



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

LEIKKAUSVALMISTELUIDEN TOTEUTUMINEN LEIKO-POTILAILLA

TEKIJÄ/T: Mari Piipponen
Niina Piipponen

| | |
|--|----------------------------|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma | |
| Työn tekijä(t) Mari Piipponen, Niina Piipponen | |
| Työn nimi Leikkausvalmisteluiden toteutuminen LEIKO-potilailla | |
| Päiväys 17.10.2013 | Sivumäärä/Liitteet 45/2 |
| Ohjaaja(t) Erja Tengvall (TtT, lehtori) | |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala/ leikkausyksikkö 1 | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminta on käynnistetty Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen loppupuolella. KYSissä toiminta on levinnyt hiljalleen eri kirurgisille erikoisaloille. LEIKO-toimintaa kehitetään koko ajan ja siinä havaittuja epäkohtia pyritään korjaamaan, jotta päästäisiin toimiviin hoitokokonaisuuksiin. Yhtenä epäkohtana on koettu potilaille tehtävät puutteellisesti toteutuneet leikkausvalmistelut LEIKO-potilailla.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka LEIKO-potilaan leikkausvalmistelut toteutuvat KYSin leikkausyksikkö 1:llä. Tavoitteena oli, että saatujen tulosten pohjalta leikkausyksikkö 1 voi parantaa omaa LEIKO-toimintaansa sekä kehittää LEIKO-potilaan hoitopolkua turvallisemmaksi. Tällöin pystytään takaamaan potilaan operatiivisen hoidon yksilöllisyys ja jatkuvuus.</p> <p>Tutkimus toteutettiin havainnoimalla leikkausvalmisteluiden toteutumista LEIKO-potilailla sekä haastatteleamalla anestesiahoitajia leikkausvalmisteluiden toteutumisesta. Tutkimuksessa havainnoinnin kohteena oli 20 LEIKO-potilaan leikkausvalmisteluiden toteutuminen. Anestesiahoitajien haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja haastateltavia anestesiahoitajia oli tutkimuksessa kolme. Havainnointiaineisto analysoitiin jaotteleamalla leikkausvalmistelut toteutuneisiin ja ei-toteutuneisiin leikkausvalmisteluihin. Haastatteluaineisto analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan puutteellisia leikkausvalmisteluita, jotka jäivät osalla LEIKO-potilaista toteutumatta, olivat esilääkkeen anto potilaalle, ravinnotta olo ennen leikkausta sekä tukisukkien ja tunnustusrannekkeen laittaminen potilaalle. Anestesiahoitajien haastattelussa ilmeni, että toimivia käytäntöjä vielä etsitään LEIKO-toimintamallissa. Anestesiahoitajien näkökulmasta toteutumatta jääneitä leikkausvalmisteluita olivat mm. verikokeiden otto, leikkaavan lääkärin ja potilaan tapaminen leikkauspäivänä sekä esilääkkeen antaminen potilaalle. Muita LEIKO-toiminnassa esiintyneitä ongelmia olivat anestesiahoitajien mukaan potilaan anestesia- ja leikkauskelpoisuuden puuttuminen, ongelmat tietojärjestelmissä, puutteellinen tiedonkulku kirurgisen osaston ja leikkausyksikön hoitohenkilökunnan välillä sekä aikataulutuserongelmat.</p> | |
| Avainsanat LEIKO-toiminta, perioperatiivinen hoito, leikkausvalmistelu | |

| | | | |
|--|------------|------------------|------|
| Field of Study Social Services, Health and Sports | | | |
| Degree Programme Degree Programme of Nursing | | | |
| Author(s) Mari Piipponen, Niina Piipponen | | | |
| Title of Thesis How operation preparations of the FHTO-patients come true | | | |
| Date | 17.10.2013 | Pages/Appendices | 45/2 |
| Supervisor(s) Erja Tengvall PhD, Senior Lecturer | | | |
| Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital | | | |
| <p>Abstract</p> <p>To surgery from home (FHTO) has started at the Kuopio University Hospital (KUH) at the ending of the 21st century. The FHTO has gradually spread from the KUH to other fields of special surgery. Because the FHTO is still developing into a practical ensemble, there are many shortcomings in the operating model. One of these shortcomings is inadequate operation preparations for FHTO-patients.</p> <p>In the study it was researched, how operation preparations of the FHTO-patients came true in KUH's operating unit 1. The aim of the study was to provide information for the operating unit so that they can improve their own FHTO-process and create a safer care process for the FHTO-patients. In that case, the individuality and continuity of the FHTO-patient's care can be ensured.</p> <p>The research was carried out/done by observing the operation preparation of the FHTO-patients and interviewing three anesthesiological nurses, how the operation preparations of FHTO-patients came true. 20 FHTO-patients were observed in the study. The interviews of three anesthesiological nurses were carried out as individual interviews. Research observation material was analyzed by dividing the operation preparations to done and not-done operation preparations. The interview material was analyzed using the deductive analysis.</p> <p>According to the research results inadequate operation preparations were giving premedicines to the patient, being without nutrition before surgery and wearing support socks and identification bracelet. According to the research material of interviews, working practices are still being searched in the FHTO-process. From an anesthesiological nurses' point of view shortcomings were inadequate preparations in taking a blood test, meeting between the surgeon and the patient on the day of surgery and giving premedicines. There were also other shortcomings on the FHTO-process. These shortcomings were unsuitability for surgery and problems with disseminating information and the data system, and the timetable.</p> | | | |
| <p>Keywords</p> <p>To surgery from home, perioperative nursing, operation preparation</p> | | | |

ESIPUHE

Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminta on käynnistynyt Suomessa ensimmäisenä Hyvinkään sairaanhoitoalueella vuonna 2000. Sieltä LEIKO-toiminta on levinnyt vähitellen myös muihin sairaaloihin ympäri Suomea. LEIKO-toiminnalla tarkoitetaan sitä, että potilas saapuu suunniteltuun leikkaukseen sovittuun aikaan LEIKO-yksikön kautta vasta leikkauspäivän aamuna. (Tohmo 2010, 310.) Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) LEIKO-toimintaa on toteutettu muutaman vuoden ajan. Vuonna 2012 Kuopion yliopistolliseen sairaalaan perustettiin erillinen LEIKO-tiimi, joka on keskittynyt hoitamaan ainoastaan LEIKO-potilaita. Tämän lisäksi LEIKO-toimintaa toteutetaan eri erikoisalojen kirurgisilta osastoilta käsin.

LEIKO-toimintamallin kehittämisen lähtökohta on ollut kirurgian erikoisalan lisääntynyt kysyntä sekä terveydenhuollon taloudelliset säästöpainet. LEIKO-toiminnalla on haettu ratkaisua ongelmaan, jossa suuria potilasmääriä on pyritty hoitamaan vähäisillä hoitohenkilökunnan ja tilojen resursseilla. LEIKO-toiminnan avulla on saatu lyhennettyä potilaiden sairaalassa oloaikaa ja lisättyä potilastytyvääisyyttä. Keräsen, Keräsen ja Wäänäsen (2006) tutkimuksessa todettiin LEIKO-prosessin vievän 73 % vähemmän sairaalan hoitohenkilökunnan resursseja kuin perinteinen perioperatiivinen hoitoprosessi.

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa LEIKO-toimintaa kehitetään yhä, joten toimivia käytäntöjä vielä etsitään. Käytäntöjen etsiminen aiheuttaa vielä kohtalaisen paljon epäkohtia kirurgisten osastojen ja leikkausyksikön toimintaan. Yhtenä epäkohtana potilaan hoitoketjussa on koettu leikkausvalmisteluiden puutteellinen toteutuminen (Pitkänen 2012). Leikkausvalmisteluiden toteutumista ei ole tutkittu aiemmin Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, joten aiheesta kaivattiin tutkimustietoa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka LEIKO-potilaan leikkausvalmistelut toteutuvat Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkausyksikkö 1:llä. Tutkimuksen tavoitteena oli, että saatujen tulosten pohjalta leikkausyksikkö 1 voi parantaa omaa LEIKO-toimintaansa ja kehittää LEIKO-potilaan hoitopolkua turvallisemmaksi, jolloin pystytään takaamaan potilaan hoidon yksilöllisyys ja jatkuvuus. Tutkimus toteutettiin havainnoimalla leikkausvalmisteluiden toteutumista LEIKO-potilailla sekä haastatteleamalla anestesiahoitajia leikkausvalmisteluiden toteutumisesta.

SISÄLTÖ

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 6 |
| 1.1 | Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminta | 6 |
| 1.2 | LEIKO-potilaan hoitoprosessi | 8 |
| 1.3 | LEIKO-potilaan leikkauskelpoisuuden varmistaminen..... | 9 |
| 1.4 | Preoperatiiviset leikkausvalmistelut ja niiden merkitys | 11 |
| 2 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT | 14 |
| 3 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 15 |
| 3.1 | Tutkimusmenetelmien valinta | 15 |
| 3.2 | Havainnointi- ja haastattelulomakkeiden laadinta | 17 |
| 3.3 | Tutkimusaineiston kerääminen ja analyysi | 18 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TULOKSET | 21 |
| 4.1 | LEIKO-potilaan leikkausvalmisteluiden toteutuminen..... | 21 |
| 4.2 | LEIKO-toiminnan ja leikkausvalmisteluiden toteutuminen anestesiahoitajien näkökulmasta | 23 |
| 4.2.1 | Anestesiahoitajien kokemukset LEIKO-toiminnasta | 23 |
| 4.2.2 | Leikkausvalmisteluiden puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta | 24 |
| 4.2.3 | Muut LEIKO-toiminnassa ilmenneet puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta | 26 |
| 4.2.4 | Anestesiahoitajien kehitysideat LEIKO-toimintaan | 29 |
| 5 | POHDINTA | 31 |
| 5.1 | Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset..... | 31 |
| 5.2 | Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus | 36 |
| 5.3 | Suosituksat ja jatkotutkimusaiheet | 38 |
| 5.4 | Opinnäytetyön eteneminen ja oma ammatillinen kehittyminen | 38 |

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1 Havainnointilomake

Liite 2 Haastattelulomake

1 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

1.1 Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminta

Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminnalla tarkoitetaan toimintamallia, jossa potilas tulee sairaalaan leikkauspäivän aamuna. Potilas menee leikkaussaliin LEIKO-yksikön kautta eikä siis käy lainkaan kirurgisella osastolla ennen leikkausta niin kuin perinteisessä preoperatiivisessa hoitoprosessissa. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603.) Potilas tekee osan leikkausvalmisteluista kotona annettujen ohjeiden mukaisesti (Tohmo 2010, 310; Keränen 2006, 1412). Leikkauksen jälkeen potilas voi päästä kotiin jo samana iltana tai jäädä kirurgiselle osastolle toipumaan. Leikkauksen jälkeen sairaalassa vietetty hoitoaika ja kotiin pääsyn ajankohta määräytyvät yksilöllisesti. (Keränen 2006, 1412.)

Lähtökohtana LEIKO-toiminnan kehittämiseksi on ollut lisääntynyt kirurgian eri erikoisalojen kysyntä sekä terveydenhuoltoalan rajalliset ja niukkenevat resurssit (Pauri & Rantanen 2012, 2). LEIKO-toimintamallin on todettu vievän 73 % vähemmän sairaalan hoitohenkilökunnan resursseja kuin perinteinen perioperatiivinen hoitoprosessi, ja se helpottaa huomattavasti täysien kirurgisten osastojen painetta (Keränen ym. 2006, 3605; Heikkinen 2012). LEIKO-toimintamallin ansiosta kirurgisilla osastoilla sairaanhoitajien tehtävien päällekkäisyys vähenee ja työ selkiytyy, koska heidän ei tarvitse huolehtia leikkauspotilaiden preoperatiivisista valmisteluista. Sairaalat säästävät hoitohenkilökunnan, tilojen ja potilaskuljetusten kustannuksissa, kun potilas tulee sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna. (Hommy 2013, 10.)

Uusia toimintamalleja kehittämällä sairaalat ovat pyrkineet alentamaan kustannuksia. Kustannuksia on pyritty vähentämään lyhentämällä potilaiden sairaalassa oloaika. Ennen LEIKO-toiminnan kehittämistä potilaiden sairaalassa oloaika on pyritty lyhentämään ainoastaan postoperatiivisesta vaiheesta, jolloin potilas on kotiutettu mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Tämä on ollut kuitenkin melko tehoton tapa vähentää kustannuksia, sillä sairaalahoidon kustannuksia on saatu alennettua näin vain 3 %. LEIKO-toiminnan avulla potilaiden sairaalassa oloaika saadaan lyhennettyä myös preoperatiivisesta vaiheesta, joten LEIKO-toiminta tarjoaa tehokkaamman tavan minimoida kustannuksia. (Laisi 2012, 9.)

Potilastyytyväisyys on lisääntynyt LEIKO-toimintamallin käyttöönoton jälkeen. Potilaat ovat kokeneet hyväksi porrastetut sairaalaan tuloajat. Lisäksi potilaat ovat olleet tyytyväisiä siihen, että he voivat viettää leikkausta edeltävän yön kotona. Potilasturvalli-

suuden on todettu lisääntyvän, koska tietokatkojen mahdollisuus pienenee, kun sairaanhoitajien välinen tiedonsiirto vähenee. (Sjöroos 2012, 22; Kauppinen ja Räsänen 2010, 21.) Potilaiden mahdollinen altistuminen eri mikrobeille vähenee heidän tullessa sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna, sillä tulehdusriski kasvaa jokaisen sairaalassa vietetyn tunnin myötä (Keränen 2006, 1412). Hoitotakuun voimaantulo vuonna 2005 on taannut sen, että kuuden edeltävän kuukauden aikana tehty lääketieteellinen leikkausarvio muuttuu vain harvoin. Hoitotakuu on edesauttanut LEIKO-toiminnan toteuttamista. (Keränen 2006, 1412.)

LEIKO-toimintaa toteutetaan eri puolilla maailmaa. LEIKO-toiminnan kaltainen malli on ollut käytössä Pohjois-Amerikassa, Kanadassa ja Australiassa jo 1990-luvun alkupuolelta lähtien. Malli kehitettiin Yhdysvalloissa sydänkirurgisille potilaille, ja sen tarkoituksena oli vähentää potilaalle aiheutuvia kustannuksia. Malli havaittiin hyväksi, sillä se oli kustannustehokas, potilastyytyväisyyttä lisäävä ja komplikaatioita vähentävä. Myös potilaspaiikkojen tilanne parantui. (Pauri & Rantanen 2012, 2.) Euroopan Unionin alueella LEIKO-toiminnan tyyppistä toimintaa ei löydy julkisen terveydenhuollon puolelta mistään maasta. Suomessa mallia on toteutettu aiemmin yksityisellä puolella, ja vuodesta 2000 asti se on otettu käyttöön myös julkisen terveydenhuollon puolella. (Keränen ym. 2006, 3603.) LEIKO-toimintamalli on muokkautunut lyhythoito- ja päiväkirurgisesta toimintamallista, joista on saatu hyviä hoitotuloksia (Sjöroos 2011, 8).

LEIKO-toiminnan kaltaisen lyhythoitoisen kirurgian on mahdollistanut ns. fast track -kirurgia ja -anestesia eli nopean toipumisen kirurgia. Fast track -kirurgia ja -anestesia on tanskalaisen Henrik Kehletin kehittämä hoitomalli, jonka tavoitteena on nopeuttaa potilaan postoperatiivista toipumista. Hoitomallissa panostetaan erityisesti potilaan oikeanlaiseen nesteytykseen, tehokkaaseen kivunhoitoon ilman opioideja, varhaiseen mobilisaatioon, varhaiseen enteraaliseen ravitsemukseen leikkauksen jälkeen, optimaalisen anestesiategniikan valintaan sekä riittävään potilasohjaukseen. Fast track -kirurgia on selvästi lyhentänyt potilaiden sairaalassa oloaikaa sekä nopeuttanut potilaiden toipumista. (Kitching & O'Neill 2009.)

Suomessa LEIKO-toiminta on saanut alkunsa Hyvinkään sairaanhoitoalueella, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2000 (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603). Kuopion yliopistollisessa sairaalassa LEIKO-toimintamallia on hyödynnetty muutaman vuoden ajan. LEIKO-toiminnan tehostamiseksi perustettiin LEIKO-tiimi, joka aloitti toimintansa helmikuussa 2012. (Heikkinen 2012.) LEIKO-tiimin tilat sijaitsevat urologian osaston tiloissa. LEIKO-tiimissä toimii sairaanhoitajia

KYSin urologian (2202) ja vatsaelinkirurgian osastoilta (2205 ja 2207). (Holopainen 2011.)

Potilaan perioperatiivinen hoitoprosessi muodostuu pre-, intra- ja postoperatiivisesta vaiheesta (Yli-Hautala 2011, 8). Preoperatiivinen vaihe alkaa leikkauspäätöksen tekemisestä ja päättyy, kun potilas vastaanotetaan leikkausyksikköön. Preoperatiivisessa vaiheessa potilas valmistautuu leikkaukseen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. (Junttila 2005, 15; Kuokkanen & Timonen 2011, 8–9.) Valmistautuminen tehdään kotona, poliklinikalla tai kirurgisella osastolla. Potilaan tulisi tässä vaiheessa kohentaa yleiskuntoaan niin hyväksi kuin mahdollista leikkausta varten. Preoperatiivisessa vaiheessa suunnitellaan potilaan jatkohoito leikkauksen jälkeen, ja hän saa kirjalliset ohjeet leikkaukseen valmistautumisesta. Preoperatiivisessa vaiheessa korostuvat potilasohjaus ja neuvonta. (Koskinen, Puonti & Suhonen 2009, 12.) Intraoperatiivinen vaihe on leikkauksen aikaista toimintaa, jota anestesia- ja leikkaushoitajat toteuttavat leikkaussalissa. Postoperatiivinen vaihe on välittömästi leikkauksen jälkeen tehtävää hoitotyötä. (Junttila 2005, 16; Tengvall 2010, 5.)

1.2 LEIKO-potilaan hoitoprosessi

LEIKO-potilaat käyvät läpi tietynlaisen hoitoprosessin. LEIKO-potilaan hoitoprosessi käynnistyy, kun hän hakeutuu lääkärin vastaanotolle oman kunnan terveyskeskukseen, työterveyshuoltoon tai yksityiselle sektorille jonkin sairauden tai vaivan vuoksi. Vastaanottolääkäri arvioi, tarvitseeko potilas kirurgisia toimenpiteitä vaivansa tai sairautensa hoitoon ja tekee lähetteen kirurgian poliklinikalle. Kirurgian poliklinikalla lääkäri tekee leikkauspäätöksen, joka sisältää arvion potilaan leikkauksekelpoisuudesta sekä leikkaushoidon tarpeellisuudesta ja kiireellisyydestä. Leikkauspäätöksen yhteydessä lääkäri tekee myös leikkaus- ja kotiutussuunnitelman. (Hommy 2013, 15.) Potilaalle tehdään poliklinikalla hänen diagnoosiin ja tulevaan leikkaukseen perustuen preoperatiivisia tutkimuksia. Lisätutkimuksiin on tarvetta, mikäli preoperatiivisissa tutkimuksissa havaitaan poikkeavuutta. Potilaalla ei ole ennen leikkausta varsinaista preoperatiivista käyntiä LEIKO-yksikössä. Potilaan leikkauksekelpoisuus eli yleistila arvioidaan preoperatiivisella käynnillä poliklinikalla leikkauspäätöstä tehdessä. (Keränen & Wäänänen 2006, 3603.) Toista esikäyntiä tarvitaan silloin, kun ensimmäisellä käynnillä ilmenee tarvetta lisätutkimuksille (Lehto & Lehtonen 2012, 13).

LEIKO-potilaan preoperatiivisessa vaiheessa korostuu potilasohjaus. Potilasta ohjataan tekemään leikkaukseen tehtävät valmistelut kotona. Kotona tehtäviin leikkausvalmisteluihin kuuluu mm. ravinnotta olon toteuttaminen sekä leikkausalueen ihon hoito. Ohjaus toteutetaan poliklinikkakäynnin yhteydessä, kun leikkauspäätös on

tehty tai esikäynnin yhteydessä, jos lisätutkimuksille on ilmennyt tarvetta. (Lehto & Lehtonen 2012, 10; 13.) Ohjeet käydään läpi suullisesti, minkä lisäksi potilas saa kotiin mukaan kirjalliset ohjeet, jossa mm. kerrotaan leikkauspäivän aamuna otettavat lääkkeet (Kauppinen & Räsänen 2010, 6). Potilas saa mukaansa myös puhelinnumeron, josta hän voi kysyä neuvoa tarkennusta vaativiin asioihin (Lehto & Lehtonen 2012, 13).

LEIKO-prosessiin kuuluu LEIKO-tiimin sairaanhoitajan preoperatiivinen soitto leikkausta edeltävänä päivänä (Sjöroos 2012, 22). Soiton tarkoituksena on kerrata kotona tehtävät leikkausvalmistelut ja muistuttaa leikkausaamun sairaalaan saapumisajasta (Kauppinen & Räsänen 2010, 6). Soiton yhteydessä tarkistetaan myös lääkitystiedot ja kirjataan ne ylös (Sjöroos 2012, 23). Sairaanhoitaja käy leikkausta edeltävänä päivänä läpi potilaan paperit ja tarkistaa potilaalle tehdyt preoperatiiviset tutkimukset sekä varmistaa tulevan päivän leikkausjärjestyksen (Hommy 2013, 17).

Leikkauspäivänä potilaat saapuvat LEIKO-vastaanottoyksikköön porrastetusti. Potilaat käyvät sairaalaan tullessa laboratoriossa verikokeiden otossa, mikäli laboratorio ei käy ottamassa näytteitä LEIKO-vastaanottoyksikössä. (Sjöroos 2012, 23.) Sairaanhoitaja ottaa potilaan vastaan LEIKO-vastaanottoyksikössä. Hän tarkistaa kotona tehtyjen leikkausvalmisteluiden toteutumisen ja kertoo päivän etenemisestä sekä vastaa tarvittaessa potilaan kysymyksiin. LEIKO-vastaanottoyksikössä tehdään viimeiset esivalmistelut eli vaatteiden vaihto ja tukisukkien pukeminen, leikkausalueen ihokarvojen poisto, navan puhdistaminen, tarvittaessa verensokerin ja verenpaineen mittaus sekä esilääkkeen antaminen. (Hommy 2013, 17.) LEIKO-vastaanottoyksikössä potilas tapaa leikkaavan lääkärin, joka kertoo leikkauksen kulusta. Potilas kävelee yksiköstä itse sairaanhoitajan kanssa leikkaussaliin. (Sjöroos 2012, 23.)

Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämöhön. Heräämön jälkeen potilaan postoperatiivinen hoito toteutetaan kyseisen erikoisalan kirurgisella osastolla, jossa potilasta hoidetaan lääkäriltä saatujen ohjeiden mukaisesti. Lääkäri, sairaanhoitajat ja potilas suunnittelevat kotiutuksen ja sen ajankohdan yhteistyössä. (Hommy 2013, 18.) Kotiin pääsyn ajankohta määräytyy yksilöllisesti (Keränen 2006, 1412).

1.3 LEIKO-potilaan leikkauksekelpoisuuden varmistaminen

LEIKO-potilaan leikkauksekelpoisuus varmistetaan ja leikkauriski arvioidaan ennen leikkausta. Perusterveillä potilailla ja potilailla, joiden perussairaudet ovat hyvässä hoitotasapainossa, leikkauriski on pieni. Lääkkäät tarvitsevat ennen leikkausta enemmän tutkimuksia, koska heillä on usein muita potilaita enemmän sairauksia ja muu-

toksia toimintakyvyssä. Lihavilla ihmisillä ylipainoon liittyvät liitännäissairaudet voivat lisätä komplikaatioiden riskiä leikkauksen aikana. Sydänperäisten leikkauskomplikaatioiden riskiä lisää huono fyysinen toimintakyky. (Kuokkanen & Timonen 2011, 18.)

LEIKO-potilaan leikkauksekelpoisuutta arvioidaan samoilla kriteereillä kuin päiväkirurgisella potilaalla. Päiväkirurgiseksi potilaaksi ei sovi henkilö, jolla on heikko yleisvointi. (Kauppinen & Räsänen 2010, 7.) Potilaan pitää olla itse halukas päiväkirurgiseen toimenpiteeseen ja perussairauksien täytyy olla hyvin hoidettu. Potilas ei saa olla sairaallosien ylipainoinen tai dementikko. Potilaan runsas päihteiden käyttö ja vakava psyykinen häiriö ovat esteitä päiväkirurgialle. (Kuokkanen & Timonen 2011, 14; 18.) Päiväkirurgisella potilaalla ei myöskään voi olla leikkausvalmisteluna suuria suoliston tyhjennyksiä (Kauppinen & Räsänen 2010, 7).

Leikkaukseen tulevan potilaan leikkauksekelpoisuus täytyy arvioida ennen leikkausta. Leikkauksekelpoisuutta voidaan arvioida ASA-luokituksella, joka on Yhdysvaltain anesthesiologiyhdistyksen kehittämä yleistilaluokitus leikkauspotilaille. (Wolters, Wolf, Stützer & Schröder 1996, 127; Käypä hoito 2008.) (Taulukko 1.) ASA-luokitus kuvaa potilaan sairastavuutta. Arvioinnin tekee leikkaava lääkäri, joka arvioi leikkauspotilaan fysiologisen statuksen, kliinisen statuksen, laboratoriotulosten ja EKG:n perusteella. (Kurki 2008.)

TAULUKKO 1. ASA-luokitus (Mukaillen Wolters ym. 1996, 218; Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri 2006)

| | |
|--------------|--|
| ASA-luokka 1 | Terve yli 1-vuotias tai alle 65-vuotias henkilö |
| ASA-luokka 2 | Alle 1-vuotias tai yli 65-vuotias terve henkilö tai henkilö, jolla on lievä, hyvässä hoitotasapainossa oleva sairaus |
| ASA-luokka 3 | Henkilö, jolla on vakava yleissairaus, joka rajoittaa toimintaa, mutta ei uhkaa henkeä |
| ASA-luokka 4 | Henkilö, jolla on vakava, henkeä uhkaava yleissairaus |
| ASA-luokka 5 | Kuolemansairas potilas |

Päiväkirurgiseen leikkaukseen sopii potilas, joka on yleiskunnoltaan perusterve (ASA 1) tai hänen sairautensa on lievä ja se on hyvässä hoitotasapainossa (ASA 2). Päiväkirurgisesti voidaan leikata myös ASA 3 -luokan potilaita, mikäli potilaan tila on stabiili ja hänen sairautensa on tasapainossa. (Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri 2006; Koskinen ym. 2009, 8.) ASA 3 -luokan potilaille tehdään preoperatiivinen hoidonarvio. Lisäksi ASA 3 -luokkaan kuuluvan potilaan täytyy olla suostuvainen päiväkirurgisesti tehtävään toimenpiteeseen sekä ymmärrettävä toimenpiteen merkitys ja leikkauksen jälkeen annettavat kotihoito-ohjeet. (Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri 2006.)

1.4 Preoperatiiviset leikkausvalmistelut ja niiden merkitys

Ennen leikkausta potilaalle on tärkeää antaa ohjausta hänelle tehtävästä leikkauksesta ja siitä toipumisesta. Potilaan kanssa käydään läpi myös leikkaukseen liittyvät riskit sekä se, kuinka näitä riskejä voidaan mahdollisesti ehkäistä. (Sjööröos 2011, 16.) Potilaan ohjaus kotona tehtäviin leikkausvalmisteluihin on tärkeää, koska infektioiden torjunta alkaa jo kotona. Potilaat käyvät suihkussa jo kotona leikkausta edeltävänä päivänä. (Satola 2011.) Hyvää henkilökohtaista hygieniaa on syytä korostaa, sillä huolellisella hygienialla minimoidaan sairaalainfektioita (Kuokkanen & Timonen 2011,17).

Potilasta ohjataan ravinnotta olon toteuttamisesta ennen leikkausta. Potilasta ohjataan olemaan ruokailematta vähintään 6 tuntia ennen leikkausta (Sjööröos 2011, 16.) Tällä minimoidaan mahansisällön joutuminen hengitysteihin anestesian aikana. Vettä voi juoda noin 2 tuntia ennen leikkausta ja esilääkkeen ottamisen yhteydessä. Paasto aika ennen leikkausta pyritään pitämään niin lyhyenä kuin mahdollista, ettei potilaalle syntyisi nestevajausta ja hän ei tuntisi oloaan epämukavaksi. Lyhyellä paastojalla myös turvataan säännöllisen lääkityksen jatkuminen. (Kuokkanen & Timonen 2011, 18.)

Potilasohjauksessa on tärkeää korostaa terveellisiä elämäntapoja ja perussairauksien hyvää hoitotasapainoa. Tupakoimattomuus vähentää riskiä keuhkoinfektioille ja hapeetusongelmille. Tupakoimattomuus ja alkoholin käytön välttäminen ennen leikkausta vähentävät verenvuotoriskiä leikkauksessa ja edistävät haavan parantumista. Potilasta ohjataan pitämään itsestään ja kunnostaan hyvää huolta ennen leikkausta, koska se auttaa potilasta kestäämään paremmin leikkauksen rasitukset. Potilasohjauksessa on tärkeää korostaa terveellisen ruokavalion ja liikunnan merkitystä, koska nämä auttavat potilasta toipumaan nopeammin. Potilaalle kannattaa korostaa, että perussairauksien tulee olla hoitotasapainossa, jotta leikkaus voidaan tehdä. (Kuokkanen & Ti-

monen 2011, 18.) Kivunhoito täytyy huomioida jo ennen leikkausta, sillä se vaikuttaa leikkauksesta toipumiseen (Sjööröos 2011, 17).

Potilaalle annetaan ohjausta ihon kunnon huolehtimisesta. Potilasta ohjataan pitämään ihon kunto hyvänä, sillä ihorikot ja tulehdusalueet leikkausalueella estävät potilaan leikkaukseen pääsyn. Ihon huono kunto leikkausalueella altistaa haavainfektioille. (Kuokkanen & Timonen 2011, 17.) Sairaanhoitajat tarkistavat leikkausalueen ihon kunnon leikkauispäivänä sairaalassa (Sjööröos 2011, 16). Ihokarvat poistetaan vasta toimenpidettä ennen, koska potilas voi kotona itse ihokarvoja poistaessaan aiheuttaa iholle leikkauksen estäviä ihorikkoja (Kuokkanen & Timonen 2011, 17).

Potilaalta otetaan verikokeita ennen leikkausta. Verikokeet ovat lääkärin määräämiä tai ne kuuluvat potilas- ja leikkausohjelmaan. Verikokeita otetaan, jotta potilaalle osataan tarvittaessa tehdä verivaraus leikkausta varten. Verivarausten tilaamiseksi potilaalle täytyy tehdä veren sopivuuskoe. Sopivuuskokeesta täytyy olla merkintä anestesikaavakkeessa. (Komulainen 2009, 18; Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 237.)

Potilaan lääkitys selvitetään ennen leikkausta. Potilaan lääkitys on tärkeää selvittää huolellisesti, jotta potilaan perioperatiivinen lääkitys voidaan suunnitella turvallisesti. Potilaan lääkityksellä on vaikutusta anestesian aikana käytettävien lääkkeiden valintaan. Anestesian aikaista lääkitystä suunnitellessa täytyy varmistua siitä, että potilaan käytössä olevilla lääkkeillä ja anestesiassa käytettävillä lääkkeillä ei ole keskenään vaarallisia yhteisvaikutuksia. (Komulainen 2009, 17.)

Potilaan sairaudet ovat olennaisia tietoja anestesiaryhmälle. Potilaan sairaudet vaikuttavat potilaan anestesian suunnitteluun ja toteutukseen. Potilaan hoidon turvallisuus saadaan varmistettua, kun sairaudet ovat etukäteen tiedossa. (Komulainen 2009, 15.)

Potilaan allergiat ja yliherkkyydet selvitetään ennen leikkausta. Allergioiden ja yliherkkyyksien ollessa tiedossa vältytään allergisilta reaktioilta. Anestesiaryhmän täytyy tietää potilaan ruoka- ja lääkeaineallergiat, sillä monilla ruoka-aineallergioilla on yhteys lääkeallergioihin. Tiettyjä lääkeaineita osataan välttää, kun nämä yhteydet ovat tiedossa. Näin vältytään allergisilta reaktioilta. Myös eri materiaalien, kuten teippien ja puhdistusaineiden, allergiat ja yliherkkyydet täytyy kirjata anestesiakaavakkeelle. (Komulainen 2009, 15; Lukkari ym. 2010, 237.)

Potilaan paino ja pituus kirjataan anestesiakaavakkeeseen. Potilaan paino on tärkeää tietää, koska osa anestesian aikana käytetyistä lääkkeistä annostellaan potilaan painon mukaan. Potilaan paino ja pituus antavat anestesiaryhmälle tietoa potilaan anatomisesta rakenteesta ja fysiologisesta tilasta. Painon ja pituuden perusteella anestesiaryhmä voi tehdä arviota siitä, onko potilas esimerkiksi ylipainoinen ja varautua etukäteen ylipainosta mahdollisesti aiheutuviin komplikaatioihin anestesian aikana. Potilaan paino vaikuttaa myös turvallisen leikkausasennon luomiseen. (Komulainen 2009, 14.)

Ennen leikkausta potilasta ohjataan tukisukkien pukemisessa. Tukisukkien tarkoitus on ehkäistä leikkauksen jälkeisten syvien laskimotukosten muodostumista. Tukisukilla pyritään lisäämään laskimonveren virtausta sekä ehkäisemään laskimoiden venymistä. (Ahonen 2009.)

Ennen anestesian alkua anestesiahoitajalle raportoidaan, onko potilas saanut esilääkitystä. Anestesiahoitajan on tiedettävä perustelu esilääkkeen ottamatta jättämisestä, jos potilas ei ole saanut esilääkettä. Anestesiahoitajan täytyy tietää tarkasti, mitä muita lääkkeitä potilas on saanut ennen leikkausta. On tärkeää tietää, monelta potilas on saanut lääkkeitä ja mikä on ollut annostus. Nämä tiedot ohjaavat lääkehoidon suunnittelua ja toteutusta anestesian aikana. (Komulainen 2009, 17.)

Antibioottiprofylaksia huomioidaan potilailla ennen leikkausta.

Antibioottiprofylaksialla tarkoitetaan mikrobilääkkeen antamista potilaalle ennen leikkausta. Antibioottiprofylaksian tarkoituksena on ehkäistä tulehduksien muodostumista. Antibioottiprofylaksia suositellaan annettavaksi esimerkiksi ennen ortopedisia, traumatologisia sekä maha-suolikanavan leikkauksia. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 627.) Antibioottiprofylaksia on syytä huomioida myös silloin, jos leikkausalueen iho on infektoitunut tai on todennäköistä, että potilaan vereen voi joutua bakteereita leikkauksen yhteydessä. Antibioottiprofylaksia toteutetaan ennen leikkausta, jotta antibiootin määrä on veressä suurimmillaan, kun leikkaus alkaa. (Käypä hoito 2008.)

Potilaan henkilöllisyyden varmistaminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta. Anestesiahoitaja varmistaa potilaan henkilöllisyyden, kun hän vastaanottaa potilaan leikkauksyksikköön. Henkilöllisyyden varmistaminen tehdään suullisesti tai potilaan ranneesta olevasta tunnistusrannekkeesta. Henkilöllisyys täytyy tarkistaa myös anestesiakaavakkeelta. (Komulainen 2009, 14.)

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää LEIKO-potilaan leikkausvalmisteluiden toteutuminen KYSin leikkausyksikkö 1:llä. Tutkimus toteutetaan havainnoimalla leikkausvalmisteluiden toteutumista LEIKO-potilailla sekä haastatteleamalla anestesiahoitajia leikkausvalmisteluiden toteutumisesta. Haastatteluiden kohdejoukoksi valikoituvat anestesiahoitajat, koska anestesiahoitajat tarkistavat potilaan leikkausvalmisteluiden toteutumisen leikkaussalissa ennen anestesian alkua.

Tutkimuksen tavoitteena on, että saatujen tulosten pohjalta leikkausyksikkö 1 voi parantaa omaa LEIKO-toimintaansa ja kehittää LEIKO-potilaan hoitopolkua turvallisemmaksi, jolloin pystytään takaamaan potilaan hoidon yksilöllisyys ja jatkuvuus.

Tutkimuksen tekijöiden tavoitteena on perehtyä tutkimusprosessiin sekä erityisesti laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän toteuttamiseen. Tutkimusprosessin toteuttaminen tukee tutkijoiden ammatillista kehittymistä. Tavoitteena on myös kasvat-
taa tutkijoiden omaa tietämystä LEIKO-toiminnasta.

Tutkimustehtävinä on selvittää:

1. Mitkä leikkausvalmistelut toteutuvat LEIKO-potilailla?
2. Mitkä leikkausvalmistelut ovat anestesiahoitajien havaintojen mukaan toteutuneet hyvin?
3. Missä leikkausvalmisteluissa anestesiahoitajat ovat havainneet puutteita?

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

3.1 Tutkimusmenetelmien valinta

Tämä tutkimus toteutettiin laadullisena havainnointi- ja haastattelututkimuksena. Havainnointia ja haastattelua varten laadittiin etukäteen havainnointi- ja haastattelulomakkeet (liite 1 & liite 2). Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat tutkittava ilmiö, tutkimusongelmat- tai kysymykset sekä se, mitä tutkittavasta ilmiöstä halutaan tietää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–55). Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Laadullisessa tutkimuksessa voidaan pyrkiä jonkin uuden ilmiön käsitteellistämiseen ja kuvaamiseen. Sitä voidaan myös käyttää välineenä kehitettäessä uutta mittaria määrällistä tutkimusta varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74.)

Laadullinen tutkimus on kartoittavaa ja kokonaisvaltaista, ja aineisto kerätään todellisissa tilanteissa. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää uusia tosiasioita eikä perustella jo aiemmin esitettyjä väittämiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Laadullinen tutkimusmenetelmä voidaan valita menetelmäksi myös silloin, kun jotakin ilmiötä tarkastellaan ymmärtämisen näkökulmasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Laadullinen tutkimusmenetelmä soveltuu tämän kaltaiseen tutkimukseen, koska tavoitteena oli löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia ja eroja.

Laadullinen tutkimus kohdentuu määrien sijasta tutkittavan ilmiön laatuun. Mitä-, miksi- ja miten-kysymykset ohjaavat tutkimusta. Tutkimukseen osallistujien valinta on tarkoituksenmukaista, sillä tutkimukseen valikoiduilla henkilöillä täytyy olla kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on vähän, koska tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan rikas aineisto. Tutkimuksen tekijä on tutkimuksen aikana aktiivinen osallistuja ja hän on läheisessä kontaktissa tutkimukseen osallistujien kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 26–28.)

Havainnointi voi olla itsenäinen työtapo tai kiinteä osa jotakin muuta menetelmää. Havainnot voidaan dokumentoida havainnoijan käsinkirjoitetuina muistiinpanoina tai nauhoittaa videoimalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 94–97.) Systemaattisen havainnoinnin avulla tietoa kerätään ja tallennetaan systemaattisesti ja tarkasti (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 215). Systemaattisessa havainnoinnissa on ennalta laaditut luokitteluskeemat, joihin havainnointi perustuu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 122). Havaintoja tehdään sekä kuuntelemalla että katselemalla (Kylmä & Ju-

vakka 2007, 98). Apukeinoina voidaan käyttää esimerkiksi ns. tsekkauslistoja. Systemaattisessa havainnoinnissa havainnointitila voidaan rajata selkeästi, esimerkiksi laboratorioon, tai havainnointi voi tapahtua luonnollisissa tilanteissa, esimerkiksi työpaikalla. (Hirsijärvi ym. 2009, 215–216.)

Tässä tutkimuksessa havainnointi oli yksi tutkimusmenetelmistä. Havainnot tehtiin katselemalla ja tarkkailemalla leikkausvalmisteluiden toteutumista leikkaussalissa sekä havainnoimalla anestesiakaavakkeen tietoja. Havainnointitiedot dokumentoitiin käsikirjoittaen etukäteen laaditulle havainnointilomakkeelle (liite 1). Havainnointilomakkeelle oli teorialähtöisesti luokiteltu leikkausvalmistelut, joiden toteutumista tutkittiin havainnoimalla. Havainnointitilana olivat leikkausyksikkö 1:n leikkaussalit.

Teemahaastattelu on yksi haastattelun lajeista. Teemahaastattelussa keskustelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin ja aihepiireihin, jotka tutkija on laatinut valmiiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.) Teemahaastattelussa ei ole yksityiskohtaisia kysymyksiä eikä niillä ole tarkkaa järjestystä vaan haastattelua viedään eteenpäin tiettyjen teemojen varassa. Haastateltavilla täytyy olla kokemusta haastattelun teeman määrittelemästä asiasta. Haastattelu suunnataan haastateltavien subjektiivisiin kokemuksiin tutkittavasta asiasta. Haastattelijalla on perehtynyt haastattelussa käsiteltyyn asiaan ennen haastattelua. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 47–48.) Tässä tutkimuksessa haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna. Haastattelun teemat laadittiin teorialähtöisesti tutkimustehtävien ja havainnoinnissa saadun aineiston pohjalta.

Havainnoinnista saatua aineistoa voidaan hyödyntää haastattelutilanteissa ja saadut havainnot voivat ohjata haastattelun kulkua. Menetelmien yhteiskäytöllä saadaan monipuolisempaa ja syvällisempää aineistoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 94; 98.) Tässä tutkimuksessa havainnoimalla saatu aineisto ohjasi haastattelun suunnittelua ja toteuttamista. Havainnoimalla saatiin tietoa leikkausvalmisteluiden toteutumisesta. Haastattelun teemat kohdennettiin havainnoinnissa tehtyihin huomioihin.

Tässä tutkimuksessa haastatteluaineisto analysoitiin deduktiivisellä eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimuksen analysointivaiheessa tutkimukseen yhdistettiin myös määrällisen tutkimuksen menetelmiä, sillä havainnointiaineisto analysoitiin määrällisellä menetelmällä.

3.2 Havainnointi- ja haastattelulomakkeiden laadinta

Strukturoidussa havainnoinnissa havainnointilomakkeen laadinnan lähtökohtana on tutkittavan ilmiön luokittelu. Tutkittavasta ilmiöstä tulee olla ennestään teorian tietoa, jonka perusteella luokittelut laaditaan havainnointilomakkeeseen. Luokitteluun liittyy erilaisia piirteitä, jotka on otettava huomioon havainnointilomaketta laatiessa. Havainto täytyy pystyä merkitsemään yksiselitteisesti johonkin tiettyyn luokkaan kuuluvaksi. Eri luokitteluiden täytyy sulkea toisensa pois. Riittävä luokkien määrä on 10–20, sillä liian suuri luokkien määrä hankaloittaa luokittelun hallintaa havainnointitilanteissa. Luokittelussa on otettava huomioon se, että havainto voidaan sujuvasti merkitä havainnointilomakkeeseen. (Anttila 2006, 191.)

Tässä tutkimuksessa havainnointilomakkeen laadinta oli osa tutkimusprosessia. Havainnointilomakkeen laadinta aloitettiin siten, että tutkimuksen tekijät perehtyivät teorian tietoon havainnointilomakkeen laadinnasta ja potilaan preoperatiivisista leikkausvalmisteluista. Lisäksi tutkijat tutustuivat jo valmiisiin mittareihin (Hämäläinen & Kaartinen 2009), mikä antoi valmiuksia oman mittarin suunnitteluun. Havainnointilomakkeen laadinnassa otettiin myös huomioon tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävät. Havainnointilomakkeesta pyrittiin tekemään selkeä ja yksinkertainen, jotta havainnointien kirjaaminen lomakkeelle olisi helppoa ja nopeaa. Valmis havainnointilomake lähetettiin toimeksiantajalle luettavaksi ja arvioitavaksi.

Havainnointilomakkeessa (liite 1) oli lopulta 14 eri leikkausvalmistelua, joiden toteutumista havainnoijat tutkivat. Havainnointilomakkeessa oli jokaiselle leikkausvalmistelulle varattu sarakkeet ”toteutunut” ja ”ei toteutunut”. Havainnoinnin aikana sarakkeisiin tehtiin rastilla merkintä jokaisesta leikkausvalmistelusta sen mukaan, oliko leikkausvalmistelu potilaalla toteutunut vai ei toteutunut. Havainnointilomakkeessa oli lisäksi sarake ylimääräisille ja merkittävillä lisähuomioille, joita havainnoinnin aikana tehtiin. Nämä lisähuomiot antoivat tutkimukselle laadullista tietoa.

Teemahaastattelulomakkeen laatimisen lähtökohtana ovat haastattelun teema-alueet. Haastattelulomakkeeseen ei kirjoiteta tarkkoja kysymyksiä vaan teema-alueuettelo. Teema-alueet muodostetaan tutkittavien ilmiöiden ja tutkimuksen peruskäsitteiden pohjalta. Teema-alueiden perusteella haastattelija esittää haastattelukysymyksiä, joten teema-alueuettelo toimii haastattelijalle haastattelurunkona. Kysymykset laaditaan siten, että haastateltava voi vastata niihin omin sanoin. Kysymyksille ei ole siis laadittu valmiita vastausvaihtoehtoja. Haastattelija voi tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä ja syventää näin keskustelua kunkin haastateltavan lähtökoh-tien ja kiinnostuksen mukaan. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47; 66–67.) Tässä tutkimuk-

sessä haastattelulomakkeen (liite 2) laadinnan lähtökohtana olivat tutkimustehtävät. Tutkimustehtävien pohjalta laadittiin yksinkertainen ja selkeä haastattelulomake. Haastattelulomakkeessa taustatietoina olivat sukupuoli, rooli työyksikössä ja työkokemus. Haastattelun teemat laadittiin tutkimustehtävien ja havainnoinnissa saadun aineiston pohjalta. Haastattelussa oli neljä teemaa, joista yksi käsitteli anestesiahoitajien kokemuksia LEIKO-toiminnasta. Toisessa teemassa käsiteltiin LEIKO-potilaan hyvin toteutuneita leikkausvalmisteluita ja kolmannessa teemassa LEIKO-potilaan puutteellisesti toteutuneita leikkausvalmisteluita. Neljännessä teemassa tutkittiin anestesiahoitajien kehitys- ja muutosideoita LEIKO-toimintaan. Jokaisen pääteeman alle laadittiin muutamia tarkentavia kysymyksiä, joiden avulla haastattelua voitiin viedä eteenpäin. Tarkentavat kysymykset laadittiin siten, että kysymykset eivät johdattele haastateltavaa vastaamaan halutulla tavalla.

3.3 Tutkimusaineiston kerääminen ja analyysi

Tutkimusluvan hakeminen edeltää tutkimusaineiston keräämistä. Ennen tutkimuksen tekemistä tutkimukselle haettiin tutkimuslupaa KYSin tutkimuslupakäytänteiden mukaisesti. Tutkimusluvan myönsivät KYSin henkilöstöpäällikkö ja anestesia- ja leikkaustoiminnan ylihoitaja. Tutkimus toteutettiin KYSin leikkausyksikkö 1:n tiloissa. Havainnoinnit toteutettiin eri erikoisalojen leikkaussaleissa ja haastattelut anestesiahoitajien työhuoneessa.

Tämän tutkimuksen havainnoinnit ja haastattelut toteutettiin tutkimussuunnitelman mukaisesti. Havainnoinnit toteutettiin aikavälillä 14.3.–23.5.2013 ja havainnointipäiviä oli 4. Havainnointipäivät sovittiin ennalta yhteistyössä leikkausyksikkö 1:n kanssa. Havainnoinnin kohteena oli kaikkiaan 20 LEIKO-potilasta, joista molemmat tutkimuksen tekijät havainnoivat 10 potilaan leikkausvalmisteluiden toteutumista. Havainnoitavia leikkausvalmisteluita oli yhteensä 14. Tutkimuksessa havainnoitiin 10 vatsaelinkirurgian potilasta, 4 korva-, nenä- ja kurkkutautien potilasta, 4 urologian potilasta ja 2 plastiikkakirurgian potilasta. Havainnoitavat potilaat valikoituivat tutkimukseen sen mukaan, mitä LEIKO-potilaiden leikkauksia leikkauslistalla oli havainnointipäivinä. Tutkijat eivät olleet havainnoimassa raporttia, jonka anestesiahoitaja sai potilaan leikkausyksikköön tuoneelta sairaanhoitajalta. Havainnointi alkoi, kun potilas saapui leikkaussaliin. Tutkijat tekivät havainnot leikkaussalissa anestesiapöydässä, kun anestesiahoitaja ja -lääkäri valmistelivat potilasta anestesiaan. Havainnoinnit kirjattiin etukäteen laaditulle havainnointilomakkeelle. Tutkijat poistuivat leikkaussalista, kun anestesia alkoi ja leikkausryhmä oli tarkistanut leikkausalueen ihon kunnon. Havainnointiaineisto käytiin läpi, kun kaikki 20 leikkausta oli havainnoitu. Havainnot koottiin yhdelle A4-paperille. Myös havainnoimalla saadut lisähuomiot koottiin yhteen. Tämän

jälkeen aineistosta laadittiin taulukko (taulukko 2). Havainnointiaineisto analysointiin jakamalla leikkausvalmistelut toteutuneisiin ja ei-toteutuneisiin leikkausvalmisteluihin. Havainnoimalla saadut laadulliset lisähuomiot kirjattiin opinnäytetyöraporttiin sellaiseenaan.

Anestesiahoitajien haastattelut toteutettiin, kun havainnointiaineisto oli kerätty. Tutkimuksessa haastateltiin kolmea KYSin leikkausyksikkö 1:n anestesiahoitajaa. Haastateltavista anestesiahoitajista kaksi oli naisia ja yksi mies. Haastatteluiden kohdejoukoksi valkoituvat anestesiahoitajat, koska anestesiahoitajat tarkistavat potilaan leikkausvalmisteluiden toteutumisen leikkauksalissa ennen anestesian alkua. LEIKO-potilaiden vastaanottaminen ja hoitaminen leikkauksen aikana sisältyy kaikkien anestesiahoitajien työnkuvaan KYSin leikkausyksikkö 1:llä. Haastateltavat anestesiahoitajat valikoituivat tutkimukseen pitkän työkokemuksen ja vapaaehtoisuuden perusteella. Anestesiahoitajien haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina 23.5.2013. Haastattelutilana toimi anestesiahoitajien työhuone, jossa haastattelu pystyttiin toteuttamaan kaikessa rauhassa ja ilman häiriöitä. Haastattelija ja haastateltava istuivat kasvokkain ja toinen tutkijoista istui heidän sivussa. Toinen tutkijoista haastatteli kahta ja toinen yhtä anestesiahoitajaa. Molemmat tutkijat olivat kaikissa haastattelutilanteissa mukana. Haastattelijan roolissa oleva tutkija haastatteli hoitajan ja huolehti nauhoituksesta. Sivusta kuunteleva tutkija seurasi, että kaikki oleellinen tuli haastattelun aikana käsitellyksi ja esitti tarvittaessa lisäkysymyksiä. Haastattelut toteutettiin nimettöminä ja haastattelut nauhoitettiin aineiston analysoinnin helpottamiseksi.

Tässä tutkimuksessa haastatteluaineisto analysoitiin deduktiivisella eli teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusaineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata tutkimusaineiston tekstiä (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Sisällönanalyysi pyrkii kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä laajasti mutta tiiviisti. Sisällönanalyysissä syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.) Deduktiivinen sisällönanalyysi on teorialähtöistä analyysiä. Valmiin teorian tai teoreettisten käsitteiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Analyysiä tehtäessä voidaan hyödyntää analyysikehikkoa tai -lomaketta, jonka pohjana on aikaisempi tieto ja tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Tässä tutkimuksessa haastatteluaineiston analysointi tehtiin vaiheittain. Haastatteluaineiston analysointi aloitettiin kaikkien kolmen haastattelun litteroinnilla eli kirjalliseen muotoon purkamisella. Aineisto litteroitiin sanasta sanaan. Haastattelun puheen painotuksilla, eleillä ja ilmeillä ei ollut merkitystä analyysin lopputuloksen kannalta, joten

litteroinnissa ei otettu näitä tekijöitä huomioon. Aineiston analysoinnissa haastateltavien sukupuolella ei ollut merkitystä. Litteroitu aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja sitä verrattiin tutkimustehtäviin. Aineisto jaettiin neljään eri asiakokonaisuuteen, jotka käsiteltiin ja analysoitiin erikseen. Näitä asiakokonaisuuksia olivat anestesiahoitajien kokemukset LEIKO-toiminnasta, leikkausvalmisteluiden puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta, muut LEIKO-toiminnan puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta sekä anestesiahoitajien kehitysideoita LEIKO-toimintaan. Kunkin asiakokonaisuuden alkupe-
räiset ilmaukset kirjattiin käsin erilliselle paperille, jolloin myös alakategorioiden muodostaminen ja hahmottaminen oli helpompaa. Kaiken tarpeellisten alkuperäisten ilmausten kirjaamisen jälkeen ne pelkistettiin. Pelkistämisen jälkeen samaa asiaa kuvaavat pelkistykset yhdistettiin toisiinsa ja näin muodostuvista ryhmistä syntyi alakatgoriat. Aineistosta luotuja alakategorioita olivat esimerkiksi suuri muutos potilaille, toimintalinjojen etsiminen meneillään uudessa toimintamallissa sekä taloudellinen hyöty. Alakategorioista muodostui edelleen yläkategoriat. Pelkistetyt ilmaisut, alakatgoriat ja yläkategoriat koottiin taulukon omaiseen muotoon (taulukot 3-6) tulosten tarkastelun selkeyttämiseksi.

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan seuraavissa luvuissa. Luku 4.1. käsittelee havainnoimalla saatuja tutkimustuloksia eli LEIKO-potilaan leikkausvalmisteluiden toteutumisista. Luku 4.2. käsittelee haastattemalla saatuja tutkimustuloksia. Luvussa 4.2.1 kuvataan anestesiahoitajien kokemuksia LEIKO-toiminnasta. Luku 4.2.2. käsittelee leikkausvalmisteluiden puutteita anestesiahoitajien näkökulmasta. Luvussa 4.2.3. avataan muita LEIKO-toiminnan puutteita, joita anestesiahoitajat olivat havainneet. Haastatteleamalla selvitettiin myös, mitä LEIKO-toiminnan kehitysideoita anestesiahoitajilla on. Näitä kehitysideoita käsitellään luvussa 4.2.4.

4.1 LEIKO-potilaan leikkausvalmisteluiden toteutuminen

Tutkimuksessa havainnoitiin LEIKO-potilaiden 14 eri leikkausvalmistelun toteutumista potilaiden saavuttua leikkaussaliin. Havainnoimalla saatuja tuloksia on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. LEIKO-potilaan leikkausvalmisteluiden toteutuminen

| Leikkausvalmistelu | Toteutunut | Ei toteutunut | Yhteensä (n) |
|----------------------------------|------------|---------------|--------------|
| Ranneke ranteessa | 19 | 1 | 20 |
| Ollut ravinnotta (väh. 6h) | 6 | 14 | 20 |
| Esilääke annettu | 19 | 1 | 20 |
| Sairaudet tiedossa | 20 | 0 | 20 |
| Allergiat tiedossa | 20 | 0 | 20 |
| Lääkitys tiedossa | 20 | 0 | 20 |
| Riskitiedot tiedossa | 20 | 0 | 20 |
| Tarvittavat verikokeet otettu | 20 | 0 | 20 |
| Ihon kunto tarkistettu | 20 | 0 | 20 |
| Paino ja pituus tiedossa | 20 | 0 | 20 |
| Antibioottiprofylaksia huomioitu | 20 | 0 | 20 |
| Tukisukat jalassa | 12 | 4 | 16 |
| Sairaalavaatteet vaihdettu | 20 | 0 | 20 |
| Tyhjennykset tehty | - | - | - |

LEIKO-potilaiden leikkausvalmistelut toteutuivat vaihtelevasti. Kaikista 20 potilaasta esilääke oli annettu 19 potilaalle, samoin tunnistusranneke oli ranteessa 19 potilaalla. Ennen leikkausta ravinnotta vähintään 6 tuntia oli ollut 6 potilasta. Potilaan ravinnotta olo kävi ilmi anestesiakaavakkeesta tai kun anestesiahoitaja varmisti asian potilaalta suullisesti leikkaussalissa. Potilailla, joilla ravinnotta olo ei ollut toteutunut, ravinnotta olosta ei ollut merkintää anestesiakaavakkeessa tai anestesiahoitaja ei ollut varmistanut asiaa potilaalta suullisesti. Tukisukat olivat jalassa 12 potilaalla leikkaussaliin tullessa. Potilaista, joilla ei ollut tukisukkia jalassa, kaksi oli lapsipotilasta ja kaksi oli aikuispotilasta. Tutkimuksen käynnistyessä tukisukat eivät olleet havainnoitavien leikkausvalmisteluiden listalla vaan se lisättiin siihen, kun neljä leikkausta oli jo havainnoitu. Lisäys tehtiin, koska tukisukkien pukeminen on tärkeä preoperatiivinen leikkausvalmistelu. Tämän vuoksi tämä leikkausvalmistelu on havainnoitu vain 16 LEIKO-potilaalla, joten tutkimustulos on muista poikkeava.

Osa leikkausvalmisteluista toteutui kaikilla 20 LEIKO-potilaalla. Kaikki LEIKO-potilaat olivat vaihtaneet sairaalavaatteet ja jokaiselta heistä oli otettu tarvittavat verikokeet ennen leikkausta. Sairaudet, allergiat, lääkitys, paino ja pituus sekä riskitiedot olivat tiedossa kaikilla LEIKO-potilailta. Potilaiden riskitietoja olivat mm. aspiraatoriski, tahdistin, intubaatiovaikeus tai leikkauksen aiheuttama postoperatiivinen pahoinvointi. Leikkausalueen ihon kunto oli tarkistettu jokaiselta 20 LEIKO-potilaalta ennen leikkausta. Tutkimuksessa oletettiin, että leikkausalueen ihon kunto oli tarkistettu ennen leikkausta, mikäli iho oli leikkaussalissa ehjä ja ihokarvat oli poistettu. Antibioottiprofylaksia oli huomioitu kaikilla 20 LEIKO-potilaalla joko osastolla tai leikkaussalissa ennen leikkauksen alkamista. Kellään LEIKO-potilaalla leikkaus ei vaatinut suolen tyhjennystä ennen leikkausta.

Havainnoinnin aikana havainnointilomakkeelle kirjattiin ylös laadullisia lisähuomioita. Ylös kirjatut lisähuomiot olivat sellaisia, jotka vaikuttivat merkittävästi leikkauksen alkamiseen. Yhdellä potilaalla leikkausmenetelmää luultiin avoleikkaukseksi, vaikka leikkaus olikin tarkoitus tehdä tähystämällä. Leikkausmenetelmä oli muuttunut jossakin vaiheessa, eikä tieto leikkausmenetelmän muutoksesta ollut kulkenut osastolta leikkaussaliin. Samantyyppinen tiedonkulun ongelma havaittiin myös toisen potilaan kohdalla. Kyseisessä tapauksessa anestesiamenetelmä oli muuttunut jossakin vaiheessa nukutuksesta spinaalipuudutukseen. Tieto saatiin leikkaussaliin tästä vasta vähän ennen kun potilas tuli leikkaussaliin. Kolmas havainnoimalla saatu lisähuomio yhden potilaan kohdalla oli se, että kirurgi ei ollut tavannut kirurgisella osastolla aamun ensimmäistä potilasta siihen mennessä, kun leikkauksen olisi kuulunut alkaa.

Tämä aiheutti turhaa odotteluaikaa leikkaussalin leikkaus- ja anestesiaryhmälle. Kyseisen leikkauksen alkaminen viivästyi, mikä viivästytti myös muita päivälle suunniteltuja leikkauksia.

4.2 LEIKO-toiminnan ja leikkausvalmisteluiden toteutuminen anestesiahoitajien näkökulmasta

Haastatteluiden sisällöistä nousi esiin neljä eri asiakokonaisuutta. Nämä asiakokonaisuudet ovat anestesiahoitajien kokemukset LEIKO-toiminnasta (luku 4.2.1), leikkausvalmisteluiden puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta (luku 4.2.2), muut LEIKO-toiminnassa ilmenneet puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta (luku 4.2.3.) ja anestesiahoitajien kehitysideat LEIKO-toimintaan (luku 4.2.4.). Jokainen asiakokonaisuus analysoitiin erikseen. Haastattelut analysoitiin teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysit koottiin taulukoihin 3-6.

4.2.1 Anestesiahoitajien kokemukset LEIKO-toiminnasta

Haastattelussa selvitettiin anestesiahoitajien kokemuksia LEIKO-toiminnasta. Haastatteleamalla saatuja tutkimustuloksia on esitetty taulukossa 3.

TAULUKKO 3. Anestesiahoitajien kokemukset LEIKO-toiminnasta

| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria |
|--|--|---|
| Potilaiden aktiivinen rooli Uusi toimintamalli kulttuurimuutos potilaille | Suuri muutos potilaille | Anestesiahoitajien kokemukset LEIKO-toiminnasta |
| Riittämätön valmistautuminen ennen uuden toimintamallin aloittamista Toimintamallin hioutumattomuus Toiminnan aukkojen täyttäminen Toiminnan opettelua kirurgisella osastolla ja leikkausyksikössä Epätietoisuus ja unohtelu toiminnan alkuvaiheessa | Toimintalinjojen etsiminen meneillään uudessa toimintamallissa | |
| Säästöt yhteiskunnalle | Taloudellinen hyöty | |

Haastattelussa anestesiahoitajilta kysyttiin heidän kokemuksiaan LEIKO-toiminnasta sekä sitä, miten se on lähtenyt heidän näkökulmastaan käyntiin KYSissä. Haastattelussa anestesiahoitajat nostivat esille, että uudentyypinen toimintamalli on suuri muutos potilaille. Potilaiden rooli muuttuu aktiivisemmaksi ja tämä näkyy esimerkiksi siinä, että potilas kävelee itse leikkaussaliin eikä häntä viedä sinne sängyllä. LEIKO-toimintamallin yleistyminen on myös kulttuurinen muutos potilaille, kun sairaalaan tullaan vasta leikkauspäivän aamuna.

Anestesiahoitajat kokivat, että uudessa toimintamallissa eli LEIKO-toimintamallissa toimintalinjojen etsiminen on parhaillaan käynnissä. Anestesiahoitajien näkökulmasta uuteen toimintamalliin ei ehditty valmistautua tarpeeksi ennen sen käynnistämistä, ja toimintamalli on vielä hioutumaton. LEIKO-toiminnassa on aukkoja, jotka on täytettävä toiminnan parantamiseksi. LEIKO-toimintamallin toimintatapoja opetellaan vielä niin leikkausyksikössä kuin kirurgisilla osastoilla. Toiminnan alkuvaiheessa on ollut epätietoisuutta ja unohtelua useissa toiminnan kohdissa.

Anestesiahoitajat nostivat haastattelussa esille LEIKO-toiminnan tuoman taloudellisen hyödyn. Anestesiahoitajat kokivat, että LEIKO-toiminta on taloudellisesti kannattavaa toimintoimintaa. Potilaiden tullessa sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna saadaan yhteiskunnallisia säästöjä.

4.2.2 Leikkausvalmisteluiden puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta

Haastattelussa selvitettiin leikkausvalmisteluiden puutteita anestesiahoitajien näkökulmasta. Haastattelemalla saatuja tutkimustuloksia on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Leikkausvalmisteluiden puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta

| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria |
|---|---|---|
| Verivarausten myöhästyminen, kun veren sopivuuskoe otetaan vasta aamulla Verivarausten myöhästyminen, kun veressä vasta-aineita | Verikokeiden oton puutteet sekä verivarausten myöhästyminen | Leikkausvalmisteluiden puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta |
| Leikkaava lääkäri ei katsonut potilasta Valmisteluiden myöhästyminen, koska leikkaava lääkäri ei ole katsonut potilasta | Leikkaava lääkäri ei ole tavannut potilasta | |
| Esilääkettä ei annettu ennen kuin leikkaava lääkäri on tavannut potilaan Esilääkettä ei ole annettu potilaan tarpeesta ja pyynnöstä huolimatta | Määrättyä esilääkettä ei ole annettu | |
| Potilaalla leikkaussalissa kellot, korut ja sormukset mukana | Omaisuuksien sijoittaminen lukolliseen kaappiin | |
| Ihokarvat poistamatta leikkausalueelta | Ihon kunnon tarkastus | |

Anestesiahoitajien haastattelussa ilmeni viisi leikkausvalmistelua, joissa anestesiahoitajat kokivat olevan puutteita. Verikokeiden otossa on ilmennyt ongelmia. Epäkohtana koettiin erityisesti se, että verensopivuuskoe ei ole otettu potilaan saapuessa sairaalaan. Verivaraukset pystytään tekemään vasta veren sopivuuskokeen ottamisen jälkeen eivätkä verivaraukset välttämättä ehdi ajoissa leikkaussaliin leikkauslistalla ensimmäisenä olevan potilaan kohdalla. Samoin mikäli veressä todetaan vasta-aineita, veren valmistuminen kestää kauemmin eikä veret ole ajoissa leikkaussalissa, mikäli potilas niitä tarvitsisi.

Toisena leikkausvalmistelun puutteena koettiin se, ettei leikkaava lääkäri ole katsonut leikkaukseen tulevaa potilasta. Kirurgisen osaston sairaanhoitajat valmistelevat potilaan leikkaukseen vasta, kun leikkaava lääkäri on katsonut potilaan. Tällöin leikkaussaliin voi tulla potilaita, joille ei ole ehditty tehdä tarvittavia leikkausvalmisteluita.

Anestesiahoitajat ovat havainneet puutteita myös esilääkkeen antamisessa. Joissakin tapauksissa anestesia lääkäri on määrännyt potilaalle annettavaksi esilääkkeen, mutta kirurgisen osaston sairaanhoitajat eivät ole sitä antaneet, jos leikkaava lääkäri ei ole katsonut potilasta. Esilääke on jäänyt näissä tapauksissa kokonaan antamatta. Toisinaan esilääke on jäänyt antamatta, vaikka anestesia lääkäri on määrännyt potilaalle esilääkkeen ja potilas olisi sitä tarvinnut tai itse pyytänyt.

Neljäs anestesiahoitajien havaitsema leikkausvalmisteluissa ilmennyt ongelma oli potilaiden tulo leikkaussaliin omat tavarat mukanaan. Anestesiahoitajien haastattelussa kävi ilmi, että potilaita saapuu ajoittain leikkaussaliin korut, kellot ja sormukset mukanaan, vaikka nämä tulisi jättää kirurgiselle osastolle. Ihokarvojen poistamisessa on ilmennyt puutteita silloin tällöin eli leikkausalueen ihon kunto on jäänyt kirurgisella osastolla tarkistamatta.

4.2.3 Muut LEIKO-toiminnassa ilmenneet puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta

Haastattelussa selvitettiin muita LEIKO-toiminnassa ilmenneitä puutteita anestesiahoitajien näkökulmasta. Haastattelemalla saatuja tutkimustuloksia on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Muut LEIKO-toiminnassa ilmenneet puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta

| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria |
|--|--|--|
| Potilaalla ei leikattavaa INR (tromboplastiiniaika) ei leikkaustasolla Leikkausvalmisteluissa puutteita | Potilas ei leikkauskelpoinen | LEIKO-toiminnassa ilmenneet toiminnan puutteet anestesiahoitajien näkökulmasta |
| Epäselvyydet Orbitin toimenpidesuunnitelmassa Orbitin leikkausilmoitus puutteellinen tai virheellinen Orbitissa väärää tietoa | Ongelmat ja puutteet tietojärjestelmissä | |
| Epäselvyydet potilaan hakemisessa Leikkaussuunnitelman muutokset, jotka eivät kirjaannu Tiedonpuute yksiköissä ja työntekijöillä | Puutteellinen tiedonkulku | |
| Viivästykset ja leikkausajan kohdan myöhästyminen Leikkauslistan läpimieneminen suunnitellusti ei onnistu myöhästyksistä johtuen Lääkärien työajan alkamisen ja leikkauksen alkamisen päällekkäisyys | Viivästykset ja aikataulutusongelmat | |
| Kirurgisen osaston hoitajien riittämätön perehtyminen tulevan päivän potilaisiin | Potilaan taustoihin tutustumiseen ei aikaa | |

Anestesiahoitajien haastattelussa ilmeni viisi toimintaan ja toimintatapoihin liittyvää ongelmaa LEIKO-toiminnassa. Anestesiahoitajat olivat havainneet, että leikkaussaliin tuodaan potilaita, joista osa ei ole leikkauskelpoisia. Näillä potilailla ei ole ollut mitään leikattavaa tai esimerkiksi INR-arvo eli tromboplastiiniaika (Eskelinen 2012) ei ole ollut leikkaustasolla eikä leikkausta ole pystytty tekemään vuotoriskin vuoksi. Joillakin

potilailla tarvittavia leikkausvalmisteluita ei ole tehty, minkä vuoksi heitä ei ole pystytty leikkaamaan leikkauslistan suunnitelman mukaisesti.

Anestesiahoitajat olivat havainneet ongelmia ja puutteita tietojärjestelmissä. Leikkaustoiminnan tietojärjestelmässä Orbitissa olevassa toimenpidesuunnitelmassa on ollut epäselvyyttä. Epäselvyyksiä on ollut siinä, onko potilas LEIKO-potilas vai tavallisen perioperatiivisen hoitoprosessin läpikäyvä kirurgisen osaston potilas. Samoin Orbitissa olevassa leikkaussuunnitelmassa on ollut puutteellista tai virheellistä tietoa, mikä on vaikeuttanut toimintaa leikkaussalissa. Lisäksi leikkausilmoitus on ollut puutteellinen tai virheellinen, mikä on vaikeuttanut potilaan anestesiamenetelmän valintaa.

Anestesiahoitajat ovat havainneet myös tiedonkulun ongelmia. Epäselvyyksiä on ollut potilaan hakemisessa, sillä kirurgisen osaston sairaanhoitajat tuovat tietyt potilaat leikkausyksikköön ja anestesiahoitajat hakevat itse tietyt potilaat. Tiedonkulun ongelmia on esiintynyt myös leikkaussuunnitelmassa, jonne tehdyt muutokset eivät ole kirjaantuneet ja tulleet anestesiahoitajien tietoon. Leikkauslistan leikkausjärjestys on voinut muuttua ilman, että se on kirjaantunut leikkaussuunnitelmaan. Tämä aiheuttaa ongelmia leikkaussalin hoitohenkilökunnalle. Lisäksi tiedonpuute hoitohenkilökunnalla niin kirurgisella osastolla kuin leikkausyksikössä on aiheuttanut tiedonkulun ongelmia.

Viivästykset ja aikataulusongelmat nousivat neljäntenä epäkohtana esiin anestesiahoitajien haastattelussa. Viivästyksistä johtuen potilaan leikkausajankohta on myöhästynyt, mikä puolestaan on vaikuttanut leikkauslistan läpimenoon. Suunniteltu leikkauslista ei ole välttämättä ehtinyt mennä läpi päivän aikana, ja leikkausyksikön hoitohenkilökunta on joutunut jäämään ylitöihin saadakseen suunnitellun leikkauslistan tehtyä päivän aikana. Viivästyksiä on tapahtunut sen vuoksi, että aamulla kirurgin työajan alkaminen ja potilaan leikkauksen alkamisajankohta menevät päällekkäin. Tämä aiheuttaa viivästyksiä ja myöhästyksiä kyseisen potilaan leikkauksen alkamiseen sekä muihin päivän leikkauksiin.

Anestesiahoitajat kokivat viidentenä epäkohtana sen, ettei kirurgisen osaston sairaanhoitajalla ole aikaa tutustua seuraavan päivän potilaisiin edellisenä päivänä. Tämä vaikuttaa anestesiahoitajien saamaan raporttiin, joka jää niukaksi ja puutteelliseksi perehtymisen vähyyden vuoksi.

4.2.4 Anestesiahoitajien kehitysideoita LEIKO-toimintaan

Haastattelussa selvitettiin myös anestesiahoitajien antamia kehitysideoita LEIKO-toimintaan. Haastatteleamalla saatuja tutkimustuloksia on esitetty taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Anestesiahoitajien kehitysideoita LEIKO-toimintaan

| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria |
|---|---|--|
| Kirurgisen osaston sairaanhoitajien tutustumiskäynti leikkaussalin toimintaan Kirurgisen osaston sairaanhoitajien kouluttaminen | Hoitohenkilökunnan kouluttaminen LEIKO-toimintaan | Anestesiahoitajien kehitysideoita LEIKO-toimintaan |
| Tarkistuslista potilaan preoperatiivisista leikkausvalmisteluista kirurgiselle osastolle | Tarkistuslista leikkausvalmisteluista | |
| Kokonainen osasto potilaiden valmisteluun Yhteinäinen osasto LEIKO-potilaille ennen leikkausta ja siirtyminen leikkauksen jälkeen oman erikoisalan kirurgiselle osastolle Paremmat fyysiset tilat | Fyysisten tilojen rakentaminen toimivaksi ja yhteisiksi | |

Haastattelussa kysyttiin anestesiahoitajien kehitysideoita LEIKO-toimintaan. Kehitysideoita nousi esille kolme. Ensimmäisenä kehitysideoana anestesiahoitajat näkivät sairaanhoitajien kouluttamisen LEIKO-toimintaan. Haastattelussa ehdotettiin kirurgisen osaston sairaanhoitajille tutustumiskäyntiä leikkausyksikköön, jotta he hahmottaisivat paremmin, mitä leikkaussalissa potilaalle tapahtuu. Näin kirurgisen osaston sairaanhoitajat ymmärtäisivät, miksi jokin asia täytyy tehdä ennen potilaan vientiä leikkaussaliin. Anestesiahoitajat arvioivat, että tämä motivoisi kirurgisen osaston sairaanhoitajia tekemään omaa työtään paremmin. Anestesiahoitajat ehdottivat myös kirurgisen osaston sairaanhoitajien kouluttamista nimenomaan LEIKO-toiminnan käytäntöihin.

Toinen anestesiahoitajilta esiin noussut kehitysidea oli leikkausvalmisteluiden tarkistuslistan käyttöönotto kirurgisilla osastoilla. Tarkistuslistaan koottaisiin kaikki ne preoperatiiviset leikkausvalmistelut, jotka tulisi tehdä ennen potilaan vientiä leikkaussaliin. Tämän myötä kaikki tarvittavat preoperatiiviset leikkausvalmistelut tulisivat tehtyä kirurgisella osastolla ennen potilaan vientiä leikkaussaliin.

Kolmantena asiana anestesiahoitajat kehittäisivät nykyisiä fyysisiä toimitiloja toimivimmiksi ja yhtenäisimmiksi. Anestesiahoitajat ehdottivat, että potilaiden valmisteluun täytyisi olla yhtenäinen ja sama osasto, josta kaikki LEIKO-potilaat tulisivat leikkauksaliin. Leikkauksen jälkeen potilaat menisivät kukin oman erikoisalansa kirurgiselle osastolle. Nykyiset LEIKO-tiimin tilat koettiin huonoiksi ja käyttötarkoitukseen sopimattomiksi, ja anestesiahoitajat ehdottivat parempia fyysisiä tiloja LEIKO-tiimille.

5 POHDINTA

5.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

KYSissä LEIKO-toimintamalli on suhteellisen uusi toimintamalli, ja toimintalinjoja etsitään vielä monessa toiminnan kohdassa. Toimintalinjojen etsiminen aiheuttaa kohtalaisen paljon epäkohtia kirurgisten osastojen ja leikkausyksikön toimintaan. Yhtenä epäkohtana on koettu leikkausvalmisteluiden puutteellinen toteutuminen LEIKO-potilailla. LEIKO-potilaan tullessa leikkaussaliin kirurgisen osaston hoitohenkilökunta on valmistellut potilaan leikkausvalmiuteen ja suorittanut tarvittavat leikkausvalmistelut. Monessa leikkausvalmistelussa on havaittu olevan puutteita. Tässä tutkimuksessa selvitettiin leikkausvalmisteluiden toteutumista havainnoimalla ja anestesiahoitajia haastatteleamalla. Tutkimus tuotti tietoa siitä, kuinka hyvin leikkausvalmistelut toteutuvat LEIKO-potilailla.

Havainnoimalla kerätty tutkimusaineisto osoittaa, että LEIKO-potilaiden leikkausvalmistelut toteutuivat melko hyvin. Tutkimustulosten mukaan puutteellisia leikkausvalmisteluita, jotka jäivät osalla LEIKO-potilaista toteutumatta, olivat esilääkkeen anto potilaalle, ravinnotta olo ennen leikkausta sekä tukisukkien ja tunnustusrannekkeen laittaminen potilaalle.

Tässä tutkimuksessa havainnoimalla saatu aineisto osoittaa, että ravinnotta vähintään 6 tuntia ennen leikkausta oli vajaa kolmannes LEIKO-potilaista. Tässä tutkimuksessa potilaan ravinnotta olon katsottiin toteutuneen, jos siitä oli merkintä anestesiakaavakkeella tai anestesiahoitaja varmisti asian potilaalta suullisesti leikkaussalissa. Tähän tutkimustulokseen on voinut vaikuttaa merkittävästi se, että tutkijat eivät olleet mukana havainnoimassa potilaan vastaanottoraporttia kirurgisen osaston sairaanhoitajalta. Vastaanottotilanteessa kirurgisen osaston sairaanhoitaja on voinut suullisesti kertoa potilaan ravinnotta olost, vaikka merkintä ravinnotta olost puuttui anestesiakaavakkeelta tai anestesiahoitaja ei varmistanut asiaa enää potilaalta leikkaussalissa. Ravinnotta olleita potilaita voi siis todellisuudessa olla enemmän kuin mitä tutkimustulos osoittaa.

Havainnoimalla saadun tutkimusaineiston mukaan tukisukat olivat jääneet pukematta osalle LEIKO-potilaista. Tutkimuksessa tukisukat puuttuivat 25 %:lla LEIKO-potilaista. Osa tutkimuksen LEIKO-potilaista oli lapsia, ja lapsilla tukisukkia ei ole leikkauksen aikana käytössä. Tämä on siis vaikuttanut tutkimustulokseen. Johtopäätöksenä voi-

daan todeta, että kirurgisella osastolla leikkausvalmisteluita tehdessä tukisukkien pukeminen huomioitiin hyvin.

Tutkimuksessa havainnoidut potilaat valikoituivat tutkimukseen sattumanvaraisesti sen mukaan, minkä erikoisalan LEIKO-potilaita leikkauslistalla oli havainnointipäivinä. Tutkimuksessa havainnoiduista potilaista puolet oli vatsaelinkirurgisia potilaita. Vatsaelinkirurgia on ollut KYSissä ensimmäisiä erikoisaloja, jotka ovat toteuttaneet LEIKO-toimintaa. Vatsaelinkirurgialla LEIKO-toiminta on vakiintuneempi ja kehittyneempi käytäntö kuin esimerkiksi plastiikkakirurgialla, joka vasta käynnistelee LEIKO-toimintaa. Vatsaelinkirurgisten potilaiden suuri osuus havainnointiaineistossa voi antaa leikkausvalmisteluiden toteutumisesta positiivisemmän kuvan kuin mitä se todellisuudessa on. LEIKO-potilaiden leikkausvalmisteluissa olisi voinut olla vielä enemmän puutteita, mikäli suurin osa havainnoiduista potilaista olisi ollut viimeisemmäksi LEIKO-toimintaa aloittaneiden erikoisalojen potilaita.

Haastattelussa kysyttiin anestesiahoitajien kokemuksia LEIKO-toimintamallista. Anestesiahoitajien mukaan LEIKO-toimintamalli aiheuttaa kulttuurisen muutoksen potilaiden sairaalassa käymiseen, koska heidän hoitoaikansa sairaalassa vähenee yhdellä vuorokaudella. Anestesiahoitajat kokivat hoitoajan lyhenemisen vaikuttavan taloudellisiin kustannuksiin. Samoja tuloksia on saatu myös Keräsen ym. (2006) tutkimuksessa, jonka mukaan LEIKO-prosessi vie 73 % vähemmän hoitohenkilökunnan aikaa ja resursseja kuin perinteinen perioperatiivinen hoitoprosessi. Lisäksi anestesiahoitajat kokivat potilaiden roolin muuttuvan aktiivisemmaksi LEIKO-toimintamallin myötä. Tämä näkyy mm. siinä, että potilas kävelee itse leikkaussaliin eikä häntä viedä sinne sängyllä kuten tavallisesti on totuttu. Leikkaussaliin itse kävelvästä potilaasta tulee terveempi vaikutelma, ja potilas itsekin kokee alusta alkaen kuntouttavan ja nopeaan kotiuttamiseen tähtäävän hoito-otteen. Kuntouttava hoitote edesauttaa potilaiden leikkauksesta toipumista ja vähentää kustannuksia, kun potilaat kotiutuvat leikkauksen jälkeen nopeammin. LEIKO-potilaiden hoitoprosessin lyhentyessä hoidon alku- ja loppuvaiheesta taloudelliset säästöt ovat huomattavat.

Anestesiahoitajat kokivat LEIKO-toiminnan olevan nyt muokkautumisvaiheessa, jossa toimivia ja sujuvia toimintalinjoja vasta etsitään. LEIKO-toiminnan käynnistyminen koettiin niin nopeana prosessina, ettei siihen ehditty tarpeeksi valmistautua kirurgisilla osastoilla ja leikkausyksikössä. Tästä johtuen kirurgisen osaston ja leikkausyksikön hoitohenkilökunnalla on paljon epä tietoisuutta oikeista käytännöistä. Tämä johtaa unohteluun, mikä osaltaan hankaloittaa LEIKO-toiminnan toteuttamista. Unohtelu voi pahimmillaan vaarantaa potilasturvallisuuden.

Johtopäätöksenä voidaankin todeta, että anestesiahoitajat kokivat LEIKO-toiminnassa olevan sekä positiivisia että negatiivisia puolia. Positiiviset puolet liittyivät potilaiden roolin muuttumiseen sekä toimintamallin tuomaan taloudelliseen hyötyyn. LEIKO-prosessin taloudellinen hyöty on merkittävä verrattessa sitä perinteiseen perioperatiiviseen hoitoprosessiin. Negatiivisena puolena koettiin LEIKO-toimintamallin hioutumattomuus ja keskeneräisyys. Negatiiviset kokemukset todennäköisesti vähenevät, kun toimintamalli kehittyy toimivammaksi ja tarpeita vastaavaksi.

Haastattelussa anestesiahoitajilta kysyttiin, missä leikkausvalmisteluissa on ilmennyt puutteita heidän näkökulmastaan. Haastattelussa ilmeni, että verikokeiden otossa ja verivarausten varaamisessa, esilääkkeen antamisessa sekä kirurgin ja potilaan preoperatiivisessa tapaamisessa on ollut ongelmia. Näistä ongelmista johtuen leikkausryhmän toimintaan tulee turhia viivästyksiä ja anestesian aloittaminen myöhästyy. Esilääkkeen antamatta jääminen vaikeuttaa anestesiahoitajien toimintaa potilaan pelokkuuden, levottomuuden ym. vuoksi. Esilääkkeen saaminen on myös potilaan oikeus, koska esilääkityksellä aloitetaan jo kivunhoito ja tarvittaessa rauhoitetaan potilaan mielentilaa. Nämä ongelmat ja niiden vaikutukset olisivat vältettävissä, kun tarvittavat leikkausvalmistelut tehtäisiin jokaisen potilaan kohdalla.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että leikkausvalmisteluissa ilmeni kohtalaisen paljon puutteita anestesiahoitajien näkökulmasta tarkasteltaessa. Leikkausvalmisteluiden puutteet vaikeuttavat leikkaussalin hoitohenkilökunnan toimintaa ja vaikuttavat potilaan hyvän hoidon toteuttamiseen.

Anestesiahoitajien haastattelussa ilmeni muutamia LEIKO-toiminnan puutteita ja epäkohtia, jotka eivät liittyneet leikkausvalmisteluihin. Näitä puutteita ovat olleet tietojärjestelmän ja tiedonkulun ongelmat sekä aikataulusongelmat ja viivästykset. Lisäksi kaikki potilaat eivät ole olleet leikkauskelpoisia. Nämä ongelmat aiheuttavat leikkauslistan muutoksia ja vievät turhaan yhden leikkausryhmän aikaa. Yhden leikkauksen myöhästyminen johtaa myös muiden samana päivänä leikkauslistalla olevien leikkausten myöhästymiseen. Tiedonkulun ongelmat vaikuttavat merkittävästi potilasturvallisuuteen, sillä puutteelliset tiedot ja tietokatkokset hankaloittavat turvallisen hoidon toteuttamista. Potilasta hoitavan hoitohenkilökunnan työmäärä lisääntyy, kun he joutuvat tekemään ylimääräistä työtä puutteellisten tietojen täydentämiseksi.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että anestesiahoitajat kokivat, että LEIKO-toiminnassa esiintyi epäkohtia ja ongelmia. Nämä epäkohdat ja ongelmat vaikeuttavat leikkausyksikön sujuvaa toimintaa ja heikentävät tehokkaan hoidon toteuttamista. Epäkohdilla ja ongelmilla on selvä vaikutus potilasturvallisuuteen.

Haastattelussa anestesiahoitajilta selvitettiin heidän kehitysideoitaan LEIKO-toimintaan. Selvänä kehitysideana mainittiin kirurgisten osastojen ja leikkausyksikön hoitohenkilökunnan kouluttaminen, sillä epätietoisuus oikeista toimintatavoista on vaikuttanut toiminnan sujuvuuteen. Oikeanlaisella koulutuksella varmistettaisiin, että LEIKO-potilaille tehtäisiin kaikki tarvittavat preoperatiiviset leikkausvalmistelut. Tarvitavien leikkausvalmisteluiden tekemistä tukisi myös anestesiahoitajien ehdottama tarkistuslistan käyttöönotto kirurgisilla osastoilla. Koulutuksella ja tarkistuslistan käyttöönotolla LEIKO-potilaan hoitoprosessia voitaisiin kehittää siten, että hoitoprosessista saataisiin luotua mahdollisimman ehjä ja jatkuva. Ehjä ja jatkuva hoitoprosessi vaikuttaisi leikkausyksikön toiminnan sujuvuuteen ja tehokkuuteen. Toiminnan sujuvuutta parantaisi myös anestesiahoitajien esittämä kehitysidea fyysisten tilojen yhtenäistämisestä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kaikkien anestesiahoitajien kehitysideoiden taustalla oli ajatus sujuvammasta LEIKO-toiminnasta.

Tässä tutkimuksessa tehty havainnointi toteutettiin ainoastaan leikkaussalissa. Leikkaussalissa tehdyssä havainnoinnissa pystyttiin havainnoimaan vain potilaalle näkyvästi tehdyt leikkausvalmistelut sekä anestesiaalomakkeeseen täytetyt tiedot esimerkiksi verikokeista, allergioista ym. Kirurgisella osastolla tehdään paljon sellaisia preoperatiivisia leikkausvalmisteluita, jotka eivät näy potilaasta päällepäin, mutta kuuluvat kaikkien potilaiden preoperatiivisiin leikkausvalmisteluihin. Tällainen leikkausvalmistelu on esimerkiksi kirurgin preoperatiivinen käynti potilaan luona kirurgisella osastolla. Havainnointiaineistosta jäi pois kokonaan tämän tyyppisten leikkausvalmisteluiden toteutuminen, koska tutkijat havainnoivat leikkausvalmisteluiden toteutumista ainoastaan leikkaussalissa. Kaikkien mahdollisten leikkausvalmisteluiden toteutumisen tutkiminen havainnoimalla olisi vaatinut havainnoinnin tekemisen myös kirurgisella osastolla potilaan saapuessa sairaalaan. Tutkimuksessa oli toisena tiedonkeruumenetelmänä haastattelu, jossa leikkausvalmisteluiden toteutumista tutkittiin anestesiahoitajien näkökulmasta. Tämä korvaa osittain puutteellista havainnointiaineistoa, sillä haastattelussa tuli esille tietoa sellaisten leikkausvalmisteluiden toteutumisesta, jotka jäivät havainnoinnin ulkopuolelle.

Toisena havainnointiaineiston puutteena voidaan pitää sitä, että tutkijat eivät olleet mukana potilaan vastaanottotilanteessa kirurgisen osaston sairaanhoitajan tuodessa

potilasta leikkaukseen. Kirurgisen osaston sairaanhoitaja antaa vastaanottotilanteessa anestesiahoitajalle suullisen raportin potilaasta. Raportti sisältää mm. potilaan henkilöllisyyden ja suunnitellun leikkauksen varmistamisen, sairaudet ja aiemmat leikkaukset, allergiat, lääkityksen, verivaraukset ja verikokeiden oton sekä muut leikkauksessa tarvittavat lisähuomiot. Osa näistä on kirjattuna anestesiakaavakkeeseen, mutta raportointitilanteessa kirurgisen osaston sairaanhoitaja voi antaa anestesiahoitajalle suullisesti sellaista tietoa, joka ei ole kirjattuna anestesiakaavakkeeseen. Nämä tiedot potilaasta jäivät kokonaan havainnointiaineiston ulkopuolelle. Esimerkiksi potilaan ravinnotta olon toteutuminen oli hyvin puutteellinen leikkausvalmistelu havainnointiaineiston mukaan, mutta kirurgisen osaston sairaanhoitaja on voinut raportoida ravinnotta olon toteutumisen suullisesti. Anestesiahoitajien haastattelussa kävi ilmi, että anestesiahoitaja joutuu esittämään hyvin usein lisäkysymyksiä potilaan leikkausvalmisteluista kirurgisen osaston sairaanhoitajalle potilaan vastaanottotilanteessa, sillä tietoja ei ole anestesiakaavakkeessa. Havainnoinnin aloittaminen jo potilaan vastaanottotilanteessa olisi saattanut tuottaa erilaista havainnointiaineistoa.

Tämän tutkimuksen toimeksiantaja oli KYSin leikkausyksikkö 1, jonka hyödynnettäväksi tutkimustulokset ovat. Tutkimus tuotti tietoa siitä, miten leikkausvalmistelut toteutuvat LEIKO-potilailla. Potilaan preoperatiiviset leikkausvalmistelut tehdään kirurgisella osastolla potilaan saapuessa sairaalaan, joten kirurgiset osastot ovat vastuussa leikkausvalmisteluiden toteutumisesta. Tutkimustuloksia voivat hyödyntää myös LEIKO-toimintaa toteuttavat kirurgiset osastot. Tutkimustulosten esitleminen kirurgisen osaston hoitohenkilökunnalle auttaisi heitä kiinnittämään huomiota leikkausvalmisteluiden tekemiseen, mikä puolestaan vaikuttaisi positiivisella tavalla leikkausyksikön toimintaan.

Tutkimuksen yhtenä tutkimustehtävänä oli selvittää, mitkä leikkausvalmistelut ovat anestesiahoitajien havaintojen mukaan toteutuneet hyvin. Haastattelussa kukaan anestesiahoitaja ei osannut kertoa, mitkä LEIKO-potilaiden leikkausvalmistelut olisivat toteutuneet erityisen hyvin. Havainnoimalla saatu aineisto kuitenkin tukee sitä, että osa LEIKO-potilaiden leikkausvalmisteluista toteutuu hyvin. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että puutteellisesti toteutuneiden leikkausvalmisteluiden suuri määrä vie huomion hyvin toteutuneilta leikkausvalmisteluilta. Anestesiahoitajat eivät osanneet kertoa hyvin toteutuneista leikkausvalmisteluista, koska niitä ei osata samalla tavalla huomioida kuin puutteita. Tutkimuksen lähtökohta oli puutteisiin keskittyvä, joten tällä voi olla vaikutusta tutkimuksen lopputulokseen.

5.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on mahdollisimman luotettavan tiedon tuottaminen tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkoituksena on tarkastella sitä, onko tutkimuksella saatu tieto totuudenmukaista. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tieteellinen tutkimus täytyy suorittaa hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti, jotta se on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 60). Tutkimusta tehdessä on otettava huomioon tutkittavan etu ja hyvinvointi. Tieteen ja yhteiskunnan etuja ei saa koskaan laittaa tutkittavan edun ja hyvinvoinnin edelle. (Luoto, Ollikainen, Halkoaho ja Haatainen 2012, 2.) Tulokset täytyy tallentaa, esittää ja arvioida huolellisesti, rehellisesti ja tarkasti. Tutkimuksessa täytyy käyttää eettisesti kestäviä menetelmiä tiedonhankinnassa, tutkimusta tehdessä sekä arvioinnissa. Tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan tarkasti ja näistä vaiheista raportoidaan. Tutkimusta aloittaessa hankitaan tarvittavat tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa voidaan käyttää tiettyjä luotettavuuskriteereitä. Näitä luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuuden edellytyksenä on tulosten kuvaaminen niin selkeästi, että lukija saa käsityksen analyysin teosta, tutkimuksen vahvuuksista ja rajoituksista. Uskottavuus-kriteeriin liittyy myös tutkimuksen ja tulosten uskottavuuden osoittaminen. Vahvistettavuudella tarkoitetaan koko tutkimusprosessin kirjaamista niin hyvin, että siitä selviää tutkimusprosessin kulku. Toinen tutkija voi tarvittaessa seurata tutkimusprosessin etenemistä tutkimusprosessin kirjaamisen perusteella. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta itsestään tutkimuksen tekijänä. Tähän liittyy se, että tutkija kykenee arvioimaan sitä, millainen vaikutus hänellä itsellään on aineistoonsa ja tutkimusprosessiin. Tutkija kuvaa nämä asiat tutkimusraporttiinsa. Siirrettävyys-kriteeri liittyy siihen, kuinka hyvin tutkimustulokset ovat siirrettävissä vastaavanlaisiin tilanteisiin. Siirrettävyyden arviointi edellyttää tarkkaa tutkimuskontekstin ja osallistujien kuvausta. Aineiston kerääminen ja analyysi tulee kuvata seikkaperäisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineston keräämistä aloittaessa tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet, tutkimusmenetelmät ja aikataulusuunnitelma käytiin esittelemässä leikkausyksikkö 1:n hoitohenkilökunnalle. Esittelyssä kerrottiin havainnoinnin tapahtuvan leikkaussalissa leikkauksen alussa eikä havainnointi tulisi vaikuttamaan leikkausyksikön normaaliin toimintaan. Havainnointilomake lähetettiin ennen havainnointien alkua leikkausyksikkö 1:n osastohoitajalle tarkastettavaksi. Haastattelulomakkeet laadittiin

tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden mukaisesti sekä hyödyntäen havainnoinnissa saatua aineistoa. Haastattelulomakkeiden laadinnassa kysymykset pyrittiin muodostamaan niin, että kysymykset eivät ole johdattelevia tai niihin pystyisi vastaamaan yhdellä sanalla. Havainnointi- ja haastattelulomakkeita ei ennen tutkimuksen aloittamista testattu käytännössä, millä saattaa olla vaikutusta tutkimustuloksiin.

Opinnäytetyön luotettavuutta pyrittiin parantamaan niin, että lähteiksi valittiin 2000-luvulla julkaistuja tutkimuksia ja kirjallisuutta. Lähteet valittiin luotettavien julkaisijoiden julkaisuista. Lähteinä käytettiin sekä suomalaisia että ulkomaalaisia lähteitä. Lähdemerkinnät ja viitteet merkittiin raporttiin Savonia-ammattikorkeakoulun raportointiohjeiden mukaisesti. Tutkimuksen tekemiseen haettiin tutkimuslupa KYSin tutkimuslupakäytänteiden mukaisesti.

Kaikki tutkimuksessa haastatellut anestesiahoitajat osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti. Haastateltaville ilmoitettiin haastattelun ajankohta sähköpostitse kaksi viikkoa ennen haastatteluiden tekemistä. Haastattelun alussa haastateltaville kerrottiin haastattelun kulku ja nauhoituksen tarkoitus. Haastateltaville korostettiin, että haastattelut käsitellään ja analysoidaan nimettöminä eikä kenenkään henkilöllisyys tule missään tutkimuksen vaiheessa ilmi. Haastateltavia anestesiahoitajia oli kolme, mitä voidaan pitää tavanomaisena osallistujamääränä laadullisessa tutkimuksessa. Kaikki kolme haastattelua pyrittiin toteuttamaan samalla tavalla siten, että haastateltaville kerrottiin sama alkujohdatus ennen haastattelun alkua, ja jokaisessa haastattelussa teemat etenivät samassa järjestyksessä. Haastattelutilanteesta pyrittiin tekemään rento ja luonteva, jotta haastateltavat eivät kokisi tilannetta epämiellyttävänä. Haastattelutilanteen rentoutta ja luontevuutta lisättiin aloittamalla keskustelu kuulumisia vaihtamalla ja kertomalla, että tutkijat ovat ensikertalaisia ja tilanne on uusi heillekin. Rennolla ja luontevalla haastatteluilmapiirillä taattiin se, että haastattelusta saatu aineisto ei jäänyt tutkimuksessa niukaksi.

Tutkimusraportin kirjoittamisessa pyrittiin tarkkuuteen ja täsmällisyyteen. Koko tutkimusprosessi kirjoitettiin raporttiin auki. Tutkimusaineiston analysoinnin jokainen vaihe kuvattiin raporttiin tarkasti. Tutkimustulosten esittämisessä päädyttiin taulukointiin, mikä helpotti tulosten tarkastelua. Haastatteluaineiston analysoinnissa alkuperäisilmauksia ei kirjoitettu raporttiin näkyviin taulukon selkeyttämiseksi. Jokainen tutkimustuloksista saatu taulukko kirjoitettiin auki taulukon alapuolelle. Tutkijoita tutkimuksessa oli kaksi, joten tutkimuksen analysointiin ja tutkimustulosten pohdintaan saatiin luotua monipuolisia näkökulmia. Kahden tutkijan mukana olo mahdollisti säännöllisen, kriittisen palautteen antamisen toiselle tutkijalle. Tutkijat olivat ensikertalaisia tut-

kimuksen teossa, joten kahden tutkijan mukana olo vahvisti tutkimusprosessia. Tutkimusprosessin edetessä tutkijat vaihtoivat ajatuksia keskenään sekä ratkaisivat hankalilta tuntuvia asioita yhdessä.

5.3 Suositukset ja jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa nousi esiin sekä kirurgisen osaston että leikkausyksikön hoitohenkilökunnan koulutustarpeita. Yhtenä suosituksena tämän tutkimuksen pohjalta on kirurgisen osaston hoitohenkilökunnan kouluttaminen LEIKO-toimintamalliin. Koulutuksessa käytäisiin läpi LEIKO-toiminnan periaatteet sekä täsmennettäisiin sairaanhoitajan toimenkuva LEIKO-toimintamallissa. Anestesiahoitajien haastattelussa esille noussut leikkausvalmisteluiden tarkistuslistan laatiminen olisi hyödyllinen apuväline kirurgisen osaston hoitohenkilökunnalle. Anestesiahoitajille suunnatussa perehdytyksessä käytäisiin läpi eri erikoisalojen käytänteet. Uudet anestesiahoitajat tulisi perehdyttää alusta alkaen LEIKO-toimintamallin toimintaperiaatteisiin.

Tutkimuksessa nousi esiin useita LEIKO-toiminnan epäkohtia, jotka häiritsevät kohtalaisen paljon kirurgisen osaston ja leikkausyksikön toimintaa. Tämä tutkimus tuotti tietoa epäkohdista, joihin puuttumalla LEIKO-toimintamallia voidaan jatkossa kehittää toimivammaksi.

Tämän tutkimuksen toimeksiantaja oli KYSin leikkausyksikkö 1. Tutkimus tuotti toimeksiantajalle tietoa leikkausvalmisteluiden toteutumisesta. Tutkimustuloksia voivat hyödyntää myös LEIKO-toimintaa toteuttavat kirurgiset osastot, joissa LEIKO-potilaiden leikkausvalmistelut tehdään.

5.4 Opinnäytetyön eteneminen ja oma ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessi käytiin kokonaisuudessaan läpi Savonia-ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti. Prosessi antoi opinnäytetyön tekijöille paljon tietoa tutkimuksen toteuttamisesta sekä kasvatti opinnäytetyön tekijöiden yhteistyö- ja organisointitaitoja. Opinnäytetyön tekeminen oli haasteellista, koska sen työstäminen vaati pitkäjänteisyyttä ja hyvää perehtymistä aiheeseen. Opinnäytetyön tekeminen oli kuitenkin myös antoisaa ja mielenkiintoista, koska tutkimuksen toteutus ja aineiston analyysi antoi opinnäytetyön tekijöille paljon uutta ja ajankohtaista tietoa aiheesta. Opinnäytetyön tekijöiden yhteistyö sujui koko prosessin ajan hyvin, sillä molemmat opinnäytetyön tekijät olivat motivoituneita opinnäytetyön tekemiseen. Osan opinnäytetyöprosessin ajasta opinnäytetyön tekijät asuivat eri paikkakunnilla, mikä loi oman haasteensa lopullisen opinnäytetyöraportin työstämiseen. Molemmille opinnäytetyön tekijöille jaet-

tiin kuitenkin omat osuudet työstettäväksi, joten opinnäytetyöraportti saatiin tehtyä. Opinnäytetyöraportin työstämistä helpotti viikoittain vaihdetut sähköpostit ja puhelut.

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin aiheen valinnalla tammikuussa 2012. Aihe valittiin opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksen mukaan, joten sopiva ja mieleenkiintoinen aihe löytyi perioperatiivisen hoitotyön piiristä. Aiheen valinnan jälkeen työstettiin aihekuvaus. Aihekuvauksen työstämiseen sisältyi yhtenä osana aiheeseen liittyvien tutkimuksien ja muun lähdetiedon etsiminen. Sopivan lähdetiedon etsimiseen saatiin apua Savonia-ammattikorkeakoulun kirjaston henkilökunnalta. Aihekuvaus hyväksyttiin maaliskuussa 2012. Aihekuvauksen valmistuttua aloitettiin tutkimussuunnitelman työstäminen huhtikuussa 2012. Tutkimussuunnitelmaa työstettiin yhteistyössä KYSin leikkausyksikkö 1:n kanssa, jolloin opinnäytetyö vastasi sekä toimeksiantajan että opinnäytetyön tekijöiden toiveita. KYSin henkilöstöpäällikkö myönsi tutkimukselle tutkimusluvan 22.2.2013 ja leikkaus- ja anestesiayksikön ylihoitaja 1.3.2013. Tutkimukseen liittyvät havainnoinnit toteutettiin 14.3.–23.5.2013 välisenä aikana ja anestesiahoitajien haastattelut 23.5.2013. Opinnäytetyöraportin kirjoittaminen aloitettiin toukuussa 2013.

Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset on määritelty hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelmassa. Opetussuunnitelman mukaan sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin kuuluu tutkimus-, kehittämis- ja muutososaaminen. Lisäksi sairaanhoitajan kliiniseen hoitotyön osaamiseen kuuluu erilaisten tutkimustulosten hyödyntäminen potilaan hoidossa ja seurannassa. (Sairaanhoitajan osaamistavoitteet 2011.) Opinnäytetyöprosessi tuki sairaanhoitajan osaamisvaatimusten saavuttamista, sillä prosessin myötä opinnäytetyön tekijät saivat monipuolista oppia tutkimuksen toteuttamisesta ja siihen liittyvistä asioista, kuten tiedon hankinnasta, erilaisista tutkimusmenetelmistä, yhteistyöstä sekä raportoinnista. Prosessi antoi valmiudet osallistua tulevana terveydenhuollon ammattilaisina hoitoalalla toteutettaviin tutkimuksiin. Opinnäytetyön myötä sen tekijät oppivat hyödyntämään erilaisia tutkimuksia osana omaa tutkimusta. Prosessi kehitti opinnäytetyön tekijöitä ammatillisesti, sillä opinnäytetyön tekijät voivat hyödyntää tutkimuksessa saatua tietoa tulevaisuudessa työelämässä työskennellessään sairaanhoitajana kirurgisella osastolla. Prosessi tuki ammatillista kasvua myös siksi, että se auttoi hahmottamaan ja ymmärtämään paremmin anestesiahoitajan työnkuvaa.

LÄHTEET

- Ahonen, J. 2009. *Tromboemboliset komplikaatiot päiväkirurgiassa* [verkkojulkaisu]. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [viitattu 24.8.2013]. Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo97910
- Anttila, P. 2006. *Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta*. 2. painos. Hamina: AKATIIMI Oy.
- Eskelinen, S. 2012. *Tromboplastiiniaika (P-INR)* [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim [viitattu 16.9.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03040
- Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri 2006. *Päiväkirurgiseen anestesiaan soveltuva potilas* [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto Duodecim [viitattu 19.6.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00706
- Heikkinen, A. 2012. *Leikkaukseen kotoa -toimintamalli karsii turhia vuodeosastopäiviä* [verkkojulkaisu]. Kantti.net [viitattu 18.6.2013]. Saatavissa: <http://www.kantti.net/artikkeli/2012/03/leikkaukseen-kotoa-toimintamalli-karsii-turhia-vuodeosastop%C3%A4ivi%C3%A4>
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2008. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi
- Holopainen, T. 2011. *LEIKO-tiimin käynnistäminen 2202-7:lla*. Loppuraportti. Kuopion yliopistollinen sairaala.
- Hommy, F. 2013. *LEIKO-potilaan hoitoprosessi ja ohjaus* [verkkojulkaisu]. Satakunnan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 1.7.2013]. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/60069/hommy_fadea.%20PDF.pdf?sequence=1
- Hämäläinen, N. & Kaartinen, R. 2009. *Käsihygieniä päiväkirurgisessa leikkaushoitotyössä* [verkkojulkaisu]. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 15.9.2013]. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4979/hamalainen_niina_kaartinen_raisa.pdf?sequence=1
- Junttila, K. 2005. *Perioperative documentation in Finland – Validating the Perioperative Nursing Data Set in Finnish Perioperative Nursing*. Turun yliopisto. Sarja D. Turku: Painosalama Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro.
- Kauppinen, A. & Räsänen, L. 2010. *Leiko-potilaiden tyytyväisyyskysely Keski-Suomen keskussairaalassa* [verkkojulkaisu]. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 22.11.2012]. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24243/lopullinen%20tyo.pdf?sequence=1>
- Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa - potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Duodecim* 12, 1412–1413.
- Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen lääkäri* 36, 3603–3607.
- Keränen, U., Tohmo, H. & Laine, P. 2004. Leikkaukseen kotoa (Leiko) - potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. *Suomen lääkäri* 48, 4739–4743.
- Keränen, U., Tohmo, H. & Soirinsuo, M. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) - toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. *Suomen lääkäri* 36, 3559–3563.
- Kitching, A. & O'Neill, S. 2009. *Fast-track surgery and anaesthesia* [verkkojulkaisu]. Continuing Education in Anaesthesia. Critical Care & Pain 2 [viitattu 10.7.2013]. Saatavissa: <http://ceaccp.oxfordjournals.org/content/9/2/39.full>
- Komulainen, M. 2009. *Anestesiaomakkeen preoperatiivinen kirjaaminen osana potilasturvallisuutta: Opas Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkausyksikkö 1:n potilaita preoperatiivisesti hoitaville yksiköille* [verkkojulkaisu]. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 18.8.2013]. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/7076/Komulainen_Marleena.pdf?sequence=1
- Koskinen, H., Puonti, S. & Suhonen, J. 2009. *Päiväkirurgisen potilaan tyytyväisyys intraoperatiiviseen hoitoon Kuusankosken aluesairaalan leikkausosastolla* [verkkojulkaisu]. Kuusankoski: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 18.8.2013]. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6356/Suhonen_Jani.pdf?sequence=1
- Kuokkanen, K. & Timonen, M. 2011. *Päiväkirurgisen potilaan ohjaaminen toimenpiteeseen: Potilaan opas Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymän päiväkirurgisille potilaille* [verkkojulkaisu]. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 10.9.2012]. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38432/Kirsi%20Kuokkanen%20ja%20Marjo%20Timonen.pdf?sequence=1>
- Kurki, T. 2008. *ASA-luokitus kuolleisuuden ja komplikaatioiden ennustamisessa (ei sydänkirurgia)* [verkkojulkaisu]. Näytönastekatsaukset [viitattu 19.6.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../nak05991>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

- Käypä hoito 2008. *Leikkausta edeltävä arviointi* [verkkajulkaisu], [viitattu 19.6.2013]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50066>
- Laisi, J. 2012. *From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process* [verkkajulkaisu]. Helsingin yliopisto. Väitöskirja [viitattu 3.7.2013]. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis_laisi.pdf?sequence=1
- Lehto, J. & Lehtonen, S. 2012. *Potilaiden kokemuksia LEIKO-toiminnasta ja siihen liittyvästä preoperatiivisesta ohjauksesta* [verkkajulkaisu]. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 22.5.2013]. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41249/Lehto_Johanna_Lehtonen_Sirja.pdf?sequence=1
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. *Perioperatiivinen hoitotyö*. 1.-2.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Luoto, K., Ollikainen, M., Halkoaho, A. & Haatainen, K. 2012. *Terveystieteellinen tutkimus Kuopion yliopistollisessa sairaalassa*. Hallinnollinen ohje. Kuopion yliopistollinen sairaala.
- Pauri, T. & Rantanen, L. 2012. *Sydänkirurginen LEIKO-toiminta HYKS-toimialueella Hoitohenkilökunnan kokemuksia LEIKO-toiminnasta* [verkkajulkaisu]. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 2.7.2013]. Saatavissa: <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50192/Sydankirurginen%20LEIKO-toiminta%20HYKS-toimialueella.pdf?sequence=1>
- Pitkänen, Ulla 2012. Osastonhoitaja. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopio 18.12.2012. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Koskinen, H., Puonti, S. & Suhonen, J. 2009. *Päiväkirurgisen potilaan tyytyväisyys intraoperatiiviseen hoitoon Kuusankosken aluesairaalan leikkausosastolla* [verkkajulkaisu]. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 19.6.2013]. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6356/Suhonen_Jani.pdf?sequence=1
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. *Lääkehoidon käsikirja*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Satola, H. 2011. Leikkauspotilaan ohjaus: video ja kirjallinen ohje LEIKO-toiminnasta [verkkajulkaisu]. Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu, ylempi ammattikorkeakoulututkinto, hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 10.9.2012]. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33352/satola_hanna.pdf?sequence=1
- Sairaanhoitajan osaamistavoitteet 2011. Hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelma (verkkajulkaisu). Savonia ammattikorkeakoulu (viitattu 15.9.2013). Saatavissa Savonia ammattikorkeakoulun intranetistä.

Sjöroos, J. 2012. Leikkaukseen suoraan kotoa. LEIKO-toiminnan vaikutuksia leikkauspotilaan hoitotyöhön. *Spirium* 47, 22–23.

Sjöroos, J. 2011. *Leiko-toiminnankäynnistäminen-Salon aluesairaalan kirurgisella vuodeosastolla* [verkkójulkaisu]. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, ylempi ammattikorkeakoulututkinto, kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö [viitattu 24.4.2012]. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/35831/Sjoroos_Jaana.pdf?sequence=1

Tengvall, E. 2010. *Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anesthesiologeille ja kirurgeille* [verkkójulkaisu]. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja [viitattu 18.6.2013]. Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa* [verkkójulkaisu]. Opetus- ja kulttuuriministeriö [viitattu 16.7.2013]. Saatavissa:

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut7

Wolters, U., Wolf, T., Stützer, H. & Schröder, T. 1996. ASA classification and perioperative variables as predictors of postoperative outcome [verkkójulkaisu]. *British Journal of Anaesthesia* 77, 217-222 [viitattu 19.8.2013]. Saatavissa:

<http://bjj.oxfordjournals.org/content/77/2/217.full.pdf>

Yli-Hautala, E. 2011. *Potilaiden tyytyväisyys LEIKO-toimintaan Rauman aluesairaalassa* [verkkójulkaisu]. Satakunnan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [viitattu 10.7.2013]. Saatavissa:

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36092/Yli-Hauta_Elina.pdf..pdf?sequence=1

LIITE 1

HAVAINNOINTILOMAKE

Pvm: _____ Klo: _____ Erikoisala: _____

Paikka: _____ Havainnoija: _____

| Leikkausvalmistelu | Toteutu- nut (kyllä) | Ei toteu- tunut (ei) | Huomioitavaa |
|---|-------------------------|-------------------------|--------------|
| 1. Esilääke annettu | | | |
| 2. Ollut ravinnotta (väh. 6h) | | | |
| 3. Ihon kunto tarkistettu | | | |
| 4. Sairaalavaatteet vaih- dettu | | | |
| 5. Ranneke ranteessa | | | |
| 6. Sairaudet tiedossa | | | |
| 7. Allergiat tiedossa | | | |
| 8. Lääkitys tiedossa | | | |
| 9. Riskitiedot tiedossa | | | |
| 10. Tarvittavat verikokeet otettu | | | |
| 11. Tyhjennykset tehty | | | |
| 12. Paino ja pituus tiedos- sa | | | |
| 13. Tukisukat huomioitu | | | |
| 14. Antibioottiprofylaksia huomioitu | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| 19. | | | |

LIITE 2

HAASTATTELULOMAKE

Taustatiedot

- sukupuoli:
- rooli työyksikössä:
- työkokemus:

1. Miten olet kokenut LEIKO-toiminnan?

- Miten LEIKO-toiminta on lähtenyt käyntiin yksikössä?
- Kuinka LEIKO-toiminta muuttanut anestesiahoitajan työnkuvaa?
- Miten yhteistyö ja tiedonkulku vuodeosaston/ LEIKO-tiimin välillä on sujunut?

2. Mitkä LEIKO-potilaan leikkausvalmistelut ovat mielestäsi toteutuneet hyvin?

- Onko jonkin erikoisalan leikkaukset toteutuneet erityisen hyvin?

3. Mitä puutteita olet havainnut leiko-potilaan leikkausvalmisteluissa?

- Miten usein puutteita ilmenee?
- Toistuvatko puutteet tietyissä leikkausvalmisteluissa?
- Miten puutteet ovat vaikuttaneet leikkausten kulkuun?
- Oletko havainnut, että leikkausvalmisteluiden puutteita erityisen paljon jonkin tietyn erikoisalan LEIKO-potilailla?
- Minkälaista kehittymistä on havaittavissa leikkausvalmisteluissa toiminnan koko ajan kehityessä?

4. Mitä kehitysideoita tai muutosehdotuksia sinulla olisi LEIKO-toimintaan liittyen?

Olisiko sinulla vielä mielessä jotain, mitä haluaisit sanoa?