



LEIKKAUKSEEN KOTOA – TOIMINNAN (LEIKO) KUVAUS HOITOTYÖN NÄKÖKULMASTA

Sanna-Maarit Rantanen

Opinnäytetyö
Tammikuu 2015
Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusoh-
jelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

SANNA-MAARIT RANTANEN:

Leikkauksen kotoa -toiminnan (LEIKO) kuvaus hoitotyön näkökulmasta
Opinnäytetyö 68 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Tammikuu 2015

Leikkauksen kotoa- eli LEIKO-toimintaan kuuluvat suunnitellusti leikkaukseen tulevat potilaat. LEIKO-potilaat käyvät leikkausta edeltävässä haastattelussa LEIKO-yksikössä, ja samalla toteutetaan leikkausta edeltävä ohjaus ja tutkimukset. Leikkauksen valmistelut LEIKO-potilas tekee itsenäisesti kotona. LEIKO-potilaat saapuvat sairaalaan vasta leikkauksen aamuna, josta siirrytään suoraan leikkaussaliin. LEIKO-toimintaa on toteutettu Suomessa julkisella sektorilla noin 10 vuotta. Tulevaisuudessa LEIKO-toiminnalla korvaa perinteinen leikkaukseen saapumistavan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata LEIKO-yksikössä toteutettua potilaan leikkausta edeltävää ohjausta ja LEIKO-hoitajan työnkuvaa LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa LEIKO-potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen onnistumisesta LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Tuotetun tiedon pohjalta tavoitteena oli esittää toimintaan ja LEIKO-hoitajan työnkuvaan liittyviä kehittämisehdotuksia, joiden pohjalta toimintamallia on LEIKO-yksikössä mahdollista kehittää tulevaisuudessa vastaamaan LEIKO-potilaan tarpeisiin. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jonka teemat nousivat aikaisemmista tutkimuksista. Aineisto kerättiin yksilöhaastattelusta haastatteleamalla kuutta LEIKO-hoitajaa. Kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä.

Tuloksista muodostui viisi pääluokkaa, jotka ovat LEIKO-potilaat LEIKO-hoitajien kuvaamana, LEIKO-toiminta LEIKO-hoitajien kuvaamana, leikkausta edeltävä hoitotyö, hoitotyön haasteet LEIKO-toiminnassa sekä työyhteisö ja hoitotyön kehittäminen. Pääluokkia yhdistäväksi ydinkategoriaksi muodostui LEIKO-hoitajan työn sisältö.

Tämän opinnäytetyön johtopäätöksenä todetaan, että leikkausta edeltävä potilasohjaus onnistuu hyvin LEIKO-yksikössä. Kehittämisehdotuksena esitetään ohjausmenetelmien kehittämistä siten, että työikäisille LEIKO-potilaille on tulosten perusteella mahdollista antaa Internet-perusteista ohjausta. Toisena johtopäätöksenä todetaan, että opinnäytetyö tuotti LEIKO-hoitajan työnkuvasta uutta tietoa. Jatkotutkimushaasteena on tehdä seuranta tutkimusta hoitotyön ja hoitotieteen näkökulmasta siten, että tutkimus kohdennetaan useampaan LEIKO-yksikköön. Tutkimuksessa tulee kuvata ja määritellä LEIKO-hoitajan työnkuva ja sen perusteella työn osaamisalueet. Toisena jatkotutkimushaasteena on tehdä potilastyytyväisyyskysely LEIKO-potilaille.

Asiasanat: LEIKO-potilaan ohjaaminen, LEIKO-hoitajan työn sisältö, LEIKO-yksikkö

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise

SANNA-MAARIT RANTANEN:

Description of the From Home to Operation (FHTO) Process from the Point of View of Nursing

Master's thesis 68 pages, appendices 8 pages

January 2015

The From Home to Operation process (FHTO) is used for patients who are admitted to hospital for a scheduled operation. Similarly to outpatients, FHTO patients visit a FHTO unit, where they attend a preoperative interview and examination. FHTO patients are admitted to hospital on the morning of their operation, and they are prepared for operation in the FHTO unit and transferred to the operating room directly from there. The FHTO process was introduced into the public healthcare system in Finland about ten years ago. In the future, the FHTO process should replace the traditional preoperative admission process.

The purpose of the thesis was to describe the phenomenon of preoperative patient instruction given in one FHTO unit and analyse the job description of FHTO nurses from their point of view six months after the implementation of the process. The aim was to assess the success of preoperative instruction of FHTO patients from the point of view of FHTO nurses six months after the implementation of the process. The purpose was to use the acquired data to suggest improvements to the process and the job description of FHTO nurses, which would enable future development of the operational model of the FHTO unit to better suit FHTO patients' needs. The study was carried out using a qualitative research method. The data were gathered with the help of thematic interviews, the themes of which were derived from previous research. The data were collected by interviewing six FHTO nurses individually. The data were analysed using data-based content analysis.

The content analysis produced five main categories, which are FHTO patients Point of View of Nursing, the current situation of the FHTO process Point of View of Nursing, preoperative nursing, the challenges of the FHTO process as well as workplace community and development of nursing care. The core category combining these five categories is the content of FHTO nurses' work.

The conclusion of this thesis is that the preoperative patient instruction given in the FHTO unit is successful. The results suggest that the instruction methods could be developed by providing working-age FHTO patients with Internet-based guidance. The second conclusion is that the thesis produced new data concerning the job description of FHTO nurses. Further research could be conducted by performing a follow-up study in several FHTO units from the point of view of nursing and nursing science. Such a study should describe and determine expertise requirements based on the job description of FHTO nurses. Another further research issue is to conduct a patient satisfaction survey with FHTO patients.

Keywords: FHTO patient instruction, FHTO nurses' work, FHTO unit

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	6
3 TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	8
4 LEIKKAUKSEEN KOTOA –LEIKO-TOIMINTA.....	9
4.1 LEIKO-POTILAAN TAUSTATIETOJEN SELVITTÄMINEN	11
4.2 LEIKKAUSTA EDELTÄVÄ LEIKO-POTILAAN OHJAUS.....	12
4.3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET LEIKO-TOIMINNASTA	16
5 LAADULLINEN TUTKIMUSMENETELMÄ.....	18
5.1 AINEISTONKERUU	18
5.2 AINEISTON SISÄLLÖNANALYYSI	21
6. TULOKSET	26
6.1 LEIKO-POTILAAT LEIKO-HOITAJIEN KUVAAMANA.....	26
6.2 LEIKO-TOIMINTA LEIKO-HOITAJIEN KUVAAMANA	28
6.3 LEIKKAUSTA EDELTÄVÄ HOITOTYÖ.....	32
6.4 HOITOTYÖN HAASTEET LEIKO-TOIMINNASSA.....	36
6.5 TYÖYHTEISÖ JA HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN	40
6.6 TULOSTEN YHTEENVETO.....	43
7 POHDINTA	44
7.1 EETTISYYS.....	44
7.2 LUOTETTAVUUS	47
7.3 TULOSTEN TARKASTELU	51
7.4 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET.....	54
7.5 JATKOTUTKIMUSHAASTEET	56
LÄHTEET	57
LIITTEET	61
Liite 1. Kirjallisuuskatsaus	61
Liite 2. Teemahaastattelun teemat.....	66
Liite 3. Tietoinen suostumuslomake.....	67

1 JOHDANTO

Terveydenhuoltolaki (1362/2010;10§) edellyttää palvelujen saatavuuden yhdenvertaisuutta siten, että kaikilla potilailla on mahdollisuus päästä hyvinvoinnin ja terveydentilan edellyttämien terveystalveluiden piiriin. Yhteiskunnan terveystalvelujen kehityshaasteisiin pyritään vastaamaan kehittämällä terveydenhuoltoa ja hoitotyötä (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 30). Terveydenhuollon resurssit ovat rajalliset, ja potilasmäärät ovat lisääntyneet. Resurssien käyttöä voidaan tehostaa leikkaukseen kotoa- eli LEIKO-toiminnalla, jossa leikkauspotilas saapuu sairaalaan leikkauspäivän aamuna. LEIKO-toiminta on kustannustehokkaampi ja vaikuttavampi kuin perinteinen leikkaukseen saapuminen vuodeosaston kautta. (Klavus 2007, 36, 41.) Laisin (2012) mukaan LEIKO-toiminta tulee ottaa käyttöön kaikissa sairaaloissa, ja perinteinen leikkaukseen saapuminen saa jäädä historiaan.

Terveydenhuoltolain (1362/2010;2§) mukaan terveydenhuoltopalvelujen tulee olla asiakaskeskeisiä. Päämääränä on tuottaa potilaille hyödyllisiä palveluita ja hoitoa sekä toimia lainsäädännön mukaisesti (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 30). Kehittämiselle on selkeä tarve, koska terveydenhuollossa toteutetut toimintatapa- ja organisaatiomuutokset asettavat uusia haasteita potilasohjaukseen ja sen toteuttamiseen sekä LEIKO-hoitajien työnkuvaan. Haasteena ovat rajalliset aikaresurssit: potilaan tulee nopeasti ymmärtää itsehoidon merkitys osana sairauden hoitoa. (Aho, Kaunonen, Koivisto & Palonen 2012, 114–124.)

Opinnäytetyöllä pyritään vastaamaan käytännön hoitotyöstä nouseviin toiminnan haasteisiin (Vehviläinen-Julkunen 2008, 1–2). Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata LEIKO-yksikössä toteutettua potilaan leikkausta edeltävää ohjausta ja LEIKO-hoitajan työnkuvaa LEIKO-hoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on tuottaa tietoa LEIKO-potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen onnistumisesta LEIKO-hoitajan näkökulmasta. Tuotetun tiedon pohjalta tavoitteena on esittää toimintaan ja LEIKO-hoitajan työnkuvaan liittyviä kehittämis ehdotuksia, joiden pohjalta toimintamallia on LEIKO-yksikössä mahdollista kehittää tulevaisuudessa vastaamaan LEIKO-potilaan tarpeisiin.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Ennen kuin LEIKO-toiminta alkoi, suunnitellusti leikkaukseen tulevat potilaat saapuivat opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimivassa keskussairaalassa kirurgian vuodeosastoille toimenpideaamuna tai edellisenä päivänä. Kirurgian vuodeosaston henkilökunta vei potilaat leikkaussaliin. Tällöin potilaat olivat käyneet myös leikkausta edeltävässä haastattelussa kirurgian vuodeosaston tiloissa, ja haastattelijana oli toiminut vuodeosastolla työskentelevä sairaanhoitaja tai perushoitaja.

Kehittämisen päämääränä on saada käytännön hoitotyöhön aikaan muutos, joka parantaa, tehostaa ja tekee sujuvammaksi päivittäisen työskentelyn (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 30). Tämän johdosta LEIKO-toiminta on käynnistetty yhteistyökumppanina olevassa organisaatiossa uutena toimintana syksyn 2013 aikana. Uusi toiminta vaatii uutta osaamista ja toimintamalleja, joiden oletetaan siirtyvän käytännön hoitotyöhön (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 30). Uudessa toimintamallissa LEIKO-potilaat käyvät leikkausta edeltävässä haastattelussa LEIKO-yksikössä. Valmiiksi täytetyn esitietolomakkeen pohjalta valmistellaan potilasasiakirjat ja kerätään yhteen muut tarvittavat potilastiedot. LEIKO-potilaille ohjataan sanallisesti ja kirjallisesti leikkausvalmistelut. Leikkausvalmisteluihin kuuluu peseytyminen kotona, ihon kunnosta huolehtiminen ja ravinnotta olo kuusi tuntia ennen leikkausta sekä leikkauskohtaiset esivalmistelut. Haastattelun yhteydessä potilaalle kerrotaan leikkauspäivän sairaalaantuloaika. Tarkistetaan vielä leikkauksekelpoisuus ja potilasturvallisuus sekä tehdään leikkausta edeltävät tutkimukset. Haastattelun toteuttaa LEIKO-hoitaja. (Keränen ym. 2006, 3603–3607.)

Leikkauspäivänä LEIKO-potilas saapuu LEIKO-yksikköön ennalta sovittuun kellonaikaan. Tämän jälkeen LEIKO-potilas ohjataan vaihtamaan potilasvaatteet ja tehdään leikkauksen mukaiset leikkausalueen esivalmistelut, kuten ihokarvojen poisto. Uudessa toimintamallissa leikkaava kirurgi ja tarvittaessa anestesia lääkäri tapaavat potilaan LEIKO-käynnin yhteydessä tai leikkausaamuna sen mukaan, millainen leikkaus on. Esilääkitys annetaan LEIKO-yksikössä ennen leikkaussaliin siirtymistä (Keränen 2006, 1412–1413.) Tämän jälkeen potilas jää odottamaan leikkaussaliin pääsyä, jonne LEIKO-potilas kävelee itse LEIKO-hoitajan saattamana (Karjalainen ym. 2008, 3887–3892). Heräämövaiheen jälkeen potilas siirtyy kirurgian vuodeosastolle, tarkkailuosastolle jatkohoitoon tai leikkausalista suoraan teho-osastolle. LEIKO-potilaan vaatteet ja henkilökohtaiset tavarat siirretään kuljetusrekkiin, joka toimitetaan vuodeosastolle, jon-

ka kautta LEIKO-potilas kotiutuu leikkauksen jälkeen. LEIKO-potilaan leikkauksen jälkeinen hoitotyö vastaa perinteistä kirurgian vuodeosastotyötä, jolloin LEIKO-potilas voi olla vuodeosastolla useita päiviä, leikkauksen ja potilaan voinnin mukaan. (Keränen ym. 2004, 4739–4743.)

LEIKO-toiminnalle ei ollut tarjolla uusia tiloja, vaan toiminta mukailtiin keskusleikkausyksikön yhteydessä oleviin tiloihin. LEIKO-hoitajiksi siirtyi vuodeosastolta ja keskusleikkausyksiköstä yhteensä kuusi sairaanhoitajaa. Toiminta LEIKO-yksikössä on keskusleikkausyksikön alaista toimintaa, johon kuuluvat erikoisalajat ovat ortopedia, plastiikkakirurgia, vatsaelinkirurgia, korva- nenä- ja kurkkutaudit, urologia, thorax- ja verisuonikirurgia ja yleiskirurgia. Lastenkirurgia ja gynekologia eivät kuulu LEIKO-toimintaan, lukuun ottamatta muutamia korva-, nenä- ja kurkkutautien lapsipotilaita.

3 TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tarkoituksena on kuvata LEIKO-yksikössä toteutettua potilaan leikkausta edeltävää ohjausta ja LEIKO-hoitajan työnkuvaa LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen.

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten LEIKO-hoitajat kokevat potilaslähtöisen leikkausta edeltävän ohjauksen toteutuvan?
2. Minkälaisena LEIKO-hoitajat kokevat oman työnkuvansa?

Tavoitteena on tuottaa tietoa LEIKO-potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen onnistumisesta LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Tuotetun tiedon pohjalta tavoitteena on esittää toimintaan ja LEIKO-hoitajan työnkuvaan liittyviä kehittämisehdotuksia, joiden pohjalta toimintamallia on LEIKO-yksikössä mahdollista kehittää tulevaisuudessa vastaamaan LEIKO-potilaan tarpeisiin.

4 LEIKKAUKSEEN KOTOA –LEIKO-TOIMINTA

Leikkaukseen kotoa- eli LEIKO-toiminnalla tarkoitetaan yhtenäistä leikkausta edeltävää toimintamallia, jonka mukaisesti kaikkien kirurgian erikoisalojen ja eri leikkausten leikkausvalmistelut ohjataan LEIKO-potilaalle kotona toteutettaviksi (Tohmo 2010, 310–311). Suunnitellun LEIKO-toiminnan tavoitteena on, että kirurginen potilas tulee kotoa suoraan leikkaussalien yhteydessä sijaitsevaan LEIKO-yksikköön LEIKO-potilaana. (Keränen ym. 2004, 4739–4743.) Laisin (2012, 8) väitöskirjan mukaan yli 90 prosenttia LEIKO-potilaista on soveltuvia saapumaan kotoa leikkaukseen leikkauspäivän aamuna. LEIKO-yksiköllä tarkoitetaan fyysistä tilaa, jossa LEIKO-potilas käy leikkausta edeltävällä käynnillä ja LEIKO-hoitajan ohjauksessa sekä tapaa kirurgin ja anestesia lääkäriin. Leikkauspäivänä LEIKO-potilas odottaa leikkaukseen pääsyä LEIKO-yksikön odotustilassa, josta hän siirtyy suoraan leikkaussaliin. (Keränen ym. 2004, 4739–4743; Karjalainen ym. 2008, 3887–3892.) Koko toiminnan keskipisteenä on LEIKO-potilas, jolle toteutetaan oikeanlainen leikkaushoito oikea-aikaisesti (Ruuska 2008, 4–5).

Suomessa julkisella sektorilla LEIKO-toimintaa on suunniteltu lääketieteen näkökulmasta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella Hyvinkään sairaalassa 2000-luvun alusta lähtien (Karjalainen, Keränen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3887–3892). Hyvinkään sairaalassa toiminta on otettu käyttöön vuonna 2006 (Keränen & Keränen 2011, 136–140). LEIKO-toimintamalli on levinnyt Hyvinkäältä useisiin muihin sairaaloihin, ja se on vakiintunut toimintakäytäntönä. Toimintamallilla pyritään varmistamaan, että henkilöstö ja resurssit riittävät, kun potilasmäärät lisääntyvät. (Karjalainen ym. 2008, 3887–3892; Laisi 2012, 9.) EU-alueella vain Suomessa on käytössä tämäntyyppistä toimintaa (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006, 3603–3607). Vastaavasti yksityisellä sektorilla Suomessa potilaat ovat saapuneet leikkausyksikköön vasta toimenpidepäivän aamuna (Keränen ym. 2006, 3603–3607). Laisi (2012, 8) toteaa, että julkisella sektorilla perinteinen tapa saapua leikkaukseen vuodeosaston kautta tulee korvata LEIKO-toiminnalla tulevaisuudessa.

Päiväkirurginen potilas tulee aamulla ohjattuna sairaalaan, suunniteltu toimenpide tehdään ja potilas kotiutuu toimenpidepäivänä, eli potilas on sairaalassa alle 12 tuntia (Heino 2005, 15). LEIKO-toiminnan ero päiväkirurgiaan on, että potilaat siirtyvät leikkaussalista teho-osastolle tai heräämöhön, minkä jälkeen jatkoahoito tapahtuu valvontaosastol-

la tai vuodeosastolla. Vuodeosastolta LEIKO-potilas lähtee kotiin tai jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon, jossa tavoitteena on kotiutuminen. Kokonaisuudessaan LEIKO-potilaan hoitoketju etenee kotoa kotiin. (Ruuska 2008, 4–5.) Vastaavasti päiväkirurginen potilas kotiutuu leikkauspäivänä omaan kotiin. LEIKO-potilaat ovat useimmiten iäkkäämpiä ja heille tehdään suurempia leikkauksia kuin päiväkirurgiassa. Leikkausta edeltävä toiminta on pääosin yhtenäistä LEIKO-toiminnassa ja päiväkirurgiassa. Tämä mahdollistaa toimintojen yhdistämisen prosessien ja fyysisten tilojen osalta ennen leikkausta, koska toimintatapaerot ilmenevät vasta leikkauksen jälkeisessä hoitotyössä. (Keränen, Laine & Tohmo 2004, 4739–4743.) Toimintojen yhdistämisellä voidaan välttyä päällekkäisiltä toiminnoilta sairaalassa. Periaatteessa voidaan ajatella, että päiväkirurgia sisältyy LEIKO-toimintaan. (Keränen, Soirinsuo & Tohmo 2003, 3559–3563.) Vastaavasti lyhythoitoisella kirurgialla tarkoitetaan toimintaa, jossa leikkauspotilas on sairaalassa 1–3 vuorokautta leikkauksen jälkeen. Jo lyhytkirurgisessa toiminnassa vastuuta hoitotoimenpiteisiin valmistautumisesta on ohjattu potilaalle ja hänen läheisilleen. Hoitajan tehtävä on ollut opettaa ja ohjata potilasta selviytymään itsenäisesti sekä rohkaista potilasta hyödyntämään omia henkilökohtaisia voimavarojaan. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 13,15.)

LEIKO-toiminnan etuna on, ettei potilaan tarvitse olla leikkausta edeltävää yötä sairaalassa, joten potilaan sairaalassaoloaika lyhenee välittömästi vuorokaudella (Keränen ym. 2006, 3603–3607; Ruuska 2008, 4–5). Näin pystytään välttämään potilaan turhaa altistusta bakteeri-infektioille, koska sairaalassaoloaika lisää tulehdusriskiä (Keränen 2006, 1412–1413). Toimintatavan muutoksella ei myöskään ole ollut negatiivista vaikutusta leikkausten peruutusprosentteihin (Laisi, Keränen & Tohmo 2013, 204–208). Leikkauspotilaan toimintamallin muutoksella pystytään saavuttamaan taloudellista hyötyä (Keränen 2006, 1412–1413). Taloudellinen hyöty tulee sairaalan henkilökunnan aikaresurssien säästöstä, mihin LEIKO-toiminnan tehokkuus perustuu. LEIKO-yksikössä potilaat ovat keskimäärin yhden tunnin ja 56 minuuttia, josta aktiivista ajankäyttöä on 36 minuuttia ja tehotonta ajankäyttöä 1 tunti 20 minuuttia (Keränen ym. 2006, 3603–3607.) LEIKO-toimintaa on mahdollista toteuttaa kaikkien erikoisalojen potilaille ja kaiken kokoisissa sairaaloissa. Toiminnan onnistumiseen liittyvät keskeisesti toimintaan soveltuvat tilat. Tämä on huomioon otettava asia saneeraus- ja uudisrakentamistilanteissa. (Keränen ym. 2006, 3603–3607; Tohmo 2010, 310–311; Leino 2014, 59.)

Hyvään hoitotyöhön kuuluu LEIKO-potilaan tarpeiden mukainen leikkausajankohta ja -paikka (Hynynen, Mattila & Oksanen 2008, 796–802). LEIKO-potilaat kokivat sairaalaan saapumisen leikkauspäivän aamuna hyväksi, koska se mahdollistaa potilaan konnaolon pidempään ja henkilökohtaisten asioiden hoitaminen onnistuu paremmin (Hietaniemi, Keränen, Keränen, Ryyänen & Soini 2007). Potilaiden kokemusten mukaan leikkausta edeltävät leikkausvalmistelut onnistuvat hyvän ohjeistuksen ansiosta kotona. Matka kotoa sairaalaan leikkauspäivän aamuna järjestyy hyvin LEIKO-potilaiden kokemusten mukaa. Useimmilla oli läheinen mukana saattamassa sairaalaan. Mielekkääksi koettiin mahdollisuus nukkua leikkausta edeltävä yö kotona ja mahdollisuus kävellä itse leikkaussaliin. (Keränen ym. 2004, 4739–4743.)

LEIKO-potilaiden asenteet toimintaa kohtaan ovat positiivisia, koska LEIKO-toiminta vahvistaa potilaan elämänlaatua, lisää potilastyytyväisyyttä ja on potilaskeskeistä (Karjalainen ym. 2008, 3887–3892; Tohmo 2010, 310–311). Parhaimmillaan potilaskeskeisyydestä tulee potilaslähtöisyyttä, jolloin potilas ei ole enää passiivinen osapuoli. Hoitoon sitoutunut potilas osallistuu itse aktiivisesti ja vastuullisesti leikkausta edeltävään hoitoon ja sen toteutukseen yhdessä LEIKO-hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Potilaan oma panostus on lopputuloksessa ratkaisevassa osassa. Samoin tehostettu potilasohjaus edistää hoitoon sitoutumista. (Kemi, Kyngäs & Kääriäinen 2009, 174–184; Koikkalainen & Rauhala 2013, 44–46.) Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että potilaat ovat halukkaita LEIKO-tyyppiseen toimintaan ja valmiita suosittelemaan toimintamallia läheisilleen ja ystävilleen (Keränen ym. 2004, 4739–4743; Keränen ym. 2006, 3603–3607).

4.1 LEIKO-POTILAAN TAUSTATIETOJEN SELVITTÄMINEN

Potilaan soveltuvuus LEIKO-potilaaksi tulee arvioida jo silloin, kun tehdään hoidonvarausta leikkaukseen. Arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota potilaan perussairauksiin ja anestesiaan vaikuttaviin tekijöihin. Sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen toimintakyky tulee arvioida huolellisesti, koska LEIKO-potilaan tulee ymmärtää leikkausvalmisteluohjeet. LEIKO-potilaan on osattava toimia kotona itsenäisesti annettujen ohjeiden mukaan. (Keränen ym. 2003, 3559–3563.)

LEIKO-hoitaja on LEIKO-yksikössä työskentelevä sairaanhoitaja, jonka työ sisältää LEIKO-potilaan taustatietojen läpikäyntiä ja niihin tutustumista jo ennakkoon (Villman 2013, 52–53.) LEIKO-hoitajan tehtävänä on haastatella leikkaukseen tuleva LEIKO-

potilas (Karjalainen ym. 2008, 3887–3892). LEIKO-haastattelussa LEIKO-potilaan leikkausriskiä suurettavat tekijät tunnistetaan ja fyysinen suorituskyky arvioidaan. Ennen leikkausta leikkaukelpoisuutta heikentävien sairauksien hoitoon kiinnitetään huomiota. Tavoitteena on toteuttaa potilaalle anestesia mahdollisimman turvallisesti, oikea-aikaisesti ja oikeassa paikassa. (Leikkausta edeltävä arviointi 2008, 1304–1324.) Lopuksi kootaan yhteen leikkausta edeltävien tutkimusten vastaukset ja varmistetaan leikkaukelpoisuus. Lopullisen hoitopäätöksen hoidosta tekee lääkäri yhdessä LEIKO-potilaan kanssa huomioiden LEIKO-potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen mukaan (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010:31).

Syöpää sairastavat LEIKO-potilaat tarvitset henkistä tukea sairauden kohtaamiseen ja käsittelyyn, eikä heidän tarvitsemansa tuki saa unohtua LEIKO-toiminnassa (Keränen ym. 2003, 3559–3563). Syöpäpotilaiden kohdalla tulee tunnistaa tuen tarve, joka perustuu ymmärrykseen potilaan yksilöllisestä elämäntilanteesta. Vastavuoroinen hoitosuhde tulee luoda niin, että on mahdollista nähdä myös sanojen ja hiljaisuuden taakse. Tunnistamisen tavoitteena on vahvistaa syöpäpotilaan ja läheisten voimavaroja ja keskinäistä vuorovaikutussuhdetta. (Aalto, Kaunonen, Mattila, Åstedt-Kurki 2010, 31–38.) Leikkausta edeltävää pelkoa, turvattomuutta esiintyy myös muillakin kuin syöpäpotilailla. Tavanomaisimpia pelonaiheita on anestesia, itse leikkaus, epätietoisuus tulevasta, kipu ja leikkauksen jälkeinen pahoinvointi. Leikkaukseen liittyvää pelkoa rauhoittaa tietoa antava keskustelu potilaan kanssa, (Heino 2005, 33.) kuten syöpäpotilaidenkin kanssa toimitaan.

4.2 LEIKKAUSTA EDELTÄVÄ LEIKO-POTILAAN OHJAUS

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992; 5§) takaa potilaalle oikeuden tietää hoidon merkityksestä ja vaikutuksesta. Tähän vastataan leikkausta edeltävällä potilasohjauksella. Leikkausta edeltävä ohjaus -käsitteellä tarkoitetaan LEIKO-yksikössä ennen leikkausta annettavaa potilasohjausta, jonka mukaan LEIKO-potilas on toteuttaa leikkausvalmistelut itsenäisesti kotona. (Karjalainen ym. 2008, 3887–3892; Tohmo 2010, 310–311.) Ennen suunniteltua toimenpidettä annettu ohjaus tulee kohdentaa toimenpiteeseen, siihen liittyviin riskeihin ja toipumiseen liittyviin asioihin (Kankkunen, Kähkönen & Saaranen 2012, 201–215). Terveystieteiden tutkimuskeskuslain (1362/2010;24§) mukaan potilasohjauksella tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa. Lunnela (2011, 71) sanoo, että ohjauksen sisällön on oltava selkää, asiallista, ajankohtaista ja konkreettista.

Hyvin toteutettu ohjaus on potilaslähtöistä ja merkittävä osa potilaan kokonaisuhoitoa (Kurikka, Korkiamäki, Paavilainen & Salminen-Tuomaala 2008, 258–266; Lunnela 2011, 26–27; Aho yms. 2012, 114–124). Potilaslähtöinen ohjaus on potilaan tarpeista lähtevää ja potilaan taustatekijät huomioivaa. Täten hoitajan tulee kartoittaa yksilöllisesti jokaisen potilaan ohjauksen tarve. Potilasohjaus on hoitajan ja potilaan kaksisuuntaista vuorovaikutusta, joka on luonteeltaan tavoitteellista ja aktiivista. (Heino 2005, 17; Lunnela 2011, 26–27; Kankkunen ym. 2012, 201–215.)

Ohjauksen tavoitteena on saada motivoitua potilas ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja itsehoidosta sekä edistää potilaan itsenäistä selviytymistä kotona (Lunnela 2011, 26–27; Kankkunen yms. 2012, 201–215). Hyvin toteutettu ohjaus vaikuttaa suoraan potilaan elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon, voimaantumiseen ja kuntoutumiseen. Hyvä ohjaus vähentää potilaan pelkoa. (Lunnela 2011, 35; Aho ym. 2012, 114–124.)

Potilasohjaus voidaan toteuttaa kirjallisesti tai suullisesti tai kumpaakin menetelmää käyttäen (Lunnela 2011, 31; Kankkunen ym. 2012, 201–215). Kirjallinen potilasohjausmateriaali on potilaalle arvokasta, joten sen tulee olla sisällöllisesti tasokasta (Eloranta ym. 2008, 115–125). Suullinen potilasohjaus voi olla yksilö- tai ryhmäohjausta (Lunnela 2011, 31; Kankkunen ym. 2012, 201–215). Ryhmäohjauksen on todettu tukevan arkielämässä selviytymistä. Lisäksi ryhmäohjaus mahdollistaa vertaisryhmän tuen potilaille. (Holma, Joroinen & Koivula 2010, 291–301.) Potilasohjausta voidaan toteuttaa puhelin- tai sähköisen viestinnän keinoin tai usean ohjausmenetelmän yhdistelmänä (Lunnela 2001, 31; Kankkunen ym. 2012, 201–215). Internet-pohjaiset ohjausmenetelmät ovat tulevaisuudessa yhä keskeisemmässä roolissa potilasohjauksessa (Kyngäs, Kääriäinen & Orava 2012a, 216–131). Lunnelan (2011, 77) mukaan tiedetään, että Internet-perusteista ohjausta saaneet potilaat sitoutuvat hoitoon vähän paremmin kuin perinteistä ohjausta saaneet potilaat. Ero ei kuitenkaan ole merkittävä. Myös videopuhelin- tai chat-ohjaus on mahdollista. (Kyngäs, Kääriäinen & Orava 2012b, 232–243.) Ohjausmenetelmästä riippumatta ohjauksen lopuksi tulee tarkistaa, että potilas on saanut riittävästi ohjausta (Eloranta ym. 115–125).

Kuten päiväkirurgisessa toiminnassa, LEIKO-potilas voi soittaa LEIKO-yksikköön, jolloin leikkausvalmistelut ohjataan puhelimitse (Keränen ym. 2006, 3603–3607). Nykyään puhelinohjaus voi tietyissä tapauksissa korvata perinteisen vastaanottokäynnin tai

olla ohjauksen täydentäjä, mikä on täysin potilasturvallista. Puhelinohjaus voi olla reaktiivista eli potilaan tarpeista lähtevää tai proaktiivista eli perustua jo muodostettuun hoitosuhteeseen. Leikkausta edeltävä puhelinohjaus on tyypillistä proaktiivista puhelinohjausta, jossa suunnitelmallisuus ja tiimityö lisäävät toiminnan hallittavuutta. (Kyngäs ym. 2012a, 216–131; Kyngäs ym. 2012b, 232–243.)

Hyvin onnistunut puhelinohjaus on potilaslähtöistä ja luottamuksellista, ja siinä muodostuu hoitosuhde ohjattavaan potilaaseen. Tämä edellyttää puhelinohjasta toteuttavalta hoitajalta itsenäistä ammatillista tiedollista ja taidollista osaamista ja sen jatkuvaa kehittämistä. Pitkä työkokemus on hoitajalle eduksi. Puhelinohjauksen etenemisen tukena on mahdollista käyttää ohjausrunkoa. Hoitajan tehtävänä on puhelinohjauksessa kuunnella aktiivisesti, minkä perusteella hän neuvoo, ohjaa ja opettaa potilasta sekä pyrkii mahdollistamaan oppimiskokemuksen ja edistämään potilaan itsehoitoa. (Kyngäs ym. 2012a, 216–131; Kyngäs ym. 2012b, 232–243.)

Puhelinohjauksen laatua mitataan sen sisällön ja hoitoon sitoutumisen perusteella (Kyngäs ym. 2012a, 216–131). Proaktiivisen ohjauksen vaikutukset kohdistuvat myös sairauden hallintaan ja sen kanssa selviytymiseen sekä elämänlaatuun (Kyngäs ym. 2012b, 232–243). Terveimmät potilaat ja naiset suhtautuivat myönteisimmin puhelinohjaukseen, koska vastaanottokäyntiä ei tarvittu, mutta puhelinohjaus edisti potilaan turvallisuuden ja jatkuvuuden tunnetta. (Kyngäs ym. 2012a, 216–131; Kyngäs ym. 2012b, 232–243.) Haastavimpia puhelinohjattavia olivat murrosikäiset ja etnisiin vähemmistöryhmiin kuuluvat (Kyngäs ym. 2012b, 232–243). Keskeistä on, että ohjaaminen on oikea-aikaista ja tarkoituksenmukaista, mikä on potilaan edun mukaista. Onnistuneesti toteutettu puhelinhaastattelu vaikuttaa positiivisesti ohjattuun potilaaseen, ohjauksen toteuttavaan organisaatioon ja koko terveydenhuoltojärjestelmään (Kyngäs ym. 2012a, 216–131). Puhelinohjaus vapauttaa poliklinikka-aikoja, mikä tehostaa hoitoon pääsyä ja hoitoa, koska puhelinohjaus ei vie aikaa yhtä paljon kuin perinteinen poliklinikkaohjauskäynti (Kyngäs ym. 2012b, 232–243).

Ohjausta antavan hoitajan tulee olla sitoutunut ohjaamiseen, kehittää ohjaus- ja kommunikaatiotaitojaan sekä käyttää ohjauksen tukena tutkittua tietoa. Ohjaustilanteen lopuksi tulee varmistaa, että potilas on saanut riittävästi asianmukaista ohjausta, jonka potilas on ymmärtänyt. (Lunnela 2011, 31.) Eniten vaikeuksia tiedon ymmärtämisessä on vähän koulutetuilla ja oman terveytensä huonoksi kokevilla potilailla. Puutteita oli

sen varmistamisessa, että potilas oli ymmärtänyt tiedot. Vain 66 % potilaista koki, että annetun tiedon ymmärtäminen oli varmistettu potilaalta täysin riittävästi. (Laitinen, Länsimies-Antikainen, Pietilä & Rauramaa 2011, 4–12.) On varmistettava, että annettu ohjaus on ymmärretty, ja on varmistettava, että potilas pystyy toimimaan ohjeiden mukaisesti omassa tilanteessaan (Eloranta ym. 115–125). Potilaan tulee tietää, mihin otetaan yhteyttä ongelmatilanteissa (Lunnela 2011, 31).

Sairaanhoitajan antama asiantunteva potilasohjaus edellyttää sairaanhoitajalta analyyttistä ajattelua, tunneperäistä päätöksenkykyä, loogista ajattelukykyä, kriittisiä vuorovaikutustaitoja ja tilanneherkkyyttä (Kurikka ym. 2008, 258–266). Sairaanhoitajien antamassa potilasohjauksessa on tiedollisia ja taidollisia puutteita (Kankkunen, ym. 2012, 201–215). Se ei ole suunnitelmallista eikä vastaa potilaan henkilökohtaisiin tarpeisiin (Aho ym. 2012, 114–124). Ohjauksen kehittämisessä keskeistä on ohjauksen sisällön ja potilasohjausmenetelmien kehittäminen. Potilaan ohjaamisessa on kiinnitettävä huomiota potilaan ohjauksen tarpeeseen ja hänellä aiheesta olevan tiedon tasoon. Myös potilaan ikä on huomioitava. (Kankkunen ym. 2012, 201–215.) Ikääntyneiden potilaiden ohjaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta enemmän aikaresursseja, mutta hyvin ohjattu ikääntynyt soveltuu LEIKO-potilaaksi (Keränen ym. 2006, 3603–3607).

Potilaat odottavat hoitajalta tiedonantoa, ohjausta, motivointia, tukea ja yhteistyötä. Vakavasti sairaat potilaat tarvitsevat enemmän tietoa sosiaalisista asioista. Lisäksi ohjauksen tarve vaihtelee sairauden eri vaiheissa. (Lunnela 2011, 28.) Naiset tarvitsevat määrällisesti miehiä enemmän ohjausta. Naiset tarvitsevat ohjausta arkielämään liittyvistä asioista ja henkistä tukea. Vastaavasti miehet tarvitsevat enemmän ohjausta seksuaalisuuteen liittyvistä ja taloudellisista asioista. (Kankkunen ym. 2012, 201–215.)

On tärkeää, että potilas on motivoitunut ohjaukseen, jota hänelle annetaan (Lunnela 2011, 29). Motivointia voidaan edistää luomalla uskoa potilaan omiin kykyihin kannustamalla ja rohkaisemalla, jotta potilas sitoutuu toimimaan tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi terveydentilan, elämäntilanteen ja ohjaustilanteen vuorovaikutuksen aiheuttamat tunteet vaikuttavat motivaatioon, ja ne tulee myös tunnistaa. (Kääriäinen, 2011, 41–42.)

Erityisesti ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota potilaisiin, joiden fyysinen tai sosiaalinen toimintakyky on alentunut, sekä ikääntyneisiin ja yksinasuviin potilaisiin (Kankkunen ym. 2012, 201–215). LEIKO-potilaan sosiaalinen ja psyykinen tila vaikuttaa LEI-

KO-potilaan ja hänen läheisensä kykyyn ymmärtää ja toteuttaa annettuja ohjeita. Tämä LEIKO-hoitajan tulee huomioida LEIKO-haastattelun yhteydessä. (Karjalainen, ym. 2008, 3887–3892.) Edelleen haasteena on tunnistaa potilasryhmät, jotka eivät koe ohjausta riittävänä, sekä vastata tähän kehittämishaasteeseen (Aho ym. 2012, 114–124).

Potilaan läheiset toivovat saavansa enemmän kirjallisia kotihoito-ohjeita, jotta jatkohoitto onnistuu hyvin kotona. Lisäksi potilaan läheiset haluavat suullista ohjausta. (Kurikka ym. 2008, 258–266.) Ohjausta odotetaan konkreettisista asioista, kuten saako käydä itsenäisesti wc:ssä tai syödä ja juoda ennen toimenpidettä (Kurikka ym. 2008, 258–266). Läheisen mukanaolo ohjaustilanteessa on tärkeää, koska se edistää potilaan turvallisuuden tunnetta, lisää potilaan itsehoidon onnistumista ja hoitoon sitoutumista (Kurikka ym. 2008, 258–266; Kankkunen ym. 2012, 201–215) Tämä on tärkeää erityisesti ikääntyneen potilaan kohdalla (Kurikka ym. 2008, 258–266). Kuitenkin Heinon (2005, 85) mukaan päiväkirurgiassa läheiset olivat harvoin mukana potilasohjaustilanteissa eivätkä saaneet hoitajilta hoitoon tai kotihoitoon liittyvää ohjausta. Osa läheisistä jopa piti ohjausta tarpeettomana. Kokonaisuudessaan omaisia ei oteta riittävästi ohjaukseen mukaan (Aho ym. 2012, 114–124), vaikka laadukas potilaan läheisen ohjaaminen tukisi ohjaustilanteen hallintaa ja edistäisi sen turvallista jatkuvuutta sekä ottaisi huomioon perheen voimavarat (Kurikka ym. 2008, 258–266).

4.3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET LEIKO-TOIMINNASTA

Terveystieteiden lain (1362/2010;8§) mukaan toiminnan tulee perustua näyttöön ja toimintakäytäntöihin, jotka ovat laadukkaita, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja. Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen oli perusteltua opinnäytetyöprosessin alussa, koska kiinnostuksen kohteena olivat aikaisemmat tutkimukset LEIKO-toiminnasta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–45, Salminen 2011, 1). Aikaisempien tutkimuksien tuloksia tulkittiin, mahdollisia ristiriitaisuuksia pyrittiin löytämään tuloksista ja esitettyihin jatkotutkimusaiheisiin perehdyttiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69–70). Näin LEIKO-toiminnasta pystyttiin muodostamaan eheä kokonaisuus, joka vastaa kysymykseen siitä, mitä aiheesta jo tiedetään (Metsämuuronen 2006, 31, Kylmä & Juvakka 2007, 45–56). Kirjallisuuskatsauksen toteutus ja kirjallisuushaun perusteella löytyneet tutkimukset on kuvattu liitteessä 1.

Kaikki joulukuussa 2013 toteutetun kirjallisuuskatsauksen hakutulokset olivat lääketieteellisiä julkaisuja. Lääketieteen näkökulmasta aihetta on tutkittu, mutta vastaavasti hoidotyön näkökulmasta tarkasteltuna LEIKO-toiminnasta ei löytynyt kattavasti aikaisempia tutkimuksia. Kun aiheesta ei ollut kirjallisuuskatsauksen perusteella juurikaan tutkittua tietoa, kirjallisuuskatsaus toimi perusteluna laadullisen tutkimusmenetelmän valinnalle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70.) Lisäksi kirjallisuuskatsaus auttoi löytämään opinnäytetyön toteuttamiseen sisällöllisiä ja menetelmällisiä perusteluita, jotka ohjasivat tutkimusideaan siten, että LEIKO-toiminnasta pystytään tuottamaan uutta tietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 51.)

Toteutettu kirjallisuuskatsaus tukee teoreettisia lähtökohtia ja antaa tarpeellisia käsitteitä sisällönanalyysiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69–70). Samoin opinnäytetyössä käytetyn teemahaastattelun teemat on muodostettu kirjallisuuskatsauksen artikkelien perusteella. Laadullisessa tutkimuksessa riittää määrällistä tutkimusta suppeampi kirjallisuuskatsaus, koska tavoitteena on luoda kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 69–70.)

5 LAADULLINEN TUTKIMUSMENETELMÄ

Tälle opinnäytetyölle on valittu kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä, koska työssä kuvataan uutta tutkimusaihetta, josta tietoa on ennestään vähän (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50). Laadullisella tutkimusmenetelmällä tutkitaan ja pyritään luomaan todellisuutta kuvaavaa uutta tietoa haastateltavien LEIKO-hoitajien näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 29).

Laadulliselle terveystutkimukselle on tyypillistä, että tiedonhankinta on kokonaisvaltaista ja aineisto kerätään todellisissa tilanteissa (Kylmä & Juvakka 2007, 22–23; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164; Tuomi & Sajavaara 2013, 125). Opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita kokemuksista ja tapahtumista LEIKO-yksikössä, koska tavoitteena on ymmärtää tapahtumia yksityiskohtaisesti ja yksittäisten LEIKO-hoitajien näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50, 57, 85). Lisäksi opinnäytetyössä kiinnostuksen kohteena on hoitotyön luonnollinen ympäristö LEIKO-yksikössä (Metsämuuronen 2006, 88; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 51).

Tutkimusmenetelmä hyväksyy sen, että todellisuus voi olla erilaista eri LEIKO-hoitajien kuvaamana. Todellisuus on kiinteästi sidoksissa opinnäytetyön tekijään ja haastateltaviin LEIKO-hoitajiin. Tämä tarkoittaa, ettei ole yhtä totuutta yhdessä ilmiössä, joten aineisto muodostuu sanoista. (Kylmä & Juvakka 2007, 28–29.)

5.1 AINEISTONKERUU

Laadullisen tutkimuksen aineisto on aina tutkimuskohtainen (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 84). Tutkimusaineisto pyrittiin keräämään avointa menetelmää hyödyntäen (Kylmä & Juvakka 2007, 27). Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka tarkoittaa puolistrukturoitua haastattelua. Liitteessä 2 ovat teemahaastatteluun etukäteen valitut keskeiset teemat eli aihepiirit ja niihin liittyvät tarkentavat kysymykset. Nämä teemat nousevat aikaisemmista tutkimuksista, jotka on tehty tutkittavasta aiheesta. Opinnäytetyössä käytettävät teemat on muotoiltu siten, että saadaan vastaukset tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.) Teemahaastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi vähän kartoitetun tai

tuntemattoman aihepiirin selvittelyyn, mikä tuki opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmän valintaa (Kylmä & Juvakka 2007, 76; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205).

Tiedonkeruussa tiedonlähteenä käytettiin kuutta LEIKO-yksikössä työskentelevää LEIKO-hoitajaa, jotka valittiin kohderyhmäksi tarkoituksenmukaisesti (Kylmä & Juvakka 2007, 26; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85). Kohdejoukkoon valituilla LEIKO-hoitajilla on paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta aihealueesta (Kylmä & Juvakka 2007, 26; Tuomi & Sarajärvi 2013, 74).

Huhtikuussa 2014 opinnäytetyön tekijä kävi tapaamassa LEIKO-yksikön osastonhoitajaa. Hänen kanssaan yhteistyössä keskusteltiin haastatteluiden toteuttamisesta ja siihen liittyvistä käytännön järjestelyistä. Haastateltavat antavat laajempaa ja syvällisempää tietoa aiheesta, kun haastattelu tapahtuu rauhallisessa ympäristössä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84). Sovittiin, että haastattelut toteutetaan LEIKO-hoitajien työajalla ja LEIKO-yksikön rauhallisessa tilassa. Samalla sovittiin LEIKO-hoitajien tiedotustilaisuuden ajankohta.

LEIKO-yksikössä pidettiin huhtikuussa 2014 15 minuuttia kestävä tiedotustilaisuus, jossa läsnä olevia kahta LEIKO-hoitajaa informoitiin suullisesti haastatteluiden toteuttamisesta ja kerrottiin opinnäytetyöhön liittyvät taustatiedot. Liitteessä 3 on tietoinen suostumuslomake, joka luovutettiin kaikille LEIKO-hoitajille samassa yhteydessä ja jossa suullisesti annettu informaatio oli myös kirjallisessa muodossa (Kylmä & Juvakka 2007, 149–150.) LEIKO-hoitajille jätettiin teemahaastattelun teemat, koska näin pyrittiin parantamaan haastateltavien LEIKO-hoitajien haastattelumotivaatiota ja tietoisuutta haastatteluiden sisällöstä sekä vähentämään ennakkoluuloja haastattelua kohtaan. LEIKO-hoitajille painotettiin vielä haastatteluiden vapaaehtoisuutta ja sitä, että haastattelut toteutetaan heidän työajallaan (Kylmä & Juvakka 2007, 149). Tiedotustilaisuuden lopussa sovittiin kaikkien kuuden LEIKO-hoitajan haastatteluajankohdat.

Haastattelut toteutettiin toukokuun 2014 aikana yksilöhaastatteluina, kuten oli sovittu yhteistyökumppanin kanssa jo aikaisemmin. Jokaista haastateltavaa LEIKO-hoitajaa informoitiin opinnäytetyöstä ja haastattelusta vielä suullisesti, ja jokainen LEIKO-hoitaja allekirjoitti tietoisien suostumuslomakkeen ennen haastattelua (Kylmä & Juvakka 2007, 149).

Haastateltaville LEIKO-hoitajalle esitettiin suullisia kysymyksiä teemahaastelun mukaisesti. Koska kysymykset esitettiin suullisesti, haastattelijalla oli mahdollisuus tarkentaa kysymystä, toistaa kysymys, selventää kysymyksen sanamuotoa tai oikaista virheellisesti ymmärretty kysymys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208–209; Tuomi & Sarajärvi 2013, 73.) Haastatteluissa korostuivat haastateltavien LEIKO-hoitajien näkemykset aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75). Haastattelutilanteessa haastateltava LEIKO-hoitaja oli subjekti ja hänelle annettiin mahdollisuus tuoda vapaasti esille itseään koskevia asioita. LEIKO-hoitajan oli mahdollista tuottaa monitahoinen vastaus, jota opinnäytetyön tekijän oli mahdollista vielä pyytää tarkentamaan tai perustelemaan, jolloin saatiin vielä syvällisempää tietoa. Haastattelussa oli mahdollisuus nähdä haastateltavan ilmeet ja eleet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 205.) Haastattelutilanteissa kysymykset esitettiin haastateltaville LEIKO-hoitajalle opinnäytetyön tekijän valitsemassa järjestyksessä. Tämä teki tiedonkeruumenetelmästä joustavan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208–209; Tuomi & Sarajärvi 2013, 73.)

Teemahaastatteluissa kiinnostuksen kohteena oli teeman kuvaaminen, joten oli tärkeää, että opinnäytetyön tekijä sai kerättyä mahdollisimman paljon tietoa haastateltavilta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73, 89). Opinnäytetyössä pyrittiin rikkaaseen ja syvään aineistonkeruuseen, joka tuotti tarkoituksenmukaista aineistoa. Aineiston saturaatio eli kylläntymispisteen saavuttaminen oli merkki siitä, että aineistoa oli riittävästi, eikä uutta tietoa ollut enää saatavissa kahdessa viimeisessä haastattelussa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84; Kylmä & Juvakka 2007, 27.) Saturaatiopiste on saavutettavissa, kun aineistosta haetaan samanlaisuutta, joka ilmenee teemojen toistettavuutena (Tuomi & Sarajärvi 2013, 89).

Aineisto kerättiin haastatteleamalla samankaltaisia tiedonantajia eli homogeenistä ryhmää. Kaikilla LEIKO-hoitajilla oli yhtä pitkä työkokemus LEIKO-yksikössä työskenteleystä, kaikki olivat sairaanhoitajia, eikä heitä voi luokitella erilaisiin ryhmiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84.) Kokonaisuudessaan tiedonantajien määrä on pieni, koska laadullinen tutkimus on kiinnostunut laadusta, ei määrästä (Kylmä & Juvakka 2007, 27; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84). Lisäksi tutkittavan ilmiön luonne vaikutti siihen, kuinka paljon tiedonantajia tuli olla, jotta aineistoa oli riittävästi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84).

Laadukas aineisto saatiin kerättyä LEIKO-hoitajilta, jotka olivat tietoisia opinnäytetyöstä ja tutkittavasta aiheesta ja jakoivat tietoa mielellään. Heille oli varattu tiedonantoon suunnitellusti tunti työaika. Vastausaktiivisuus oli hyvä, ja tulokseksi saatiin hyvä aineiston kokonaisuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 98.) Opinnäytetyössä toteutui kontekstisidonnaisuus, joka tarkoittaa sitä, että tuotettu tieto muotoutui LEIKO-hoitajien todellisessa ympäristössä ja oli sidoksissa aikaan ja paikkaan (Kylmä & Juvakka 2007, 28; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 51). Opinnäytetyön tekijällä on ollut aktiivinen rooli, koska hän oli aktiivisessa vuorovaikutuksessa LEIKO-hoitajien kanssa aineistoa kerättyä, mikä on laadullisen tutkimusmenetelmän tyypillinen piirre (Kylmä & Juvakka 2007, 28).

Kokonaisuudessaan kaikki haastattelut tehtiin kolmen viikon aikana siten, että joka viikko toteutettiin kaksi haastattelua. Lyhyin haastattelu kesti 33 minuuttia ja pisin haastattelu 55 minuuttia, yhteensä ne kestivät neljä tuntia ja 18 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla, koska opinnäytetyön tekijä pyrki minimoimaan nauhoitukseen liittyvät riskitekijät. Tietoinen suostumuslomake sisälsi kirjallisen luvan myös haastatteluiden nauhoittamiseen. Aineistoa olisi ollut mahdollisuus täydentää jälkikäteen, mihin oli oikeus tutkimusluvassa. Tähän ei ollut kuitenkaan tarvetta opinnäytetyössä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208–209; Tuomi & Sarajärvi 2013, 73.)

5.2 AINEISTON SISÄLLÖNANALYYSI

Sisällönanalyysi on systemaattinen perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa (Kylmä & Juvakka 2007, 112; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131; Tuomi & Sarajärvi 2013, 91). Tämä analyysimenetelmä soveltuu hyvin metodologisten lähtökohtien perusteella laadulliseen tutkimukseen ja tähän opinnäytetyöhön, koska analyysimenetelmällä kuvaillaan tutkittua ilmiötä (Elo, Kanste, Kyngäs, Kääriäinen & Pölkki 2011, 138–148). Opinnäytetyön aineistoksi kerätty tieto on kuvattu ilmiönä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa siten, että tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuskohteesta (Kylmä & Juvakka 2007, 112; Tuomi & Sarajärvi 2013, 103). Analyysimenetelmä kuvaa tietolähdettä järjestelmällisesti ja tasapuolisesti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103).

Sisällönanalyysi on käytetty analyysimenetelmä hoitotieteessä. Se on joustava menetelmä, joka kuvaa ilmiön merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Haasteena on sen joustava-

vuus ja säännöttömyys, mikä vaatii opinnäytetyön tekijältä itsenäistä ajattelua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134–135.) Opinnäytetyössä käytetään induktiivista päättelyä, joka etenee aineistolähtöisesti yksittäisestä yleiseen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95–96; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Todellisuudessa laadullinen terveystutkimus on lähes poikkeuksetta induktiivista (Kylmä & Juvakka 2007, 22).

Aineistolähtöisessä analyysissä päämääränä on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, jossa analyysiyksiköt eivät ole ennalta määriteltäviä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96). Aineistoa tulee tutkia avoimin kysymyksin ja selvittää, mitä aineisto tuo esiin tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 117). Ainoastaan tutkimusmetodologia ohjaa analyysia. Haasteena on, etteivät teoreettinen viitekehys ja tekijän ennakkokäsitys vaikuta analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 96.)

Opinnäytetyön tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti valittiin sisällönanalyysin analyysiyksiköt, joihin haluttiin saada vastaus haastatteluaineistosta (Kylmä & Juvakka 2007, 113; Tuomi & Sarajärvi 2013, 96). Nämä analyysiyksiköt, lauseet tai ajatuskokonaisuudet määriteltiin, ennen kuin analyysi aloitettiin (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköt ovat LEIKO-hoitajan kokemus omasta työnkuvasta ja potilaslähtöinen leikkausta edeltävä ohjaus. Opinnäytetyön aineistoa luettiin useita kertoja ja samalla esitettiin edellä mainittuja kysymyksiä.

Sisältöä kuvaavien luokkien annettiin muodostua aineistosta käsin (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Luokittelu voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, jotka ovat aineiston reduointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108).

Ensimmäiseksi haastattelumuotoinen tutkimusaineisto kirjoitettiin tekstimuotoon eli litteroitiin siten, että haastatteluaineisto pidettiin totuudenmukaisena (Kylmä & Juvakka 2007, 110; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132). Opinnäytetyön tekijä litteroi itse tutkimushaastattelut, koska se mahdollisti samanaikaisen aineistoon perehtymisen, joka auttoi kokonaiskuvan muodostamisessa. Tästä oli hyötyä aineiston analyysivaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 111.) Haastattelut kirjoitettiin auki välittömästi haastattelutilanteen jälkeen. Lisäksi haastattelut kuunneltiin vielä kaksi kertaa, jotta voi-

tiin olla mahdollisimman varmoja, että auki kirjoitettu teksti vastasi nauhoitettua haastattelua. Opinnäytetyössä ensin haastateltiin ja kirjoitettiin auki kaikki kuusi haastattelua ja vasta tämän jälkeen toteutettiin aineiston analysointi, vaikka yleensä aineistoa jo analysoidaan samanaikaisesti aineiston keräämisen kanssa. Kahden vaiheen samanaikainen työstäminen olisi ollut haastattelijalle hyödyllistä, koska se olisi mahdollistanut seuraavissa haastatteluissa tarkentavien kysymysten käytön. (Kylmä & Juvakka 2007, 110; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 132,134,137.)

Auki kirjoitettua tekstiä muodostui 56 sivua. Teksti kirjoitettiin Times New Roman kirjaimella, fontin koko oli 12 ja riviväli 1,5. Tähän määrään sisältyivät myös teemakysymykset, jotka erottiin lihavoimalla muusta tekstistä. Tämä oli aineiston käsittelyssä haastava vaihe, koska tutkimushaastattelutilanne ja sen pohjalta kirjoitettu teksti eivät koskaan vastaa kokonaisuudessaan toisiaan (Kylmä & Juvakka 2007, 110).

Auki kirjoittamisen jälkeen haastatteluaineisto pelkistettiin. Pelkistäminen on sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe (taulukko 1) (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, joten päämääränä oli erotella opinnäytetyön tutkimustehtävien kannalta olennainen tieto ja jättää epäolennainen tieto pois, koska kaikkea aineistosta saatua tietoa ei ole tarkoituksenmukaista analysoida (Kylmä & Juvakka 2007, 113; Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Aineistolähtöisessä päättelyssä luokitellaan tekstistä sanoja ja ilmaisuja, joiden tunnistaminen kirjoitetusta tekstistä on tärkeää (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Alkuperäisestä aineistosta nousseet ilmaisut ovat aineiston pelkistämistä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109). Opinnäytetyössä alkuperäisestä auki kirjoitetusta haastattelutekstistä erotettiin muusta tekstistä korostevärillä pelkistetyt ilmaukset, joita oli yhteensä 1 699.

TAULUKKO 1. Aineiston pelkistäminen

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
”heille aikaa, et joku ihminen kuuntelee heitä”	-> kuunnellaan haastateltavaa

Pelkistettyjä ilmaisuja käytiin huolellisesti läpi, niitä vertailtiin keskenään ja etsittiin niistä sisällöllisesti samankaltaisia ilmaisuja tai käsitteitä. Samankaltaiset ilmaisut tai käsitteet yhdistettiin samaan luokkaan eli pyrittiin löytämään pelkistetyistä aineistosta erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Yhdistämisen jälkeen luokalle annettiin nimi, joka yhdis-

tää kaikkia alaluokkaan kuuluvia ilmaisuja tai käsitteitä, joita ovat ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Käsitteiden luokittelusta käytetään nimitystä alaluokka (taulukko 2). Tämän seurauksena aineisto tiivistyy, koska yksittäiset ilmaisut on koottu yleisempiin käsitteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 118; Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.) Alaluokkia opinnäytetyössä muodostui yhteensä 301.

TAULUKKO 2. Aineiston ryhmittely

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Potilaan tiedon tarpeeseen vastaaminen	Potilaan tarpeet ennen leikkausta
Potilaan tarpeisiin vastaaminen	
Potilaan tarpeet vaikuttavat	
Toiminta potilaan tarpeista lähtevää	
Tilanne, että asiaan tulee vastata eri tavalla	
Ohjauksen määrä ja tapa potilaan tarpeista lähtevää	
Haastattelut potilaan tarpeista lähteviä	
Vuorovaikutus potilaan tarpeista lähtevää	
Kuunnellaan haastateltavaa	
Potilaan yksilöllisyyden huomiointi	
Potilaan tarpeisiin vastaaminen	

Luokittelussa alaluokille muodostettiin yläluokkia, jotka syntyvät ja jotka nimettiin saman mallin mukaisesti kuin edellä kuvatut alaluokat (Kylmä & Juvakka 2007, 118). Opinnäytetyössä yläluokkia muodostui 31. Tämän jälkeen analysointia jatkettiin vielä pääluokkiin, joita muodostui 5 (taulukko 3). Lopuksi muodostettiin pääluokkia yhdistävä ydinkategoria (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112). Teoreettiset käsitteet muodostuivat, kun erotettiin opinnäytetyön kannalta merkityksellinen tieto ja jätettiin pois karsittu tieto.

TAULUKKO 3. Käsitteellistäminen

Alaluokka	Yläluokka
------------------	------------------

Omaisista ohjataan	Potilaslähtöinen ohjaaminen
Huomioidaan potilaan yleiskunto	
Potilaan kunto vaikuttaa ohjaukseen	
Määrällisesti enemmän ohjausta toisille potilaille	
Varmistetaan ymmärrys leikkauksesta potilaalta	
Varmistetaan ohjauksen ymmärtäminen potilaalta	
Potilaan ohjaus tarve ennen leikkausta	
Potilasta varten	
Potilaan tarpeet ennen leikkausta	
Potilaslähtöistä	
Potilaskeskeistä	
Potilaat yksilöllisiä	
Potilaskohtainen	

Yläluokka	Päälukka
Suullinen ja kirjallinen selkeä ohjaaminen	Leikkausta edeltävä hoitotyö
Potilaslähtöinen ohjaaminen	
Psyykkisen hyvinvoinnin huomiointi	
Haastattelut kattavia	
Leikkausta edeltävät valmistelut	

Opinnäytetyössä sisällönanalyysin kolmas vaihe eli abstrahointi tapahtui samanaikaisesti edellisten vaiheiden kanssa, mikä on tyypillistä sisällönanalyysissä. Lopulta muodostui synteesi, joka antaa vastauksen opinnäytetyön tarkoitukseen ja tehtäviin. Näin aineiston analysointi on edennyt kokonaisuudessaan yhden haastattelun kuvauksesta yleiskuvaukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 119.)

Päämääränä aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä oli saada vastaus tutkimustehtäviin yhdistelemällä käsitteitä riittävän pitkälle. Analyysi pohjautui tulkintaan ja päättelyyn, joka etenee tieteellisestä aineistosta käsitteellisiin ilmiöihin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 112.) Onnistuneesti toteutettu sisällönanalyysi vaati opinnäytetyöntekijältä kykyä pelkistää aineisto ja rakentaa käsitteet, jotka ilmentävät tutkittavaa ilmiötä rehellisesti (Elo ym. 2011, 138–148).

6. TULOKSET

6.1 LEIKO-POTILAAT LEIKO-HOITAJIEN KUVAAMANA

LEIKO-potilaat LEIKO-hoitajien kuvaamana -pääluokkaan sisältyy yläluokat kaikenikäisiä potilaita, toimintapa on potilaille haastava, potilaita kohdellaan tasavertaisesti ja potilaiden kokemukset ovat yksilöllisiä (taulukko 4).

TAULUKKO 4. LEIKO-potilaat LEIKO-hoitajien kuvaamana

Yläluokka	Pääluokka
Kaiken ikäisiä potilaita	->LEIKO-potilaat LEIKO-hoitajien kuvaamana
Potilaille haastava toimintapa	
Potilaita kohdellaan tasavertaisesti	
Potilaiden kokemukset yksilöllisiä	

Kaiken ikäisiä potilaita

LEIKO-yksikössä on hoidettu muutamia lapsipotilaita, nuoria, työikäisiä ja ikääntyneitä LEIKO-potilaita. Pääasiassa LEIKO-potilaat ovat kuitenkin ikääntyneitä. Korkea ikä ei ole este saapua leikkaukseen LEIKO-potilaana, mutta ikääntyneen tulee olla omatoiminen. Työikäisiä potilaita on, ja he soveltuvat hyvin LEIKO-tyyppiseen toimintaan. Vastaavasti muutamia korva-, nenä- ja kurkkutautien lapsipotilaita on saapunut leikkaukseen LEIKO-yksikön kautta, vaikka lapsipotilaat on jätetty LEIKO-toiminnan ulkopuolelle. LEIKO-hoitajien mukaan lapsella tulee olla mukana vanhempi, joka on lapsen kanssa koko LEIKO-yksikössäoloajan. Vastaavasti kouluikäiset soveltuvat jo paremmin LEIKO-tyyppiseen toimintaan.

”et meillähän ei täällä periaatteessa oo ihan oikein terveitä, koska ne on tuolla päikissä sitten”

Potilaille haastava toimintapa

Päiväkirurginen toimintatapa on ennestään tuttua useimmille LEIKO-potilaille, joten leikkausta edeltävän yön nukkuminen kotona koettiin hyväksi vaihtoehdoksi. LEIKO-potilaalla on oltava kykyä toimia annettujen ohjeiden mukaisesti kotona, jotta toiminta onnistuu. Ohjaustilanteissa LEIKO-potilaalle annetaan mahdollisuus kysyä hänelle epä-

selviä asioita. Kuitenkaan LEIKO-potilaat eivät juurikaan kysy, etenkin konkreettisia asioita. Lisäksi potilaille annetaan yhteystiedot, jotta he voivat soittaa ja tarkentaa jälkeinpäin, mikäli jokin asia on jäänyt epäselväksi. Kokonaisuudessaan LEIKO-potilaiden ohjauksen noudattaminen on hyvin vaihtelevaa. Toisilta leikkausvalmistelut onnistuvat kotona oikein hyvin. Osa LEIKO-potilaista ei ymmärrä heille annettua ohjausta eikä kykene toimimaan annettujen ohjeiden mukaisesti kotona. Tämä on kuitenkin pieni ryhmä LEIKO-potilaita. Erityisesti LEIKO-hoitajat kuvasivat suolentyhjämissä ohjaamista ja sen toteuttamista haastavaksi LEIKO-potilaalle kotioloissa. Lisäksi haastattelupäivää kuvattiin potilaille haastavaksi, koska LEIKO-potilaalta vaaditaan itseohjautuvuutta, jotta he löytävät laboratorioon, leikkauksesta riippuen radiologiaan ja sydänfilmiin sekä lopuksi LEIKO-yksikköön haastatteluun. Tähän LEIKO-potilaalla saattaa kuluu koko päivä.

”hoitajan osuushan on sitten järjestää, että se potilas ymmärtää, miten sen pitää valmistautua” ”ei niissä ainakaan sellasia puutteita ole tullut, ettei olis ymmärtänyt noudattaa” ”kyl ne ihan yhtä hyvin on valmistautuneet leikkaukseen tuloon vaikka ne tulee leikkausaamuna”

Potilaita kohdellaan tasavertaisesti

LEIKO-hoitajat kuvaavat, että kaikkia LEIKO-potilaita kohdellaan tasavertaisesti. Kaikille LEIKO-potilaille annetaan sama ohjaus LEIKO-potilaan taustatiedoista riippumatta ja heitä hoidetaan tasavertaisesti.

Potilaiden kokemukset yksilöllisiä

Pääasiassa LEIKO-potilaat ovat tyytyväisiä LEIKO-toimintaan ja antavat suullisesti myönteistä palautetta toiminnasta. LEIKO-hoitajien mukaan osa LEIKO-potilaista ihmetteli muutosta, joka toiminnassa ja toimintatavoissa on tapahtunut viimeisen puolen vuoden aikana. Myös kielteistä asennoitumista ja suhtautumista toimintaan esiintyy LEIKO-potilaiden keskuudessa. LEIKO-hoitajien mukaan kielteisyyttä aiheuttivat useat tekijät. Leikkaukseen saapumiseen liittyy usein potilailla jännitystä ja pelkoa. Potilaiden kokemukset sairaudesta ovat hyvin yksilöllisiä, ja taustalla saattaa olla aikaisempia leikkaus- ja sairaalakokemuksia.

”Leikkauspäivänä kanssa monet päivittelee, kuinka tää on niin sujuvaa ja menee niin hienosti. Sitten on tietysti se toinen ryhmä, jotka eivät nääkään tätä niin kauheen posi-

tiivisena. Siellä on taustalla justinsa se pelko varmaan monella tai sitten ihan vaan persoona, se on ihan vaan arvostelevampi persoona”

Osa LEIKO-potilaista on huolissaan itsestään ja sairaudestaan sekä sairauskokemukset ovat hyvin yksilöllisiä. LEIKO-hoitajat kuvasivat potilaiden kielteisten tunteiden lisäävään ohjauksen haastavuutta. Kuitenkin kävi ilmi, että osalla LEIKO-potilaista kielteiset tunteet muuttuivat positiivisiksi leikkausta edeltävän haastattelun aikana. LEIKO-hoitajat totesivat, että aihetta tulisi kysyä potilailta.

6.2 LEIKO-TOIMINTA LEIKO-HOITAJIEN KUVAAMANA

LEIKO-toiminta LEIKO-hoitajien kuvaamana -pääluokkaan sisältyy yläluokat LEIKO-toimintaa on ollut aikaisemminkin, LEIKO-toiminnan nykytilanne, toiminta on porrastettua, potilasturvallisuus toteutuu, yhteistyötä tehdään eri ammattiryhmien ja yksiköiden kanssa sekä LEIKO-hoitajan työ on arvokasta työtä (taulukko 5).

TAULUKKO 5. LEIKO-toiminta LEIKO-hoitajien kuvaamana

Yläluokka	Pääluokka
LEIKO-toimintaa ollut aikaisemmin	-> LEIKO-toiminta LEIKO-hoitajien kuvaamana
LEIKO-toiminnan nykytilanne	
Porrastettu toiminta	
Potilasturvallisuus toteutuu	
Yhteistyö eri ammattiryhmien- ja yksiköiden kanssa	
LEIKO-hoitajan työ arvokasta työtä	

LEIKO-tyyppistä toimintaa ollut aikaisemmin

Osa LEIKO-hoitajista kuvasi, että on tehnyt samansisältöistä työtä jo aiemminkin organisaatiossa kirurgian vuodeosastolla. Kahdella kirurgian vuodeosastolla on toteutettu vuosia LEIKO-tyyppistä toimintaa muun kirurgian vuodeosastotyön ohessa. Verrattuna aikaisempaan työn kuvattiin olevan sisällöllisesti ennallaan haastatteluiden ja ohjaamisen osalta. Muutos on tapahtunut siinä, että työtä tehdään uudessa toimintaympäristössä, työ on organisoitu ja johdettu eri tavoin ja rinnalla työskentelee työkavereina LEIKO-hoitajia, jotka tekevät samaa, saman sisältöistä työtä.

LEIKO-toiminnan nykytilanne

Keskusleikkausyksikön alainen toiminta on aloitettu nopeasti. Siitä huolimatta toimintaa kuvattiin sujuvaksi ja toimivaksi sekä hyväksi toimintatavaksi.

”niistä pienistä asioista koostuu moni sujuva työ. Et kun saa pienet jutut loksahtelemaan kohalleen niin se homma hoituu näppärästi”

Kokonaisuudessaan toiminnan keskittäminen nähtiin hyvänä asiana. LEIKO-yksikössä asioiden hoitaminen kuvattiin nopeammaksi kuin aikaisemmassa toimintatavassa. LEIKO-hoitajien mukaan LEIKO-potilaiden asiat huomioidaan ja heitä yritetään hoitaa mahdollisimman hyvin. Lisäksi hoidon jatkuvuuden turvaaminen nähtiin tärkeänä. Haastatteluiden ja ohjaamisen koettiin onnistuvan hyvin, ja potilaiden kohtaaminen on luontevaa. Leikkausvalmistelut onnistuvat kotona suurimmalta osalta LEIKO-potilaista. Työn tavoitteena LEIKO-hoitajilla on hyvin hoidettu potilas. Tavoitteen toteutuminen nähtiin kuitenkin kyseenalaisena, mikäli työtahtia nykyisestä kiristetään. Toiminnan taloudellinen hyöty organisaatiolle tiedostettiin.

LEIKO-yksikössä on kahdenkeskinen rauhallinen tila leikkausta edeltävälle LEIKO-hoitajan ja LEIKO-potilaan haastattelulle. Samoin lääkärin tapaamiseen tilat ovat paremmat kuin ennen, minkä ansiosta LEIKO-potilaalla on mahdollista saada hyvää informaatiota tulevasta leikkauksesta ja nähdä esimerkiksi konkreettisesti tietokonekuvia itsestään.

Porrastettu toiminta

Leikkauspäivän aamuna potilaat tulevat LEIKO-yksikköön ennalta sovittuun aikaan. Aamut ovat LEIKO-yksikössä ruuhkaisia, vaikka sairaalaan tuloa on porrastettu. LEIKO-potilaita vastaanotetaan yksi kerrallaan. Aamun ensimmäisiä ovat vastaanottamassa ja saliin viemässä kaikki kuusi LEIKO-hoitajaa. Tämän jälkeen kaksi hoitajaa jää vastaanottamaan leikkaukseen tulevia potilaita ja muut siirtyvät toteuttamaan LEIKO-haastatteluita.

Porrastettu toiminta mahdollistaa sen, että LEIKO-potilaiden odotusaika sairaalassa ennen leikkaukseen pääsyä on lyhyt. Fyysisesti keskusleikkausyksikön vieressä sijaitseva LEIKO-yksikkö mahdollistaa sen, ettei leikkaussaliin menossa synny viivettä. Toi-

minnan porrastaminen potilaiden sairaalaantuloajoissa ja LEIKO-hoitajien töihinsäpumisajoissa kuvattiin toimivaksi. Potilaiden sairaalantuloa toivottiin porrastettavan vielä nykyistä enemmän.

”odotusaika on operaatiopäivänä täällä sairaalassa on lyhentynyt meidän porrastetun tuloajan takia”

Potilasturvallisuus toteutuu

LEIKO-yksikössä potilasturvallisuuden päämääränä on leikkauskelpoinen LEIKO-potilas, jonka leikkaus toteutuu suunnitellusti. Leikkausturvallisuuden kuvattiin parantuneen keskitetyn LEIKO-toiminnan ansiosta. LEIKO-potilaiden turvallisuuden tunnetta lisää tietoisuus siitä, että saa tulla leikkauspäivän aamuna samaan paikkaan, jossa on jo käynyt leikkausta edeltävässä haastattelussa. Lisäksi LEIKO-yksikössä potilasta ovat leikkauspäivän aamuna vastassa jo haastattelusta tutut LEIKO-hoitajat, joista jonkun kanssa on jo syntynyt luottamuksellinen hoitosuhde leikkausta edeltävässä haastattelussa. LEIKO-hoitajat kuvasivat, että heillä on turvallisempi olo haastatella LEIKO-potilaita kuin ennen. Tätä perusteltiin sillä, että rinnalla työskentelee samaa työtä tekeviä työkavereita, joilta voi aina kysyä, tai asiaa voi aina varmistaa LEIKO-yksikön omalta nimetyltä anestesia lääkäritä. Lisäksi koettiin, että potilasturvallisuutta edistää systemaattinen LEIKO-potilaan henkilöllisyyden varmentaminen.

”leikkauksen turvallisuus on mun mielestä noussut”

Yhteistyö eri ammattiryhmien ja yksiköiden kanssa

Yhteistyötä kuvattiin olevan paljon ja se koettiin kokonaisuudessaan toimivaksi. Eniten yhteistyötä tehdään lääkäreiden eli kirurgien ja anestesia lääkäreiden kanssa. Organisaatiossa eri erikoisalojen kirurgeja työskentelee kohtalaisen paljon suhteessa LEIKO-hoitajien määrään. Kirurgeilla on luonnollisesti yksilöllisiä toiveita siitä, kuinka heidän potilaitaan tulisi hoitaa LEIKO-yksikössä. Näitä toiveita LEIKO-hoitajat pyrkivät toteuttamaan, ja he pyrkivät joustamaan työssään kirurgin toiveiden mukaisesti, mutta kaikkien kirurgien kaikkia toiveita ei ole mahdollista toteuttaa. Etenkin LEIKO-yksikön aloituksen yhteydessä yhteistyö kirurgien kanssa oli hyvin haastavaa, mutta yhteistyö on parantunut puolen vuoden aikana. Hyvänä asiana pidettiin sitä, että kirurgit tapaavat kaikki LEIKO-potilaat LEIKO-yksikössä leikkausamuna tai jo leikkausta edeltävän haastattelun yhteydessä. Kirurgi keskustelee LEIKO-potilaan kanssa, kertoo leikkaus-

riskeistä ja leikkauksesta sekä tekee lopullisen leikkauspäätöksen. Etenkin syöpään sairastuneiden LEIKO-potilaiden kohdalla kirurgin keskustelu potilaan kanssa koettiin tärkeäksi. Mikäli tarvetta ilmenee, kirurgit tulevat LEIKO-hoitajien pyynnöstä tapamaan LEIKO-potilasta jo haastattelun yhteydessä paremmin ja nopeammin verrattuna LEIKO-toimintaa edeltävään toimintatapaan. Paikan päälle tullut kirurgi ottaa asioihin kantaa.

LEIKO-yksikössä on oma nimetty anestesia lääkäri, mistä LEIKO-hoitajat olivat todella tyytyväisiä. Yhteistyötä anestesia lääkäriin kanssa kerrottiin olevan paljon. LEIKO-haastattelussa saadaan jo kerättyä esitiedot anestesiaa varten LEIKO-potilaasta. Tällöin myös leikkauksriskit tulevat huomioiduiksi ennen leikkausta ja mahdolliset lisätutkimukset pystytään huomioimaan paremmin ja toteuttamaan. Yhteistyötä anestesia lääkäriin kanssa kuvailtiin helpoksi ja toimivaksi.

”se on ollu äärettömän hyvä asia, että se anestesiologi on tässä rinnalla käytettävissä”

Radiologian kanssa on paljon yhteistyötä, joka kuvattiin toimivaksi. Radiologiassa LEIKO-potilaan kuvantaminen onnistuu nopeasti. Samoin laboratorion kanssa tehtävää yhteistyötä kuvattiin nopeaksi ja toimivaksi. Lisäksi laboratorion toimintaa kuvailtiin avuliaaksi. LEIKO-potilaan omaisia kuunnellaan ja heidän läsnäolonsa huomioidaan. Vuodeosastot nähtiin yhteistyökumppanina taustalla, vaikka ne eivät näy jokapäiväisessä työskentelyssä konkreettisesti.

Leikkaussalihenkilökunnan kanssa yhteistyö toimii, ja LEIKO-potilaan raportointi onnistuu. Lisäksi yhteistyökumppaneiksi miellettiin hoidonvaraajat, esimiehet ja eri poliklinikkojen henkilökunta sekä ympäristökuntien eri toimipisteet, tukipalveluista keskusvarasto, apteekki ja kuljetusmiehet. Negatiivista palautetta yhteistyöstä ei LEIKO-hoitajien kuvausten mukaan ollut tullut, lukuun ottamatta kirurgien antamaa negatiivista palautetta.

LEIKO-hoitajan työ arvokasta työtä

LEIKO-hoitajan työssä LEIKO-potilaan kohtaaminen kuvattiin tärkeäksi ja arvokkaaksi. Jo haastattelutilanteessa jokaiseen potilaaseen luodaan hoitosuhde, jotka ovat hyvin erilaisia potilaista riippuen. Tärkeintä LEIKO-hoitajille olivat kuitenkin tyytyväiset po-

tilaat. LEIKO-hoitajien työ on arvokasta myös lääkäreille, leikkausalihenkilökunnalle ja kirurgian vuodeosastoille. Lisäksi LEIKO-hoitajat arvostivat itse tekemäänsä työtä.

”mää näkisin, että se o on ihan hirveen arvokasta työ mitä me täällä tehdään”

6.3 LEIKKAUSTA EDELTÄVÄ HOITOTYÖ

Leikkausta edeltävä hoitotyö -pääluokka sisältää yläluokat potilaslähtöisen ohjaaminen, suullisen ja kirjallisen selkeän ohjaaminen, puhelin haastattelut ja ohjaaminen, psyykkisen hyvinvoinnin huomioinnin, leikkausta edeltävän haastattelun ja leikkausvalmistelut (taulukko 6).

Taulukko 6. Leikkausta edeltävä hoitotyö

Yläluokka	Pääluokka
Potilaslähtöinen ohjaaminen	Leikkausta edeltävä hoitotyö
Suullinen ja kirjallinen selkeä ohjaaminen	
Puhelinhaastattelut ja ohjaaminen	
Psyykkisen hyvinvoinnin huomiointi	
Leikkausta edeltävä haastattelu	
Leikkausvalmistelut	

Potilaslähtöinen ohjaaminen

LEIKO-yksikössä toteutetaan potilaslähtöistä ohjaamista, jossa potilas on keskeisessä asemassa. Potilaskohtaisesti kuunnellaan ja huomioidaan potilaan terveydentila ja yksilölliset tarpeet, joihin pyritään ohjauksessa vastaamaan. Leikkauksen suuruudella ei ole merkitystä siinä, miten potilaat kokevat suunnitellun leikkauksen. Leikkausteknisesti pieni leikkaus voi olla LEIKO-potilaalle iso asia. LEIKO-hoitajat kokevat tekevänsä työtä ensisijaisti potilasta varten ja potilaan parhaaksi.

”kyl mä katson, et jokainen potilas todella hoidetaan yksilönä”

LEIKO-potilaan fyysinen ja psyykkinen kunto vaikuttaa siihen, miten ohjaaminen toteutetaan. Mikäli LEIKO-potilaalla on läheisiä mukana, niin myös heitä ohjataan ja huomioidaan potilaan lisäksi. Kun LEIKO-potilas on ohjattu, varmistetaan vielä, että annettu ohjaus on ymmärretty. Ohjattua asiaa kysytään LEIKO-potilaalta vielä uudel-

leen ja näin testataan, että ohjaus on todellisuudessa sisäistetty. Tämän jälkeen pyritään antamaan vielä LEIKO-potilaalle aikaa ymmärtää annettu ohjaus. Osa LEIKO-potilaista tarvitsee samasta asiasta määrällisesti enemmän ohjausta kuin toiset LEIKO-potilaat. Lisäksi LEIKO-hoitaja varmistaa LEIKO-potilaalta, että tämä on ymmärtänyt, minkälaiseen leikkaukseen on tulossa ja miksi, sekä mitä leikkauksesta seuraa, vaikka ensisijaisesti kirurgi ja anestesialääkäri kertovat potilaalle leikkauksesta ja sen riskistä.

Suullinen ja kirjallinen selkeä ohjaaminen

LEIKO-potilaan ohjaamista tarvitaan, jotta LEIKO-potilas osaa toteuttaa leikkausvalmistelut oikein kotona. Leikkausvalmistelut ohjataan LEIKO-potilaalle suullisesti ja kirjallisesti. Suullinen ohjaaminen on tarkkaa. Yksityiskohtaisesti käydään läpi, miten LEIKO-potilaan tulee toimia kotona.

”et ei se oo vaan sitä että sanellaan ja näin pitää tehdä vaan se että testaa myös miten menee tieto perille”

Annettua ohjausta kerrataan, eli samaa asiaa kerrataan kahteen kertaan. Lisäksi ohjaus pyritään antamaan sellaisessa muodossa, että LEIKO-potilas ymmärtää, mitä hänelle puhutaan. LEIKO-hoitajien mukaan suullinen ohjaaminen on hyvää. Kirjallinen ohjaaminen koostuu kotihoito-ohjeesta, joka käydään potilaan kanssa läpi. Lisäksi kirjoitetaan potilaskohtaisesti LEIKO-potilaille muistilappuja asioista, jotka LEIKO-potilaan tulee muistaa kotona. Potilaan ikä huomioidaan ohjauksessa. Mikäli LEIKO-potilas ei itse pysty toimimaan tiedonantajana ja ohjauksen vastaanottajana, leikkausta edeltävä haastattelu saadaan toteutettua, kun potilaalla on mukana läheinen, joka huolehtii LEIKO-potilaasta.

LEIKO-hoitajat kuvasivat, että ohjaamisessa on hoitajakohtaisesti laatueroja. Tähän vaikuttavat LEIKO-hoitajien erilaiset työhistoriat ja aikaisempi työkokemus. Kuitenkin koettiin potilasohjaamisen olevan laadukasta. Kokonaisuudessaan leikkausvalmisteluiden ohjaamista pidetään tärkeänä, ja LEIKO-potilaat ohjataan hyvin ennen leikkausta.

Puhelinhaastattelut ja ohjaaminen

Onnistuneita puhelinhaastatteluita on LEIKO-yksikössä tehty nuorille aikuisille ja työikäisille sekä hoitolaitosten henkilökunnalle. Kaikki erikoisalajat soveltuvat LEIKO-haastattelijoiden mukaan puhelinhaastattelun kohteeksi. Puhelinhaastatteluiden taso on

ollut vaihtelevaa. Ikääntyneiden ihmisten haastattelussa puhelinhaastattelu ei ole järkevä tapa. Puhelinhaastattelu ei vastaa kasvotusten toteutettavaa haastattelua, jota ikääntyneet LEIKO-haastattelijoiden kokemusten mukaan tarvitsevat.

”puhelinhaastattelukin on sitten sellanen hyvin tarkkaan mietittävä” ” kun se potilas on tässä fyysessä läsnä sä näät ihmisestä paljon asioita, näät sitä kuntoa ja henkistä puolta ja kaikkien näköstä”

Psyykkisen hyvinvoinnin huomiointi

LEIKO-potilaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen sisältyy psyykkisen hyvinvoinnin huomiointi. On tavanomaista, että leikkaus jännittää LEIKO-potilasta. Osa LEIKO-potilaista on psyykkisesti rauhattomia, etenkin pahanlaatuisen syövän leikkaukseen tulevat syöpäpotilaat. Syöpäpotilaita on paljon LEIKO-potilaissa. Syöpäpotilas tarvitsee henkistä tukea, vaikka hän ei tarvitse välttämättä fyysistä ohjaamista juuri lainkaan. Tällöin LEIKO-potilaalle annetaan aikaa ja mahdollisuus kertoa omasta tilanteestaan. Syöpäpotilaan kohtaaminen on haastavaa myös LEIKO-hoitajalle, koska potilaan tilanne saattaa olla vaikea. Syöpäpotilas haluttaisiin kohdata ihmisenä ja antaa aikaa. Haasteena kuitenkin on, ettei LEIKO-hoitajilla ole aikaa kuunnella potilasta, koska työaika-taulu on tiukka. Tämä aiheutti ristiriitaisia tunteita muutamalle LEIKO-hoitajalle. Kuitenkin LEIKO-hoitajat kuvasivat, että syöpäpotilaat ovat tyytyväisiä, kun heillä on mahdollisuus puhua sairaudestaan ja heitä kuunnellaan henkilökohtaisesti.

Syöpäpotilaat keskusteleivat mielellään myös lääkärin kanssa ennen leikkausta, koska lääkäri kertoo lääketieteellisen informaation LEIKO-potilaalle. Useimmiten LEIKO-hoitaja kertoo syöpäpotilaan kanssa uudelleen sitä informaatiota, jonka kirurgi on potilaalle jo kertonut. Syöpäpotilailla tiedon tarve on suuri. He tarvitsevat tietoa sairaudesta, elämänlaadusta ja leikkauksen vaikutuksesta arkipäivän asioihin. LEIKO-hoitajat kertoivat käyvänsä rauhallisesti keskustellen asioita läpi syöpäpotilaan kanssa. LEIKO-hoitajan vahva ammatillinen tausta lisäsi valmiuksia jakaa tietoa syöpäpotilaalle. Vastaavasti osalla LEIKO-hoitajista ei ollut työkokemusta syöpäpotilaan tukemisesta ja ohjaamisesta. LEIKO-hoitajat, joilla ei ollut kokemusta syöpäpotilaan ohjaamisesta, kyseenalaistivat syöpäpotilaan ohjaamisen LEIKO-yksikössä. Heidän näkemyksensä mukaan leikkaus tulee ensin suorittaa ja tämän jälkeen vuodeosastolla käydään ensisijaisesti syöpäprosessia läpi. Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että myös syöpäpotilaat

ovat leikkausaamuna psyykkisesti hyvin rauhallisia ja leikkaukseen meno onnistuu hyvin.

”Ikävä kyllä, meillä on 45 minuuttia potilasta kohden, että et kyllä joskus on sellanen potilas on mennyt tästä, jonka kans ois tarvinnu alkaa vähän keskusteleen”

Leikkausta edeltävä haastattelu

LEIKO-haastatteluihin on luotu rakenne, joka mukaan haastattelut toteutetaan. Potilaan tietoja etsitään ja kerätään yhteen jo ennen potilaan LEIKO-haastattelukäyntiä. Samoin sähköisiä tietokantoja avataan ja hoitokertomuksia aloitetaan jo ennen haastattelutilannetta. Haastattelutilanteessa LEIKO-potilas toimii tiedonantajana. Tämä on ainutkertainen tilaisuus saada potilaalta tarvittava informaatio, koska haastattelun jälkeen LEIKO-potilas lähtee kotiin. Vielä haastattelutilanteen jälkeenkin on mahdollista soittamalla täydentää haastattelua, mikäli olennaista tietoa puuttuu. Lisäksi haastattelukäynneillä on mahdollisuus puuttua asiaan, mikäli potilaan voinnissa ilmenee jotakin erityistä, johon on syytä puuttua. Samoin LEIKO-hoitajalla on mahdollisuus potilaan toiveesta ja potilaan luvalla hoitaa potilaan puolesta kyseiseen sairauteen liittyviä asioita. Haastattelut sisältävät paljon asiaa, joten hoitajallakin on paljon muistettavia asioita.

Leikkausvalmistelut

Sairaalaan tulo on ohjeistettu LEIKO-potilaille jo haastattelukäynnillä. LEIKO-potilaalta varmistetaan vielä hänen tullessaan sairaalaan, miten annettuja ohjeita on noudatettu. Leikkausaamuna varmistetaan vielä LEIKO-potilaalta ihon kunto ja ravinnon olo, ja tarvittaessa ihokarvoja leikataan sekä virtsaamisen liittyviä asioita tarkistetaan. Leikkauksesta riippuen tehdään muitakin valmisteluita, kuten hiusten leikkausta ja navan puhdistamista ja autetaan tukisukat potilaalle jalkaan. Potilas vaihtaa sairaalan leikkausvaatteet, ja potilaan omat vaatteet toimitetaan vuodeosastolle. Osalta LEIKO-potilaista tulee ottaa vielä leikkausaamuna verikokeita. X-verinäyte otetaan lähes kaikilta LEIKO-potilailta leikkausaamuna, koska leikkausta edeltävä haastattelu toteutetaan viikkoa ennen leikkaukseen saapumista. Lopuksi annetaan esilääke, ja LEIKO-potilas jää odottamaan leikkausvuoroaan. LEIKO-hoitajien kuvauksen perusteella potilas kävelee leikkausvuoron tultua mielellään itse leikkaussaliin. Leikkaussalissa LEIKO-hoitaja antaa leikkaussalin henkilökunnalle raportin LEIKO-potilaasta.

6.4 HOITOTYÖN HAASTEET LEIKO-TOIMINNASSA

Hoitotyön haasteet LEIKO-toiminnassa -pääluokkaan sisältyy yläluokat potilaan LEIKO-kuntoisuuden kriittinen harkinta, lääkehoidon haastavuus, odottaminen, tiukka ajankäyttö, näkymätön työ ja toimintatilat, joissa LEIKO-hoitajat tekevät työtä (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Hoitotyön haasteet LEIKO-toiminnassa

Yläluokka	Pääluokka
Potilaan LEIKO-kuntoisuuden kriittinen harkinta	->Hoitotyön haasteet LEIKO-toiminnassa
Lääkehoito	
Kirurgin tapaamisen odottaminen	
Tiukka ajankäyttö	
Näkymätön työ	
Toiminta tilat	

Potilaan LEIKO-kuntoisuuden kriittinen harkinta

LEIKO-hoitajat toivat esille, että potilaiden LEIKO-kuntoisuutta on kriittisesti harkittava ja arvioitava. Leikkauspäätöksen tekevä kirurgi on se, jonka ensisijaisesti tulee arvioida LEIKO-kuntoisuutta, koska hoidonvaraaja luottaa hoidonvarauskaavakkeeseen, jonka pohjalta hoidonvaraus tehdään. Huomiota on kiinnitettävä erityisesti potilaisiin, joilla ei ole kykyä selviytyä itsenäisesti monimutkaisista toiminnosta kotona ja vieraassa ympäristössä, esimerkiksi muistisairaisiin. Samoin runsaasti apua päivittäisissä perustoimissa tarvitseviin potilaisiin ja heidän LEIKO-soveltuvuuteensa tulee kiinnittää huomiota.

”vähintäänkin viikoittain useamman kerran” ”se vähän riippuu viikosta.” ”kyllä niitä tulee niitä tilanteita vastaan, et huomataan et potilas kulkee ihan pääsääntöisesti pyörätuolilla, mutta hups ei oo tullu huomioitua ---- puolesta leikkaussuunnitelmaa tehtäessä”

Lisäksi monisairaat potilaat kuvattiin haastaviksi, koska he ovat satunnaisesti jopa tarvitsevat sänkyä lepäämiseen ennen leikkausta, mikä ei kuulu organisaation LEIKO-

ideologiaan. Kokonaisuudessaan LEIKO-hoitajat kuvasivat, että he tunnistavat hyvin ne potilaat, jotka eivät LEIKO-toiminnan piiriin sovellu. LEIKOon soveltumattomat potilaat haastatellaan, mikäli se on mahdollista. Tämän jälkeen potilaiden leikkausprosessi toteutetaan kirurgian vuodeosastolta.

Lääkehoito

LEIKO-hoitajat kuvasivat tavanomaiseksi, että leikkausta edeltävään haastatteluun tulevilla LEIKO-potilailla on useita säännöllisesti käytössä olevia reseptilääkkeitä. Osalla LEIKO-potilaista on tarkka käsitys siitä, miten hän kotona lääkehoitoaan toteuttaa, mutta osa LEIKO-potilaista ei osaa kysyttäessä kertoa kotilääkitystään. Tämän vuoksi aikaa kuluu kotilääkityksen selvittämiseen. Osalla LEIKO-potilaista on käytössä paljon kotilääkkeitä, mikä lisää työn haastavuutta. Etenkin sähköisten lääkelistojen tekeminen LEIKO-potilaille koettiin haastavaksi. Työkokemus on kuitenkin kehittänyt lääkehoidon kirjaamista. Samoin lääkkeiden tunnistaminen lääkkeen kaupanimen perusteella koettiin haastavaksi.

Jokaisen LEIKO-potilaan kotilääkitys huomioidaan kokonaisuudessaan. Haastavaksi kuvattiin LEIKO-potilaan kotilääkityksestä jonkin tai joidenkin lääkkeiden tauotuksen tarve ennen leikkausta, mistä LEIKO-hoitajalla tulee olla ymmärrystä. Asian selvitteilyyn lääkäriltä kuluu aikaa. Tauotetun lääkkeen tilalla saatetaan aloittaa korvaava lääkitys, jonka ohjeistamiseen LEIKO-potilalle kuluu aikaa. LEIKO-potilaita ohjeistetaan yksityiskohtaisesti suullisesti ja kirjallisesti muistilapuin siitä, kuinka lääkehoitoa tulee toteuttaa kotona ennen leikkausta. Ohjeistuksesta huolimatta LEIKO-potilas ei aina toteuta lääkehoitoa itsenäisesti kotona siten kuin on ohjattu. Lisäksi leikkauksen aamu-annetaan leikkaukseen esilääkitys anestesialääkärin ohjeistuksen mukaisesti.

Kirurgin tapaamisen odottaminen

LEIKO-hoitajien mukaan kirurgit eivät ole varanneet työaikaa LEIKO-potilaan tapaamiseen ennen leikkausta. Tämän vuoksi LEIKO-potilaan ja kirurgin tapaaminen on välillä haastavaa. Ajoittain LEIKO-potilaat joutuvat odottamaan kirurgia hyvin pitkään. Pitkä odotusaika aiheuttaa ajoittain LEIKO-potilaissa negatiivisia tunteita, mutta odottaminen myös ymmärretään, kun aiheesta kerrotaan LEIKO-potilalle rakentavasti. LEIKO-hoitajat koordinoivat toimintaa muun työn ohessa.

”suurin haaste on varmaan tää, että saatais kirurgit, saatais niille joku sellanen järjestelmä, missä tota, missä ne pystyis koordinoitummin niinku, vaikka prekäynnillä katsoon omat potilaansa”

Tiukka ajankäyttö

Tavallisesti LEIKO-potilaat haastatellaan viikkoa ennen leikkausta. Haastattelut alkavat jo aamusta, ja haastattelutyössä menee koko päivä. Päivittäin haastatellaan noin 20 LEIKO-potilasta, ajoittain enemmänkin.

”sä voit kuvitella että tänään on vähän helpompi päivä sitten se voi kaatua ihan hyvin jo ei tarvii ku yks seikka siellä olla niin. Päivät ei oo samanlaisia”

Haastatteluajataulussa pysyminen tuottaa haastetta LEIKO-hoitajille, eikä aikataulussa aina pysyt. Tähän vaikuttaa jo se, että pelkkä LEIKO-potilaan haastattelu ja ohjaaminen vaativat tietyn ajan. LEIKO-potilaat ovat hyvin yksilöllisiä. LEIKO-potilaista osan ohjaamiseen kuluu enemmän aikaa kuin toisten. Samoin syöpäpotilaiden haastatteluun aikaa ei ole riittävästi. Lisäksi lääkäri saattaa tulla tapaamaan LEIKO-potilasta kesken LEIKO-hoitajan haastattelun. Tämä aika on pois LEIKO-hoitajan haastatteluajasta. Kokonaisuajataulu joustaa hieman. Kuitenkin LEIKO-potilaat ohjataan tietyn kaavan mukaisesti ja huolehditaan huomioitavat asiat loppuun, vaikka LEIKO-potilaalle varattu aika ei siihen riitä. Kokonaisuudessaan haastattelu-aika koettiin liian lyhyeksi, mutta ajankäyttöön tyydytään. Aikaa uusien asioiden opiskelulle ei koettu jäävän.

”itse siihen niinku siihen hetkeen, mikä menee potilaan kanssa, heidän kanssaan menee enemmän, siihen ei kyl se 45 minuuttia, mikä tässä rutiininomaisesti on, se ei riitä. Et ne on juuri nää suuren riskin potilaat, ne on niitä työläitä”

Näkymätön työ

Jo ennen leikkausta edeltävää haastattelua tutustutaan potilaan taustatietoihin ja valmistellaan edeltävästi potilasapereita sekä avataan potilaalle sähköisiä sairauskertomuksia valmiiksi. Työtä pyritään ennakoimaan, mutta todellisuudessa työn ennakointi on vähäistä. Haastatteluissa tulee vastaan ennalta suunnittelemattomia tilanteita, joita ratkaistaan. Työn keskeytyksiä tulee, kuten puhelimeen vastaamista. Työpäivät ovat erilaisia.

Usein haastattelun jälkeen palataan vielä potilaan tietoihin ja varmistetaan, että leikkauksen onnistumisen kannalta kaikki oleelliset asiat ovat kunnossa. Kaikkiin leikkauksiin valmistaudutaan saman kaavan mukaisesti, mutta väistämättä suuren leikkauksen yhteydessä on enemmän huomioitavia asioita.

”kun potilas on poistunut siitä haastattelutilanteesta, niin sen jälkeen vielä kootaan ne kirjalliset siinä”

Haastatteluiden ulkopuolella tehdään paljon työtä. Aikaa käytetään yhteistyökumppaneiden kanssa kommunikointiin, puhelimeen vastaamiseen, ohjeiden laatimiseen ja neuvontaan. Tutkimusten ja näytteiden järjestelemiseen ja niiden tulosten seuraamiseen sekä tarvittaessa tulokseen reagointiin kuluu aikaa. Verivarauksia tehdään paljon, ja niiden etenemistä seurataan. Potilaskohtaisia väliaikaisia lääkehoitoja järjestetään ja niiden käytännön toteuttamisesta huolehditaan. Aikaa käytetään epäselvien asioiden selvittelyyn ja potilaiden vaatteiden lajitteluun sekä kuljetuksen organisointiin. Leikkausten peruuntumiset aiheuttavat lisätyötä, samoin suunniteltuun leikkauslistaan tehtävät viime hetken muutokset.

Tiloissa parannettavaa

LEIKO-yksikön tilat ovat ahtaat eivätkä LEIKO-hoitajien kuvauksen perusteella vastaa tarvetta. Pienet tilat eivät ole toimivat. Täten korva-, nenä- ja kurkkutautien lapsipotilaille tilat eivät sovellu. Lapsen turvallisuus tiloissa on kyseenalaista, eikä fyysistä lapsenomaista mukavaa odotustilaa ole riittävästi lapselle ja vanhemmalle. Lasten toivottiin pääsevän leikkaukseen suoraan lastenosastolta.

Jokaisessa työhuoneessa on yksi työskentelypiste. LEIKO-hoitajien kuvauksen mukaan työpisteiden määrä ei ole riittävä. Tämän seurauksena tulee tilanteita, että LEIKO-hoitaja luovuttaa työpisteensä väliaikaisesti sen lääkärin käyttöön, joka saapuu tapamaan LEIKO-potilasta. Haaveena ovat lisätilat ja työpisteet, jotka helpottavat päivittäistä työskentelyä.

”sä työstät sitä, sulla on myös kaikki materiaali siinä, et sit jos siihen tulee lääkäri tai lääkäreitä useampi käymään ja siinä menee vaikka puoli tuntia, kun huone on varattu”

Aamuisin leikkauspotilaita saapuu LEIKO-yksikköön samaan aikaan paljon. Tällöin tiloja kuvattiin erityisesti ahtaaksi, mutta hyvällä organisoinnilla toiminta toimii. Potilaiden apuvälineet eivät aina mahdu tiloihin. Samoin odotustilat ovat rajalliset. Kokonaisuudessaan LEIKO-yksikössä työtä kerrottiin toteutettavan ahtaissa tiloissa, joten toisen työrauhaa joudutaan väistämättä häiritsemään. Nykyiset tilaratkaisut harmittivat selkeästi LEIKO-hoitajia.

6.5 TYÖYHTEISÖ JA HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN

Työyhteisö ja hoitotyön kehittäminen -pääluokkaan sisältyy alaluokat työyhteisö, perehtyminen, motivaatio oppia ja kehittyä työssä, päämääränä yhtenäinen toimintatapa ja työn jatkuva kehittäminen (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Työyhteisö ja hoitotyön kehittäminen

Yläluokka	Pääluokka
Työyhteisö	-> Työyhteisö ja hoitotyön kehittäminen
Perehtyminen	
Motivaatio oppia ja kehittyä työssä	
Päämääränä yhtenäinen toimintatapa	
Työn jatkuva kehittäminen	

Työyhteisö

Omaa työyhteisöään LEIKO-hoitajat kuvasivat pieneksi ja sellaiseksi, jossa on hyvä tehdä töitä. Töissä viihdytään, koska työ miellettiin sisällöllisesti monipuoliseksi ja mielekkääksi.

”Ne on meille sellasia hauskoja, meidän työn iloa, pieniä juttuja”

Yhdeksi työn parhaista puolista nimettiin LEIKO-potilaiden kohtaaminen ja heidän antamansa positiivinen palaute tehdystä työstä. Työtä kuvailtiin myös sanalla rikas. Kaikilla LEIKO-hoitajilla on erilainen työhistoria, mutta jokaisen oma persoonallinen tapa tehdä työtä nähtiin työyhteisön vahvuudeksi.

”tänään oli just puhettakin tuolla että aika hyvä porukka meitä on”

Perehtyminen

Puoli vuotta toiminnan aloittamisen jälkeen LEIKO-hoitajat kuvasivat pääasiassa tehneensä työtä tietyn erikoisalan parissa tai tietyssä työpisteessä. Haastattelu- ja ohjausrunkoja oli osittain tehty, mutta niitä oli edelleen tekemättä. Syyksi kuvattiin työajan puutetta. Työkavereita perehdytetään, mutta myös perehtyminen on kesken ajanpuutteen vuoksi. Tämä kuvattiin haastavaksi tilanteeksi, koska LEIKO-hoitajan on vaikea ohjata LEIKO-potilasta, ellei ole itse perehtynyt aiheeseen, jota ohjaa.

”Tällä hetkellä osittain tekemättä sellaiset yhteiset rungot ja niistä ois ainakin mun taustoilla hirveesti hyötyä” ”hän tänään kävi näyttämässä omat tälläset prehaastattelu-runkonsa erityyppisille potilaille”

Kaikki LEIKO-hoitajat eivät siis ole päässeet tekemään kaikkea työtä, kuten on suunniteltu. Työkokemus kuitenkin opettaa, ja LEIKO-hoitajien asiantuntemus lisääntyy kaiken aikaa. Lisäksi työssä tulee vastaan uusia tilanteita, joihin ei ole ennalta varauduttu. Työtä kuvailtiin myös sanalla kaavamainen.

Motivaatio oppia ja kehittyä työssä

LEIKO-hoitajien haastattelussa ilmeni heidän halunsa oppia uutta ja päästä tekemään tulevaisuudessa kaikkia työtehtäviä kaikkiin työpisteisiin. Kehittymis- ja oppimistarvetta edelleen on, koska eri erikoisalojen erikoisosaaminen tuo lisähaastetta, ja osaamisen kuvattiin olevan nykyään puutteellista. Samoin kokemattomuus työstä lisää työn haastavuutta. Kuitenkin tulevaisuudessa nähdään tilanne, jossa kaikki LEIKO-hoitajat haastattelevat sekaisin kaikkien erikoisalojen kaikkia potilaita.

”kyllä mä luulen että mä viihdyn tässä sillä lailla kunhan mä nyt vielä pääsen noihin haastatteluihin ihan täydellä painolla painolla sitten kiinni”

Päämääränä yhtenäinen toimintatapa

Eri erikoisaloilla työskentelyssä on erilaisia painotuksia, koska erikoisalan ominaispiirteet ja potilasryhmät tuovat tiettyjä vaatimuksia työhön. Nämä tulee huomioida ja niihin tulee vastata LEIKO-potilaan haastattelussa ja ohjaamisessa. Lisäksi eri erikoisalat ovat tuoneet LEIKO-yksikköön erilaisia toimintakulttuureita. Puoli vuotta toiminnan aloituksen jälkeen täydellistä yhtenäisyyttä toiminnassa ei kuvattu olevan. Tavoitteeksi LEI-

KO-hoitajat kuvasivat, että toiminta olisi tulevaisuudessa yhdenmukaista, erikoisalasta riippumatta. Yhdenmukainen toiminta kuvattiin järkeväksi ja sen koettiin lisäävän turvallisuutta LEIKO-potilaiden sekä hoitajien keskuudessa.

Työn jatkuva kehittäminen

Ensimmäisen puolen vuoden aikana toimintavoissa on tehty pieniä käytännön muutoksia, joiden myötä toiminta on muotoutunut koko ajan. Lisäksi muutamia kuukausia toiminnan aloittamisen jälkeen LEIKO-yksikköön oli tullut vielä yksi erikoisala lisää. Halu toiminnan kehittämiseen LEIKO-hoitajien keskuudessa ilmeni vahvaksi.

”ei kukaan meistä ei sillalailla ole tyytyväinen, et ruvetaan lepään laakereilla, et meillä on ny täällä leikossa valmista” ” on sellanen fiilis et kehitetään tätä hommaa”

Kehittämiskohteista toivottiin keskusteltavan myös yhteistyötä tekevien ammattiryhmien ja yksiköiden kesken. Keskusteluareenaksi esitettiin yhteisiä kokouksia, joihin edes osalla LEIKO-hoitajista olisi mahdollisuus päästä osallistumaan. Vierailukäynnistä toisen organisaation LEIKO-yksikköön oltiin kiinnostuneita. Hyvistä ja toimivista työskentelytavoista on keskusteltu työyhteisön sisällä. Tietyn hoitajan hyvä toimintatapa jossain tietyssä asiassa on työyhteisössä tunnustettu. Tämän johdosta myös muut LEIKO-hoitajat kertoivat ottaneensa hyväksi havaitun käytännön käyttöön omassa päivittäisessä työskentelyssään. Kokonaisuudessaan toimintatavat LEIKO-yksikössä nähtiin joustaviksi. Myönteiseksi asiaksi koettiin, että LEIKO-hoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa toiminnan kehittämiseen.

Myönteisesti suhtauduttiin puhelinhaastatteluihin, jotka olivat uutta kaikille LEIKO-hoitajille. Samoin suhtautuminen sähköiseen ohjaamiseen terminä oli enimmäkseen positiivista, vaikka sähköisestä ohjaamisesta ei ollut LEIKO-hoitajilla kokemusta. LEIKO-hoitajien mukaan sähköinen ohjaaminen on tulossa. Kokemusta sähköisestä ohjaamisesta ei kuitenkaan LEIKO-hoitajien keskuudessa ole. Positiivisesti suhtaudutaan työskentelyä selkiyttävään tai helpottavaan muutokseen, kuten sähköisiin esitietolomakkeisiin. Myös sähköisen ohjaamisen uskottiin soveltuvan nuorille ja työikäisille, mutta ei ikääntyneille, jotka eivät muutoinkaan käytä tietokonetta. Leikkausta edeltävän ohjauksen sähköistämistä ei nähty mahdollisena, koska sen ei uskottu korvaavan kasvotusten tapahtuvaa ohjausta, jota tarvitaan etenkin ikääntyneiden ihmisten kanssa. Kui-

tenkin koettiin, että papereiden määrää tulisi vähentää LEIKO-yksikössä. Vastaavasti tietotekniikan toimivuus on haaste, ja tietotekniikka hidastaa työskentelyä.

6.6 TULOSTEN YHTEENVETO

LEIKO-potilaat LEIKO-hoitajien kuvaamana, LEIKO-toiminta LEIKO-hoitajien kuvaamana, leikkausta edeltävä hoitotyö, hoitotyön haasteet LEIKO-toiminnassa sekä työyhteisö ja hoitotyön kehittäminen -pääluokkia yhdistävä ydinkategoria on LEIKO-hoitajan työnsisältö.

7 POHDINTA

Pohdinnassa tarkastellaan opinnäytetyön eettisiä kysymyksiä ja luotettavuutta. Opinnäytetyön tuloksia tarkastellaan vastataan tutkimuskysymyksiin ja esitetään opinnäytetyön johtopäätökset.

7.1 EETTISYYS

Etiikka ja eettisyys ovat keskeinen osa opinnäytetyöprosessia (Kylmä & Juvakka 2007, 27.) Opinnäytetyön aihevalinta oli ensimmäinen eettinen ratkaisu, jota opinnäytetyön tekijän tuli pohtia aihetta valitessaan ja arvioidessaan aiheen merkitystä yhteiskunnan sekä hoitotyön kehittämisen näkökulmasta ennen opinnäytetyöprosessin aloitusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). LEIKKO-toiminta kiinnostaa aiheena opinnäytetyön tekijää, joka sairaanhoitajana hoitaa kirurgisia potilaita päivittäin. Etenkin toimintatavan muutos, sen onnistuminen ja vaikutukset kiinnostavat, sekä se, miten niihin on pystytty vastaamaan. Lopullinen tutkimusaihe ja menetelmä sekä opinnäytetyön kohdejoukko on valittu yhteistyössä keskustellen yhteistyöorganisaation edustajan kanssa siten, että opinnäytetyö vastaa kummankin toimijan tavoitteita.

Aikaisempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia on kunnioitettu ja arvostettu, ja ne on huomioitu joulukuussa 2013 tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa. Tuloksista ilmeni, että aihetta on hoitotyön näkökulmasta tutkittu hyvin vähän. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Plagioinnin estämiseksi opinnäytetyössä on käytetty lähdeviitteitä muiden tekstiin viitattaessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182.)

Päämääränä oli toteuttaa opinnäytetyö hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti, joten opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa ennen työn toteuttamista keväällä 2014 (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132). Tutkimuslupa myönnettiin opinnäytetyön tekijälle 6.3.2014. Lisäksi täytettiin kirjallinen sopimus opinnäytetyön tekemisestä yhteistyöorganisaation, opinnäytetyön tekijän ja Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kesken. Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tähän opinnäytetyöhön tarvittu, koska haastateltavien kohderyhmä oli terveydenhuollon hoitohenkilöstö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 181.)

LEIKO-hoitajat valikoituivat tiedonantajiksi, koska opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneita toiminnasta hoitotyön näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 149). Sairaanhoidajan kliinistä työtä ohjaavat sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Eettisissä ohjeissa todetaan, että sairaanhoidajan tulee sitoutua ammatin sisällön syventämiseen, tieteellisyyden edistämiseen ja koulutuksen kehittämiseen. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2014; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 192.) Täten voidaan todeta, että opinnäytetyöhön osallistuminen haastateltavana eli tiedonantajana oli LEIKO-hoitajan eettinen velvollisuus. Vastaavasti myös opinnäytetyön tekijä oli sairaanhoidajana velvollinen noudattamaan sairaanhoidajan eettisiä ohjeita. Myös sairaanhoidajan asiantuntijuuden kasvun tuli edistää ihmisten hyvää oloa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 192; Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 2014.) Tämän voidaan todeta toteutuneen opinnäytetyön tulosten perusteella; niiden pohjalta opinnäytetyössä on esitetty kehittämissuunnitelmia LEIKO-toimintaan.

Tietoinen suostumuslomake on laadittu muotoillen Tampereen ammattikorkeakoulun valmista lomakepohjaa, joka on ulkoasultaan ja sisällöltään asiallinen sekä neutraali. Tämä on eettisesti hyväksyttävä toimintatapa. Tämä lomake sisälsi informaation opinnäytetyön tarkoituksesta, menettelytavoista ja kestosta. Lisäksi opinnäytetyön vapaaehtoisuudesta, aineiston säilyttämisestä ja valmiin opinnäytetyön julkaisemisesta sekä tulosten käyttökohteesta informoitiin, koska haastateltavien LEIKO-hoitajien oli oikeus tietää nämä asiat ennen haastattelutilannetta (Kylmä & Juvakka 2007 149, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131).

Opinnäytetyöstä tiedotettiin suullisesti LEIKO-hoitajia ennalta sovitussa informaatiotilaisuudessa, ja tietoisien suostumuksen lomakkeet ja teemahaastattelun teemarungot jätettiin kirjallisessa muodossa LEIKO-yksikköön LEIKO-hoitajien luettavaksi. Täten LEIKO-hoitajilla oli aikaa tutustua aiheeseen. Jokaisen yksilöhaastattelun alussa opinnäytetyön tekijä kertoi vielä haastateltavalle LEIKO-hoitajalle lyhyesti opinnäytetyöstä ja siitä, että haastattelu nauhoitetaan. Kuitenkaan informoidun tiedon ymmärtämistä ja sen sisäistämistä ei enää erikseen LEIKO-hoitajilta varmistettu (Kylmä & Juvakka 2007, 150). Kaikki haastateltavat LEIKO-hoitajat ja opinnäytetyön tekijä sitoutuivat allekirjoituksellaan opinnäytetyöhön tietoisien suostumuslomakkeen mukaisesti.

LEIKO-hoitajia haastateltaessa kunnioitettiin heidän itsemääräämisoikeuttaan, jonka perusteella heillä oli oikeus olla osallistumatta tai keskeyttää osallistuminen. Heillä oli

myös mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä aiheesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 149; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Haastateltavia kohdeltiin tasa-arvoisesti. Oikeudenmukaisuus toteutui, koska tutkimuksessa haastateltiin kaikki kuusi sairaanhoitajan ammattinimikkeellä työskentelevää LEIKO-hoitajaa, jotka työskentelevät LEIKO-yksikössä. Voidaan siis todeta, että haastateltavat muodostivat tasa-arvoisen otoksen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179).

Merkittävää riskiä sille, että aihe olisi loukannut haastateltavien LEIKO-hoitajien oikeuksia tai uhannut heidän hyvinvointiaan, ei ollut, koska LEIKO-hoitajat kuvasivat omaa työtään eikä aiheen lähestymistapa ollut erityisen sensitiivinen. Haastatteluissa oli havaittavissa aivan pientä tunnelatausta työn aikataulutuksesta ja tilojen toimivuudesta keskusteltaessa, mutta tilanteet etenivät kuitenkin luontevasti eteenpäin. Tosin opinnäytetyön tekijä ei ole keskustellut aiheen sensitiivisyydestä haastateltavien LEIKO-hoitajien kanssa, joten näkökanta on yksipuolinen. (Kylmä & Juvakka 2007, 144; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Opinnäytetyön haastatteluun osallistuneille LEIKO-hoitajille voidaan todeta olleen hyötyä opinnäytetyöhön osallistumisesta, koska heille annettiin mahdollisuus kertoa vapaasti oma näkemyksensä aiheesta. Opinnäytetyön tulokset ovat pääosin positiivisia LEIKO-hoitajien näkökulmasta tarkasteltuna, millä voi olla voimaannuttava ja työhyvinvointia edistävä vaikutus LEIKO-hoitajien keskuudessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 148.)

Haasteltavien LEIKO-hoitajien ryhmä oli pieni, joten haastateltavien taustatietoja ei kerätty, eikä se ollut edes tutkimusasetelman näkökulmasta tarpeellista. Anonymiteetti toteutui, kun tutkimushaastattelut ja auki kirjoitetut haastattelut kirjoitettiin nimettöminä. Näin pyrittiin varmistamaan se, ettei LEIKO-hoitajien lähipiiri pysty tunnistamaan yksittäistä LEIKO-hoitajaa vastauksista. (Kylmä & Juvakka 2007, 180; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Auki kirjoitetut haastattelut säilytettiin huolellisesti siten, että aineisto ei ollut ulkopuolisten henkilöiden saatavissa opinnäytetyöprosessin missään vaiheessa. Aineistoa ei myöskään ole luovutettu ulkopuolisille, eikä tietoa ole käytetty muuhun tarkoitukseen. Opinnäytetyön tekijä vastaa aineiston vastuullisesta säilyttämisestä. (Mäkinen 2006, 120; Kylmä & Juvakka 2007, 111; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Ulkopuolista apua ei ole käytetty tekstien auki kirjoittamisessa tai aineistonanalyysin tekemisessä, joten tieto ei

ole päässyt leviämään ulkopuolisille (Kylmä & Juvakka 2007, 153). Kun opinnäytetyö valmistuu, opinnäytetyön tekijä sitoutuu tuhoamaan asianmukaisesti kaiken aineiston, kuten tietoisuuden lomakkeessa on sovittu (Mäkinen 2006, 120).

Opinnäytetyöprosessissa on pyritty noudattamaan eettisesti kestäviä tutkimuksen toteutus- ja arviointimenetelmiä. Koko opinnäytetyöprosessin ajan noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Haastatteluita auki kirjoittaessaan opinnäytetyön tekijä tunnisti muutamia tilanteita, joihin pystyi samaistumaan LEIKO-hoitajien kuvausten perusteella. Pyrkimyksenä oli kuitenkin edetä tavoitteellisesti ja analyyttisesti, mutta luovuus ja myötäelämisen taitokin ovat hyviä kykyjä opinnäytetyön tekijälle. Tietoisesti mitään lausetta tai kommenttia opinnäytetyön tekijä ei ole halunnut sisällönanalyysiprosessissa jättää huomioimatta, mutta epähuomiossa näin on saattanut tapahtua. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Sisällönanalyysin vaiheet on kirjoitettu auki tekstiin. Tämän johdosta opinnäytetyön lukijalla on mahdollista seurata tulosten analyysiprosessin etenemistä konkreettisesti alusta loppuun. Tämä lisää tulosten läpinäkyvyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182.)

Tulokset on kuitenkin raportoitu sisältöä muuttamatta siten, että ne tuottavat uutta tietoa aiheesta, mutta ovat samanaikaisesti mahdollisimman hienotunteisia, avoimia ja luottamuksellisia (Kylmä & Juvakka 2007, 151–152, 154). Tutkimuslupaa haettaessa sovittiin yhteistyöorganisaation kanssa, ettei sen nimeä opinnäytetyössä julkaista. Tätä sopimusta opinnäytetyöntekijä on koko opinnäytetyöprosessin ajan noudattanut. (Mäkinen 2006, 114; Tuomi & Sarajarvi 2009, 131.)

Opinnäytetyön vastuuhenkilönä toimi opinnäytetyön tekijä itse. Tämä tieto ilmeni myös tietoisuuden lomakkeesta. Koko opinnäytetyöprosessin ajan taustalla vaikuttivat Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä ohjaava opettaja ja yhteistyöorganisaation osastonhoitaja, joka tutkimusluvassa tehtävään nimettiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 149.)

7.2 LUOTETTAVUUS

Päämääränä on ollut tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa opinnäytetyön aiheesta, virheitä välttämällä. Luotettavuuden tarkastelussa on huomioitu laadullisen tutkimuksen tyypilliset luotettavuuskriteerit vahvistettavuus, uskottavuus, siirrettävyys ja refleksiivi-

syys. Lisäksi opinnäytetyöprosessia on tarkasteltu luotettavuuden näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Opinnäytetyössä vahvistettavuus toteutuu, kun toinen henkilö pystyy seuraamaan opinnäytetyön etenemistä vaihe vaiheelta selkeän kuvauksen perusteella. Todellisuus saattaa kuitenkin olla erilainen toisen ihmisen tarkastelemana kuin opinnäytetyön tekijän kuvaamana. Tämän laadullinen tutkimus hyväksyy, eikä tämä merkitse luotettavuusongelmaa. Sen sijaan erilaiset tulkinnat lisäävät ymmärrystä opinnäytetyön aiheesta ja ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Toinen aiheeseen perehtynyt henkilö voi analysoida aineiston ja arvioida, vastaako se todellisuutta. Yksimielisyyden tulee olla yli 80 %, jotta analyysin tulokset ovat luotettavia. (Elo ym. 2011, 138–148.) Tämä ei toteudu tässä opinnäytetyössä, koska opinnäytetyön tekijöitä on vain yksi.

Uskottavuus osoittaa, että opinnäytetyö ja sen tulokset ovat uskottavia ja ne pystytään osoittamaan todeksi (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Opinnäytetyön tekijä antoi valmiit opinnäytetyön tulokset luettavaksi LEIKO-hoitajille ja he hyväksyivät opinnäytetyön tulokset. Tämä lisää opinnäytetyön uskottavuutta ja sen toteutumista käytännössä, kun tulokset vastaavat haastateltavien LEIKO-hoitajien käsitystä tutkittavasta aiheesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128; Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.)

Opinnäytetyöprosessi on kestänyt kokonaisuudessaan vuoden. Tämä voidaan katsoa toiseksi uskottavuutta lisääväksi tekijäksi, sillä vuosi on riittävän pitkä aika työskennellä aiheen parissa, jotta opinnäytetyön tekijä on pystynyt ymmärtämään myös LEIKO-hoitajien näkökulman aiheesta (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Uskottavuuden arvioinnin tueksi opinnäytetyön tuloksia on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi. Näin ulkopuolinen lukija pystyy ymmärtämään, miten sisällönanalyysi on toteutettu käytännössä. Tämän johdosta tekstissä on vaihe vaiheelta kuvattu sisällönanalyysin kaikki vaiheet auki taulukoissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Siirrettävyyden toteutuminen on pyritty varmistamaan opinnäytetyössä, jotta ulkopuolinen lukija pystyy seuraamaan opinnäytetyöprosessia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Opinnäytetyössä teoreettiset lähtökohdat pyrkivät vastaamaan keskeisten käsitteiden määrittelystä. Toimintaympäristön kuvaus-otsikon alla on kuvattu toimintaympäristö, jossa opinnäytetyö toteutettiin. Aikaisemmista aiheeseen liittyvistä tutkimuksista on tehty raportti liitteeksi. Tutkimusmenetelmä-otsikon alle on kirjoitettu

kohderyhmän kuvausta. Siinä kerrotaan osallistujien valinta ja heidän taustatietonsa. Lisäksi lukuun on kirjoitettu selkeästi auki aineistonkeruun käytännön toteuttaminen ja aineiston sisällönanalyysin vaiheet. Tulokset on esitetty omana lukuinaan, joihin on liitetty autenttisia lainauksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.) Näin pyritään lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta. Tulokset ovat siirrettävissä toiseen, vastaavanlaiseen tilanteeseen tai ympäristöön, sillä työ sisältää kuvailevaa tietoa haastateltavista ja toimintaympäristöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138). Näin ollen työn siirrettävyys toteutuu. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt opinnäytetyöprosessissa loogiseen kokonaisuuteen, jota myös ulkopuolisen lukija olisi mahdollisimman helppo seurata (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Refleksiivisyyden edellytyksenä on, että opinnäytetyön tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tekijänä ja kykenee arvioimaan niiden vaikutusta aineistoonsa ja tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129). Opinnäytetyön rajoittavana tekijänä voidaan nähdä, että tekijän taidot tehdä tieteellistä tutkimusta ovat kohtalaiset, vaikka kehittymistä on tapahtunut opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön tekijän kokemattomuus varmasti näkyy sisällönanalyysin ja opinnäytetyön toteutuksessa. Vastaavasti vahvuutena opinnäytetyössä voidaan nähdä opinnäytetyön tekijän sitoutuneisuus opinnäytetyöhön ja ajanhallintataidot: työ on toteutettu loppuun suunnitellussa aikataulussa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Lisäksi opinnäytetyön tekijä on etsinyt aktiivisesti tietoa ja käyttänyt hyödyksi ohjaavan opettajan ohjeistusta.

Opinnäytetyön tekijä on ammatiltaan sairaanhoitaja, ja hän tarkastelee opinnäytetyössään hoitotyön näkökulmasta toiminnan arviointia LEIKO-yksikössä. Vahvuutena voidaan pitää opinnäytetyön tekijän taustatuntemusta opinnäytetyön aiheesta. Toisaalta puolueettomuusnäkökulman voi kyseenalaistaa, koska riskinä on suppea tai yksipuolinen tarkastelunäkökulma opinnäytetyön aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136). Triangulaatio olisi lisännyt tämän opinnäytetyön luotettavuutta, joten sen puute voidaan arvioida luotettavuutta heikentävänä tekijänä. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten metodien, usean tekijän ja tietolähteen tai teorian yhdistämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143.)

Opinnäytetyön tekeminen LEIKO-toiminnasta tuntui tärkeältä, koska aihetta ei ole juurikaan Suomessa tutkittu hoitotyön näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksen perusteella näyttää siltä, että aikaisemmat tieteelliset tutkimukset käsittelivät aihetta lääketieteen

näkökulmasta. Hoitotyön näkökulmasta tehdyn tutkimuksen vähäisyys toi haastetta kirjallisuuskatsauksen toteuttamiseen sekä teoreettiset lähtökohdat -osion kirjoittamiseen. Laisin (2012, 8) mukaan LEIKO-toiminta on kuitenkin nykyään yleisesti käytetty tapa saapua ennalta suunniteltuun leikkaukseen, joten opinnäytetyön aihe on ajankohtainen.

Tutkittu tieto vahvistaa tietoa kliinisestä hoitotyöstä ja hoitotyön laadukkuutta (Vehviläinen-Julkunen 2008, 1–2). Kliinisen hoitotyön asiantuntijan tehtävänä on levittää tutkittua tietoa käytännön hoitotyöhön, mikä tukee opinnäytetyön merkitystä käytännön hoitotyössä sekä sen kehittämisessä LEIKO-potilaille soveltuvammaksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 195).

Opinnäytetyöhön valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä, koska opinnäytetyön kohteena olivat LEIKO-hoitajat ja heidän työympäristönsä. Teemahaastattelu sopi aineistonkeruumenetelmäksi vähän kartoitetun tai tuntemattoman LEIKO-aihepiirin selvittelyyn (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 76; Hirsjärvi ym. 2009, 205). Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin yksilöhaastattelua, joka mahdollisti haastateltavien havainnoinnin haastattelutilanteessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Kuitenkin havainnoinnin hyödyntäminen jäi opinnäytetyössä hyvin niukaksi opinnäytetyön tekijän kokemattomuuden vuoksi.

Tiedonantajaksi opinnäytetyöhön valittiin kuusi LEIKO-hoitajaa, koska opinnäytetyössä ollaan kiinnostuneista heidän toteuttamastaan ohjauksesta ja työnkuvasta, joka on opinnäytetyön tutkimustehtävänä (Kylmä & Juvakka 2007, 21). Aineistonkeruu oli haastavaa ja aikaa vievää opinnäytetyön tekijälle, koska hän haastatteli itse kaikki kuusi LEIKO-hoitajaa. Ensimmäinen haastattelu oli opinnäytetyön tekijälle jännittävin. Haastateltava LEIKO-hoitaja otti opinnäytetyön tekijän hyvin vastaan ja oli hyvin sitoutunut haastatteluun. Haastattelu sujui hyvin, mikä toi opinnäytetyön tekijälle lisävarmuutta haastattelutilanteisiin. Samoin neljä seuraavaa haastattelua onnistuivat ongelmitta. Kuidennettua haastattelun kohdalla opinnäytetyön tekijä koki jo väsymystä, koska haastatteluprosessi oli vaativa kokemattomalle haastattelijalle. Vaativuutta lisäsi se, että opinnäytetyön tekijä kirjoitti haastattelut auki itse välittömästi haastattelutilanteiden jälkeen, mistä auki kirjoitettua tekstiä muodostui 56 sivua (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72, 109). Nauhoitetun tekstin kirjoittaminen sanatarkasti auki oli haastavaa ja vaati erityistä tarkkuutta. Kokonaisuudessaan teemahaastattelun teemat oli muotoiltu hyvin ja yksilöhaastatteluiden toteutus onnistui ongelmitta. Opinnäytetyöhön saatiin kerättyä hyvä ja luotettava aineisto.

Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijä toteutti itsenäisesti aineistolähtöisen sisällönanalyysin soveltamalla sisällönanalyysin teoretietoa käytäntöön. Ensin opinnäytetyöntekijä sai muodostettua pelkistetyt ilmaukset, alaluokat, yläluokat ja pääluokat, mutta ne olivat liian laajat ilman logiikkaa ja täten käyttökelvottomat. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 112.) Tämän vuoksi opinnäytetyön tekijä palasi uudelleen alaluokkiin ja analysoi sisällönanalyysin uudelleen loppuun, mistä muodostuivat opinnäytetyön tulokset. Sisällönanalyysi kuvaa opinnäytetyön aihetta tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajarvi 2009, 103). Aineiston analyysimenetelmän riskinä on, että opinnäytetyön tekijä on kuvannut tulokset, mutta ei ole pystynyt tekemään johtopäätöksiä tuloksista. Tämä on opinnäytetyössä mahdollista, koska opinnäytetyön tekijän aikaisempi kokemus sisällönanalyysin itsenäisestä toteuttamisesta oli vähäinen.

7.3 TULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ilmiönä LEIKO-yksikössä toteutettua potilaan leikkausta edeltävää ohjausta ja kuvata LEIKO-hoitajan työnkuvaa LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Laadullisella tutkimusmenetelmällä opinnäytetyö on pystynyt tuottamaan tietoa aiheesta. Tuloksista muodostui viisi pääluokkaa, jotka ovat LEIKO-potilaat LEIKO-hoitajien kuvaamana, LEIKO-toiminta LEIKO-hoitajien kuvaamana, leikkausta edeltävä hoitotyö, hoitotyön haasteet LEIKO-toiminnassa sekä työyhteisö ja hoitotyön kehittäminen Pääluokkia yhdistäväksi ydinkategoriaksi muodostui LEIKO-hoitajan työn sisältö. Nämä tulokset vastaavat ensimmäiseen ja toiseen tutkimustehtävään. Tutkimustehtävät olivat seuraavat: 1) Miten LEIKO-hoitajat kokevat potilaslähtöisen leikkausta edeltävän ohjauksen toteutuvan? 2) Minkälaisena LEIKO-hoitajat kokevat oman työnkuvansa.

LEIKO-potilaiksi soveltuvat kaikkien erikoisalojen potilaat, lapset ja vanhukset. Suurtenkin leikkausten esivalmistelut voidaan tehdä LEIKO-yksikössä. (Keränen, Laine & Tohmo 2004, 4739–4743; Keränen 2006, 1412–1413.) Opinnäytetyön tulokset tukevat aikaisempaa tietoa aiheesta, mutta lapsipotilaiden ei koettu soveltuvan LEIKO-toimintaan tilojen ahtauden takia. Lisäksi LEIKO-hoitajat kuvasivat, että kaikenikäisiä LEIKO-potilaita kohdellaan tasavertaisesti ja potilaslähtöisesti.

LEIKO-toiminta vaatii potilaiden tehokasta informointia, joten LEIKO-toiminnan haasteena on potilaan informointi ja sen parantaminen (Keränen 2006, 1412–1413; Keränen ym. 2006, 3603–3607). LEIKO-toimintatapaa kuvattiin potilaalle haastavaksi toimintatavaksi opinnäytetyön tuloksissa. Tämä lisää ohjaamisen tärkeyttä, joten leikkausta edeltävää potilasohjausta kuvattiin toteutettavan suullisesti ja kirjallisesti. Ohjauksen tavoitteena on saada motivoitua potilas ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja itsehoitosta sekä edistää potilaan itsenäistä selviytymistä kotona (Lunnela 2011, 26–27; Kankkunen yms. 2012, 201–215). Tuloksista ilmeni, että ohjauksen jälkeen vielä testataan, onko LEIKO-potilas ymmärtänyt annetun ohjauksen. Myös Eloranta ym. (2008, 115–125) toteavat, että on varmistettava annetun ohjauksen ymmärtäminen sekä se, että potilas pystyy toimimaan ohjeiden mukaisesti omassa tilanteessaan.

Tuloksissa LEIKO-potilaiden kokemukset kuvattiin yksilöllisinä. Opinnäytetyön tekijä ajattelee, että tähän varmasti vaikuttaa se, että toimintamalli vaatii potilailta itsenäisyyttä toteuttaa leikkausvalmistelut kotona. Potilaan tulee tietää, mihin otetaan yhteyttä ongelmatilanteissa (Lunnela 2011, 31). Samoin opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että LEIKO-potilaille annetaan yhteystiedot ongelmatilanteita varten. LEIKO-potilaan taustatiedot ja hänen henkilökohtaiset ohjaustarpeensa tunnistetaan ja niihin vastataan. Edelleen myös Kankkunen ym. (2012, 201–215) toteavat, että erityisesti ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota potilaisiin, joiden fyysinen tai sosiaalinen toimintakyky on alentunut, sekä ikääntyneisiin ja yksinasuviin potilaisiin.

Opinnäytetyön tulosten mukaan työikäisten LEIKO-potilaiden leikkausta edeltävää ohjausta toteutetaan puhelinohjauksena, joka soveltuu hyvin nuorille ja työikäisille ohjausmenetelmäksi. Puhelinohjauksen määrää suunniteltiin lisättävän. Onnistuneesti toteutettu puhelinhaastattelu vaikuttaa positiivisesti ohjattuun potilaaseen, ohjauksen toteutetaan organisaatioon ja koko terveydenhuoltojärjestelmään. (Kyngäs ym. 2012, 216–131.) Hyvin toteutettu ohjaus vaikuttaa suoraan potilaan elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon, voimaantumiseen ja kuntoutumiseen sekä vähentää potilaan pelkoa (Lunnela 2011, 35; Aho ym. 2012, 114–124).

Opinnäytetyön tuloksista ei ilmennyt varsinaiseen ohjaukseen liittyviä puutteita. Tulosten mukaan ohjauksen haasteeksi ilmeni perehtyminen, joka oli edelleen kesken. Vastavasti LEIKO-toiminnan vahvuutena on hyvä työyhteisö sekä motivaatio oppia ja kehittyä työssä.

LEIKO-toiminta yhdistää pre- ja perioperatiivista hoitotyötä, koska eri toimijoiden välinen yhteistyö on parantunut, mikä on tärkeää (Ruuska 2008, 4–5; Tohmo 2010, 310–311). Kuitenkaan opinnäytetyön tulokset eivät osoittaneet selkeää pre- ja perioperatiivisen toiminnan yhdistymistä: ainoastaan todettiin toiminnan olevan osa keskusleikkausosaston alaista toimintaa. LEIKO-toiminnassa korostuu eri ammattiryhmien välinen moni- tai yhteisammattillinen yhteistyö, jossa eri ammattiryhmien osaaminen ja työkokemus suunnataan tehokkaasti potilaaseen ja potilaan tarpeisiin, koska kaikki työskentelevät fyysisesti samassa tilassa. Eri ammattiryhmiin kuuluvia henkilöitä ovat LEIKO-haastattelijat, hoidonvaraajat, leikkaussalissa työskentelevät sairaanhoitajat, kirurgit ja anestesia lääkärit. (Keränen ym. 2006, 3603–3607; Tohmo 2010, 310–311.) Myös opinnäytetyön tuloksista nousi esiin moniammattillisen yhteistyön parantuminen LEIKO-toiminnan myötä. Kuitenkin tulokset osoittavat, että yhteistyötä tehdään aktiivisesti edellä kuvattua laajemmin, esimerkiksi radiologian ja laboratorion sekä tukipalveluihin kuuluvien toimijoiden kanssa.

Keränen (2006, 1412–1413) sanoo, että LEIKO-hoitajien työnkuva on muuttunut LEIKO-toiminnan myötä perushoidosta vuorovaikutukseen potilaan kanssa ja lääketieteellisen tiedon jakamiseen. Kuitenkin opinnäytetyön tulosten mukaan leikkausta edeltävän haastattelun toteuttaneella LEIKO-hoitajalla kuvattiin syntyvän LEIKO-potilaan kanssa hoitosuhde, joka on enemmän kuin vuorovaikutussuhde. Lääketieteellisen tiedon jakamisesta LEIKO-potilaille tuloksista nousi esille, että aiheesta kertovat LEIKO-potilaalle leikkaava lääkäri ja tilanteen mukaan myös anestesia lääkäri. Tämän jälkeen LEIKO-hoitaja kertoo LEIKO-potilaan kanssa sitä lääketieteellistä informaatiota, jonka lääkäri on jo potilaalle kertonut. Edelleen ajoittain LEIKO-hoitajat auttavat potilaita päivittäisissä toiminnoissa, mikäli LEIKO-potilas ei päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti selviydy, mutta hän on valikoitunut LEIKO-potilaaksi.

Opinnäytetyön tulosten mukaan LEIKO-hoitajan työnkuvaa ei kuvattu uudeksi, koska samansisältöistä työtä on tehty organisaatiossa kahden kirurgian vuodeosaston yhteydessä jo aiemmin. Ero nykyiseen toimintaan on se, että toiminta organisoitu ja johdettu eri lailla. Edelleen kuvattiin tehtävän sisällöllisesti samaa työtä, mutta fyysisesti eri ympäristössä. Tohmon (2010, 310–311) mukaan hoitajat ovat tyytyväisiä LEIKO-toiminnan tuomaan muutokseen, ja myös tämän opinnäytetyön tuloksista ilmeni LEIKO-hoitajien tyytyväisyys nykyiseen LEIKO-toimintatapaan.

Tuloksista nousi esille, että LEIKO-potilaan psyykkinen hyvinvointi huomioidaan ja samoin potilaan mahdollinen syöpäsairaus. Se, kuinka tärkeää psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin huomiointi LEIKO-yksikössä on, herätti LEIKO-hoitajissa erilaisia näkemyksiä. Osa koki asian erittäin tärkeänä ja osa ei niinkään merkityksellisenä. Opin- näytetyön tekijä uskoo, että tähän vaikuttaa se, kuinka paljon LEIKO-hoitajilla on aikai- sempaa työkokemusta potilaiden henkisen tuen tarpeesta.

Opinnäytetyön tuloksista ei noussut esille tietotekniikan taitojen hallitsemista, jonka opinnäytetyön tekijä voisi ajatella sisältyvän työnkuvaan LEIKO-yksikössä. Kokonai- suudessaan voidaan todeta, että ensimmäinen tutkimustehtävä, jossa kuvattiin ohjaamis- ta, voidaan sisällyttää toiseen tutkimustehtävään, joka kuvasi LEIKO-hoitajan työnku- vaa.

Tuloksissa pääluokiksi nousi LEIKO-potilas LEIKO-hoitajien kuvaamana ja LEIKO- toiminta LEIKO-hoitajien kuvaamana. Opinnäytetyön tekijä ajattelee, että LEIKO- potilas ja LEIKO-toiminta tulee olla kuvattuna opinnäytetyössä. Näin tuloksista tulee ilmi, minkäinen on yhteistyö organisaation LEIKO-potilas ja LEIKO-toiminnan toimin- ta ympäristö. Leikkausta edeltävä hoitotyö pääluokka kuvaa leikkausta edeltävää ohja- usta ja tuottaa tietoa LEIKO-potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen onnistumisesta LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Hoito- työn haasteet LEIKO-toiminnassa sekä työyhteisö ja hoitotyön kehittäminen pääluokat tuovat yhteistyökumppanille tietoa toiminnasta ja LEIKO-hoitajan työnkuvasta. Koko- naisuudessaan opinnäytetyöstä on hyötyä yhteistyökumppanille, koska opinnäytetyön tulokset tuottivat tietoa tutkimuskysymyksistä. Opinnäytetyön tulosten perusteella toi- mintamallia on LEIKO-yksikössä mahdollista kehittää tulevaisuudessa vastaamaan pa- remmin LEIKO-potilaan tarpeisiin hoitotyön näkökulmasta.

7.4 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tavoitteena oli tuottaa tietoa LEIKO-potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen onnistu- misesta LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Tuotetun tiedon pohjalta tavoitteena oli esittää toimintaan ja LEIKO-hoitajan työnku- vaan liittyviä kehittämisehdotuksia, joiden pohjalta toimintamallia on LEIKO-yksikössä mahdollista kehittää tulevaisuudessa vastaamaan paremmin LEIKO-potilaan tarpeisiin.

Kehittämisen ja uuden oppimisen halu lähtee LEIKO-hoitajista, ja sitä jokainen LEIKO-hoitaja kuvasi opinnäytetyön tekijälle yksilohaastattelussa. LEIKO-hoitajien hyvä työhön sitoutuneisuus on yksi keskeisen tekijä, miksi LEIKO-toiminta on alkanut toimimaan hyvin. Omaan työtään LEIKO-hoitajat kuvasivat sanoilla tehdään potilaalle arvokasta työtä. Opinnäytetyön tekijä uskoo, että muiden ammattiryhmien ja työyksiköiden keskuudessa LEIKO-toiminnan arvostusta edistää se tekijä, että LEIKO-hoitajat itse arvostavat omaa työtään.

Ohjauksen kehittämisessä keskeistä potilasohjausmenetelmien kehittäminen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää LEIKO-hoitajien potilasohjauksen perustana, mikäli LEIKO-potilaiden ohjausmenetelmää muutetaan. Leikkausta edeltävän ohjauksen toteuttaminen näyttää olevan mahdollista myös Internet-muotoisena nuorille ja työikäisille, vaikka aiheesta ei ollut kokemusta LEIKO-hoitajien keskuudessa. Tulevaisuudessa internet-muotoinen ohjaaminen kannattaa ottaa LEIKO-toimintaa perinteisten ohjausmenetelmien rinnalle. Kuitenkin ikääntyneiden ja vakavasti sairaiden LEIKO-potilaiden kohdalla perinteinen ohjausmenetelmä on todennäköisesti soveltuvin menetelmä myös tulevaisuudessa, koska tuloksista nousi esille, että jo puhelinohjaukseen soveltuvat LEIKO-potilaat tulee harkita tarkkaan.

Haastatteluiden ohessa tehdään LEIKO-potilaan hoidon kannalta myös sellaista työtä, joka on potilasturvallisuuden ja hoidon onnistumisen kannalta tärkeää, mutta ei näy ulkopuolisille henkilöille. Tätä kuvataan termillä näkymätön työ. Opinnäytetyön tekijä näkee, että tämä on opinnäytetyön kannalta merkityksellisimpiä tuloksia. Samanaikaisesti kuvattiin, että yhteen haastatteluun varattu 45 minuuttia on lyhyt aika. Tulevaisuudessa on hyvä huomioida näkymätön työ, mikäli LEIKO-hoitajien työnkuvaa tai ajankäyttöä muutetaan.

LEIKO-hoitajat esittivät haaveena yhteiset kokoukset muiden ammattiryhmien ja yksiköiden kanssa. Tulevaisuudessa olisi aiheellista miettiä yhdessä leikkaavien lääkärien kanssa sitä, minkälaisia keinoja on käytettävissä LEIKO-potilaiden liian pitkien odotusaikojen lyhentämiseksi ja LEIKO-toimintaan soveltumattomien potilaiden seulomiseksi systemaattisesti pois LEIKO-toiminnasta. Samoin tulee selvittää, onko opinnäytetyön yhteistyöorganisaatiossa mielekästä ja mahdollista yhdistää LEIKO-toimintaa päiväkirurgisen toiminnan kanssa.

Opinnäytetyön tuloksissa lääkehoito kuvattiin haastavaksi toteuttaa ja siihen myös kuvattiin kuluvaan aikaa. Kirjallisuuskatsauksessa ei noussut esille vastaavaa haastetta – toisaalta kaikki artikkelit oli kirjoitettu lääketieteen näkökulmasta, ei hoitotyön. Tulevaisuudessa todennäköisesti sähköinen e-resepti- ja kanta-arkisto helpottavat LEIKO-potilaan kotilääkityksen selvitystä. Opinnäytetyön tekijä jäi pohtimaan, että mikäli LEIKO-hoitajia haastateltaisiin kaksi vuotta toiminnan aloituksen jälkeen, niin vastaavia lääkehoidon haasteita ei välttämättä tuloksista nousisi esiin. Vastaavasti LEIKO-potilaan kyky ottaa vastaan ja ymmärtää lääkehoidon ohjaus sekä ohjauksen oikea-aikainen toteuttaminen ovat edelleen haasteita. Tosin LEIKO-hoitajat kuvasivat pieneksi sitä joukkoa LEIKO-potilaita, joka ei osaa ohjeita noudattaa. Ratkaisuna esitettiin siirtää potilaan leikkaukseen tulo vuodeosaston kautta, jolloin potilasturvallisuusriski vähenee. Yhteenvedon voidaan todeta, että LEIKO-hoitajan työn tavoitteena on, että jokaisen LEIKO-potilaan leikkaus onnistuu hoitotyön näkökulmasta turvallisesti. Lisäksi opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää, kun muodostetaan LEIKO-hoitajan työnkuvausta.

7.5 JATKOTUTKIMUSHAASTEET

Jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyön tekijä esittää, että LEIKO-toiminnasta tulisi tehdä seurantatutkimusta hoitotyön ja hoitotieteen näkökulmasta. Seurantatutkimusta ei ole järkevää kohdentaa ainoastaan nyt opinnäytetyön kohteena olevaan yhteen LEIKO-yksikköön, vaan se kannattaa kohdentaa useampaan LEIKO-yksikköön yhden sijasta. Seurantatutkimuksessa tulee kuvata ja määritellä LEIKO-hoitajan työn työnkuva ja sen perusteella työn osaamisalueet.

Toisena jatkotutkimushaasteena on toteuttaa LEIKO-potilaille potilastyytyväisyyskysely, jossa selvitetään heidän kokemuksiaan ja näkemyksiään LEIKO-toiminnasta.

LÄHTEET

- Aalto, P., Kaunonen, M., Mattila, E. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpäpotilaan ja perheenjäsenen tukeminen sairaalassa: tuen tarpeen tunnistaminen ja tukemisen tavoitteet. Tutkiva hoitotyö. VOL 8 (2). 31–38.
- Aho, A., Kaunonen, M., Koivisto, A. & Palonen, M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. Hoitotiede. VOL 24 (2), 114–124.
- Elo, S., Kanste, O., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Pölkki, T. 2011. Sisällönanalyysi Suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede. VOL 23. (2), 138–148.
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, J. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. Hoitotiede. VOL 20 (3), 115–125.
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Hietaniemi, K., Keränen, J., Keränen, U., Ryyänen, O.P. & Soini, E. 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. Kuopion yliopisto.
- Hirjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holma, S., Joronen, K. & Koivula, M. 2010. Kipupotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta. Hoitotiede. VOL 22 (4), 291–301.
- Hynynen, M., Mattila, K. & Oksanen, T. 2008. Iäkkään potilaan leikkauskelpoisuuden arviointi. Duodecim. VOL 124, 796–802.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, P., Kähkönen, O. & Saaranen, T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede. VOL 24 (3), 201–215.
- Karjalainen, E., Keränen, U., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa -malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Lääkärilehti VOL 45 (63), 3887–3892.

Kemi, S., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2009. Ohjausinterventioihon osallistumisen vaikutus hoitoon sitoutumisessa ja tietoon osteoporoosista. *Hoitotiede* VOL 21 (3), 174–184.

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa -potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Duodecim*. 122, 1412–1413.

Keränen, U., Soirinsuo, M. & Tohmo, H. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) -toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. *Suomen Lääkärilehti*. VOL 58 (36), 3559–3563.

Keränen, U., Laine, P. & Tohmo, H. 2004. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) -potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. *Suomen lääkäri-lehti*. VOL 59 (48), 4739–4743.

Keränen, J., Keränen, U. & Wäänänen, V. 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. *Suomen lääkäri-lehti*. VOL 61 (36), 3603–3607.

Keränen, J & Keränen, U. 2011. From home to operation (FHTO) –a new surgical admiddion centre: does the comprehensive initialisation of a new process harm surgey outcome? *Scandinavian Journal of Surgey* VOL 100, 136–140.

Klavus, J. (toim). 2007. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) toimintamalli on hyödyllinen – tapahtumaperusteinen kustannus-utiliteetti-, kustannus-, vaikuttavuus- ja riskihyötyanalyysi. *Terveystaloustiede 2007. Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus*. Elektroninen aineisto. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES).

Koikkalainen, P. & Rauhala, L. 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva hoitotyö* VOL 11 (2), 44–46.

Kurikka, S., Korkiamäki, K., Paavilainen, E. & Salminen-Tuomaala, M. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystysklinikalla. *Hoitotiede*. VOL 20 (5), 258–266.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Orava, M. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* VOL24 (3), 216–231.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Orava, M. 2012b. Puhelinohjaus hoitotyönmenetelmänä: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede*. VOL 24 (3), 232–243.

Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. *Tutkiva hoitotyö* VOL 9 (4), 41–42.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*. VOL 18 (1), 37–45.

Laisi, J., Keränen, U & Tohmo, U. 2013. Surgery cancelation on the day of surgery in same-day admission in a finnish hospital. *Scandinavian Journal of Surgery* VOL 102, 204–208.

Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) - a perioperative process. Helsingin yliopisto. Väitöskirja

Laitinen, T., Länsimies-Antikainen, H., Pietilä, A. & Rauramaa, R. 2011. Interventiotutkimuksessa annetun tiedon ymmärtäminen. *Tutkiva hoitotyö*. VOL 9 (1), 4–12.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito -suositus. *Duodecim*. VOL 124 (11), 1304–1324.

Leino, T. 2014. Sairaalan tilojen toimivuuden evaluointi. Turun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. YAMK-opinnäytetyö.

Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. (toim.)1997. Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Raportti 210. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES).

Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: Gummerus.

Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Laurea julkaisut.

Ruuska, T. 2008. Mitä kuuluu. Henkilöstölehti. Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. 10 (6), 4–5.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2014. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Luettu 30.9.2014. Saatavissa:

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteen sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Opetusjulkaisuja 62 julkisjohtaminen 4.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2010. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen Sairaanhoitajaliitto. 2014. Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa. Luettu 27.10.2014.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2006/muut_artikkelit/hoitotyön_suosituks_tosana_nayt/

Terveydenhuoltolaki 20.12.2010/1326.

Tohmo, H. 2010. Miten LEIKO-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? Finnanest. VOL 43, 310–311.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Villman, M. 2013. Leiko-toiminnan käynnistäminen TAYSin korva- ja suusairauksien vastuualueella. Tampereen Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. YAMK-opinnäytetyö.

Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset näyttöön perustuvan hoitotyön tukena. Hoitotiede. VOL 20 (1), 1–2.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaus

1 (1)

Joulukuussa 2013 toteutettiin kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku, joka tehtiin tavanomaisimpiin terveysalalla käytettäviin tietokantoihin. Käytetyt kotimaiset tietokannat olivat: Medic, Pubmed, Arto ja Aleks. Kansainvälisistä tietokannoista hyödynnettiin CINAHL (EBSCOhosti) -tietokantaa. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat ja sanayhdistelmät .

”leikkaukseen kotoa”/ ”from home to operation”

”preoperative care” AND ”operation”

”preoperative control” AND ”operation”

”preoperative care”

”preoperative care” AND ”home”

"LEIKO" OR "FHTO" OR "from home to operation" OR "preoperative care" AND "home"

Hakusanat on käännetty suomesta englanniksi MOT sanakirjaston mukaisesti. Hakusanoja on tarkistettu asiasanasto muotoon ysa -asiasanastossa. Medic tietokannan hakusanat on tarkastettu MesSh -asiasanaston mukaan ja CINAHL (EBSCOhost) asiasanat tietokannan oman asiasanaston mukaisesti. Boolean logiikassa hakutermejä ja lausekkeita yhdistetään ns. operaattoreilla eli AND, OR ja NOT termeillä. Boolean logiikka hyödynnettiin tiedon haun toteutuksessa, jolloin pystyttiin tarkentamaan hakua tai vastavasti rajaamaan epäoleellinen tieto pois. (Mäkinen, 2005, 79.) Tiedonhaussa käytetyt tietokannat, hakukriteerit, -sanat ja tulokset on esitetty taulukko muodossa (taulukko 10).

TULUKKO 10. Tietokannat hakukriteerit ja hakutulokset

Tietokanta	Varsinainen hakumäärä	Tarkasteluun	Analyysiin
Medic	44	10	10
Pubmed	4	4	3
Arto	1	1	0
Aleksi	5	5	0
Chinal	24	0	0

2 (1)

Käsinhaku tarkoittaa opinnäytetyön aiheen näkökulmasta tärkeiden julkaisusarjojen vuosikertojen manuaalista läpi käyntiä. (Metsämuuronen 2006, 32). Käsinhaku toteutettiin Hoitotiede ja Tutkiva hoitotyö lehtiin lokakuussa 2014. Hoitotiede lehdet käytiin läpi alkaen vuodesta 2010 ja Tutkiva Hoitotie lehdet alkaen vuodesta 2008. Haku ei tuottanut tulosta. Tiedonhaun sisäänotto- ja hylkäys kriteerit on esitetty ohessa (taulukko 11).

TAULUKKO 11. Sisäänotto- ja hylkäämiskriteerit

Sisäänotto kriteerit	Hylkäys kriteerit
Kaikki metodit hyväksytään	Ei metodirajoitteita
Julkaisu on suomen tai englanninkielinen	Muita kieliä ei hyväksytä
Julkaisu on vuosilta 2003–2013	Ennen 2003 julkaistua tietoa ei hyväksytä
Väitöskirja, lisensiaattityö, pro gradu - tutkielma tai alan tieteellinen artikkeli	Amk tai yamk -opinnäytetöitä ei hyväksytä

Kokonaisuudessaan varsinainen haku tuotti 75 osumaa, joista tarkemman tarkastelun jälkeen analysoitavaksi otettiin 14 haku osumaa. Suomen sairaanhoitajaliitto (2014) on julkaissut näytön asteen arviointi taulukon ja laadunarviointiperusteet. Kirjallisuuskatsauksen näytön astetta ja laadunarviointi on toteutettu Suomen sairaanhoitajaliiton julkaisujen mukaisesti. Tämän jälkeen valikoituivat tähän katsaukseen mukaan otettavat seitsemän alkuperäistutkimuksista, joista on muodostettu yhteenvetotaulukko, (Taulukko 12) Katsaukseen valikoitui lopulta yksi Väitöskirja ja muut olivat tieteellisiä artikkeleita. Artikkeleiden alkuperäistutkimuksia ei kuitenkaan ollut kohtalaisella tiedonhaku työllä löydettävissä, joten analysointi tehtiin tieteellisten artikkeleiden pohjalta. Kaikki katsaukseen valikoituneet tutkimukset ovat lääketieteellisiä tutkimuksia, joka ei täysin tue hoitotiedettä ja hoitotyötä.

TAULUKKO 12. Yhteenveto taulukko alkuperäistutkimuksista

Tutkimuksen tekijät. Tiedekunta. Tutkimuspaikka ja -vuosi.	Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät	Metodologiset lähtökohdat,	Keskeiset tulokset
Laisi, J. From home to operation (FHTO) –a preoperative process. Lääketiede. Suomi. 2012.	LEIKO-prosessin kustannustehokkuutta, anestesiapoliklinikan toimintaa, leikkausten peruuntumisten määrää ja syitä sekä prosessimuutoksen turvallisuutta ja sen vaikutusta potilaiden leikkaustulokseen.	Kvantitatiivinen tutkimus. 2004-2011 Hyvinkään sairaalassa leikatut potilaat, (N=1300). Satunnaistettu tutkimus.	Perinteinen vuodeosaston prosessi leikkausta edeltävästi tulisi jättää historiaan. LEIKO-prosessi on kustannustehokas ja tuottaa enemmän laadukkaita elinvuosia kuin edeltävä prosessi. LEIKO-prosessilla ei ole vaikutusta leikkauskomplikaatioihin tai kuolleisuuteen. Neljäsosa potilaista tarvitsee anestesiaarvion ennen leikkausta. Leikkausten peruutusaste on kansainvälistä keskitasoa, yleensä leikkauksen peruuntumisen syy oli leikkauksen tarpeettomuus.
Keränen, U., Keränen, J, & Wäänänen, V. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. Lääketiede. Suomi. 2006	Henkilökunnan kirurgisiin potilaisiin käyttämän ajan seuranta. Tavoitteena verrata LEIKO-prosessia ja perinteistä vuodeosaston kautta tapahtuvaa prosessia keskenään.	Kvantitatiivinen tutkimus. 4/2004. Hyvinkään sairaalassa (N=288) ilman valikointia. Analysointi KEP-teorian mittarin	Asiakastyytyväisyyden kasvu ja LEIKO-prosessilla on selkeämpi rakenne kuin edeltävällä toiminta prosessilla
Keränen, U., Laine, P & Tohmo, H. Leikkauksen kotoa (LEIKO) -potilastyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. Lääketiede. Suomi. 2004.	Selvittää LEIKO-potilaiden hoitoon liittyviä toimintoja ja hoitoprosessin sujuvuutta potilaan näkökulmasta	Kvantitatiivinen tutkimus. 3-4/2003 Hyvinkään sairaalassa (N=250). Monivalinta kysymykset ja sovellettu hoidon laadun arviointi mittari. Analysointi SPSS for Windows 1.0 –	Toiminnan kehittämisessä tulee ottaa huomioon potilaan parempi informointi. Potilaat pitävät LEIKO-toiminnasta. LEIKO-toimintaa tulee kehittää sairaalalla uudelleen organisoinnin yhteydessä.

		tilastointi ohjelmalla.	
Karjalainen, E., Keränen, U., Pitkänen, P & Tohmo, H. Leikkaukseen kotoa –malli soveltuivat valtaosalle leikkauspotilasta Hyvinkäällä. Lääketiede. Suomi. 2008	LEIKO-prosessin käyttöön oton analysointi ja tulosten kuvaus vuodelta 2007	Kvantitatiivinen tutkimus. Vuonna 2007 Hyvinkään sairaalassa (N=7211). Tiedot kerätty leikkaustoiminnan ohjaus järjestelmästä. Analysoitu tilastollisella menetelmällä	Suurin osa potilaista voidaan hoito LEIKO-yksikön kautta. LEIKO-toiminta sopii kaikille potilasryhmille ja erikoisaloille. LEIKO-toimintaa voidaan toteuttaa kaiken tyyppisissä sairauksissa
Hietaniemi, K., Keränen, J., Keränen, U., Ryyänen, OP & Soini, E. Economic evaluation comparing From Home To Operation same day admission and pre-operative admission one day prior to the surgery process: a randomized, controlled trial of laparoscopic cholecystectomy. Lääketiede. Suomi. 2007.	Verrataan kustannustehokkuutta, kustannus hyödyllisyyttä ja riski-hyöty suhdetta LEIKO- ja tavanomaisen vuodeosasto prosessin välillä LC potilailla Tavoitteena selvittää infektioiden esiintyvyys, infektioriskit, hoitopäivät, potilaiden elämänlaatu ja hoidon kustannukset.	kvantitatiivinen tutkimus. 12/2004-7/2005 HUS alueella ensimmäinen prospektiivinen satunnaistetussa kontrolloitu tutkimus (RCT) tutkimus aiheesta sappikivi potilasta, (N=47). Aineisto analysoitiin STATA 91C-tilasto ohjelmalla.	LEIKO-toiminta tuottaa kustannussäästöjä ja sillä on myönteinen vaikutus toimenpiteeseen sekä potilaan elämänlaatuun. LEIKO-prosessi on edullisempi kuin kontrolli prosessi.
Keränen, U., Laisi, J & Tohmo, H. Surgery cancelation on the day of surgery in same-day admission in a finish hospital. Lääketiede. Suomi. 2013.	Selvittää suunniteltujen leikkausten peruuntumisprosentteja	Kvantitatiivinen tutkimus. Hyvinkään sairaalassa (N=12 205) Aineisto kerätty takautuvasti numeraalisista tilastoista kahden vuoden ajalta. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto ohjelmalla	Leikkausten peruutusprosentti oli alhainen 4,5%. Eniten peruutuksia olo käsikirurgiassa 8,2 %
Keränen, J & Keränen, U. From Home To Operation (FHTO) –a new	LEIKO-prosessin vaikutus potilaiden leikkaus tuloksiin	Kvantitatiivinen tutkimus. 3-5/2006 & 3-5/2007 Hyvinkään	Suurin osa potilaista soveltuu LEIKO-potilaiksi. LEIKO-prosessi ei

<p>surgical admission centre: does the comprehensive initialisation of a new process harm surgery outcome? Lääketiede. 2011. Suomi</p>		<p>sairaalassa (N=1206) Aineisto kerättiin takautuvasti potilastiedoista ja analysoitiin SPSS- ohjelmalla</p>	<p>vaikuta negatiivisesti leikkaus tuloksiin.</p>
--	--	---	---

Liite 2. Teemahaastattelun teemat

1 (2)

- Kuinka LEIKO-potilaiden informointi onnistuu?
- Millaisia etuja LEIKO-yksikössä toteutettu leikkausta edeltävä ohjaus mahdollistaa?
- Millaisia haasteita LEIKO-yksikössä toteutettu leikkausta edeltävä ohjaus tuo?
- Kuinka kuvaillet potilaan leikkausta edeltävää ohjausta, kun potilas toteuttaa leikkausta edeltävät esivalmistelut kotona itsenäisesti annettujen ohjeiden mukaan?
- Kuinka LEIKO-yksikköön keskitetty LEIKO-toiminta on muuttanut eri erikoisalojen ohjausta?
- Kuinka LEIKO-yksikköön keskitetty LEIKO-toiminta on muuttanut erilaisten potilasryhmien leikkausta edeltävää ohjausta?
- Millaiseksi kuvaillet LEIKO-yksikössä tapahtuvaa leikkausta edeltävää ohjausta keskisuurissa leikkauksissa?
- Entä suurissa leikkauksissa?
- Millaiseksi kuvaillet LEIKO-yksikössä tapahtuvaa leikkausta edeltävää ohjausta suuren riskin potilailla?
- Miten syöpää sairastavien LEIKO-potilaiden henkisen tuen tarve ilmenee LEIKO-yksikössä toteutetussa ohjauksessa?
- Miten kuvaillet potilaiden suhtautumista LEIKO-yksikössä toteutettua hoitotyötä kohtaan?
- Miten koet LEIKO-toiminnan muutoksen, suhteessa aikaisempaan toimintaan?
- Miten eri potilasryhmien hoitotyö toteutuu LEIKO-yksikössä tällä hetkellä?
- Miten lääketieteen eri erikoisalajat vaikuttavat LEIKO-yksikössä toteutettavaan hoitotyöhön?
- Kuinka kuvaillet ajankäytön jakautumista eri toimintojen suhteen?
- Miten kuvaillet eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä?
- Ovatko toimintatavat yhdenmukaistuneet?
- Millaiseksi kuvaillet hoitotyön potilaskeskeisyyttä LEIKO-yksikössä?
- Millaiseksi kuvaillet hoitotyön ennakoitavuutta LEIKO-yksikössä?
- Mitkä asiat koet työssäsi tärkeänä?
- Millaisista asioista työpäiväsi koostuu?



TIEDOTE
28.04.2014

Hyvä LEIKO-hoitaja

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni. Tarkoituksena on kuvata LEIKO-yksikössä toteutettua potilaan leikkausta edeltävää ohjausta ja kuvata LEIKO-hoitajan työkuva LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Tavoitteena on tuottaa tietoa LEIKO-potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen onnistumisesta LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Tuotetun tiedon pohjalta tavoitteena on esittää toimintaan ja LEIKO-hoitajan työkuvaan liittyviä kehittämisehdotuksia, joiden pohjalta toimintamallia on LEIKO-yksikössä mahdollista kehittää tulevaisuudessa vastaamaan paremmin LEIKO-potilaan tarpeisiin.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa 6.3.2014 opinnäytetyön yhteistyötahona toimivasta keskussairaalarasta.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla yksikössä työskenteleviä LEIKO-hoitajia. Teemahaastattelut tullaan toteuttamaan LEIKO-yksikössä toukokuussa 2014. Haastattelut tullaan nauhoittamaan nauhurilla ja niiden sisältö on luottamuksellista sekä perustuu haastateltavien vapaaehtoisuuteen. Haastattelutilanne tulee kestämään noin yhden tunnin. Tarvittaessa opinnäytetyön tekijällä on oikeus uusintahaastatteluun aineiston täydentämiseksi.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä, ja se säilytetään luottamuksellisesti ja turvallisesti. Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Valmis opinnäytetyö on luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa.

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

Sanna-Maarit Rantanen
Hoitotyön kliininen kehittäjä (YAMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu



2 (3)

SUOSTUMUS

Opinnäytetyön nimi on Leikkaukseen kotoa -toiminnan (LEIKO) kuvaus hoitotyön näkökulmasta. Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata ilmiönä LEIKO-yksikössä toteutettua potilaan leikkausta edeltävää ohjausta ja kuvata LEIKO-hoitajan työnkuva LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Tavoitteena on tuottaa tietoa LEIKO-potilaan leikkausta edeltävän ohjauksen onnistumisesta LEIKO-hoitajan näkökulmasta puoli vuotta toiminnan käynnistymisen jälkeen. Tuotetun tiedon pohjalta tavoitteena on esittää toimintaan ja LEIKO-hoitajan työnkuvaan liittyviä kehittämissuhteita, joiden pohjalta toimintamallia on LEIKO-yksikössä mahdollista kehittää tulevaisuudessa vastaamaan paremmin LEIKO-potilaan tarpeisiin. Haastateltavilla on mahdollisuus esittää opinnäytetyön tekijälle kysymyksiä aiheesta.

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:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvenny

