostaa toipumista, parantaa hoidon laatua, vähentää postoperatiivisten komplikaatioiden esiintymistä ja vähentää sairaalassaoloaikaa</li> <li>• merkitystä esim. potilaan preoperatiivisella valmistelulla, potilaan hyvällä tiedonsaannilla ja erilaisilla toipumista edistävillä käytännöillä hoidon aikana</li> </ul>
<p>Results and limitations of outpatient and overnight stay laminectomies for lumbar spinal stenosis</p> <p>Yen &amp; Albargi 2017, Kanada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• millaisia vaikutuksia postoperatiivisen hoitoajan lyhentämisellä on laminektomiapotilaiden hoitoon (selkäydinkanavan avarrus)</li> <li>• potilaat hoidettiin joko päiväkirurgiaa tai herkoa vastaavilla hoitopoluilla tai pidemmän aikaa osastolla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• suurin osa potilaista hoidettiin yhden hoitopäivän ajan, toiseksi eniten päiväkirurgisina, kolmanneksi eniten kahden hoitopäivän ajan, neljänneksi eniten herko-potilaina ja kaikista vähiten kolmen tai useamman hoitopäivän ajan</li> <li>• vaihtelun syiksi arvioitiin mm. potilaiden lisäsairastavuus, tarvittavan avun puuttuminen kotona, erilaiset ASA-luokitukset ja potilaiden ikä</li> <li>• laminektomiapotilaiden hoito päiväkirurgisina tai herko-potilaina on turvallista, kunhan potilasvalinta tehdään huolellisesti</li> </ul>
<p>Nurse-led discharge</p> <p>Page 2010, USA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sairaanhoitajan artikkeli</li> <li>• tarkasteli 23 h -toimintaa ja hoitajan roolia ja vastuuta etenkin potilaiden kotiuttamisen suhteen</li> <li>• tarkastelun kohteena eräs amerikkalaisairaala, jossa 23 h -toiminta oli otettu käyttöön v. 1997</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hoitopolun käyttöönoton myötä sairaanhoitajien merkitys korostui, sillä heidän oli huomioitava esim. eri aikaan tapahtuvien leikkausten aika-aulutus, potilaspaikkojen hallinta, erityishuomiota tarvitsevat potilaat, potilaiden tarpeet postoperatiivisessa hoidossa, kotiuttamiset sekä mahdolliset viivästykset</li> <li>• käyttöön otettu check-lista ja riskiarviointi, joiden avulla arvioitiin potilaan kotiutuskelpoisuus</li> <li>• potilaspaikkoja oltava riittävästi, tai vaarana on, että paine potilaiden ripeämpään kotiuttamiseen kasvaa ja potilasturvallisuus kärsii</li> </ul>



### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajien kokemuksia heräämössä yöpyvien ja sieltä kotiutuvien potilaiden hoidosta. Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää saatujen tulosten avulla heräämössä yöpyvien ja sieltä kotiutuvien potilaiden hoitoprosessia.

Tutkimuskysymykseni ovat seuraavat:

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on heräämössä yöpyvien ja sieltä kotiutuvien potilaiden hoitotyöstä?
2. Mitä heräämössä yöpyvien ja sieltä kotiutuvien potilaiden hoitotyössä tulisi sairaanhoitajien mielestä kehittää?

Tutkimuskysymykseni ovat oleellisia, koska käytännön työtä leikkauspotilaiden kanssa tekevät juuri sairaanhoitajat ja heidän kokemuksensa perustuvat työssä tehtyihin havaintoihin. Sairaanhoitajien kokemuksia selvittämällä onkin mahdollista saada arvokasta tietoa toiminnan kehittämistä varten.

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄT

Seuraavassa kuvaan opinnäytetyöhöni valitsemani tutkimusmenetelmät teoreettisella tasolla, tutkimuksen toteutuksen käytännössä, aineiston dokumentoinnin sekä aineiston analysoinnin etenemisen.

### 4.1 Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu

Toteutin opinnäytetyöni kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, jonka yleisenä tavoitteena on kartoittaa ihmisten omat kuvaukset koetusta todellisuudestaan (Vilkkä 2015, 118). Tutkimusmenetelmänä käytin haastattelua. Haastattelututkimuksen erityispiirteinä on se, että se mahdollistaa suoran vuorovaikutuksen tutkittavan kanssa. Haastattelu on menetelmänä joustava, melko helposti säädeltävä ja vastausten monipuolisemman tulkinnan mahdollistava (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 204–205). Valitsin haastattelun opinnäytetyöni tutkimusmenetelmäksi, koska arvelin sen tuovan laajempia ja monipuolisempia vastauksia kuin esimerkiksi sähköisesti toteutettava kysely. Haastatteluteemat on mahdollista laatia kyselyä vapaammin ja keskustelua voi syntyä haastattelutilanteessa luontevammin. Aiemmissa sairaanhoitajien kokemuksia herko-toiminnasta kartoittavissa opinnäytetöissä on yleisesti käytetty menetelmänä juuri haastattelututkimusta (Helminen & Kohvakka 2018; Suonpää 2015).

Haastattelututkimuksen haasteina ovat, että se vaatii aikaa, huolellista valmistautumista, haastateltavan luontevaa suhtautumista tilanteeseen ja mahdollisten virhelähteiden huomiointia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 206–207). Tähän varauduin miettimällä haastatteluteemat tutkimukseeni sopiviksi, valmistautumalla hyvin, tiedottamalla tutkimuksesta ja sopimalla käytännön järjestelyistä hyvissä ajoin leikkaus- ja anestesiaosaston kanssa sekä tekemällä huolellista työtä koko prosessin ajan. Toteutin haastattelut yksilöhaastatteluina, koska haastateltavan nimettömänä pysyminen on tärkeää, ja tämä ei toteutuisi esimerkiksi pari- tai ryhmähaastattelussa kovin hyvin.

Käytin haastattelumenetelmänä teemahaastattelua, joka on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelun teemat ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys

puuttuvat (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208; Vilka 2015, 124). Teemahaastattelussa tutkimuskysymyksistä poimitaan keskeiset teemat, joita on tarpeen käsitellä, jotta kysymyksiin on mahdollista vastata. Tavoitteena on, että haastatteluteemat käsitellään luontevasti ja haastattelutavalla on mahdollisuus antaa oma kuvauksensa kaikista teemoista (Vilka 2015, 124). Teemahaastattelu oli sopiva menetelmä opinnäytetyössäni käsiteltävään ilmiöön, koska lomakehaastattelu saattaisi rajoittaa vastauksia liikaa ja avoin haastattelu voi toisaalta olla liian vapaamuotoinen, jolloin se ei välttämättä saisi aikaan tarpeeksi käyttökelpoista haastatteluaineistoa.

Haastattelututkimuksen käytännön toteutusta suunnitellessa on huomioitava aineiston koko ja edustavuus. Haastateltavia on oltava tarpeeksi monta, mutta aikaa ei myöskään ole rajattomasti saatavilla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston koko voi vaihdella paljonkin, koska tutkimuksessa ei etsitä esimerkiksi tilastollisia säännönmukaisuuksia, vaan tavoitellaan tarkasteltavan ilmiön ymmärtämistä tutkimukselle asetetun tarkoituksen mukaisesti. Niinpä esimerkiksi haastatteluita voi joissakin tutkimuksissa olla vain pieni määrä, jolloin voi syntyä jo hyvinkin paljon laadukasta keskusteluaineistoa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 181; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110; Vilka 2015, 150). Kun keskitytään tutkittavien määrän sijasta kokemuksiin ja niiden laatuun, valitaan tutkimukseen usein henkilöitä, joilla on paljon tietoa tutkittavasta asiasta. Lisäksi pyrkimyksenä on usein saturaatio eli tilanne, jossa tietoa kootaan, kunnes aiheesta ei enää saada uutta tietoa. Lähtökohtana on tällöin, että valittu aineiston määrä tuo riittävästi esille haetun teoreettisen perusnäkökulman (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110; Vilka 2015, 152).

#### 4.2 Haastattelujen toteuttaminen ja aineiston dokumentointi

Kävin joulukuussa 2018 tiedottamassa opinnäytetyöstäni leikkaus- ja anestesiaosastolla Kainuun keskussairaalassa, jolloin työntekijät saivat tiedon tulevasta tutkimuksesta ja haastateltavaksi ilmoittautumisen mahdollisuudesta. Huolehdimme yhdessä toimeksiantajan kanssa, että työntekijöiden saatavilla oli tiedotteita tutkimuksesta (liite 1). Tiedotteessa oli opinnäytetyön perustietojen ja tekijän yhteystietojen lisäksi tiedot siitä, keille henkilöille leikkaus- ja anestesiaosastolla voi ilmoittautua haastateltavaksi. Lisäksi toimeksiantaja huolehti siitä, että ilmoittautuneet saivat haastatteluteemat tutustuttavaksi etukäteen (liite 2).

Haastateltaviksi pyrittiin saamaan henkilöitä, jotka täyttivät opinnäytetyön tekijän ja toimeksiantajan yhdessä sopimat kriteerit. Kriteereinä olivat, että haastateltavat ovat vähintään puolen vuoden ajan tehneet pääsääntöisesti heräämötyötä, jossa hoidetaan säännöllisesti herko-potilaita. Lisäksi kriteerinä oli, että haastateltavat tekevät ainakin kahta eri työvuoroa (aamu-, ilta- tai yövuoro), jotta eri vuorokaudenaikoina heräämössä työskentelevien hoitajien näkemykset ja kehitysehdotukset tulisivat mahdollisimman hyvin huomioiduiksi, kuitenkin niin, ettei vastausaineisto painottuisi liikaa johonkin tiettyyn vuorokaudenaikaan työskenteleviin.

Tavoitteeni oli alun perin, että haastattelin opinnäytetyötäni varten 7 sairaanhoitajaa, mutta varauduin myös siihen, ettei määrä täytyisi. Lopullinen haastateltavieni määrä oli 5 sairaanhoitajaa, mikä osoittautui hyvin riittäväksi määräksi aineiston kokoamiseen. Tarkoitus oli samalla varmistaa haastateltavien tarpeeksi suuren joukon myötä, ettei yksittäisiä henkilöitä voi tunnistaa heidän joukostaan. Haastattelut toteutettiin tammikuussa 2019 kolmena eri päivänä leikkaus- ja anestesiaosastolla Kainuun keskussairaalassa työhuoneessa, jossa haastattelun vaatima työrauha toteutui hyvin. Haastattelujen kesto oli keskimäärin puoli tuntia ja ne ajoitettiin toimeksiantajan toimesta ajankohtiin, jolloin haastatteluun tulo vaikutti mahdollisimman vähän osallistujien työpäivään.

Haastateltavalle annettiin ensin allekirjoitettavaksi suostumuslomake (liite 3). Lisäksi kysyin esitietokysymykset varmistaakseni valintakriteerien täyttymisen, ja jokaisen kohdalla ne täyttyivätkin. Itse haastattelu toteutettiin käymällä haastateltavien kanssa läpi haastatteluteemat, jättäen kuitenkin tilaa myös vapaalle keskustelulle. Haastattelut sujuivat hyvin ja keskustelut olivat luontevia. Esitin jonkin verran myös jatkokysymyksiä, jos niitä tuli tilanteessa mieleen. Kirjoitin haastateltavien kommentit ylös tietokoneella samaan aikaan, kun keskustelimme. Ilmoitin tästä ennen haastattelun alkamista, jotta asia ei tulisi haastateltavalle yllätyksenä.

Haastattelujen lopuksi kävimme vertaisteni esittämän ehdotuksen mukaisesti kirjoittamani vastaukset läpi jokaisen osallistujan kanssa, jotta aineistoon ei jäisi epäselvyyksiä. Tämä osoittautui hyödylliseksi vaiheeksi, sillä useammalle tuli vielä tässä vaiheessa mieleen lisää ajatuksia teemoihin liittyen. Epäselvyyksiä tai väärin kirjattuja asioita ei aineistoa läpikäydessä ilmennyt minkään haastattelun kohdalla. Kaikki haastatteluaineistot kirjattiin täysin nimettöminä ja ne tallennettiin salasanalla suojatulle kannettavalle tietokoneelle, mistä myös informoin kaikkia haastateltavia. Aineistonhallintasuunnitelmani on kuvattu tarkemmin liitteessä 4.

Haastattelun päätyttyä kirjoitin kommentit välittömästi puhtaaksi, jotta en unohtaisi mitään oleellista keskustelusta ja että varmasti ymmärtäisin kaiken lyhenteistä, joita kirjauksissani käytin. Erottelin kommentit omille riveilleen, jotta seuraavassa vaiheessa tehtävä sisällönanalyysi helpotuisi. Valmista haastatteluaineistoa syntyi puhtaaksi kirjoittamisen, otsikoiden poistamisen ja omille riveilleen erottelun jälkeen 7,5 sivua käyttäessäni Arial-fonttia koolla 11 ja riviväliä 1,5.

### 4.3 Sisällönanalyysi

Haastattelussa saadun vastausaineiston analysoinnissa käytin menetelmänä sisällönanalyysiä, joka on tavallinen laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä (Kyngäs ym. 2011, 139). Menetelmä keskittyy nimensä mukaisesti kielen sisällön tarkastelemiseen ja se on yleisesti käytössä hoitotieteellisessä tutkimuksessa, jossa käsitellään usein laaja-alaisia ja herkkiäkin näkökohtia sisältäviä ilmiöitä (Elo & Kyngäs 2008, 114; Kyngäs ym. 2011, 139). Menetelmä sopii hyvin esimerkiksi haastattelujen analysointiin ja sen tarkoituksena on luoda kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleistetyssä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117). Menetelmä voidaan jakaa vielä tarkemmin aineisto- ja teorialähtöiseen sisällönanalyysiin, joista käytän omassa opinnäytetyössäni ensiksi mainittua. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitellaan esimerkiksi toiminnan logiikan tai tyyppikertomuksen löytämistä tutkimusaineistosta (Vilka 2015, 163–164).

Toteutin sisällönanalyysin vaihe vaiheelta Tuomen ja Sarajärven (2018) teoksen ohjeiden mukaisesti. Niiden mukaan sisällönanalyysi alkaa siitä, että tekijä päättää, mikä aineistossa kiinnostaa. Aineisto käydään läpi ja kiinnostuksen herättävät asiat erotellaan ja merkitään. Kaikki muu jätetään pois tutkimuksesta, koska kaikkia esille tulevia asioita ei ole mahdollista käsitellä yhdessä työssä. Merkityt asiat kerätään yhteen ja erilleen muusta aineistosta, ja ne luokitellaan, teemoitetaan tai tyyppitellään. Lopuksi kirjoitetaan yhteenveto (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104).

Käytännössä haastattelut käydään ensin läpi ja litteroidaan, minkä tein itse jo haastattelujen aikana. Tämän jälkeen luin kaikki haastatteluaineistot läpi huolellisesti. Seuraavassa vaiheessa alkuperäisdata pelkistetään eli redusoidaan niin, että aineistosta karsitaan pois kaikki tutkimukselle epäoleellinen esimerkiksi etsimällä ja alleviivaamalla tutkimuskysymyksiä kuvaavia alkuperäis- ja pelkistettyjä ilmaisuja (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123). Kävin itse haastatteluaineistot läpi yksi

kerrallaan ja merkitsin samankaltaisia ilmiöitä edustavat kommentit omilla väreillään. Tässä vaiheessa en jättänyt vielä mitään pois aineistosta.

Tämän jälkeen listasin kaikki merkityt kommentit yhteen listaan ja ryhdyin etsimään samoilla väreillä merkityistä kommentteista samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Yhdistelin samaa tarkoittavia kommentteja ja säilytin keskenään erilaiset, mutta samaa ilmiötä kuvastavat kommentit ominaan. Tämän vaiheen tarkoituksena on luoda pohja klusteroinnille, jossa samaa ilmiötä kuvastavat ilmaukset yhdistetään omiksi ryhmikseen ja luodaan pohja tutkittavalle ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123–124).

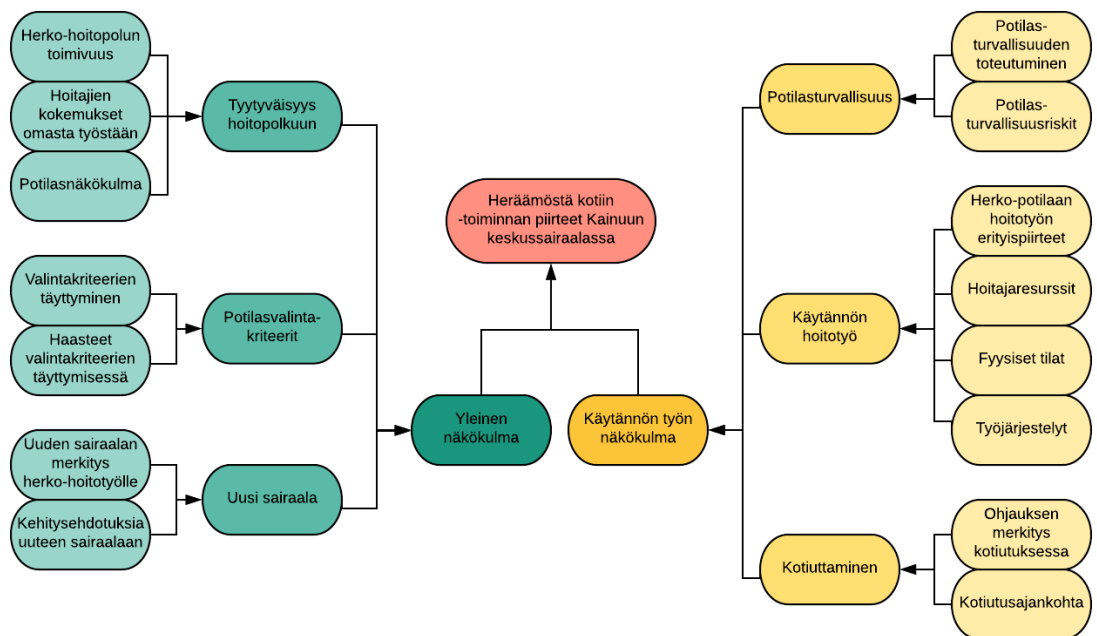
Klusterointivaiheessa loin kommentteista alaluokat, jotka nimesin luokan sisältöä kuvaavilla nimillä. Tein tiettyjä rajanvetoja yhdistellessäni alkuperäisilmaisuja: kun tarkastelin esimerkiksi yleisesti hoitotyöhön liittyviä haasteita, päätin jaotella ne mieluummin haasteisiin liittyvän tilanteen tai tyyppin mukaan, koska silloin ne muodostuivat paremmin luokiksi ja niihin oli mahdollista yhdistää muitakin samaan teemaan liittyviä kommentteja. Tavoittelin kuitenkin itsenäistä luokittelutapaa suhteessa haastatteluteemoihin.

Luokittelua jatketaan klusteroinnin jälkeen siten, että alaluokkia yhdistelemällä muodostetaan yläluokkia ja niitä yhdistelemällä pääluokkia, jotka nimetään aineistosta nousevan aiheen mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124–125; Vilka 2015, 163–164). Lopuksi aineisto abstrahoidaan eli käsitteellistetään: aineistosta muodostetaan kokoava käsite, joka kuvaa tutkimuskohdetta muodostettujen käsitteiden avulla (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124–125, 127). Lopputulosta tulee lopuksi tarkastella tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen avulla eli vertailemalla sitä aiempaan tutkimustietoon (Vilka 2015, 170). Liitteessä 5 on kuvattu esimerkkien avulla oman tutkimusaineiston luokittelua aineistosta poimituista alkuperäisilmaisuista ala-, ylä- ja pääluokiksi.

Sisällönanalyysin haasteina ovat liiallinen tulkinnanvaraisuus ja laajuus, jotka tosin ovat haasteita kaikessa laadullisessa tutkimuksessa (Elo & Kyngäs 2008, 114). Näihin haasteisiin vastasin suunnittelemalla analyysin huolellisesti, muodostamalla selkeitä luokkia ja pitämällä tutkimuskysymykset koko ajan mielessä analyysin aikana. Sisällönanalyysin toinen heikkous on, että tutkimus saattaa jäädä keskeneräisen oloiseksi, jos itse analyysiä on kuvattu tarkasti mutta sen tuloksista ei ole esitetty tarpeeksi mielekkäitä johtopäätöksiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 117). Tähän haasteeseen vastasin keskittymällä johtopäätösten tekemiseen huolellisesti miettien sekä teoriaa ja tuloksia yhdistellen.

## 5 TULOKSET

Haastattelututkimus ja saadun aineiston sisällönanalyysi tuottivat monipuolisia tuloksia eri teemoista, joita tutkimuksessa käsiteltiin. Kuvassa 1 esitellään sisällönanalyysin tuottamat 15 alaluokkaa (reunoissa), niistä muodostuvat kuusi yläluokkaa, kaksi pääluokkaa sekä koko analyysin ko-koava käsite (keskellä). Seuraavassa kuvailen sanallisesti tarkemmin haastattelututkimuksen tuloksia jaotellen ne yläluokkien mukaisesti. Luokituksen pohjana toimiviin haastateltavien kommentteihin voi tutustua tarkemmin liitteessä 5.



Kuva 1. Haastattelututkimuksen tulokset sisällönanalyysin jälkeen.

### 5.1 Tyytyväisyys hoitopolkuun

Haastateltavien mukaan herko-hoitopolku on pääosin toimiva ja selkeä hoitopolku. Nykyinen potilasmäärä koettiin melko hyväksi, kuin myös se, että potilaita ei tarvitse siirrellä yhtä paljon kuin esimerkiksi osastolle vietäviä potilaita. Myös osastojen kuormituksen arveltiin vähenevän, kun

pienempiä toimenpiteitä hoidetaan herko-hoitopolun mukaan. Lisäksi hyvinä asioina koettiin esimiesten kiinnostus kehittää työtä sekä pienen sairaalan edut esimerkiksi potilaiden tuloaikojen ja kuvantamisten joustavan järjestämisen suhteen.

Haastateltavat kokivat, että herko-potilaiden hoitotyö on tuonut heidän työhönsä joustavuutta, kokemusta, itsevarmuutta ja mukavaa vaihtelua. Eri erikoisalojen potilaiden hoitaminen koettiin rikkautena ja mielenkiintoa ylläpitävänä seikkana, kun potilaat ja toimenpiteet ovat erilaisia ja samat toimenpiteet voivat merkitä eri asioita eri potilaiden kohdalla. Työkierto ja työilmapiiri koettiin myös hyväksi. Hoitajat olivat saaneet hyvin koulutusta ja pitivät perehdytyskansion ja päivitettyjen ohjeiden saatavuutta toimintaa tukevinä asioina.

Haastateltavien mukaan potilaat ovat olleet tyytyväisiä, antaneet hyvää palautetta ja pitäneet erityisesti ripeästä ja sujuvasta kotiutumisesta. Herko-hoitopolkua pidettiin hyvin potilaslähtöisenä. Hoidon lyhytaikaisuus on haastateltavien mukaan potilaalle etu myös esimerkiksi infektoriskin pienenemisen myötä, minkä lisäksi koko ajan potilaiden lähellä olevat hoitajat pystyvät tarjoamaan yksilöllisempää hoitoa ja nopeampaa reagointia eri tilanteisiin kuin esimerkiksi osasto-olosuhteissa.

## 5.2 Potilasvalintakriteerit

Herko-hoitopolku toimii haastateltavien mukaan niin kauan, kun potilaat ovat valintakriteerien mukaisia. Potilaat on valikoitu niin, että he ovat aamulla kotiutuskuntoisia. Valintakriteerien koettiin täyttyvän pääosin hyvin ja potilaiden sopineen herko-potilaiksi. Harvoja potilaita on tarvinnut siirtää osastolle jatkohoitoon. Esille kuitenkin nousi, että uusien herko-potilaiden, kuten selkäleikkauspotilaiden kohdalla olisi ehkä syytä miettiä valinnan kriteereitä esimerkiksi toipumisenusteen tai leikkauksen vaativuuden mukaan. Lisäksi hoitajat eivät valintakriteereihin vaikuta, vaan lääkärit valitsevat hoitopolun. Haastateltavien mielestä olisikin kiinnostavaa tietää, onko lääkäreillä käytössään jokin tietty kriteeristö.

Haastateltavien mukaan potilasvalintakriteerien täyttymisessä tulee haasteita, jos potilaat ovat huonokuntoisia esimerkiksi perussairausten tai muistisairausten vuoksi, tai jos he ovat esimerkiksi halvaantuneita tai muuten kahden autettavia. Haasteeksi koettiin erityisesti se, että yö- ja osin



myös iltavuorossa on vain yksi hoitaja herko-potilaiden kanssa. Moni miettikin, onko potilasvalintoja aina katsottu ihan loppuun asti. Lisäksi ajatuksia herätti, meneekö potilasmateriaali kenties haastavampaan suuntaan, jos jossakin vaiheessa siirrytään useamman yöhoitajan käyttöön.

### 5.3 Uusi sairaala

Haastateltavista moni ajatteli, että uudessa sairaalassa herko-toiminta, -potilaiden määrä, -potilaspaikat ja -potilasryhmät tulevat todennäköisesti kasvamaan. Uudessa sairaalassa tulee olemaan käytössä yksi heräämö. Myöskin heräämön aukiolo ja leikkausajankohdat tulevat mahdollisesti lisääntymään nykyisestä ja herko-toiminnasta tulee todennäköisesti täysin normaalitoimintaa uudessa sairaalassa. Itse herko-toiminnan arveltiin kuitenkin säilyvän hoitoprosessina nykyisessä muodossaan, ja hoitopolun kehittäminen nähtiin kannattavana potilaspaikkojen vähentämisen vuoksi. Moni kuitenkin totesi, että itse käytännön toiminta nähdään vasta kun se oikeasti alkaa.

Haastateltavat arvelivat, että uuden sairaalan myötä hoitajille on todennäköisesti tiedossa enemmän työnkiertoa, jolloin yhä useampi työntekijä tulee olemaan tekemisissä hoitopolun kanssa. Esille tuli, että kyseisestä asiasta on ollut myös ilmoilla hieman negatiivistakin ajattelua leikkaus- ja anestesiaosastolla, mutta järjestelyn taustalla on haastateltavien mukaan se, että uudessa sairaalassa tulee todennäköisesti olemaan vähemmän leikkaussaleja ja työpaikkojen säilyttämiseksi on toiminnan painotuttava enemmän heräämöpuoleen. Tämän vuoksi arveltiin, että henkilöstöä saattaa olla pakko kouluttaa heräämötöihin esimerkiksi myös instrumenttipuolelta. Esille tuli myös näkökulma siitä, että tämä voidaan toisaalta nähdä työn monipuolisuuden lisääntymisenä.

Uudelta sairaalalta toivottiin haastatteluissa muun muassa tehokkaampaa resurssien käyttöä, parempia tiloja ja omaa tiimiä herko-toiminnalle. Lisäksi haastatteluissa nousi kysymys siitä, toteutuuko potilaiden intimitteettisuoja, jos herko-potilaat voivat liikkua vapaasti isossa heräämössä, jossa on myös muita leikkauspotilaita.

#### 5.4 Potilasturvallisuus

Tärkeimpinä asioina heräämötyössä pidettiin haastatteluissa sitä, että potilaat saavat laadukasta, turvallista ja oikea-aikaista hoitoa. Potilasturvallisuuden koettiin toteutuvan. Turvallisuutta parantaa haastateltavien mukaan potilaiden pieni määrä, valikoituvuus ja se, että hoitaja on koko ajan heidän lähellä. Esille tuli, että myös potilaan itsensä vastuulla on kertoa, tarvitseeko hän jotakin, ja tarvittaessa potilaita on mahdollisuus valvoa monitoreilla. Suurimmalle osalle haastateltavista ei ollut tullut vastaan varsinaisia potilasturvallisuusriskejä. Turvajärjestelmä vaikutti olevan kaikille selkeä: apua heräämööseen saa tarvittaessa esimerkiksi leikkaustiimistä, MET-ryhmästä, anestesia-ääkäriltä tai puhelimen hälytysnapilla, joka kutsuu vartijan. Esille tuli, että potilailla ei ole soittokelloja, koska ne eivät toimi tarkoituksenmukaisella tavalla: sen sijaan hoitajat tekevät säännöllisiä tarkastuskierroksia ja kertovat potilaille olevansa huhuiltavissa paikalle, jos tarvetta tulee.

Potilasturvallisuuteen liittyvistä mahdollisista riskeistä mainittiin esimerkkeinä pyörtymiset, liukastumiset ja kaatumiset. Haastateltavien mukaan muistisairaat potilaat voivat myös tuoda omalta osaltaan riskejä esimerkiksi lähtemällä muualle vaeltamaan, jos hoitaja on vaikkapa auttamassa toista potilasta vessassa, tai mahdollisen aggressiivisuuden kautta. Käytännössä muistisairaiden kanssa ei ollut suurimmalle osalle tullut kuitenkaan ongelmia. Toinen turvallisuusasia, yksinolo töissä, nousi esiin lähes kaikissa haastatteluissa. Haastateltavien mukaan iltahoitajan yksinoloaika on lyhennetty mahdollisimman lyhyeksi, mutta yövuoroissa hoitajat ovat edelleen yksin. Asiaa pohdittiin esimerkiksi pitkien yövuorojen tuoman voimakkaan väsymyksen ja mahdollisen suuren potilasjoukon kanssa pärjäämisen näkökulmasta. Haastateltavat kertoivat, että leikkaustiimistä tullaan yöllä tauottamaan yksin olevaa heräämöhoidajaa, mutta jos he eivät leikkauksilta ehdi, voivat hoitajan tauot jäädä käytännössä pitämättä.

#### 5.5 Käytännön hoitotyö

Herko-potilaan käytännön hoitotyötä itsessään kuvattiin haastatteluissa kuin kenen tahansa muunkin potilaan hoitotyöksi. Esimerkiksi keskussairaalan ison heräämön hoitotyöstä sen kuitenkin kerrottiin eroavan hyvin paljon. Potilaat tulevat isoon heräämööseen suoraan leikkauksesta ja

heidän elintoimintojaan tarkkaillaan siellä muutaman tunnin ajan. Tämän jälkeen he siirtyvät päiväkirurgian puolelle viettämään illan ja yön, ja siellä hoitotyöhön kuuluukin haastateltavien mukaan paljon enemmän huomioitavia asioita: potilaiden mobilisointi, pahoinvoinnin ja kivun hoito, lääkärin tekstien läpikäynti ja kotiutusohjeiden antaminen, ruuan tarjoaminen ja itse kotiuttaminen. Haastateltavien mukaan hoitajan täytyykin eräällä tavalla asennoitua työhön vuodeosastomaisempana työnä. Potilaan omatoimisuuden tukeminen, kotona pärjäämiseen liittyvien asioiden huomiointi sekä ajan antaminen asioiden sisäistämiseen ja itse tekemiseen koettiin tärkeäksi.

Hoitajaresurssit tulivat haastatteluissa esille hyvin keskeisenä asiana. Kuten edellä mainittiin, iltaja yövuorojen tekeminen yksin koettiin haasteelliseksi, ja resurssien koettiin olevan riittämättömät etenkin suuren potilasmäärän tai suurihoitoisten potilaiden kanssa. Haastateltavat kokivatkin, että jos herko-potilasmäärät lisääntyvät, olisi myös työntekijämäärän hyvä lisääntyä. Lisäksi olisi hyvä olla selkeämpi järjestelmä siihen, mistä apua saa tarvittaessa. Moni haastateltava mainitsi myös epätasaisuuden potilasmäärissä: joinakin päivinä herko-potilaita voi olla hyvin vähän tai jopa vain yksi, joskus taas paikat ovat täynnä. Potilaat voivat joskus myös kotiutua samana päivänä voinnin salliessa, jolloin hoitaja voi jäädä tyhjän pantiksi. Haastatteluissa pohdittiin, olisiko syytä arvioida illalla, pärjääkö yksi hoitaja yöllä potilaiden kanssa vai pitäisikö potilaita siirtää osastolle tarvittaessa.

Fyysiset tilat koettiin monessa haastattelussa melko haastaviksi nykyisessä muodossaan. Siirtyminen isosta heräämöstä päiväkirurgian puolelle aiheuttaa haastateltavien mukaan suhteellisen paljon siirto- ja raportointikertoja, minkä lisäksi isojen potilassänkyjen kanssa on usein haasteellista pujotella ja sijoitella niitä sopiville paikoille. Haasteita kerrottiin tulevan myös siitä, että uudet leikkauspotilaat saapuvat aamulla klo 7, kun edellisen päivän potilaat ovat vielä paikalla.

Työjärjestelyihin liittyen haastatteluissa tuli useamman kerran puheeksi perehdytyksen ja erikoistumisen merkitys. Haastateltavien mukaan heräämötyö on oma alansa ja sisältää niin monen erikoisalan tuntemusta, että perehdytystä olisi syytä kehittää paremmaksi etenkin niiden hoitajien osalta, joiden ydinosaaminen on muussa tehtävässä. Lisäksi esille tuli ehdotus omien heräämöhoitajien käyttämisestä: he keskittyisivät heräämötyöhön ja osaisivat alakohtaiset hoito-ohjeet ja muut tarvittavat asiat. Työntekijöitä on myöskin saatettu laittaa heräämövuoroihin kysymättä, haluavatko he niitä tehdä, vaikka heräämötyö on hyvin erilaista kuin vaikkapa leikkaussalilyöntö- ja hoitotyö. Lisäksi haastatteluissa esitettiin idea järkevämmistä oheistoiminnoista: jos herko-poti-

laille olisi esimerkiksi kahvi- ja kuumavesiautomaatit sekä valmis eväsvitriini, voisivat potilaat ottaa syötävää omatoimisesti ja samalla hoitajien ei tarvitsisi laittaa kaiken muun työn ohella syötävää valmiiksi.

## 5.6 Kotiuttaminen

Haastatteluissa tuli selkeästi esille, että ohjauksen merkitys korostuu hyvin paljon kotiutustilanteissa. Haastateltavien mukaan potilaille on annettava niin hyvät ohjeet, että he selviytyvät varmasti kotona ja osaavat kiinnittää huomiota oikeisiin asioihin. Hoitajien on osattava ohjeistaa kaikki erilaiset leikkauspotilaat, mutta erilaisiin tapauksiin on onneksi ohjeet olemassa. Ohjeet on hyvä käydä huolella läpi yhdessä potilaan kanssa, koska niissä voi olla hyvinkin paljon informaatiota. Hoitajien on myös huomioitava ohjauksen ajankohta, että potilas on vastaanottavassa tilassa, sillä väsähtänyt tai huonovointinen potilas ei välttämättä pysty ottamaan ohjeita vastaan. Hoitajien onkin tarkkailtava, ymmärtääkö potilas ohjeet. Muistisairaiden potilaiden kotiutusohjeet on haastateltavien mukaan usein syytä kertoa omaisille. Asioista muistutellaan ja niitä kerrataan potilaiden kanssa, ja haastateltavat kertoivat, että potilaat yleensä ymmärtävät ohjeet hyvin. Esille tuli, että jos potilas soittaa jälkikäteen epäselväksi jääneestä asiasta, koskevat puhelut yleensä haavasidoksia tai kivunhoitoa.

Kun potilaita ohjeistetaan aamulla tulevasta kotiutuksesta hyvin, he osaavat haastateltavien mukaan asennoitua siihen hyvin ja kiinnittää huomiota esimerkiksi sängystä nousemiseen, kivun ja pahoinvoinnin hallintaan ja yleisestikin omasta toiminnasta vastuun ottamiseen. Kotiutusten kerrottiinkin sujuvan nykyisin varsin jouhevasti, kun taas aiempina vuosina potilaat saattoivat yllättyä kotiutusajankohdasta, koska sitä ei oltu kerrottu niin selkeästi. Haastateltavien mukaan potilaat saattavat joskus haluta kotiin jo illalla tai aamuyöllä, jolloin kotiutuminen riippuu potilaan voinnista ja tilanteet hoidetaan joustavasti. Potilaan paperit ja asiat pyritään järjestelemään niin, että itse kotiuttaminen olisi sujuvaa. Moni näki tärkeäksi, että kotiutustilanne olisi potilaalle mahdollisimman rauhallinen.

Haastatteluissa tuli esille, että aamuinen kotiutusajankohta voi myös asettaa haasteita, esimerkiksi jos potilaalla on vielä aamullakin kipuja tai huonovointisuutta. Lähtöajasta on joustettu kyllä,

mutta haastateltavien mukaan rajoitteita asettavat tilojen saatavuus sekä tehtävänjako: selvittävätkö esimerkiksi aamuvuoron hoitajat, siirtyykö potilas osastolle ja hoitavat asian, vaikka uusien leikkauspotilaita on tulossa? Esille tuli, että tarvetta olisi selkeämmälle työnjaolle, jossa aamulla joku ottaisi selkeämmin vastuun potilaasta yöhoitajan lähtiessä. Lisäksi yövuorossa olevat hoitajat tekevät usein potilaasta kirjaukset valmiiksi, mutta koska potilaat eivät kotiudu heidän työvuoronsa aikana eivätkä he siis ole sitä näkemässä, ei heistä välttämättä tunnu oikealta kirjoittaa, miten kotiutuminen sujui. Haastatteluissa nousikin esille ehdotus kotiutushoitajan hankkimisesta: hän ottaisi vastuun aamulla kotiutuvista potilaista, arvioisi heidän kotiutuskuntonsa, tekisi kirjausten perusteella koosteen potilaan toipumisesta ja toteutuneesta ohjauksesta sekä kertaisi potilaiden kanssa kotihoito-ohjeet ja antaisi aikaa kysymyksille. Kotiutushoitaja nähtiinkin työnkuvaa selkeyttävänä osapuolena.

## 6 POHDINTA

Heräämöstä kotiin -toiminta on yleistynyt hoitopolku, jolle selkeää tarvetta nykytilanteessa, jossa potilaiden osastopaikkoja ja sairaalassaoloaikaa vähennetään ja tilalle tuodaan erilaisia lyhytkestoisia hoitopolkuja. Herko-toiminta on aloitettu jo monessa Suomen sairaalassa ja se toimii niissä kaikissa samalla periaatteella, mutta hieman erilaisin käytännön toteutuksin. Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin herko-toimintaa Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tutkimuksen keskiössä olivat sairaanhoitajien näkemykset hoitopolun toimivuudesta, koska juuri hoitajat näkevät käytännön työssään herko-toiminnan hyvät ja huonot puolet, eikä heidän kokemuksiaan ole vielä tässä tutkimuspaikassa ehditty kartoittaa.

Opinnäytetyössäni sain selville varsin laajasti sairaanhoitajien kokemuksia herko-potilaiden hoitotyöstä. Haastattelututkimuksen tuloksille suoritetun sisällönanalyysin jälkeen tulokseksi saatiin peräti 15 alaluokkaa, jotka jaoteltiin edelleen 6 yläluokaksi, kahdeksi pääluokaksi ja kokoavaksi käsitteeksi (kuva 1). Haastatteluissa syntynyttä keskustelua ohjasivat haastatteluteemat (liite 2), jotka oli laadittu tutkimuskysymyksiin pohjaten ja yhdessä toimeksiantajan kanssa mahdollisimman kattaviksi. Teemoja voidaan pitää onnistuneina, koska niiden ulkopuolelta ei ollut kovin paljon tarvetta keskustella haastatteluissa, vaan ydinasiat tulivat niiden pohjalta esille. Niinpä myös saatuja tuloksia voitaneen pitää tarpeeksi kattavina ja luotettavina.

Kehitettävää opinnäytetyöprosessissani löytyy esimerkiksi sisällönanalyysin toteuttamisessa. Sain haastattelujen myötä hyvin laajasti aineistoa, jonka jaottelussa pyrin välttämään haastatteluteemojen käyttöä, vaikkakin aineisto rakentui luonnollisesti niiden ympärille tutkimusmenetelmän luonteesta johtuen. Toteutuneet sisällönanalyysin luokat kuitenkin noudattelivat jonkin verran haastatteluteemoja yrityksistäni huolimatta, koska jouduin tekemään tiettyjä linjanvetoja aineistoa luokitellessani: esimerkiksi jos tarkastelin yleisesti hoitotyössä kohdattuja haasteita, oli mielestäni järkevämpää luokitella ne haasteisiin liittyvien tilanteiden tai tyyppien mukaan eikä vain yhdeksi isoksi kokonaisuudeksi. Tällöin tulokseni oli sisällönanalyysin luokittelu, joka sisältää tietyssä määrin samankaltaisuuksia haastatteluteemoihin verrattuna.

Mielestäni opinnäytetyöni tarkoitus ja tavoite täyttyivät odotetusti. Erityisesti tavoitteen osalta toivon, että työni tuloksista on toimeksiantajalle hyötyä toiminnan kehittämistä varten. Vastasin

mielestäni myös tutkimuskysymyksiini. Sairaanhoidajien kokemukset herko-potilaiden hoitotyöstä selviävät varsin kattavasti tuloksista ja sisällönanalyysin koontikuvasta (kuva 1). Sairaanhoidajien näkemyksiä toiminnan kehittämistä taas esittelen seuraavaksi kehittämissuositusten muodossa.

### 6.1 Kehittämissuositukset

Opinnäytetyöni tuloksissa nousi esille konkreettisia kehittämissuosituksia herko-toimintaan liittyen, minkä lisäksi poimin tuloksista myös ajatuksia toiminnan nykyisistä haasteista ja niiden mahdollisista ratkaisuista, jotka haastatteluissa tulivat esille. Seuraavassa esittelen nämä kaikki tarkemmin listattuna.

- Potilasvalintakriteerien tarkempi noudattaminen tai kriteerien soveltavuuden arviointi herko-potilaisiin (huomioiden etenkin kahden autettavat, muistisairaat ja muuten huonokuntoiset herko-potilaat)
- Yövuorot: useampi kuin yksi hoitaja yövuoroon, turvallisuus ja avun saaminen sekä tauottaminen selkeämmäksi
- Uusi sairaala: työntekijäresurssien tehokkaampi käyttö, paremmat tilat, potilaiden intimitetisuojan huomiointi, oma herko-tiimi, muuttuvaan työkiertoon liittyviä ratkaisuja henkilöstön osalta
- Tasaisempien herko-potilasmäärien suunnitteleminen
- Ratkaisuja hoitajaresursseihin liittyviin haasteisiin:
  - jos potilas kotiutuu suunniteltua aiemmin ja hoitaja jää tyhjän pantiksi
  - jos potilaita on niin paljon, ettei ole varmuutta, pärjääkö yöhoitaja heidän kanssaan varmasti yksin
- Tehokkaampi perehdytys heräämötyöhön ja eri erikoisalojen leikkauspotilaiden erityispiirteisiin

- Omat heräämöhoitajat
- Oheistoimintojen järjeistäminen: potilaille esimerkiksi oma kahvi- ja kuumavesiautomaatti sekä eväsvitriini
- Kotiutushoitaja (etenkin yö- ja aamuvuoron työnjaollisia haasteita selvittämään)

Kehittämisehdotuksia nousi tutkimukseni edetessä esille melko laajasti ja niistä näkyy mielestäni selkeästi, että sairaanhoitajien näkemysten selvittäminen tuo arvokasta tietoa herko-toiminnan hyvistä puolista ja mahdollisista kehittämiskohteista. Kehittämisehdotusten tarkoituksena on palvella erityisesti toimeksiantajan tarpeita, ja toivonkin, että niistä on konkreettista hyötyä toiminnan kehittämistä ajatellen.

## 6.2 Tulosten yhteys aiempaan tutkimukseen

Tutkimukseni tulokset ovat monilta osin yhteneväiset herko-toiminnasta aiemmin laadittujen opinnäytetöiden tulosten kanssa. Hoitopolkuun soveltuvien potilaiden valintaan tulisi kiinnittää huomiota (Helminen & Kohvakka 2018, 29; Suonpää 2015, 61), potilasturvallisuuden takaaminen koettiin tärkeäksi (Suonpää 2015, 60), herko-potilaiden hoidossa vaadittava osaaminen koettiin laajaksi (Suonpää 2015, 63) ja potilaiden ohjaamista ja riittävän tiedonsaannin varmistamista pidettiin keskeisenä asiana. Erityisesti potilaskeskeisyys nähtiin hoitopolun vahvuutena (Punkari 2017, 43; Suonpää 2015, 60). Mielestäni voidaan sanoa, että Suomen herko-toiminnassa näytävät painottuvan yleisellä tasolla jossain määrin samankaltaiset vahvuudet ja kehittämiskohteet sairaalasta riippumatta.

Mielestäni on tärkeää huomioida myös Rauhasalon (2003) esittämä näkökulma ikääntyneiden potilaiden huomioinnista lyhytaikaisemmassa leikkaushoidossa ja nopeassa kotiuttamisessa, koska väestön ikääntyminen aiheuttaa hyvin todennäköisesti sen, että myös ikääntyneiden herko-potilaiden määrä tulee kasvamaan. Ikääntyneiden kohdalla riittävän perusteellinen ja konkreettinen potilasohjaus on keskeisessä roolissa, minkä lisäksi ikääntyneet potilaat voivat hyötyä saattajan läsnäolosta ohjaustilanteessa (Rauhasalo 2003, 132). Myös opinnäytetyöni tulosten mukaan kotiutustilanteeseen ja kotihoito-ohjeiden läpikäyntiin on syytä panostaa, mistä varmasti myös ikääntyneet suuresti hyötyvät. Ikääntyneen väestön lisääntyessä myös muistisairaudet toisaalta



todennäköisesti lisääntyvät, jolloin heitä saattaa tulla enemmän myös herko-potilaiksi. Tästä saattaa seurata haasteita, jos esimerkiksi herko-potilasvalintakriteereitä ei noudateta tarpeeksi huolellisesti tai jos työntekijäresurssit eivät vastaa potilaiden hoidon tarvetta.

Kansainvälisessä tutkimuksessa tarkasteltiin herko-toimintaa monesta eri näkökulmasta. Esimerkiksi kilpirauhaspotilaiden leikkauskomplikaatioiden esiintymiseen ei lyhyempi sairaalassaoloaika näyttänyt vaikuttavan, vaan hoitopolku todettiin turvalliseksi (Dedivitis ym. 2009, 330; Perera, Patel & Law 2014, 287; Raspanti ym. 2017, 20). Tässä voidaan mielestäni nähdä yhteys omassa tutkimuksessani esiin tulleeseen näkökulmaan potilaiden ohjaamisesta ja omatoimisuuden tukemisesta: potilaat on ohjeistettava niin, että he tietävät, millaisia komplikaatiovaarasta kertovia oireita heidän on kotiuduttuaan tarkkailtava. Potilaan itsensä vastuulla on tämän jälkeen ottaa yhteyttä sairaalaan tai hakeutua hoitoon, jos oireita ilmenee. Toisessa yhteydessä potilaiden riipeän kotiutuksen mahdollistajiksi nimettiin esimerkiksi toimivat potilasvalintakriteerit ja potilaan valmistelu, toipumista edistävät käytännöt sekä potilaiden hyvä tiedonsaanti hoidon kulusta, jolloin he osaavat asennoitua nopeaan kotiuttamiseen (Verma ym. 2011, 425; Vrabec ym. 2013, 4). Nämä seikat tulivat yhtä lailla esille myös omassa tutkimuksessani. Erityisesti potilasvalinnan merkitystä on korostettu myös muualla tutkimuksessa (Yen & Albargi 2017, 333). Ylipäänsä useammassa tutkimuksessa todettiin herko-toimintaa vastaavien hoitopolkujen olevan tehokkaita, mitä nykyaikana yleisesti tavoitellaankin (Dedivitis ym. 2009, 328; Raspanti ym. 2017, 20; Vrabec ym. 2013, 4).

Hoitajan roolia herko-toimintaa vastaavassa hoitopolussa käsittelevä artikkeli (Page 2010) antoi lisäksi hyvää näkökulmaa hoitajien käytännön työhön. Kirjoittajan mukaan herko-potilaiden hoitajien tehtävälista on laaja ja vastuu suuri, koska toiminnassa on huomioitava muun muassa potilaspaikkojen hallinta, aikataulutukset, erityishuomiota tarvitsevat potilaat ja kotiuttamiseen liittyvät asiat (Page 2010, 26–27). Samat käytännön asiat tulivat esille myös omassa tutkimuksessani erilaisin painotuksin: erityisesti suurihoitoisempien potilaiden ja kotiuttamisessa huomioitavien moninaisten asioiden merkitys korostui haastatteluissa.

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan erilaisilla kriteereillä, jotka tämän tutkimuksen kannalta tärkeimmät ovat uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus edellyttää, että tutkimustulokset on kuvattu niin selvästi, että lukija ymmärtää, mistä analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Kriteeri kuvaa myös sitä, miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset tai kategoriat kuvaavat aineistoa. Siirrettävyys puolestaan viittaa siihen, missä määrin tutkimustulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Tätä varten edellytetään huolellista tutkimusympäristön kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198).

Tutkimuksen luotettavuuteen kannalta on lisäksi tarpeen arvioida, onnistutaanko valituilla tutkimusmenetelmillä mittaamaan sitä, mitä on ollut tarkoituskin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tämä korostuu etenkin siinä, käsitteleekö tutkija saatuja tuloksia jonkin oman ajattelumallinsa mukaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kohentaa selostamalla tutkimuksen toteuttamisvaiheet mahdollisimman tarkkaan, kuten siirrettävyyden kriteerinkin kohdalla. Esimerkiksi haastattelututkimuksessa tulisi kuvata haastattelutilanteiden olosuhteet, aika, mahdolliset häiriötekijät ja virhetulkinnat sekä tutkijan oma arvio tilanteesta. Aineiston analyysissä luokittelujen laatimisen prosessi ja perusteet tulisi kuvata sekä kertoa, millä perusteilla tuloksista tehtyihin tulkintoihin on päädytty (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232–233).

Pyrin itse opinnäyteprosessin alusta asti tekemään niin huolellista työtä, että työni täyttäisi luotettavuuskriteerit. Näistä ehkä haastavin oli uskottavuus, koska käyttämäni haastatteluteemat saattoivat periaatteessa ohjata haastattelujen kulkua ja käsiteltyjä aiheita niin, että jotakin olennaista olisi jäänyt pois. En kuitenkaan usko, että näin on todellisuudessa käynyt, koska kerroin haastattelutilanteissa osallistujille selkeästi, että vapaa keskustelu aiheiden ulkopuolelta on täysin sallittua ja kävin lisäksi käydyn keskustelun haastattelun päätteeksi läpi osallistujien kanssa, jolloin he pystyivät lisäämään mieleen tulleita ajatuksia vielä mukaan aineistoon. Siirrettävyyden kriteerin koen niin ikään täyttäväni työlläni, koska olen kuvannut tutkimusmenetelmät ja niiden taustat, tutkimuksen käytännön toteutuksen vaiheet sekä muut olennaiset asiat, kuten tutkimusympäristön ja haastateltavien valintaperusteet mahdollisimman selkeästi. Omien ajattelumallieni vaikutusta häivytin käsittelemällä kaiken saadun aineiston tasapuolisesti jättämättä siitä mitään

olennaista pois ja säilyttämällä yleisesti neutraalin ja uteliaan asenteen tutkimusasetelmaani kohtaan.

#### 6.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen tekoon kuuluu olennaisella tavalla eettisyys. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että sitä laatiessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tähän kuuluvat muun muassa rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisten ja eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttäminen, muiden tutkijoiden töiden asianmukainen huomiointi, tieteen vaatimusten mukainen tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi sekä rahoituslähteiden ja muiden sidonnaisuuksien raportointi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–24).

Hoitotieteelliselle tutkimukselle on asetettu lisäksi erikseen omia eettisiä ohjeitaan. Yleisesti ottaen hoitotieteellistä tutkimusta ohjaa lääketieteelliseen tutkimukseen alun perin vuonna 1964 hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, Helsingin julistus. Tutkimusta ohjaavat luonnollisesti myös kansallinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212–214). Lisänä ovat vielä American Nurses Associationin vuonna 1995 julkaisemat hoitotieteellisen tutkimuksen yhdeksän eettistä periaatetta, jotka käsittelevät muun muassa tutkittavien tietoista suostumusta tutkimukseen, tutkimuksen mahdollisten negatiivisten vaikutusten määrittelyä, haittojen minimointia, samanarvoisuutta, yksityisyyttä, tutkimuksen eettisyyttä, hyvää raportointia ja kompetenssien huomiointia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217–218).

Opinnäytetyössäni haastateltiin sairaanhoitajia, joita koskee yhtä lailla itsemääräämisoikeus tutkimukseen osallistumisesta kuten esimerkiksi potilaillekin. Osallistumisen vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ovat tärkeitä lähtökohtia. Lisäksi tutkitaville on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan ja keskeyttää tutkimus. Tutkijan on kuvattava tutkittavalle oma eettinen vastuunsa, tutkimuksen mahdolliset haitat ja edut, aineiston säilyttäminen ja tulosten julkaiseminen ennen tutkimuksen aloittamista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219). Tärkeä asia on myös anonymiteetti. Pienen aineiston ollessa kyseessä voidaan anonymiteetti varmistaa esimerkiksi välttämällä tutkittavia kuvaavia määritelmiä, kuten ikää tai sukupuolta. Lisäksi tutkimusraportissa mahdollisesti

käytettävät haastattelulainaukset on syytä kääntää yleiskielelle, jotta haastateltavaa ei voitaisi tunnistaa murteen perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221).

Opinnäytetyöprosessini alkoi opinnäytetyösuunnitelman laatimisesta, minkä tein jo alusta alkaen huolellisella työllä, koska hain suunnitelmallani tutkimuslupaa Kainuun sotelta. Työskentelyssäni tavoittelin koko ajan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista, mikä oli itselleni myös ennestään tuttu toimintatapa. Eettiset asiat huomioin etenkin haastattelututkimusta suunnitellessani. Tiedotin tutkimuksestani etukäteen leikkaus- ja anestesiaosastolle ja toimeksiantaja järjesti paikkan päälle nähtäväksi tiedotteen, jossa kerroin esimerkiksi tutkimuksen tarkoituksesta, toteuttamistavoista ja siitä, että saatu aineisto tulisi olemaan täysin anonyymiä kaikkien haastateltavien osalta. Itse haastattelutilanteissa allekirjoitimme ensin osallistujien kanssa suostumuslomakkeen (liite 3), johon olin painottanut osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta peruuttaa oma osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Lisäksi kerroin ennen haastattelua jokaiselle osallistujalle, etteivät heidän nimensä näy missään yhteydessä ja että aineisto tallennetaan salasanasuojatulle tietokoneelle, johon vain opinnäytetyön tekijällä on mahdollisuus päästä. Myöskin aineiston analyysivaiheessa ja lopullisten tulosten raportoinnissa pyrin työskentelemään niin, ettei kommentteja ollut mahdollista yhdistää kehenkään henkilöön. Näitä menettelytapoja käytettyäni arvioin, että tutkimukseni täyttää eettiset kriteerit, varmistaa anonymiteetin sekä sen, ettei tutkimukseen osallistuminen tuo haastateltaville mitään negatiivista vaan nimenomaan mahdollisuuden vaikuttaa asioihin.

## 6.5 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessi tuki ammatillista kehittymistäni monella tapaa. Leikkaussalutyöskentely on ollut itseäni kiinnostava ala jo kauan, ja heräämöstä kotiin -toiminnan tarkastelu on tuonut lisää tietoperustaa ja näkemystä kirurgisen hoitotyön osaamiseeni. Sairaanhoidajien ammatillisia kompetensseja tarkasteltaessa osaamiseeni kehittyi erityisesti asiakaslähtöisyyden, näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun ja turvallisuuden osaamisalueisiin (Eriksson ym. 2015).

Asiakaslähtöisyyden osaamisalue käsittää esimerkiksi asiakkaan aktiivisena osallisena omassa hoidossaan sekä vuorovaikutuksen ja dialogin asiakkaan kanssa (Eriksson ym. 2015, 36). Nämä

liittyvät opinnäytetyöhöni siten, että herko-potilailta edellytetään tiettyä vastuunottoa omasta hoidostaan esimerkiksi leikkaukseen valmistautumisen ja kotihoito-ohjeiden noudattamisen muodossa. Tässä hoitajat myös tukevat potilasta. Lisäksi ammatillinen ja hoidollinen vuorovaikutus on oltava selkeää ja potilaan ikäryhmälle suunnattua etenkin kotiutustilanteissa ja ohjeita annettaessa, jotta potilaat varmasti ymmärtävät asiat. Kehityin mielestäni näissä molemmissa osa-alueissa opinnäytetyöprosessini myötä.

Näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon osaamisalue liittyi ammatilliseen kehittymiseeni ehkä selkeimmin. Opinnäytetyöprosessini aikana keräsin suuren määrän kotimaista ja kansainvälistä tutkimus- ja asiantuntijatietoa tarkastelemani ilmiön tietoperustaksi, jota reflektoin tarkastellessani tutkimukseni tuloksia. Kehityinkin mielestäni varsin paljon tutkimus- ja kehittämisosaamisessa sekä näyttöön perustuvan toiminnan hyödyntämisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Eriksson ym. 2015, 42).

Hoitotyön laatu ja potilasturvallisuus olivat jo alusta alkaen opinnäytetyöni keskeisiä taustakäsitteitä, joten kehityin ammatillisesti mielestäni myös sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun ja turvallisuuden osaamisalueen suhteen (Eriksson ym. 2015, 46). Hyvälaatuisen hoitoon pyrkiminen tuli monesti esille haastatteluissani, minkä lisäksi laatua on toivon mukaan mahdollista myös edelleen parantaa opinnäytetyötulosteni avulla. Potilasturvallisuus oli toinen hyvin keskeinen teema työssäni, ja kehityinkin sen kokonaisvaltaisessa tarkastelussa niin hyvin toimivien asioiden kuin mahdollisten riskien ja niiden hallinnan suhteen.

## 6.6 Työelämäyhteistyö, opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Toteutin opinnäytetyöni toimeksiantona Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle. Toimeksiantajan kanssa tehty yhteistyö sujui alusta loppuun asti hyvin. Pystyimme mielestäni keskustelemaan toimeksiantajan toiveista tutkimuksen suhteen, suunnittelemaan haastatteluja ja haastatteluteemoja yhdessä ja sopimaan käytännön asioista hyvin yhdessä. Yritin myös pitää toimeksiantajani mahdollisimman hyvin ajan tasalla tutkimukseni etenemisestä ja aikatauluista.

Toimeksiantaja tulee hyödyntämään opinnäytetyöni tuloksia leikkaus- ja anestesiaosaston herko-toiminnan kehittämisessä etenkin uutta Kainuun keskussairaalaan ajatellen. Sain mielestäni haastattelututkimuksista aineistoa hyvin laajasti ja pyrin tuomaan sen työssäni esille tasapuolisesti erityisesti haastateltavien esille tuomien kehitysehdotusten osalta. Toivonkin, että tutkimukseni on toimeksiantajalle mahdollisimman paljon hyötyä.

Jatkotutkimusehdotuksena esittäisin esimerkiksi opinnäytetyötä, jossa tarkastellaan, miten herko-toiminta on lähtenyt käyntiin uudessa sairaalassa. Koska heräämön tilat tulevat todennäköisesti olemaan jonkin verran erilaiset aikaisempiin verrattuna, voisi olla mielenkiintoista tarkastella erityisesti sitä, onko toiminta sujuvampaa tilojen ja työjärjestelyjen osalta.

## LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö – Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 6. uud. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Dedivitis, R., Pfuetzenreiter Jr., E., Castro, M. & Denardin, O. 2009. Analysis of safety of short-stay thyroid surgery. *Acta Otorhinolaryngologica Italica* 29, 326–330.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107–115.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Bookwell Oy, Porvoo.
- Helminen, I. & Kohvakka, M. 2018. 23h-toiminta. ”..23h oli ehkä vähän aikaa sellainen yhteinen vihollinen..”. Vaasan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden opinnäytetyö.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. painos. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Kainua-allianssi: Usein kysytyt kysymykset. 2019. Viitattu 24.3.2019. <http://www.kainua-allianssi.fi/faq>
- Kainuun uusi sairaala. 2017. Viitattu 4.6.2018. [https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-07/Uusi%20sairaala%20esite%208.5.2017\\_0.pdf](https://sote.kainuu.fi/sites/sote.kainuu.fi/files/documents/library/2017-07/Uusi%20sairaala%20esite%208.5.2017_0.pdf)
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M., Perttunen, J., Hirvonen, K., Lainas, P. & Tiippana, E. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 122 (12), 1412–1414.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23, 138–148.
- Käypä hoito –suositus: Leikkausta edeltävä arviointi. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 10.4.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50066>
- Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. *Duodecim* 128, 1423–1433.

- Musialowicz, T. & Martikainen, T. 2015. Leikkauspotilaan hoitopolku uudistuu KYS:n Kaarisairaalassa. *Finnanest* 48 (2), 116–123.
- Niskanen, M. 2014. Johtamisella vaikutetaan hoitotulokseen. *Finnanest* 47 (5), 428–432.
- Page, C. 2010. Nurse-led discharge. *Nursing Management* 17, 26–27.
- Perera, A., Patel, S. & Law, N. 2014. Thyroid surgery as a 23-hour stay procedure. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 96, 284–288.
- Punkari, M. 2017. Heräämöstä kotiin (HERKO) –toimintamalli – Potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävydestä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö.
- Raspanti, C., Porrello, C., Augello, G., Dafnomili, A., Rotolo, G., Randazzo, A., Falco, N., Fontana, T., Tutino, R. & Gulotta, G. 2017. 23-hour observation endocrine neck surgery: lessons learned from a case series of over 1700 patients. *Il Giornale di Chirurgia* 38, 15–22.
- Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu: Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhus-ten itsensä kokemana. Jyväskylän yliopisto. *Studies in Sport Physical Education and Health* 93.
- Roberts, L. & Worden, J. 1998. Suggested international terminology and definitions. *Ambulatory Surgery* 6.
- Ruohoaho, U.-M. 2016. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa – LYHKI, HERKO, SEUKO? *Duodecim* 132, 1098–1100.
- Suonpää, J. 2015. Heräämöstä kotiin –toiminnan käynnistämisen tuoma muutos ja toiminnan kehittäminen sairaanhoitajien kokemana. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutus. Opinnäytetyö.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Laatu. 2017. Viitattu 23.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Potilasturvallisuus. 2017. Viitattu 23.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>
- Tohmo, H. 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? *Finnanest* 43 (4), 310–311.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Uusitorppa, T. & Kivimäki, M. 2017. 23 h heräämöstä kotiin. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Viitattu 22.5.2018. <http://www.paivakirurginenyhdistys.org/wp-content/uploads/2017/09/23h-her%C3%A4%C3%A4m%C3%B6.ppt>



Vaughan, J., Gurusamy, K. & Davidson, B. 2013. Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7, 1–53.

Verma, R., Alladi, R., Jackson, I., Johnston, I., Kumar, C., Page, R., Smith, I., Stocker, M., Tickner, C., Williams, S. & Young, R. 2011. Day case and short stay surgery: 2. *Anaesthesia* 66, 417–434.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. painos. PS-kustannus, Jyväskylä

Vrabec, S., Oltmann, S., Clark, N., Chen, H. & Sippel, R. 2013. A short-stay unit for thyroidectomy increases discharge efficiency. *Journal of Surgical Research* 184, 204–208.

Yen, D. & Albargi, A. 2017. Results and limitations of outpatient and overnight stay laminectomies for lumbar spinal stenosis. *Canadian Journal of Surgery* 60, 329–334.

Tiedote opinnäytetyöstä leikkausosaston henkilöstölle

Olen aloittamassa opinnäytetyön laatimista aiheesta ”Heräämöstä kotiin –toiminta sairaanhoitajien kokemana”. Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää Kainuun keskussairaalan leikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia heräämössä yöpyvien ja sieltä kotiutuvien (herko) potilaiden hoidosta. Tavoitteenani puolestaan on kehittää selvityksen avulla heräämössä yöpyvien ja sieltä kotiutuvien potilaiden hoitoprosessia. Pyydänkin, että saisin yhteensä 7 heräämötystä tekevää sairaanhoitajaa haastateltavakseni. Haastateltavien taustalla tulisi olla vähintään puoli vuotta heräämötystä, jossa hoidetaan säännöllisesti herko-potilaita, ja heidän tulisi tehdä ainakin kahta eri työvuoroa. Näin pyrin varmistamaan, että saatava tutkimusaineisto on mahdollisimman monipuolista.

Olen suunnitellut toteuttavani haastattelut tammikuun 2019 aikana (tarkempi aikataulu varmistuu lähempänä ajankohtaa), jolloin saavun leikkausosastolle toteuttamaan haastattelut. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Jos päätät osallistua ja olet työvuorossa kyseisenä ajankohtana, sovimme leikkausosaston yhteyshenkilön välityksellä ajankohdan, jolloin pääset työpäivän aikana sopivassa välissä haastateltavaksi. Haastattelu kestää puolesta tunnista tuntiin. Saat haastatteluteemat etukäteen tutustuttavaksi ja pyrimme saamaan niihin vastauksia, mutta itse haastattelutilanne pyritään pitämään avoinna myös vapaalle keskustelulle.

Haastattelu tehdään täysin luottamuksellisesti. Nimeäsi ei kirjata mihinkään, ja vastaukset käsitellään niin, ettei sinua voida tunnistaa henkilönä aineistosta. Myös haastateltavien melko suuri joukko takaa sen, ettei yksittäisiä henkilöitä voida vastauksista tunnistaa. Pidän vastausaineistoa salasanan takana olevalla tietokoneella, eikä siihen pääse käsiksi kukaan muu. Näillä keinoilla haastatteluun osallistumisesta ei seuraa mitään ikävää: se on päinvastoin mahdollisuus vaikuttaa herko-toiminnan kehittämiseen.

Kun opinnäytetyöni valmistuu keväällä 2019, tulen vielä sairaalalle esittämään koosteen tutkimustuloksista. Näin pääset vielä kuulemaan, mitä kaikkea tutkimuksessa on saatu selville ja millaisia kehitysehdotuksia herko-toimintaan on esitetty.

Opinnäytetyöni arvioivat ohjaava opettajani, koordinoiva opettajani sekä opiskelijavertaiseni Kajaanin ammattikorkeakoulusta.

Lisätietoja tutkimuksesta saatte opinnäytetyön tekijältä:

Anna Hänninen / [annaimmonen@kamk.fi](mailto:annaimmonen@kamk.fi)

Esitietokysely ja haastatteluteemat

Kuinka pitkä kokemus sinulla on heräämötystä?

Millaisia työvuoroja yleensä teet?

HAASTATTELUTEEMAT:

Heräämöstä kotiin -hoitopolun kulku käytännössä

Potilaiden valintakriteerit ja niiden toimivuus

Herko-potilaiden hoitotyö

Kotiuttamisessa huomioitavat asiat ja kotiutustilanteiden sujuvuus

Potilasturvallisuus herko-toiminnassa

Heräämöstä kotiin -hoitopolun toimivuus leikkausosastolla (työntekijän näkökulma, potilaiden hoidon näkökulma)

Positiiviset asiat ja kehittämiseen liittyvät ajatukset

Uuden sairaalan vaikutus herko-toimintaan

Suostumuslomake haastateltaville

Opinnäytetyön nimi: Heräämöstä kotiin –toiminta sairaanhoitajien kokemana

Tekijä: Anna Hänninen, Kajaanin ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön sisältö:

Opinnäytetyö tarkastelee heräämöstä kotiin –toimintamallia kotimaisen ja kansainvälisen kirjallisuuden avulla sekä kartoittamalla sairaanhoitajien kokemuksia ja kehitysehdotuksia. Tutkimusmenetelmänä käytetään teemahaastattelua, joka toteutetaan Kainuun keskussairaalan leikkausosastolla heräämötyötä tekeville sairaanhoitajille. Haastatteluista saatu aineisto käsitellään täysin nimettömänä ja tunnistamattomana, ja siitä koostetaan herko-toiminnan toimivuutta kuvaavia kategorioita sisällönanalyysin keinoin. Tavoitteena on myös löytää kehitysehdotuksia itse toimintamalliin ja herko-potilaiden hoitotyöhön, etenkin uutta sairaalaa ja sen toimintaa ajatellen.

Suostumuksen peruutus on mahdollista milloin tahansa.

Haastateltavan allekirjoitus

Tekijän allekirjoitus

Päiväys

## Aineistonhallintasuunnitelma

### 1. Aineistojen yleinen kuvaus

Opinnäytetyössä kerätään aineistoa haastattelututkimuksen, tarkemmin teemahaastattelun keinoin.

### 2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Tutkimusaineisto dokumentoidaan kirjoittamalla se ensin ylös haastattelutilanteessa reaaliaikaisesti tutkimushenkilöä haastatellessa. Aineisto käsitellään nimettömänä käyttämällä tunnistetietoina esimerkiksi hoitaja 1, hoitaja 2 –tyyppisiä nimityksiä. Tämän jälkeen muistiinpanot litteroidaan valmiiseen muotoon sisällönanalyysiä varten. Aineiston ja dokumentoinnin laatu varmistetaan suunnittelemalla ja järjestämällä haastattelutilanteet mahdollisimman häiriöttömiksi ja rauhallisiksi, keskittymällä tilanteeseen ja litteroimalla haastattelut heti tilanteen jälkeen, jotta asioita ei unohtuisi.

### 3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Aineisto tallennetaan tekijän kannettavalle tietokoneelle. Tietokone on salasanasuojattu ja vain tekijän käytettävissä, jolloin aineistoa ei pääse näkemään kukaan muu. Tutkimusvaiheessa varmuuskopiointi toteutetaan kopiaimalla aineisto tilapäisesti muistitikulle, josta aineisto myöhemmin hävitetään.

### 4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuusksymykset

Aineistoa säilytetään muiden ihmisten ulottumattomissa, koska tietokone on salasanasuojattu ja muut eivät pääse sitä käyttämään ja näin näkemään aineistoa. Lisäksi nimettömänä käsitelty aineisto takaa, ettei aineistoa pysty yhdistämään kehenkään henkilöön. Opinnäytetyön aineisto on tekijän hallussa työn laatimisen ajan, minkä jälkeen työn toimeksiantaja saa käyttää valmiin työn tuloksia toimintansa kehittämiseen parhaaksi katsomallaan tavalla.

### 5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Aineistoa säilytetään tekijän kannettavalla tietokoneella, kunnes opinnäytetyö on saatu tehtyä. Tämän jälkeen haastatteluissa saatu keskusteluaineisto tuhotaan. Opinnäytetyön tuloksia on mahdollista hyödyntää jatkotutkimuksessa.

## Esimerkkejä sisällönanalyysin etenemisestä

Alkuperäisilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p><i>"Selkeä hoitopolku"</i></p> <p><i>"Esimiehet, jotka kiinnostuneita kehittämään työtä"</i></p>	Herko-hoitopolun toimivuus	Tyytyväisyys hoitopolkuun	Yleinen näkökulma
<p><i>"Herko-toiminnasta tullut itsevarmuutta hoitotyöhön"</i></p> <p><i>"Hyvä työilmapiiri heräämössä"</i></p>	Hoitajien kokemukset omasta työstään		
<p><i>"Potilaat olleet tyytyväisiä"</i></p> <p><i>"Potilaat pitäneet varsinkin ripeästä ja joutuvasta kotiutumisesta"</i></p>	Potilasnäkökulma		
<p><i>"Lääkäri valitsee potilaan hoitopolun"</i></p> <p><i>"Aika harvaa tarvitsee siirtää osastolle jatkohoitoon"</i></p>	Valintakriteerien täytyminen	Potilasvalintakriteerit	
<p><i>"Huonokuntoiset potilaat haaste, koska illassa ja yössä vain yksi hoitaja"</i></p> <p><i>"Muistisairaiden osalta oltava tarkkana"</i></p>	Haasteet valintakriteerien täytymisessä		
<p><i>"Käytännön toiminta nähdään oikeastaan vasta sitten kun se alkaa"</i></p> <p><i>"Hoitoprosessi itsessään ei taida muuttua, vaikka uudet tilat tulevatkin"</i></p>	Uuden sairaalan merkitys herko-hoitotyölle	Uusi sairaala	
<p><i>"Toivon, että uuteen sairaalaan tulee oma tiimi herkelle"</i></p> <p><i>"Toivottavasti resurssien käyttö on tehokkaampaa uudessa isossa heräämössä"</i></p>	Kehitysehdotuksia uuteen sairaalaan		
<p><i>"Potilasturvallisuus toteutuu"</i></p> <p><i>"Turvariskejä ei ole ollut"</i></p> <p><i>"Turvallisuutta parantaa potilaiden pieni määrä ja valikoituvuus"</i></p>	Potilasturvallisuuden toteutuminen		

<p><i>"Aggressiivinen muistisairas potilas myös mahdollinen"</i></p> <p><i>"Yöt ovat pitkiä ja ne tehdään yksin: onko se ihan kaikista turvallisinta, koska väsymys voi olla voimakasta?"</i></p>	Potilasturvallisuusriskit	Potilasturvallisuus	Käytännön työn näkökulma
<p><i>"Hoitajan täytyy asennoitua työhön vuodeosastomaisena työnä"</i></p> <p><i>"Kotona pärjäämistä tuetaan"</i></p>	Herko-potilaan hoitotyön erityispiirteet		
<p><i>"Illalla ja yöllä vain yksi hoitaja: resurssit eivät aina tahdo riittää, jos potilaspaikat täynnä tai isotöisiä potilaita"</i></p> <p><i>"Jos potilasmäärä lisääntyy, olisi työntekijämääränkin hyvä lisääntyä"</i></p>	Hoitajaresurssit		
<p><i>"Isojen sänkyjen kanssa täytyy pujotella ja miettiä sänkyjen asetelut, että mahtuisivat"</i></p> <p><i>"Seuraavat leikkauspotilaat tulevat arkiaamuina jo klo 7 edellisten tilalle"</i></p>	Fyysiset tilat	Käytännön hoitotyö	
<p><i>"Herkossa niin paljon erikoisaloja, että osaminen jää hieman pintapuoliseksi"</i></p> <p><i>"Olisiko illalla tarpeen arvioida, pärjääkö yksi hoitaja yöllä kaikkien potilaiden kanssa vai olisiko potilaita syytä siirtää osastolle tarvittaessa?"</i></p>	Työjärjestelyt		
<p><i>"Potilaiden osattava kiinnittää kotona huomiota oikeisiin asioihin"</i></p> <p><i>"Haastavinta on antaa niin hyvät ohjeet, että potilas selviää kotona"</i></p> <p><i>"Ohjauksen merkitys korostuu hyvin paljon"</i></p>	Ohjauksen merkitys kotiutuksessa		
<p><i>"Kotiutustilanne oltava potilaalle rauhallinen"</i></p> <p><i>"Kotiutushoitaja olisi tarpeen"</i></p>	Kotiutusajankohta	Kotiuttaminen	