

Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistäminen
Länsi-Pohjan keskussairaalaan Leiko-yksikköön

Mari Hietala & Katariina Lappalainen

Terveyden edistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (Ylempi AMK)

KEMI 2014

TIIVISTELMÄ

LAPIN AMMATTIKORKEAKOULU, Sosiaali- ja terveystieteiden

| | |
|--|---|
| Koulutusohjelma: | Terveystieteiden koulutusohjelma |
| Opinnäytetyön tekijät: | Mari Hietala ja Katariina Lappalainen |
| Opinnäytetyön nimi: | Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistäminen Länsi-Pohjan keskussairaalaan Leiko-yksikköön |
| Sivuja (joista liitesivuja): | 71 (2) |
| Päiväys: | 16.4.2014 |
| Opinnäytetyön ohjaajat: | Airi Paloste ja Anneli Paldanius |
| <p>Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli käynnistää preoperatiivinen poliklinikkatoiminta Länsi-Pohjan keskussairaalaan Leiko-yksikköön. Tavoitteena oli kehittää kirurgisen potilaan turvallisempaa ja tehokkaampaa leikkausprosessia ja hoitoa sekä lyhentää potilaan hoitoaikaa erikoissairaanhoidossa. Lisäksi tavoitteena oli potilaiden hyvä leikkausta edeltävä valmistelu ja täten viiveiden ja leikkausten peruuntumisten väheneminen.</p> <p>Työn teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään leikkausta edeltävää hoitotyötä, potilasohjausta, preoperatiivista poliklinikkatoimintaa ja Leiko-toimintaa. Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan suunnittelu ja toiminnan käynnistämiseen liittyvät valmistelut tehtiin syksyn 2012 aikana. Kehittämisprojekti toteutettiin vuoden 2013 aikana. Toiminta aloitettiin potilasryhmille, jotka olivat toimenpiteen puolesta Leiko-potilaita, mutta joille perussairauksien tai korkean iän vuoksi olisi muuten varattu vuodeosastopaikka leikkausta edeltävänä päivänä. Toimintaa lisättiin vähitellen koskemaan myös sellaisia potilasryhmiä, jotka olivat aikaisemmin saapuneet vuodeosastolle leikkausta edeltävänä päivänä. Potilaat jotka kävivät preoperatiivisella poliklinikalla, saapuivat sairaalaan Leiko-potilaana. Kehittämisprojekti päättyi 31.12.2013.</p> <p>Kehittämisprojektin tuotoksena käynnistettiin uutena toimintamuotona preoperatiivinen poliklinikkatoiminta. Osa Leiko-potilaista ohjataan preoperatiiviselle poliklinikalle anestesia- ja leikkauskelpoisuuden arviointia ja leikkausta edeltävää ohjausta varten. Potilaat käyvät preoperatiivisella poliklinikalla sairaanhoitajan vastaanotolla. Anestesia- ja kirurgia konsultoidaan tarpeen mukaan. Preoperatiivinen poliklinikkatoiminta on jäänyt kehittämisprojektin päätyttyä pysyväksi toiminnaksi ja sen kehittäminen jatkuu edelleen. Jatkossa tullaan tekemään arviointia preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan vaikuttavuudesta ja potilaiden kokemuksista sekä moniammatillisen tiimin toiminnasta.</p> | |
| Asiasanat: preoperatiivinen hoito, kirurginen potilas, hoitotyö, potilasohjaus | |

ABSTRACT

LAPLAND UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Social and Health Care

| | |
|---|--|
| Degree programme: | Degree Programme in Master Health Care, Health Promotion |
| Authors: | Mari Hietala and Katariina Lappalainen |
| Thesis title: | Starting a preoperative clinic activity in FHTO-unit of Länsi-Pohja central hospital |
| Pages (of which appendixes): | 71 (2) |
| Date: | 16.4.2014 |
| Thesis instructors: | Airi Paloste and Anneli Paldanius |
| <p>The purpose of this development project was to start a preoperative clinic activity in FHTO-unit (From Home To Operation) of Länsi-Pohja central hospital. The aim was to improve the safety and effectiveness of the perioperative care process and the treatment of the surgical patient as well as to reduce the treatment period in special health care. A further aim was to achieve a good preoperative preparation of the patient thus decreasing the delays and cancellations of surgeries.</p> <p>The theoretical frameworks used in this study are preoperative nursing, patient counseling, preoperative clinic activity and FHTO-activity. The preoperative clinic activities and related actions were planned and started during autumn 2012. The development project was put into practice in the course of 2013. Preoperative clinic activity was started with FHTO-patients, who had previously reserved a place in the surgical care unit a day before surgery due to their condition and mature age. Gradually preoperative clinical activity was extended to cover such patient groups, who had earlier arrived the day before surgery in the surgical care unit in special health care. Patients, who visited the preoperative clinic, arrived in the hospital as FHTO-patient. The ending date of this development project was 31.12.2013.</p> <p>The output of this development project was a new, implemented form of activity, the preoperative clinic. A part of FHTO-patients are guided to the preoperative clinic for evaluation their validity for anesthesia and surgery as well as for preoperative counselling. Patients in preoperative clinic are usually elder and with comorbidities. In preoperative clinic they meet a registered nurse. If necessary, the nurse will consult a surgeon and an anesthesiologist. The preoperative clinic has stayed in force after the development project ended and development is to be continued. In the future there will be an evaluation of the effectiveness of the preoperative clinic, as well as the patients' experiences and the activities of multiprofessional team.</p> | |
| Keywords: preoperative nursing, surgical patient, nursing, patient counseling | |

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| TIIVISTELMÄ | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| SISÄLLYS | 4 |
| 2 LEIKKAUSTA EDELTÄVÄ HOITOTYÖ | 7 |
| 3 POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ | 9 |
| 3.1 Potilaan ohjaus | 9 |
| 3.2 Hoitohenkilökunnan ammatillinen vastuu potilasohjauksessa..... | 11 |
| 3.3 Potilaan ohjausprosessi | 12 |
| 3.4 Potilaan taustatekijöiden huomioiminen ohjaussuhteessa | 15 |
| 3.5 Potilasohjauksen toteuttaminen..... | 17 |
| 4 LEIKKAUKSEEN KOTOA ELI LEIKO-TOIMINTAMALLI | 22 |
| 4.1 Leiko-toimintamallin kuvaus | 22 |
| 4.2 Leiko-potilaan hoitoprosessi Länsi-Pohjan keskussairaalassa..... | 24 |
| 5 PREOPERATIIVINEN POLIKLINIKKATOIMINTA | 27 |
| 5.1 Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan kuvaus..... | 27 |
| 5.2 Preoperatiivinen poliklinikkatoiminta Suomen sairaaloissa | 30 |
| 6 KIRURGISEN POTILAAN OHJAUS PREOPERATIIVISELLA POLIKLINIKALLA | 33 |
| 6.1 Kirurgisten potilaiden tiedontarpeet ja kokemukset saamastaan ohjauksesta..... | 33 |
| 6.2 Leikkausta edeltävä ohjaus | 36 |
| 7 PREOPERATIIVISEN POLIKLINIKKATOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN LÄNSI-POHJAN KESKUSSAIRAALAAN LEIKO-YKSIKKÖÖN..... | 39 |
| 7.1 Kehittämisprojekti Leiko-yksikössä..... | 39 |
| 7.3 Kehittämisprojektin lähtökohdat..... | 44 |
| 7.4 Kehittämisprojektin toteuttaminen..... | 45 |
| 8 PREOPERATIIVINEN POLIKLINIKKATOIMINTA LEIKO-YKSIKÖSSÄ..... | 53 |
| 9 KEHITTÄMISPROJEKTIIN LIITTYVÄT EETTISET NÄKÖKOHDAT | 55 |
| 10 POHDINTA | 59 |
| LÄHTEET | 63 |
| LIITTEET | 69 |

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen tulee lisäämään terveydenhuollon palvelujen tarvetta sekä kustannuksia tulevaisuudessa. Terveydenhuollon kustannusten kasvua voidaan hillitä ottamalla käyttöön tehokkaampia toimintatapoja sekä uudistamalla tuotanto- ja palvelurakenteita. (Laine 2006, 95–96.) Terveydenhuollon rajalliset resurssit ja kirurgian kysynnän lisääntyminen loivat tarpeen leikkaukseen kotoa eli Leiko-toiminnan kehittämiseen. Leiko-toiminnassa potilas saapuu sairaalaan leikkauspäivänä riippumatta leikkauksen suuruudesta tai sen jälkeisestä hoitoajasta sairaalassa. Leiko-toiminta on halvempaa ja tehokkaampaa kuin perinteinen vuodeosastotoiminta. (Soini, Keränen, Ryytänen & Keränen 2007, 36, 41.)

Turvallisen hoidon varmistamiseksi osa potilaista ohjataan erillisten kriteereiden perusteella preoperatiiviselle poliklinikalle anestesiakelpoisuuden arviointia ja leikkausta edeltävää ohjausta varten (Keränen 2006, 1412; Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3888; Tohmo 2010, 310). Preoperatiivinen poliklinikka on välttämätön osa tehokasta ja turvallista Leiko-toimintaa (Keränen ym. 2008, 3888 & Tohmo 2010, 311). Potilaiden käynti preoperatiivisella poliklinikalla on tutkimusten mukaan vähentänyt leikkauksaikaisten peruuntumisia ja viiveitä leikkaussalin toiminnassa (Van Klei, Moons, Rutten, Schuurhuis, Knape, Kalkman & Grobbee 2002, 101; Ferschl, Tung, Sweitzer, Huo & Glick 2005, 858–859; Correll, Bader, Hull, Hsu, Tsen & Hepner 2006, 1254; Van Klei, Kalkman & Moons 2006, 224; Kuusniemi, Haapoja, Pihlajamäki & Virolainen 2009, 232). Sillä on myös todettu olevan merkittävä vaikutus potilastyytyväisyyteen (Hepner, Bader, Hurwitz, Gustafson & Tsen 2004, 1103–1104; Ferschl ym. 2005, 855–859; Van Klei ym. 2006, 224; Harnett, Correll, Hurwitz, Bader & Hepner 2010, 72).

Hoitoaikojen lyhentyessä ja hoitomenetelmien kehittymisen myötä sekä potilaiden valmistautuminen että leikkauksen jälkeinen hoito tapahtuu yhä useammin kotona. Tämän onnistumisen edellytyksenä on tehokas ja hyvin toteutettu ohjaus. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 32.) Asianmukainen ja ennakkoon annettu tieto auttaa potilasta ennakkoimaan tulevia tilanteita ja orientoitumaan niihin (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 16). Preoperatiivinen poliklinikkatoiminta mahdollistaa potilaiden yksilöllisemmän ohjauksen, tukee potilaiden itsehoitoa sekä valmistautumista leikkaukseen kotona.

Länsi-Pohjan keskussairaalan operatiivisella tulosalueella käynnistettiin vuonna 2010 leikkaustoiminnan kehittäminen koko kirurgisen potilaan hoitoketjun osalta. Kehittämisen tavoitteena on ollut avohoitopainotteisuuden lisääminen, leikkausprosessin tehostaminen ja toiminnan tehokkaampi resursointi. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2014, hakupäivä 10.2.2014.) Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistäminen ja sen myötä Leiko-toiminnan lisääminen tukevat näitä tavoitteita. Preoperatiivisella poliklinikkatoiminnalla pyritään Leiko-toiminnan lisäämiseen eli siihen, että yhä useampi potilas saapuu sairaalaan vasta leikkauspäivänä. Lisäksi Länsi-Pohjan keskussairaalaossa operatiivisen tulosalueen keskeinen hoitotyön kehittämisaalue on ollut potilasohjaus ja sen painottuminen hoitoprosessin alkuvaiheeseen. Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistäminen tukee ajoissa aloitettua potilasohjausta.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli käynnistää preoperatiivinen poliklinikkatoiminta Länsi-Pohjan keskussairaalaan Leiko-yksikköön. Tavoitteena oli kehittää kirurgisen potilaan turvallisempaa ja tehokkaampaa leikkausprosessia ja hoitoa, sekä lyhentää hoitoaikaa erikoissairaanhoidossa. Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan tavoitteena on potilaiden hyvä leikkausta edeltävä valmistelu ja täten viiveiden ja leikkausten peruuntumisten väheneminen. Työn teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään leikkausta edeltävää hoitotyötä, potilasohjausta, preoperatiivista poliklinikkatoimintaa sekä Leiko-toimintaa. Tässä työssä preoperatiivisesta poliklinikasta käytetään myös nimitystä prepoliklinikka ja prepoli.

2 LEIKKAUSTA EDELTÄVÄ HOITOTYÖ

Suomessa perioperatiivisen hoitotyön käsitettä alettiin käyttää vuonna 1987, jolloin leikkaus- ja anestesiahoitotyön opetus alkoi perioperatiivisen hoitotyön nimellä (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 11). Yhdysvalloissa käsite oli otettu käyttöön jo aikaisemmin vuonna 1978 (Lindwall & von Post 2000, 8; Tuusvuori 2006, 202, 205; Lukkari, Kinnunen & Korte 2013,11). Perioperatiivisen hoitotyön käsitteellä haluttiin vahvistaa ajatusta leikkaushoitoprosessista kolmivaiheisena jatkumona (Tuusvuori 2006, 202). Perioperatiivisessa hoitoajattelussa korostuu hoitoteknisten taitojen ohella potilaskeskiset toimintatavat. Potilaan yksilöllisyyttä ja eheyttä kunnioitetaan sekä hänen kanssaan toimitaan tasavertaisessa ja turvallisessa vuorovaikutussuhteessa. Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaskeskeisyys, yksilöllisyys, turvallisuus, kokonaisvaltaisuus sekä hoitotyön jatkuvuus. (Lukkari ym. 2013,11.)

Perioperatiivinen hoitoprosessi sisältää kolme vaihetta, jotka ovat leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen, leikkauksen aikainen eli intraoperatiivinen ja leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen vaihe. Preoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun tehdään leikkauspäätös ja potilas asetetaan leikkausjonoon ja loppuu potilaan siirtyessä leikkaussaliin. Leikkausta edeltävään vaiheeseen kuuluu potilaan valmistautuminen leikkaukseen. Tämä pitää sisällään tarvittavien tutkimusten tekemisen ja potilaan ohjauksen sekä leikkausvalmistelut. Potilas valmistautuu kotona leikkaukseen saamiensa ohjeiden mukaan tai hän tulee sairaalaan leikkausvalmisteluja varten. (Lukkari ym. 2013, 20, 22–23; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2010, 59; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 466, 468–472.)

Potilaan preoperatiivista hoitotyötä suunniteltaessa tulee huomioida potilaan odotukset leikkausta kohtaan sekä käsitys omasta terveydentilastaan. Tiedot sairauksista, aiemmista leikkauksista, lääkehoidosta, allergioista ja mahdollisista elintoimintojen rajoituksista ovat tärkeitä hoitotyön yksilöllisen toteutumisen kannalta. (Holmia ym. 2010, 59.) Preoperatiivisen hoidon tavoitteena on, että potilas on tietoinen leikkaussuunnitelmasta ja hän kokee turvallisuutta tulevaa leikkausta, anestesiaa ja jatkohoidon järjestymistä kohtaan. Leikkauskomplikaatioiden mahdollisuus pyritään minimoimaan hoitamalla mahdolliset perussairaudet ja potilaan fyysinen kunto mahdollisimman hyväksi. (Erämies & Kuurne 2010, hakupäivä 2.11.2012; Holmia ym. 2010, 59; Iivanainen, ym. 2010, 468–471.) Toipumista hidastavat ja estävät häiriöt esimerkiksi tulehduspesäkkeet tulee sel-

vittää ja hoitaa ennen toimenpidettä (Holmia ym. 2010, 59). Lisäksi potilaan tulee tietää kuntoutumisen ja komplikaatioiden ehkäisemisen kannalta tärkeät toiminnot (Erämies & Kuurne 2010, hakupäivä 2.11.2012). Potilas voi parantaa hengitystoimintaansa lopettamalla tupakoinnin, tekemällä hengitysharjoituksia ja liikkumalla. Ylipainoisten potilaiden olisi hyvä laihduttaa ennen leikkausta. Toimenpiteen jälkeistä jatkohoitoa olisi myös hyvä suunnitella jo tässä vaiheessa. (Holmia ym. 2010, 59; Iivanainen ym. 2010, 469.) Preoperatiiviset tutkimukset määräytyvät esitietojen, kliinisen tutkimuksen ja suunnitellun leikkauksen mukaan (Erämies & Kuurne 2010, hakupäivä 2.11.2012). Ne pyritään tekemään etukäteen polikliinisesti (Holmia ym. 2010, 60). Anestesiamuoto valitaan tiedossa olevien riskitekijöiden perusteella huomioiden myös potilaan oma mielipide (Karinen & Ali-Melkkilä 2006, 286).

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on leikkausta edeltävässä vaiheessa potilastietojen kerääminen, tarvittavien tutkimusten tekeminen ja potilaan sekä hänen omaisten ohjaaminen. Potilaan hoitoa suunnitellaan moniammatillisessa työryhmässä. (Lukkari ym. 2013, 20, 25.) Preoperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaiden ohjaus ja neuvonta. Leikkausta edeltävän ohjauksen tavoitteena on, että potilas on tietoinen sairaudestaan, sen hoitomuodoista ja omasta sekä läheisten osuudesta hoidossa ja sen suunnittelussa. (Holmia ym. 2010, 64.) Tutkimusten mukaan ohjauksella on myönteinen vaikutus potilaan toipumiseen leikkauksen jälkeen (Holmia ym. 2010, 64; Walsgrove 2011, 34). Ihanteellisissa tapauksissa potilaalla on mahdollisuus saada leikkausta edeltävää ohjausta preoperatiivisella anestesiapoliklinikalla, missä hän tapaa sairaanhoitajan ja anestesiälääkärin (Lukkari ym. 2013, 20, 25).

3 POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ

3.1 Potilaan ohjaus

Potilaan ohjauksen perusta on asetettu lainsäädännössä. Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista sekä niiden vaikutuksista. Hoitohenkilöstön on annettava tietoa ymmärrettävällä tavalla, potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Ohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jonka avulla hoitohenkilökunta tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä vuorovaikutuksen avulla. Se on rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempaa ja sisältää myös tiedon antamista potilaalle. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 250; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25–26.) Laadukas potilasohjaus perustuu hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 250, 255; Kääriäinen 2007, 122). Se on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa sekä osa potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. Laadukas ohjaus on potilaslähtöistä, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. (Kääriäinen 2007, 122, 134.) Ohjauksessa korostuu potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointi, ohjaajan ja ohjattavan jaettu asiantuntijuus sekä potilaan oma vastuu ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja valinnoista. Potilas on oman tilanteensa asiantuntija ja hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta käyttämään resurssejaan ja ratkaisemaan ongelmiaan. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 68–69; Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 256–257; Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6–7; Eloranta & Virkki 2011, 27.)

Laadukkaan ohjauksen avulla pystytään edistämään terveyttä ja lisäämään potilaan mahdollisuuksia osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tämän edellytyksenä on riittävä tiedon saanti ja se, että potilas ymmärtää saamansa tiedon sekä pystyy hyödyntämään sitä elämässään. Ohjauksen avulla pystytään edistämään ohjattavan toimintakykyä, itsehoitovalmiuksia ja kotona selviytymistä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 256; Kyngäs ym. 2007, 145; Eloranta & Virkki 2011, 15.) Sen avulla pystytään vähentämään sairastumisen aiheuttamaa pelkoa ja ahdistusta (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 213; Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 16;

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Rebfors 2007, 145; Eloranta & Virkki 2011,15). Hyvän ohjauksen avulla voidaan lisätä potilaan tyytyväisyyttä hoitoon ja näin parantaa elämänlaatua ja hyvinvointia (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 213; Kyngäs ym. 2007, 145; Eloranta & Virkki 2011,15).

Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella sekä yksilön että yhteisön näkökulmasta. Yksilön näkökulmasta tarkastelun kohteena ovat lähinnä ohjattavan kokemukset ohjauksen avulla saadusta tiedosta ja tuesta. Yhteisön näkökulmasta laadukkaan potilasohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella sekä kansanterveydellisten, taloudellisten että yhteiskunnallisten hyötyjen kannalta. (Kyngäs ym. 2007, 145.) Laadukas ja onnistunut potilasohjaus voi parhaimmillaan vähentää sairauteen liittyviä oireita, lisäsairauksia, hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä sekä tehostaa hoidonseurantaa (Hautakangas ym. 2003, 92, 98; Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 213; Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 256; Kyngäs ym. 2007, 145).

Ohjauksen tulee perustua näyttöön ja hyviin käytäntöihin (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 28; Kyngäs ym. 2007, 154; Kääriäinen 2008, 13). Tutkittua tietoa potilaan ohjauksesta on paljon (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 209; Heikkinen, Rankinen, Johansson, Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä 2006, 121; Kääriäinen 2008, 10). Ajan tasaisen ja tutkitun tiedon käyttö ohjauksessa takaavat ohjauksen luotettavuuden. Näyttöön perustuva ohjaus korostuu tulevaisuudessa yhä enenevässä määrin, koska taloudelliset resurssit niukenevat ja potilaat vaativat entistä laadukkaampaa ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 66, 154.)

Ohjauksen lähikäsitteitä ovat mm. tiedon antaminen, neuvonta ja opetus. Opetuksella tarkoitetaan suunniteltuja toimintoja, joilla pyritään vaikuttamaan potilaan käyttäytymiseen. Vaikka potilaan kanssa tehdään yhteistyötä, on toiminta opetustilanteessa hoitajalähtöistä. Neuvonta on puolestaan prosessi, jossa hoitaja auttaa potilasta tekemään valintoja antamalla hänelle neuvoja. Neuvonnassa korostuvat hoitajan tiedot ja taidot, mutta sen lähtökohtana ovat potilaan tarpeet. Ohjaus eroaa neuvonnasta siten, että siinä vältetään suorien neuvojen antamista potilaalle. Tiedon antamiselle on tyypillistä vähäinen vuorovaikutuksen määrä ja sen vuoksi sitä pidetään lähinnä ohjausta, opetusta ja neuvontaa täydentävänä muotona. Hoitotyössä tietoa annetaan lähinnä kirjallisena materiaalina ja joukkoviestintänä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 253; Kyngäs & Hentinen 2008, 78–79; Eloranta & Virkki 2011, 19–22.)

3.2 Hoitohenkilökunnan ammatillinen vastuu potilasohjauksessa

Potilaan ohjaus edellyttää hoitajalta ammatillista vastuuta edistää ohjattavan valintoja ja turvata riittävä ohjauksen saanti (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 213; Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 255; Kääriäinen ym. 2007, 122; Kääriäinen 2008, 10–11). Ammatillinen vastuu pitää sisällään työn eettisen ja filosofisen pohdinnan sekä ohjausvalmiudet (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 250, 255; Kääriäinen 2007, 114; Kääriäinen 2008, 11). Filosofinen pohdinta on välttämätöntä, jotta potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä pystytään kunnioittamaan ja yksityisyyttä tukemaan (Kääriäinen 2005b, 255). Eettisellä pohdinnalla tarkoitetaan omien arvojen tiedostamista sekä uskomusten, kokemusten ja mahdollisten ennakkoluulojen tunnistamista. Eettinen pohdinta auttaa hoitajaa ymmärtämään potilaan käyttäytymistä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 255; Kääriäinen ym. 2005, 30.)

Laadukas ohjaus edellyttää hoitajalta sekä tiedollisia että taidollisia valmiuksia. Hänellä tulee olla tietoa ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista sekä erilaisista ohjausmenetelmistä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 255; Kääriäinen, Ukkola & Torppa 2005, 28; Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 30; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16; Kyngäs ym. 2007, 34–35; Kääriäinen 2007, 116–117; Kääriäinen 2008, 11, 13; Kyngäs & Hentinen 2009, 92–93.) Hoitajien tietotaidot ja kokemus ovat yhteydessä siihen, millaista ohjausta potilas saa (Fitzpatrick & Hyde 2006, 671). Tietojen tulee olla ajan tasalla ja ilmaisun sellaista, että potilas ymmärtää ohjattavan asian (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16; Hankonen ym. 2006, 30; Kyngäs ym. 2007, 34–35; Kyngäs & Hentinen 2009, 92–93). Jatkuva tietojen päivittäminen ja omaehtoinen opiskelu on välttämätöntä (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16; Kääriäinen 2008, 13–14).

Hoitaja toimii ohjaustilanteessa vuorovaikutuksen ja ohjauksen asiantuntijana, minkä vuoksi häneltä vaaditaan vuorovaikutus- ja johtamistaitoja (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 255; Hankonen ym. 2006, 30; Kyngäs ym. 2007, 34–35; Kääriäinen 2008, 11–12). Johtamistaitoja tarvitaan oikeanlaisen ohjausympäristön valintaan ja ohjausprosessin ylläpitoon (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 255–256). Vuorovaikutustaitoihin kuuluvat mm. suotuisan ilmapiirin luominen ja ohjausympäristön hyödyntäminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 255–256; Kääriäinen 2008, 11–12). Hoitajan tulee kannustaa ja tukea potilaan oma-aloitteisuutta. Hänen on myös annettava potilaalle tilaa tehdä päätöksiä ja autettava valintojen teossa esittämällä kysymyksiä. Hoitajan kyky aistia asiakkaan ti-

lanne vaikuttaa ohjaustavoitteen saavuttamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 34–35.) Hyvän ohjaajan ominaisuuksia ovat mm. rauhallisuus, ystävällisyys, empaattisuus, luotettavuus ja kannustavuus (Hautakangas ym. 2003, 98). Ohjaustyössä kohdataan erilaisia ihmisiä, ja hoitajalta vaaditaan ammattitaitoa toimia määrätietoisesti ja asiallisesti myös haasteellisten ohjattavien kanssa (Eloranta & Virkki 2011, 69).

3.3 Potilaan ohjausprosessi

Ohjausprosessin tärkein osatekijä on potilaan ja hoitajan välinen ohjaussuhde. Sen rakentuminen käynnistyy kun potilas ja hoitaja kohtaavat toisensa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 82.) Ohjaussuhteeseen kuuluu vastavuoroisuus, luottamuksellisuus, jaettu asiantuntijuus, aktiivisuus, vastuullisuus ja yhteistyö (Eloranta & Virkki 2011, 54). Vastavuoroisuus ilmenee ohjaussuhteessa potilaan mahdollisuutena tuoda esille omia mielipiteitään ja tunteuksiaan sekä esittää mahdollisia aiheeseen liittyviä kysymyksiä (Eloranta & Virkki 2011, 54; Hankonen ym. 2006, 28). Vastavuoroisuuden toteutuminen edellyttää luottamuksellista ilmapiiriä ohjaustilanteessa (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 30; Eloranta & Virkki 2011, 54). Hoitajan rehellisyys, avoimuus ja ammatillisuus tukevat osaltaan luottamuksellisen ohjaussuhteen syntymistä (Hankonen ym. 2006, 28–29).

Ohjaussuhteessa potilas mielletään aktiiviseksi oppijaksi. Potilaalle ei tehdä asioita, vaan hänen kanssaan toimitaan yhdessä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 256; Kyngäs ym. 2007, 25; Kyngäs & Hentinen 2008, 78; Koskela & Salanterä 2008, 6.) Hän kantaa vastuun omasta oppimisestaan ja tekemistään valinnoista (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 256; Kääriäinen ym. 2005, 29; Eloranta & Virkki 2011, 54). Osallistumista tukeva ohjaus mahdollistaa potilaan vastuullisuuden, valinnanvapauden ja lisää itsenäisyyttä sekä motivaatiota sairauden hoitoon (Kääriäinen ym. 2005, 30). Kun potilas kokee saamansa tiedon merkitykselliseksi, hän sitoutuu hoitoonsa ja on valmis soveltamaan saamaansa tietoa itsensä hoitamiseen sekä toimimaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Sekä potilaalla että hoitajalla on vastuu ohjauksen etenemisestä ja onnistumisesta. Vastuullisuus ohjaussuhteessa merkitsee siis myös aktiivisuutta. (Kääriäinen ym. 2005, 29; Eloranta & Virkki 2011, 54.) Onnistunut ohjaus edellyttää ohjaajan vastuunottoa ohjauksen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista (Kyngäs & Hentinen 2008, 78).

Myönteinen ilmapiiri antaa hyvän lähtökohdan ohjaussuhteelle. Potilas muodostaa käsitöksensä ohjaajasta tai saamastaan palvelusta heti ensi hetkestä alkaen. (Eloranta & Virkki 2011, 54.) Ohjaus on parhaimmillaan vastavuoroista keskustelua ja yhdessä pohittamista. Ohjaustilanteessa kaksi asiantuntijaa kohtaa toisensa; potilas oman elämänsä asiantuntijana ja hoitohenkilökunnalla on asiantuntemus ohjattavasta asiasta, ohjauksen menetelmistä ja oppimisesta. (Eloranta & Virkki 2011, 55, 27; Hautakangas ym. 2003, 77; Kyngäs & Hentinen 2008, 78.)

Ohjausprosessi on suunnitelmallinen prosessi, jota voidaan kuvata hoitotyön prosessin kautta. Siihen kuuluvat ohjaustarpeen määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, suunnitteleminen, toteuttaminen, arvioiminen ja kirjaaminen. (Eloranta & Virkki 2011, 25–27). Hyvän potilasohjauksen edellytyksenä on, että hoitohenkilökunta hallitsee ohjausprosessin eri osa-alueet (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11; Kyngäs & Hentinen 2008, 82). Ohjaus on jatkuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa ja hoidon kaikissa vaiheissa tapahtuu ohjaustarpeen määrittämistä, suunnittelua, toteutusta ja arviointia (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11.) Hyvin toteutetun ohjausprosessin avulla turvataan hoidon jatkuvuus ja potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa (Eloranta & Virkki 2011, 25).

Ohjaustarpeen määrittelyn lähtökohtana ovat potilaan tarpeet (Kääriäinen ym. 2005, 28; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10; Kääriäinen 2008, 14; Eloranta & Virkki 2011, 26, 32). Tärkeää on huomioida, kuinka kauan potilas on sairastanut ja mitä hän tietää jo sairaudestaan. Vastasairastanut potilas voi olla vielä kriisivaiheessa, jolloin hän ei pysty vastaanottamaan uutta tietoa. Toisaalta sairautensa hyvin tunteva potilas voi kokea turhautumista, jos samoja asioita käydään läpi toistuvasti. Ohjattavan odotukset ohjausta kohtaan tulee myös huomioida. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10; Eloranta & Virkki 2011, 26, 32.) Hoitohenkilöstölle ohjaustarpeen määrittely on vaativaa, koska potilaiden tarpeet vaihtelevat taustatekijöiden ja terveydentilan mukaan (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 210; Kääriäinen 2008, 14). Ohjaustarpeeseen vaikuttavat potilaan ikä, sukupuoli, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet, sairauden laatu ja sen vaikutus jokapäiväiseen elämään (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 210). Ohjaustarpeen määrittely tapahtuu keskustelemalla potilaan kanssa (Kääriäinen 2008, 14; Eloranta & Virkki 2011, 26).

Ohjauksen tavoitteiden määrittelyssä huomioidaan potilaan oma näkemys tilanteesta. Tavoitteen tulee olla ohjattavalle merkityksellinen. Motivaatiota ylläpitävät tavoitteiden realistisuus ja saavutettavuus. Tavoitteiden määrittelyn tärkeys korostuu tilanteissa,

joissa omahoidolla ja elintapamuutoksilla on merkitystä. Ohjauksen suunnittelussa lähtökohtana on hoitajan ja potilaan yhteinen käsitys siitä, mitä tietoa potilas tarvitsee. Suunnittelussa tulee huomioida potilaan senhetkinen kyky vastaanottaa tietoa. Lisäksi ohjauksen sisällön ja menetelmien tulee tukea potilaan mahdollisuutta hyödyntää ohjauksen antia. Ohjauksen onnistumisen kannalta keskeistä on sen oikea mitoitus ja ajoitus. (Eloranta & Virkki 2011, 26–27.)

Toteutusvaiheessa ohjaus etenee vastavuoroisesti sanallisesti sekä sanattomasti ja tunneviestinnän kautta (Eloranta & Virkki 2011, 27). Huomiota tulee kiinnittää selkeään ja ymmärrettävään kielen käyttöön sekä asian johdonmukaiseen etenemiseen (Hankonen ym. 2006, 28–29). Tietoa tulee antaa kattavasti ja esittää hoitoon liittyvät eri vaihtoehdot tasavertaisina mahdollisuuksina. Hoitajan tulee varmistaa, että potilas on tehnyt päätöksensä oikeaan tietoon perustuen ja tietää päätöksensä seuraukset. Potilaan osallistumista ohjaustilanteeseen edistää hoitajan rauhallisuus, sanallisen ja sanattoman viestinnän samansuuntaisuus sekä kuunteleminen. Hoitajan on hyvä tiedostaa nämä asiat omassa käyttäytymisessään. (Eloranta & Virkki 2011, 55, 67.)

Ohjauksen arviointi ja kirjaaminen on usein niukkaa (Kyngäs 2007, 46). Potilaalle annettu ohjaus tulee dokumentoida potilasasiakirjoihin (Neil 2011, 343). Hoitoaikojen lyhentyessä kirjaamisen merkitys on korostunut entisestään (Eloranta & Virkki 2011, 27). Hoitokertomukseen tulee kirjata selkeästi ohjaukselle asetetut tavoitteet, ohjaussuunnitelma, sen toteutus ja arviointi (Kyngäs ym. 2007, 46). Vain täsmällinen kirjaaminen mahdollistaa suunnitelmallisen ohjaamisen ja varmistaa hoidon jatkuvuuden (Torkkola ym. 2002, 33; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11; Kyngäs ym. 2007, 46; Eloranta & Virkki 2011, 27). Kirjaamisen tulee olla asiallista ja objektiivista. Tärkeää on kirjata myös potilaan kokemus saamastaan ohjauksesta. Arviointia tulee tehdä koko ohjausprosessin ajan. Ohjausta voidaan pitää onnistuneena, kun potilas on ymmärtänyt hoitoonsa liittyvät tiedot ja taidot sekä kykenee soveltamaan niitä omassa elämässään. (Eloranta & Virkki 2011, 27.) Potilaille tulisi olla mahdollisuus antaa suullista ja kirjallista palautetta saamastaan ohjauksesta (Kääriäinen 2007, 103).

3.4 Potilaan taustatekijöiden huomioiminen ohjaussuhteessa

Ohjauksen lähtökohtana on sekä ohjaajan että ohjattavan taustatekijöiden tunnistaminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 254; Kyngäs & Hentinen 2008, 82; Kääriäinen 2008, 14). Ohjauksen tulee perustua potilaan oppimistarpeille (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10–11; Rankinen, Salanterä, Heikkinen, Johansson, Koljonen, Virtanen & Leino-Kilpi 2007, 118; Kyngäs & Hentinen 2008, 82; Kääriäinen 2008, 14; Eloranta & Virkki 2011, 26). Se ei saa olla rutiininomaista, vaan sen on lähdettävä potilaan taustatekijöistä, joihin ohjattava asia sovitetaan (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 213; Kääriäinen ym. 2005, 30; Kyngäs & Hentinen 2008, 82). Jos potilaan taustatekijöitä ei huomioida, ohjataan samassa tilanteessa olevia aina samalla tavalla. Tällöin ohjaaminen ei perustu yksilöllisyyden kunnioittamiseen. (Kyngäs ym. 2007, 28, 35.) Apuvälineitä taustatekijöiden tunnistamiseen ei ole, vaan ne täytyy tunnistaa keskustelemalla potilaan kanssa sekä tarkkailemalla itseään ja omaa käytöstään (Kyngäs & Hentinen 2008, 83).

Fyysiset taustatekijät vaikuttavat potilaan kykyyn vastaanottaa ohjausta. Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Ikääntyneiden kohdalla ohjaustarve on erilainen kuin lapsella tai nuorella. (Kyngäs ym. 2007, 29–30.) Iäkkäiden ohjaamisessa haasteena voivat olla ohjattavan fyysiset rajoitteet, kuten huono kuulo, näkö tai muistihäiriöt. Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää huomioida ja selvittää taustatekijät sekä niiden vaikutukset ohjaukseen. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 51, 56, 58; Kyngäs ym. 2007, 29–30.) Iäkkäät toivovat rauhallista asioiden käsittelyä ja mahdollisuutta keskustella muustakin kuin senhetkisestä sairaudestaan. He haluavat usein omaisen mukaan ohjaustilanteeseen, koska jatkohoidon toteuttaminen on usein myös omaisen vastuulla. (Torkkola ym. 2002, 32).

Vasta diagnosoitu vakava sairaus voi olla esteenä ohjauksen onnistumiselle. Potilas ei välttämättä pysty keskittymään ohjaukseen, koska hän käy läpi sairauden aiheuttamia tunteita. Hän voi myös vältellä tai kieltää sairauden olemassaolon. Ohjauksessa käsiteltävät asiat on syytä asettaa tärkeysjärjestykseen ja miettiä, mitä asioita potilas pystyy vastaanottamaan ja mitkä voidaan käsitellä myöhemmin. (Kyngäs ym. 2007, 30.)

Psyykkisiin taustatekijöihin kuuluvat potilaan käsitys omasta terveydentilastaan, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja valmiudet sekä motivaatio. Motivaatiolla on vaikutusta siihen, haluaako potilas omaksua

hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän käsiteltävät asiat tärkeiksi. Onnistumisodotukset puolestaan liittyvät asiakkaan käsitykseen siitä, kykeneekö hän toimimaan ja tekemään asioita sovitulla tavalla. Myös hoitajan omalla asennoitumisella ja motivaatiolla on merkitystä ohjauksen onnistumiseen. (Kääriäinen ym. 2005, 30; Kyngäs ym. 2007, 32; Kyngäs & Hentinen 2009, 87–89). Negatiivinen ja tuomitseva asennoituminen ja moralisointi eivät paranna ohjauksen vaikuttavuutta, vaan vähentävät potilaan luottamusta ja vastavuoroisuutta ohjaussuhteessa (Kääriäinen ym. 2005, 30). Potilaat toivovat hoitajalta aloitteellisuutta ja herkkyyttä tiedon ja ohjeiden antamisessa. Tiedon puute eri vaihtoehtoista vaikeuttaa potilaiden osallistumista heidän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Kyngäs ym. 2007, 32.)

Terveysuskomuksilla sekä aikaisemmilla kokemuksilla esimerkiksi sairaudesta ja hoidosta voi olla vaikutusta siihen, miten potilas suhtautuu ohjaukseen. Aikaisemmat kokemukset voivat vaikeuttaa ohjauksen onnistumista. Ohjaus voi jäädä tehottomaksi, jos potilas ei halua luopua omista mieltymyksistään. Odotukset ohjausta kohtaan voivat olla erilaisia potilaalla ja hoitajalla, minkä vuoksi niistä keskusteleminen olisi tärkeää. Ohjausmenetelmän valinta edellyttää hoitajalta tietämystä potilaan oppimistyylistä eli siitä, miten hän omaksuu asioita. (Kyngäs ym. 2007, 33; Kyngäs & Hentinen 2009, 89–91.) Oppimistyylin tunnistaminen vaatii perehtymistä potilaan taustatekijöihin ja keskustelemista hänen kanssaan (Kyngäs ym. 2007, 33).

Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää tarkastella potilasta osana ympäristöään ja maailmankuvaansa. Sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat potilaan toimintaan ja niiden tunnistaminen auttaa ymmärtämään hänen käyttäytymistä. Nämä ohjauksen kannalta merkittävät sosiaaliset taustatekijät muodostuvat sosiaalisista, kulttuuriperustaisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä. (Kyngäs ym. 2007, 35; Kyngäs & Hentinen 2009, 93.) Potilaan ja hoitajan arvot ovat osa heidän maailmankatsomustaan ja ne vaikuttavat tapaan, jolla he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita (Kyngäs ym. 2007, 35).

Ympäristöön liittyvillä taustatekijöillä on vaikutusta ohjauksen onnistumiseen. Tällaisia taustatekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan ohjaukseen käytettävissä olevaa tilaa. (Kyngäs ym. 2007, 37; Mattila 2001, 78.) Tilan tulisi olla mahdollisimman rauhallinen, jossa voidaan ilman häiriötekijöitä keskittyä käsiteltävään asiaan (Kyngäs ym. 2005, 28; Hankonen

2006, 28–29; Kyngäs ym. 2007, 37; Kyngäs & Hentinen 2009, 93–94). Lisäksi ohjaukseen tulee olla käytettävissä asianmukaista ohjausmateriaalia (Hankonen 2006, 28–29; Kyngäs ym. 2007, 37; Kyngäs & Hentinen 2009, 95). Fyysisen ympäristön tulee olla myös sellainen, että se ei aiheuta potilaalle negatiivisia tunteita tai pelkoja (Kyngäs ym. 2007, 37).

Ohjauksen psyykkinen ilmapiiri koostuu monista asioista ja siihen voivat vaikuttaa sekä ohjaaja että ohjattava (Kyngäs ym. 2007, 37; Kyngäs & Hentinen 2009, 95). Ohjaukseen tulisi olla riittävästi aikaa (Torkkola ym. 2002, 31; Kääriäinen ym. 2005, 13–14; Kyngäs ym. 2007, 37; Kyngäs & Hentinen 2009, 95). Kiire ja siitä johtuva ohjaukseen käytettävän ajan vähäisyys vaikuttavat heikentävästi ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja vuorovaikutukseen. Mikäli potilas vaistoa hoitajan kiireen, hän ei välttämättä kysy eikä avaa keskustelua. Hänelle voi tulla myös tunne, että hänen asiaansa ei kunnioiteta. (Kyngäs ym. 2007, 37; Kyngäs & Hentinen 2009, 95.) Hoitajan tulee rohkaista potilasta osallistumaan aktiivisesti ohjaustilanteeseen. Rohkaisua osoitetaan esittämällä potilaalle kysymyksiä ja reagoimalla siihen, mitä potilas sanoo. Rohkaiseva ja kannustava ilmapiiri motivoi potilasta sitoutumaan omaan hoitoonsa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 95.)

3.5 Potilasohjauksen toteuttaminen

Nykyään ongelmana ei ole tiedon puute, vaan tiedon saaminen oikeaan aikaan ja oikealla tavalla (Eloranta & Virkki 2011, 31; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16). Ohjaus tulisi aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Eloranta & Virkki 2011, 31; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16; Jahren Kristofferssen 2006, 470). Potilaille tulisi antaa enemmän sairautta ja sen hoitoa koskevaa ohjausta jo ennen sairaalaan tuloa (Kääriäinen ym. 2005, 14; Kääriäinen 2007, 120, 134). Toisaalta liian aikaisin tarjotun tiedon vastaanottamista saattaa rajoittaa mm. pelko, hämmennys tai vastarinta. Ohjauksen perustuessa potilaan kysymyksiin, on ajankohta oikea ja potilas on valmis vastaanottamaan ohjausta ja tietoa. Ohjausta ei tule jättää kotiutusvaiheeseen, jolloin ohjattavan ajatukset ovat jo muualla. (Eloranta & Virkki 2011, 31–32.) Ohjattavana voi olla yksilö, perhe tai yhteisö johon potilas kuuluu (Kyngäs & Hentinen 2008, 82).

Vastaanottokyky on jokaisella erilainen ja siihen vaikuttaa ohjaustarpeeseen johtaneen tilanteen vakavuus ja sen merkittävyys ohjattavalle. Ohjauksen jaksottamisella voidaan osaltaan helpottaa tiedon omaksumista. (Eloranta & Virkki 2011, 32.) Uuden asian

omaksuminen edellyttää sen läpikäymistä useampaan kertaan (Kyngäs ym. 2007, 25; Eloranta & Virkki 2011, 32). Potilaalla jää aikaa asian pohtimiseen ja hänellä on vielä mahdollisuus esittää mieleen nousseita kysymyksiä, kun asioita käsitellään useaan otteeseen. Vaikka asia olisi potilaalle ennestään tuttu, tulee hänelle tarjota mahdollisuus aiemman tiedon tarkentamiselle ja kysymysten esittämiselle. (Eloranta & Virkki 2011, 32.) Yksiköissä tulee olla selkeät ohjeet siitä, mitä ohjausmateriaalia ja minkälaista suullista ohjausta eri potilasryhmille annetaan. Selkeät ohjeet takaavat sen, että kaikki potilaat saavat tarvitsemansa tiedot ja taidot. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16.)

Vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä ja tämän vuoksi ohjausta annetaan useimmiten suullisesti. Potilaat toivovat eniten suullista yksilöohjausta ja he kokevat hyötyvänsä siitä parhaiten. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 211; Kyngäs ym. 2007, 74; Kyngäs & Hentinen 2008, 111.) Vuorovaikutustilanteessa potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä ja saada hoitajalta tukea. Suullista ohjausta annetaan yksilö- tai ryhmäohjauksena ja sitä voidaan tukea erilaisin oheismateriaalein. Yksilöohjaus on oppimisen kannalta tehokkain menetelmä, mutta se vaatii hoitajalta enemmän aikaa. Yksilöohjaus mahdollistaa potilaiden tarpeista lähtevän ohjauksen, heidän aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 211; Kyngäs ym. 2007, 74.)

Ohjauksessa tulee huomioida myös omaisten ja läheisten tiedontarve. Omaisten osallistuminen ohjaukseen tulee suunnitella mahdollisuuksien mukaan. (Torkkola ym. 2002, 32; Hautakangas ym. 2003, 78; Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 211; Kääriäinen ym. 2005, 13–14; Isola ym. 2007, 61; Kääriäinen & Kyngäs 2007, 51, 56, 58; Kyngäs ym. 2007, 29–30.) Tiedon saanti voi vähentää omaisten kokemaa ahdistusta ja toisaalta edesauttaa heidän mahdollisuuksiaan tukea potilasta (Hautakangas ym. 2003, 78; Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 211; Kääriäinen ym. 2005, 14). Omaisten läsnäolo ohjaustilanteessa auttaa potilasta tulkitsemaan ja käyttämään paremmin saamaansa tietoa. Myös lisäkysymysten esittäminen on helpompaa omaisten läsnä ollessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 211.)

Suullisen ohjauksen lisäksi, kirjalliset potilasohjeet ovat tärkeä menetelmä potilaiden ohjauksessa sekä yhä merkittävämpi osa potilaan hyvää hoitoa. Kirjalliset potilasohjeet täydentävät ja vahvistavat suullista ohjausta. (Torkkola ym. 2002, 25; Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 213; Iivanainen & Syväoja 2012, 318.) Niiden merkitys ohjauksen tuke-

na on korostunut nykyisin, koska ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa (Torkkola ym. 2002, 7; Eloranta & Virkki 2011, 73–74; Kyngäs ym. 2007, 124; Kyngäs & Hentinen 2008, 115). Ohjauksen sisältö muistetaan todennäköisemmin, koska kirjallinen ohje mahdollistaa asian kertaamisen ja soveltamisen omaan elämään (Torkkola ym. 2002, 29; Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2005, 15; Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 212; Jahren Kristofferssen 2006, 471; Eloranta & Virkki 2011, 73–74; Kyngäs & Hentinen 2008, 115; Iivanainen & Syväoja 2012, 318). Kirjalliset ohjeet mahdollistavat myös omaisten tiedon saannin, mikäli he eivät ole olleet läsnä potilaan ohjaustilanteessa (Torkkola ym. 2002, 29).

Kirjalliset potilasohjeet tulisi antaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta potilaalla on aikaa tutustua niihin ja mahdollisuus tarvittaessa palata niihin yhdessä ohjaajan kanssa (Torkkola ym. 2002, 25; Kyngäs ym. 2007, 125; Kyngäs & Hentinen 2008, 115; Eloranta & Virkki 2011, 32; Iivanainen & Syväoja 2012, 318). Asioista keskusteleminen ja puheeksi ottaminen on myös helpompaa, kun potilas on ehtinyt pohtia asioita ennen ohjausta (Kyngäs & Hentinen 2008, 115). Leikkaukseen tulevalle potilaalle ohjausmateriaali tulisi lähettää hyvissä ajoin ennen toimenpidettä kotiin tai antaa ne jo poliklinikkakäynnin yhteydessä (Kyngäs ym. 2007, 125; Lahti 2013, 44). Kirjalliset potilasohjeet tulee aina käydä potilaan kanssa suullisesti läpi ja varmistaa, että hän on ymmärtänyt ohjeet (Rautava-Nurmi, Westegård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 399). Kirjallinen ohjausmateriaali on kustannustehokas ja helppokäyttöinen ohjausmenetelmä (Johansson, Katajisto & Salanterä 2010, 2986).

Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla sisällöltään ja kieleltään sopivaa ja ymmärrettävää. Sen tulee tukea muuta ohjausta ja olla ohjattavan tarpeiden mukaista (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 212–213; Kääriäinen ym. 2005, 29; Kyngäs ym. 2007, 125). Potilaat toivovat toimenpiteisiin liittyvien kirjallisten potilasohjeiden sisältävän enemmän tietoa kivun ja pahoinvoinnin hoidosta sekä toipumisesta yleensä (Torkkola ym. 2002, 24). Lisäksi he toivovat ohjeiden sisältävän tietoa tuntemuksista, joita potilailla on ollut ennen ja jälkeen toimenpidettä, sekä toimenpiteestä kertovaa yksityiskohtaista ja toisaalta lääketieteellistä tietoa (Hautakangas ym. 2003, 77).

Demonstroinnilla tarkoitetaan näyttämällä opettamista. Sen avulla pystytään hyvin opastamaan potilasta erilaisten hoitokäytäntöjen hallintaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 211; Heinola, Koivurova, Niskasaari, Rantala, Sulasalmi, Tokola & Tähtinen

2006, 58; Kyngäs ym. 2007, 128–131.) Hyvä demonstraatio edellyttää huolellista suunnittelua ja valmistelua. Demonstrointi voidaan jakaa havainnolliseen esittämiseen ja harjoitteluun. (Heinola ym. 2006, 58; Kyngäs ym. 2007, 128–131.) Havainnollisen esittämisen avulla annetaan potilaalle kuva siitä, kuinka jokin asia tehdään. Havainnollisen esittämisen suunnittelu ja toteutus ovat pääasiassa hoitajan vastuulla. Potilasta tulee informoida esityksen tarkoituksesta, etenemisestä sekä vaadittavista välineistä ja toiminnasta. Hoitajan on tärkeää herättää asiakkaan kiinnostus opeteltavaa asiaa kohtaan ja perustella toiminnan tärkeys. Harjoittelemisen on puolestaan tärkeää motoristen taitojen kehittämiseksi. Sen tarkoituksena on antaa potilaalle omakohtainen kokemus asian tekemisestä ja oppimisesta. (Kyngäs ym. 2007, 128–131.) Onnistuneen harjoittelun edellytyksenä on potilaan rohkaiseminen ja kannustaminen. Positiivisen palautteen antaminen lisää potilaan itsetuottamusta ja halua kokeilla asiaa uudelleen. (Heinola ym. 2006, 63; Kyngäs ym. 2007, 128–131.) Potilaalle tulee antaa palautetta harjoittelun onnistumisesta myös siksi, ettei vääriä toimintatapoja ei pääse syntymään. Opeteltavaa asiaa koskevien ohjeiden tulee selkeät ja potilaalle voidaan antaa harjoiteltavasta asiasta lisäksi kirjallinen ohje. (Kyngäs ym. 2007, 128–131.)

Yksi haasteellisimmista ohjaustavoista on puhelinohjaus. Sen lähtökohtana voi olla asiakkaan ensikontakti terveydenhuoltoon (reaktiivinen puhelinohjaus) tai hoitajan kontakti asiakkaaseen (proaktiivinen puhelinohjaus). (Kyngäs ym. 2007, 117; Orava, Kääriäinen & Kyngäs 2012, 232.) Leikkausta edeltävä ja leikkauksen jälkeinen puhelinohjaus on tyypillinen esimerkki proaktiivisesta ohjauksesta. Se perustuu ennalta solmittuun hoitosuhteeseen ja on osa potilaan hoitosuunnitelmaa. Proaktiivisen puhelinohjauksen taustalla on usein teoreettinen malli ja se toteutetaan tietyllä ohjaustekniikalla. (Orava 2010, 61; Orava ym. 2012, 232, 235, 239.)

Puhelinohjaus vaatii yhtäläillä huolellista suunnittelua ja arviointia kuin mikä muu ohjaustapa tahansa. Lisäksi sen toteuttamiseen liittyy tietosuoja- ja vastuukysymyksiä, joten ohjaajalla tulee olla tietoa terveydenhuollon lainsäädännöstä. Puhelinohjauksessa ohjaaja ei pysty hyödyntämään sanatonta viestintää, vaan hänen tulee pystyä selvittämään potilaan terveydentila hänen puhelimesta antamiensa tietojen perusteella. Puhelinohjausta käytetään usein päiväkirurgisessa toiminnassa. Päiväkirurgiset potilaat ovat yleensä olleet tyytyväisiä puhelinohjaukseen. On kuitenkin huomioitava, että päiväkirurgiset potilaat ovat usein nuoria ja terveitä. Iäkkäiden potilaiden kohdalla on tarpeen miettiä, kuinka puhelinohjaus heidän kohdalla onnistuu. (Kyngäs ym. 2007, 118, 120.)

Kasvotusten annetun ohjauksen vaihtoehdoksi soveltuu puhelinohjaus ja se on joskus jopa sitä käyttökelpoisempi. Joissakin tapauksissa puhelinohjauksella voidaan korvata polikliininen vastaanottokäynti. (Orava 2010, 61–62; Orava ym. 2012, 232, 235, 239–240.) Se on kestoltaan usein polikliinista vastaanottokäyntiä lyhyempi ja mahdollistaa näin useamman potilaan ohjaamisen samassa ajassa. Puhelinohjauksen joustavuudesta hyötyvät potilaat, jotka eivät pääse tulemaan vastaanotolle esimerkiksi pitkän etäisyyden tai muun syyn vuoksi. Lisäksi potilas säästyy vastaanottokäynnin aiheuttamilta matkakustannuksilta ja ansiomenetyksiltä. Puhelinohjauksen kustannushyötyjä arvioitaessa tulee huomioida puhelinmaksujen ja vaadittavan teknologian aiheuttamat lisäkustannukset. Kustannussäästöjä tärkeämpää on kuitenkin potilaiden ohjaaminen oikeaan aikaan ja tarkoituksenmukaisessa paikassa. (Orava ym. 2012, 238–240.)

Riippumatta siitä, miten ohjausta annetaan, on keskeisimpien asioiden kertaaminen ohjaustilanteen lopuksi tärkeää. Parhaiten muistetaan ensimmäinen ja viimeinen asia, joka on ohjauksessa kerrottu. (Kääriäinen ym. 2005, 28.) Potilaat muistavat ja käsittelevät asioita eri tavoin, minkä vuoksi erilaisten ohjausmenetelmien käyttöön tulisi kiinnittää huomiota (Kääriäinen ym. 2005, 29; Kääriäinen 2008, 11). Ohjausmenetelmistä hoitohenkilökunta hallitsee hyvin vain suullisen yksilöohjauksen (Kääriäinen ym. 2005, 13–14; Kääriäinen 2007, 104, 134). Kuitenkin ohjauksen vaikuttavuuden varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä (Kääriäinen ym. 2005, 29; Kääriäinen 2007, 103).

4 LEIKKAUKSEEN KOTOA ELI LEIKO-TOIMINTAMALLI

4.1 Leiko-toimintamallin kuvaus

Terveydenhuollon haasteena on tuottaa laadukkaasti palveluita suuremmalle määrälle potilaita, mutta pienemmillä kustannuksilla. Yhä kehittyvät hoitomenetelmät ja toisaalta vähäiset resurssit ovat pakottaneet julkisen terveydenhuollon kehittämään toimintamallejaan. (Laisi 2012, 9.) Yksi tapa toiminnan tehostamiseen on hoitojakson lyhyempi kesto. Sairaalaan saapumisen siirtäminen leikkausaamuun leikkausta edeltävän päivän sijaan on yksi keino lyhentää hoitojaksoa. Vain harvoilla potilasryhmillä on esteitä sairaalaan saapumiselle leikkauspäivän aamuna. (Alho & Torkki 2005, 61.) Yhtenä ratkaisuna on kehitetty Leikkaukseen kotoa eli Leiko-toimintamalli. Leiko-toimintamallin kehittäminen aloitettiin vuonna 2000 Hyvinkään sairaalassa, missä olisi pitänyt rakentaa uusi vuodeosasto leikkauspotilaita varten. Vuodeosasto olisi rakennettu täysin tuottamattoman ja passiivisen odotuksen tarpeisiin. Preoperatiivisen prosessin siirtäminen potilaan kotiin poisti tarpeen rakentaa uutta vuodeosastoa. (Laakso & Tohmo 2009, 63–64.) Suomessa yksityispuolella potilaat ovat saapuneet sairaalaan Leiko-tyyppisesti, mutta vastaavaa Leiko-toimintamallia ei ole muualla Euroopan Unionin maissa julkisen terveydenhuollon puolella (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603).

Leiko-toimintamallilla tarkoitetaan yhtenäistä ja yhdenmukaista preoperatiivista prosessia, jonka mukaan potilas tulee sairaalaan leikkauspäivän aamuna kotoa tai laitoksesta turvallisesti ja hyvin valmisteltuna. Potilaat tekevät kaikki leikkaukseen liittyvät valmistelut kotona ja saavat olla kotona mahdollisimman pitkään ennen leikkausta. Leiko-toimintamallia voidaan soveltaa lähes kaikille leikkauspotilaille ja erikoisaloille. Siitä hyötyvät myös suuren riskin potilaat. (Keränen ym. 2008, 3889–3990; Laakso & Tohmo 2009, 63.) Leiko-toimintamallin tavoitteena on hoidon laadukkuus ja tarkoituksenmukaisempi hoito potilaan näkökulmasta. Lisäksi tavoitteena on yhtenäistää hoitokäytäntöjä, tukea asiakaslähtöisyyttä, välttää toimintojen päällekkäisyyksiä sekä lisätä moniammatillista yhteistyötä. Hyvinkään sairaalassa strategisena tavoitteena oli ohjata olemassa olevat resurssit käytettäväksi mahdollisimman tehokkaasti ja karsia pois toiminnot, jotka vievät turhaa henkilökunnan kapasiteettia. (Keränen, Tohmo & Soirinsuo 2003, 3559–3563; Keränen 2006, 1413; Keränen ym. 2006, 3603–3607.) Leiko-toimintamalli lyhentää sairaalassaoloaika. Myös infektioiden määrä on pienempi Leiko-potilailla, koska jokainen sairaalassa vietetty tunti lisää tulehdusriskiä. (Keränen

2006, 1412–1413; Soini ym. 2007, 36–41; Keränen & Keränen 2011, 139.) Hyvinkäällä yli 90 % elektiivisistä leikkauspotilaista saapuu sairaalaan leikkauspäivän aamuna Leiko-yksikön kautta (Tohmo 2010, 310).

Kaikki preoperatiivinen valmistelu, siihen liittyvä osaaminen sekä sairaalassa tapahtuva preoperatiivinen toiminta on koottu Leiko-toimintamallissa fyysisesti samalle alueelle. Toiminnan ja osaamisen keskittäminen sisältää hoidonvarauksen, preoperatiivisen anestesiapoliklinikan, leikkausta edeltävän arvion, potilaan ohjauksen, toimenpidepäivän valmistelun ja siihen liittyvän potilaan ja lääkäreiden tapaamisen. Keskeisten toimijoiden työskennellessä lähellä toisiaan, hyötyinä ovat parempi tiedonkulku, toiminnan tehostuminen, virheriskien väheneminen sekä yhdenmukaiset toimintatavat. (Keränen ym. 2003, 3559–3561; Keränen, Tohmo & Laine 2004, 4739; Laakso & Tohmo 2009, 64; Tohmo 2010, 311.) Leiko-toimintamallissa pystytään eri ammattiryhmien osaaminen ja asiantuntemus kohdistamaan tehokkaasti potilaaseen ja hoidettavaan ongelmaan. Peräkkäisten tai rinnakkaisten tehtävien sijaan moniammatillinen yhteistyö (interdisciplinary) tai yhteisammattillinen toiminta (transdisciplinary) korostuu potilaan eduksi. Toiminta on aikaisempaa ennakoitavampaa ja potilaskeskeisempää. (Tohmo 2010, 310–311.)

Leiko-toimintamalli sitoo 73 % vähemmän henkilökunnan aikaresursseja verrattuna perinteiseen vuodeosastomalliin (Keränen ym. 2006, 3605–3606; Tohmo 2010, 311). Vuodeosaston kautta leikkaukseen tulevien potilaiden ajasta suurin osa kuluu odottamiseen ja siirtymiseen paikasta toiseen. Hyvinkään sairaalassa vuonna 2004 tehdyn tutkimuksen mukaan vuodeosaston kautta tulevien potilaiden preoperatiivinen vaihe kesti 24 h 28 minuuttia, josta 21 h 52 minuuttia kului odottamiseen. Leiko-yksikössä potilaiden ajankäyttö oli tehokkaampaa kuin vuodeosastolla. Leiko-yksikön kautta kulkevien potilaiden keskimääräinen läpimenoaika oli 1h 56 minuuttia. Tästä aktiivista ajankäyttöä oli 36 minuuttia. (Keränen ym. 2006, 3604–3605.) Leiko-toimintamallissa vuodeosaston henkilökunta pystyy keskittymään potilaiden leikkauksen jälkeiseen hoitoon, koska leikkaukseen tulevat potilaat eivät kuormita vuodeosaston henkilökuntaa heidän saapuessaan sairaalaan leikkauspäivänä Leiko-yksikön kautta (Keränen ym. 2008, 3888). Sekä potilaat että hoitohenkilökunta ovat olleet tyytyväisiä toimintatapaan ja toimintamallin selkeään rakenteeseen (Keränen ym. 2006, 3605–3606; Tohmo 2010, 311).

Leiko-yksikössä yhdistyvät potilaan pre- ja intraoperatiivinen leikkausprosessi. Potilasta hoitavan leikkaussalin henkilökunnan ja preoperatiivisen tiimin hyvä yhteistyö on tärkeää. Potilas saapuu sairaalaan toimenpidepäivän aamuna ja siirtyy kävellen Leiko-yksiköstä suoraan leikkaussaliin. Toimenpiteen jälkeen potilas siirtyy heräämöstä postoperatiiviseen jatkohoitoon vuodeosastolle tai valvontayksikköön. Leikkauksesta riippuen kotiutuminen voi tapahtua vasta useiden päivien jälkeen. Leiko-toiminta sisältää myös päiväkirurgisen toiminnan, jolloin potilas kotiutuu leikkauspäivänä. (Keränen ym. 2003, 3561.)

Leikkaushoidonsuunnittelijan rooli korostuu arvioitaessa leikkausjonossa olevien potilaiden soveltuvuutta Leiko-toimintaan. Hoidonvaraustietojen perusteella arvioidaan voiko potilas tulla leikkaukseen kotoa. Huomioitavia tekijöitä ovat anestesiaan vaikuttavat perussairaudet sekä potilaan kyky ymmärtää ja hoitaa leikkausvalmistelut itsenäisesti kotona. Hyvinkäällä Leiko-toiminnan aloittaminen osoitti, että myös iäkkäät potilaat voivat saapua sairaalaan leikkaukspäivän aamuna. Tulevaisuudessa lähes kaikki elektiiiviseen leikkaukseen saapuvat potilaat voivat tulla Leiko-yksikön kautta sairaalaan. Näin pystytään säästämään vähäiset henkilöstöresurssit leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Preoperatiivinen poliklinikka on erottamaton osa toimivaa ja turvallista Leiko-toimintaa. (Keränen ym. 2003, 3559–3661; Keränen ym. 2008, 3888; Tohmo 2010, 310.)

4.2 Leiko-potilaan hoitoprosessi Länsi-Pohjan keskussairaалassa

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja ensisijaisesti Länsi-Pohjan alueen väestölle. Sairaanhoitopiiri kuuluu maamme pienimpiin. Väestöpohja alueella on 66 000 asukasta. Sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat ovat Kemi, Tornio, Keminmaa, Simo, Tervola ja Ylitornio. Yhteistyötä tehdään perusterveydenhuollon, Oulun yliopistollisen sairaalan sekä OYS-ERVA-alueen toisten sairaanhoitopiirien kanssa. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2014, hakupäivä 6.2.2014.)

Länsi-Pohjan keskussairaалassa Leiko-potilaan hoitoprosessi (liite 1) alkaa siitä, kun potilas havaitsee terveysongelman ja hakeutuu lääkärin vastaanotolle perusterveydenhuoltoon tai yksityissektorille. Mikäli sairaus tai vaiva vaatii kirurgista hoitoa, kirjoittaa lääkäri lähetteen kirurgian poliklinikalle Länsi-Pohjan keskussairaalaan. Kirurgian poliklinikalla kirurgi arvioi lähetteen perusteella kutsutaanko potilas kirurgian poliklinikalle

leikkaustarpeen arviointiin ja tarvittaviin lisätutkimuksiin vai annetaanko hänelle leikkausaika suoraan lähetteen tietojen perusteella.

Kirurgian poliklinikalla kirurgi tutkii potilaan ja tekee leikkauspäätöksen yhdessä potilaan kanssa. Leikkauspäätös pitää sisällään diagnoosin, toimenpiteen sekä arvion leikkauksen kiireellisyydestä ja potilaan leikkauksekelpoisuudesta. Samalla arvioidaan potilaan tarve preoperatiiviselle poliklinikkakäynnille. Lisäksi kirurgi arvioi, saapuuiko potilas leikkausta edeltävänä päivänä vuodeosastolle vai soveltuuko hän Leiko-potilaaksi eli saapuu sairaalaan vasta leikkauspäivänä. Kirurgi pyytää tarvittavat muiden erikoisalojen konsultaatiot, mikäli potilaan kunto sitä vaatii. Lääkärin vastaanoton jälkeen potilas ohjataan kirurgian poliklinikan sairaanhoitajan luokse, jossa käydään alustavasti läpi mahdolliset perussairaudet, lääkitykset ja allergiat. Lisäksi hoitaja täyttää potilaasta hoidonvaraustiedot eli asettaa potilaan leikkausjonoon. Potilas saa tiedon leikkausjonoon asettamisesta kirjeellä.

Leikkaushoidonsuunnittelija lähettää kutsukirjeen leikkaukseen potilaalle noin 2–3 viikkoa ennen toimenpidettä. Kutsukirje pitää sisällään toimenpideajan, ohjeet valmistautumisesta leikkaukseen, anestesiaesitieto- ja henkilötietolomakkeen, matkustusohjeen, toimenpidekohtaisen hoito-ohjeen sekä mahdolliset käyntiajat laboratorioon ja röntgeniin. Leikkaushoidon suunnittelija arvioi viime kädessä potilaan tarpeen preoperatiiviselle käynnille ja varaa ajan preoperatiiviselle poliklinikalle noin viikkoa ennen leikkausta.

Potilas valmistautuu leikkaukseen kotona saamien ohjeiden perusteella. Hän lähettää valmiiksi täytetyn esitieto- ja henkilötietolomakkeen Leiko-osastolle kutsukirjeen mukana lähetetyssä palautuskuoressa. Leikkausta edeltävänä päivänä Leiko-osaston sairaanhoitaja tutustuu potilaan sairaskertomukseen sekä tarkistaa laboratorio- ja röntgen-tutkimusten tulokset. Lisäksi Leiko-osaston sairaanhoitaja soittaa potilaalle. Puhelun aikana käydään läpi anestesiaesitiedot, ohjeistetaan leikkauspäivänä otettavista lääkkeistä ja varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt hänelle lähetetyt ohjeet leikkausvalmisteluista. Lisäksi potilasta informoidaan suunnitellusta anestesia muodosta, toimenpiteestä ja toimenpidepäivän kulusta. Mahdollinen sairaalaan tuloajan porrastus suunnitellaan leikkauslistan mukaan ja kerrotaan potilaalle tässä yhteydessä.

Leikkauspäivän aamuna sairaanhoitaja vastaanottaa potilaan Leiko-yksikössä. Potilaalle tehdään tulohaastattelu, mikäli häntä ei ole jostakin syystä haastateltu puhelimesta leikkausta edeltävänä päivänä tai hän ei ole käynyt preoperatiivisella poliklinikalla. Anestesiaesitiedot tarkistetaan ja varmistetaan, että potilas on ollut ravinnotta ja valmistautunut toimenpiteeseen saamiensa ohjeiden mukaan. Tulohaastattelun jälkeen potilas ohjataan vaatteiden vaihtoon. Fysioterapeutti käy antamassa ohjeistuksen potilaalle leikkauksen jälkeistä kuntoutusta varten. Lisäksi kirurgi käy tapaamassa potilaan ja merkaamassa leikkausalueen ennen leikkaussaliin vientiä. Anestesia- ja leikkauslääkäreitä voidaan vielä konsultoida tarvittaessa. Leikkausryhmän sairaanhoitaja käy hakemassa potilaan leikkaussaliin. Yleensä potilas kävelee itse leikkaussaliin. Mikäli potilas on esilääkitty tai huonokuntoisen voidaan hänet viedä leikkaussaliin joko pyörätuolilla tai vuoteella. Toimenpiteen jälkeen potilaan vointia seurataan heräämössä ja sieltä hän siirtyy oman erikoisalain vuodeosastolle jatkohoitoon. Päiväkirurgiset potilaat kotiutuvat Leiko-osaston kautta.

Osa Leiko-potilaista ohjataan preoperatiiviselle poliklinikalle anestesia- ja leikkauskelppoisuuden arviointia ja leikkausta edeltävää ohjausta varten. Potilaat käyvät preoperatiivisella poliklinikalla sairaanhoitajan vastaanotolla. Anestesia- ja leikkauslääkäreitä ja kirurgia konsultoidaan tarpeen mukaan, mikäli potilaan kunto sitä vaatii. Preoperatiivisella poliklinikalla käyvät monisairaajat ja iäkkäät potilaat, sekä kaikki antitromboottista lääkitystä saavat potilaat. Lisäksi osa syöpäpotilaista käy sairaanhoitajan ohjauksella käynnillä.

Vastaanottoa edeltävänä päivänä preoperatiivisen poliklinikan hoitaja tutustuu potilaan sairaskertomukseen ja tarkistaa ennakkoon otetut laboratorio- sekä röntgentutkimusten tulokset. Kun potilas saapuu vastaanotolle, tarkistetaan potilaan anestesiaesitiedot, lääkitys sekä informoidaan leikkaukseen ja toipumiseen liittyvistä asioista. Potilaan verenpaine ja pulssi mitataan sekä tarkistetaan leikkausalueen ihon kunto. Lisäksi hoitaja ohjeistaa leikkausaamuna otettavista lääkkeistä. Potilaalle voidaan vaihtoehtoisesti varata soittoaika prekäynnin sijaan, jolloin hoitaja soittaa potilaalle ja antaa saman ohjeistuksen puhelimesta.

5 PREOPERATIIVINEN POLIKLINIKKATOIMINTA

5.1 Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan kuvaus

Leikkauskelpoisuuden arviointi alkaa jo leikkausta suunniteltaessa. Mahdollisiin operatiiviseen hoitoon liittyvien ongelmien ennakointi alkaa oikeasta leikkausindikaatiosta sekä potilaan hyvästä preoperatiivisesta informoimisesta. Oleellista on, että potilaalla ja hänen omaisillaan on realistinen käsitys toimenpiteen hyödyistä sekä mahdollisista haitoista. Potilaan sitouttaminen osavastuulliseksi leikkaustuloksesta on tärkeää, jotta saavutettaisiin mahdollisimman hyvä lopputulos. Hyvä preoperatiivinen informaatio auttaa potilasta osallistumaan häntä koskevaan päätöksentekoon. Leikkauskelpoisuuden arvioinnin ja potilaan leikkauskunnon optimointi vaatii moniammatillista yhteistyötä. (Kuusniemi ym. 2009, 231–232.) Potilaiden tutkiminen leikkausta edeltävänä päivänä ei ole enää mahdollista, koska potilaat saapuvat usein sairaalaan vasta leikkauspäivänä. Tämän vuoksi on ollut välttämätöntä luoda uusia toimintatapoja. (Karinen & Ali-Melkkilä 2006, 287.) Tähän tarpeeseen on vastattu preoperatiivisilla poliklinikoilla, joiden määrä Suomessa on lisääntynyt. Preoperatiivinen poliklinikkatoiminta on Suomessa järjestelmällisenä ajanvarauspoliklinikan periaatteella toteutettuna vielä uusi toimintatapa. (Laakso & Tohmo 2009, 64.)

Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan ajatuksena on, että osa leikkaukseen tulevista potilaista käy sairaanhoitajan tai anestesia-aläkäriin vastaanotolla 1–4 viikkoa ennen suunniteltua leikkausta. Tavoitteena on, että poliklinikalle kutsutaan vain ne potilaat, jotka todella hyötyvät leikkausta edeltävästä käynnistä. Poliklinikalle ohjattavat potilaat ovat yleensä iäkkäitä ja monisairaita. Lisäksi potilaat, joilla on huono suorituskyky, päihdeongelma, liikalihavuus, pitkäkestoinen tupakointi, jokin puuduteaineallergia tai ongelmia aikaisemmissa anestesoissa tarvitsevat preoperatiivisen poliklinikkakäynnin. Potilaalle varataan aika myös silloin, jos hän sitä itse haluaa. Epäselvissä tapauksissa kirurgi tai hoidonvaraaja voi konsultoida anestesia-aläkäriä, joka halutessaan kutsuu potilaan preoperatiiviselle käynnille. (Glick, Tung, Ferschl & Sweitzer 2006, 226; Keränen ym. 2008, 3887–3990; Kuusniemi ym. 2009, 23; Laisi 2012, 48.)

Potilaiden anestesiakelpoisuus arvioidaan preoperatiivisella poliklinikalla ennalta sovitujen kriteereiden mukaan (Keränen 2006, 1412; Tohmo 2010, 310). Anestesia-aläkäri tapaa potilaan vain vaikeissa tapauksissa. Työn tekemistä moneen kertaan tulee välttää

ja sen vuoksi on tärkeää määritellä, mitä kukin yksikkö tekee kirurgisen potilaan hoitoprosessin eri vaiheissa. Näin vältetään päällekkäisten töiden tekemiseltä ja samojen asioiden toistamiselta kirurgian poliklinikalla ja preoperatiivisella poliklinikalla. (Keränen 2006, 1412–1413.) Lisätietoja potilaiden terveydentilasta saadaan potilaan etukäteen täyttämästä esitietolomakkeesta. Esitietolomakkeessa käydään läpi potilaan perussairaudet ja lääkitykset sekä aikaisemmat anestesiast ja leikkaukset. Preoperatiivisella käynnillä varmistetaan, että kaikki tarvittavat laboratorio- ja röntgentutkimukset on tehty. Oikein suunnatuilla preoperatiivisilla tutkimuksilla on mahdollista saada aikaan huomattavia taloudellisia säästöjä. Käynnin aikana selvitetään potilasta askarruttavat kysymykset anestesiasta ja toimenpiteestä. Mikäli potilas ei voi saapua prepoliklinikan vastaanotolle, on minimitavoitteena antaa riittävä informaatio etukäteen. Tarvittaessa voidaan käyttää puhelinhaastattelua. (Karinen & Ali-Melkkilä 2006, 289–290; Van Klei ym. 2006, 224.)

Preoperatiivinen hoitokäynti toteutetaan rauhallisessa ympäristössä. Käynnin aikana luodaan yhteistyösuhde ja kerätään tietoa, jolla on merkitystä intraoperatiivisessa vaiheessa. Preoperatiivisella käynnillä saadaan ajankohtaista tietoa potilaalta hänen terveydentilastaan ja hänelle annetaan ohjausta ja tietoa leikkaukseen sekä anestesiaan liittyvissä asioissa. Potilaan yksilöllinen huomioiminen helpottaa hänen saapumista toimenpiteeseen. Lisäksi potilas ilmoittaa herkemmin mahdollisista terveydentilassaan ilmenevistä muutoksista, kun häneen saadaan luotua luonteva kontakti preoperatiivisella käynnillä. Myös infektioriskien kartoitus ja niiden minimointi ovat yksi preoperatiivisen käynnin tarkoituksista. (Kuusniemi ym. 2009, 232.)

Tutkimusten mukaan preoperatiivinen käynti on lisännyt potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon sekä vähentänyt ahdistuneisuutta ennen toimenpidettä. Lisäksi potilaiden valmistautuminen leikkaukseen on ollut parempaa. (Ferschl ym. 2005, 8558–8559; Van Klei ym. 2006, 224; Harnett ym. 2010, 72.) Käynti preoperatiivisella anestesiapoliklinikalla on vähentänyt suunnittelemattomia leikkausten peruutuksia, erityisesti iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden kohdalla, sekä parantanut hoidon laatua. Vanhemmat potilaat (yli 60- vuotiaat) ja potilaat joilla on perussairauksia, tulisi lähettää preoperatiiviselle poliklinikalle, koska heidän kohdallaan käynti vähentää merkittävästi toimenpiteiden peruuntumisia. Lisäksi preoperatiivisen poliklinikkakäynnin on todettu vähentävän viiveitä leikkaussalin toiminnassa, erityisesti päivän ensimmäisten potilaiden kohdalla. Tämä havainto tehtiin siitäkin huolimatta, että preoperatiivisella anestesiapolikli-

nikalla käyneet potilaat olivat vanhempia ja anestesia-riskiluokituksestaan korkeampia, kuin potilaat jotka eivät käyneet poliklinikalla. (Van Klei ym. 2002, 101; Ferschl ym. 2005, 858–859; Correll ym. 2006, 1254; Van Klei ym. 2006, 224; Kuusniemi ym. 2009, 232.) Preoperatiivista käyntiä pidetään edellytyksenä sille, että potilas voi saapua kotoa leikkauspäivän aamuna (Van Klei ym. 2002, 92).

Leikkausten peruuntumisilla on monia negatiivisia vaikutuksia potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyteen. Taloudellisia kuluja aiheuttavat toimenpiteen turhat valmistelut ja leikkaussalin tyhjäkäyttö. Leikkausviiveitä vähentämällä voidaan saavuttaa taloudellisia säästöjä. (Ferschl ym. 2005, 858–859.) Päivittäisen anestesiatyön sujuvuus paranee, koska potilaat ovat hyvin valmisteltuja. Lisäksi preoperatiivisen käynnin ollessa 1–4 viikkoa ennen toimenpidettä, siirtyvän tai peruuntuvan leikkauksen tilalle ehditään ottaa toinen potilas ja välttyään leikkaussalin vajaakäytöltä. (Kuusniemi ym. 2009, 234.) Leikkauksesta toipuminen ja kotiutuminen on nopeampaa potilailla, jotka ovat käyneet preoperatiivisella poliklinikalla. Lisäksi preoperatiivinen käynti vähentää leikkauksen jälkeistä pahoinvointia sekä kipulääkkeen tarvetta. (Iivanainen ym. 2010, 473.) Preoperatiivisen käynnin ansiosta potilaiden sairaalassaoloaika on lyhentynyt (Ferschl ym. 2005, 855–859).

Potilaiden tyytyväisyys, tehokkuus ja laatu ovat yhä lisääntyvässä määrin laadun mittareita terveydenhuollon palveluita tarjottaessa. Henkilökunnan antama neuvonta ja ohjaus ovat tärkeimpiä potilastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Potilaiden antamien palautteiden avulla laatua terveydenhuollossa voidaan parantaa. (Hepner ym. 2004, 1103–1104; Edward, Lemaire, Preckel, Oort, Bucx, Hollmann & de Haes 2007, 666; Harnett ym. 2010, 69.) Potilasturvallisuus paranee oikein ajoitetun preoperatiivisen arvioinnin johdosta, erityisesti monisairailta potilailla (Van Klei ym. 2006, 224). Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan avulla pystytään vähentämään terveydenhuollon kustannuksia (Glick ym. 2006, 226; Kuusniemi ym. 2009, 231).

Tietotekniikan kehitys antaa lisämahdollisuuksia preoperatiivisten tietojen keruuseen. Sähköisen potilaskertomuksen käyttöönotto helpottaa tiedonkulkua sairaaloiden eri yksiköiden välillä. Sähköpostin, internetin ja langattoman teknologian suomia mahdollisuuksia hyödynnettäen tulevaisuudessa niin esitietojen keräämisessä kuin arvioitaessa potilaan selviytymistä kotona anestesian ja leikkauksen jälkeen. (Karinen & Ali-Melkkilä 2006, 287.)

5.2 Preoperatiivinen poliklinikkatoiminta Suomen sairaaloissa

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli käynnistää preoperatiivinen poliklinikkatoiminta Länsi-Pohjan keskussairaalaan Leiko-yksikköön. Ennen toiminnan käynnistämistä, kartoitimme Suomen muiden sairaaloiden preoperatiivisia poliklinikkatoimintamalleja mm. tutustumalla sairaaloiden internet-sivuihin, aihetta koskevaan kirjallisuuteen sekä tekemällä puhelinhaastatteluja. Syyskuussa 2012 haastattelimme osastonhoitaja Taina Tarusta Hyvinkään sairaalasta, sairaanhoitaja Minna Nurmikoskea Vaasan keskussairaalaan, projektipäällikkö Jaana Teerijokea Keski-Suomen keskussairaalaan, osastonhoitaja Tarja Lipposta Oulun yliopistollisesta sairaalasta ja endoproteesihoidon Marketta Kempaista Länsi-Pohjan keskussairaalaan. Kaikki haastateltavat ovat vielä tarkistaneet ja tehneet täydennyksiä haastattelujen perusteella kirjoitettuihin kuvauksiin. Tarkastukset tekstiin on tehty tammikuussa 2014.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, Hyvinkään sairaalassa, preoperatiivinen poliklinikkatoiminta aloitettiin vuonna 2006. Toiminta tapahtuu ajavarauksella Leiko-yksikön tiloissa arkisin klo 8–16 välisenä aikana ja ensimmäinen vastaanottoaika on klo 10. Päivän aikana vastaanotolla käy 3–7 potilasta. Hyvinkäällä ei potilaille anneta soittoaikoja lainkaan. Leikkaushoidonvaraajat tilaavat eri erikoisalojen potilaille ajan anestesia- ja lääketieteiden laatimien kriteerien perusteella. Erikoisalot ovat ortopedia, naistentaudit, plastiikkakirurgia, urologia, vatsakirurgia ja korva-, nenä- ja kurkkutaudit. Lisäksi kaikki proteesileikkauksiin tulevat potilaat käyvät preoperatiivisella poliklinikalla. Prepoliklinikalla vastaanottoa pitävät anestesia- ja lääketieteen erikoislääkärit ja sairaanhoitajat. Tarvittaessa kirurgit voivat ohjata potilaan prepoliklinikalle myös päivystyksellisesti. Preoperatiivisella poliklinikalla käyvät monisairaat ja iäkkäät potilaat. Kaikista leikkauspotilaista 13 % käy preoperatiivisella poliklinikalla. (Tarus 25.9.2012, haastattelu; Tarus 23.1.2014, sähköpostiviesti.)

Meilahden sairaalassa preoperatiivinen poliklinikkatoiminta vakinaistettiin vuonna 2006 ja se toimii kirurgian poliklinikan tilojen yhteydessä. Erikoisalot ovat verisuonikirurgia, vatsaelinkirurgia, urologia ja osittain thorax-kirurgia. Prepoliklinikalla vastaanottoa pitävät anestesia- ja lääketieteen erikoislääkärit ja sairaanhoitajat. Vastaanotolla käyvät potilaat, joilla on tulevaan leikkaukseen liittyen tavallista enemmän riskejä. Kaikki tarvittavat tutkimukset on tehty etukäteen. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin muista sairaaloista voidaan tehdä konsultaatiopyyntöjä Meilahden sairaalan prepoliklinikalle. Suunniteltujen leik-

kausten peruuntumiset siitä syystä, että potilas ei ole anestesia- tai leikkaukelpoinen, ovat vähentyneet prepoliklinikkatoiminnan ansiosta. (Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, hakupäivä 12.9.2012.)

Turun yliopistollisen keskussairaalan Kirurgisessa sairaalassa aloitettiin preoperatiivinen poliklinikkatoiminta vuonna 2005 tekonivelkirurgian vuodeosastolta ja toimintaa on vaiheittain lisätty jokaisella vuodeosastolla. Vastaanottoa pitää endoproteesisairaanhoitaja. Potilas tapaa anestesia- ja ASA-luokan ollessa kolme tai sen yli. Lisäksi fysioterapeutti osallistuu hoidon suunnitteluun preoperatiivisessa vaiheessa. Tarvittavat tutkimukset on tehty ennen prepoliklinikkakäyntiä. Preoperatiivisella käynnillä yhdessä potilaan kanssa sovitaan myös anestesian muodosta. Iäkkäiden tai suuren riskin potilaiden hoitoa suunniteltaessa, on eduksi, jos myös omainen on mukana. (Kuusniemi ym. 2009, 231.)

Vaasan keskussairaalassa preoperatiivisella poliklinikalla on preoperatiivisten käyntien ja – soittojen lisäksi Leiko-toiminta. Preoperatiivinen käynti tai soitto on noin 1–2 viikkoa ennen leikkausta. Vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat ja tarvittaessa konsultoidaan kirurgia, anestesia- ja fysioterapeuttia, sydänhoitajaa, uroterapeuttia tai rintasyöpähoitajaa. Potilaasta otetaan tarvittavat laboratorio- ja röntgentutkimukset. Leikopotilaille soitetaan vielä leikkausta edeltävänä päivänä, jolloin kerrataan ohjeistus ja varmistetaan sairaalaan tuloaika. Vaasassa suurin osa (90 %) suunniteltuun leikkaukseen tulevista potilaista saapuu preoperatiivisen poliklinikan kautta. Myös suurin osa päiväkirurgisista potilaista puhelinhaastatellaan prepoliklinikalla ja osa heistä tulee ensikäynnille sairaanhoitajan ja lääkärin vastaanotolle. (Nurmikoski 25.9.2012, haastattelu; Nurmikoski 23.1.2014, sähköpostiviesti.)

Keski-Suomen keskussairaalassa Jyväskylässä on maaliskuussa 2013 avattu uusi preoperatiivinen yksikkö, mihin on keskitetty koko leikkaustoiminnan ohjaus sekä preoperatiivinen poliklinikkatoiminta. Toimenpidesuunnittelijat varaavat ajan leikkaukseen sekä ohjelmoivat ajan tarvittaessa tulotarkastukseen. Preoperatiiviset soitot on keskitetty ja soittoaikoihin on varattu aikaa 20 minuuttia potilasta kohden. Potilaita on kaikilta erikoisaloilta, sisältäen myös elektiiviset sektiopotilaat. Preoperatiivisessa yksikössä toimii anestesia- ja ASA-luokan ollessa kolme tai sen yli. Lisäksi fysioterapeutti osallistuu hoidon suunnitteluun preoperatiivisessa vaiheessa. Tarvittavat tutkimukset on tehty ennen prepoliklinikkakäyntiä. Preoperatiivisella käynnillä yhdessä potilaan kanssa sovitaan myös anestesian muodosta. Iäkkäiden tai suuren riskin potilaiden hoitoa suunniteltaessa, on eduksi, jos myös omainen on mukana. (Kuusniemi ym. 2009, 231.)

konsultaatiot ovat saatavilla heti. (Teerijoki 6.9.2012, haastattelu; Teerijoki 23.1.2014, sähköpostiviesti.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa preoperatiivinen poliklinikka toimii Leiko-osaston yhteydessä. Poliklinikka on avoinna arkisin klo 7–15. Potilaita saapuu poliklinikalle alkaen klo 8 ja he tulevat porrastetusti klo 11 asti. Leiko-osaston sairaanhoitajat haastattelevat potilaan ja ohjaavat leikkaukseen valmistautumisessa. Potilas tapaa anestesia-ääkärin ja leikkaavan kirurgin sekä tarvittaessa fysioterapeutin. (Lipponen 6.9.2012, haastattelu, Lipponen 23.1.2014, sähköpostiviesti.)

Länsi-Pohjan keskussairaalassa endoproteesihoitaja ja ortopedi ovat pitäneet prepoliklinikkaa kirurgian poliklinikan yhteydessä vuodesta 2000. Leikkaushoidonsuunnittelija varaa ajan endoproteesihoitajan vastaanotolle. Preoperatiivinen käynti on 2–3 viikkoa ennen suunniteltua leikkausta ja aikaa on varattu yksi tunti potilasta kohden. Päivän aikana prepolilla käy 4–5 potilasta. Samana päivänä potilas käy myös fysioterapeutin ohjauksessa. Tarvittavat laboratorio- ja röntgentutkimukset otetaan ennen vastaanottoa. (Kempainen 28.8.2012, haastattelu.)

6 KIRURGISEN POTILAAN OHJAUS PREOPERATIIVISELLA POLIKLINIKALLA

6.1 Kirurgisten potilaiden tiedontarpeet ja kokemukset saamastaan ohjauksesta

Potilaan ohjaaminen ja tiedon antaminen on keskeinen osa hoitotyötä (Iivanainen & Syväoja 2012, 255). Kirurgisen potilaan ohjaus alkaa siitä, kun leikkauspäätös on tehty (Lukkari ym. 2007, 32). Tietoa tulee antaa potilaalle koko hoitoprosessin ajan (Lukkari ym. 2007, 34; Iivanainen & Syväoja 2012, 255). Kirurgiset potilaat tarvitsevat sekä biofysiologista että toiminnallista tietoa (Eloranta, Vähätalo, Rasmus, Elomaa & Johansson 2010, 9). Potilaat tarvitsevat tietoa omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, etenemisestä, uusiutumisen riskeistä, mahdollisista komplikaatioista, lääkityksestä sekä sairauteen liittyvästä epävarmuudesta (Kyngäs ym. 2007, 124). Lisäksi he odottavat ohjauksen aikana rohkaisua ja mahdollisuutta ilmaista sairauteen liittyviä tunteita (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 211).

Alasen (2002) tutkimuksessa potilaat (n=855) pitivät tiedonsaantia tärkeänä sekä ennen sairaalaan tuloa että sen aikana. Tärkeimpinä pidettiin sairauteen ja sen hoitoon, kuten tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvää tietoa. Tutkimuksen mukaan potilaiden tiedontarpeissa ja tiedonsaannissa oli suuria yksilöllisiä eroja. Potilaat olivat saaneet riittävästi tietoa sairautta ja sen hoitoa koskevilta tiedonalueilta. Riittämätöntä oli tieto eri hoitovaihtoehdoista, sairauden ennusteesta, riskeistä, sosiaalietuuksista ja potilaan oikeuksista. Tärkeimpänä tiedonlähteenä potilaat pitivät hoitohenkilökuntaa. He toivoivat saavansa enemmän aikaa keskusteluun henkilökunnan kanssa sekä avoimuutta ja selkokieli-syyttä keskusteluihin. (Alanen 2002, 33, 51–55.)

Palokosken (2007) tutkimuksessa kirurgiset potilaat (n=103) olivat pääasiassa tyytyväisiä tiedonsaantiin ohjauksessa. Ohjauksella oli vaikutusta potilaiden selviytymiseen kotona. Tutkimuksen mukaan potilaat olivat hyvin selvillä peseytymiseen ja kivunhoitoon liittyvistä asioista sekä tietoisia siitä, mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Sen sijaan haavanhoidon tarkkailuun liittyvää tietoa potilaat olisivat kaivanneet enemmän. Kokemukset ohjaustilanteista olivat pääasiassa hyviä, mutta potilaat kokivat, että hoitajilla ei ollut riittävästi aikaa ohjaukseen eikä potilaiden elämäntilannetta ei huomioitu riittävästi. Potilaat toivoivat lisää tietoa hoitoon, leikkausta edeltävän päivän ohjelmaan ja jatkohoitoon liittyen. Kotiutumisen yhteydessä saatu epikriisi koettiin hyväksi asiaksi,

mutta sitä toivottiin suomenkielisenä. Palokosken mukaan ohjauksessa tulisikin kiinnittää huomiota potilaiden tiedonsaantiin haavanhoidon komplikaatioista, mahdollisista liikkumiseen liittyvistä rajoituksista sekä kivunhoidosta. (Palokoski 2007, 23, 57–58, 61–66.)

Alaloukusa-Lahtisen (2008) tutkimuksessa kirurgisten potilaiden (n=172) sairaalassa saama ohjaus oli pääsääntöisesti riittävää ja ohjausta pidettiin tärkeänä. Potilaiden arvioiden mukaan sairauteen ja sen hoitoon liittyvä ohjaus oli riittäväntä. Näitä pidettiin myös ohjauksen tärkeimpänä sisältöalueena. Sosiaaliseen tukeen liittyvää ohjausta arvioitiin vähiten tärkeäksi ja siihen liittyvä ohjaus oli myös puutteellisinta. Ohjaustilanteet olivat hyvin suunniteltuja ja potilaat arvioivat saaneensa riittävästi tietoa niiden aikana. Ohjaukseen osallistuvan henkilökunnan välinen yhteistyö oli toimivaa ja ohjaustilanteen ilmapiiri sekä vuorovaikutus asiantuntevaa ja hyvää. Potilasohjaukseen oli käytössä riittävästi aikaa ja asianmukaiset tilat. Henkilökunta käytti ymmärrettävää kieltä ohjaustilanteessa ja potilailla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja ilmaista mielipiteitään. Potilaat arvioivat saamansa ohjauksen hyödylliseksi. Ohjaus lisäsi heidän itsehoitovalmiuksiaan ja auttoi asennoitumaan myönteisesti hoitoonsa. Sen sijaan omaisten huomiointi ohjauksessa toteutui huonosti. Myös ohjauksen apuvälineitä henkilökunta osasi käyttää huonosti. Potilaat arvioivat henkilökunnan ohjaustiedot ja -taidot hyväksi, mutta ohjaukseen asennoitumisessa ilmeni puutteita. Henkilökunta hallitsi parhaiten suullisen henkilökohtaisen ohjauksen ja se oli yleisimmin käytetty ohjausmenetelmä. Viidesosa potilaista ei saanut kirjallista ohjausmateriaalia ollenkaan. (Alaloukusa-Lahtinen 2008, 17, 51–55, 61–62.)

Heino (2005) tutki väitöskirjassaan päiväkirurgisen polvinivelpotilaan ohjauksen toteutumista potilaan (n=173) ja hänen perheenjäsenensä (n=161) näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan potilaiden taustatiedoilla oli vaikutusta heidän saamaansa ohjaukseen. Vähemmän suullista ohjausta saivat yli 65-vuotiaat ja alhaisemmin koulutetut potilaat. Ensimmäistä kertaa tähytyksessä olleet potilaat saivat sekä kirjallisia että suullisia ohjeita muita vähemmän. Perheenjäsenet eivät yleensä olleet mukana potilaan ohjaustilanteessa, vaan he saivat leikkauksen jälkeistä kotihoitoa koskevat tiedot potilaalta itseltään. Heino mukaan ohjauksessa tulisikin kiinnittää enemmän huomiota ensimmäistä kertaa toimenpiteessä oleviin potilaisiin. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulisi huomioida nykyistä enemmän perheenjäsenten ohjaus, koska he ovat tärkeä tuki potilaan hoidossa. Myös leikkausta edeltävän ohjauksen ajankohtaan tulisi kiinnittää huomiota. Leikkauk-

seen valmistautumisen tulisi perustua hoitohenkilökunnan antamaan ohjaukseen eikä jäädä potilaan ja hänen perheenjäsenen hankkiman tiedon varaan. (Heino 2005, 46, 93, 99, 100–103, 107.)

Lisman (2010) tutkimuksessa ortopedisten potilaiden (n=54) leikkausta edeltävässä tiedonsaannissa ilmeni puutteita. Tutkimus oli rajattu koskemaan leikkausta edeltävää kirjallista ohjausta. Kirjallisen ohjauksen lisäksi potilaat olivat käyttäneet puhelinohjausta apuna leikkaukseen valmistautumisessa. Tutkimuksen mukaan potilaat olisivat toivoneet enemmän tietoa valmistautumisesta leikkaukseen, toipumisesta ja sairausloman pituudesta. Lääkäriltä toivottiin enemmän tietoa leikkaukseen liittyvistä riskeistä ja itse toimenpiteestä. Lisäksi potilaat toivoivat sairaanhoitajan yhteydenottoa puhelimitse ennen leikkausta. (Lisma 2010, 46–47, 55–56.)

Rankisen, Salanterän, Heikkisen, Johanssonin, Koljoson, Virtasen & Leino-Kilven (2003) tutkimus koski kirurgisten potilaiden odotuksia ja tiedonsaantia. Tutkimuksen mukaan kirurgisten potilaiden (n=237) tiedonsaanti oli puutteellista. Tutkimuksesta kävi ilmi, että potilaat odottivat saavansa tietoa enemmän kuin he saivat. Eniten ohjausta saatiin biofysiologisen ja toiminnallisen tiedon alueilta. Rankisen ym. mukaan kirurgisille potilaille biofysiologinen ja toiminnallinen tieto on tärkeää toipumisprosessin kannalta. Potilaat odottavat saavansa eniten tietoa näiltä osa-alueilta ja näin ollen myös hoitajat voivat korostaa enemmän tätä näkökulmaa. Vähiten potilaat saivat ohjausta kokemuksellisen, eettisen, sosiaalisen ja taloudellisen tiedon alueilta. Potilaiden tiedon saanti oli yhteydessä ikään, sukupuoleen ja koulutustasoon. Naiset, nuoremmat potilaat ja korkeammin koulutetut saivat vähemmän tietoa. Rankisen ym. mukaan näiden potilaiden ohjaukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Kaikki kirurgiset potilaat eivät tarvitse samanlaista tietoa, minkä vuoksi on tärkeää, että ohjaus on yksilöllisesti toteutettua. (Rankinen ym. 2007, 113, 115–118.)

Lahti (2013) tutki ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään neurokirurgisen potilaan kokemuksia saamastaan leikkausta edeltävästä ohjauksesta voimavaraistumista tukevan ohjauksen näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneet neurokirurgian klinikan potilaat (n=124) olivat saaneet preoperatiivista ohjausta vastaanottokäynnillä tai puhelinohjauksena. Tutkimuksen mukaan potilaat pitivät preoperatiivista käyntiä tarpeellisena. Tiedonsaantia koskevat tutkimustulokset olivat samankaltaisia edellä mainitun Rankisen ym. (2003) tutkimuksen kanssa. Myös Lahden tutkimuksen mukaan potilaat oli-

vat saaneet eniten tietoa biofysiologiselta ja toiminnalliselta alueelta. Leikkauspotilaiden näkökulmasta tärkeimpänä sisältöalueena pidetään juuri biofysiologista ja toiminnallista tietoa. Potilaat halusivat tietää leikkaukseen ja toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Vähiten tietoa oli saatu taloudelliselta ja sosiaaliyhteisölliseltä alueelta. Toisaalta taloudellisia ja sosiaaliyhteisöllisiä tiedon alueita potilaat pitivät vähemmän tärkeinä. Potilaat toivoivat, että kotiutumiseen ja kuntoutumiseen liittyviä asioita käsiteltäisiin ennen leikkausta. Näin potilas voisi tarvittaessa hankkia valmiiksi esimerkiksi apuvälineitä kotiin. Potilaat toivoivat fysioterapeutin ohjausta kuntoutumisen ja apuvälineiden hankinnan helpottamiseksi. Suurin osa potilaista arvioi leikkausta edeltävän ohjauksen parhaaksi ajankohdaksi vähintään viikkoa tai kahta ennen toimenpidettä. Osa potilaista toivoi ohjausta jo leikkauspäätöksen yhteydessä, mutta samalla he toivoivat asioiden kertaamista ennen toimenpidettä. (Lahti 2013,13, 15, 18, 27, 39–40, 42.)

Lahden (2013) mukaan potilaiden leikkausta edeltävä ohjaus tulisi aloittaa jo leikkaukspäätöksen yhteydessä. Myös kirjallinen materiaali tulisi antaa hyvissä ajoin. Preoperatiivisella käynnillä potilaan yksilöllinen tiedontarve tulisi varmistaa, jotta voidaan paremmin vastata potilaan ohjaustarpeisiin. Preoperatiivisessa ohjauksessa korostuvat usein leikkauksen valmistautumiseen liittyvät asiat, mutta huomiota tulisi kiinnittää potilaan yksilöllisiin ohjaustarpeisiin. Ohjaukseen tulisi sisällyttää enemmän toipumiseen, kotiutumiseen ja kuntoutumiseen liittyvää tietoa. (Lahti 2013, 44–45.)

6.2 Leikkausta edeltävä ohjaus

Kirurgisten potilaiden hoitoajat sairaalassa ovat lyhyet ja he itse huolehtivat sairaalan ulkopuolella suuren osan hoidostaan. Yleensä lyhytkestoisessa ja kertaluonteisessa pre-, intra- ja postoperatiivisen vaiheen ohjauksessa ovat omat erityispiirteensä, vaikkakin ohjaukseen liittyvät peruseräpäätökset ovat samantyyppisiä. (Kyngäs ym. 2007, 30.) Ennen toimenpidettä annettava ohjaus tulisi rajata koskemaan itse toimenpidettä, siihen liittyviä riskejä ja toipumiseen liittyviä asioita (Kähkönen, Saaranen & Kankkunen 2012, 208). Ohjauksessa käsiteltävät asiat vaihtelevat myös leikkauksen mukaan (Kyngäs ym. 2007, 30). Leikkauspotilaat kokevat usein nukutukseen, leikkaukseen ja sen tulokseen liittyvää ahdistusta ja huolestuneisuutta. Huomattavaa ahdistusta koetaan erityisesti silloin, kun potilas on saanut vähän etukäteistietoa ja leikkauksen lopputulos on epävarma kuten esimerkiksi syöpäleikkauksissa. (Jahren Kristofferssen 2006, 467–468.) Potilaat odottavat saavansa tietoa toimenpidepäivän kulusta, valmisteluista, toimenpi-

teestä, anestesia- ja ravitsemuksesta ja kotiutumisesta. Tietoa tulisi antaa hoitoon liittyvistä toiminnoista ja tapahtumista sekä niiden ajankohdasta. (Hautakangas ym. 2003, 44.)

Toimenpiteeseen liittyvä tieto pitää sisällään kuvauksia tulevasta toimenpiteestä, sen tarkoituksesta, välineistä ja menettelytavoista. Tutkimukset ovat osoittaneet toimenpiteeseen liittyvän tiedon olevan potilaille merkityksellistä. (Jahren Kristofferssen 2006, 468.) Potilaille tulisi antaa tietoa hengitysharjoituksista, yskimisestä ja liikkumisesta leikkauksen jälkeen. Lisäksi heille tulisi antaa tietoa mahdollisista dreeneistä, monitoireista tai muista erityislaitteista, joita heillä tulee olemaan leikkauksen jälkeen. Menettelytapoihin liittyvä tieto on yksityiskohtaisempaa tietoa esimerkiksi siitä, milloin suonen sisäinen nesteytys aloitetaan, miten tulee pukeutua toimenpiteeseen tullessa sekä kivunhallintaan ja anestesiaan liittyvistä asioista. (Neil 2011, 343.) Huomiota tulisi kiinnittää potilaiden informoimiseen anestesian riskeistä ja kuinka he voivat omalla terveystietoisuudellaan, kuten tupakoinnin lopettamisella ja ravitsemuksen parantamisella, vähentää näiden riskien syntymistä (Puro, Pakarinen, Korttila & Tallgren 2013, 367, 370).

Toimenpiteeseen liittyvän tiedon lisäksi leikkausta edeltävässä ohjauksessa korostuvat potilaan aistikokemuksiin ja rooliin liittyvä tieto. Aistikokemuksiin liittyvällä tiedolla tarkoitetaan tietoa siitä, mitä potilas voi odottaa tuntevansa, kokevansa, kuulevansa ja näkevänsä toimenpiteen aikana ja toipumisvaiheessa. (Hautakangas ym. 2003, 44; Jahren Kristofferssen 2006, 468–469; Neil 2011, 342.) Lisäksi potilas tarvitsee tietoa omasta roolistaan, jotta hän voi toimia sopivalla tavalla (Hautakangas ym. 2003, 44; Jahren Kristofferssen 2006, 468–469). Tämä voi olla esimerkiksi tietoa siitä, miten hänen odotetaan käyttäytyvän toimenpiteen aikana ja leikkauksen jälkeen. Se voi olla tietoa vuodelevosta, asento- ja hoitotavoista, liikkumisesta, hygieniasta sekä sidosten, katetrien ja dreeneiden käsittelystä. (Jahren Kristofferssen 2006, 468–469.) Potilaat odottavat henkilökunnan huomioivan heidän pelkonsa ja jännittyneisyyden (Hautakangas ym. 2003, 44). Emotionaalinen tuki ja potilaan tunteiden käsittely ovat tärkeä osa potilasohjausta (Eloranta ym. 2010,10).

Hyvällä leikkausta edeltävällä valmistelulla ja ohjauksella on todettu olevan positiivinen vaikutus potilaiden kokemaan ahdistukseen ja kipuun (Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto & Salanterä 2005, 212, 221; Jahren Kristofferssen 2006, 468; Lukkari ym. 2007, 33). Lisäksi se edistää potilaan kuntoutumista leikkauksen jälkeen (Jahren Kris-

tofferssen 2006, 468; Lukkari ym. 2007, 33; Holmia ym. 2010, 64; Puro ym. 2013, 370). Hyvin ohjatut potilaat ovat leikkauksen jälkeen aktiivisempia, heille kehittyy vähemmän leikkauskomplikaatioita ja he kotiutuvat nopeammin kuin vähemmän ohjausta saaneet potilaat (Holmia ym. 2010, 64; Neil 2011, 341). Tiedon antaminen potilaalle hyvissä ajoin ennen toimenpidettä on monella tapaa hyödyllistä. Se mahdollistaa potilaan valmistautumisen leikkaukseen eri tavalla kuin, että ohjausta annettaisiin vasta leikkauspäivänä. (Jahren Kristofferssen 2006, 470.) Suunniteltuun leikkauksiin tuleville potilaille kirjallinen materiaali lähetetään kotiin ennen sairaalaan tuloa (Jahren Kristofferssen 2006, 470–471; Lahti 2013, 44). Näin potilaalla on mahdollisuus tutustua rauhassa ohjeisiin ja paremmat edellytykset ymmärtää ja hyödyntää saamaansa tietoa. Lähetettyä kirjallista materiaalia voidaan hyödyntää myöhemmin sairaalassa tapahtuvan ohjauksen perustana. (Jahren Kristofferssen 2006, 470–471.)

7 PREOPERATIIVISEN POLIKLINIKKATOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN LÄNSI-POHJAN KESKUSSAIRAALAN LEIKO-YKSIKKÖÖN

7.1 Kehittämiprojekti Leiko-yksikössä

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli käynnistää uutena toimintamuotona preoperatiivinen poliklinikkatoiminta Länsi-Pohjan keskussairaalan Leiko-yksikköön. Tavoitteena oli, että preoperatiivinen poliklinikkatoiminta jää pysyväksi osaksi käytännön työtä kehittämisprojektin päätyttyä. Kehittämisprojekti sai alkunsa operatiivisen tulosalueen ylihoitajan Maritta Rissasen ehdotuksesta. Projektin toimeksiantajana oli Länsi-Pohjan keskussairaala.

Projektimainen työskentely on siirtynyt hyvinvointipalveluihin yritysmaailmasta. Näihin hyvinvointipalveluihin luetaan kuuluvaksi myös terveydenhuolto. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011,16, 61.) Taustalla ovat olleet yhteiskunnan vaatimukset sosiaali- ja terveystalouden tehostamisesta ja laadun parantamisesta (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 11; Paasivaara ym. 2011,16, 61). Projekti on ainutkertainen ja edustaa hyvin rajattua sekä tarkoin määriteltyä toimintaa (Ruuska 2006, 22–23; Paasivaara ym. 2008,7-8; Paasivaara ym. 2011, 17–18). Se on joukko ihmisiä ja resursseja, jotka on koottu tilapäisesti yhteen suorittamaan tiettyä tehtävää ennalta sovitun budjetin ja aikataulun rajoissa (Ruuska 2006, 21–22). Projektista voidaan käyttää myös nimitystä kehittämisprojekti (Paasivaara ym. 2008,7–8; Paasivaara ym. 2011, 17).

Projektin vahvuutena voidaan pitää sen kohdentumista erilaisten ongelmien ratkaisuun. Sen avulla pyritään luomaan uusi, aikaisempaa parempi toimintatapa. Tavoitteena on, että projektin aikana kehitetty asia tai toimintatapa jää pysyväksi osaksi käytännön työtä. (Paasivaara ym. 2008,7–8; Paasivaara ym. 2011, 17.) Työyhteisöt ja organisaatiot käyttävät erilaisia projekteja kehittämistyössään. Valtaosa projekteista kohdentuu joko työn sisältöihin ja niiden kehittämiseen tai järjestelmä- tai organisaatiotasoihin kysymyksiin. Projektin tarpeellisuutta tulee aina harkita, koska turhat projektit aiheuttavat työyhteisössä ylikuormittumista ja hallitsematonta uusiutumista. (Paasivaara ym. 2011,16, 26–27, 45, 61.) Projekti perustuu aina asiakkaan tilaukseen. Asiakas voi olla oman organisaation sisältä tai toisesta organisaatiosta. (Ruuska 2006, 22–23).

Menestyvän projektin edellytyksenä on, että se on tavoitteellista ja hyvin suunniteltua toimintaa. Projektityöntekijät pitävät kiinni laadituista aika- ja budjettiresursseista. (Paasivaara ym. 2008, 8; Paasivaara ym. 2011, 17–18.) Projektin tavoitteen tulee olla selkeästi määritelty (Ruuska 2006, 25; Paasivaara ym. 2011, 44). Tavoitteena voi olla kokonaan uuden tuotteen tai palvelun kehittäminen tai olemassa olevan järjestelmän tai toimintojen muuttaminen (Ruuska 2006, 29). Tavoite tulee määritellä niin, että se on mitattavissa ja sen toteutumista pystytään arvioimaan projektin edetessä (Paasivaara ym. 2011, 44–45). Toimintaa on suunnattava uudelleen, mikäli vaikuttaa, että tavoitteeseen ei päästä. Tavoitetta voidaan myös muuttaa projektin toteutusvaiheessa, kunhan se tapahtuu projektiorganisaation yhteisellä päätöksellä. (Paasivaara ym. 2011, 106.)

Projektin onnistuminen edellyttää sitoutumista ja ryhmätoimintaa (Paasivaara ym. 2008,8; Paasivaara ym. 2011, 17–18). Lisäksi se edellyttää ajallista panostusta ja oikein mitoitettuja resursseja. Projektin resurssit voivat olla taloudellisia tai liittyä henkilöstöön. Terveysalalla projektit toteutetaan yleensä päivittäisen työn ohella. (Paasivaara ym. 2011, 31, 43, 94.) Tämän vuoksi on mietittävä, kuinka perustyö pystytään hoitamaan projektin ohella (Paasivaara ym. 2008, 14; Paasivaara ym. 2011, 31). Henkilöstön motivaatiota voi lisätä se, että projektilla on selkeä yhteys perustyöhön. Projektin kesto voi vaihdella muutamasta viikosta useaan vuoteen. (Paasivaara ym. 2011, 43, 94, 138.)

Kehittämiprojekti toteutettiin oman päivittäisen työn ohella ja kehittämiprojektia varten Länsi-Pohjan keskussairaala myönsi kymmenen palkallista koulutuspäivää projektinvetäjille. Prepoliklinikkatoiminta käynnistettiin Leiko-yksikön tiloissa olevaan tutkimushuoneeseen ja minkäänlaista remonttia ei tarvittu. Materiaalikuluja aiheutui ainoastaan puhelimen hankinnasta poliklinikalle. Leiko-yksikön toimintaa ja työtapoja muutettiin kehittämiprojektin alkaessa niin, että iltavuoron hoitajista toinen työskenteli osan työvuorostaan preoperatiivisella poliklinikalla. Kehittämiprojektin alkuvaiheessa projektinvetäjät työskentelivät preoperatiivisella poliklinikalla. Leiko-yksikön muut sairaanhoitajat perehdytettiin prepoliklinikalle toiminnan käynnistymisen jälkeen. Tämän vuoksi ei lisäkustannuksia henkilökunnan rekrytoinnista tullut. Kuluja aiheutui tutustumiskäynnistä Hyvinkään aluesairaalaan, josta haettiin mallia preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistämiseen. Projektityöntekijöiden innostusta preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan kehittämiseen lisäsi se, että kehittämiprojektilla oli selkeä yhteys oman työyksikön toiminnan ja työn kehittämiseen.

Projektiorganisaatio, joka vastaa projektin toteutuksesta kootaan projektin suunnitteluvaiheessa (Paasivaara ym. 2008, 122; Paasivaara ym. 2011, 91). Sen koko ja rakenne voivat vaihdella projektin vaiheen mukaan. Projektiryhmä muodostuu asiantuntijoista, joiden työpanosta tarvitaan tavoitellun lopputuloksen aikaansaamiseksi. (Ruuska 2006, 26, 158.) Päävastuu projektin toteutumisesta on projektipäälliköllä (Ruuska 2006, 26; Paasivaara ym. 2011, 91). Projektipäälliköstä voidaan käyttää myös nimitystä projektinvetäjä (Paasivaara ym. 2008, 110). Hänellä voi olla tukena ohjaus- tai johtoryhmä, joka ohjeistaa ja arvioi projektin toimintaa ja etenemistä kokonaisuutena (Paasivaara ym. 2011, 91, 168). Ohjaus- tai johtoryhmä on myös projektin ylin päätöksentekoeelin (Ruuska 2006, 26).

Tämän kehittämissuunnitelmassa projektinvetäjinä toimivat Leiko-yksikön sairaanhoitajat Mari Hietala ja Katariina Lappalainen. Projektiryhmän muodostivat Leiko-yksikön henkilökunta, johon myös projektinvetäjät kuuluivat. Kehittämissuunnitelman ohjausryhmään kuuluivat operatiivisen tulosalueen ylihoitaja Maritta Rissanen, operatiivisen tulosalueen ylilääkäri Outi Nyberg, anestesiaylilääkäri Jorma Heikkinen, anestesia- ja leikkauksen ylilääkäri Juha Vatanen, Leiko-yksikön osastonhoitaja Eeva Junnonaho ja apulaisosastonhoitaja Riitta Vanhatalo. Yhteistyötahoina toimivat leikkaushoidonsuunnittelijat, Leiko-yksikön, leikkausyksikön, kirurgian poliklinikan, kirurgisten vuodeosastojen sekä fysioterapiaosaston henkilökunta. Kehittämissuunnitelman työelämän mentorina toimi ylihoitaja Maritta Rissanen. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Lapin ammattikorkeakoulun yliopettajat Airi Paloste ja Anneli Paldanius. Työn opponijana toimi sairaanhoitaja, ylempi AMK-opiskelija Jenni Heikkuri.

Projektin elinkaari jaetaan yleensä kolmesta viiteen vaiheeseen (Paasivaara ym. 2008, 103–104; Paasivaara ym. 2011, 82). Vaiheet voidaan jakaa mm. seuraavasti; kehittämistarpeen tunnistaminen, suunnitteluvaihe, toteuttamisvaihe, päättämisen vaihe, arviointi ja projektin sulauttamisen vaihe. Projekti lähtee liikkeelle kehittämistarpeen tunnistamisesta (Paasivaara ym. 2008, 103–104, 121–122.) Suunnitteluvaiheessa keskitytään tavoiteltavan lopputuloksen ja sen saavuttamiseksi tarvittavien keinojen pohdintaan, sekä resursien ja aikataulun suunnitteluun (Paasivaara ym. 2011, 84). Suunnitteluvaiheeseen kuuluu projektisuunnitelman laadinta. Projektisuunnitelma on toimintasuunnitelma ja samalla yhteistyösopimus sekä projektin johtamisen väline. Projektisuunnitelman laadinnasta vastaa projektipäällikkö. (Paasivaara 2008, 125.)

Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan suunnittelu sekä toiminnan aloittamiseen liittyvät valmistelut tehtiin syksyn 2012 aikana. Syksyn aikana projektinvetäjät perehtyivät preoperatiivista poliklinikkatoimintaa, Leiko-toimintaa ja projektityötä koskevaan kirjallisuuteen, sekä kotimaisiin että ulkomaisiin tutkimuksiin. Projektinvetäjät laativat projektisuunnitelman loka-marraskuun 2012 aikana. Joulukuussa 2012 projektisuunnitelma esitettiin ohjausryhmälle ja yhteistyötahoille. Hankkeistussopimus (liite 2) projektin aloittamisesta Länsi-Pohjan keskussairaalan kanssa tehtiin joulukuussa 2012, sen jälkeen kun projektisuunnitelma oli hyväksytty. Suunnitteluvaiheessa päädyttiin siihen, että kehittämisprojekti aloitetaan tammikuussa 2013 ja toteutetaan vuoden kestäväenä projektina.

Projektin toteuttamisvaihe on varsinainen työskentelyvaihe, jolloin projektin tulokset luodaan. Tämä vaihe pääsee alkamaan kun projektisuunnitelma on valmis ja organisaatio, henkilöstö sekä muut resurssit ovat kunnossa. Toteutusvaiheen aikana kaikkien projektiin osallistuvien roolit ovat tärkeitä. Toteuttamisvaiheessa korostuvat projektista tiedottaminen, projektiin osallistuvien välisen viestinnän ja ryhmätyön toimivuus sekä henkilöstön motivaation ylläpitäminen. (Paasivaara ym. 2008, 132–133.) Toteutusvaiheeseen kuuluu oleellisesti projektin ohjaus. Ilman ohjausta projekti ei etene suunnitelmallisesti kohti tavoitetta. Projektin ohjaus kuuluu projektipäällikön tehtäviin. Hänen tulee olla ajan tasalla projektin edistymisestä kohti asetettua tavoitetta. Projektin ohjauksessa on tärkeää, että mahdollisiin ongelmiin puututaan nopeasti. Ohjauksessa apuna toimivat projektisuunnitelma, kokoukset ja niistä laaditut muistiot sekä keskustelut projektityöntekijöiden kanssa. (Paasivaara ym. 2011, 88–89, 91, 99.) Toimintaa on suunnattava uudelleen, mikäli vaikuttaa, että tavoitteisiin ei päästä (Paasivaara ym. 2011, 106).

Projektiryhmän pieni koko mahdollisti sen, että kehittämisprojektista tiedottaminen ja viestintä olivat helppoa. Preoperatiivisesta poliklinikkatoiminnasta ja sen kehittämisestä käytiin keskustelua projektiryhmän kesken lähes päivittäin. Projektiryhmä saatiin myös nopeasti kokoon, mikäli kehittämisprojektiin liittyviä asioita täytyi käsitellä pikaisesti. Projektinvetäjät laativat pidetyistä kokouksista ja palavereista muistiot. Muistiot palavereista lähetettiin kaikille palavereihin osallistuneille ja lisäksi muistiot olivat henkilökunnan luettavissa projektikansiossa sekä Leiko-yksikön ilmoitustaululla. Kaikki kehittämisprojektiin liittyvä materiaali kerättiin projektikansioon. Projektinvetäjät kävivät säännöllisesti keskenään keskustelua projektin etenemisestä ja toiminnan sujuvuudesta.

Projektipäiväkirjaa kirjoitettiin päivittäin. Ohjausryhmälle raportoitiin kuukausittain toiminnasta ja kehittämisprojektin etenemisestä. Lisäksi projektinvetäjät osallistuivat toukokuussa 2013 alueelliseen hoitotyöpäivään ja esittelivät siellä aloitettua preoperatiivista poliklinikkatoimintaa ja potilasohjausta.

Projektin arviointi ajoittuu yleensä projektin toteuttamis- ja päättämisvaiheeseen. Projektia voidaan pitää onnistuneena silloin, kun se on täyttänyt projektille asetetut tavoitteet, aikataulu-, kustannus- ja laatuvaatimukset. Tärkein projektin onnistuneisuuden kriteeri on kuitenkin asiakkaiden tarpeiden täytyminen. Projektin onnistumista arvioitaessa on myös syytä kiinnittää huomiota projektin vaikuttavuuteen ja kuinka projektin tulos on pystytty viemään käytäntöön. (Paasivaara ym. 2008, 139–140, 145.) Projektinvetäjät kokoontuivat muutaman kuukauden välein arvioimaan ja suunnittelemaan preoperatiivista poliklinikkatoimintaa ja sen kehittämistä yhdessä ohjausryhmän kanssa. Palaveriihin osallistui projektinvetäjien ja ohjausryhmän lisäksi kehittämisprojektiin liittyviä yhteistyötahoja. Molempien projektinvetäjien työskennellessä Leiko-yksikössä, prepoliklinikan toiminnan arviointia ja kehittämisprojektin etenemistä koskevaa keskustelua käytiin päivittäin.

Projektin päättämisvaiheessa päätteitäviä ovat projektitoiminnan lopettaminen ja projektin tulosten käyttöönotto eli sulauttaminen osaksi käytäntöä (Paasivaara ym. 2008, 139; Paasivaara ym. 2011, 93–94). Projektin päätöskokouksen järjestäminen on tärkeää. Kokouksessa kerrataan projektin toiminta ja tulokset, sekä käydään keskustelua projektin onnistumisesta. Päättämisvaiheeseen kuuluu myös projektin tuloksista tiedottaminen (Paasivaara ym. 2008, 137–138.) Projektipäällikkö kirjoittaa projektista loppuraportin (Ruuska 2006, 239; Paasivaara ym. 2008, 138; Paasivaara ym. 2011, 135). Projekti päättyy, kun projektisuunnitelmassa määritellyt tehtävät on suoritettu ja lopputulos on otettu käyttöön. Tämän jälkeen projektiorganisaatio puretaan. (Ruuska 2006, 239.) Projektin päättyttyä vastuu lopputuloksesta, ylläpidosta ja kehittämisestä siirtyy perusorganisaatiolle (Ruuska 2006, 22, 45, 239). Kehittämisprojektin toteutusvaihe päättyi 31.12.2013. Päätöskokous pidetään Länsi-Pohjan keskussairaалassa toukokuussa 2014, missä projektinvetäjät esittelevät projektin loppuraportin.

7.2 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet

Tämän kehittämissuorjektin tarkoituksena oli käynnistää preoperatiivinen poliklinikka-toiminta Länsi-Pohjan keskussairaalaan Leiko-yksikköön. Tavoitteena oli kehittää kirurgisen potilaan turvallisempaa ja tehokkaampaa leikkausprosessia ja hoitoa sekä lyhentää hoitoaikaa erikoissairaanhoidossa. Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistämisen tavoitteena oli potilaiden hyvä leikkausta edeltävä valmistelu ja täten viiveiden ja leikkausten peruuntumisten väheneminen.

7.3 Kehittämissuorjektin lähtökohdat

Länsi-Pohjan keskussairaalan operatiivisella tulosalueella käynnistettiin vuonna 2010 leikkaustoiminnan kehittäminen koko kirurgisen potilaan hoitoketjun osalta. Poliklinikkatoiminnan kehittämissessä tavoitteena on ollut avohoitopainotteisuuden lisääminen ja toiminnan oikea resursointi. Avohoitopainotteisuuden lisäämisellä pyritään saavuttamaan kustannussäästöjä, jotka muodostuvat hoitopäivien vähenemisestä. Leikkaussali-toiminnan kehittämissessä tavoitteena on ollut leikkausprosessin tehostaminen ja resursien tehokas käyttö. Tähän on liittynyt myös Leiko-toiminnan tehostaminen. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2014, hakupäivä 10.2.2014.) Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistäminen ja sen myötä Leiko-toiminnan lisääminen, tukevat edellä mainittuja leikkaustoiminnan kehittämisen tavoitteita. Preoperatiivisella poliklinikkatoiminnalla pyritään Leiko-toiminnan lisäämiseen niin, että yhä useampi potilas saapuu sairaalaan vasta leikkaukspäivänä. Lisäksi Länsi-Pohjan keskussairaalaossa operatiivisen tulosalueen keskeinen hoitotyön kehittämisaalue on ollut potilasohjaus ja sen painottuminen hoitoprosessin alkuvaiheeseen. Preoperatiivinen poliklinikkatoiminnan käynnistäminen tukee tätä riittävän varhaisessa vaiheessa aloitettua potilasohjausta.

Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan tarpeellisuutta tukee Länsi-Pohjan keskussairaalaossa vuonna 2012 tehty tutkimus, jossa selvitettiin leikkausosaston koordinaattoreiden kokemuksia leikkauspotilaan intraoperatiivisen hoitotyön prosessista. Tutkimuksen mukaan muutoksia ja viiveitä leikkaustoiminnassa aiheuttivat potilaiden leikkausta edeltävien tutkimusten ja leikkausvalmistelujen puutteellisuus tai keskeneräisyys. Leikkausosaston koordinaattoreiden mukaan leikkaussuunnitelman laadintaa helpottaisi kun potilaille olisi tehty tarvittavat tutkimukset ja esivalmistelut hyvissä ajoin ennen leikkausosastolle saapumista. Erityisesti monisairaiden ja iäkkäiden potilaiden kohdalla koros-

tuu riittävän ajoissa aloitettu preoperatiivinen hoito ja valmistelu leikkaukseen. Kehittämisisideana ehdotettiin preoperatiivisen anestesiapoliklinikan perustamista, jotta potilaasta johtuvat viiveet ja peruuntumiset saataisiin karsittua. (Hast & Prakkula 2012, 38, 46, 53–54.)

Kehittämiskojeetti sai alkunsa syksyllä 2012 ylihoitaja Maritta Rissasen ehdotuksesta. Kehittämiskojeettin toimeksiantajana oli Länsi-Pohjan keskussairaala. Kehittämiskojeetti toteutettiin projektinvetäjien ylempään ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen opintojen opinnäytetyönä.

7.4 Kehittämiskojeettin toteuttaminen

Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistämistä ja toimintaa suunniteltiin syksyn 2012 aikana. Alkuvaiheessa teimme tilannekartoituksen, miten preoperatiivinen poliklinikkatoiminta oli järjestetty Suomen suurimmissa sairaaloissa. Tätä tilannekartoitusta varten suoritimme puhelinhaastatteluja elo-syyskuun 2012 aikana ja tutustuimme eri sairaaloiden internet-sivuihin.

Ensimmäinen kehittämiskojeettin suunnittelupalaveri pidettiin syyskuussa 2012. Tällöin muodostettiin kehittämiskojeettin projekti- ja ohjausryhmä ja laadittiin aikataulu. Keskustelua käytiin myös siitä, minkälainen olisi sopiva preoperatiivinen poliklinikkatoiminta Länsi-Pohjan keskussairaalaan huomioiden resurssit ja toimintatavat. Palaverissa visioitiin, että tulevaisuudessa lähes kaikki leikkauspotilaat saapuisivat leikkauspäivänä sairaalaan eli Leiko-toimintaa tulitisiin lisäämään. Keskustelua käytiin myös preoperatiivisen poliklinikan tulevista potilasryhmistä. Alustavasti suunniteltiin, että preoperatiivinen poliklinikkatoiminta aloitetaan iäkkäille, monisairaille potilaille. Lisäksi rintasyöpöpotilaiden leikkausta edeltävää ohjausta haluttiin kehittää, minkä vuoksi he valikoituivat heti alkuvaiheessa yhdeksi potilasryhmäksi. Ideana oli, että ne potilaat jotka käyvät preoperatiivisella poliklinikalla, tulevat sairaalaan leikkauspäivänä. Toimintaa lisättäisiin vähitellen koskemaan myös niitä potilasryhmiä, jotka tulevat sairaalaan leikkausta edeltävänä päivänä.

Anestesia lääkärit lupautuivat laatimaan kriteerit, joiden perusteella leikkaushoidon suunnittelijat varaisivat ajan potilaalle preoperatiiviselle poliklinikalle. Tarkoituksena oli, että potilaat kävisivät preoperatiivisella poliklinikalla sairaanhoitajan vastaanotolla.

Anestesia­lääkäriä tai kirurgia konsultoitaisiin tarpeen mukaan, mikäli potilaan kunto sitä vaatisi. Potilas voisi tavata preoperatiivisella käynnillä myös fysioterapeutin. Niille Leiko-potilaille, jotka eivät käy preoperatiivisella poliklinikalla, soitettaisiin leikkausta edeltävänä päivänä Leiko-osastolta. Tavoitteena oli hyödyntää talon internetsivuja, minne laitettaisiin myös ohjeistusta leikkaukseen tuleville potilaille. Ohjausryhmän toiveena oli preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistäminen mahdollisimman pian. Kehittämiprojekti päätettiin toteuttaa vuoden kestävä­nä projektina ja toiminta aloittaa tammikuun alussa 2013.

Länsi-Pohjan keskussairaalan preoperatiivista poliklinikkamallia suunniteltiin yhteistyössä Leiko-yksikön henkilökunnan, ohjausryhmän jäsenten, mentorimme Maritta Risasen sekä muiden yhteistyötahojen kanssa. Leikkaushoidonsuunnittelijoiden kanssa sovittiin yhteisessä palaverissa, että he varaavat ajan potilaille preoperatiiviselle poliklinikalle ja tilaavat tarvittavat laboratorio- ja röntgentutkimukset. Kaikki tarvittavat laboratorio- ja röntgentutkimukset tulisi olla otettuna ja tulokset käytettävissä vastaanotolla. Sopivana preoperatiivisen käynnin ajankohtana pidettiin noin viikkoa ennen toimenpidettä. Mikäli toimenpide jouduttaisiin perumaan tai siirtämään, jäisi leikkaushoidonsuunnittelijoille riittävästi aikaa saada toinen potilas perutun tilalle. Lisäksi sovittiin, että leikkaushoidonsuunnittelijat lähettävät kutsukirjeen mukana toimenpidekohtaiset hoito-ohjeet leikkaukseen tuleville potilaille. Aikaisempi käytäntö oli ollut, että potilaat olivat saaneet hoito-ohjeet vasta kotiutuksen yhteydessä. Tämä mahdollistaisi potilaiden tutustumisen hoito-ohjeisiin jo ennen sairaalaan tuloa.

Lokakuussa 2012 laadittiin Oberon potilashallintojärjestelmään preoperatiivisen poliklinikan ajanvarauspohja yhdessä sovellusasiantuntija Sari Knuutisen kanssa. Lisäksi selvitettiin tulevaa kirjaamiskäytäntöä Eskoon eli sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään. Vastaanottoaikaa päädyttiin varaamaan yksi tunti potilasta kohden. Tämä perustui muiden sairaaloiden yleisiin käytäntöihin. Preoperatiivinen poliklinikka tulisi toimimaan arkisin klo 11–15 välisenä aikana. Fysioterapeutin resursointia prepoliklinikalle tiedusteltiin osastonhoitaja Anna-Liisa Laihiselta, perustellen asiaa asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Yhdellä käynnillä potilas saisi kaikki palvelut ja olisi täysin valmisteltu leikkaukseen.

Marraskuussa 2012 projektivastaavat tiedottivat preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan aloittamisesta Leiko-yksikön ja kirurgisten vuodeosastojen henkilökuntaa pitämällä

aiheesta osastotunnit. Henkilökunnalta pyydettiin myös arviota, mitkä potilasryhmät heidän mielestään tarvitsisivat preoperatiivisen poliklinikkakäynnin. Kirurgian vuodeosastolta 4B esitettiin toivomus, että avanneleikkaukseen - ja vatsalaukun poistoon tulevat potilaat tarvitsisivat leikkausta edeltävän vastaanottokäynnin. Avannepotilaat kävivät ainoastaan leikkauksen jälkeen avannehoitajan vastaanotolla. Kirurgian osastolta 3 B toivottiin selkä- ja kaularankaleikkauksiin tuleville potilaille prepoliklinikkakäyntiä. Näiden potilaiden osalta päädyttiin kuitenkin siihen, että heidän leikkausta edeltävästä ohjauksesta huolehtii endoproteesihoitaja. Projektinvetäjät osallistuivat onkologi Jaana Kaleva-Kerolan pitämään koulutukseen rintasyöpöpotilaan ohjauksesta.

Projektinvetäjät tekivät yhdessä ohjausryhmän, fysioterapiaosaston osastonhoitajan, Leiko-yksikön fysioterapeutin ja kirurgian poliklinikan sairaanhoitajan kanssa tutustumiskäynnin Hyvinkään aluesairaalaan, missä Leiko-toimintaa oli kehitetty vuodesta 2000 ja preoperatiivinen poliklinikka toiminut vuodesta 2006. Tutustumiskäynnin jälkeen päädyttiin siihen, että prepoliklinikkatoiminta aloitetaan vähitellen ja Leiko-toimintaa pyritään lisäämään preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistymisen myötä. Kirurgien tulisi arvioida preoperatiivisen poliklinikkakäynnin tarpeellisuus jo potilaan käydessä kirurgian poliklinikalla lääkärin vastaanotolla. Ylilääkäri Outi Nyberg aikoi informoida kirurgeja asiasta. Toiminta aloitettaisiin niillä potilasryhmillä, jotka olisivat toimenpiteen puolesta voineet olla Leiko-potilaita, mutta joille perussairauksien tai korkean iän vuoksi olisi muuten varattu vuodeosastopaikka leikkausta edeltäväksi päiväksi. Tarpeen mukaan prepoliklinikan hoitajalla oli mahdollisuus järjestää potilaalle vuodeosastopaikka. Preoperatiivista poliklinikkatoimintaa tulisi arvioimaan parin kuukauden välein ohjausryhmän palavereissa ja toimintaa muutetaan tai lisätään tarvittaessa.

Joulukuussa 2012 tehtiin käytännön järjestelyjä, kuten hankittiin oma sähköposti ja puhelin poliklinikalle, tiedotettiin puhelinnumerosta sairaalan viikkotiedotteessa sekä sisustettiin vastaanotto-tila asianmukaiseksi. Prepoliklinikalle ei saatu resursoitua fysioterapeuttia, vaan ohjaus päätettiin toteuttaa edelleen leikkauspäivän aamuna. Sovittiin kuitenkin, että leikkaushoidonsuunnittelija lähettää fysioterapiaohjeet kutsukirjeen mukana. Joulukuun aikana laadittiin rintasyöpöpotilaan vastaanottokäyntiä varten hoitohenkilökunnalle ohje leikkausta edeltävästä ohjauksesta ja valmistelusta.

Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistäminen tapahtui 7.1.2013. Alkuvaiheessa aikaa veivät potilashallinto- ja potilaskertomusjärjestelmiin liittyvien kirjaamiskäytäntöjen opettelu sekä niihin liittyvien ohjeistusten laadinta. Myös toimenpidekohtaisia ohjeistuksia potilaiden ohjausta ja leikkausta edeltävää valmistelua varten laadittiin prepoliklinikan hoitajien käyttöön. Joulukuussa 2012 Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä käyttöön otettu Erva-alueen tromboosiprofylaksiaohjeistus suunniteltuun leikkaukseen tuleville potilaille ei toteutunut perusterveydenhuollossa kuten oli suunniteltu. Tämän vuoksi kaikki sairaanhoitopiirin alueen leikkaukseen tulevat tromboosiprofylaksiaa tarvitsevat Leiko-potilaat ohjautuivat preoperatiivisen poliklinikan potilaiksi. Tämän niin kutsutun siltahoidon järjestäminen potilaille ja yhteydenotot eri kuntien terveyskeskukseen veivät alkuun runsaasti aikaa. Ylimääräistä työtä aiheuttivat myös leikkausta edeltävien laboratorio- ja röntgentutkimusten puuttuminen osalta potilaista. Heti toiminnan alkuvaiheessa oli nähtävissä, että yhteistyö anestesia- ja lääkäriin kanssa oli hyvin tiivistä. Valtaosa prepoliklinikan potilaista oli sellaisia, että anestesia- ja lääkäriin jouduttiin olemaan yhteydessä joko puhelimitse tai he kävivät tapaamassa potilasta.

Helmikuun aikana aloitettiin Leiko-osaston muiden hoitajien perehdytys preoperatiiviselle poliklinikalle. Eturauhasen ja virtsarakon höyläykseen tulevat potilaat siirtyivät prepoliklinikan ja Leiko-yksikön potilaiksi. Ohjausryhmän palaveri pidettiin helmikuun lopussa. Palaverissa päädyttiin tiedustelemaan verisuonikirurgien mielipidettä heidän potilaiden siirtymisestä Leiko-potilaiksi. Muutamia verisuonikirurgisia potilaita oli prepolilla käynyt, mutta he eivät olleet tulleet sairaalaan leikkaukspäivänä, vaan olivat menneet vuodeosastolle jo leikkausta edeltävänä päivänä. Verisuonikirurgit eivät olleet halukkaita muutokseen, vaan halusivat jatkossakin käydä tapaamassa potilaansa leikkausta edeltävänä iltana vuodeosastolla. Ohjausryhmän palaverissa päätettiin, että potilaat jotka eivät tule Leiko-yksikön kautta leikkaukseen eivät käy preoperatiivisella poliklinikalla. Anestesia- ja lääkäri käy tapaamassa heidät leikkausta edeltävänä iltana vuodeosastolla.

Maaliskuun aikana suunniteltiin leikkaushoidonsuunnittelun siirtämistä Leiko-yksikön tiloihin. Ajatuksena oli, että yhteistyö olisi sujuvampaa leikkaushoidonsuunnittelun, prepoliklinikan ja Leiko-yksikön välillä. Siirtyminen mahdollistaisi työkierron ja sijoittamisen Leiko-yksikön henkilökunnan ja leikkaushoidonsuunnittelijoiden kesken. Leikkaushoidonsuunnittelun siirtyminen tapahtuisi kesäkuun alusta Leiko-yksikön tiloihin. Uutena potilasryhmänä prepolille ja Leiko-potilaiksi siirtyivät munuaisen poistoon tulevat potilaat. Huhtikuussa projektinvetäjät osallistuivat gastroenterologi Teija Parkkinen

pitämään koulutukseen suolistopotilaiden leikkausta edeltävästä hoidosta. Ajatuksena oli, suolistoleikkaukseen tulevien potilaiden siirtyminen jatkossa preoperatiivisen poliklinikan ja Leiko-yksikön potilaiksi. Lisäksi Leiko-yksikön henkilökunnan perehdytystä preoperatiiviselle poliklinikalle jatkettiin.

Toukokuussa selkä- ja kaularankaleikkauksiin tulevien potilaiden leikkausta edeltävä ohjaus siirtyi endoproteesihoidtajalta preoperatiivisen poliklinikan hoitajille. Leikkaushoidonsuunnittelijoiden kanssa sovittiin soittoaikojen käyttöönottamisesta prepolille. Ajatuksena oli, että joissakin tapauksissa soittoaika voisi korvata potilaan käynnin preoperatiivisella poliklinikalla. Soittoaika toteutettaisiin käytännössä niin, että prepoliklinikan hoitaja soittaisi potilaalle. Leikkaushoidonsuunnittelijoiden tehtävänä oli arvioida, tarvitseeko potilas käynnin vai riittääkö soittoaika. Vaikka soittoaika voitaisiin toteuttaa käyntiä lyhyemmässä ajassa, päädyttiin siihen, että ajanvarauspohja pidetään ennallaan ja soittoajoille varataan saman verran aikaa kuin käynnille.

Kesäkuun alussa pidettiin projektipalaveri, johon osallistui projektinvetäjien ja ohjausryhmän lisäksi leikkaushoidonsuunnittelijat, Leiko-yksikön fysioterapeutti sekä kirurgian poliklinikan ja kirurgian vuodeosastojen osastonhoitajat. Palaverissa sovittiin selkä- ja kaularankaleikkauksiin tulevien potilaiden osalta, että he käyvät preoperatiivisella poliklinikalla samojen kriteerien perusteella kuten muutkin prepolin potilaat. Preoperatiivisen käynnin tarve arvioidaan yksilöllisesti potilaan perussairauksien sekä muiden toimenpiteeseen ja anestesiaan vaikuttavien tekijöiden mukaan. Näille potilaille oli tärkeämpää fysioterapeutin antama ohjaus. Leiko-yksikön kautta tulevien potilaiden määrä oli edelliseen vuoteen verrattuna kasvanut, kuten tavoitteena oli ollut. Potilasmäärän kasvu oli näkynyt Leiko-yksikön käytännön hoitotyössä niin, että päiväkirurgisia kotiutujia oli ollut paljon ja toiminta painottunut iltaan. Leiko-yksikön iltavuoron hoitajat eivät olleet ehtineet toteuttaa leikkausta edeltäviä soittoja toivotulla tavalla potilaille, jotka eivät olleet käyneet preoperatiivisella poliklinikalla. Palaverissa päädyttiin siihen, että uusia potilasryhmiä ei tulla kesän aikana prepolille ja Leikoon ottamaan, vaan keskitytään nykyisen toiminnan kehittämiseen. Ohjausryhmä ehdotti ”Check-listan” eli tarkistuslistan laatimista hoitajien käyttöön prepolille. Lista helpottaisi työntekoa ja sen avulla pystyttäisiin varmistamaan, että kaikki tarvittava oli huomioitu ennen leikkausta ja potilas saanut tarvittavan ohjauksen. Projektinvetäjät lupautuivat laatimaan edellä mainitun tarkistuslistan. Leikkaushoidonsuunnittelun siirtämistä Leiko-yksikön tiloihin päätettiin siirtää syksyyn Leiko-yksikössä ilmenneen tilanahtauden ja resurssien puut-

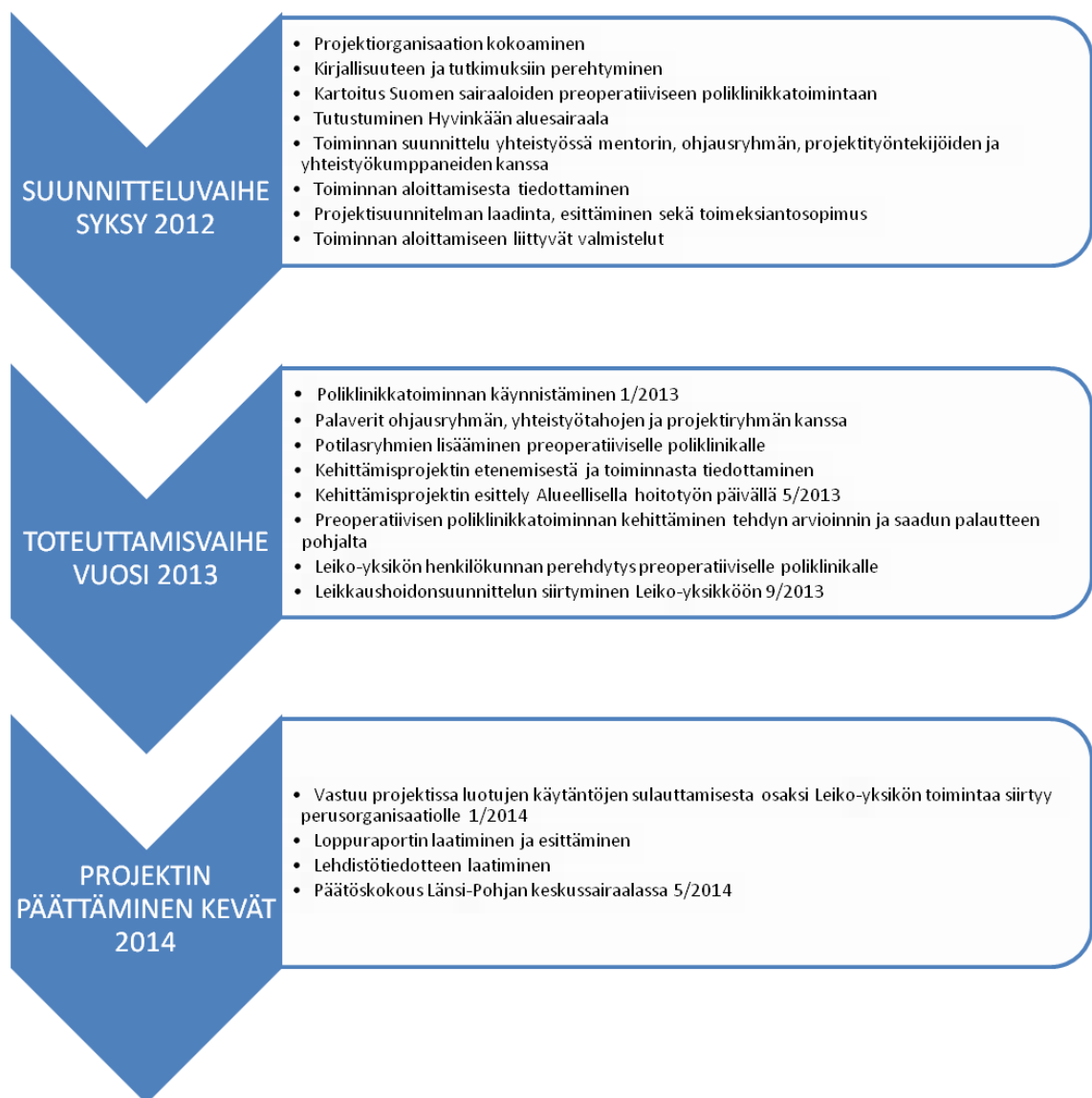
teen vuoksi. Seuraava projektipalaveri päätettiin pitää vasta alkusyksystä kesälomien jälkeen.

Kesä-heinäkuun ajaksi operatiivisen tulosalueen toimintaa supistettiin. Leikkaussalitoimintaa ja kirurgisten vuodeosastojen paikkamääriä vähennettiin. Toiminnan supistaminen näkyi luonnollisesti myös Leiko-yksikön toiminnassa potilaiden ja preoperatiivisten poliklinikkakäyntien määrän vähenemisenä. Preoperatiivinen poliklinikkatoiminta päätettiin supistaa ajalle 24.6–4.8.2013. Tuolloin prepoliklinikka toimi klo 11–13 välisenä aikana. Elokuussa projektinvetäjät laativat preoperatiivisen poliklinikan hoitajien käyttöön tarkistuslistan sekä ohjeistuksen tähytyksellä tehtävään paksusuolen osapoistoon tulevan potilaan ohjauksesta ja valmistelusta.

Syyskuun alussa leikkaushoidonsuunnittelu siirtyi Leiko-yksikön tiloihin. Syyskuun puolivälissä pidettiin viimeinen projektipalaveri ennen projektin päättymistä. Palaveriin osallistui projektinvetäjien ja ohjausryhmän lisäksi kirurgisten vuodeosastojen ja poliklinikan sekä fysioterapiaoaston osastonhoitajat ja leikkaushoidonsuunnittelijat. Palaverissa käytiin läpi prepoliklinikkatoimintaa ja sen kehittämistä loppuvuoden osalta. Soittoaikoja päätettiin pyrkiä lisäämään entisestään ja kiinnittämään huomiota turhien potilaskäyntien välttämiseen. Leikkaushoidonsuunnittelijoilla ei ollut käytössä selviä potilasvalintakriteereitä preoperatiivista käyntiä varten, vaan he arvioivat käynnin tarpeellisuuden potilaan sähköisen potilaskertomuksen ja hoidonvaraustietojen perusteella. Tämä oli osoittautunut ajoittain haasteelliseksi. Osa kirurgeista ei myöskään arvioinut kirurgian poliklinikalla preoperatiivisen poliklinikkakäynnin tarpeellisuutta, kuten aikaisemmin oli sovittu. Lähtökohtana aikojen varaamisessa preoperatiiviselle poliklinikalle pidettiin yksilöllistä potilaan hoidon suunnittelua. Lisäksi sovittiin, että projektinvetäjät keskustelevat avannehoitajan ja sairaalan gastroenterologien kanssa nuorten sekä hyväkuntoisten suolistoleikkauspotilaiden siirtymisestä syksyn aikana prepoliklinikan ja Leiko-yksikön potilaiksi. Kirurgisten vuodeosastojen osastonhoitajat antoivat palautetta, että osastoilla oltiin oltu tyytyväisiä preoperatiiviseen poliklinikkatoimintaan ja se oli helpottanut osastojen työmäärää.

Loppuvuoden aikana toiminnassa ei tapahtunut oleellista muutosta. Gastroenterologien kanssa keskusteltiin suolistoleikkauspotilaiden siirtymisestä prepoliklinikan ja Leiko-yksikön potilaiksi. He suhtautuivat asiaan myönteisesti ja olivat sitä mieltä, että osa parempikuntoisista ja nuoremmista suolistoleikkauspotilaista voisi tulla sairaalaan Leiko-

potilaana ja käydä leikkausta edeltävässä ohjauksessa preoperatiivisella poliklinikalla. Projektivastaavat yrittivät sopia avannehoitajan kanssa yhteistä palaveriaikaa, koska hänen ammattitaitoaan ja osaamistaan haluttiin hyödyntää potilaiden leikkausta edeltävässä ohjauksessa. Aikataulut eivät sopineet kuitenkaan yhteen, joten palaveri päätettiin siirtää seuraavan vuoden alkuun projektin päättymisen jälkeen. Keskustelua asiasta käytiin kuitenkin puhelimitse. Avannehoitajan mielestä potilaat tarvitsisivat leikkausta edeltävän käynnin. Suolistoleikkauspotilaita eikä muitakaan uusia potilasryhmiä tullut loppuvuoden aikana preoperatiiviselle poliklinikalle. Kehittämiprojektin eteneminen on esitetty kuviossa (kuvio1).



Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli aloittaa uusi toiminta eli preoperatiivinen poliklinikkatoiminta Länsi-Pohjan keskussairaalaan Leiko-yksikköön. Kehittämiprojekti päättyi 31.12.2013. Preoperatiivinen poliklinikkatoiminta on jäänyt kehittämiprojektin päätyttyä pysyväksi osaksi käytännön työtä ja sen kehittäminen jatkuu edelleen. Arviointia tullaan tekemään, kun toiminta on vakiintunut ja saadaan lisää sekä henkilökunnan että potilaiden kokemuksia toiminnasta. Arviointi tulee kohdistumaan preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan vaikuttavuuteen, potilaiden kokemuksiin ja moniammatillisen tiimin toimintaan.

8 PREOPERATIIVINEN POLIKLINIKKATOIMINTA LEIKO-YKSIKÖSSÄ

Osa Leiko-potilaista käy Länsi-Pohjan keskussairaalassa preoperatiivisella poliklinikalla anestesia- ja leikkauskelpoisuuden arvioinnissa ja leikkausta edeltävässä ohjauksessa. Kirurgi arvioi leikkauspäätöksen tekemisen yhteydessä potilaan tarpeen preoperatiiviselle poliklinikakäynnille. Lisäksi anestesia- ja leikkauslääkäri voi halutessaan ohjata potilaan preoperatiiviseen arvioon poliklinikalle. Leikkausaikaa annettaessa on leikkaushoidon suunnittelijan tehtävänä vielä tarkistaa ja arvioida potilaan tarve preoperatiiviselle käynnille, mikäli sitä ei aikaisemmin ole tehty. Leikkaushoidon suunnittelija varaa ajan preoperatiiviselle poliklinikalle noin viikkoa ennen leikkausta ja tilaa tarvittavat laboratorio- ja röntgentutkimukset valmiiksi. Potilaan tarve preoperatiiviselle poliklinikakäynnille arvioidaan yksilöllisesti potilaan perussairauksien sekä muiden toimenpiteeseen ja anestesiaan vaikuttavien tekijöiden mukaan. Potilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita. Lisäksi potilaat, jotka tarvitsevat veren hyytymistä ehkäisevää lääkitystä (tromboosiprofylaksia) ennen leikkausta, käyvät preoperatiivisella poliklinikalla. Myös osa syöpäpotilaista käy sairaanhoitajan ohjaukseen. Ohjausmenetelmiä käytetään suullista yksilöohjausta, puhelinohjausta ja demonstrointia. Lisäksi kirjalliset ohjeet toimivat ohjauksen tukena.

Preoperatiivinen poliklinikka toimii arkisin klo 11–15 Leiko-yksikön tiloissa. Potilaat käyvät preoperatiivisella poliklinikalla sairaanhoitajan vastaanotolla. Prepoliklinikan hoitaja konsultoi anestesia- ja leikkauslääkäriä ja kirurgia tarpeen mukaan, mikäli potilaan kunto sitä vaatii. Potilaan vastaanottokäyntiin on varattu aikaa tunti. Preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja on tutustunut potilaan sairaskertomukseen ja tarkistanut ennakkoon otetut laboratorio sekä röntgentutkimusten tulokset ennen potilaan saapumista vastaanotolle. Kun potilas saapuu vastaanotolle, tarkistetaan potilaan anestesia- ja leikkauksen liittyvistä asioista. Potilaan verenpaine ja pulssi mitataan sekä tarkistetaan leikkausalueen ihon kunto. Lisäksi hoitaja ohjeistaa leikkausaamuna otettavista lääkkeistä. Tarvittavat apuvälineet voidaan hankkia kotiin valmiiksi Leiko-yksikön fysioterapeutin kautta. Tarpeen vaatiessa prepoliklinikan hoitaja informoi potilaan terveydentilaan, anestesiamuotoon tai leikkauksen liittyvistä asioista tai mahdollisista muutoksista leikkauksessa ja potilaan jatkohoidosta huolehtivaa vuodeosastoa. Tarvittaessa järjestetään anestesia- ja leikkauksen ohjeen mukaan potilaalle paikka teho-osastolle leikkauksen jälkeiseen seurantaan.

Potilaalle voidaan varata vaihtoehtoisesti soittoaika prekäynnin sijaan. Soittoaika varataan silloin, kun potilaan terveydentilaan liittyvät asiat voidaan selvittää ja ohjaus toteuttaa puhelimesta. Tällöin preoperatiivisen poliklinikan hoitaja soittaa potilaalle ennalta sovittuun aikaan. Prepoliklinikan sairaanhoitaja on tarvittaessa yhteydessä terveyskeskukseen, kotisairaanhoidon tai muuhun potilasta hoitavaan tahoon, mikäli potilaan leikkausta edeltävä hoito sitä edellyttää. Hoitaja lähettää myös sähköisen hoitopöytäkirjan prepoliklinikkakäynnistä potilaan omaan terveyskeskukseen. Tarvittaessa voidaan tehdä myös pelkkä paperikonsultaatio, jolloin anestesia- ja kirurgi tutustuu potilaan sairaskertomukseen ja antaa ohjeistuksen sen mukaan.

9 KEHITTÄMISPROJEKTIIN LIITTYVÄT EETTISET NÄKÖKOHDAT

Etiikan peruskysymykset koskevat hyvää ja pahaa sekä oikeaa ja väärää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 23). Etiikassa on myös kysymys hyvän tekemisestä, hyvästä elämästä, oikeudenmukaisuudesta ja ihmisarvon kunnioittamisesta (Kyngäs ym. 2007, 153). Etiikka on systemaattista yritystä ymmärtää oikeaa ja väärää koskevia käsityksiä (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 13). Eettisille kysymyksille on tyypillistä, että niihin ei ole selviä ratkaisuja ja tilanteita joudutaan ratkaisemaan tilannekohtaisesti (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 3). Etiikka auttaa tekemään valintoja ja arvioimaan niin omaa että toisten toimintaa (Lahtinen 2006, 6). Eettiset kysymykset terveydenhuollossa on yksi keskeisistä puheenaiheista, koska hoitotyössä joudutaan ratkaisemaan monenlaisia eettisiä ongelmia. Ydinkysymys on kuitenkin sama eli millä tavalla toimimalla voidaan edistää terveystalvelujen käyttäjän eli potilaan hyvää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 17, 58.)

Etiikka ei ole arkielämästä irrallaan oleva tai vaikea asia. Suurin osa ammattieettisistä kysymyksistä liittyy arkiseen ammatilliseen toimintaan. Ammattieettistä toimintaa voidaan tarkastella kahdelta eri kannalta: miten ammatilaiset toimivat ja miten tulisi toimia. (Juujärvi ym. 2007, 7.) Sairaanhoidajien eettisissä ohjeissa korostetaan, että jokaisen hoitoalalla työskentelevän on huolehdittava ammattitaitonsa jatkuvasta ylläpitämisestä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 79). Ammattitaito on ammatillisen toiminnan perusta. Ammattitaito on koulutuksen ja kokemuksen kautta hankittua pätevyyttä toimia ammatissa. Työelämän nopea kehitys aiheuttaa ammatilliselle toiminnalle uusia vaatimuksia. Valmiita toimintamalleja uusiin tilanteisiin ei ole olemassa, vaan ne täytyy luoda yhdessä toisten asiantuntijoiden kanssa. Eettiset kysymykset koskettavat kaikkea ammatillista toimintaa. Ammatilliseen toimintaan liittyy myös ammattieettinen koodisto, jolla määritellään ammatin arvoperusta ja työn eettiset periaatteet. Eettinen osaaminen nähdään olennaisena osana ammatillista asiantuntijuutta. (Juujärvi ym. 2007, 9–11.) Eettiset ohjeet eivät ole yhtä sitovia kuin lainsäädännön luomat normit, mutta niillä on tärkeä merkitys toiminnan oikeuttamisessa niin hyvän että pahan toiminnan osoittamisessa (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 149). Sairaanhoidajien eettiset ohjeet tukevat ja ohjaavat toimintaa sekä potilaiden ohjausta preoperatiivisella poliklinikalla. Lainsäädännön lisäksi ne toimivat apuna hoitotyön päätöksenteossa. Preoperatiivisella poliklinikalla pyrkimyksenä on toteuttaa potilaan ohjaus ja hoito mahdollisimman laadukkaasti.

Potilasohjauksessa eettiset kysymykset liittyvät potilaan oikeuksiin, yksilöllisyyteen ja itsemääräämisoikeuteen sekä hyvän edistämiseen ohjaustilanteessa. Ohjauksen tulisi olla eettisesti kestävä ja sen tulisi tukeutua näyttöön tai hyviin käytäntöihin. (Kyngäs ym. 2007, 157.) Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa on mukana ohjaajan ja ohjattavan eettiset käsitykset, joten ohjauksessa ollaan aina tekemisissä etiikan kanssa. Eettisestä näkökulmasta ohjauksen konteksti muodostuu laillisista terveydenhuollon eettisistä lähtökohdista ja ammattietiikasta sekä hoitajan omasta eettisestä käsityksestä. (Lahtinen 2006, 6, 8.) Ohjauksen eettisyyden arvioiminen kuuluu terveydenhuollon ammattilaisten ohjausosaamiseen. Eettinen pohdinta sisältää ohjauksen hyvien ja oikeiden sekä huonojen ja väärin tapojen arviointia. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 10.)

Potilaiden ohjaus preoperatiivisella poliklinikalla toteutetaan yksilöllisesti huomioiden potilaan taustatekijät sekä tarve ohjaukselle. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja toiveita kunnioitetaan. Hänellä on oikeus päättää itseään koskevista asioista. Potilaan kanssa toimitaan yhteistyössä ja häntä kannustetaan osallistumaan omaan hoitoonsa sekä ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Kaikki potilaat eivät halua tai pysty vastaanottamaan yhtä paljon informaatiota, jolloin hoitaja huomioi tämän ohjaustilanteessa ja kunnioittaa potilaan päätöstä. Potilaalla on myös oikeus siirtää leikkauksen ajankohtaa tai kieltäytyä leikkauksesta kokonaan. Potilaan hoitoon liittyvät toiveet pyritään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan. Hänellä on myös mahdollisuus keskustella hoitoonsa liittyvistä asioista kirurgin ja anestesia lääkäriin kanssa. Prepoliklinikalla annettu ohjaus kirjataan hoitosuunnitelmaan, jolloin varmistetaan hoidon jatkuvuus ja ohjauksen suunnitelmallisuus. Ohjaus perustuu uusimpaan tutkimustietoon ja hyviin käytäntöihin. Haastavissa ohjaustilanteissa keskustelu muiden hoitotyöntekijöiden kanssa auttaa arvioimaan omaa toimintaa. Työyhteisössä kollegoiden kanssa keskustelu toimii tukena eettisesti oikeiden päätösten tekemisessä.

Hyvä eettinen ympäristö tukee ohjausta siten, että keskusteluaikaa potilaan kanssa on riittävästi ja tila on rauhallinen. Ohjauksen tehokkuuden ja vaikuttavuuden takaamiseksi eettisen ohjausympäristön edistäminen on keskeistä. Haasteita tuovat uudet sähköiset ohjausympäristöt, joiden takia potilaat voivat olla eriarvoisessa asemassa. Ohjausympäristön tulisikin olla asiakaslähtöinen, joka takaisi selkeän ja ajantasaisen tiedonsaannin huolimatta potilaan iästä, sosiaalisesta asemasta tai koulutuksesta. (Kyngäs ym. 2007, 157.) Preoperatiivisella poliklinikalla potilaiden haastatteluun ja ohjaukseen on varattu

hyvin aikaa. Haastatteluun käytettävissä oleva tila on rauhallinen. Potilaat täyttävät kotona ennen vastaanotolle tulemista paperisen anestesiaesitetolomakkeen. Sähköistä versiota ei ole vielä käytettävissä, joten tässä suhteessa kaikki potilaat ovat tasa-arvoisessa asemassa.

Hoitajalla tulee olla valmiudet ja taidot toteuttaa ohjausta. Terveystieteiden organisatiossa ja työntekijöiden tulee jakaa vastuu siitä, miten ohjausta työmenetelmänä arvostetaan ja miten ohjaustaidot, ohjaukseen käytettävä aika ja ohjauksen tukena käytettävä materiaali mahdollistaa ohjauksen. (Kyngäs ym. 2007, 157.) Kaikissa terveyspalvelujen käyttäjien eli potilaiden hoitoa koskevissa päätöksissä on kuunneltava potilasta itseään ja taattava hänelle mahdollisuus osallistua hoitoonsa voimiensa ja kykyjensä mukaan. Toiminnan tulee tapahtua aina potilaan parhaaksi. Eettiseen laatuun sisältyy potilaiden arvoperustan huomioiminen, ihmisarvoinen kohtelu ja hoito sekä oikeudenmukaisen hoidon saatavuus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 77, 83, 80.)

Preoperatiivisella poliklinikalla työskentelevillä hoitajilla on hyvät tiedot ja taidot toteuttaa ohjausta. Hoitajalla on ammatillinen vastuu ohjauksesta ja sen toteutuksesta. Ammattitaitoa ylläpidetään ja ohjaukseen liittyviä tietoja päivitetään kouluttautumalla. Lisäksi ohjaukseen liittyviä asioita pohditaan usein osastopalavereissa ja käydään keskustelua potilaiden saamasta ohjauksen laadusta ja sen parantamisesta. Ohjaus preoperatiivisella poliklinikalla tapahtuu eri ohjausmenetelmiä apuna käyttäen. Lisäksi ohjauksen tueksi on käytettävissä asianmukaista ja selkeää ohjausmateriaalia. Omaisten osallistumista potilaiden hoitoon tuetaan. Heillä on mahdollisuus olla potilaan mukana vastaanotolla. Iäkkäiden potilaiden kohdalla se on myös toivottavaa. Ohjauksen tueksi on laadittu hoitohenkilökunnalle tarkistuslistoja, jotta kaikki anestesiaan ja toimenpiteeseen liittyvät seikat tulee huomioitua etukäteen.

Kehittämistoiminnan kohdentamisen eettisyys on mietittävä huolellisesti jo ennen kehittämistoiminnan aloittamista. Terveystieteiden kehittämissuunnitelman ensisijainen päämäärä on potilaiden hyvä. Kehittämishankkeissa raportointi on tärkeää, sillä kehittämistyön tulokset on tarkoitettu hyödynnettäväksi. Eettisesti kestävässä kehittämissuunnitelmassa tulokset tulee esittää huolellisesti, rehellisesti, asiallisesti ja perustellusti. Kehittämissuunnitelmassa tulee kiinnittää huomiota tietolähteiden valintaan. Lähteiden luotettavuutta ja eettisyyttä on tarpeen arvioida. Lähdekritiikki lisää myös eettistä turvallisuutta. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44–46.)

Kehittämisprojekti on työelämälähtöinen ja uuden toiminnan kehittämiseen oli aikaisempien tutkimusten perusteella selkeä tarve. Päämääränä oli asiakaslähtöisyyden lisääminen ja potilasturvallisuuden parantaminen. Kehittämisprojektin aikana projektiveittäjät ovat raportoineet asianmukaisesti ja rehellisesti projektin etenemisestä sekä ohjausryhmälle että muille projektiin liittyville yhteistyötahoille. Kehittämisprojektimme kirjallisessa tuotoksessa olemme käyttäneet uusimpia kotimaisia ja ulkomaisia lähteitä. Työn luotettavuutta lisää se, että puhelinhaastattelujen perusteella kirjoitettujen tekstien asiasisällön ovat tarkastaneet haastateltavat itse ja antaneet mahdolliset korjausehdotukset tekstiin. Ulkomaiset lähteet ovat olleet alkuperäisiä artikkeleita. Tekstiä ei ole plagioitu eikä vääristelty. Projektinvetäjät ovat olleet sitoutuneita kehittämisprojektiin ja sitä on viety eteenpäin sovitussa aikataulussa. Toukokuussa 2014 projektinvetäjät esittävät kehittämisprojektin lopullisen kirjallisen tuotoksen ohjausryhmälle.

10 POHDINTA

Länsi-Pohjan keskussairaalassa anestesiahoitajien preoperatiivinen käynti potilaan luona otettiin käyttöön 1980-luvulla. Tuolloin anestesiahoitajat kiersivät osastoilla leikkausta edeltävänä päivänä haastattelemassa potilaita sekä informoimassa anestesiaan ja leikkaukseen liittyvissä asioista. Myös anestesia-ääkärit kävivät tapaamassa potilaansa vuodeosastoilla. Resurssipulan ja anestesiahoitajien ja -lääkäreiden tekemän päällekkäisen työn vuoksi preoperatiiviset kierrot lopetettiin 1990-luvun puolessa välissä. (Mäkimartti 26.2.2014, haastattelu.) 2000-luvulle tultaessa on vastuu preoperatiivisesta hoidosta siirtynyt yhä enemmän potilaalle itselleen. Teknologian kehitys on mahdollistanut sen, että potilailla on nykyään paljonkin tietoa terveydestä ja eri hoitomuodoista. Hoitohenkilökunnalla on kuitenkin vastuu antaa potilaalle tietoa ja ohjausta ja näin tukea potilaan itsehoitoa ja valmistautumista leikkaukseen. Potilaan ohjaaminen on edelleen yksi keskeisimmistä hoitotyön auttamismenetelmistä.

Kehittämiprojektin myötä käynnistettiin preoperatiivinen poliklinikkatoiminta Länsi-Pohjan keskussairaalaan Leiko-yksikköön. Preoperatiivinen poliklinikkatoiminta on oleellinen osa Leiko-toimintaa. Suuriinkin leikkauksiin tulevat potilaat voivat saapua sairaalaan Leiko-potilaana, kun he ovat käyneet preoperatiivisella poliklinikalla anestesia- ja leikkauksekelpoisuuden arvioinnissa sekä leikkausta edeltävässä ohjauksessa. Preoperatiivisella poliklinikkatoiminnalla on tärkeä merkitys sekä potilasturvallisuuden että potilasohjauksen kannalta. Potilaiden ollessa hyvin valmisteltuja leikkaukseen, on leikkaustoiminnan sujuvuus lisääntynyt ja potilaiden vastaanotto nopeutunut Leiko-yksikössä.

Leiko-yksikön preoperatiivisella poliklinikalla potilaiden ohjaus toteutetaan yksilöllisesti huomioiden potilaan lähtökohdat ja tarpeet ohjaukselle. Ohjaus on suunnitelmallista ja aikaa ohjaukseen on varattu riittävästi. Mahdollisimman varhaisessa vaiheessa aloitetulla ohjauksella on monia positiivisia vaikutuksia mm. potilaiden toipumiseen ja kuntoutumiseen leikkauksen jälkeen. Potilaan ohjauksessa käytetään tukena erilaisia ohjausmenetelmiä. Kirjalliset hoito-ohjeet lähetetään potilaalle ajanvarauskirjeen yhteydessä tai ne annetaan preoperatiivisella poliklinikalla noin viikkoa ennen leikkausta. Näin potilailla on aikaa tutustua rauhassa ohjeisiin. Demonstrointia käytetään erilaisten hoitoimenpiteiden opastamiseen ja harjoitteluun. Prepoliklinikkakäynnin sijaan ohjaus voi-

daan toteuttaa myös puhelimitse. Tärkeää on arvioida puhelinohjauksen soveltuvuus potilaan ohjaamiseen.

Kehittämiprojektin suunnittelu- ja käynnistysvaiheen projektinvetäjät kokivat haastavana, koska toiminta aloitettiin nolatilanteesta. Monia asioita ei kyetty ennakoimaan ja suunnittelemaan valmiiksi, vaan asioita opeteltiin kantapään kautta. Runsaasti aikaa veivät mm. potilashallinto- ja potilaskertomusjärjestelmiin liittyvien kirjaamiskäytäntöjen opettelu. Haastavan alun jälkeen toiminta lähti kuitenkin jouhevasti liikkeelle. Työyhteisössä käytiin päivittäin keskustelua prepoliklinikan toiminnasta ja sen kehittämisestä. Kesän aikana toimintaa supistettiin, minkä vuoksi prepolilla oli potilaita vähemmän. Projektinvetäjien mielestä loppuvuoden aikana prepoliklinikkatoimintaa olisi voinut lisätä koskemaan useampia potilasryhmiä. Projektinvetäjät kokivat että, heillä oli vapaat kädet toiminnan kehittämisessä, mutta valtuuksia päätösten tekoon ei kuitenkaan ollut. Kehittämiprojektissa moniammatillinen yhteistyö oli voimavara. Toisaalta haasteellista oli hoitotyön ja lääketieteen asiantuntijoiden erilaisten näkemysten yhteensovittaminen.

Preoperatiivisen käynnin tarpeen arviointi on pääsääntöisesti leikkaushoidonsuunnittelijoiden vastuulla ja ajananto perustuu hoidonvaraus- ja sähköisen potilaskertomuksen tietoihin. Leikkaushoidonsuunnittelijoiden varatessa aikaa preoperatiiviselle poliklinikalle, heille ei ole laadittu selkeitä potilasvalintakriteereitä, joiden mukaan he varaisivat ajan potilaalle. Tämä on osoittautunut ajoittain haasteelliseksi. Potilasvalintakriteereiden laatiminen helpottaisi ja selkeyttäisi leikkaushoidonsuunnittelijoiden työtä. Laadukas hoito edellyttää, että toimintaohjeet tulee olla kirjattuna. Lisäksi niiden avulla taataan yhdenmukainen hoito kaikille potilaille. Preoperatiivisen poliklinikkakäynnin tarpeellisuus tulisi arvioida jo leikkauspäätöksen yhteydessä kirurgian poliklinikalla.

Preoperatiivisen poliklinikan hoitajat tekevät tiivistä yhteistyötä anestesia- ja lääketieteiden kanssa. Anestesia- ja lääketieteen ammattilaisiin ollaan tarvittaessa yhteydessä joko puhelimitse tai hän käy tapaamassa potilaan preoperatiivisella poliklinikalla. Kehittämiprojektin aikana preoperatiivisen poliklinikan potilaiden hoidosta on vastannut pääasiassa yksi anestesia- ja lääketieteen ammattilainen. Vastaavan anestesia- ja lääketieteen ammattilaisen ollessa pois, prepolin hoitaja on joutunut soittamaan useammalle anestesia- ja lääketieteen ammattilaiselle ennen kuin vapaana oleva on löytynyt. Tämä on ollut aikaa vievää ja aiheuttanut turhaa työtä. Mikäli anestesia- ja lääketieteen ammattilaisia ei saada heti paikalle, joutuvat potilaat odottamaan ja tämä on näkynyt myös seuraavien potilaiden vastaanot-

toaikojen myöhästymisinä. Jatkossa toimintaa helpottaisi se, että preoperatiiviselle poliklinikalle tulisi olla nimettyä esimerkiksi viikoittain anestesia lääkäri, joka vastaa preoperatiivisen poliklinikan potilaiden hoidosta.

Kehittämiprojektin onnistumista ovat edistäneet Leiko-yksikön työntekijöiden myönteinen asenne, innostuneisuus ja sitoutuminen preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistämistä ja toiminnan kehittämistä kohtaan. Myös potilailta saatu positiivinen palaute ja onnistumisen kokemukset ovat innostaneet kehittämiprojektin eteenpäin viemisessä. Työelämän mentorina toimiva ylihoitaja Maritta Rissanen on ollut projektin vetäjien tukena. Häneltä olemme saaneet ohjausta ja neuvontaa, kun olemme sitä tarvinneet. Kehittämiprojekti on lisännyt projektin vetäjien projektityön osaamista. Lisäksi se on antanut valmiuksia oman työn kehittämiseen ja kehittämiprojektien vetämiseen myös tulevaisuudessa. Projektin vetäjien ymmärrys koko kirurgisen potilaan hoitoprosessia kohtaan on laajentunut. Tiedonhaku taidot ovat kehittämiprojektin aikana kehittyneet.

Potilaskäyntejä preoperatiivisella poliklinikalla on ollut vuoden 2013 aikana 364. Käyneistä potilaista lähes kolmasosa on ollut syöpäpotilaita. Alustavan arvioinnin mukaan preoperatiivisella poliklinikkatoiminnalla ei ole ollut vaikutusta leikkausten peruuttamisten määrään tai leikkaussaliviiveisiin Länsi-Pohjan keskussairaalassa. Sen sijaan Leiko-toiminta näyttäisi lisääntyneen ja potilaiden hoitopäivien määrä vähentyneen. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri 2013, hakupäivä 18.2.2014.)

Jatkossa preoperatiivista poliklinikkatoimintaa ja sen myötä Leiko-toimintaa tulisi lisätä koskemaan useampia potilasryhmiä. Toisaalta Leiko-yksikön ahtaat tilat rajoittavat potilasmäärän suurta lisäämistä. Leikkauspotilaiden sairaalaan tuloaikojen porrastuksella voitaisiin jonkin verran vaikuttaa tilaongelmaan, koska tällöin kaikki potilaat eivät saapuisi yhtä aikaa sairaalaan. Lisäksi tuloaikojen porrastuksella olisi myönteinen vaikutus myös potilastyytyväisyyteen, koska potilaat antavat Leiko-yksikön hoitajille päivittäin negatiivista palautetta pitkistä odotusajoista. Kehittämiprojektin aikana leikkaushoidonsuunnittelu siirtyi Leiko-yksikön ja prepoliklinikan kanssa fyysisesti samoihin tiloihin. Tämä on helpottanut yhteistyötä ja parantanut tiedonkulkua Leiko-yksikön ja prepoliklinikan henkilökunnan sekä leikkaushoidonsuunnittelijoiden välillä. Mielestämme olisi ihanteellista, että kaikki preoperatiivinen toiminta olisi tulevaisuudessa keskitetty fyysisesti samoihin tiloihin. Toiminnan keskittäminen lisäisi toiminnan tehokkuutta,

moniammatillista yhteistyötä ja yhdenmukaistaisi toimintatapoja. Lisäksi yhteistyötä fysioterapeuttien kanssa tulisi lisätä potilaiden leikkausta edeltävässä ohjauksessa.

Kehittämiprojektia voidaan mielestämme pitää onnistuneena, koska se on löytänyt paikkansa käytännön työssä. Preoperatiivinen poliklinikkatoiminta on jäänyt pysyväksi toiminnaksi kehittämiprojektin päätyttyä ja sitä kehitetään edelleen. Myöhemmin toiminnan vakiinnuttua tullaan tekemään tarkempaa arviointia preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan vaikuttavuudesta, potilaiden kokemuksista ja moniammatillisen tiimin toiminnasta. Mielestämme olisi myös syytä selvittää, miksi prepoliklinikkatoiminnalla ei ole ollut vaikutusta leikkaussaliviiveiden vähentymiseen ja suunniteltujen leikkausten peruuntumisiin. Työtä voidaan hyödyntää organisaatioissa, joissa suunnitellaan vastaavanlaisen preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan aloittamista.

LÄHTEET

- Alaloukusa-Lahtinen, Johanna 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto, Oulu.
- Alanen, Seija 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan, sisätautien, kirurgian, ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Tampere. Hakupäivä 20.10.2012.
<<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00172.pdf>.>
- Alho, Antti & Torkki, Paulus 2005. Leikkauspotilaiden hoitoprosessin analysointi ja kehittäminen Kuusankosken aluesairaалassa. Loppuraportti. Espoo: Lillrank & Co.
- Correll, Darin J. & Bader, Angela M. & Hull, Melissa W. & Hsu, Cindy & Tsen, Lawrence C. & Hepner, David L. 2006. Value of preoperative clinic visits in indentifying issues with potential impact on operating room efficiency. *Anesthesiology* 2006; 105: 1254–1259.
- Edward, Gitara. M & Lemaire, Lucienne. C & Oort, Frans. J & Bucx, Martin. J. L. & Hollmann, Markus. W. & de Haes, Hanneke. C. J. M. 2007. Patient experiences with the preoperative assessment clinic (PEPAC): validation of an instrument to measure patient experiences. *British Journal of Anaesthesia* 2007; 99 (5): 666–672.
- Eloranta, Sini & Vähätalo, Mervi & Rasmus, Mari & Elomaa & Leena & Johansson, Kirsi 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. *Tutkiva hoitotyö* 2010; vol 8(1): 4-11.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Erämies, Tuija & Kuurne, Salla 2010. Preoperatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Hakupäivä 2.11.2012.
<[http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/dtk/shk/koti?p_haku=preoperatiivinen % 20 hoito](http://www.terveysportti.fi.ez.tokem.fi/dtk/shk/koti?p_haku=preoperatiivinen%20hoito)>
- Ferschl, Maria B. & Tung, Avery & Sweitzer, BobbieJean & Huo, Dezheng & Glick, David B. 2005. Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. *Anesthesiology* 2005; vol. 103 (4): 855–859.
- Fitzpatrick, Elizabeth & Hyde, Abbey 2006. Nurse-related factors in the delivery of preoperative patient education. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15: 671-677.
- Glick, David B. & Tung, Avery & Ferschl, Marla B. & Sweitzer, BobbieJean 2006. Anesthesia preoperative medicine clinic: Beyond surgery cancellations. *Anesthesiology* 2006; 105: 226.
- Hankonen, Anu & Kaarlela, Elsi & Palosaari Tiina & Pinola, Kati & Säkkinen, Mika & Tolonen, Anne & Virola, Minna 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.). Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino. Sivut 23–31.
- Harnett, Miriam & Correll, Darin & Hurwitz, Shelley & Bader, Angela & Hepner, David 2010. Improving efficiency and patient satisfaction in a tertiary teaching hospital preoperative clinic. *Anesthesiology* 2010; 112: 66–72.
- Hast, Leena & Prakkula, Minna 2012. Leikkauspotilaan intraoperatiivisen hoitotyön prosessimalli Länsi-Pohjan keskussairaалassa - Kvalitatiivinen tutkimus koordinaattorien työstä. Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Kemi.
- Hautakangas, Anna-Liisa & Horn, Tarja & Pyhälä- Liljeström, Paula & Raappana, Maarit 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.
- Heikkilä, Asta & Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen, avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, Katja & Rankinen, Sirkku & Johansson, Kirsi & Virtanen, Heli & Leino-Kilpi, Helena & Salanterä, Sanna 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisis-

- sa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. *Hoitotiede* 2006; vol. 18 (3): 120–129.
- Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Heinola, Kaisa & Koivurova, Tuula & Niskasaari, Marja & Rantala, Anita & Sulasalmi, Sirpa & Tokola, Sinikka & Tähtinen, Tanja 2006. Taitojen oppiminen/demonstrointi. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.). Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun Yliopistopaino. Sivut 57–64.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Internet 2012. Hakupäivä 12.9.2012. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/leikkaustoiminta/leikkaus-ja-anestesiayksikko/>>
- Hepner, David L. & Bader, Angela M. & Hurwitz, Shelley & Gustafson, Michael & Tsen, Lawrence C. 2004. Patient Satisfaction with Preoperative Assessment in a Preoperative Assessment Testing Clinic. *Anesthesia & Analgesia* 2004; 98: 1099–1105.
- Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. . 4.-7., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro OY.
- Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Syväoja, Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen terveysttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. 17., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Isola, Arja & Backman, Kaisa & Saarnio, Reetta & Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairanhoidossa. *Hoitotiede* 2007; vol. 19(2): 51–62.
- Iso-Kivijärvi, Marketta & Keskitalo, Outi & Kukkola, Katja & Ojala, Pia & Olsbo, Annikki & Pohjola, Mervi & Väänänen, Helena 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.). Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino. Sivut 10–17.
- Jahren Kristofferssen, Nina 2006. Stressi, selviytyminen ja elämäntapamuutokset. Teoksessa Jahren Kristofferssen & Nina, Nortvedt, Finn & Skaug, Eli-Anne (toim.) *Hoitotyön perusteet*. Tanska: Edita. Sivut 411–476.
- Johansson, Kirsi & Nuutila, Liisamaija & Virtanen, Heli & Katajisto, Jouko & Salanterä, Sanna 2005. Preoperative education for patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2005; vol. 50(2): 212–223.
- Johansson, Kirsi & Katajisto, Jouko & Salanterä, Sanna 2010. Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 2980–2988.
- Juujärvi, Soile & Myyry, Liisa & Pessa, Kaija 2007. Eettinen herkkyyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi.
- Karinen, Juha & Ali-Melkkilä, Timo 2006. Potilaan valmistelu anestesiaan ja esilääkitys. Teoksessa Rosenberg, Per & Alahuhta, Seppo & Lindgren, Leena & Olkkola, Klaus & Takkunen, Olli (toim.). *Anestesiologia ja tehohoito*. 2., uudistettu painos. Helsinki: kustannus Oy Duodecim. Sivut 286–298.
- Kemppainen, Marketta, endoproteesihoitaja, Länsi-Pohjan keskussairaala. Haastattelu 28.8.2012.
- Keränen, Ulla & Tohmo, Harri & Soirinsuo, Matti 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58 (36): 3559–3563.

- Keränen, Ulla & Tohmo, Harri & Laine, Päivi 2004. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) - potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. Suomen Lääkärilehti 2004; 59 (48): 4739–4743.
- Keränen, Ulla & Keränen, Jaana & Wäänänen, Ville 2006. LEIKO-prosessi ja perinteisen prosessi vertailussa. Suomen Lääkärilehti 2006; 61 (36): 3603–3607.
- Keränen, Ulla 2006. Leikkaukseen kotoa- potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2006; 122 (12):1412–1414.
- Keränen, Ulla & Karjalainen, Essi & Pitkänen, Pertti & Tohmo, Harri 2008. Leikkaukseen kotoa -malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Suomen Lääkärilehti 2008; 63 (45): 3887–3892.
- Keränen, Jaana & Keränen, Ulla 2011. From home to operation (FHTO) - A new surgical admission centre: Does the comprehensive initialisation of a new process harm surgery outcome? Scandinavian Journal of surgery 2011; 100:136–140.
- Koskela & Salanterä 2008. Näytelmän käyttö potilaskeskeisen ohjauksen oppimisessa. Teoksessa Montin, Liisa (toim.). Potilasohjauksen lähtökohdat. Turku: Turun yliopisto. Sivut 6–18.
- Kuusniemi, Kristiina & Haapoja, Elina & Pihlajamäki, Kalevi & Virolainen, Petri 2009. Nivelproteesileikkaukseen preoperatiivisen käynnin kautta. Finnanest 2009; 42 (3): 231–234.
- Kyngäs, Helvi & Kukkurainen, Marja Leena & Mäkeläinen, Paula 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkiva Hoitotyö 2005; vol. 3: 12–17.
- Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria & Poskiparta Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Eila & Rebfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä . Helsinki: WSOY .
- Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kähkönen, Outi & Saaranen, Terhi & Kankkunen, Päivi 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotie 2012; vol. 24 (3): 201–215.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Hoitotiede 2005; vol. 17 (4): 208–216.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005b. Käsitemallin ohjaus-käsitteessä hoitotieteessä. Hoitotiede 2005; vol. 17 (5): 250–258.
- Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 2005; vol. 3 (1): 10–15.
- Kääriäinen, Maria & Lahdenperä, Tiina & Kyngäs, Helvi 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 2005; vol. 3 (3): 27–31.
- Kääriäinen, Marja & Kyngäs, Helvi 2006. Ohjaus -tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidtaja 2006;10. Hakupäivä 11.2.2014.
<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/>
- Kääriäinen, Marja 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hakupäivä 30.10.2012.
<<http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>>
- Kääriäinen, Marja 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö 2008; vol.6 (4): 10–14.
- Laakso, Olli & Tohmo, Harri 2009. Uudistuvaa anestesiatiötä HUS Hyvinkään sairaalassa. Finnanest 2009; 42 (1): 63–64.
- Lahti, Taina 2013. Neurokirurgisen potilaan preoperatiivinen ohjaus. Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Helsinki. Hakupäivä 11.10.2013.

- <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58670/Neurokirurgisen_potilaan_preoperatiivinen_ohjaus.pdf?sequence=1>
- Lahtinen, Mari. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.). Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu- ja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino. Sivut 6–9.
- Laine, Veli 2006. Sosiaaliturvan suunta 2005–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Laisi, Jaana 2012. From Home to Operation- a preoperative process. Academic dissertation. University of Helsinki.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992. Hakupäivä 29.10.2012.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Lindwall, Lillemor & von Post, Irene 2000. Perioperativ vård- den perioperative vård- prosessen. Lund: Studentlitteratur.
- Lipponen, Tarja, osastonhoitaja, Oulun yliopistollinen sairaala. Puhelinhaastattelu 6.9.2012.
- Lipponen, Tarja, osastonhoitaja, Oulun yliopistollinen sairaala. Re: Puhelinhaastattelu syyskuussa 2012. Sähköpostiviesti mari.hietala@lpshp.fi 23.1.2014.
- Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Marja 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat hoitomallit. Oulun yliopisto. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Hakupäivä 14.10.2012.
<http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf>
- Lisma, Susanna 2010. Ortopedisen potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen kehittäminen Hatanpään sairaalan päiväkirurgian yksikössä. Ylemmän ammattikorkeakoulu- tutkinnon opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu, Tampere. Hakupäivä 18.10.2012.
<http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23419/Lisma_Susanna.pdf?sequence=1>
- Lukkari, Liisa & Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lukkari, Liisa & Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.- 3., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri. Intranet 2014. Hakupäivä 6.2.2014, 10.2.2014, 18.2.2014. <<http://www.lpshp.fi/>>
- Mattila, Lea-Riitta 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista: potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere. Hakupäivä 16.8.2013.
<<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67109/951-44-5099-X.pdf?sequence=1>>
- Mäkimartti, Sirkka 2014, osastonhoitaja, Länsi-Pohjan keskussairaala. Haastattelu 26.2.2014.
- Neil, Janice A. 2011. Preoperative Care. Teoksessa Lewis, Sharon L. & Dirksen, Shannon, Dirksen & Heitkemper, Margaret & Bucher, Linda & Camera, Ian M. Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems. Missouri: Elsevier Mosby.
- Nurmikoski, Minna, sairaanhoitaja, Vaasan keskussairaala. Puhelinhaastattelu 25.9.2012.
- Nurmikoski, Minna, sairaanhoitaja, Vaasan keskussairaala. Re: Puhelinhaastattelu syyskuussa 2012. Sähköpostiviesti mari.hietala@lpshp.fi 23.1.2014.

- Orava, Marjo 2010. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu tutkielma. Oulun yliopisto, Oulu.
- Orava, Marjo & Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2012. Potilasohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 2012; vol. 24(3): 232–243.
- Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Nikkilä Juhani 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Virtanen, Petri 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Palokoski, Marjo-Riitta 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto, Tampere. Hakupäivä 21.10.2012. <<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01622.pdf>>
- Puro, Helena & Pakarinen, Päivi & Tallgren, Minna 2013. Verbal information about anesthesia before scheduled surgery – content and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling* 2013; 90: 367–371.
- Rankinen, Sirkku & Salanterä, Sanna & Heikkinen, Katja & Johansson, Kirsi & Kaljonen, Anne & Virtanen, Heli & Leino-Kilpi, Helena 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; vol. 19 (2): 113–119.
- Rautava-Nurmi, Hanna & Westergård, Airi & Henttonen, Tarja & Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ruuska, Kai 2006. Terveystalouden projektinhallinta. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Soini, Erkki & Keränen, Jaana & Ryytänen, Olli-Pekka & Keränen, Ulla 2007. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) – toimintamalli on hyödyllinen. Teoksessa Klavus, Jan (toim.). *Terveystaloustiede* 2007. Stakes, työpapereita 2/2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Sivut 36–42. Hakupäivä 11.2.2014. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T2-2007-VERKKO.pdf>>
- Tarus, Taina, osastonhoitaja, Hyvinkään sairaala. Puhelinhaastattelu 25.9.2012.
- Tarus, Taina, osastonhoitaja, Hyvinkään sairaala. Re: Puhelinhaastattelu syyskuussa 2012. Sähköpostiviesti mari.hietala@lpshp.fi 23.1.2014.
- Teerijoki, Jaana, projektipäällikkö, Keski-Suomen keskussairaala. Puhelinhaastattelu 6.9.2012.
- Teerijoki, Jaana, projektipäällikkö, Keski-Suomen keskussairaala. Re: Puhelinhaastattelu syyskuussa 2012. Sähköpostiviesti mari.hietala@lpshp.fi 23.1.2014.
- Tohmo, Harri 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? *Finnanest* 2010; 43 (4): 310–311.
- Torkkola, Sinikka & Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuusvuori, Jarkko S. 2006. Hyviin käsiin. Leikkaushoitajan tie vanhasta uuteen periooperatiivisuuteen. Helsinki: Suomen Leikkausosaston sairaanhoitajat ry ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Van Klei, Wilton & Moons, Karel & Rutten, Charles & Schuurhuis, Anke & Knape, Johannes & Kalkaman, Cornelis & Grobbee, Diedrick 2002. The effect of outpatient preoperative evaluation of hospital inpatients on cancellation of surgery and length of hospital stay. *Anesthesia and Analgesia* 2002; 92–103.
- Van Klei, Wilton & Kalkaman, Cor & Moons, Karel 2006. Effects of an Anesthesia Preoperative Medicine Clinic. *Anesthesiology* 2006; 105:224.
- Vänskä, Kirsti & Laitinen-Väänänen, Sirpa & Kettunen, Tarja & Mäkelä, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveystalouden ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.
- Walsgrove, Hilary 2011. History Taking. Teoksessa Radford, Mark & Alastair, Williamson & Evans, Clare (toim.). *Preoperative Assessment and Perioperative Man-*

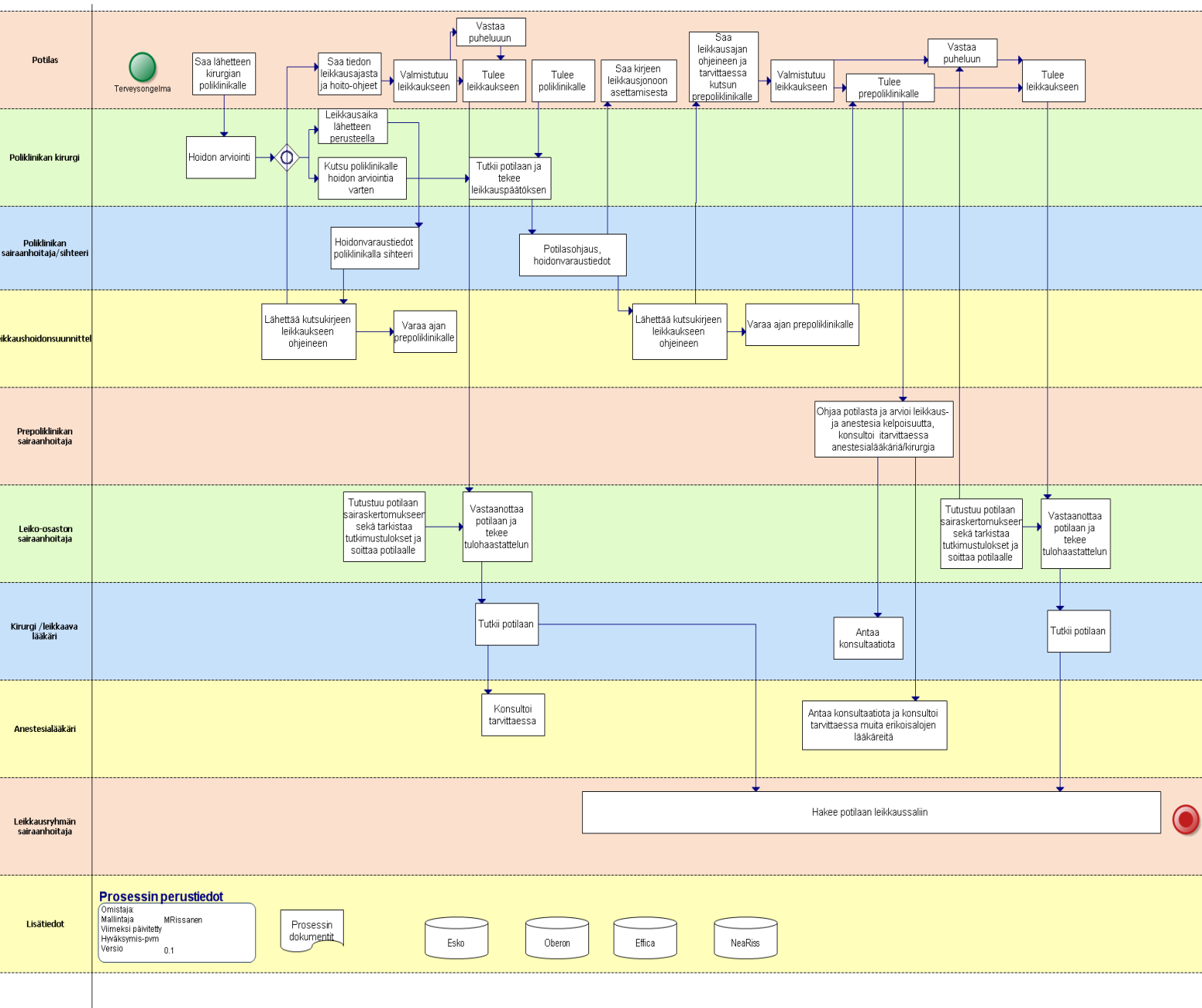
agement. Keswick: M&K Publishing. Sivut 33-53. Hakupäivä 11.12.2013.
<<http://site.ebrary.com.ez.tokem.fi/lib/tokem/docDetail.action?docID=10481080&p00=preoperative%20assessment%20perioperative%20management>>

LIITTEET

- Liite 1. Leiko-potilaan hoitoprosessikaavio Länsi-Pohjan keskussairaalassa
- Liite 2. Opinnäytetyön hankkeistussopimus



Leiko-potilaan hoitoprosessi Länsi-Pohjan keskussairaalassa



Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun opinnäytetyön tekemisestä.

| Toimeksiantaja | | | |
|----------------|-----------------------------|------------------|-------------------|
| Nimi | Länsi-Pohjan keskussairaala | | |
| Osoite | Kauppakatu 25, 94100 Kemi | | |
| Puh. | 016-243111 | Sähköpostiosoite | osasto2b@lpshp.fi |

| Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja | | | |
|------------------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|
| Nimi | Maritta Rissanen | | |
| Osoite | Kauppakatu 25, 94100 Kemi | | |
| Puh. | 040-5263753 | Sähköpostiosoite | maritta.rissanen@lpshp.fi |

| Oppilaitoksen tiedot | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------------------|
| Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu | | | |
| Opinnäytetyön ohjaajan nimi | Airi Paloste | | |
| Nimi | Terveysalan koulutusyksikkö | | |
| Osoite | Meripuistokatu 25, 94100 Kemi | | |
| Puh. | 01038350 | Sähköpostiosoite | airi.paloste@tokem.fi |

| Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjelma, yhteystiedot) | |
|---|--|
| Mari Hietala, Terveiden edistämisen koulutusohjelma YAMK, puh.040-7067447 | |
| Katarina Lappalainen, Terveiden edistämisen koulutusohjelma YAMK, puh.050-4610781 | |

| Opiskelijanatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot: | |
|--|--|
| Opinnäytetyön nimi/alhe | Preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan käynnistäminen Länsi-Pohjan keskussairaalaassa |
| Työn aikataulu | syyskuu 2012-huhtikuu 2014 |
| Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa | Länsi-Pohjan keskussairaala vastaa preoperatiivisen poliklinikkatoiminnan aloittamiseen liittyvistä kustannuksista, kirjallisen tuotoksen kustannuksista vastaavat opinnäytetyön tekijät |
| Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa | - |

Opinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:

- Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Opinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista.

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 4 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Palkka Kemi

Aika 09/11 2012

AMK:n edustaja

Toimeksiantajan edustaja

Opinnäytetyön tekijä(t)