



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

LEIKON TOIMINTA LEIKKAUSSALISAI- RAANHOITAJIEN JA VUODEOSASTOILLA TYÖSKENTELEVÄN HOITOHENKILÖKUN- NAN NÄKÖKULMASTA

Alexanda Saariniemi

Kiira Seppänen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

SAARINIEMI ALEXANDA & SEPPÄNEN KIIRA:

Leikon toiminta leikkaussalisairaanhoitajien ja vuodeosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Huhtikuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Leikon toimintaa erään yliopistollisen sairaanhoitopiirin sairaalan vuode- ja viikko-osastoilla sekä leikkausosastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan näkökulmasta käyttäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aihe opinnäytetyöhön saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Opinnäytetyössä selvitettiin noin vuoden toiminnassa olleen Leikon toiminnan sujuvuutta sen yhteistyöhoito-osastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena oli myös saada arvokasta tietoa hoitotyön laadun parantamiseen ja Leiko-toiminnan edelleen kehittämiseen.

Aineisto kerättiin kyselytutkimuslomakkein 2016 alkuvuoden aikana kolmelta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaalan tutkimuksen kohteena olevan Leikon yhteistyöhoito-osastolta. Kyselytutkimuslomake sisälsi 63 väittämää. Kyselytutkimuslomakkeeseen vastasi 43 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, vastausprosentti oli 48. Tutkimusaineisto analysoitiin määrällisesti ja tulokset esiteltiin väittämäryhmittäin. Kyselytutkimuslomakkeen kaksi avointa kysymystä analysoitiin sisällönanalyysillä. Kyselytutkimuslomake laadittiin suljetuin väittäimin 5-portaisella Likert-asteikolla.

Tuloksissa havaittiin, että tutkimuksen kohteena olevan Leikon toimintaan oltiin pääpiirteissään tyytyväisiä, mutta kehittämiskohteitakin löytyi. Leiko-tilan läpikulkuliikenteseen ja Leiko-potilaan yksityisyyden suojaan olisi kiinnitettävä huomiota, sekä Leiko-potilaan preohjaukseen tulisi lisätä kirjalliset ohjeet presoiton lisäksi. Suurimpana puutteena esille nousi hoitohenkilökunnan puutteellinen perehdytys Leikon toimintaan.

Johtopäätöksenä tutkimustuloksista voidaan todeta se, mitä Leikoa käsittelevät tutkimukset jo olivatkin osoittaneet: Leiko-toiminta on tehokasta ja se helpottaa vuodeosastojen aamukiireitä, sekä se vapauttaa hoitohenkilökuntaa postoperatiiviseen hoitotyöhön. Kehittämistarpeena olisi tärkeä saada myös kirjallista tai suullista palautetta Leiko-prosessin läpikäyneiltä potilailta, jotka antaisivat tärkeää tietoa Leiko-toiminnan ongelmakohdista.

Asiasanat: Hoitotyö, Leiko, Leiko-kelpoisuus, potilasohjaus, preoperatiivinen anestesiapoliklinikka

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health care
Option of Nursing

SAARINIEMI ALEXANDA & SEPPÄNEN KIIRA:
Perioperative Nurses' and Surgical Ward Nursing Personnels' Experiences of the FHTO Process

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 7 pages
April 2016

The aim of this bachelor's thesis was to learn more about the function of FHTO (From Home To Operation) –department in a University hospital. The study was executed in two surgical wards and one operation room department among their personnel using quantitative research method. The main objective was to study the functionality of this FHTO-department from the point of view of personnel of surgical wards and operation room department. The aim was also to gather valuable information to improve the quality of care work and to develop the operation of the FHTO department.

The data were gathered through questionnaires. The questionnaire included 63 separate claims. The data were analyzed using quantitative research methods and the results were presented by dividing the claims into larger categories according to similar content. The questionnaire included two open questions which were analyzed separately using qualitative method. The form of the questionnaire was 5-scaled Likert-questionnaire.

The results revealed that personnel in question was mainly satisfied with the operation of the FHTO department, with some development targets as well. Constant traffic and the privacy of the FHTO patients were subjects that need improvement. When counseling FHTO patient preoperatively, written instructions need to be added along with the preoperative phone call. The most visible lack was discovered in the need of the personnel's introduction to the operation of the FHTO. A very important development target is a written or oral feedback from FHTO patients. The study results confirmed what was already shown in the previous researches of FHTO process: FHTO process is efficient and relieves ward personnel to postoperative care work.

Key words: nursing, FHTO, same day admission surgery, patient education, preoperative anaesthesia outpatient clinic

SISÄLLYS

JOHDANTO	6
1 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
1.1 Tarkoitus	7
1.2 Tehtävät	7
1.3 Tavoite	7
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Leiko	8
2.2 Leiko-potilaan hoitoprosessi	9
2.3 Hoitotyö Leiko-prosessin eri vaiheissa	12
2.4 Potilaan Leiko-kelpoisuus	12
2.5 Leiko-potilaan ohjaus	13
2.6 Leikon tilat ja henkilöstöresurssit	13
2.7 Preoperatiivinen anestesiapoliklinikka	15
2.8 PSHP:n eettiset periaatteet koskien potilaan hyvää ja turvallista hoitoa ..	16
2.9 Leikoa käsitteleviä tutkimuksia	16
3 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
3.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä	18
3.2 Aineistonkeruu ja kyselylomake	19
4 TULOKSET	22
4.1 Taustatekijät	22
4.2 Leiko- prosessin sujuvuus ja sen eteneminen	23
4.3 Leiko- tilan toimivuus	26
4.4 Työvoimaresurssien koordinointi ja Leiko- toiminnan vaikuttavuus hoito- osastojen päivittäiseen toimintaan	27
4.5 Leiko- potilaan saaman preoperatiivisen ohjauksen laatu	28
4.6 Leiko- potilaan rooli Leiko- prosessin aikana	30
4.7 Hoitotyön suunnittelu ja yhteistyön merkitys hoitohenkilökunnan välillä	32
4.7.1 Kehittämisehdotuksia Leikon toimintaan	36
4.7.2 Palautetta Leikon toiminnasta	37
5 POHDINTA	39
5.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	39
5.2 Eettisyys ja luotettavuus	43
5.3 Kehittämisehdotukset	47
5.4 Lopuksi	48
LÄHTEET	50

LIITTEET	52
Liite 1. Kyselylomake (kuusi sivua).....	52
Liite 2. Saatekirje	58

JOHDANTO

Leiko eli leikkaukseen kotoa -toiminnalla tarkoitetaan alun perin yhtenäistä ja yhdenmu-
kaista preoperatiivista prosessia, jonka mukaan kaikkien erikoisalojen kaikki preoperatii-
viset valmistelut tehdään potilaan kotona. Potilas saapuu sairaalaan leikkauspäivän aa-
muna erikseen tätä toimintaa varten suunniteltujen leikkaussalien välittömässä läheisyy-
dessä sijaitsevien tilojen kautta. (Tohmo 2010.)

Pre- ja postoperatiivinen hoitoprosessi yhdistyvät Leiko- yksikössä. Leikkaustiimin tiivis
yhteistyö preoperatiivisen tiimin kanssa on oleellisen tärkeää. Face-to-face-yhteistyö on
korostetussa asemassa. Näin osaaminen ja kokemus voidaan kohdistaa tehokkaasti poti-
laaseen ja hänen hoidettavaan ongelmaansa. Perättäisten ja katkeilevien tai rinnakkaisten
ja huonosti toisiinsa liittyvien toimien sijasta moniammatillinen yhteistyö tai yhteisam-
matillinen toiminta korostuu potilaan eduksi. Perinteiseen vuodeosastomalliin verrattuna
Leiko- toiminta sitoo vähemmän sairaalan henkilökunnan aikaresursseja. (Tohmo 2010.)

Haasteena Leiko- toiminnassa on potilaiden ohjaus ennen toimenpiteeseen tai leikkauk-
seen tuloa ja koko hoitoprosessin laatu. Hoitohenkilökunnan työn sisältöä voidaan pro-
sessiuudistuksilla muuttaa enemmän hoivatyöstä lääketieteellisen tiedon jakamiseen ja
sen mukaiseen potilaiden kohtaamiseen. (Keränen 2006.) Leiko- toiminnan sujumisen
edellytyksenä onkin oleellista sijoittaa oikeat henkilöt potilaan hoidon ongelmallisimpiin
kohtiin hoitoprosessissa (Keränen, Tohmo & Soirinsuo 2003).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kyselytutkimuksella nyt noin puolitoista
vuotta toiminnassa olleen Leiko- yksikön toiminnan vaikuttavuutta potilaan hoitoproses-
sissa. Leiko palvelee toiminnallaan korva- ja suukirurgian vuode- ja viikko-osastoja sekä
yhtä leikkausosastoa. Kyselytutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa näillä osastoilla työsken-
televän hoitohenkilökunnan näkökulmia ja käytännön kokemuksia Leikon toimintaan liit-
tyen.

Leiko- toiminta on perioperatiivisessa toiminnassa edelleen kehittyvä toimintamalli,
jonka suosio tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Opinnäytetyö antaa perioperatiivisille sai-
raanhoitajille perspektiiviä Leiko- toimintaan ja tukee heidän oppimistaan tämän päivän
perioperatiivisesta toiminnasta.

1 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

1.1 Tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Leikon toimintaa erään yliopistollisen sairaanhoitopiirin sairaalan vuode- ja viikko-osastoilla sekä leikkausosastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

1.2 Tehtävät

1. Mikä Leiko- prosessissa on sujuvaa ja mitä kehitettävää siinä vielä olisi kyseessä olevassa yksikössä?
2. Mikä on Leiko- potilaan preohjauksen laatu?
3. Miten Leiko- toiminta on onnistunut hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
4. Mikä Leikon tiloissa on toimivaa ja mitkä tekijät vaativat kehittämistä?

1.3 Tavoite

Opinnäytetyö antaa suuntaviivoja Leikon toiminnan edelleen kehittämiseksi ja hoitotyön laadun parantamiseksi tutkimuksen mielenkiinnon kohteena oleville leikkaus-, vuode- ja viikko-osastoille. Lisäksi saatuja tutkimustuloksia voidaan käyttää uusien sairaanhoitajien perehdytykseen yhteistyöosastoilla. Sairaanhoitajien koulutusohjelmaan saadaan opetusmateriaalia Leikon vaikuttavuudesta tämän tutkimuksen avulla. Leikon toiminnan arvioinnilla voidaan parantaa myös potilasturvallisuutta ja löytää potilasturvallisuuden kriittisiä pisteitä potilaan hoitoprosessissa. Opinnäytetyön tekijät haluavat osaltaan olla tukemassa uuden Leiko- yksikön kehitystä suotuisaan suuntaan ja selvittää Leiko- prosessin toiminnan laatua.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Leiko

Kirurgisten prosessien parantaminen lisää kykyä tuottaa palveluita laadukkaasti ja tehokkaasti. Leikkaukseen kotoa eli Leiko- toiminta on kehitetty vastaamaan niukkoihin ja rajallisiin terveydenhuollon resursseihin, sekä lisääntyneeseen kirurgian kysyntään. (Villman 2013.) Tutkimusten tulosten mukaan Leiko tuottaa merkittävästi enemmän elämänlaatua ja vähemmän leikkauksen jälkeisiä infektioita kuin tavanomainen prosessi. Lisäksi Leiko tuottaa tavanomaista prosessia alemmat kustannukset. (Soini 2007.) Leikkausta edeltävän päivän sairaalassa viettävät potilaat kuluttavat resursseja ja tuottavat kustannuksia, vievät potilaspaikkoja, ovat alttiita lisääntyneelle infektoriskille, eikä elämänlaadun lisääntymisestä kyseisen päivän seurauksena ole näyttöä (Soini, Keränen, Ryytänen & Keränen 2007).

Leiko tulee sanoista "leikkaukseen kotoa" ja sen ideana on, että potilas ei mene perinteiseen tapaan vuodeosastolle ennen toimenpidettä, vaan potilas tulee toimenpidepäivän aamuna suoraan Leiko- yksikköön, jossa hänet vastaanotetaan ja valmistellaan toimenpiteeseen (Kattelus & Savela 2015).

Villmanin (2013) mukaan toimintakäytäntöjen muuttuminen etupainotteisemmaksi vaatii kaikilta toimijoilta yhteistyötä ja oikein ajoitettua potilasohjausta. Leiko- toiminnalla saadaan selkiytettyä työn tekemistä ja potilas saa oikean hoidon oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Leiko- toiminta vaatii potilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön hallintaa. Työ edellyttää potilaan erilaisten hoitopolkujen tuntemista, kirurgisen potilaan hoitotyön hallintaa sekä vähintään leikkaussalitoiminnan perusteiden tuntemista. Olennaisia osaamisvaatimuksia ovat myös vuorovaikutustaidot, kyky toimia suunnitelmallisesti myös kiireen keskellä sekä halu ja kyky kehittää uutta toimintaa. (Villman 2013).

2.2 Leiko-potilaan hoitoprosessi

Potilaan perioperatiivinen hoitoprosessi sisältää ajallisesti ja toiminnallisesti kolme vaihetta: preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen eli leikkauksenaikainen vaihe ja postoperatiivinen eli leikkauksenjälkeinen vaihe. Hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi tarvitaan jokaisessa vaiheessa asiantuntevaa ja joustavaa moniammatillista ryhmätyötä. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 20.)

Preoperatiivinen toiminta alkaa siitä hetkestä kun potilaan leikkauspäätös on tehty, ja päättyy, kun vastuu potilaan hoidosta siirtyy leikkausosaston hoitohenkilökunnalle (Lukkari ym. 2013, 20). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eräessä sairaalassa leikkauspotilaan hoitoprosessi alkaa siitä, että osastonsihteeri tai poliklinikkahoitaja lähettää potilaalle kutsun poliklinikalle ja tutkimuksiin, josta potilas päätyy erikoislääkärin vastaanotolle (kuvio 1, sivulla 11). Erikoislääkäri tekee leikkauspäätöksen, arvioi toimenpiteen kiireellisuuden ja potilaan Leiko- kelpoisuuden. (PSHP 2015.)

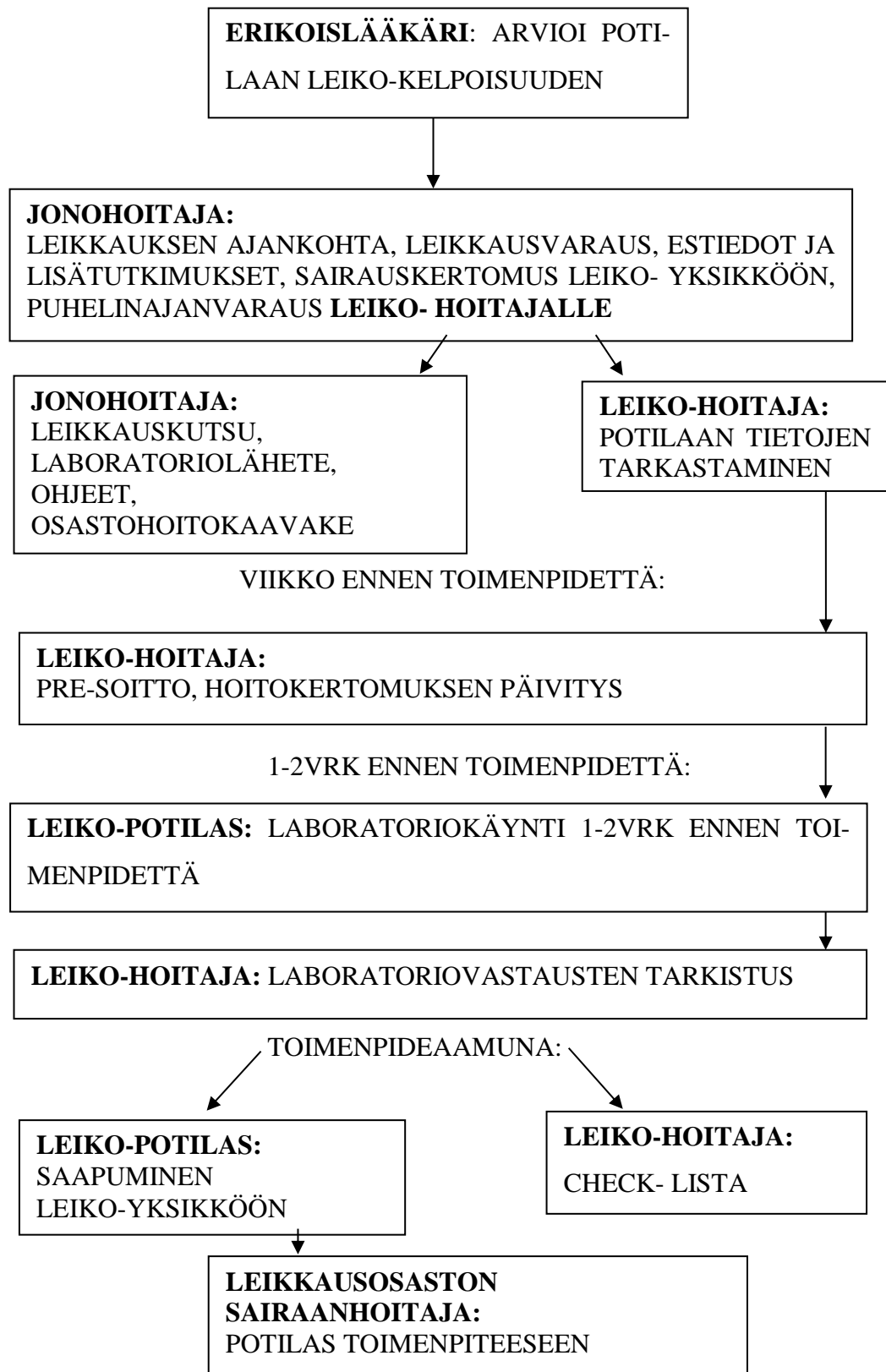
Leiko- prosessi alkaa erkaantumaan tavallisen leikkauspotilaan hoitoprosessista siinä vaiheessa, kun jonohoitaja suunnittelee leikkauksen ajankohdan sekä tekee osasto- ja leikkausvarauksen. Jonohoitaja varmistaa myös, että esitiedot ja lisätutkimukset ovat valmiit, tekee puhelinajanvarauksen Leiko- hoitajalle ja siirtää potilaan sairauskertomuksen Leiko- yksikköön. (PSHP 2015.)

Seuraavaksi jonohoitaja lähettää potilaalle kutsun leikkaukseen, laboratoriolähetteen, ohjeet ja osastohoitokaavakkeen (PSHP 2015). Samoihin aikoihin Leiko- hoitaja tarkastaa potilaan tiedot ja tekee pre- soiton viikkoa ennen toimenpidettä, jossa käydään läpi potilaan perussairaudet, lääkitys ja allergiat. Puhelun aikana potilas saa myös ohjeet kotona tehtäviin valmisteluihin ja tarkemmat tulo-ohjeet sairaalaan. (Kattelus & Savela 2015.) Tarvittaessa otetaan yhteyttä erikoislääkäriin. Leiko- hoitaja päivittää pre- soiton aikana myös hoitokertomusta: tulosy, oireet, riskitiedot, toimenpiteet ja tutkimukset, konsultaatiot, pysyväistiedot ja lääkitys. (PSHP 2015.)

Kun potilas valmistautuu ohjeiden mukaisesti toimenpidettä varten ja käy laboratoriossa noin 1-2 arkipäivää ennen toimenpidettä, jossa otetaan muun muassa MRSA-näytteet. Leiko- hoitaja tarkastaa laboratoriovastaukset ja kirjaa ne sekä tarvittaessa konsultoi anestesialääkäriä. Toimenpideaamuna potilas saapuu porrastetusti Leiko- yksikköön, jossa

Leiko- hoitaja vastaanottaa potilaan ja tekee check-listan mukaisen valmistelun: verenpaineen, pulssin ja lämmön mittauksen. Leiko hoitaja tarkistaa MRSA-näytteet ja varmistaa esilääkkeiden annon. Potilas vaihtaa sairaalavaatteet ja tarvittaessa hänelle laitetaan iv-kanyyli. Lopuksi leikkausosaston sairaanhoitaja hakee potilaan hänelle suunniteltuun toimenpiteeseen. (PSHP 2015.)

Postoperatiivinen toiminta alkaa kun potilas on vastaanotettu valvontayksikköön ja päättyy kun potilas ei enää tarvitse leikkaustapahtumaan liittyvää hoitotyötä (Lukkari ym. 2013, 21). Leiko- periaatteen mukaisesti potilas voi myös kotiutua suoraan leikkauksen jälkeen, toimenpiteen tai leikkauksen laadusta riippuen. Tällöin tulee varmistaa hänen selviytymisensä ja toimintakykynsä kotona. (Tohmo 2010.)



KUVIO 1. Leiko-prosessin keskeiset vaiheet Leiko-potilaan hoitoprosessissa PSHP:n alueella

2.3 Hoitotyö Leiko-prosessin eri vaiheissa

Hoitohenkilöstön keskeisiä tehtäviä preoperatiivisessa vaiheessa ovat potilastietojen kerääminen, leikkausta ja anestesiaa edeltävien tutkimusten tekeminen sekä potilaan ja hänen läheistensä ohjaaminen. Tässä hoitoprosessin vaiheessa valmistellaan potilaan yksilöllinen hoitoympäristö. Yksilöllinen hoitoympäristö perustuu potilaan tietoihin ja toimenpiteeseen, anestesia- ja leikkausvälineistö laitetaan valmiiksi. (Lukkari ym. 2013, 20.)

Leikkaussaliosaston hoitohenkilökunnan kosketuspinta Leikoon on vain vähäinen. Leikkaussalihoitohenkilökunnan kannalta olennaista on, että mikäli potilas tulee toimenpiteeseen Leikosta, leikkaussalin hoitohenkilökunta hakee potilaan Leiko-tilasta. Jos taas potilas tulee toimenpiteeseen vuodeosastolta, tuo vuodeosaston hoitohenkilökunta potilaan leikkausosastolle saakka. (Grönroos 2015.)

Postoperatiivisessa vaiheessa korostuu potilaan tilan arviointi ja muutosten vertaaminen leikkausta edeltävään ja leikkauksenaikaiseen vaiheeseen. Tavoitteena on potilaan elintoimintojen vakiinnuttaminen niin, että hänet voidaan siirtää jatkohoitoon vuodeosastolle tai kotiin. Jos potilas kotiutuu suoraan kotiin, tulee arvioida potilaan ja läheisten voimavarat selviytymiseen sekä ennakoida potilaan toipumista. (Lukkari ym. 2013, 22.)

2.4 Potilaan Leiko-kelpoisuus

Potilaan tulee kyetä liikkumaan itsenäisesti ja hänen tulee osata toteuttaa tarvittavat leikkausvalmistelut kotona, tulee olla vähintään 12 vuoden ikäinen, sekä pre-soitonkin onnistumisen kannalta on tärkeää omata hyvä suomen kielen taito. Potilaan perussairaudet eivät sinänsä ole este Leikoon tulemiselle, mutta monisairaiden potilaiden kohdalla sekä toimenpidelääkäri että anestesia- ja leikkaukselääkäri arvioivat potilaan Leiko-kelpoisuuden. (Kattelus & Savela 2015.) ASA-luokitusta tai yläikärajaa ei otettu kriteereiksi valittaessa potilaan sairaalaan tulon mallia, vaan potilaan psyykkisen ja fyysisen toimintakyvyn on koettu määrittävän eniten Leiko-potilaaksi soveltuvuutta (Villman 2013). 3 ASA-luokan potilailla ei ole osoitettu olevan korkeampaa riskiä postoperatiivisille komplikaatioille kuin 1 tai 2 ASA-luokan potilailla (Mattila 2010). Leiko-potilaan kriteerit on laadittu ennen Leiko-toiminnan aloittamista (Kattelus & Savela 2015).

2.5 Leiko-potilaan ohjaus

Potilaan ohjauksen edellytyksiä ovat osaava ja ammattitaitoinen henkilöstö, joka vaatii henkilöstön kouluttamisen. Ajalliset ja taloudelliset resurssit vaikuttavat myös potilaan saamaan ohjaukseen ja sen laatuun. Potilaalla on oikeus ohjaukseen ja sitä toteutetaan koko potilaan hoitoprosessin ajan, niin pre- kuin postoperatiivisessa hoidon vaiheessa. Potilaalla tulee olla myös mahdollisuus osallistua häntä koskevaan hoitoon ja hoitoon liittyvien päätöstentekoon. (Ilola, Heikkinen, Hoikka, Honkanen & Katomaa 2013, 20-24.) Turhautuminen ja huolestuneisuus vähentävät potilaiden kokeman hoidon onnistumista. Hoitoaikoja tiivistettäessä ei tule vähentää vuorovaikutusta, sillä potilaat kokevat vuorovaikutuksen lääkärin kanssa erityisen tärkeäksi. (Sjöroos 2011.) Potilasohjaus on olennainen osa potilaan turvallista ja onnistunutta hoitoprosessia, se myös edistää potilasturvallisuutta ja potilaan sitoutumista hoitoon. (Ilola ym. 2013, 20- 24.) PSHP:ssa potilaan ohjausmenetelmäksi on valittu pre-soitto (PSHP 2015).

Potilasohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta ja potilastyytyväisyyttä, vastata potilaan tiedon ja tuen tarpeeseen, sekä parantaa hoitoon sitoutumista. (Ilola ym. 2013, 20- 24.)

Potilasohjauksen arvioinnissa keskeisintä on arvioida ohjauksen lähtötilanne. Arvioinnissa jokaisen potilaan toteutunutta ohjausta ja tuloksia verrataan preoperatiiviseen vaiheeseen, eli kuinka onnistunutta potilaan saama ohjaus leikkaukseen valmistautumisesta on ollut. Arviointi voidaan yhdistää potilaan pre- ja postoperatiiviseen käyntiin. Arvioinnin kohteena ovat mm. potilaan psykomotoriset taidot, potilaan tiedot toimenpiteestä, potilaan asenteet, arvot ja uskomukset. (Ilola ym. 2013, 20- 24.)

2.6 Leikon tilat ja henkilöstöresurssit

Uusi toimintamalli selkeyttää potilaan leikkausprosessia. Potilaat tulevat paremmin ja huolellisemmin valmisteltuina toimenpiteeseen, mikä vaikuttaa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon sujuvuuteen hoitoprosessin eri vaiheissa. (Kattelus & Savela 2015.) Leikotoiminnassa tietokatkoksien todennäköisyys eri toimijoiden välillä on pienempi kuin perinteisessä leikkauspotilaan valmistelussa. Tämä perustuu siihen, että potilaan vastaanottaa Leiko- hoitaja, joka vastaa potilaan hoidosta leikkaussaliin menoon asti. (Sjöroos

2011.) Leiko-toiminnan aloitus on vähentänyt vuodeosastojen aamukiireitä ja hoitohenkilökunta pystyy keskittymään osastolla jo olevien potilaiden hoitoon. (Kattelus & Savela 2015.) Henkilöstöresursseja on saatu siirrettyä enenevästi myös postoperatiiviseen toimintaan. Lisäksi Leiko- toiminta helpottaa potilaspaikkatilannetta vuodeosastoilla, sillä vuodeosaston hoitohenkilökunnan työpanosta ei tarvitse käyttää potilaan preoperatiivisessa hoitovaiheessa. (Villman 2013; Keränen ym. 2003). Leiko- toiminnan on koettu nopeuttaneen ja helpottaneen leikkausosaston henkilökunnan työtä, lisäksi he olivat myös kokeneet saaneensa enemmän tietoa potilaasta ja näin hoidon jatkuvuuden todettiin olevan sujuvampaa. Leikkaussalien odotusaikojen huomattiin myös vähentyneen, kun potilas voitiin hakea viereisestä Leiko- yksiköstä leikkaussalihenkilökunnan ollessa valmis. (Villman 2013.)

Leiko- toiminta soveltuu lähes kaikille leikkauspotilaille sekä eri erikoisaloille. Vaikka se edellyttää potilaiden tehokasta ohjausta, toimitilojen soveltuvuutta ja hoitohenkilökunnan sekä potilaiden sitoutumista prosessiin, sen etuina kuitenkin on asiakastyytyväisyyden kasvu ja hoitoprosessin huomattavasti selkeämpi rakenne sekä kustannustehokkuus. Leiko- käytäntö on tuottanut myös enemmän laatupainotettuja elinvuosia kuin perinteinen vuodeosaston prosessi. (Villman 2013.)

Se, että kaikki keskeiset toimijat työskentelevät hyvin lähellä toisiaan, tehostaa toimintaa, parantaa kommunikaatiota ja yhdenmukaistaa menettelytapoja sekä vähentää virheriskiä. Samoissa fyysisissä tiloissa työskentely on lähentänyt operatiivisten alojen lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kanssakäymistä. (Laakso & Tohmo 2009.)

Leikon tiloista oli henkilökunnan taholta saatu pääasiassa negatiivista palautetta, sillä tilat oli koettu ahtaiksi ja rauhattomiksi ylimääräisen läpikulkuliikenteensä vuoksi.

Leiko- yksikön tilojen tulisi olla riittävät sekä kooltaan että toiminnoiltaan. Hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille pitäisi olla riittävän monta potilaiden vastaanottotilaa suhteessa potilasmäärään. Vastaanottotilojen edellytettiin olevan varusteltu tarvittavalla hoitovälineistöllä mahdollisia leikkausvalmisteluita varten. Myös potilaspapereiden säilytys tulisi huomioida tilasuunnittelussa. (Villman 2013.)

Eri potilasryhmiin lukeutuu myös eristyspotilaat, mutta heidän vaatimuksensa tilojen suhteen on kuitenkin vaativammat. Eristystilojen määrän pitäisi myös olla suhteessa potilaisiin. Kyseisiä tiloja voitaisiin hyödyntää myös eristyspotilaiden leikkauksen jälkeisessä

seurannassa sekä muiden potilaiden hoidossa, kun erityspotilaita ei ole hoidettavana. (Villman 2013.) Leiko- yksikössä oleellista onkin, että tilat palvelevat suunniteltua prosessia: preoperatiivinen prosessi ja siihen liittyvät tilaratkaisut muodostavat tiiviin toiminnallisen kokonaisuuden peri- ja postoperatiivisen prosessin ja fyysisten tilojen kanssa (Tohmo 2010).

2.7 Preoperatiivinen anestesiapoliklinikka

Preoperatiivisessa hoitovaiheessa tapahtuva anestesia­lääkärin arvio on osa Leiko- prosessia. Arvio on olennaista potilasturvallisuuden kannalta. Perinteisesti anestesiakelpoisuus on arvioitu ja hoidettu potilaan tullessa sairaalaan leikkausta edeltävän päivänä. Preoperatiivisia anestesiapoliklinikoita alettiin kehittää jo 1949 tarkoituksena parantaa potilaiden hoitoa ja optimoida potilaiden leikkauskelpoisuus. (Laisi 2012.)

On arvioitu, että 30 % Leiko- potilaista käy preoperatiivisella poliklinikalla. Esimerk­kiaiheita anestesiapoliklinikkakäynnille on muun muassa vaikea sydän-, verisuoni- tai munuaissairaus, insuliinilla hoidettava komplisoitunut diabetes, yli 80 vuoden ikä tai reuma, johon liittyy niskan jäykkyyttä. Aika varataan myös silloin, jos potilas niin itse haluaa. Pyrkimyksenä on, että aika varataan niille potilaille, jotka todella hyötyvät leikkausta edeltävästä arvioista. (Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008.) Suuren osan työstä voi kuitenkin tehdä hoitohenkilökunta tiimin jäsenenä erilaisin tavoin, kuten sähköpostilla tai puhelimitse ja vastaukset tarkastaen (Keränen 2006). Työparina anestesiologilla onkin kokenut sairaanhoitaja, joka ottaa potilaan vastaan ennen anestesia­lääkärää. Potilaat ovat hyvin esivalmisteltuja tullessaan, laboratorio- ja röntgentutkimusten tulokset ovat anestesia­lääkärin käytettävissä. (Laakso & Tohmo 2009.)

PSHP:ssa ei tällä hetkellä ole varsinaista preoperatiivista anestesiapoliklinikkatoimintaa, vaan Leiko- potilaiden hoitopolku alkaa erikoisalan poliklinikalta ja tarvittaessa Leiko- potilas itse käy anestesia­lääkärin konsultaatiossa tai hänen potilaskertomuksensa lähetetään anestesia­lääkärin konsultoitaviksi. Leiko- potilaat, joilla ei ole perussairauksia, eivät tarvitse preoperatiivista anestesia­lääkärin konsultaatiota lainkaan. (Savela 2015.)

2.8 PSHP:n eettiset periaatteet koskien potilaan hyvää ja turvallista hoitoa

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä eettisen perustan muodostavat hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja vastuullisuus (PSHP 2015).

Jokainen potilaan kohtaaminen on ainutlaatuinen palvelutilanne. Näissä kohtaamisissa potilasta kuullaan, häntä kohdellaan ystävällisesti, kunnioittavasti sekä luottamusta synnyttäen. Potilaspalvelun menetelmiä kehitetään monipuolisesti käytettävissä olevaa teknologiaa hyödyntäen ja varmistaen, että potilaan on mahdollisimman helppo tavoittaa tarvitsemansa palvelu. Varmistetaan myös potilaan turvallinen jatkohoito ja opastetaan potilasta hoitamaan terveyttään. Potilaan läheiset otetaan potilaan toiveiden mukaisesti osalliseksi hoitoon. (PSHP 2015.)

Potilaita palvellaan joustavasti ja oikea-aikaisesti tavoitellussa toimintakulttuurissa. Potilaan kysymyksiin vastataan nopeasti ja asiantuntevasti potilaan ymmärtämällä tavalla hoidon kaikissa vaiheissa. (PSHP 2015.)

Potilasturvallisuuden kehittäminen perustuu avoimelle ja läpinäkyvälle toiminnan arvioinnille ja jatkuvalla kehittämiselle. Potilaan turvallinen hoito toteutuu suunnitellusti, oikea-aikaisesti ja vaikuttavin menetelmin. Edellytetään, että henkilöstö sitoutuu potilasturvallisuutta parantaviin työmenetelmiin ja osaamiseen. (PSHP 2015.)

Potilaan hyvä hoito perustuu luottamukseen ja potilaan kuunteluun. Potilas ja hänen läheisensä ovat mukana suunnittelemassa, toteuttamassa ja arvioimassa hoitoa mahdollisuuksiensa mukaan. Henkilökunta tukee potilaan omaa kykyä ehkäistä ja hoitaa sairauksia sekä kuntoutua. (PSHP 2015.)

2.9 Leikoa käsitteleviä tutkimuksia

Leiko- toiminta on alkanut 2000-luvulla Hyvinkään sairaalassa, jossa vertailtiin kahden eri preoperatiivisen prosessin, perinteistä vuodeosaston kautta tapahtuvaa ja Leiko -prosessia, henkilökunnan potilaisiin kohdistamaa aikaa. Tutkimus toteutettiin potilaille jaettavilla alkuseurantalomakkeilla, joihin henkilökunta oli merkannut eri toimintojen aloitus- ja lopetusajat. Lomakkeita jaettiin yhteensä 288. Yksityisellä puolella, myös Suo-

messa, potilaat ovat saapuneet leikkaukseen Leiko- tyyppisesti välttämättä turhaa sairaalassaoloa, mutta muualta EU:n alueelta ei löydy vastaavaa julkisen terveydenhuollon toimintaa. (Keränen, Keränen & Wäänänen 2006.)

Tutkimustulokset osoittivat, että Leiko- prosessi sitoo suoraan 73% vähemmän sairaalan henkilökunnan aikaresursseja, kuin perinteinen vuodeosaston kautta tapahtuva prosessi. Leiko- potilas vietti sairaalassa alle 2 tuntia ennen toimenpidettään, vuodeosaston kautta tulevat potilaat taas keskimäärin yli 24 tuntia. (Tohmo 2010.) Suurin osa vuodeosastopotilaiden ajasta kului odottamiseen, syömiseen ja siirtymiseen paikasta toiseen. Odottelu on potilaan passiivista ja tehotonta ajankäyttöä eli potilas on sairaalan tiloissa, mutta ei sido aktiivisesti sairaalan resursseja, mutta sitoo kuitenkin sairaalan tila- ja laiteresursseja kuten vuodepaikka-, pesula- ja ruokailupalveluita. (Keränen ym 2006.) Potilasnäkökulmasta porrastettu saapuminen sairaalaan vähentää myös toimenpiteeseen pääsyn odotusaikaa (Villman 2013). Potilaille on henkilökunnan kokemuksen mukaan taipumusta menettää omatoimisuutensa samalla hetkellä kun he saavat sairaalavaatteet päälleen. Leiko-prosessissa potilas itse saataisiin aktivoitumaan ja pitämään huolta omasta valmistautumisestaan toimenpidettä varten. (Keränen ym. 2006.)

Leiko- prosessi on tehokkuudeltaan ylivoimainen. Suurimpina etuina voidaan pitää asiakastytyväisyyden kasvua ja prosessin huomattavasti selkeämpää rakennetta. Etuna pidetään myös sitä, että Leiko- potilaan olinpaikka on koko ajan tiedossa verrattuna vuodeosastolla odottaviin potilaisiin. (Keränen ym. 2006). Potilaita, potilaspapereita ja heitä hoitavia sairaanhoitajia ei tarvitse entiseen tapaan etsiskellä vuodeosaston sokkeloista, saati kilpailla kirurgien kanssa potilaiden haastattelu- ja tutkimusajoista (Laakso & Tohmo 2009). Kun kaikki toimenpidettä odottelevat potilaan ovat Leiko- tilassa, ei potilaan olinpaikka aiheuta turhaa huolta henkilökunnalle (Keränen ym. 2006). Potilaiden hoitopäivät ovat myös lyhentyneet verrattuna tavalliseen vuodeosaston prosessiin (Villman 2013).

Yhdysvalloissa vuonna 1988 julkaistu tutkimus osoittaa, että jokainen sairaalassaolopäivä lisää riskiä saada sairaalainfektio (Keränen ym. 2006). Kun potilas välttää vuodeosastolla käynnin, vältetään myös mahdollista bakteerialtistusta, koska jokainen sairaalassa vietetty tunti lisää tulehdusriskiä (Keränen 2006). Leiko- prosessin on todettu olevan perinteistä osastoprosessia parempi, sekä yksikkökustannusten säästön, että potilaiden elämänlaadun kannalta katsottuna (Keränen ym. 2008)

3 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen metodologialla tarkoitetaan tieteen ja tutkimuksen yleistä luonnetta ja päämääriä, tieteellistä käsitteenmuodostusta tai teorianmuodostusta, erityistieteiden perusteita tai tieteellistä päättelyä. Sanalla metodi kuvataan kuitenkin sitä, miten tutkimuksen avulla hankitaan uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 40.)

3.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta käytetään tutkimusmetodin kun halutaan selvittää prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä ongelmia ja kysymyksiä. Tutkimusmetodi pyrkii vastaamaan kysymyksiin: mikä, missä, paljonko ja kuinka paljon? Tutkimuksen toteuttamiseksi vaaditaan riittävän numeerisesti suuri ja edustava otos, eli tutkimukseen osallistuvien määrä. Yleensä aineiston keruussa käytetään standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. Kohderyhmä ja tutkimusongelma määräytyvät lopullisen tutkimusongelman pohjalta. (Heikkilä 2014, 15.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen yksi erityispiirre on asioiden kuvaaminen numeeristen suureiden avulla. Tutkimustuloksia taas voidaan havainnollistaa kuvioin ja taulukoin. Usein selvitetään myös eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Aineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään tutkittuja havaintoyksiköitä suhteessa laajempaan joukkoon tilastollisen päättelyn keinoin. Tutkimusmenetelmää voidaan siis nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Tutkimusmenetelmän avulla saadaan käsitys olemassa olevasta tilanteesta, muttei pystytä selvittämään riittävästi asioita selvittäviä syitä. Tutkimuksella pyritään vahvistamaan olemassa olevaa teoriaa. (Heikkilä 2014, 15.)

Kvantitatiivinen tutkimus voidaan toteuttaa pitkittäis- tai poikittaistutkimuksena. Pitkittäistutkimuksessa aineistoa kerätään useamman kerran ja tutkimusilmiö säilyy samana. Poikittaistutkimuksessa taas aineisto kerätään vain kerran eikä tarkoituksena ole tarkastella samaa tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen etenemiseen. Suurin osa hoitotieteellisistä tutkimuksista on poikittaistutkimuksia. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 42.) Tämä opinnäytetyö edustaa poikittaistutkimusta.

3.2 Aineistonkeruu ja kyselylomake

Yleisimmin käytettyjä aineistonkeruu menetelmiä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat kyselylomakkeet, toiselta nimeltään mittausväline. Kriittisin vaihe kvantitatiivisessa tutkimuksessa on juuri kyselylomakkeen laatiminen, sillä sen tulisi sisällöltään mitata tutkittavaa ilmiötä kattavasti ja riittävän täsmällisesti. Kyselylomakkeen laatiminen alkaa tutkimuksessa käytettävien käsitteiden määrittelyllä, jossa tutkija on rajannut käsitteet ja antanut niille määritelmän teoreettiseen tietoon perustuen. Kyselylomakkeen taustalla on siis luotettava ja kattava kirjallisuuskatsaus. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 87.) Kyselylomakkeen tärkein tehtävä on muuntaa tutkijan tiedontarve väittämiksi, joihin vastaaja on kykenevä ja halukas vastaamaan. Lomakkeen tarkoituksena on myös minimoida vastaajan ponnistelut. Tutkimuksessa tätä tavoitetta saavutettiin valmiilla vastausvaihtoehdoilla. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 42.)

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Tutkimuksen kysely kohdistuu yhteensä kolmella eri opinnäytetyön keskiössä olevalla osastolla työskentelevään hoitohenkilökuntaan. Näille tutkimuksen mielenkiinnon kohteena oleville osastoille laadittiin kyselylomake suljetuin väittämin 5-portaisella Likert-asteikolla. Vastausvaihtoehtoihin lisättiin myös vastausvaihtoehto 0= en osaa sanoa. Tähän päädyttiin työelämätahon edustajan ehdotuksesta, koska hänen mukaansa osa väittämistä oli sellaisia, joihin kaikki kyseisillä hoito-osastoilla työskentelevät eivät osaa ottaa kantaa. Lisäksi kyselylomakkeessa on taustamuuttujia kuten sukupuolta, ikää, hoito-osastoa jolla työskentelee, kokemusvuosia ja koulutusta koskevia kysymyksiä.

Kyselytutkimuslomakkeeseen muodostettiin väittämiä teorian pohjalta. Tutkijat perehtyivät ensin Leiko- prosessia käsittelevään kirjallisuuteen ja jo toteutettuihin tutkimuksiin. Teoreettiset käsitteet operationalisoitiin mitattaviksi muuttujiksi eli väittämiksi kyselylomakkeeseen. (Kananen 2008, 17.) Väittämät ryhmiteltiin käsittelemään joko yhtä Leiko-toiminnan osa-aluetta tai koskemaan tiettyä hoitohenkilökuntaryhmää. Kyselytutkimuslomakkeessa väittämät ryhmiteltiin kuuteen suurempaan kokonaisuuteen. Viisi ensimmäistä väittämää koski edellä mainittuja taustamuuttujia. Seuraavissa kymmenessä väittämässä käsiteltiin itse Leiko- prosessia. Leiko- osaston fyysistä tilaa, johon potilas tulee prevalmisteluihin ja josta potilas haetaan toimenpiteeseen, koskevia väittämiä oli yhdeksän. Työvoima- ja aikaresursseja käsittelevissä väittämässä oli neljä yhteistä väittämää kaikille vastaajille, kaksi väittämää erikseen leikkausosaston hoitohenkilökunnalle ja

kolme väittämää kohdistettu vain viikko- ja vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle. Leikopotilaan saamaa ohjausta kartoitettiin yhteisesti kaikilta vastaajilta kahdeksalla väittämällä. Yleisesti potilasta koskevia väittämiä oli yhteisesti kaikille vastaajille yhdeksän kappaletta ja lisäksi vielä leikkausosaston hoitohenkilökunnalle viisi kappaletta. Viimeinen asiakokonaisuus oli hoitotyön suunnittelua koskevat väittämät, joita oli kahdeksan kappaletta.

Kyselytutkimuslomakkeen väittämät analysoitiin SPSS-ohjelmalla käyttäen eri muuttujien ristiintaulukointia ja vertailemalla eri vastaajaryhmien tuloksia. Kyselytutkimuslomakkeen lopussa oli mahdollisuus antaa avointa palautetta Leikon toiminnasta ja kehitysehdotuksia Leikon toimintaan. Avoimet kysymykset käsiteltiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysistä puhutaan myös, kun tarkoitetaan sanallista tekstin sisällön kuvailua. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105, 107- 108.) Sisällönanalyysin tarkoituksena on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 108.) Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysillä pyrittiin tuomaan lisäarvoa tutkimukselle ja antaa tutkimukseen osallistuville henkilöille mahdollisuus tuoda esiin asioita ja mielipiteitä, joihin he eivät mielestään päässeet vastaamaan itse kyselylomakkeen väittämien yhteydessä. Kyselylomakkeessa esitettiin kaksi avointa kysymystä: Kehittämisehdotuksia Leikon toimintaan ja palautetta Leikon toiminnasta. Kaikista palautetuista lomakkeista (n=43) 14:sta oli vastattu myös yhteen tai molempiin avoimista kysymyksistä.

Kyselylomake esiteltiin ja sitä muokattiin esitestauksen perusteella. Kyselylomakkeen lopullisessa muotoilussa konsultoitiin työelämäohjaajia. Tavoitteena oli, että lomakkeen täyttämiseen menisi yhdeltä työntekijältä enintään 15 minuuttia. Tutkimuksen mielenkiinnon kohteena olevilla hoito-osastoilla työskentelee yhteensä noin 100 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, joista aktiivisessa työsuhteessa oli kyselyn toteuttamisajankohtana noin 90 henkilöä. Tavoitteeksi asetettiin saada 50 palautettua kyselylomaketta. Tarpeellinen informaatio toteutettavasta tutkimuksesta pitäisi antaa tutkittaville joko suullisesti tai kirjallisesti. Suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta muodostaa lomakkeen saatekirjeessä kerrottu informaatio tutkimuksesta. (Kuula 2006, 117.) (ks. liite 2) Kyselylomake, tutkimus ja tutkimuksen tavoite esiteltiin tutkimuksen keskiössä olevilla hoito-

osastoilla osastotunneilla. Kyselylomakkeet jaettiin läsnäolleille henkilökohtaisesti ja loput lomakkeet jätettiin kyseessä olevien hoito-osastojen taukokuoneisiin täytettäväksi. Lomakkeille oli varattu suljettu palautuslaatikko. Kyselylomakkeiden palauttamiseen varattiin aikaa kolme viikkoa. Tämän jälkeen opiskelijat hakivat täytetyt ja loput tyhjät kyselylomakkeet tutkimukseen osallistuneilta osastoilta.

Opinnäytetyötä tehdessä toimittiin tiiviissä yhteistyössä työelämäohjaajien kanssa koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kyselylomake toimitettiin leikkaus-, vuode- ja viikko-osastoille paperisena. Koska kyselyn kohderyhmänä olivat hoitotyöntekijät, verkkokyselyn toteuttaminen olisi saattanut olla haasteellista monestakin syystä. Joissakin opinnäytetyöissä onkin todettu, että sähköisen kyselyn vastausprosentti on jäänyt melko pieneksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 92- 93.)

4 TULOKSET

4.1 Taustatekijät

Vastattuja lomakkeita saatiin yhteensä 43 kappaletta. Vastaukset jakautuivat siten, että leikkausosastolta saatiin vastauksia 16 kappaletta (37% vastauksista), vuodeosastolta, joka on avoinna maanantaista perjantaihin 14 kappaletta (33% vastauksista), vuodeosastolta, joka on auki kaikkina viikonpäivinä 11 kappaletta (25% vastauksista) ja Leiko-osastolta 2 kappaletta (5% vastauksista).

Tutkimukseen vastanneista 95% oli naisia ja kaikista vastaajista 88% (38 vastaajaa) oli koulutustaustaltaan sairaanhoitajia. Lähi- tai perushoitajia oli kaikista vastaajista 9% (4 vastaajaa) ja lisäksi kyselytutkimukseen vastasi yksi lääkäri (2% vastanneista).

Vastaajien työskentelyvuodet tutkimuksen kohteena olevilla hoito-osastoilla ja työkokemus hoitotyöstä yleensä olivat myös tutkimuksen mielenkiinnon kohteena. Työskentelyvuodet tutkimukseen osallistuvilla hoito-osastoilla jakautuivat melko tasaisesti (taulukko 1). Hoitohenkilökunnan työskentelyvuodet kyseessä olevilla osastoilla vaihtelivat 0 vuodesta aina yli 10 vuoden työkokemukseen.

TAULUKKO 1. Työskentelyvuodet kyseessä olevalla hoito-osastolla

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid 0-2	8	18,6	18,6
2-5	12	27,9	27,9
5-8	3	7,0	7,0
8-10	6	14,0	14,0
yli 10	14	32,6	32,6
Total	43	100,0	100,0

Tutkimukseen vastanneiden joukossa oli paljon pitkän työkokemuksen hoitotyöstä omaavia vastaajia. Vastaajien määrä painottuu jonkin verran yli 10 vuotta työkokemusta hoitotyöstä omaavien puolelle (taulukko 2).

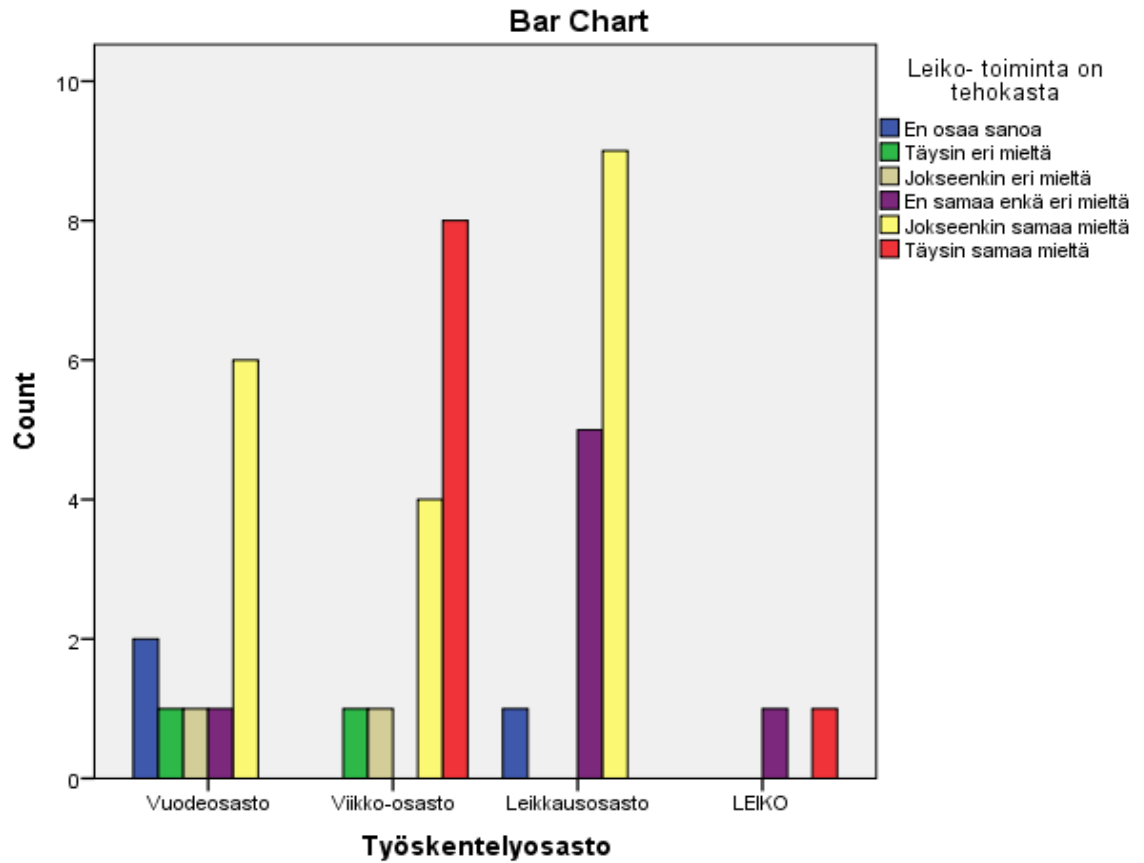
TAULUKKO 2. Työkokemus hoitotyöstä kokonaisuudessaan

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	0-5	7	16,3	16,3
	5-10	10	23,3	23,3
	10-15	9	20,9	20,9
	15-25	7	16,3	16,3
	yli 25	10	23,3	23,3
	Total	43	100,0	100,0

4.2 Leiko- prosessin sujuvuus ja sen eteneminen

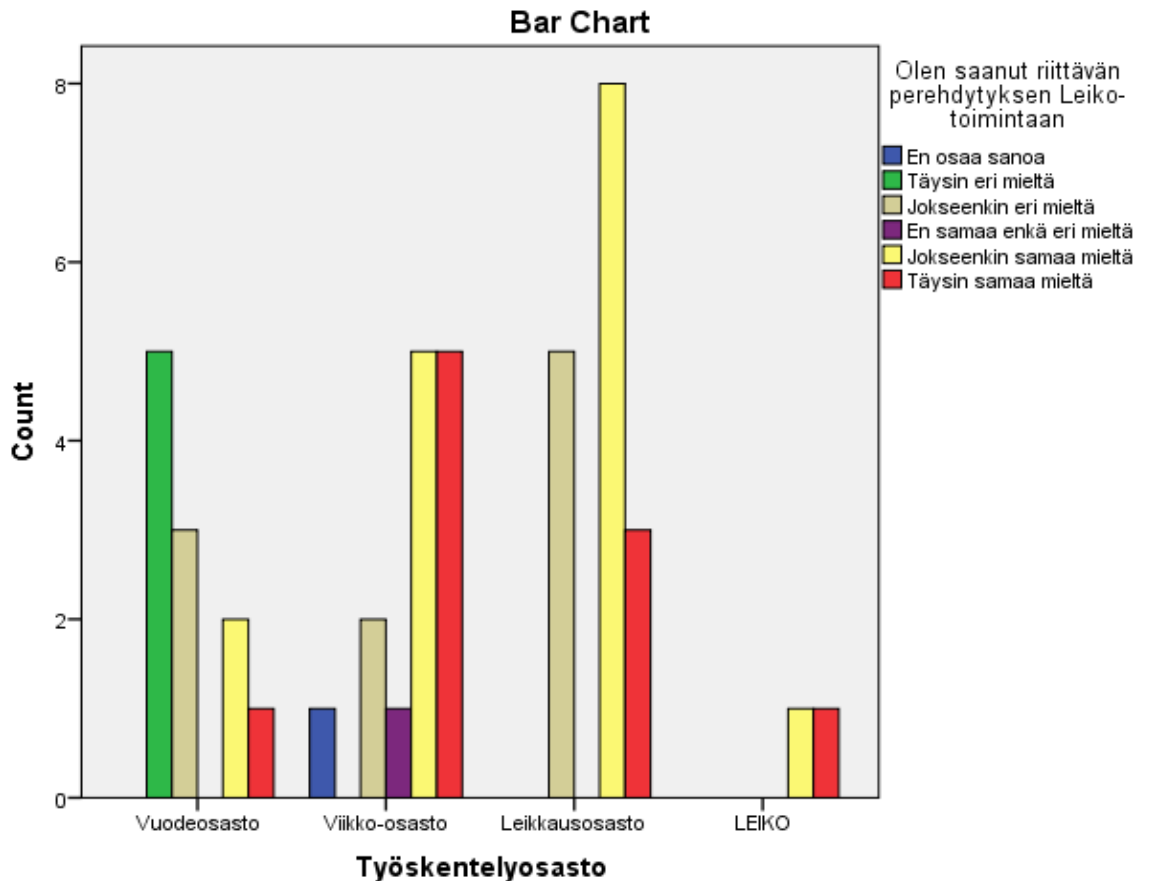
Leiko- prosessin sujuvuutta kartoitettiin tiedustelemalla vastaajilta heidän näkemyksiään Leiko- prosessin rakenteen selkeydestä, heidän saamastaan perehdytyksestä Leikon toimintaan ja Leiko- prosessin yhteneväisistä ja konkreettisista toimintaohjeista. Leiko- prosessin sujuvuutta pyrittiin selvittämään myös esittämällä väittämiä Leiko- prosessin tehokkuudesta, leikkaussalien odotusajoista suhteessa Leiko- prosessin käynnistymiseen ja Leiko- prosessin sopivuudesta kyseessä olevilla hoito-osastoilla hoidettaviin kirurgisiin potilaisiin.

Leikon toimintaan oltiin yksimielisesti tyytyväisiä. Hoitohenkilökunta oli myös yksimielisesti sitä mieltä, että Leiko- toiminta sopii tähän kirurgian erikoisalaan kuin mitä näillä tutkimukseen osallistuvilla hoito-osastoilla oli. Leiko- toimintaa pidettiin tehokkaana (kuvio 2) ja sen koettiin selkiyttävän Leiko- potilaan leikkausprosessia.



KUVIO 2. Näkemykset Leikon toiminnan tehokkuudesta

Leikon toimintaan perehdytyksen riittävyttä koskevassa väittämässä vastauksissa oli selvää hajontaa (kuvio 3). Leikkausosastolla ja viikko-osastolla suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että he ovat saaneet riittävän perehdytyksen, kun taas vuodeosaston hoitohenkilökunta koki jääneensä perehdytystä vaille.



KUVIO 3. Leiko- toimintaan saatu perehdytys

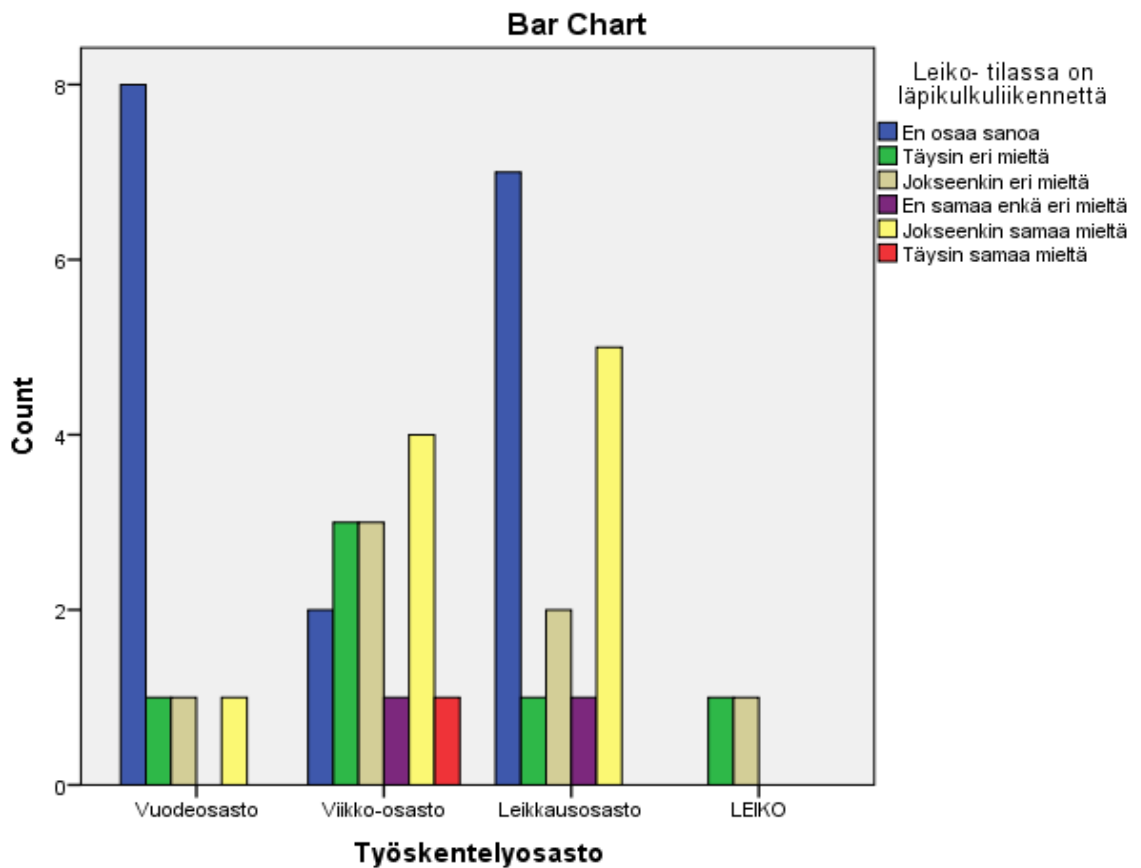
Kysyttäessä Leiko- toiminnan epäkohdista, neljäsosa vastauksista sijoittui ”jokseenkin samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Parannettavaa Leiko- toiminnassa kuitenkin on vastaajien mukaan. Leikon yhteneväisistä ja konkreettisista toimintaohjeista hoitohenkilökunnalle 19:llä vastaajalla (44%) ei ollut näkemystä asiasta.

Kysyttäessä Leiko- prosessin rakenteen selkeydestä, vastaajista noin puolet piti Leiko- prosessin rakennetta selkeänä ja 22 vastaajaa joko ei osannut kertoa mielipidettään (28%) tai oli eri mieltä (23%). 17 vastaajaa (40%) oli sitä mieltä, että leikkaussalien odotusajat ovat vähentyneet Leiko- prosessin myötä, mutta enemmistö eli 25 vastaajaa (58%), eivät osanneet sanoa mielipidettään väitteeseen ja loput (2%) olivat eri mieltä leikkaussalien odotusaikojen vähentymisestä.

4.3 Leiko- tilan toimivuus

Vastaajat olivat yksimielisesti tyytyväisiä Leiko- tilaan: Leiko- tilaa ei pidetty ahtaana, Leiko- tila soveltuu siihen tarkoitettuun toimintaan, Leiko- tila on riittävän rauhallinen ja Leiko- tilassa on riittävästi ajankuluvietettä. Leiko- tila myös sijaitsee riittävän lähellä leikkaussaleja.

Leiko- tilassa on vastaajien mukaan jonkun verran läpikulkuliikennettä, mutta toisaalta miltei puolella vastaajista ei ollut mielipidettä väittämään (kuvio 4).



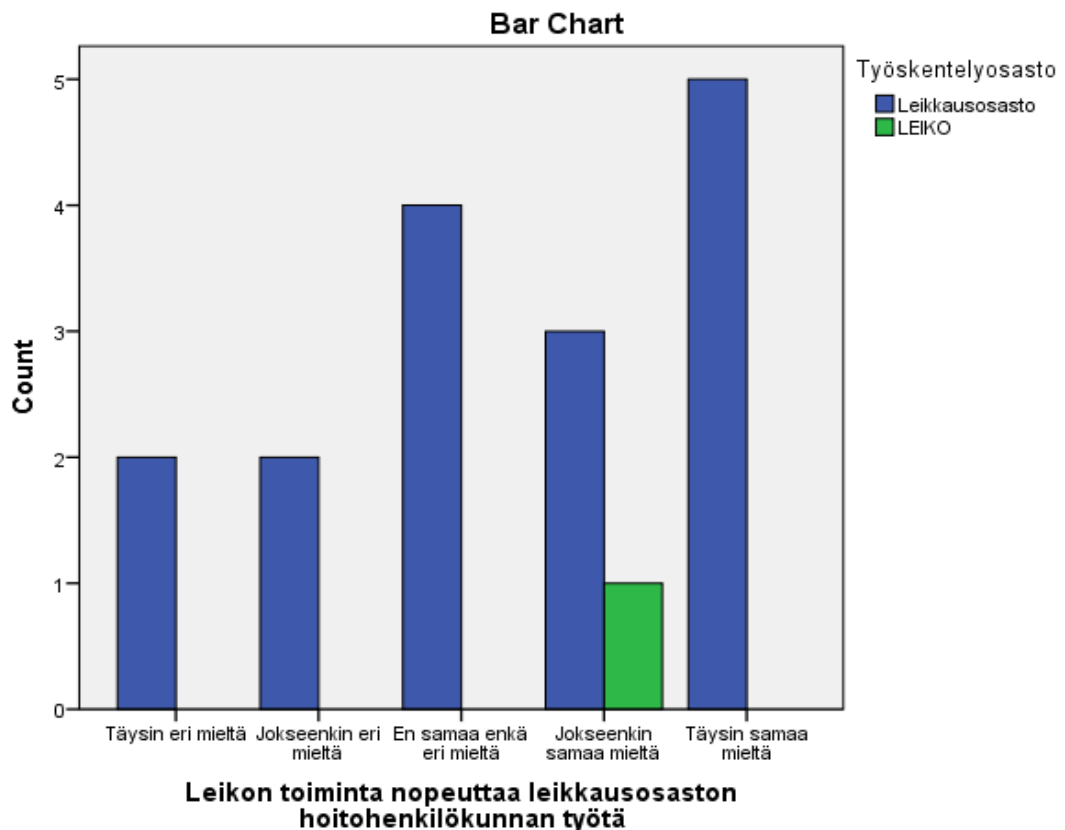
KUVIO 4. Leiko- tilan läpikulkuliikenne

Saatujen vastausten perusteella (47% vastauksista eli 20 vastaajaa) Leiko- tilassa potilaan yksityisyys ei säily. Vastaajista 17:llä (40%) ei ollut näkemystä Leiko- potilaan yksityisyyden säilymisestä Leiko- tilassa. 14 vastaajaa (33%) ei pitänyt Leiko- tilaa sopivana potilaan omaisille.

Väittämässä ”Leiko- tilassa on välineitä potilaan tarkkailuun” viikko-osaston, jonka yhteydessä Leiko sijaitsee, hoitohenkilökunta oli yksimielisesti samaa mieltä tarkkailuvälineiden riittävydestä. Muilla tutkimukseen osallistuvilla osastoilla hoitohenkilökunnalla ei ollut tietoa tai mielipidettä väittämään.

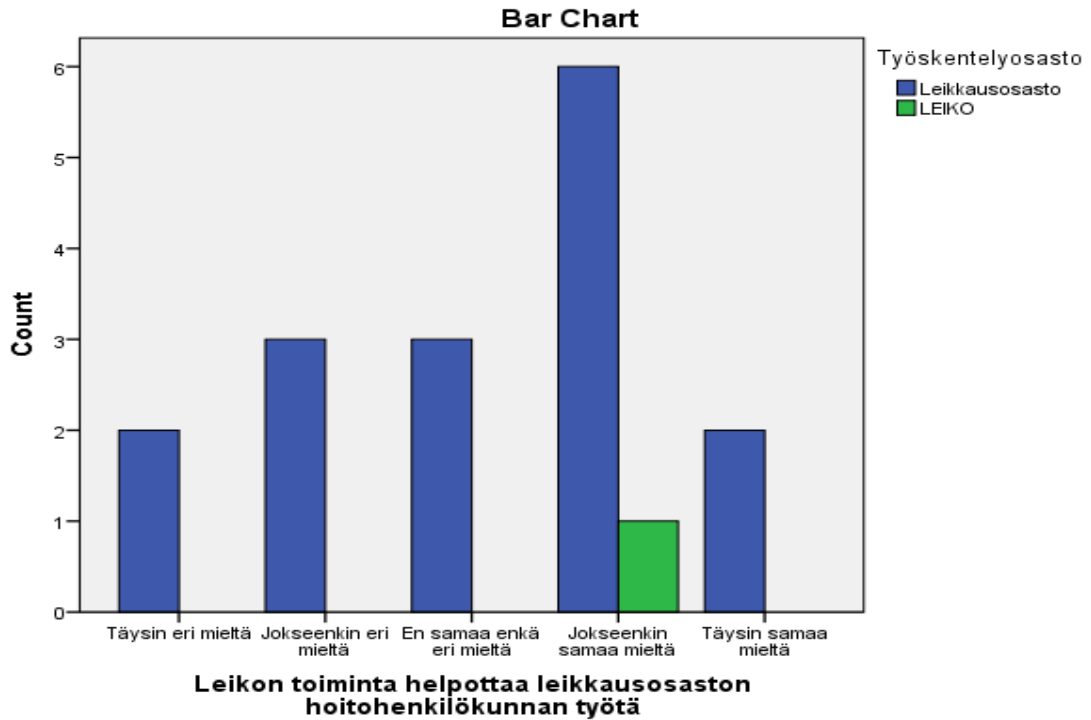
4.4 Työvoimaresurssien koordinointi ja Leiko- toiminnan vaikuttavuus hoito-osastojen päivittäiseen toimintaan

Leikon työvoimaresursseja pidettiin riittävinä, tosin reilulla kolmasosalla vastaajista ei ollut käsitystä Leikon työvoimaresurssien riittävydestä. Myöskään Leikon varahenkilöstön riittävydestä ei vastaajilla ollut tietoa tai mielipidettä, 56% vastaajista oli vastannut joko ”en osaa sanoa” tai ”en samaa enkä eri mieltä”. Yksimielisiä oltiin kuitenkin väitteestä, että Leiko- hoitajien toimenkuva vaatii monialaista osaamista. 30 vastaajaa (70%) ei osaa sanoa onko oikeat henkilöt sijoitettu Leiko- prosessin ongelmakohtiin, 6 vastaajaa (14%) oli eri mieltä ja 7 vastaajaa (16%) samaa mieltä siitä, että oikeiden henkilöiden sijoittuminen prosessin ongelmakohtiin on onnistunutta.



KUVIO 5. Leikon toiminta leikkausosaston hoitohenkilökunnan työn nopeuttajana.

Leikkausosaston hoitohenkilökuntaa pyydettiin vastaamaan, onko työ leikkausosastolla nopeutunut ja helpottunut Leiko- toiminnan myötä. Yksimielisesti leikkausosastolla oltiin sitä mieltä, että Leikon toiminta on sekä nopeuttanut, että helpottanut leikkausosaston hoitohenkilökunnan myötä (kuvio 5 ja 6).



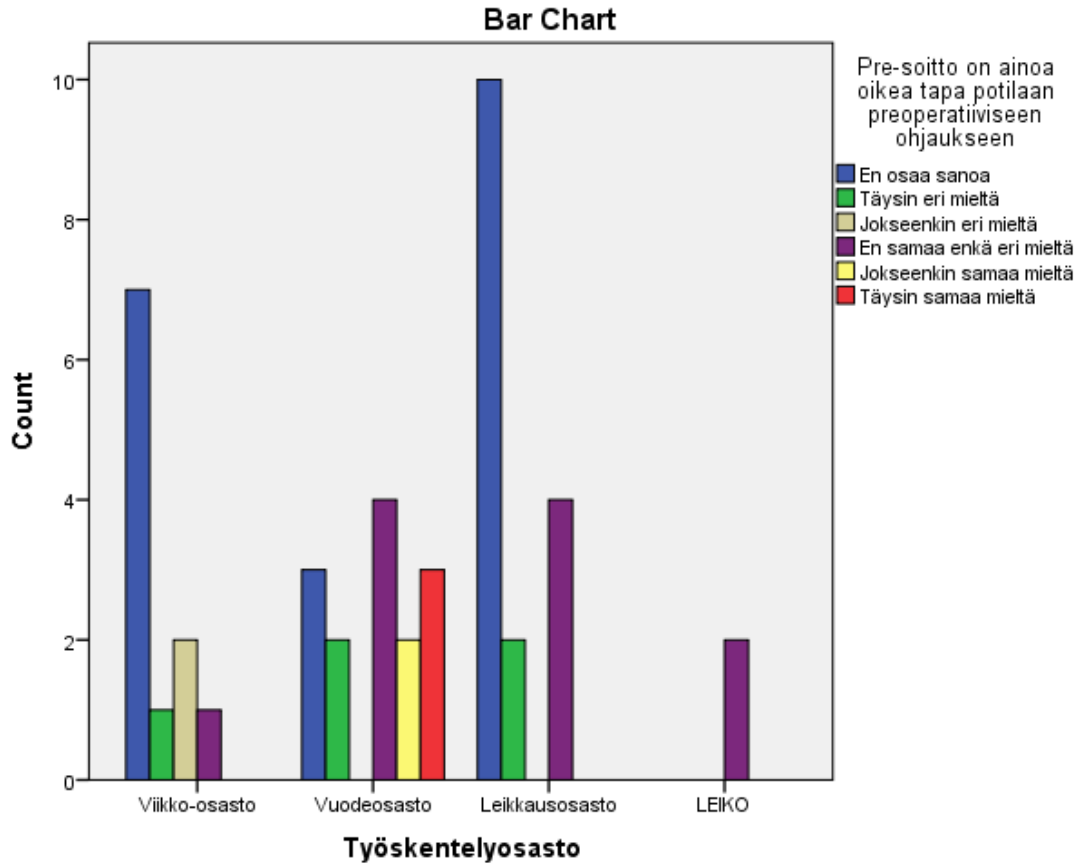
KUVIO 6. Leikon toiminta leikkausosaston hoitohenkilökunnan työn helpottajana.

Vuode- ja viikko-osaston hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin Leiko- toiminnan vaikutuksista heidän työhönsä: Leikon toiminta on vapauttanut työvoimaresursseja postoperatiiviseen hoitotyöhön (73% vastaajista eli 31 vastaajaa), hoitohenkilökunta pystyy keskittymään jo osastolla olevien potilaiden hoitotyöhön (81% eli 35 vastaajaa), sekä Leiko toiminta on vähentänyt osastojen aamukiireitä (77% eli 33 vastaajaa).

4.5 Leiko- potilaan saaman preoperatiivisen ohjauksen laatu

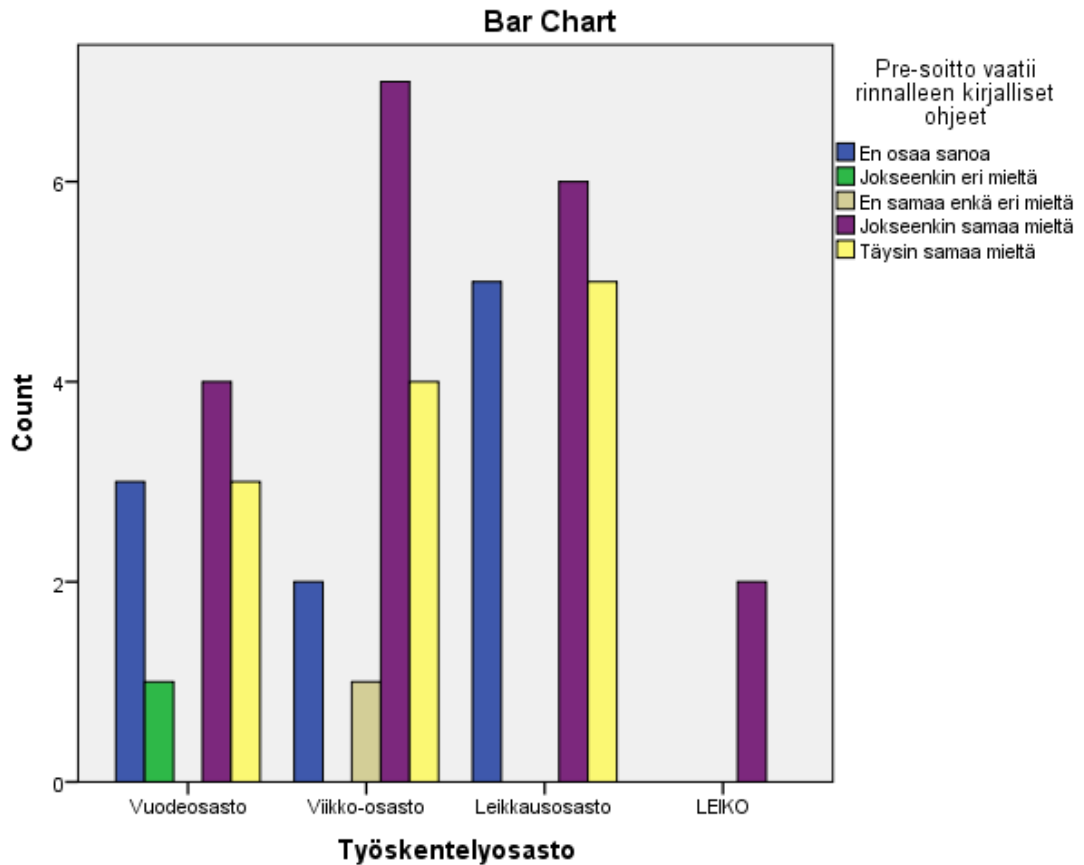
Suurin osa leikkaus- ja vuodeosaston hoitohenkilökunnan vastauksista tiedusteltaessa Leiko- potilaan ohjauksesta, vastaukset sijoittuivat ”en osaa sanoa”-kategoriaan. Ne vastaajat, joilla oli näkemystä, olivat melko yksimielisiä väittämien paikkansa pitävyydestä. Väittämissä tiedusteltiin näkemyksiä Leiko- potilaan onnistuneesta preoperatiivisesta ohjauksesta.

Kysyttäessä, onko pre-soitto ainoa oikea tapa Leiko- potilaan preoperatiiviseen ohjaukseen, ne vastaajista joilla oli mielipide asiaan, jakautuivat kahtia eli puolet vastaajista olivat samaa ja puolet eri mieltä. 73%:lla (31 vastaajaa) ei ollut tietoa tai mielipidettä väittämään (kuvio 7).



KUVIO 7. Pre-soiton hyödyllisyys preoperatiivisessa ohjauksessa

Kysyttäessä tarvitseeko pre-soitto rinnalleen kirjalliset ohjeet vastaajat olivat melko yksimielisesti (63%) sitä mieltä, että kirjalliset ohjeet tarvitaan (kuvio 8).



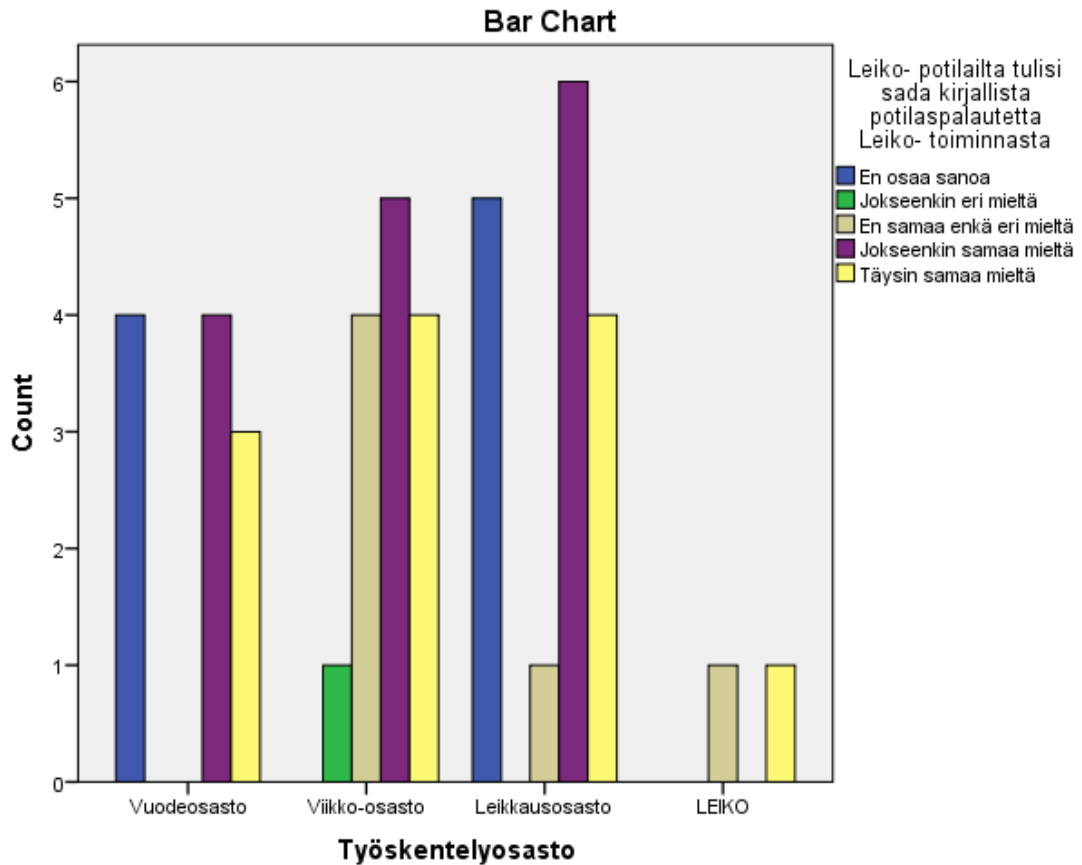
KUVIO 8. Pre-soiton oheen suunniteltu kirjallinen ohje

18 vastaajan (42%) mielestä Leiko- potilaalla on ohjaustarvetta Leikossa saamansa ohjauksen jälkeen, 25 vastaajalla (58%) ei ollut näkemystä tai he eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä väittämästä. Yksikään vastaaja ei kuitenkaan ollut eri mieltä väittämästä.

4.6 Leiko- potilaan rooli Leiko- prosessin aikana

Leiko- toiminnassa on onnistuttu potilasvalinnan näkökulmasta. Yli puolet hoitohenkilökunnasta oli tätä mieltä. Leiko- prosessiin valituilla potilailla oli myös riittävä suomen kielen taito, josta oltiin täysin yksimielisiä.

17 vastaajaa (40%) hoitohenkilökunnasta oli sitä mieltä, että Leiko- potilaat ovat tyytyväisiä Leiko- toimintaan, toisaalta 60% tutkittavista (26 vastaajaa) ei joko osannut arvioida Leiko- potilaiden tyytyväisyyttä Leiko- toimintaan tai heillä ei ollut siitä mielipidettä. Yksimielisiä oltiin kuitenkin vastanneiden kesken siitä, että Leiko- potilailta tulisi saada kirjallista palautetta Leiko- toiminnasta, jopa 27 vastaajaa (63%) oli tätä mieltä (kuvio 9).



KUVIO 9. Kirjallisen palautteen saamisen tärkeys Leiko- potilailta Leiko- toiminnasta

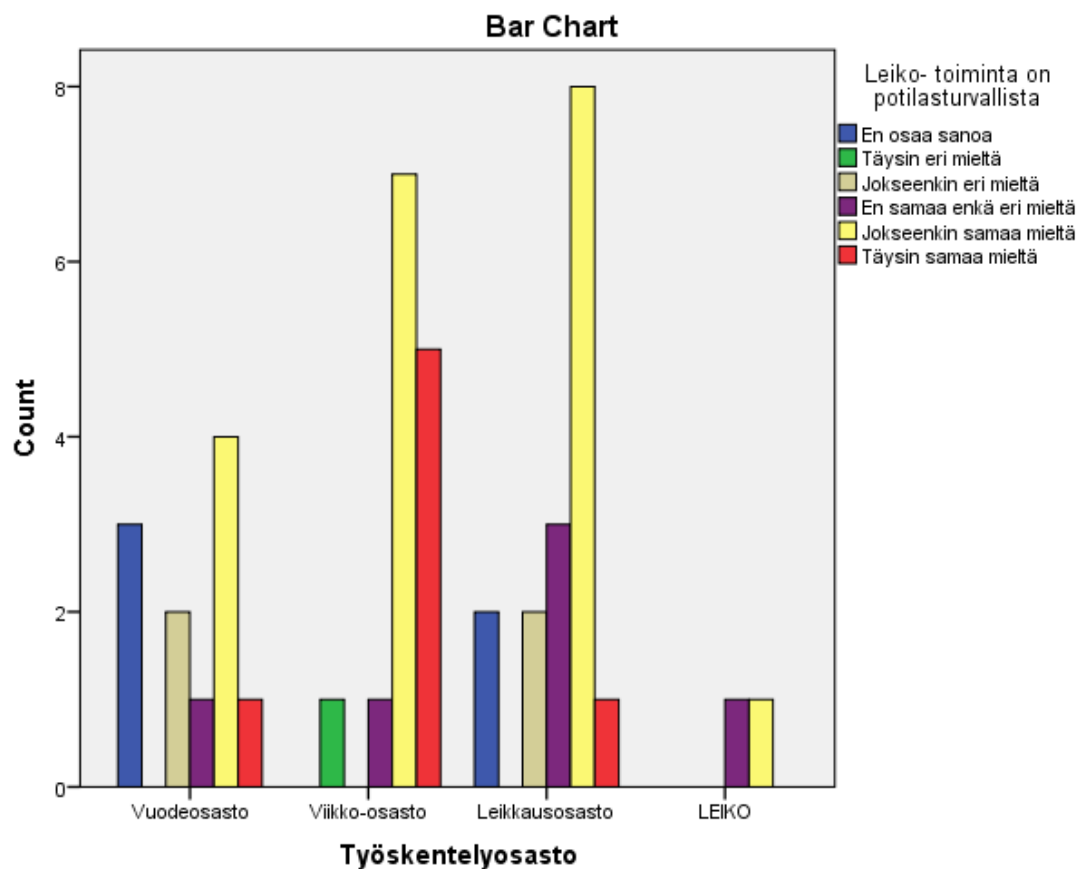
Väittämistä, joissa käsiteltiin Leiko- potilaan roolia Leiko- prosessin aikana oltiin melko yksimielisiä: Leiko- potilaan rooli on aktiivinen ja Leiko- toiminta aktivoi Leiko- potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa enemmän. Leiko- toiminta vaatii potilaalta enemmän itsehoitovalmiuksia verrattuna perinteiseen vuodeosaston kautta kulkevaan hoitoprosessiin. Hoitohenkilökunnasta 14:llä (33%) oli mielipide tai näkemys koskien Leiko- potilaan tarvitseman palvelun helpposta tavoittamisesta. Vastaajat olivat sitä mieltä, että Leiko- potilas tosiaan tavoittaa tarvitsemansa palvelun helposti. 44 vastaajalla (44%) ei ollut tähän väittämään mielipidettä ja 6 vastaajaa (13%) oli eri mieltä siitä että, Leiko- potilas tavoittaisi tarvitsemansa palvelun helposti. Samoin kävi väittämässä, joka koski Leiko- potilaan omaisten osalliseksi ottamista Leiko- potilaan hoitoon, jopa 31 vastaajaa (72%) ei ilmaissut kantaansa tähän väittämään.

Leikkausosaston hoitohenkilökuntaa pyydettiin arvioimaan Leiko- potilaiden preoperatiivisen itsehoidon onnistumista, Leiko- potilaiden preoperatiivisten laboratoriotulosten tason vastaavuutta ja riittävyttä potilaalle suunnitellun toimenpiteen toteuttamiseksi,

Leiko- potilaiden sitoutuneisuutta Leiko- prosessiin, Leiko- potilaiden huolellisesta valmistautumisesta toimenpidettä varten, sekä mahdollistaako Leiko- potilaiden terveydentila sairaalaan saapuessa suunnitellun toimenpiteen. Melko yksimielisesti oltiin sitä mieltä, että väittämät pitävät paikkansa. Vain 1-5 vastaajaa kunkin väittämän kohdalla oli eri mieltä asiasta. Saman verran oli kussakin väittämässä vastaajia, joilla ei ollut näkemystä asiaan.

4.7 Hoitotyön suunnittelu ja yhteistyön merkitys hoitohenkilökunnan välillä

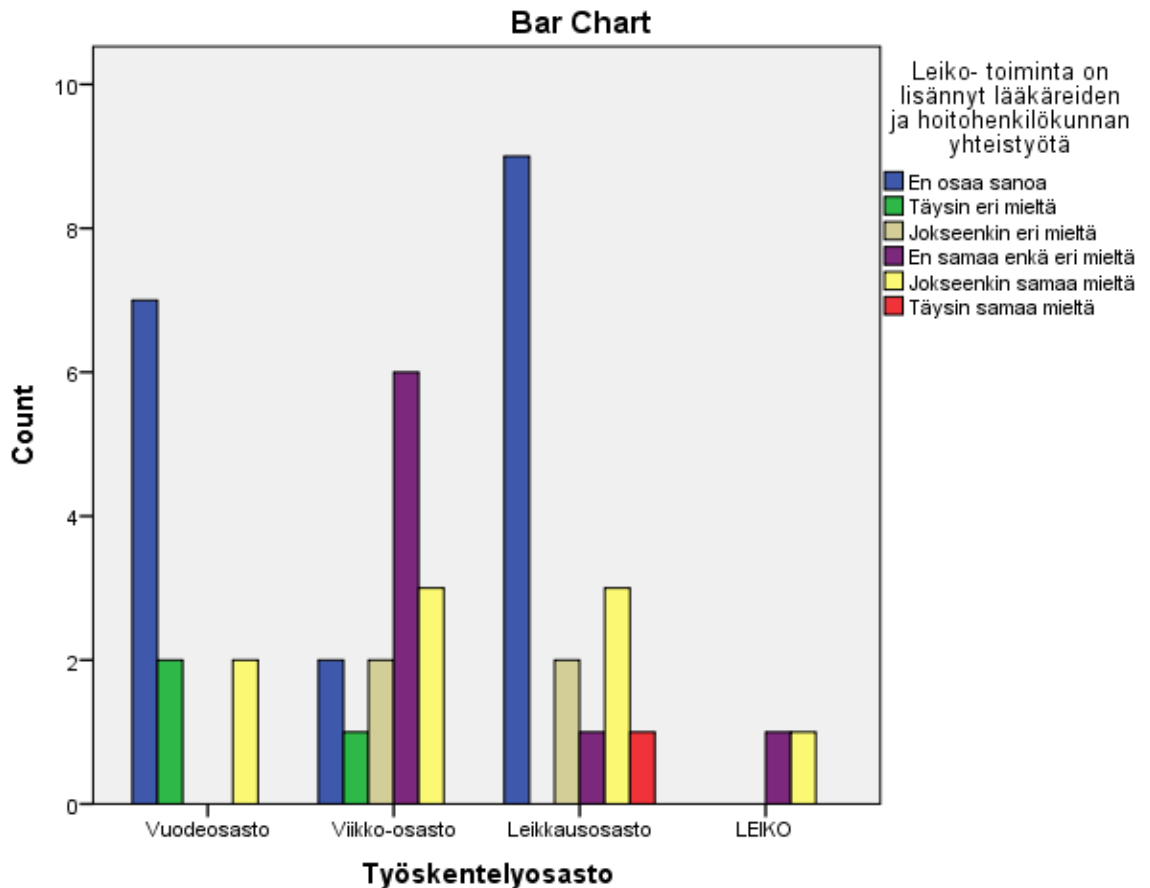
Leiko- toiminta todettiin potilasturvalliseksi 27 vastaajan (63%) mielestä (kuvio 10).



KUVIO 10. Leiko- toiminnan potilasturvallisuus

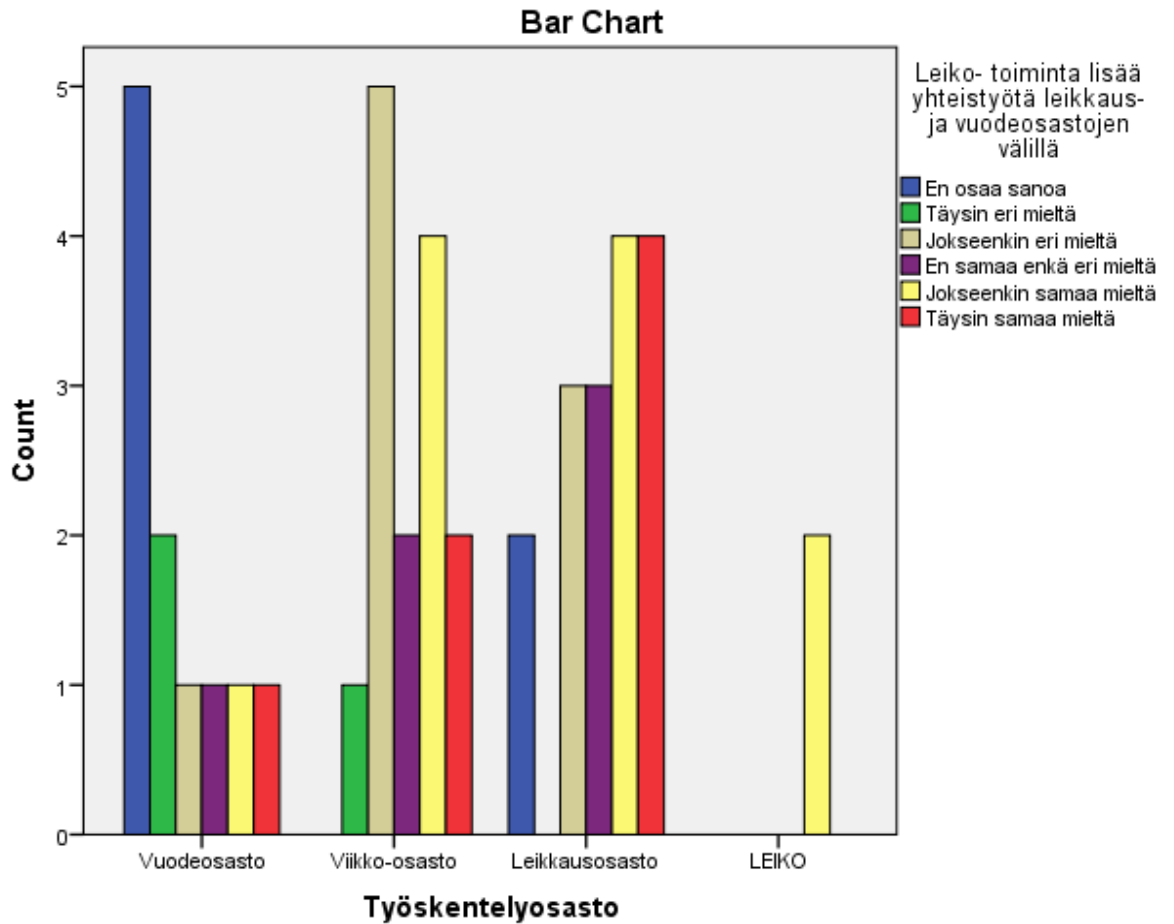
Leiko- potilaan postoperatiivinen hoito oli vastaajien mielestä sujuvaa ja turvallinen jatkoahoito on varmistettu. Molempien väittämien osalta puolet vastaajista (19 vastaajaa kummassakin väittämässä) oli tätä mieltä.

Yhteistyötä, sen lisääntymistä ja merkityksen korostumista tutkittiin kolmessa väittämässä. Tiedusteltaessa lisääkö Leiko- toiminta hoitotyöntekijöiden ja lääkäreiden yhteistyötä, 26 vastaajaa (60%) ei osannut sanoa näkemystään tai he eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä väittämästä. 10 vastaajaa (23%) oli joko jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä väittämästä. Loput vastaajat olivat joko jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä siitä, että Leiko- toiminta olisi lisännyt yhteistyötä lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välillä (kuvio 11).



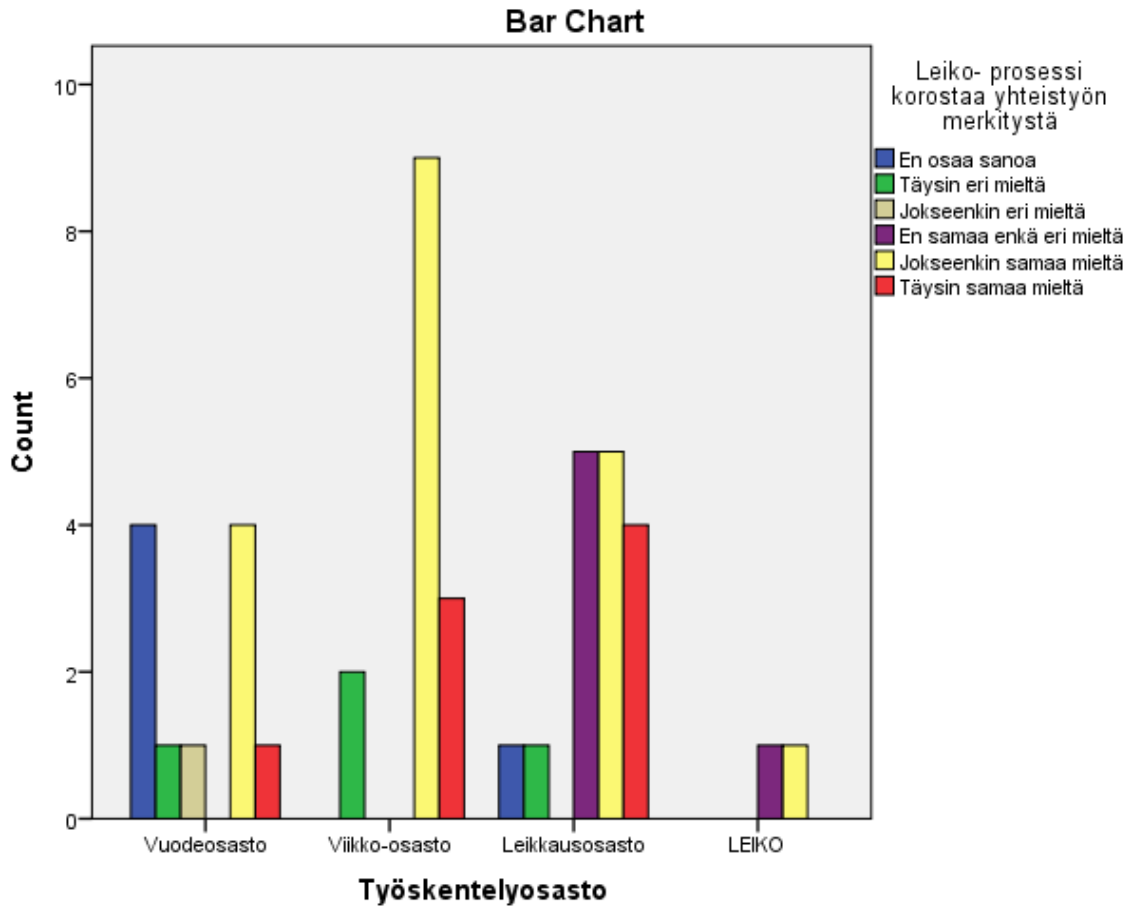
KUVIO 11. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö Leiko- toiminnassa

Kysyttäessä lisääkö Leiko- toiminta yhteistyötä leikkaus- ja vuodeosastojen välillä, vastauksissa oli runsaasti hajontaa. 43:sta vastaajasta 7 ei osannut sanoa mielipidettään ja 6 vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä. Täysin samaa mieltä yhteistyön lisääntymisestä oli 7 vastaajaa ja täysin eri mieltä 3 vastaajaa. Jokseenkin samaa mieltä väittämästä oli 11 vastaajaa ja jokseenkin eri mieltä 9 vastaajaa (kuvio 12).



KUVIO 12. Yhteistyö leikkaus- ja vuodeosastojen välillä Leiko- toiminnassa

Melko yksimielisiä (27 vastaajaa) oltiin kuitenkin siitä, että Leiko- prosessi korostaa yhteistyön merkitystä (kuvio 13).



KUVIO 13. Hoitohenkilöstön yhteistyö Leiko- toiminnassa

Tiedusteltaessa saako leikkausosaston hoitohenkilökunta enemmän tietoa potilaasta Leiko- toiminnan alettua, vastaukset jakautuivat melko tasaisesti kaikkiin vastausvaihtoehtoihin. 25% vastaajista (11 vastausta) ei osannut sanoa mielipidettään, 21% (9 vastausta) ei ollut samaa eikä eri mieltä, 28% (12 vastausta) oli joko jokseenkin tai täysin samaa mieltä ja 25% vastaajista (11 vastausta) oli joko jokseenkin tai täysin eri mieltä väittämästä. Leikon toiminta osana leikkausosaston päivittäisen toiminnan suunnittelua helpottavana tekijänä –väittämässä oli todella paljon hajontaa, jopa 53% vastaajista (23 vastausta) ei osannut sanoa mielipidettään tai ei ollut samaa eikä eri mieltä. 14 vastaajaa (33%) oli joko jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että Leikon toiminta helpottaa leikkausosaston päivittäisen toiminnan suunnittelua ja vain 14% vastaajista oli eri mieltä väittämästä.

4.7.1 Kehittämisehdotuksia Leikon toimintaan

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat halusivat kehittää Leiko- toimintaa tilojen, ajanvietemahdollisuuksien ja potilaan vaatteiden ja omaisuuden säilyttämisen näkökulmista.

”Itseäni ahdistaisi istua ventovieraiden kanssa ympyrässä”

”Itse en haluaisi istua suhteellisen pienessä tilassa huokailten ventovieraiden kanssa. Joskus istuminen siellä kestää pitkään”

”Potilaan vaatteiden/omaisuuden kuljetus ontuu, vaikka siitäkin oli suunnitelmia”

Esimiestyöhön annettiin runsaasti kehitysehdotuksia. Vastaajat toivoivat enemmän yhteistyöpalavereita Leikon, vuodeosastojen ja leikkaussalin hoitohenkilökunnan välille. Esimiestyöltä toivottiin toiminnan aktiivista kehittämistä ja työntekijöiden kuulemista kehitysehdotusten tiimoilta. Osa avointa palautetta antaneesta hoitohenkilökunnasta olisi kiinnostunut tutustumaan paremmin Leiko- hoitajan työnkuvaan työkierron merkeissä. Perehdytystä ja informaatiota Leikon toiminnasta toivottiin lisää erityisesti vuodeosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan osalta.

”Olisi kiva, että kaikki halukkaat pääsisivät jollain aikavälillä Leikoon töihin/kiertoon”

”Innostavaa, tasapuolista, osaavaa esimiestä, jos vastaus on aina ei, kun jotain halutaan kehittää, tai tilanteen mukaan”

”Näin osastolla töitä tekevänä tiedän todella vähän Leikon toiminnasta”

”Perehdytys puuttuu lähes kokonaan”

Työn suunnitteluun ja toteutukseen saatiin myös kehitysehdotuksia. Yhteistyötä neurokirurgisen ja Leikon hoitohenkilökunnan välille toivottiin kehitettävän tai jopa oman neurokirurgisen sairaanhoitajan sijoittamista Leikoon

”Leikossa pitäisi ehdottomasti olla oma neurokirurginen hoitaja”

”Neurokirurgian osaamisen varmistaminen Leikossa olisi erittäin tärkeää”

Leiko- toimintaa ehdotettiin kehitettäväksi jo poliklinikalta käsin, kuten neurokirurgian alueella on jo tehty.

”Toimintaa voisi kehittää jo korvapoliiklinikalta käsin, sekin on torpattu aivan täysin”

”Toimintaa neurokirurgian puolelta on kehitetty jo polilta käsin”

4.7.2 Palautetta Leikon toiminnasta

Leikon toiminta on sujuvaa, koska siellä työskentelee samat, Leiko- toimintaan perehtyneet sairaanhoitajat. He osaavat asiansa ja työnsä. Leiko- hoitajia ja Leiko- toimintaa pidettiin myös joustavana, koska esimerkiksi oli hoidettu myös potilaita, joiden kaikki Leiko-kriteerit eivät täyty, autettu myös potilaiden postoperatiivisessa hoidossa ja Päiki-potilaiden kotiuttamisessa.

”Kiitokset iloisille ja reippaille Leiko-hoitajille! Teette tärkeää työtä!”

”Yhteistyö on sujuvaa. Leikosta löytyy joustavuutta ja innokkuutta kehittää toimintaa. Todella nykyaikainen systeemi, hienoa olla mukana kun uutta toimintaa kehitetään.”

”Pysyvät Leiko-hoitajat ovat hyvä asia. Työ ei sovellu kaikille, joten turhan suuri kierto on tarpeetonta”

Leikon tilojen mainittiin olevan epäsovivat alaikäiselle potilaalle, joka huonon yksityisyyden suojan vuoksi joutuu kuuntelemaan vanhempien potilaiden kertomuksia sairauksistaan. Tämän epäiltiin mahdollisesti lisäävän alaikäisten potilaiden pelkoa tulevaa toimenpidettä kohtaan.

”Leiko ei ehkä ole sopiva alaikäisille (joutuvat kuuntelemaan muiden juttelua sairauksistaan ym.)”

Resurssien puutteesta nousi esille potilassänkyjen (lukumääräinen) puute.

”Ennen yksi hoitaja vei sekä potilaan että sängyn, nyt siihen tarvitaan kaksi hoitajaa, toinen vie potilaan ja toinen sängyn, ei hyvä!”

”Kiire toisenlaista. Kiire edelleen saada osastolla olevia potilaita kotiutumaan kun vuoteet loppuvat kesken, kun muutoksen myötä vuodepaikkoja ja XB:n henkilökuntaa vähennetty”

Toiminnan organisoinnista saatiin muutama palaute. Palautetta antaneiden mukaan viikon jokaisena päivänä avoinna oleva vuodeosasto on ylikuormittunut, erityisesti perjantaisin, kun toinen, maanantaista perjantaihin avoinna oleva viikko-osasto sulkeutuu viikonlopuksi. Myös hoidon suunnitteluun haluttiin kiinnittää huomiota.

”Perjantait aivan kauheita kun os.XA täynnä! Voisivat ottaa XB:lle Leiko-potilaita, jotka kotiutuvat ennen klo 18”

”Perjantaisin Leiko-potilaat XB klo 17.30 saakka, ainakin kunnes paikkoja vapautuu XA:lta”

”Salin väki voisi soittaa XB:lle eikä tuoda potilasta suoraan XA:lle”

5 POHDINTA

5.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kyselytutkimuksen ja aiempien Leiko- toimintaa koskevien tutkimusten tulosten valossa Leiko- toiminnan voidaan todeta olevan tehokasta ja potilasturvallista. Lisäksi Leiko-toiminta helpottaa potilaspaikeilannetta vuodeosastoilla, sillä vuodeosaston hoitohenkilökunnan työpanosta ei tarvitse käyttää potilaan preoperatiivisessa hoitovaiheessa. (Villman 2013; Keränen ym. 2003). Leiko -prosessissa potilas aktivoituu ja pitää huolta omasta valmistautumisestaan toimenpidettä varten ja tulee näin paremmin ja huolellisemmin valmistautuneena toimenpiteeseen (Keränen ym. 2006).

Tuloksista voidaan todeta, että perehdytys Leikon toimintaan on jäänyt puutteelliseksi. Jopa 35% vastaa, että perehdytys Leikon toimintaan ei ole ollut riittävää. Erityisesti vuodeosaston hoitohenkilökunta kokee jääneensä perehdytystä vaille. Viikko-osaston, jonka tiloissa Leiko sijaitsee, hoitohenkilökunta taas koki saaneensa riittävän perehdytyksen Leikon toimintaan. Suurin osa niistä henkilöistä, joilla on 0-2- vuotta työkokemusta tutkimuksen kohteena olevilla osastoilla, työskentelee leikkausosastolla. Leikkausosaston hoitohenkilökunta koki kuitenkin saaneensa riittävän perehdytyksen Leikon toimintaan. Tulevaisuudessa on syytä kiinnittää huomiota perehdytyksen laatuun, koska osa hoitohenkilökunnasta kokee saaneensa perehdytystä, osa taas ei. Yhteinen perehdytysohjelma eri hoito-osastoille lienee hyvä ratkaisu tilanteeseen.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että selviä epäkohtia Leiko- prosessissa ei tiedonantajien mukaan ole. Osa vastaajista löysi kuitenkin Leikon toiminnasta kehitettävää, joten Leikon toimintaa on syytä edelleenkin parantaa.

Tavoitteena oli myös selvittää mikä Leikon tiloissa on toimivaa ja mitkä tekijät vaativat kehittämistä. Tämän väittämryhmän vastauksia leimasi ”en osaa sanoa” -vastausten suuri osuus. Tilojen kehittämiseen tulisikin kiinnittää huomiota tulevaisuudessa, kun tiloja mahdollisesti remontoidaan tai laajennetaan seuraavan kerran. Hyvä keino Leikon tilojen kehittämiskohteiden kartoittamiseen, on kysyä hoitohenkilökunnalta mitä Leikon tilat vaativat toimiakseen paremmin potilaan sujuvaa ja miellyttävää hoitokokemusta ajatellen. Hoitohenkilökunnalla on hyvät tiedot siitä, millaisia kehitystarpeita Leikon tiloissa on.

Pääasiassa Leiko- tiloihin oltiin tyytyväisiä sekä tilan rauhallisuudesta ja sijainnista riittävän lähellä leikkaussaleja oltiin yksimielisiä. Kuitenkin Leiko- tilassa todettiin olevan jonkin verran läpikulkuliikennettä, eikä potilaan yksityisyys säily Leiko- tilassa. Villmanin (2013) tutkimuksessa kyseisen Leikon tilat oli todettu ahtaiksi ja rauhattomiksi ylimääräisen läpikulkuliikenteensä vuoksi. Ilmeisesti tähän ongelmaan ei vielä ole saatu ratkaisua. Tähän on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota, varsinkin hoitohenkilökunnan aiheuttaman läpikulkuliikenteen osalta. Tilaratkaisut ovat haastavimpia muuttaa jälkikäteen, koska tietyt tilaratkaisut on tehty suunnittelu-, rakentamis- tai muutostyövaiheessa.

Leiko- tilassa oli vastaajien mielestä riittävästi ajankuluvietettä Leiko- potilaalle. Toisittain Leiko- tilassa ei ole Internet- yhteyttä, mikä nousi esille eräässä avoimen kysymyksen vastauksessa. Internet- yhteyden tarpeellisuus oli myös hoitohenkilökunnan näkemyksissä esillä. Ajankuluvietteiden riittävyys ja Internet- yhteyden tarpeellisuus ovat tänä päivänä tärkeitä sekä hoitohenkilökunnalle että potilaille, joten siihen on kiinnitettävä huomiota tulevaisuudessa.

Leiko- toiminta on vapauttanut työvoimaresursseja postoperatiiviseen hoitotyöhön. Hoitohenkilökunta pystyy keskittymään paremmin jo osastolla olevien potilaiden hoitotyöhön Leiko- toiminnan käynnistyttyä. Leiko- toiminta on myös vähentänyt osastojen aamukiireitä. Tohmoin (2010) tutkimuksen mukaan Leiko -prosessi sitoo suoraan 73% vähemmän sairaalan henkilökunnan aikaresursseja kuin perinteinen vuodeosaston kautta tapahtuva prosessi. Leiko- yksikön varahenkilöstön riittävyys ja henkilöiden sijoittelu Leiko- prosessin ongelmakohtiin olivat vastaajille vaikeita asioita vastattavaksi. Tämä voisi selittyä sillä, että hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa Leikon toiminnasta tai perehdytys ei ole ollut riittävää. Tutkimuksen kohteena olevilla osastoilla ei ole käytössä työnkiertoa, jossa hoitohenkilökunta tutustuisi ennalta määrätyn ajan toisen yhteistyö osaston toimintaan, voisi selittää huonon tuntemuksen Leikon varahenkilöstöstä ja yleensäkin Leiko- hoitajista. Perehdytyksessä onkin syytä jatkossa kiinnittää huomiota myös tämän asian esilletuomiseen.

Opinnäytetyön yhtenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää mikä on Leiko- potilaan saaman preohjauksen laatu. Tutkimustulosten perusteella ollaan pääasiassa tyytyväisiä

Leiko- potilaan saamaan preohjauksen laatuun. Presoitto ohjausmenetelmänä tutkimuksen mukaan palvelee Leiko- potilaan tiedontarvetta. Presoiton vahvuus on se, että siinä Leikon hoitohenkilökunnalla ja potilaalla on välitön henkilökohtainen puheyhteys, jolloin juuri kyseiselle potilaalle tarpeellinen ohjaus voidaan toistaa ja tärkeitä asioita painottaa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilaat ovat ymmärtäneet hyvin saamansa preohjauksen. Leikossa työskentelevän hoitohenkilökunnan ammattitaito on hyvää ja ohjaus osataan antaa selkeästi. Tällä linjalla on siis syytä jatkaa tulevaisuudessakin.

Tällä hetkellä tutkimuksen kohteena olevassa Leiko- yksikössä on käytössä presoitto ainoana preohjausmenetelmänä. Tutkimustuloksista käy ilmi, että presoiton sisältöön ja sen antamaan informaatioon ollaan kyllä tyytyväisiä, mutta esiin nousee tarve kirjallisten ohjeiden saamiseksi presoiton rinnalle. Leiko- potilaat ovat tarvinneet jonkin verran vielä lisäohjausta toimenpiteeseen liittyen Leikosta saamansa preohjauksen jälkeen. Kirjalliset ohjeet ennakoivasti kotiin lähetettynä muistin tueksi helpottaisivat Leiko- potilaan valmistautumista entistä paremmin toimenpiteeseensä. Kirjallinen ohje varmistaisi ja tukisi suullista ohjausta.

Tutkimukseen osallistuneen hoitohenkilökunnan mielestä Leikon potilasvalinta on onnistunutta. Toimenpiteeseen päätyvät potilaat täyttävät Leiko- kriteerit ja ovat hyvin valmistautuneita toimenpiteeseensä. Siitä tavoittaako Leiko- potilas tarvitsemansa palvelun, suurimmalla osalla ei ollut käsitystä. Niistä, jotka olivat kysymykseen vastanneet, oli pieni enemmistö sitä mieltä, että palvelu on helposti tavoitettavissa, mutta eriäviäkin mielipiteitä löytyi. Kuitenkin riittävän tarkat määritelmät ja kriteerit sille, miten palvelun Leiko- toiminnassa tulisi olla tavoitettavissa, olisi syytä asettaa.

Leiko- potilaan roolin todetaan olevan aktiivinen ja potilaalta vaaditaan enemmän itsehoitovalmiuksia Leiko- toiminnassa. Leiko- toiminta tulee edelleen kasvattamaan osuuttaan leikkaustoiminnan järjestämisessä, koska sairaalan vuodeosastopaikkoja ei riitä kaikille. Leiko- toiminnalle on hyvin tärkeää, että myös potilaan omaiset tarvittaessa voidaan ottaa osalliseksi potilaan hoitoon, mikäli potilas on muuten Leiko-kelpoinen, mutta tarvitsee apua esivalmisteluissa tai postoperatiivisesti kotona toipuessaan. Kyselytutkimuksen mukaan suurin osa hoitohenkilökunnasta ei osannut sanoa otetaanko potilaan omaiset osalliseksi Leiko- potilaan hoitoon. Tähän osa-alueeseen Leiko- toiminnassa tarvittaneen lisää suunnittelua tulevaisuudessa.

Tutkimustulosten perusteella Leiko- potilailla on ollut riittävä suomen kielen taito eli annettu preohjaus on ymmärretty hyvin. Yhteinen riittävä kieli onkin olennaista Leiko- toiminnassa, koska muuten luottamuksellista ja turvallista hoitosuhdetta ei synny potilaan ja hoitohenkilökunnan välille. Koska potilaskontakti on Leiko- toiminnassa lyhyt verrattuna perinteiseen vuodeosastohoitomalliin, on tärkeää, että kumpikin osapuoli ymmärtää ja tulee ymmärretyksi hoitotilanteessa.

Tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta toivoi yksimielisesti potilailta kirjallista palautetta Leikon toiminnasta. Palaute saaminen sekä motivoi hoitohenkilökuntaa jatkaamaan hyväksi havaituilla toimintamalleilla että mahdollisesti korjaamaan puutteellisia toimintatapoja. Kirjallinen palaute Leiko- potilailta olisi hyvä tapa saada tietoa potilastyytyväisyydestä Leikon toiminnasta. Mm. Ranteen (2006, 11-28) mukaan palaute auttaa hahmottamaan oman toiminnan suuntaa sekä auttaa kehittymään ja oppimaan. Palaute myös toimii välineenä ymmärtämään erilaisia näkökulmia asioihin, siinä voidaan jakaa erilaista osaamista sekä nostaa esille ongelmia ja käsitellä niitä yhdessä. Palaute auttaa laadun varmistuksessa ja kehittämisessä, se antaa työlle mielekkyyttä ja haastetta. Avoin palaute edesauttaa sekä työntekijöiden että työyhteisön muutosvalmiutta. Hyvällä palautekäytännöllä ja asioiden prosessoinneilla saavutetaan myös hyviä tuloksia.

Leiko- toimintaa pidetään tutkimustulosten perusteella potilasturvallisena hoitomallina, samoin Leiko- potilaan postoperatiivinen hoito koetaan sujuvaksi ja Leiko- potilaan turvallinen jatkohoito on varmistettu tutkimukseen osallistuneiden mielestä. Potilas tulisi vastaanottaa Leikossa toimenpideaamuna yksilöllisesti ja ottaa huomioon potilaan mahdolliset toiveet ja pelot. Ristiriitaa tutkimustuloksissa kuitenkin on, koska tiedusteltaessa mielipidettä siitä saako leikkausosaston hoitohenkilökunta potilaasta enemmän tietoa Leiko- toiminnan alettua, vastauksissa on todella paljon hajontaa eikä neljäsosa vastaajista osaa sanoa mielipidettään. Leiko- prosessin todetaan korostavan yhteistyön merkitystä, mutta kuitenkin vastausten perusteella yhteistyön konkreettisesta lisääntymisestä ollaan eri mieltä. Osa vastaajista mieltää, että yhteistyö on myös konkreettisesti lisääntynyt, mutta yhtä paljon on vastaajia, joiden mielestä yhteistyö ei ole lisääntynyt. Avoimista vastauksista oli havaittavissa pientä tyytymättömyyttä yhteistyön toimivuudesta, joten se vaatii lisää kehittämistä. Tuloksista nousee esiin, että hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden yhteistyön lisääntymistä toivotaan Leiko- toiminnan myötä. Yhteistyön parantaminen eri ammattiryhmien ja eri hoito-osastojen välillä nousee tutkimustulosten valossa yhdeksi tärkeäksi kehityskohteeksi.

Tiedusteltaessa helpottaako Leikon toiminta leikkausosaston päivittäisen toiminnan suunnittelua, leikkausosaston hoitohenkilökunnan mielipiteet jakautuivat kahtia. Leikkausosastolla oli eniten alle 2 vuotta työkokemusta siinä yksikössä omaavia sairaanhoitajia, joten syynä saattaa olla, ettei kokemusta tutkimuksen kohteena olevien osastojen toiminnasta ennen Leikon toimintaa ole, jolloin myöskään vertailukohtaa aiempaan ei ole. Tätä on syytä pohtia tulevissa opinnäytetöissä, jotka koskevat Leikon toimintaa osana leikkausosaston päivittäistä työn suunnittelua.

5.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkijat käyttävät yleisinä toimintatapoina rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta opinnäytetyötä rakentaessaan. Myös eettisesti kestävät tiedonhankintamenetelmät sekä muiden saavutusten ja työn asianmukainen huomioon ottaminen kuuluu eettiseen tutkimustyöskentelyyn. Opinnäytetyön tutkijoiden asema pitää olla myös selkeästi määritelty, sekä aseman vaikuttavuus opinnäytetyön tuloksiin. Tutkimuksen luotettavuuden pohdinnassa tulisi miettiä mittarin validiteettia, eli mittaako mittari sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata ja onko mittari pätevä kyseisen tutkimuksen mittariksi. (Jyväskylän yliopisto 2009.)

Tutkimuksen suunnitelmaa rakentaessa tutkijat asettivat tavoitteeksi saada 50 (n) vastattua kyselytutkimuslomaketta. Lopullinen vastattujen lomakkeiden määrä oli 43 (n). Lomakkeita toimitettiin tutkimuksen kohteena oleville osastoille 90 (N) kappaletta, joten vastausprosentiksi jäi 48%. Vaikka tavoitteesta hiukan jäätiin, se ei vaikuta opinnäytetyön luotettavuuden pohdintaan.

Kyselylomakkeen täyttämistä ei valvottu mitenkään opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Tämä voidaan tulkita vastausten luotettavuudessa kahdella tavalla. Toisaalta tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta sai täyttää kyselylomakkeet rauhassa, heille parhaiten sopivana ajankohtana ilman tunnetta siitä, että heidän odotetaan osallistuvan tutkimukseen, koska tutkimuksen tekijät ovat läsnä todentamassa osallistumista. Toisaalta taas ei voida olla täysin varmoja siitä, ettei joku tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunnan jäsen olisi täyttänyt kahta tai useampaa tutkimuslomaketta ja näin ohjannut tutkimustulosta haluamaansa suuntaan. Paperinen kyselytutkimuslomake on altis ulkoisille tekijöille ja väärinkäytölle, mutta koska Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009) mukaan kun

kyselyn kohderyhmänä ovat hoitotyöntekijät, verkkokyselyn toteuttaminen voi olla haasteellista monestakin syystä. Joissakin opinnäytetöissä onkin todettu, että sähköisen kyselyn vastausprosentti on jäänyt melko pieneksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93). Kuitenkin sähköisen kyselylomakkeen lähettäminen kohdistetulle vastaanottajalle, olisi poissulkenut esimerkiksi tuplavastaamisen mahdollisuuden. Opinnäytetyön tekijöillä ei ole tietoa siitä, voiko verkkokyselyn täyttää jatkaa vai tuleeko kysely täyttää kerralla alusta loppuun, jos vastaaja tulee keskeytetyksi. Hoitotyössä tauot pidetään silloin kun on aikaa, ja tutkimuksen tekijöiden kokemuksen perusteella tauot saattavat keskeytyä monestakin syystä.

Kyselylomakkeet olivat tutkimuksen mielenkiinnon kohteena olevilla osastoilla kolme viikkoa, jolloin vastattujen lomakkeiden häviämismahdollisuus oli vähäinen. Lisäksi vastatuille lomakkeille oli selkeästi merkityt vastauslaatikot keskeisellä paikalla, jolloin lomakkeen oikeaan paikkaan palauttaminen oli helppoa. Tutkimuksen tekijöiden mielestä vastausaika oli riittävän pitkä vastaajien tavoittamiseksi.

Tutkimusetiikka korostuu erityisesti aineiston hankintaan ja tutkittavien suojaan liittyvissä kysymyksissä (Kuula 2006, 25). Kyselylomakkeen palauttaminen suljettuna ei ollut mahdollista kustannussyistä. Suljetussa kirjekuoressa palauttaminen olisi saattanut lisätä vastaajien määrää, kun vastaajien yksityisyyden suoja olisi ollut paremmin varmistettu. Vastaajien anonymisointia ei ollut tarpeellista tehdä, sillä tutkimuksen tekijöiden oli mahdollonta tunnistaa yksittäisiä henkilöitä kyselylomakkeiden pohjalta (Kuula 2006, 209).

Opinnäytetyön tekijät olivat täysin riippumattomia suhteessa tutkittaviin hoito-osastoihin ja siellä työskenteleviin henkilöihin. Kumpikaan ei ole ollut työ- tai harjoittelusuhteessa tutkimukseen osallistuviin hoito-osastoihin, myöskään kummallakaan sukulaisia tai tuttavita ei työskentele näillä hoito-osastoilla. Näin ollen tutkimuksen suosimista tai hylkimistä ei ainakaan henkilökohtaisiin suhteisiin perustuen ole tapahtunut.

Opinnäytetyön prosessin kesto oli kaiken kaikkiaan noin seitsemän kuukautta. Opinnäytetyön tekijät pohdiskelivat prosessin edetessä, kärsiikö oma perehtyminen asiaan lyhyestä ajasta johtuen vai onko tiivis ja tehokas prosessityöskentely parempi tuloksen kannalta. Kokonaisprosessin lyhyehkö kesto mahdollistaa vain tietyn tasoisen asiantuntijuuden tutkittavan aiheen tiimoilta. Sijoittuminen työelämään ja mahdolliset tulevat työtehtävät antavat mahdollisuuden syventää Leiko- prosessin asiantuntijuutta käytännössä.

Kuitenkin molemmat tutkijat ovat sitä mieltä, että opinnäytetyöprosessin ja tutkittavan aiheen parempi hallinta on onnistuneempaa tiiviissä ja tehokkaassa aikakehyksessä.

Kyselytutkimuslomakkeessa oli joitakin väittämiä, joita tutkimuksen edetessä olisi voinut tarkentaa ja kohdentaa yksityiskohtaisemmiksi. Opinnäytetyön tekijöiden oma asiantuntemus ja tietämys syveni vasta tutkimuksen edetessä, joten tarkempien väittämien muokkaaminen kyselytutkimuslomakkeen lopulliseen julkaisumuotoon olisi vaatinut pidempi-aikaista aiheeseen ja tutkimuksen kohteena oleviin osastoihin perehtymistä. Kyselytutkimus oli hyvin yleisluontoinen ja pyrki saamaan riittävää yleiskatsausta tämän opinnäytetyön tutkimuksen kohteena olevan Leiko- yksikön toiminnasta ja kehittämistarpeista. Syventävämpi kyselytutkimus olisi ollut paikallaan lisätiedon saamiseksi esimerkiksi Leikon tiloja koskien.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kohderyhmä ja käytettävä mittari on kuvattava ja määriteltävä hyvin. Edellä mainitut seikat lisäävät tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. (Kananen 2008, 17.) Mittarin validiteettia tarkasteltaessa keskeistä on se, mittaako mittari todella sitä, mitä sen tulisikin mitata. Ohjaavan opettajan sekä työelämäyhteys-henkilön antama arvio mittarista voidaan ajatella olevan ns. asiantuntija-arvio opinnäytetyön tekijöiden laatimasta mittarista. Mittarin luotettavuuteen vaikuttavat myös ympäristötekijät, sekä tutkittavista johtuvat riskitekijät, kuten esimerkiksi väsymys ja kiire. Tutkija voi pyrkiä minimoimaan edellä mainittuja, mutta kyseiset seikat ovat kuitenkin tutkijasta riippumattomia tekijöitä. Kysymysten paljous, ymmärrettävyys sekä niiden järjestykset ovat kuitenkin virhetekijöitä, joihin tutkija voi vaikuttaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206- 10.) Palautettuja vastauslomakkeita läpikäydessä tutkimuksen tekijät huomasivat, että vuodeosastojen hoitohenkilökunta oli vastannut myös ainoastaan leikkausosaston hoitohenkilökunnalle tarkoitettuihin kysymyksiin, kun taas leikkausosaston henkilökunta ei ollut vastannut vain vuodeosastojen henkilökunnalle tarkoitettuihin kysymyksiin. Arvioitiin, että tämä saattaa johtua siitä, että lukumääräisesti kysymyksiä oli suunnattu enemmän leikkausosastolle, jolloin vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle jäi alun perinkin vähemmän kysymyksiä vastattavaksi. Kyselytutkimuslomakkeessa huomattiin sivulla viisi otsikon puuttuminen sivun yläreunasta. Tämä saattoi aiheuttaa sen, että vastaajat eivät huomioineet edellisen sivun otsikkoa, jossa kerrottiin väittämien 51-55 koskevan vain leikkausosaston hoitohenkilökuntaa. Väittämät 53- 55 sijoittuivat sivun

viisi alkuun, jolloin vastaaja saattoi ajatella väittämien koskevan kaikkia. Aineiston analyysissä jätettiin huomioimatta vuodeosastojen henkilökunnan vastaukset leikkausosastolle suunnattuihin kysymyksiin, koska se olisi vääristänyt tutkimustulosta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella toisaalta mittaamisen ja aineistojen keuruun suhteen, toisaalta tulosten luotettavuutena. Tutkimustulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206.) Chi toiseen-testi mittaa p- (probability) arvoa, eli tilastollisen merkitsevyyden tasoa. Yleisimmin käytetty p- arvo on pienempi kuin 0,05, jolloin tutkijalla on 5%:n virhemarginaali kun tuloksia yleistetään perusjoukkoon. Mitä pienempi p- arvo on, sitä merkitsevämpi on tilastollinen ero. P- arvo kuvaa yhteyttä kahden tai useamman muuttujan välillä, ei muuttuja vaikutusta toiseen muuttujaan. (Huizingh 2007, 250- 53.) Jos tutkimusaineisto on alle 100 (n), tilastollista testausta (chi toiseen-testi) ei tehdä. Tutkimuksen vastausmäärä (n) oli 43, joten tilastollinen testaus jätettiin tekemättä.

Tavallisin tapa tarkastella kyselytutkimuslomakkeen väittämien konsistenssia eli yhtenäisyyttä on tehdä cronbachin alfa-testi, jonka on oltava vähintään 0,60. (Heikkilä 2014, 178.) Cronbachin alfa-testi tehtiin kaikille väittämille ja jokainen väittämä ylitti vaaditun 0,60 rajan. Näin ollen väittämät olisivat yhtenäisiä keskenään. Koska chi toiseen-testiä ei voitu pienen vastaajamäärän (n) vuoksi toteuttaa luotettavuuden mittaamiseksi, opinnäytetyön tekijät voivat kuitenkin olla tyytyväisiä siihen, että cronbachin alfa-testin tulokset antavat tutkimukselle luotettavuutta.

Eettiseen tutkimustapaan kuuluu myös terve kriittisyys omaa tekemistä kohtaan. Tässä opinnäytetyössä tekijät ymmärsivät vasta tulosten analysointi- ja tulkintavaiheessa kyselytutkimuslomakkeen väittämien tarkan oikeinmuotoilun merkityksen. Jotta saadaan riittävän yksityiskohtaisia tuloksia, tulee väittämien olla todella tarkkaan muotoiltuja eikä väärinymmärtämisen vaaraa saisi olla. Tässä osassa tätä opinnäytetyön tutkimusta olisi voitu käyttää enemmän aikaa kyselytutkimuslomakkeen väittämien tarkempaan muotoiluun työelämäyhteistyötahon apua hyödyntäen.

5.3 Kehittämisehdotukset

Leiko- toiminnan keskiössä ovat tehokkuus ja potilasturvallisuus sekä potilaiden hoitopolku leikkausprosessin aikana. Opinnäytetyön tutkimuksen tulosten mukaan näyttää siltä, että tutkimuksen kohteena olevassa Leiko- yksikössä edellä mainitut asiat toteutuvat. Tätä toimintaa on syytä ylläpitää ja kehittää eteenpäin. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että edellä mainittuja asioita voidaan kehittää Leikon yhteistyöosastoilla jo työskentelevän hoitohenkilökunnan sisäisellä kouluttamisella ja uusien työntekijöiden perusteellisella perehdyttämällä. Myös kartoittamalla Leiko- potilaiden kokemuksia Leikon toiminnasta saataisiin hoitotyöhön ja Leiko- prosessiin lisää perspektiiviä ja niitä tilanteita hoitohenkilökunnan tietoisuuteen, missä potilas tuntee olonsa turvattomaksi.

Tutkijoilla ei ollut mahdollisuutta haastatella Leiko- potilaita, joilta olisi ehdottomasti saatu hyvin arvokasta tietoa Leikon toiminnasta. Tällöin tutkimuksen olisi pitänyt olla kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä tehty, jolloin potilaiden omakohtaiset kokemukset ja palaute olisi päässyt oikeuksiinsa. Tulevia tutkimuksia suunniteltaessa myös Leiko- potilaille suunnattu suppeampi kvantitatiivinen tutkimus nostaisi esiin tärkeimpiä kehityskohteita. Tässä tutkimuksessa voisi olla esimerkiksi hyvin rajattu määrä väittämiä tärkeimmiksi koetuista asioista, jolloin Leiko- potilas ehtisi ja pystyisi osallistumaan tutkimukseen lyhyen hoitajaksonsa aikana.

Hoitohenkilökunnan henkilökohtaiset haastattelut ja toiminnan havainnointi hoito-osastoilla antaisivat lisää tietoa Leikon toimivuudesta osana Leiko-potilaan hoitoprosessia. Tällä kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä tehty jatkotutkimus antaisi tarkemman kuvan hoitohenkilökunnan kokemuksista Leikon tähänastisesta toiminnasta. Tämän tutkimuksen avoimissa kysymyksissä saatiin käsitys siitä, millaista tutkimustietoa haastatetuilla voitaisiin saada. Parin avoimen palautteen perusteella voitaneen päätellä, että tutkimukseen osallistuneiden hoito-osastojen hoitohenkilökunnalla on asiantuntemusta ja halua kehittää toimintaa edelleen.

Tämä opinnäytetyö oli ensimmäinen tutkimus tämän tutkimuksen kohteena olevasta Leiko- yksiköstä. Mikäli tämän tutkimuksen tiimoilta nousseisiin kehityskohteisiin puututaan ja muutoksia toimintaan tehdään, olisi luonnollisesti pidemmän aikavälin seuranta- tutkimus antoisa tietopaketti Leikon toiminnan kehityskaaresta. Jo tähän opinnäytetyö- tutkimukseen toivottiin kustannustehokkuusnäkökulmaa, mutta se jätettiin ajanpuutteen

ja asiantuntemuksen vuoksi sivuun. Kustannustehokkuudesta saisi todella mielenkiintoisen näkökulman aiheeseen. Yksi jatkotutkimuksen kohde voisi olla myös vertaileva tutkimus kahden eri Leiko- yksikön välillä. Tällöin kumpikin Leiko- yksikkö saisi sekä vahvistusta omiin toimiviin hoitomalleihinsa, että mahdollisesti kehitysehdotuksia toisesta, samalla periaatteella toimivasta yksiköstä.

5.4 Lopuksi

Opinnäytetyö antoi sen tekijöille lisää tuntemusta ja tietämystä Leiko- toiminnasta. Leiko- toiminta tulee lisääntymään tulevaisuudessa ja yhä useampi potilas tulee hoide- tuksi Leiko- prosessin kautta. Opinnäytetyön tekijät uskovat, että syvempi tuntemus Lei- kon toiminnasta, hyödyistä ja tehokkuudesta auttaa ymmärtämään tulevaisuuden hoito- prosessin haasteita paremmin ja antaa valmiuksia hoitotyössä toimimiseen hoitotyön am- mattilaisina. Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja hyödyllistä ottaen huomi- oon tutkijoiden opintojen suuntautumisvaihtoehdon perioperatiiviseen hoitotyöhön.

Useiden väittämien vastauksissa huomattiin ”en osaa sanoa” - vastausvaihtoehdon suuret vastaajamäärät, josta voisi päätellä, että Leiko- prosessi on edelleen puutteellisesti tun- nettu hoitomalli hoitohenkilökunnan keskuudessa. Kuitenkin tutkijat jäivät pohtimaan tä- män vastausvaihtoehdon runsasta käyttöä, sillä Leiko- toiminta on kuitenkin osa tutki- muksen kohteina olevien osastojen päivittäistä toimintaa. Tutkimukseen osallistuvan hoi- tohenkilökunnan työkokemuksen perusteella katsottiin, että kokemusta tämän hetkisestä työskentely-yksiköstä vastaajilla on tarpeeksi, jotta he ovat vastauksissaan pystyneet ar- vioimaan hoito-osaston toimintaa aikaa ennen Leikoa ja Leiko- prosessin alettua. Ehkä kuitenkin Leiko toimii edelleen niin erillään muusta hoitotyöstä kyseisillä hoito- osas- toilla, ettei hoitohenkilökunta olekaan kosketuksissa Leiko- toimintaan niin intensiivisesti kuin teoriassa luullaan.

Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset eivät tuo ilmi onko Leiko- hoitajilla aikaa vastata potilaiden soittoihin, jos Leiko- potilaalla jää kysyttävää pre-soiton jälkeen tulevasta toi- menpiteestä tai toimenpiteeseen valmistautumisesta. Kyseisen ongelman yleisyydestä opinnäytetyön tekijöillä ei ole tietoa, mutta yhteiskuntamme ikääntyy ja suurin osa leik- kauspotilaistakin on vanhuksia, jotka saattavat haluta muistin tueksi kirjalliset ohjeet.

Pohdittavaksi jää tutkimuksen alhainen vastausprosentti, sillä tutkimuksen kohteena

oleva Leiko ja sen yhteistyöosastot pyysivät Tampereen ammattikorkeakoulua toteuttamaan kyseisen tutkimuksen heille. Tutkittaville annettiin aikaa kyselytutkimuslomakkeiden täyttämiseen kolme viikkoa ja lomakkeen täyttöön kului aikaa esitestauksen mukaan maksimissaan 15 minuuttia, joten ajan puutteella ei alhaista vastausprosenttia voida selittää.

Tämän opinnäytetyön teoriaa ja tutkimustuloksia voisi käyttää sairaanhoitajakoulutuksessa ja Leiko- yksiköiden sekä yhteistyöosastojen hoitohenkilökunnan perehdyttämiseen ja kouluttamiseen. Opinnäytetyön tekijät olivat huomioineet, ettei hoitotyön oppikirjoista löydy teorialietoa Leiko- toiminnasta, joten sairaanhoitajakoulutuksen aikana Leiko- toiminnasta oppii vain harjoittelujaksoilla tai itse perehtymällä asiaan. Toisaalta Leiko- toiminnasta on tehty vain muutamia tutkimuksia, joten tutkijat ovat ylpeitä saadessaan olla mukana tuomassa Leiko- toimintaa muiden tietoisuuteen PSHP:n alueella, sekä olla tukemassa Leikon kehitystä eteenpäin.

Opinnäytetyö prosessina eteni tutkijoiden suunnitteleman aikataulun mukaisesti, jopa joutuisammin. Yhteistyö eri tahojen kanssa sujui mutkattomasti ja ohjaavalta opettajalta sekä työelämäyhteyshenkilöiltä saatiin apua ja ohjausta aina tarvittaessa. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia ja omat tavoitteet opinnäytetyön osalta saavutettiin. Opinnäytetyön tekijät ovat tyytyväisiä opinnäytetyöhönsä ja saamiinsa tuloksiin.

LÄHTEET

Grönroos, H., 2015. Puhelinhaastattelu 12.11.2015. PSHP.

Heikkilä, T., 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. Uudistettu painos. Edita Publishing. Porvoo.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P., 2008. Tilastolliset menetelmät. WSOY Oppimateriaalit Oy. 5.-6. painos. Helsinki.

Huizingh, E., 2007. Applied Statistics with SPSS. Alden Press. Witney.

Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R., & Katomaa, J. (toim.). 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim. 1. painos. Helsinki

Jyväskylän yliopisto, 2009. Tutkimuseettiset ohjeet. Päivitetty 21.12.2009. Luettu 23.03.2016. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/etiikka>

Kananen, J., 2008. KVANTTI: Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylä.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K., 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. Painos. WSOYpro. Helsinki.

Kattelus, H., & Savela, T., 2015. Uusia tuulia Tampereen yliopistollisen sairaalan korva- ja suusairauksien osastolla. Korvalehti 1/2015.

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa- potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy, preoperatiivinen poliklinikka ja hoitajien uudet työt. Pääkirjoitus. Duodecim 2006;122:1412–3. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95807.pdf>

Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa - malli soveltui valtaosalle leikkauspotaista Hyvinkäällä. Suomen Lääkärilehti Vol. 63 (45), 3887-3892.

Keränen, U., Keränen, J. & Wäänänen, W. 2006. LEIKO- prosessi ja tavallinen preoperatiivinen prosessi vetailussa. Suomen Lääkärilehti 36/2006, vsk 61, 3603-07.

Keränen, U., Tohmo H. & Soirinsuo M. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) – toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. Suomen Lääkärilehti 2003, 36, 3559–63.

Keränen, U. Tohmo H. & Laine P. 2004. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) – potilastytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. Suomen Lääkärilehti 2004, 48, 4739–43.

Kuula, A., 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.

Laakso, O. & Tohmo, H. 2009. Uudistuvaa anestesiahoitotyötä HUS Hyvinkään sairaalassa. Finnanest sairaalakierroksella, osa 6. . FINNANEST Vol. 42 (1), 60-64.

Laisi, J., 2012. From Home To Operation (FHTO) : a preoperative process. Doctoral Thesis. Department of surgery. Helsinki university Central Hospital. University of Helsinki. Finland.

https://helda.helsinki.fi.elib.tamk.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis_laisi.pdf?sequence=1

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit. Helsinki.

Mattila, K., 2010. Day Surgery in Finland – Randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome. Academic dissertation. Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. Helsinki University Hospital, Jorvi Hospital. University of Helsinki, Finland. Helsinki. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22566/daysurge.pdf?sequence=1>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K., 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Helsinki.

PSHP, 2015. Pirkanmaan erikoissairaanhoidon strategia vuosille 2016 – 2025, Valtuusto 5.10.2015, liite 11, asia 15.

<http://www.pshp.fi/download/noname/%7B8477BEBE-C0A8-455E-877E-D1338DBBD0C7%7D/48947>

Ranne, J. 2006. Anna palaa, käytännön palautetaitokirja. Helsinki: Mielikirjat.

Savela, T., 2015. Sähköpostihaastattelu 27.10.2015. PSHP.

Sjöroos, J., 2011. Leiko- toiminnan käynnistäminen – Salon aluesairaalan kirurgisella vuodeosastolla. Opinnäytetyö. YAMK. Turun ammattikorkeakoulu. Turku.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22566/daysurge.pdf?sequence=1>

Soini, E., 2007. LEIKO - leikkauksen kotoa: prosessi terveystaloustieteellisestä näkökulmasta. Pinsetti 2007;(2):26-8.

Soini, E., Keränen, J., Rynänen, O-P., & Keränen, U., 2007. Leikkauksen kotoa (LEIKO) -toimintamalli on hyödyllinen - Tapahtumaperusteinen kustannus-utiliteetti-, kustannus- vaikuttavuus- ja riskihyötyanalyysi. Teoksessa KLAVUS, Jan (toim.) 2007. Terveystaloustiede. Stakesin työpapereita 2. Helsinki. 36–42 <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/tyopaperit/T2-2007-VERKKO.pdf>

Tohmo, H., 2010. Miten Leiko-toimita muuttaa leikkaussalin toimintaa? Finnanest 2010, 43. http://www.finnanest.fi/files/tohmo_miten.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A., 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

Villman, M., 2013. Leiko- toiminnan käynnistäminen Taysin Korva- ja suusairauksien vastualueella. Opinnäytetyö. YAMK. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/58503/Villman_Maarit.pdf?sequence=1

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake (kuusi sivua)

KYSELYTUTKIMUSLOMAKE HOITOHENKILÖKUNNALLE

TAUSTATIEDOT:

1. Sukupuoli

- 1.) Nainen
2.) Mies

2. Työskentelen osastolla

- 1.) VO A
2.) VO B
3.) LE
4.) LEIKO

3. Koulutustaustani

- 1.) Lähihoitaja tai perushoitaja
2.) Sairaanhoitaja
3.) Muu, mikä? _____

4. Olen työskennellyt tässä yksikössä _____ vuotta _____ kunkautta

5. Työkokemus hoitotyöstä _____ vuotta _____ kunkautta

En osaa sanoa	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
0	1	2	3	4	5

Seuraavat väittämät koskevat Leiko- prosessia

6. Olen saanut riittävän perehdytyksen Leikon toimintaan	0	1	2	3	4	5
7. Olen tyytyväinen Leikon toimintaan	0	1	2	3	4	5
8. Leiko-toiminta sopii tämän tyyppiseen kirurgiaan	0	1	2	3	4	5
9. Leiko-toiminnassa on selviä epäkohtia	0	1	2	3	4	5
10. Leiko-toiminta on tehokasta	0	1	2	3	4	5
11. Leiko-prosessin rakenne on selkeä	0	1	2	3	4	5
12. Leiko-toiminta selkeyttää potilaan leikkausprosessia	0	1	2	3	4	5
13. Leikkaussalien odotusajat ovat vähentyneet Leiko-prosessin myötä	0	1	2	3	4	5

En osaa sanoa 0	Täysin eri mieltä 1	Jokseenkin eri mieltä 2	En samaa enkä eri mieltä 3	Jokseenkin samaa mieltä 4	Täysin samaa mieltä 5
--------------------	------------------------	----------------------------	-------------------------------	------------------------------	--------------------------

14. Leiko-prosessiin osallistuvalla hoitohenkilökunnalla on yhteneväiset toimintaohjeet

15. Leikon toimintaohjeet ovat konkreettisia ja helposti käytettäviä

Leikon tilaa (johon potilas tulee pre- valmisteluihin ja josta potilas haetaan toimenpiteeseen) koskevat väittämät

16. Leiko-tila on ahdas

17. Leiko-tila ei sovellu siihen tarkoitettuun toimintaan

18. Leiko-tila on riittävän rauhallinen

19. Leiko-tilassa on läpikulkuliikennettä

20. Leiko- potilaan yksityisyys säilyy Leiko- tilassa

21. Leiko-tila sijaitsee riittävän lähellä leikkaussaleja

22. Leiko-tila sopii myös potilaan omaisille

23. Leiko-tilassa on välineitä potilaan tarkkailuun

24. Leiko-tilassa on riittävästi ajankuluvietettä (lehtiä, televisio, internet-yhteys)

Työvoima- ja -aika resursseja koskevat väittämät

25. Leikon työvoima- resurssit ovat riittävät

26. Leiko-yksikössä on riittävästi varahenkilöstöä

27. Leiko-hoitajan toimenkuva vaatii monialaista osaamista

En osaa samaa	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
0	1	2	3	4	5

28. Oikeat henkilöt on sijoitettu Leiko-prosessin ongelmakohtiin

Väittämät 29 ja 30 koskevat leikkausosaston hoitohenkilökuntaa

29. Leiko-toiminta helpottaa leikkausosaston hoitohenkilökunnan työtä

30. Leiko-toiminta nopeuttaa leikkaus osaston hoitohenkilökunnan työtä

Väittämät 31 - 33 koskevat viikko- ja vuodeosastojen hoitohenkilökuntaa

31. Leikon toiminta on vapauttanut työvoimaresursseja vuodeosaston postoperatiiviseen hoitotyöhön

32. Hoitohenkilökunta pystyy keskittymään jo osastolla olevien potilaiden hoitotyöhön Leiko-toiminnan käynnistyttyä

33. Leiko-toiminta on vähentänyt vuodeosastojen aamukiireitä

Leiko-potilaan saamaa ohjausta koskevat väittämät

34. Leiko-potilaat ovat ymmärtäneet saamansa preoperatiivisen ohjauksen

35. Leikon suulliset potilasohjeet potilaalle ovat riittävät

36. Potilaat ovat antaneet hyvää palautetta Leikosta saamastaan preoperatiivisesta ohjauksesta

37. Leikon preoperatiivinen ohjaus on onnistunutta

38. Pre-soitto palvelee potilaan tiedontarvetta

39. Pre-soitto on ainoa oikea tapa Leiko-potilaan preoperatiiviseen ohjaukseen

	En osaa sanoa 0	Täysin eri mieltä 1	Jokseenkin eri mieltä 2	En samaa enkä eri mieltä 3	Jokseenkin samaa mieltä 4	Täysin samaa mieltä 5
40. Pre-soitto vaatii rinnalleen kirjalliset ohjeet	0	1	2	3	4	5
41. Potilaalla on ohjauksen tarvetta Leikossa saamansa ohjauksen jälkeen	0	1	2	3	4	5
Potilasta, joka tulee Leikon kautta toimenpiteeseen, koskevat väittämät						
42. Leikon potilasvalinta on onnistunutta	0	1	2	3	4	5
43. Potilaat ovat tyytyväisiä Leiko-toimintaan	0	1	2	3	4	5
44. Potilaan rooli on aktiivinen Leiko-toiminnassa	0	1	2	3	4	5
45. Leiko-toiminta aktivoi potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa	0	1	2	3	4	5
46. Potilaalta vaaditaan enemmän itsehoitovalmiuksia Leiko-toiminnassa	0	1	2	3	4	5
47. Leiko-potilas tavoittaa tarvitsemansa palvelun, esim. tiedon tai ohjauksen helposti	0	1	2	3	4	5
48. Leiko-prosessiin valituilla potilailla on riittävä suomenkielen taito	0	1	2	3	4	5
49. Leiko-potilaan omaiset otetaan potilaan toiveiden mukaisesti osalliseksi hoitoon	0	1	2	3	4	5
50. Leiko-potilailta tulisi saada kirjallista potilas-palautetta Leiko-toiminnasta	0	1	2	3	4	5
<i>Väittämät 51- 55 koskevat leikkausosaston hoitohenkilökuntaa</i>						
51. Leiko-potilaiden pre-operatiivinen itsehoito on onnistunutta	0	1	2	3	4	5
52. Leiko-potilaiden preoperatiiviset laboratorio-tulokset ovat olleet hyväksyttävällä tasolla toimenpiteeseen tullessa	0	1	2	3	4	5

	En osaa sanoa 0	Täysin eri mieltä 1	Jokseenkin eri mieltä 2	En samaa enkä eri mieltä 3	Jokseenkin samaa mieltä 4	Täysin samaa mieltä 5
53. Leiko-potilaat ovat sitoutuneet Leiko-prosessiin	0	1	2	3	4	5
54. Leiko-potilaiden terveydentila sairaalaan saapuessa mahdollistaa suunnitellun toimenpiteen	0	1	2	3	4	5
55. Leiko-potilaat tulevat huolellisesti valmisteltuina toimenpiteeseen	0	1	2	3	4	5
Hoitotyön suunnittelua koskevat väittämät						
56. Leiko-toiminta on lisännyt lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä	0	1	2	3	4	5
57. Leiko-toiminta on potilasturvallista	0	1	2	3	4	5
58. Leikkausosaston hoitohenkilökunta saa enemmän tietoa potilaasta Leiko-toiminnan alettua	0	1	2	3	4	5
59. Leiko-toiminta lisää yhteistyötä leikkauk- ja vuodeosastojen välillä	0	1	2	3	4	5
60. Leiko-potilaan post-operatiivinen hoito on sujuvaa	0	1	2	3	4	5
61. Leiko- potilaan turvallinen jatko-hoito on varmistettu	0	1	2	3	4	5
62. Leiko- prosessi korostaa yhteistyön merkitystä	0	1	2	3	4	5
63. Leikon toiminta helpottaa leikkaus-osaston päivittäisen toiminnan suunnittelua	0	1	2	3	4	5

Kehitysehdotuksia Leikon toimintaan:

Palautetta Leikon toiminnasta:



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Pyydämme sinua osallistumaan kyselytutkimukseen, jolla selvitetään Leikon toimintaa hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Sinun mielipiteelläsi on merkitystä. Pohtimalla omaa toimintaasi, saat työkaluja työssäsi toimimiseen ja samalla pääset kehittämään oman yksikkösi toimintaa.

Monivalintakysymyksiin vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia.

Kiitos paljon vastauksestasi!

Yhteystyöterveisin

TAMK sairaanhoitajaopiskelijat,

Alexanda Saariniemi

&

Kiira Seppänen