



# Heräämöstä kotiin -toiminnan aloitus sairaan- hoitajien kokemana

Eija Suomalainen

2023 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## Heräämöstä kotiin -toiminnan aloittaminen sairaanhoitajien kokemana

Eija Suomalainen  
Sosiaali- ja terveysalan yamk  
Opinnäytetyö  
Marraskuu 2023

Eija Suomalainen

**Heräämöstä kotiin -toiminnan aloittaminen sairaanhoitajien kokemana**

Vuosi

Lisää tähän vuosi

Sivumäärä

1

---

Tämän opinnäytteen tarkoituksena on kartoittaa kohdesairaalan leikkausosaston hoitajien kokemuksia Heräämöstä kotiin (HERKO)-toiminnan aloituksesta ja niistä nousevien teemojen avulla luoda toimintamalli yksikön toiminnan muutostilanteisiin. Opinnäytteen tavoitteena on parantaa yksilön ja yksikön resilienssiä tulevissa toiminnan muutoksissa.

Opinnäytteen kehittämiskysymykset olivat, miten HERKO-hoitajat ovat kokeneet uuden toiminnan aloituksen ja mitkä ovat yksikön keinot tukea henkilökunnan resilienssin kehittymistä toiminnan muuttuessa.

Tietoperustassa käsitellään resilienssiä, koska se kuvaa yksilön ja yksikönselviytymiskykyä muutoksissa. HERKO-toiminta on lyhythoittoa kirurgiaa, joten tietoperustassa perehdytään lisäksi eri lyhythoittoa kirurgian toimintamalleihin.

Opinnäyte on tutkimuksellinen opinnäyte ja sen tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus. Tiedonkeruumenetelmä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua. Haastattelut teemotettiin ja analysoitiin deduktiivista, teoriapohjaista sisällönanalyysia käyttäen. Kehittämismenetelmäksi opinnäytteen tekijä valitsi pienryhmätyöskentelyn ja aivoriimallin. Tutkimustulokset esiteltiin leikkausyksikön työryhmälle. Työryhmään kuului opinnäytteen tekijän toiveiden mukaisesti yksikön ylilääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, opetushoitaja sekä yksi osaston sairaanhoitaja.

Tutkimuksen mukaan hoitajat olivat tyytyväisiä perehdytysmateriaaleihin ja yhteistyöhön fyysioterapeuttien ja lääketyöntekijöiden kanssa. Ongelmallisena hoitajat kokivat ristiriitaisen ja riittämättömän informaation sekä muutosvastarinnan.

Sopeutumista muutokseen ja voimavaroja olisi lisännyt avoin, yhdenmukainen ja rehellinen viestintä, eri toimijoiden yhteinen ymmärrys toiminnan periaatteista sekä vahvempi työyhteisön tuki.

Tutkimustulosten pohjalta yksikköön luotiin toimintamalli muutoksiin aivoriimä-työskentelyä.

Eija Suomalainen

**Starting Extended Day Surgery as Experienced by Nurses**

Year                      2023    Pages                      1

---

The purpose of the thesis was to chart the experiences of the nursing staff in the operating department of the target hospital regarding the start of Extended day surgery activities. With arising themes, a plan of action was to be created to help with changes in the target unit's activities. The aim was to improve the resilience of individuals as well as the target unit to those changes in future activities. The thesis aimed to examine, how Extended day surgery nurses have experienced the start of the new activity and what the unit's means to support the development of staff resilience are during changes in activities.

Resilience is discussed in the theoretical framework for it describes the adaptation skills of individuals as well as those of the unit regarding change. Extended day surgery operations are part of short-term surgery, so there is also a focus on different operating models of short-term surgery in the framework.

The thesis is research-based and qualitative research was chosen as its research method. Data were collected using semi-structured interviewing. The interviews were themed and analysed using deductive, theory-based content analysis. The author of the thesis chose small group work and brainstorming sessions as the development method. The results of the research were presented to the working group of the surgery unit. In accordance with the wishes of the author, the working group consisted of the unit's chief physician, head nurse, assistant head nurse, teaching nurse and one nurse of the ward.

According to the results, nurses were satisfied with the orientation materials and co-operation with physiotherapists and pharmaceutical staff. The nurses found conflicting and insufficient information and resistance to change problematic.

Adaptation to change and personal resources would have been increased by open, consistent and honest communication, a common understanding of the principles regarding Extended day surgery as well as stronger support from the working community.

A plan of action for changes was created, based on the results of the research, using small group brainstorming sessions.

Keywords: Surgical treatment, short-term surgery, resilience

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kohdesairaala .....	7
3	Lyhythoitoinen kirurgia .....	8
3.1	Leikkaukseen kotoa (LEIKO) .....	8
3.2	Päiväkirurgia (PÄIKI) .....	11
3.3	Heräämöstä kotiin (HERKO) .....	13
4	Resilienssi .....	17
4.1	Resilientti yksilö .....	17
4.2	Resilientti työyhteisö .....	18
4.3	Resilientti organisaatio .....	19
5	Kehittämisasetelma .....	21
5.1	Tarkoitus, tavoitteet ja kehittämiskysymykset .....	21
6	Kehittämistyön menetelmät .....	22
6.1	Tutkimuksellinen opinnäyte .....	22
6.2	Laadullinen tutkimus .....	23
6.3	Puolistrukturoitu haastattelu aineistonkeruu menetelmänä . <b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>	
6.4	Teorialähtöisyys aineiston analyysimenetelmänä .....	24
7	Tutkimustulokset .....	25
7.1	Hoitajien tuntemuksia .....	25
7.2	Yksikön keinot tukea henkilökunnan resilienssiä .....	26
8	Toimintamallin luominen .....	28
9	Johtopäätökset ja pohdinta .....	30
9.1	Tulosten tarkastelu .....	30
9.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	31
9.3	Opinnäytetyön prosessin arviointi .....	33
	Lähteet .....	35
	Liitteet .....	44

## 1 Johdanto

Hoidon saatavuus Suomessa on huonontunut vuosittain. Hoitojonot ovat kasvaneet ja hoitotakuun kriteerit eivät kaikilla erikoisaloilla toteudu. Elokuussa 2022 kiireettömän sairaanhoidon odotusaika oli 65,5, mikä oli noin kahdeksan vuorokautta edellistä vuotta pitempi. (Tilastoraportti 37/2022, 1, 4.)

Hoitotakuun ulkopuolelle jääneitä eli yli puoli vuotta jonottaneiden määrä oli samalla ajan jaksolla lisääntynyt 6,9 %. Pahin tilanne oli Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä, jossa yli puoli vuotta kiireetöntä erikoissairaanhoitoa odottaneiden prosentuaalinen osuus oli 24,6. Vastaava luku oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 19,7. Syinä pahentuneeseen jonotilanteeseen mainittiin valinnut koronatilanne sekä hoitohenkilökunnan saatavuuden heikentyminen ja pitkittynyt hoitohenkilökunnan työtaistelu. (Tilastoraportti 37/2022, 1,4.)

Huono henkilöstötilanne kohdesairaalan kirurgian osastolla pakotti sairaalan operatiivista johtoryhmää miettimään uusia keinoja leikkaustoiminnan jatkumisen varmistamiseksi ja hoitotakuussa pysymisen turvaamiseksi. Johtoryhmä päätti elokuussa 2022 aloittaa uuden Heräämöstä kotiin (HERKO) -toiminnan. Toiminta aloitettiin nopealla aikataululla 24.10.2022.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa tavoitteissa vuosille 2023-2026 painotetaan palvelujen laadun parantamista ja toiminnan vaikuttavuutta. Laadukkaita palveluja tulee tarjota oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja tarpeen mukaisesti. Tavoitteisiin oli kirjattu myös sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden veto- ja pitovoimatekijöiden parantaminen. Konkreettisina keinoina mainittiin henkilöstön osaamisen hyödyntäminen ja osallistaminen toimintojen kehittämisessä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023-2026 2022, 16, 17.)

Tämän opinnäytteen tarkoituksena on kartoittaa kohdesairaalan leikkausosaston hoitajien kokemuksia HERKO-toiminnan aloituksesta ja niistä nousevien teemojen avulla luoda toimintamalli yksikön toiminnan muutostilanteisiin. Opinnäytteen tavoitteena on parantaa yksilön ja yksikön resilienssiä tulevaisuuden toiminnan muutoksissa.

## 2 Kohdesairaala

Kohdeorganisaatio kuvataan tutkimuseettisistä syistä anonyymisti, joten myös lähdemerkinnät ovat anonymisoitu.

Kohdesairaala on päivystävä synnytyssairaala, jonka vastuulle kuuluu alueensa ympärivuorokautisen yhdessä hyvinvointialueen kanssa. Sairaalan leikkaustoiminta kuuluu leikkauspotilaiden nukuttaminen, puuduttaminen sekä leikkauspotilaiden leikkausta edeltävä ja leikkauksen jälkeinen hoito ja tutkimus. Lisäksi anestesiatoimintaan kuuluu leikkaussalien ulkopuoliset anestesiatoimenpiteet ja kivunhoito. (Kohdesairaalan internetsivut)

Kohdesairaalan leikkausosastolla on 14 salia, joissa tehdään vuosittain yli 7000 toimenpidettä kahdeksalla eri erikoisalalla. Erikoisaloja ovat naistentaudit, plastiikkakirurgia, gastroenterologia, urologia, yleiskirurgia, ortopedia, korva-, nenä- ja kurkkukirurgia ja lastenkirurgia. (Kohdesairaalan internetsivut)

Suurin osa potilaista saapuu leikkaukseen LEIKO-yksikön kautta, jossa potilaat käyvät tarvittaessa ennakkovastaanotolla. LEIKO-hoitaja soittaa potilaille edeltävänä arkipäivänä ja antaa heille yksilölliset leikkausvalmisteluohjeet. Kohde organisaatiossa on käytössä potilastietojärjestelmä, jonka potilaspalvelun kautta potilaat voivat vastata ennakkokyselyihin ja seurata omia ajanvarauksia. (Kohdesairaalan internetsivut)

Leikkausaamuna potilas ilmoittautuu sihteerille, joka tarkistaa samalla potilaan yhteystiedot. Ilmoittautumisen jälkeen hoitaja haastattelee potilaan ja suorittaa tarvittavat leikkausvalmistelut. Leikkaava lääkäri käy tapaamassa potilaan ennen leikkausta. Valmistelujen jälkeen leikkaushoitaja hakee potilaan saliin. (Kohdesairaalan internetsivut)

Leikkauksen jälkeen potilas kotiutuu joko päiväkirurgisesti leikkausyksiköstä tai myöhemmin osastolta (Kohdesairaalan internetsivut). Uutena kotiutusmuotona kohde sairaalan leikkausosastolla aloitettiin syksyllä 2023 heräämöstä kotiin yön yli seurannan jälkeen.

### 3 Lyhythoitoinen kirurgia

Kehittyneet mini-invasiiviset leikkaustekniikat sekä optimoitu potilasvalinta ja leikkausprosessi ovat mahdollistaneet sairaalassa olo aikojen lyhentymisen. Yhä useammat toimenpiteet voidaan turvallisesti tehdä lyhythoitaisesti. Lyhythoitaiseen kirurgiaan luetaan kuuluvaksi päiväkirurgia ja lyhyt jälkihoitoinen kirurgia. (Ruohoaho 2016, 36.) Lyhyt jälkihoitoinen kirurgia alkoi suolistokirurgiasta ja levinnyt sen jälkeen laajalti muihin aloihin. Suomessa mallista käytetään termiä nopeutetun hoidon malli, optimoidun toipumisen malli tai kansainvälisiä termejä ERAS (enhanced recovery after surgery) ja ERP (enhanced recovery protocol). (Hiltunen & Savikko 2018.) Päiväkirurgia on ajaltaan työpäivän pituinen ja lyhyt jälkihoitoinen kirurgia on kestoltaan yli 24, mutta alle 72 tunnin mittainen leikkaushoitojakso. Kansainvälisen päiväkirurgisen yhdistys IAAS suosituksen mukaan päiväkirurgiasta käytetään englanninkielisiä termejä ambulatory, day, same day tai day only surgery. Lyhyt jälkihoitoisesta kirurgiasta (LYHKI) käytetään termiä short stay surgery. (Ambulatory (Day) surgery, 5.)

Australiassa tutkittiin potilaiden halukkuutta lyhytkirurgiseen leikkaukseen. Polviproteesipotilaille tehdyn laadullisen tutkimuksen mukaan joustava, kokonaisvaltainen hoito, ammattitaitoinen ja huolehtiva henkilöstö sekä riittävä tuki kotona lisäsi potilaiden halukkuutta lyhytkirurgiseen hoitoon. Halukkuutta lisäsi myös aikaisempi tietämys ja kokemus kyseisestä hoitomallista. (Bajwa, Francis, Jackson, McDonald, Paynter, Rodda & Story 2022.)

#### 3.1 Leikkaukseen kotoa (LEIKO)

Lyhythoitaisessa kirurgiassa potilaan tulevat leikkaukseen suoraan kotoa. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) toiminta aloitettiin Suomessa vuonna 1990. Hyvinkäällä aloitetun LEIKO-toiminnan tarkoituksena oli helpottaa vuodeosaston henkilöstön kuormitusta ja säästää vuodeosastopaikkoja leikkauksen jälkeiseen hoitotarpeeseen. (Keränen, Soirinsuo & Tohmo 2003.)

LEIKO-tilojen tulee olla toimivat, eri potilasryhmien sekä henkilökunnan tarpeet huomioiva. Henkilökunnan tulee olla osaavaa, vastuullista ja motivoitunutta. Pehdytyksestä ja lisäkoulutustarpeista sekä henkilökunnan riittävydestä tulee huolehtia. (Villman 2014.)

Selkeät prosessit, yhdessä sovitut toimintamallit sekä moniammatillisuus korostuvat LEIKO-toiminnassa. Potilaan yleistilan kartoitus ja soveltuvuuden varmistaminen alkaa jo perusterveyden huollossa ja jatkuu koko leikkausprosessin ajan. Tutkimukset ja edeltävät poliklinikakäynnit määrätään potilas- ja toimenpidekohtaisesti. (Keränen ym 2003.)

Yleisin syy leikkauksen peruuntumiseen on, että potilas ei ole leikkauskelpoinen. Turusen tutkimuksen mukaan leikkauskelpoisuuteen liittyvien peruutusten vähentäminen onnistuu yhdenmukaisen moniammatillisen työskentelytavan, hyvin toimivien sähköisten työkalujen sekä

selkeän hoidonsuunnittelumallilla, jota hoidonvaraaja koordinoi kiinteässä yhteistyössä potilaan ja hänen omaisiensa kanssa. (Turunen 2018, 29,40,41.)

Suomen anestesiologiyhdistys antoi vuonna 2019 päivitetyn suosituksen anestesiatoiminnan järjestämisestä. Suosituksen mukaan leikkausta edeltävällä arviolla varmistetaan potilaan toimipide- ja anestesiakelpoisuus esitietolomakkeen, puhelinhaastattelun, lähetetietojen, sairaskertomuksien ja lääkelistojen avulla. Niiden ja ASA-luokituksen pohjalta voidaan tehdä leikkausriskiä, jonka avulla potilaat voidaan päättää, voiko potilas tulla leikkaukseen ilman preoperatiivista käyntiä vai pitääkö potilas pyytää leikkausta edeltävälle käynnille. Preoperatiivisella käynnillä pyritään arvioimaan potilaan leikkauskelpoisuus sekä jakamaan potilaalle tietoa riskeistä ja hoitovaihtoehdoista. Samalla voidaan tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat monimuotoista kivunhoitoa. Käynti tulee ajoittaa riittävän aikaiseksi, jotta mahdolliset lisätutkimukset ja korjaavat toiminnot ehditään tehdä ajoissa. (Hynynen, Kuosa, Kuisiniemi, Niskanen, Pyhälä, Rautiainen, Salmenperä, Scheinin, Tuominen-Salo & Ylitalo-Airo 2019.) Esikartoitukset, riskiarviot ja interventiot olisi hyvä aloittaa jo avoterveyden huollossa leikkauksenvaihtoehtoa pohdittaessa, koska tällöin interventiot voitaisiin aloittaa aiemmin ja potilaiden leikkauskelpoisuus ja toimintakyky olisivat leikkaukseen tullessa paremmat (Pohjola 2023).

Aaltosen ja Ahlmen-Laihon vertaisarvioidussa artikkelissa (2023) pohdittiin keinoja parantaa monisairaiden potilaiden leikkauksiarviota. Artikkelin mukaan kirurgisten ja anestesiologisen arvioiden lisäksi pitää huomioida muut komplikaatioille altistavat tekijät. Kansallisen hoitosuosituksen puuttuessa voidaan hyödyntää erilaisia kansainvälisiä toimintakyky- ja riskiarviolaskureita. Aro (2022) käytti väitöksessään Cierny-Maderin luokitusta, jossa arvioidaan potilaan riskejä fysiologisten luokkien ja niihin vaikuttaneiden tekijöiden avulla. Luunmurtumapotilaiden kohdalla erityisesti diabeteksen, kalsiumaineen vaihdunnan ja ravitsemuksen korjaaminen sekä tupakoinnin lopettaminen nähtiin tärkeänä.

Lousianassa tutkittiin Stop bang ja Mets-pisteytysjärjestelmien käytön ja preoperaatiivisen tapaamisen, 10-14 päivää ennen leikkausta, vaikutusta leikkausten peruuntumisiin. Tutkimuksen tavoitteena oli saman päivän peruuntumisten ja viivästysten vähentäminen sekä hoidon laadun optimointi. Potilaille varattiin preoperatiivinen tapaaminen joko puhelimitse tai poliklinikalla. Kirurgit noudattivat Louisiana Anesthesiology Group, LLC: n luomia anestesiaohjeita, joiden sisältämien STOP BANG- ja METS-pisteytysjärjestelmien tehtiin lopullinen anestesiaarvio. Toiminnan muutoksen katsottiin vähentäneen leikkausten peruuntumista ja nopeuttaneen leikkausten aloitusta leikkauksipäivänä sekä vähentäneen komplikaatioita sekä sairaalassa olon pitkittymistä. Muutos paransi myös potilaiden ja työntekijöiden yleistä tyytyväisyyttä. (Danatonio & Kell 2023.)

Oara-pistetystyökalun yhdistämisen standardoituun protokollaan ja monialaiseen hoidon koordinointiin katsottiin parantaneen aikaisen kotiutumisen ennustamista ja vähentäneen sairaalaan palaamisia. Tutkimuksessa todettiin lisäksi, että ASA- ja komorbiditeetti-indeksi ennustivat lähinnä leikkauksesta selviämistä, mutta eivät antaneet ennustetta varhaiseen kotiutumiseen. (Caccavallo, Ishmael, Kuzma, Meneghini & Ziemba-Davis 2017.)

Strukturoitu esihaastattelulomake on nähty hyvänä keinona kartoittaa potilaan leikkauskuntoisuutta. Lomakkeen tietojen ja potilaalle tehtyjen tutkimuksien pohjalta potilaalle voidaan tehdä lisätutkimuksia sekä optimoida leikkausvalmistelut. Esikartoituksilla ja valmisteluilla ei pyritä pelkästään vähentämään komplikaatioita vaan samalla parantamaan potilaan toimintakykyä ja toipumisreservejä. Kartoituksilla voidaan myös arvioida potilaan soveltuvuutta eri toimintamalleihin. (Aaltonen & Ahlmen-Laiho, 2023; Pohjola 2023.)

Potilaat ovat avoimempia ohjaukselle sekä elämäntapamuutoksille ennen leikkausta (Pohjola 2023). Lahden opinnäytetyössä tutkittiin neurologisten leikkauspotilaiden saamaa ohjausta. Tutkimuksen mukaan potilaat toivoivat tietoa leikkauksen biofysiologisista ja toiminnallista vaikutuksista, komplikaatioista sekä hoitovaihtoehtoista. Potilaat toivoivat myös tietoa leikkausvalmisteluista, omista keinoista edistää toipumista sekä ohjeita yhteydenotosta, mikäli oireet pahenevat odotusaikana. Potilaat kokivat preoperatiivisen käynnin hyvänä ja toivoivat ohjausta 1-2 viikkoa ennen leikkausta eri menetelmillä. Tyytymättömyyttä aiheutti ristiriitainen, väärä tai rutiininomainen ohjaus. (Lahti 2013, 39-42.)

Tomlin ja Phangin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin videokoulutuksen käyttöä leikkausta edeltävässä ohjauksessa. Katsauksessa käytiin läpi 240 tutkimusartikkelia, joista 18 valittiin tutkimukseen. Artikkeleidentuloksista etsittiin tietoon, tyytyväisyyteen, valmiuteen ja psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin liittyviä tuloksia. Tutkimuksen pohdinnassa todettiin, että potilaiden erilaiset koulutus- ja sosiaaliset taustat, leikkaukset sekä tutkimusajankohdat vaikuttavat tutkimustuloksiin. Johtopäätöksessä suositeltiin videomateriaalin käyttöä monipuolistamaan ja parantamaan potilaiden tiedonsaantia ennen leikkausta sekä vähentämään leikkausta edeltävää ahdistusta. Käytettävien videoiden tulisi olla laadukkaita ja ammattimaisesti tuotettuja. (Phang & Tom 2022.)

Yhdysvalloissa, potilaslähtöiset, hoitajajohtoiset klinikat ovat lisänneet potilaiden tyytyväisyyttä ohjaukseen ja parantaneet potilaiden valmistautumista leikkaukseen. Hoitajajohtoisissa keskuksissa hoitaja soittaa potilaalle ja suorittaa alustavan leikkausarvioinnin ennalta sovitujen algoritmien ja standardien mukaisesti. Anestesiologia konsultoituihin, mikäli potilaan sairaudet tai leikkaus sitä vaati. Klinikoiden todettiin vapauttaneen anestesiologeja muihin töihin ja vähentäneen kustannuksia. Toiminta vaatii sairaanhoitajilta korkeaa ammattitaitoa, hyvää perehdytystä, jatkuvaa koulutusta sekä joustavaa yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. (Bush, Burkard, Giron & Meyers 2021.)

### 3.2 Päiväkirurgia (PÄIKI)

Kuntaliiton julkaisun mukaan Suomessa tehtiin vuonna 2019 noin 50 % prosenttia leikkauksista päiväkirurgisesti. (Sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2019, 17). Päiväkirurgiassa yhdistyy leikkaussaliolosuhteet ja polikliininen toteutus. Päiväkirurginen potilas saapuu aamulla toimenpiteeseen ja kotiutuu samana päivänä. Päiväkirurginen hoitoprosessi vaatii lyhythoitosen kirurgian mallin mukaan tarkkaa etukäteissuunnittelua ja päiväkirurgisten kriteereiden noudattamista sekä potilasvalinnassa että kotiutuksessa. (Viitamäki 1996, 6, 9-11.)

Päiväkirurgiassa potilas ja hänen perheensä ovat hoidon keskiössä. Turvallisuus, itsemääräämisoikeus, perhekeskeisyys ja hoidon jatkuvuus ovat päiväkirurgisen hoitotyön kulmakiviä. Päiväkirurgiassa tulisi noudattaa yhteisesti sovittuja, näyttöön perustuvia hoidon periaatteita. (Viitamäki 1996, 9-11, 17-23.) Samaa korostivat Branner & Kautz sappipotilaiden perioperatiivista hoitoa käsittelevässä artikkelissa. Standardoidut hoitotyön prosessit, turvallisuuden optimointi, komplikaatioiden ennakointi ja potilasta tukeva ohjaus tukivat onnistunutta kotiutusta ja vähensivät uudelleen yhteydenottojen tarvetta. Heräämöhoidajan tulee tunnistaa korkeariskin potilaat ja oireet, jotka ennakoivat ongelmia ja puuttua niihin välittömästi. Potilasta ahdistusta tulee lieventää ohjauksella ja henkisellä tuella. (Branner & Kautz 2018.)

Norjalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa kartoitettiin potilaiden itsehoidon valmiuksia päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen. Laadullisessa tutkimuksessa tuli esiin ohjauksen ajoituksen merkitys. Potilaat toivoivat enemmän ja tarkempaa ohjausta, etenkin leikkauksen jälkeisestä kipu- ja liikehoidosta, jo ennen leikkausta sekä itselleen että omaisille. Välitön leikkauksen jälkeinen ohjaus oli yleisesti kattavaa, mutta potilaille annetut anestesia-aineet haittasivat potilaiden muistia. Potilaat toivoivat lisäksi rauhallisista ja yksityistä ohjausympäristöä, koska melu ja hälinä häiritsivät keskittymistä. Jälkisoitto koettiin turvallisuutta ja jatkuvuutta parantavana tosin potilaat kokivat sen ajoittuvan kivunhoidollisesti liian aikaisesti. Ohjausta toivottiin sekä potilaalle että tukihenkilöille. Tutkimuksen pohdinnassa kannustettiin kehittämään ohjausta potilaslähtöisemmäksi ja panostamaan oikea-aikaiseen ohjaukseen. (Elde, Halting, Hovland, Johanson & Kringeland 2021.)

Ohjauksen merkitys tuli esiin myös Renholmin väitöksessä (2015). Väitöksen mukaan hoidon jatkuvuutta paransivat hyvä leikkausinformaatio ja tieto kuka on leikkaava lääkäri ja keneen hoitajaan ottaa yhteyttä leikkausta odotellessa. Lisäohjauksen tarvetta vähensivät sama lääkäri ja hoitaja ennen ja jälkeen leikkauksen. (Renholm 2015, 34-36.) Pamilon lonkka- ja polvipotilaiden hoitoa koskevassa väitöksen (2018, 6,7) mukaan optimoiduilla ja standardoidut prosesseilla, joissa moniammatillista ja -tieteellistä toimintaa yhdistetään hyvään potilasopetukseen ja yhteistyöhön potilaan ja omaisten kanssa, voitiin nopeuttaa potilaan turvallista kotiutumista sairaalasta. Esimerkiksi yksilöllinen, tehostettu fysioterapiaohjaus vähentää

potilaiden leikkauksen jälkeistä kipua ja parantaa lihasvoimaa sekä nopeuttaa kotiutumista ja toipumista. (Andersen, Calatayud, Casaña, Ezzatvar, Jakobsen & Sundstrup 2017).

Pamilon tutkimuksessa todettiin lisäksi, että suuret potilasmäärät vähensivät leikkauskomplikaatioiden määrää ja paransivat onnistumisprosentteja. Toisaalta leikkausten keskittyminen isoihin osaamiskeskuksiin saattoi lisätä potilaiden tyytymättömyyttä pitkien välimatkojen ja vaikean saavutettavuuden takia. (Pamilo 2018, 57, 58.). Renholmin tutkimuksen mukaan kehittämistarvetta olisi hoitoon pääsyssä ja hoitosuhteessa. Potilaat esittivät myös toiveen jälki-kontrollista parantamaan hoidon onnistumista ja jatkuvuutta. (Renholm 2017, 38.)

Optimoitujen ja standardoitujen prosessien lisäksi tarvitaan yhteisiä vertailuvälineitä. Potilailla tulisi olla mahdollisuus valita hoitopaikka vertailutulosten perusteella, mikä kannustaisi hoidon tarjoajia parantamaan toimintaansa ja lisäämään hoidon saatavuutta. Palvelun tehokkuus, turvallisuus ja saatu kokemus määrittelevät palvelun laadun. Laadun arvo eli kustannukset parantuvat laadun myötä. (Bloomstone & Rodrigues 2023.)

Osastohoitopaikkojen ja hoitohenkilökunnan puute on vauhdittanut uusien toimenpiteiden tuomisen päiväkirurgiaan. Nykyään muun muassa proteesileikkaukset voidaan turvallisesti tehdä päiväkirurgisesti tarkkaan valituille potilasryhmille. (Danoff, Fraser, Hozack, Manrique & Reynolds 2018, Fuornier, Lelu, Mihalko & Throckmorton 2018; Kinnunen, Moisander, Pamilo 2019; Gromov, Hansen, Husted, Husted, Kristensen, Krogshøj & Troelsen 2020, 44-45; Chen, Evans, Fitz, Shaff, Shah, Varady & Xu 2022, 2356.) Myös sappi- ja nilkkamurtumaleikkaukset soveltuvat päiväkirurgiaan. Englantilaisessa tutkimuksessa nilkkamurtumien leikkaaminen päiväkirurgisesti todettiin olevan sekä turvallista että kustannustehokasta. (Ahluwalia, Cook, Colegate-Stone, Karuppaiyah, Kavarthapu, Sinta & Tavakkolizudeh 2020.) Samaan tulokseen tulivat Li, Wang, Xiong, Zhang & Yang. Heidän kirjallisuuskatsauksessansa tarkasteltiin sappileikattujen potilaiden leikkausten jälkeistä pahoinvointia, kipua, sairaalassa olon pitkittymistä, paluuta sairaalaan sekä potilastyytyväisyyttä. Tutkimuksessa ei ilmennyt merkittäviä eroja sairaalassa olon pitkittymiseen ja komplikaatioiden suhteen. Eroavaisuuksia ilmeni kivun ja normaalielämään palautumisessa. Potilaat olivat päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen kivuttomampia ja palasivat nopeammin normaalielämään ja olivat yleisesti tyytyväisiä hoitomaaliin. (2020.)

Monimuotoinen kivunhoito on mahdollistanut entistä laajemman leikkausvalikoiman päiväkirurgiassa. Erilaiset puudutukset yhdistettynä yksilölliseen perinteiseen kivunhoitoon parantavat potilaiden hoitokokemusta ja kotona pärjäämistä. Potilaiden ikääntyminen, sosiaaliset ongelmat ja lisääntynyt ylipaino ovat kuitenkin tuoneet uusia haasteita päiväkirurgiseen hoitoon. (Merivirta 2014, 55-57.) Ylipaino ei ole kuitenkaan enää este päiväkirurgiselle tai yön yli toimenpiteelle. Vuonna 2019 tehdyn amerikkalaisen tutkimuksen mukaan ylipainoisille tehdyt syöpäleikkaukset eivät lisänneet jälkiyhteydenottoja, kun potilaita hoidettiin ennalta

suunniteltujen, yksilöllisten hoitosuunnitelmien mukaan. (Assel, Bentende, Chesnut, Griffin, McGrath, Levine, Ostrovsky & Vickers 2019, 115, 116.) Samaan tulokseen tultiin Tamminsen rinnanpoistoleikkauspotilaiden tutkimuksessa. Tamminen vertaili päiväkirurgisten ja osastohoidossa olleiden potilaiden leikkauskomplikaatioita ja sairaalan palaamisia. Eroja vertailuryhmien välillä ei tullut esiin. Johtopäätöksenä hän esitti, että päiväkirurginen rinnan poistoleikkaus on turvallinen, eikä ennen leikkausta annettu antibiootti ollut tarpeellinen. Lisäksi hän totesi, että uä-instrumentin käyttö leikkauksessa vähensi leikkauksen jälkeisiä vuoto-ongelmia. (Tamminen 2023, 5, 76, 77, 81, 82).

Toisin kuin lihavuuteen, krooniseen obstruktiiviseen keuhkosairauteen (COPD) liittyy merkittävä lisäkomplikaatioiden riski. Polviproteesi potilaille tehdyssä tutkimuksessa todettiin COPD-potilailla olevan suurempi riski saada hengitysongelmia leikkauksen aikana ja jälkeen. COPD-potilailla oli myös kohonnut riski tulehduksiin ja sydänongelmiin ja vaativat näin ollen osastohoitoa leikkauksen jälkeen. (Barsoum, Curtis, Faour, Higuera, Khlopa, Mont & Yakubek 2018, 2625, 2626.)

Tolvin väitöksessä pyrittiin parantamaan päiväkirurgisten potilaiden turvallista potilashoitoa. Väitöskirjan tarkoitus oli selvittää potilasturvallisuuden tilanne HUSissa ja tavoitteena oli alentaa kuolleisuutta ja haittatapahtumia sekä lisätä hoidon vaikuttavuutta. Tutkimus suoritettiin ensin retrospektiivisesti perehtymällä sairaalakuolleisuuteen, 30 päivän sisällä kotiutumisesta, vaihteluun viikonpäivien mukaan. Sen jälkeen tarkasteltiin päivystyskäyntejä ja osastohoitajaksoja 30 vuorokauden aikana päiväkirurgisen leikkauksen jälkeen sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien että ortopedian ja käsikirurgian erikoisaloilla. Tutkimuksessa ilmeni, että riskit vaihtelivat erikoisaloittain ja että suurin riski haittatapahtumiin liittyi ortopedisiin toimenpiteisiin, joissa käytettiin yleisanestesiaa ja jonka jälkeen potilaat tarvitsivat suuria määriä opioideja. Tutkimuksessa todettiin lisäksi, että korkean riskin potilaiden kohdalla anestesia-muoto ja päiväkirurginen sopivuus tulisi tarkoin pohtia. (Tolvi 2020, 6, 31, 94.)

### 3.3 Heräämöstä kotiin (HERKO)

Potilaat, jotka eivät täytä päiväkirurgisia valintakriteereitä vaan tarvitsevat leikkauksen jälkeen yön yli seurantaa, voidaan hoitaa joko vuodeosastolla tai jatkettuna heräämöseurantana eli HERKONA. HERKONA voidaan hoitaa myös potilaita, joilla ei ole aikuista yön yli seurana tai joiden leikkauksen jälkeinen seuranta ei olisi riittävä myöhäisen leikkausajankohdan takia. (Kinnunen, Moisander & Pamilo 2019; Ruohoaho 2016, 45.) Heräämöstä seuraavana päivänä alle 24 tunnin hoitajaksesta käytetään nimikettä 23h-malli tai heräämöstä kotiin (Ruohoaho 2016, 25, 45). Kansainvälinen päiväkirurgian yhdistys IAAS suosittaa HERKOSTA termejä *extended day surgery*, *over-night stay* tai *single night*. (Ambulatory (Day) surge-ry, 5).

HERKO-toiminta alkoi 2000 luvulla Australiassa ja 2010 luvulla Yhdysvalloissa. Toiminnan kehittämisen taustalla oli osastohoidon tarpeen vähentäminen sekä leikkausjonojen

lyhentäminen turvallisesti ja laadukkaasti. Alkuperäinen tavoite ei ollut lisätä toimenpidevalikoimaa vaan lähinnä mahdollistaa ei-PÄIKI-kelpoisten potilaiden pääsyn leikkaukseen. (Ruohoaho 2016, 45, 46.)

Koronan myötä leikkausjonot ovat kasvaneet ja on syntynyt tarve leikkausvalikoiman laajentamiselle. Kanadassa tehdyn tutkimuksen mukaan virtsarakon ahtaumaleikkaukset voidaan turvallisesti tehdä HERKO:na. Retrospektiivisessä tutkimuksessa verrattiin HERKO:ina hoidettujen potilaiden komplikaatoriskejä aikeisemmin osastolla jatkoseurattuna olleisiin potilaisiin. Tulosten mukaan HERKO-kotiutus ei lisännyt komplikaatoriskiä. Tutkimuksessa pohdittiin samalla tapoja vähentää ennalta suunnittelemattomat jälkikäynnit ja -soitot. Tutkimuksessa todettiin, että tarpeettomien uudelleen käyntien takana oli potilaan ahdistus, mikä olisi ollut vältettävissä paremmalla ohjauksella koskien normaaleja leikkaukseen liittyvistä ongelmista ja mahdollisista komplikaatioista. Ennaltaehkäiseviksi keinoiksi ehdotettiin monimuotoista viestintää ja erikoiskoulutettujen hoitajien yhteydenottoja. Tehostetulla ohjauksella voidaan vähentää turhia yhteydenottoja ja terveydenhuollon kustannuksia sekä samalla parantaa potilastyytyväisyyttä ja potilaiden elämänlaatua. (Hoy, McAllister & Rourke 2023.)

Korona lisäsi myös Amerikassa paineita tehostaa ja laajentaa leikkaustoimintaa. Koillisamerikassa käynnistettiin vuonna 2022 hoitajajohtoinen projekti, jonka tarkoitus oli avata uusi varhaisen kotiutumisen yksikkö leikkausosaston yhteyteen. Projekti lähti liikkeelle oikean henkilöstön tunnistamisesta ja perehdyttämisestä, soveltuvan potilasaineiston tunnistamisesta sekä potilasvalintaa helpottavan sähköisen triage -työkalun kehittämisestä. Projektissa toimittiin kiinteässä yhteistyössä muiden palveluntarjoajien, sairaalan henkilökunnan ja tukipalveluiden tuottajien kanssa. Koko projektin tarkoitus oli luoda turvallinen ja laadukas potilashoitoprosessi. Raportin mukaan tavoitteet saavutettiin. Uusi toimintamalli oli mahdollistanut leikkauksen lisääntymisen ja peruutusten vähentymisen sekä potilaiden sairaalassa olon vähentymisen hoidon turvallisuuden vaarantumatta. Projekti osoitti myös perioperatiivisten hoitajien kyvykkyyden, laajan tieto-osaamisen ja hyvän yhteistyökyvyn myötä, uusien hoitomenetelmien kehittämiseen. (Porter & Salvi 2023.)

Amerikassa on tutkittu myös yöpyvän omaisen tai muun oman hoitajan merkitystä potilaan toipumiseen. Retrospektiivisessä kohorttitutkimuksessa verrattiin syöpäpotilaiden tukihenkilöiden merkitystä kotiutumiseen ja jälkiyhteydenottoihin. Tutkimuksessa todettiin, että oman hoitajan yöpyminen ei merkittävästi nopeuttanut kotiutumista, eikä vähentänyt aikaisia yhteydenottoja. Oman hoitajan läsnäolo lisäsi kuitenkin potilaan turvallisuuden tunnetta, paransi tiedonkulkua sekä lisäsi potilastyytyväisyyttä. (Assel, Bentende, Chesnut, Griffin, McGrath, Levine, Ostrovsky & Vickers 2019.)

Suomessa HERKO-toiminta aloitettiin Tampereella 2010-luvulla. Kuopiossa HERKO-toiminta alkoi Kaarisairaalan valmistuttua vuonna 2015. Ruohoahon määritelmän mukaan toiminnasta

käytettiin nimitystä 23h-malli. Toiminnan muutoksella pyrittiin hoidonsuunnittelun yhtenäistämiseen, leikkaustoiminnan tehostamiseen ja potilaiden hoitoaikojen lyhentämiseen sekä osastokuormituksen vähentämiseen. Tutkimuksessa selvitettiin sekä toiminnan muutoksen, tavanomaisesta vuodeosastohoidosta siirtymistä pidennettyyn päiväkirurgiaan, vaikutusta tutkimusmuuttujiin, että potilaiden toipumista. (Ruohoaho 2021)

Toiminnan muutos toteutettiin lean-mallia hyödyntäen. Toiminnalle luotiin yhtenäinen hoidonsuunnittelumalli, päällekkäisiä töitä karsittiin, preoperatiivisen poliklinikan toimintaa tehostettiin, potilaiden käynnit poliklinikoille yhdistettiin ja esihaastattelut tehtiin puhelimitse. Potilaan etukäteistutkimukset tehtiin avohuollossa lähellä potilaan asuinpaikkaa. (Ruohoaho 2021, 95,96, 99.)

23h-mallin katsottiin onnistuneen organisaatiotasolla. Yli 90 prosenttia potilaista kotiutui tavoiteajassa, aamu kymmeneen mennessä, yövyttyään heräämössä. Suunnittelemattomien osastolle siirtymisen yleisimpiä syitä olivat kipu, pahoinvointi, virtsaamiseen liittyvät ongelmat sekä suunniteltua laajempi leikkaus. Epäonnistumiselle altistavia tekijöiksi mainittiin naissukupuoli, myöhäinen tai pitkä yli yhden tunnin leikkausaika. Altistavina tekijöinä mainittiin lisäksi pitkä kotimatka, viikonpäivä ja erikoisala kuten gynekologia ja plastiikkakirurgia. Malli katsottiin onnistuneen myös potilastasolla. Hoidon suunnittelu, leikkaus-, heräämö- sekä leikkauksen jälkeinen hoito saivat potilailta indeksiarvion 8,5-9. Mallia olisi myös suositeltu muille. (Ruohoaho 2021, 107-109.) Ruohoahon artikkelin mukaan toiminnan muutoksen tavoitteet saavutettiin. Ruohoaho kuvaileekin hoitomuotoa ”käyttökelpoiseksi, toimivaksi ja turvallisiksi”. Ruohoaho mukaan yhä vaativampaa kirurgiaa voidaan toteuttaa turvallisesti ja lyhyt- hoitoisesti. Lisäksi hän kannustaa lisäämään toimintaa enemmän päiväkirurgian suuntaan. (2021.)

Kaarisairaalan ohjeistuksen mukaan, HERKO-potilaaksi soveltuvan on oltava omatoiminen, hänen perussairauksiensa on oltava hoidossa ja hänen tulee kyetä vastaanottamaan ja noudattamaan annettuja ohjeita. HERKO-potilaaksi ei sovellu henkisesti epävakaa, päihdeongelmainen tai tulkkia tarvitseva henkilö. Potilasvalinnasta päättää ensisijaisesti hoitava lääkäri, mutta myös hoidonvaraaja ja anestesia lääkäri osallistuvat potilasvalintaan. (Heiskanen, Heiskanen & Kettunen 2017, 25.)

HERKO-prosessin mukaisesti potilas tulee toimenpideaamuna vastaanottoyksikköön, missä sairaanhoitaja vastaanottaa ja valmistelee potilaan toimenpiteeseen. Potilas tapaa aamulla yleensä myös leikkaavan lääkärin ja tarvittaessa anestesia lääkäriin. Vastaanottoyksiköstä potilas siirtyy anestesiahoitajan kanssa leikkaussaliin ja sieltä leikkauksen jälkeen heräämään. (Heiskanen ym. 2017, 24.)

Kaarisairaalan heräämössä on 6 potilashuonetta, joista 1 on varustettu ja suunniteltu HERKO-potilaiden tarpeet huomioiden. Potilaspaikkoja huoneessa on 12. Välittömän

heräämöseurannan jälkeen potilaat voivat oleskella viereisessä kotiutusheräämössä, missä heillä on mahdollisuus katsella televisiota ja ruokailla. Kotiutusheräämössä on hoitajakutsu. Potilaat kotiutuvat heräämöstä seuraavana aamuna ennen kymmentä HERKO-potilaan kotiutuskriteereiden täytyttyä. Ennen kotiutusta, hoitaja kertoo kotihoito-ohjeet, antaa tarvittavat lääkkeet, todistukset, paperit ja varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa ohjeet. Tarvittaessa potilas tapaa myös lääkärin ja fysioterapeutin. (Heiskanen ym. 2017, 25, 26.)

Keski-Suomen keskussairaalassa heräämöstä kotiin -toiminta alkoi vuonna 2018. Korhosen (2018) mukaan toiminnan aloitus mahdollisti joustavamman kotiutumisen ja vähensi osastojen kuormitusta. Hyvä ja turvallinen kotiutus onnistuu hänen mukaansa yksilöllisellä ja potilaslähtöisellä ohjauksella. Potilaiden valmennus varhaiseen kotiutukseen tulee alkaa jo ennen leikkausta. Joustavan kotiutuksen mahdollistamiseksi potilaan sairauslomatodistukset, reseptit ja leikkauksen kirjataan heti leikkauksen jälkeen. Potilaat pelkäävät erityisesti leikkauksen jälkeistä kipua, joten heille tulee laatia yksilöllinen kivunhoitosuunnitelma ja antaa yhteydenottotiedot ongelmatilanteiden varalla. (Korhonen 2018, 22, 23.) Kuopiossa kivunhoidon koettiin olevan heräämöhoitajien erityisosaamista ja potilaat saivat monipuolista ja yksilöllistä kivunhoitoa. Potilaat kokivatkin saaneensa hyvää ja oikea-aikaista kivunhoitoa. Potilaat olivat myös tyytyväisiä uusiin tiloihin sekä henkilökunnan ammattitaitoon ja asennoitumiseen. (Heiskanen ym. 2017, 27.)

Selkäpotilaat ovat yksi tyypillinen HERKO-potilasryhmä. Leikkolan tutkimuksen (2014) mukaan selkäpotilaat ja läheiset kokivat potilaan oman motivoituneisuuden sekä luottamuksen hoitohenkilökuntaan selviytymisen voimavarana. Pelko taas huonontaa selviytymisen kokemusta. Henkilökunnan läsnäolon merkitys korostuu kotiutustilanteessa sekä potilaan että läheisten mielestä. Potilaat kokivat hoitajan läsnäolon ohjaustilanteessa lisänneen heidän voimavaroistumistansa. Läheiset taas kokivat jääneensä ilman läsnäolon kokemusta. Leikkolan mielestä tutkimustuloksia voidaan hyödyntää soveltaen myös muiden potilasryhmien voimavaroistavassa hoidossa. (73, 74, 76.)

Hoitohenkilökunnan kokemuksia HERKO-toiminnasta Suomessa on kartoitettu tähän mennessä vähän, eikä väitöksiä aiheesta löytynyt. Suonpään yamk-opinnäytteen tulosten mukaan HERKO-toiminnan aloitus aiheutti hoitajille voimakkaita tunteita. Toiminnan äkillinen aloitus, vähäiset vaikuttamismahdollisuudet toiminnan suunnitteluvaiheessa, toimintaan sopimattomat tilat sekä esimiehiltä saatu riittämätön tuki aiheuttivat hoitajille ahdistusta ja vastarintaa. Ahdistusta lisäsi myös tiedonkulun puutteet sekä epätietoisuus uuden toiminnon vaikutuksista omaan työhön. (2015, 59-63.)

Myllymäen ja Pikkupirtin laadullisessa kyselytutkimuksessa selvitettiin henkilökunnan kokemuksia HERKO-toiminnasta viidessä eri suomalaisessa sairaalassa. Vastauksissa korostui ammattitaidon, ohjauksen, ohjausmateriaalin sekä moniammatillisen yhteistyön merkitys.

Hoitajat olivat kokeneet työskentelyn HERKO-heräämössä pääsääntöisesti positiivisena, negatiivisena hoitajat kokeneet väärän potilasvalinnan aiheuttaman lisätyön ja siihen liittyvä heräämöhoidajille vieraamman potilaiden päivittäisissä toiminnoissa avustamisen. (2020, 37-39.) Saman suuntaisia kokemuksia tuotiin esiin Heiskasen ym artikkelissa. Artikkelin mukaan hoitajat kokivat uuden toimintamallin haastavana ja epäilivät oman osaamisen, etenkin kotiuttamistaitojen riittävyttä. Kokemusten ja osaamisen jakaminen, kollegiaalisuus sekä kiinteä eri ammattiryhmien välinen yhteistyö koettiin hyvänä keinona parantaa osaamista. (2017, 26, 27.)

#### 4 Resilienssi

Resilienssi määritellään eri tieteenaloilla eri tavoin. Psykologiassa ja luonnontieteissä se nähdään yksilön kykyä selvitä ja toipua traumaattisista tapahtumista ja kykyä kestää ja selviytyä kriiseistä. Resilienssiä voidaan myös tarkastella yhteiskunnallisesta tai ekologisesta näkökulmasta, jolloin käytetään termejä toipua sodasta tai kriisistä ja luonnon kyvystä palauttaa ekosysteemin tasapaino. Resilientti talous mukautuu ympäristön olosuhteisiin ja mukautuu niihin. (Sjöstedt 2018.) Frydenberg tuo myös kirjassaan esiin resilienssin eri määritelmiä sekä näkökulmia. Hänen mukaansa resilienssi voidaan nähdä joko yksilön sopeutumisen ja kehittymisen piirteenä tai yhteisöllisenä ympäristön ja biologian huomioivana piirteenä kohti tasapainoa ja kestävyyttä. Resilienssiä voidaan mitata, kehittää ja hyödyntää sekä yksilön että yhteisön tasolla. Frydenbergin mielestä selviytymisen parantamiseen ei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa ja keinoa, vaan tärkeintä on miettiä, miten voisi tehdä asian eri lailla seuraavalla kerralla. (2017,217-220.)Valli kuvaa resilienssiä ilmiönä, joka pyrkii suojaamaan yksilöä yllättävissä tai odottamattomissa tilanteissa itseään suojatakseen. Se on mukautumista odottamattomiin tilanteisiin ja on kytketty tiettyyn aikaan ja paikkaan. Yksilön suojaavalmiudet ja ympäristötekijät vaikuttavat resilienssin muodostumiseen. Optimismi ja hyvät ja tukevat ihmissuhteet parantavat resilienssiä. (2020, 46.) Saari (2016) taas määrittelee resilienssin joustavuutena ja sopeutumiskykyä stressitilanteissa ja kykyä oppia niistä.

##### 4.1 Resilientti yksilö

Työelämässä resilienssillä tarkoitetaan yksilön kykyä toimia ja tapoja toimia muuttuvissa olosuhteissa. Resilienssi koostuu psyykkisistä ominaisuuksista sekä toiminta- ja ajattelutavoista. Resilienssi yksilö uskoo tulevaan ja näkee mahdollisuuksia vaikeissakin tilanteissa. Bounce back -ilmiö kuvaa yksilön kykyä palautua vaikeistakin tilanteista. (TESO ry.)

O'Gradyn artikkelissa tuodaan esiin työntekijän oma vastuu ja mahdollisuudet oman resilienssin lisäämiseksi. Arjen panostukset hyvään uneen, ravintoon, liikuntaan ja rakastavaan vuorovaikutukseen parantavat kykyämme selviytyä kriiseissä ja muuttuvissa tilanteissa. Työelämässä voimme miettiä, mikä on työssä hyvin, mikä tuo onnellisuutta, mikä saa aikaan flow-tilan ja kenen kanssa on hyvä työskennellä. Hakeutuminen hyvää mieltä tuovien ihmisten pariin, oman osaamisen vahvistaminen sekä hakeutuminen mieluisiin työtehtäviin lisää omaa hyvinvointia. Vahvistamalla positiivisia tunteita, sitoutumista, ihmissuhteita sekä työn merkityksen, tarkoituksen ja saavutusten tiedostamista, voimme parantaa hyvinvointiamme työelämässä. (2021.)

Espanjalaisessa tutkimuksessa tutkittiin yksilön ja yhteisön resilienssin vaikutusta yksilön työterveyteen. Tutkimus tehtiin kyselynä, johon vastasi yli kolmesataa Barcelonalaista terveydenhuollon henkilöä. Tulosten mukaan resilientti yksilö on mukautuvaisempi ja tyytyväisempi omaan työhönsä. Resilienssillä on lisäksi omaa terveyttä tukeva vaikutus. Ikä ja sen tuoma emotionaalinen säätelykyky, lisäävät yksilöllistä resilienssiä. Lisäksi organisaation joustavuudella todettiin olevan merkittävä vaikutus yksilön joustavuuteen ja työtyytyväisyyteen ja -hyvinvointiin. (Gonçalves, Navarro & Sala 2022.)

Pahkin tutki väitöksessään metsäteollisuuden työntekijöiden työhön liittyviä ja yksilöllisten voimavarojen merkitystä työntekijöiden työhyvinvointiin sekä kykyyn selvitä organisaatiomuutoksissa. Tutkimuksen mukaan henkilöt, joiden työhyvinvointi oli jo lähtökohtaisesti heikompi, selvisivät myös muutoksissa heikommin. Heidän elämänhallinnan tunteensa oli heikompi ja he kokivat sosiaalisen tuen saannin heikompana. Kielteinen arvio muutoksen vaikutuksesta lisäsi negatiivisia vaikutuksia terveyteen, positiivinen arvio muutoksesta paransi. Positiivisia vaikutuksia työntekijän työhyvinvointiin lisäsi myös vahva elämänhallinnan tunne sekä hyvä sosiaalinen tuki. (Pahkin 2015, 7,8.)

Saaren artikkelissa tuotiin esiin organisaatiotaitojen, työkokemuksen ja ammattitaidon tuoma luotto omaan selviytymiseen. Haastavissa ja kiireisissä tilanteissa saattoi parhaimmillaan kokea ”aikaan saamisen” -tunnetta. Jatkuva kehittämisen ja toimintatapojen muutoksen vaatimukset voivat kuitenkin lisätä yksilön kuormittumista. (Saari 2016.)

#### 4.2 Resilientti työyhteisö

Hoitajiin liittyvät arkkityypit, liiallinen vastuullisuus ja halu huolehtia voivat kääntyä työntekijää vastaan ja aiheuttaa työuupumusta ja emotionaalista väsymistä, samoin liialliset vaatimukset, vähäiset resurssit sekä kaoottinen työympäristö, ”ylikäyttö”. O'Grady tuokin keskusteluun American Nurses Associationin eettisten sääntöjen toteamuksen ”Sairaanhoitajilla on velvollisuus itseään ja muita kohtaan” sekä Institute for Healthcare Improvement -hankkeet, joilla pyritään parantamaan terveydenhuollon toimintaympäristöjä edistämään iloa työpaikalla ja levittämään näyttöön perustuvia menetelmiä positiivisten ympäristöjen luomiseksi.

Yksilö voi omilla toimillaan vaikuttaa vain yhden kolmanneksen verran työyhteisön hyvinvointikulttuuriin. Työyhteisö ja organisaatio luovat puitteet ja mahdollisuudet työntekijän hyvinvoinnille. (O’Grady 2021.) Työkavereiden sosiaalinen tuki ja arvostus parantavat työntekijöiden hyvinvointia. Mikäli työntekijään kohdistuu merkittävä työnmuutos, muutos koetaan enemmän uhkana kuin mahdollisuutena eikä sosiaalinen tuki enää paranna hyvinvointia. (Pahkin 2015, 61.)

Diakonia ammattikorkeakoulun vuosikirjan 2021 teemana oli ohjaus ja valmennus. Sen kolmannessa osassa teemaa käsitellään johtamisen ja työhyvinvoinnin edistämisenäkökulmasta. Artikkelissa todetaan työelämän olevan jatkuvassa muutoksessa, eivätkä vanhat johtamismallit enää toimi nykypäivänä. Diakissa on otettu käyttöön valmentava johtaminen, jolloin asian tuntijuus on työntekijällä ja esimiehen tehtävä on mahdollistaa ja tukea työntekijää parhaaseen mahdolliseen tulokseen. Esimies ja organisaatio antaa raamit ja tavoitteet, joiden puitteissa työntekijät ja tiimit kehittävät toimintaa haluttuun suuntaan. (Vilminko, Vogt & Äärilä 2022, 181-182.)

Itseohjautuvuutta korostava valmentava johtaminen saattaa aiheuttaa joillekin henkilöille liiallista kuormitusta. Työntekijän tulee olla jo työtehtävän alusta alkaen tietoinen tehtävien laajuudesta ja vaativuudesta ja esimiehen tulee kartoittaa työntekijän soveltuvuus kyseiseen tehtävään. Mikäli työntekijän osaamisessa tai jaksamisessa ilmenee puutteita, tulee työntekijälle tarjota tukea tai osaamista edistävää koulutusta. (Vilminko ym 2022, 181-182.) Hyvä johtaja on vuorovaikutuksellinen. Hän on kiinnostunut alaisistaan ja omaa kyvyn kuunnella ja reagoida työyhteisön sekä positiivisiin että negatiivisiin viesteihin. Hän tuntee itsensä ja omat toimintatapansa. Hyvä johtaja on lisäksi tietoinen johtamiseen kohdistuvista odotuksista sekä resilienssiin vaikuttavista tekijöistä. (Valli 2020,256.)

Luottamus, läpinäkyvyys ja kannustavuus koskevat esimiehien lisäksi koko työyhteisöä. Luottamuksellinen ja avoin vuorovaikutus luo turvallisen ilmapiirin luovalle ja uutta kehittäväälle toiminnalle. Sama avoin vuorovaikutus ja yhteisöllisyys koskee myös sidosryhmiä, joiden kanssa viralliset ja epäviralliset tapaamiset ja kokoukset kuuluvat organisaation toimintamalliin. (Vilminko ym 2022,184-185.)

#### 4.3 Resilientti organisaatio

Yksilöiden muutosjoustavuuden summa ei ole sama kuin organisaation resilienssi. Organisaatiot ovat kompleksisia järjestelmiä, joiden muutoskestävyyden parantaminen vaatii hyvää sosiaalista vuorovaikutusta eri ryhmiin ja niiden hyvää johtamista. Nopea reagointi, ketteryys muutostilanteissa ja uusien toimintamallien luominen tai vanhojen mallien muokkaus parantavat organisaation muutoskestävyyttä. (Airola, Nieminen, Talja, Tuovinen & Viitanen 2017, 75-76.) Resilientti organisaatio osallistaa kaikki kehittämään ja päättämään. Johtaminen on ihmistä kunnioittavaa ja arvostavaa. Resilientti organisaatio pysyy toimintakykyisenä kriisissäkin

ja sopeutuu kriisiin ja toipuu siitä nopeasti. Resilientti organisaatio ei ole pysyvä vaan jatkuvasti kehittyvä olotila. (Heiniö 2022.)

Epävarmuudessa resilienssiä vahvistaa aito ja läpinäkyvä johtajuus, mikä perustelee ja sanoittaa uuden tulevaisuuden. Aito eli autenttinen johtajuus huomioi organisaation arvot ja työntekijöiden työn merkityksellisyyden sekä vuorovaikutuksellisuuden. Vuorovaikutuksellinen johtajuus mahdollistaa työntekijöiden osallistumisen muutokseen ja parantaa työntekijöiden samaistumista ja sitoutumista tulevaan muutokseen. (Komulainen 2023.) Samaan tulokseen päätyivät myös Hiltunen ja Savikko. Heidän artikkelissaan kuvattiin uuden nopeutetun toimintamallin käyttöönottoa ja siihen liittyviä toimenpiteitä. Muutoksen tavoitteena oli nopeuttaa maksakirurgisten potilaiden kotiutumista kahdella päivällä. Uutta toimintamallia suunniteltiin moniammatillisesti ja henkilökunta osallistui suunnitteluun alusta alkaen. Artikkelissa todettiin, että osallistamisen lisäksi tulee huomioida hoitohenkilökunnan asenteet ja motivointi. Ennakointi, avoin tiedottaminen ja moniammatillinen kehittämistyö vähentävät muutosvastarintaa ja parantavat lopputulosta. Lisäksi tarvitaan kouluttamista ja jatkuvaa viestintää muutoksen etenemisestä. Hiltunen ja Savikko toteavat kehittämisen olleen ”itseään ruokkiva kierre, joka johtaa automaattisesti kohti parempia tuloksia”. (2018.)

Alanne ja van der Most ovat kuvanneet organisaation resilienssin muodostumista tiekartan avulla. Heidän mukaansa kehittämisen prosessin voi aloittaa joko sisä- tai ulkokehältä. Oleellista on, että kaikki tasot huomioidaan ja että kehitettävä asia on osa strategiaa ja organisaatiota vahvistavaa. Toimenpiteet kirjataan tiekartalle konkreettisina toimintoina ja niiden vaikutuksia seurataan säännöllisesti ennalta sovituin väliajoin. Resilienssin vahvistuminen on sosiaalista toimintaa, jolloin sekä onnistumiset että epäonnistumiset koetaan yhdessä. Onnistumisista nautitaan, epäonnistumisista opitaan. (2022, 51-52.)

Resilientti organisaatio on sitoutunut ja määrätietoinen, vastuussa kehittämisestä ja muutoksen johtamisesta. Resilientissä organisaatiossa esimiehet tukevat henkilökuntaa ja tarjoavat tarvittaessa apua uupumuksen, stressinhallinnan ja tunteiden kanssa. (TESO ry.) Työn organisointi ja työn oikeudenmukainen jakaminen on organisaation vastuulla. Samanaikaisesti työkehittämisen kanssa tulee vahvistaa työntekijöiden voimavaroja. (Saari 2016.) Organisaation kyky tukea yksilön arvontunnetta ja osaamista parantavat työntekijöiden hyvinvointia. Hyvinvointia parantaa myös työntekijöiden osallistumismahdollisuus muutoksen suunnitteluun. (Pahkin 2015, 61; Heiniö 2022.) Organisaatioiden tulisi kehittää resilienssikulttuuria niin, että työterveys- ja työturvallisuusyksiköt asettavat resilienssin tukemisen etusijalle (Gonçalves ym 2022).

Terveysten huollon ammattilaisten henkinen kuormitus ja uupumus on lisääntynyt. Amerikassa tutkittiin Mindfulness -harjoitusten vaikutusta uupumukseen, stressiin, joustavuuteen ja työn imuun. Tutkimus oli laadullinen seurantatutkimus, johon terveydenhuollon ammattilaiset

vasta-suvat sähköpostitse. Osallistujat olivat osallistuneet 8 viikon Mindfulness in Motion (MIM) -ohjelmaan. MIM-ohjelma sisälsi sekä tietoisuuden periaatteiden opettelua että harjoittelua yksin ja ryhmässä. Harjoitukset sisälsivät muun muassa rentouttavaa musiikkia ja joogavenytyksiä. Tulosten perusteella MIM-harjoitukset vähensivät merkittävästi työuupumusta ja stressiä ja lisäsivät joustavuutta. Työn imuun sillä ei katsottu olevan vaikutusta. Avoimien vastausten perusteella harjoituksiin osallistumista edisti organisaation tuki mahdollistajana ja muistuttajana. Esteinä nähtiin työn aika- ja työpaineet sekä henkilökohtaiset esteet. (Bawaa, Blakeb, Emersonc, Gabrama, Klatta & Westericht 2022.)

Alankomaissa tehdyn kvasikokeellisen kenttätutkimuksen tavoitteena oli parantaa vakuutusyöntekijöiden resilienssiresursseja ja positiivista sopeutumista organisaatiomuutoksen aikana Resilience Wise ohjelman avulla. Tulosten mukaan työntekijät hyötyivät muutoksen aikana annetusta yksilöllisestä henkisestä tuesta. Työntekijät, jotka olivat osallistuneet kaikkiin 4 yksilölliseen istuntoon ja 2 psykologisen itsehoito-online, olivat verokkiryhmää toiveikkaampia, terveempiä, vähemmän stressaantuneita ja tehokkaampia työssä. Ohjelma vaikutti positiivisesti toivoon, elämän tarkoitukseen ja minäpystyvyyteen. Verokkiryhmäläiset eivät olleet saaneet psykologista ohjausta, eikä tukea. (Burger, Jntema, Scaufeli & Ybema 2021, 302.)

Saman suuntaisia tuloksia saatiin Englannissa. Siellä tehdyn tutkimuksen perusteella henkinen tuki kriittisillä ja stressaavilla toimialoilla koettiin hyväksi. Henkilökunnalle tarjottiin henkilö- ja työnohjausta, mindfulness-harjoituksia sekä luentoja. Tuen ja valmennuksen koettiin parantaneen työpaikan ilmapiiriä ja yhteistyötä. Tosin saadulla tuella ei kuitenkaan todettu olleen selkeää vaikutusta yksilön jaksamiseen ja hyvinvointiin tutkimuksen aikana. Tietämys mahdollisista keinoista koettiin kuitenkin hyvänä ja mahdollisti stressin hallinnan pitemmällä aikajaksolla. Tutkimuksen pohjalta mietittiinkin, parantaisiko säännöllinen työpaikan tarjoama ja mahdollistama psyykinen tuki ja koulutus henkilökunnan jaksamista ja hyvinvointia. (Connor, Heaton-Shresta, McCawley, McShannon, Music, Ooms & Trainor 2022, 1, 4, 7.)

## 5 Kehittämisasetelma

### 5.1 Tarkoitus, tavoitteet ja kehittämiskysymykset

Tämän opinnäytteen tarkoituksena on kartoittaa kohdesairaalan leikkausosaston hoitajien kokemuksia HERKO-toiminnan aloituksesta ja niistä nousevien teemojen avulla luoda toimintamalli yksikön toiminnan muutostilanteisiin. Opinnäytteen tavoitteena on parantaa yksilön ja yksikön resilienssiä tulevissa toiminnan muutoksissa.

Opinnäytteen kehittämiskysymykset ovat:

1. Miten HERKOhoitajat ovat kokeneet uuden toiminnan aloituksen?

2. Mitkä ovat yksikön keinot tukea henkilökunnan resilienssin kehittymistä toiminnan muuttuessa?

## 6 Kehittämistyön menetelmät

### 6.1 Tutkimuksellinen opinnäyte

Kehittämisellä on perinteisesti pyritty joko olevien käytänteiden kehittämiseen tai uuden, yleistettävän tiedon hankkimiseen tutkimuksellisin periaattein. Kehittäminen voi olla toimintavan tai -rakeenteen kehittämistä, suppeaa tai laajaa, hankeperustaista tai jatkuvaa, sisältäpäin vai ulkoa johdettua tai innovoivaa tai jo olemassa olevan hyvän käytänteen levittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 14-16.)

Kehittämisellä pyritään muutokseen. Se voi olla vanhan korjaamista, uudistamista tai uuden luomista. Se voi kohdistua yksilöihin, ryhmiin, toimintatapoihin, rakenteisiin tai prosesseihin. Kehittäminen voi olla johtajakeskeistä, koko organisaation yhteistä toimintaa tai verkostoissa tapahtuvaa. Tutkimuksellisessa kehittämisessä hyödynnetään tutkimuksen menetelmiä käytännön ongelmien ratkaisussa, mikä mahdollistaa ongelman laajemman ymmärryksen ja tiedon hyödyntämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 15-17, 22).

Salonen (2013, 5-6) esittelee Turun ammattikorkeakoulun julkaisussa Puheenvuoroja 72 erilaisia kehittämistoiminnan muotoja. Julkaisussa selvitettiin erityisesti toiminnallisen opinnäytteen ja tutkimuksellisen opinnäytetyön eroavaisuuksia. Toiminnallisella opinnäytteellä pyritään luomaan konkreettinen tuotos esimerkiksi toimintamalli, opas tai esite. Toiminnallisessa opinnäytteessä opiskelija toimii kiinteässä vuorovaikutuksessa hankkeen muiden toimijoiden kanssa toisin kuin tutkimuksellisen opinnäytteen tekijä, joka tekee tuotoksen lähinnä yksin ja on vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa lähinnä vain tietojen keruun aikana. Tutkimuksellisen opinnäytteen tekijä ei pyri myöskään muuttamaan toimintoja vaan lähinnä tuottamaan uutta tietoa. Tämän kehittämistyössä on hyödynnetty molempia kehittämismuotoja, painopisteen ollessa tutkimuksellisuudessa.

Kehittämistyön etenemistä ilmaistaan yleensä lineaarisen, spiraalisen tai konstruktiivisen mallin mukaan. Lineaarinen malli etenee suoraviivaisesti tavoitteen määrittelystä suunniteluun ja siitä toteutuksen kautta päättämiseen ja arviointiin. Spiraalinen malli on taasen monimuotoisempi, huomioi sosiaalisen ympäristön ja sen inhimilliset tekijät paremmin. Mallissa suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektointi kulkevat kehänä ja toistuvat, kunnes haluttu tavoite on saavutettu. (Salonen 2013, 15-16, Toikko & Rantanen 2009, 64-66.) Tässä kehittämistyössä etenemistä kuvataan lineaarisella mallilla.

Tämä kehittämistyö alkoi syksyllä 2022 keskustelulla esihenkilön kanssa, jolloin pohdittiin opinnäytetyön aihetta. Yksikössä oli juuri aloitettu uusi HERKO-toimintamalli, josta henkilökunnalla oli ennakkoon vähän tietoa. Opinnäytteen tekijä ehdotti kyseistä toimintaa opinnäytteen aiheeksi. Esihenkilön toiveesta tutkimus kohdistetaan hoitajiin ja heidän kokemuksiinsa toiminnan aloituksesta. Kehittämistyön tavoitteeksi valittiin yksilön ja yksikön muutokseen sopeutumisen parantaminen.

Suunnitteluvaiheessa opinnäytteen tekijä perehtyi aihealueiden tietoperustaan ja eri tutkimusmenetelmiin. Hoitajien kokemusten tarkasteluun valikoitui resilienssi, koska se kuvaa yksilön ja yksikönselviytymiskykyä muutoksissa. HERKO-toiminta on lyhythoitoista kirurgiaa, joten opinnäytteen tekijä perehtyi eri lyhythoitoisen kirurgian toimintamalleihin.

Toteutus alkoi tutkimuksella. Puolistrukturoidulla haastattelun avulla kartoitettiin kuuden sairaanhoitajan kokemuksia HERKO-toiminnan aloituksesta. Haastattelut litteroitiin, luokiteltiin ja teemoitettiin ja analysoitiin deduktiivisella aineistonanalyysimenetelmällä. Analysoinnin jälkeen tulokset esiteltiin työryhmälle toimintamallin luomiseksi.

## 6.2 Laadullinen tutkimus ja aineistonkeruu strukturoidun haastattelun avulla

Tutkimuksen lähestymistapa määrittelee tutkimusmenetelmän valinnan. Tähän opinnäytteen tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus, koska se pyrkii ymmärtämään tutkimusilmiöitä tutkimushenkilöiden kokemusten, ajatusten ja tunteiden ja niiden luomien merkitysten kautta. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 78; Juuti & Puusa 2020.) Tutkimuksen ihmiskäsitys on fenomenologinen, jonka mukaan ihminen on osa maailmaa ja kokee sen omien tietojen, sosiaalisten suhteiden ja kokemusten kautta. Kokemusten luomat merkitykset, yksilölliset ja kulttuurisidonnaiset, ohjaavat ihmisten valintoja ja tekemisiä. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 39-41; Laine 2018.)

Laadullisen tutkimuksen aineiston hankintamenetelmän valinta vaatii tutkijalta perehtymistä erilaisiin aineiston keruu- ja aineiston analyysimenetelmiin. Menetelmän pitää vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja mahdollistaa tavoitteiden saavuttaminen. (Sarajärvi & Tuomi 2018,83; Puusa 2020a).

Haastattelu soveltuu tutkimuksiin, joiden haastateltavien oletetaan jo ennalta tietävän tai omaavan kokemusta tutkittavasta aiheesta. Haastattelun aikana on mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä ja ohjata keskustelua teemojen tai tutkimuskysymysten suuntaisesti. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 85, 86; Puusa 2020a.) Puolistrukturoitu haastattelu auttaa haastattelijaa pysymään aiheessa ja ohjaa haastattelua tavoitteiden mukaisesti. Haastattelun kysymykset voidaan lähettää tutkimukseen osallistujille etukäteen. Tällöin vaarana on, että haastateltavat eivät vastaa kysymyksiin todellisten tunteiden ja kokemusten mukaisesti vaan olettamusten

mukaisesti. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 87-90; Juuti 2020.) Haastattelukysymyksiä (Liite 1) ei tässä tutkimuksessa lähetetty haastateltaville etukäteen.

Toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, laadullisessa tutkimuksessa ei ensisijaisesti pyritä yleistettävyyteen vaan ilmiön tai tapahtuman ymmärtämiseen ja sen tulkintaan. Tällöin tutkittavien määrän ei tarvitse olla suuri etenkin opinnäytetyössä. Opinnäytteen tekijä arvioi omien resurssien mukaan osallistujien määrän huomioiden sopivuuden kriteerit. Sopivuuden kriteereillä tarkoitetaan sitä, että tutkittavilla on mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 97,98.)

Tähän tutkimukseen osallistujia valittiin kuusi, jotka kaikki olivat osallistuneet HERKO-potilaiden hoitoon toiminnan alkuvaiheessa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä sai jäädä pois koska vain. Tutkimukseen osallistujat saivat etukäteen tiedote- ja suostumusasiakirjan organisaation opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti. Tiedotteessa selvitettiin muun muassa tutkimuksen tekijä, tarkoitus, luonne ja menetelmä sekä mahdolliset riskit ja haitat. Asiakirjoissa painotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Asiakirjoissa tuotiin myös esiin tutkittavien tietosuoja ja -turvallisuus. Tiedotteen (Liite 2) luomiseen oli käytetty sekä Laurean ”Opinnäytetyö YAMK-tutkinossa” -ohjetta että kohdeorganisaation Tutkimusjohtajan ohjetta 2/2023 ”Opinnäytetyön tutkimusluvan hakeminen”.

Aineiston keruu suoritettiin rauhallisessa ja turvallisessa ympäristössä yksilöhaastatteluna puolistrukturoitua kaavaketta käyttäen. (Liite 1). Yksilöhaastattelulla pyrittiin varmistamaan, että tutkimukseen osallistuja uskaltaa tuoda omat kokemukset ja tuntemukset vapaasti julki. Tutkijan avoin, rauhallinen ja kunnioittava käytös lisää luottamuksen syntyä, jota hiljainen, yksityinen ja miellyttävä haastatteluympäristö tukee. (Juuti 2020a). Haastattelut tehtiin työntekijöiden työajalla esihenkilöiden suostumuksella. Haastatteluun varattiin aikaa 1-1,5 tuntia per haastateltava. Keskimääräisesti aikaa kului 0,5-1 tuntia.

Haastattelut tallennettiin salasanalla suojatulle älykännykälle, josta ne poistetaan opinnäytteen valmistuttua. Litteroitu aineisto säilytään opinnäytteen tekijän salasanalla suojatulla tietokoneella, josta ne poistetaan ensin ylikirjoittamalla. Haastattelut käsiteltiin anonymisti eikä haastateltavilta kerätty taustatietoja. Tallenteessa haastateltavat numeroitiin.

### 6.3 Teorialähtöisyys aineiston analyysimenetelmänä

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysointi alkaa jo aineiston keruu vaiheessa. Tutkijan ennakkotietämys ja omat kokemukset sekä vuorovaikutus tutkittavien kanssa suuntaa tutkimuksen keruuta ja analyysiä. Analyysin tieteellistä merkittävyyttä parantaa se, että tutkija tiedostaa oman subjektiivisuutensa koko prosessin ajan. Analyysi etenee yleensä erittelyn

kautta yhdistelyyn ja siitä teemoituksen ja kategorisointiin. Analyysin tavoitteena on saada selkeä, yleistettävä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Puusa 2020b).

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineistoa analysoidaan deduktiivisesti eli hyödynnetään jotain aikaisempaa teoriaa, mallia tai käsitejärjestelmää ja edetään yleisestä yksityiseen. Käsitejärjestelmän avulla tutkimusmateriaalista etsitään luokituksia aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Analyysi voidaan aloittaa joko ala- tai yläluokista. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 127-132; Puusa 2020b.) Tässä opinnäytteessä deduktiivisen analyysin pohjana olivat kehittämiskysymykset ja niiden pohjalta tehdyt yläluokat. Analyysin aikana luokituksia tarkasteltiin uudelleen, yhdisteltiin ja yhdenmukaistettiin. Yläluokiksi muodostuivat hoitajien kokemukset uuden toiminnan aloittamisesta ja yhteisön keinot tukea resilienssin muodostumista. Alaluokiksi nousivat tieto, suunnitteluun osallistuminen, perehdytys, yhteistyö ja vuorovaikutus, omat voimavarat ja niitä lisäävät tai heikentävät tekijät.

## 7 Tutkimustulokset

### 7.1 Hoitajien kokemuksia

Hoitajat kuvasivat ensituntemuksiaan HERKO-toiminnan aloituksesta sanoin ”hämmennys”, ”epäselyys”, ”positiivinen”, ”hyvät” ja ”jännitys”. Toiminta alkoi nopeasti ja osaa jännitti, oliko kaikki asiat huomioitu, miten tilat soveltuisivat uuteen toimintaan ja olivatko omat tiedot sekä osaaminen riittävät.

Epätietoisuutta aiheutti oma rooli HERKO-hoidossa, koska henkilökunnalle esitetty tieto HERKO-hoitoon osallistuvista oli ristiriitaista. Epätietoisuutta ja hämmennystä lisäsivät myös muuttuvat ohjeistukset uusien potilasryhmien ja toiminnan muutoksien myötä.

Hoitajat, jotka olivat vaihtaneet työpaikka tai olivat osallistuneet HERKO-toiminnan suunnitteluun, olivat yleisesti innostuneita ja halukkaita oppimaan ja kokeilemaan uutta. Suunnitteluryhmissä mukana olleet kokivat tietonsa ja niiden riittävyyden hyvänä. Muilla oli osastotunnilta tai rekrytoinnin yhteydessä saatu tieto, mikä oli ristiriitaista ja esitetty eri lailla rekrytointitilanteessa ja osastotunneilla. Ei-suunnitteluryhmiin kuuluvilla ennakkotieto oli vähäisempää tai ei ollut lainkaan.

Muutama haastatelluista oli osallistunut toiminnan suunnittelun ja kokivat sen hyvänä ja itselle ominaisena. Moniammatillinen työryhmä pohti eri osa-alueita yksityiskohtaisesti ja huomioi pienimmätkin asiat. Suunnitteluryhmiin osallistuneet kokivat osallistumisen antaneen heille hyvin tietopohjan HERKO-toiminnan toteutukseen.

Hoitajat, jotka olivat kuuluneet suunnittelutyöryhmiin, eivät saaneet erillistä perehdytystä. Työryhmätyöskentely, toimintaan luotu perehdytyskansio sekä aiempi kokemus päiväkirurgisten potilaiden kotiutuksista antoi heille perustiedot, joilla pääsi alkuun. Perehdytyskansion ei kuitenkaan katsottu antaneen riittävästi ja riittävän syvällistä tietoa uusien potilasryhmien hoitoon.

Muiden kohdalla perehdytys oli vaihtelevaa. Osa oli saanut perehdytystä yhden vuoron verran ja kaksi hoitaja ei ollut saanut varsinaista perehdytystä lainkaan vaan toimi työvuorossa toisen hoitajan tukemana tai oman aiemman työkokemuksen turvin. Perehdytyskansio oli kaikkien eniten käyttämä turva, ”raamattu”, jota hyödynnettiin muistin ja tiedon tukena sekä muistilistana. Toiminta oli alkuvaiheessa jatkuvassa muutoksessa, joten kansi-on materiaalien ajantasaisuudesta ja paikkaansa pitävyydestä oli ajoittain epätietoisuutta. Syvällisempää perehdytystä olisi kaivattu itselle vieraiden potilasryhmien hoitoon, kirjaamiseen sekä itselle uusiin toimenpiteisiin. Osalle hoitajista tuli yllätyksenä 1-heräämöhoidon (suoraan salista) kuuluminen HERKO-hoitajille ja olisivat tarvinneet siihen perehdytyksen.

Suurimmalle osalle hoitajista kotiuttaminen oli ennalta tuttua hoitamista. Vain yksi hoitaja ei omannut kokemusta kotiutuksista, mutta ei kokenut sitä ongelmaksi, koska teki vain yövuoroja. Ohjaaminen koettiin helppona ennalta tuttujen potilasryhmien kohdalla, vaikealta tuntui itselle vieraiden potilasryhmien ohjaus. Hoitaja kokivat kuitenkin saaneensa ohjausmateriaalista, potilaspapereista ja kollegalta tukea, mikä vähensi stressiä ja jännitystä. Ohjausmateriaalien päivittäminen, projektin edetessä, helpotti ohjausta. Osassa ohjeista oli liikaa tietoa ja vaativat muokkausta.

## 7.2 Yksikön keinot tukea henkilökunnan resilienssiä

Muilta HERKO-hoitajilta saatu tuki koettiin hyväksi. Tuki koettiin positiivisena ja antoi hyvän fiiliksen. ”HERKO on nyt tässä ja hoidetaan se maaliin.” Työpari antoi tukea ja eteen tuleviin ongelmiin mietittiin yhdessä ratkaisuja. Sai ja uskalsi kysyä useampaankin kertaan.

Muilta heräämöhoitajilta saatu tuki vaihteli. Osalla oli voimakas vastarinta ja apua ei tarjottu eikä annettu. Osasta haastatelluista tuntui, että muut anestesiahoitajat ”nostivat muurin, että ovat anestesiahoitajia eivätkä HERKO-hoitajia”. Yksi haastateltava koki jääneensä kahden tulen väliin, koska oli molempia ja yritti tsemptata myös muita siihen. ”Muut ottivat HERKO-hoitajat aika epämiellyttävästi vastaan ja osoittivat, että HERKO-hoitajat eivät voi tulla muiden sekaan vaan saavat mennä omaan paikkaansa, mikä nostatti tunteita”. Kaksi haastatelluista hoitajista koki saaneensa myös muilta heräämöhoitajilta apua ja tukea. Synäivalliseen tilanteeseen haastatellut näkivät eri työntekijöille annetun ristiriitaisen informaation HERKOsta.

Haastatellut olivat pääosin tyytyväisiä yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen eri sidosryhmien kanssa. Erityisesti mainittiin sujuva yhteistyö fysioterapeuttien ja lääketyöntekijöiden kanssa. Yhteistyö lääkäreiden kanssa loi ajoittain haasteita. Lääkäreillä ja HERKO-hoitajilla oli erilainen tieto HERKO-kriteereistä ja hoitomallista. Osalla lääkäreistä oli mielikuva, että HERKO on ”osaston sivuhaara” tai ”ylivuoto kanava”. Ylimääräisiä soittoja aiheuttivat puutteelliset ohjeet ja määräykset sekä päivystysaikaiset ongelmat ja aamukierrot. Varsinaista eripuraisuutta ei koettu olevan vaan asiat selvitettiin hyvässä hengessä ja toimintaohjeita päivitettiin tarpeen mukaan. Haasteita oli myös ajoittain vuodeosaston kanssa. Tarvittavat potilaiden siirrot vuodeosastolle viivästyivät sovitusta aamupäivästä ajoittain iltapäivään, mikä aiheutti hankaluutta ja harmitusta heräämössä.

Osa esihenkilöistä osallistui HERKO-potilaiden hoitoon ja työryhmiin ja kyselivät usein tunteuksia ja kokemuksia etenkin projektivaiheessa. Kaikki eivät kuitenkaan kokeneet sitä tukevana toimintana vaan olisivat toivoneet enemmän konkretiaa tukemiseen esimerkiksi palkkauksen parantamisena. HERKO-hoitoon osallistuminen nähtiin työnkuvan laajenemisena, eikä osana leikkausosaston toimintaa, koska se ei käytännössä kuulunut kaikille, vaikka näin asiasta tiedotettiin.

Haastatellut kokivat omat voimavarat ja kyvyn sopeutua uuteen tilanteeseen hyvänä. He olivat avoimia, innokkaita ja valmiita opettelemaan uutta. Voimavaroja lisäävänä koettiin oma hyvä tietotaso, joko suunnittelutyöryhmän tai oman työkokemuksen myötä, oma työmotivaatio, uuden työpaikan myötä sekä ennestään tutut työkaverit, tukiverkosto. Voimavaroja olisi parantanut koko työyhteisön vahvempi tuki ja vähäisempi muutosvastarinta. Osa ylläpiti työkykyään luomalla ympärilleen ”kuplan”, suojan negatiiviselle ilmapiirille. Osa hyödynsi positiivista ajattelua ja keskittymistä hyvän hengen ylläpitämiseen huolimatta muiden heräämöhoitajien vastarinnasta. Voimavaroja lisättiin myös oman osaamisen vahvistamisella kyselemällä ja ottamalla selvää asioista.

Vastaajat kokivat, että työnohjaus olisi voinut auttaa sopeutumiseen ja parantaa asennoitumista uuteen toimintaan. Työnohjauksessa olisi voinut käsitellä toiminnan muutoksesta aiheutuvia tunteita ja saada työkaluja niiden käsittelyyn. Työnohjauksella olisi saanut myös keinoja muutoksen sopeutumiseen. Osa vastaajista olisi tarjonnut työnohjausta koko henkilöstölle, osa olisi suunnannut sen etusijassa HERKO-hoitajille, jotta olisi ollut muitakin keinoja purkaa tunteita kuin ”käytäväkeskustelut”. Yksi vastaajista koki, että alkuvaiheen ongelmat olivat niin suuria, ettei työnohjaus olisi auttanut siinä vaiheessa. Mind-fullness-harjoitukset olivat suurimmalla osalle vieraita.

Herkon tulevaisuus nähtiin alkuvaiheessa yleisesti positiivisesti, mutta muuttui muiden negatiivisen asennoitumisen, muutosvastarinnan myötä synkäksi. ”Alkuun tulevaisuus näkyi positiivisena, kirkkaana. Toiminnan ja muutosrinnan jatkuessa, päälle laskeutui synkät pilvet”. Osa

koki, että oli hyvä, että pystyttiin leikkaamaan potilaita, jotka olisivat muutoin jääneet ilman hoitoa. Tilat eivät kuitenkaan soveltuneet pitempi aikaiseen HERKO-toimintaan ja osa näkikin sen tilapäisratkaisuna ja toiminnan voivan jatkua eri muotoisena jossain muualla.

Haastateltavat olisivat toivoneet enemmän keskustelua ja vuorovaikutusta ennen toiminnan aloitusta sekä yhdenmukaista, avointa ja rehellistä tiedottamista. Yt-neuvottelun yhteydessä tulisi antaa selkeää tietoa ketkä siihen osallistuu, millä painotuksella ja miten pitkän aikaa. Yt-neuvottelussa tulisi myös kertoa toimenkuvan laajenemisen vaikutuksesta palkkaukseen. Vastaajat olisivat myös aloittaneet toiminnan maltillisemmin sekä paremmalla ja pidemmällä perehdytyksellä. Tällöin olisi vältetty toiminnan alun sekavuus ja kaoottisuus.

Suunnitteluvaiheen jälkeen moniammatillisen HERKO-työryhmän kokouksia olisi pitänyt jatkaa tiivistä pitempään, jotta ilmenneisiin ongelmiin olisi pystytty puuttumaan nopeammin ja tieto kulkenut kaikille sidosryhmille. Informaation tulisi olla kaikille sidosryhmille samanlaista ja sovitusta toimintamalleista ja kriteereistä tulisi pitää kiinni.

## 8 Toimintamallin luominen

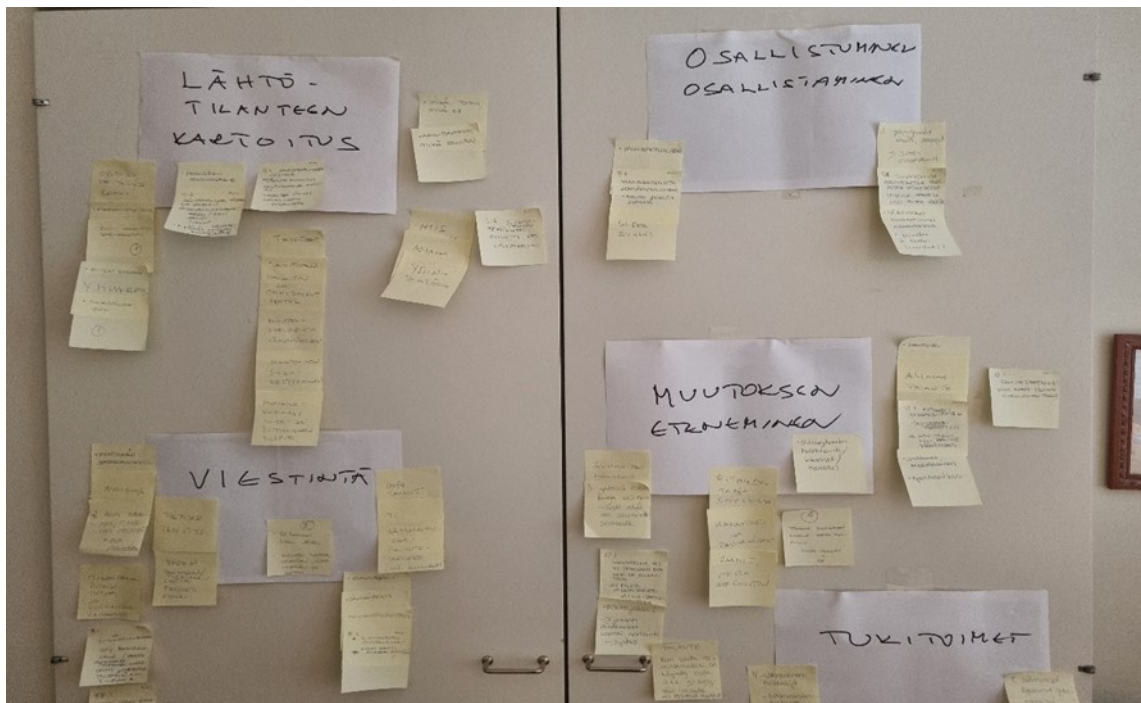
Toimintamalli tarjoaa työväliseen ja työskentelytavan käytäntöjen yhteiskehittämiseen. Työskentelylle määritetään ensin yhteinen kohde, jonka kehittämiseen osallistuja sitoutuvat ja tuovat oman asiantuntemuksen. Osallistujat valitaan niin, että edustettuina ovat kehittämis-kohteen kannalta merkitykselliset toimijat. Toimijoiden asiantuntijuus ja näkökulmat ryhmässä ovat samanarvoisia. (Peränen 2013.) Tähän työhön menetelmäksi opinnäytteen tekijä valitsi Innopaja-toimintamallin. Pajatyöskentely alkaa periaatteiden ja työskentelytavan esittelystä ja tavoitteiden asettelusta työskentelyosioon. Työskentelyn jälkeen tulokset puretaan ja arvioidaan. (Peränen 2013.)

Tutkimustulokset esiteltiin leikkausyksikön työryhmälle. Työryhmään kuului opinnäytteen tekijän toiveiden mukaisesti yksikön ylilääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, opetushoitaja sekä yksi leikkausosaston sairaanhoitaja. Työryhmän tavoitteena oli tutkimuksen tulosten avulla luoda toimintamalli yksikön toiminnan muutostilanteisiin. Työryhmän oli tarkoitus kokoontua kaksi kertaa, mutta aikataulusongelmien takia kokoontumiset supistuivat yhteen kertaan.

Kehittämismenetelmiä ei ole rajattu, vaan menetelmä voidaan valita vapaasti. Menetelmiä voivat olla esimerkiksi pelit, draama, työpajat tai pienryhmätyöskentely. (Salonen 2013, 22.) Ideointi vaiheessa hyödynnettiin aivoriihimenetelmää. Aivoriihi on luova ongelmanratkaisumenetelmä, jolla pyritään tuottamaan mahdollisimman paljon ideoita, joista valitaan parhaimmat ja toteuttamiskelpoiset. (Aivoriihi.) Ryhmäläiset tutustuivat itsenäisesti sähköpostilla lähetettyihin tutkimustuloksiin sekä toimintamalli -materiaaliin sekä edellä mainittuja malleja

mukaileva mallirunko (Liite 3). TTL julkaisussa avataan organisaatio muutoksen periaatteita ja sen etenemistä. Julkaisussa annetaan myös työkaluja muutoksen toteuttamiseen sekä kuvataan muutoksen vaikutuksia henkilökuntaan. Jyväskylän ammattikorkeakoulun MUTKA-malli antaa käytännön keinoja työhyvinvoinnin ja muutuskypsykkyuden kehittämiseen. Mallin avulla haetaan vastauksia kysymyksiin mitä, miksi ja miten. (Organisaatiomuutos, Toimintamalli muutokseen ja kehittämiseen) Ryhmäläiset kirjoittivat omat ideansa aihealueista post-la-puille.

Työskentelyn toisessa vaiheessa ryhmäläiset kokoontuivat yhteen, yksi ryhmäläisistä etäyhteyden takaa, arvioimaan ja jatkokehittämään ideoita. Tarralaput kerättiin mallirungon otsikoiden alle ja niitä yhdisteltiin ja tarkennettiin. Ilmapiiri oli avoin ja innostunut ja uusia ideoita tuotiin julki vapaasti. Kolmannessa vaiheessa opinnäytteen tekijä keräsi aivoriihen tuotokset yhteen ja koosti niistä toimintamallin, joka lähetettiin ryhmäläisille kommentoitavaksi ja korjattavaksi. Opinnäytteen tekijä valitsi mallille PowerPoint-pohjan, koska se on helposti muokattavissa, tallennettavissa ja jaettavissa (Liite 4).



#### Aivoriihi

Pajatyöskentelyn lopuksi on hyvä keskustella ja kerätä ajatuksia työskentelystä ja tavoitteiden toteutumisesta. Palautteita voidaan kerätä joko kirjallisesti tai sähköisesti. Arvion tarkoituksena on myös kartoittaa jatkokehittelyn tarve. (Peränen 2013.) Ryhmäläiset kommentoivat ja esittivät muutosehdotukset sähköpostitse, jotka opinnäytteen tekijä toteutti. Ryhmäläiset eivät kokeneet tarvetta jatkokehittää mallia tässä vaiheessa vaan malli (Liite 4) voidaan ottaa välittömästi käyttöön.

Kehittämistyön viimeisessä vaiheessa tulokset ja menetelmät raportoidaan ja arvioidaan. Raportissa eritellään työn eri vaiheet ja arvioidaan työn validiteettia ja reliabiliteettia sekä eettisyyttä; vastasiko työ tavoitteita ja tarkoitusta, oliko valittu tutkimusmenetelmä soveltuva ja suoritettiin kehittäminen eettisesti kestävästi. (Salonen 2013, 27.)

## 9 Johtopäätökset ja pohdinta

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Hoitajat kuvasivat ensituntemuksiaan HERKO-toiminnan aloituksesta sanoin ”hämmennys”, ”epäselvyys”, ”positiivinen”, ”hyvät” ja ”jännitys”. Myönteisenä kokivat aloituksen hoitajat, jotka olivat päässeet osallistumaan toiminnan suunniteluun ja hoitajat, jotka olivat juuri vaihtaneet työpaikkaa ja aloittaneet työn yksikössä. Hämmennystä ja epätietoisuutta aiheutti ristiriitainen viestintä toimintaan osallistujista ja omasta toimenkuvasta. Aikaisempien tutkimusten mukaan terveydenhoidon henkilöstön asenteiden ja ajattelutapojen muuttaminen on haastavin osa hoitokäytäntöjen muutoksessa. Erityisesti koko henkilökunnan sitouttaminen uuteen toimintamalliin vaatii pitkäjänteistä ja suunnitelmallista tiedottamista ja perehdytystä. (Hiltunen & Savikko 2018.)

Perehdytysmateriaaleihin oltiin yleisesti tyytyväisiä, HERKO-kansio korvasi osalla puuttuvan tai vajaan perehdytyksen. Hankaluutta ja epäselvyyttä aiheutti ohjeiden ja ohjeistuksien muuttuminen tiheään alkuvaiheessa. Perehdytystä osa olisi toivonut pitempään ja syvällisempää etenkin, jos oma osaamista ei koettu riittäväksi. Hoitajan ohjaustaidot korostuvat HERKO-hoidossa ja ohjauksen ja ohjeiden tulee olla selkeitä. (Burger, IJntema, Scaufeli & Ybema 2021, 302.)

Tulosten mukaan yhteisöltä ja organisaatiolta saatu tuki oli vaihtelevaa. Toisilta HERKO-hoitajilta saatu tuki ja opastus koettiin hyvänä, muiden heräämöhoitajien antama tuki vaihteli. Esihenkilöiltä saatu tuki koettiin myös vaihtelevasti. Osa koki, että vaikka tuntemuksia ja kokemuksia kyseltiin, ne eivät parantaneet omia tuntemuksia. Vastaavia tuntemuksia on tullut esiin aikaisemmissa tutkimuksissa. (Vilminko ym 2022, 184-185.) Hoitajat toivoivat, että heitä olisi kuultu enemmän ja heidän kehittämis ehdotuksiansa olisi viety eteenpäin. (Pahkin 2015, 61; Ruohoaho 2021, 78 Heiniö 2022.)

Moniammatillinen yhteistyö ja oikea potilasvalinta korostuvat HERKO-potilaiden hoidossa. Kaikilla tulee olla yhtäläinen näkemys kriteereistä ja prosesseista. (Hiltunen & Savikko 2018; Ruohoaho 2021, 150.) Vuorovaikutus eri henkilöstö- ja sidosryhmien kanssa koettiin pääasiassa hyvänä. Erityisesti yhteistyö fysioterapeuttien ja lääketyöntekijöiden kanssa koettiin toimivana.

Lääkäreiden kanssa oli ajoittain ongelmia. Hoitajilla ja lääkäreillä ei ollut alkuun samaa ymmärrystä toiminnan periaatteista, ohjeistuksista ja kriteereistä. Ongelmista selvittiin kuitenkin ”hyvässä hengessä” ja toimintaperiaatteita tarkentaen.

Ongelmia aiheutti ajoittain ruuhkainen ja täysi heräämö, etenkin jos HERKO-potilaat eivät kotiutuneet tai päässeet siirtymään jatkohoitopaikkaan suunnitelman mukaan. Ruohoaho tutkimuksessa hoitohenkilökunta oli pääsääntöisesti tyytyväinen uusiin, väljiin, toimintaan suunniteltuihin tiloihin. (2021, 78.)

O’Grady toi tutkimuksessaan esiin yksilön omia keinoja parantaa resilienssiä. Vahvistamalla positiivisia tunteita, sitoutumista, ihmissuhteita sekä työn merkityksen, tarkoituksen ja saavutusten tiedostamista, voimme parantaa hyvinvointiamme työelämässä. (2021.) Tässä tutkimuksessa hoitajat kokivat voimavaransa hyvinä. Toiminta perustui vapaaehtoisuuteen, joten hoitajat lähtivät uuteen toimintaan avoimena ja innokkaina. Muutoksen välttämättömyys ja tarve tiedostettiin. Yleinen muutosvastarinta heikensi kuitenkin jaksamista. Voimavaroja olisi parantanut koko työyhteisön vahvempi tuki ja vähäisempi muutosvastarinta. Voimavaroja parantavina keinoina käytettiin positiivista ajattelua, keskittymistä hyvän ilmapiirin luomiseen sekä oman osaamisen vahvistamiseen kyselemällä ja osallistumalla työryhmätyöskentelyyn. Työnohjauksesta olisi vastaajien mielestä voinut olla hyötyä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on ilmennyt samankaltaisia asioita. Kouluttautuminen, osaaminen sekä myönteinen työilmapiiri ja työkavereilta saatu tuki parantavat psyykkistä työhyvinvointia. (Connor ym 2022, 1, 4, 7.)

Ennakointi, avoin tiedottaminen ja moniammatillinen kehittämistyö vähentävät muutosvastarintaa ja parantavat lopputulosta. Lisäksi tarvitaan kouluttamista ja jatkuvaa viestintää muutoksen etenemisestä. (Hiltunen & Savikko 2018.) Vastaavia toiveita tuli esiin tässä tutkimuksessa. Hoitajien parannusehdotuksissa toistui avoin, yhdenmukainen ja rehellinen viestintä, maltillisempi aloitus sekä parempi perehdytys. Hoitajat olisivat toivoneet, että moniammatillisen työryhmätyöskentely olisi jatkunut tiiviimpänä pitempään. Hoitajat olisivat lisäksi toivoneet yt-neuvotteluiden yhteydessä tarkempaa tietoa toiminnan vaikutuksista palkkaukseen ja toimenkuviin.

## 9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä käytäntö tarkoittaa, että tutkimuksessa noudatetaan Opetus- ja kulttuuriministeriön asettaman Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) toimintatapoja ja ohjetta. Ohjeessa painotetaan rehellisyyttä, avoimuutta ja tieteellisen kriteerien mukaista sekä eettisesti kestävästä tiedon keruusta, tutkimusmateriaalin käsittelyä sekä sen tulkintaa ja arviointia. Ohjeessa korostetaan myös lähdeviitteinä käytettyjen tutkijoiden työn ja julkaisujen kunnioittavaa käsittelyä. (Helin, Jäppinen, Launis, Spoo & Varantola 2012, 2,3.)

Tässä opinnäytteessä noudatettiin lisäksi Ammattikorkeakouluille tehtyjä eettisiä suosituksia. Kohdeyhteisön kanssa tehdään opinnäytesopimus, josta ilmenee tutkimuksen aihe, aikataulu, ohjaus, kustannukset ja henkilötietojen ja muiden salassa pidettävien aineistoiden käsittely ja suostumukset. (Kettunen, Kärki, Näreaho & Päällysaho. 2019, 5-7.) Kohdeorganisaation kanssa erillistä yhteistyösopimusta ei tehty vaan tutkimuslupa oli riittävä. Tutkimuslupa on edellä mainitun opinnäytesopimuksen periaatteiden mukainen ja noudattaa säädettyjä potilas- ja julkisuuslakeja (785/1992, 621/1999) sekä Eu 2016/679 tietosuoja-asetusta. Koska opinnäyte tehtiin haastatteluna ja se kohdistui henkilökuntaan, suostumusmenettely vaati erillisen suostumuksen. (Tutkimus-johtajan ohje 2/2023.)

Haastateltavien kanssa tehtiin erillinen suostumusasiakirja. Asiakirjan tiedotteessa selvitettiin muun muassa tutkimuksen tekijä, tarkoitus, luonne ja menetelmä sekä mahdolliset riskit ja haitat. Asia-kirjoissa painotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Asiakirjoissa tuotiin myös esiin tutkittavien tietosuoja ja -turvallisuus. Haastateltavat osoittivat suostumuksen allekirjoituksellaan ja osallistumalla tutkimukseen. Tiedotteen (Liite 2) ja suostumuksen (Liite 5) luomiseen käytettiin sekä Laurean ”Opinnäytetyö YAMK-tutkinrossa” -ohjetta että kohdeorganisaation Tutkimus-johtajan ohjetta 2/2023, ”Opinnäytetyön tutkimusluvan hakeminen”. Haastateltavat käsiteltiin anonyymisti eikä taustatietoja kerätty. Alle-kirjoitettu suostumusasiakirja luetaan henkilötiedoksi. Asiakirja tuhoetaan silppuamalla opinnäytteen valmistuttua.

Tulokset raportoitiin niin ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Tutkimuksesta on tehty tietosuojailmoitus EUn yleisen tietosuoja-asetuksen EU679/2016 mukaisesti (Liite 5). Lisäksi tutkimuksesta on tehty eettinen arviointi kohdeorganisaation ohjeiden mukaisesti (Tutkimusjohtajan ohje 2/2023). Opinnäytteen valmistuttua äänitalenne hävitetään ja litteroitu materiaali yli kirjoitetaan ja poistetaan tietokoneelta.

Kanasen mukaan kehittämistutkimus ei ole oma tutkimusote, vaan luotettavuuden määrittelyn määrittelee tutkimusasetelma (2015, 111). Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta määritellään yleensä reliabiliteetti- ja validiteettikäsitteiden avulla, laadullisessa tutkimuksessa vakuuttavuuden ja kehittämistoiminnassa käyttökelpoisuuden, totuudenmukaisuuden ja hyödyllisyysnäkökulmasta. (Toikko & Rantanen 2009, 120, 121.) Tässä kehittämistyössä luotettavuutta tarkastellaan kaikista näkökulmista.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan luotettavuutta. Toimiko tutkimusasetelmat ja tuottivatko samaa asiaa mittaavat kysymykset saman vastauksen. Reliabiliteettiin liitetään myös toistettavuus. (Toikko & Rantanen 2009,122; Kananen 2015, 112,119.) Vastausten samankaltaisuuden perusteella ja aikaisempien vastaavien tutkimusten perusteella tutkimus oli luotettava ja toistettavissa.

Validiteetti eli pätevyys arvioi tutkimuksessa käytettyjä mittareita, käsitteitä ja menetelmiä, ja niiden sopivuutta tutkimukseen (Toikko & Rantanen 2009,122; Kananen 2015, 112). Tässä työssä käytetyt menetelmät tukivat tavoitteen määrittelyä ja kehittämiskysymyksiä. Opin- näytteen tekijän mielestä kehittämiselle asetetut tavoitteet saavutettiin.

Vakuuttavuus perustuu uskottavuuteen ja johdonmukaisuuteen. Vakuuttavuuteen sisältyy myös avoimuus ja läpinäkyvyys tutkimuksen eri vaiheiden kuvauksessa. Luetettavuutta voidaan lisäksi arvioida aineiston kylläntymisellä ja triangulaation käytöllä. (Toikko & Rantanen 2009,123, 124; Kananen 2015, 114, 115.) Tässä kehittämistyössä tutkimuksen kulku selostettiin laadullisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Haastattelun tulosten perusteella kylläntyminen toteutui eli saman kaltaiset vastaukset toistuivat. Triangulaatiota ei tässä tutkimuksessa käytetty.

Kehittämistoiminnassa luotettavuutta tarkastellaan erityisesti hyödynnettävyyden näkökulmasta. Tarkastelussa ovat myös toimijoiden ja kehittäjien aktiivisuus ja sitoutuneisuus kehittämisen eri vaiheissa. (Toikko & Rantanen 2009,125.) Tämän kehittämistyön tuotoksena on Toimintamalli muutokseen, mikä toteutettiin pienryhmätyöskentelynä. Ryhmäläiset olivat aktiivisesti mukana mallin ideoinnissa, tuottamisessa ja arvioinnissa. Ryhmäläiset olivat sitoutuneita työhön ja kaikki pyydetty osallistuivat työskentelyyn. Malli todettiin käyttökelpoiseksi ja se otetaan käyttöön välittömästi. Mallia voidaan hyödyntää myös muissa työyksiköissä muutokseen valmistautumisessa.

### 9.3 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Opinnäytteen tekijä aloitti opinnäyteprossin toisessa oppilaitoksessa ja jatkoi opintojaan keskeytymisen jälkeen uudessa oppilaitoksessa. Uuden oppilaitoksen myötä tuli uusi oppimisympäristö ja uudet toimintatavat. Uuteen ympäristöön ja tapoihin orientoiminen viivästytti opinnäytteen aloitusta. Lisäksi alun haasteita lisäsi pitkä aika menetelmäopinnoista. Erilaisiin tutkimus- ja kehittämismenetelmiin perehtyminen vei aikaa. Opiskelu toteutettiin pelkästään etäopiskeluna, mikä sekin aiheutti haasteita. Orientaatiota ja opinnäytteen edistymistä olisi helpottanut kehittämisopintojen uusiminen opiskelun alkuvaiheessa.

Opinnäytteen aihe oli tekijälle mieluinen ja oma ehdotus, samoin tietoperustan resilienssi näkökulma. Resilienssi valikoitui opinnäytteen tekijälle työsuojelutaustan myötä. Opinnäyte eteni hitaasti, mutta varmasti, lähinnä tekijän lomien aikana. Opinnäytteen tekijä huolehti omasta resilienssistä panostamalla riittävään lepoon ja palautumiseen sekä ylläpitämällä positiivista mielialaa ajoittaisista vaikeuksista huolimatta. Tuntemusten jakaminen ja sosiaalinen tuki auttoi tekijää eteenpäin.

Tietoperustaan tutustuminen laajensi tekijän ymmärrystä muutosprosessien vaikeudesta ja moniulotteisuudesta. Tietoperusta antoi myös uusia työkaluja oman työn ja työyhteisön

kehittämiseen. Opinnäytteen tietoperustassa on käytetty muutamaa yamk-opinnäytettä soveltuvien artikkeleiden ja väitösten puuttuessa. Lisäksi tietoperustassa käytettiin paria yli kymmenen vuotta vanhaan lähdettä kuvaamaan LEIKO- JA PÄIKI-toiminnan alkuvaiheita.

Erityisen innostavana opinnäytteen tekijä koki pienryhmätyöskentelyn. Nopealla aikataululla saatiin kattava tuotos. Työskentelyn onnistuminen vaati opinnäytteen tekijän panostusta valmisteluihin ja ryhmäläisten sitoutumista työskentelyyn. Opinnäytteen tekijä koki myös haastattelutilanteet miellyttävänä ja yllättyi, miten avoimesti haastateltavat toivat julki tuntojaan ja miten tarkasti he muistivat vuoden takaiset tapahtumat ja tuntemukset.

Tutkimustulosten mukaan muutoksen välttämättömyys ja tarve tiedostettiin. Yleinen muutosvastarinta heikensi kuitenkin jaksamista. Voimavaroja olisi parantanut koko työyhteisön vahvempi tuki ja vähäisempi muutosvastarinta. Opinnäytteen tekijä ehdottaakin jatkotutkimuksena aiheeksi muutosvastarinnan kokeminen ja keinot sen vähentämiseksi.

## Lähteet

- Aaltonen, R. & Ahlmén-Laiho, U. Monisairas potilas ja leikkausriski. 2023. Duodecim 2023 vol. 139 no. 4 s. 280-285. Viitattu 29.9.2023. <https://www-duodecimlehti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo17557.pdf>
- Ahluwalia, R., Cook, J., Colegate-Stone, T., Karuppaiah, K., Kavarthapu, V, Sinta, J. & Tavakolizudeh, A. 2020. Improving the efficiency of ankle fracture care through home care and day-surgery units: Delivering safe surgery on a value-based healthcare model. *The Surgeon* 19, 2021, s. 95-102. <https://pdf.sciencedirectassets.com/279352/1-s2.0-S1479666X21X00066/1-s2.0-S1479666X20301177/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjENb>
- Airola, M., Nieminen, M., Talja, H., Tuovinen, J. & Viitanen, K. 2017. Muutosjoustavuus Organisaation resilienssin tukeminen. VTT. Viitattu 7.2.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-38-8600-4>
- Aivoriihi. Innokylä. Viitattu 23.11.2023. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivoriihi>
- Alanne, E. & van der Most, M. 2021. Organisaation resilienssiä vahvistetaan arjen toiminnassa. Julkaisussa Resilienssillä joustavuutta ja kestävyyttä yksilöille, organisaatioille ja yhteiskunnalle. Laurea julkaisut 165. Viitattu 6,2,2023. <https://www.theseus.fi/handle/10024/499707#:~:text=Resilienssi%20ja%20kest%C3%A4v%C3%A4%20kasvu%20ovat%20keskeisi%C3%A4%20k%C3%A4sitteit%C3%A4%20aikamme,lis%C3%A4ksi%20muutoksista%20voipia%20ja%20kehitty%C3%A4%20aiempaa%20vahvemmaxi>
- Ambulatory (day) surgery. Suggested international terminology and definitions. Viitattu 31.10.2022. [https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/IAAS\\_definitions.pdf](https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/IAAS_definitions.pdf)
- Ambulatory Surgery Handbook 2nd Edition. 2014. Viitattu 31.10.2022 [https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/Day\\_Surgery\\_Manual.pdf](https://theiaas.net/wp-content/uploads/2022/06/Day_Surgery_Manual.pdf)
- Andersen, L, Calatayud, J., Casaña, J., Ezzatvar, Y., Jakobsen, M. & Sundstrup, E. 2017. High intensity preoperative training improves physical and functional recovery in the early post operative periods after total knee arthroplasty: a randomized controlled trial. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2017, 25, s.2864-2872. Viitattu 19.10.2023. <https://web-s-ebscohost-com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=6c5a295b-6fe3-4d55-86e8-27e46c0282b4%40redis>
- Aro, H. 2022. Kun luunmurtuma ei parannu. *Duodecim* 2022/1, vol 138, s. 49-58. Viitattu 23.10.2023. <https://www-duodecimlehti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo16627.pdf>

- Assel, M., Simon, B., Tokila, H., Tversky, R., Verlosick, E., Vickers, Z. & Zatirova, Z. 2019. Suitability of outpatient or ambulatory extended recovery cancer surgeries for obese patients. *Journal of Clinical Anesthesia* 58, 11-116. Viitattu 1.8.2023. <https://www-sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0952818019301953?via%3Dihub>
- Assel, M., Bentende, N., Chesnut, N., Griffin, S., McGrath, L., Levine, M., Ostrovsky, A. & Vickers, A. 2019. Impact of caregiver overnight stay on postoperative outcomes. *International Journal of Health Paper type Research paper Care Quality Assurance* Vol. 33 No. 1, 2020, s. 18-26. Viitattu 1.8.2023. <https://www-emerald-com.nelli.laurea.fi/insight/content/doi/10.1108/IJHCQA-12-2018-0282/full/pdf?title=impact-of-caregiver-overnight-stay-on-postoperative-outcomes>
- Bajwa, S., Francis, J., Jackson, P., McDonald, C., Paynter, C., Rodda, D. & Story, D. 2022. Exploring patient acceptability of a short-stay care pathway in hospital post arthroplasty: A theory informed qualitative study. *Health Expectations*. 2022;25, s. 2002-2014. Viitattu 30.9.2023. <https://web-s-ebsohost-com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=d4b68ed9-8327-4cac-b95c-cc0b13ed6b76%40redis>
- Barsoum, W., Curtis, G., Faour, M., Higuera, C., Khlopas, A., Mont, M. & Yakubek, G. 2018. Chronic obstructive pulmonary disease is associated with short-term complications following total knee arthroplasty. *Journal of Arthroplasty* 33(8) 2623-2626. Viitattu 1.8.2023. <https://web-s-ebsohost-com.nelli.laurea.fi/ehost/command/detail?vid=24&sid=582f347c-7895-4814-b500-cd40e6240b8a%40redis>
- Bawaa, R., Blakeb, A., Emersonc, B. Gabrama, O., Klatta, M. & Westericht, A. 2022. Sustained resiliency building and burnout reduction for healthcare professionals via organizational sponsored mindfulness programming. *Explore*. Viitattu 16.12.2022. <https://search-ebsohost-com.nelli.laurea.fi/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=33931362&site=ehost-live>
- Bloomstone, J. & Rodrigues, L. Benchmarking outcomes for day surgery. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. Volume 37, 3, 10/2023, Pages 331-342. Viitattu 29.9.2023. <https://web-s-ebsohost-com.nelli.laurea.fi/ehost/command/detail?vid=12&sid=e9a806a2-ca5c-48c0-be74-cabc17df2fad%40redis>
- Branner, P. & Kautz, D. 2015. Postoperative care of patients undergoing same-day laparoscopic cholecystectomy. *AORN* 7/2015 102(1) 15-32. Viitattu 1.8.2023. <https://aornjournal-onlinelibrary-wiley-com.nelli.laurea.fi/doi/epdf/10.1016/j.aorn.2015.04.021>
- Burger, Y., Jntema, R., Scaufeli, W. & Ybema, J. 2021. Building resilience resources during organizational change. A longitudinal quasi-experimental field study. Viitattu 16.12.2022.

<https://web-s-ebshost-com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=d041b9e6-b18d-4726-bf51-e627d3a66880%40redishttps://search-ebshost->

Bush, R., Burkard, J., Giron, S. & Meyers, N. 2021. Preventing Surgical Delay and Cancellation with Patient-Centered Interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 36/2021, s. 334-338. Viitattu 23.10.2023. <https://www.sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S1089947220303658?via%3Dihub>

Chen, A., Evans, D., Fitz, W., Shaff, D., Shah, V, Varady, N. & Xu, R. 2022. Optimizing Spinal Anesthesia in Same-Day Discharge Knee Arthroplasty Patients: Mepivacaine Versus Ropivacaine. *Journal of Arthroplasty* 37 (2022) 2353e2357. Viitattu 31.8.2023. <https://web-s-ebshost-com.nelli.laurea.fi/ehost/command/detail?vid=9&sid=067b9d6d-e9d1-4e4f-a563-b7e9d2148eb8%40redis>

Caccavallo, P., Ishmael, M., Kuzma, A., Meneghini, M. & Ziembra-Davis, M. 2017. Safe Selection of Outpatient Joint Arthroplasty Patients With Medical Risk Stratification: the "Outpatient Arthroplasty Risk Assessment Score. *The Journal of Arthroplasty* 32, 2017, s. 2325-2331. Viitattu 19.10.2023. <https://www.sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0883540317302061?via%3Dihub>

Gonçalves. L., Sala, R. & Navarro, J-B. 2022. Resilience and occupational health of health care workers: a moderator analysis of organizational resilience and sociodemographic attributes. *International Archives of Occupational and Environmental Health* (2022) 95:223-232. Viitattu 28.11.2023. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00420-021-01725-8>

Connor, S., Heaton-Shresta, C., McCawley, S., McShannon, J., Music, G., Ooms, A. & Trainor, K. 2022. Enhancing the well-being of front-line healthcare professionals in highpressure clinical environments: A mixed-methods evaluativeresearch project. Viitattu 19.12.2022. [com.nelli.laurea.fi/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=35617711&site=ehost-live](https://web-s-ebshost-com.nelli.laurea.fi/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=35617711&site=ehost-live)

Danatonio, T. & Kell, A. 2023. PreSurgery Center: leikkauskokemusten optimointi. *Journal of Peri-anesthesia nursing*. 38, 4, E28-E29, 8/23. Viitattu 20.11.2023. <https://www.sciencedirect-com/science/article/abs/pii/S1089947223006330>

Danoff, J., Fraser, J., Hozack, W., R. Manrique, J. & Reynolds, M. 2018. Identifying Reasons for Failed Same-Day Discharge Following. *Arthroplasty* 2018; 33(12): 3624-3628. (5 p)

Edenborough, M., Firtko, A. & Jackson, D. 2007. Henkilökohtainen joustavuus strategiana selviytyä ja menestyä työpaikan vastoinkäymisten edessä: kirjallisuuskatsaus. *Wiley Online Library*. Viitattu 20.11.2023. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>

- Elde, P., Halting, A-G., Hovland, G., Johanson, V. & Kringeland, T. 2021. A planned but vulnerable pathway towards self-management following day surgery. Orthopaedic patients' experiences. *Scand J Caring Sci.* 2021; 35: 1114-1122. Viitattu 29.9.2023. <https://web-s-ebscohost-com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=7f327e86-40b6-44b4-af66-b7c0c3732e4c%40redis>
- Fuornier, M., Lelu, P., Mihalko, M. & Throckmorton, T. 2018. Alhaiset haittatapahtumien määrä ambulatoisen avohoidon lonkan kokonaisartroplastian jälkeen itsenäisessä leikkauskeskuksessa. Viitattu 8.11.2022. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.08.026>
- Frydenberg, E. 2017. *Coping and the challenge of resilience.* London: Springer Nature.
- Gromov, K., Hansen, K., Husted, C., Husted, H., Kristensen, B., Krogshøj, H. & Troelsen, A. 2019. Outpatient total hip or knee arthroplasty in ambulatory surgery center versus arthroplasty ward: a randomized controlled trial. *Acta Orthopaedica* 2020; 91 (1): 42-47. Viitattu 8.11.2022. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7006733/pdf/IORT\\_91\\_1686205.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7006733/pdf/IORT_91_1686205.pdf)
- Heiniö, M. Resilienssi ja jatkuvuuden hallinta. Työterveyslaitos. Viitattu 15.12.2022. <https://www.ttl.fi/oppimateriaalit/resilienssi-ja-jatkuvuudenhallinta>
- Heiskanen, K., Heiskanen, S. & Kettunen, E. 2017. Heräämöstä kotiin -toiminta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. *Spirium* 2/2017, s.24-27. Viitattu 16.8.2023. [https://sash.fi/wp-content/uploads/2017/05/Spirium\\_2\\_2017-1.pdf](https://sash.fi/wp-content/uploads/2017/05/Spirium_2_2017-1.pdf)
- Helin, M., Jäppinen, S., Launis, V., Spoof, S. & Varantola, K. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje (2012). Viitattu 26.7.2023. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk\\_ohje\\_verkko14112012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf)
- Hiltunen, A-M. & Savikko, J. 2018. Henkilöstön motivointi optimoi toipumista leikkauksesta. *Duodecim* 2018; 134:2333-6 Viitattu 30.11.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/9274531c-20b1-42ca-b568-02b374c21ddd/content>
- Hoy, N., McAllister, M. & Rourke, K. 2023. Research comparative evaluation of 90-day patient outcomes and healthcare encounters following extended day surgery urethroplasty. *University of Alberta. 176CUAJ*, volume 17, issue 6. Viitattu 31.7.2023. <https://cuaj.ca/index.php/journal/article/view/8219/5710>
- Hynynen, M., Kuosa, R., Kuusiniemi, K., Niskanen, M., Pyhälä, S., Rautiainen, H., Salmenperä, M., Scheinin, H., Tuominen-Salo, H. & Ylitalo-Airo, M-L. 2019. Suomen Anestesiologiyhdistyksen suositus anestesiatoiminnan järjestämisestä. *Spirium* 2019/4, vol 154, s 24-29.

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet. Teoksessa Juuti, P. & Puusa, A. (toim.) Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus. Viitattu 9.2.2023. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523456167>

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino.

Kettunen, J., Kärki, A, Näreaho, S., Päällysaho, S. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 26.7.2023. <https://arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Keränen, U., Soirinsuo, M. & Tohmo, H. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) -toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. Suomen lääkärilehti 36/2003 VSK 5 8. Viitattu 16.11.2022. <https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/pdf/2003/SLL362003-3559.pdf>

Kinnunen, M-L., Moisander, A. & Pamilo, K.2019. Aamulla sairaalaan, illalla kotiin: päiväkirurginen tekonivelleikkaus. Lääkärilehti 24-31/2019 vsk 74 s. 1598-1600. Viitattu 3.8.2023. <https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/tyossa/aamulla-sairaalaan-illalla-kotiin-paivakirurginen-tekonivelleikkaus#reference-4>

Kohdeorganisaation internetsivut. Viitattu 10.5.2023.

Kohdesairaalan internetsivut. Viitattu 10.5.2023.

Komulainen, M. 2023. Resilienssiä vahvistavat hyväksymisen taito, työn merkityksellisyys ja autenttisuus. Blogi. Metropolia. Viitattu 28.11.2023. [https://blogit.metropolia.fi/tikissa/2023/04/18/resilienssia-vahvistavat-hyvaksymisen-taito-tyon-merkityksellisyys-ja-autentti-suus/?\\_gl=1\\*1yctiem\\*\\_ga\\*MjAxNjE5Njg5LjE2OTUxMDcwMDU.\\*\\_ga\\_WCEG4D5ZQX\\*MTcwMTE1NDM5NS41LjAuMTcwMTE1NDM5NS42MC4wLjA](https://blogit.metropolia.fi/tikissa/2023/04/18/resilienssia-vahvistavat-hyvaksymisen-taito-tyon-merkityksellisyys-ja-autentti-suus/?_gl=1*1yctiem*_ga*MjAxNjE5Njg5LjE2OTUxMDcwMDU.*_ga_WCEG4D5ZQX*MTcwMTE1NDM5NS41LjAuMTcwMTE1NDM5NS42MC4wLjA).

Korhonen, M. 2018. Heräämöstä voi päästä suoraan kotiin. Terveys ja talous 3/2018. Viitattu 4.8.2023. Tt20042018 (mediasepat.fi)

Lahti, T. 2013. Neurokirurgisen potilaan preoperatiivinen ohjaus. Opinäytetyö. Metropolia. Viitattu 20.10.2023. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58670/Neurokirurgisen\\_potilaan\\_preoperatiivinen\\_ohjaus.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58670/Neurokirurgisen_potilaan_preoperatiivinen_ohjaus.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Laine, T. 2018. Miten kokemusta voidaan tutkia. Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Malli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä. Ps-kustannus. Viitattu 9.2.2023. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789524518758>

Leikkola, P. 2014. Selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 3.8.2023. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/96181/978-951-44-9599-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Li, M., Wang, M., Xiong, W., Zhang, S. & Yang, O. 2020. The Safety of Laparoscopic Cholecystectomy in the Day Surgery Unit Comparing with That in the Inpatient Unit: A Systematic Review and Meta-Analysis. Viitattu 8.11.2022. <https://doi.org/10.1155/2020/1924134>

Lääkintöhallituksen työryhmä tutki Lyhytoivotoinen kirurgia purkasi leikkausjonot. 2016. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2016.;132(12):1098-1100. Viitattu 31.10.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13196>

Merivirta, R. 2014. Anaesthesia and pain management for use in orthopaedic day surgery. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D osa 1137. Viitattu 31.8.2023. <https://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/99208/AnnalesD1137Merivirta.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Myllymäki, A. & Pikkupirtti 2020. Mahdollisuutena HERKO-toiminta Lapin keskussairaalan leikkaus- ja anestesiayksikössä. Lapin ammattikorkeakoulu. Yamk-opinnäyte. Viitattu 29.3.2023. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/353163/MYLLYMAKI%20%20PIKKU-PIRTTI\\_OPINN%c3%84YTETY%c3%96%20\\_2.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/353163/MYLLYMAKI%20%20PIKKU-PIRTTI_OPINN%c3%84YTETY%c3%96%20_2.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

O'Grady, E. 2021. Self-Leadership for Nurse Practitioners in Complex Times. JNP. <https://www.sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S1555415520305109?via%3Dihub>

Opinnäytetyö YAMK-tutkinnossa. Laurea. Viitattu 22.9.2023. [https://laureaas.sharepoint.com/sites/studentFin\\_opinnaytetyojavalmistuminen/SitePages/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6-YAMKissa.aspx](https://laureaas.sharepoint.com/sites/studentFin_opinnaytetyojavalmistuminen/SitePages/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6-YAMKissa.aspx)

Organisaatiomuutos. Ttl. Viitattu 23.11.2023. <https://www.ttl.fi/teemat/tyoelaman-muutos/organisaatiomuutos>

Pahkin, K. 2015. Staying well in an unstable world of work- Prospective cohort study of the determinants of employee well-being. Väitös. Helsingin yliopistoa. Viitattu 20.11.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/bfcac005-e8db-402e-960c-b0856b52da24/content>

Pamilo, K. 2018. Effect of hospital volume and process optimization on outcome after hip and knee arthroplasty. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Kuopio. Viitattu 31.8.2023. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20038/urn\\_isbn\\_978-952-61-2878-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20038/urn_isbn_978-952-61-2878-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Peränen, N. 2013. Innopajaopas kehittäjälle. INNOKYLÄ. Viitattu 3.12.2023. <https://innokyla.fi/sites/default/files/2020-02/Innopajaopas%20kehitt%C3%A4j%C3%A4lle%205%203%202013.pdf>

Phang, T. & Tomi, K. 2022. Effectiveness of the video medium to supplement preoperative patient education: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling* 105/2022, s. 1878-1887. Viitattu 23.10.2023. <https://www.sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0738399122000386?via%3Dihub>

Pohjola, M. 2023. Leikkauskelpoisuus - kuinka yleislääkäri voi tätä parantaa? *Lääkärilehti* 25-31/2023, s. 1113-1116. Viitattu 23.10.2023. <https://www-laakarilehti-fi.nelli.laurea.fi/pdf/2023/SLL25-31-2023-1113.pdf>

Porter, M & Salvi, C. 2023. Nurse Led Collaboration and Innovation: Relieving Bed Shortage by Creating an Extended Recovery Unit (ERU). *Journal of Perianesthesia Nursing* [1089-9472] vsk/osa:38 iss:4 s:e10. Viitattu 20.11.2022. <https://web-s-ebsohost-com.nelli.laurea.fi/ehost/detail/detail?vid=3&sid=06dd4efd-0234-4627-a589-61b231fa0b28%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=165118644>

Puusa, A. 2020a. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Juuti, P. & Puusa, A. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus. Viitattu 13.2.2023. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523456167>

Puusa, A. 2020b. Näkökulmia laadullisen aineiston analyysiin. Teoksessa Juuti, P. & Puusa, A. (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus. Viitattu 13.2.2023. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523456167>

Renholm, M. 2015. Continuity of patient care in day surgery. *Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Turku. Painosalama Oy*. Viitattu 28.7.2023. <https://www.utu-pub.fi/bitstream/handle/10024/117215/AnnalesD1199Renholm.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Ruohoaho, U-M. 2016. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa - LYHKI, HERKO, SEUKO? *Duodecim* 2016;132(12), s. 1098-100. Viitattu 16.11.2022. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo13196>

Ruohoaho, U-M. 2021:23 tunnin kirurgia (23H-kirurgia) Käyttöönotto Yliopistollisessa sairaalassa. *Lääketieteen laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto, Kuopio*. Viitattu 25.10.2022. [[https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/26476/urn\\_isbn\\_978-952-61-4381-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/26476/urn_isbn_978-952-61-4381-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)]

Ruohoaho, U-M. 2022. 23 tunnin kirurgia (23h-kirurgia): käyttöönotto yliopistollisessa sairaalassa. *Finnanest* 55(3). Viitattu 29.3.2023. [http://www.finnanest.fi/files/ruohoaho\\_23.pdf](http://www.finnanest.fi/files/ruohoaho_23.pdf)

Saari, T. 2016. Resilienssi työntekijän voimavarana asiantuntijatyön aikapaineiden hallinnassa. *Hallinnon Tutkimus* 35 3/2016. Viitattu 20.11.2023. Resilienssi työntekijän voimavarana asiantuntijatyön aikapaineiden hallinnassa - pdf (journal.fi)

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Viitattu 8.2.2023. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet vuosille 2023-2026. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:18*. Helsinki. Viitattu 13.9.2023. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164463/STM\\_2022\\_18J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164463/STM_2022_18J.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Suonpää, J. 2016. Heräämöstä kotiin -toiminnan käynnistämisen tuoma muutos ja toiminnan kehittäminen sairaanhoitajien kokemana. Opinnäyte. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.11.2023. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100165/Suonpaa\\_Jenni.pdf;sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100165/Suonpaa_Jenni.pdf;sequence=1)

Sjöholm, M. 2020. Sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2019. Kuntaliitto. Viitattu 31.10.2022. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2020/2056-sairaanhoitopiirien-tammi-joulukuu-2019>

Sjöstedt, T. 2018. Mitä nämä käsitteet tarkoittavat. *Sitra*. Viitattu 15.12.2022. <https://www.sitra.fi/artikkelit/mita-nama-kasitteet-tarkoittavat/>

Tamminen, A. 2023. *Safety of Mastectomy in Breast Cancer*. Väitöskirja. Faculty of Medicine. Turun yliopisto. Viitattu 29.9.2023. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/174316/Annales%20D%201690%20Tamminen%20DISS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

TESO ry. Resilienssi - Mitä Se Tarkoittaa Ja Miksi Siitä On Hyötyä Työelämässä? Viitattu 15.12.2022. <https://www.teso.fi/resilienssi-mita-se-tarkoittaa-ja-miksi-siita-on-hyotya-tyoelamassa/>

Tiala, T. 2014. Nopeutetun hoidon mallit. *Spirium* 4/2014. Viitattu 28.8.2023. <https://sash.fi/2015/07/06/spirium-42014/#spirium-4-2014/32-33>

Tietoa meistä. Viitattu 10.5.2023. Tietoa meistä | HUS

Tilastoraportti 37/2022. Hoitoon pääsy erikoissairanhoidossa. THL. Viitattu 16.11.2022. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/hoitoonpaasy-erikoissairanhoidossa/>

Toimintamalli muutokseen ja kehittämiseen. Jamk.<https://www.jamk.fi/fi/projekti/mutka/toimintamalli-muutokseen-ja-kehittamiseen>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampereen yliopisto. Viitattu 8.2.2023. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Tolvi, M. 2020. The weekend effect and readmissions in the Helsinki and Uusimaa hospital district patient safety in secondary and tertiary health care. Väitös. Helsingin yliopisto. Hansaprint. Viitattu 23.11.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/5abcc499-3e94-4f89-afdc-1030179df1b1/content>

Turunen, E. 2018. Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elektiivisten leikkausten peruuntumisiin. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 28.7.2023. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20233/urn\\_isbn\\_978-952-61-2838-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20233/urn_isbn_978-952-61-2838-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tutkimusjohtajan ohje 2/2023. Viitattu 21.9.2023. Kohdeorganisaation internetsivut.

Valli, L. 2020. Kuolema kuittaa univelan. Tutkimus resilienssistä ja resilienssipotentiaalin johtamisesta kriisinhallintaorganisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 19.12.2022. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/122122/978-952-03-1587-0.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Vantsi, E. 2023. Johtamisen vaikutus yksilön resilienssiin muutostilanteessa. Yamk-opinnäyte. Laurea. Viitattu 20.11.2023. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/804634/Vantsi\\_Essi.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/804634/Vantsi_Essi.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Villman, M. 2014. Leiko-toiminnan käynnistäminen. Spirium 1/2014, s. 22-24. Viitattu 23.10.2023. <https://sash.fi/2015/07/06/spirium-12014/#spirium-1-2014/22-23>

Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Vilminko, S, Vogt, I & Äärilä, S. 2022. Valmentava johtaminen ammattikorkeakoulun kehittämistoiminnassa. Teoksessa Ohjaus- ja valmennusosaamista kehittämässä. Diakonia-ammattikorkeakoulun vuosikirja 2021. Viitattu 6.2.2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-395->

## Liitteet

Liite 1: Haastattelukysymykset.....	45
Liite 2: Tiedote.....	47
Liite 3 Mallirunko .....	49
Liite 4 Toimintamalli .....	50
Liite 5 Suostumus .....	53
Liite 6 Henkilötietojen käsittely .....	54

## Liite 1: Haastattelukysymykset

### HOITAJIEN TUNTEMUKSIIN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

1. Miten koit HERKO-toiminnan aloituksen?  
Mitkä olivat ensituntemukset?
2. Olitko saanut siitä ennakkotietoa?  
Miten koit sen riittävyyden?
3. Pääsitkö osallistumaan toiminnan suunnitteluun?  
Jos pääsit niin miten koit sen?
4. Millaista perehdytystä/ ohjausta sait toiminnan alkaessa?
  - systemaattisista
  - samansuuntaista
  - sama henkilö perehdytyksessä
5. Mitä olit mieltä perehdytysmateriaalista?
6. Entä potilaan ohjaus?
  - miten koit sen?
  - millaista oli ohjausmateriaali?

## RESILIENSSIÄ KÄSITTELEVÄT KYSYMYKSET

1. Miten koit työkavereilta saamasi tuen?
2. Millaista tukea sait esimiehiltä?
3. Miten vuorovaikutus toimi eri henkilöstöryhmien välillä?
4. Minkälaisena koit omat voimavarasi toiminnan alkaessa?
  - millaisia keinoja käytit työkykysi ylläpitämiseen?
  - mikä olisi lisännyt voimavarojasi?
5. Millaisena näit tulevaisuuden toiminnan alkuvaiheessa?
  - miten koit kykysi sopeutua uuteen tilanteeseen?
6. Mitä mieltä olet säännöllisestä työnohjauksesta tai mind-fullness-harjoituksista uuden toiminnan aloituksen yhteydessä?
7. Mitä olisit tehnyt HERKO-toiminnan aloituksessa toisin?

Liite 2: Tiedote

## TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

### Heräämöstä kotiin -toiminnan aloitus sairaanhoitajien kokemana Hyvinkään sairaalassa

#### Pyyntö osallistua tutkimukseen

Olen Eija Suomalainen ja suoritan sosiaali- ja terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Laureassa.

Pyydän Sinua mukaan tutkimukseen, jossa kartoitetaan hoitajien kokemuksia osastollanne aloitetusta HERKO-toiminnasta. Sovellut tutkimukseen, koska osallistuit HERKO-potilaiden hoitoon alku vaiheessa. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja sinun osuuttasi siinä. Perehdyttyäsi tähän tiedotteeseen voit esittää kysymyksiä allekirjoittaneelle tutkimuksesta, jonka sinulta pyydetään suostumusta tutkimukseen osallistumisesta.

#### Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta suhtautumiseen työyhteisön jäsenenä.

Voit myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytät tutkimuksen tai peruutat suostumuksen, keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

#### Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Hyvinkään sairaalan leikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia HERKO-toiminnan aloituksesta sekä luoda toimintamalli tuleviin toiminnan muutoksiin.

#### Tutkimuksen toteuttajat

Tutkimuksen toteuttaa opinnäytteen tekijä.

#### Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Hoitajien kokemusten tiedon keruu tapahtuu yksilöhaastatteluna puolistrukturoitua kaavaketta käyttäen. Kaavakkeen käytöllä varmistetaan, että kaikilta kysytään samat kysymykset ja että haastatteliija pysyy aiheessa.

Haastattelu suoritetaan erikseen sovituissa hiljaisessa ja yksityisessä paikassa työpaikalla, työaikana. Haastattelu vie aikaa 60–90 minuuttia.

Haastattelut tallennetaan opinnäytteen tekijän älypuhelimelle ja puretaan tekstimuotoon aineiston analyysimenetelmällä, jonka jälkeen tallenne poistetaan puhelimelta. Aineisto säilytetään opinnäytteen tekijän tietokoneella ja hävitetään opinnäytteen valmistuttua. Sekä puhelin että tietokone ovat sanasanalla suojattuja.

Haastattelun tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi. Haastattelulla ei haeta yksilöllisiä eroja vaan pyritään yleistettävyyteen. Tulokset raportoidaan niin ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa.

Henkilötiedoiksi luetaan allekirjoitettu suostumusasiakirja, joka tuhotaan opinnäytteen valmistuttua.

**Kustannukset ja niiden korvaaminen**

Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta sinulle kustannuksia. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

**Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Opinnäyte julkaistaan soveltuvin osin Theseus-tietokannassa, josta se on vapaasti luettavissa. Opinnäyte esitellään myös osastotunnilla työpaikalla.

**Tutkimuksen päätyminen**

Myös tutkimuksen suorittaja voi keskeyttää tutkimuksen.

**Lisätiedot**

Pyydän Sinua tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä opinnäytetyön tekijälle.

**Tutkijoiden yhteystiedot**

Opinnäytetyötekijä  
Nimi: Eija Suomalainen  
Puhelin: 0400 xxxxxx  
Sähköposti: eija.suomalainen@xxxx

Opinnäytetyön ohjaaja

## Liite 3 Mallirunko

### 1 Lähtötilanteen kartoitus

- miksi
- mitä, tiedon ja ymmärryksen saaminen kehitettävästä kohteesta, SWOT, yhteisön heikkouksien ja vahvuuksien kartoittaminen
- miten

### 2 Viestintä

### 3 Osallistaminen/osallistuminen

### 4 Tukitoimet

### 5 Muutoksen eteneminen

## Liite 4 Toimintamalli



Toimintamallin tavoitteena on hallittu ja onnistunut muutos.

Mallin tarkoituksena on muutoksien sujuvoittaminen, muutosvastarinnan vähentäminen sekä henkilökunnan veto- ja pitovoiman ylläpito.

## Lähtötilanteen kartoitus

- ▶ Yksikön toimintaa ohjaa organisaation arvot ja strategia. Yksikön toiminnassa ja muutoksissa perustana on potilaslähtöisyys ja toiminnan ydintehtävä
- ▶ Lähtötilanteen kartoitus sisältää nykytilanteen selvittämisen, tarpeen ja ongelmien tunnistamisen sekä yhteisen käsityksen luomisen ratkaistavasta ongelmasta ja ratkaisusta/menetelmästä
- ▶ Kartoituksessa selvitetään ketä ja mitä se koskee ja onko muutos pysyvä vai väliaikainen
- ▶ Kartoituksessa pyritään luomaan ymmärrys tulevasta muutoksesta ja sen aiheuttamista uhista ja mahdollisuuksista (SWOT)
- ▶ Opetushoitajat osallistuvat aktiivisesti muutoksen valmisteluun hankkimalla tietoperustaa muutoksesta ja sen luomista osaamisvajeista/-tarpeista

## Osallistuminen/osallistuminen

- ▶ Muutosta varten perustetaan moniammatillinen työryhmä, joka edustaa kaikkia muutokseen osallistuvia ammatti- ja sidosryhmiä
- ▶ Koko henkilökunta otetaan suunnitteluun mukaan ja halukkaille tarjotaan mahdollisuus osallistua työryhmiin. "Kuulla ja tulla kuulluksi"
- ▶ Alkuinfo muutoksesta annetaan osastotunnilla. Infon jälkeen muutosta ideoidaan pienryhmätyöskentelyssä

## MUUTOKSEN ETENEMINEN, SEURANTA JA ARVIOINTI

- ▶ Opetushoitajat koordinoivat osaamiskartoituksen pohjalta perehdytystä ja perehdytysmateriaalin luomista
- ▶ Ulkopuolista luennoitsijaa tai kokemusasiantuntijaa käytetään tarvittaessa perehdytyksessä
- ▶ Palautteita kerätään aktiivisesti sekä asiakkailta (sähköinen palautejärjestelmä, tabletti) että työntekijöiltä (sähköinen palautelaatikko, osastotunnit)
- ▶ Henkilökunnan osaamista ja jaksamista seurataan ja tarjotaan tarvittavia tukitoimenpiteitä kuten lisäperehdytystä ja työnohjausta

## Liite 5 Suostumus

## Suostumus

Tutkimuksen nimi: Heräämöstä kotiin -toiminnan aloitus sairaanhoitajien kokemana Tutkimuksen toteuttaja: Laurea, Eija Suomalainen, 0400-xxxxxx, eija.suomalainen@xxx.xx

Ohjaaja xxxxxxxx

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan \_\_\_\_\_ yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia HERKO-toiminnan aloittamisesta sairaalanne leikkausosastolla.

Olen saanut tiedotteen tutkimuksesta ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimukseen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimuksen tietosuojaselosteeseen. Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen ja minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän (voin jatkaa sitä myöhemmin) tutkimuksen, keskeyttämiseen asti kerättyjä tietoja voidaan käyttää tutkimuksessa. Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Jos tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Nimenselvennys: \_\_\_\_\_

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteenä jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteenä ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

Liite 6 Henkilötietojen käsittely

## **LAUREAN OPINNÄYTETYÖSSÄ KERÄTTÄVIEN HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELY**

Tässä ilmoituksessa kuvataan, miten henkilötietoja käsitellään Laurean opinnäytetyössä

Heräämöstä kotiin -toiminnan aloitus sairaanhoitajien kokemana

### **Tutkimuksen rekisterinpitäjä**

Rekisterinpitäjä päättää ja vastaa tämän opinnäytetyön henkilötietojen käsittelystä.

Eija Suomalainen

eija.suomalainen@xxxx

0400xxxxxxx

### **Yhteyshenkilö henkilötietojen käsittelyä koskevissa asioissa:**

Eija Suomalainen

eija.suomalainen@xxxx

0400xxxxxxx

### **Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus:**

Tutkimus edellyttää kommunikointia tutkittavan kanssa.

Henkilötietojen osalta ei toteuteta automaattista päätöksentekoa tai profilointia.

### **Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste:**

Henkilötietoja käsitellään seuraavalla EU:n yleisen tietosuojasetuksen 6 artiklan 1 kohdan mukaisella perusteella

- Tutkittavan suostumus

### **Tutkimuksessa kerättävät henkilötiedot:**

- Äänitallenne ja suostumusasiakirjan allekirjoitus

## **Kerättävien henkilötietojen tietolähteet:**

- Äänitallenne ja suostumusasiakirjan allekirjoitus

**Henkilötietojen luovutukset:** Ei luovuteta.

## **Tietojen siirtäminen EU- tai ETA-maiden ulkopuolelle:**

Henkilötietoja ei siirretä EU- tai ETA-maiden ulkopuolelle.

## **Henkilötietojen käsittely opinnäytetyön aikana ja sen jälkeen:**

Haastattelut tallennetaan opinnäytteen tekijän salasanalla suojatulle älypuhelimelle ja sen jälkeen litteroidaan opinnäytetekijän suojatulle tietokoneelle. Tallenteet ja haastattelut poistetaan koneilta opinnäytteen valmistuttua samoin suostumusasiakirjat.

## **Henkilötietojen suojauksen periaatteet:**

Rekisterin hallinnassa noudatetaan rekisterinpitäjän tietoturva- ja tietosuojaohteita.

Tietojärjestelmissä käsiteltävät tiedot suojataan käyttäjätunnuksin, salasanoin ja käytön rekisteröinnillä

## **Rekisteröidyn oikeudet:**

Rekisteröidyn oikeudet määräytyvät EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen artiklojen 15-22 mukaan seuraavasti:

Voit perua suostumuksesi ja pyytää poistamaan suostumukseen perustuvat tietosi ottamalla yhteyttä yllä mainittuun yhteyshenkilöön.

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisteröityä pystytään tunnistamaan aineistosta, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon ja käsittelyn rajoittamiseen ei sovelleta.

Mikäli oikeudet estävät tutkimustarkoituksen saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti, saatetaan tietyissä yksittäistapauksissa näistä oikeuksista poiketa tietosuoja-asetuksessa ja tietosuojalaisissa säädetyillä perusteilla. Tarvetta poiketa oikeuksista arvioidaan aina tapauskohtaisesti. Yhteyshenkilö tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa on tietosuojavastaava.