



LEIKO-HOITAJAN TYÖ LEIKKAUS- OSASTOLLA

Ella Hakkarainen

Emmi Tähkänen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HAKKARAINEN ELLA & TÄHKÄNEN EMMI:
Leiko-hoitajan työ leikkausosastolla

Opinnäytetyö 46 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Maaliskuu 2014

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Leiko-hoitajan työtä erään Pirkanmaalla sijaitsevan sairaalan leikkausosastolla. Tavoitteena oli antaa eräälle Pirkanmaalla toimivan sairaalan leikkausosastolle tietoa Leiko-toiminnasta ja siinä ilmenevistä mahdollisista muutostarpeista sekä sitä kautta auttaa työntekijöitä kehittämään työtään mielekkäämmäksi. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää mitä on Leiko-toiminta, millaisia kokemuksia osaston työntekijöillä on Leiko-hoitajana toimimisesta sekä millaisia kehittämiskohteita Leiko-toiminnassa ilmenee kyseisellä osastolla.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla. Aineisto kerättiin teema-haastatteluin syksyllä 2013, jotka toteutettiin neljälle (N=4) eräällä Pirkanmaalla sijaitsevan sairaalan leikkausosastolla työskentelevälle sairaanhoitajalle. Nämä sairaanhoitajat olivat toimineet Leiko-hoitajan tehtävissä omassa työyksikössään. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineiston analysoinnissa käytettiin teoriaohjaavaa sisällönanalyysia.

Leiko-hoitajan työ oli kaikkien haastateltavien mielestä selkeää ja työtehtävät hyvin tiedossa. Työtehtävien koettiin olevan osittain päällekkäisiä muiden työntekijöiden kanssa, mutta näin leikkausvalmistelut tulivat kuitenkin hyvin suoritettua. Leiko-hoitajan työ oli vastaajien mielestä itsenäistä ja myös yksinäistä, mutta se toi vaihtelua työnkuvaan niille hoitajille, jotka työskentelivät pääasiassa leikkaussalissa. Potilaskontaktit Leiko-toiminnassa olivat hoitajien mielestä läheisempiä kuin leikkaussaliolosuhteissa ja kaikki hoitajat kokivat tämän positiivisena asiana. Haastatellut hoitajat kokivat aamut kiireisiksi ja osa heistä tuli töihin jo ennen työajan alkua ehtiäkseen hoitaa vaaditut työt ajoissa. Leiko-hoitajan tehtävissä leikkausosastolla toimi päivittäin yksi sairaanhoitajista. Jos leikkausosastolta oli poissa henkilökuntaa, Leiko-tila suljettiin, jotta leikkauksia ei tarvinnut perua. Tällöin Leiko-potilaat vastaanotettiin vuodeosaston kautta.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitajat kokivat Leiko-hoitajan työn mielekkäänä ja tärkeänä erityisesti potilaiden näkökulmasta. Työn mielekkyyttä lisäsivät vaikutusmahdollisuudet oman työpäivän kulkuun esimerkiksi silloin, jos sama henkilö toimi Leiko-hoitajana useita päiviä peräkkäin. Työskentelyä häiritsivät Leiko-tilan sijainti, ahtaus ja puutteellinen ilmanvaihto. Haastatelussa tärkeimpänä työnteon sujuvuuteen vaikuttavana asiana korostuikin toimivan Leiko-tilan merkitys.

Asiasanat: Leiko-toiminta, sairaanhoitaja, preoperatiivinen hoitotyö, työhyvinvointi

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Nursing

HAKKARAINEN ELLA & TÄHKÄNEN EMMI:
A Nurse's Work in the Same day admissions Unit

Bachelor's thesis 46 pages, appendices 7 pages
March 2014

The purpose of this study was to describe a nurse's work in a same day admissions unit in one of the hospitals in Pirkanmaa. The aim was to provide the operative unit personnel with information on FHTO (From Home To Operation) and about the possible changes needed.

The approach of the study was qualitative in nature and the data were collected from four nurses working in the same day admissions unit. We collected the data through thematic interviews and the data were analysed using qualitative content analysis.

All the interviewees thought the duties of a nurse working in the same day admissions unit are clear and well-informed. The nurses also thought that the FHTO nurses' work is independent and isolated. Close contacts with patients when working in the same day admissions unit were regarded as positive aspects. The mornings in the unit are busy and some of the nurses wanted to arrive to workplace earlier to get everything done on time. There was one nurse working in the same day admissions unit daily. It was possible to close the unit if a nurse was needed in the operation room so operations did not have to be cancelled.

The results of this study show that it is meaningful and significant to work in the same day admissions unit. Factors making the work more meaningful were the ability to participate in planning one's work day. Factors making the work less pleasant were the location of the same day admissions unit, confined working space and inadequate ventilation.

Key words: FHTO, nurse, preoperative nursing, well-being at work

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1 Perioperatiivinen hoitotyö.....	7
	3.2 Preoperatiivinen hoitotyö.....	9
	3.2.1 Preoperatiivinen vaihe.....	10
	3.2.2 Preoperatiivinen ohjaus.....	11
	3.3 Leikkaukseen kotoa	12
	3.3.1 Leiko-toiminta.....	12
	3.3.2 Leiko-hoitaja	14
	3.4 Mielekäs työ.....	17
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
	4.1 Menetelmälliset lähtökohdat.....	20
	4.2 Opinnäytetyön aineistonkeruu	21
	4.3 Opinnäytetyön sisällönanalyysi	23
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	26
	5.1 Työn organisointi.....	26
	5.2 Työn mielekkyys.....	28
	5.3 Tulevaisuuden rakentaminen	30
6	OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN TARKASTELU	32
7	POHDINTA.....	34
	7.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	34
	7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	35
	7.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkotutkimushaasteet.....	36
	LÄHTEET.....	38
	LIITTEET.....	40
	Liite 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia.	40
	Liite 2. Haastattelun teemat.....	44
	Liite 3. Saatekirje	45
	Liite 4. Suostumuslomake	46

1 JOHDANTO

Leiko, eli leikkaukseen kotoa -malli tarkoittaa toimintatapaa, jossa potilas tulee leikkaukspäivän aamuna suoraan sairaalaan, eikä vietä edeltävää yötä vuodeosastolla. Potilas tekee siten tarvittavat esivalmistelut ohjeiden mukaan kotona. Leiko-toiminnan etuja ovat muun muassa kustannustehokkuus ja infektioriskin pienentyminen. Eri terveydenhuollon toimintaorganisaatiot ovat merkittävästi lisänneet Leiko-toiminnan toteuttamista Suomessa ja toimintaa arvioidaan jatkuvasti. Kunnille asetetaan paineita tehdä rohkeita muutoksia operatiivisten prosessien uudistamiseksi. Koko hoitoprosessin laadun parantamisen lisäksi haasteena on hoitajien työnkuvan muutos. Leiko-toiminnan lisääntymisen myötä hoitajien työn sisältö tulee muuttumaan hoivatyöstä entistä enemmän lääketieteellisen tiedon jakamiseen. (Keränen 2006, 1412-1413.) Leiko-toimintaa kehitettäessä on erityisen tärkeää, että on olemassa yksityiskohtainen valmistelusuunnitelma ja tukena motivoitunut henkilöstö (Laisi 2012, 55).

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on toimintastrategiassaan asettanut tavoitteita toiminnalleen ja kirjannut niiden yhteyteen keinoja, joiden avulla tavoitteet saavutetaan. Vuosien 2012-2016 strategiassa luvataan muun muassa taata potilaille korkeatasoinen hoito oikea-aikaisesti, mutta myös mielekäs ja turvallinen työympäristö sairaalan työntekijöille. Henkilöstön työhyvinvointia on tarkoitus tukea parantamalla työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia ja tukemalla heitä muutoksissa. Työntekijöitä kannustetaan myös osallistumaan palvelujen ja työtehtävien kehittämiseen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Leiko-hoitajan työtä ja sairaanhoitajien kokemuksia Leiko-hoitajana toimimisesta eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla. Kyseisellä osastolla Leiko-toimintaa ei ole hoitajien näkökulmasta aiemmin tutkittu, joten aihe on varsin ajankohtainen. Hoitajien kokemukset Leiko-toiminnasta olivat sekä osaston toive, että oman kiinnostuksemme kohde. Tavoitteenamme on antaa osastolle tietoa Leiko-toiminnan mahdollisista muutostarpeista, ja sitä kautta auttaa työntekijöitä kehittämään työtään mielekkäämmäksi. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen ja aineistonkeruu toteutetaan temahaastatteluilla.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Leiko-hoitajan työtä erään Pirkanmaalla sijaitsevan sairaalan leikkausosastolla.

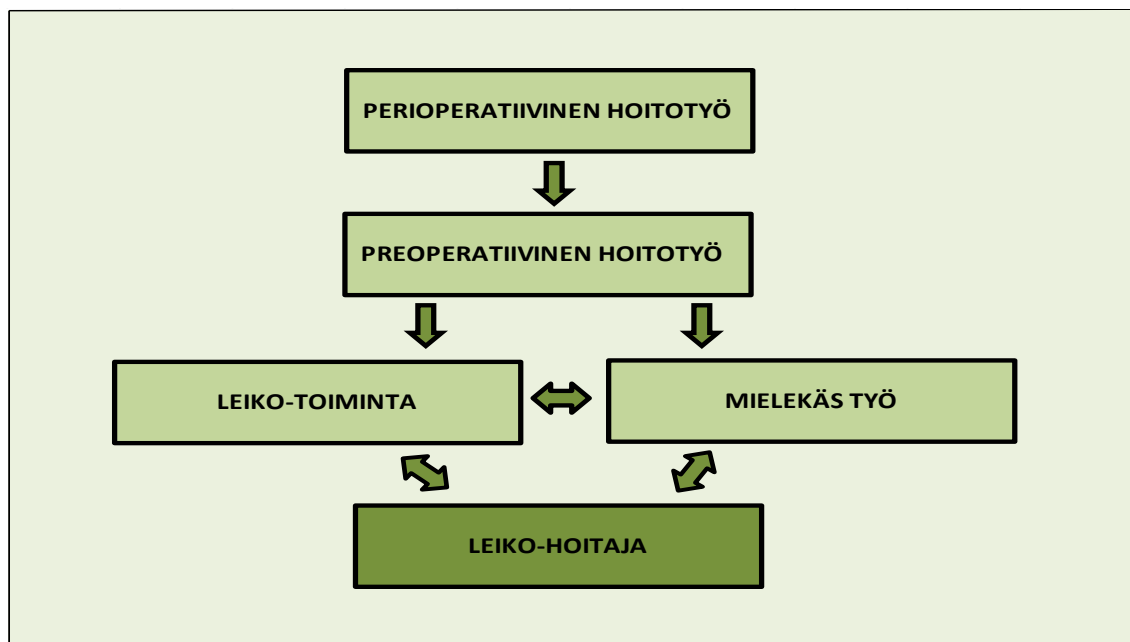
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä on Leiko-toiminta?
2. Millaisia kokemuksia osaston työntekijöillä on Leiko-hoitajana toimimisesta?
3. Millaisia kehittämiskohteita ilmenee Leiko-toiminnassa kyseisellä osastolla?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa eräälle Pirkanmaalla toimivan sairaalan leikkausosastolle tietoa Leiko-toiminnasta ja siinä ilmenevistä mahdollisista muutostarpeista sekä sitä kautta auttaa työntekijöitä kehittämään työtään mielekkäämmäksi. Lisäksi tavoitteenamme on lisätä omaa tietoaamme aiheesta ja harjaantua laadullisen tutkimusmenetelmän käytössä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme kuvaa Leiko-hoitajan työtä eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla. Olemme muodostaneet teoreettisen viitekehyksen opinnäytetyölle (KUVIO 1), jonka keskeisimpänä käsitteenä on Leiko-hoitaja. Leiko on lyhennys sanoista Leikkaukseen kotoa ja tarkoittaa sellaista toimintamallia, jossa potilas tulee sairaalaan suunniteltua leikkausta varten suoraan kotoa leikkauspäivän aamuna. Leiko-hoitaja työskentelee yksikössä, jossa harjoitetaan Leiko-toimintaa. Perioperatiivinen hoitotyö sisältää koko leikkaushoitotyön ketjun ja olemme siitä nostaneet preoperatiivisen hoitotyön yhdeksi keskeiseksi käsitteeksi. Leiko-toiminta ja sitä kautta Leiko-hoitajan työ on pääasiassa preoperatiivista hoitotyötä. Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena on selvittää, millaisia kokemuksia Leiko-hoitajilla on työstään sekä, miten he haluaisivat kehittää työtään, joten yhdeksi keskeiseksi käsitteeksi muodostui mielekäs työ.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1 Perioperatiivinen hoitotyö

Kirurgisen potilaan hoitoprosessia kutsutaan perioperatiiviseksi hoitotyöksi. Perioperatiivinen hoitotyö käsittää ennen leikkausta annettavan hoidon ja ohjauksen, toimenpiteen aikaisen sekä toimenpiteen jälkeisen hoidon. Potilaan hoitoon osallistuvan sairaan-

hoitajan tulee tietää kaikki perioperatiivisen hoitoprosessin vaiheet. Näin varmistetaan sujuva ja laadukas hoito potilaalle. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 11-20.)

Perioperatiivisen hoitotyön käsite kuvaa leikkaus- ja anestesiahoitotyön alueella toimivien sairaanhoitajien yhteistyönä syntyvää hoitoprosessia, jossa työntekijät toimivat hoidon eri vaiheissa potilaan parhaaksi. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 11-20.) Laadukkaan perioperatiivisen hoidon edellytyksiä ovat riittävä määrä asiantuntevaa henkilökuntaa sekä tarkoituksenmukaiset tilat ja välineet (Leinonen 2007, 5-7). Henkilökunnan koulutus on avainasemassa, kun halutaan taata korkeatasoinen hoito potilaalle. Perioperatiivinen hoitotyö edellyttää sairaanhoitajalta sellaista erityisosaamista, jota ei voi saavuttaa hoitotyön peruskoulutuksessa. Tämän vuoksi leikkausosastoilla tulisi järjestää lisäkoulutusta sellaisille työntekijöille, jotka eivät ole suorittaneet perioperatiivisen hoitotyön vaihtoehtoisia ammattipintoja ammattikorkeakoulussa. (Kajander 2009 4-5.)

Perioperatiivisen hoitotyön malli korostaa potilaskeskeisyyttä hoitajan teknisten taitojen rinnalla, koska vain potilaslähtöisellä toimintamallilla voidaan taata turvallinen, laadukas ja yksilöllinen hoitokokemus potilaalle. Potilaskeskeisyys parhaimmillaan tarkoittaa sitä, että potilas kokee saavansa yhtenäistä ja katkeamatonta hoitoa aina hoidon tarpeen arvioinnista toimenpiteeseen ja sieltä edelleen jatkohoitoon ja potilaan kotiin. Hyvän hoitotuloksen saamiseksi henkilökunnalta edellytetään jokaisessa hoidon vaiheessa asiantuntemusta ja joustavaa moniammatillista yhteistyötä. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 11-20.) Leikkauksen aikainen hoito toteutetaan moniammatillisena tiimityönä ja sen tarkoituksena on taata yhtä laadukas ja turvallinen hoito jokaiselle potilaalle. Huolella organisoidun tiimityön tarkoitus on myös tehdä toiminnasta sujuvaa ja kustannustehokasta. (Silen-Lipponen 2007 16-19.)

Perioperatiivisen hoitotyön vaiheita kutsutaan pre-, intra- ja postoperatiivisiksi vaiheiksi. Preoperatiivinen hoitotyö tarkoittaa ennen leikkausta annettavaa hoitoa ja ohjausta, sekä kaikkia valmisteluja, joita leikkausta varten tarvitsee edeltävästi tehdä. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 11-20.) Leiko-hoitajan työ on suurelta osin preoperatiivista hoitotyötä ja tästä opinnäytetyössä myöhemmin lisää.

Intraoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle. Tässä vaiheessa potilas saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon. Intraoperatiiviseen hoitotyöhön

kuuluu potilaan henkinen tukeminen, turvallinen toiminta siirtotilanteissa sekä leikkaus-
asentoa laitettaessa, leikkaukseen ja anestesiaan liittyvien hoitomenetelmien hallinta,
potilaan voinnin jatkuva seuraaminen ja arviointi, aseptiikasta huolehtiminen koko leik-
kauksen ajan sekä toteutetun hoidon tarkka kirjaaminen ja raportointi. Intraoperatiivinen
vaihe päättyy, kun potilas siirtyy valvontayksikköön. (Lukkari, Kinnunen & Korte
2007, 11-20.)

Postoperatiivisessa vaiheessa seurataan potilaan vointia ja toipumista erilaisten mittaus-
ten avulla sekä potilaan vointia tarkkailemalla. Kun potilaan elintoiminnot ovat vakiin-
tuneet ja kivut ovat hallinnassa, potilas voi siirtyä jatkohoitoon esimerkiksi vuodeosas-
tolle tai saattajan kanssa kotiin. Postoperatiivinen hoitotyö katsotaan päättyneeksi, kun
potilas ei enää tarvitse leikkaustapahtumaan liittyvää hoitotyötä. (Lukkari, Kinnunen &
Korte 2007, 20-22.) Postoperatiivisessa vaiheessa vuodeosaston ja heräämön henkilö-
kunnan välinen vuorovaikutus on tärkeä hoidon laatuun vaikuttava tekijä. Postoperatiivis-
ista hoitoprosessia tutkittaessa Hyvinkään sairaalassa on todettu, että yhteistyön avulla
voitaisiin lisätä hoitajien ymmärrystä prosessin eri vaiheista ja parantaa sitä kautta sekä
toiminnan sujuvuutta että tiedonkulkua. (Alastalo, Tulla & Leskinen, 2007, 32-33.)

Perioperatiivinen hoitotyö on näyttöön perustuvaa hoitotyötä joka pohjautuu tieteellises-
ti kerättyyn tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuihin toimintatapoihin ja kokemukseen
perustuvaan näyttöön. Tieteellinen tutkimusnäyttö perustuu tieteellisiin kriteereihin kerät-
tyyn tietoon toiminnan vaikuttavuudesta. Hyväksi havaitut toimintatavat perustuvat ter-
veydenhuollon organisaatioiden laadunarviointi- ja kehittämisprosesseista kerättyyn
tietoon. Kokemukseen perustuvaa näyttöä taas saadaan, kun hoitotyön työntekijät toteaa-
vat jonkin käytännön pitkän aikavälin tarkastelussa toimivaksi ja perustelluksi. (Lukka-
ri, Kinnunen & Korte 2007, 12-13). Näihin kaikkiin tietolähteisiin työntekijät tukeutu-
vat hoitotyön päätöksiä tehdessään. Jokaisen työntekijän tulisi kehittää jatkuvasti omaa
ja työyhteisönsä ammattitaitoa seuraamalla alan tutkimuksia ja jakamalla tietoa työyh-
teisössä. (Korhonen 2010, 50-53.)

3.2 Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivinen vaihe käsittää kaiken toimenpiteeseen liittyvän, ennen leikkausta an-
nettavan hoidon ja ohjauksen tutkimuksineen ja leikkausvalmisteluineen. Tämä voi ta-

pauksesta riippuen tapahtua esimerkiksi ajanvarauspoliklinikalla, kirurgisella vuodeosastolla, teho-osastolla tai päivystysosastolla. Suunniteltuun leikkaukseen tuleva potilas valmistautuu leikkaukseen jo kotona sairaalasta saamiensa ohjeiden mukaan. Ennen suunniteltua leikkauspäivää leikkausosaston henkilökunta tarkastaa potilastiedot, tekee leikkausta ja anestesiaa edeltävät tutkimukset sekä ohjaa potilasta valmistautumaan leikkaukseen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20-22.)

3.2.1 Preoperatiivinen vaihe

Preoperatiivista hoitotyötä suunniteltaessa on otettava huomioon potilaan oma käsitys terveydentilastaan ja hänen odotuksensa leikkauksen suhteen. Aiemmat sairaudet ja leikkaukset, lääkitys, nykyisen sairauden aiheuttamat oireet, mahdolliset elintoimintojen rajoitukset, allergiat ja elämäntavat on selvitettävä. Lisäksi potilasta tulee informoida toimenpiteen luonteesta ja siihen liittyvästä anestesiamuodosta. Potilaalle tulee kertoa toimenpiteen riskeistä, mahdollisesti aiheutuvista rajoituksista ja muutoksista sekä kivusta, jota ilmenee leikkauksen jälkeen. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 59.) Potilaan kanssa on erityisen tärkeää puhua kivun lievittämisen keinoista, koska kipu on yleensä potilaita eniten huolestuttava asia leikkauksiin liittyen. Onkin tutkittu potilaiden leikkauksen jälkeistä toipumista ja syitä leikkauksesta johtuvaan ärtyneisyyteen ja todettu ärtyneisyyden sekä negatiivisten tunnetilojen vähenevän huomattavasti, jos potilaat saavat tietoa jo edeltävästi leikkauksen jälkeen ilmenevästä kivusta. (Hodge 2003, 35-36.)

Erilaiset tutkimukset, joita tehdään potilaalle ennen leikkaukseen menoa, on järkevintä suorittaa polikliinisesti. Näin ollen potilas käy sairaalassa vastaanotolla ennalta sovittuna ajankohtana. Tutkimuksista tavallisimpia ovat laboratoriotutkimukset, joissa selvitetään muun muassa potilaan veriryhmä. Muita potilaalle tehtäviä tutkimuksia ovat muun muassa virtsanäyte, sydämen toimintaa mittaava EKG-tutkimus ja keuhkoista otettava kuva eli thorax-röntgen. Potilaan yöpymistä sairaalassa ennen toimenpidettä pyritään mahdollisuuksien mukaan välttämään. Tällä on todettu olevan merkitystä potilaan toipumiseen sekä komplikaatioiden ja infektioiden esiintymiseen. (Holmia ym. 2006, 60.)

Ennen leikkausta potilaalle tulee opettaa kuntoutumisen kannalta tärkeitä asioita, kuten hengitystekniikkaa, yskimistä, liikkumista ja liikkumisessa mahdollisesti tarvittavien

apuvälineiden käyttöä. Näillä toimilla ehkäistään keuhko- ja hengitystieinfektioita, leikkauksesta johtuvaa kipua ja laskimotukoksia. Erityisesti ortopedisten eli luuhun ja tuki-kudokseen kohdistuvien leikkausten jälkeen, potilas voi tarvita kainalo- tai kyynär-sauvoja ja niiden käyttöä on hyvä harjoitella etukäteen. (Holmia ym. 2006, 60.)

Preoperatiivisessa vaiheessa potilasta informoidaan kaikista leikkaukseen liittyvistä käytännön asioista. Hän saa tietoa muun muassa leikkauispäivän aamuna otettavista lääkkeistä, jotka lääkäri on katsonut potilaalle tarpeellisiksi. Potilasta ohjataan ennen leikkausyksikköön saapumista myös kotona tehtävistä valmisteluista, joita ovat esimerkiksi ihon hoito ja ihon kunnon seuranta, ravinnottaolo ja suolen tyhjennys. (Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3887-3892.)

3.2.2 Preoperatiivinen ohjaus

Potilaalle tule etukäteen antaa riittävät tiedot ja valmiudet leikkaukseen valmistautumista varten. Jos potilas ei mene leikkaukseen vuodeosaston kautta, tulee ohjaukseen kiinnittää erityistä huomiota. Hoitohenkilöstön tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon. Ohjaus on potilaan, hänen perheenjäsentensä ja hoitohenkilöstön välistä tavoitteellista keskustelua. Myös emotionaalinen tuki, tiedonsaanti, kirjallisten ohjeiden saaminen sekä mahdollisten hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden oppiminen ovat keskeinen osa ohjausta. (Heino, T. 2007, 5.) Ihanteellisinta olisi, jos potilas voisi saada ohjausta preanestesiaklinikalla, missä sekä anestesia lääkäri että perioperatiivinen sairaanhoitaja vastaavat potilaan informaation saannista. (Lukkari ym. 2007, 25.)

Tarja Heino tutki päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjausta potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta (2005). Potilaalle annettu kirjallisen tai suullisen ohjauksen ajankohta tulisi olla 1-4 viikkoa ennen leikkausta. Näin potilaan orientoituminen leikkaukseen paransi huomattavasti. Ohjausta ei tulisi antaa kuitenkaan liian aikaisintaan, koska se vaikeuttaa tiedon omaksumista. Perheenjäsenten mukaanotto ohjaukseen vaikutti Heinin tutkimuksen mukaan ohjauksesta koettuun hyötyyn ja laatuun. Perheenjäsentä kiinnosti ennen kaikkea potilaan jatkohoitoon ja kuntoutukseen liittyvät asiat. Tutkimustuloksissa ilmeni myös, kuinka kirjalliset ohjeet suullisten rinnalla vaikuttivat myönteisesti potilaan kokemukseen ohjauksesta. (Heino 2005, 99-100.)

Preoperatiivinen ohjauksen laatu vaikuttaa ratkaisevasti sekä leikkaukseen valmistautumiseen, että myös potilaan orientoitumiseen leikkaukseen jälkeiseen aikaan. Ohjauksen tavoitteena on aina helpottaa ja nopeuttaa toipumista toimenpiteestä. Myös potilaan itsenäisen toipumisen tukeminen ja arjen suunnittelu leikkauksen jälkeistä aikaa varten ovat perusteita hyvälle ohjaukselle. Potilasta motivoidaan ennakoimaan toimenpiteen aiheuttamat muutokset päivittäisessä elämässä ja autetaan löytämään selviytymiskeinot, jotka ovat yksilöllisiä jokaisen kohdalla. Olennaista preoperatiivisessa ohjauksessa on potilaan turvallisuuden tunteen vahvistaminen. (Heino 2007, 5-6.)

3.3 Leikkaukseen kotoa

Kun potilas tulee kotoa sairaalaan leikkauspäivän aamuna, puhutaan Leiko-mallista. Leikkauksen esivalmistelut suoritetaan suurimmaksi osaksi kotona ja aamulla saavutaan erilliseen vastaanottoyksikköön, missä hoitaja ottaa potilaan vastaan. Perinteisestä mallista poiketen potilas ei käy vuodeosastolla ollenkaan ennen leikkaukseen menoa. Tällainen Leiko-malli on mahdollista niin iäkkäiden kuin nuorempienkin potilaiden kohdalla, eivätkä leikkauksen pituus tai sen jälkeinen hoitoaika vaikuta Leiko-potilaiden valintaan. (Keränen 2006, 1412.) Vuodeosastoilla tapahtuva hoitotyö painottuu nykyisin yhä enemmän postoperatiiviseen hoitoon. Leiko-toimintaa harjoittavassa hoitoyksikössä voi kuitenkin olla myös päiväkirurgisia potilaita, jotka siis eivät tarvitse osastohoitoa edes toimenpiteen jälkeen. (Laakso & Tohmo 2009, 63.)

3.3.1 Leiko-toiminta

Leiko-toiminta aloitettiin Suomessa vuonna 2006, kun Hyvinkään sairaala avasi pelkättään Leiko-toiminnalle tarkoitetun yksikön. Sairaalassa yli 90 % potilaista saapuu toimenpiteeseen leikkauspäivän aamuna suoraan kotoa tai muusta asuinpaikastaan. Preoperatiivinen hoitoprosessi on silti järjestetty turvallisesti ja potilaat ovat hyvin valmisteltuja leikkaukseen. (Laakso & Tohmo 2009, 63.) Hyvinkään sairaalassa potilaat pääsevät leikkaukseen preoperatiivisen poliklinikan kautta, missä heidän leikkauskuntonsa arvioidaan etukäteen sovittujen kriteereiden mukaisesti. Siellä myös arvioidaan, voiko potilas tulla leikkaukseen suoraan kotoaan, vai tarvitseeko hänen yöpyä leikkausta edel-

tävä yö vuodeosastolla. Preoperatiivinen poliklinikka on välttämätön edellytys turvallille ja tehokkaalle Leiko-toiminnalle. (Tohmo 2010, 310.)

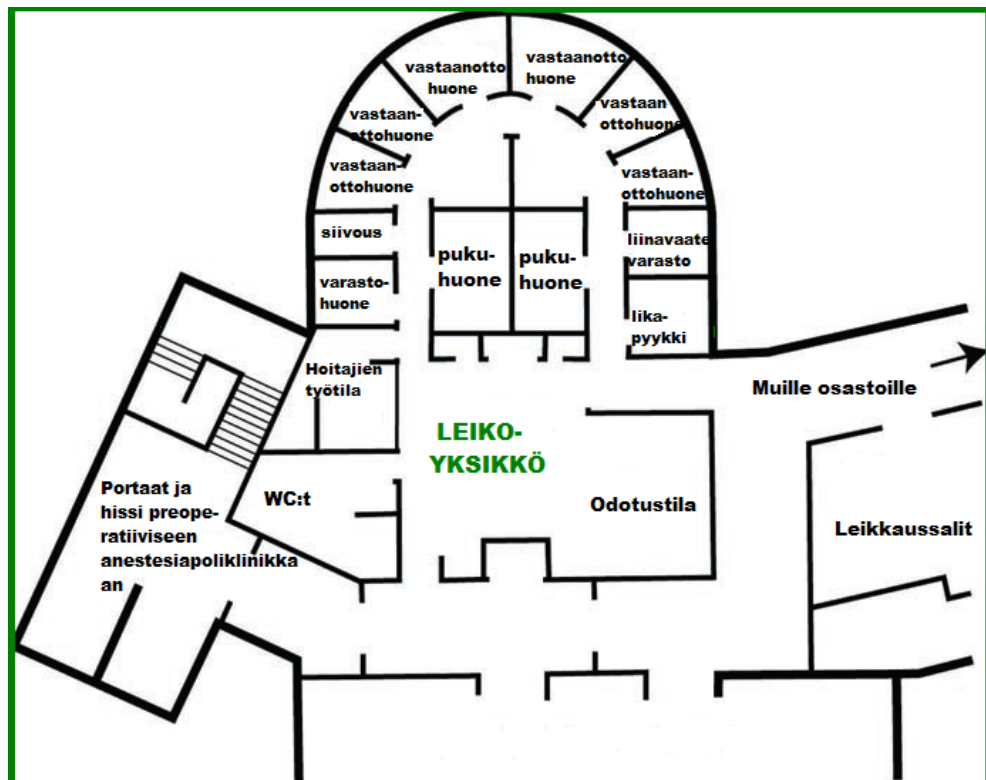
Leiko-malli soveltuu lähes kaikentyyppisiin leikkauksiin, kunhan ne ovat ennalta suunniteltuja. Omatoiminen potilas on Leiko-toiminnan keskiössä ja potilaan voidaan ajatella olevan aktiivinen toimija, joka hallitsee tilannetta. Leiko-mallilla toteutettu preoperatiivinen hoito ei sovi kuitenkaan kaikille. Esimerkiksi potilaat, joiden liikuntakyky on merkittävästi heikentynyt, menevät leikkaukseen vuodeosaston kautta. Muita esteitä ovat muun muassa insuliinihoitoinen diabetes, toimintakykyä haittaava muistisairaus ja kosketuseristys. Kun hoitaja vastaanottaa potilaan Leiko-yksikköön, hän varmistaa, että potilas on valmistautunut leikkaukseen saamiensa ohjeiden mukaisesti. Tässä vaiheessa ei hoitotoimenpiteitä pitäisi enää tehdä, joten Leiko-toiminta todella vaatii potilaalta omatoimisuutta. (Leiko oikoo leikkaustoiminnan mutkia 2011, 6-7.)

Leiko-toiminnan hyötyjä ja haittoja on arvioitu sen toteuttamisesta lähtien ja selkeästi on tullut esiin sen hyödyllisyys eri toimintaorganisaatiolle. Vuodeosastojen resursseja ei kulu leikkausta edeltävästi saapuviin potilaisiin. (Laakso & Tohmo 2009, 63.) Lisäksi potilaat ovat erittäin tyytyväisiä Leiko-malliin, kun saavat viettää leikkausta edeltävän yön kotona. Potilaan altistuminen sairaalan bakteereille ennen leikkausta vähenee ja tätä kautta tulehdusriski pienenee. (Keränen 2006, 1412.)

Laisi selvitti väitöstutkimuksessaan (2012) muun muassa Leiko-prosessin kustannustehokkuutta, anestesiapoliklinikan toimintaa, sekä prosessimuutoksen turvallisuutta ja sen vaikutusta potilaiden leikkaustulokseen. Tutkimukseen osallistui noin 13 000 potilasta. Tuloksista ilmeni, että potilaiden elämänlaatu parani huomattavasti, jos he tulivat leikkaukseen Leiko-yksikön kautta. Näin ollen myös leikkauksen jälkeinen sairaalahoitajakso oli lyhyempi. Leiko-toimintaan siirtymisellä ei ollut haitallisia vaikutuksia leikkauksen lopputulokseen, eivätkä kuolleisuus tai leikkauksen jälkeiset komplikaatiot lisääntyneet. (Laisi 2012, 55.)

Myös Iso-Britanniassa on tutkittu Leiko-toiminnan etuja ja tutkimustuloksissa käy selvästi ilmi, että erillisen Leiko-yksikön rakentaminen tuo suunniteltuun leikkaustoimintaan huomattavat säästöt. Tilat helpottavat hoitohenkilöstön työtä, mutta myös potilaiden yksityisyys ja viihtyisyys paranevat. Potilaat ovat toivoneet erillistä huonetta niille, jotka ovat jo valmisteltuja leikkaukseen, eli pukeutuneena sairaalan vaatteisiin. Tämä on

seurausta siitä, että juuri sairaalaan tulleet potilaat kokivat ahdistusta ollessaan samassa tilassa jännittyneiden, jo valmisteltujen ja leikkauspaitaan pukeutuneiden potilaiden kanssa. Ennen kaikkea kuitenkin yksityisyyden suoja paranee, kun leikkaukseen tulevien potilaiden asioista keskustellaan siihen varatussa erillisessä tilassa. (Vijay, Kazzaz & Refson 2008, 374; 377-378.) Leiko-yksikössä on huomioitu muutkin tarpeelliset huonesijoittelut, kuten hoitajien työtila ja lyhyt etäisyys preoperatiiviseen anestesiapoliklinikkaan. (KUVIO 2).



KUVIO 2. Malli Leiko-yksiköstä (Vijay, V., Kazzaz, S., & Refson, J. 2008, muokattu)

3.3.2 Leiko-hoitaja

Leiko-hoitajaksi kutsutaan sairaanhoitajaa, joka vastaa Leiko-yksikköön saapuvista potilaista siihen asti, kunnes he siirtyvät leikkaussaliin. Sairaanhoitaja ottaa potilaan vastaan Leiko-toiminalle varatussa huoneessa. Ennen leikkauspäivää, yleensä edellisenä päivänä, potilaalle soimitaan puhelu, jossa kerrotaan saapumisaika sairaalaan sekä käydään läpi kotona tehtävät valmistelut. Leiko-hoitajan työnkuvaan kuuluu myös potilaan sisäänkirjaus ja vastaanottaminen, haastattelu, pukeutumisen ohjaus, esilääkityksen antaminen sekä preoperatiivisissa toiminnoissa avustaminen ja ohjaaminen. Näitä toimia ovat muun muassa pukeutuminen, tukisukkien laitto ja henkilökohtaisten tavaroiden

laittaminen säilytykseen leikkauksen ajaksi. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603-3607.)

Leiko-yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien määrä riippuu leikkaussalien resursseista, leikkaussuunnittelusta, työmäärästä, paikallisista mieltymyksistä ja kansallisten ohjeiden noudattamisesta. Monet yksiköt suosivat monitaitoista henkilöstöä, jolla on tietoa ja taitoja toimia useilla eri kirurgian osa-alueilla. Tehokas resurssien käyttö saavutetaan parhaiten hyvin koulutetulla, joustavalla ja monitaitoisella työvoimalla. (Verma, Alladi, Jackson, Johnston, Kumar, Page, Smith, Stocker, Tickner, Williams & Young 2011, 7-8.) Suomessa Leiko-hoitajan työnkuva on kuitenkin aina sairaala- ja osastokohtaista, eikä virkaa mahdollisesti ole nimetty kellekään erikseen, vaan työssä toimivat sovitut leikkaussalin sairaanhoitajat tai Leiko-yksikössä toimivan hoitajan rooli kiertää henkilökunnan kesken.

Suunnitelmallisuus on tärkeässä roolissa Leiko-toimintaa harjoittavan hoitajan työssä. Potilaan tiedot tulevat Leiko-yksikköön viimeistään leikkausta edeltävänä päivänä. Kun hoitaja tutustuu jokaiseen potilaaseen huolella ja varmistaa kaiken olevan kunnossa, vuorossa oleva potilas voidaan aina ottaa leikkaussaliin sujuvasti. (Leiko oikoo leikkaustoiminnan mutkia 2011, 7.) Olemme koonneet seuraavalle sivulle malliksi keskeiset Leiko-hoitajan työt eräällä leikkausosastolla. Tällä leikkausosastolla Leiko-hoitajan tehtäviin kuuluu muun muassa potilaan vastaanottaminen, näytteistä huolehtiminen, potilaan ohjaus, lääkityksestä huolehtiminen, verensokerin mittaaminen, kirjaaminen potilastietoihin, Leiko-raportin tekeminen ja seuraavan päivän potilaista huolehtiminen (KUVIO 3).

LEIKO-HOITAJAN TYÖTEHTÄVÄT ERÄÄLLÄ PSHP:N LEIKKAUSOSASTOLLA	
1. Potilaan vastaanottaminen	<ul style="list-style-type: none"> • Leiko-hoitaja varmistaa potilaan henkilöllisyyden • Laittaa tunnistusrannekkeen
2. Mahdollisista näytteistä huolehtiminen	<ul style="list-style-type: none"> • Syöpä-, inkontinenssi- ja laskeumapotilailta virtsanäytteen vastaanotto. • Näytteen huolehtiminen eteenpäin.
3. Ohjaus vaatteiden vaihtoon ja tavaroiden säilytys	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas vaihtaa yllensä leikkaussalipaidan ja mahdollisesti tukisukat. • Vaatteet ja henkilökohtaiset tavarat laitetaan muovipussiin ja Leiko-tilan lukolliseen kaappiin. • Kaapin avain kulkee potilaan mukana aamutakin taskussa tai sängynpäädyssä heräämään. • Osastolle vievä hoitaja ottaa potilaan muovikasseihin pakatut tavarat mukaansa.
4. Lääkityksestä huolehtiminen	<ul style="list-style-type: none"> • Tarkistaa, että potilas on ottanut määrätyt omat lääkkeensä. • Antaa esilääkkeet • Ohjaa vessassa käyntiin ennen lääkkeen ottoa, jos rauhoittava lääke. Lepoon kehottaminen. • Mahdollisen antibiootin anto (suun kautta määrätyt).
5. Verensokerin tarkistus diabetespotilaalta (tablettihoitoinen)	<ul style="list-style-type: none"> • Jos verensokeri on alle 6mmol/l ja leikkauksen alkuun aikaa, hoitaja laittaa keittosuolaliuos-infuusion tippumaan potilaan laskimoon.
6. Kirjaus	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitokertomukseen kirjaaminen potilaan tulosta, esilääkkeistä, näytteistä yms.
7. Leiko-raportin tekeminen	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitaja kirjaa päivästä raportin; montako potilasta, mahdolliset ongelmat, puutteet. • Raportin voi tehdä myös potilaskohtaisesti, jos yksi potilas on vaitinut paljon työtä.
8. Seuraavan päivän Leikona tulevista potilaista huolehtiminen	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitaja soittaa potilaille ja varmistaa leikkausosastolle tuloajan. • Varmistaa, että kaikki potilaat ovat Leiko-kelpoisia, laboratoriovastaukset ovat kunnossa ja verivaraus on tehty. • Hoitaja lukee keskeiset tiedot potilaista ja kirjaa niitä paperille seuraavan päivän Leiko-hoitajan työtä helpottaen.

KUVIO 3. Leiko-hoitajan työtehtävät eräällä PSHP:n leikkausosastolla (muokattu)

3.4 Mielekäs työ

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimintastrategiassa (2012-2016) mainitaan mielekäs työ yhtenä pääosa-alueena. Strategiassa luvataan muun muassa taata työntekijöille asianmukaiset ja turvalliset työ-olosuhteet sekä tukea työhyvinvointia ja työntekijöiden vaikuttamismahdollisuuksia. Tämä kaikki on tarkoitus saavuttaa ottamalla työntekijät mukaan oman työnsä kehittämiseen työhönsä ja kehityskeskustelujen avulla. Henkilöstöä tulisi lisäksi sitouttaa kehittämishankkeisiin ja toimintaa tulisi jatkuvasti arvioida. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012-2016.) Tämä voidaan toteuttaa mahdollistamalla vaikuttaminen erilaisissa osaston palavereissa ja tarjoamalla kullekin työntekijälle sopivia työtehtäviä (Marjamäki 2006, 37).

Työ- ja elinkeinoministeriön vuoden 2011 työolobarometrin mukaan työn mielekkyyden kokeminen on laskenut tasaisesti jo vuosien ajan. Arviot työnteon mielekkyydestä ovat olleet kautta linjan kielteisempiä julkisella sektorilla kuin yksityisellä. Viime aikoina ne ovat kuitenkin olleet laskussa myös yksityisellä puolella. Nuorten, alle 25-vuotiaiden vastaajien keskuudessa arviot työn mielekkyydestä ja siihen liittyvistä tulevaisuuden näkymistä olivat positiivisempia kuin muilla ikäryhmillä. Työolobarometrin avulla on seurattu työelämän laadun muutoksia jo vuodesta 1992. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012.)

Vaikka työyhteisön on tutkittu vaikuttavan eniten työhön sitoutumiseen, on tuloksista ilmennyt, että heti seuraavaksi tärkeimpänä asiana työhön sitoutumiseen vaikuttaa joustavuus työssä ja toiminnan kehittämisen mahdollisuudet. Marjamäen tekemässä tutkimuksessa (2006) koulutautumis-, vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuudet koettiin edistävänä tekijöinä, kun selvitettiin perioperatiivisessa hoitotyössä työskentelevän sairaanhoitajan työhön sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Marjamäki 2006, 65-66.)

Leiko-hoitajan työ perustuu vuorovaikutukseen ja potilaan kohtaamiseen. Hoitaja ohjaa potilasta tekemään tarvittavat esivalmistelut ja haastattelee hänet ennen leikkausta. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603-3607.) Luottamuksellinen suhde potilaaseen on hyvän hoidon perusta. Työntekijän luotettavuus on myös sitä, että hän osaa työnsä ja suorittaa ne tunnollisesti. Tällöin työntekijänkin on hyvä olla vuorovaikutussuhteessa, eikä hänen tarvitse tuntea epävarmuutta tai riittämättömyyttä työskennellessään. Hoitajien kohtaamat vuorovaikutustilanteet voivat joskus olla haastavia, jos esimerkiksi poti-

laan elämäntilanne herättää hoitajassa vahvoja tunteita. Näitä tunteita tulee olla mahdollisuus käsitellä työyhteisössä luottamuksellisesti, jotta hoidon laatu ei kärsi eikä hoitajan psyyke kuormitu liikaa. Hyvistä ja onnistuneista vuorovaikutustilanteista hoitaja voi saada onnistumisen kokemuksia ja motivaatiota kehittää itseään lisää. Tyytyväisyys omiin suorituksiin lisää työn mielekkyyttä ja jaksamista kiireisissä ja muuttuvissa työtilanteissa. (Mattila 2007; 15-34, 90-94.)

Hyvällä perehdytyksellä on suuri vaikutus työssä viihtymiseen. Perehdytyksen tavoitteena on opastaa uutta työntekijää toteuttamaan tehtävänsä mahdollisimman hyvin. Tarkoituksena on myös antaa kokonaiskuva organisaatiosta ja sen toimintamalleista sekä vähentää työtehtävissä syntyviä virhemahdollisuuksia. Hyvin organisoitu perehdytys lisää tutkimusten mukaan työpaikassa pysymistä, työtyytyväisyyttä ja tuottavuutta. Lisäksi huolellisella perehdytyksellä on myönteisiä vaikutuksia potilasturvallisuuden ja potilaan saaman hoidon laatuun. (Tarus 2006, 40-53.)

Osastonhoitajan rooli on tärkeä, kun puhutaan työn kehittämisestä ja työssä viihtymisestä. On tärkeää huolehtia tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti henkilöstön hyvinvoinnista ja oppimisesta. Osaamisen päivittäminen erilaisten koulutusten avulla lisää tyytyväisyyttä ja pärjäämisen tunnetta omassa työssä. (Taurus 2006, 50-53.) Osastonhoitajan antama palaute kannustaa kehittämään omaa ammattitaitoa ja lisää työhön sitoutumista (Marjamäki 2006, 49-50). Johtamisen on havaittu olevan keskeisessä roolissa pohdittaessa työntekijöiden työhyvinvointiin liittyviä tekijöitä. Työntekijöitään kunnioittava, arvostava ja tukeva esimies auttaa työntekijöitä voimaan hyvin ja jaksamaan työssään. Johtamistyö on kuitenkin erittäin vaativaa, sillä erilaisilla työntekijöillä on hyvin erilaisia odotuksia esimieheltään. Esimiehen tulisikin keskustella jokaisen työntekijän kanssa erikseen, jotta molemminpuoliset toiveet ja odotukset olisivat kaikille selvät. (Syvänen 2010, 11-15.)

Vanhustyötä tekevien hoitajien työhyvinvointihankkeissa on huomattu, että puutteellisesti johdetuilla työpaikoilla suuren ongelman aiheuttavat epäselvät vastuut ja työnjako. Jos työnkuva on epäselvä, tekemättä jää yleensä sellaisia ei-kiireellisiä töitä joiden ei ole sovittu kuuluvan kenellekään. Näihin töihin tarttuvat lopulta useimmiten tunnollisimmat ja vastuullisimmat työntekijät, jotka pidemmän päälle kuormittuvat lisääntyneestä työmäärästä. Vastuualueiden ja työnjaon selkeyttämiseksi tarvitaan keskusteluja työntekijöiden ja esimiehen välillä, sekä sujuvaa vuorovaikutusta eri ammattiryhmien

kesken. Yhdessä sovituista tehtävänjaoista pidetään paremmin kiinni kuin ylhäältä käsin määrätyistä, koska työntekijät kokevat että heillä on ollut mahdollisuus vaikuttaa päätöksiin ennen niiden tekemistä. (Syvänen 2010, 11-15.)

Kielteisesti työssä jaksamiseen vaikuttavat sekä työtehtävien yli- että alikuormitus. Ylikuormitus, esimerkiksi liialliset paineet, kiire, liian vaikea työ tai liian kuormittava työmäärä saavat aikaan riittämättömyyden tunteen ja pitkällä aikavälillä johtavat työntekijän uupumiseen. Kiireen ja kuormittavuuden kokemukset ovat yksilöllisiä, ja tämän vuoksi työyhteisössä tulisi vallita avoin ilmapiiri työntekijöiden henkilökohtaisille kokemuksille ja mielipiteille. Alikuormitus työssä taas tarkoittaa sitä, että henkilö kokee työtehtävänsä epäselviksi, vähäisiksi tai liian helpoiksi suhteessa osaamiseensa ja käytettävissä olevaan aikaan. Sopivien haasteiden puute voi aiheuttaa liiallista rutinoitumista sekä lisätä työtä häiritsevien oheistoimintojen suorittamista. Rutiinit ovat toisaalta hyvä asia, toisaalta ne saattavat estää työntekijää tarkastelemasta kriittisesti omaa toimintaansa. Tällöin halukkuus kehittää ja muuttaa työtä vähenee, eivätkä asiakkaiden yksilölliset tarpeet saa välttämättä riittävästi huomiota. (Syvänen 2010, 11-15.)

Kun työyhteisössä kaikki ei suju toivotulla tavalla, tarvitaan keinoja puuttua epäkohtiin. Tärkeintä ongelmatilanteessa on tunnistaa ja ymmärtää ongelmakohdat ja hakea niihin yhdessä ratkaisuja. Työyhteisön pelisääntöjä mietittäessä kaikkien osallisten tulisi saada mahdollisuus tuoda mielipiteensä julki, joten ilmapiiriin tulee olla kaikkia kohtaan tasa-vertainen, salliva ja luottamuksellinen. Vastuu epäkohtiin puuttumisesta koskee yhtiöllä jokaista työyhteisön jäsentä. (Syvänen 2010, 11-15.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tavoitteellinen ja suunnitelmallinen tutkimus on luova prosessi, joka sisältää useita eri vaiheita. Näitä vaiheita ovat perehtyminen aiheeseen, suunnitelman laadinta, tutkimuksen toteutus ja tutkimusselosteen laadinta. Tutkimuksessa näkyy tutkijan käsiala, eli eri tutkijat toimivat aina omalla tavallaan tutkimusta tehdessään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 63.) Työelämän tutkimukseen vaikuttaa koulutusperinteen mukaan ammattillisuus, eli tutkimuksia tehdään asioista, jotka kuuluvat luontevasti omaan toimi- ja ammattialaan (Vilka 2005, 13).

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Tutkimus käsitteenä kuvaa monenlaista toimintaa. Se voi olla muun muassa kartoitusten tekemistä, tilastotietojen esityksiä, tiedon keräämistä ja luokittelua, haastatteluaineistojen kuvauksia sekä omien kokemusten kirjallista esittämistä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 21.) Kun halutaan tutkia ihmisistä lähtöisin olevia ja ihmisiin päätyviä tapahtumia, kuten toimintaa, ajatuksia, päämäärien asettamisia ja yhteiskunnan rakenteita, valitaan yleensä kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Siinä ovat tavoitteena ihmisten omat kuvaukset koetusta todellisuudesta ja näiden kuvausten oletetaan sisältävän niitä asioita, joita ihminen pitää itselleen merkityksellisinä ja tärkeinä. (Vilka, 2005, 97.)

Laadullista tutkimusmenetelmää käytettäessä tulee muistaa, ettei tutkimuksen tavoitteena ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta. Tulkintoja voidaan kyllä tehdä ja arvioituksia ratkaista luomalla ensin johtolankoja ja vihjeitä ihmisten kuvaamien kokemusten ja käsitysten avulla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luodaan malleja, ohjeita, toimintaperiaatteita ja kuvauksia tutkittavasta asiasta tulkinnan ja arvioituksen ratkaisemisen avulla. (Vilka, 2005, 98.) Teoriaa tutkimuksessa tarvitaan muun muassa metodien, tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden hahmottamiseen, eli kaiken kaikkiaan tutkimuskokonaisuuden mieltämiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18).

Tutkimusasetelman ollessa vapaampi on luontevampaa käyttää havainnointia, keskustelua tai omaelämäkertoja aineiston hankinnan menetelmänä (Tuomi & Sarajärvi 2009,

71). Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska aihetta ehdottanut osasto toivoi tiedonkeruumenetelmäksi teemahaastatteluja. Haastateltavien vähäinen lukumäärä (N=4) oli huomioitava menetelmää valittaessa. Lisäksi laadullinen menetelmä antaa tarkoituksenmukaisimmat vastaukset opinnäytetyömme kysymyksiin. Haastatteluiden avulla saamme kerättyä työntekijöiden kokemuksiin perustuvaa tietoa paremmin kuin esimerkiksi kyselylomakkeilla. Opinnäytetyömme tehtävänä on nimenomaan selvittää Leiko-hoitajien kokemuksia työstään.

4.2 Opinnäytetyön aineistonkeruu

Kvalitatiivisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat kysely, havainnointi, haastattelu ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Tutkija voi päättää, käyttääkö yhtä tai useampaa menetelmää rinnakkain tai eri tavoin yhdistettynä tutkimusresurssien sekä tutkittavan ongelman mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Kysely on ajankäytöllisesti tehokas, sillä saadaan paljon tutkimusaineistoa ja sen avulla voidaan kysyä monia asioita, mutta sen heikkoutena on vastausten epäluotettavuus ja kyselyihin vastaamattomuus. Havainnointi taas on keino saada välitöntä ja suoraa tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Se on erinomainen menetelmä muun muassa vuorovaikutusta tutkittaessa sekä tilanteissa, jotka muuttuvat nopeasti. Havainnointiin suhtaudutaan kuitenkin kriittisesti, koska havainnoija voi muuttaa tilanteen kulkua ja vähintäänkin häiritä tilannetta. (Hirsjärvi ym, 2007, 190-209.)

Haastattelu on kvalitatiivisessa tutkimuksessa paras aineistonkeruumenetelmä verrattuna muihin tiedonkeruumuotoihin, koska aineiston keruuta voidaan säädellä tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajan yksilöllisyys huomioiden. Haastattelu onkin kvalitatiivisen tutkimuksen päämenetelmä, mutta sen valinta tutkimusmenetelmäksi tulee olla silti hyvin perusteltua. (Hirsjärvi ym, 2007, 200.) Omaa valintaamme pohjusti osaston toiveen lisäksi myös vähäinen osallistujamäärä (3-4 haastateltavaa) ja työn aihe. Haastattelun valintaa puoltaa se, että tiedetään tutkimuksen aiheen tuottavan vastauksia moneen eri suuntaan. Se valitaan aineistonkeruumenetelmäksi myös silloin, jos tutkimuksella halutaan syventää jo olemassa olevia tietoja (Hirsjärvi ym. 2007, 200.)

Haastattelu voidaan toteuttaa yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluna, joko pelkästään yhtä muotoa käyttäen tai yhdistellen. Tavallisimmin tehdään kuitenkin yksilöhaastatteluja.

Valinta riippuu siitä, keitä haastateltavat ovat ja mikä on tutkimuksen aihe. (Hirsjärvi ym. 2007, 205.) Tutkittavasta ilmiöstä riippuen valitaan myös haastattelun tyyppi, joka voi olla lomake-, teema- tai syvähaastattelu. Haastattelutyypin valintaan vaikuttaa kysymysten avoimuuden aste aina suljetuista kysymyksistä avoimiin kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 74-77.)

Teemahaastattelu on avoimuudeltaan puolistrukturoitu, eli se tehdään etukäteen valittuja teemoja ja niihin hahmoteltuja kysymyksiä apuna käyttäen. Tutkija pyrkii korostamaan haastateltavien tulkintoja asioista, heidän asioille antamiaan merkityksiä ja sitä, kuinka merkitykset syntyvät. (Hirsjärvi ym. 2007, 203.) On tutkimuksen tekijästä riippuvaista, haluaako hän esittää kaikille haastateltaville samat kysymykset, esittääkö hän ne samassa järjestyksessä ja ovatko sanamuodot samoja jokaisessa haastattelussa. Teemahaastattelu voi olla siis sekä hyvin strukturoitu, tai päinvastoin lähes avoin haastattelutilanne. Tutkimuksen tekijä ei kuitenkaan voi kysyä mitä tahansa, vaan tutkimuksen tarkoituksen mukaan hän pyrkii saamaan merkityksellisiä vastauksia. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 75.)

Aloitimme opinnäytetyömme aineistonkeruun, kun saimme luvan opinnäytetyömme tekoon kesäkuussa 2013. Opinnäytetyön suunnitelmassa oli liitteenä haastatteluiden teemat. Muokkasimme teemoihin liittyviä kysymyksiä (liite 1) osuvammiksi haastatteluiden tullessa ajankohtaisiksi. Päätimme etukäteen, että etenemme haastattelutilanteessa tilanteen edellyttämällä tavalla emmekä kysy kysymyksiä välttämättä samassa järjestyksessä ja ollenkaan, jos haastateltava on jo kertonut asiasta. Teimme haastattelut yhdessä väärinymmärrysten minimoimiseksi ja haastattelujen luotettavuuden varmistamiseksi. Kävimme esittelemässä ideaamme lyhyesti etukäteen osastolla syyskuussa 2013 ja kerroimme haastateltavien tarpeesta. Teemahaastatteluun osallistuvat ilmoittautuivat meille sähköpostilla etukäteen. He olivat saaneet tiedon mahdollisuudesta osallistua haastatteluun joko suoraan meiltä, saatekirjeestä (liite 2) tai osastonhoitajalta.

Saimme haastateltavaksemme 4 (N=4) Leiko-hoitajana työskentelevää sairaanhoitajaa. Ennen haastattelujen aloittamista pyysimme heitä lukemaan ja allekirjoittamaan suostumuslomakkeen (liite 3). Suostumuslomakkeessa kerroimme muun muassa nauhoituksesta ja haastattelun vapaaehtoisuudesta. Olimme arvioineet haastatteluun kuluvan aikaa noin 30 minuuttia, mutta osa haastatteluista sujui hieman nopeammin. Haastatteluaineistoa kertyi aukikirjoitettuna noin 26 sivua.

4.3 Opinnäytetyön sisällönanalyysi

Sisällönanalyysiä pidetään laadullisen tutkimuksen perusanalyysinä. Se voi olla sekä yksittäinen metodi, että väljä teoreettinen kehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Laadullinen analyysi jaetaan usein kahteen eri päättelyn logiikkaan, joita ovat induktiivinen ja deduktiivinen päättely. Induktiivinen tarkoittaa päättelyketjua yksittäisestä tapauksesta yleiseen ja deduktiivinen taas päättelyä yleisestä yksittäiseen tapaukseen. Aineistolähtöinen analyysi pyrkii luomaan tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden. Tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaan valitaan aineistosta analyysiyksiköt, joita ei tulisi valita tai sopia etukäteen. Teorialähtöinen analyysi taas on perinteisempi analyysimalli, joka nojaa tiettyyn teoriaan, malliin tai auktoriteetin luomaan ajatteluun. Sen mukaan tutkimuksessa määritellään kiinnostavat käsitteet ja tutkittava ilmiö määritellään jo jonkin tunnetun mukaisesti, eli aineiston analyysiä ohjaa valmis aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-95.)

Tutkimusaineiston keruun jälkeen se pitää muuttaa sellaiseen muotoon, josta sitä voidaan analysoida. Jos käytetään haastatteluja tutkimusmenetelmänä, nauhoitukset tulee muuttaa tekstimuotoon eli litteroida. Litterointi on varsin työlästä, mutta lisää tutkijan ja tutkimusaineiston vuoropuhelua, koska tutkija määrittelee tutkimuksen edetessä, mikä on oleellista ja riittävää tulkintaa tutkimusongelman kannalta. Haastateltavien puhetta ei saa muuttaa tai muokata litteroitaessa. (Vilka 2005, 115.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi ohjaa tutkijan tavoitetta löytää tutkimusaineistosta esimerkiksi jonkinlainen toiminnan logiikka. Se voi olla myös tutkimusaineiston ohjaamana jonkinlainen tyypillinen kertomus. Kun aineisto on litteroitu, tutkija aloittaa tutkimusaineiston pelkistämisen, eli hän karsii tutkimusaineistosta epäolennaisen informaation ottaen huomioon tutkimusongelman kannalta tärkeän informaation. Tutkimusaineisto pilkotaan ja tiivistetään näin osiin, minkä jälkeen se ryhmitellään uudeksi johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Ryhmittely tapahtuu esimerkiksi tiettyjen piirteiden, käsitysten tai ominaisuuksien mukaan, joita tekstistä löytyy. Ryhmittelyistä muodostuu käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli, eli tutkimuksen tulos. Tämän saadun tuloksen avulla pyritään ymmärtämään tutkittavan kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Vilka 2005, 140; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113.)

Teoriaohjaava analyysitapa on yksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin muodoista. Siinä tutkija tekee analyysin aineistolähtöisesti ja analyysin edetessä käyttää tiettyjä etukäteen valikoituja teoreettisia ajatusmalleja. Nämä ajatusmallit ohjaavat sen hetkistä analyysivaihetta. Teoriaohjaava analyysitapa ohjaa siis tutkijan määrittelemään luokat etukäteen jo luokitteluvaiheessa. (Tuomi 2007, 130-131.) Teemahaastattelun teemat voivat toimia ohjaavina tekijöinä aineistoa luokiteltaessa (Tuomi & Sarajarvi 2009, 93).

Sisällönanalyysimme teko alkoi litteroimalla kaikki haastattelut, eli kirjoitimme ne auki sanasta sanaan. Tämän jälkeen luimme haastattelut useaan kertaan läpi ja kävimme yhdessä läpi joitakin kohtia, joissa oli mielestämme tulkinnanvaraa. Lukiessamme aineistoa läpi päätimme, ettemme keskity analysoimaan Leiko-hoitajan työtehtäviä, vaan keskityimme muihin opinnäytetyömme asettamiin tehtäviin. Aineisto oli sisällöltään laaja ja päätimme jo ennen redusointia jakaa eriväristen alleviivausten avulla sisältöä aihepiirien mukaan, joita olivat muun muassa työtehtävien selkeys, työnjako ja sen perusteet, kokemus työn tarpeellisuudesta, perehdytys ja sen riittävyys jne. Löydettyämme kaiken tarpeellisen tiedon aineistosta pelkistimme ilmaukset selkeään muotoon (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
”Ja sitten on jonohoitajan kanssa (yhteistyötä) aina välillä jos on jotain. Sillekin voi soittaa jos omasta mielestä joku ei oo Leiko-kelponen.”	Yhteistyö jonohoitajan kanssa

Jatkoimme aineiston analyysiä klusteroinnilla, eli jaottelemalla pelkistetyt ilmaukset aihepiireittäin ryhmiin. Tässä vaiheessa jätimme pois värikoodaukset. Pelkistettyjä ilmauksia sisältävät ryhmät muodostivat alaluokkia, joille annoimme niiden sisältöä kuvaavat termit (taulukko 2). Alaluokkia muodostui yhteensä 31.

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä eli klusteroinnista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Yhteistyö lääkärin kanssa Yhteistyö jonohoitajan kanssa Yhteistyö vuodeosaston kanssa	Yhteistyö

Klusteroinnin jälkeen yhdistimme alaluokat yläluokiksi, eli muodostimme alaluokkia kuvaavan nimen yläluokalle (taulukko 3). Yläluokkia muodostui yhteensä kahdeksan ja

niitä olivat muun muassa potilaslähtöisyys, kritiikki, työn ongelmakohdat, työpaikan vaikutus työnkuvaan ja työn kehittäminen.

TAULUKKO 3. Esimerkki alaluokkien yhdistämisestä yläluokkaan eli abstrahoinnista

Alaluokka	Yläluokka
Leiko-hoitajien valinta Halukkuus Leiko-hoitajuuteen Kollegiaalisuus Resurssit Yhteistyö	Työpaikan vaikutus työnkuvaan

Päädymme yhdistämään yläluokat pääluokkiin alkuperäisten asettamiemme teemojen mukaan, koska ne kuvasivat hyvin yläluokkia (taulukko 4). Näin ollen pääluokkia syntyi kolme, eli työn organisointi, työn mielekkyys ja tulevaisuuden rakentaminen. Yhdessä pääluokat kuvaavat hoitajien kokemuksia työskentelystä Leiko-hoitajana.

TAULUKKO 4. Esimerkki yläluokkien yhdistämisestä pääluokkaan

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Työpaikan vaikutus työnkuvaan Potilaslähtöisyys Työn ongelmakohdat	Työn organisointi	Hoitajien kokemus työskentelystä Leiko-hoitajana
Leiko-hoitajan työ Työn laatu Perehdytyksen vaikutus	Työn mielekkyys	
Kritiikki Työn kehittäminen	Tulevaisuuden rakentaminen	

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tuloksissa esittelemme niitä asioita, joita haastattelemamme Leiko-hoitajat eräällä PSHP:n leikkausosastolla nostivat tärkeimmiksi aiheiksi haastatteluissa. Koska Leiko-hoitajan työtehtävät on lueteltu jo aiemmin työssämme, keskitymme tässä osiossa kertomaan hoitajien kokemuksia Leiko-hoitajana toimimisesta. Kuvailimme myös hoitajien esiin nostamia kehittämiskohteita sekä ideoita tulevaisuuden Leiko-toimintaa varten.

5.1 Työn organisointi

Leiko-hoitajan tehtävissä leikkausosastolla toimi päivittäin yksi sairaanhoitajista. Pääsääntöisesti tätä tehtävää hoitivat vuorotellen kaksi siihen erityisesti nimettyä henkilöä. Nimeämisperusteena on ollut hoitajien oma kiinnostus tehtävään sekä se, että työ on hoitajalle fyysisesti vähemmän raskasta kuin leikkaussalissa tapahtuva toiminta. Loput Leiko-tilassa toimivat hoitajat on valittu osittain kiinnostuksen mukaan sekä siten, että vastuualueet jakautuivat tasaisesti hoitajien kesken.

”Niin siinä [Leiko-hoitajan työssä] ollaan enemmän tossa päätteellä ja tommosessa työssä missä ei niin hirveesti tarvi kokoajan olla jalkojen päällä ja liikkua eestaas, että vähän rauhallisempi tahti”

”Mutta sitten me muut ketä siinä [Leiko-hoitajana] ollaan, niin ehkä sinne on vaan ajautunut. Päässyt tai joutunut, miten sen ottaa.”

Leiko-hoitajan työ oli kaikkien haastateltavien mielestä selkeää ja työtehtävät hyvin tiedossa. Vaadittavista valmisteluista oli myös hyvät kirjalliset ohjeet ja apua pystyi kysymään helposti kaikkien vastaajien mielestä. Yksi haastateltavista kuitenkin nosti ongelmaksi tilanteet, joissa potilas ei hoitajan mielestä ole Leiko-kelpoinen. Toimintaohjeet tällaisiin tilanteisiin olivat puutteelliset. Työtehtävien koettiin olleen osittain päällekkäisiä jonohoitajan työtehtävien kanssa ja siinä olisi joidenkin hoitajien mielestä ollut selkeyttämisen varaa. Toisaalta hoitajat kokivat potilaiden asioiden tulleen joka tapauksessa huolellisesti tarkastetuksi, kun samoja asioita toistettiin useaan kertaan.

”No aina työ ei oo ihan selkeätä miten pitäis toimia esimerkiksi silloin kun omasta mielestä joku potilas ei oo leiko-kelpoinen.”

”Se on vähän niinkun semmosta tarkastamisen tarkastamista– –sitten soitat potilaalle joka myös saattaa jo tietää kaikki.”

Jos leikkausosastolta oli poissa henkilökuntaa, Leiko-hoitajan työpanos käytettiin paikkaamaan poissaolijaa ja Leiko-tila suljettiin. Tällöin Leiko-potilaat saapuivat sairaalaan vuodeosaston kautta. Joidenkin hoitajien mielestä esivalmistelut eivät olleet aivan yhtä perusteelliset osaston kautta tulleiden Leiko-potilaiden kohdalla, mutta pääsääntöisesti niihin oltiin tyytyväisiä. Hoitajat myös kokivat, että Leiko-hoitajan toimintaan on helpompi vaikuttaa, kun Leiko-tila sijaitsee fyysisesti leikkausosaston yhteydessä ja Leiko-hoitajana toimi yksi työyhteisön jäsenistä.

”Jos henkilökuntaa on meiltä sairaana niin kyllä se on ehdottomasti se Leiko mikä laitetaan kiinni eikä peruta yhtään leikkausta.”

Kaikki haastatellut hoitajat olivat sitä mieltä, että resursseja Leiko-hoitajan työhön oli varattu sopivasti. Leikkausosastolla ei ollut erikseen virkaa Leiko-hoitajalle, vaan tehtävässä toimi yksi sairaanhoitajista silloin kun henkilökuntaa on riittävästi. Hoitajat kokivat, että viime aikoina henkilökuntaa on ollut riittävästi ja Leiko-toimintaa on voitu toteuttaa suunnitellulla tavalla. Leiko-hoitajan päivittäinen työmäärä riippui saman sekä seuraavan päivän Leiko-potilaiden määrästä. Jos potilaita tuli aamulla useita samanaikaisesti, oli hoitajan aamu erittäin kiireinen. Iltapäivällä hoitajilla saattoi olla aikaa esimerkiksi avustaa heräämön sairaanhoitajia tai päästää salihenkilökuntaa tauolle.

”Resursseja on varattu ihan tarpeeks, melkein liikaakin sitä yhtä työpäivää ajatellen koska jää loppoaikaa. mutta en mä kyllä keksi, miten sitä vois toisin toimiakaan koska toisaalta päivät on erilaisiakin.”

”Välillä hakeudun heräämööön ja siten oon valmis auttaan muita jos tarttee.”

5.2 Työn mielekkyys

Kaikki haastatellut Leiko-hoitajat kokivat työnsä mielekkääksi ja tärkeäksi. Se toi vaihtelua työnkuvaan ja potilaskontaktit lisäsivät työn mielenkiintoisuutta. Työ koettiin vastuulliseksi. Kuitenkaan osa hoitajista ei pitänyt Leiko-hoitajana toimimisesta, mutta hekin kokivat sen roolin tärkeäksi potilaiden hoidon kannalta.

”No se on tosi kiva työ, mut se on myöskin kiva jos sitä ei tuu liikaa.”

Osa hoitajista oli sitä mieltä, että Leiko-hoitajan työt voisi osittain hoitaa myös joku muu sairaanhoitaja tai jonkin muun ammattiryhmän edustaja. Näin välttyttäisiin työn päällekkäisyydeltä. Toisaalta kaikki olivat sitä mieltä, että nykyinen malli oli toimiva erityisesti sen vuoksi, että tärkeimmät asiat tulivat tarkastetuksi riittävän huolellisesti.

”Että ei se mitään semmosta tähtitieteellistä hommaa oo, etteikö sitä pystyis tekemään joku muu jossain muualla. Että ohjaa ne vaatteet. Mutta sen pystyis tekeen vaikka siviilipalvelusmies.”

Leiko-hoitajana toimiminen toi vaihtelua työnkuvaan niille sairaanhoitajille, jotka muuten työskentelivät leikkaussaleissa. Hoitajat kokivat, että jokaisen leikkaussalissa toimivan sairaanhoitajan olisi oltava perillä potilaan leikkausvalmisteluista ja Leiko-hoitajana toimiminen tuki tätä. Osa-aikaista työtä tekevät sairaanhoitajat työskentelivät ainoastaan Leiko-hoitajina, ja he olivat tyytyväisiä työn fyysiseen keveyteen ja työtahdin rauhallisuuteen.

”Olen paremmin oppinut paremmin sisäistämään, mitä kaikkee siellä tehdään ennen leikkausta. Tai ymmärtää paremmin.”

Potilaskontaktit Leiko-toiminnassa olivat hoitajien mielestä läheisempiä kuin leikkaussaliolosuhteissa ja kaikki hoitajat kokivat tämän positiivisena asiana. Heidän mielestään potilas nähtiin tällöin paremmin yksilönä ja asioihin paneuduttiin tarkasti ja huolellisesti. Hoitajat kertoivat, että potilaiden ohjaus oli joskus haastavaa, esimerkiksi jos potilas oli tulossa vaativaan toimenpiteeseen ja kovin pelokas. Lisäksi hoitajat kokivat epämiellyttäväksi tilanteet, joissa potilaan leikkaus jouduttiin perumaan ja Leiko-hoitajan tehtäväksi jäi ilmoittaa asia potilaille.

”Se on tavallaan kivaa, koska yleensä ei näe potilaita omissa vaatteissa ja niihin ei tavallaan sitoudu kun ne tulee. Sä hoidat niitä, ne nukkuu yleensä ja ne lähtee taas.”

Leiko-hoitajan työ oli vastaajien mielestä itsenäistä mutta myös yksinäistä. Työn yksinäisyys syntyi siitä, että töihin tultiin eri aikaan työkavereiden kanssa ja tauot pidettiin omaan tahtiin. Taukojen aikaan muu henkilökunta oli työskentelemässä leikkaussaleissa. Työkavereita ei välttämättä nähnyt työpäivän aikana käytännössä lainkaan. Hoitajat kokivat tämän työn mielekkyyttä heikentävänä asiana varsinkin, jos Leiko-tilassa työskenneltiin useita päiviä tai viikkoja kerrallaan.

”Päivän ja sen viikon aikana mitä on Leikossa, niin ei siinä juuri työkavereitten kanssa pääse juuri minkäänlaiseen kontaktiin.”

Kaikki hoitajat kokivat saaneensa riittävän perehdytyksen Leiko-hoitajana toimimiseen. Tehtävään oli saanut perehtyä työkaverin opastuksella tarvittavan ajan ja lisäksi Leiko-hoitajaa varten oli olemassa selkeät kirjalliset ohjeet päivän työtehtävistä. Leiko-tilasta oli hoitajien mielestä helppo lähteä kysymään apua muilta työkavereilta ja neuvoja voi pyytää myös puhelimitse.

”Mutta nyt kun mä tulin tänne sillai pysyväisesti niin hoitaja, joka oli sitä leiko-työtä tehny niin seurasi mua vähän ja kuunteli, katteli vieressä ja totes että kyllä mä ne osaan ja lähti pois. Semmonen puoli päivää.”

Työn mielekkyyttä lisäsivät myös vaikutusmahdollisuudet oman työpäivän kulkuun. Työpäivän aikataulua voi suunnitella mieleisekseen erityisesti silloin, jos toimi koko viikon Leiko-hoitajana. Etukäteisvalmisteluilla työpäivää tehtiin sujuvammaksi esimerkiksi siten, että työntekijä järjesti työpisteen helpottamaan omaa toimintaansa ja tavaroiden löytämistä. Haastatellut kokivat, että Leiko-hoitaja tekee työtä omalla persoonallaan ja jokainen hoitajista toimii tilanteissa omalla, parhaaksi katsomallaan tavallaan.

”Kyllähän varmasti jokainen tekee vähän omanlaisensa näköiseksi sen viikon, tai omalla tyylillään ne työt. Kun lopputulos on kuitenkin ihan sama. Eri ihmiset tekee vähän eri tavalla näitä juttuja.”

5.3 Tulevaisuuden rakentaminen

Haastatteluissa kehitysehdotuksia nousi esiin jonkin verran. Tärkeimpänä asiana kaikissa haastatteluissa korostui Leiko-tilan merkitys työnteon sujuvuudelle. Tilat osastolla olivat liian ahtaat ja potilaiden yksityisyyttä oli vaikea kunnioittaa riittävästi. Haastattelutila ja pukuhuone olivat vastaajien mielestä liian ahtaita ja näistä asioista oli tullut palautetta myös potilailta. Useat potilaat joutuivat odottelemaan Leiko-tilassa pitkiä aikoja ennen leikkaussaliin pääsyä, joten hoitajat olisivat halunneet tarjota miellyttävät puitteet sitä varten. Leiko-tila pitäisi rauhoittaa niin, että sen läpi ei kuljeta potilaiden odotellessa tilassa. Kuitenkin se sijaitsi osastolla tilassa, jota käytettiin läpikulkureittinä. Myös potilaiden sängyt pitäisi saada järkevästi sijoitettua siten, että tilassa mahtuisi kulkemaan ja potilaat voisivat halutessaan levätä sängyssä esilääkkeen ottamisen jälkeen.

”Mut tulevaisuudessa täytyy miettiä tosiaan, että ei aloteta LEIKO-toimintaa semmissä tiloissa, joita ei oo suunniteltu siihen.”

Leiko-tilan ilmanvaihto koettiin riittämättömäksi etenkin sellaisina päivinä, kun Leikon kautta tuli paljon potilaita tai he joutuivat olemaan pitkään odotustilassa. Tämä aiheutti osalle hoitajista päänsärkyä ja heikensi motivaatiota toimia Leiko-hoitajana useampana päivänä peräkkäin.

Haastatellut hoitajat kokivat aamut kiireisiksi ja osa heistä tuli töihin jo ennen työajan alkua ehtiäkseen hoitaa vaaditut työt ajoissa. Tähän heillä oli esimiehen lupa, mutta asiaan kaivattiin silti muunlaista ratkaisua. Kaikki hoitajat eivät haastateltujen mukaan halunneet tai voineet tulla aikaisemmin ja se lisäsi entisestään kiirettä aamutöissä.

”Ongelmakohta on se aamu. Että voiko sitä järkeistää jotenkin. Koska ei kaikki hoitajat edes halua tulla yhtään ennen seitsemää. Se on se ongelma kun sitten on vähän niinku pieni pakko, jos haluaa että sitten ei tuu hirvee kiire.”

”Suurin piirtein 3 kertaa viikossa jos haluaa hyvin hoitaa asiat on tultava 6.45 töihin.”

Hoitajat kokivat, ettei ihan kaikkeen voinut itse vaikuttaa, esimerkiksi juuri Leiko-tilan kokoon. Yksi haastatelluista hoitajista ei olisi kaivannutkaan Leiko-hoitajan työhön

muuta muutosta, kuin tilajärjestelyn. Kaikki haastateltavat kuitenkin kokivat, että kehitysehdotuksia työtä koskien oli halutessaan helppo esittää. Kehitysehdotuksia voitiin miettiä yhdessä työkavereiden kanssa, tai esimerkiksi esimiehen kanssa keskustelemalla.

”Niin no kyllä tietenkin esimiehelle voi aina puhua.”

”Mut kyllähän me ollaan niitä pyritty ihan, ihan keskenämmekin miettimään et mikä asia voitais tehdä paremmin. Ja on me sinne [Leiko-tilaan] saatukin, esimerkiks hyllyjä.”

6 OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN TARKASTELU

Purasen (2005) tutkimustuloksista ilmenee vastuualueiden lisääntyminen työyhteisöissä. Kyseisessä tutkimuksessa oli arvioitu työntekijän vaikutusmahdollisuudet hyviksi vastuualueiden jakautumisessa. (Puranen 2005, 48.) Opinnäytetyömme tuloksista käy ilmi osaston joustavuus työnjakoa suunniteltaessa. Leiko-hoitajien valintaan on vaikuttanut oma kiinnostus tehtävään, työn fyysinen keveys ja vastuualueiden tasapuolinen jako. Työntekijän vaikutusmahdollisuuksiin vastuualueita jaettaessa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota, koska se lisää työntekijän motivaatiota.

Syväsen (2008) tutkimuksessa valtaosa perioperatiivisista sairaanhoitajista tiesi, mitä heiltä työssä odotettiin ja mitkä olivat työn tavoitteet (Syvänen 2010, 28). Haastatteluisamme nousi esiin, että Leiko-hoitajan työtehtävät olivat osittain päällekkäisiä jonohoitajan työn kanssa. Silti kaikkien haastateltaviemme mielestä työtehtävät olivat selkeitä ja niistä oli hyvät kirjalliset ohjeet. Jokaisen vastaajan mielestä työkavereilta oli helppo kysyä apua tarvittaessa.

Syväsen tutkimuksen mukaan palautteen antaminen ja virheistä raportoiminen työkavereille oli myös helppoa, vaikka työyhteisön ilmapiiriä ei pidetty kovin avoimena. Tutkimuksen keskeisenä tuloksena oli, että palautteen antamisen helppous vaikutti perioperatiivisten hoitajien kokemukseen muun muassa vaikutusmahdollisuuksista ja työyhteisön vuorovaikutuksesta. (Syvänen 2008, 38.) Perioperatiiviset sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi saada työkavereilta palautetta omasta työstään. Palaute antoi mahdollisuuden kehittää ja arvioida omaa toimintaa. (Jurkkala 2010, 51.) Tulostemme mukaan työkavereiden työhön oli helppo vaikuttaa antamalla palautetta ja mahdollisiin puutteisiin oli matala kynnyks puuttua, kun Leiko-hoitajana toimi yksi oman työyhteisön jäsen. Tähän vaikutti myös Leiko-tilan sijainti leikkausosaston yhteydessä.

Rokka (2004) tutki leikkaushoitajien kokemuksia asiantuntijuuden kehittymisestä. Tulosten mukaan hoitajan työmotivaatio vaikutti olennaisesti työssä kehittymiseen ja motivaation puute oli yhteydessä tiedonhaun vähäisyyteen ja innottomuuteen kehittää omaa työtään. (Rokka 2004, 45.) Osa haastatelluista Leiko-hoitajista viihtyi työssään hyvin. Loput hoitajista suhtautuivat Leiko-hoitajan työhön neutraalisti, eli työ ei heidän mielestään antanut uusia kokemuksia ja haasteita, vaikka se koettiin tärkeäksi potilaiden

näkökulmasta. Tulevaisuudessa olisi tärkeää, että kaikki Leiko-hoitajan työssä toimivat sairaanhoitajat olisivat motivoituneita työhönsä, ja sitä kautta myös kiinnostuneita kehittämään työtään.

Syväsen (2008) tutkimuksessa on pohdittu palautteen vaikutusta leikkaussalisairaanhoitajien työhyvinvointiin. Instrumentti- ja anestesia-sairaanhoitajien työnkuva eroaa oleellisesti Leiko-hoitajan työstä. Silti perioperatiivinen sairaanhoitaja voi toimia kaikissa näissä rooleissa. Leikkaussalissa toimivien hoitajien työ on melko vaativaa, haasteellista ja he kokevat vaikutusmahdollisuudet työhönsä vain vähäisiksi. (Syvänen 2008, 28-29.) Leikkaussalissa työskentelevistä sairaanhoitajista suurin osa koki kuitenkin Syväsen mukaan työn olevan tärkeä tyydytyksen lähde ja työhön oli useimmiten mukava uppoutua. Hoitajat kokivat tämän lisäävän työn mielekkyyttä. (Syvänen 2008, 31). Myös opinnäytetyömme tuloksista kävi ilmi, että Leiko-hoitajana toimiminen toi vaihtelua työnkuvaan niille hoitajille, jotka työskentelivät pääsääntöisesti leikkaussalissa. Leiko-hoitajan työssä oli mahdollista vaikuttaa muun muassa työpäivän kulkuun ja tehdä etukäteisvalmisteluja helpottaakseen omaa työtään.

Jurkkalan tutkimuksessa nousi esiin vanhempien kollegoiden tuen ja opastuksen merkitys ammatissa kehittymiseen (Jurkkala 2010, 51). Myös Rokan tutkimuksessa (2004) vuorovaikutusta pidettiin tärkeänä ja hoitajat jakoivat kokemuksia ja tietoa päivittäin. Lisäksi lääkäreiltä oli helppo pyytää apua ja saada luotettavaa tietoa työn tueksi. (Rokka 2004, 37.) Haastattelemamme Leiko-hoitajat kokivat kaikki, että perehdytys oli ollut riittävää ja kokeneemmat työkaverit olivat olleet tukena aloitettaessa työskentelyä Leiko-hoitajana. Tulostemme mukaan Leiko-tilasta oli helppo soittaa tai lähteä kysymään neuvoa muilta. Ongelmatilanteita voitiin pohtia yhdessä työkavereiden kanssa ja anestesia-lääkäri neuvoi tarvittaessa epäselvissä tilanteissa.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Leiko-hoitajan työtä erään Pirkanmaalla sijaitsevan sairaalan leikkausosastolla. Haastattelut antoivat Leiko-hoitajan työstä kattavan kuvan ja saimme kerättyä joitakin kehitysehdotuksia Leiko-toimintaan kyseiselle osastolle. Tässä osiossa pohdimme tutkimuksemme eettisyyttä ja luotettavuutta yleisten tutkimuksille asetettujen vaatimusten kautta. Lisäksi haluamme arvioida työmme onnistumista ja hyödyllisyyttä työelämälle, sekä miettiä jatkotutkimusaiheita Leiko-toimintaa koskien.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikan ja hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on olennainen osa hyvää tutkimusta tehtäessä. Eettinen näkökulma on oltava mukana aina ideointivaiheesta tutkimustulosten julkistamiseen saakka. Tutkimusetiikka tarkoittaa yhteisiä pelisääntöjä ja periaatteita, joita kaikki tutkimusten tekijät soveltavat omiin tutkimuskohteisiinsa. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa eettisesti hyväksytyjen tiedonhankintamenetelmien ja tutkimusmenetelmien käyttämistä. Tiedonhankinnassa tämä tarkoittaa sitä, että tutkija käyttää perustana työssään oman alansa tieteellistä kirjallisuutta ja tutkittua tietoa ja merkitsee huolellisesti käyttämänsä lähdeviitteet tekstiin. (Vilka 2005, 29-30.)

Olemme noudattaneet tutkimusetiikkaa parhaan osaamisemme mukaan koko työprosessin ajan. Haastatteluissa ja saadun materiaalin analysointivaiheessa olemme pitäneet tarkasti huolen siitä, ettei keräämäämme tietoa joudu ulkopuolisten käsiin. Nauhoitetut haastattelut ovat ainoastaan omassa käytössämme ja huolehdimme niiden hävittämisestä työn valmistuttua. Litteroidut haastattelut olemme tulostaneet vain silloin, kun se on ollut työn tekemisen kannalta perusteltua ja ne on hävitetty välittömästi käytön jälkeen.

Teoreettinen viitekehys ja sitä varten hankkimamme teoriatieto on peräisin luotettavista lähteistä ja sisältää tutkittua tietoa. Tutkimusten ja muiden julkaisujen tekijöitä on kunnioitettu merkitsemällä lähdeviitteet huolellisesti opinnäytetyön raporttiin.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista on olemassa erilaisia käsityksiä. Pääperiaatteena voidaan kuitenkin pitää sitä, että tärkein luotettavuuden kriteeri on tutkimuksen tekijän rehellisyys. Arvioinnin kohteena laadullisessa tutkimuksessa ovat tutkijan tekemät valinnat ja päätelmät, joten luotettavuuden arviointia on tehtävä koko työskentelyn ajan. (Vilkkä 2005, 158-159.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta kertoo se, että työn kaikki vaiheet ja tutkimuksen toteutus on selkeästi ja tarkasti kuvailtu tekstissä. Aineiston keräämistapa ja esimerkiksi haastattelun aikaiset olosuhteet on kerrottava tarkasti. Haastatteluista kerrotaan niihin käytetty aika, kerätyn materiaalin määrä ja mahdolliset tilanteeseen vaikuttaneet häiriötekijät. Tutkija itse voi myös arvioida tilannetta vastausten luotettavuuden näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-228.)

Tärkeä osa laadullisen aineiston analyysia on luokittelujen tekeminen. Luokittelujen synty on perusteltava lukijalle ja sitä selventämään voidaan laittaa esimerkkejä. Tulosten tulkintaan pätee niin ikään vaatimus tarkkuudesta ja tehtyjen vaiheiden kirjoittamisesta lukijan nähtäväksi. Tulosten havainnollistamisessa apuna voidaan käyttää esimerkiksi suoria lainauksia haastatteluista. (Hirsjärvi ym. 2007, 226-228.)

Opinnäytetyöprosessiin on kulunut useita kuukausia, ja se on varmasti tuonut lisänäkökulmaa työhömmme. Olemme ehtineet pohtia näkökulmaa ja tuloksia huolellisesti useaan kertaan, sekä voineet samalla tarkentaa teoriaosuutta. Haastatteluista tehdessämme lupasimme haastateltaville, että heidän henkilöllisyytensä ei käy ilmi tuloksista eikä vastauksista. Siitä huolimatta olemme kirjoittaneet kaikki analysoinnin vaiheet tarkasti näkyville työhömmme, jotta lukijalle välittyvä kuva siitä miten saatuihin tuloksiin on päästy. Tulosten luotettavuutta lisää se, ettei meillä tekijöillä ollut juurikaan ennakkotietoa eikä oletuksia aiheesta. Kaikki tulososiossa kertomamme asiat ovat siis varmasti peräisin keräämästämme materiaalista eikä niihin ole sekoittunut tekijöiden omia kokemuksia.

On huomioitava, että haastattelutilanteessa hoitajat saattoivat kaunistella vastauksiaan. Haastateltavat olivat työyhteisön tiedossa vaikka se ei alun alkaen ollut tarkoitus, koska mahdollisia haastateltavia oli vähän ja opinnäytetyö suunnattu yhdelle leikkausosastolle. Haastateltavat eivät myöskään saaneet kysymyksiä etukäteen nähtäville, joten valmistumisaikaa ei ollut. Tällä ratkaisulla pyrimme siihen, että osallistujat vastaisivat mahdollisimman rehellisesti ja spontaanisti kysymyksiin, eivätkä suunnittelisi vastauk-

siaan ennakkoon. Antamalla kysymykset etukäteen olisimme kuitenkin voineet saada enemmän kehitysehdotuksia tulevaisuutta ajatellen. Annoimme haastateltaville mahdollisuuden lähettää meille myöhemmin mieleen tulevia kehitysideoita sähköpostitse, mutta kukaan ei käyttänyt tätä mahdollisuutta.

7.3 Opinnäytetyöprosessin pohdinta ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön teko on ollut pitkä prosessi, ja meille molemmille tekijöille se on ollut ensimmäinen kosketus laadulliseen tutkimusmenetelmään käytännössä. Aluksi työhön tarttuminen oli vaikeaa, koska näkökulma oli vielä osittain keskeneräinen ja teoriaosuuden laajuus ei ollut tarkasti tiedossa. Koimme hankalaksi lähteä kirjoittamaan tekstiä, kun emme tarkalleen tienneet, miten laajasti aihetta käsitteisimme. Haastattelujen teemojen selvittyä alkoi hahmottua myös teoreettinen viitekehys nykyiseen muotoonsa. Sen jälkeen kirjoittaminenkin alkoi sujua ja työ lähti etenemään. Käytimme myös opettajan ohjausta tässä vaiheessa saadaksemme tukea ideoillemme. Yhteistyömme on sujunut alusta asti hyvin ja olemme kannustaneet toisiamme jatkamaan työskentelyä. Yhdessä pohtimalla aiheeseen on saatu enemmän näkökulmia, kuin mitä yksin työskennellessä olisi ollut mahdollista.

Tiedonhakutaitomme ovat kehittyneet opinnäytetyötä tehtäessä. Lisäksi olemme oppineet lähdekriittisyyttä ja joutuneet pohtimaan useita kertoja uusia keinoja hankkiaksemme tietoa. Olemme oppineet rajaamaan tietoa ja jättäneet monet itseämme kiinnostaneet asiat mainitsematta, koska ne eivät ole täysin sopineet työmme sisältöön. Teoriaosuutemme teksti on moneen kertaan hiottua ja muokattua, jotta se käsittelee mahdollisimman tarkasti aihettamme ja kaikki epäolennainen olisi rajattu ulkopuolelle.

Haastattelujen ja aineiston analyysin myötä olemme oppineet paljon tutkimuksen tekemisestä ja osaamme varmasti hyödyntää oppimaamme jatkossa. Jos nyt saisimme toteuttaa haastattelut uudelleen, keskittyisimme Leiko-hoitajan työtehtävien listaamisen sijaan keräämään perusteellisemmin tietoa hoitajien omista kokemuksista ja mielipiteistä aihetta koskien. Tämä johtuu osittain varmasti siitä, että oma tietomäärämme on lisääntynyt työn edetessä ja osaisimme nyt kohdentaa kysymykset vielä paremmin vastaamaan opinnäytetyömme tehtäviä.

Opinnäytetyötä tehtäessä on tullut moneen kertaan esille, miten Leiko-toimintaa aiotaan lisätä entisestään. Leiko-toimintaa ei ole toteutettu pitkään Suomessa ja monet sairaanhoidon organisaatiot vasta suunnittelevat sen käyttöönottoa. Toimintaa olisi tärkeää arvioida myös sairaanhoitajien näkökulmasta ja voitaisiin tehdä tutkimus, miten Leiko-hoitajan työt suoritetaan eri Leiko-toimintaa harjoittavissa yksiköissä. Toimiiko tehtävässä perioperatiivinen sairaanhoitaja vai vuodeosastolla aikaisemmin työskennellyt hoitaja, jolla ei ole kokemusta leikkaussalityöstä? Olisi siis mielenkiintoista nähdä Leiko-hoitajan työnkuvan eroja eri sairaaloiden välillä.

Toivomme, että opinnäytetyöstä ja sen tuloksista olisi hyötyä työelämässä ja erityisesti sille leikkausosastolle, jonne työ on suunnattu. Halusimme nostaa esiin kehittämiskohteita Leiko-hoitajan työssä ja toivomme, että niitä voidaan hyödyntää tulevaisuutta suunniteltaessa. Kiitämme vielä kyseisen osaston osastonhoitajaa sekä kaikkia haastatteluihin osallistuneita sairaanhoitajia, jotka ovat mahdollistaneet tämän työn toteutuksen.

LÄHTEET

Alastalo, I., Tulla, T. & Leskinen, K. 2007. Postoperatiivinen hoitoprosessi – potilaan kulku heräämöstä osastolle. *Finnanest* 40 (1), 32-33.

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Heino, T. 2007. Ymmärtääkö potilas ohjauksen sisällön? *Pinsetti* 2007; 2, 5-6.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13 osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hodge, D. 2003. Day surgery – A nursing approach. Edinburgh: Churchill livingstone.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Jurkkala, E. 2010. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro gradu.

Kajander, S. 2009. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa Perioperatiivisen hoitotyön koulutusta. *Pinsetti* 2009; 2, 4-5.

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Duodecim* 2006; 122, 1412-1413.

Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen lääkärilehti* 2006; 36, 3603-3607.

Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa -malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. *Duodecim* 2008; 45, 3887-3892.

Korhonen, A. 2010. Asiantuntijuus tukee näyttöön perustuvaa päätöksentekoa. *Sairaanhoitaja* 2010;10, 50-53.

Laakso, O. & Tohmo, H. 2009. Uudistuvaa anestesiatiyötä. HUS Hyvinkään sairaalassa, Hyvinkään sairaanhoitoalue on osa HUS-piiriä. *Finnanest* 42 (1), 60-64.

Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Leinonen, T. 2007. Perioperatiivisen hoitotyön laatu – miten määritellään ja kuinka mitataan. *Pinsetti* 2007; 3, 5-7.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Marjamäki, M. 2006. Perioperatiivisessa hoitotyössä toimivan sairaanhoidajan työhön sitoutuminen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

- Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Leiko oikoo leikkaustoiminnan mutkia. Terve. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lehti 9 (1), 6-7.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012-2016. Palveluja elämän tähden - Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2012 – 2016. Anestesia- ja leikkaustoiminnan vastuualue 23.5.2012.
- Puranen, E. 2005. Leikkausosaston työnjakomalli. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma.
- Rokka, M. 2004. Leikkaushoitajan kokemuksia asiantuntijuuden kehittymisestä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Silen-Lipponen, M. 2007. Tiimityöllä turvallisuutta leikkaushoitotyöhön? Suomalaisten, englantilaisten ja amerikkalaisten hoitajien kokemuksia. Sairaanhoitaja 2007; 4, 16-19.
- Syvänen, S. 2010. Sairaanhoitajan työhyvinvointi dementiatyössä. Sairaanhoitaja 2010; 9 11-15.
- Syvänen, U. 2008. Palautekäytännöt työhyvinvoinnin tukena perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Tarus, T. 2006. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvauksia perehdytyksestään. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Tohmo, H. 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? Finnanest 43 (4), 310-311.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja Lue – Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Työ- ja elinkeinoministeriö. 2012. Työolobarometri 2011 ennakkotiedot: Työn mielekkyyden kokeminen vähentynyt. Julkaistu 24.1.2012. Luettu 23.11.2013. <http://www.tem.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedotearkisto>
- Verma (Chairman), R., Alladi, R., Jackson, I., Johnston, I., Kumar, C., Page, R., Smith, I., Stocker, M., Tickner, C., Williams, S., & Young, R. 2011. Day Case and Short Stay Surgery. The British Association of Day Surgery.
- Vijay, V., Kazzaz, S., & Refson, J. 2008. The same day admissions unit for elective surgery: a case study. International Journal of Health Care Quality Assurance 21 (4), 374-379.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia.

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Rokka (2004) Leikkaushoitajan kokemuksia asiantuntijuuden kehittämisessä.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata leikkaushoitajan kokemuksia asiantuntijuuden kehittämisessä.	Kvalitatiivinen tutkimus. Tiedonkeruu teemahaastatteluina haastatteleamalla yhdeksää leikkaushoitajaa (N=9). Laadullinen sisällönanalyysi.	Asiantuntijuuden kehittämiseen vaikuttaa ammattiryhmien välinen vuorovaikutus. Organisaatio mahdollistaa asiantuntojuuden kehittämisen osastojen sisäisellä koulutuksella. Asiantuntijuutta estäviä tekijöitä ovat ajan ja koulutuksen puute.
Heino (2005) Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten päiväkirurgisessa polviniveltähystyksessä ollut potilas toipuu ja selviytyy postoperatiivisesta kotihoidosta perheenjäsenen ja itse saamansa ohjauksen avulla.	Kvantitatiivinen tutkimus. Tiedonkeruu strukturoidulla kyselylomakeella. Tutkimukseen osallistui 173 potilasta (N=173) ja 161 perheenjäsentä (N=167). Tilastollinen aineistonkäsittely SPSS-ohjelmalla	Perheenjäsen oli harvoin mukana potilaan ohjauksessa eikä saanut päiväkirurgisen potilaan hoitoon tai kotihoitoon liittyvää tietoa hoitohenkilökunnalta. Osa perheenjäsenistä piti päiväkirurgisen potilaan sairaalahoittoon liittyvää ohjausta tarpeettomana.
Puranen (2005) Leikkausosaston työnjakomalli	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää leikkausosaston työntekijöiden näkemyksiä leikkausosaston työnjakomallista ja työnjakomallin toteuttamisesta.	Kvantitatiivinen tutkimus. Tiedonkeruu kyselylomakkeilla leikkausosaston eri ammattiryhmille. (N=174). Tilastollinen aineistonkäsittely SPSS-ohjelmalla.	Tulosten mukaan enemmistö nimesi leikkausosaston työnjakomalliksi tiimityön. Vastaajat luottivat muiden työryhmän jäsenten ammattitaitoon sekä apuun. Työryhmä pystyi keskustelemaan avoimesti työhön liittyvistä asioista.
Silen-Lipponen (2005) Teamwork in operating room nursing - conceptual perspective in Finnish, British and	Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä ja tiivistää tietoa hyvän leikkaustiimityön edellytyksistä, jotta tällä hoitotyön alueella ilmenevät myönteiset ja pulmalliset	Kvalitatiivinen tutkimus. Tiedonkeruu suoritettiin haastatteleamalla suomalaisia (N=10), englantilaisia (N=10) ja amerikkalaisia (N=10) leikkaushoitajia. Laadullinen sisällön-	Ammatillinen tiimityö edellytti hyvää ammattitaitoa, kykyä priorisoida tehtävät ja halua yhteistyöhön. Hyvin organisoitu tiimityö näyttäytyi täsmällisinä aikatauluina ja joustavina

American nurses' and nursing students' experiences.	seikat saadaan näkyviksi ja turvallisuutta ylläpitävää työskentelyä tehostetuksi.	analyysi.	käytännön ratkaisuina. Puutteet tiedonkulussa aiheuttivat ongelmia. Leikkausyksikön koko ja henkilöstön määrä vaikutti yhteistyön sujuvuuteen.
Keränen, Keränen & Wäänänen (2006) LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa.	Tutkimuksen tarkoituksena oli seurata Hyvinkään sairaalan henkilökunnan potilaisiin kohdistavaa ajankäyttöä. Verrata perinteistä osaston kautta tapahtuvan leikkausprosessia ja LEIKO-prosessia.	Kvantitatiivinen tutkimus. Huhtikuussa 2004 peräkkäiset leikkauspotilaat (N=288) ilman erillistä valikointia. Analysointi tapahtui KEP-teoriassa käytettyjen mittausten mukaisten termien avulla.	LEIKO-yksikkö on tehokkuudeltaan ylivoimainen perinteiseen leikkausprosessiin verrattuna. LEIKO-prosessin ongelmaiseksi koettiin potilasasia-kirjojen ja informaation kulku
Marjamäki (2006) Perioperatiivisessa hoitotyössä toimivan sairaanhoitajan työhön sitoutuminen.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata perioperatiivisten sairaanhoitajien sitoutumista intraoperatiiviseen hoitotyöhön sekä kuvata, mitkä edistävät ja estävät tekijät saavat perioperatiiviset sairaanhoitajat sitoutumaan työyksikkönsä ja mikä merkitys esimiehillä on sitoutumiseen.	Kvalitatiivinen tutkimus. Tiedonkeruu suoritettiin haastattelulla leikkausosaston sairaanhoitajaa (N=21).	Leikkausosastolla tulee parantaa lyhyen aikaa organisaatiossa olleiden sairaanhoitajien työviihtyvyyttä, työtyytyväisyyttä ja osallistumismahdollisuuksia. Lisäksi tutkimustulokset antavat tietoa käytännön johtamistoimien suunnittelusta.
Tarus (2006) Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvauksia perehdytyksestään.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata eräässä suomalaisessa yliopistosairaalassa leikkaus- ja anestesiaosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien perehdytystä.	Kvantitatiivinen tutkimus. Marraskuusta 2005 tammikuuhun 2006 perehdytetyille sairaanhoitajille sairaanhoitajille osoitetut kyselylomakkeet (N=165). Tilastollinen aineistonkäsittely SPSS-ohjelmalla.	Perehdytyksen kesto vaihtelee 0 viikosta 1,5 vuoteen. Perehdytyksen osaluusiin yhteydessä olevia taustamuuttujia olivat psyykinen kuormittavuus, kokonaistyytyväisyys perehdytysjaksoon, keskustelut ohjaajan kanssa sekä ohjaussuhteen totetutustapa.
Alastalo, Tulla & Leskinen	Tutkimuksen tarkoituksena oli sel-	Kvantitatiivinen tutkimus.	Informaation kulussa selkeitä ongelmia

<p>(2007) Postoperatiivinen hoitoprosessi – potilaan kulku heräämöstä osastolle</p>	<p>vittää Hyvinkään sairaalan LEIKO-prosessin operatiivista hoitoprosessia ja postoperatiivista potilasliikennettä heräämöstä vuodeosastolle. Tarkoituksena oli myös löytää ratkaisuja ja uusia toimintamalleja osin jo olemassa olevin resurssein.</p>	<p>Mittauksia toteutettiin henkilöstökyselyjen muodossa monivalintakysymyksin ja 5-portaisen arvoasteikon avulla. Kyselyyn osallistui kokonaisuudessaan yli 88,5% vuodeosaston sairaanhoitajista sekä noin puolet heräämön henkilöstöstä.</p>	<p>sekä osastojen sisällä että osastojen välillä. Työn kuormittavuudessa havaittiin selkeitä eroja kirurgian vuodeosaston eri solujen välillä sekä eri viikonpäivinä. Tärkeimmiksi kehitysalueiksi vuodeosaston ja heräämön yhteistyön kehittäminen. Heräämön mielestä osastolla liian vähän henkilökuntaa hoitamaan osastorutiineja ja potilasliikennettä.</p>
<p>Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo (2008) Leikkauksen kotoa -malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida Leikkauksen kotoa -prosessin käyttöönottamista Hyvinkään sairaalassa.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin Hyvinkään sairaalan Opera-leikkaustoiminnan ohjauksjärjestelmästä. Se sisälsi kaikki 1.1.-31.12.2007 leikatut potilaat (N= 7 211). Aineisto analysoitiin tilastollisella menetelmällä.</p>	<p>Kaikista leikkauspotilaista kulki 76 % eli 5 482 potilasta LEIKO-yksikön kautta. Ei-päiväkirurgisista potilaista 64% käytti LEIKO-toimintamallia. Preoperatiivinen anestesiapoliklinikka on toimiva osa Leikoprosessia.</p>
<p>Syvänen (2008) Palautekäytännöt työhyvinvoinnin tukena perioperatiivisessa hoitotyössä.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia työhyvinvointia ja palautekäytäntöjä perioperatiivisessa hoitotyössä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla yliopistollisen sairaalan leikkaus- ja anestesiavastuualueen perioperatiivista sairaanhoitajaa (N=82). Tilastollinen aineiston käsittely SPSS-ohjelmalla.</p>	<p>Työhyvinvointi perioperatiivisessa hoitotyössä oli keskitasoa. Sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä työhönsä ja kokivat vain vähäistä stressiä. Sairaanhoitajat eivät olleet tyytyväisiä organisaation välittämään palkitsemiseen vuoden sisällä saamastaan palkitsemisesta huolimatta.</p>
<p>Jurkkala (2010) Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perioperatiivisessa hoitotyössä.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää perioperatiivista hoitotyötä tekevien sairaanhoitajien asiantuntijaksi kasvua sekä tutkia</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. Tiedonkeruu suoritettiin haastattelulla kuutta (N=6) päiväkirurgisen osaston sairaanhoitajaa. Narratiivinen aineiston analyysi.</p>	<p>Pelkän tutkimuksen antamat valmiudet eivät valmista riittävästi työelämää varten. Palaute omasta työstä koettiin tärkeäksi Varsinaiset työelämässä tarvittavat tai-</p>

	tähän kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä.		dot ja asiantuntijuus kehittyvät organisaatiossa toimiessa. Vanhempien kollegojen tuki ja opastus koettiin tärkeiksi asiantuntijuuteen kasvamisessa Oman toiminnan arviointi on tärkeää asiantuntijuuteen kasvamisessa.
Laisi (2012) From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää LEIKO -prosessin kustannustehokkuutta, anestesiapoliklinikan toimintaa, leikkausten peruuntumisten määrää ja syitä sekä prosessimuutoksen turvallisuutta ja sen vaikutusta potilaiden leikkaustulokseen.	Kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin 13000 potilaan aineistolla. Tilastollinen aineistokäsittely SPSS-ohjelmalla.	LEIKO - prosessi on kustannustehokas ja se tuottaa enemmän laatuainotettuja elinvuosia. Prosessimuutos yhteensä LEIKO - prosessiin ei vaikuttanut potilaiden leikkauksen jälkeiseen komplikaatioiden tai kuolleisuuden määrään. Yli 90 % potilaista soveltuu tulemaan suoraan leikkaukseen leikkauspäivän aamuna.

Liite 2. Haastattelun teemat

TEEMAHAASTATTELU LEIKOON: TEEMAT JA AVUSTAVAT KYSYMYKSET

1. TYÖN ORGANISOINTI

- Millainen on leiko-hoitajan työpäivä?
- Mitä työtehtäviä siihen kuuluu?
- Kenen kanssa teet yhteistyötä työpäivän aikana?
- Miten työnjako on suunniteltu osastolla? Kuka toimii leikossa?
- Mitä teet, kun viimeiset leiko-potilaat ovat päässeet saliin?
- Ovatko työtehtävät mielestäsi selkeitä?
- Tiedätkö mitä kaikkea leiko-hoitajana toimiessa tulee tehdä?

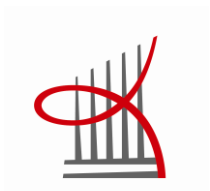
2. TYÖN MIELEKKYYS

- Koetko leiko-hoitajan työskentelyn mielekkäänä?
- Millä perusteella leikossa työskentelevät hoitajat on valittu tehtävään?
- Onko työ sopivan vastuullista ja haastavaa vai toivoisitko jotain asioita muutettavan?
- Miten tarpeelliseksi koet työsi leikossa?
- Onko siihen varattu liikaa tai liian vähän resursseja?
- Miten sinut on perehdytetty leiko-hoitajan tehtäviin? Koetko perehdytyksen riittäväksi?

3. TULEVAISUUDEN RAKENTAMINEN

- Onko leiko-toiminnassa ongelmakohtia, joita haluaisit kehitettävän? Jos on, mitä ne ovat?
- Koetko itse voivasi vaikuttaa työn sisältöön leikossa?
- Millaiseksi haluaisit työtä kehitettävän?

Liite 3. Saatekirje



Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kuvata Leiko-hoitajan työtä osastollanne LE4 ja auttaa siten teitä kehittämään työtänne mielekkäämmäksi. Tavoitteemme pohjaa Lekan strategiaan, jonka yhtenä osa-alueena on aikaansaada mielekkäämpää työtä työntekijöiden vaikuttamismahdollisuuksien ja muutosten hallinnan avulla.

Opinnäytetyömme pohjautuu osastollanne toteuttaviin haastatteluihin, joiden kesto tulee olemaan noin 30 minuuttia. Haastattelussa kysymme kokemuksianne Leiko-hoitajan työstä ja siinä ilmenevistä kehittämistarpeista. Toivomme, että yksilöhaastatteluihin osallistuisi noin neljä Leiko-yksikössä työskennellyttä sairaanhoitajaa. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisenne milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Haastattelut nauhoitetaan aineiston käsittelyä varten. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään vaiheessa. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä ja käsittelyn jälkeen hävitämme nauhoitteet asianmukaisesti.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme kysymyksiinne sähköpostitse.

Avustanne kiitollisina,

sairaanhoitajaopiskelijat Ella Hakkarainen ja Emmi Tähkänen

Tampereen ammattikorkeakoulu

ella.hakkarainen@health.tamk.fi, emmi.tahkanen@health.tamk.fi

Liite 4. Suostumuslomake

SUOSTUMUS

TAMPEREEN

AMMATTIKORKEAKOULU

Leiko-hoitajan kokemuksia työstään ja Leiko-toiminnasta

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää Leiko-hoitajan työtä ja kuvailla Leiko-toimintaa. Olen myös saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijöille kysymyksiä.

Tällä suostumuksella annan luvan haastattelun nauhoittamiseen. Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän
allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

