

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / terveydenhoitaja

Jenika Leppänen & Tia Turunen

POTILASTYYTYVÄISYYS POHJOIS-KYMEN SAIRAALAN LEIKO-
YKSIKÖSSÄ

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

LEPPÄNEN, JENIKA

TURUNEN, TIA

Potilastyytyväisyys Pohjois-Kymen sairaalan LEIKO -
yksikössä

Opinnäytetyö

39 sivua + 5 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori THM Raija Ronkainen

Toimeksiantaja

Pohjois-Kymen sairaala, Leikkaukseen kotoa -yksikkö

Maaliskuu 2014

Avainsanat

Leikkaushoito, potilastyytyväisyys, hoidon laatu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Pohjois-Kymen sairaalan Leikkaukseen kotoa -yksikön kautta toimenpiteeseen tulevien potilaiden tyytyväisyyttä henkilökuntaa, tilaratkaisuja, ohjausta ja ajankulkua kohtaan. Tutkimus toteutettiin määrällisenä kyselytutkimuksena. Kyselyyn vastasi 97 henkilöä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista.

Teoriaosuudessa käsitellään hoidon laatua, potilastyytyväisyyttä, preoperatiivista hoitotyötä sekä potilasohjausta. Lisäksi työssä on perehdytty yleisesti siihen, kuinka Leiko-toiminta Suomessa on järjestetty sekä kuinka toimintamalli toteutuu Pohjois-Kymen sairaalassa. Kyselyaineisto on analysoitu käyttämällä SPSS -tilastointisovellusta. Avoimet vastaukset litteroitiin ja saatua sisältöä käsiteltiin sisälönanalyysi -menetelmällä.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa kyselyyn vastanneista on pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja ohjaukseen Leiko-yksikössä. Yksikön tilaratkaisut (pukeutumistilat, esivalmistelutilat, odotustila) koetaan pääasiassa tarkoituksen mukaisina ja ”riittävän hyvinä”. Tutkimustuloksissa kehittämisalueeksi nousi odotusajan pituus Leiko-yksikössä ennen toimenpiteeseen menoa.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

LEPPÄNEN, JENIKA

TURUNEN, TIA

Patient Satisfaction in North Kymi Hospital From Home to
Operation Unit

Bachelor's Thesis

39 pages + 5 pages of appendices

Supervisor

Raija Ronkainen, Lecturer THM

Commissioned by

North Kymi Hospital, Home to Operation Unit

March 2014

Keywords

surgery, patient satisfaction, nursing quality

The purpose of this bachelor's thesis was to find out how satisfied the patients are with the staff, space solutions, guidance and the time spent in North Kymi Hospital FHTO. The study is a quantitative questionnaire and 97 voluntary patients conducted the questionnaire.

The theoretical part of this bachelor's thesis consists of nursing quality, patient satisfaction, preoperative care and patient guidance. The thesis also covers FHTO unit activities generally in Finland and particularly in North Kymi hospital.

The questionnaire answers were analyzed by using SPSS -program. The open questions were transcribed and processed using content analyzation method. The study results showed that patients were generally satisfied with the nursing and guidance they received in FHTO unit. The unit's space solutions (dressing room, preliminary room, waiting room) are considered as practical and "satisfactory enough". The results of the thesis conclude that the area of to implement improvement is to decrease the waiting time before the operation in FHTO unit.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	HOIDON LAATU JA POTILASTYYTYVÄISYYS	6
	2.1 Hoidon laatu	6
	2.2 Potilastyytyväisyys	8
3	PREOPERATIIVINEN HOITO JA POTILAAN OHJAUS	9
4	LEIKKAUKSEEN KOTOA	11
	4.1 Kirurgisen potilaan hoitopolku yleensä	11
	4.2 Lyhytjälkihoitoinen kirurgia ja päiväkirurgia	13
	4.3 Leiko-toiminta Suomessa	15
	4.4 Leiko-toiminta Pohjois-Kymen sairaalassa	17
	4.5 Pohjois-Kymen Leiko-yksikön tavoitteita	17
	4.6 Leiko-prosessi Pohjois-Kymen sairaalassa	18
5	TUTKIMUSONGELMAT	20
6	TUTKIMUKSEN TOTETUTUS	20
	6.1 Tutkimusmenetelmä	20
	6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	21
	6.3 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston analysointi	21
	6.4 Tutkimuksen luotettavuus	22
7	TUTKIMUSTULOKSET	24
	7.1 Vastaajien näkemys Leiko-yksikön henkilökunnan ammattitaidosta	24
	7.2 Vastaajien kokemus saamastaan potilasohjauksesta	27
	7.3 Vastaajien näkemys Leiko-yksikön tilaratkaisuista	31
	7.4 Vastaajien kokemus odotusajasta ennen toimenpidettä	34
8	POHDINTA	38
	LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje osasto 6:n hoitajille

Liite 2 Potilastyytyväisyyskyselylomake

1 JOHDANTO

Leikkaukseen kotoa eli Leiko-toiminta on otettu käyttöön monissa suomalaisissa sairaaloissa. Sen avulla pyritään ratkaisemaan kasvavan potilasmäärän ja lisääntyvän resurssi- ja henkilöstövajeen välinen epäsuhta (Lehtinen 2012). Suomalainen Leiko-toiminta on mukailtu amerikkalaisesta mallista. Leiko-toiminta on osa nopean toipumisen kirurgiaa eli Fast track -kirurgiaa, jossa tavoitteena on, että potilaaseen kajotetaan toimenpiteessä mahdollisimman vähän. Toiminnan tavoitteena on, että potilas kotiutuu ja kuntoutuu mahdollisimman nopeasti. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 126 - 127.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Pohjois-Kymen sairaalan Leikkaukseen kotoa -yksikön potilaiden mielipiteitä yksikön tilaratkaisuista, hoitohenkilökunnan osaamisesta ja potilaiden kohtelusta, ajankulusta sekä yksikössä saadusta ohjauksesta. Tutkimustulosten avulla pyritään kehittämään Leiko-yksikön toimintaa vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita ja toiveita. Opinnäytetyön aihe ja tutkimusongelmat ovat syntyneet yhteistyössä Pohjois-Kymen sairaalan Leiko-yksikön henkilökunnan kanssa.

Teoriaosuudessa keskityttiin selvittämään mitä tarkoitetaan hoidonlaadulla ja potilastyytyväisyydellä. Lisäksi käsiteltiin elektiiiviseen leikkaukseen tulevan kirurgisen potilaan hoitopolkua ja leikkaustoimintaa Suomessa.

2 HOIDON LAATU JA POTILASTYYTYVÄISYYS

2.1 Hoidon laatu

Laadulla tarkoitetaan sitä, miten hyvin tuote, tässä tapauksessa asiakkaan saama palvelu vastaa asiakkaan odotuksia ja vaatimuksia. Asiakas määrittelee saamansa hoidon laadun sen mukaan, miten hyvin hänen tarpeensa ja toiveensa tyydyttyvät. Laatu on siis asiakkaan muodostama näkemys palvelun onnistumisesta. Asiakkaan asenne vaikuttaa siihen, millaiseksi asiakas tulkitsee saamansa palvelun laadun. Asiakas on aina laadun tulkitsija, ja myös hoidon laatua tulee aina tarkastella asiakkaan näkökulmasta. (Ylikoski 1999, 118.)

Asiakkaan kokemus hoidon laadusta muodostuu kahdesta osatekijästä, hoitoprosessista ja lopputuloksesta. Usein palveluprosessi saattaa olla asiakkaan mielestä lopputulosta tärkeämpi. (Ylikoski 1999, 118.) Asiakkaat odottavat saavansa hyvää palvelua myös hoidollisissa kontakteissa. Organisaatioilla on oma käsityksensä siitä, mitä on hyvä hoito ja millaista hoidon laadun tulee olla. Organisaatioin tuleekin selvittää mitä asiakkaat tarvitsevat ja odottavat saavansa. (Ylikoski 1999, 117.)

Henkilöstön ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on avainosassa siinä, millaisen mielikuvan potilas muodostaa saamastaan palvelusta. Asiakkaan kokemukseen hoidon laadusta vaikuttaa myös asiakkaan ennakoasenne ja mielikuva organisaatiosta ja sen imagosta. Positiivinen ennakoasenne organisaatiota kohtaan saattaa suodattaa virheitä ja asiakas kokee palvelun laadun hyväksi. (Ylikoski 1999, 118.)

Yhdysvaltalaiset June H. Larrabee ja Lois V. Bolden avaavat vuonna 2001 julkaistussa tutkimuksessaan hoitotyön laadun määritelmää potilaiden näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessaan he haastattelivat 199:ää aikuispotilasta ja pyysivät heitä kuvailemaan hyvää, laadukasta hoitoa.

Hoitajien positiivinen asenne sekä potilaita että työtään kohtaan oli yksi osa-alue kuvailtaessa hyvää ja laadukasta hoitoa (Larrabee & Bolden 2001, 37). Hyvä hoitaja näyttää välittävänsä potilaastaan. Hän on esimerkiksi kiinnostunut potilaan ongelmasta sekä siitä, mitä he joutuvat kokemaan ja tuo konkreettisesti esiin sen, että on paikalla potilasta varten ja tämän saatavissa. Lisäksi hoitajan tulee tietää mitä tekee, jolloin työ tulee tehtyä oikein. Onnistunut aikataulutus paransi potilaan kokemusta hoidon laadukkuudesta. Potilaat esimerkiksi saavat lääkkeensä ajallaan, hoitotoimenpiteet tehdään ajallaan eikä potilaan tarvitse odottaa apua kauan vaan hoitaja saapuu mahdollisimman nopeasti paikalle. (Larrabee & Bolden 2001, 38.)

Haastateltavien mielestä hyvään hoitoon kuului myös huolenpito (esimerkiksi auttaminen silloin, kun potilas ei itse pysty johonkin, haavanhoito). Tutkimuksen mukaan osa potilaan hyvää hoitoa on myös voinnin säännöllinen tarkkailu, pyyntöihin vastaaminen (esim. hoitaja vastaa kutsuun, tulee paikalle selvittämään mitä potilas tahoo/tarvitsee ja toteuttaa sen). Kivunlievitys, täsmällinen informointi sekä miellyttävän ympäristön luominen vaikuttavat myös potilaan kokemaan tyytyväisyyteen saamastaan hoidosta. (Larrabee & Bolden 2001, 37.)

2.2 Potilastyytyväisyys

Potilastyytyväisyys on monitahoinen käsite, joka on vaikea määritellä tarkasti. Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat potilaan omat odotukset ja asenteet hoidon suhteen. Potilastyytyväisyyteen voivat vaikuttavat myös psykososiaaliset tekijät kuten kokemus kivusta ja masentuneisuus. (Morris, Jahangir & Sethi 2013.)

Potilastyytyväisyys on merkittävä osa-alue, mikä auttaa määrittelemään mitä on laadukas ja hyvä hoito. Siksi käsitteitä ”potilastyytyväisyys” ja ”laadukas hoito” tai ”hoidon laatu” onkin vaikeaa erottaa täysin omiksi kokonaisuuksikseen. Jotta hoitotyötä voitaisiin kehittää entistä laadukkaammaksi, on tiedettävä, mitkä tekijät vaikuttavat potilaan tyytyväisyyteen saamaansa hoitoon. (Johansson, Oleni & Frilund 2002, 337.) Potilastyytyväisyyteen vaikuttavia osa-alueita on Johanssonin, Olenin ja Frilundin kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan kahdeksan.

Potilaan tausta vaikuttaa potilastyytyväisyyteen. Sekä mies- että naispotilaiden ikä vaikuttaa potilaan kokemaan tyytyväisyyteen saamaansa hoitoon. Kirjallisuuskatsauksen mukaan vanhemmat potilaat usein kokevat saamansa hoidon laadukkaaksi ja ovat siten tyytyväisempiä potilaita. Tyytyväisempiä ovat myös miespotilaat, mutta esimerkiksi korkeammin koulutetut ihmiset ovat olleet tyytymättömpiä saamaansa hoitoon kuin matalammin koulutetut. (Johansson ym. 2002, 339.)

Potilaan oletukset ja odotukset siitä, millaista hoitoa hän tulee saamaan sekä aikaisemmat kokemukset hoidon saannista ja sen laadusta vaikuttavat merkittävästi potilastyytyväisyyteen. Potilaat, joiden odotukset hoidosta eivät täyty, arvioivat saamansa hoidon laadullisesti huonommaksi ja ovat siten tyytymättömpiä hoitoonsa kuin ne potilaat, jotka kokevat oletustensa ja odotustensa hoidostaan toteutuneen paremmin kuin he ovat olettaneet. (Johansson ym. 2002, 339.)

Kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaiden kokemus tyytyväisyydestä hoitoympäristöönsä koostuu puhtaudesta, ruuasta, melusta ja hiljaisuudesta, potilastovereista sekä tilojen mukavuudesta ja estetiikasta. Hoitoympäristöön liittyviksi parannuksiksi potilaat ovat esittäneet esimerkiksi sen, että olisi enemmän yhden, maksimissaan kahden hengen huoneita. Potilaat pitivät puhtaita vaatteita, puhdasta sänkyä sekä maukasta ruokaa merkinä hyvästä hoidosta. (Johansson ym. 2002, 339.)

Selkeä kommunikointi ja informointi vaikuttavat potilaan kokemukseen hyvästä hoidosta. Kirjallisuuskatsauksen mukaan adekvaatti (=asianmukainen, riittävä, täysin vastaava) ja tarpeellinen informaatio lisäävät potilastyytyväisyyttä. Tärkeää on, että hoitaja puhuu selkeästi ja suoraan asioiden oikeilla nimillä niin, että potilaan on helppo ymmärtää, mistä on kyse. (Johansson ym. 2002, 339.)

Se, että potilas kykenee aktiivisesti osallistumaan hoitoonsa ja ottamaan siitä vastuuta, parantaa kokemusta tyytyväisyydestä saatuun hoitoon. Potilaille tulisi antaa mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Johansson ym. 2002, 340; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 6§.)

Hyvä vuorovaikutussuhde hoitajan ja potilaan välillä vaikuttaa merkittävästi potilastyytyväisyyteen. Hyvän vuorovaikutussuhteen piirteitä ovat yhteisymmärrys, kunnioitus, luottamus, rehellisyys, yhteistyö ja huumori. Kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaat, jotka kokivat saaneensa hoitajalta tarpeeksi huomiota ja empaattista, henkilökohtaista hoitoa, olivat tyytyväisiä. (Johansson ym. 2002, 340.)

Hoitajan antama ohjaus ja se, että hän tekee työnsä teknisesti oikein, lisäävät potilastyytyväisyyttä. Potilaiden luottamusta hoitajaan ja tyytyväisyyttä hoitoon lisäävät hoitajan taidot työskennellä yhdessä lääkärin kanssa potilaan hyväksi sekä se, että potilas saa hoitajan tukea ja käytännön neuvoja lääkärin määräysten toteuttamiseksi. Myös hoitajan erityistietämys potilaan vaivasta sekä riittävä kivunhoito lisäävät potilastyytyväisyyttä. (Johansson ym. 2002, 340.)

Sujuva moniammatillinen työskentely, yksilöllinen hoidon suunnittelu, hoitotyön dokumentointi sekä hoitotyön laadun ylläpitäminen eri potilaan hoitoon liittyvissä yksiköissä parantaa potilastyytyväisyyttä. Myös hoidon jatkuvuus, hoitajien tavoitettavuus silloin, kun potilas heitä tarvitsee, hoitajien tyytyväisyys työhönsä sekä se, että potilasta hoitavat vain muutamat samat hoitajat, ovat tärkeitä tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä. (Johansson ym. 2002, 340.)

3 PREOPERATIIVINEN HOITO JA POTILAAN OHJAUS

Preoperatiivinen hoitotyö tarkoittaa ennen potilaan leikkausta tehtävää hoitotyön kokonaisuutta. Preoperatiivisen hoidon on tarkoitus valmistaa potilas leikkausta varten. Potilaan preoperatiivinen hoito alkaa, kun päätös leikkauksesta tehdään ja päättyy, kun

hoitovastuu siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. Preoperatiivisen hoidon tarkoituksena on edistää potilaan toipumista ja vähentää toimenpiteeseen liittyviä komplikaatioita. Preoperatiivinen hoitotyö on osa perioperatiivisen hoitotyön käsitettä. Mahdollisuuksien mukaan potilas tulee ottaa mukaan preoperatiiviseen hoidon suunnitteluun. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2008, 106; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 99.)

Potilaan hyvä ohjaaminen on olennainen osa turvallista ja laadukasta hoitoa (Ahonen 2012, 34). Preoperatiivisessa hoidossa korostuvat potilaan sekä tämän omaisten ohjaaminen ja opettaminen. Tavoitteena on ohjata potilas ottamaan itse vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja kuntoutumisestaan. Tiedonanto, esimerkiksi komplikaatioiden ehkäisymenetelmistä, on olennainen osa preoperatiivista hoitoa. Preoperatiivisen hoidon ja ohjauksen tavoitteena on saada potilaan yleiskunto mahdollisimman hyväksi ennen leikkausta. Leikkausta edeltävään hoidon tarpeeseen vaikuttavat monet asiat, kuten potilaan fyysinen suorituskyky, yleiskunto, perussairaudet, käytössä olevat lääkkeet sekä tuleva toimenpide. (Anttila ym. 2008, 106; Ahonen ym. 2012, 99.)

Potilasohjauksen tulisi olla aina potilaslähtöistä. Potilaan ohjauksen tarpeeseen vaikuttavat esimerkiksi tämän psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset kyvyt, ennako-oletukset, pelot sekä jännitys. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 20 - 21.) Sairaanhoidajan tulisi aina arvioida yhteistyössä potilaan kanssa kuinka paljon potilas jo tietää sekä kuinka paljon tietoa potilas vielä tarvitsee lisää (Ahonen 2012, 34).

Ympäristöllä on vaikutusta hoitajan rooliin leikkauspotilaan ohjaajana: kotihoidossa olevan potilaan ohjaustarve saattaa olla aivan toisenlainen kuin vuodeosastohoidossa olevan. Preoperatiivinen opetus ja ohjaus vähentävät potilaan ja hänen läheistensä pelkoja ja ahdistusta, mitkä liittyvät leikkaukseen ja siitä toipumiseen. Onnistunut ohjaaminen vähentää postoperatiivisia eli leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita sekä kipua ja nopeuttaa toipumisaikaa. (Ahonen ym. 2012,99; Anttila ym. 2008, 106.)

Ohjauksen aiheet ja antotapa voivat vaihdella yksilöllisesti. Preoperatiivisen ohjauksen osa-alueita ovat mm. *bio-fysiologinen* eli sairaus itse ja siihen sekä toimenpiteeseen liittyvät oireet; *toiminnallinen* eli mm. lääkehoito, rajoitukset, varausluvut ja kuntoutus, harjoitteet ja liikkuminen, ruokailu sekä haavanhoito ja ompeleiden poisto; *kokemuksellinen* eli tunteukset, kokemukset ja tyytyväisyys; *taloudellinen* eli esimerkiksi hoidon ja lääkkeiden kustannukset; *eettinen* eli potilaan oikeudet sekä poti-

lasasiamies sekä *sosiaalis-yhteisöllinen* eli tukijärjestelmät. Ohjausmenetelmiä voivat olla suullinen ohjaus yksilöllisesti tai ryhmässä, kirjallinen ohjaus, puhelinohjaus, videot ja äänikasetit, sekä nykyaikaisemmin internet ja tietokonevälitteiset sovellukset. Potilasohjaus tulisi myös kirjata huolellisesti potilastietojärjestelmään. (Ilola ym. 2013, 21 - 23.)

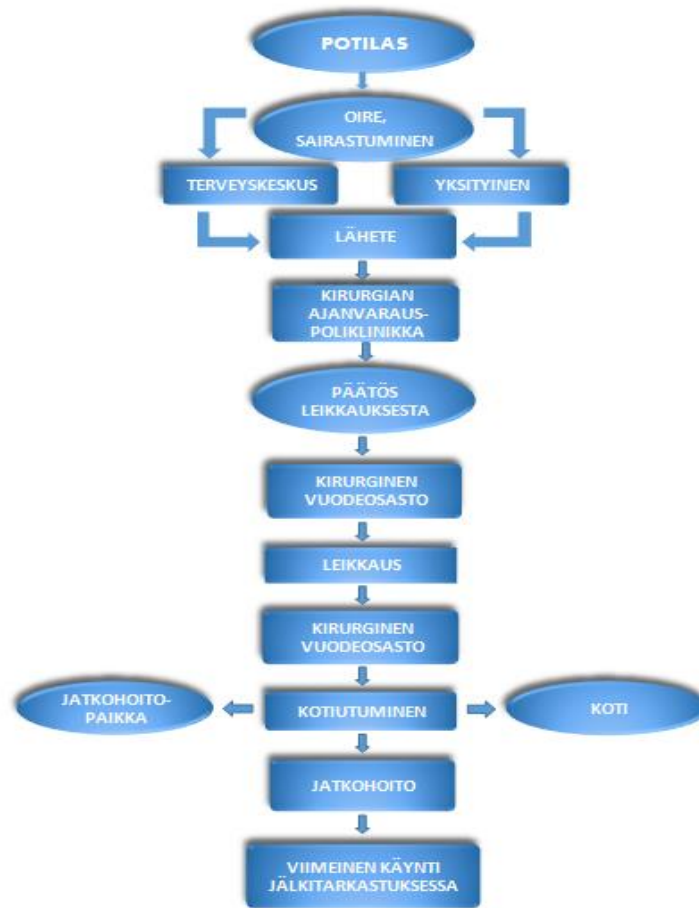
Jokaisen hoitajan tulisi pääpiirteittäin tuntea kirurgisen potilaan hoitopolku ja sen eri vaiheisiin vaikuttavat tekijät, jotta hän oman vastualueensa rajoissa osaisi ohjata leikkaukseen valmistautuvaa ja siitä toipuvaa potilasta. Hoitajan tulisi myös kyetä soveltamaan leikkauksen jälkeisiä hoito- ja kuntoutusmenetelmiä sekä etsimään tarvittaessa lisätietoa. Nämä asiat hallitessaan ja oman roolinsa moniammatillisessa työryhmässä ymmärtäessään hoitaja pystyy omalta osaltaan takamaan turvallisen hoidon kirurgiselle potilaalle. (Anttila ym. 2008, 106.)

Usein ohjaustilanteessa potilaan tiedon vastaanottamiskapasiteetti on rajallinen. Osa kerrotuista asioista jää potilaan mieleen ja osa unohtuu. Potilaalle saattaa tulla ohjaustilanteen jälkeenkin vielä kysymyksiä, joihin potilas saattaa alkaa etsiä vastauksia itsenäisesti. Tänä päivänä tällaisena tiedonlähteenä toimii internet. Yhä useammat potilaat hakevat tietoa omasta sairaudestaan internetistä. Luotettavia tiedonlähteitä ovat esimerkiksi potilasversiot Käypä hoito -suosituksista, Terveysportti ja Terveyskirjasto. Preoperatiivisessa ohjauksessa potilasta tulisi informoida luotettavista tietolähteistä ja samalla muistuttaa kriittisestä medialukutaidosta. (Ahonen 2012, 36.)

4 LEIKKAUKSEEN KOTOA

4.1 Kirurgisen potilaan hoitopolku yleensä

Kirurgisia potilaita saapuu sairaalaan joko elektiivisesti eli suunnitellusti tai päivystyksenä eli suunnittelemattomasti ja kiireellisesti. Elektiivisen leikkauksen hoitopolku (kuva 1) saa alkunsa siitä, kun henkilö hakeutuu hoitoon jonkin oireen tai sairauden vuoksi. Potilaan oman valinnan mukaan ensikontakti tapahtuu joko terveyskeskuksessa tai yksityissektorin vastaanotolla. Yksityissektorin lääkäri voi tehdä lähetteen joko suoraan kirurgian poliklinikalle tai vaihtoehtoisesti terveyskeskukseen. Terveyskeskuksessa lääkäri voi tehdä potilaalle lähetteen jatkohoitoon kirurgian ajanvarauspoliklinikalle. (Ahonen ym. 2012, 99; Hautakangas ym. 2003.)



Kuva 1. Elektiivisen leikkauspotilaan hoitopolku (Ahonen ym. 2012, 99)

Poliklinikalla tehdään leikkauspäätös. Sairaanhoitaja haastattelee potilaan ja täyttää esitietolomakkeen. Potilaalle tehdään samalla tarvittavat preoperatiiviset tutkimukset. Laboratoriokokeita ja radiologisia tutkimuksia tehdään vain niitä tarvitseville. Raskaudesta tehdään naisille, mikäli raskaaksi tuleminen on mahdollista. (Ahonen ym. 2012, 99; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 81 - 86.)

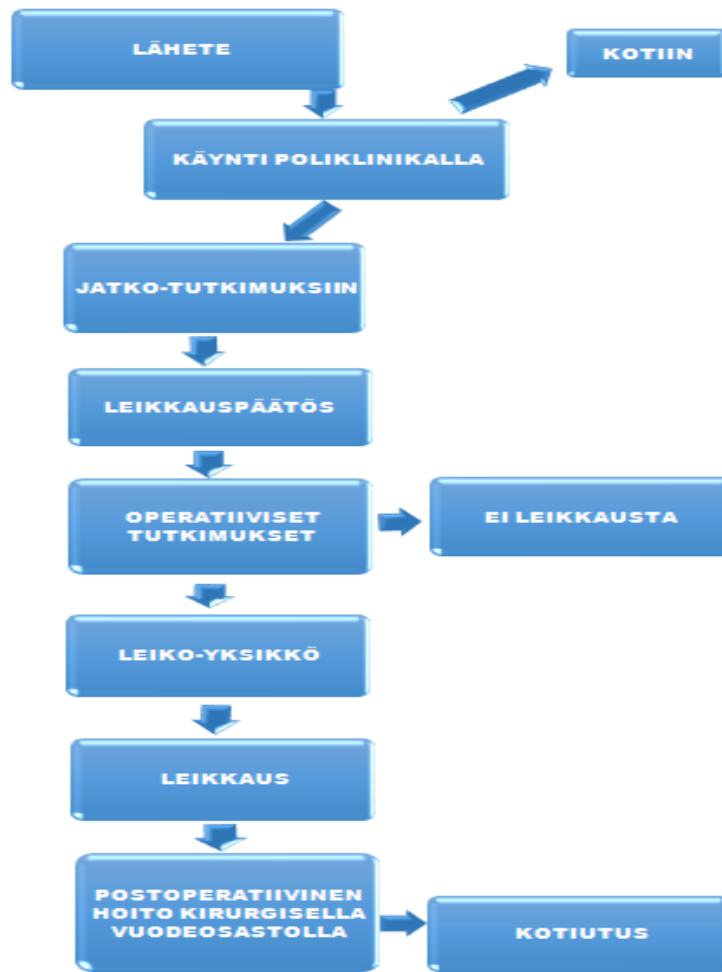
Leikkauspäätöksen saatuaan potilas tulee esitarkastukseen kyseisen erikoisalain poliklinikalle 1 - 3 kuukautta ennen suunniteltua leikkausta. Esitarkastuksessa valitaan anestesianuoto, leikkausmenetelmä, leikkauksen ajoitus, potilaan soveltuvuus sekä huomioidaan potilaan sosiaaliset olot. (Leikkauspotilaan hoitopolku 2013.) Lisäksi tarkastellaan potilaan ASA-luokitusta eli anestesiariiskiluokitusta. ASA-luokituksen avulla anestesia lääkärit arvioivat potilaan anestesiakelpoisuutta ja se on yleisin käytössä oleva luokitus fyysisen tilan preoperatiiviseen arviointiin. (Ahonen ym. 2012, 124.)

Joko leikkauspäivän aamuna tai edeltävänä päivänä ennen leikkausta potilas saapuu kirurgiselle vuodeosastolle esivalmisteluihin, josta hän siirtyy leikkaussaliin. Toimenpiteen jälkeen potilas palaa heräämön kautta vuodeosastolle leikkauksen jälkeiseen tarkkailuun ja hoitoon. Potilaalta tarkkaillaan tajuntaa, sykettä, verenpainetta, yleistilaa, hengitystä sekä kipuja. Haavanhoito, vuodon tarkkailu ja dreenerityksen seuranta ovat potilaan hyvää hoitoa. (Hautakangas ym. 2003.) Kun potilaan vointi sallii, voi hän kotiutua omaan kotiinsa tai siirtyä tarpeen vaatiessa esimerkiksi terveyskeskukseen jatkohoitoon. Kotona tai jatkohoitopaikassa potilas jatkaa kuntoutumista ja lopulta käy jälkitarkastuksessa sovittuna ajankohtana tietyn ajan kuluttua leikkauksesta. (Ahonen ym. 2012, 99; Holmia ym. 2004, 81 - 86.)

4.2 Lyhytjälkihoitoinen kirurgia ja päiväkirurgia

Tänä päivänä suurin osa leikkauspotilaista saapuu suoraan kotoa leikkaukseen (from home to operation) leikkauspäivänä. Nämä potilaat tulevat yleensä sairaalaan sisälle Leiko-yksikön kautta. Potilaat ovat Lyhytjälkihoitoiseen (LYHKI) tai päiväkirurgiseen (PÄIKI) leikkaukseen tulevia potilaita. Suurin ero tavalliseen kirurgiaan näillä menetelmillä on, että sairaalassa vietettyjen päivien määrä on pienempi. Lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa potilaan sairaalassa oloaika on 1 - 3 vuorokautta. Tavoitteena ovat taloudelliset säästöt, jotka saavutetaan niin, että mahdollisimman pieni määrä hoitajia hoitaa potilasta ja koko henkilökunnan ajankäyttö on suunniteltua ja tehokasta. (Ahonen ym. 2012, 124; Holmia 2004, 81 - 86.)

Lyhytjälkihoitoisessa ja päiväkirurgiassa potilaan hoitopolku (kuva 2) kulkee aluksi samalla tavalla yksityisen tai terveyskeskuksen kautta, josta potilas saa lähetteen kirurgian poliklinikalle. Tavallisesta kirurgiasta poiketen potilas ei mene vuodeosastolle ennen leikkausta vaan tulee Leiko-yksikköön (joitakin erityistapauksia lukuun ottamatta). Leiko-yksiköstä potilas haetaan leikkaussaliin, josta potilas sitten siirtyy heräämön kautta vuodeosastolle. Kotiutuminen ja jatkohoito tapahtuu samoin kuin tavallisessa kirurgiassa. Päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta leikkauksesta toivuttuaan potilas kotiutuu useimmiten omaan kotiin. (Anttila 2012, 99 - 100.)



Kuva 2. Leiko-yksikön kautta kulkevan kirurgisen potilaan hoitopolku (Ahonen ym. 2012, 126)

Päiväkirurgialla tarkoitetaan sellaista toimintaa, johon kuuluu leikkaussalissa yleisanestesiassa, sedaatioissa tai laajassa puudutuksessa tehty toimenpide ja sairaalassa oloaika on alle 12 tuntia. Soveltuvuus päiväkirurgiseen toimenpiteeseen arvioidaan potilaan yleistilan ja psykososiaalisen tilanteen perusteella. Suomessa noin 50 % elektiivisistä leikkauksista on päiväkirurgisia. Potilaan oma motivaatio osallistua hoitoon vaikuttaa hyvän päiväkirurgian toteutumiseen, sillä potilaalla on tällöin itsellään vastuu ennen toimenpidettä ja sen jälkeen. (Ahonen ym. 2012, 124; Holmia ym. 2004, 81 - 86; Hautakangas, Horn, Lilljeström-Pyhälä, Raappana, 2003, 10.)

Päiväkirurgiassa ja lyhytkirurgiassa Leikkauksen kotoa -yksikön hoitaja soittaa potilaalle päivää ennen toimenpidettä ja tiedustelee tämän vointia sekä kuntoa tulla seuraavana päivänä leikkaukseen, mikäli potilas tulee sairaalaan sisälle yksikön kautta. (Hautakangas ym. 2003.) Toimenpidepäivän aamuna hoitaja tekee viimehetken leikkauksen valmistelut esim. leikkausalueen karvojen poistaminen tai virtsakatetrin laitto.

Esivalmistelut voidaan tehdä Leiko-yksikössä tai vuodeosastolla tapauksesta riippuen. (Holmia ym. 2004, 81 - 86.)

Kirurgisen potilaan tulisi välttää kiinteän ruuan syömistä kuuden tunnin ajan ennen leikkausta aspiraatoriskin vuoksi. Vettä tai muuta kirkasta juotavaa saa nauttia hie-
man 2 - 3 tuntia ennen leikkausta. Tällä pyritään välttämään potilaan pahoinvointi leikkauksen jälkeen. Leikkaukseen tuleva potilas ei välttämättä tarvitse esilääkettä päiväkirurgiassa. Tarvittaessa voidaan potilaalle antaa esimerkiksi diatsepaamia 5 - 7,5 mg. (Holmia ym.2004, 81 - 86.)

Toivuttuaan potilas kotiutuu. Potilaan kotiutumiseen ja toipumiseen vaikuttavat ne, mitä anestesia-aineita ja menetelmiä leikkauksessa on käytetty. Koko prosessin ajan potilasta ohjataan omatoimisuuteen. Kun potilas on orientoitunut aikaan sekä paikkaan ja kipulääkitys on kohdallaan, rohkaistaan potilasta kävelemään. Tämä on yksi kotiutumisen kriteereistä. Lisäksi potilaan tulee pystyä virtsaamaan ongelmitta ja pahoinvoinnin tulee olla hallinnassa. Leikkausalueella ei saa esiintyä merkittävää vuotoa eikä potilaalla saa olla kipuja. Potilaalla tulee olla kotimatalla saattaja sekä kotonaan joku seurana leikkauksen jälkeisenä yönä, mikäli kotiutuminen tapahtuu jo leikkauspäivänä. Kun kaikki kotiutumista puoltavat kriteerit täyttyvät, lääkäri tekee päätöksen potilaan kotiutumisesta. (Holmia ym. 2004, 81 - 86; Ahonen ym. 2012,125.)

Hoitotyön jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi joissakin sairaaloissa on tapana, että hoitaja varmistaa potilaan voinnin puhelinsoitolla leikkauksen jälkeisenä päivänä, mikäli potilas on kotiutunut jo leikkauspäivänä. Tarvittaessa hoitaja antaa puhelinohjausta. Mikäli jälkitarkastus on tarpeen, se tehdään potilaan omassa terveyskeskuksessa. (Holmia ym. 2004, 81 - 86; Ahonen ym. 2012,125.)

4.3 Leiko-toiminta Suomessa

Suomen Leiko-toiminta on saanut alkunsa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiisissä sijaitsevasta Hyvinkään aluesairaalaista vuonna 2000 ylilääkäri Ulla Keräsen toimesta (Pakkala 2010). Leiko-toiminnalla pyrittiin ratkaisemaan kasvavan potilasmäärän ja lisääntyvän resurssi- ja henkilöstövajeen välinen epäsuhta (Lehtinen 2012). Toiminnan aloittamisen ansiosta uutta vuodeosastoa ei tarvinnut rakentaa sairaalaan. Varsinainen Leiko-yksikkö Hyvinkäällä avattiin kuitenkin vasta vuonna 2006. (Pakkala 2010.)

Leiko-toiminta on Hyvinkäältä levinnyt suurimpaan osaan Suomen sairaaloja. Eri sairaaloissa on mallia jouduttu hieman mukailemaan sairaalan resurssien ja tarpeiden mukaan. (Sjöroos 2011, 8.) Leiko-toimintamalli on käytössä esimerkiksi Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä Mikkelin keskussairaalassa, Keski-Suomen keskussairaalassa Jyväskylässä, Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa Kokkolassa, Kymenlaakson keskussairaalassa Kotkassa, Pohjois-Kymen sairaalassa Kouvolassa, Tampereella yliopistollisessa keskussairaalassa sekä Hatanpään sairaalassa, Lapin keskussairaalassa Rovaniemellä, Etelä-Karjalan keskussairaalassa Lappeenrannassa, Satakunnan keskussairaalassa Porissa, Kainuun keskussairaalassa ja Vaasan keskussairaalassa (Kananen 2012, 34 - 35).

Ennen Leiko-toiminnan alkua potilaat tulivat leikkausta edeltävänä päivänä vuodeosastolle viettämään rauhatonta ja stressaavaa yötä. He tulivat omien, itselle tuttujen keskeltä sairaalabakteerien maailmaan, usein myös puutteellisesti lääkittyinä. (Järvi 2008.) Leiko-mallin avulla tästä on päästy eroon ja samalla säästetään aikaa sekä rahaa. Suomalainen Leiko-malli on mukailtu amerikkalaisesta mallista, jossa erityisesti rahan säästäminen on ollut keskeinen tavoite. Leiko-mallin hyödyntäminen on nykyään myös enemmän potilaslähtöistä eikä ihmisiä enää makuuteta turhaan vuodeosastoilla. (Scheinin 2007; Ahonen ym. 2012, 126 - 127.)

Leiko-toiminta on osa niin sanottua Fast track- eli nopean toipumisen kirurgiaa, jonka kehittäjänä tunnetaan tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet. Fast track -malli on kehitetty erityisesti gastrokirurgisille potilaille. Suurin ero perinteiseen kirurgiaan on, että potilaisiin kajotaan mahdollisimman vähän kirurgisia toimenpiteitä tehtäessä. Lisäksi on keskitytty kivun hoitoon sekä potilaan kannustamiseen ja tukemiseen toimenpiteen jälkeen. Tavoitteena on, että potilas voi palata normaaliin arkielämään mahdollisimman pian pienen tai suuren leikkauksen jälkeen. (Scheinin 2007; Ahonen ym. 2012, 126 - 127.)

Fast track -mallin mukaan leikkauksen jälkeen potilaalle annetaan pahoinvoinnin estolääkettä. Jos kyseessä on suuri leikkaus, käytetään kahden vuorokauden ajan epiduraalilääkitystä kivun hoitoon. Lisäksi kivunhoitoon annetaan säännöllisesti parasetamolia ja tulehduskipulääkettä suun kautta. Leikkauspäivänä potilaat saavat 400 ml nesteitä suun kautta. Tavoitteena on, että potilas istuu tai on jalkeilla kaksi tuntia leikkauksen jälkeen. (Scheinin 2007; Ahonen ym. 2012, 126 - 127.)

4.4 Leiko-toiminta Pohjois-Kymen sairaalassa

Leiko-toiminta on Kouvolassa vielä suhteellisen uutta. Leiko-yksikkö on perustettu Pohjois-Kymen sairaalaan elokuussa 2009 entisen synnytysosaston tiloihin. (Erikoissairaanhoidon palvelusopimus 2011.) Leiko-yksikkö sijaitsee sairaalan 1. kerroksessa päiväkirurgisen vuodeosasto 6:n vieressä (Leiko-yksikkö Kouvolan kaupunki). Yksikössä työskentelee osastonhoitaja, kaksi hoidon varaajaa, kaksi sairaanhoitajaa, joista toinen tekee myös hoidonvaraajan tehtäviä kirurgisella poliklinikalla sekä sairaala-huoltaja. (Erikoissairaanhoidon palvelusopimus 2011.)

Pohjois-Kymen sairaalan Leiko-yksikön kautta sairaalaan tulee sekä päiväkirurgisia että lyhytjälkihoitoisia kirurgisia potilaita. Pohjois-Kymen sairaalan Leiko-yksikön kautta kulkee monen eri erikoisalnan potilaita. Yleisimpiä potilaille tehtäviä pehmytosakirurgisia leikkauksia ovat muun muassa tyrä- sekä sappileikkaukset. Leiko-yksikön kautta hoitoon tulee myös ortopedisia potilaita, joille yleisimpiä tehtäviä toimenpiteitä ovat artroskopioidut eli nivelien tähytykset, rannekanavaoireyhtymä- eli canalis carpi -leikkaukset ja vaivasenluu- eli hallux valgus -leikkaukset. Yleisimpiä Leiko-yksikön kautta naisille tehtäviä gynekologisia leikkauksia ovat kohdunpoistot ja abraasiot eli kohdun kaavinnat sekä miehille vasktomiat eli sterilisaatiot. Lisäksi Leiko-yksikön kautta sairaalaan tulee esimerkiksi syöpäpotilaita. Yksikön kautta tulee myös jonkin verran urologisia potilaita. (Parkkonen 2013.) Rintasyöpäpotilaat, teknonivelleikkaukseen tulevat potilaat sekä osa rakkosyöpäpotilaista eivät tule Leiko-yksikön kautta sairaalaan vaan he menevät suoraan vuodeosastoille (Erikoissairaanhoidon palvelusopimus 2011).

4.5 Pohjois-Kymen Leiko-yksikön tavoitteita

Yhtenä yhteisenä tavoitteena koko henkilökunnalla on, että edellä kuvatun Leiko-prosessin avulla leikkaus toteutuu turvallisesti, hoitotakuun mukaisesti, sovittuna aikana sekä sovitun leikkaustekniikan mukaisesti. Leikkaavan lääkärin tavoitteena voidaan pitää sitä, että hän tapaa omat leikkauspotilaansa riittävän ajoissa. Leikkauspäätöksen jälkeen lääkäri itse varaa ja suunnittelee päivittäisen leikkauslistansa. Lääkäri myös määrittelee, onko potilas päiväkirurginen vai osastokirurginen. Tähän päätökseen sitoutuu koko moniammatillinen hoitotiimi. Leikkauspäätöksen jälkeen leikkaava lääkäri määrää tarvittavat laboratorio- ja lisätutkimukset jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Näin vältetään turhilta rutiinitutkimuksilta. Anestesia- ja lääketieteellisen lääkärin tulee tarkastaa tut-

kimusten vastaukset riittävän ajoissa, jotta tarvittavat lisätutkimukset ehditään tehdä tai saada peruuntuneen leikkauksen tilalle uusi potilas. (Parkkonen 2013.)

Toiminnan tavoitteena on myös Pohjois-Kymen sairaalassa vähentää kustannuksia säästämällä henkilökunnan aikaa, tehostamalla vuodeosastojen käyttöä ja pienentämällä potilaiden infektioriskiä. Oikeanlainen organisointi vähentää kustannuksia monilta osa-alueilta ja sovittaa kunkin henkilökunnan jäsenen omalle vastuualueelleen, jolloin myös henkilöstöresurssit ovat tasapainossa kysynnän suhteen. (Erikoissairaanhoidon palvelusopimus 2011.)

Leiko-toiminnan ollessa tuoretta, on toiminnassa havaittu myös erilaisia kehittämisalueita. Näistä esimerkkejä ovat prepoliklinikan ja ajanvarauksen kehittäminen, työkierto ja tulevaisuudessa Leiko-toiminnan laajentaminen. Yhtenä tavoitteena on myös erilaisten sähköisten järjestelmien hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä liittyen ajanvaraukseen ja esihaastatteluun. (Erikoissairaanhoidon palvelusopimus 2011.)

4.6 Leiko-prosessi Pohjois-Kymen sairaalassa

Pohjois-Kymen sairaalassa Leiko-prosessi etenee pääpiirteittäin yllä kuvatun lyhyttoisen kirurgian ja päiväkirurgian mallin mukaisesti. Pohjois-Kymen sairaalassa työskentelevä leikkaava lääkäri voi asettaa potilaan suoraan leikkausjonoon, jos kyseessä on sama lääkäri, joka on vastaanottanut potilaan yksityisvastaanotolla. Poliklinikalla lääkäri ottaa potilaan vastaan ja vasta tämän jälkeen asettaa potilaan leikkausjonoon. Lääkäri määrittelee myös leikkauksen kiireellisyyden. Kiireellisyysluokkia on kolme: 1. kiireellisyysaste < 4 vko, 2. kiireellisyysaste < 3 kk ja 3. kiireellisyysaste < 6 kk. Poliklinikalla työskentelevät hoitajat toteuttavat lääkärin määräyksen ja kopio lääkärin sanelusta toimii jonokorttina. (Parkkonen 2013.)

Leiko-yksikössä työskenteleviä hoidon varaajia voidaan arkikielessä kutsua jonohoitajiksi. Jonohoitaja tekee potilaalle kutsun leikkaukseen noin 2 - 3 viikkoa ennen leikkausta lääkärin määrittelemän kiireellisyyden mukaan. Kutsukirjeestä ilmenee leikkauuspäivämäärä, leikkaushaastattelun sekä tarvittavien tutkimusten päivämäärät ja kellonajat. Lisäksi kutsukirje sisältää ohjeet leikkaukseen valmistautumiseen sekä ohjeet tarvittavien apuvälineiden hankkimiseksi. Potilas saa kutsukirjeen mukana täytettävään henkilötietolomakkeen ja Audit -kyselyn, jolla selvitetään potilaan päihitteidenkäyttötottumuksia. (Parkkonen 2013.)

Preoperatiivinen haastattelu tehdään kaikille elektiiviseen eli suunniteltuun leikkaukseen tuleville potilaille. Lonkka- ja polviproteesileikkaukseen tulevat potilaat haastatellaan maanantaisin Leiko-yksikön sairaanhoitajan toimesta. Kyseisiin leikkauksiin haastatellaan potilaita myös torstaisin, mutta tällöin haastattelu tehdään tekonivelpotilaille suunnatulla poliklinikalla. Rintasyöpäpotilaiden haastattelut tehdään myös poliklinikalla, juuri tähän tehtävään koulutetun Leiko-yksikön sairaanhoitajan tai jonohoitajan toimesta. (Parkkonen 2013.)

Potilas tulee noin viikkoa ennen leikkausta ajanvarauksen mukaisesti esihaastatteluun Leiko-yksikköön. Osastosihteeri vastaanottaa potilaan ja tarkistaa tämän henkilötiedot. Tämän jälkeen sairaanhoitaja haastattelee potilaan ja tarkastaa leikkausalueen kunnan. (Parkkonen 2013.) Sairanhoitaja käy yhdessä potilaan kanssa läpi kotona tehtävät valmistelut, leikkauspäivän kulun sekä jatkohoito-ohjeet (Erikoissairaanhoidon palvelusopimus 2011). Osalle potilaista esihaastattelu voidaan tehdä puhelimitse. Esihaastattelupäivänä potilas käy myös laboratoriossa otattamassa tarvittavia verikokeita. Osa ortopedisista potilaista käy tapaamassa fysioterapeuttia. Lisäksi osa potilaista voi käydä samana päivänä myös röntgen-tutkimuksessa. (Parkkonen 2013.)

Leikkausta edeltävänä päivänä leikkausosaston ja Leiko-yksikön sairaanhoitajat yhdessä suunnittelevat seuraavan päivän leikkausjärjestyksen. Leiko-yksikön sairaanhoitaja soittaa leikkausta edeltävänä päivänä potilaalle klo 11 - 15 ja ilmoittaa leikkaukseen tuloajan. Lisäksi anestesia lääkärit käyvät leikkausta edeltävänä päivänä määräämässä omille potilailleen esilääkemääräykset. (Parkkonen 2013.)

Potilas saapuu sovittuna ajankohtana Leiko-yksikköön leikkauspäivän aamuna. Lonkka- ja polviproteesi potilaat sekä liikuntarajoitteiset ja muistisairaajat ohjataan jo esihaastattelussa menemään suoraan hoitavalle osastolle leikkauspäivän aamuna. Leiko-yksikössä sairaanhoitaja tekee potilaalle asiaankuuluvat leikkausvalmistelut ja leikkaava lääkäri tapaa potilaan. Tämän jälkeen potilas saa esilääkityksen ja siirtyy odotustilaan odottamaan anestesiahoitajaa, joka hakee potilaan leikkaussaliin. Potilas siirtyy leikkausosastolle joko itse kävellen tai pyörätuolilla tarpeen mukaan. Toimenpiteen jälkeen potilaat siirtyvät heräämövalvontaan ja sieltä kukin kyseisen erikoisalan vuodeosastolle. (Erikoissairaanhoidon palvelusopimus 2011; Parkkonen 2013.) Pohjois-Kymen sairaalan Leiko-yksikön kautta tulevia potilaita hoidetaan vuodeosastoilla 3,4 ja 6 (Leiko-yksikkö Kouvolan kaupunki).

5 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tavoitteena on kerätä tietoa seuraavista Leiko-yksikköä koskevista asioista:

1. Millaisena potilaat kokevat Leiko-yksikössä työskentelevien ammattitaidon?
2. Mitä mieltä potilaat ovat Leiko-yksikössä saamastaan ohjauksesta?
3. Millaisena potilaat kokevat Leiko-yksikön tilat?
4. Miten potilaat kokevat ajankulun Leiko-prosessin aikana?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisena potilaat kokevat Pohjois-Kymen sairaalan Leiko-yksikössä saamansa palvelun ja mitä mieltä he ovat kyseisen yksikön tilaratkaisuista ja käytännöistä. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on määriteltävä perusjoukko, joihin tulosten tulee päteä. Perusjoukosta otetaan otos. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 136.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on saada tuloksiksi yleistettäviä päätelmiä aikaisempien tutkimusten ja teorioiden perusteella (Hirsjärvi ym. 1997, 136; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 62).

Tutkimus on toteutettu Survey-tutkimuksena eli tavoitteena on kerätä tietoa standardoidusti joukolta ihmisiä. Survey-tutkimuksen avulla pyritään kuvailemaan ja selittämään ilmiötä, eikä tulosten analysointi siis perustu ennakko-oletuksiin. (Hirsjärvi ym. 1997, 130, 188 - 189.) Tutkimus on toteutettu poikittaistutkimuksena (cross-sectional study) eli aineisto on kerätty kerran lyhyessä ajassa. Tarkoituksena ei siis ole tarkastella samaa ilmiötä suhteessa aikaan vaan saada tarkka kuvaus juuri tämän hetkisestä tilanteesta. (Hirsjärvi ym. 1997, 173.).

6.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui Pohjois-Kymen sairaalan Leiko-yksikön kautta leikkaukseen tietyllä ajanjaksolla tulleet potilaat, jotka siirtyvät heräämöstä vuodeosasto 6:lle. Kohderyhmään valikoitui kaikkien erikoisalojen potilaita. Lapset rajattiin kohderyhmästä pois.

Ennen tutkimuksen toteuttamista anottiin kirjallisen tutkimuslupa Kouvolan kaupungin perusturvalta. Tutkimuksen aineisto kerättiin ajalla 19.4. – 13.6.2014. Aineiston keruumenetelmäksi valikoitui kyselylomake, sillä sen avulla voidaan saada laaja otanta lyhyessä ajassa. Lisäksi tutkimusaineistoa voidaan tulkita määrällisesti ja numeerisesti erilaisten kuvaajien ja taulukoiden avulla. (Hirsjärvi ym. 1997, 188 - 190). Resurssit huomioiden osasto 6:lle toimitettiin 100 kappaletta kyselylomakkeita, joista otanta N=100 muodostui.

Vuodeosasto 6:n henkilökuntaa ohjeistettiin suullisesti ja kirjallisesti (liite 1) kysymään kaikilta Leiko-yksikön kautta leikkaukseen tulleelta potilailta, haluaako osallistua tutkimukseen. Mikäli vastaus oli myöntävä, lomake annettiin täytettäväksi. Jos potilas ei halunnut osallistua tutkimukseen, ei lomaketta annettu. Tällä pyrittiin minimoimaan tyhjinä palautettujen lomakkeiden määrä. Potilas toimitti lomakkeen nimetömänä osaston käytävällä sijaitsevaan palautuslaatikkoon kotiin lähdön yhteydessä.

6.3 Kyselylomakkeen laadinta ja aineiston analysointi

Kyselylomake (liite 2) on toteutettu yhteistyössä Pohjois-Kymen sairaalan Leiko-yksikön henkilökunnan kanssa. Tutkimusongelmat tulivat suoraan yksikön osastonhoitajalta ja kyselylomake pyrittiin rakentamaan niin, että sen avulla saadaan vastauksia henkilökunnan toivomiin kysymyksiin. Yksikön osastonhoitaja laittoi sähköpostitse jokaiselle yksikön työntekijälle alustavan kyselylomakkeen, johon henkilökunnan jäsenet saivat tehdä muutoksia. Tämän jälkeen kyselylomake esiteltiin muutamalla koehenkilöllä. Esitetauksen myötä lomakkeen asettelua korjattiin.

Kyselylomakkeessa on kysymyksiä neljästä eri osa-alueesta, joita ovat henkilökunta, ohjaus, tilat ja odotusaika ennen toimenpiteeseen menoa. Yhteensä lomakkeessa on kysymyksiä yhdeksän. Kustakin osa-alueesta on muutama kysymys, koska Leiko-yksikön henkilökunta toivoi lomakkeesta lyhyttä ja yksinkertaista.

Kyselylomakkeessa on käytetty strukturoidun kysymyksen ja avoimenkysymyksen välimuotoja. Standardoituja, strukturoituja kysymyksiä valikoitui lomakkeeseen, sillä mahdollisimman yksiselitteisiä vastauksia toivottaessa on kaikilta vastaajilta kysymys kysyttävä samalla tavalla. Strukturoituja kysymyksiä on myös helpompi käsitellä ja analysoida tietokoneella. (Hirsjärvi 1997, 188, 192 - 196.) Strukturoitujen kysymysten lisäksi pyrittiin avointen lisäkysymysten avulla saamaan perusteluja vastaajien mielipiteisiin sekä mahdollisia kehittämisehdotuksia.

Kaikista osastolle toimitetuista kyselylomakkeesta palautui 98 lomaketta. Hirsjärven (1997, 216) mukaan aineiston käsittelyn ensimmäinen vaihe on tietojen tarkastus. Aineistosta tarkistetaan kaksi asiaa: sisältyykö siihen selviä virheitä tai puuttuuko tietoja. Yksi kyselylomakkeista havaittiin täysin tyhjäksi, joten se jätettiin kokonaan pois analysoitavasta aineistosta. Kyselyyn vastanneiden lukumääräksi tarkentui $n=97$.

Monivalintakysymysten vastaukset analysoitiin käyttämällä SPSS-ohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences). Avointen kysymysten vastaukset koottiin yhteen aihealueittain ja sanasanaisesti käyttämällä Word-tekstinkäsittelyohjelmaa, yhtäläisyyksien hahmottamiseksi.

6.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sen reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimustulokset voidaan todeta reliabeleiksi esimerkiksi silloin, kun kaksi eri tutkijaa päätyy samoihin tuloksiin, tai jos samaa asiaa tutkitaan useasti saaden jokaisella kerralla sama lopputulos. Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä, eli onko mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin, ja ovatko teoreettiset käsitteet pystytyt muokkaamaan tutkimuksen muuttujiksi luotettavasti. Vaikka tutkimusten teossa pyritään välttämään virheitä, voivat tutkimustulosten pätevyys ja luotettavuus kuitenkin vaihdella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189 - 190; Hirsjärvi ym. 1997, 226 - 227.)

Tutkimuksessa käytettävä mittari voi aiheuttaa virheitä tutkimukseen. Esimerkiksi juuri kyselylomake voi aiheuttaa vääristymän tutkimuksessa, jos vastaaja on ymmärtänyt kysymyksen täysin väärin tai aivan toisin, kuin tutkija on kysymyksen tarkoittanut. Jos tutkija vielä analysoi väärin ymmärretyt kysymykset vastauksineen alkuperäi-

sen, oman ajatusmallinsa mukaan, tutkimuksen tuloksia ei voida mitenkään pitää valideina. (Hirsjärvi ym. 1997, 226 - 227.) Strukturoitu kyselylomake sisältää sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Avoimen vaihtoehdon avulla ajatellaan saatavan esille uusia näkökulmia, joita tutkija ei ole etukäteen ajatellutkaan (Hirsjärvi ym. 1997, 194, 196).

Tutkimuksen mittarin, tässä tapauksessa kyselylomakkeen, toimivuutta ja luotettavuutta parannettiin esitestaamisella. Esitestaaminen tarkoittaa, että edellä mainittuja mittarin ominaisuuksia testataan varsinaista tutkimusotosta vastaavalla, mutta pienemmällä joukolla vastaajia. Esitestaaminen on tärkeää erityisesti silloin, kun käytetään täysin uutta, juuri tiettyä tutkimusta varten tehtyä mittaria. Esitestaaminen parantaa mittarin luotettavuutta, koska siten esimerkiksi mahdollisuus väärinymmärryksiin ja siten virheellisiin tuloksiin tulee esiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191.)

Yksi luotettavuuteen vaikuttava tekijä on vastaajan vointi ja kunto toimenpiteen jälkeen. Kyselyä toteutettaessa tulee siis huomioida tarkkaan, missä vaiheessa leikkausprosessia, kyselylomaketta tarjotaan täytettäväksi. Leiko-yksikön osastonhoitajan konsultoinnin jälkeen päädyttiin tulokseen, että ainoa mahdollinen ajankohta lomakkeen täyttämiseksi olisi vuodeosastolla juuri ennen potilaan kotiutumista lomakkeen palautumisen varmistamiseksi ja siten tutkimuksen toteuttamista varten tarvittavan kappalemäärän takaamiseksi.

Tutkimuksen laatua ja luotettavuutta olisi voinut parantaa kyselylomakkeen huolellisemmalla suunnittelulla ja muotoilulla. Kun vastauksia analysoitiin ja täytettyjä lomakkeita käytiin läpi, huomattiin, että joitakin kysymyksiä oli ymmärretty väärin. Tätä oltaisi välttytty esitestaamalla lomake useammalla henkilöllä. Joitakin lomakkeen termejä, kuten ”tarpeet” ja ”esivalmistelutilat” olisi voinut selittää tai tarkentaa, sillä esimerkiksi esivalmistelutiloja koskevissa kysymyksissä vastaajat kuvailivat leikkauksalia ja sen tunnelmaa. Potilaiden tarpeiden huomioinnin olisi voinut kysyä toisella tapaa, esimerkiksi ”Koitko, että sinut otettiin huomioon?”, ”Saitko riittävästi huomiota henkilökunnalta?”. Nyt tarpeet-termi jää vastaajalle epäselväksi, sillä jokainen määrittelee tarpeensa eri tavoin.

Päänvaivaa tuotti myös ajankohta, jolloin kyselylomake oli tarkoitus täyttää vastaajilla. Sopivaa ajankohtaa pohdittiin yhdessä Leiko-yksikön osastonhoitajan kanssa,

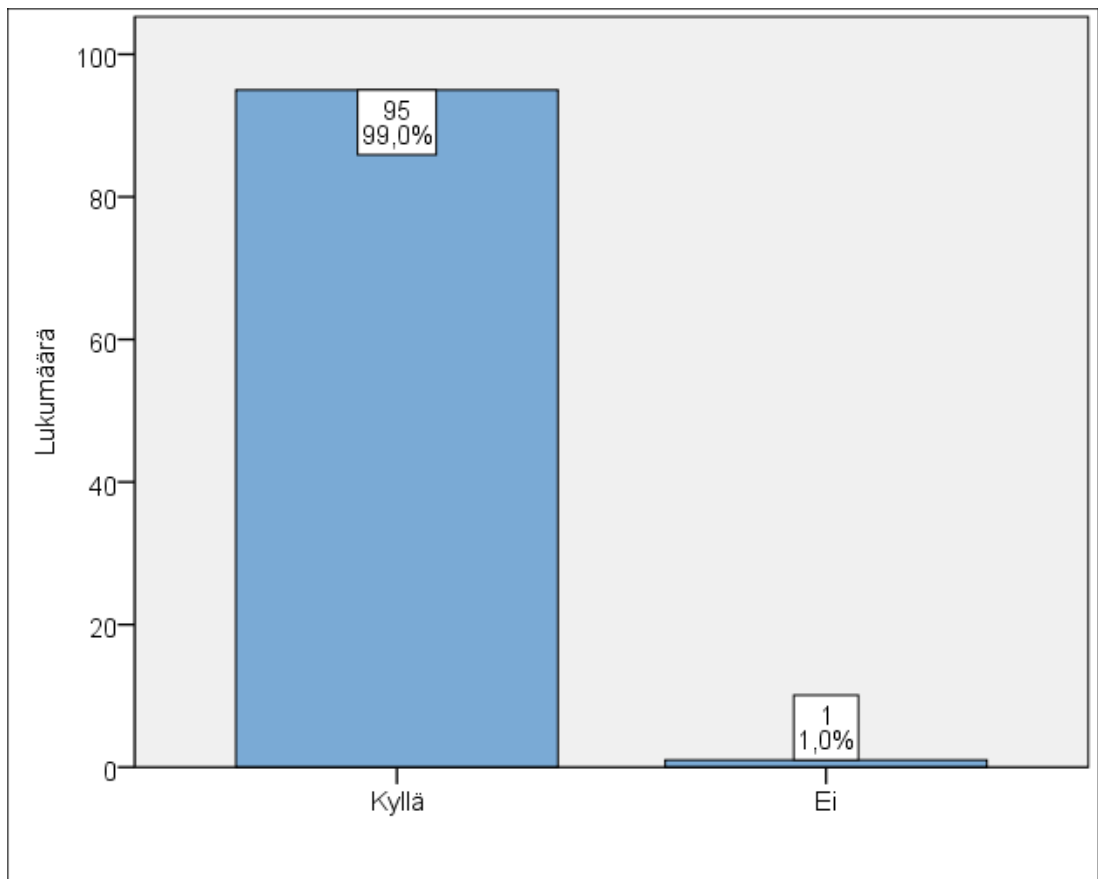
jolloin päätettiin että vapaaehtoiset potilaat täyttävät kyselyn vuodeosastolla ennen kotiutumista, ja palauttavat lomakkeen osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Jos lomake olisi annettu täytettäväksi kotona, se olisi todennäköisimmin jäänyt palauttamatta. Lomakkeen täyttäminen silloin, kun potilas on vielä Leiko-yksikössä menossa toimenpiteeseen, olisi heikentänyt tutkimuksen luotettavuutta. Mahdollisesta jännityksestä ja esilääkityksestä johtuen vastaaja ei välttämättä pysty keskittymään kysymyksiin ja asialliseen vastaamiseen. Toisaalta myös kotiutumistilanteessa ajatukset ovat pitkälti muualla. Leikkauksen jälkeen kipu, pahoinvointi ja kiire kotiin vaikuttavat vastausten luotettavuuteen.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien näkemys Leiko-yksikön henkilökunnan ammattitaidosta

Kyselyn ensimmäisenä aihealueena oli Leiko-yksikön henkilökunnan ammattitaito ja osaaminen. Monivalintakysymysten avulla tiedusteltiin potilaiden mielipiteitä hoitajien asiantuntevuudesta, ystävällisyydestä sekä potilaiden tarpeiden huomioinnista.

Vastaajista 99 % piti hoitajia asiantuntevina. Yhden vastaajan mielestä henkilökunnan asiantuntevuus oli puutteellista (kuva 3), mitä hän kuvaili myös avoimessa vastausvaihtoehdossa sanoin: ”*Epäpätevää liittyen 1 tyypin diabetesta sairastavan leikkauspotilaan hoitoon, ohjaukseen (mm. insuliiniasioissa paljon opittavaa!)*”. Yksi potilas jätti vastaamatta tähän kysymykseen.



Kuva 3. Leiko-yksikön henkilökunnan asiantuntevuus vastaajien mielestä (n=96)

Kaikkien vastaajien mielestä Leiko-yksikön henkilökunta oli ystävällistä. Lisäksi henkilökuntaa oli luonnehdittu avoimessa vastausvaihtoehdossa seuraavasti:

”Tosi hyvin otti potilaan huomioon!”

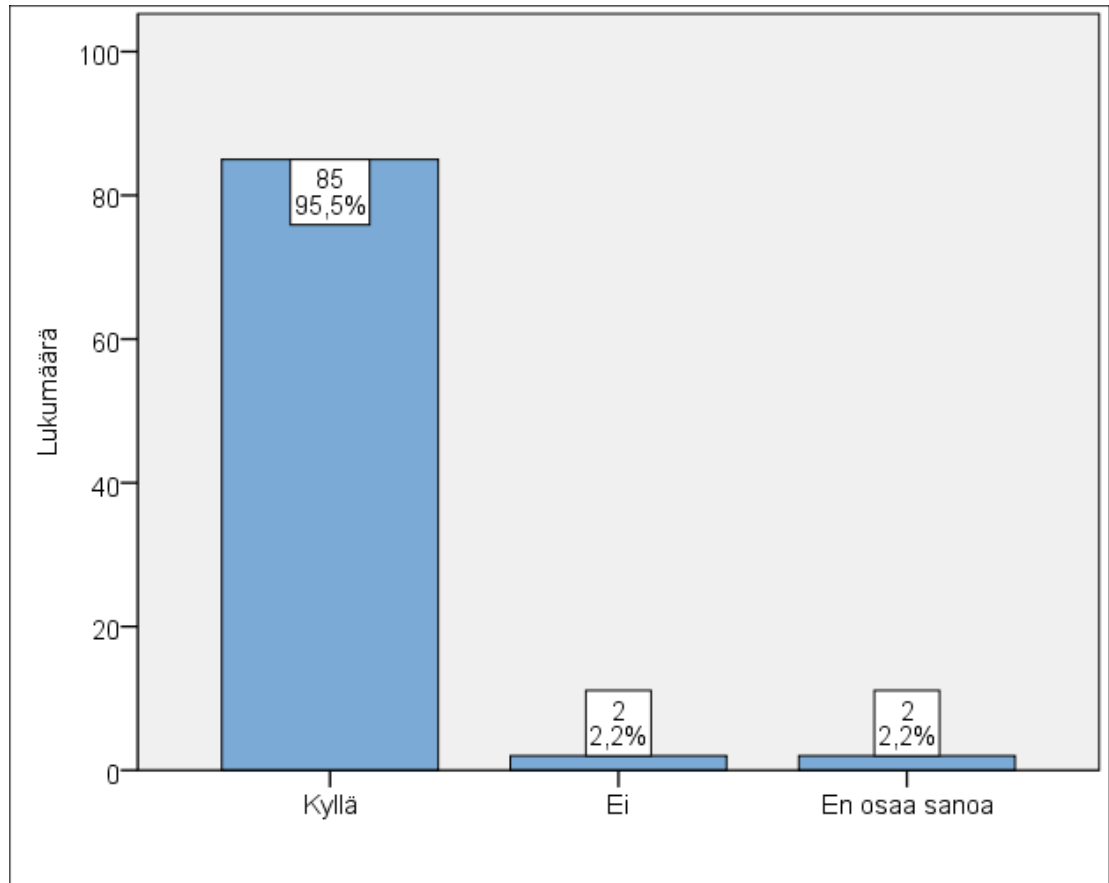
”Iloista”

”Ystävällisiä, iloisia.”

”Erittäin mukavaa”

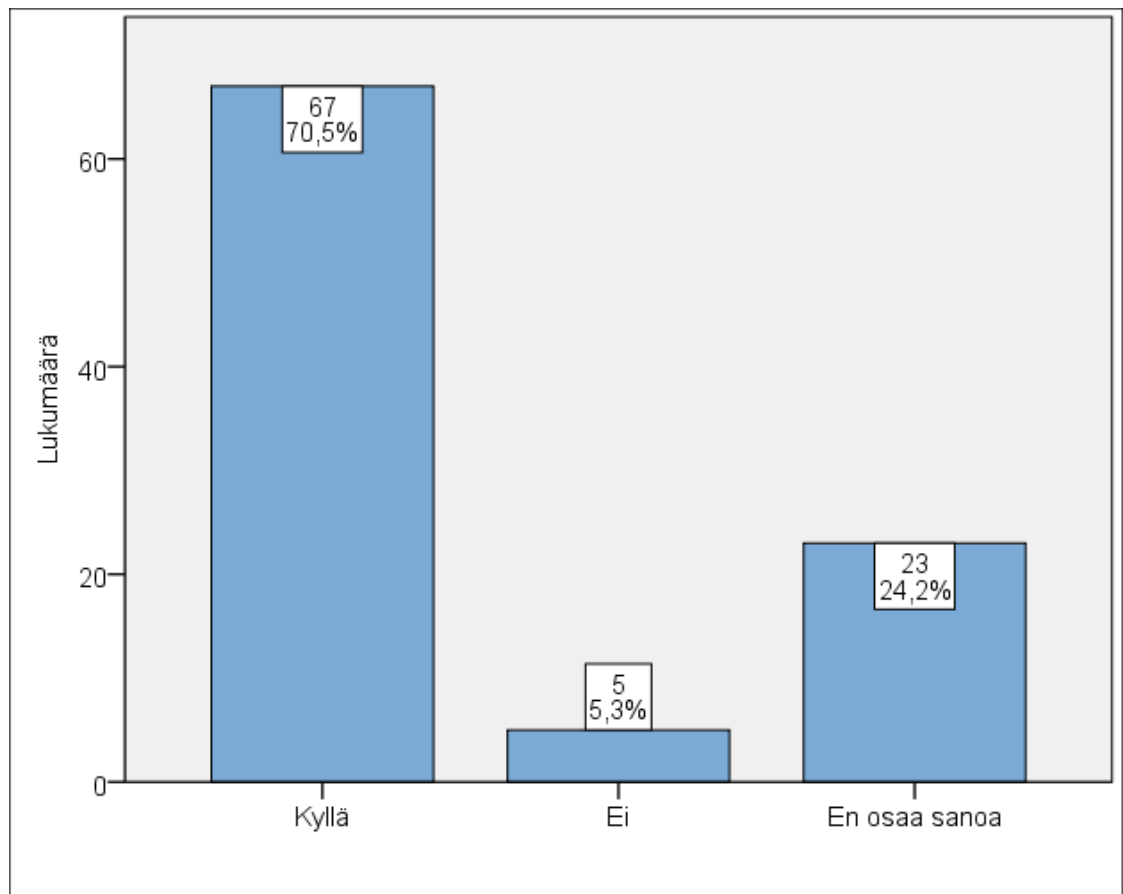
”Tunnelma oli välitöntä ja ”kotoista” turvallisuutta antavaa /herättävää”

Vastaajat (n=85) pitivät henkilökuntaa potilaan tarpeet huomioivana. Kahden vastaajan mielestä henkilökunta ei huomionnut potilaiden tarpeita riittävästi. Kaksi vastaajaa valitsi vaihtoehdon ”En osaa sanoa”. Kahdeksan kyselyyn osallistunutta ei vastannut kysymykseen lainkaan (kuva 4).



Kuva 4. Vastaajien mielipide siitä, oliko Leiko-yksikön henkilökunta tarpeet huomioiva (n=89)

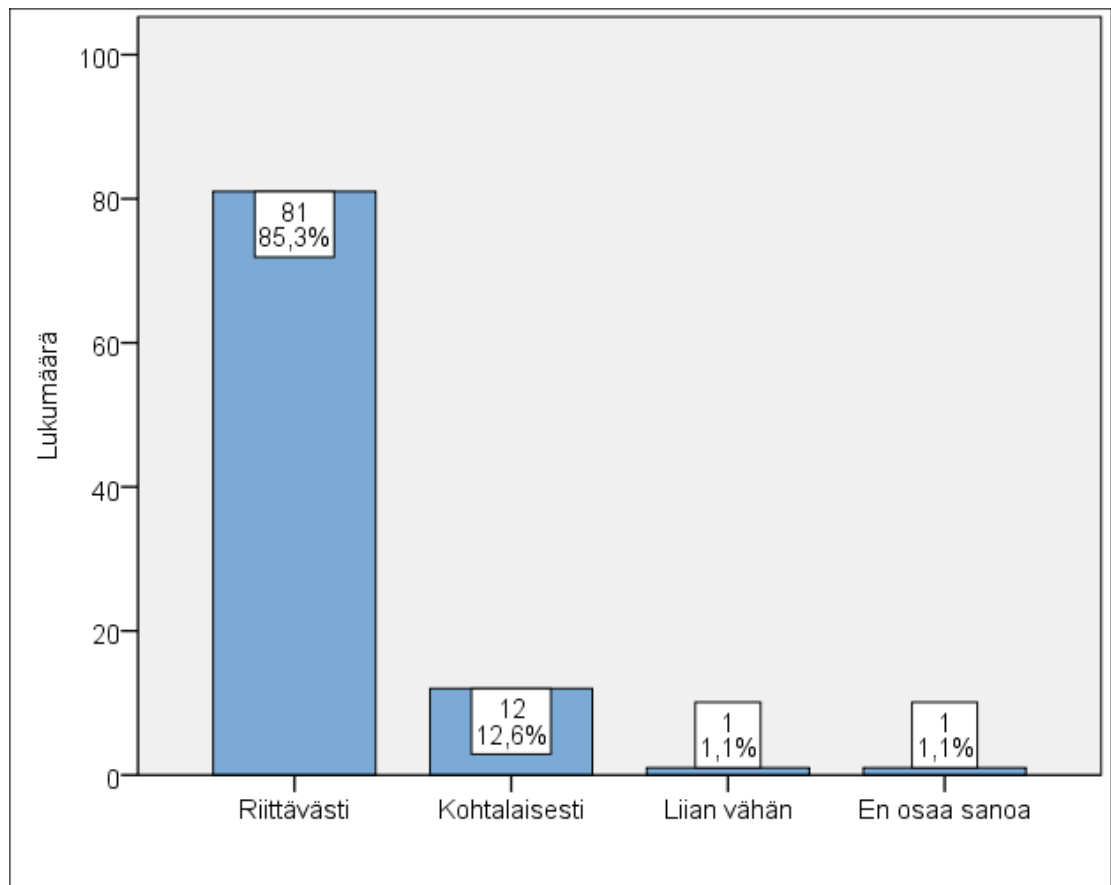
Yli puolet vastaajista koki voineensa vaikuttaa hoitoonsa liittyviin asioihin, viiden vastaajan mielestä mahdollisuutta vaikuttaa hoitoon liittyviin seikkoihin ei ollut. Vastaajista 23 oli valinnut vaihtoehdon ”En osaa sanoa”. Kaksi kyselyyn vastannutta jätti vastaamatta tähän kysymykseen (kuva 5).



Kuva 5. Vastaajien kokemus mahdollisuudesta vaikuttaa hoitoonsa liittyviin asioihin Leiko-yksikössä (n=95)

7.2 Vastaajien kokemus saamastaan potilasohjauksesta

Esihaastattelutilanteessa Leiko-yksikössä riittävästi ohjausta koki saaneensa 81 vastaajaa. Vastaajista 12 oli sitä mieltä, että oli saanut ohjausta kohtalaisesti. Yksi vastaajista oli mielestään saanut ohjausta liian vähän. Yksi vastaaja oli valinnut vastausvaihtoehdon ”En osaa sanoa”. Lisäksi kaksi kyselyyn osallistunutta oli jättänyt kokonaan vastaamatta tähän kysymykseen (kuva 6).



Kuva 6. Vastaajien kokemus ohjauksen saamisesta esihaastattelutilanteessa Leikkauksyksikössä (n=95)

Useat vastaajat toivat esille saaneensa riittävästi ohjausta leikkaukseen valmistautumisesta kotona ja mitä pitää huomioida ennen yksikköön tuloa. He saivat riittävästi ohjausta ja tietoa myös itse toimenpiteestä. Seuraavassa vastaajien omin sanoin eriteltyjä aiheita, joista he kokivat saaneensa riittävästi ohjausta:

”Mitä leikkauspäivänä tapahtuu, jatko-ohjeista, kuntoutuksesta, miten muu sairaus vaikuttaa leikkaukseen”

”Kaikessa mikä koski leikkaukseen valmistautumista, myös puhelimitse sai hyvin apua.”

”Valmistautuminen kotona, lääkkeidenotto, hyvät kirjalliset ohjeet.”

”Ihan kaikesta tarpeellisesta mikä liittyi tuloon.”

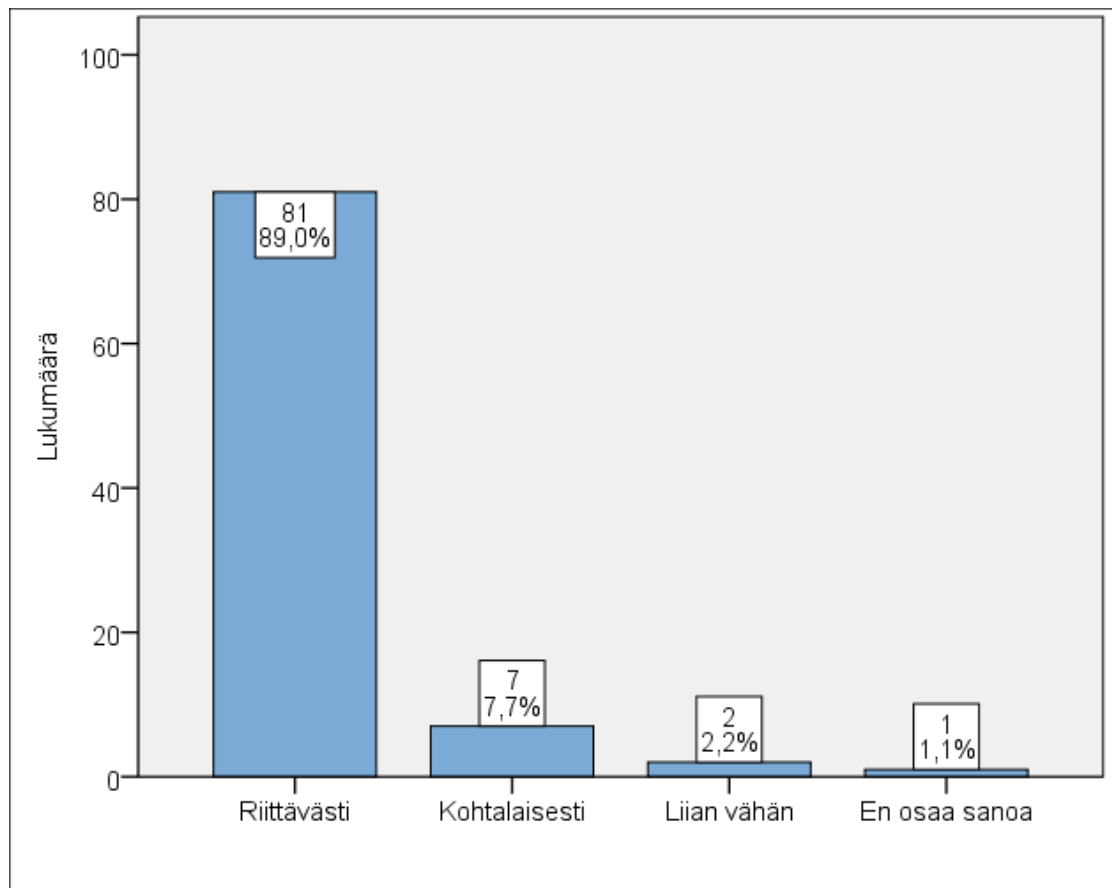
Kohtalaisesti tai liian vähän ohjausta vastaajat kokivat saaneensa mm. kivunhallinnasta ja toimenpiteen toteuttamisvaihtoehdoista. Tarkempia ohjeita toivottiin esimerkiksi vitamiineista ja rasvoista. Leiko-yksikössä asioinut diabeetikko kuvaili saaneensa sairauteensa liittyvää ohjausta seuraavasti: *”olen I. tyypin diabeetikko ja ennen leikkausta saatu ohje ”älä pistä insuliinia” oli kyseenalainen, diabeteshoitajan ohjeen mukaan pistin kuitenkin aamun pitkävaikutteisen normaaliin aikaan.”* Lisäksi vastaajat olisivat kaivanneet lisää ohjausta mm. seuraavista asioista:

”käytännön kulusta (katedrit, ym)”

”Itse toimenpiteestä ei ollut mitään tarkempaa puhetta. Itse kysyin esim. löytyykö kuvat täältä.”

”leikkaussuunnitelmasta, mitä tehdään... ja eri vaihtoehtoja niiden hyötyjä/haittoja koska vaihtoehtoja oli”

Toimenpidepäivän aamuna riittävästi ohjausta koki saaneen 81 vastaajaa. Kohtalaisesti ohjausta mielestään sai seitsemän vastaajaa. Kaksi vastaajaa koki saaneensa ohjausta liian vähän, yksi valitsi vaihtoehdon ”En osaa sanoa”. Kuusi kyselyyn osallistunutta jätti vastaamatta tähän kysymykseen (kuva 7).



Kuva 7. Vastaajien kokemus ohjauksen saamisesta toimenpidepäivän aamuna Leiko-
yksikössä (n=91)

Vastaajat kertoivat saaneensa riittävää ohjausta mm. leikkauspäivän aikataulusta ja siitä, mitä tapahtuu ennen leikkaussaliin menoa. He tarkensivat mielipidettään seuraavasti:

”otettiin huomioon asiat mitkä oli unohtunut alkuhaastattelussa.”

”Lääkärin ”haastattelu” oli hyvä. Hän kertoi mitä tulee tapahtumaan ja hänellä ei ollut kiire. Myös hoitaja oli mukava.”

”Kaikissa asioissa mikä koski tänne tuloa ja toimenpidettä”

”Pukeutuminen, lääkkeet, odotus”

”Kerrottiin miten homma etenee ja mitä tehdään ennen ja jälkeen toimenpiteen.”

Useat vastaajat luonnehtivat ohjausta selkeäksi sekä toimintaa ”ripeäksi”. Useissa vastauksissa henkilökuntaa kuvailtiin ystävälliseksi. Eräs vastaaja luonnehti toimenpidepäivän aamun tunnelmaa sanoin: *”Koin olevani iloisesti tervetullut, vaikka huolenaiheita oli useita ennen leikkausta, ihon ehjänä pitäminen + CRP:t”*.

Mielestään kohtalaisesti tai liian vähän ohjausta saaneet vastaajat olisivat toivoneet lisää ohjausta esimerkiksi leikkaussalissa tehtävistä asioista ja jatko-hoidosta. Yksi vastaajista olisi kaivannut lisää ohjausta kivun lievityksestä. Yksi vastaaja kommentoi toimenpidepäivän aamun kulkua seuraavasti: *”Minut jätettiin TV-tilaan istumaan eikä kerrottu, mitä seuraavaksi on luvassa ja kuinka kauan mahdollisesti minun tulisi odottaa siellä. Olisin halunnut tietää esim. että anestesiahoitajat tulevat hakemaan minut leikkuriin ja olisin kaivannut tietoa siitä miten toimenpide leikkurissa etenee: laitetaan kanyylit yms...”*

7.3 Vastaajien näkemys Leiko-yksikön tilaratkaisuista

Vastaajilta kysyttiin myös mielipidettä Leiko-yksikön tilaratkaisuista. Suurin osa vastaajista piti pukeutumis-/vaatteiden vaihtotiloja riittävän hyvinä. Muutama vastaaja kuvaili tiloja tarkoituksenmukaisiksi ja toimiviksi. Yhden vastaajan mielestä lukittavat kaapit tiloissa olivat siistit ja käytännölliset. Tiloja pidettiin myös liian pieninä ja ahtaana. Muutamassa vastauksessa todettiin tilojen olevan sopivat silloin, kun tiloja käytettiin samanaikaisesti vain yksi henkilö. Useamman henkilön ollessa samassa tilassa pukeutumis-/vaatteiden vaihtotilat koettiin liian ahtaiksi. Vastaajat kuvailivat tiloja seuraavasti:

”Olin tilassa ainoana, niin riittävät”

”Liian pienet: samassa tilassa oli samaan aikaan paljon potilaita vaihtamassa vaatteita.”

”Hieman ahtaat, mutta kun ei ollut muita samaan aikaan niin riittävät.”

”Surkeat, vanhat tilat, ahtaat”

”Hiukan askeettiset”

Esivalmistelutilat koettiin pääasiassa hyvinä ja siisteinä. Vastaajat kuvailivat esivalmistelutiloja mm. tarkoituksenmukaisiksi ja asiallisiksi. Useimmat vastasivat kysymykseen sanoin ”hyvä”, ”hyvät” tai ”ok”. Muutama vastaaja oli kokenut tilat hyvinä, mutta viileinä. Yksi vastaajista kuvaili esivalmistelutiloja seuraavasti: *”Ok, paitsi sekin toimi ilmeisesti varastona koska kesken esivalmistumisen hoitohenkilökunta ”ramppaa” tilassa”*.

Suurin osa kyselyyn vastanneista koki Leiko-yksikön odotustilan olevan hyvä. Vastauksissa toistuivat sanat ”hyvä” ja ”ok”. Muutama vastaaja kuvasi tilaa viihtyisäksi. Hyvinä asioina odotustilassa mainittiin esimerkiksi ristikkolehdet ja ”juttuseura”. Vastauksissa nousi esiin odotustilan kylmyys, jota kuvattiin seuraavasti:

”Kylmä mutta ihanat nojatuolit”

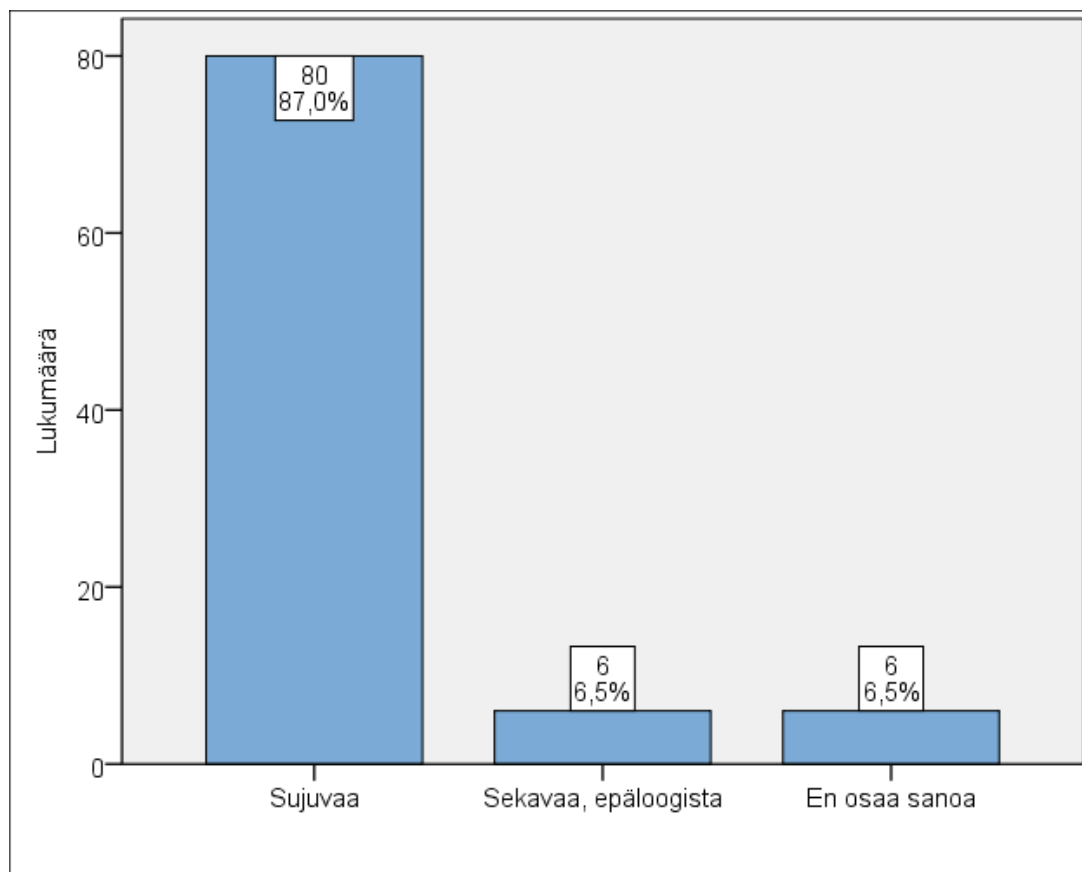
”Oli vähän kylmä, ilmanvaihto liian kovalla. Onneksi löytyi peitto. Tila oli viihtyisä, nojatuolit mukavat makoilla.”

”Kylmä”

”Hyvä, mutta kylmä. Sain peiton! odotin 2,5h!”

”Viihtyisä mutta kylmä”

Kysyttäessä vastaajien mielipidettä Leiko-yksikön tilojen välillä siirtymisestä, suurin osa vastaajista piti sitä sujuvana. Kuuden vastaajan mielestä siirtyminen tilojen välillä Leiko-yksikössä oli sekavaa tai epäloogista. Kuusi vastaajaa valitsi vastausvaihtoehdon ”En osaa sanoa”. Viisi vastaajaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen (kuva 8).



Kuva 8. Vastaajien mielipide liikkumisesta Leiko-yksikön tilojen välillä (n=92)

Kysyttäessä Leiko-yksikön tilojen kehittämisehdotuksia kysymykseen vastasi yhteensä 39 henkilöä, joista 12 vastaajaa ei osannut mainita yhtäkään kehitysehdotusta tilojen parantamiseksi. Kysymykseen vastanneiden kehittämisehdotuksissa korostui viihtyvyyden sekä värien lisääminen tiloihin. Esimerkiksi odotustilaan kaivattiin lisää pehmeitä tuoleja, joissa on rahi. Pari vastaajaa ehdotti lämpötilan nostamista Leiko-yksikön tiloissa. Seuraavassa vastaajien omin sanoin ilmaisemia kehitysehdotuksia:

”Enemmän väriä ja lempeystä”

”Viihtyisämmäksi, ainakin odotustila (kasveja + värejä)”

”Kodikkuutta voisi lisätä”

”OK tilat, ehkä pirteämpiä värejä, maalausta seiniin.”

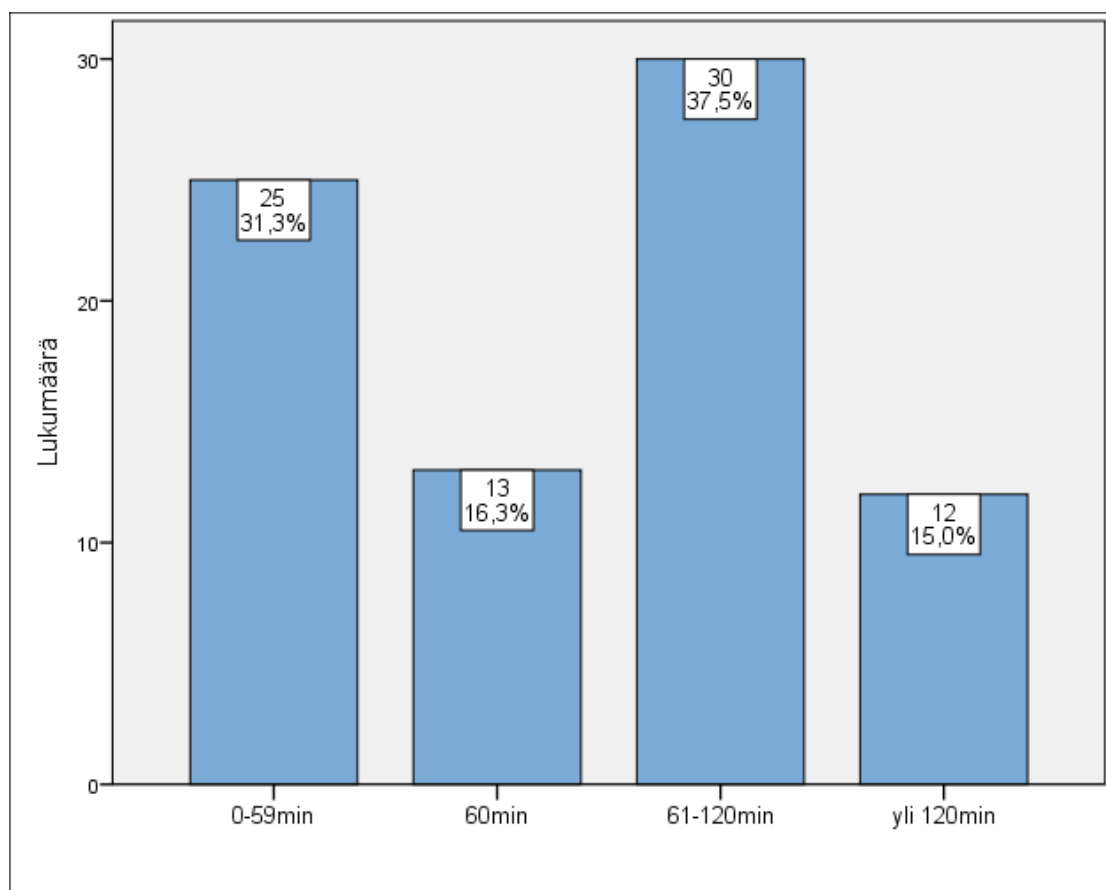
”Vessanpöntöt liian matalalla.”

”Pitempään odotellessa alkoi palella, lämmintä lisää + jotain viihtyisyyttä”

”Pukeutumistiloja väljemmiksi”

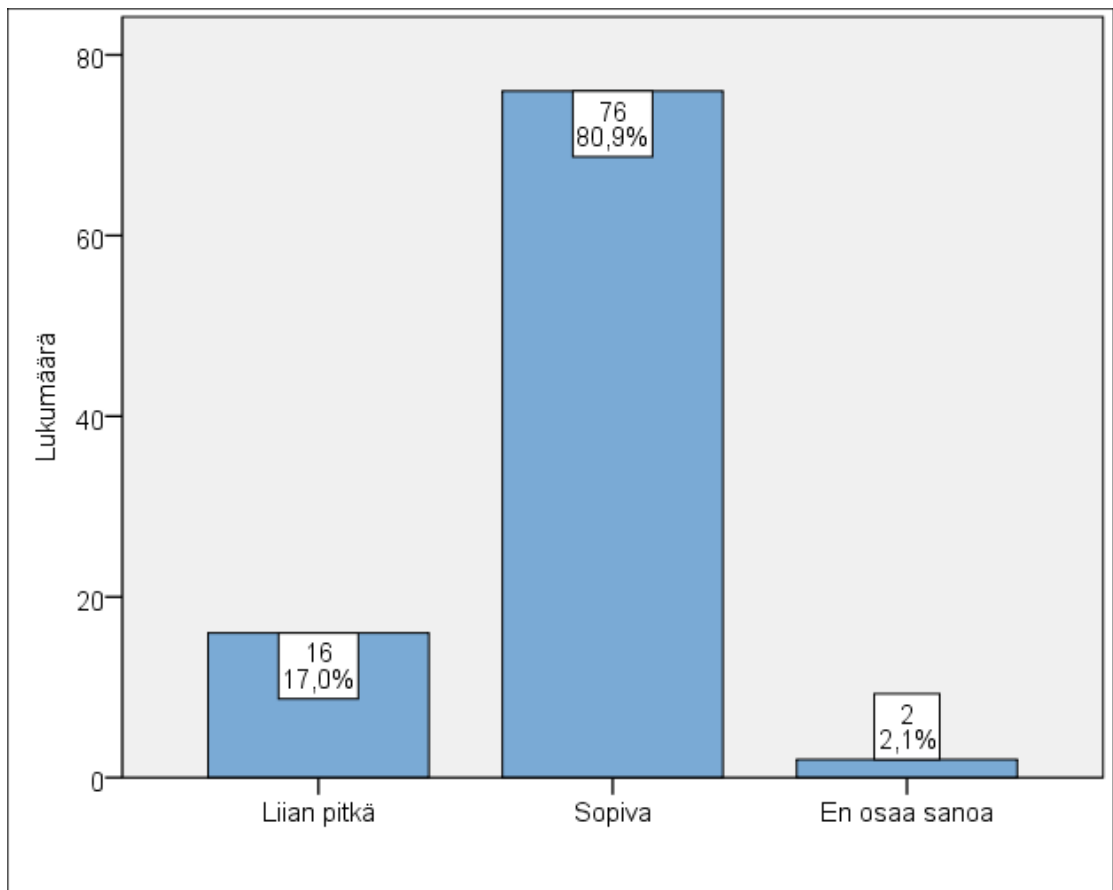
7.4 Vastaajien kokemus odotusajasta ennen toimenpidettä

Kysyttäessä odotusajan pituutta vastausten perusteella pystyttiin muodostamaan neljä aikajaksoa, joita ovat 0–59 minuuttia, 60 minuuttia, 61–120 minuuttia ja yli 120 minuuttia. Odotusaika oli vähimmillään 0 minuuttia ja pisimmillään 270 minuuttia (kuva 9).



Kuva 9. Vastaajien odotusajan pituus ennen toimenpiteeseen menoa (n=80)

Kyselyyn vastanneista 76 koki odotusajan Leiko-yksikössä ennen toimenpiteeseen menoa sopivan pituiseksi. Vastaajista 16 oli sitä mieltä, että odotusaika oli ollut liian pitkä. Kaksi vastaajaa valitsi vaihtoehdon ”En osaa sanoa”. Yksikään kysymykseen vastannut ei valinnut vastausvaihtoehtoa ”Liian lyhyt”. Kolme kyselyyn osallistunutta jätti vastaamatta tähän kysymykseen (kuva 10).



Kuva 10. Vastaajien kokemus odotusajasta Leiko-yksikössä ennen toimenpiteeseen menoa (n=94)

Vastaajat, joiden mielestä odotusaika oli liian pitkä, kuvailivat kokemukstaan seuraavasti:

”tuntui vaan pitkältä, kun ei tiennyt tarkkaa aikaa” (odottanut n. 1h tai vajaa)

”Kylmä tila!” (odottanut 2,5h)

”odotusajan ollessa pitkä alkaa ehtiä jännittämään toimenpidettä.” (odottanut n.1,5h)

”odotin itse lyhyempää aikaa” (odottanut 2h)

Eräs 4,5 tuntia toimenpiteeseen pääsyä odottanut vastaaja totesi 4,5 tunnin odotusajan olevan yksinkertaisesti liian pitkä. Ravinnotta olo nousi myös yhdeksi odotusajan kokemusta huonontaneeksi tekijäksi, jota vastaajat kuvasivat seuraavin sanoin:

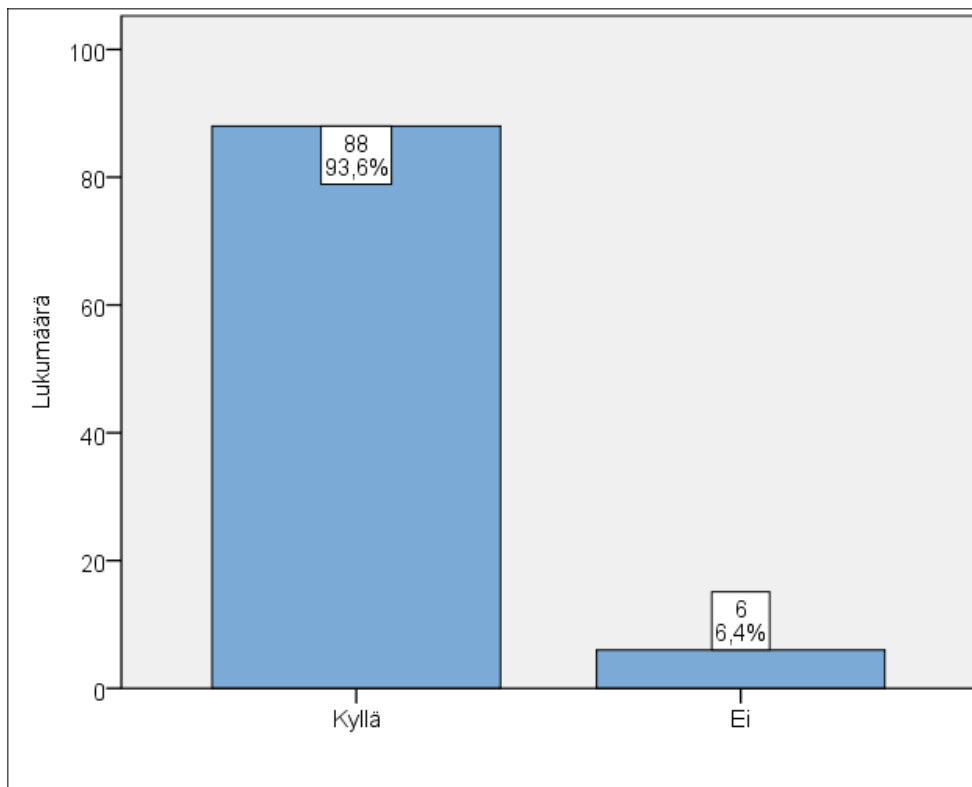
”Koska oli nälkä ja haluaisin päästä toimenpiteeseen mahdollisimman pian” (odottanut 2,5h)

”Koska en saanut syödä kuin ed. illalla viimeksi niin olisin toivonut että leikkaus olisi ollut paljon aiemmin” (odottanut 3h)

”Vastasin sopiva, mutta kun on syömättä ja juomatta klo 24 lähtien alkaa olla nälkä ja jano aamulla” (odottanut 1,5h)

”Varttuminen on aina pitkää, sekä olla ravinnotta pitkän ajan. DM II:lle 19h liian pitkä aika” (odottanut 2h 15min)

Suurin osa vastaajista (88 vastaajaa) piti Leiko-yksikön odotustilan mielekkäiden ajanviettovaihtoehtojen määrää riittävänä. Kuuden vastaajan mielestä mielekkäitä ajanviettovaihtoehtoja ei ollut tarpeeksi. Kolme kyselyyn osallistunutta ei vastannut lainkaan tähän kysymykseen (kuva 11).



Kuva 11. Vastaajien kokemus siitä, onko Leiko-yksikön odotustilassa riittävästi mielekkäitä ajanviettovaihtoehtoja (n=94)

Jatkokysymykseen ”Jos vastasit **EI**, mitä odotustilaan kaipaisi lisää?” vastanneet mainitsivat seuraavia kehitysehdotuksia:

”Monipuolisempia lehtiä +ilmastointi kylmä”

”Voisi olla lautapelejä ja pelikortteja ja radio”

”Tuoreempia lehtiä luettavaksi ja vaikka päivän Hesarikin Kouvolan sanomien lisäksi”

”Lukemiset voisi monipuolisempia, radiota olisi mukava kuunnella”

”Voisi olla enemmän lehtiä! Tai vähän musiikkia”

8 POHDINTA

Leiko-yksikön henkilökuntaa pidettiin ystävällisenä, asiantuntevana ja potilaan tarpeet huomioon ottavana. Edellä mainitut asiat vaikuttavat olennaisesti potilaiden kokemukseen hoidon laadusta ja tulevat esiin myös Larrabeen ja Boldenin (2001) potilastyytyväisyyttä koskevassa tutkimuksessa. Heidän tutkimuksessaan myös hoitajien ammattitaito oli potilastyytyväisyyttä lisäävä tekijä. Hoitajan tulee tietää, mitä tekee, jolloin työ tulee tehtyä oikein. Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneet vastaajat pitivät Leiko-yksikön henkilökuntaa myös ammattitaitoisena.

Ylikosken (1999) mukaan asiakkaat odottavat saavansa hyvää palvelua hoitoon liittyvissä kontakteissa. Opinnäytetyön tutkimuksesta tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että Pohjois-Kymen sairaalan Leiko-yksikön potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Henkilökunnan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus luo pohjan sille, millaisen mielikuvan potilas muodostaa saamastaan hoidosta.

Larrabeen ja Boldenin (2001) mukaan onnistunut aikataulutus parantaa potilaan kokemusta hyvästä hoidosta. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että ne Leiko-yksikön potilaat, jotka olivat vastanneet odottaneensa toimenpiteeseen pääsyä mielestään liian pitkään, olivat tyytymättömämpiä saamaansa palveluun. Pohjois-Kymen sairaalan Leiko-yksikön henkilökunnan tulisi kehittää yhteistyötä ja keskinäistä kommunikointia leikkausosaston henkilökunnan kanssa, jotta liian pitkiä odotusaikoja voitaisiin ennaltaehkäistä.

Suurin osa vastaajista myös koki voineensa vaikuttaa hoitoonsa liittyviin asioihin Leiko-yksikössä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tukee potilaan itsemääräämisoikeutta ja hoitoonsa osallistumista. Johanssonin ym. (2002) mukaan se, että potilas pystyy vaikuttamaan ja osallistumaan omaan hoitoonsa lisää potilastyytyväisyyttä.

Yli 80 % vastanneista koki saaneensa riittävästi ohjausta sekä esihaastattelutilanteessa että toimenpidepäivän aamuna. Hyvä potilasohjaus vähentää kustannuksia. Esimerkiksi hyvä ohjaus esihaastattelutilanteessa vähentää sairaalassaoloaikaa ja näin myös terveydenhuollolle syntyviä kustannuksia. Hyvin ohjatut potilaat kotiutuvat toimenpiteiden jälkeen nopeammin ja välttyvät todennäköisemmin toimenpiteenjälkeisiltä infektioilta.

Pukeutumistilojen ja vaatteiden vaihtotilojen koettiin olevan riittävät. Niitä tosin kuvailtiin melko ahtaiksi ja askeettisiksi. Myös esivalmistelu- ja odotustiloihin oltiin suurimmaksi osaksi tyytyväisiä. Pohjois-Kymen sairaala on valmistunut vuonna 1953, jonka jälkeen sitä on mm. laajennettu ja tilojen käyttötarkoitukset ovat vaihdelleet. Esimerkiksi Leiko-yksikkö on perustettu entisen synnytysosaston tiloihin. Tiloja ei siis ole suunniteltu Leiko-yksikköä varten, mikä vaikuttaa tilojen toimivuuteen ja käytännöllisyyteen. Kuitenkin yli 80 % vastanneista koki siirtymisen eri tilojen välillä Leiko-yksikössä sujuvana.

Vastauksista saatiin suoraan kehitysehdotuksia, miten tilaratkaisuja voitaisiin kehittää paremmiksi. Esimerkiksi esivalmistelutilan yksityisyyteen ja rauhattomuuteen voisi kiinnittää huomiota, sillä vastaajat epäilivät esivalmistelutiloja käytettävän ”varastona”, sillä hoitajia ”ramppasi” huoneessa kesken valmistelutoimenpiteiden. Tällaiset häiriötekijät voitaisiin minimoida varmistamalla, että jokaisessa tilassa on aina saatavilla kaikki tarvittavat välineet, jottei niitä tarvitsisi haeskella toisista huoneista. Myös erillinen varastotila hoitotarvikkeiden säilyttämiseen saattaisi vähentää ”ramppaamista”.

Vastanneiden mielestä koko Leiko-yksikön viihtyvyyttä ja kodikkuutta voisi lisätä esimerkiksi värein ja viherkasvein. Odotustilaan toivottiin lisää pehmeitä nojatuoleja sekä jalkaraheja. Lisäksi tilaan voisi tuoda tuoreempia ja monipuolisempia lehtiä, radion tai pelikortit, jotta odottelu-aika ennen toimenpidettä kuluisi rattaissammin.

Jokaisen tilan ongelmana koettiin viileys tai kylmyys, minkä helpottamiseksi esimerkiksi odotustilassa voisi olla saatavilla jonkinlaisia peittoja. Leiko-yksikön tilojen lämpötilaa tuskin voidaan nostaa, koska sairaalassa on koneellinen ilmanvaihto, mikä pitää lämpötilan samana koko rakennuksessa.

Myös kysymystä kyvystä vaikuttaa omaan hoitoon Leiko-yksikössä olisi voinut tarkentaa avoimella kysymyksellä siitä, mihin asiaan tai asioihin vastaaja oli pystynyt vaikuttamaan. Näin olisi saatu tarkempaa tietoa miten potilaan itsemääräämisoikeuden on mahdollista toteutua Leiko-yksikössä.

Tutkimuksen vastauksista olisi saanut keskenään vertailtavammat, mikäli vastaajien taustatietoja olisi kysytty. Esimerkiksi jos vastaajien ikää tai sukupuolta olisi kysytty, olisi saatu tarkempaa tietoa siitä, erosivatko vaikkapa naisten ja miesten kokemukset

Leiko-yksikön palveluista toisistaan. Ikää kysymällä olisi voinut esimerkiksi verrata, olivatko nuoremmat henkilöt tyytyväisempiä kuin vanhemmat vastaajat. Taustatietojen avulla tulosten analysoinnissa olisi voinut käyttää ristiintaulukointia.

Tulevaisuudessa voisi tehdä samankaltaisen kyselytutkimuksen uuteen Ratamo -keskukseen, jonka on määrä valmistua vuonna 2018. Ratamo-keskuksessa tulee todennäköisesti toimimaan Leikkauksen kotoa -yksikkö, jonka asiakastyytyväisyyttä voisi kartoittaa sitten, kun toiminta Ratamo-keskuksessa alkaa olla vakiintunutta. Ratamo -keskuksessa tulee olemaan erityisesti Leiko-yksikölle suunnitellut tilat, mikä varmastikin vaikuttaa myös potilastyytyväisyyteen.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M & Puska, E. 2008. Sairaanhoido ja huolenpito. 7. painos. Helsinki: WSOY.
- Erikoissairaanhoidon palvelusopimus. Kouvolan kaupunki. 2011. Saatavissa: <http://ep.kouvola.fi/vanhat/kokous/20112069-3-6850.PDF> [viitattu 5.10.2013].
- Hautakangas, A-L., Horn, T., Lilljeström-Pyhälä, P., Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. 1.painos. Helsinki: WSOY. s. 10–16.
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY. s. 81–86.
- Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. s. 20 – 23.
- Johansson, P., Oleni, M & Frilund, B. 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002, s. 337–344.
- Järvi, U. 2008. Kotisohvalta leikkauspöydälle, hop. *Lääkärilehti*. Lääkärilehden internetsivut. Saatavissa: http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=5434/type=1 [viitattu 5.10.13].
- Kananen, M-L. 2012. Leikotoiminnan käynnistäminen moniammatillisena yhteistyönä. Opinnäytetyö YAMK. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47492/Kananen_Marja-Liisa.pdf?sequence=1 [viitattu 17.10.2013].

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Larrabee, J & Bolden, L. 2001. Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing care quality* /October 2001, s. 34–60.

Lehtinen, P. 2012. Sairaalaan vasta leikkauspäivän aamuna - LEIKO-prosessi oikoo turhia mutkia. *Lehdistötiedote*. Helsingin yliopisto. Saatavissa: <http://savotta.helsinki.fi/halvi/tiedotus/lehti.nsf/e1e392ad852e72f5c225680000404fa8/403557a6b38cafacc2257ac20030ee53?OpenDocument> [viitattu 5.1.2014].

Leikkauspotilaan hoitopolku. 2013. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Päivitetty 28.3.2013. Saatavissa: <http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=37066&nodeid=36467> [viitattu 5.1.2014].

LEIKO-yksikkö. Kouvolan kaupungin internetsivut. Päivitetty 27.8.2012. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/aikuisvaestolle/terveyspalvelut/pohjois-kymensairaala/osastot/leiko-yksikko.html> [viitattu 30.9.2013].

Morris, B., Jahangir, A. & Sethi, M. 2013. Patient satisfaction: an emerging health policy issue. *American Academy of Orthopaedic Surgeons*. Saatavissa: <http://www.aaos.org/news/aaosnow/jun13/advocacy5.asp> [viitattu 19.9.2014].

Pakkala, E. 2010. Leiko vähentää peruutuksia. *Medi uutiset-internetsivu*. Päivitetty 20.10.2010. Saatavissa: <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/leiko+syntyi+hyvinkaalla/a520652> [viitattu 1.10.2013].

Parkkonen, M. Osastonhoitaja. 3.4.2013. Kouvola: Pohjois-Kymen sairaala, Leiko-yksikkö.

Scheinin, T. 2007. Fast track nopeuttaa potilaan toipumista laadusta tinkimättä. *Pinsetti-lehti* 2/2007, s.16.

Sjöroos, J. 2011. Leikotoiminnan käynnistäminen – Salon aluesairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyö YAMK. Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa: https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/35831/Sjoroos_Jaana.pdf?sequence=1 [viitattu 5.10.2013].

Ylikoski, T. 1999. *Unohtuiko asiakas?* 2. painos. Keuruu: Otava.

Hei!

Olemme toimittaneet yksikköönne 100 kpl potilastyytyväisyys-kyselylomakkeita, jotka toivomme tulevan täytetyiksi.

Etukäteen voisi kysyä, haluaako kotituttava potilas osallistua kyselyyn. Mikäli potilas ei tahdo vastata kyselyyn, säilytetään lomake seuraavaa mahdollista vapaaehtoista varten. Toivomme, että jakaisitte kyselylomakkeen potilaan kotiutumisen yhteydessä, esim. silloin, kun esittelette kotihoito-ohjeita. Lomaketta antaessa tulisi neuvoa palautuslaatikon sijainti (KyAMK -logolla varustettu kirjava laatikko ilmoitustaulun luona).

Potilaiden tulee olla LEIKO -yksikön kautta toimenpiteeseen tulleita ja vapaaehtoisia vastaamaan kyselyyn. Iällä, sukupuolella tai tehdyllä toimenpiteellä ei ole merkitystä.

Terveisin

Jenika Leppänen & Tia Turunen

Kymenlaakson AMK, Kouvola

Hei!

Olemme kolmannen vuoden terveydenhoitajaopiskelijoita Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta Kouvola. Toteutamme opinnäytetyönämme asiakastyytyväisyyskyselyn Pohjois-Kymen sairaalan LEIKO-yksikön asiakkaille. Kyselyn tuloksia hyödynnetään LEIKO-yksikön toiminnan kehittämiseen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja se tapahtuu nimettömänä. Kyselylomakkeet tuhotaan vastausten analysoinnin jälkeen.

Kiitos vastauksistasi ja hyvää kevättä toivottavat

terveydenhoitajaopiskelijat

Jenika Leppänen & Tia Turunen /Kymenlaakson AMK, Kouvola

Rastita mielipidettäsi vastaava vaihtoehto. Vastaa avoimiin kysymyksiin omin sanoin.

HENKILÖKUNTA

1. Millaista LEIKO-yksikön henkilökunta mielestäsi oli?

a. asiantuntevaa Kyllä Ei En osaa sanoa

b. ystävällistä Kyllä Ei En osaa sanoa

c. tarpeesi huomioivaa Kyllä Ei En osaa sanoa

d. muuta, mitä?

2. Koitko että pystyit itse vaikuttamaan hoitoosi liittyviin asioihin LEIKOSSA?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

OHJAUS

3. Millaisena koet saamasi ohjauksen LEIKO-yksikössä?

a. **Esihaastattelutilanteessa** ennen toimenpiteeseen tuloa sain ohjausta

Riittävästi

Kohtalaisesti

Liian vähän

En osaa sanoa

Jos vastasit **Riittävästi**, mistä aiheista koit saaneesi riittävästi ohjausta?

Jos vastasit **Kohtalaisesti** TAI **Liian vähän**, mistä olisit halunnut enemmän ohjausta?

b. **Toimennidepäivän aamuna** saapuessani LEIKO-yksikköön sain ohjausta

Riittävästi

Kohtalaisesti

Liian vähän

En osaa sanoa

Jos vastasit **Riittävästi**, mistä aiheista koit saaneesi riittävästi ohjausta?

Jos vastasit **Kohtalaisesti** TAI **Liian vähän**, mistä olisit halunnut enemmän ohjausta?

TILAT

4. Millaisena koit LEIKO-yksikön tilaratkaisut ?

a. Pukeutumis-/vaatteiden vaihtotilat

b. Esivalmistelutilat

c. Odotustila

5. Millaista mielestäsi oli siirtyminen eri LEIKO-yksikön tilojen välillä?

Sujuvaa

Sekavaa, epäloogista

En osaa sanoa

6. Miten LEIKON tiloja voisi mielestäsi kehittää paremmiksi?

ODOTUSAIKA ENNEN TOIMENPIDETTÄ

7. Kuinka kauan odotit toimenpiteeseen menoa odotustilassa?

8. Millaisena koit odotusajan LEIKO-yksikössä ennen toimenpiteeseen menoa?

Liian pitkä

Sopiva

Liian lyhyt

En osaa sanoa

Jos vastasit kysymykseen **Liian pitkä** TAI **Liian lyhyt**, perustele mielipiteesi:

9. Oliko LEIKO-yksikön odotustilassa mielestäsi tarjolla riittävästi mielekkäitä ajanviettovaihtoehtoja?

Kyllä Ei

Jos vastasit **Ei**, mitä odotustilaan kaipaisi lisää?

Kiitos vastauksistasi! Vastauksesi ovat kullan arvoisia!