



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tero Kemppainen ja Päivi Myllymäki

**LEIKKAUKSEEN KOTOA:  
POTILAIEN TYYTYVÄISYYS  
LEIKO-TOIMINTAAN**

Sosiaali- ja terveysala  
2013

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	1
2	LEIKO – LEIKKAUKSEEN KOTOA.....	2
2.1	LEIKO-toiminta maailmalla .....	5
2.2	LEIKO-toiminta Vaasan keskussairaalassa .....	6
3	POTILASTURVALLISUUS.....	8
3.1	Potilasturvallisuusstrategia.....	9
3.2	Tilanne terveydenhuollossa .....	10
4	POTILASTYYTYVÄISYYS.....	11
4.1	Potilaan oikeudet .....	13
4.2	Eettisyys hoitotyössä.....	14
4.3	Potilasohjeet ja -ohjaus .....	14
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	17
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	18
6.1	Kohderyhmä ja aineiston keruu.....	18
6.2	Tutkimusmenetelmä.....	18
6.3	Aineiston analysointi .....	20
6.4	Tutkimuksen eettisyys .....	20
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	23
7.1	Vastaajien taustatiedot .....	23
7.2	Potilaiden vaikutusmahdollisuudet ja pääsy vastaanotolle .....	28
7.3	Potilaiden tiedotus poliklinikalla .....	30
7.4	Potilaiden kohtelu ja odotukset .....	35

7.5	Potilaiden huomautukset ja toiveet LEIKO-toiminnasta .....	38
8	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	39
9	POHDINTA.....	40
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu .....	40
9.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	43
9.3	Jatkotutkimusaiheet .....	47
	LÄHTEET.....	48
	LIITTEET	

## TIIVISTELMÄ

Tekijät	Tero Kempainen ja Päivi Myllymäki
Opinnäytetyön nimi	Leikkauksen kotoa: potilaiden tyytyväisyys LEIKO-toimintaan
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	51 + 1 liitettä
Ohjaaja	Riitta Koskimäki

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää leikkauksen kotoa tulevien potilaiden tyytyväisyyttä LEIKO-toimintaan Vaasan keskussairaalan preoperatiivisella poliklinikalla. Tutkimuksessa selvitettiin myös miten hyvin potilasturvallisuus toteutui LEIKO-toiminnassa. Tutkimuksen tavoitteena oli, että tämän opinnäytetyön ja tutkimuksen tuloksien perusteella voidaan LEIKO-toimintaa kehittää edelleen potilaslähtöisemmäksi toiminnaksi.

Tutkimuksen teoreettisessa osassa käsitellään leikkauksen kotoa -toimintaa, potilasturvallisuutta ja potilastyytyväisyyttä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Vaasan keskussairaalan preoperatiivisen poliklinikan potilaat. Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto koostui (n=71) potilaan potilaspalautekyselyiden vastauksista, jotka oli kerätty kahden viikon aikana toukokuussa 2011 preoperatiivisella poliklinikalla Vaasan keskussairaalan omilla potilaspalauteleimakkeilla. Tutkimuksessa käytetty aineisto saatiin Vaasan keskussairaalan preoperatiiviselta poliklinikalta, joka on myös tutkimusaineiston kerännyt. Tutkimus on toteutettu kvantitatiivisesti ja tutkimusaineiston analysointi on tehty tilastollisin menetelmin.

Tutkimustulosten mukaan voidaan todeta potilaiden olevan hyvin tyytyväisiä LEIKO-toimintaan. Potilaat ovat olleet tyytyväisiä hyvään kohteluun, tiedotukseen, hienotunteiseen asioiden käsittelyyn, palvelun saamiseen omalla äidinkielellään sekä asiantuntevaan henkilökuntaan. Kehitettävää toiminnassa on vaikuttamismahdollisuudessa käyntiajankohtaan ja aikataulun mahdollisesta viivästyisestä tiedottamisessa.

Potilasturvallisuus toteutui LEIKO-toiminnassa hyvin. Potilasturvallisuuteen vaikuttavana tekijänä tutkimuksessa arvioitiin potilaan saamaa tiedotusta. Kokonaisuudessaan tiedotus toteutui hyvin, mutta kehitettävää on etenkin lääkkeitä ja niiden vaikutuksista tiedottamisessa.

## ABSTRACT

Authors	Tero Kemppainen and Päivi Myllymäki
Title	From Home To Operation: Patient Satisfaction with FHTO
Year	2013
Language	Finnish
Pages	51 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Riitta Koskimäki

---

The purpose of this study was to find out how satisfied patients are with From Home To Operation activities in Vaasa Central Hospital preoperative clinic. A further aim was to find out how well patient safety was implemented in FHTO-activities. The aim of the study was that this thesis and the research results can be used to further develop the patient-centered approach in FHTO-activities.

The theoretical part of the bachelor's thesis deals with From Home To Operation activities, patient safety and patient satisfaction. The target group included the patients of the preoperative clinic in Vaasa Central Hospital. The study data consisted of (n=71) responses to patient feedback survey. They were collected during two weeks in May 2011 in the preoperative clinic at Vaasa Central Hospital. The hospital's own patient feedback survey was used. The data used in the study came from the Vaasa Central Hospital preoperative clinic, which also had collected the data. The study is quantitative and the research data has been analysed using statistical methods.

The study results showed that the patients can be said to be very content with FHTO-activities. The patients were content with good treatment, the flow of information, the sensitive approach, with receiving service in their mother tongue as well as with a professional staff. Development suggestions were related to the patient's possibilities to influence the time and date of the appointment and to giving information about delays in the schedule.

Patient safety was implemented well in FHTO-activities. A factor affecting the patient safety was the information received by the patient. The flow of information as a whole was on a good level, but improvement is needed especially with medicines and giving information about the effects of the medicines.

---

Keywords	FHTO, From Home To Operation, patient satisfaction, patient safety
----------	--

## **TAULUKKOLUETTELO**

<b>Taulukko 1.</b> Vastaajien sukupuoli	s.23
<b>Taulukko 2.</b> Vastaajien ikäjakauma	s.24
<b>Taulukko 3.</b> Kenen vastaanotolla vastaaja oli käynyt poliklinikalla?	s.25
<b>Taulukko 4.</b> Käyntien määrä preoperatiivisella poliklinikalla	s.26
<b>Taulukko 5.</b> Hoidon jatkuminen preoperatiivisella poliklinikalla	s.26
<b>Taulukko 6.</b> Palvelun saaminen omalla äidinkielellä	s.27
<b>Taulukko 7.</b> Vastaajan mahdollisuus vaikuttaa tutkimus- tai käyntiajankohtaan	s.28
<b>Taulukko 8.</b> Pääsy vastaanotolle etukäteen ilmoitettuna ajankohtana	s.29
<b>Taulukko 9.</b> Tiedotus aikataulun mahdollisesta viivästymisestä	s.30
<b>Taulukko 10.</b> Tiedotus tutkimuksista ja niiden tuloksista	s.31
<b>Taulukko 11.</b> Tiedotus sairauden hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista	s.32
<b>Taulukko 12.</b> Tiedotus lääkkeistä ja niiden vaikutuksesta	s.33
<b>Taulukko 13.</b> Tiedotus sairauden/oireiden ennusteesta	s.34
<b>Taulukko 14.</b> Asioiden käsittely hienotunteisesti ja luottamuksellisesti	s.35
<b>Taulukko 15.</b> Kohtelu preoperatiivisella poliklinikalla	s.36
<b>Taulukko 16.</b> Vastasiko käynti poliklinikalla odotuksia?	s.37

## **LIITELUETTELO**

**LIITE 1.** Kyselylomake / frågeformular

## 1 JOHDANTO

Leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toiminta on saanut alkunsa vuonna 2000 Hyvinkään sairaalasta (Iivonen 2003, 22). Terveystieteiden järjestelmät ovat kaivanneet pitkään muutoksia ajan ja rahan säästämiseksi, siksi vanhoja toimintamalleja oli uudistettava (Järvi 2008, 9-11). LEIKO-toiminta sitoo huomattavasti vähemmän henkilökunnan aikaresursseja verrattaessa perinteisiin vuodeosastomalleihin. Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaat ovat tyytyväisiä leikkaukseen kotoa -toimintaan. LEIKO-toiminta on preoperatiivinen prosessi, jossa ideana on, että preoperatiiviset (ennen leikkausta) valmistelut tehdään potilaan kotona. Potilas saapuu sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna LEIKO-toimintaan varattuihin tiloihin. Nykyään suurin osa potilaista soveltuu LEIKO-potilaaksi ja toiminta sopii eri erikoisaloille. LEIKO-toiminnan edellytyksenä on hyvä yhteistyö leikkaustiimin ja preoperatiivisen tiimin välillä. (Tohmo 2010, 310-311; Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3887.)

Tämän tutkimuksen ja opinnäytetyön aihe käsittelee leikkaukseen kotoa (LEIKO)-toimintaa, potilastyytyväisyyttä ja potilasturvallisuutta. Aiheen opinnäytetyöhömmme saimme otettua yhteyttä Vaasan keskussairaalan preoperatiivisen poliklinikan silloiseen osastonhoitajaan loppuvuodesta 2011. Hän ehdotti meille aiheeksi LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskyselytutkimuksen tekoa. Aihe tuntui mielenkiintoiselta ja herätti kiinnostuksemme. Päädyimme keskusteluissa siihen tulokseen, että aihe on ajankohtainen ja sitä on syytä tutkia. Tieteellistä tutkimustietoa LEIKO-toiminnasta on vielä vähän, minkä totesimme tiedonhaun yhteydessä. Potilastyytyväisyyden lisäksi meitä toivottiin tutkivan aihetta potilasturvallisuuden näkökulmasta. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen käytimme tutkimuksessa aiemmin kerättyä potilaspalautekyselyn aineistoa.

Tulevina sairaanhoitajina tutkimuksessa käsiteltävät aihealueet palvelevat meidän molempien suuntausta, niin perioperatiivista kuin sisätauti-kirurgista hoitotyötä. Tutkimuksen tavoitteena oli, että tämän opinnäytetyön ja tutkimuksen tuloksien perusteella voidaan LEIKO-toimintaa edelleen kehittää paremmaksi ja potilaslähtöisemmäksi toiminnaksi.



## 2 LEIKO – LEIKKAUKSEEN KOTOA

LEIKO-toiminta on saanut alkunsa vuonna 2000 Hyvinkään sairaalasta kirurgian ylilääkäri Ulla Keränen toimesta. Toiminta sai alkunsa leikkausosaston yhteyteen perustetussa LEIKO-yksikössä. Vuoden 2001 keväällä Ulla Keränen kutsui koolle kertoakseen LEIKO-projektista. Tässä vaiheessa oli tarkoitus kuvailla potilaan hoitoprosessi, johon liittyivät eri erikoisalajat ja yksiköt. Myöhemmin järjestettiin työryhmiä, jotka kehittäisivät ja selvittäisivät tilannetta mm. jonohoidosta (lähettestä, röntgenistä ja jonotuksesta), potilasvalinnoista (preoperatiivisista käynneistä, anestesiasta ja fysioterapiasta) sekä potilasvalinnoista joihin oli kirurginen kannanotto, preoperatiivisesta potilaan valmisteleminen (haastatteluista, tutkimuksista) ja verivarauksista. Työryhmien tulokset tuotiin esille kokouksissa. Työryhmille annettiin palautetta heidän esityksistään. Myös jokainen erikoisala sai tuoda oman näkemyksensä esille. Monien lukuisten vaiheiden ja projektien myötä toiminta on saanut nykyisen muotonsa. Projektia on hyvä tarkastaa ajoittain, jotta potilaalle taattaisiin hyvä hoidon laatu. (Iivonen 2003, 22-23.)

LEIKO-prosessin ideana on, että potilas ei mene perinteiseen tapaan vuodeosastolle ennen toimenpidettä, vaan potilas tulee leikkauspäivän aamuna kotoa suoraan LEIKO-yksikköön, jossa hänet vastaanotetaan. Teerijoen (2008) tutkimuksessa mainitaan, että neljännes potilaista halusi tulla vuodeosastolle edellisenä päivänä, kun taas enemmistö halusi saapua leikkausosastolle vasta leikkauspäivän aamuna (Teerijoki 2008, 52). LEIKO-yksiköstä matka jatkuu edelleen kävellen leikkaussaliin. LEIKO on siis konkreettisesti paikka, johon potilaat tulevat pukeutuakseen sairaalavaatteisiin ja jäävät odottamaan leikkausta. Lääkäreiden ja hoitajien tapaaminen on mahdollista LEIKO:ssa. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603-3607.) Leiko-yksikön tehtävänä on valmistaa potilas tulevaan leikkaukseen. Hoidonvaraus, preoperatiivinen poliklinikka, jatkohoito vuodeosastoille ja päiväkirurgiseen leikkaukseen menevien potilaiden vastaanottaminen ja valmistelu. (Leiko-toiminta 2006, 23.)

Potilastyytyväisyys ja kustannukset ovat suoraan verrannollisia hoitoaikojen lyhenemiseen (Ruuska 2008, 3). Taloudellisuus on yhä enenevässä määrin otettava

huomioon laadun ohella. Leikkaukseen kotoa -toiminta voidaan toteuttaa tehden merkittäviä kustannussäästöjä. Osa säästöistä muodostuu henkilökunnan tehostuneesta ajankäytöstä, sillä LEIKO-toimintamalli vähentää henkilökunnan käyttämää aikaa 73 % verrattuna perinteiseen malliin (Sjöroos & Takala 2012, 22). LEIKO-toiminnalla on myös myönteinen vaikutus sekä klinisiin toimenpiteisiin että elämän laatuun. Leikkaustekniikoiden parantuminen on osaltaan vaikuttanut leikkausaikojen lyhenemiseen. On otettu uusia hoitoprosesseja käyttöön, joilla on myös suuri vaikutus. Lyhytkirurgiset, päiväkirurgiset ja LEIKO-hoitoprosessit on otettu käyttöön. LEIKO on mahdollista toteuttaa kaikille potilaille. (Keränen, Soini, Keränen, Ryytänen & Hietaniemi 2007, 2776; Scheinin 2006, 545.)

Hyvinkään sairaalassa on tehty mittauksia LEIKO-toiminnasta ennen aloitusta ja sen jälkeen. Infektiot ja kuolleisuus oli muun muassa tutkimuksen kohteina ennen ja jälkeen toiminnan aloittamista. Julkaistut tutkimukset ovat vakuuttavia toiminnasta. Henkilöstön, tilojen ja kuljetusten kohdalla tulee säästöjä. Leikkauksen jälkeen osastot vetävät paremmin, kun siellä ei ole leikkaukseen meneviä potilaita. Preoperatiivisen anestesiapoliklinikan kautta käy Hyvinkäällä noin kaksikymmentäviisi prosenttia potilaista, jotka ovat menossa elektiiviseen leikkaukseen. Leikkaukseen tulevat potilaat tulevat sairaalaan vasta leikkausaamuna. He tulevat vastaanottotilaan, josta he kävelevät leikkaussaliin. Esivalmistelut potilas on tehnyt aikaisemmin hänelle annettujen ohjeiden mukaan. Toiminta onnistuu myös dementia potilaille ja psyykkisesti sairaille. Aluksi epäiltiin LEIKO-toimintaa heille sopimattomaksi, mutta huomattiin pian toiminnan paremmuus myös heille. He ovat potilasryhmä, jotka tulevat levottomiksi vieraaseen ympäristöön joutuessaan. (Mäenpää 2009, 3353.)

Laisin (2012) tutkimuksessa LEIKO-prosessiin siirtymisellä ei katsottu olevan vaikutusta leikkausten tuloksiin, joten se on turvallista toteuttaa. Välttämättömänä kuitenkin pidettiin hyvää valmistelua ja motivoitunutta henkilökuntaa. LEIKO-toimintaan liittyy parantunut postoperatiivinen elämänlaatu. LEIKO-toiminta näyttää vähentävän postoperatiivista sairaalahoidon aikaa. Leikkausten peruuttamiset ovat kohtuullisia LEIKO-prosessissa. Peruuntumissyöksi katsotaan usein

operaation tarpeettomuus. Peruuntumisia voidaan kuitenkin vähentää sellaisilta erikoisaloilta missä ne ovat korkeimpia. (Laisi 2012, 55.)

Hoidonvaraaja on henkilö, joka katsoo jonokortin sekä potilaan esitäyttämän lomakkeen. Hän ottaa yhteyttä potilaaseen suunniteltaessa leikkausajankohtaa. (Leiko-toiminta 2006, 23.) Hän ohjaa tarvittaessa potilasta hoidattamaan perussairautensa hoitotasapainoon ennen leikkausta (Leiko-toiminta 2006, 27). Leikkausajan tullessa tietoon, huolehtii hoidonvaraaja potilaalle ajan preoperatiiviseen poliklinikka käyntiin viikkoa tai yhtä kuukautta ennen leikkausta, jolloin hänestä otetaan verenpaine, pulssi sekä happisaturaatio. Tämän tekee preoperatiivinen sairaanhoitaja, joka täyttää esitiedot anestesiaa varten. Hoitajan tehtävä potilaan käytyä anestesia­lääkärin vastaanotolla on ohjeistaa potilas tulevasta leikkauksesta. Jos taas potilas ei käy anestesia­lääkärin vastaanotolla, niin hänet ohjeistetaan suoraan kotiin. Hoidon varaaja ottaa yhteyttä potilaaseen ja järjestää tälle ajan preoperatiiviselle klinikalle toimenpidelääkärin niin halutessa. Hoidonvaraaja tilaa potilaan paperit, jotka osastosihteeri tekee ja tulostaa suunnitellusti. Sairaanhoitajan on tutustuttava potilaan papereihin. Hän suunnittelee tarvittavat välineet esimerkiksi liikkumiseen ja huomioi mahdolliset ongelmat potilaan aisteissa. (Leiko-toiminta 2006, 30-32.)

On huomattu, että potilaiden tyytyväisyyttä lisää heille nimetty omahoitaja. Hän on mukana leikkaukseen valmistautumisessa. Näin potilas tietää paremmin esimerkiksi leikkauksen ajankohdan. Edellisiltana omahoitajan soitto varmistaa potilaan saamat ohjeistukset. Lisäksi omahoitaja voi antaa vielä tarvittavia ohjeita sekä neuvoja leikkaukseen valmistautumiseen. (Sjöroos & Takala 2012, 23.)

Potilaan tultua Leiko-osastolle, sairaanhoitaja ottaa hänet vastaan. Sairaanhoitaja katsoo potilaskohtaisesti haastatellaanko potilas tai ohjataan hänet suoraan pukuhuoneeseen vaatteiden vaihtoon. Esitiedot tarkastetaan, ja nimilappu laitetaan ranteeseen. Potilaalta mitataan verenpaine ja pulssi sekä käydään lääkitys läpi. Aamulääkkeiden ottaminen tarkistetaan, ja viimeisemmät syömiset ja juomiset kirjoitetaan ylös. Sairaanhoitajan tulee huolehtia potilaan valmiudesta siirtyä leikkauksaliin. Hän myös tarkastaa potilastiedot, joita mahdollisesti vielä tarvitaan varmistamiseen. Leikkauksen suorittava lääkäri voi vielä halutessaan tutkia poti-

laan. Myös anestesia lääkäri voi käydä vielä katsomassa potilasta tarvittaessa. Sairaanhoidaja on mukana lääkärin suorittamassa mahdollisessa tutkimisessa, ja huolehtii potilaalle määrätyn esilääkityksen. Yleensä leikkausryhmän sairaanhoidaja noutaa potilaan Leiko-osastolta. Potilaan voinnin salliessa hän kävelee itse leikkauksaliin. Leikkauksen jälkeen potilas tullaan siirtämään vuodeosastolle anestesia lääkärin määräyksellä. (Leiko-toiminta 2006, 35-41.)

## **2.1 LEIKO-toiminta maailmalla**

Suomessa LEIKO-mallin mukaista toimintaa on ollut pitkään yksityisellä puolella, mutta julkisen terveydenhuollon puolella LEIKO-prosessin mukaista toimintaa ei ole kuvattu EU:n alueella siinä laajuudessa mitä sillä tarkoitetaan (Keränen ym. 2008, 3888).

Ulkomaisissa artikkeleissa on kyllä kuvattu monia muita malleja. Esimerkiksi Baxter, Dias, Maculevicius, Cecconello, Cotteleng & Waitzberg (2005) ovat tutkineet kustannustehokkuutta koti-sairaala-mallin osalta verrattuna perinteiseen sairaala hoitoon. Tutkimusryhmässä oli 56 potilasta. 30 potilasta seurattiin uuden koti-sairaala-mallin mukaisesti. Heitä verrattiin 20 kontrolliryhmän potilaaseen. Tiedonkeruuseen sisältyi sairaalaan sijoitetun kaikki kustannukset, ravitsemuksellinen hyöty, kustannusanalyysin minimointi, kustannustehokas suhde-analyysi, kustannushyöty suhde-analyysi, sairaalassa oloaika ja sairaalapaikan optimointi. Tuloksena oli, että 30 potilaan koti-sairaala-ryhmä saavutti kahdenkymmenen potilaan kontrolliryhmään verrattuna saman ravitsemuksellisen hyödyn kolme kertaa alhaisimmilla kustannuksilla. Johtopäätöksenä oli, että koti-sairaala-mallissa saatiin vähennettyä sairaalassaoloaika 2,7 kertaisesti, ja että yhden sairaalapaikan kierto saatiin kolmekertaiseksi. (Baxter, Dias, Maculevicius, Cecconello, Cotteleng & Waitzberg, 2005.)

Hurleyn & McAleavyn (2006) tutkimuksessa oli haastateltu kymmentä leikkauksalihoitajaa heidän tuesta potilaan hoitoon. Ajan puutteen katsottiin olevan suurin este preoperatiiviselle käynnille. Heidän kertomansa mukaan aikaa ei ollut lähteä leikkauksosastolta suorittamaan preoperatiivista haastattelua. Jotkut hoitajista eivät olleet koskaan suorittaneet preoperatiivista käyntiä. Näissä tapauksissa he tekivät

parhaan mahdollisen arvion perustuen menetelmään, kirurgin mieltymyksiin ja vastaanotolta annettuun arvioon. Kaksi tutkimuksessa ollutta hoitajaa oli tekemisissä johdon kanssa. Toinen sanoi, että intraoperatiiviset ongelmat tulisivat paremmin huomatuksi, jos heillä olisi preoperatiivisella käynnillä leikkaussalihoitajia. Tuloksena oli löydös, jossa hoitajat pitivät preoperatiivista käyntiä tehtynä suunnitellusti tärkeänä. Ajan puute, koulutus ja saapumattomat potilaat estävät heitä toteuttamasta tätä. Johtopäätösosiossa mahdolliseksi ratkaisuksi esitettiin leikkaussalin henkilöstön sijoittelua. Heitä tulisi sijoittaa preoperatiiviselle osastolle, joka mahdollistaa tiedon keruun. Tämä mahdollistaisi tiedon saannin hoitajille, kirurgeille, anestesia- ja lääkäreille ja osaston henkilökunnalle. Ennakoiva hoito, joka perustuu potilaan tuloksiin, olisi parempaa kuin kaikille sama hoitoperiaatteen mukaan ”tuosta vain” löydösten perusteella. (Hurley & McAleavy 2006, 190-193.)

## **2.2 LEIKO-toiminta Vaasan keskussairaalassa**

Vaasan keskussairaalassa LEIKO-toiminta on alkanut maaliskuussa 2008 kirurgian poliklinikan alaisuudessa yhteisissä tiloissa. Nykyisissä tiloissa preoperatiivinen poliklinikka eli LEIKO on toiminut vuodesta 2009 alkaen. Päiväkirurgian preoperatiivinen toiminta on liittynyt preoperatiivisen poliklinikan toimintaan mukaan elokuussa 2009. LEIKO-toimintaan kuuluvat monet eri lääketieteen erikoisalat ja ne lisääntyvät kokoajan. LEIKO-toiminta kattaa tällä hetkellä seuraavat erikoisalat; ortopedia, gynekologia (ei sektiot), urologia, gastro-, verisuoni-, yleis-, plastiikka-, neuro-, korva-, suu-, thorax- ja sydänkirurgian. LEIKO-toiminnassa oleellisinta on soveltuuko potilas LEIKO-potilaaksi. Potilaan soveltuvuudesta päättää yleensä leikkaava lääkäri. Leikkaukset ovat pääasiassa elektiivisiä leikkauksia, mutta ns. vihreänlinjan päivystyspotilaitakin LEIKO-poliklinikan kautta kulkee kun siihen on tarvetta. (Osastonhoitaja 2013; Osastonhoitaja 2012.)

Preoperatiivisella poliklinikalla toimii sairaanhoitajien lisäksi, anestesia- ja lääkäri, sihtereitä, perushoitaja sekä hoidonsuunnittelijoita. Tarpeen mukaan potilaalle voidaan järjestää poliklinikkakäynnin yhteyteen rintasyöpähoitajan, stoomahoitajan tai uroterapeutin tapaaminen. Vastaanotto tapahtuu muissa sairaalan yksiköissä. (Osastonhoitaja 2013.)

Preoperatiivisen poliklinikan kautta kulkee keskimäärin 11–15 LEIKO-potilasta päivässä leikkaussaliin. Preoperatiivisen poliklinikan kautta leikkaukseen tulleita potilaita oli vuonna 2011 2226 kappaletta ja vuonna 2012 2328 kappaletta. Vuonna 2012 tehtiin 1790 preoperatiivista haastattelua LEIKO-potilaille. Kaikkia LEIKO-potilaita ei haastatella preoperatiivisella poliklinikalla, mm. ortopediset potilaat haastatellaan kirurgian poliklinikalla. Preoperatiivisella poliklinikalla on edessään muutto vuoden 2014 alussa uusiin tilavampiin tiloihin. Parempien tilojen lisäksi uudet tilat ovat ison puolen leikkausosaston välittömässä läheisyydessä, josta on suuri etu leikkaukseen tuleville potilaille. (Osastonhoitaja 2013; Osastonhoitaja 2012.)

### 3 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa laadullista perustaa. Hoidon vaikutus, sujuvuus ja oikea-aikaisuus ovat tukemassa laadullista perustusta. (Potilasturvallisuusopas 2011, 10.)

Sosiaali- ja terveysministeriön muistiolounnoksessa on käsitelty laadunhallintaa ja eri osa-alueita potilasturvallisuudesta. Tärkeää on, että tämä suunnitelma sisältää kaikki osatekijät, jotka liittyvät terveyden- ja sairaanhoidon palveluihin. Osa-alueiden suuruus painottuu toimintayksiköiden mukaan, kuten terveyttä edistäviin palveluihin, sairauksien ehkäisyyn, taudinmääritykseen, hoitoon ja kuntoutukseen, palveluiden tarkoituksenmukaiseen saatavuuteen, toimintayksikön fyysiseen ympäristöön, terveydenhuoltoon liittyviin infektioihin, lääkkeisiin, terveydenhuollon laitteisiin ja tarvikkeisiin, henkilöstöön, sen työnjakoon ja osaamiseen, tietojärjestelmiin sekä niihin tehtyihin merkintöihin, tiedonkulkuun eri yksiköiden välillä sekä yksittäisessä yksikössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Jokaisessa toimintayksikössä johtamisjärjestelmässä ja laadunhallinnassa keskeisin osa on turvallinen lääkehoito. Lääkehoidon suunnitelmassa eritellään seuraavat asiat: *”Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuu, velvollisuudet ja työnjako, lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jakaminen ja antaminen, potilaiden informointi ja neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedonkulku, seuranta- ja palautejärjestelmät.”* Kun potilas käyttää useampia lääkkeitä samanaikaisesti, heille lääkehoidon suunnitelma olisi välttämätön. Lääkehoitoa olisi arvioitava, ja sen tarkoituksenmukaisuutta seurattava säännöllisin väliajoin. (Potilasturvallisuusopas 2011, 20.)

Tapaturmien seuranta ja ehkäisy kuuluu fyysiseen ympäristöön. Infektiot terveydenhuollossa ja käytetyt laitteet -alueeseen kuuluu myös sairaalainfektiot sekä niiden seuranta ja ehkäisy. Terveydenhuollon laitteisiin ja tarvikkeisiin kuuluu kaikki yksikössä käytetyt laitteet, välineet ja tarvikkeet. Niiden käytön osaamisen on oltava laadukasta, mikä takaa turvallisuuden. Lääketurvallisuus sekä lääkitysturvallisuus kattaa lääkehoidon. Lääkitysturvallisuuteen kuuluu lääkkeiden turval-

linen määrääminen, toimittaminen, anto, käyttö ja lääkeinfo potilaalle. Olennainen osatekijä on oikea kirjaaminen ja tiedonkulun varmistaminen eri yksiköiden välillä, että yksikön sisällä liittyen potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan. Potilastietojärjestelmät ja kuinka ne sopivat yhteen keskenään, muodostavat erittäin tärkeän tekijän. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011.)

### 3.1 Potilasturvallisuusstrategia

Sosiaali- ja terveysministeriö on luonut Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen kanssa yhteisen potilasturvallisuus strategian, jonka tavoitteet on asetettu vuoteen 2013. Siinä potilasturvallisuus ankkuroituu toimintatapoihin ja rakenteisiin. Hoitoon halutaan vaikuttavuutta ja turvallisuutta. Tavoitteena eritellään: potilaan on oltava osallisena potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuutta tulisi hallita ennakolta ja oppia, vaaratapahtumat tulee raportoida ja virheistä opitaan, potilasturvallisuutta edistettäessä tulee käyttää suunnitelmallisuutta ja riittäviä voimavaroja, potilasturvallisuus tulee huomioida terveydenhuollon tutkimuksissa ja opeutuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Vastuun, johtamisen, turvallisuuskulttuurin ja säädösten painotus on tärkeänä tekijänä suomalaisessa turvallisuusstrategiassa. Tässä strategiassa on määritelty riskien arviointi joka juontaa turvallisuuskulttuurista, millä toimenpiteillä voidaan ehkäistä ja korjata ja kuinka toimintaa jatkuvasti kehitetään. Tähän on koottu kuuluvaksi systemaattisen toimintatavan aikaansaava potilaan turvallinen hoito. Johtamisella, arvoilla ja asenteilla on katsottu olevan systemaattista toimintatapaa tukeva vaikutus. Potilasturvallisuudesta on vastuussa organisaation johto. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.)

Terveydenhuoltolain kahdeksannessa pykälässä sanotaan seuraavaa: ”*Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa*” (L 30.12.2010/1326). Valtakunnalliseen potilasturvallisuusstrategiaan sisällytetään potilasturvallisuus sosiaali- ja terveydenhuoltoajan koulutukseen. Tällä koulutuk-



seen sisältyvällä opetuksella on ollut asenteisiin muutoksellista merkitystä. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 22.)

Laissa edellyttämä hoito potilaalle tulee järjestää yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä on edellytys potilaalla kertoa oireista, toiveista ja kysyä kysymyksiä jotka kuuluvat hänen hoitoonsa. Yhdessä potilaan kanssa tulee keskustella riskeistä tulevassa hoidossa ja mikä on todennäköisyys haitoista. Kun on luottamuksellinen ilmapiiri, niin potilaan on helpompi tuoda esille puutteita potilasturvallisuudessa. Kun järjestetään ryhmiä, jotka ovat kerätty potilasturvallisuutta parantamaan, tulisi niihin ottaa mukaan potilasjärjestöistä potilaiden edustajia mukaan. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 23.)

### **3.2 Tilanne terveydenhuollossa**

Terveydenhuollossa erikoistuminen tarkoittaa myös vastuun hajaannuttamista. Potilaskeskeiseen ja turvalliseen hoitoon vaikuttaa kun hoitoprosessit ja palvelujärjestelmät ovat hajautettu. Virheiden mahdollisuutta lisää tiedonkulkuongelmat. Turvalliseen hoitoon vaikuttaa työntekijöiden vaihtuvuus ja henkilöstömäärän niukkuus. Muutosta haluttaisiin potilastietojärjestelmiin. Niillä olisi vaikutusta potilasturvallisuuden edistämässä ja seurannassa. (Potilasturvallisuusopas 2011, 9.)

Potilas on jäänyt liikaa taka-alalle suunniteltaessa hoitoa ja kuntoutusta. Potilasta tulee yhä enemmän informoida niin, että hän ymmärtää, varsinkin lääkeshoidosta. (Potilasturvallisuusopas 2011, 17.) Potilasturvallisuuden edistäminen on käynnistynyt myöhemmin verrattuna muihin Pohjoismaihin. Haasteina ovat kuinka eri toimintayksiköt sitoutuvat, onko riittävästi henkilöstöä ja onko heillä riittävästi taitoa liittyen potilasturvallisuuteen. Myös syyllistämättömyys on asia, jonka kanssa joudutaan tekemään töitä. (Potilasturvallisuusopas 2011, 33.)

## 4 POTILASTYYTYVÄISYYS

Potilastyytyväisyyttä on odotuksen ja koetun todellisuuden suhde. Tiedotusvälineet luovat tietynlaisia odotuksia osaltaan, mitkä kaikki eivät positiivisia. Potilastyytyväisyys mitattavassa muodossa ei ole kovin yksinkertaista. Siinä tulisi käyttää oikeita menetelmiä. Esimerkiksi oksentelu laatuindikaationa tai toiminnoista esimerkkinä kivun hoito ovat ”surrogaattimittareita”. Niitä käytetään usein eitodistetulla olettamalla. Oletetaan, että surrogaattimittarilla ja todellisella hoitotuloksella, esimerkkinä potilastyytyväisyys, löytyisi yhteys joka olisi positiivinen. Esimerkkinä tästä potilas, joka leikkauksen jälkeen kärsii kivusta. Tiedon kulku tai hoidon jatkuvuus voivat olla merkityksellisyydeltään suurempia kuin kivun hoito. (Niskanen & Purhonen 2008, 152.)

Potilastyytyväisyyteen vaikuttaviin tekijöihin katsotaan kuuluvaksi potilaan taustan ja odotuksien, vuorovaikutuksien, opetuksen ja ohjauksen, fyysisen ympäristön, organisatorisien tekijöiden, mahdollisuuden osallistumiseen ja ammatillisteknillistä kompetenssia, jota on henkilökunnalla. Potilastyytyväisyys perustuu potilaan näkökulmasta subjektiiviseen arviointiin omasta hoidosta. (Teerijoki 2008, 11-12.)

Kun tyytyväisyyttä ryhdytään arvioimaan, tulee selvittää asiat, jotka ovat potilaille tärkeitä. Tähän saadaan tietoa kirjallisuudesta, asiantuntijoiden mielipiteistä tai potilailta itseltään kysyttynä. Potilashaastattelut ovat muovanneet kysymyksiä aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa. (Niskanen & Purhonen 2008, 152.)

Kun hoidon laatua kuvataan potilastyytyväisyydellä, voidaan käyttää sanaa ”pehmeä”. Terveystieteiden resurssipulasta johtuen joudutaan tarkastelemaan hoitopolkuja ja potilasvirtoja. Tästä esimerkkinä suoraan leikkauksiin kotoa tulevien virran kasvattaminen. On kuitenkin oltava tietoisia millainen vaikutus näillä muutoksilla on mielipiteisiin potilailta. (Niskanen & Purhonen 2008, 152.)

Vastausvaihtoehtoina käytetyt huono/kohtalainen/erinomainen on kuvattu vastaamaan tarkkuudeltaan riittävää koskien potilaan arvioimana hoidon lopputulosta. Tätä pidetään melko tarkkana luokitteluna, johon voi vaikuttaa potilaan yksi-

ölliset tilanteet. Tällaisia voivat olla esimerkiksi terveydentila, masentuneisuus tai yleisesti tyytyväisyys elämään. (Lund, Häfeli, Elfering, Aebi, Freeman, Fritzell, Consciencia, Lamartina, Mayer & Boos 2007, 182.)

Potilaan ja omaisen ahdistusta pahentaa epätietoisuus. Potilastyytyväisyys on verrannollinen siihen tietoon mitä hän saa tietää sairaudestaan. Tärkeä osatekijä potilaiden tyytyväisyyteen on tunne turvallisuudesta (Teerijoki 2008, 51). Myös potilaan mahdollisilla psykososiaalisilla ongelmilla on yhteys siihen miten kommunikointi on tehty ottaen huomioon hänen sairautensa ja siihen kuuluvat asiat. Onko potilaan tunnetilaa huomioitu tarpeeksi ja onko vastaanotolla ollut omainen mukana. Potilaat usein haluavat tietoa sairautensa ennusteesta. (Salminen, Knifund, Vire, Poussa & Soinio 2003, 4451.) Rehellinen, realistinen ja toiveikas on oltava ennusteen perusta (Salminen ym. 2003, 4454). Tieto potilaan sairaudesta ja siihen tarvittavasta hoidosta ovat vaikuttamassa potilaan vastuuseen itsensä hoitamisessa. (Eloranta, Katajisto & Leino-Korpi 2008, 122.)

Walkerin (2007) kirjallisuuskatsauksessa tuli esille miten preoperatiivinen informaatio voi olla runsasta, teknistä ja vaikealukuista. Tieto voi myös hautautua moniammatillisten ihmisten tietotulvaan preoperatiivisella käynnillä. Avain henkilökunnalle on sopiva informaatio. Se myös takaa tehokkaamman toipumisen, ja potilaan tyytyväisyys voi jälkepäin kohota sopivalla informaatiolla. Samalla potilaan sitoutuminen hoitoon voi muuttua. Valmistava tieto helpottaa osallistumista hoitoon ja rohkaisee potilasta kehittämään kunnollisia strategioita selviytymiseen. Eri alojen henkilökunnan selittäessä asioita omalta kantiltaan voi edistää potilaalle asioiden vastakohtaisuutta. Monitieteellinen informaatiokirjanen voi vähentää sekaannusta ja auttaa tehostamaan informaatio prosessia ja siten varmistaa tehokkaammin tulevaan leikkaukseen. (Walker 2007, 31.)

Palosen, Ahon, Koiviston & Kaunosen (2012) tutkimuksessa havaittiin potilaan hoitoisuudella olevan hyvin vähän tekemistä laatuun ohjauksessa potilaiden kokemana. Poliklinikkakäynnin kestoajan tietämättömyys herättää potilaissa tyytymättömyyttä. Ajankäytöstä poliklinikalla ja mahdollisista viivytyksistä kertomalla voitaisiin kohottaa potilastyytyväisyyttä. Ohjausaika vaikuttaa potilastyytyväisyyteen. Emotionaaliseen tukeen, koordinoimiseen ja suunniteltuun hoitoon käytetään

noin puolet resursseista, joita poliklinikoilla on. Tämä on merkinä hoidon ohjauksen tärkeydestä. (Palonen ym. 2012, 114-122.)

#### **4.1 Potilaan oikeudet**

Ihmisarvo ja kunnioitus on peruste sosiaali- ja terveysalan toimintaan. Tämän alle kuuluu ihmisen perusoikeus, ihmisoikeus, vapaus valintaan ja itsemääräämisoikeuteen. Arvot ja periaatteet perusoikeuksissa ovat kunnioittaa tasa-arvoa, yhdenvertaisuutta, tasapuolisuutta, syrjimättömyyttä ja yksityisyyden suojaa. Myös omaisten ja läheisten kunnioitukseen perusoikeuksissa ja ihmisarvossa tulee näkyä asiakkaan ja potilaan kanssa työskennellessä. Hyvänä hoitona ja palveluna voidaan pitää inhimillistä ja yksilöllistä kohtelua, suvaitsevuuutta, hyvinvoinnin kokonaisvaltaista tarkastelua sekä kielellistä ja vakaumuksellista taustojen huomioon ottamista. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5-6.)

Laissa määritellään potilaan yksityisyys. Se, miten se toteutuu, ei välttämättä riipu laista, vaan ammattilaisten eettisestä vastuusta. Potilaan yksityisyys on asia jota voidaan loukata eri tavoin. Loukata hänen ruumiillista koskemattomuutta tai vaurioittaa potilaan identiteettiä tunkeutumalla liian lähelle häntä jolloin ei oteta tarpeeksi huomioon potilaan halua olla vuorovaikutuksessa. Yksityisyyden loukkaamiseen kuuluu myös salassapitovelvollisuuden rikkominen. Yksityisyys on kuitenkin asia joka ei tulisi olla itseisarvo ja jota tulisi suojella ilman kritiikkiä. (Heikkinen, Wickström, Launis & Leino-Kilpi 2005, 3529.)

Sosiaalisen tilanteen ja fyysisen ympäristön vaikutukset kohdistuvat yksityisyyteen, joka on henkilökohtainen tila. Yksilö tekee valintoja pohjautuen hänen omiin valintoihinsa. Yksityisyys heijastaa oman arvokkuuden säilymiseen. Fyysinen ja psyykinen koskemattomuus, arvon säilyttäminen, riippumattomuutta joka johtuu itsemääräämisestä, tiedon kontrolloimista joka koskee henkilöä itseään, on mahdollisuus työntää muiden tunkeutumista oman elämän piiriin ja mahdollisuutta vetäytyä sosiaalisista kanssakäymistilanteista. Kun potilas tulee terveydenhuollon piiriin, hänen ei tule menettää yksityisyyttään. Se on hänen oikeus. Hoitohenkilökunnan tulee suojella potilaan yksityisyyttään. (Poikkimäki 2004, 13-14.)

## 4.2 Eettisyys hoitotyössä

Eettinen lähtökohta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle on asiakkaiden ja potilaiden perusoikeuksien kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden arvostaminen, oikeus valintoihin sekä yhdenvertaiseen ja tasapuoliseen kohteluun. Henkilökohtainen vapaus, koskemattomuus ja elämisen oikeus katsotaan perusoikeuksiin. Siihen lukeutuu myös oikeus yksityiselämän suojaan, uskontoon ja omaantuntoon liittyvä vapaus, sananvapauteen ja julkisuuteen, sivistykselliseen oikeuteen. Oman kielen ja kulttuurin oikeus, vapaus työntekoon, elinkeinoon, oikeusturvaan ja sosiaaliturvaoikeus. Julkinen valta on vastuussa tuoda jokaiselle tarpeellinen sosiaali- ja terveystalvelu ja näin edistää terveyttä. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 9.)

Eettinen ongelma esiintyy arjessa perusoikeuksien loukkaamisena. Ongelma syntyy silloin kun monesta hyvästä täytyy yksi hyvä jättää pois. Oman edun harkintakyky voi mietityttää, pystyykö potilas tai asiakas ajaa etuansa. Potilaan itsemääräämisoikeus on kuitenkin niin vahva että sen asemaa ei horjuta mikään. Vaikkakin olisi ristiriita hyvässä hoidossa potilaan tai asiakkaan kanssa tulee hänen päättöstään noudattaa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 9-10.)

Kokemusperäisellä tutkimuksella tarkoitetaan vastauksen hakemista kysymyksiin miten ja miksi. Asioiden nykytilanteen kartoitus. Miten asiat voisivat olla tulevaisuudessa kysymykseen, etiikka ei anna vastausta. Potilaan hoitamisessa tavoiteltavaa on etsiä potilaan tai asiakkaan elämänhallintaan parasta tulosta. Riski, etu, kustannus, hyöty, ihmisten arvo ja tavoite sekä hänen kokonaisvaltainen tilanteensa elämässä. Päteviä erityisosaajia ja yleisosaajia kaivataan sekä näiden arvostusta. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 10-20.)

## 4.3 Potilasohjeet ja -ohjaus

Ammattilaiset, jotka kehittävät potilasturvallisuutta, hoitoketjua ja potilasohjeita, painottavat ohjeiden selkeyttä. Usein kuitenkin ohjeistukseen on laitettu liian paljon asiaa, jota potilaat tulkitsevat kukin omalla persoonallaan. Hoitohenkilökunta myös usein olettaa potilaiden ymmärtävän ohjeet yhdessä keskustelussa. Poti-

lasohjeistus yksinään ei ole riittävä antamaan selkeää kuvaa, vaan ammatti-ihmisen läsnäoloon tulisi panostaa. Myös vertaistukea kaivataan. (Nummi & Järvi 2012, 14-16.)

Nummi & Järvi (2012) mainitsevat julkaisussaan Katja Heikkisen tekemän väitöskirjan, jossa on tutkittu internetin hyödynnettävyyttä potilasohjauksessa. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että tiedon sisäistäminen oli heille helpompaa, jotka käyttivät internetiä. Tiedon välittäjänä internet on hyvä. Potilaille ohjeistuksen oppiminen oli näin helpompaa. Myös kustannustehokkaana menetelmänä internet on tärkeä. Ihmisistä yrittäjät ja lapset ovat parhaita ohjeiden oppimisen kannalta. Yrittäjillä ei ole aikaa eikä varaa liialliseen miettimiseen ja lapsilla on luontainen kyky toimia viisaasti. (Nummi & Järvi 2012, 15-16.)

On huomattu esikäynnin merkitys potilaan rauhoittumisessa. Hoitajilta kysytään eniten leikkausajankohdasta, kotona selviytymisestä ja jatkohoitopaikasta. Potilasohjauksen katsotaan olevan kanssakäymistä tiiviisti. Hoidonsuunnittelijalla on tässä tärkeä rooli. Ohjaus, joka on potilaslähtöistä, sen riittävyys ja laadullisuus mahdollistavat vaikuttavan potilasohjauksen. Jokainen, joka ohjaa potilasta, tulisi hallita mitä on ohjaus, miten ohjataan ja miksi. Laadukas ohjaus perustuu vuorovaikutukseen ja potilaslähtöisyyteen. (Nummi & Järvi 2012, 14; Kääriäinen 2007, 121.)

Ammatillinen vastuullisuus on ohjausta suorittavan tärkeä tekijä. Filosofinen ja eettinen perusta, mikä kuuluu ohjaukseen, on oltava sisäistettynä. Filosofinen tieto on tärkeää kun halutaan tukea potilaan itsenäisyyttä. Eettisessä osassa ohjaajan on kunnioitettava potilaan arvoja, tiedon ja kokemusten sekä mielipiteiden arvostusta. Luottamuksellisessa yhteistyösuhteessa potilaan ja asiakkaan kanssa tarvitaan sensitiivistä luonnetta ja kykyä hyväksyä erilaisuus. Ymmärtää ristiriitatilanteissa olla asiaa rakentava osapuoli ja kehittää tilannetta rakentavasti eteenpäin. (Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta 2011, 23.)

Hoitohenkilöstöllä on tärkeä rooli auttaa potilasta itse tekemään hänelle parhaita ratkaisuja. Hoitohenkilökunnalle on haasteena turvata potilaalle hänen itsemääräämisoikeutensa ja yksityisyytensä ohjauksessa, jossa käsitellään hänen yksityis-

asioitaan. Koulutukseen tulisikin panostaa tässä osiossa. Vuorovaikutustaidot ja itsehoidon tukemisen taidot omaava henkilökunta asennoituu hyvin positiivisesti potilasohjaukseen. (Kääriäinen 2007, 117; Linnajärvi 2010, 35.)

Hyvän vuorovaikutuksen edellytykset ovat keskinäinen luottamus, rehellisyys, molemminpuolinen sitoutuminen sovittuun tavoitteeseen ja toimimiseen. Vuorovaikutus muodostuu toistensa kunnioittamisesta ja tietämisestä sekä kokemusten arvostamisesta. Kommunikaatiota ja yhteistyötaitoja pidetään potilasturvallisuusosaamiseen kuuluvina taitoina (Potilasturvallisuusopas 2011, 15). Tiedon saaminen ja kuuleminen, mikä koskee omaa asiaa, kuuluu osana hyvää vuorovaikutusta. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät ammattilaiset ovat ajan hermolla. Heille annetaan mahdollisuus kehittymiseen työssään ja sekä myös osallistua työn kehittämiseen. Johtoportaalta tulee edellyttää työntekijöiden tukemista, perehdytystä, turvallisuutta ja heidän on suotava koulutusmahdollisuus. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 6.)

Potilasohjauksessa on hyvä käyttää apuna oppimistarvikemittaria. Se soveltuu hyvin nopeatahtiseen kirurgiseen hoitotyöhön. Mittarit auttavat arvioinnissa vähentämään epätarkkuuksia, jotka johtuvat sekä taidoista henkilökunnalla että olosuhteista. Mittareiden kohdistus on tärkeää suunnata kokonaiseen hoitajaksoon kirurgisella potilaalla. Silloin saadaan olennaista tietoa, joka liittyy potilaan selviytymiseen pre- ja postoperatiivisessa vaiheessa. (Virtanen, Johansson, Heikkinen, Leino-Kilpi, Rankinen & Salanterä 2007, 45.)

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää leikkaukseen kotoa tulevien potilaiden tyytyväisyyttä LEIKO-toimintaan Vaasan keskussairaalassa. Tutkimuksessa selvitettiin myös miten hyvin potilasturvallisuus toteutui LEIKO-toiminnassa. Tutkimuksen tavoitteena oli, että tämän opinnäytetyön ja tutkimuksen tuloksien perusteella voidaan LEIKO-toimintaa edelleen kehittää paremmaksi ja potilaslähtöisemmäksi toiminnaksi.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten tyytyväisiä potilaat ovat LEIKO-toimintaan?
2. Miten potilasturvallisuus toteutuu LEIKO-toiminnassa?



## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus pohjautuu sekundaariaineiston käyttämiseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 175). Tutkimuksen aineisto saatiin Vaasan keskussairaalan preoperatiiviselta poliklinikalta. Kvantitatiivinen tutkimus on mahdollista toteuttaa muiden keräämistä tilastoista, rekistereistä tai tietokannoista (Heikkilä 2008, 18). Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena potilaille. Suunnitelmallista kyselytutkimusta kutsutaan survey-tutkimukseksi (Heikkilä 2008, 19). Kysely on yksi survey-tutkimuksen menetelmistä. Survey-tutkimuksessa aineisto kerätään standardoidusti kyselylomakkeen avulla. (Heikkilä 2008, 14.) Tämä tutkimus on otantatutkimus. Kohdehenkilöistä muodostuu survey-tutkimuksessa otos, joka kuvaa tutkittavaa perusjoukkoa. (Hirsjärvi ym. 2004, 182.)

### 6.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Vaasan keskussairaalan preoperatiivisen poliklinikan eli LEIKO:n potilaat. Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto koostui (n=71) potilaan potilaspalautekyselyn vastauksista. Aineisto oli kerätty kahden viikon aikana toukokuussa 2011 preoperatiivisella poliklinikalla Vaasan keskussairaalasaa. Potilaspalautekyselyn järjesti Vaasan keskussairaalan preoperatiivinen poliklinikka. Aineisto oli kerätty Vaasan keskussairaalan omilla potilaspalautelomakkeilla. Tutkimuksessa käytetyn aineiston tutkimuksen tekijät saivat Vaasan keskussairaalan preoperatiiviselta poliklinikalta sovittuna ajankohtana tammikuussa 2012 sähköisessä Microsoft Windows Excel -taulukon muodossa.

### 6.2 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen tutkimus eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivisesta tutkimuksesta käytetään myös nimeä tilastollinen tutkimus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa asiat kuvataan numeerisilla suureilla ja havainnollistamisessa käytetään taulukoita ja kuvioita. Kvantitatiivinen tutkimuksen edellytyksenä on riittävän suuri ja edustava otos. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään yleensä standardoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeessa on yleensä valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2008, 16.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustulokset pyritään tilastollisin keinoin yleistämään tutkittavaa joukkoa suurempaan joukkoon, toisin sanoen otoksesta perusjoukkoon. Vallitsevan tilanteen tutkimiseen kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä on hyvä, mutta ongelmien varsinaisten syiden tutkimiseen se ei ole. (Heikkilä 2008, 16.)

Tutkimuksessa käytetty aineisto on kerätty kyselylomakkeella (liite 1). Kyselylomakkeessa oli kuusi varsinaista taustakysymystä. Kysymyksistä viisi oli strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä ja yhdessä kysymyksessä vastaajaa pyydettiin ilmoittamaan ikänsä vuosina. Vastaajaa on pyydetty valitsemaan jokaisesta kysymyksestä yksi vaihtoehto. Tutkimuskysymyksinä oli yhteensä kymmenen strukturoitua kysymystä. Kysymykset ja niiden vastausvaihtoehdot olivat toteutettu viisiportaisella (0 - 4) Likert-asteikolla. Vastaajaa on pyydetty valitsemaan yksi vaihtoehto jokaisesta kysymyksestä.

Likert-asteikko on asenneasteikko ja se on järjestysasteikon tasoinen asteikko. Likert-asteikkoa käytetään yleensä mielipidetiedusteluissa. Heikkoutena Likert-asteikossa ei tiedetä mikä todellisuudessa on vastauksen painoarvo. Lisäksi edellisten kysymysten vastaukset saattavat vaikuttaa viimeisten kysymysten vastauksiin, koska vastaaja voi pyrkiä saamaan loogisuutta hänen vastauksiinsa. (Heikkilä 2008, 52-53.)

Tutkimuksen kvalitatiivisena eli laadullisena osana on kyselylomakkeen yksi avoin kysymys. Kvantitatiivisella ja kvalitatiivisella tutkimusotteella voidaan täydentää toinen toistaan (Heikkilä 2008, 16). Kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen vastaajalla on ollut mahdollisuus kirjoittaa sanavapaasti mielipiteensä. Kyselylomakkeen avoin kysymys oli: "Muita huomautuksia tai toivomuksia". Avoimet kysymykset kuuluvat yleensä kvalitatiivisiin eli laadullisiin tutkimuksiin, mutta avoimia kysymyksiä käytetään vähäisessä määrin myös kvantitatiivisissa tutkimuksissa. Yleistä on, että kvantitatiivisissa tutkimuksissa olevissa avoimissa kysymyksissä saatetaan ohjata vastaajan ajatusten suuntaa. Avoimien kysymysten heikkoutena voidaan pitää niiden työlästä käsittelyä ja ne voivat houkutella vastaamatta jättämiseen. (Heikkilä 2008, 49.)

### 6.3 Aineiston analysointi

Analyysi kerätystä aineistosta, johtopäätösten tekeminen ja tulkinta ovat tutkimuksen ydinasioita. Tähän on tähdättävä tutkimuksen alkuvaiheessa (Hirsjärvi ym. 2004, 209). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta tehdään muuttujia. Aineisto pystytään koodaamaan siitä tehtyjen muuttujaluokituksen kaltaisesti. Näin valitaan analyysitapa, jolla parhaiten saamme vastauksen tutkimustehtävään (Hirsjärvi ym. 2004, 210).

Valmiit aineistot ovat harvoin suoraan käyttökelpoisia ilman minkäänlaisia muutoksia tai tarkistuksia (Heikkilä 2008, 18). Meillä käytössä ollut tutkimusaineisto on siinä mielessä poikkeus, että jouduimme mielestämme tekemään vain pakollisia muutoksia aineistoon ja nekin olivat vähäisiä. Muutokset koskivat vastauksien, jotka olivat tekstimuodossa muuttamista numeraaliseen muotoon. Tämä muutos helpotti tilasto-ohjelmien käyttöä.

Tutkimuksessa käytetty aineisto oli Microsoft Windows Excel-tilukkomuodossa. Tutkimukseen osallistuneiden vastaukset olivat aineistossa lähes valmiiksi koodatussa muodossa. Vastaukset jotka olivat kirjattu tekstimuotoon muutettiin numeraaliseen muotoon. Tämän jälkeen vastauksista oli mahdollista laskea tilastollisin menetelmin tarvittavat frekvenssit ja prosenttiosuudet. Aineisto siirrettiin ensin IBM SPSS Statistics versio 19 -ohjelmaan, jossa laskettiin frekvenssit ja prosenttiosuudet sekä muodostettiin taulukot. Tämän jälkeen aineistosta tehdyt taulukot siirrettiin takaisin Microsoft Windows Excel -ohjelmaan, jossa taulukoita viimeisteltiin selkeämmän ulkoasun ja luettavuuden parantamisen takia.

Avoimen kysymyksen vastauksien vähäisyyden vuoksi (n=3) niistä ei ole tehty sisällönanalyysia, vaan vastaukset esitetään sellaisinaan tutkimuksen tulokset - osiossa. Vastaukset on huomioitu tutkimustuloksien tarkastelussa ja johtopäätösten tekemisessä.

### 6.4 Tutkimuksen eettisyys

Usein mainittu Helsingin julistus on hyväksytty Suomessa ja kansainvälisesti tutkimusetiikan ohjeistukseksi. Helsingin julistus on luotu alunperin lääketieteellis-

ten tutkimusten tarpeisiin, mutta sitä on käytetty myös hoitotieteellisten tutkimuksien tarpeisiin. Hoitotieteessä käytetään muitakin eettisiä ohjeistuksia. Esimerkiksi American Nurses Association (ANA) on julkaissut vuonna 1995 hoitotieteellisen tutkimuksen eettisen ohjeistuksen. Lisäksi hoitotieteellisiä tutkimuksia ohjaavat monet eri ohjeistukset ja lainsäädäntö. Mainittakoon tässä esimerkkinä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Vuodesta 1991 Suomessa on toiminut tutkimuseettinen neuvottelukunta, joka käsittelee tutkimuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä ja pyrkii edistämään tutkimuseettisyyttä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan tehtäviin kuuluu muun muassa toimia asiantuntijaelimenä ratkottaessa tutkimuseettisiä ongelmia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-176.)

Aiheen valintakin on eettinen ratkaisu. Aihe on hyväksytty Vaasan ammattikorkeakoulun ja työn tilaajan Vaasan keskussairaalan toimesta, jolta olemme hakenneet asianmukaiset luvat. Tutkijan on pohdittava mikä on tutkimuksen hyöty. Tutkimuksen tekijöillä oli tavoitteena, että tämän opinnäytetyön ja tutkimuksen perusteella voidaan LEIKO -toimintaa edelleen kehittää paremmaksi ja potilaslähteisemmäksi toiminnaksi. Lisäksi on pohdittava aiheutuuko tutkimuksesta tarpeetonta haittaa tai epämukavuutta. Haitat on huomioitava varsinkin silloin kun kyseessä on sensitiivinen aihe. Tutkimuksesta ei koidu haittaa tutkittaville eikä tutkimuksen aihe ole sensitiivinen. Tutkimuksessa ei käsitellä henkilökohtaisesti arkoja asioita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.)

Tutkimuksien muita eettisiä ongelmakohtia voi olla plagiointi, tulosten sepittäminen, puutteellinen raportointi, toisten tutkijoiden vähättely ja tutkimusapurahojen väärinkäyttö (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182). Plagiointia on pyritty välttämään asianmukaisilla lähdemerkinnöillä ja suorat lainaukset ovat tekstissä kursivoitu sitaatein. Tulosten sepittämiseen eli tekaisuun tutkimuksen tekijöillä ei ole ollut minkäänlaisia intressejä ryhtyä. Olemme pyrkineet korostamaan tutkimuksen avoimuutta ja luotettavuutta kuvailemalla mahdollisimman tarkasti koko tutkimusprosessin. Tutkimuksen tulokset, niiden tarkastelu ja johtopäätösten tekeminen on tehty mahdollisimman objektiivisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182-183.)

Laissa on määritelty terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastuu. Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa ilman lupaa paljastaa perheen tai yksilön salaisuuksia, josta työntekijä on tehtävänsä tai aseman nojalla on voinut vastaanottaa tietoa. Salassapitovelvollisuus on säilyttävä työtehtävistä poistumisen jälkeenkin. (L 28.6.1994/559) Salassapitovelvollisuus koskee luonnollisesti tämän tutkimuksen tekijöitä tutkimuksen ajan ja sen jälkeenkin.

Tutkimuksen tuloksista raportoitaessa on varmistuttava, ettei kenenkään yksityisyyttä vaaranneta (Heikkilä 2008, 32.). Yksittäistä vastaajaa ei saa tunnistaa tutkimuksessa esitetyistä vastauksista tai tuloksista (Heikkilä 2008, 32.). Tutkimus koostui aiemmin kerätyn aineiston analysoimisesta ja raportoinnista. Käytimme tutkimuksessa sekundaariaineistoa. Tutkimusaineisto eli potilaspalautekyselyiden vastaukset, joita tutkimuksessa käytettiin eivät sisältäneet mitään henkilötietoja, joista tutkittava henkilö olisi ollut tunnistettavissa. Vastaajat ja heidän vastaukset olivat koodattuna Microsoft Windows Excel -ohjelman tiedostoon, joten tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti oli turvattu. Yhdestä avoimen kysymyksen vastauksesta poistettiin päivämäärä ja kellonaika, jottei vastaajaa olisi voitu tietojen avulla tunnistaa.

Tutkimuksen tilaaja eli tutkittava organisaatio on vastannut tutkimuksen aineistonhankinnassa tapahtuneesta tutkittavien tiedotuksesta, heidän itsemääräämisoikeudesta, vapaaehtoisuudesta mm. tietoisesta suostumuksesta sekä muista potilaan oikeuksista liittyen tutkimustoimintaan. Tämän tutkimuksen tekijät ovat vastanneet omalta osaltaan hyvien tapojen noudattamisesta ja eettisyyden toteutumisesta tutkimuksessa, tutkimusaineiston käsittelyssä sekä tuloksia raportoitaessa.

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksessa oli kuusi varsinaista taustakysymystä. Kysymyksistä viisi oli strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä ja yhdessä kysymyksessä vastaajaa pyydettiin ilmoittamaan ikänsä vuosina. Vastaajaa on pyydetty valitsemaan jokaisesta kysymyksestä yksi vaihtoehto. Kysymykset olivat vastaajan sukupuoli, ikä, kenen vastaanotolla vastaaja oli käynyt poliklinikalla, monesko käynti oli, hoidon jatkuminen preoperatiivisella poliklinikalla ja palvelun saaminen omalla äidinkielellä. Tilastointi vaiheessa vastaajien iän perusteella on muodostettu ikäluokat. Ikäluokat olivat; alle 30-vuotiaat, 30-49-vuotiaat, 50-69-vuotiaat, 70-80-vuotiaat ja yli 80-vuotiaat (Taulukko 2.).

Varsinaisina tutkimuskysymyksiä oli yhteensä kymmenen strukturoitua kysymystä. Kysymykset ja niiden vastausvaihtoehdot oli toteutettu viisiportaisella (0 - 4) Likert-asteikolla. Vastausvaihtoehtoina oli: 0 = tarpeeton tällä käynnillä, 1 = erittäin huonosti/ei ollenkaan, 2 = tyydyttävästi, 3 = hyvin, 4 = erittäin hyvin. Vastaajaa on pyydetty valitsemaan yksi vaihtoehto jokaisesta kysymyksestä, joka kuvaa parhaiten hänen mielipidettään. Kaikissa tutkimuskysymyksissä vastaajien määrä oli (n=71).

### 7.1 Vastaajien taustatiedot

Kysymykseen vastanneista eniten oli naisia (58,8 %) ja miehiä (41,2 %). Tutkimukseen osallistuneista kolme (n=3, 4,2 %) oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. (Taulukko 1.)

**Taulukko 1.** Vastaajien sukupuoli (n=68).

Sukupuoli					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	mies	28	39,4	41,2	41,2
	nainen	40	56,3	58,8	100,0
	<b>Total</b>	68	95,8	100,0	
Missing		3	4,2		
<b>Total</b>		71	100,0		

Kysymykseen vastanneista 55,7 % kuului ikäryhmään 50-69 vuotta. Vastaajista 19,7 % oli 30-49-vuotiaita ja 13,1 % 70-80-vuotiaita. Pienimmät ryhmät olivat yli 80-vuotiaat (6,6 %) ja alle 30-vuotiaat (4,9 %). Tutkimukseen osallistuneista kymmenen (n=10, 14,1 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 2.)

**Taulukko 2.** Vastaajien ikäjakauma (n=61).

Ikä					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	Alle 30	3	4,2	4,9	4,9
	30-49	12	16,9	19,7	24,6
	50-69	34	47,9	55,7	80,3
	70-80	8	11,3	13,1	93,4
	yli 80	4	5,6	6,6	100,0
	<b>Total</b>	61	85,9	100,0	
Missing		10	14,1		
<b>Total</b>		71	100,0		

Kysymykseen vastanneista 44,1 % oli käynyt lääkärin vastaanotolla. Reilu viidennes (22,0 %) oli käynyt sairaanhoitajan, toimintaterapeutin, psykologin tai sosiaalityöntekijän vastaanotolla. Molempiin edellä mainittuihin ryhmiin kuului 33,9 % kysymykseen vastanneista. He olivat käyneet sekä lääkärin että sairaanhoitajan, toimintaterapeutin, psykologin tai sosiaalityöntekijän vastaanotolla. Tutkimukseen osallistuneista kaksitoista (n=12, 16,9 %) jätti vastaamatta kysymykseen. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3.** Kenen vastaanotolla vastaaja oli käynyt poliklinikalla (n=59)?

Kävin				
	Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid lääkäriin vastaanotolla	26	36,6	44,1	44,1
sairaanhoitajan/ toimintaterapeutin/ psykologin/ sosiaalityöntekijän vastaanotolla	13	18,3	22,0	66,1
Molemmat	20	28,2	33,9	100,0
<b>Total</b>	59	83,1	100,0	
Missing	12	16,9		
<b>Total</b>	71	100,0		



Kysymykseen vastanneista yli puolet (57,1 %) oli ensimmäisellä käynnillä. Uusintäkäynnillä oli (42,9 %) kysymykseen vastanneista. Tutkimukseen osallistuneista 11,3 % jätti vastaamatta kysymykseen (n=8). (Taulukko 4.)

**Taulukko 4.** Käyntien määrä preoperatiivisella poliklinikalla (n=63).

Kuinka monta kertaa olet käynyt preoperatiivisella poliklinikalla?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	ensimmäinen käynti	36	50,7	57,1	57,1
	uusintäkäynti	27	38,0	42,9	100,0
	<b>Total</b>	63	88,7	100,0	
Missing		8	11,3		
<b>Total</b>		71	100,0		

Kysymykseen vastanneista 62,0 %:lla hoito jatkui poliklinikalla kyseisen käynnin jälkeen. Reilulla kymmenesosalla (11,3 %) hoito ei jatkunut poliklinikalla enää kyseisen käynnin jälkeen. Reilu neljännes (26,8 %) vastanneista ei osannut sanoa jatkuuko hoito poliklinikalla käynnin jälkeen. (Taulukko 5.)

**Taulukko 5.** Hoidon jatkuminen preoperatiivisella poliklinikalla (n=71).

Jatkuuko hoitonne tai tutkimuksenne vielä tällä poliklinikalla?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	ei	8	11,3	11,3	11,3
	en osaa sanoa	19	26,8	26,8	38,0
	kyllä	44	62,0	62,0	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

Kysymykseen vastanneista kaikki (100,0 %) olivat saaneet palvelua omalla äidinkielellään. Tutkimukseen osallistuneista 5,6 % jätti vastaamatta tähän kysymykseen (n=4). (Taulukko 6.)

**Taulukko 6.** Palvelun saaminen omalla äidinkielellä (n=67).

Saitteko palvelua omalla äidinkielellä?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	Kyllä	67	94,4	100,0	100,0
Missing		4	5,6		
<b>Total</b>		71	100,0		

## 7.2 Potilaiden vaikutusmahdollisuudet ja pääsy vastaanotolle

Vastaajista lähes kolmannes (31,0 %) vastasi, että heillä oli erittäin hyvät mahdollisuudet vaikuttaa tutkimus- tai käyntiajankohtaan. Vastaajista 23,9 % vastasi kysymykseen hyvin, 11,3 % tyydyttävästi ja 9,9 % erittäin huonosti/ei ollenkaan. Vastaajista 23,9 % vastasi kysymykseen tarpeeton tällä käynnillä. (Taulukko 7.)

**Taulukko 7.** Vastaajan mahdollisuus vaikuttaa tutkimus- tai käyntiajankohtaan.

Oliko teillä mahdollisuus vaikuttaa tutkimus- tai käyntiajankohtaan?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	17	23,9	23,9	23,9
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	7	9,9	9,9	33,8
	tyydyttävästi	8	11,3	11,3	45,1
	hyvin	17	23,9	23,9	69,0
	erittäin hyvin	22	31,0	31,0	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

Pääsystä vastaanotolle etukäteen ilmoitettuna ajankohtana vastaajista lähes puolet (45,1 %) vastasi erittäin hyvin ja lähes yhtä paljon (39,4 %) vastasi hyvin. Kymmenesosa (9,9 %) vastasi tyydyttävästi. Vastaajista 5,6 % vastasi kysymykseen tarpeeton tällä käynnillä. (Taulukko 8.)

**Taulukko 8.** Pääsy vastaanotolle etukäteen ilmoitettuna ajankohtana.

Pääsittekö vastaanotolle teille etukäteen ilmoitettuun ajankohtaan?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	4	5,6	5,6	5,6
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	0	0,0	0,0	5,6
	tyydyttävästi	7	9,9	9,9	15,5
	hyvin	28	39,4	39,4	54,9
	erittäin hyvin	32	45,1	45,1	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

### 7.3 Potilaiden tiedotus poliklinikalla

Vastaajista lähes kolmannes (32,4 %) piti tiedotusta erittäin hyvänä aikataulun mahdollisesta viivästyisestä. Vastaajista 15,5 % vastasi hyvin, 2,8 % tyydyttävästi ja 8,5 % erittäin huonosti/ei ollenkaan. Vastaajista 40,8 % oli vastannut tarpeeton tällä käynnillä. (Taulukko 9.)

**Taulukko 9.** Tiedotus aikataulun mahdollisesta viivästyisestä.

Jos jouduitte odottamaan pääsyä vastaanotolle, tiedotettiinko teille aikataulun viivästyisestä?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	29	40,8	40,8	40,8
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	6	8,5	8,5	49,3
	tyydyttävästi	2	2,8	2,8	52,1
	hyvin	11	15,5	15,5	67,6
	erittäin hyvin	23	32,4	32,4	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

Kysymykseen miten hyvin tutkimuksista ja niiden tuloksista tiedotettiin vastaajista 46,5 % ilmoitti erittäin hyvin, 43,7 % hyvin ja 4,2 % tyydyttävästi. Vastaajista 5,6 % piti tätä tarpeettomana tällä käynnillä. (Taulukko 10.)

**Taulukko 10.** Tiedotus tutkimuksista ja niiden tuloksista.

Miten hyvin teille tiedotettiin tutkimuksista ja niiden tuloksista?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	4	5,6	5,6	5,6
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	0	0,0	0,0	5,6
	tydyttävästi	3	4,2	4,2	9,9
	hyvin	31	43,7	43,7	53,5
	erittäin hyvin	33	46,5	46,5	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

Kysymykseen saiko vastaaja tietoja hänen sairauden hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista vastaajista kolmasosa (33,8 %) vastasi erittäin hyvin. Lähes puolet (49,3 %) vastasi hyvin, 5,6 % vastasi tyydyttävästi ja 1,4 % erittäin huonosti/ei ollenkaan. Kymmenesosa (9,9 %) piti kysyttyä tarpeettomana tällä käynnillä. (Taulukko 11.)

**Taulukko 11.** Tiedotus sairauden hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista.

Saitteko tietoja sairautenne hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	7	9,9	9,9	9,9
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	1	1,4	1,4	11,3
	tyydyttävästi	4	5,6	5,6	16,9
	hyvin	35	49,3	49,3	66,2
	erittäin hyvin	24	33,8	33,8	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

Tiedotusta lääkkeistä ja niiden vaikutuksesta reilu neljäsosa (26,8 %) piti erittäin hyvänä, 28,2 % hyvänä ja 11,3 % tyydyttävänä. Vastaaajista 2,8 % piti tiedotusta erittäin huonona/ei ollenkaan ja lähes kolmasosa (31,0 %) vastasi tarpeeton tällä käynnillä. (Taulukko 12.)

**Taulukko 12.** Tiedotus lääkkeistä ja niiden vaikutuksesta.

Saitteko tietoja lääkkeistänne ja niiden vaikutuksesta?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	22	31,0	31,0	31,0
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	2	2,8	2,8	33,8
	tyydyttävästi	8	11,3	11,3	45,1
	hyvin	20	28,2	28,2	73,2
	erittäin hyvin	19	26,8	26,8	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	



Kysyttäessä tiedotusta sairauden/oireiden ennusteesta vajaa kolmannes (32,4 %) vastasi erittäin hyvin ja lähes puolet (49,3 %) vastasi hyvin. Vastaajista 5,6 % vastasi tyydyttävästi ja 2,8 % erittäin huonosti/ei ollenkaan. Lähes kymmenesosan (9,9 %) mielestä tämä oli tarpeeton tällä käynnillä. (Taulukko 13.)

**Taulukko 13.** Tiedotus sairauden/oireiden ennusteesta.

Saitteko tietoja sairautenne/oireidenne ennusteesta?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	7	9,9	9,9	9,9
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	2	2,8	2,8	12,7
	tyydyttävästi	4	5,6	5,6	18,3
	hyvin	35	49,3	49,3	67,6
	erittäin hyvin	23	32,4	32,4	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

#### 7.4 Potilaiden kohtelu ja odotukset

Vastaajista lähes kaksi kolmasosaa (62,0 %) vastasi erittäin hyvin ja alle kolmannes (29,6 %) hyvin kysyttäessä käsiteltiin heitä koskevia asioita hienotunteisesti ja luottamuksellisesti. Vastaajista 8,5 % vastasi tarpeeton tällä käynnillä. (Taulukko 14.)

**Taulukko 14.** Asioiden käsittely hienotunteisesti ja luottamuksellisesti.

Käsiteltiin teitä koskevia asioita hienotunteisesti ja luottamuksellisesti?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	6	8,5	8,5	8,5
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	0	0,0	0,0	8,5
	tydyttävästi	0	0,0	0,0	8,5
	hyvin	21	29,6	29,6	38,0
	erittäin hyvin	44	62,0	62,0	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

Vastaajista lähes kolme neljäsosaa (74,6 %) vastasi erittäin hyvin, kun kysyttiin kuinka heitä on kohdeltu preoperatiivisella poliklinikalla. Vastaajista 18,3 % vastasi hyvin ja 1,4 % tyydyttävästi. Vastaajista 5,6 % ilmoitti tämän olevan tarpeeton tällä käynnillä. (Taulukko 15.)

**Taulukko 15.** Kohtelu preoperatiivisella poliklinikalla.

Kuinka teitä kohdeltiin?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	4	5,6	5,6	5,6
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	0	0,0	0,0	5,6
	tyydyttävästi	1	1,4	1,4	7,0
	hyvin	13	18,3	18,3	25,4
	erittäin hyvin	53	74,6	74,6	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

Kysyttäessä vastasiko käynti poliklinikalla odotuksia vastaajista yli puolet (54,9 %) vastasi erittäin hyvin ja reilu kolmannes (35,2 %) hyvin. Vastaajista 1,4 % vastasi tähän tyydyttävästi. Vastaajista 8,5 % vastasi tarpeeton tällä käynnillä. (Taulukko 16.)

**Taulukko 16.** Vastasiko käynti poliklinikalla odotuksia?

Vastasiko käyntinne poliklinikalla odotuksianne?					
		Frequency	Percent (%)	Valid Percent (%)	Cumulative Percent (%)
Valid	tarpeeton tällä käynnillä	6	8,5	8,5	8,5
	erittäin huonosti / ei ollenkaan	0	0,0	0,0	8,5
	tyydyttävästi	1	1,4	1,4	9,9
	hyvin	25	35,2	35,2	45,1
	erittäin hyvin	39	54,9	54,9	100,0
	<b>Total</b>	71	100,0	100,0	

## 7.5 Potilaiden huomautukset ja toiveet LEIKO-toiminnasta

Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys, johon vastaajalla oli mahdollisuus kirjoittaa vapaasti mielipiteensä. Kyselylomakkeen avoin kysymys oli: "Muita huomautuksia tai toivomuksia". Tähän avoimeen kysymykseen oli vastannut vain 4,26 % tutkimukseen osallistuneista (n=3). Vastaukset esitetään tässä tutkimuksessa sellaisinaan kuten vastaaja on mielipiteensä kertonut. Yhdestä vastauksesta on poistettu päivämäärä ja kellonaika vastaajan anonymiteetin turvaamiseksi.

Vastauksissa vastaajat pitivät hyvänä hyvää informaatiota, palvelun saamista omalla äidinkielellä ja ystävällistä/ammattitaitoista kohtelua. Leikkausajan venyminen sai moitteita, muttei ollut kuitenkaan liiemmin haitannut vastaajaa koska tälle viivästykselle oli syynsä.

Avoimen kysymyksen vastaukset:

*"Bra information - service på mitt modersmål"*

*"Erittäin empaattinen, ystävällinen ja asiantunteva sairaanhoitaja pre.op poliklinikalla"*

*"Operationstiden försend med 1 tim. p.g.a. möte men det gick nog bra. Jag borde inte tagit blodtrycksmedicin före op"*

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustuloksien perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Miten tyytyväisiä potilaat ovat LEIKO-toimintaan?

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta potilaiden olevan hyvin tyytyväisiä LEIKO-toimintaan. Potilaat ovat olleet tyytyväisiä hyvään kohteeluun, tiedotukseen, hienotunteiseen asioiden käsittelyyn, palvelun saamiseen omalla äidinkielellään sekä asiantuntevaan henkilökuntaan. Käynti poliklinikalla on vastannut potilaiden odotuksia. Kehitettävää toiminnassa on mahdollisuudesta vaikuttaa käyntiajankohtaan ja aikataulun mahdollisesta viivästymisestä tiedottamiseen.

2. Miten potilasturvallisuus toteutuu LEIKO-toiminnassa?

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että potilasturvallisuus toteutui LEIKO-toiminnassa hyvin. Potilasturvallisuuteen vaikuttavana tekijänä tutkimuksessa arvioitiin potilaan saamaa tiedotusta. Kokonaisuudessaan tiedotus toteutui hyvin LEIKO-toiminnassa, mutta kehitettävää on etenkin lääkkeistä ja niiden vaikutuksista tiedottamisessa.

## 9 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää leikkaukseen kotoa tulevien potilaiden tyytyväisyyttä LEIKO-toimintaan ja miten hyvin potilasturvallisuus toteutui LEIKO-toiminnassa. Käytimme tutkimuksessamme jo aiemmin kerättyä aineistoa eli sekundaariaineistoa. Tutkimuksessamme pyrittiin tilastollisin menetelmin osoittamaan aineistosta merkittävät frekvenssit ja prosenttiosuudet, joilla oli vaikuttavuutta tutkittaviin käsitteisiin. Tutkimustulosten ja tutkittavien käsitteiden välillä on pyritty löytämään asiayhteys. Potilastyytyväisyys on huomioitu kaikissa varsinaisissa tutkimuskysymyksissä ja potilasturvallisuus kysymyksissä jotka koski potilaan tiedotusta. Avoimen kysymyksen vastaukset on tarkasteltu omana osanaan.

### 9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksessa ilmeni, että yli puolella potilaista oli hyvät tai erittäin hyvät **mahdollisuudet vaikuttaa tutkimus- tai käyntiajankohtaan** poliklinikalla mitä voidaan pitää kohtalaisen hyvänä tuloksena. Vastaajista vajaa neljännes piti vaikutusmahdollisuuksia tyydyttävänä tai erittäin huonona. Mahdollisuuden vaikuttaa tutkimus- tai käyntiajankohtaan voidaan olettaa vaikuttavan myönteisesti potilastyytyväisyyteen.

Tuloksien mukaan reilu kolme neljäsosaa vastaajista vastasi erittäin hyvin tai hyvin kysyttäessä **pääsystä poliklinikalle etukäteen ilmoitettuna ajankohtana**. Vain kymmenesosa vastasi tyydyttävästi ja kukaan ei vastannut erittäin huonosti. Tuloksista voidaan päätellä, että suurin osa potilaista on päässyt etukäteen ilmoitettuna ajankohtana poliklinikalle. Tuloksien perusteella pääsyn poliklinikalle etukäteen ilmoitettuna ajankohtana voidaan olettaa vaikuttavan myönteisesti potilastyytyväisyyteen.

Tuloksien mukaan kolme neljäsosaa vastaajista piti **kohtelua poliklinikalla** erittäin hyvänä ja vajaa viidennes hyvänä. Vastaajista vain reilu prosentti piti kohtelua tyydyttävänä ja kukaan ei pitänyt kohtelua erittäin huonona. Erittäin hyvin ja hyvin vastanneiden osuus on lähes yhdeksänkymmentäkolme prosenttia vastaajis-

ta, jota voidaan pitää erittäin hyvänä tuloksena. Tuloksien perusteella hyvän kohdelun voidaan olettaa vaikuttavan myönteisesti potilastyytyväisyyteen.

Tuloksien perusteella liki kolmannes piti tiedotusta erittäin hyvänä ja vajaa kuudes hyvänä **aikataulun mahdollisesta viivästyisestä**. Vastaajista alle kolme prosenttia vastasi tyydyttävästi ja vajaa yhdeksän prosenttia erittäin huonosti. Tuloksien perusteella **tutkimuksista ja tutkimustuloksista** tiedotettiin hyvin. Vastaajista lähes puolet piti tiedotusta erittäin hyvänä ja lähes yhtä paljon piti tiedotusta hyvänä. Vain reilu neljä prosenttia vastaajista piti tiedotusta tyydyttävänä ja kukaan ei pitänyt tiedotusta erittäin huonona.

Tiedotusta **sairausten hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista** pidettiin niinkään hyvänä. Tuloksien mukaan kolmasosa piti tiedotusta erittäin hyvinä ja lähes puolet hyvänä. Vastaajista vain reilu viisi prosenttia piti tiedotusta tyydyttävänä ja reilu prosentti erittäin huonona.

Tuloksien mukaan tiedotusta **lääkkeistä ja niiden vaikutuksesta** pidettiin kohtalaisena tai hyvänä. Reilu neljäsosa piti tiedotusta lääkkeistä erittäin hyvänä, vajaa kolmannes hyvänä ja reilu kymmenesosa tyydyttävänä. Vastaajista vain alle kolme prosenttia piti tiedotusta erittäin huonona. Sahlströmin, Partasen ja Turusen (2012) tutkimuksessa todettiin, että 95% potilaista luottaa saavansa oikeat lääkkeet. Potilaiden on luontevaa kysyä saamistaan lääkkeistä. Huomattava osuus hoitovirheistä kuuluu lääkehoitoon. Potilaille tulisi antaa mahdollisuus kysyä lääkityksestään. Tästä olisi hyötyä turvallisemmasta lääkehoidosta. (Sahlström, Partanen & Turunen 2012, 7-11.)

Tiedotusta **sairausten ja oireiden ennusteesta** piti vajaa kolmannes erittäin hyvänä ja lähes puolet hyvänä, jota voidaan pitää hyvänä tuloksena. Vastaajista reilu viisi prosenttia piti tiedotusta sairauksien ja oireiden ennusteesta tyydyttävänä ja alle kolme prosenttia erittäin huonona. Kokonaisuudessaan tiedotusta ja sen tasoa poliklinikalla voidaan tuloksien perusteella pitää hyvänä. Hyvä tiedotus lisää omalta osaltansa potilasturvallisuutta eikä sen osuutta tule väheksyä. Lisäksi tuloksien mukaan hyvän tiedotuksen voidaan olettaa vaikuttavan myönteisesti potilastyytyväisyyteen.



Toisin kuin tutkimuksessamme kävi ilmi, Niskasen ja Purhosen (2008) tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, että informaatiossa olisi parantamisen varaa. Myös Kääriäisen (2007) tutkimuksessa ilmeni vastaavaa. Kokonaistyytyväisyyttä mitattaessa tärkeäksi asiaksi nousi tiedotus anestesiasta ennen toimenpidettä ja miten toimenpide sujui heti sen jälkeen. Aiemmassa tutkimuksessa on ollut informaatiolla ja osallistumisella päätöksen tekoon tärkeä tekijä potilastyytyväisyyteen. (Niskanen & Purhonen 2008, 153.)

Alakousa-Lahtisen (2008) tekemässä tutkimuksessa saatiin tulokseksi ohjauksen olevan riittävää. Puutteita oli sosiaaliturvien ohjauksessa, jota naiset kaipasivat enemmän. Potilaiden mielestä heidän palautteen anto ohjauksesta oli riittämätöntä ja omaisia huomioitiin heikosti ohjauksessa. Myös Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan omaiset tulisi ottaa vielä paremmin huomioon. Ohjauksessa käytettäviä apuvälineitä henkilökunta osasi käyttää heikosti. Henkilökunnalla katsottiin olevan hyvät ohjausvalmiudet, mutta asennoitumisessa oli parannettavaa. Yli 64-vuotiaat pitivät ohjauksen hyötyjä suurempana kuin töissä käyvät. (Alakousa-Lahtinen 2008, 61-62.)

Kääriäisen (2007) tekemän tutkimuksen mukaan, ohjauksessa ei huomioitu potilaan senhetkistä tilannetta elämässä, eikä potilaalla ollut mahdollisuutta kertoa ongelmistaan. Myös ohjauksen tavoitteellisuudesta ei kerrottu riittävästi. Potilaan olisi helpompi miettiä hoitovaihtoehtoja jos hänellä olisi riittävästi tietoa. Vuorovaikutus oli hyvää tässä tutkimuksessa. Potilaat ovat pitäneet tärkeänä vertaistukea, kokemusten kertomista ja hyväksytyksi tulemisen tunnetta. Tutkimuksen mukaan hyvin informoitu potilas, ennen tuloa sairaalaan, on tyytyväisempi. (Kääriäinen 2007, 120.)

Tuloksien mukaan potilaiden heitä koskevia **asioita käsiteltiin hienotunteisesti ja luottamuksellisesti**. Lähes kaksi kolmasosaa vastasi erittäin hyvin ja alle kolmannes hyvin. Näin ollen erittäin hyvin ja hyvin vastanneiden yhteenlaskettuosuus oli yli yhdeksänkymmentä prosenttia, jota voidaan pitää erittäin hyvänä tuloksena. Tulosta vahvistaa vielä sekin, että kukaan vastaajista ei pitänyt asioiden käsittelyä tyydyttävänä tai erittäin huonona. Tuloksien mukaan tämän voidaan olettaa vaikuttavan myönteisesti potilastyytyväisyyteen.

Tuloksien perusteella voidaan todeta, että **käynti poliklinikalla vastasi potilaiden odotuksia**. Tuloksien mukaan yli puolet vastasi erittäin hyvin ja reilu kolmannes hyvin. Erittäin hyvin ja hyvin vastanneiden yhteenlaskettuosuus oli yhdeksänkymmentä prosenttia, jota voidaan pitää erittäin hyvänä tuloksena. Vain reilu prosentti potilaista vastasi tyydyttävästi ja kukaan ei vastannut erittäin huonosti mikä vahvistaa tuloksien tulkintaa. Poliklinikalla käynnin vastaaminen potilaan omia odotuksia voidaan olettaa vaikuttavan myönteisesti potilastyytyväisyyteen.

**Avoimen kysymyksen** vastauksista voidaan todeta yhtäläisyyksiä tutkimuksen tilastollisten kysymysten tuloksien kanssa. Vastauksien mukaan potilaat pitivät hyvänä poliklinikalla saatua informaatiota, palvelun saamista omalla äidinkielellä ja ystävällistä kohtelua. Henkilökuntaa kuvailtiin empaattiseksi ja asiantuntevaksi. Moitteita tuli leikkausajan venymisestä yhdellä tunnilla, mutta tämäkään ei ollut vastaajaa liiemmin haitannut, koska viivästykselle oli syynsä.

## 9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Lähteiden, joita on käytetty, tulee olla esillä sekä tekstissä että lähdeluettelossa (Hirsjärvi ym. 2004, 320). Tekstissä olevan merkinnän tulee johdattaa lukija niin, että hän pystyy paikantamaan ja tunnistamaan lähteen (Hirsjärvi ym. 2004, 320). Lähdemerkinnöissä olemme pyrkineet alusta asti järjestelmällisyyteen ja tarkkuuteen.

Tutkimuksen perusvaatimuksina voidaan pitää rehellisyyttä, puolueettomuutta ja tutkimustoimintaa, josta ei aiheudu haittaa vastaajille (Heikkilä 2008, 29). Mielestämme nämä kolme perusvaatimusta täyttyvät tutkimuksessamme. Rehellisyyttä ja puolueettomuutta olemme pyrkineet korostamaan avoimella tutkimusprosessin kuvauksella. Tutkimustuloksien tarkastelu ja johtopäätöksien tekeminen on perustunut tutkimustuloksiin. Vastaajille ei ole aiheutunut haittaa tutkimuksestamme, koska käytimme jo aiemmin kerättyä aineisto ns. sekundaariaineistoa. Lisäksi aineisto koostui täysin anonyymeistä vastauksista.

Kyselylomake, jolla tutkimusaineisto on kerätty täyttää hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkejä (Heikkilä 2008, 48). Kyselylomaketta voidaan pitää selkeänä ja siistinä. Kyselylomake ei ole liian pitkä. Vastausohjeet ovat selkeät. Lomakkeessa on kysytty vain yhtä asiaa kerrallaan. Kysymykset ovat loogisesti ja tutkimuskysymykset ovat numeroitu juoksevasti. Kyselylomakkeessa on ensin tutkimuskysymykset ja vasta lopuksi taustakysymykset. Tämä kysymysten asettelu pyrkii ehkäisemään ilmiötä, jossa tutkittava asettuu tausta- ja henkilötietojen asettamaan rooliin. (Heikkilä 2008, 48-49.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen mahdollistaa vain riittävä ja edustava otos (Heikkilä 2008, 16). Otoksen tulisi olla aina vähintään 50 tilastoyksikköä (Heikkilä 2008, 44). Tämän tutkimuksen tutkimusaineisto koostui (n=71) potilaan vastauksista, jota voidaan pitää riittävänä ja tutkimuksen kannalta luotettavana. Otos kuvaa pienoismallia perusjoukosta (Heikkilä 2008, 33). Otoksen tulee vastata perusjoukkoa kun katsotaan suhdetta tutkittavien suhteen. Tiedot, jotka saadaan otoksesta, tulee pyrkiä yleistykseksi perusjoukosta (Heikkilä 2008, 34).

Kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen oli saatu vain kolme vastausta (n=3). Avoimien kysymyksien heikkous on, että ne voivat houkutella vastaamatta jättämiseen (Heikkilä 2008, 49). Täydensimme näillä avoimen kysymyksen vastauksilla kvantitatiivista tutkimustamme. Vastausten vähäisyyden takia emme tehneet vastauksista sisällönanalyysia, vaan vastaukset on esitetty sellaisinaan tämän tutkimuksen tulokset -osiossa. Vastaukset on huomioitu kokonaisuudessaan tutkimustuloksien tarkastelussa ja johtopäätöksien tekemisessä. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa olevissa avoimissa kysymyksissä saatetaan ohjata vastaajan ajatusten suuntaa (Heikkilä 2008, 49). Kyselylomakkeessa ollut avoin kysymys "Muita huomautuksia tai toivomuksia" on voinut johdatella vastaajaa tai hänen vastauksiinsa. Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena tutkia kohdetta niin laajalti kuin mahdollista (Hirsjärvi ym. 2004, 152). Siinä on tarkoitus löytää asian tärkeys, ei se mitä tutkija määrää (Hirsjärvi ym. 2004, 155).

Tutkimuksen tulisi aina mitata sitä, mitä on ollut tarkoituskin tutkia. Tutkimuksen *validiteetti* tarkoittaa sitä, että onko mitattu sitä mitä ollaan ajateltu mittaavan. Tutkija voi helposti tutkia vääriä asioita, jos tutkimuksella ei ole täsmällisiä ta-

voitteita. Mittaustulokset voivat vääristyä, jos mitattavia käsitteitä ja muuttujia ei määritellä tarkasti. *Validius* tulisi huolehti jo tutkimuksen alkuvaiheessa huolellisella suunnittelulla. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulisi mitata tutkittavia käsitteitä ja niiden tulisi kattaa koko tutkimusongelma. (Heikkilä 2008, 29-30.) Tutkimuksemme *validiteettia* voi heikentää se, ettemme voineet tehdä tutkittavien käsitteiden ja tutkimuskysymystemme pohjalta omaa kyselylomaketta, kysymyksiä ja toteuttaa käytännössä tutkimusaineiston hankintaa, josta olisi voinut luotettavammin tutkia tutkittavia käsitteitä ja ilmiöitä. Valmiin aineiston yhteensovittaminen tutkimuksen kysymyksenasetteluihin voi olla vaikeaa (Heikkilä 2008, 18). Yleensä valmiita aineistoja käytetään oman aineiston vertailutietona (Heikkilä 2008, 18).

Tutkimuksen *reliabiliteetilla* kuvataan tulosten tarkkuutta ja ovatko tulokset satumanvaraisia vai ei. Luotettava tutkimus on toistettavissa samanlaisin tuloksin. Tutkijalta vaaditaan tarkkuutta ja kriittisyyttä koko tutkimuksen ajan. Virheitä voi sattua tutkimuksen monessa eri vaiheessa. Tilasto-ohjelmia käytettäessä on helppo saada lukemattomia tulosteita, mutta tärkein asia on osata tulkita tulosteita oikein. Lisäksi tutkijan on syytä käyttää analyysimenetelmiä, joita hän osaa käyttää hyvin. (Heikkilä 2008, 30.) Olemme pyrkineet koko tutkimusprosessin aikana tarkkuuteen ja kriittisyyteen tutkittavaa aihetta kohtaan. Aineistoa on pyritty käsittelemään mahdollisimman huolellisesti. Tilasto-ohjelmien käyttöön olemme saaneet ohjausta koulumme tilastomenetelmien -kurssin opettajaltamme. Lisäksi olemme pitäytyneet sellaisissa analyysimenetelmissä, jotka me osaamme ja tunnemme hyvin, esimerkiksi frekvenssien ja prosentiosuuksien laskeminen tilasto-ohjelmilla.

Tutkimukseen voi liittyä tutkijan subjektiivisia valintoja esimerkiksi tutkimusmenetelmästä, kysymysten muotoilusta tai analysointimenetelmästä. Tahattomia virheitä voi sattua, mutta tahallinen tulosten vääristely on anteeksiantamatonta. Tutkijan omat poliittiset tai moraaliset vakaumukset eivät saa vaikuttaa tutkimusprosessiin. (Heikkilä 2008, 31.) Mielestämme olemme onnistuneet tutkimusprosessin *objektiivisuudessa*. Tutkittava aihe on yleinen, se ei ole arkaluonteinen tai henkilökohtainen. Tutkittavien henkilöiden suhde tämän tutkimuksen tekijöihin oli

etäinen (kvantitatiivinen tutkimus). Käytimme tutkimuksessamme aiemmin kerättyä kvantitatiivista aineistoa, joka omalta osaltaan ohjasi meitä mitä tutkimus- ja analysointimenetelmää käytämme. Tästä johtuen olemme tehneet normaalia vähemmän subjektiivisia valintoja koko tutkimusprosessin aikana.

Luotettavaan tutkimukseen kuuluu sen *avoimuus*. Tutkimuksessa tulee esittää kaikki oleelliset tutkimustulokset ja johtopäätökset ilman vääristelemättä toimeksiantajan kannalta edullisempaan suuntaan. Tutkimuksessa käytetyt menetelmät ja epätarkkuudet tulee kertoa. Lisäksi tulee huomioida mikä näiden vaikutus on tuloksien yleistettävyyteen. (Heikkilä 2008, 32.) Avoimuus toteutuu mielestämme tutkimuksessa hyvin. Olemme pyrkineet avoimeen tutkimusprosessin kuvaukseen. Tutkimuksessa on kerrottu kaikki tutkimustulokset käytössämme olleesta tutkittavasta aineistosta, jotka on saatu valitulla tutkimus- ja analyysimenetelmällä. Tutkimustulokset on pyritty tuomaan esille sellaisinaan avoimuuden takaamiseksi. Tutkimuksemme mahdollinen epätarkkuus liittyy tutkimuksen *validiteettiin*, joten sillä voi olla vaikutusta heikentävästi tutkimustuloksien yleistettävyyteen.

Tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, että tämän tutkimuksen tekijöillä ei ollut tietoa siitä oliko tutkimusaineistossa kaikkien tutkimukseen osallistuneiden vastaukset vai oliko osa jouduttu hylkäämään tai jätetty jostain muusta syystä pois. Lisäksi tutkimuksen tekijät eivät tienneet kuinka monta kyselylomaketta oli jaettu vastaajille ja mikä oli todellinen vastausprosentti. Näin ollen tutkimukseen vastaamatta jättäneiden osuutta eli katoa ei tiedetä. Lisäksi LEIKO-toimintaan liittyviä tieteellisiä tutkimuksia on vielä vähän, joten tämän tutkimuksen tutkimustuloksia ei ole voitu verrata riittävästi muihin vastaaviin LEIKO-potilaiden potilastyytyväisyyttä ja potilasturvallisuutta koskeviin tutkimuksiin.

### 9.3 Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen perusteella ehdotamme seuraavia jatkotutkimusaiheita:

1. Toteuttaa kyselytutkimus samasta aiheesta, jossa kyselylomake ja lomakkeen kysymykset olisivat kohdennettu tarkemmin potilastyytyväisyyden ja potilasturvallisuuden laajempaan tutkimiseen.
2. Toteuttaa laadullinen tutkimus samasta aiheesta joko haastattelututkimuksena tai kyselytutkimuksena avoimilla kysymyksillä.
3. Toteuttaa uusi kyselytutkimus samasta aiheesta, kun preoperatiivinen poliklinikka on toiminut uusissa tiloissa, esimerkiksi 0,5-1 vuoden jälkeen siirtymisestä uusiin tiloihin.

## LÄHTEET

- Alakousa-Lahtinen, J. 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu – tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.
- Baxter, YC., Dias, MC., Maculevicius, J., Ceconello, I., Cotteleng, B. & Waitzberg, DL. 2005. Economic study in surgical patients of a new model of nutrition therapy integrating hospital and home vs the conventional hospital model. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*. Vol. 29 (1), 96-105.
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Korpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede*. Vol. 20 (3), 122.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7.painos. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Heikkinen A., Wickström C., Launis V. & Leino-Kilpi H. 2005. Yksityisyys hoitosuhteessa. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 60 (36) 3529 - 3531.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 11.painos. Helsinki. Tammi.
- Hurley, C. & McAleavy, J. 2006. Preoperative assessment and intraoperative care planning. *Journal of Perioperative Practice*. Vol. 16 (4), 187-190, 192-194.
- Iivonen, I. 2003. Leikkaukseen kotoa - toiminta Hyvinkään sairaalassa. *Spirium*. Vol. 38 (4) 22.
- Järvi, U. 2008. Kotisohvalta suoraan leikkauspöydälle. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 63 (1-2), 9-11.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa - malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 63 (45), 3887-3891.
- Keränen, J., Soini, E-J., Keränen, U., Ryyänen, O-P. & Hietaniemi, K. 2007. Economic evaluation comparing From Home To Operation same day admission and preoperative admission one day prior to the surgery process: a randomized, controlled trial of laparoscopic cholecystectomy. *Current Medical Research and Opinion*. Vol. 23 (11), 2775-2784.
- Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen V. 2006. Leiko- prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen lääkäri-lehti*. Vol. 61 (36), 3603-3607.
- Keränen, U., Tohmo, H. & Laine, P. 2004. Leikkaukseen kotoa (Leiko) - potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 59 (48), 4742.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin luominen. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen sairaala.

<http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984>

L 30.12.2010/1326. Terveystieteidenlaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 22.7.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326/>

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 11.6.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 16.7.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

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

Leiko-toiminta. 2006. Leiko – toiminta Hyvinkään sairaalassa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hyvinkään sairaanhoitoalue.

Linnajärvi, U. 2010. Perusterveydenhuollon henkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Lund, T., Häfeli, M., Elfering, A., Aebi, M., Freeman, B., Fritzell, P., Consciencia, J., Lamartina, C., Mayer, M. & Boos N. 2007. Mitä selkäleikkauspotilas odottaa leikkaukselta? Suomen Ortopedia ja Traumatologia. Vol. 30 (3), 183.

Mäenpää, H. 2009. Laatupalkittu Hyvinkää on näyttänyt tietä. Suomen Lääkärilehti. Vol. 64 (40), 3352 - 3353.

Niemi-Murola, L. & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuutemme on yhteinen asiamme. Finnanest. Vol. 44 (1), 21-23.

Niskanen, M. & Purhonen, S. 2008. Onko leikkauspotilaan tyytyväisyydellä väliä? Finnanest. Vol. 41 (2), 150-153.

Nummi, V-M. & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Suomen Lääkärilehti. Vol. 67 (1-2), 14-16.

Osastonhoitaja. 2013. Vaasan keskussairaala. Haastattelu 14.2.2013.

Osastonhoitaja. 2012. Vaasan keskussairaala. Haastattelu 23.1.2012.

Palonen, M., Aho, A-L., Koivisto, A-M. & Kaunonen, M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. Hoitotiede. Vol. 24 (2), 114-124.



- Pajunen, P. & Björn, P. 2003. Ohjaus auttaa vähentämään potilaan pelkoa ja ahdistusta. *Spirium*. Vol. 38 (3), 5-6.
- Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Potilasturvallisuusopas. 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian tueksi 2011. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere. Juvenes Print Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Ruuska, T. 2008. Leikkaukseen suoraan kotoa. Mitä kuuluu -henkilöstölehti. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Toukokuu (3), 3.
- Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. 2012. Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. *Tutkiva Hoitotyö*. Vol. 10 (4), 4-13.
- Salminen, E., Knifund, S., Vire, J., Poussa, J. & Soinio, J. 2003. Rintasyöpöpotilaan ja puolison odotukset sairauteen liittyvästä tiedonsaannista. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 58 (44), 4451-1154.
- Scheinin, T. 2006. Fast track -kirurgiaa laadusta tinkimättä. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 61 (6), 545.
- Sjöroos, J. & Takala, H-M. 2012. Leikkaukseen kotoa: leiko -toiminnan vaikutuksia leikkaukspotilaan hoitotyöhön. *Spirium*. Vol. 47 (2), 22-23.
- Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. ETENE julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.7.2012.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Viitattu 29.5.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelmasta. Viitattu 29.5.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2954454&name=DLFE-14904.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2954454&name=DLFE-14904.pdf)
- Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Pro gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Tohmo, H. 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa?. *Finanest*. Vol. 43 (4), 310-311.

Virtanen, H., Johansson, K., Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Rankinen, S. & Salanterä, S. 2007. Kirurgisen potilaan oppimistarpeet: katsaus oppimismittareita arvioiviin mittareihin. *Hoitotiede*. Vol. 19 (1), 45.

Väänänen, M-L. 2003. Preoperatiivinen tapaaminen- anestesiahoitajan ”esilääkekierto”. *Spirium*. Vol. 38 (4), 18-21.

Walker, JA. 2007. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*. Vol. 16 (1), 27-32.

**Hyvä potilas**

Haluamme parantaa poliklinikkamme palvelua. Siksi pyydämme teitä ystävällisesti kertomaan oman näkemyksenne tämänkertaisesta käynnistänne täyttämällä tämän lomakkeen.

Laittakaa rasti mielipidettänne osoittavaan ruutuun (vain yksi rasti kysymystä kohti).

1= erittäin huonosti/ei ollenkaan  
 2= tyydyttävästi  
 3= hyvin  
 4= erinomaisesti  
 0= tarpeeton tällä käynnillä

1. Oliko teillä mahdollisuus vaikuttaa tutkimus- tai käyntiajankohtaan?	1	2	3	4	0
2. Pääsittekö vastaanotolle teille etukäteen ilmoitettuun aikaan?	1	2	3	4	0
3. Jos jouduitte odottamaan pääsyä vastaanotolle, tiedotettiin teille aikataulun viivästymisestä?	1	2	3	4	0
4. Kuinka teitä kohdeltiin?	1	2	3	4	0
5. Miten hyvin teille tiedotettiin tutkimuksista ja niiden tuloksista?	1	2	3	4	0
6. Miten hyvin saitte tietoja sairaudestanne, hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista?	1	2	3	4	0
7. Saitteko tietoja lääkkeistänne ja niiden vaikutuksesta?	1	2	3	4	0
8. Saitteko tietoja sairautenne/oireidenne ennusteesta/oireista?	1	2	3	4	0
9. Käsiteltiin teitä koskevia asioita hienotunteisesti ja luottamuksellisesti?	1	2	3	4	0
10. Vastasiko käyntinne poliklinikalla odotuksianne?	1	2	3	4	0

**Muita kommentteja tai toivomuksia:**

---



---



---

**Taustatekijöitä:**       mies       nainen      ikä:\_\_\_vuotta

**Kävin:**       lääkärin       sairaanhoitajan/toimintaterapeutin/fysioterapeutin/psykologin/sosiaalityöntekijän vastaanotolla

**Tämä oli:**       ensimmäinen käynti       uusintakäynti

**Jatkuuko hoitonne tai tutkimuksenne vielä tällä poliklinikalla:**  
 kyllä       ei       en osaa sanoa

**Saitteko palvelua omalla äidinkielellänne:**       kyllä       ei

**Voit palauttaa lomakkeen poliklinikan kansliaan.  
 Kiitos avustanne!**

**Vänd >**

**Bästa patient**

Vi önskar att ni genom att svara på följande frågor hjälper oss att förbättra servicen på polikliniken.

Ringa in den siffra som bäst motsvarar er åsikt (endast ett kryss/fråga).

1= väldigt dåligt/inte alls  
 2= nöjaktigt  
 3= gott  
 4= utmärkt  
 0= inte väsentligt vid detta besök

1. Hade ni möjligheter att påverka undersöknings- eller mottagningstidpunkten?	1	2	3	4	0
2. Höll mottagningen tidtabellen?	1	2	3	4	0
3. Om den angivna mottagningstiden försköts, blev ni informerad om detta?	1	2	3	4	0
4. Hur blev ni bemött?	1	2	3	4	0
5. Hur väl informerades ni om undersökningarna och resultaten?	1	2	3	4	0
6. Hur väl informerades ni om er sjukdom, behandlingsalternativ och vårdmöjligheter?	1	2	3	4	0
7. Informerades ni om era mediciner och hur de verkar?	1	2	3	4	0
8. Fick ni uppgifter om sjukdomsprognosen/symptomen?	1	2	3	4	0
9. Upplevde ni att uppgifterna som berörde er behandlades finkänsligt och tillitsfullt?	1	2	3	4	0
10. Motsvarade besöket på polikliniken era förväntningar?	1	2	3	4	0

**Övriga kommentarer eller önskemål**


---



---



---

**Bakgrundsfaktorer:**     man         kvinna                      ålder: \_\_\_år

**Vilken mottagning besökte ni:**     läkare     sjukskötare/ergoterapeut/ fysioterapeut/ psykolog/socialarbetare

**Besöket var:**             första besöket             återbesök

**Fortsätter er vård och undersökning ännu på denna poliklinik**  
 ja                               nej             vet ej

**Fick ni service på ert eget modersmål:**     ja             nej

Vänligen returnera blanketten till kansliet innan ni lämnar polikliniken.  
 Tack för ert bidrag!

**Käännä >**