



**LEIKO-TOIMINNAN
KÄYNNISTÄMINEN TAYSIN
KORVA- JA SUUSAIRAUKSIEN
VASTUUALUEELLA**

Maarit Villman

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma
Äkillisesti sairastuneiden hoito

MAARIT VILLMAN:

Leiko-toiminnan käynnistäminen Taysin Korva- ja suusairauksien vastuualueella

Opinnäytetyö 97 sivua, josta liitteitä 21 sivua
Huhtikuu 2013

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin uudistamisohjelman vuoteen 2020 osahankkeen yhtenä konkreettisena tavoitteena on leikkaussalitoiminnan kokonaisuuden uudelleen järjestely. Tällä hetkellä Leikkaukseen kotoa (Leiko) -toimintaa kehitetään nykyisten tila- ja toimintamahdollisuuksien puitteissa ja otetaan asteittain käyttöön. Tavoitteena on kutsupotilaiden leikkausten toteuttaminen pääosin Leiko-periaatteen mukaisesti.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa Leiko-toiminnan käyttöönoton suunnittelussa ja toiminnan aloittamisessa huomioitavia asioita Tampereen yliopistollisen sairaalan korva- ja suusairauksien vastuualueella käynnistettävän toiminnan tueksi. Tutkimuksen tuli vastata Leiko-toiminnan suunnittelu- ja käynnistämisvaiheeseen liittyviin, Leiko-toiminnan toteutukseen sekä arviointiin ja kehittämiseen liittyviin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tavoitteena on helpottaa Leiko-toiminnan sekä uusien tilaratkaisuiden suunnittelua ja käyttöönottoa korva- ja suusairauksien vastuualueella. Lisäksi tavoitteena on mahdollistaa potilaille sujuva ja asiakaslähtöinen hoito hyvin suunnitellun Leiko-toiminnan avulla. Toiminnan uudelleen organisoiminen myötä tavoitteena on hoitoketjun saumattomuus ja samalla toiminnan tehostumisen tuoma taloudellisuus.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla Hyvinkään sairaalan, Keski-Suomen Keskussairaalan ja Hatanpään sairaalan Leiko-yksiköistä sekä Taysin kahdesta erillisestä Leiko-yksiköstä. Haastatteluiden lisäksi aineistoa kerättiin havainnoimalla Leiko-yksiköiden tilaratkaisuita ja toimintaa. Tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Leiko-toiminnan suunnitteluvaihe sisälsi tämän tutkimuksen mukaan benchmarkingia, yhteisten toimintaohjeiden laatimisen, riittävät toiminta- ja tilaresurssit sekä Leiko-potilaan kriteereiden laatimisen. Leiko-toiminnan käynnistäminen puolestaan rakentui yhteistyöstä, moniammatillisuudesta, henkilöstöjohtamisesta sekä henkilöstöresursseista. Leiko-hoitajan työnkuvan sekä Leiko-potilaan hoitoprosessin kuvaaminen sisältyi Leiko-toiminnan toteuttamisvaiheeseen. Leiko-toiminnan arviointi ja kehittäminen sisälsivät potilas- ja henkilöstöpalautteen, Leiko-toiminnan hyödyt ja vaikuttavuuden sekä jatkuvan parantamisen.

Tämän tutkimuksen perusteella Leiko-toiminnan suunnitteluvaihetta voidaan pitää koko toiminnan käynnistämisen perustana. Toiminnan kehittämiseksi tulisi kerätä systemaattista palautetta sekä Leiko-potilailta että henkilöstöltä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyödyksi myös muunlaisen toiminnan kehittämisessä.

Asiasanat: leiko-toiminta, suunnittelu, käynnistäminen, arviointi, kehittäminen

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise
Treatment of Acute Diseases

MAARIT VILLMAN:

Starting The FHTO in Tampere University Hospitals Department of Otolaryngology and Oral Diseases

Master's thesis 97 pages, appendices 21 pages
April 2013

The purpose of this study was to survey the FHTO's in planning and operation start-up issues to be observed for Tampere University Hospitals otology and oral diseases department. The aim of this study was to allow patients a smooth and customer-oriented treatment of a well-planned FHTO process. Re-organization of activities aimed at the seamless of treatment pathway and at the same time the increased efficiency brought about by the economy.

The study was qualitative. The data were collected by interviewing the FHTO units in Hyvinkää Hospital, Central Finland Central Hospital and Hatanpää Hospital and fully two separate FHTO units in Tampere University Hospital. In addition to the interviews data were collected by observing FHTO units premises and activities. The data was analyzed with content analysis.

The results of this study was divided to the FHTO planning phase, start-up phase, implementation phase and the FHTO evaluation and development phase. Results of this study can be utilized for the development of other forms of activity.

Based on this study the FHTO planning phase can be considered as the basis for the start of the whole operation. To develop activities a systematic feedback should be collected from the FHTO patients and staff.

Key words: from home to operation, planning, implementation, evaluation, developing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TAYSIN KORVA- JA SUUSAIRAUKSIEN VASTUUALUE	8
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE	10
4	LEIKO –TOIMINTA OSANA LEIKKAUSPOTILAAN HOITOKETJUA	11
4.1	Leikkauspotilaan hoitoketju ja hoitoprosessi.....	11
4.2	Leiko-potilas	12
4.3	Leiko-prosessi.....	13
4.3.1	Leikkauspäätös	15
4.3.2	Leikkaukseen valmistaminen	15
4.3.3	Leikkauksen aikainen hoitovaihe	17
4.3.4	Leikkauksen jälkeinen hoito.....	18
4.4	Leiko-toiminnan hyödyt ja haasteet	18
4.5	Kirjallisuuskatsaus	21
5	TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	25
5.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	25
5.2	Aineistonkeruumenetelmät	25
5.2.1	Teemahaastattelu	26
5.2.2	Havainnointi	28
5.3	Sisällön analyysimenetelmä	29
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	31
6.1	Kohdeorganisaatioiden kuvaus	31
6.1.1	Hyvinkään sairaala.....	31
6.1.2	Keski-Suomen keskussairaala	32
6.1.3	Hatanpään sairaala	32
6.1.4	Tampereen yliopistollinen sairaala	33
6.2	Kohdejoukon kuvaus.....	33
6.3	Aineiston keruu	34
6.4	Aineiston analysointi vaiheittain.....	37
7	TUTKIMUSTULOKSET	40
7.1	Leiko-toiminnan suunnittelu.....	40
7.1.1	Benchmarking.....	40
7.1.2	Yhteiset toimintaohjeet	41
7.1.3	Toimintaresurssit	42
7.1.4	Tilaresurssit	43
7.1.5	Leiko-potilaan kriteerit	46
7.2	Leiko-toiminnan käynnistäminen	48
7.2.1	Yhteistyö	48

7.2.2	Moniammatillisuus	49
7.2.3	Henkilöstöjohtaminen	49
7.2.4	Henkilöstöresurssi.....	50
7.3	Leiko-toiminnan toteutus.....	51
7.3.1	Leiko-hoitajan työnkuva	52
7.3.2	Leiko-potilaan hoitoprosessi	54
7.4	Leiko-toiminnan arviointi ja kehittäminen	56
7.4.1	Potilas palaute.....	56
7.4.2	Henkilöstö palaute	57
7.4.3	Leiko-toiminnan hyödyt ja vaikuttavuus	60
7.4.4	Jatkuva parantaminen.....	61
7.5	Yhteenveto tuloksista	63
8	POHDINTA	64
8.1	Tutkimuksen eettiset kysymykset	64
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	66
8.3	Tulosten tarkastelu	67
8.4	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset	70
	LÄHTEET	72
	LIITTEET.....	77
	Liite 1. PSHP:n organisaatiokaavio.....	77
	Liite 2. Kirjallisuuskatsaus Leiko-toiminnasta	78
	Liite 3. Kohdeorganisaatioiden tutkimusluvut	81
	Liite 4. Saatekirje haastateltaville	93
	Liite 5. Teemahaastattelun teemat EFQM-arviointialueiden mukaisesti	94
	Liite 6. Haastateltavien suostumuslupakaavake.....	97

1 JOHDANTO

Kirurgisten hoitotyön prosessien kehittäminen on tärkeää, sillä väestön ikärakenteen ennustetaan vuosiin 2020-2030 mennessä kehittyvän niin, että hyvin iäkkäiden ihmisten määrä väestössä kasvaa. Tämä asettaa vaatimuksia vastata väestön terveystarpeisiin toimivilla palveluilla ja hyvällä potilashoidon laadulla. Kirurgisten prosessien parantaminen lisää kykyä tuottaa palveluita tehokkaasti ja laadukkaasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 95-100.)

Alhon ja Torkin (2005) mukaan tulevaisuuden kysyntään vastaaminen vaatii resurssien tehokkaan hyödyntämisen kaikkien sidosryhmien tarpeet huomioiden. Prosessilähtöisellä toiminnan kehittämällä voidaan saavuttaa hyötyjä potilaalle, henkilökunnalle ja sairaanhoitopiirille. Hoitajakson keston lyhentäminen on yksi tapa toiminnan tehostamiseksi. Sairaalaan saapumisen siirtäminen leikkausta edeltävästä päivästä leikkausamuun on helppo keino lyhentää hoitajaksoa. Vain harvoilla potilasryhmillä on esteitä saapumiselle leikkauspäivän aamuna. (Alho & Torkki 2005, 4.)

Leikkaukseen kotoa eli Leiko-toiminta on kehitetty vastaamaan rajallisiin ja niukkoihin terveydenhuollon resursseihin sekä lisääntyneeseen kirurgian kysyntään (Soini, Keränen, Ryyänänen & Keränen 2007, 36). Leiko-toiminta on sairaalan sisääntulomalli postoperatiivista sairaalahoitoa vaativille potilaille ja sillä on alun perin tarkoitettu yhdenmukaista preoperatiivista prosessia, jonka mukaan kaikki preoperatiiviset valmistelut tehdään potilaan kotona. Potilas saapuu vasta leikkauspäivän aamuna sairaalan vastaanottoyksikköön käymättä lainkaan vuodeosastolla ennen toimenpidettä. (Keränen, Tohmo & Soirinsuo 2003, 3559; Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3606; Tohmo 2010, 310.) Teerijoen (2008) tutkimuksen mukaan tämä vastaa potilaista suurimman osan (74%) toivetta sairaalaan saapumisesta ja Leiko-toiminta nousikin kyseisen tutkimuksen mukaan yhdeksi perioperatiivisen hoidon kehittämistarpeeksi.

Leiko-toimintaa on lähdetty muokkaamaan lyhythoitoisten kirurgisten leikkauspotilaiden ja päiväkirurgisten potilaiden hyvien hoitotulosten perusteella (Rowe, Yaffe, Pepler & Dulka 2000, 367-369). Suomessa Leiko-toiminta sai alkunsa vuonna 2000 Hyvinkään sairaalassa, missä sitä varten järjestettiin omat toimitilat potilaan vastaanottamiseen ja siirtymiseen suoraan leikkaussaliin (Keränen, Tohmo & Laine 2004, 4741). Hyvinkään sai-

raalan Leiko-toiminta sai vuonna 2007 Lääkäriliiton laatupalkinnon ja sairaala onkin ollut suunnannäyttäjänä muille suomalaisille sairaaloille (Mäenpää 2009, 3352).

Leiko-prosessin suurimpina etuina on Keräsen ym. (2006) mukaan aiemmin selvitetty asiakastytyväisyyden kasvu ja prosessin huomattavasti selkeämpi rakenne. Leiko-toiminta soveltuu lähes kaikille leikkauspotilaille ja eri erikoisaloille. Siten toimintamallia voidaan toteuttaa kaikenlaisissa sairaaloissa. Sairaaloiden saneeraus- ja uudisrakentamisen yhteydessä asia on erityisen hyvä ottaa huomioon. Leiko-toiminnan avulla voidaan sairaalan henkilöstöresursseja siirtää suhteessa enenevästi postoperatiiviseen toimintaan. (Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3891; Keränen ym. 2006, 3606.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin uudistamisohjelman vuoteen 2020 osahankkeena on Tampereen yliopistollisen sairaalan toimialue kolmen (neuroalojen ja kuntoutuksen, tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä silmä-, korva- ja suusairauksien toimialue) korva- ja suuhanke. Osahankkeen yhtenä konkreettisenä tavoitteena on leikkaussalitoiminnan kokonaisuuden uudelleen järjestely. Tällä hetkellä Leikkauksen kotoa -toimintaa kehitetään nykyisten tila- ja toimintamahdollisuuksien puitteissa ja otetaan asteittain käyttöön. Samalla kehitetään ideaalia Leiko-prosessia, joka integroituu tulevaan leikkaussalien toiminnalliseen suunnitteluun. (Korva- ja suuhanke 2011.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Leiko-toiminnan käyttöönoton suunnittelussa ja toiminnan aloittamisessa huomioitavia asioita Tampereen yliopistollisen sairaalan korva- ja suusairauksien vastuualueella käynnistettävän toiminnan tueksi. Tavoitteena on helpottaa Leiko-toiminnan sekä uusien tilaratkaisuiden suunnittelua ja käyttöönottoa korva- ja suusairauksien vastuualueella että mahdollistaa potilaille sujuva ja asiakaslähtöinen hoito hyvin suunnitellun Leiko-toiminnan avulla. Toiminnan uudelleen organisoinnin myötä tavoitteena on hoitoketjun saumattomuus ja samalla toiminnan tehostumisen tuoma taloudellisuus.

2 TAYSIN KORVA- JA SUUSAIRAUKSIEN VASTUUALUE

Tampereen yliopistollinen sairaalassa (Tays) on seitsemän toimialuetta sekä hallinnon-, sairaanhoidon- ja huollon palvelualueet (liite 1). Jokainen toimialue koostuu kahdesta neljään vastuualueesta sisältäen kaikki lääketieteen erikoisalajat. Palvelualueet tuottavat nimensä mukaisesti palveluita kaikille Taysin toimialueille. Lisäksi palveluita tuottavat Taysin tytäryhteisöt (esim. Fimlab Laboratoriot Oy ja TAYS Sydänkeskus Oy) sekä osakkuusyhteisöt, kuten FinnMedi Oy. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio 2012.)

Taysin toimialue kolme sisältää neuroalojen ja kuntoutuksen, korva- ja suusairauksien, silmäkeskuksen sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien vastuualueen. Korva- ja suusairauksien vastuualueen erikoisaloina ovat korva-, nenä- kurkkutaudit, suu- ja leukakirurgia, kliininen hammashoito, oikomishoito ja foniatria. Vastuualue vastaa erikoisalojensa yliopistosairaalatasoisesta sairaanhoidosta, kuntoutuksesta, opetuksesta ja tutkimuksesta Pirkanmaalla. Myös muiden sairaanhoitopiirien potilaille tuotetaan sovitusti erikoisosaamista edellyttäviä hoitopalveluja. (Korva- ja suusairauksien vastuualue 2012.)

Taysin Korva- ja suusairauksien vastuualueen yksiköitä ovat:

- Korva- ja suusairauksien vuodeosasto SKSO
- Korva-, nenä, ja kurkkutautien poliklinikka PKO
- Suu- ja leukasairauksien poliklinikka PSU
- Kuulokeskus PKU
- Foniatrian poliklinikka PFO
- Korva- ja suusairauksien leikkausosasto Le7

(Korva- ja suusairauksien vastuualue 2012).

Toimialue kolmen toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuosille 2012-2014 painotetaan palveluprosessien sujuvuuden ja tuottavuuden edelleen kehittämistä. Sen yhtenä osana on leikkaustoiminnan uudelleen organisoiminen antamat mahdollisuudet hoitoprosessin kokonaisuuden hallintaan. Tavoitteena on kutsupotilaiden leikkausten toteuttaminen pääosin Leiko-periaatteen mukaisesti. (PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma 2012 – 2014 ja talousarvio 2012.) Toiminnan muutos koskee koko toimialuetta ja näin ollen

jokainen korva- ja suusairauksien vastuualueen yksikkö osallistuu osaltaan muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen.

Tällä hetkellä valtaosa elektiivisistä leikkauspotilaista tulee leikkauspäivän aamuna vuodeosastolle, jossa hoitaja vastaanottaa heidät, ohjaa vaihtamaan vaatteet sekä tarkistaa, että potilas on noudattanut esikäynnillä saamiaan ohjeita leikkaukseen valmistautumisesta. Tämän jälkeen hoitaja saattaa potilaan leikkausosastolle ja raportoi tiedot anestesiahoitajalle. Tarkoituksenmukaisempaa leikkauspotilaan prosessin sujuvuuden kannalta olisi kuitenkin potilaiden tuleminen kotoa suoraan leikkausosastolle. (Johtoryhmä 2012.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, KYSYMYKSET JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Leiko-toiminnan käynnistämässä huomioitavia asioita Tampereen yliopistollisen sairaalan korva- ja suusairauksien vastualueella aloitettavan toiminnan tueksi.

Tutkimuksessa vastataan seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä asioita on huomioitava Leiko-toiminnan suunnitteluvaiheessa?
2. Mitä asioita on huomioitava Leiko-toiminnan käynnistämävaiheessa?
3. Miten Leiko-toimintaa toteutetaan?
4. Miten Leiko-toimintaa arvioidaan ja kehitetään?

Tutkimuksen tavoitteena on helpottaa Leiko-toiminnan sekä uusien tilaratkaisuiden suunnittelua ja käyttöönottoa Taysin korva- ja suusairauksien vastualueella. Lisäksi tavoitteena on mahdollistaa potilaille sujuva ja asiakaslähtöinen hoito hyvin suunnitellun Leiko-toiminnan avulla. Toiminnan uudelleen organisoinnin myötä tavoitteena on hoitoketjun saumattomuus ja samalla toiminnan tehostumisen tuoma taloudellisuus.

4 LEIKO –TOIMINTA OSANA LEIKKAUSPOTILAAN HOITOKETJUA

4.1 Leikkauspotilaan hoitoketju ja hoitoprosessi

Stakesin sanastojen määritelmän mukaan hoitoketju tarkoittaa saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutuvaa hoitoprosessien kokonaisuutta. Hoitoketju nimitystä käytetään terveydenhuollossa yleensä vain, kun siihen kuuluu ainoastaan terveydenhuollon toimia. (Stakesin sanastojen termit 2012.)

Pirkanmaalaisen asiantuntijajoukon määritelmä puolestaan painottaa hoitoketjun olevan työkalu, jonka avulla kehittämiskohteet, yhteistyö ja työnjako määritellään. Se sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnat ylittävät hoitoon liittyvät suunnitelmalliset ja yksilölliset toimet. Hoitoketjun kuvataan olevan prosessi, joka alkaa palvelutarpeesta ja kun palvelun tarve loppuu, hoitoketjuun liittyvät toiminnot päättyvät. (Nordback, Salo, Holmberg-Marttila, Päivä, Liimatainen, Porkkala & Kaila 2010, 1549-1550.) Tässä tutkimuksessa hoitoketju sisältää toiminnot potilaalle tehdystä leikkauspäätöksestä tehdyn toimenpiteen jälkeiseen kotiutukseen

Hoitoketjun päämääränä on potilaan hoidon laadukkuus ja sujuvuus yli organisaatorajojen sekä tarkoituksenmukaisempi hoito potilaan näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä, uudistaa terveydenhuollon toimintaa sekä tukea asiakaslähtöisyyttä. Hoitoketjun tavoitteena on myös välttää päällekkäistä toimintaa sekä lisätä yhteistyötä ja yhteistyön kehittämistä. (Holmberg-Marttila, Länsipuro & Kuusisto 2012.) Nämä samat tavoitteet mainitaan Leiko-toiminnan kehittämisen syiksi sekä myös Leiko-toimintaa kuvaavien tutkimusten tuloksissa (kts. Keränen ym. 2003; Keränen ym. 2006).

Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjuja tarkastelevan tutkimuksen tulosten mukaan eniten ongelmia syntyy hoito- ja palveluketjujen rajapinnoilla. Organisaatio- ja ammattikuntarajat ylittävän yhteistyön merkitys korostuu koko prosessin ajan, jotta potilas pystyisi luottamaan henkilökunnan ammattitaitoon. Ammattitaitoista henkilökuntaa pidetään tärkeimpänä laatutekijänä terveydenhuollossa, vaikka fyysisen toimintaympäristönkin merkitys toiminnan laadun kannalta on suuri. Korkean ammattitai-

don omaavaa henkilökuntaa tulisi olla sopivassa suhteessa tehtäviin nähden. (Fordell 2002, 102-103.)

Hoitoprosessi on hoitotapahtumien muodostama suunnitelmallinen toimintasarja. Sitä käytetään ajattelumallina hoito-ongelman määrittelyssä, hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Nordback ym. 2010, 1549-1550.) Mattilan (2010) tutkimuksen mukaan hyvät hoitotulokset perustuvat hoitoprosessien sujuvuuteen ja potilaiden toimintakyvyn arviointiin ennen toimenpidettä (Mattila 2010, 40-43). Prosessiajattelun avulla mahdollistuu olemassa olevien organisaation toimintojen kehittäminen tietoisesti entistä asiakaslähtöisempään suuntaan (Virtanen & Wennberg 2005, 14).

Hoitoprosessin kokonaisuuden kannalta on Torkin (2004) mukaan pidettävä mielessä se, että palvelu ja laadun merkitys ei saa unohtua toimintaa tehostettaessa. Samalla on otettava huomioon asiakastyytyväisyys, joten kehittämisen lähtökohta on oltava aina asiakkaan tarve ja sen tyydyttäminen mahdollisimman hyvin, eli asiakaslähtöisyys. (Torkki 2004, 3.)

Leikkauspotilaan hoitoprosessi on kokonaisuudessaan pitkäkestoinen ja monivaiheinen. Se sisältää leikkausta edeltävän (preoperatiivisen) hoitovaiheen, mikä voi tapahtua potilaan kotona, poliklinikalla tai vuodeosastolla. Leikkauksenaikainen (intraoperatiivinen) hoitovaihe toteutetaan aina leikkausosastolla. Leikkauksen jälkeinen (postoperatiivinen) hoito tapahtuu heräämössä, vuodeosastolla, poliklinikalla ja siihen kuuluu myös toipumisvaihe kotona. (Laitila 2006, 28.)

4.2 Leiko-potilas

Potilaan soveltuvuus Leiko-potilaaksi arvioidaan hoidonvaraustietojen perusteella. Oleellisia seikkoja arvioissa ovat mm. potilaan anestesiaan vaikuttavat muut sairaudet sekä potilaan sosiaalinen ja psyykkinen tila, joka vaikuttaa potilaan kykyyn ymmärtää annettuja toimintaohjeita. (Keränen ym. 2003, 3559.)

Keränen ym. (2008) mukaan Leiko-toiminta soveltuu lähes kaikille leikkauspotilaille ja eri erikoisaloille. Hyvinkään sairaalassa yli 90% leikkauspotilaista (sisältäen ns. vihreän linjan päivystykset) voidaan ottaa toimenpiteeseen suoraan kotoa. Hyvinkään sairaalas-

sa leikataan plastiikkakirurgisia, ortopedisia, gastrokirurgisia, urologisia, käsikirurgisia, lastenkirurgisia ja yleiskirurgisia potilaita. Lisäksi siellä tehdään gynekologisia sekä korva- nenä- ja kurkkutautien leikkauksia. Leiko-yksikön kautta saapuvat sekä päiväkirurgiset potilaat että postoperatiivisesti kirurgiselle vuodeosastolle tai tehostetun valvonnan yksikköön siirtyvät potilaat. (Keränen ym. 2008, 3887-3891; Laakso & Tohmo 2009, 63.)

Hyvinkään sairaalassa lastenkirurgian ja obstetriikan erikoisalojen potilaat tulevat pääsääntöisesti aina osaston kautta. Lisäksi tietyt potilasryhmät (kuvio 1) jäävät kokonaan Leiko-toiminnan ulkopuolelle. Marevan-lääkityspotilaat vaativat aina yksilöllisen arvi- on soveltavuudestaan Leiko-potilaaksi. Esimerkiksi Marevan-potilaat, joille tehtävissä leikkauksissa vuotoriski selvästi kasvaa liian matalan TT-SPA/INR:n seurauksena, jäävät Leiko-toiminnan ulkopuolelle. Tutkimusten mukaan kuitenkin myös syöpäpotilaille on etu saapua sairaalaan vasta toimenpideaamuna. Hyvinkään sairaalassa vuonna 2007 operatiivista syöpäpotilaista 73% tuli sairaalaan Leiko-prosessin kautta. (Keränen ym. 2003, 3561; Keränen ym. 2008, 3891.)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -Insuliinidiabeetikot -Vaikean sydän- ja keuhko-oireiston omaavat potilaat -Hyvin iäkkäät, esim. yli 80-vuotiaat (tapauskohtaisesti voidaan neuvotella) -Fyysisesti ja henkisesti vajaakuntoiset (apuvälineitä käyttävät, kehitysvammaiset jne) -Sosiaalisesti hyvin ongelmaiset -Suolistovalmisteluja vaativat iäkkäät potilaat -Pääsääntöisesti kaikki Marevan-lääkityspotilaat -Mitraali- ja aorttaläppäpotilaat, joilla leikkauksesta huolimatta TT-SPA/INR-arvojen on oltava mahdollisimman lähellä hoitotasoa |
|--|

Kuvio 1. Leiko-toiminnan ulkopuolelle jäävät potilasryhmät (Keränen ym. 2003, 3561)

4.3 Leiko-prosessi

Leiko-prosessissa integroidaan useiden lääketieteen erikoisalojen ja eri ammattiryhmien (lääkärit, leikkaussalisairaanhoitajat, preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajat, vastaanoton sairaanhoitajat, hoidonvaraajat, sihteerit) työpanos. Se korostaa yhteistyön merkitystä. Useiden eri alojen ja ammattiryhmien osaaminen ja kokemus voidaan näin

kohdistaa tehokkaasti potilaaseen ja potilaan hoidettavaan ongelmaan. Perättäisten tai rinnakkaisten tehtävien sijasta moniammatillinen yhteistyö (interdisciplinary) tai yhteis-
ammattillinen (transdisciplinary) toiminta korostuu potilaan eduksi. (Tohmo 2010, 310-311.)

Elorannan ja Kuuselan (2011) tutkimus jakaa moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytykset yhteistyörakenteisiin ja yhteistyöprosesseihin. Yhteistyön onnistuminen edellyttää yhteistä työskentelymallia tukevaa johtamiskulttuuria, uudenlaisia taitoja ja valmiuksia työntekijöiltä sekä selkeää työnjakoa. Onnistunut yhteistyö vahvistaa työntekijän omaa asiantuntijuuden kasvua sekä synnyttää yhteistä asiantuntijuutta. Tutkimustuloksiin perustuen moniammatillisen yhteistyön osapuolien tulisi sopia entistä selkeämmin yhteisestä päämäärästä ja työnjaosta.

Leiko-prosessin sujuvuuden varmistamiseksi on tärkeää, että kaikki hoitoon osallistuvat sitoutuvat yhteisiin menettelytapoihin (Keränen ym. 2003, 3562). Fordellin (2002) mukaan selkeä työnjako ja yhteistyö eri ammattikuntien välillä ovat edellytys asiakasläh-
töiselle, turvalliselle ja tehokkaasti toimivalle terveydenhuollolle. Olennainen osa tulok-
sellista ja tehokasta kirurgisen potilaan hoitoa on leikkauspotilaan hoito- ja palveluket-
jun sujuvuus. (Fordell 2002, 10, 22.)

Tutkimustulosten mukaan Leiko-prosessi on tehokkuudeltaan ylivoimainen. Se on to-
dettu keskimäärin halvemmaksi ja vaikuttavammaksi perinteiseen vuodeosaston kautta
kulkevaan asiakasprosessiin nähden. Lisäksi Leiko-toiminnalla voi olla myönteinen
vaikutus sekä kliinisiin arvoihin että elämänlaatuun. (Keränen ym. 2006; Keränen, Soi-
ni, Ryyänen, Hietaniemi & Keränen 2007.) Huolellisesti suunnitellulla leikkausta
edeltävällä prosessilla voidaan välttyä viime hetken yllätyksiltä tai leikkausten peruun-
tumisilta (Alho & Torkki 2005, 65).

Leiko-toiminta muuttaa leikkausta edeltäviä toimenpiteitä, mutta leikkauksiin ja niitä
seuraavaan toipumiseen sillä ei ole vaikutusta. Tästä syystä tämän tutkimuksen teoret-
tisissa lähtökohdissa keskitytään pääosin potilaan preoperatiiviseen hoitovaiheeseen.
Preoperatiivisessa potilaan hoidossa korostuvat potilastietojen kerääminen, leikkausta ja
anestesiaa edeltävät tutkimukset sekä potilaan ohjaus (Fordell 2002, 25).

4.3.1 Leikkauspäätös

Lähtökohtana Leiko-prosessille on potilaan leikkausaiheen varmistaminen jo poliklinikalla tai läheteen perusteella (Keränen ym. 2008, 3888). Oksasen, Mattilan ja Hynysen (2008) mukaan leikkauspäätöstä tehdessään leikkaavalle lääkärille kuuluu arvio leikkauksen vaikutuksesta potilaan sairauteen. Potilaan hoitoon liittyvät riskit pitää tunnistaa ja arvioida hoidon alkuvaiheessa. Usein jo yksinkertaisilla kysymyksillä ja kliinisen statuksen tekemisellä saadaan karkea arvio leikkauskelpoisuudesta. (Oksanen, Mattila & Hynynen 2008, 797, 801.)

Keräsen ym. (2008) mukaan leikkausaikaa varattaessa tulee huomioida potilaan aikaisemmat sairaudet, nykyinen tilanne ja sairauksien edellyttämät tutkimukset. Mikäli potilas on ollut leikkausjonossa jo kauan, häntä kehoitetaan hakeutumaan omalääkärille perusterveydenhuoltoon lääkärintarkastukseen. Siellä tarkistetaan potilaan anestesiaan vaikuttavat sairaudet sekä potilaan psyykinen ja sosiaalinen tila, jotka vaikuttavat potilaan tai omaisen kykyyn ymmärtää ja toteuttaa annetut ohjeet. (Keränen ym. 2008, 3888.)

Leikkaukseen liittyvän informaation potilaat saavat poliklinikalla leikkauspäätöksen yhteydessä, missä heitä myös ohjeistetaan Leiko-käytännöstä. Potilaille annetaan aina kirjallinen ohje, joka sisältää mm. tiedot leikkauksen aamuna otettavista lääkkeistä. Alasen (2002) tutkimuksen mukaan potilaat pitävät hyvin tärkeänä tiedonsaantia ennen sairaalahoito ja yksilöllisen tiedonsaannin turvaaminen edellyttää käytettävissä olevien tiedonsaantikeinojen monipuolista käyttöä. Leikkausta edeltävät tutkimukset (laboratorionäytteet ja röntgenkuvaukset) pyritään ottamaan perusterveydenhuollon puolella, josta tiedot saadaan sairaalaan. (Keränen ym. 2006, 3603; Keränen ym. 2008, 3888.)

4.3.2 Leikkaukseen valmistaminen

Hoidon turvallisuuden varmistamiseksi osa potilaista ohjataan preoperatiiviselle anestesiapoliklinikalle 1-4 viikkoa ennen suunniteltua toimenpidettä. Tarkoituksena on seuloa potilaat, joilla on korkea riski komplikaatioihin. Hyvinkään sairaalassa noin neljännes potilaista käy preoperatiivisesti anestesiaosaston vastaanotolla. Keski-Suomen Keskussairaalan Leiko-potilaista anestesiakonsultaatiota tarvitsee prosentuaalisesti hie-

man harvempi (noin 15-20%) potilas. Sinne mennessään potilaat ovat esivalmisteltu sairaanhoitajan vastaanotolla sekä kaikki laboratorio- ja röntgentutkimusten tulokset ovat jo käytettävissä. (Elomaa 2012; Keränen ym. 2008, 3888.)

Preoperatiiviselle käynnille potilaat seuloutuvat sovitun protokollan mukaan sekä Käypä hoito –suositusta mukaellen. Esimerkiksi kaikki laparotomiaan, syöpälaparoskopiaan tai totaaliendoproteesileikkaukseen tulevat potilaat, joilla on lieväkin sydän- tai keuhkosairaus tai ikää yli 65-vuotta ja jokin lääkitystä vaativa perussairaus, saavat kutsun leikkausta edeltävälle käynnille. Keränen ym. (2008) mukaan myös potilaan huono suorituskyky, liikalihavuus, päihdeongelma tai aikaisemmat anestesian aikaiset ongelmat ovat aiheita anestesiapoliklinikkakäynnille. Potilas saa myös itse halutessaan ajan poliklinikalle. (Keränen ym. 2008, 3888; Laakso & Tohmo 2009, 64.)

Preoperatiivisella poliklinikalla anestesia lääkäri tutkii potilaan, tekee leikkauskelpoisuusarvion ja anestesia suunnitelman. Potilaan voinnin ja sairauksien mukaan hän pyytää tarvittaessa lisätutkimuksia tai tekee konsultaatiopyynnön toisen erikoisalan lääkärille, esimerkiksi keuhkolääkärille. Preoperatiivisella poliklinikalla myös toimenpidelääkäri tapaa potilaan, jos se on tarpeen. (Leiko-toiminta 2006, 31-32.) Mikäli potilaalla ei ole tarvetta preoperatiiviselle käynnille, hoidetaan potilasohjaus ja muut tarvittavat asiat puhelimitse. Tässä vaiheessa on tärkeää myös valmistella potilaan kotiutusta. Mikäli potilas asennoituu tiettyyn hoitojakson pituuteen, on kotiuttaminen helpompaa. (Alho & Torkki 2005, 67.)

Potilas tekee leikkaukseen valmistautumisen kotona itsenäisesti, jolloin hänelle jää Rauhasalon (2003) mukaan suurempi vastuu kuin perinteisessä leikkauspotilaan valmistautumisessa. Potilaan tuleekin olla kykenevä noudattamaan annettuja ohjeita ja hoitohenkilökunnan tulee osata arvioida potilaan kyky toimia itsenäisesti. Kotona tehtäviä valmisteluita ovat esimerkiksi ihon hoito ja mahdollinen suolen tyhjennys. (Keränen ym. 2006, 3603; Keränen ym. 2008, 3888; Rauhasalo 2003, 61-120.)

Leikkausta edeltävän päivän yhteydenotto potilaaseen koettiin Keränen ym. (2003, 3562) mukaan erittäin tärkeänä. Tuolloin varmistetaan potilaalle sairaalaan saapumisaika. Samalla potilasta muistutetaan toimenpidettä edeltävästä ruokailuun ja nesteytykseen liittyvästä ohjeistuksesta sekä muista leikkausta varten tehtävistä valmisteluista. Soiton yhteydessä hoitaja ohjeistaa potilasta ottamaan omat lääkkeensä aamulla anes-

tesialääkärin antamien ohjeiden mukaan. Potilasta pyydetään ottamaan omista lääkkeitään ainakin astmalääkkeet, silmätipat ja insuliinikynät mukaan sairaalaan. Myös reseptit ja mahdolliset apuvälineet pyydetään tuomaan mukana. Leikkausta edeltävä soitto antaa myös potilaalle mahdollisuuden tarkistaa saamiaan ohjeita. (Keränen ym. 2006, 3604; Keränen ym. 2008, 3889; Leiko-toiminta 2006, 34.)

Leiko-toimintamallissa potilaat saapuvat leikkauspäivän aamuna suoraan leikkaussalin vieressä olevaan vastaanottoyksikköön ja tutkimusten mukaan potilaat haluavatkin pääsääntöisesti pysyä kotona mahdollisimman pitkään ennen leikkausta. Leiko-yksikköön saavuttuaan potilaan henkilötiedot tarkistetaan sisäänkirjauksen yhteydessä ja heidät ohjataan vaihtamaan leikkausvaatteet. Tämän jälkeen sairaanhoitaja vielä tarkistaa potilaan tuoman esitietolomakkeen ja tekee loput tarvittavat leikkausvalmistelut (esimerkiksi ihokarvojen poisto). Potilaalle laitetaan tarvittaessa perifeerinen kanyyli suonensisäistä neste- ja lääkehoitoa varten. (Keränen ym. 2004, 4739; Keränen ym. 2006, 3603; Teerijoki 2012.)

Leikkausvalmisteluiden jälkeen potilas tapaa leikkaavan lääkärin ja tarvittaessa anestesiologin. Hän saa anestesia­lääkärin määräämät esilääkkeet noin puoli tuntia ennen leikkaussaliin menoa. Leikkausvalmisteluiden ollessa valmiit, potilas odottaa leikkaukseen pääsyä Leiko-yksikön odotustilassa. (Keränen ym. 2004, 4739; Keränen ym. 2006, 3603; Keränen ym. 2008, 3888.)

4.3.3 Leikkauksen aikainen hoitovaihe

Leikkaustiimin hoitaja lukee potilaan tiedot asiakirjoista ja tarvittaessa neuvottelee Leiko-yksikön hoitajan kanssa. Potilaat pääsääntöisesti kävelevät itse leikkaussaliin leikkaustiimin hoitajien saattamana huolimatta mahdollisesta esilääkityksestä ja potilaat ovat tutkimusten mukaan tähän hyvin tyytyväisiä. Jos potilaan vointi vaatii, voidaan hänet viedä leikkaussaliin myös pyörätuolilla tai vuoteella. (Keränen ym. 2004, 4739; Keränen ym. 2006, 3603; Leiko-toiminta 2006, 41.) Varsinaiseen toimenpiteeseen tai siihen liittyvään välineistöön Leiko-toimintamalli ei vaikuta.

4.3.4 Leikkauksen jälkeinen hoito

Potilaan postoperatiivinen hoito vastaa tavanomaista osastohoitoa (Keränen ym. 2003, 3563) eli potilas siirtyy leikkauksen jälkeen heräämööseen tarkkailuun ja sieltä jatkohoittoon vuodeosastolle anestesiaalääkärin päätöksen mukaisesti. Tehostetun valvonnan yksikköön siirtyvät sellaiset potilaat, jotka vaativat tehostettua postoperatiivista hoitoa. (Leiko-toiminta 2006, 41.) Päiväkirurginen potilas kotiutuu 12 tunnin kuluessa toimenpiteestä ja tällöin hoitoprosessista jää vuodeosastohoito kokonaan pois (Tuominen 2012).

Potilaan ollessa heräämössä hän kokee nopean siirtymän leikkauksen aikaisen anestesian vaikutuksesta elintoimintojen palautumiseen. Komplikaatoriski on heräämövaiheessa muita vaiheita korkeampi ja siksi potilaan tarkka seuranta on tärkeää. Heräämössä keskitytään potilaan elintoimintojen ja tajunnan tason palautumisen seurantaan ja hoitoon. Vuodeosastolle siirron tulee olla turvallinen ja oikein ajoitettu. Liian nopea siirto vuodeosastolle siirtää myös heräämisvaiheeseen liittyvät mahdolliset riskit komplikaatioista sinne. (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 4-5.)

Vuodeosastolla varaudutaan potilaan tuloon tehdyn toimenpiteen vaatimalla tavalla. Potilaille varataan sängyt varustettuna infuusiotelineellä, laidoilla ja tarvittaessa muilla apuvälineillä (esim. virtsapussiteline). Vuodeosaston hoitaja hakee potilaan heräämöstä sairaanhoitajan soiton perusteella. Osastolla potilaan tarkkailu- ja hoitoprosessi etenee toimenpiteen ja potilaan tarpeiden vaatimalla tavalla. Toimenpiteen tehnyt lääkäri määrää potilaan jatkohoidon ja kotiutuksen. (Leiko-toiminta 2006, 43-45.)

4.4 Leiko-toiminnan hyödyt ja haasteet

Leiko-toiminta edellyttää potilaiden tehokasta ohjausta, toimitilojen soveltuvuutta ja toimijoiden sitoutumista prosessiin (Keränen ym. 2006, 3606). Toimintakäytäntöjen muuttuminen etupainotteisemmaksi vaatii kaikilta toimijoilta yhteistyötä ja oikein ajoitettua potilasohjausta. Leiko-toiminnalla saadaan selkiytettyä työn tekemistä ja potilas saa oikean hoidon oikeaan aikaan oikeassa paikassa. (Teerijoki 2012.)

Leiko-prosessi sitoo 73% vähemmän sairaalan henkilökunnan aikaresursseja kuin kirurgian osaston toiminta (Keränen ym. 2006) ja tutkimustulosten mukaan Leiko-mallia voidaan hyödyntää useimpien potilaiden operatiivisessa hoidossa. Leiko-prosessiin siirtymisellä ei ole ollut negatiivisia vaikutuksia toimenpiteiden tuloksiin ja siitä hyötyvät myös suuren riskin potilaat. (Keränen ym. 2008; Keränen & Keränen 2011.)

Leiko-toiminta yhdenmukaistaa toimintatapoja ja toiminnasta tulee ennakoitavampaa sekä potilaskeskeisempää aikaisempaan verrattuna. Niin potilaat kuin koko hoitohenkilökunta ovat tyytyväisiä uudistettuun toimintatapaan. (Tohmo 2010, 310-311.) Keränen ym. (2004) tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista (80%) suosittelisi muillekin hoitoon tuloa Leiko-toiminnan kautta.

Itsessään Leiko-toiminta ei lisää leikkausvolyymia, koska siihen vaikuttaa merkittävästi potilasmateriaalin vaikeutuminen ja operatiivisten menetelmien muutokset. (Tohmo 2010, 311.) Laisin (2012) tutkimuksen mukaan leikkausten peruuntumisprosentti Leiko-prosessissa oli 4,5 ja peruuntumisista yli 70% johtui potilaslähtöisistä syistä.

Leiko-yksikön sijoittaminen leikkaussalien yhteyteen vähentää sekä potilaiden että henkilökunnan turhaa ajankäyttöä paikasta toiseen siirtymiseen (Keränen ym. 2006, 3606). Preoperatiivinen valmistelu Leiko-yksikössä vapauttaa vuodeosastolta hoitopaikan postoperatiivisille potilaille ja näin myös vuodeosaston hoitajan tekemä hoitotyö suuntautuu pääosin potilaan postoperatiiviseen hoitoon, kun leikkaukseen tulevat potilaat eivät rasita vuodeosaston henkilökuntaa. (Laakso & Tohmo 2009, 63.) Tämä helpottaa myös toiminnan hallittavuutta, kun vuodeosastolla ei tarvitse huolehtia hoitoprosessin eri vaiheissa olevista potilaista (Keränen ym 2006, 3605).

Leiko-toiminta vaatii potilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön hallintaa. Työ edellyttää potilaan erilaisten hoitopolkujen tuntemista, kirurgisen potilaan hoitotyön hallintaa sekä vähintään leikkaussalitoiminnan perusteiden tuntemista. Olennaisia osaamisvaatimuksia ovat myös vuorovaikutustaidot, kyky toimia suunnitelmallisesti myös kiireen keskellä sekä halu ja kyky kehittää uutta toimintaa. (Teerijoki 2012.)

Operatiivisen toiminnan haasteina toiminnan muutoksessa olivat Keränen (2005) mukaan olemassa olevien resurssien uusjako ja toimintamuotojen tehostaminen. Myös väestön vanheneminen, kirurgisten toimenpiteiden vaikeusasteen lisääntyminen, poliklii-

nisen toiminnan vahvistaminen ja henkilökuntaresurssit koettiin haasteiksi toimintatavan muutoksessa.

Fordellin (2002) tutkimuksen mukaan leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun saumattomuudessa ongelmia esiintyy prosessien rajapintojen kohdalla. Viiveitä aiheuttaa pääasiassa odottamisen, yhteistyön tai tiedonkulun ongelmien vuoksi. Tutkimuksessa todetaan leikkausosaston henkilökunnan joutuvan odottamaan potilaita vuodeosastolta melko usein. Leikkausosastolla joudutaan odottamaan eniten päivän ensimmäisiä potilaita, vaikka näille potilaille on tuloaika yleensä jo annettu etukäteen.

Leiko-toiminnalla saadaan vähennettyä viime hetken peruutuksia ja suunnitelmanmuutoksia (Teerijoki 2012). Lisäksi se tehostaa leikkauspotilaan kulkua sairaalassa ja poistaa potilaiden odotusajan vuodeosastolta. Tutkimusten mukaan Leiko-toiminta poistaa myös hoitajien suorittamia päällekkäisiä työtehtäviä sekä säästää aikaa potilaiden kuljetamisista. Potilasnäkökulmasta porrastettu saapuminen sairaalaan vähentää toimenpiteeseen pääsyn odotusaikaa. (Järvi 2008, 9; Keränen ym. 2006, 3604.)

Leiko-toiminta lyhentää hoitoaikoja, mutta on todettu myös infektioiden vähenevän, kun potilas ei kontaminoidu sairaalan mikrobeilla ennen leikkausta (Erämies & Kuurne 2010). Leikkaussalien ajankäytöstä on tullut tehokkaampaa potilaiden saapuessa nopeammin leikkaussaliin Leiko-yksikön kautta. Myös yhteistyön on todettu olevan helpompaa leikkaussalien ja Leiko-yksikön välillä verrattuna vuodeosastojen ja leikkausosastojen väliseen kommunikointiin. Lisäksi hoidon laatu ja potilastyytyväisyys on parantunut Leiko-toimintaan siirryttyä. (Teerijoki 2012.) Laisin (2012) mukaan Leikokäytäntö tuotti myös enemmän laatupainotettuja elinvuosia kuin perinteinen vuodeosaston prosessi.

Prosessimuutos yhtenäiseen Leiko-prosessiin ei vaikuta potilaiden leikkauksen jälkeisiin komplikaatioihin. Leiko-prosessi osoittautui kustannustehokkaaksi toimintamalliksi ja siihen siirtyminen laajemmin Suomessa tuottaisi merkittävää säästöä leikkaustoimintaan. (Laisi 2012.)

4.5 Kirjallisuuskatsaus

Leiko-toiminnasta on vain vähän tutkimustietoa, koska se on vielä melko uusi toimintamalli Suomessa. Myöskään Euroopan Unionin alueelta ei vastaavaa julkisen terveydenhuollon toimintaa löydy (Keränen ym. 2006, 3603). Tähän tutkimukseen on Leiko-toimintaan liittyviä aikaisempia tutkimuksia (Liite 2) haettu sähköisistä tietokannoista ja näistä haku kohdistettiin niihin terveysalan tietokantoihin, joista oletuksena oli saada relevanttia tietoa.

Perushaku tehtiin maaliskuussa 2012 seuraaviin tietokantoihin: Medic, Cochrane, PubMed ja Cinahl. Keskeisimmät hakusanat tässä kirjallisuuskatsauksessa olivat: ”Leiko”, ”Leikkaukseen kotoa”, ”FHTO” ja ”From Home To Operation”. Englanninkieliset västineet löytyivät useasta Leikkaukseen kotoa -toimintaan liittyvästä tutkimuksesta ja artikkelista. Niiden oletettiin olevan kansainvälisesti käytetyt termit kyseisestä toimintamallista. Samoja käännöksiä on käytetty myös muissa opinnäytetöissä, mitkä aiheesta on tehty.

Hakua päivitettiin vielä neljä kertaa samoihin tietokantoihin maaliskuun ja toukokuun 2012 välillä, mutta hakutulokset olivat jokaisella kerralla samat. Yhdellä hakukerralla käytettävissä oli myös koulun informaation apu. Hän ehdotti tuolloin erilaisia hakusanoja tai -termejä, mutta niilläkään ei sopivia tutkimuksia löytynyt. Koska haut eivät tuottaneet kovinkaan paljoa viitteitä, ne kaikki päädyttiin käymään läpi otsikko- ja tiivistelmätasolla. Eri tietokannoista hakeminen tuotti osittain samoja tuloksia ja siksi aineisto jäi niukaksi. Käytetyt tietokannat, hakusanat ja tulokset näkyvät taulukossa 1.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsauksen haut, osumat ja aineistoon valitut tutkimukset

TIETOKANTA	HAKUSANAT (joista osumia)	OSUMAT	AINEISTOON VALITUT TUTKIMUKSET
Medic:	Leikkaukseen kotoa	6	2
	Leiko	2 uutta osumaa	1
Cochrane:	From Home To Operation	1	1
PubMed:	FTHO	1 uusi osuma	1
Cinahl:	Leiko	1	0
YHTEENSÄ		11	5

Aineiston sisäänottokriteereinä olivat seuraavat kriteerit:

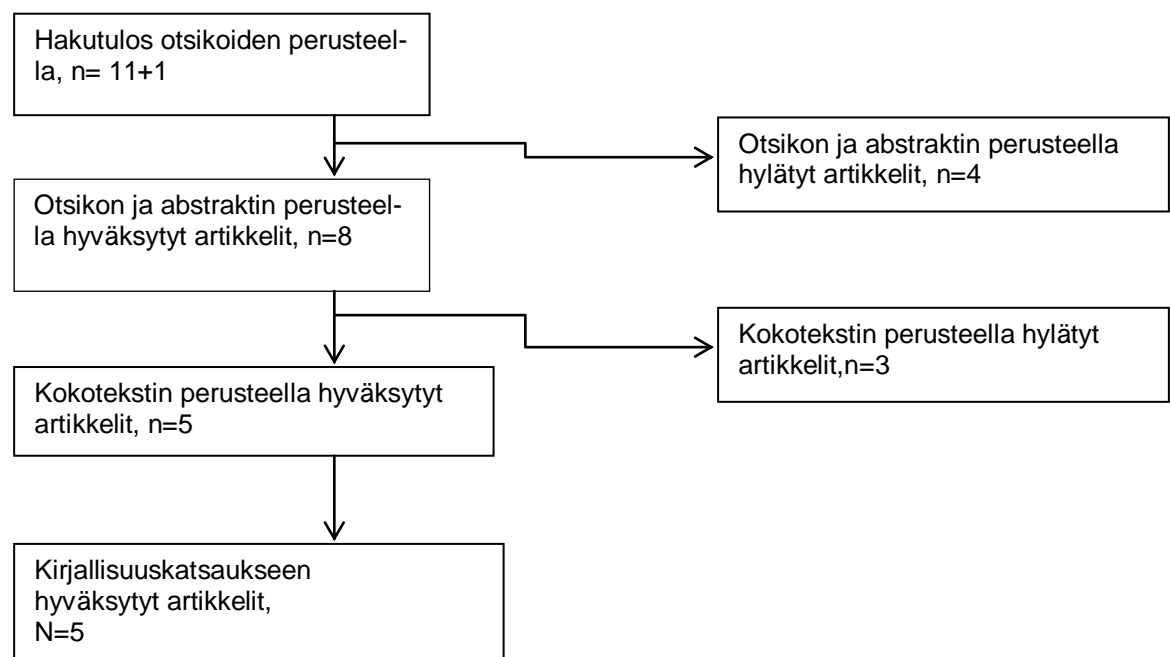
- 1) Kansalliset ja kansainväliset tutkimukset (YAMK, pro gradu -tutkielmat, lisensiaattitutkimukset, väitöskirjat) ja tieteelliset artikkelit (tiedejulkaisut)
- 2) Julkaisukieli: suomi ja englanti
- 3) Kaikki tutkimusmenetelmät hyväksytään
- 4) Ei aikarajausta
- 5) Käsiterajaus: Leikkaukseen kotoa=From Home To Operation
- 6) Tutkimus tai artikkeli saatavana kokotekstinä

Poissulkukriteereinä olivat seuraavat kriteerit:

- 1) Ei suomen- tai englanninkielinen julkaisu
- 2) AMK-opinnäytetyöt, ei tieteellinen artikkeli
- 3) Tutkimus tai artikkeli ei saatavana kokotekstinä

Kirjallisuuskatsaus tuotti tutkimuksen aineistoksi yhteensä 11 artikkelia, jotka kaikki olivat kotimaisia. Aineistoa läpikäydessä tarkasteltiin katsauksen mukaan valittujen artikkeleiden lähdeluetteloita, jotta löydettäisiin mahdolliset viitetietokantojen ulkopuolelle jääneet tutkimukset. Se tuotti yhden kotimaisen artikkelin lisää aineistoon.

Aineistoksi valitut 12 artikkelia käytiin kaikki läpi tiivistelmätasolla. Artikkeleista hylättiin asetetun kriteeristön perusteella neljä artikkelia, jotka eivät olleet tutkimuksia tai tieteellisiä artikkeleita. Seuraavassa vaiheessa artikkelit luettiin kokonaan läpi ja niistä hylättiin kolme artikkelia, koska ne eivät vastanneet lainkaan tutkimuskysymyksiin sisällöllisesti. Tämän jälkeen jäljelle jäi viisi artikkelia, jotka hyväksyttiin kirjallisuuskatsauksen lopulliseksi aineistoksi (N=5). Aineisto sisältää artikkeleita tutkimuksista, mutta niiden alkuperäistutkimusten jäljittäminen todettiin mahdottomaksi ilman suoraa yhteydenottoa tutkijoihin. Tähän ei ryhdytty aikaresurssin vuoksi. Aineiston keruuprosessi on kuvattuna kuviossa 2.



Kuvio 2. Kirjallisuuskatsauksen aineistonkeruun eteneminen

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valittujen tutkimusten (N=5) näytön astetta arvioitiin Suomen Sairaanhoidajaliiton (2004) ohjeistuksen ja luokittelun mukaisesti. Luokitus sisältää neljä luokkaa (I-IV), joista luokka I on vahvin näytön asteen luokka. Näytön asteen arvioinnissa pyrittiin yhdenmukaisuuteen ja selkeyteen. Aineistoksi valitut tutkimukset ovat kaikki kvantitatiivisia, mikä lisää näytön asteen vahvuutta. Tutkimuksista yksi oli satunnaistettu kontrollitutkimus, mikä edustaa luotettavinta ja vahvinta tutkimusnäyttöä (I). Muissa neljässä tutkimuksessa ei myöskään aineiston hankinnassa tehty valikointia tai asetettu valintakriteereitä. Tähän katsaukseen valittu aineisto edustaa kohdalaista tutkimusnäyttöä (II).

Tutkimustiedon laadun arvioinnissa käytettiin apuna Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin -hankkeessa kehitettyjä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen arviointikriteereitä (Suomen Sairaanhoidajaliitto 2004). Siinä arvioitiin tutkimuksen yleiskuvaus sisältäen tutkimuksen taustan ja tarkoituksen, tutkimusasetelman, kohderyhmän, aineistonkeruu- ja analyysimenetelmän, luotettavuuden ja eettisyyden sekä tulokset. Lisäksi arvioitiin tulosten tulkinta, tutkimuksen kliininen merkitys ja tulosten soveltuvuus. Kyseiset kohdat arvioitiin kolmiportaisella arviointiasteella: korkeatasoinen, keskinkertainen tai huono.

Laadun arvioinnin luotettavuutta heikensi se, että käytettävissä ei ollut alkuperäisiä tutkimuksia ja tutkimusartikkelit sisälsivät osin puutteellisesti arvioitavia asioita. Puutteet eivät kuitenkaan olleet niin merkittäviä, että tutkimuksia olisi sen vuoksi pitänyt hylätä lopullisesta aineistosta. Laatua arvioi lisäksi vain yksi arvioija, kun suosituksena on kaksi tai useampi toisistaan riippumaton arvioija. Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimusten laatu arvioitiin kokonaisuudessaan keskinkertaiseksi.

5 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Lähtökohtana kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle on todellisen elämän kuvaaminen, jossa todellisuus on moninaista. Mielenkiinnon kohteena on tutkittava ilmiö tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta. Koko laadullisen tutkimuksen kirjolle yhteistä on elämismaailman tutkiminen, minkä keskiössä ovat merkitykset, jotka ilmenevät mitä moninaisimmin tavoin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161-164; Kylmä & Juvakka 2007, 23-24; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.)

Laadullisen tutkimuksen tärkein tavoite on inhimillisen ymmärryksen lisääminen. Tarkoituksena on ilmiön merkityksen tai tarkoituksen selvittäminen sekä kokonaisvaltaisen ja syvemmän käsityksen saaminen tutkittavasta ilmiöstä. Tutkijan pyrkimyksenä on paljastaa ilmiöstä odottamattomia seikkoja, jolloin aineistoa tarkastellaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti. Usein tämä tarkoittaa tilan antamista tutkittavien henkilöiden näkökulmille ja kokemuksille sekä perehtymistä tutkittavaan ilmiöön liittyviin ajatuksiin, kokemuksiin, tunteisiin ja vaikuttimiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 161-164; Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 23; Syrjäläinen, Eronen & Värri 2007, 7-10.)

5.2 Aineistonkeruumenetelmät

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on kerätä mahdollisimman rikas aineisto tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimustulokset ovat kiinteästi yhteydessä käytettyyn menetelmään ja menetelmän käyttäjään. Laadullisen tutkimuksen yleisimpinä aineistonkeruumenetelminä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssien mukaan menetelmiä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisina, rinnakkain tai eri tavoin yhdistettynä. (Kylmä & Juvakka 2007, 22-31; Tuomi & Sarajärvi 2006, 19, 73.)

Tutkimusmenetelmien tai tiedonlähteiden yhdistämisestä käytetään nimitystä triangulaatio. Useamman tutkimusmenetelmän käytöllä samaa ilmiötä tarkastellaan useasta eri

suunnasta. Tällä voidaan lisätä laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. (Metsämuuronen 2008, 60; Tuomi & Sarajärvi 2006, 140-141.) Tässä tutkimuksessa käytettiin varsinaisena tutkimusaineiston keruumenetelmänä teemahaastattelua. Sen lisäksi tutkija halusi lisätä tietämystään aiheesta havainnoin avulla.

5.2.1 Teemahaastattelu

Haastattelu on yksi tiedonhankinnan perusmuoto ja sen etuna on joustavuus. Haastattelu sopii erinomaisesti tutkimusmenetelmäksi, kun kysymyksessä on vähän kartoitettu alue. Tutkijan on voi olla vaikea etukäteen tietää vastausten suuntia ja haastattelemalla hänellä on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmaisuja sekä käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Se koetaan metodina yleensä eri osapuolista miellyttävänä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34-35.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistokeruumenetelmänä teemahaastattelua eli puoli-strukturoitua haastattelua, mikä on Tuomen & Sarajärven (2006) mukaan avoimuudessaan lähellä syvähaastattelua. Teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja, merkityksiä sekä sitä, miten ne syntyvät vuorovaikutuksessa. Pyrkimyksenä on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun mukaisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48; Tuomi & Sarajärvi 2006, 77-78.)

Haastattelukysymykset voi esittää siinä järjestyksessä kuin katsoo aiheelliseksi kussakin haastattelutilanteessa. Tärkeintä on saada mahdollisimman paljon tietoa aiheesta. Etuna on myös se, että haastateltaviksi voidaan valita henkilöt, joilla on tietoa tai kokemusta tutkittavasta aiheesta. Heikkoutena on puolestaan siihen kuluva aika. Haastattelun tuloksiin sisältyy aina tulkintaa sen konteksti- ja tilannesidonnaisuuden lisäksi. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 11-12; Tuomi & Sarajärvi 2006, 75-76.)

Teemahaastattelussa tutkija on alustavasti selvittänyt tutkittavan ilmiön kokonaisuutta ja päätenyt tiettyihin oletuksiin määräävien piirteiden mukaan, mistä hän kehittää haastattelurungon (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47). Haastattelussa edetään etukäteen valittujen tiettyjen teemojen mukaan ja tukeudutaan teemoihin liittyviin tarkentaviin kysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2006, 77-78). Valittujen teema-alueiden tulisi olla niin väljä, että tutkittava ilmiön moninaisuus paljastuisi mahdollisimman hyvin. Teemojen pohjalta

haastattelua voidaan jatkaa ja syventää niin pitkälle kuin tutkimusintressit edellyttävät ja haastateltava sen sallii. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 67.)

Tässä tutkimuksessa haastattelun teemat rakennettiin Euroopan laatupalkintomallin (EFQM-mallin) arviointialueiden mukaan. EFQM -mallia käytetään toiminnan arviointi- ja kehittämistyökaluna sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Tämä mallin käyttö antaa hyvät mahdollisuudet organisaatiolle toimintansa ja tuloksensa vertaamiselle muiden sektorien toimijoiden kanssa. Tyypillisesti laatupalkintomallia käytetään itsearvioinnin toteuttamisen välineenä, organisaation vahvuuksien ja kehittämiskohteiden tunnistamiseen tai benchmarkkauksen viitekehyksenä. (EFQM 2012.)

Haastattelun käytännössä toteuttamiselle on monia tapoja. Yksilö- ja ryhmähaastattelut tuottavat erilaista tietoa. Ryhmähaastattelussa keskustellaan tutkimuksen kohteena olevista asioista yhdessä ja osanottajat kommentoivat melko spontaanisti asioita. Haastattelija puhuu samanaikaisesti kaikille haastateltaville, mutta kysyy välillä kysymyksiä myös yksittäisiltä ryhmän jäseniltä. Parihaastattelut ja niin sanotut täsmäryhmähaastattelut lukeutuvat ryhmähaastatteluiden alalajeiksi. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61.)

Täsmäryhmähaastattelussa ryhmän jäsenet ovat tarkasti valittu ja he ovat usein alan asiantuntijoita. Haastateltavien määrä riippuu siitä, millaista tutkimustietoa tavoitellaan. Kovin suurta ryhmää ei ole mielekästä valita, koska tällöin keskustelun tallentaminen on vaikeaa ja suuri määrä haastateltavia voi toimia keskustelun innoituksen sijaan sen tyrehdyttäjänä. Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa esimerkiksi teemahaastattelurungon avulla, jolloin haastattelija pyrkii innoittamaan kaikkia ryhmän jäseniä monipuoliseen keskusteluun ja huolehtii, että kaikki teemat käydään läpi. Tavoitteena on vapaamuotoinen keskustelu. (Eskola & Suoranta 2000, 96-97; Hirsjärvi & Hurme 2009, 62.)

Ryhmähaastattelulla saadaan nopeasti tietoa useilta henkilöiltä samanaikaisesti. Ryhmän jäsenet voivat auttaa toisiaan muistamaan jotain, mitä yksin haastattelussa oltaessa ei välttämättä tulisi mieleen ja puhuminen saattaa olla rennompaa kuin yksilöhaastattelussa vieraan haastattelijan kanssa. Ongelmana ryhmähaastattelussa voi olla aikataulun yhteen sovittaminen sekä keskustelun nauhoittaminen, sillä ihmiset puhuvat usein toistensa päälle, jolloin äänestä on vaikeaa saada selvää. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 63; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006c.)

Haastattelupaikan valintaan vaikuttaa moni asia, esimerkiksi käytettävissä olevat resurssit ja tutkittava ilmiö. Haastattelupaikan tulisi olla rauhallinen ja haastateltaville turvallinen, sillä teemahaastattelu edellyttää hyvää kontaktia haastateltavaan. Kommunikoinnin tulisi olla mahdollisimman häiriötöntä eikä esimerkiksi töitään hoitavien henkilöiden liikuskelun pitäisi olla häiriöksi. Haastattelun ajallinen kesto vaihtelee suuresti, mutta keskimääräinen haastattelu-aika on Hirsjärven ja Hurmeen (2009) mukaan 1,5-2 tuntia. Haastattelijan ajankäytön vaihtelu johtuu sekä haastattelijasta että haastateltavasta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 73-74.)

Haastattelun nauhoittaminen antaa mahdollisuuden palata tilanteeseen uudelleen, jolloin se toimii muistin apuna ja samalla tulkintojen tarkastamisen välineenä. Nauhoittaminen antaa myös mahdollisuuden haastattelun tarkempaan raportointiin. Ryhmähaastatteluisissa on mietittävä mikrofoniin määrä ja sijainti, jotta nauhan kuuluvuus on hyvä litterointia varten. Nauhoitetut aineistot on muutettava kirjoitettuun muotoon analyysia varten. Litteroinnin tarkkuus riippuu tutkimuskysymyksistä ja käytetystä tutkimusmetodista. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 14-16.) Tässä tutkimuksessa on käytetty karkeaa litterointitapaa ja vain sillä on merkitystä, mitä varsinaisesti on sanottu eli ei niinkään sanojen painotuksilla tai tauoilla.

5.2.2 Havainnointi

Havainnointi eli observointi on huolellista ja tarkkaa havainnointia tutkimuskohteesta. Sitä käytetään tutkimusmenetelmänä joko itsenäisesti tai esimerkiksi haastattelun lisänä ja tukena. Tutkimushavainnointi on tutkijan huomion suuntautumista koko tutkimuskohteeseen sekä on kokonaisvaltaista ja tietoista ilmiön aistimista suhteessa ilmenemispaikkaan. Tutkia voidaan esimerkiksi vuorovaikutusta tai tilanteita, jotka muuttuvat nopeasti tai ovat vaikeasti ennakoitavissa. Sen avulla saadaan välitöntä ja suoraa informaatiota yksilön, ryhmien ja organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Havainnot voivat kohdistua tapahtumiin, käyttäytymiseen tai fyysisiin kohteisiin. Myös eleet, ilmeet, asennot, liikehdintä jne. ovat havainnoinnin kohteena. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a; Vilka 2006, 8-9.)

Havainnointi voi olla joko ennalta tarkasti suunniteltua, jäsenneltä havainnointia tai hyvin vapaata ja tutkittavan kohteen toimintaan mukautunutta. Vapaa eli osallistuva

havainnointi on tyypillistä laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen kohteena voi olla tällöin esimerkiksi sosiaalinen vuorovaikutus. Kun havainnointi kohdistetaan tiettyihin tapahtumiin, tilanteisiin tai asioihin, puhutaan kohdistetusta havainnoinnista. Sitä voi suunnata teoreettinen viitekehys, muut tutkimuksessa käytetyt metodit ja lähestymistavat sekä tutkimusresurssit. Käytettävässä tekniikassa on myös variaatiota: se voi olla systemaattista ja standardoitua (erittäin pitkälle strukturoitua ja jäsenneiltyä, yksityiskoh- taista) tai ei-systemaattista (strukturoimatonta, joustavaa ja väljää). (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a; Vilka 2006, 40, 44.)

Kuten tässäkin tutkimuksessa, strukturoimatonta havainnointia käytetään Vilkan (2006) mukaan, kun halutaan mahdollisimman paljon ja monipuolista ennakkotietoa asiasta. Tällöin hyödynnetään tutkittavan ilmiön teoriaa, koska havainnointia ei voida luokitella etukäteen. Teorian avulla tehdään ennakko-oletuksia siitä, mitä ilmiössä tulee tapahtumaan ja sen mukaan rekisteröidään havainnoidut seikat. Tekniikasta riippumatta tulee havainnoinnin tavoitteet määrittää ja tarkentaa. Saadakseen tarkan käsityksen siitä, mitä tutkijan havainnot todellisuudessa kertovat, hänellä on oltava asiasta paljon sellais- ta taustatietoa, mitä itse havainto ei suoraan osoita. Tutkijan tulee ymmärtää, miten edustava hänen havaitsemansa asia on itse ilmiöön nähden. Tästä syystä havainnointi vaatii paljon ennakkovalmisteluita ja syventymistä tutkittavaan ilmiöön. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a; Vilka 2006, 40.)

5.3 Sisällön analyysimenetelmä

Sisällönanalyysia pidetään joustavana tekstimuodossa olevan tutkimusaineiston ana- lyysikeinona. Menetelmän avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityk- siä, seurauksia ja yhteyksiä. Tutkimusaineistoa voidaan sen avulla systemaattisesti jär- jestellä ja kuvata. Tavoitteena on tuottaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä aineiston avulla. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21-24; Kylmä ym. 2008, 24.)

Sisällönanalyysi voi olla joko deduktiivista eli teorialähtöistä tai induktiivista eli aineis- tolähtöistä. Jako perustuu tulkintaan tutkimuksessa käytetyn päättelyn logiikasta. (Tuo- mi & Sarajärvi 2006, 95.) Tässä tutkimuksessa käytetään aineistolähtöistä analyysia, minkä luokittelu Kylmän ym. (2008) mukaan perustuu olemassa olevien teoreettisten

lähtökohtien asemesta aineistosta nouseviin havaintoihin ja induktiiviseen päättelyyn, jota ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu. (Kylmä ym. 2008, 24.)

Ennen analyysiprosessin aloittamista on tärkeää tehdä analyysiyksikön tai merkitysyksikön määrittäminen. Analyysiyksikkö voi olla sana, lausuma eli ajatusteema, lause tai osa lauseesta tai ajatuksellinen kokonaisuus ja ne toimivat pelkistämisen pohjana. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24-37.) Sisällönanalyysiprosessissa aineiston kokonaisuuden hahmottaminen on tärkeää ja vaatii usein useimpia aineiston lukukertoja. Siten tutkija voi myöhemmin sijoittaa analyysissa irrotettavat aineiston elementit laajempaan kontekstiin. (Kylmä ym. 2008, 24-25.)

Aineiston yksityiskohtainen analyysi sisältää pelkistämisen, ryhmittelyn ja käsitteellistämisen eli abstrahoinnin. Aineiston pelkistämisen vaiheessa aineistolle esitetään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä ja merkitykselliset ilmaisut tiivistetään niiden olennainen sisältö säilyttäen. Pyrkimyksenä on tiivistää alkuperäinen ilmaisu niin, ettei sitä toisteta suoraan. Liian aikaiseen abstrahointiin ei kuitenkaan kannata pyrkiä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 39; Kylmä 2008, 24-25.)

Pelkistämisen jälkeen samaa tarkoittavat asiat ryhmitellään omiin luokkiin eli kategorioihin, joille annetaan nimet. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmauksien eroja ja yhtäläisyyksiä. Analyysia jatketaan muodostamalla samansisältöisistä luokista yläkategorioita. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24-37; Kylmä ym. 2008, 25.)

Ryhmittelyyn liittyy jo jonkin verran abstrahointia eli käsitteellistämistä. Siinä yleiskäsitteiden avulla muodostetaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja sitä jatketaan kategorioiden yhdistämisellä niin kauan kuin se sisällöllisesti on mielekästä. Näin ryhmitellen ja käsitteellistäen tutkija saa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan alkuperäiseen tutkimusaineistoon samalla muodostaen uutta teoriaa. (Kylmä ym. 2008, 25; Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7; Tuomi & Sarajärvi 2006, 114-115.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kohdeorganisaatioiden kuvaus

Sairaalakohtaisesti Leiko-toimintaa toteutetaan hieman eri tavoin. Siihen vaikuttavat sairaalan tilat ja tarpeet (Keränen ym. 2008, 3887-3889). Tästä syystä tässä tutkimuksessa oli tarkoituksenaani haastatella hieman toisistaan poikkeavien sairaaloiden Leiko-yksiköiden työntekijöitä. Tarkoituksena oli saada mahdollisimman kattava ja monipuolinen kuva Leiko-toiminnan suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Haastattelukohteiksi valikoituivat Hyvinkään sairaala, Keski-Suomen keskussairaala, Hatanpään sairaala sekä Taysin Sairaanhoidon palvelualueella toimivat kaksi erillistä Leiko-yksikköä.

6.1.1 Hyvinkään sairaala

Hyvinkään sairaala kuuluu Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen, mikä on yksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) viidestä sairaanhoitoalueesta. Hyvinkään sairaalassa on 238 sairaansijaa ja sairaalassa toimivat erikoisalajat ovat anestesiologia ja tehohoito, fysiatria, keuhkosairaudet, kirurgia, kliininen fysiologia, kliininen neurofysiologia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, lastentaudit, lastenneurologia, lastenpsykiatria, naintaudit ja synnytykset, neurologia, patologia, radiologia, sisätaudit ja yleissairaalapsykiatria. (Hyvinkään sairaala 2012.)

Hyvinkään sairaala on aloittanut ensimmäisenä Suomessa Leiko-toiminnan ja ehtinyt näin ollen pisimpään keräämään kokemuksia Leiko-prosessin toimivuudesta. Hyvinkäällä Leiko-toiminta on aloitettu vuonna 2000 ja kuusi vuotta myöhemmin sairaala sai toimintaa varten uudet Leiko-yksikön tilat, jotka ovat ensimmäiset laatuaan Suomessa. Hyvinkäällä noin 90% potilaista saapuu leikkaukseen Leiko-yksikön kautta. (Keränen ym. 2008.)

Hyvinkään sairaalassa Leiko-toiminnan kehittämisen moniammatillisessa projektiryhmässä oli mukana Hyvinkään sairaanhoitoalueen ja sen peruskuntien asiantuntijoita, jotka osallistuvat leikkauspotilaan pre- ja postoperatiiviseen hoitoon. Perustana projektille oli preoperatiivisten toimintojen suorittaminen uudella tavalla ja toiminnassa hu-

mioitiin koko sairaalan leikkaustoiminnan organisointi. Leiko-prosessin sujuvuuden varmistamiseksi todettiin tärkeäksi kaikkien toimintaan osallistuvien sitoutuminen yhteisiin menettelytapoihin. (Keränen ym. 2003, 3561-3563.)

6.1.2 Keski-Suomen keskussairaala

Keski-Suomen keskussairaala kuuluu Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin ja sijaitsee Jyväskylässä. Leiko-toiminta kuuluu anestesian ja leikkaushoidon vastuualueen alaisuuteen. Sairaalassa on kolme leikkausosastoa ja yhteensä 22 leikkaussalia. Leiko-toiminnan pilotointi on aloitettu vuonna 2007. Toiminta laajeni porrastetusti ja siitä tuli vakiintunut käytäntö vuonna 2011. (Anestesia ja leikkaustoiminta 2012; Teerijoki 2012.)

Potilaista valtaosa (85%) saapuu elektiiviseen toimenpiteeseen leikkauspäivän aamuna. Erikoisaloista Leiko-toiminnan piiriin Keski-Suomen keskussairaalassa kuuluvat urologia, yleiskirurgia, gynekologia, plastiikkakirurgia, thorax- ja verisuonikirurgia, gastrokirurgia, ortopedia, traumatologia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, suu- ja leukakirurgia sekä elektiiviset sectiot. (Teerijoki 2012.)

6.1.3 Hatanpään sairaala

Hatanpään sairaala on Tampereen kaupungin oman erikoissairaanhoidon yksikkö ja siellä on yhteensä 368 sairaansijaa (Hatanpään sairaala 2012). Leiko-toiminta on Hatanpään sairaalassa alkanut vuonna 2009. Tutkimukseni aineistonkeruun aikana Leiko-toimintaa toteutettiin vuodeosastojen kautta ja Leiko-yksiköt sijaitsivat kolmen eri vuodeosaston yhteydessä.

Elokuussa 2012 Hatanpään sairaalaan avattiin uusi Leiko24 –yksikkö, minkä kautta kaikki leikkauspotilaat saapuvat sairaalaan. Yksikkö ei hoida jatkohoitopotilaita, mutta siellä hoidetaan 24 tunnin sisällä leikkauksesta koituvat potilaat. Uusi yksikkö ja toimintamalli ovat Hatanpään sairaalan vastaus Tampereen kaupunginhallituksen edellyttämiin palveluiden rakenteellisiin muutoksiin talouden tasapainottamiseksi. (Ranta, Liimatainen & Lisma 2012.)

6.1.4 Tampereen yliopistollinen sairaala

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Tays) Leiko-toiminnan pilotointi aloitettiin helmikuussa 2011 Sairaanhoidon palvelualueella sekä kirurgian leikkausosastolla (Le6) että naistentautien leikkausosastolla (Le4), mitkä ovat toiminnallisesti eri yksiköitä (Virtanen 2011). Leiko-toiminnan suunnittelu alkoi kirurgian leikkausosastolla, mutta suunnittelu laajeni nopealla aikataululla myös naistentautien leikkausosastolle.

Pilottivaihe koski kirurgian leikkausosastolla vain verisuonikirurgisia ja urologisia potilaita, jotka täyttivät Leiko-kriteerit. Toiminta laajeni asteittain huhtikuussa 2011. Tuolloin Leiko-toimintaan kuului potilaita myös gastrokirurgian, yleiskirurgian, ortopedian ja traumatologian, käsikirurgian sekä plastiikkakirurgian erikoisaloilta. (Virtanen 2011.) Myös naistentautien leikkausosastolla Leiko-toiminnan pilotointi aloitettiin muutamalla leikkauspotilasryhmällä, mutta toiminta laajeni myös siellä asteittain.

6.2 Kohdejoukon kuvaus

Haastatteluihin osallistuneita oli yhteensä 15 ja he olivat kaikki naisia. Heidän ikäkaumansa oli 27-58 vuotta, jolloin keskiarvoksi tulee 42 vuotta. Kaikki haastateltavat (N=15) olivat pohjakoulutukseltaan sairaanhoitajia. Ammattinimikkeikseen he ilmoittivat olevansa sairaanhoitajia, apulaisosastonhoitajia, osastonhoitajia sekä ylihoitajia. Osa heistä ilmoitti kaksi ammattinimikettä, joita olivat sairaanhoitaja ja hoidonsuunnittelija tai sairaanhoitaja ja koordinaattori tai apulaisosastonhoitaja ja projektipäällikkö.

Haastateltavista suurimmalla osalla oli hoitoalan työkokemusta yli 10 vuotta. Kokemus Leiko-toiminnan suunnittelusta, käynnistämisestä, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä oli haastateltavien keskuudessa vankkaa. Yksi haastateltavista ei vastannut lainkaan kysymykseen osallistumisestaan Leiko-toimintaan. Haastateltavien taustatiedoista löytyy yhteenveto taulukosta 2.

Taulukko 2. Haastateltavien taustatiedot

TAUSTATIETO		MUUTTUJA (N=15)	
Ikä		keskiarvo 42v	
Ammattinimikeet		sh, aoh, oh, yh	
		n	%
Hoitoalan työkokemusta	0-5v	1	7
	6-10v	0	0
	yli 10v	14	93
Ollut mukana Leiko-toiminnan suunnittelussa		10	67
käynnistämässä		10	67
toteuttamisessa		14	93
arvioinnissa		8	53
kehittämisessä		9	60

6.3 Aineiston keruu

Aineiston keruuta varten otin yhteyttä kunkin Leiko-yksikön osastonhoitajaan sähköpostitse saatuani asianmukaisen tutkimusluvan (liite 3) kyseisestä sairaalasta. Tutkimuslupa-asioiden selvittelyssä meni aikaa, koska jokaisessa organisaatiossa oli oma tutkimuslupahakemus ja menettelytavat. Lisäksi kesälomakausi viivytti jonkin verran aineiston keruuta. Hyvinkään sairaalan Leiko-yksikön osastonhoitajaan olin yhteydessä ensimmäisenä ja jo hyvissä ajoin keväällä 2012 sekä uudestaan tutkimusluvan saatuani. Hatanpään sairaalan, Keski-Suomen keskussairaalan ja Taysin Leiko-yksiköiden esimiehiin otin yhteyttä tutkimuslupien saannin jälkeen sopiakseni haastatteluiden ajankohdat. Tutkimuslupien saannin ja haastatteluiden ajankohdat näkyvät taulukosta 3.

Taulukko 3. Kohdeorganisaatioiden tutkimuslupien ja haastatteluiden ajankohdat

KODHEORGANISAATIO	TUTKIMUSLUVAN SAAN- NIN AJANKOHTA	HAASTATTELUN AJANKOHTA
Hyvinkään sairaala	21.6.2012	17.8.2012
Hatanpään sairaala	15.6.2012	19.6.2012
Keski-Suomen Keskussai- raala	4.7.2012	20.8.2012
Tays kirurgian leikkaus- osasto (Le6)	21.6.2012	28.6.2012
Tays naistentautien leikka- usosasto (Le4)	21.6.2012	27.8.2012

Haastateltaville lähetin tiedoksiantona tutkimuksesta saatekirjeen (liite 4) ja haastattelun rungon etukäteen, jotta he pystyivät valmistautumaan haastatteluun. Haastattelut tein EFQM:n arviointialueiden pohjalta muodostetuista teemoista (liite 5). Teemojen alle rakensin apukysymyksiä tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset huomioiden. EFQM:n arviointialueiden käyttäminen teemoina toimi hyvänä viitekehystenä haastatteluille sekä tuki tarkoitustani saada mahdollisimman kattava ja monipuolinen kuva Leiko-toiminnan suunnittelemisesta sen toteutus- ja arviointivaiheeseen asti.

Tarkoitukseni oli saada yhden Leiko-yksikön haastattelut toteutettua yhden päivän aikana. Haastateltavat saivat kuitenkin mahdollisuuden vaikuttaa haastattelumuotoon eli siihen toteutettiin haastattelu yksilö- vai ryhmähaastatteluna. Käytännön aikataulujen sovittaminen yhteen määritteli pitkälti sen, että haastattelut toteutettiin lopulta ryhmähaastatteluina jokaisessa yksikössä. Taysin kaksi erillistä Leiko-yksikköä haastattelin erikseen, koska toiminta niissä on jonkin verran erilaista. Näin ollen haastatteluita oli yhteensä viisi. Haastattelut suoritettiin 19.6.-27.8.2012 välisenä aikana (taulukko 3).

Haastatteluryhmät koostuivat 2-4 henkilöstä ja haastatteluun kului keskimäärin 1,5 tuntia/haastattelu. Aluksi kävin läpi haastateltaville etukäteen lähettämäni tiedotteen tutkimuksestani ja lyhyesti haastattelun teemat. Korostin haastattelutilanteen alussa vielä tutkimuksen vapaaehtoisuutta, luottamuksellisuutta ja osallistujien anonymiteettiä. Sen

jälkeen kaikki haastateltavat allekirjoittivat suostumuksensa (liite 6) osallistua opinnäyteyöhön ja haastattelun nauhoittamiseen.

Haastatteluiden ilmapiiri oli vapautunut. Joitakin haastattelukysymyksiä pidettiin vaikeina, jolloin tarkensin kysymyksen muotoa. Haastattelukysymykset koettiin yleisesti hyvinä. Kahdessa haastattelutilanteessa haastateltavat alkoivat pohtia oman yksikkönsä Leiko-toiminnan kehittämiskohteita ja tekivät siinä hetkessä suunnitelmia toiminnan parantamiseksi. Tutkijalle haastattelut olivat mielenkiintoisia kokemuksia ja varmasti myös hyviä oppimistilanteita kaikille osapuolille.

Jokaisen haastattelutilanteen jälkeen kirjoitin ajatuksia ja tunnelmia ylös tutkimuspäiväkirjaani, mihin saatoin palata tutkimusprosessin edetessä. Haastattelut nauhoitin ääninauhurilla. Nauhurin kasettien vaihtamisesta kerroin etukäteen eikä se oikeastaan haastatteluita häirinytkään. Haastattelutilanteessa yritin sijoittaa nauhurin aina keskeiselle paikalle, jotta kaikkien äänet kuuluisivat selkeästi.

Aineiston litteroinnin teki eräs Taysin osastosihteeri, jolla on useamman vuoden kokemus saneluiden kirjoittamisesta. Puhtaaksikirjoittamisen jälkeen kävin vielä kaikki tekstit läpi samalla haastattelunauhoja kuunnellen. Näin varmistin sen, että nauhat ja teksti olivat varmasti yhtenevät eikä haastateltavien sanomiset olleet muuttuneet. Jonkin verran jouduin korjaamaan kirjoitettua tekstiä, jotta siitä tuli yhtenevä ja sanatarkka. Tekstiä kertyi yhteensä 123 A4 sivua joka riville kirjoitettuna. Fonttina oli Times New Roman, kirjasinkoko 12 ja riviväli 1,5.

Haastatteluiden lisäksi keräsin aineistoa havainnoimalla Leiko-yksiköiden toimitiloja ja kirjasin ne tutkimuspäiväkirjaani. Leiko-tiloista havainnoin mm. haastattelutilojen ja potilastilojen fyysisiä ominaisuuksia sekä erityisesti odotustilojen tunnelmaa. Kiinnitin huomiota myös hoitotarvikkeiden olemassaoloon ja varastointitiloihin.

Hyvinkään sairaalassa tiloihin tutustumisen ohella pääsin seuraamaan erään potilaan kulkua Leiko-yksikössä (17.8.2012) vastaanottotilanteesta esilääkkeen saamiseen. Havainnointi sisälsi sairaanhoitajan tekemän potilashaastattelun, vaatteiden vaihdon opastamisen, lääkärin tekemän haastattelun potilaalle sekä esilääkkeen antamisen. Havainnointini oli hyvin vapaata ja väljää. Kirjasin ylös tutkimuspäiväkirjaani vuorovaikutustilanteiden kulkua mahdollisimman monipuolisesti. Havainnoinnin lisäksi sain kaikista

yksiköistä jonkin verran kirjallista materiaalia liittyen mm. Leiko-potilaan kriteereihin ja erilaisiin potilaista täytettäviin kaavakemalleihin.

6.4 Aineiston analysointi vaiheittain

Ennen haastatteluiden litterointia kuuntelin nauhat kertaalleen läpi. Puhtaaksikirjoitettuja tekstejä luin läpi useita kertoja saadakseni mahdollisimman selkeän kokonaiskuvan aihealueesta. Muistelin haastattelutilanteita tukeutumalla niiden jälkeen tehtyihin päiväkirjamerkintöihin. Tutkimuspäiväkirjasta oli suuri apu, koska haastattelut ajoittuivat pitkälle aikavälille. Haastatteluista löytyi jonkin verran myös tietoa, joka ei ole keskeistä tässä tutkimuksessa. Se tieto rajautui tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Havainnoista tehdyt kirjaukset ja Leiko-yksiköistä saadut dokumentit sisältyivät analyysiin haastatteluaineiston tavoin.

Analyysiprosessia suorittaessani pidin koko ajan mielessä tutkimuskysymykset ja tavoittelin vastauksia niihin. Tutkimuskysymykset ohjasivat aineiston analyysia ja käsitteelin aineistoa niin, että pyrin säilyttämään todellisuuden mahdollisimman tarkasti. Tavoitteena oli saada mahdollisimman monipuolinen ja syvälinen kuvaus Leiko-toiminnan suunnitteluvaiheesta aina toiminnan arviointiin ja kehittämiseen asti.

Tässä tutkimuksessa käytin analyysiyksikkönä kuvaavaa sanaa tai virkettä, joka toi tutkimuskysymysten kannalta olennaisen tiedon esille. Analyysiyksiköistä muodostin pelkistettyjen ilmaisujen kautta alakategorioita ja niistä muodostin vielä yhdistävän kategorian, joka perustui omaan ymmärrykseeni, päättelyyn ja tulkintaan. Aineiston pelkistämistä ohjasivat tutkimuskysymykset, joiden mukaan pelkistin aineiston alleviivaamalla erivärisillä kynillä kutakin analyysiyksikköä kuvaavat ilmaisut. Taulukossa 4 on esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Taulukko 4. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

SUORA LAINAUS	PELKISTETTY ILMAUS
potilaat tulee porrastetusti	porrastetut tuloajat
mennään kävellen leikkaussaliin asti	kävellen saliin

Aineiston ryhmittelyssä kävin alkuperäisilmaukset läpi tarkasti ja listasin niitä peräkkäin tutkimuskysymysten mukaan erillisille papereille. Aluksi ryhmittelin aineistoa tutkimuskysymysten mukaan ja etsin ryhmitellyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia, joiden pohjalta järjestin aineistoa. Tutkimuskysymyksittäin ilmaisuiden ryhmittely tuotti paljon päällekkäisyyttä ja osoitti aineiston ryhmittelyn mielekkäämmäksi aineistosta nousevien käsitteiden mukaan. Näin ollen luovuin tässä vaiheessa aineiston analysoinnista tutkimuskysymyksittäin.

Listasin pelkistetyt ilmaisut uudelleen erilliselle paperille ja lähdin etsimään niistä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaiset ilmaisut ryhmittelin omiksi alakategorioiksi, jotka nimesin niiden ominaisuuksia kuvaavalla nimellä. Taulukossa 5 on esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelystä ja alakategorian muodostumisesta.

Taulukko 5. Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelystä ja alakategorian muodostumisesta

PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA
Porrastetut tuloajat Kävellen saliin Heräämöhoito Yhtenäinen hoitoprosessi	Potilaan hoitoprosessi

Alakategorioiden muodostumisen jälkeen palasin vielä tutkimuskysymyksiini. Niistä muodostuikin järkevällä ja mielekkäällä alakategorioiden järjestämisellä yhdistävät kategoriat aineistolle. Yhdistävien kategorioiden muodostumisesta esitetään esimerkki taulukossa 6. Yksittäisten tekijöiden sisällyttäminen yleisempiin käsitteisiin tiivistä aineistoa.

Taulukko 6. Esimerkki yhdistävän kategorian muodostumisesta

ALAKATEGORIAT	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
Potilaan hoitoprosessi Leiko-hoitajan työnkuva	Leiko-toiminnan toteutus

Sisällönanalyysi perustui tulkintaan ja päättelyyn, jossa etenin aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmittelyn sekä abstrahoinnin tuloksena syntyi 15 alakategoriaa ja niiden yhdistäviksi kategorioiksi muodostuivat Leiko-toiminnan suunnittelu, Leiko-toiminnan käynnistäminen, Leiko-toiminnan toteutus sekä Leiko-toiminnan arviointi ja kehittäminen. Käsittelin aineistoa yhtenä kokonaisuutena, joten en eritellyt eri kohdeorganisaatioiden tuloksia erikseen. Tutkimustuloksissa pyrin synteesiin, mikä kokosi pääasiat yhteen ja antoi vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Leiko-toiminnan suunnittelu

Leiko-toiminnan todettiin vaativan taakseen todella hyvän suunnittelun, jotta voidaan mm. taata potilaille hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. Leiko-toiminnan suunnitteluvaihe jakautui tutkimustuloksissa viiteen osa-alueeseen. Nämä olivat benchmarking, yhteiset toimintaohjeet, toimintaresurssit, tilaresurssit ja Leiko-potilaan kriteerit.

7.1.1 Benchmarking

Leiko-toimintaa suunniteltaessa todettiin järkeväksi käytännön mallin hakeminen olemassa olevista Leiko-yksiköistä. Se auttoi hahmottamaan Leiko-toiminnan kokonaisuutta. Käytännön mallia haettiin alkusuunnitteluvaiheesta aina toiminnan toteuttamiseen asti. Benchmarking sisälsi konkreettista tutustumista Leiko-yksiköihin sekä esim. olemassa oleviin potilasohjeisiin.

..hain sieltä niiden käytännön mallia kaikkeen..

..keräsin päivän aikana mahdollisimman paljon dataa.

Olemassa oleviin Leiko-yksiköihin tutustuttiin yksin tai ryhmässä moniammatillisena tiiminä ja siihen yhdistettiin teoretiedon etsiminen Leiko-toiminnasta yleensä. Benchmarkingin todettiin antaneen hyviä ideoita oman toiminnan suunnitteluun.

..kävin tutustumassa viidessä eri leikossa suomenmaassa..

..käytiin kahdessa sairaalassa.. tämmöisellä ryhmällä, mihin kuului lääkäreitä ja hoitajia.

..tosi hyviä ideoita sieltä tuli tähän leikoon.

Käytännön mallien antamaa informaatiota sovellettiin omaan suunnitteilla olevaan Leiko-yksikköön. Omasta yksiköstä ei yritetty väkisin tehdä samanlaista kuin muualla, vaan suunnittelussa haluttiin olla innovatiivisia ja avarakatseisia. Sen uskottiin myös helpottavan suunnittelua, sillä jokaisen Leiko-yksikön todettiin olevan erilainen.

..jos niin kun muutamassa edellisessä yksikössä tietyt leikot on päräytetty sillä tavalla käyntiin niin olla sen suhteen avarakatseinen, ei kaikkien tarvi tehdä saman näköistä.

..joka yksikkö on erilainen.

7.1.2 Yhteiset toimintaohjeet

Leiko-toiminnalle haluttiin yhtenäiset toimintaperiaatteet ja –ohjeet kaikkien toimijoiden kesken. Yhteisiä toimintaohjeita sovittiin eri toimijoiden ja erikoisalojen kanssa, jotta Leiko-toiminta saatiin sujuvaksi niin potilaan kuin koko toiminnankin kannalta. Yhteisillä toimintaohjeilla saatiin myös käytäntöjä yhtenäisemmiksi ja ne ohjasivat yksittäistä työntekijää.

..luotiin ne yhtenäiset periaatteet ja toimintaohjeet..

..että tämä toiminta olisi sujuvaa niin potilaan kannalta kuin kaiken toiminnankin.

..just käytännöt yhtenäistyy vielä sillei, että mitä ny ollut eroavaisuuksia eri osastojen välillä.

Toimintaohje ohjaisi yksittäisiä työntekijöitä.. että kaikilla olisi samanlaiset työkalut tehdä sitä työtä..

Toimintaohjeet pyrittiin tekemään konkreettisiksi ja helposti käytettäviksi. Ohjeita tehtiin mm. potilaan ohjaustilanteita sekä valmistautumista tiettyä leikkausta varten. Myös anestesia lääkäri oli antanut ohjeita Leiko-hoitajille esilääkkeiden itsenäistä antamista varten.

..toimintaohjeita miten niin kun leiko-hoitaja ohjeistaa potilaita tai tarkistaa niiden valmistautumista..

Anestesia lääkäri ohjeisti leiko-hoitajaa, mitä voi tehdä. Esim. niin kuin ASA1 luokan hermostuneelle ja jännittävälle potilaalle saa tarvittaessa antaa diapamia.

Toimintaohjeiden suunnittelussa haasteeksi koettiin potilaiden tavaroiden kulku ja potilassänkylogistiikka. Potilassänkyjen säilyttämispaikkojen suunnittelu miellettiin osittain

turhauttavaksi, koska sänkyjen todettiin olevan aina tiellä. Haastetta lisäsi isompi yksikkö ja toiminnan suunnitteleminen vanhoihin tiloihin. Suunnittelussa pyrittiin miettimään logistiikkaa mahdollisimman yksityiskohtaisesti, mutta samalla todettiin kuitenkin, että käytäntö todennäköisesti muuttaisi toimintatapaa jonkin verran.

..kuka hakee ja vie tavarat ja vaatteet, että ne ei huku..

Mitä isompi yksikkö on, sitä haasteellisempi ja varsinkin, kun ei luoda uusia tiloja.

..ei mahdu sinne leikkausosaston tiloihin kaikki seuraavan päivän sängyt, sinne viedään illalla osa ja aamulla tiettyyn kellonaikaan osa.

..tarvii se logistiikka miettiä ja tietää et siinä voi tulla niitä muutoksia.

Yhteisissä toimintaohjeissa varauduttiin jo toiminnan suunnitteluvaiheessa mahdollisiin leikkausten peruutuksiin. Peruutusten varalle oli olemassa selkeät toimintaohjeet toiminnan sujuvuuden varmistamiseksi. Myös potilaiden tuloaikojen näkyminen leikkauslistalla lisäsi toiminnan sujuvuutta sekä teki erityisesti leikkausosaston päivittäisen toiminnan suunnittelua läpinäkyvämmäksi.

..tulee peruutuksia ja sitten soitetaan potilaalle, että tule aikaisemmin tai muuta..

Koska potilas tulee ilmoittautumaan, niin se näkyy siellä leikkauslistallakin.

7.1.3 Toimintaresurssit

Leiko-toiminnan suunnittelussa olennaisena nähtiin riittävät toimintaresurssit, jotta toiminnan käynnistäminen ja toteuttaminen saisi hyvät lähtökohdat. Tärkeänä nähtiin riittävän ajoissa aloitettu toiminnan suunnitteleminen sekä riittävä henkilöstöresurssi suunnittelutiimiin.

..riittävästi aikaa suunnitteluun..

..tarpeeks monta ihmistä mukaan jo suunnitteluvaiheessa..

Olennaiseksi Leiko-toiminnan suunnittelussa nousi myös taloudellinen tuki toiminnan suunnittelulle ja käynnistämiseksi. Taloudellisen tuen turvin Leiko-yksiköstä voitiin suunnitella toimiva ja sinne saatiin hankittua tarvittava välineistä. Monissa yksiköissä Leiko-toiminta suunniteltiin vanhoihin tiloihin, jolloin ne vaativat myös jonkinlaisen remontin ja siihen tarvittiin taloudellinen tuki.

..siihen ei annettu mitään tiettyä budjettia, mutta se vaan, että toimiva tehdään.

Seinät tasoitettiin ja maalattiin, tämän tyylistä. Aika iso remppa kuitenkin.

Henkilöstön kouluttaminen ja perehdyttäminen koettiin tärkeäksi osaksi Leiko-toiminnan suunnittelua. Sille pitäisi jo hyvissä ajoin suunnitella riittävät resurssit, jotta toiminnan käynnistyttyä olisi Leiko-yksikössä vahva osaaminen. Perehdyttämisen koettiin vaativan sekä aikaa että riittävästi henkilökuntaa.

..tarpeeksi resurssia siihen kouluttamiseen ja perehtymiseen..

..kovasti yritettiin perehdyttää tulijoita, mutta on se silti varmaan liian vähäiseksi jäänyt..

Aina kun tuli uusi erikoisala, huomasi, että ei yksinkertaisesti keritä kaikkia tekemään..

7.1.4 Tilaresurssit

Leiko-toiminnan suunnittelussa erittäin tärkeäksi koettiin Leiko-yksikön tilojen suunnitteluun varattu aika ja tilan edellytykset toiminnalle. Tilojen tulisi olla kaikkien osapuolien näkökulmasta soveltuvat suunniteltuun toimintaan. Rajoituksena tilasuunnittelulle koettiin Leiko-toiminnan tuominen vanhoihin ja toisessa käytössä olleisiin tiloihin. Tuolloin Leiko-yksikön tiloja on rajaamassa useampi tekijä kuin mitä olisi täysin uutta tilaa suunniteltaessa.

..tilojen toimivuus on kyllä aika tärkeä asia!

Se tila olisi semmoinen minkä suhteen käyttäisin enemmän aikaa sen suunnitteluun ja toteutumiseen.

..erillisiä tiloja ei ole tätä varten rakennettu vaan sovellettiin niitä olemassa olevia tiloja.. suunnitteluvaiheessa jo todettiin, että kaikki potilaat ei tule millään mahtumaan siihen samaan.

Leiko-yksikön toivottiin sijaitsevan samassa kerroksessa ja lähellä kaikkia Leiko-toimintaan osallistuvia toimijoita. Näin mahdollistettaisiin eri toimijoiden helppo yhteistyö sekä tavoitettavuus.

..jos leikotila olisi eri kerroksessa, se tuottaisi sitä semmoista ylimääräistä liikehdintää ja liikkumista.

..kirurgit pitää olla lähettyvillä, anesthesiologit.. ne ei voi olla toisella puolella taloa, koska heitä konsultoidaan paljon.

Konekirjoitus on myös hyvin tärkeä olla lähellä..

Leiko-yksikön tilojen tulisi olla riittävät sekä kooltaan että toiminnoiltaan. Hoitajille ja lääkäreille pitäisi olla riittävän monta potilaiden vastaanottotilaa suhteessa potilasvolyymiin. Vastaanottotilojen edellytettiin olevan varusteltu tarvittavalla hoitovälineistöllä mahdollisia leikkausvalmisteluita varten. Myös potilaspapereiden säilytys tulisi huomioida tilasuunnittelussa.

..haastattelutila riittävän suuri ja sen ilmanvaihto..

..leikkausvalmisteluita ei voi tehdä muiden potilaiden silmien alla..

..valmisteluhuone erikseen..

..laskutilaa potilaan papereille ja säilyttämiselle..

Leiko-tilojen suunnittelussa pitäisi myös huomioida varastotilan ja muun tavaroiden säilytyksen tarve. Aikaa vieväksi koettiin se, että tarvikkeita jouduttiin hakemaan monesta paikasta ja jopa toisesta kerroksesta.

..täällä ei niin kuin ollut varastotilaa.. on myös hajautettuna ollut nämä tavarat useammassa eri paikassa..

..vie niin kuin aikaa ja energiaa kun sä haet tavaraa paikasta ja toisesta..

Tilasuunnittelussa ja tilojen varustelussa edellytettiin huomioitavan erilaiset potilasryhmät ja heidän vaatimuksensa. Myös omaiset toivottiin huomioitavaksi Leiko-tiloja suunniteltaessa.

..on korkeampia tuoleja, on myös matalampia tuoleja.. pyritty huomioimaan sillai erilaiset potilasryhmät.

Ehkä omaisille mahdollisuus olla.. sekin varmasti toisi sitä ideaalitilaa.

..jos potilas jännittää tai kokee, että ne omaiset voi olla joskus siihen asti kun potilas menee sinne leikkaussaliin..

Eri potilasryhmiin lukeutui myös eristyspotilaat, mutta heidän vaatimuksensa tilojen suhteen oli kuitenkin vaativammat. Eristystilojen määrän pitäisi myös olla suhteessa potilasvolyymiin. Kyseisiä tiloja voitaisiin hyödyntää myös eristyspotilaiden leikkauksen jälkeisessä seurannassa sekä muiden potilaiden hoidossa, kun erityspotilaita ei ole hoidettavana.

Saatetaan niiden (=eristyspotilaiden) jälkiseuranta, kakkosvaiheen seuranta tehdä täällä näissä tiloissa.

..tiloja voitaisiin hyödyntää sitten huonokuntoisten potilaiden lepopaikkana silloin kun ei ole eristyksen tarvetta.

Miehille ja naisille toivottiin erillisiä pukuhuoneita ja niitä pitäisi suunnitella riittävä määrä suhteessa päivittäiseen potilasvolyymiin. Myös potilastavaroiden turvallinen säilytys tulisi huomioida tilasuunnittelussa.

..pukukaappeja voisi olla niin, että miehille ja naisille omat.

..riittävästi vaatteiden vaihtotiloja, potilaan intimiteetti pitäisi pystyä suojaamaan ja yksityisyys..

..että potilaan tavarat on täällä turvassa..

Leiko-yksikön odotustilan suunnittelussa pitäisi huomioida potilasnäkökulma. Odotustilan tulisi olla viihtyisä ja rauhallinen. Ympäristön hälinän ja hektisenkin toiminnan ei pitäisi kuulua ja näkyä Leiko-yksikön odotustilaan. Siellä olisi hyvä olla riittävästi lepotuoleja, jotka saadaan vaakatasoon sekä ajankuluksi lehtiä, televisio ja mahdollisesti myös internet-yhteys.

..ehdottomasti niin kun parempia tiloja.. ja rauhallisempaa tilaa.

..rauhallisempi tila, jotta ei tarvi sitten jännittävän potilaan kuulla vielä lisää, että mitä sielä ovien takana tapahtuu.

..satsattiin tuohon leikotilaan niin, että siihen vedettiin tv-piuhat ja antenniverkko ja internetyhteys..

Tuollaisia pieniä juttuja, mutta sitten taas potilasnäkökulmasta iso mukavuustekijä.

Odotustilojen suunnittelussa tulisi huomioida myös potilaan mahdollinen voimien huononeminen varustamalla tila sängyllä/sängyillä ja tarvittavalla muulla välineistöllä.

Potilaiden odotustilassa edellytettiin olevan oma wc sekä käsienspesuallas.

..jos potilaalle tulee huono olo tai muuta, että siinä on kumminkin se tarvittava välineistö..

Verenpainemittari, verensokerimittari..

Oma wc-tila potilaille.. toisi semmoista justinsa tilan toimivuutta ja sujuvuutta.

7.1.5 Leiko-potilaan kriteerit

Pääsääntöisesti kaikki potilaat pyrittiin ottamaan sairaalaan Leiko-potilaina. ASA-luokitus tai ikä ei ollut kriteerinä valitessa potilaan sairaalaantulon mallia.

..pääsääntöisesti kaikki potilaat yritetään saada leikon kautta leikattua.

Eikä ikä ole mikään kriteeri.. mulla on ollut yli 90-vuotiaita, he menee siinä missä muutkin.

Potilaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn koettiin määrittävän eniten Leiko-potilaaksi soveltuvuutta. Potilaan tuli olla vastaanottavainen ohjaukselle ja suoriutua saamistaan leikkausvalmisteluohjeista. Lisäksi potilaan piti liikkua omatoimisesti, mutta apuvälineiden käyttöä ei rajattu pois. Muissa toimissa potilaan tuli selviytyä korkeintaan yhden hoitajan turvin.

Tietysti se potilaan henkinen tila, mikä määrää sen ja fysiikka.

..esim. muistisairaat potilaat, jotka ei pysty huolehtimaan itsestään, niin ei voi tulla leikoon.

..onko ollut vastaanottava puhelimesta ohjaukseen..

..jos hän kulkee omatoimisesti vaikka olisi joku apuväline ja yhden hoitajan turvin pärjää vaatteiden vaihdossa niin voi tulla leikoon.

Eristyspotilaiden kohdalla oli vaihtelevia käytäntöjä. Joissakin yksiköissä erityspotilaat eivät tulleet Leiko-yksikön kautta ja joissakin heitä ei rajattu Leiko-toiminnan ulkopuolelle. Eristyspotilaat vaativat asianmukaiset tilat ja se oli osittain rajannut heitä pois Leiko-toiminnasta.

Poissulkukriteeri on sitten eristyspotilaat.

..meillä on Leiko-potilaana eristyspotilaita.

Myös lapsipotilaiden kohdalla oli erilaisia käytänteitä eri Leiko-yksiköiden välillä. Toisissa yksiköissä lapsipotilaita ei voitu ottaa vastaan Leiko-potilaina tilanahtauksien takia ja toisissa yksiköissä heille oli varattuna erillinen vastaanotto- ja odotustila.

..lapsilla pitäisi olla mukana vanhemmat.. pitäisi olla vähän leikkinurkkausta..

..mihinkä ne mahtuisi täällä. Myös semmoinen hälinä yms..

Potilaskriteereissä oli osittain myös joustoa. Esimerkiksi Parkinsonin tautia sairastavien potilaiden oli mahdollista tulla sairaalaan Leiko-yksikön kautta, mutta heidät täytyi sijoittaa leikkauslistalle iltapäivälle tai muutoin he tulivat sairaalaan jo leikkausta edeltävänä iltana. Perusteluna oli se, että he eivät sairautensa takia pääse aamulla nopeasti liikkeelle.

..tulee mieleen Parkinsonin potilaat ..ne yleensä meneekin toisena saliin.

..jos heidän pitäisi seitsemäksi päästä tänne aamulla, ne tulee kyllä edellisenä iltana meille..

Potilaalla tai hänen omaisellaan oli myös mahdollisuus toivoa sairaalaan tuloa leikkausta edeltävänä päivänä ja toive yleensä myös toteutettiin. Syynä saattoi olla se, että omaista

ei päästy tuomaan sairaalaan leikkauspäivän aamuna tai matka sairaalaan oli pitkä. Määrällisesti tällaisia tapauksia oli vähän.

..on potilaita, jotka omaisten toiveesta tulee, ei pysty leikkauspäivänä tuomaan..

..ei niitä kyllä paljoo ole niitä potilaita jotka tulee jo edellisenä päivänä, että ne on poikkeuksia.

7.2 Leiko-toiminnan käynnistäminen

Leiko-toiminnan käynnistämisvaiheeseen siirryttiin, kun toiminnan suunnittelu saatiin päätökseen. Nämä eri vaiheet kuitenkin liittyivät tiiviisti yhteen ja menivät osittain liittämättä. Tästä syystä Leiko-toiminnan käynnistämisvaiheen osioita voidaan myös nähdä kuuluvaksi Leiko-toiminnan suunnitteluvaiheeseen. Tutkimustulosten alakategoriat Leiko-toiminnan käynnistämisessä olivat yhteistyö, moniammatillisuus, henkilöstöjohtaminen ja henkilöstöresurssi.

7.2.1 Yhteistyö

Eri yksiköiden ja ammattiryhmien välistä yhteistyötä pidettiin todella tärkeänä Leiko-toiminnan toteutumisen kannalta. Tiivistä yhteistyötä tehtiin monen eri tahon kanssa ja se koettiin moninaiseksi.

Tässä joutuu tekemään yhteistyötä monen eri erikoisalan kanssa.

..yhteistyö on hirveän moninaista, monen eri ammattikunnan kanssa.

Yhteistyötä ja joustamista. ...se on todella tärkeää.

Yhteistyö myös poliklinikan kanssa olisi tärkeää.

Yhteistyömuotoina olivat mm. yhteiset osastotunnit ja koulutukset. Tärkeänä pidettiin myös toisten työnkuvan tuntemusta.

Meillä on aina silloin tällöin yhteisiä osastotunteja ja koulutuksia.

..alkuun oli niitä leikopalavereita..

*..leikkausosaston uusi henkilökunta käy perehtymässä meidän (=Leiko-
hoitajien) työnkuvaan.*

7.2.2 Moniammatillisuus

Leiko-toiminnan käynnistämisen koettiin vaativan taakseen moniammatillisen suunnittelutiimin. Näin voitiin toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen tuoda kaikkien ammattiryhmien näkemys ja kokemus.

..moniammatillinen tiimi.

..oli tällöinen suunnittelutyöryhmä, jossa oli anestesiapuoli, leikkaussali ja kaikki osastonhoitajat.. siinä oli joka näkökantoja mukana..

Leiko-toiminta yhdisti monta eri erikoisalaa ja toiminnan käynnistyttyä koettiin välttämättömäksi myös näiden erikoisalojen tiivis yhteistyö.

..erilaista konsultaatiota puolin jos toisin..

..ollaan yhteyksissä mielettömän moneen tahoan..

7.2.3 Henkilöstöjohtaminen

Leiko-toimintaan sitoutumista johtoa myöten pidettiin tärkeänä tekijänä toiminnan onnistumisen kannalta. Toiminnan käynnistämisessä koettiin tärkeäksi se, että lähiesimies tiesi, mitä yksikössä tehdään. Helpottavaksi koettiin, kun Leiko-yksikössä oli oma osastonhoitaja esimiehenä. Sen todettiin helpottavan mm. sijaisten hankintaa.

Sitoutuminen on tosi tärkeää ja etenkin se, että lähityönjohto sitoutuu ja tietää et mitä siellä tehdään.

..kun tuli oma osastonhoitaja, niin se paneutui niin kun siihen. Kaikki sijaistamiset yms hoitui hirveän paljon helpommin.

Henkilöstöjohtamisen myös koettiin helpottuneen sillä, että yhdellä esimiehellä on vastuullaan koko Leiko-toiminnan kokonaisuus. Toiminnan hajanaisuuden koettiin vaikeut-

tavan sen hallittavuutta. Myös toiminnasta tiedottaminen korostui uuden toiminnan käynnistämisessä.

..yhdellä esimiehellä hallussa koko kokonaisuus.. helpompi hallita sitä kokonaisuutta..

..pidettiin info, missä oli anestesia lääkärit ja henkilökunta paikalla, kun oli remontti käynnissä ja muuta..

..varasin taululta tilaa leikoa varten ja laitoin niin paljon tietoa kun pysyin.

Leiko-yksikön henkilökunnan valinnassa oli toivottavaa kuunnella henkilöstön halukkuutta ja rekrytoinnissa tulisikin suosia vapaaehtoisuutta. Näin voitaisiin taata toiminnan joustavuus ja potilaiden saama positiivinen kokemus.

Eihän siinä oo mitään järkeä, että ruvetaan ketään pakottamaan..

Leikö-yksikössä olisi hyvä olla varahenkilöstöä vuosilomia, koulutuksiin osallistumisia ja muita poissaoloja varten. Myös työkierto koettiin suotavaksi osaamisen varmistamiseksi. Työkierron todettiin tuovan vaihtelua työtehtäviin ja samalla varmistettaisiin toiminnan sujuvuus, kun useampi henkilö osaisi työskennellä Leiko-yksikössä.

Pitäisi olla joku niin kuin varahenkilöstö niin, että mahdollistaa sen (=kouluttautumisen).

..työkiertoa ehdottomasti juuri sen ammattitaidon osaamisen säilyttämiseksi.

Se (=työkierto) tuo vaihtelua työhön ja olis isompi rinki osajia.

7.2.4 Henkilöstöresurssi

Leiko-hoitajalta vaadittiin monialaista osaamista. Rekrytoinnissa todettiin kannattavaksi huomioida henkilöstön monipuolinen osaaminen, jolloin Leiko-yksikössä olisi vahva näkemys kokonaisvaltaisesta potilaan hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta.

..rekrytoinnissa kannattaisi varmaan huomioida sillai, että siitä tulisi monipuolisempi..

..kun haettiin henkilökuntaa tänne niin silloin valittiin niin kun kirurgian eri osa-alueilta osajia..

..että olisi näkemystä ja pystyisi monta asiaa pähkäilemään keskenään, toinen tietää toista ja toinen toista..

Leiko-hoitajalla tulisi olla kokemusta kirurgisen potilaan hoitotyöstä sekä ainakin tietää, mitä leikkausosastolla tapahtuu. Häneltä edellytettiin myös hyviä tietoteknisiä taitoja tai ainakin innokkuutta niiden opetteluun.

..pitää olla vankka tietämys siitä, mitä kuuluu kirurgialle.

Jos me ei tiedetä, mitä leikkaussalin puolella tapahtuu niin se ohjaaminen voi jäädä kevyeksi..

..aika paljon pelataan ton koneen kanssa..

Leiko-hoitajan työn todettiin olevan itsenäistä ja haasteellista työtä. Näin ollen henkilöstöltä vaadittiin vastuullista työtettä. Leiko-hoitajan piti myös olla sosiaalinen ja avoin sekä kiinnostunut potilaan kohtaamiseen.

..itsenäistä työtä sinällään tämä leiko-hoitajan työ..

Sosiaalisia ihmisiä pitääkin olla, ei tässä voi olla tuppisuu tai semmoinen kamalan kireä..

..kiinnostusta siihen potilaan kohtaamiseen..

7.3 Leiko-toiminnan toteutus

Leiko-toiminnan toteutusvaihe sisälsi Leiko-hoitajan työnkuvan ja Leiko-potilaan hoitoprosessin. Käytänteet vaihtelivat jonkin verran eri yksiköiden välillä, mutta olennaista kaikkien yksiköiden Leiko-toiminnan toteutukselle oli perusteellinen toiminnan suunnittelu.

7.3.1 Leiko-hoitajan työnkuva

Leiko-hoitajan työnkuvan todettiin sisältävän paljon toimistotyötä, kirjaamista ja potilaan taustojen selvittelyä. Potilaiden esitiedot käytiin läpi huolellisesti viimeistään leikkausta edeltävänä päivänä, jolloin kaikki potilaspaperit ja leikkausta edeltävien tutkimusten vastaukset ovat käytettävissä. Näin haluttiin varmistaa potilaan leikkauskelpoisuus.

..iltapäivästä on näihin potilaan papereihin tutustumista ja potilaiden ja seuraavan päivän leikkauslistaan tutustuminen..

..kattoo asiat kuntoon ja huomioi et kaikki veriarvot on katottu, että kaikki olemassa olevat tutkimustulokset on tullut..

..katotaan et se koko paketti on kunnossa ja potilas voi tulla leikkauspäivän aamuna.

Leiko-hoitajan työnkuvaan kuului myös leikkausaikojen antaminen potilaille. Tämä tapahtui leikkausta edeltävänä iltapäivänä leikkauslistoihin ja potilastietoihin tutustumisen jälkeen.

..tehdään taustatyötä aika paljon tietokoneella ennen kun ollaan kontaktissa potilaaseen.

..soitetaan potilaalle tuloajat.

Leikkauspäivänä potilaan vastaanottamisen jälkeen Leiko-hoitajan kerrottiin haastateltavan potilas. Tällä hän varmisti potilaan omatoimisesti tekemien leikkausvalmisteluiden onnistumisen ja oikeellisuuden. Tähän kuului mm. syömättä ja juomatta oleminen. Tämän jälkeen potilaita opastettiin ja tarvittaessa avustettiin leikkausvaatteiden vaihtamisessa.

..otetaan vastaan potilaat, haastatellaan vielä tai oikeastaan se on suullinen tarkistus.

Kysytään ravinnotta olo ja se, että on valmistautunut ohjeen mukaan leikkaukseen.

Leiko-hoitajan kerrottiin tekevän potilaalle viimeiset leikkausvalmistelut ennen leikkaussaliin menoa. Leikkausvalmisteluiden tekemisessä Leiko-yksiköiden välillä oli jonkin verran eroavaisuuksia. Osassa yksiköistä potilaille voitiin laittaa katetri mahdollista virtsarakon sisäistä lääkehoitoa varten, potilas voitiin kanyloida valmiiksi ja häneltä voitiin tarvittaessa poistaa ihokarvoja leikkausalueelta. Toisissa yksiköissä kyseiset valmistelut tehtiin vasta leikkaussalissa.

..pystytään urologiselle potilaalle laittaan leikossa katetri..

Täällä voidaan kanyloida tarvittaessa.. ja jotain raakkausta tehdään..

..leikohoitajan ei päivän aikana tarvi kontrolloida potilaan verensokereita.

Eikä tippoja laiteta.

*..tarvittaessa leikkauspäivän aamuna vielä saatetaan joskus tiputtaa jääp-
lasmaa leikkuun alle. Sekin onnistuu.*

Näytteiden ottamisessa Leiko-yksiköissä oli hieman eri käytänteitä. Toisissa yksiköissä oli ohjeistus, että mitään näytteitä ei enää oteta Leiko-yksikössä. Toisissa taas otettiin tarvittavat näytteet varsinkin sellaisilta potilailta, jotka eivät olleet erillisellä esikäynnillä käyneet. Pääsääntöisesti leikkauspäivän aamuna otettavat näytteet eivät kuitenkaan saaneet olla tulevaan leikkaukseen suoranaisesti vaikuttavia.

..otetaan tarvittaessa näytteitä.

..jos potilaalla ei ollut erikseen esikäyntiä niin se on sitten tuossa leikossa se, että otetaan mm. MRSA-näytteet potilaasta.

..kyllä ne pääsääntöisesti on sitten niin, että ei ole enää niitä sinä aamuna, jotka vaikuttaa siihen (=leikkaukseen)..

Leikkaustiimin hakiessa potilaan leikkaussaliin monissa yksiköissä ei enää pidetty suullista raporttia, vaan Leiko-toiminnan myötä oli siirrytty hiljaiseen raportointiin. Osassa yksiköitä raportointikäytännöt vaihtelivat tilanteen mukaan.

..kun leiko-toiminta aloitettiin niin mehän saman tien siirryttiin hiljaiseen raportointiin siinä. Eli potilaasta ei anneta raporttia kun he (=leikkaustiimi) tulee hakemaan.

Jos leiko-hoitaja on esim. salissa apuna niin kun papereissa on kaikki riittävät tiedot niin leiko-hoitaja voi käydä sanomassa, että kaikki on papereissa ja ei lisättävää. Saa omatoimisen raportin lukea.

7.3.2 Leiko-potilaan hoitoprosessi

Leiko-potilaan hoitoprosessi sisälsi toimet potilaalle tehdystä leikkauspäätöksestä aina potilaan leikkauksesta toipumiseen asti. Hoitoprosessin todettiin olevan pitkälti samanlainen kuin päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessi. Joissakin yksiköissä Leiko-prosessi olikin kuvattu elektiivisen potilaan prosessin sisälle eikä nähty tarpeelliseksi kuvata erillistä Leiko-potilaan prosessia.

..saatiin yksi yhteinen elektiivisen potilaan prosessi.

Koko prosessi yhdessä, koska se on tavallaan samanlainen.

Ei oo mitään erillistä Leiko-potilaan prosessia.

Tehtyään leikkauspäätöksen lähetteen perusteella tai poliklinikkakäynnillä yhdessä potilaan kanssa, lääkäri arvioi potilaan kelpoisuuden Leiko-potilaaksi. Tämän jälkeen potilaalle määrättiin tarvittavat esitutkimukset tulevaa leikkausta varten. Potilaan perussairaudet ja tuleva toimenpide määritteli sen, mitä tutkimuksia potilaasta otettiin ennen toimenpidettä.

..tehdään se leikkauspäätös.

Lääkäri miettii tarkkaan, että minkä kuntoisesta potilaasta on kyse ja kuinka se potilas sitten oikeasti itse valmistautuu siihen leikkaukseen.

..tilataan tarvittavat tutkimukset, joissa potilas käy etukäteen.. kaikki mitä voidaan ottaa etukäteen, mikä on valmiina sitten on aina positiivista.

..sekä perussairauksien mukaan että toimenpiteen mukaan ne tietyt tutkimukset, mitä pitää ottaa..

Potilaiden kerrottiin käyvän poliklinikalla esikäynnillä lääkäreiden ja hoitajan haastatte- luissa. Toinen vaihtoehto oli hoitajan tekemä puhelinhaastattelu potilaille, jotka olivat ns. perusterveitä. Joka tapauksessa todettiin tärkeäksi, että potilaalla oli jonkinlainen kontakti sairaalaan ennen tulevaa toimenpidettä.

Potilaat käy haastattelussa jo noin viikkoa aikaisemmin..

Haastattelee siinä prekäynnillä tarvittaessa myös anestesia lääkäri ja kirurgi ja myös fysioterapeutti.

..osa tulee puhelinhaastattelun perusteella.

..tavallaan, että jokaisella potilaalla on joku kontakti ennen leikkausta.

Esikäynnillä potilaille määrättiin tarvittaessa muiden erikoisalojen konsultaatioita leikkaukselpoisuuden varmistamiseksi. Näitä olivat mm. kardiologin tai sisätautilääkärin konsultaatiot.

..tarvittaessa on konsultoitu hematologia ja kardiologia, siellä on kaikkea mahdollista..

Potilaiden kerrottiin ilmoittautuvan porrastetusti Leiko-yksikköön sen mukaan, mihin aikaan oletettiin toimenpiteen ajankohdan olevan. Päivän ensimmäiset leikkauspotilaat tulivat samaan aikaan, mutta muiden kohdalla katsottiin tuloaika leikkauslistan mukaan. Leiko-yksikössä potilas saattoi vielä tavata esimerkiksi fysioterapeutin ja tarvittavat leikkauksen jälkeiset apuvälineet katsottiin valmiiksi.

Potilaat tulee porrastetusti.

..meillä on tietyt sovitut porrastusajat..

..tapaa fysioterapeutin ja apuvälineet katotaan..

Leikkaustiimin sanottiin hakevan potilaan Leiko-yksiköstä heille sopivana ajankohtana. Potilas käveli saliin tiimin saattelemana ja vain tarvittaessa hänet kuljetettiin pyörätuolilla tai sängyllä.

..potilas haetaan sieltä osastolta eikä tuoda silloin kuin heille sopii.

..he sai sen (=potilaan) hakea sillon kun heille se oli paras ajankohta.

Potilaat kävelee saliin..

Varsinaisen toimenpiteen jälkeisen hoidon sanottiin olevan samankaltainen kuin muillakin leikkauspotilailla. Eli välitön postoperatiivinen valvonta tapahtui heräämössä,

minkä jälkeen seuranta tapahtui potilaan voinnin ja tehdyn toimenpiteen vaatimalla tavalla. Jatkoseuranta tapahtui joko tehostetussa valvontayksikössä tai vuodeosastolla.

Jatkohoito tapahtuu sillai kun ennenkin.

..potilas tulee vaan eri kautta leikkaukseen, prosessi jatkuu muuten samantaisena kun muiden potilaiden kohdalla

Hän menee heräämöhön niin kuin muutkin potilaat. Ja sieltä osastolle.

7.4 Leiko-toiminnan arviointi ja kehittäminen

Leiko-toimintaa arvioitiin ja kehitettiin jokaisessa yksikössä huolimatta siitä kuinka kauan toimintaa oli ehditty toteuttaa. Arviointi- ja kehittämisvaiheeseen sisältyi seuraavat osiot: potilaspalaute, henkilöstöpalaute, toiminnan hyödyt ja vaikuttavuus sekä jatkuva parantaminen.

7.4.1 Potilaspalaute

Leiko-toiminnasta oli tehty vain vähän varsinaista asiakastyytyväisyyskyselyä, mutta suullista potilaspalautetta olivat kaikki yksiköt saaneet. Välitön potilaspalaute todettiin parhaimmaksi kiitokseksi.

Ei mitään erikseen, että on tarkoitus, että leikossa jateaan näitä potilastyytyväisyyslomakkeita.. mutta mitään spesifejä kysymyksiä leikon suhteen ei ole.

..koko taloa koskevat asiakastyytyväisyyskyselyt, niissä ei ollut missään erikseen leikoa..

Mutta välitöntä palautetta tulee.

Paras palaute on välitön palaute potilaalta siinä hetkessä.. se riittää aika pitkälle..

Pääosin saatu potilaspalaute koettiin positiiviseksi. Jonkin verran Leiko-tilojen ahtauksista oli potilailta tullut negatiivista palautetta.

Potilaathan on tosi tyytyväisiä.

No kyllä pääsääntöisesti hyvää.

..välillä justiinnsa niistä tilanahtauksista sanotaan.

Saadun palautteen mukaan potilaat olivat olleet tyytyväisiä siihen, että olivat saaneet nukkua leikkausta edeltävän yön kotona. Potilaat olivat kokeneet saaneensa yksilöllistä hoitoa, kun sama ihminen hoiti häntä vastaanotosta leikkaukseen menoon asti. He olivat olleet tyytyväisiä myös leikkaustiimiltä saamastaan henkilökohtaisesta kohtaamisesta.

..potilaathan nukkuu paremmin edeltävänä yönä kun he on omassa kotona.

Potilaiden positiivinen palaute tulee varmaan siitä, että potilas kokee tulleensa yksilöllisesti hoidettua..

..kun siinä on yksi hoitaja, joka hänen asioitaan hoitaa ja tietää, että kuka on se hoitaja, joka hänestä vastaa.. he kokee sen kiireettömän ja rauhallisena.

..ihanaa kun potilailta tulee palautetta siitä kun leikkassalihoitajat oikeesti esittelevät itsensä.. se on semmoinen henkilökohtainen kontakti.

Valtaosa potilaista oli suullisen palautteen mukaan ollut tyytyväisiä siitä, että olivat voineet kävellä itse leikkaussaliin asti. Sen oli koettu lisäävän uskoa leikkauksesta toipumiseen.

Sekin oli positiivinen palaute, että mennään kävellen leikkaussaliin asti.

..monet on nimenomaan sanonut et joo on tosi tärkeätä, että minä kävelen leikkaussaliin vielä. Anto heille jotenkin uskoa, että itse asiassa toipuu leikkauksesta..

7.4.2 Henkilöstöpalaute

Leiko-toimintaan osallistuvalla henkilöstöllä ei ollut tehty virallista työtyytyväisyyskyselyä. Leiko-toiminnasta ja siihen liittyviä asioita oli käyty keskustellen osastotun-

neilla ja ns. käytäväkeskusteluina. Osittain henkilöstökyselyä ei koettu edes tarpeelliseksi.

Asioista ollaan vaan keskusteltu.

Mä aika paljon ihmisten kanssa keskustelin asioista, kahvitunnilla ja käytävillä.

Leiko-toiminnan koettiin käynnistyneen paremmin, mitä osattiin odottaa. Jonkin verran tehdyistä toimintalinjauksista oli tullut kyseenalaistamista aluksi, mutta toimintaohjeiden muokkaaminen koettiin helpommaksi, kun kyseessä oli pieni yksikkö.

..koettiin, että pyörähti paremmin käyntiin mitä osattiin odottaa.

..moni on sanonut et tämä on hieno juttu ja ei olis uskonut..

..aluksi oli sitä kyseenalaistamista niistä linjauksista..

..justiinsa siinähan se tulee niin kuin pienen yksikön toimivuus hyvin esille, ehkä sitten pystytään paremmin niitä linjauksia muuttamaan.

Henkilöstön uskottiin kokeneen korkeampaa työmotivaatiota, kun he olivat päässeet itse Leiko-toiminnan suunnitteluun mukaan. Sitä kautta Leiko-yksikössä kerrottiin olevan hyvä yhteishenki. Myös lääkärit olivat saadun palautteen mukaan olleet tyytyväisiä Leiko-toimintaan. Sen ansiosta he tiesivät aina, mistä potilas löytyi ja kuka hoitohenkilöstöstä potilaan asioista tiesi.

..kun yksikön henkilökunta pääsee sitä toimintaa suunnittelemaan alusta asti niin on työmotivaatio aika korkealla..

..me-henki tässä varmasti korostuu..

..he (=lääkärit) on hirveän tyytyväisiä kun he tietää nyt aamulla mistä potilas löytyy ja kelle hoitajalle he siitä informaation antaa, jos jotain pitää vielä tehdä.

Leiko-hoitajan koulutusvaatimuksista oli käyty keskustelua ja jonkin verran oli kritisointia siitä, että tarvitseeko Leiko-hoitajan olla korkeasti koulutettu anestesia- ja leikkausosaston sairaanhoitaja. Vaihtoehtoisesti oli mietitty, että voisiko olla ihan jonkun muun alan ihminen. Mutta kuitenkin Leiko-hoitajan työnkuvan miellettiin sisältävän hoitotyötä, joten hoitoalan ammattitaitoa tarvittiin.

..minkä takia sitten niin kuin vaaditaan sinne leikkausanestesiahoitajia, jotka kattoo potilaan paperit ja käyttää aikaa siihen, että soittelee potilaalle..

Totta kai aika ajoin on potilailla kysymyksiä leikkaukseen liittyen..

Leiko-tiloista saatu palaute henkilökunnalta oli ollut usein negatiivista, koska tilat koettiin ahtaiksi, eikä aina toimintaan soveltuviksi. Lisäksi odotustilojen toivottiin olevan rauhallisemmat eikä niissä saisi olla ylimääräistä läpiliikennettä tai muuta toimintaa.

Leikotilat koetaan riittämättömiksi..

..toivoisin rauhallisempaa tilaa.

..tilaa enemmän.. haastattelutila suurempi..

Jonkin verran on läpikulkua ja meillä on siinä leikotilassa osaston ainut lämpökaappi eli liikehdintää on.

Leiko-toiminnan koettiin nopeuttaneen ja helpottaneen leikkausosaston henkilökunnan työtä, koska potilaat kävelivät itse saliin ja nousivat itse leikkaustasolle. Potilaiden kerrottiin olevan äärimmäisen hyvin hoidettuna ja heidän asiansa selvitettyinä ennen leikkaussaliin tuloa. Leikkausosaston henkilökunta oli myös kokenut saaneensa enemmän tietoa potilaasta Leiko-toiminnan alettua ja näin hoidon jatkuvuuden todettiin olevan sujuvampaa.

..ennen niitä roudattiin pitkin käytävää sängyllä tervejalkaisia ihmisiä ja mentiin saliin.. nostetaan ja siirretään tasolle, niin kaikki tämä on jäänyt pois.

..potilaat on äärimmäisen hyvin hoidettu, niiden kaikki asiat on selvillä, että moni on kokenut, että osaston puolelta ei saa niin paljoa infoa kun nyt.

..on varmempi ottaa potilas vastaan ja jatkaa siinä hoitoa, hoidon jatkuvuus on kitkattomampaa.

Radikaalimmin Leiko-toiminnan todettiin vaikuttaneen vuodeosastojen toimintaan. Siellä hoitajat saivat keskittyä täysin osastolla oleviin potilaisiin. Kaikkien todettiin olevan tähän muutokseen täysin tyytyväisiä, eikä entiseen toimintamalliin enää haluttu palata.

..se oli huomattava se aamun muutos, että ne hoitajat sai keskittyä siellä osastolla oleviin potilaisiin.

..siihen on ollut niin kuin kaikki 100% tyytyväisiä kun tämä alkoi..

..osastolla on aamut helpottanut, kun sinne ei kaikki leikkauspotilaat tule aamusta ja valmistelu ja vienti saliin..

En ikinä palaisi edelliseen.

7.4.3 Leiko-toiminnan hyödyt ja vaikuttavuus

Leiko-toiminnan käynnistäminen koettiin tehokkaammaksi ja aluksi helpommaksi, kun toiminnan alettua mukana oli vain muutama erikoisala. Toiminnan laajennettua useampaan erikoisalaan koettiin, että mahdolliset ongelmatkin laajenivat ja hoitolinjauksia jouduttiin tarkastelemaan uudelleen.

..kapea porukka, mä koen et ehdottomasti on helpompi, varsinkin kun aloitettiin se meidän leikotoiminta..

..kun se skaala laajeni, niin laajeni myös ne sieltä tulevat ongelmatkin.

Selvästi piti ottaa uudestaan niin kuin hoitokäytäntöjä esille ja yrittää yhdenmukaistaa sitä linjausta.

Potilaiden leikkaussaliin kuljettamisen poistuttua, vuodeosaston tilanteen koettiin rauhoittuneen radikaalisti. Lisäksi Leiko-toiminnan todettiin helpottaneen potilaspaikkatilannetta. Aikaisemmin kaikille leikkaukseen tuleville potilaille ei ollut heti aamusta tarjota vuodepaikkaa vaan he joutuivat odottelemaan esimerkiksi käytävällä.

..kun ei osaston puolelta enää tarvi viedä potilaita saliin niin se rauhoitti sen osaston tilanteen kaiken kaikkiaan.

Selkeä tarve oli niin tämmöiselle toiminnalle.. koska niitä paikkoja ei aamulla ollut.

Kotiutuvien potilaiden myötä vasta vapautuu niitä paikkoja.

Vuodeosastotyön painopisteen todettiin muuttuneen Leiko-toiminnan ansiosta. Päivän ruuhkahuipun kerrottiin vaihtuneen vuodeosastoilla aamusta iltapäivään ja sen myötä joillakin osastoilla oli työaikojakin muutettu.

..ennen oli aamuvuoron ruuhka niin nyt se on jossain klo 12-14 aikaan se ruuhka siinä työssä.

..monet osastot on ihan vaihtanut näitä työaikoja sen mukaan.

Leikkausostolla salien odotusaikojen todettiin vähentyneen, kun potilas voitiin hakea viereisestä Leiko-yksiköstä heti leikkaustiimin ollessa valmis. Potilasta ei tarvinnut enää odottaa vuodeosastolta eikä potilaan pyytämistä leikkausosastolle tarvinnut enää ennakoita kuten aikaisemmin. Näin ollen myös salien vaihtoaikojen todettiin vähentyneen.

Odottelu meillä on vähentynyt tai semmoiset, että ei hoitaja ole turhautuneena, että missä se potilas nyt on..

..kun se sali on vapaa niin potilas pääsee heti.. salien tämmöset väliajat on niin kuin lyhentynyt.

Leiko-toiminnan vakiinnuttua, sen uskottiin tuovan tehokkuutta ja joustavuutta leikkauspotilaan hoitoprosessiin. Sitä kautta toiminnan koettiin olevan myös taloudellista. Leiko-toiminnan ei uskottu vaikuttaneen leikkausten määriin lainkaan tai ainakaan mitenkään huomattavasti, mutta hoitopäivät olivat vähentyneet huomattavasti.

Me saadaan tässä, jos vähän lisätään sitä resurssia, niin tietyllä tavalla sitä tehokkuutta, joka taas tuo sen takaisin ja semmoista niin kuin sen prosessin joustavuutta..

Ei ainakaan tietääkseni ole vaikuttanut (leikkaus) määriin.

..hoitopäiväthän on huomattavasti vähentyneet.

..hoitoajat on lyhentynyt, että ei tosiaan enää makuuteta ylimääräistä.

7.4.4 Jatkuva parantaminen

Leiko-toimintaa pyrittiin kehittämään jatkuvasti. Toimintaa suunniteltaessa ei kaikkea pystytty ennakoimaan ja sekin asetti vaatimuksia tarvittavien toimintamuutosten tekemiselle. Kehittämistyön uskottiin olevan helpompaa, kun toimittiin yhden organisaation sisällä.

..tää on toiminnan jatkuvaa kehittämistä.

..on paljon helpompaa kun ei tarvi mennä tämmöisten eri rajojen yli tämä kehittäminen.

Toiminnan kehittäminen tapahtui usein hoitoprosessien kehittämisen kautta. Pyrkimyksenä oli entistä potilaslähtöisempi toiminta.

..yritetään suunnitelmallisuutta lisää..

..tavoitteena niin kuin se potilaslähtöisyys..

Osassa Leiko-yksiköistä oli selkeästi tavoitteena toiminnan keskittäminen. Sillä tarkoitettiin myös eri toimintaprosessien yhdistämistä. Se uskottiin tuovan toimintaan mm. tehokkuutta ja taloudellisuutta.

..suunnitelmiahan on tällaisella pitkällä tähtäimellä ollut et yhtenäistetään kaikki ja hoidonsuunnittelu samaan..

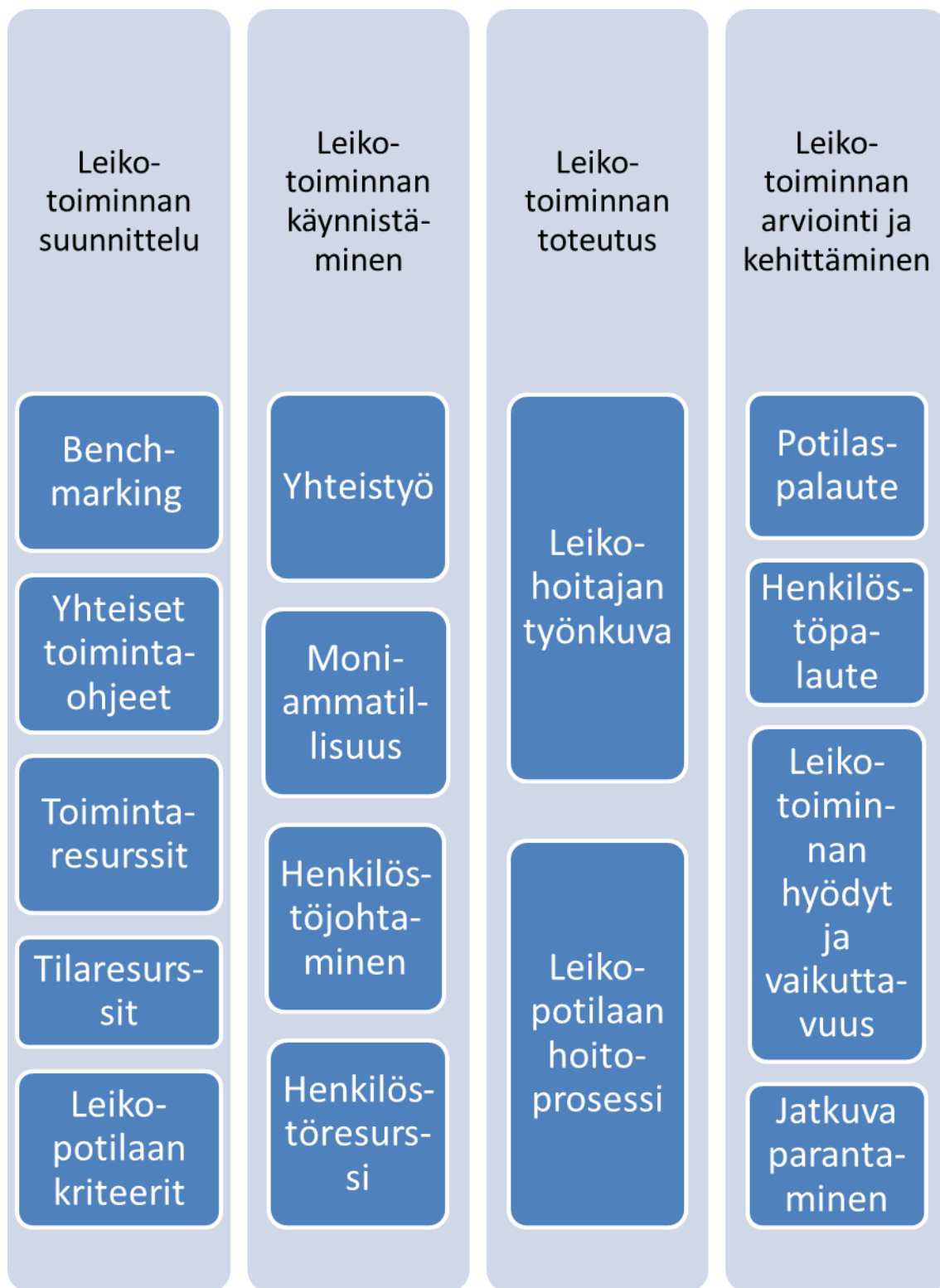
..ei ollut järkevää milläänlailla, että ne on kolmessa eri paikassa.

Yhdistäkää ilman muuta päiki- ja leikoprosessi, ei kannata pitää erillistä.

Se kun keskitetään yhteen paikkaan niin toinen on siis taloudellisuus ja tehokkuus..

7.5 Yhteenveto tuloksista

Kuviossa 3 on esitettyä yhteenveto tämän tutkimuksen tuloksista.



Kuvio 3. Yhteenveto tutkimustuloksista

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tiedostettava tutkimusta ohjaavat intressit ja se, miksi juuri tämä intressi ohjaa tutkimusta. Lisäksi on tiedostettava se, mihin tarkoitukseen tutkimusta tehdään. (Hirvonen 2006, 42.) Kylmän, Pelkosen ja Hakulisen (2004) mukaan tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja perusteltava aiheen valinta. Tämän tutkimuksen aiheen valinta perustui ensisijaisesti työelämän tarpeisiin ja asetettiin selkeän tavoitteen tutkimukselle. Tutkimuksen tekijä oli itsekkin aidosti kiinnostunut aiheesta ja paneutui tutkimuksen tekemiseen huolellisesti. Tutkimusaihe on ollut myös kansallisesti ajankohtainen, mistä kertoo tämän tutkimuksen tekemisen aikana ilmestyneet muut samasta aiheesta tehdyt tutkimukset (kts. Kananen 2012; Laisi 2012).

Tutkimusetiikan näkökulmasta tutkimuksella tulee olla tarvittavat tutkimusluvut ja ennen tutkimuksen aloittamista tulee sopia kaikkien osapuolten oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet. Lisäksi tulee sopia aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset osapuolten hyväksymällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tälle tutkimukselle haettiin asianmukaiset tutkimusluvut jokaisesta tähän tutkimukseen osallistuvasta organisaatiosta heidän ohjeistuksiensa mukaisesti (liite 3). Tutkimuksen työelämäpalaveri pidettiin lopullisen aiheen varmistuttua ja silloin sovittiin kaikki tutkimukseen liittyvät oikeudet ja vastuut sekä tarkennettiin tutkimusmenetelmiä työelämän tarpeita vastaaviksi.

Vain hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla suoritettu tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja sen tulokset uskottavia. Jokainen tutkija vastaa ensisijaisesti itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Myös tulosten julkaistaessa tulee toteuttaa avoimuutta ja vastuullisuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Tämä tutkimus toteutettiin tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla ja eettisiä periaatteita noudattaen. Tutkimusmenetelmien valinnassa huomioitiin tälle tutkimukselle parhaiten soveltuvat menetelmät. Tutkimus tehtiin rehellisesti ja tunnollisesti. Tämän tutkimuksen kaikki vaiheet raportoitiin ilman vilppiä niin, että lukija pystyy tutkimusprosessia seuraamaan. Tässä työssä käytettiin kaikkea saatua aineistoa yhtäläillä ja mahdollisimman tasavertaisesti. Haastateltavien autenttiset lausumat tukevat tutkijan tekemiä päätelmiä. Raportoinnissa pyrittiin selkeyteen ja johdonmukaisuuteen.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tutkimusetiikan näkökulmasta muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioittaminen ja heidän saavutuksilleen arvon antaminen. Tämä tulee ilmi mm. heidän julkaisuihinsa viittaamisella asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tässä tutkimuksessa hyödynnettyyn kirjallisuuteen sekä aikaisempiin tutkimuksiin on tekstissä viitattu asianmukaisesti ja muiden tutkijoiden tuottamaa tutkimustietoa sovellettiin vääristämättä alkuperäistä tietoa. Viittausten kaikki tiedot löytyvät lähdeluettelosta ammattikorkeakoulun raportointiohjeiden mukaisesti.

Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 29) mukaan laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus sekä tutkijan aseman pohtiminen suhteessa tiedonantajiin. Myös Kuula (2006, 136) painottaa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Tässä tutkimuksessa haastatteluihin osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista ja tästä mainittiin myös saattekirjeessä (liite 4), minkä kaikki haastateltavat saivat etukäteen. Kaikki haastatteluihin osallistuneet antoivat kirjallisen suostumuksensa (liite 6) tutkimukseen osallistumisestaan. Samalla he vakuuttivat ymmärtäneensä, että kaikkia tutkimukseen liittyviä tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti.

Haastateltavien täyttämästä taustatietokyselystä ei vastaajia pysty tunnistamaan ja myös koko haastatteluaineisto käsiteltiin siten, että yksittäinen haastateltava ei ole tunnistettavissa. Tähän sisältyi myös se, että haastatteluaineiston litteroi Taysin eräs osastosihteeri, joka sai käsiteltäväkseen ainoastaan haastattelunauhut eikä ollut missään vaiheessa tietoinen haastatteluihin osallistuneiden henkilöllisyyksistä. Hänellä on lisäksi työnsä puolesta vaitiolovelvollisuus ja se päti myös tähän tutkimukseen osallistumisessa. Kohdejoukon kuvauksessa on samasta syystä jätetty ilmoittamatta osallistujat kohdeorganisaatio-

tioittain eikä osallistujien ammattinimikkeitä ole ilmoitettu lukumäärinä. Näin ollen heidän anonymiteettinsä tiedonantajina säilyi koko tutkimusprosessin läpi.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kohdistuu Niemisen (2006, 216-218) mukaan tutkimusaineiston keräämiseen. Saadun aineiston luotettavuus perustuu tutkijan harkintaa. Tässä tutkimuksessa varmistettiin laadukas aineisto valitsemalla haastatteluihin sellaiset Leiko-yksiköt, joilla on pidempiaikainen kokemus kyseisestä toimintamallista. Lisäksi haastateltaviksi haluttiin pitkän työkokemuksen omaavia henkilöitä työntekijätasosta johtoportaan asti.

Haastatteluiden lisäksi aineistoa kerättiin havainnoimalla Leiko-tiloja ja yhden potilaan kulkua Leiko-yksikössä. Tutkimusaineistoon kuului myös Leiko-toimintaan liittyviä dokumentteja, joita sain Leiko-yksiköistä haastattelutilanteiden jälkeen. Aineistotrigulaatiolla varmistettiin monipuolinen ja kattava aineisto Leiko-toiminnan suunnittelustan arviointiin ja kehittämiseen.

Aineistonkeruumuotona ryhmähaastattelu oli tässä tutkimuksessa hyvä valinta, sillä haastattelutilanteissa yhden osallistujan puheenvuoro edesauttoi muiden haastateltavien osallistumista keskusteluun ja avasi monipuolisen keskustelun käsitteillä olevasta teemasta. Lisäksi se lisäsi haastateltavien keskinäistä keskustelua aiheesta ja keskusteluissa nousi esiin myös joitakin yksiköissä kehitettäviä asioita. Ryhmähaastatteluissa haastateltavat olivat tuttuja keskenään, joten se helpotti haastateltavien avautumista ja rentoa vuorovaikutustilannetta. Tämä varmisti myös sen, että haastatteluissa tuli esiin osallistujien kokemusten ja tiedon lisäksi heidän omakohtaisia ajatuksia aiheesta.

Haastattelutilanteissa pyrin asettamaan nauhurin niin, että kaikkien haastateltavien ääni kuuluisi selkeästi litterointivaiheessa. Siitä huolimatta en osannut riittävästi huomioida toisten haastateltavien hiljaista ääntä tai ympäristöstä johtuvia häiriötekijöitä, kuten haastattelutilassa kulkevista muista ihmisistä aiheutuvat äänet. Joissakin kohdin äänen laatu oli äänikaseteissa niin heikko, että sitä ei pystynyt varmuudella toistamaan. Tältä osin se heikentää tutkimusaineiston luotettavuutta.

Tutkimuksen arviointi perustuu raportin huolelliseen kirjaamiseen. Lukijan tulee vakuuttua tutkijan tekemien ratkaisuiden oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. Lukijalla pitää olla mahdollisuus seurata tutkijan päättelyä koko tutkimusprosessin ajan. (Nieminen 2006, 220.) Tämän tutkimuksen tekijä pyrki huolelliseen tutkimuksen raportointiin vaihe vaiheelta.

Aineiston analyysin luotettavuus syntyy empiiristen havaintojen ja käsitteellisten luokittusten loogisesta yhteensopivuudesta. Tämän takaamiseksi tutkijan tulee kirjata ja perustella omat luokitteluperusteensa sekä esittää riittävä määrä alkuperäishavaintoja. Selkeällä ja riittävällä dokumentoinnilla varmistetaan lukijan mahdollisuus arvioida luokittelun onnistuneisuus. (Nieminen 2006, 219.) Tässä tutkimuksessa aineiston analysointi kirjattiin vaiheittain ja jokaisesta vaiheesta esitettiin havainnollistava esimerkki, mikä lisää tämän tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan vähäinen kokemus sisällön analyysistä puolestaan saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

8.3 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli haastattelututkimuksen keinoin kartoittaa Leiko-toiminnan käynnistämisen huomioitavia asioita. Leiko-yksiköiden henkilökunnalta selvitettiin heidän kokemuksiaan Leiko-toiminnan suunnittelu- ja käynnistämisvaiheessa huomioitavista asioista, Leiko-toiminnan toteuttamisesta sekä Leiko-toiminnan arvioinnista ja kehittämisestä. Lisäksi aineistoa kerättiin havainnoimalla Leiko-yksiköiden tiloja ja toimintaa.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada mahdollisimman monipuolinen kuva Leiko-toiminnasta, eikä organisaatiokohtaisilla eroilla ollut merkitystä, joten aineiston käsittely yhtenä kokonaisuutena oli perusteltua. Tutkimustulokset tukivat ja täydensivät tämän tutkimuksen teoreettisia lähtökohtia. Leiko-potilaan hoitoprosessi oli pääpiirteiltään samanlainen tähän tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä. Joitakin eroavaisuuksia löytyi käytännön toteutuksessa, mihin vaikutti erot leikkauspotilaiden volyymissä sekä erikoisaloissa ja suoritettavien toimenpiteiden vaativuustasoissa.

Tämän tutkimuksen tulokset jakautuivat Leiko-toiminnan suunnitteluvaiheeseen, käynnistämiseen, toteuttamiseen sekä Leiko-toiminnan arviointiin ja kehittämiseen. Eri Lei-

ko-toiminnan vaiheet liittyivät tiiviisti yhteen ja menivät osittain limittäin. Tästä syystä tutkimustulosten eri osioita voidaan myös nähdä kuuluvaksi muihin Leiko-toiminnan vaiheisiin.

Tutkimustulosten mukaan Leiko-toiminnan suunnitteluvaihe sisälsi benchmarkingia, yhteisten toimintaohjeiden laatimista, riittävät toiminta- ja tilaresurssit sekä Leiko-potilaan kriteereiden laatimisen. Leiko-toiminnan suunnittelu vaatii kyseiseen toimintamalliin tutustumista monipuolisesti. Benchmarkingin perusideana oli toisilta oppiminen ja jo olemassa olevien Leiko-yksiköiden tietotaitoa kannatti hyödyntää uutta Leiko-yksikköä perustettaessa.

Yhteisillä toimintaohjeilla saatiin käytäntöjä yhtenäisemmiksi ja ne ohjasivat yksittäistä työntekijää työssään. Kuitenkin oli hyvä muistaa, että uuden toiminnan käynnistyttyä käytäntö saattaa muuttaa toimintaa ja silloin myös toimintaohjeita tuli päivittää. Myös Leiko-potilaiden kriteerien laatiminen suunnitteluvaiheessa helpotti toiminnan käynnistämistä ja niitäkin voitiin muokata käytännön kokemusten myötä. Yksikkökohtaisia eroja Leiko-potilaiden kriteereissä oli tilojen ja toiminnan mukaan. Yhtenäistä kuitenkin oli se, että potilaan pitää pystyä ottamaan vastaan ja noudattaa saamia ohjeita. Näin totesi myös Rauhasalo (2003) omassa tutkimuksessaan.

Leiko-toiminnan suunnittelu vaati riittävät resurssit, jotta toiminnan käynnistäminen ja toteuttaminen saisi hyvät lähtökohdat. Resurssien mitoittaminen oikein hyvissä ajoin varmisti toiminnan sujuvuuden koko toimintaprosessin ajan.

Leiko-toiminnan käynnistäminen puolestaan rakentui yhteistyöstä, moniammatillisuudesta, henkilöstöjohtamisesta sekä henkilöstöresursseista. Eri yksiköiden ja ammattiryhmien välinen tiivis yhteistyö oli todella tärkeää Leiko-toiminnan toteutumisen kannalta. Moniammatillisella tiimillä voitiin toiminnan suunnitteluun ja käynnistämiseen tuoda kaikkien ammattiryhmien näkemys ja kokemus. Myös Tohmon (2010) mukaan moniammatillinen yhteistyö korostui potilaan eduksi.

Kuten Keränen ym. (2003) totesivat, niin myös tämän tutkimuksen tulosten mukaan Leiko-toimintaan sitoutuminen johtoa myöten oli tärkeää toiminnan sujuvuuden ja joustavuuden takaamiseksi. Myös varahenkilöstön ja työkierron koettiin lisäävään toiminnan sujuvuutta sekä tuovan työtehtäviin vaihtelua. Näin ollen työkierron voidaan todeta

myös lisäävän työssä viihtyvyyttä sekä mahdollistaa ammattitaidon ylläpitämisen. Leiko-hoitajalla tulisi tämän tutkimuksen tulosten mukaan olla monipuolista sairaanhoidollista osaamista, sosiaalisia taitoja sekä kiinnostusta potilaan kohtaamiseen.

Leiko-hoitajan työnkuvan sekä Leiko-potilaan hoitoprosessin kuvaaminen sisältyi Leiko-toiminnan toteuttamisvaiheeseen. Leiko-hoitajan työnkuva sisälsi potilastietoihin tutustumista ja tiedon ymmärtämistä, jotta Leiko-potilas saattoi tulla turvallisesti leikkauspäivän aamuna sairaalaan. Leiko-potilaan hoitoprosessissa korostui preoperatiivinen hoitovaihe. Alhon ja Torkin (2005) selvityksen mukaan potilaan ohjaus voitiin hoitaa puhelimitse, ellei hänellä ollut tarvetta erilliselle preoperatiiviselle käynnille. Tämä tuli esiin myös tässä tutkimuksessa. Kuitenkin olennaista oli se, että potilaalla oli jonkinlainen kontakti sairaalaan ennen tulevaa leikkausta. Leiko-hoitajan täytyi tietää eri leikkauksiin valmistautumisohjeet ja osata ohjata potilasta toteuttamaan ne itsenäisesti kotonaan.

Leiko-toiminnan arviointi ja kehittäminen sisälsivät potilas- ja henkilöstöpalautteen, Leiko-toiminnan tehokkuuden ja vaikuttavuuden sekä jatkuvan parantamisen. Leiko-toiminnasta oli vielä varsin vähän kerätty systemaattista palautetta niin potilailta kuin henkilöstöltäkään. Saatu potilaspalaute toiminnasta oli ollut pääosin positiivista ja erityisen tyytyväisiä he olivat olleet siihen, että olivat saaneet viettää leikkausta edeltävän yön kotonaan. Samaan tulokseen tuli myös Teerijoki (2008) omassa tutkimuksessaan. Leikkaussaliin kävelemisen koettiin lisäävän uskoa leikkauksesta toipumiseen ja potilaiden positiivinen kokemus edesauttaa toipumista.

Leiko-tilat oli ollut suurimpana negatiivisen palautteen kohteena sekä potilaiden että henkilöstön kokemana. Henkilöstön palaute Leiko-toiminnasta oli ollut positiivista ja huomattavimpana muutoksena oli koettu vuodeosastojen toiminnan kuormittumisen helpottuminen. Mahdollisuus keskittyä postoperatiivista hoitoa vaativiin potilaisiin oli koettu positiivisena, aivan kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (vrt. Laakso & Tohmo 2009; Keränen ym. 2006). Tämän tutkimuksen mukaan entiseen toimintamalliin ei haluttu palata.

Leiko-toiminnan oli koettu helpottaneen osastojen potilaspaikkatilannetta ja työn painopisteen oli todettu muuttuneen vuodeosastoilla. Myös leikkausosastoilla toiminnanmuutos oli koettu positiivisena ja Leiko-toiminnan uskottiin lisäävän tehokkuutta ja talou-

dellisuutta mm. siten, että leikkausosaston henkilökunta ei enää joutunut odottamaan potilasta vuodeosastolta (kts. Fordell 2002). Leiko-toiminta vaati jatkuvaa kehittämistä ja käytännön tuomien tarvittavien toimintamuutosten hyväksymistä. Asiakaslähtöisyyteen pyrkiminen oli kuitenkin Torkin (2004, 3) mukaan oltava aina toiminnan kehittämisen lähtökohtana.

Vaikka tässä tutkimuksessa kartoitettiin Leiko-toiminnan käynnistämässä huomioitava asioita, voidaan tämän tutkimuksen tuloksia käyttää hyödyksi myös muiden toimintamallien käyttöönotossa. Tuloksia voidaan myös hyödyntää muunkinlaisen toiminnan kehittämisen raameina.

8.4 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan Leiko-toimintaa käynnistettäessä tulisi käyttää riittävästi resursseja jo toiminnan suunnitteluvaiheessa. Leiko-toimintaa suunniteltaessa voidaan pitää merkityksellisenä tietää potilasvolyymi, mikä suunnitellun Leiko-yksikön kautta kulkisi. Tiedon avulla voidaan suunnitella Leiko-toiminnan vaatimat resurssit ja kohdentaa ne oikein jo ennen toiminnan käynnistymistä.

Tutkimustulosten mukaan merkittävin negatiivinen palaute Leiko-toiminnasta oli tullut Leiko-tilojen toimimattomuudesta ja puutteellisuudesta. Tästä voidaan johtopäätöksenä todeta, että erityisesti Leiko-yksikön tilojen suunnitteluun tulisi panostaa niin, että siinä huomioitaisiin sekä potilaat, heidän omaisensa että yksikössä työskentelevä henkilöstö.

Leiko-toiminnan käynnistämässä olennaista on kokonaisuuden kartoittaminen huomioiden potilaiden tarpeet hoitoprosessin eri vaiheissa. Tässä hyvänä apuna olisi elektiivisen leikkauspotilaan hoitoprosessin kuvaaminen yksityiskohtaisesti. Sekä aikaisempien tutkimusten että tämän tutkimuksen mukaan Leiko-toiminnan ja päiväkirurgian preoperatiivinen menettely on pääosin yhteneväinen. Toimintoja voitaisiin tehostaa hyvin suunnitellun hoitoprosessin avulla sekä käyttämällä yhteisiä toimitiloja.

Leiko-toiminnan käynnistämässä henkilöstön tiedottamiseen tulisi panostaa ja heidän ammattitaitoaan kannattaisi hyödyntää jo toiminnan suunnitteluvaiheessa. Tämä edesauttaisi myös henkilöstön sitouttamista uuteen toimintaan.

Leiko-yksikössä työskentelevän henkilöstön tulisi olla motivoitunutta ja osaavaa. Näin ollen uuden yksikön käynnistämässä tulisikin suosia henkilöstön vapaaehtoisuutta kuitenkin niin, että henkilöstön pätevyys olisi varmistettu. Suositeltavaa olisi toiminnan suunnitteluvaiheessa kartoittaa henkilöstön osaaminen ja riittävyys. Näin voitaisiin jo hyvissä ajoin aloittaa tarvittava perehdytys ja lisäkoulutus sekä mahdollisesti käynnistää Leiko-yksikön henkilöstön hakuprosessi.

Leiko-toiminnan suunnitteluvaihetta voidaan pitää koko toiminnan käynnistämisen perustana. Kuitenkaan ei voida unohtaa toiminnan toteutuksessa tarvittavaa tukea lähijohdolta ja johtokunnalta. Myös toiminnan arviointi ja jatkuva parantaminen tulee huomioida jo uuden toiminnan suunnitteluvaiheessa. Jatkossa tulisi kerätä systemaattista palautetta sekä Leiko-potilailta että Leiko-toimintaa osallistuvilta henkilöstöltä toiminnan kehittämiseksi.

LÄHTEET

- Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Alho, A. & Torkki, P. 2005. Leikkauspotilaiden hoitoprosessien analysointi ja kehittäminen Kuusankosken aluesairaalassa. Loppuraportti. Lillrank & Co.
- Anestesia ja leikkaustoiminta. 2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Päivitetty 17.12.2012. Luettu 20.12.2012. <http://www.ksshp.fi/>
- EFQM. 2012. Laatukeskus Excellence Finland. Luettu 31.5.2012. <http://www.laatukeskus.fi/palvelut-asiantuntijapalvelut-virallinen-versio/efqm-malli>
- Elomaa, E. osastonylilääkäri 2012. Leikkaustoiminnan prosessit ja preoperatiivinen toiminta. PowerPoint-esitys Keski-Suomen keskussairaalan vierailulla 23.1.2012.
- Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin oppinäytetöihin. Tutkiva hoitotyö 9 (3): 4-13.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Fordell, M. 2002. Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun tarkastelua. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Hatanpään sairaala. 2012. Tampereen kaupunki. Julkaistu 5.1.2005. Päivitetty 7.12.2012. Luettu 20.12.2012. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/sairaalat/hatanpaa.html>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, S. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.
- Hirvonen, A. 2006. Eettisesti hyvä tutkimus. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 31-49.
- Holmberg-Marttila, D., Länsipuro, L. & Kuusisto, L. 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Päivitetty 15.5.2012.
- Hyvinkään sairaala. 2012. Wikipedia. Vapaa tietosanakirja. Päivitetty 2.11.2012. Luettu 20.11.2012. http://fi.wikipedia.org/wiki/Hyvink%C3%A4%C3%A4n_sairaala
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Johtoryhmä: Leiko-toiminta edistyy. 2012. Luettu 22.1.2012. <http://intra.sis.pshp.fi/default.aspx?contentid=13536&contentlan=1>

- Järvi, U. 2008. Kotisohvalta suoraan leikkaukspöydälle. *Suomen Lääkärilehti* 63 (1-2): 9-11.
- Kananen, M-L. 2012. Leiko-toiminnan käynnistäminen moniammatillisena yhteistyönä. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. YAMK-opinnäytetyö.
- Keränen, U. 2005. LEIKO. Leikkaukseen kotoa – uusi näkökulma. Operatiiviset päivät 2005. Luentomateriaali. Luettu 31.1.2013. http://www.vshp.fi/suopa/pdf/keranen_231105.pdf
- Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa – malli soveltui valtaosalle leikkaukspotilaista Hyvinkäällä. *Suomen Lääkärilehti* 63 (45): 3887-3892.
- Keränen, J. & Keränen, U. 2011. From Home To Operation (FHTO) – A New Surgical Admission Centre: Does The Comprehensive Initialisation Of A New Process Harm Surgery Outcome? *Scandinavian journal of surgery* 100 (2): 136-140.
- Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen Lääkärilehti* 61 (36): 3603-3607.
- Keränen, J., Soini, E., Ryyänen, O-P., Hietaniemi, K. & Keränen, U. 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* 23 (11): 2775-2784.
- Keränen, U., Tohmo, H. & Laine, P. 2004. Leikkaukseen kotoa (Leiko) - potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* 59 (48): 4739-4743.
- Keränen, U., Tohmo, H. & Soirinsuo, M. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) – toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* 58 (36): 3559-3563.
- Korva- ja suuhanke. 2011. Päivitetty 18.8.2011. Tulostettu 23.11.2011. <http://intra.sis.pshp.fi/default.aspx?contentid=13109>
- Korva- ja suusairauksien vastuualue. 2012. Päivitetty 13.2.2012. Luettu 14.2.2012. <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=884>
- Kuula, A. 2006. Yksityisyydensuoja tutkimuksessa. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) *Etiikkaa ihmistieteille*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 124-140.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kylmä, J., Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16 (6): 250-257.
- Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syö-

- pää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. *Tutkiva Hoitotyö* 6 (2): 23-29.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1): 3-12.
- Laakso, O. & Tohmo, H. 2009. Uudistuvaa anestesiatyötä HUS Hyvinkään sairaalassa. *Finnasnest* 42 (1): 60-64.
- Laisi, J. 2012. *From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process*. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Laitila, J. 2006. Kirurgian leikkausosaston toiminnan arviointi. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 2/2006. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WSOY, 21-43.
- Leiko-toiminta 2006. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hyvinkään sairaanhoitoalue.
- Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. *Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle*. Julkaistu 12.6. 2012. Hoitotyön Tutkimussäätiö ja Käsikirjan kirjoittajat. Luettu 1.2.2013. http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoito.pdf
- Mattila, K. 2010. *Day Surgery in Finland. Randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome*. Helsinki University. Department of anaesthesiology and Intensive Care Medicine.
- Metsämuuronen, J. 2008. *Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 3. uudistettu painos*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Mäenpää, H. 2009. Laaturaportti Hyvinkää on näyttänyt tietä. *Suomen Lääkärilehti* 64 (40): 3352-3353.
- Nieminen, H. 2006. *Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus*. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 215-221.
- Nordback, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D., Päivä, H., Liimatainen, T., Porkkala, T. & Kaila, M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. *Suomen Lääkärilehti* 65 (17): 1549-1551.
- Oksanen, T., Mattila, K. & Hynynen, M. 2008. Iäkkään potilaan leikkauksen turvallisuuden arviointi. *Duodecim* 124 (7): 796-802.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio. 2012. Päivitetty 3.2.2012. Luettu 10.2.2012. <http://www.pshp.fi/>
- PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma 2012 – 2014 ja talousarvio 2012. Tallennettu 3.2.2012. <http://www.pshp.fi>

- Ranta, A., Liimatainen, T. & Lisma, S. 2012. Leiko24 yksikön toiminta. Raportti julkaistu 13.8.2012 ja päivitetty 22.11.2012.
- Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee –koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylä yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Rowe, W., Yaffe, M., Pepler, C., & Dulka, I. 2000. Variables impacting on patients' perceptions of discharge from short-stay hospitalisation or same-day surgery. *Health and Social Care in the Community* 8 (6): 362–371.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikeus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. Havainnointi. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 28.3.2012. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_4.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Mitä laadullinen tutkimus on: lyhyt oppimäärä. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 20.4.2012. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006c. Ryhmähaastattelu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettu 22.1.2013. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_4.html
- Soini, E., Keränen, J., Ryyänen, O-P. & Keränen, U. 2007. Leikkaukseen kotoa (LEIKKO) –toimintamalli on hyödyllinen. Teoksessa Klavus, J. (toim.) Terveystaloustiede 2007. Stakesin työpapereita 2/2007. Helsinki: Vastapaino Oy, 36-42.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Sosiaaliturvan suunta 2005-2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:1. Luettu 10.1.2012. <http://www.stm.fi>
- Stakesin sanastojen termit. Luettu 1.7.2012. www.sosiaaliportti.fi/File/802494dc-fce7-419d-8601-572ce8f6fa8d/1_Liite+1.doc
- Suomen Sairaanhoitajaliitto. 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä - käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Tulostettu 19.3.2008. www.sairaanhoitajaliitto.fi
- Syrjäläinen, E., Eronen, A. & Värri, V-M. (toim.) 2007. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Teerijoki, J. projektipäällikkö 2012. Kotoa leikkaukseen ja toimenpidesuunnitelumalli. PowerPoint-esitys Keski-Suomen keskussairaalan vierailulla 23.1.2012.
- Tohmo, H. 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? *Finnanest* 43(4): 310-311.

Torkki, P. 2004. Leikkausprosessien uudelleensuunnittelu – anestesiavalmistelu leikkauksalin ulkopuolella. Aalto-yliopisto. Healthcare Engineering, Management and Architecture-instituutti. Diplomityö.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuominen, K. 2011. Balanced Scorecard –mittaristo – EFQM 2010. Itsearviointin työkirja. Verkkojulkaisu. Päivitetty 2011. Oy Benchmarking Ltd.

Tuominen, M. 2012. Päiväkirurgisen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. 30.5.2012. Luettu 23.1.2013. www.terveysportti.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Luettu 3.2.2013.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

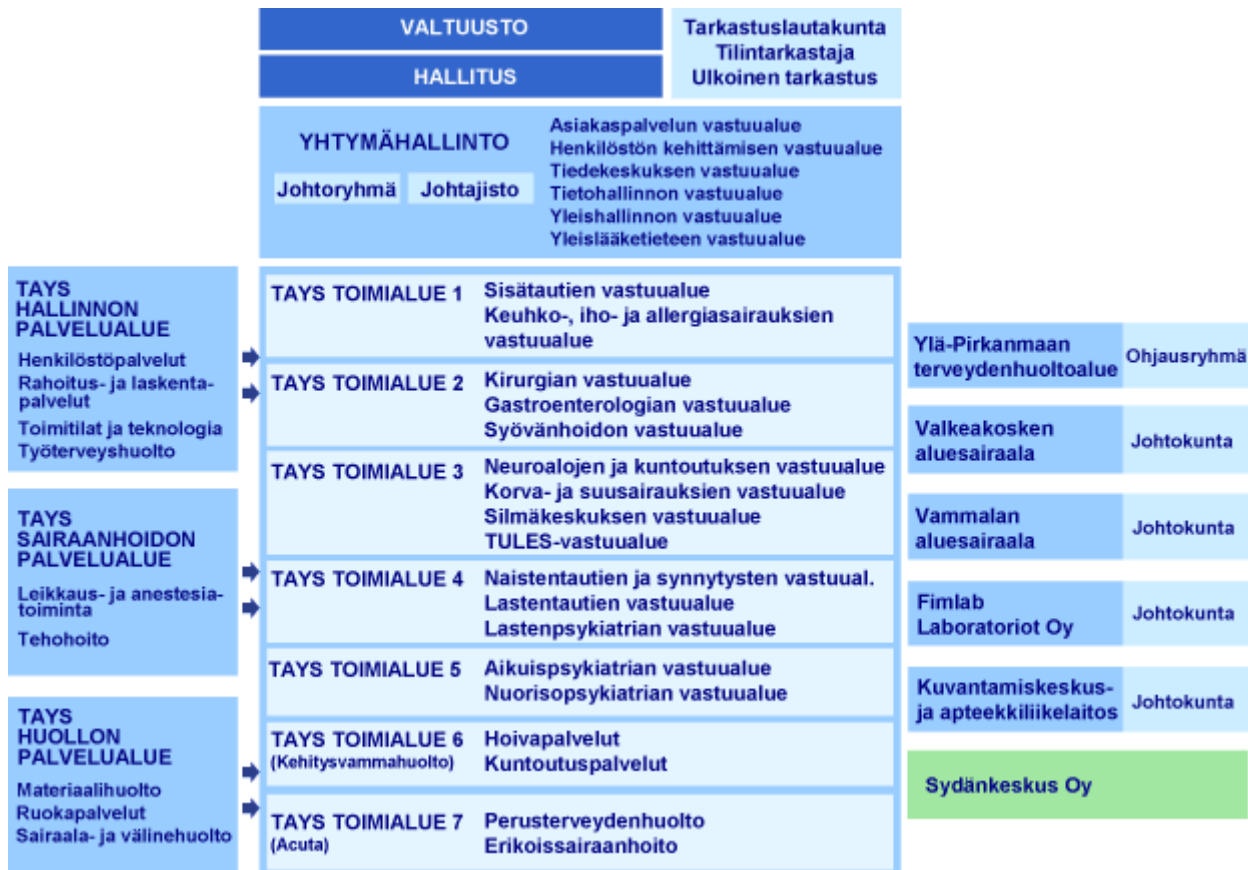
Virtanen, S-M. 2011. Leiko-toiminnan kehittäminen Tampereen yliopistollisessa sairaalassa sairaanhoidon palvelualueen leikkaus- ja anestesiatoiminnan vastuualueen kirurgian leikkausyksikössä. Projektin loppuraportti.

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.

LIITTEET

Liite 1. PSHP:n organisaatiokaavio

(Pirkanmaan sairaanhoitopiirin organisaatio 2012)



Liite 2. Kirjallisuuskatsaus Leiko-toiminnasta

Tekijä(t), julkaisuvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja kohde-ryhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Keskeiset tulokset
Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008 Leikkaukseen kotoa –malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä	Leikkaukseen kotoa –prosessin käyttöönoton analysoiminen Hyvinkään sairaalassa.	Määrällinen tutkimus Hyvinkään sairaalassa vuonna 2007 leikatut potilaat (N=7211).	Aineisto Opera-leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmästä. Aineisto analysoitiin tilastollisella menetelmällä.	Leiko-mallia voidaan hyödyntää useimpien potilaiden operatiivisessa hoidossa. Leiko-prosessista hyötyvät myös suuren riskin potilaat. Kaikista leikkauspotilaista 76% kulki Leiko-yksikön kautta. Preoperatiivinen anestesiapoliklinikka on toimiva osa Leiko-prosessia.
Keränen, J. & Keränen, U. 2011 From Home To Operation (FHTO) – A New Surgical Admission Centre: Does The Comprehensive Initialisation Of A New Process Harm Surgery Outcome?	Leiko-prosessiin siirtymisen vaikutus potilaiden toimenpiteiden tuloksiin.	Määrällinen tutkimus. Hyvinkään sairaalassa maaliskuun ja toukokuun välisenä aikana leikatut potilaat v.2006 ja v.2007 (N=1206).	Aineisto kerättiin takautuvasti potilastiedoista. Analysointi SPSS-ohjelmalla.	Potilaiden taustatiedoissa eikä kirurgian erikoisaloissa ollut eroavaisuuksia eri vuosien aineistoissa. ->Leiko soveltuu valtaosalle potilaista. Leiko-prosessiin siirtymisellä ei ollut negatiivisia vaikutuksia toimenpiteiden tuloksiin.
Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, V. 2006	Hyvinkään sairaalan henkilökunnan potilaisiin kohdistaman ajan seuraaminen	Määrällinen tutkimus. Huhtikuussa 2004 peräkkäiset leikka-	Tutkimusta varten räätälöidyt aikaseurantalomakkeet jaettiin vuodeosaston kautta(n= 96) ja	LEIKO-prosessi sitoo 73% vähemmän sairaalan henkilökunnan aikaresursseja kuin kirurgian osaston toiminta.

<p>LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa</p>	<p>ja vertaaminen perinteisen osaston kautta tapahtuvan leikkausprosessin ja LEIKO-prosessin välillä.</p> <p>Tavoitteena verrata prosessin eroavaisuuksia seuraamalla potilaiden liikkeitä ajan suhteen.</p>	<p>uspotilaat (N=288) ilman erillistä valikointia.</p>	<p>LEIKO-yksikön kautta (n=192) tuleville potilaille</p> <p>Analysointi tapahtui KEP-teoriassa käytettyjen mittareiden mukaisten termien avulla.</p>	<p>LEIKO-yksikkö on tehokkuudeltaan ylivoimainen perinteiseen leikkausprosessiin verrattuna.</p> <p>LEIKO-prosessin ongelmaksi koettiin potilasasiakirjojen ja informaation kulku.</p>
<p>Keränen, J., Soini, E., Rynnänen, O-P., Hietaniemi, K. & Keränen, U.</p> <p>2007</p> <p>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.</p>	<p>LEIKO-prosessin ja tavanomaisen hoitoprosessin kustannustehokkuuden, vaikuttavuuden ja riski-hyötysuhteen vertaaminen.</p> <p>Tavoitteena oli selvittää hoidon kustannukset, potilaiden elämänlaatu, infektioiden esiintyvyys, hoitopäivät ja infektioriski.</p>	<p>Määrällinen tutkimus, satunnaistettu kontrollitutkimus.</p> <p>Oireelliset sappikivipotilaat, joille oli suunniteltu laparoskopinen kolekystektomia Hyvinkään sairaalan Leiko-yksikössä ajalla 12/2004-7/2005 (N=47).</p>	<p>Aineisto kerättiin tietojärjestelmästä molemmista ryhmistä: LEIKO- (n=28) ja kontrolliprosessin potilaat (n=19).</p> <p>Aineisto analysoitiin STATA 9IC-tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>LEIKO-prosessi oli keskimäärin halvempi ja vaikuttavampi kuin kontrolliprosessi.</p> <p>Leiko-toiminta voi luoda huomattavia kustannussäästöjä ja sillä voi olla myönteinen vaikutus sekä kliinisiin arvoihin että elämänlaatuun.</p>

<p>Keränen, U., Tohmo, H. & Laine, P.</p> <p>2004</p> <p>Leikkaukseen kotoa (Leiko) – potilastyytyväi- syys Hyvinkään sairaalassa.</p>	<p>LEIKO- potilaiden hoi- toon liittyvien toimintojen ja hoitoprosessin sujuvuuden sel- vittäminen poti- laan näkökul- masta.</p>	<p>Määrällinen tutki- mus.</p> <p>2003 maalis- huhtikuun aikana LEIKO-yksikössä hoidettavana olleet potilaat, joille ei etukäteiskriteerejä asetettu (N=250).</p>	<p>Strukturoitu kysely.</p> <p>Analysointi tapah- tui SPSS For Win- dows 1.0 –tilasto- ohjelmalla.</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä toimintaan ja he haluavat pääsääntöisesti pysyä koto- na mahdollisimman pitkään ennen leikkausta.</p> <p>Preoperatviivinen informaatio todettiin kirurgin ja anestesiologin osalta riittä- mättömäksi.</p> <p>Suurin osa potilaista suosit- telisi muillekin hoitoon tuloa Leiko-toiminnan kaut- ta.</p>
--	---	---	--	---

Liite 3. Kohdeorganisaatioiden tutkimusluvut

1(12)


**Elämän
tähden**

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

HAKEMUS / LUPA

Opinnäytetyölle / tieteelliselle tutkimukselle

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet Maarit Villman	Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka Huhmarinkatu 8 33560 Tampere	Sähköposti maarit.villman@health.tamk.fi	Puhelin 0405772340
Ammattikorkeakoulu / yliopisto Tampereen ammattikorkeakoulu		Koulutusohjelma / laitos Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma (YAMK)	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Leiko-toiminnan käynnistäminen Taysin korva- ja suusairauksien vastuualueella			
Vastuualue / yksikkö, jossa opinnäytetyö / tutkimus toteutetaan TA3 /korva- ja suusairauksien vastuualue/Le7			
Opinnäytetyön / tutkimuksen tarkoitus ja kuvaus toteutuksesta Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Leiko-toiminnan käyttöönoton suunnittelussa ja toiminnan aloittamisessa huomioitavia asioita Tampereen yliopistollisen sairaalan korva- ja suusairauksien vastuualueella käynnistettävän toiminnan tueksi. Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla neljän eri sairaalan (Hyvinkään sairaalan, Keski-Suomen Keskussairaalan, Hatanpään sairaalan ja Taysin) Leiko-yksiköiden työntekijöitä heidän omassa työyksikössään.			
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota. Opinnäytetöiden julkistaminen edellyttää erillistä lupaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä.			
Kustannuksista vastaa _____ (pvm ja nimi)			
<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija <input type="checkbox"/> PSHP:n vastuuyksikkö, josta sovituu _____ kanssa			
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportti toimitetaan ylihoitajalle ja <input checked="" type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä _____			
Työryhmä			
AMK/ yliopisto Tamk	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Susanna Teuhola</i>	Puhelin 050 5279447	
Vastuualue/ osasto Le7	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Maarit Villman</i>	Puhelin 03 31164658	
Pvm ja allekirjoitus (hakijan tai ryhmästä yhden henkilön) 8.6.12 <i>Maarit Villman</i>			

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

Taysi no. LP186b.08.11

PÄÄTÖS

Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään

- hakemuksen mukaisesti
 päätöksessä nro 103 mainitiin edellytyksin

 Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin Hakemus hylätään, perustelut: _____

Pvm ja allekirjoitus

21.6.12 *Susanna Teuhola*
Opinnäytetyö- ja tutkimuskeskus
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Isokalle 1) alkuperäinen näytteellä 10v



Tampereen yliopistollinen sairaala

PÄÄTÖSPOYTÄKIRJA

21.6.2012

103 §
OPINNÄYTETYÖLUPA

Tampereen YAMK:n kliinisen asiantuntijan koulutusohjelman opiskelija Maarit Villman hakee lupaa opinnäytetyönsä toteuttamiseksi Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, toimialueelta 3 sekä sairaanhoidon palvelualueelta.

Opinnäytetyön työnimi on: " Leiko-toiminnan käynnistäminen Taysin korva- ja suusairauksien vastuualueella. "

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Leiko-toiminnan käyttöönoton suunnittelussa ja toiminnan aloittamisessa huomioitavia asioita Taysin sairaalan korva- ja suusairauksien alueella käynnistettävän toiminnan tukemiseksi.

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutetaan haastattelemalla yhtä (1) Taysin sairaanhoidon Leiko-toiminnan yksiköissä työskentelevää osastonhoitajaa /esimiehasemassa olevaa henkilöä sekä kolmea (3) sairaanhoitajaa.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja sen toteutumisesta sekä henkilöstön osallistumisesta haastatteluihin on soviittu työelämätahon kanssa.

Opinnäytetyöluvan saatuaan opiskelija on yhteydessä opetushoitaja Marita Kolariin haastatteluista sopimiseksi ja niiden toteutumiseksi.

Päätös

Päätän myöntää luvan opinnäytetyölle seuraavilla edellytyksillä:

- opinnäytetyössä yhteistyötahona mainitaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista
- tiedontajia informoidaan tutkimusprotokollan mukaisesti
- vastaaja ei voida tunnistaa tuloksia raporttoitaessa
- opinnäytetyön julkistamisluvan antaa työn valmistumisvaiheessa vastuualueen ylihoitaja.
- opinnäytetyöstä toimitetaan raportti työelämäyhteistyötaholle ja siitä pidetään osastokokous

Susanna Teuho
Opetusylihoitaja
Tiedekeskus

Arkistotunnus: 430

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Teiskontie 35, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03 311 611, faksi 03 311 64369, etunimi.sukunimi@pshp.fi, www.pshp.fi

HELSINGIN JA UUDENMAAN

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite

1

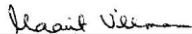
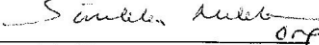
SAIRAANHOITOPIIRI

5/12/2012

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Villman Maarit	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta sairaanhoitaja (AMK), kliininen asiantuntijaopiskelija (YAMK)	
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm maarit.villman@health.tamk.fi /040 5772340	
	Kotiosoite Huhmarinkatu 8 33560 Tampere	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Tampereen ammattikorkeakoulu	
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Kuntokatu 4 33520 Tampere	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Salomaa Sirpa, yliopettaja p. 050 5279947/ sirpa.salomaa@tamk.fi	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Opinnäytetyösuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa <i>Sähköpostitse Sirpa Salomalta 15.6.2012, liitettyä / Sirpa Salomaa</i>	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Nikilä Marjaana osastonhoitaja	
	Työpaikan osoite Sairaalankatu 1, 05850 Hyvinkää	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm 050 4276571	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Hyvinkään sairaala, Leiko-yksikkö	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Leiko-toiminnan käynnistäminen Taysin korva- ja suusairauksien vastuualueella	
<p>Lyhyt seiosutus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Pääasiallinen aineistonkeruu tapahtuu haastattelemalla Leiko-yksikön osastonhoitajaa ja 3-4 sairaanhoitajaa. Tavoitteena saada monipuolinen kuva Leiko-toiminnan suunnittelusta, käynnistämisestä, toteutumisesta ja toiminnan arvioimisesta. Haastatteluiden lisäksi avointa Leiko-prosessin havainnointia opinnäytetyön tekijän esiyymärryksen lisäämiseksi.</p>		
<p>Asiasanat (max 5 kpl) Leiko-toiminnan suunnittelu, käynnistäminen, toteutus ja arviointi</p>		
Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input checked="" type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?		Arvioitu aloituspvm. Arvioitu päättymispvm.

11. 06. 2012

4(12)

Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:sa		<input type="checkbox"/> HUS-konsernihallinto <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tiakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
<input type="checkbox"/> HUS-konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue		<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tiakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Kohderyhmä		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä	
<input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?			
Aineiston keruumenetelmä			
<input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input checked="" type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?			
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot			
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle?		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan	
<input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		<input type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin <input checked="" type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta	
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.			
Päiväys 6.6.2012		Päiväys 15.6.2012	
 Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys Harriet Villman		 HUS:n vastuuhenkilö nimenselvitys Sinikka Mikkonen	

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
§12/2012	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä	Tutkimusluvan päättymispäivä
27.6.2012	
Päiväys	Päiväys
21.6.2012	Huvonka 15.6.12
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys ASLEO-SARI SPLA-SOKET	Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvitys Branda Jontava Lein



KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETUTKIMUKSEN (YO, AMK, MUU)
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1

TUTKIMUSNUMERO (tutkimuskoordinaattori täyttää)			
Lomake on tarkoitettu opinnäytetutkimuksen tekijöille, jotka suorittavat opinnäytetutkimukseen liittyvän aineiston keruun K-S:n shp:ssä eikä opinnäytetutkimus ole osa laajempaa tutkimusprojektia. Lomake allekirjoitetaan ja toimitetaan liitteineen tutkimuskoordinaattorille eteenpäin toimitettavaksi.			
1 Opinnäyte- työn tekijää koskevat tiedot	Tutkijan/opiskelijan suku- ja etunimi Villman Maarit		
	Nykyinen työnantaja/opiskelupaikka Tays Le7		
	K-S:n shp:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		
	Kotiosoite Huhmarinkatu 8	Postinro ja - paikka 33560 Tampere	
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin 0405772340	Sähköpostiosoite maarit.villman@health.tamk.fi
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Tampereen ammattikorkeakoulu		
	Yliopiston/laitoksen/Ammattikorkeakoulun/oppilaitoksen osoite/yhteystiedot Kuntokatu 4, 33520 Tampere		
2 Opinnäyte- työn nimi	Opinnäytetutkimuksen nimi julkisessa muodossa/lyhyt nimi Leiko-toiminnan käynnistäminen Taysin korva- ja suusairauksien vastuualueella		
3 Opinnäyte- työn ohjaaja oppilaitok- sessa	Opinnäytetutkimuksen ohjaaja/t, ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Salomaa Sirpa, yliopettaja p. 050 5279947/ sirpa.salomaa@tamk.fi		
	Opinnäytetutkimuksen ohjaaja on hyväksynyt tutkimussuunnitelman esitetyssä muodossa		
	Päivämäärä 15.6.2012	Opinnäytetutkimuksen ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys 	
4 K-S shp:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka tai toimi TYTTI ERVAST OSA-AHOITAJA		
	K-S:n shp:n vastuualue, vastuuyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee ANESTESIAN JA LÄÄKÄUSHÖIDÖN VASTUUALUE		
	Sähköpostiosoite/puhelin/gsm tytti.ervast@ksshp.fi p. (014) 2695372		

KSSHP, lupalomake/opinnäytetyö/ pl

5 Opinnäyte- työtä koskevat tiedot	Tiivistetty kuvaus opinnäytetutkimuksen suorittamisesta K-S:n shp:ssä	
	Aineiston kerääminen haastattelemalla 3-4 Leiko-toiminnan suunnittelun, toteuksen ja/tai arvioinnin asiantuntijaa. Haastattelut joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna.	
	Asiasanat (max 5 kpl) Leiko-toiminta, suunnittelu, toteutus, arviointi	
	Opinnäytetutkimuksen taso	Opinnäytetutkimuksen tieteenala
	<input type="checkbox"/> Tohtorin tutkinto	<input type="checkbox"/> Lääketiede
	<input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto	<input type="checkbox"/> Hoitotiede
	<input type="checkbox"/> Maisteritutkinto	<input type="checkbox"/> Muu terveystiede, mikä?
	<input type="checkbox"/> Kandidaattitutkinto	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	<input checked="" type="checkbox"/> Ylempi AMK - tutkinto	
	<input type="checkbox"/> AMK - tutkinto	
	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
	Opinnäytetutkimus on osa laajempaa K-S:n shp:n hanketta	
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei	
<input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?		
Opinnäytetutkimus kuuluu muuhun laajempaan tutkimusprojektiin		
<input checked="" type="checkbox"/> Ei		
<input type="checkbox"/> Kyllä, mihin?		
Arvioitu aloituspv mahdollisimman pian	Arvioitu päättämispvm	
Opinnäytetutkimuksen suorituspaikat K-S:n shp:ssä Haastattelupaikka avoin.		
Osallistuuko opinnäytetutkimuksen tekijä potilastyöhön		
<input checked="" type="checkbox"/> Ei		
<input type="checkbox"/> Kyllä		
Kohderyhmä	Aineiston arvioitu koko	
<input type="checkbox"/> Potilaat	Haastatteluun osallistuu 3-4 henkilöä.	
<input type="checkbox"/> Omaiset		
<input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta		
<input type="checkbox"/> Asiakirjat		
<input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
Aineiston keruumenetelmä		
<input type="checkbox"/> Kysely		
<input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu		
<input type="checkbox"/> Havainnointi		
<input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi		
<input type="checkbox"/> Mittaukset, mitkä?		
<input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
Tutkija tarvitsee luvan potilastietojen käyttöön arkistosta (mm. rekisteritutkimus)		
<input checked="" type="checkbox"/> Ei		
<input type="checkbox"/> Kyllä		
K-S:n shp:n ulkopuoliset yhteistyötahot TAMK, Tays, Hyvinkään sairaala ja Hatanpään sairaala		

KSSHP, lupalomake/opinnäytetyö/ pl

	Aiheuttaako opinnäytetutkimus kustannuksia K-S:n shp:lle? <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti) <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä)	
	Opinnäytetutkimuksen hyödyt/vaikutukset K-S:n shp:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta <input type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin/miten?	
Alle- kirjoitukset	Opinnäytetutkimuksen tekijänä sitoudun noudattamaan K-S:n shp:n antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetutkimukseni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle	
	Päivämäärä	Opinnäytetutkimuksen tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys
	15.6.2012	Maarit Villman 
	Päivämäärä	K-S:n shp:n vastuhenkilön allekirjoitus ja nimen selvennys
	20.6.2012	 Tytti Ervasti
PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisena <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että	
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perustein	
	<hr/> <hr/> <hr/>	
	Päivämäärä	Tutkimusluvan myöntäjän nimi, arvo ja nimen selvennys
	3.7.2012	 Kaija Heikari  Hannelehti

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma
 Selostus opinnäytetyön suorittamisesta K-S:n shp:ssä
 Tiedote tutkimuksesta
 Tutkittavan suostumus
 Aineiston keruulomake
 Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje
 Kysely/haastattelulomake
 Mittarit

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 Potilastietojen luovutus- ja käyttöluvahakemus
 Eettisen toimikunnan lausuntokopio tai kopio muun eettisen toimikunnan lausunnosta
- Tieteellisen tutkimuksen henkilörekisteriseloste
 STM:n/THL:n lupa, nro
 Muut tarv. lupakopiot
 Kopio KESLAB -sopimuksesta
 Muut mahd. sopimuskopiot (sisäiset/ulkoiset)

KSSHP, lupalomake/opinnäytetyö/ pl

TAMPEREEN KAUPUNKI
HYVINVOINTIPALVELUT

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
Erikoissairaanhoido

1 (6)

Hakemuksen saapumispvm _____

1 TUTKIMUSLUVAN HAKIJA/HAKIJAT

Sukunimi Villman	Etunimi Maarit	Syntymäaika 10.12.1978
Osoite Huhmarinkatu 8, 33560 Tampere		
Puhelin 0405772340	Sähköpostiosoite maarit.villman@health.tamk.fi	

Sukunimi	Etunimi	Syntymäaika
Osoite		
Puhelin	Sähköpostiosoite	

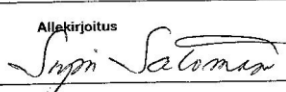
Muut tutkimuksen tekemiseen osallistuvat henkilöt

Sukunimi	Etunimi	Syntymäaika
Osoite		
Puhelin	Sähköpostiosoite	

Tutkimuslaitos, oppilaitos

Tampereen ammattikorkeakoulu
Koulutusohjelma
Kliininen asiantuntija (YAMK)

2 TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T)

Sukunimi Salomaa	Etunimi Sirpa
Toimipaikka ja osoite TAMK Kuntokatu 4, 33520 Tampere	
Puhelin 0505279947	Sähköpostiosoite sirpa.salomaa@tamk.fi
Oppiarvo ja ammatti	
Tit, yliopettaja	
Sitoudun ohjaamaan tutkimusta Päiväys 6.6.2012	Allakirjoitus 

TAMPEREEN KAUPUNKI
HYVINVOINTIPALVELUT

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
Erikoissairaanhoido

2 (6)

3 TUTKIMUKSEN LYHYT KUVAUS (nimi, keskeiset tavoitteet, tutkimusmenetelmät, kohderyhmä)

Alaikäisen lapsen haastattelu tai havainnointi edellyttää aina huoltajan kirjallisen luvan.

Leiko-toiminnan käynnistäminen Taysin korva- ja suusairauksien vastuualueella

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Leiko-toiminnan käyttöönoton suunnittelussa ja toiminnan aloittamisessa huomioitavia asioita Tampereen yliopistollisen sairaalan korva- ja suusairauksien vastuualueella käynnistettävän toiminnan tueksi.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla neljän eri sairaalan (Hyvinkään sairaala, keski-Suomen keskussairaala, Hatanpään sairaala, Tays) Leiko-yksiköiden työntekijöitä/asiantuntijoita.

Opinnäytetyön tavoitteena on helpottaa Leiko-toiminnan sekä uusien tilaratkaisuiden suunnittelua ja käyttöönottoa Taysin korva- ja suusairauksien vastuualueella. Tavoitteena on myös potilaiden sujuva ja asianmukainen hoito hyvin suunnitellun Leiko-toiminnan avulla sekä helpottaa Taysin korva- ja suusairauksien vastuualueen työntekijöitä uuden toimintamallin käyttöönotossa.

Tutkimuksen taso

- Väitöskirja
 Lisensiaattitutkimus
 Pro gradu
 Ammatillinen opinnäytetyö
 Muu, mikä

Tutkimuksen kohde erikoissairaanhoidossa

Leiko-toiminnan asiantuntijat

Pääasiallinen tutkimustapa / menetelmä

- Kysely
 Haastattelu
 Havainnointi
 Asiakirja/tilastoanalyysi
 Muu mikä

Aineiston suunniteltu keruu-aika

Alkaa	Päättyy	Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika
Kesäkuu 2012	Syyskuu 2012	Kevät 2013

TAMPEREEN KAUPUNKI
HYVINVOINTIPALVELUT

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
Erikoissairaanhoito

3 (6)

4 YHTEYSHENKILÖT ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA

Tutkimusluvan myöntämisen edellytyksenä on, että hakija on ollut yhteydessä siihen erikoissairaanhoidon yksikköön, johon tutkimus kohdistuu. Asianomaisen yksikön yhteyshenkilöt nimetään alla olevaan kohtaan.	
Nimi ja yksikkö yh Teija Liimatainen/ Leikkaustoiminnan palvelulinja	Puhelin ja sähköposti teija.liimatainen@tampere.fi / 040 806 2339
Nimi ja yksikkö	Puhelin ja sähköposti
Nimi ja yksikkö	Puhelin ja sähköposti

5 TUTKIMUKSEN KOHDE

a) Asiakirjatiedot mistä dokumenteista, tilastoista, rekistereistä haetaan tietoa
- mitä tietoa edellä mainituista asiakirjoista tutkitaan
b) Muu tutkimuksessa käytettävä aineisto (esim. haastattelu, kysely) Leiko-yksikön työnteekijöiden/Leiko-toiminnan asiantuntijoiden ryhmähaastattelu
- tutkimuslupahakemukseen liitetään malli tutkittavalle lähetettävästä kirjeestä sekä suostumusasiakirjasta.
c) Arvio osallistuvan henkilökunnan työajan käytöstä Haastattelun kesto noin 1-2h
d) Arvio miten tutkimus hyödyntää kaupungin palvelujen kehittämistä Tampereen kaupungin erikoissairaanhoito voi myös hyödyntää toiminnassaan opinnäytetyön tuloksia

TAMPEREEN KAUPUNKI
HYVINVOINTIPALVELUT

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
Erikoissairaanhoido

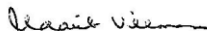
4 (6)

6 TUTKIJAN/TUTKIJOIDEN SITOUS JA ALLEKIRJOITUKSET

Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja tutkittavan tai hänen läheisensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus, enkä luovuta saamiani henkilötietoja sivullisille. Sitoudun tutkijan eettisiin periaatteisiin.

6.6.12

Päiväys



Maarit Villman

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Päiväys

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Hakemuksen liitteet

- Tutkimussuunnitelma
 Kysely/haastattelu yms. lomake
 Aineistonkeruulomake
 Muu aineiston keruuseen liittyvä materiaali (esim. yhteydenottokirje ja suostumisasiakirja alaikäisen huoltajalle)

Tutkimukseni voidaan julkaista Tampereen kaupungin julkaisusarjassa tai Internet-sivulla.

Tallenna

Tulosta

Tyhjennä

7 TUTKIMUSLUPAHAKEMUS LÄHETETÄÄN OSOITTEELLA:

Lääketieteen tutkimukset:

Sairaalan johtaja, johtava lääkäri Erkki Lehtomäki
Erikoissairaanhoido, Hatanpään kantasairaala
Hatanpäänkatu 24, T
33900 Tampere

Hoitotieteen tutkimukset:

Hallintoylihoitaja Paula Hakala
Erikoissairaanhoido, Hatanpään kantasairaala
Hatanpäänkatu 24, T
33900 Tampere

TAMPEREEN KAUPUNKI
HYVINVOINTIPALVELUT

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
Erikoissairaanhoido

5 (6)

8 PÄÄTÖS

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:


1. Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä.
2. Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla.
3. Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä a.o. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan.
4. Tutkimuslupa ei oikeuta hakemaan tietoja Hyvinvointipalvelujen tietojärjestelmistä.
5. Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan asianomaiselle yhteyshenkilölle.
6. Jos tutkimus keskeytyy, siitä ilmoitetaan yhteyshenkilölle ja tutkimusluvan myöntäjälle.
7. Alaikäisten lasten haastatteluun pyydetään aina huoltajien kirjallinen lupa.
8. Lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan, jolloin luvansaajan on palautettava tutkimusta varten saamansa tiedot.
9. Lupa on voimassa hakemuksessa määrättyyn ajan.

Muu:

Tutkimuslupaa ei myönnetä

Perustelut liitteenä

Päätäjä


Paula Heikala
Helsingin kaupungin
Virkanimike, allekirjoitus ja nimenselvennys

Päiväys

11.6.2012

10. PÄÄTÖKSEN JAKELU

Hakija Päiväys ___/___/20___ Lähetetty

Yhteyshenkilö

Liite 4. Saatekirje haastateltaville



TIEDOTE
XX.XX.2012

Hyvä vastaanottaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kartoittaa Leiko-toiminnan käyttöönoton suunnittelussa ja toiminnan aloittamisessa huomioitavia asioita. Tietoa käytetään Tampereen yliopistollisen sairaalan korva- ja suusairauksien vastuualueen Leiko-toiminnan käynnistämisen tukena.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, Hyvinkään sairaalasta, Keski-Suomen keskussairaalasta sekä Hatanpään sairaalasta.

Opinnäytetyö toteutetaan haastatteleamalla neljän eri sairaalan Leiko-yksiköiden työntekijöitä/asiantuntijoita heidän omissa työyksiköissään. Haastattelut nauhoitetaan joko ääninauhurilla tai videokameralla. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö on luettavissa elektronisessa Theseus –tietokannassa sen valmistuttua.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Maarit Villman
Kliininen asiantuntijaopiskelija (YAMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
maarit.villman@health.tamk.fi

Liite 5. Teemahaastattelun teemat EFQM-arviointialueiden mukaisesti

(Tuominen 2011).

1. JOHTAJUUS

Minkälainen on Leiko-yksikön organisaatorakenne tällä hetkellä ja onko se muuttunut toiminnanmuutoksen myötä?

Mitenkä toiminnanmuutos vaikutti Leiko-yksikön missioon (tarkoitus) ja visioon siitä, millaiseksi organisaatio haluaisi tulla?

Miten toiminnanmuutos näkyy johtamisessa?

Mitkä ovat organisaationne eettiset periaatteet ja miten niitä noudatetaan?

2. STRATEGIA

Mitkä ovat Leiko-yksikön toimintaperiaatteet ja miten ne toteutuvat?

Miten toiminnanmuutos on peilautunut Leiko-yksikön strategiaan?

Leiko-toiminnan osuus koko leikkausvolyyymistä?

3. HENKILÖSTÖ

Keitä Leiko-yksikössä työskentelee?

Onko toiminnanmuutoksella ollut vaikutusta heidän valitsemiseensa?

Miten muutos on vaikuttanut henkilöstön koulutukseen, osaamiseen?

4. KUMPPANUUDET JA RESURSSIT

Miten Leiko-prosessin eri toimijoiden välinen verkosto on muodostunut?

Mikä on eri toimijoiden työnjako? Esim. kuka varmistaa viime hetkellä, että kaikki tutkimukset ovat kunnossa potilaalla ennen leikkauksen tuloa?

Miten yhteistyö pelaa? Kuinka aktiivista yhteistyö on?

Millaisia kehittämis-/muutostoimia Leiko-toiminta aiheutti leikkaussalien toiminnassa? Jouduttiinko työnjakoa miettimään uudestaan, esim. osaamisen, resurssien tai tilojen kannalta?

Miten Leiko-toimintaan siirtyminen vaikutti vuodeosastojen toimintaan?

Minkälaista panostusta (välineitä, tiloja, koulutusta ym.) toiminnanmuutos on vaatinut? Mistä rahoitus muutoksen vaatimille resursseille on saatu?

5. PROSESSIT

Miten koko Leiko-prosessi on suunniteltu (tilat, toiminta)?

Miten uusi toimintamalli on käynnistetty? Mitä haasteita siinä oli?

Mitä muutoksia perinteisessä elektiivisessä leikkausprosessissa tulee Leiko-toimintaan siirtymisen myötä?

Miten Leiko-prosessi ja potilaan hoitoketju käytännössä toimii? Miten Leikopotilaat valikoidaan (mm. Asa-luokka, dg)?

Mitä ongelmia, mitä hyviä puolia ja mitä kehittämistä Leiko-prosessissa on havaittu?

6. TULOKSET JA NIIDEN MITTAAMISEN OSA-ALUEET

Asiakastulokset:

Kuinka Leiko-prosessin toimivuutta käytännössä arvioidaan huomioiden potilaat? Miten potilasvalitukset ja kiitokset vastaanotetaan Leiko-yksikössä?

Miten joustavasti Leiko-yksikkö ottaa huomioon potilaiden tarpeet ja odotukset?

Henkilöstötulokset:

Kuinka Leiko-prosessin toimivuutta käytännössä arvioidaan henkilöstön näkökulma huomioiden?

Millaisia muutosreaktioita Leiko-toiminta aiheutti henkilöstössä? Miten niihin on vastattu?

Miten henkilökunta arvioi työmotivaationsa ja siihen vaikuttavat tekijät, esimerkiksi esimiestoiminnan tai vastuunjaon?

Miten Leiko-yksikössä työskentelevien osaamisvaatimukset on määritelty? Miten henkilökunnan ammattitaitoa seurataan?

Yhteiskunnalliset tulokset:

Mikä merkitys Leiko-toiminnalle on näkyvyys tiedotusvälineissä?

Minkälainen maine Leiko-yksiköllä on työnantaja ja palveluiden tuottajana?

Miten palkintojen ja kunniamainintojen saaminen vaikuttaa yksikön toimintaan?

Avaintulokset:

Miten kehittämisprojekteja suunnitellaan ja miten niiden toteutumista seurataan?

Onko toiminnan kehittämiseksi riittävästi resursseja?

Liite 6. Haastateltavien suostumuslupakaavake



SUOSTUMUS

Leiko-toiminnan käynnistäminen Taysin korva- ja suusairauksien vastuualueella

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa Leiko-toiminnan käyttöönoton suunnittelussa ja toiminnan aloittamisessa huomioitavia asioita. Lisäksi olen saanut mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

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

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumuksen
vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys