

Heräämöstä kotiin (HERKO) -toimintamalli

Potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävydestä

Punkari Minna

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Kliininen asiantuntija (YAMK)

Tekijä(t) Punkari, Minna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Huhtikuu 2017
	Sivumäärä 61, josta liitteitä viisi sivua	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Heräämöstä kotiin (HERKO) -toimintamalli. Potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävydestä		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, Kliininen asiantuntija YAMK		
Työn ohjaaja(t) Marjo Palovaara, Pirjo Tiikkainen		
Toimeksiantaja(t) Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä		
Tiivistelmä <p>Pohjois-Karjalan keskussairaalassa alkoi Heräämöstä kotiin (HERKO) -toiminta syksyllä 2015. Tavoitteena oli nopeuttaa potilaan hoitopolkua ja kotiutumista ja samalla tehostaa operatiivisen klinikkayksikön toimintaa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaan kokemusta tiedonsaannista ja sen riittävydestä Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamallissa. Tavoitteena oli kehittää Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamallia potilaslähtöisemmäksi tarkastelemalla mallia potilaan näkökulmasta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineistokeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Opinnäytetyötä varten haastateltiin kahdeksaa potilasta, jotka oli hoidettu HERKO-prosessin mukaisesti. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tuloksiksi saatiin yksi pääluokka, moniulotteinen tiedonsaanti, joka muodostui neljästä yläluokasta: laadukas operatiivisen potilaan ohjaus, hyvä kohtelu henkilökunnan taholta, tietämys HERKO -toimintamallista ja informaation ajantasaisuus.</p> <p>Johtopäätöksenä todettiin, että tiedonsaanti oli riittävää leikkauspotilaan ohjauksessa. Vuorovaikutus henkilökunnan kanssa oli hyvää, ja henkilökunta kohteli potilaita ystävällisesti ja huomioivasti. Potilaille tulee tiedottaa enemmän Heräämöstä kotiin-toimintamallista ja korostaa siihen liittyviä yksityiskohtia, kuten aikainen kotiutus ja lääkärin tapaaminen.</p> <p>Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintaa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Heräämöstä kotiin, HERKO, tiedonsaanti, lyhytoitoinen kirurgia		
Muut tiedot		

Description

Author(s) Punkari, Minna	Type of publication Master's thesis	Date April 2017
	Number of pages 61, appendices 5 pages	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication Extended Day Surgery -Operational Model. Patient's Experience on Information Availability and Its Sufficiency		
Degree programme Social Services and Health Care, Advanced Nursing Practise		
Supervisor(s) Palovaara, Marjo Tiikkainen, Pirjo		
Assigned by North Karelia Central Hospital and Honkalampi Centre		
Abstract <p>The operational model of extended day surgery started in North Karelia Central Hospital in autumn 2015. The purpose was to expedite the patient's care pathway and discharge and, at the same time, optimize the operations of the clinic.</p> <p>The purpose of the thesis was to examine the patients' experiences related to access to and sufficiency of information in the Extended day surgery -operational model in North Karelia Central Hospital. The objective was to further develop the Extended day surgery -operational model to a patient-oriented direction by examining the model from patients' point of view.</p> <p>The thesis was implemented by using a qualitative research approach. The data was collected by conducting theme interviews with eight patients who were treated according to the Extended day surgery -operational model. The data was analyzed using inductive content analysis.</p> <p>The result was one main category: multidimensional information availability. It consisted of four upper categories: high-quality education of the surgical patient, good treatment by the staff, knowledge of the Extended day surgery -operational model and up-to-date information.</p> <p>In conclusion it could be stated that information availability was sufficient in the education of the surgical patients. Communication with the staff was good, and the staff was friendly and considerate. Patients must be informed more about the Extended day surgery -operational model, and its details, such as early discharge and meeting with the physician, must also be highlighted.</p> <p>The results can be used when developing the Extended day surgery -operational model of North Karelia Central Hospital.</p>		
Keywords/tags (subjects) Extended day surgery, patient information, patient education, short stay surgery		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 Johdanto	6
2 Lyhythoitoinen kirurgia	7
2.1 Tiedonhaku.....	7
2.2 LYHKI, PÄIKI ja LEIKO.....	7
2.3 HERKO ja sen tausta.....	9
2.4 HERKO-toiminta Suomessa.....	11
3 Potilaan tiedonsaanti	12
4 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	16
5 Opinnäytetyön toteuttaminen	16
5.1 Laadullinen lähestymistapa.....	16
5.2 Kontekstina HERKO-toimintamalli Pohjois-Karjalan keskussairaalassa.....	18
5.3 Kohderyhmä.....	20
5.4 Teemahaastattelun toteuttaminen.....	22
5.5 Aineiston analyysin eteneminen.....	24
6 Moniulotteinen tiedonsaanti	27
6.1 Laadukas operatiivisen potilaan ohjaus.....	28
6.2 Hyvä kohtelu henkilökunnan taholta.....	32
6.3 Tietämys HERKO-toimintamallista.....	33
6.4 Informaation ajantasaisuus.....	38
7 Pohdinta	41
7.1 Tulosten tarkastelua.....	41
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	46
7.3 Opinnäytetyön eettisyys.....	48
7.4 Johtopäätökset, kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet...49	49

Lähteet	51
Liitteet	57
Liite 1 Tiedote opinnäytetyöstä HERKO-asiakkaalle.....	57
Liite 2A Suostumus opinnäytetyön haastatteluun, osallistujan kappale.....	58
Liite 2B Suostumus opinnäytetyön haastatteluun, opinnäyte- työntekijän kappale.....	59
Liite 3 Teemahaastattelurunko.....	60
Liite 4 Tiedote sairaanhoitajille.....	61
 Taulukot	
Taulukko 1 Syventävä tiedonhaku.....	7
Taulukko 2 Esimerkki pelkistämisestä.....	25
Taulukko 3 Esimerkki ryhmittelystä.....	26
Taulukko 4 Abstrahoinnin tulos.....	27
 Kuviot	
Kuvio 1 Potilaan prosessi HERKO-toimintamallissa.....	20
Kuvio 2 Potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävydestä HERKO-toimintamallissa.....	28

1 JOHDANTO

Terveydenhuoltoon haetaan tehokkuutta. Muun muassa ikääntyvä väestö, alueelliset terveyserot ja monisairastavuus ovat pakottaneet etsimään uusia keinoja sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen. Samalla rahalla pyritään takaamaan laadukkaat palvelut toimintamalleja tehostamalla ja uudistamalla. Kirurgisessa toiminnassa on ollut 2000-luvulla suuntauksena lyhytkirurgisen toiminnan (LYHKE) lisääntyminen ensin päiväkirurgiassa, sittemmin toimintana, jossa potilas tulee leikkaukseen suoraan kotoa (LEIKO-toiminta) ja nyt melko uutena toimintamallina, jossa potilas yöpyy yhden yön heräämössä tai vastavassa tilassa ja kotiutuu heti aamusta (HERKO-toimintamalli). Lyhythoitaisessa kirurgiassa puhutaan nopean toipumisen malleista: huolellinen potilasvalinta, varhainen mobilisaatio ja tehokas kivun- ja pahoinvoinnin hoito nopeuttavat potilaan kotiutumista. Lyhythoitoinen kirurgia on myös potilaan etu: jonotusaika toimenpiteeseen nopeutuu ja sairaalassa vietetty aika lyhenee. Myös infektioriski pienenee. (Ruohoaho 2016, 1098-1099.)

Lyhythoitoinen kirurgia ja siitä johdetut erilaiset toimintamallit asettavat haasteita potilaan tiedonsaantiin: jotta toiminnasta saadaan suurin mahdollinen hyöty potilasturvallisuutta vaarantamatta, potilaan tiedonsaannin on oltava riittävää. Mikäli tiedonsaannissa on puutteita, toimintamallia pitää kehittää potilaslähtöisemmäksi ja tiedonsaantia tukevaksi. Potilaan rooli aktiivisena ja vastuullisena toimijana korostuu. Hoitotyössä potilasvalinta, ennakointi ja ohjaus saavat yhä merkittävämmän roolin.

Pohjois-Karjalan keskussairaalaan operatiivisessa klinikkaryhmässä alkoi Heräämöstä kotiin (HERKO) -toiminta syyskuussa 2015. Pilotointi suoritettiin keuhkolla ja syksyllä 2014. Nyt vuosi toimintamallin aloittamisen jälkeen halutaan selvittää potilaan näkemystä HERKO-toimintamallista. Tässä opinnäytetyössä syvennytään potilaan kokemukseen tiedonsaannista ja sen riittävydestä HERKO-toimintamallissa Pohjois-Karjalan keskussairaalaan.

2 LYHYTHOITTOINEN KIRURGIA

2.1 Tiedonhaku

Tähän opinnäytetyöhön haettiin kirjallisuutta niin tietokannoista kuin manuaalisesti. Syksyllä 2015, kun opinnäytetyötä aloitettiin, tutkimusta HERKO-aiheesta oli saatavilla varsin vähän. Ammattilehtien ja yhden aiheeseen liittyvän opinnäytetyön avulla tutustuttiin aiheeseen. Syventävä tiedonhaku tehtiin syksyllä 2016. Rajauksina oli verkossa saatavuus, julkaistu 2008-2016 ja englannin tai suomen kieli. Mukaan otettiin myös asiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita ammattilehdistä. Manuaalista hakua tehtiin tutkimusten ja artikkeleiden lähdeluetteloista. Hakusanoina käytettiin *heräämöstä kotiin, HERKO, 23h heräämö, tiedonsaanti, extended day surgery, enhanced day surgery, next day discharge, 23 hour recovery, patient education ja patient information*. Tiedonhaku on selvitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Syventävä tiedonhaku

Tietokanta	Tiedonsaanti	Heräämöstä kotiin/HERKO/23h heräämö	Extended day surgery/enhanced day surgery/next day discharge/23 h recovery	Patient education/patient information	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko-tekstin perusteella valitut
Finna	135	0	11	18	6	6	5
Theseus	468	19	0	0	4	3	3
Medic	24	31	0	0	3	3	3
Melinda	17	0	0	0	0	0	0
Cinahl	0	0	87	56	7	6	5
Pubmed	0	0	85	81	2	2	1
Yht.	644	50	183	155	22	20	17

2.2 LYHKI, PÄIKI ja LEIKO

Lyhythoitteisella kirurgialla (LYHKI) tarkoitetaan kirurgista toimintaa, jossa potilas kotiutuu 1-3 päivän kuluttua toimenpiteestä. Lyhythoitteiseen kirurgiaan

kuuluu myös päiväkirurgia. Lyhythoitoinen kirurgia ja etenkin päiväkirurgia ovat lisääntyneet koko 2000-luvun ajan. Taustalla toiminnan lisääntymisessä on uudistuneet ja tehokkaammat toimintatavat ja potilaan osallistaminen omaan hoitoonsa. Kansallisella tasolla vuonna 2013 kaikista kirurgisista hoitojaksoista 45 % tehtiin päiväkirurgisena, ja suunta on nouseva. (Rainio & Rätty 2015, 16.) Kansainvälisellä tasolla lyhythoitoinen kirurgia on lisääntynyt koko ajan. Tutkimusten mukaan aikainen kotiutuminen kotiutumiskriteereiden mukaan vähentää laitostumista ja infektoriskiä sekä mobilisoi potilasta paremmin. Toisaalta aikaisessa kotiutumisessa potilaan ahdistus toimenpiteestä tai omaisten kokemus liiasta vastuusta voi olla raskas taakka. Potilasohjauksen ja jatkohoidon koordinoinnin tulee tällöin olla kunnossa. (Norlyk & Harder 2011; Norlyk & Martinsen 2012; Brenner & Kautz 2015.)

Päiväkirurgiaksi (PÄIKI) määritellään toiminta, johon liittyy suunniteltu leikkaustoimenpide ja jossa potilaan tulo- ja lähtöpäivä on sama. Päiväkirurgia edellyttää puudutusta, yleisanestesiaa tai suonensisäistä lääkitystä. (Rainio ja Rätty 2015, 15; Ruohoaho 2016, 1098.) Päiväkirurgiseksi potilaaksi suunniteltavan kohdalla arvioidaan potilaan terveydentila, toimenpiteen laajuus, postoperatiivisten komplikaatioiden riski ja niiden hoitomahdollisuus. Toisaalta leikkauksen prosessin hallinta, potilaan riskikartoitus ja perussairauksien hoidon optimointi mahdollistavat yhä sairaampien ja iäkkäämpien potilaiden hoidon päiväkirurgisesti. (Kangas-Saarela 2005, 457; Ruohoaho 2016, 1098.) Arvioitaessa potilaan soveltuvuutta päiväkirurgiseksi potilaaksi huomioidaan myös se, kuinka pitkä matka potilaalla on lähimpään terveydenhuollon yksikköön. Potilaalla täytyy olla myös vastuullinen aikuinen seuranaan yhden vuorokauden ajan kotiutumisesta. (Kangas-Saarela 2005, 457.) Toisaalta maailmalta on jo onnistuneita kokemuksia siitä, että saattaja vaaditaan kotimatalle, muttei enää yöksi (Ruohoaho 2016, 1099). Päiväkirurgian osuus kaikista elektiivisistä leikkauksista on noussut parinkymmenen vuoden ajan parantuneiden leikkauksen-, nukutus- ja kivunlievitysmenetelmien myötä. Tammi-huhtikuussa 2016 kaikista elektiivisistä leikkauksista päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus oli 53,2 % (Sjöholm 2016, 3).

Leikkaukseen kotoa (LEIKO) -toiminnalla tarkoitetaan toimintaa, jossa potilaan preoperatiivinen valmistautuminen tehdään kotona. Perinteisesti potilas on tullut vuodeosastolle toimenpidettä edeltävänä päivänä, LEIKO-toiminnassa potilas valmistautuu kotona ja tulee toimenpideaamuna sairaalaan. Edeltävästi hänellä on ollut preoperatiivinen käynti LEIKO-yksikössä ja esimerkiksi veriko-
keet ja tarvittavat röntgenkuvat on otettu noin viikkoa ennen toimenpidepäi-
vää. Välittömät leikkausvalmistelut, kuten ihon pesu ja ravinnotta olo tehdään
kotona. Postoperatiivisesti potilas voi olla sairaalassa niin kauan kuin tarve
vaatii. Toimintamalli vapauttaa vuodeosaston henkilökuntaa postoperatiivi-
seen hoitotyöhön. (Rantanen 2015, 6-7; Laakso & Tohmo 2009, 63.) Myös po-
tilaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä siihen, että sairaalaan tullaan vasta leik-
kauspäivänä (Kauppinen & Räsänen 2010, 27-28; Mattila & Hynynen 2012,
1423; Keränen, Karjalainen, Pitkänen & Tohmo 2008, 3887).

2.3 HERKO ja sen tausta

HERKO-toiminta on kansainvälisesti tarkasteltuna tuttua toimintaa. Toimin-
nasta käytetään monia eri nimityksiä, muun muassa 23-h service, enhanced re-
covery program, extended day only. Toiminnan taustalla on halu tehostaa leik-
kaustoimintaa. Se on myös lisäpalvelu asiakkaille, jotka eivät sovellu päiväki-
rurgiaan tai jotka tarvitsevat vuorokauden tai alle seurannan toimenpiteen jäl-
keen. Toimintamallin potilasohjauksessa on paljon samaa kuin päiväkirurgi-
assa, mutta seuranta on luonnollisesti pidempi. Toimintamallista on tehty kan-
sainvälisiä suosituksia ja ohjeistuksia. (Verma, Alladi, Jackson, Johnston, Kumar,
Page, Smith, Stocker, Tickner, Williams & Young 2011; Extended day surgery
2007; Policy Directive: Extended Day Only Admission Policy 2011.)

HERKO-toimintaa on kehitetty LEIKO- ja PÄIKI-toimintojen pohjalta. HERKO-toi-
minnalla tarkoitetaan toimintaa, jossa leikkauspotilaat viettävät sairaalassa
yön, mutta alle vuorokauden leikkauksesta eli noin 23 tuntia. He tulevat sairaa-
laan toimenpideaamuna, ilmoittautuvat ja menevät leikkausyksikköön, josta
heidät edelleen ohjataan eteenpäin toimenpiteeseen. Toimenpiteen jälkeen

lääkäri tekee sairauslomatodistukset, lääkemääräykset ja jatkohoito-ohjeet valmiiksi. Toimenpiteen jälkeen potilas siirtyy heräämöhön, jossa viettää yön. Tila voi olla jokin vastaava tilakin tai alue välittömästi heräämön vieressä. Potilas viettää yön siinä ja kotiutuu heti aamusta tapaamatta lääkäreitä. (Musialowicz & Martikainen 2015; Niskanen 2014.)

HERKO-toiminta on Suomessa melko uutta, eikä sitä ole kirjallisuushaun perusteella paljoa tutkittu. Suonpää (2015) on tutkinut HERKO-toiminnan käynnistämisen tuomaa muutosta ja toiminnan kehittämistä sairaanhoitajien kokemana. Potilaiden näkökulmaa HERKO-toiminnasta tuodaan esiin sairaanhoitajien kokemana. Suonpään tutkimuksessa sairaanhoitajien näkemys potilaiden HERKO-kokemuksesta oli positiivinen: toiminta oli sujuvaa, hoitoprosessi nopea ja ohjaus asiantuntevaa. (Suonpää 2015,49.) Muuta tutkimusta aiheesta ei löytynyt.

Kirjallisuushaun perusteella HERKO-prosessia on tutkittu vähän myös kansainvälisesti, vaikka HERKO-toimintaa on ollut vuosia. Lääketieteellisissä tutkimuksissa on tutkittu yön yli seurantaan vaativien toimenpiteiden potilasturvallisuutta ja näiden tutkimusten sivutuloksena on tuotu esille myös potilaan näkökulmaa. Falcone, Bose, Stoler, Kim, Laible, Kang, Waters, Dunkerley ja Choi (2011, 192) korostavat potilastyytyväisyyttä. Potilaat ovat tyytyväisempiä yöpyessään yhden yön sairaalassa kuin toimenpidenä kotituneet. Päiväselätään suoritettavan toimenpiteen jälkeen eroa ei ollut toimenpiteestä toipumisessa tai komplikaatioissa. Samaan tulokseen ovat tulleet Ralli, Mora, Nola ja Guastini (2012, 22). Heidän mukaansa yli yön kannattaa pitää potilaita, jos kotimatka on hyvin pitkä. Vaikka toimenpide sallisikin potilaan kotiutumisen toimenpidenä, pitkä kotimatka on pätevä syy sairaalassa yöpymiseen. Tämä lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja sitä kautta potilastyytyväisyyttä. Verma ja muut (2011, 424-425) tuovat potilaan näkökulman esiin omassa artikkelissaan. Lyhytoitoisen kirurgian puitteissa tehdään yhä vaativampia toimenpiteitä yhä sairaammille ihmisille. Verman ja muiden mukaan tämä on

mahdollista potilasturvallisuutta vaarantamatta, jos pre-, intra- ja postoperatiiviset seikat huomioidaan ja potilaan hoitopolku toimii hyväksytyjen ja näyttöön perustuvien periaatteiden mukaan.

2.4 HERKO-toiminta Suomessa

HERKO-toimintaa on joissakin Suomen sairaaloissa. Tampereen kaupungin Hatanpään sairaalassa HERKO-toiminta tunnetaan LEIKO 24 -toimintana. Toiminta alkoi jo elokuussa 2012. LEIKO 24 -toiminnan taustalla oli vallitseva suuntaus kirurgisessa leikkaustoiminnassa, mutta myös parantuneet leikkaus- ja hoitomenetelmät, joiden myötä asiakkaiden sairaalassaoloaika on lyhentynyt. Asiakkaan/potilaan rooli vastuunottajana ja aktiivisena toimijana korostuu. LEIKO 24 -yksikköön on keskitetty erikoissairaanhoidon kirurginen hoidonsuunnittelu, ennen toimenpidettävä tapahtuva ohjaus ja toimenpiteeseen liittyvät valmistelut. Yksikössä on kymmenen vuodepaikkaa lyhytaikaista hoitoa tarvitseville potilaille eli HERKO-potilaille. (LEIKO 24 -yksikkö 2016).

Satakunnan keskussairaalan HERKO-toiminnan käynnistämisen taustalla oli potilaiden siirtojen vähentäminen sairaalan sisällä ja hoitotyön jakaminen tasaisemmin vuodeosastojen ja heräämön kesken. HERKO-toiminta käynnistyi pilotoinnilla syksyllä 2014. Pilotointi jatkui vuoden 2015 alkuun, jonka jälkeen toiminta alkoi virallisesti. HERKO-potilaaksi tullaan suunnitellusti LEIKO-yksikön kautta ja potilasta informoidaan HERKO-prosessista. Halutessaan potilas voi valita perinteisen leikkauspolun. Myös PÄIKI-potilaita voidaan jättää HERKO-potilaiksi, mikäli kotiutumiskriteerit eivät täyty. Potilas tulee toimenpidepäivänä sairaalaan ja kotiutuu seuraavan aamupäivän aikana. Pilotoinnin ja toiminnan käynnistymisen aikana korostui potilasvalinnan onnistumisen tärkeys. Ongelmallisena potilasryhmänä on koettu moni- ja muistisairaat potilaat. (Suonpää 2015, 14-16.)

Etelä-Pohjanmaan keskussairaalassa toimii 23h -heräämö, jonka taustalla on ajatus tehokkaasta ja potilaan nopeaa toipumista edistävästä hoitoprosessista.

Potilaat saapuvat sairaalan PÄIKI- tai LEIKO-yksiköiden kautta ja toimenpiteen ja välittömän heräämöhoidon jälkeen siirtyvät 23h-tilaan, josta kotiutuvat mahdollisesti jo illan tai yön aikana tai viimeistään seuraavana päivänä. (Leikkaus- ja anestesiayksikkö n.d.) Myös Vaasan keskussairaalassa on 23h-heräämötöimintää. Potilas tulee leikkauispäivän aamuna preoperatiiviselle poliklinikalle, josta siirryy alkuhaastattelun jälkeen leikkaukseen ja siitä edelleen heräämötötilan erilliseen huoneeseen, jossa vietetään yö. Aamulla kotiutuminen tapahtuu lääkärin tapaamisen jälkeen preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajan toimesta. (Preoperatiivinen poliklinikka 2015.)

Kuopion Kaarisairaalassa on potilaita hoidettu HERKO-toimintamallin mukaan sairaalan valmistumisesta lähtien. Uuden toimintamallin taustalla on hoitopäivien vähentäminen, hoitajaksojen lyhentäminen ja avohoitotoiminnan edistäminen. Taustalla on myös se, että jo aiemmin suuri osa potilaista vietti vuodeosastolla vain vuorokauden. Hoitoprosessien hiomisella saadaan vähennettyä potilaiden sairaalassaoloaikaa ja lisättyä vuodeosastojen resursseja vaatimaan postoperatiiviseen hoitoon. (Musialowicz & Martikainen 2015, 118-120.)

Myös HUS suunnittelee rakentavansa yksikön, josta potilas kotiutuu 23 tunnissa. Tavoitteena on, että alle vuorokaudessa hoidettavia leikkauspotilaita pystytään hoitamaan 7000 vuodessa. Suunnitelmat ovat vasta aluillaan, mutta yksikön pitäisi valmistua vuoden 2018 loppuun mennessä. (Aalto 2016.)

3 POTILAAN TIEDONSAANTI

Potilaan tiedonsaantioikeus on kirjoitettu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaalla on tiedonsaantioikeus, ja hänelle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Lisäksi potilaalle on annettava selvitys muista hänen hoitoonsa vaikuttavista seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. (L782/1992.)

Tiedonsaantia on tutkittu paljon hoitotyössä. Savolainen (2013) on pro gradussaan tarkastellut syöpäpotilaiden tiedonsaantia ja terveystalveluiden käyttöä. Hänen mukaansa syöpäpotilaiden hoidon alkuvaiheen onnistuminen lisää myöhempää tyytyväisyyttä hoitoon. Syöpäpotilaat hakevat tietoa aktiivisesti erikoissairaanhoidon lääkäreiltä, terveyskeskuslääkäreiltä ja internetistä. Yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että syövän hoito ja seuranta on selitetty hyvin. (Savolainen 2013, 2.)

Virtanen (2014) on väitöskirjassaan tutkinut aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaantia. Hänen mukaansa tiedonsaanti toimi hyvin tutkimuksista kertomisena ja hyvänä kohteluna. Myös tehtäväkeskeisistä asioista, kuten lääkehoidosta, sai hyvin tietoa. Parantamisen varaa puolestaan oli oireista kertomisesta, jatkohoidosta ja kotihoito-ohjeista. (Virtanen 2014, 71-71.)

Hautamäki-Lamminen (2012) on väitöskirjassaan tarkastellut syöpään sairastuvan seksuaalisuuden muutoksen tiedontarvetta ja tiedonsaantia. Hänen mukaansa yli puolet tutkimuksen kohderyhmästä kokee seksuaalisuuteen liittyvän tiedonsaannin tarpeellisena sairaalassa, mutta odotukset ja koettu tiedonsaanti eivät kohdanneet (Hautamäki-Lamminen 2012, 95-97).

Kylliäinen (2012) on pro gradussaan selvittänyt kirurgisten potilaiden tiedonsaantia vuosina 2008 ja 2010. Hänen mukaansa kirurgiset potilaat ovat tyytyväisiä hoitoonsa ja hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Parantamisen varaa on tavoitteiden asettamisessa ja hoitoon osallistumisessa. Myös yksilöllisyyden huomioinnissa on parantamisen varaa. (Kylliäinen 2012, 46-47.)

Hoitotyössä tiedonsaantia ei voi yksiselitteisesti selittää. Tiedonsaanti -termin rinnalla on käytetty myös termejä tiedon antaminen, informaatio, ohjaus ja neuvonta. (Virtanen 2014, 29; Rauhasalo 2003, 21-22.) Ohjauksella tarkoite-

taan sitä, että potilas tulee informoiduksi sairaudestaan ja kokonaistilanteestaan sekä tietoiseksi jatkohoidostaan ja kuntoutuksestaan. Aktiivinen potilas löytää tietoa sairaudestaan, koska sitä on valtavasti tarjolla. Terveystieteiden ammattilaisella tulee olla ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tietoa tarjolla. Potilaan omatoimisesti hankkimaa tietoa ei tule väheksyä. Potilaat saavat parhaiten tietoa juuri yhdistelemällä eri lähteitä. (Savolainen 2013, 26-28.)

Laadukas, potilaan tarpeista lähtevä ohjaus on keskeinen potilaan hyvinvointia, hoitomyöntyvää ja turvallisuuden tunnetta lisäävä tekijä yhä lyhythoitosemmässä terveydenhuollossa. Potilasohjaus on hoitoprosessiin liittyvä vuorovaikutustilanne, jossa potilas ja terveydenhuollon ammattilainen keskustelevat vuorovaikutteisesti ja toisiaan kunnioittaen. Kokemus, että potilas saa osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, lisää hoitomyöntyvää. (Pekkarinen 2007; Kylliäinen 2012, 47.) Terveystieteiden ammattilaisen tarjoama tiedollinen ja emotionaalinen tuki edistää positiivisesti potilaiden käsitystä itsestään ja sairaudestaan. Vastaavasti tuen puute voi vaikuttaa negatiivisesti potilaan tilanteeseen. (Matti 2011, 112-113; Hautamäki-Lamminen 2012, 77-78.)

Tiedonsaannin vuorovaikutuksellinen aspekti on asia, joka terveydenhuollon ammattilaisen tulee tiedostaa. Silmiin katsominen, tervehtiminen, esittely ja potilaan puhuttelu nimellä tukevat tiedonsaannin onnistumista. Selkokielen, ymmärrettävä ja johdonmukainen ohjaus lisää kokemusta tiedonsaannin onnistumisesta. Ammattisanaston runsas käyttö voi heikentää potilaan tiedonsaantia. Ei-kielelliseen vuorovaikutukseen tulee kiinnittää myös huomiota, koska ei-kielellisen vuorovaikutuksen tulkintaan liittyy helposti väärinkäsityksiä. (Kylliäinen 2012, 38; Virtanen 2014, 30-32.)

Potilasohjaus on nykyään yhä enemmän potilaan aktiivisuutta korostava, kun se perinteisesti on ollut hoitotyöntekijän asiantuntijuutta ja potilaan passiivisuutta korostava. Ohjauksessa korostuu potilaan vastuu tiedon saamisesta ja

osallisuudesta. Hoitotyöntekijä toimii ajantasaisen tiedon antajana ja eräänlaisena valmentajana. Motivoimisen taito on eräs keskeisistä taidoista, joita hoitotyöntekijältä nykyään vaaditaan. (Virtanen 2014, 29; Tiikkanen 2016.)

Yksilöllisyys korostuu myös potilasohjauksessa. Sisältö ohjauksessa on sama, mutta on eri asia ohjata asiallista keski-ikäistä ja huonokuuloista 85-vuotiasta. Hoitotyöntekijän tulee löytää potilaalle tämän tarpeisiin perustuva, yksilöllinen ohjaustapa, jotta varmistettaisiin riittävä tiedonsaanti. (Rauhasalo 2003, 21; Kylliäinen 2012, 47; Virtanen 2014, 31.) Informoinnin tulisi alkaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa potilaan hoitopolkua. Aikaisin aloitettu, tehokas ja yksilöllinen informointi on etu myös hoitotyöntekijän näkökulmasta hoitopolun loppuvaiheessa. (Kruzik 2009, 381.)

Tässä opinnäytetyössä tiedonsaantia käsitellään Virtasta (2014, 30) mukaillen *”neuvojen antamisena, asioista kertomisena ja ohjaamisena, mutta myös potilaan tilanteesta huolehtimisena ja hyvänä kohteluna”*. Tiedonsaantia tarkastellaan kokonaisuutena, johon kuuluu lyhyen aikavälin tapahtumien informointi ja potilasohjaus. Potilaan näkökulma tiedonsaannissa huomioidaan; onko potilas kokenut saaneensa riittävästi tietoa hänelle tehtävästä toimenpiteestä, siihen valmistautumisesta, eri vaihtoehdoista, kotiutumisesta ja jatkohoidosta sekä siitä, miten häntä on kohdeltu. Näihin asioihin HERKO-toimintamallissa voidaan katsoa kuuluvan polikliininen käynti sairaalassa ja leikkauspäätös, potilasohjaus preoperatiivisesti, informointi yhden yön sairaalassa-olosta, kotiutus heti aamusta ja asioiden (esim. kyytiasiat) järjestäminen etukäteen. Lisäksi informointiin kuuluu toimenpiteeseen liittyvä tieto ja kotiuttamiseen liittyvät asiat, kuten ohjaus, jatkohoito-ohjeet, mahdollinen kontrollikäynti ja toimintaohjeet mahdollisten komplikaatioiden varalta. Tiedottaminen myös siitä, että lääkäriä ei tapaa rutiinisti kotiutusaamuna, tulisi olla potilaalla tiedossa.

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemusta tiedonsaannista ja sen riittävydestä Pohjois-Karjalan keskussairaalan Heräämöstä kotiin (HERKO) -toimintamallissa. Tiedonsaantiin oletetaan kuuluvan osana kaikki toimenpiteeseen liittyvä informaatio, HERKO-toimintamallin erityispiirteet sekä potilaan huomioiminen. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamallia potilaslähtöisemmäksi tarkastelemalla mallia potilaan näkökulmasta.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Laadullinen lähestymistapa

Tämän opinnäytetyön lähestymistapa on laadullinen. Opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Laadullinen lähestymistapa on valinta, jonka opinnäytetyön tekijä on tehnyt tutkimusaiheensa perusteella. Kuten Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen, Åsted-Kurki (2016, 9-10) sekä Tuomi ja Sarajärvi (2002, 27) toteavat, tarkasteltaessa tiedettä laadullisista lähtökohdista, siinä korostetaan yksittäisen ihmisen kokemuksia ja aistihavaintoja. Ajatellaan, että laadullinen tutkimus on ymmärtävää tutkimusta, eli tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään. Kun tarkoituksena on selvittää potilaan kokemusta tiedonsaannista ja sen riittävydestä, on päädytty laadulliseen lähestymistapaan.

Kylmä ja Juvakka (2007, 22-31) ovat laajan tutkimuskirjallisuuden pohjalta vetäneet yhteen laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on induktiivisuus, jolla tarkoitetaan päättelytapaa, jossa tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi ko-

konaisuudeksi. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on osallistujien näkökulman ymmärtäminen. Laadullista tutkimusta ohjaavat mitä, miksi ja miten -kysymykset. Tässä opinnäytetyössä tavoitteena on kehittää Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamallia tarkastelemalla mallia potilaan näkökulmasta. Tarkoituksena on selvittää potilaan kokemusta tiedonsaannista ja sen riittävydestä HERKO-toimintamallissa. Aineistoa kerätessä käytettiin runsaasti kehoituksia ”kuvailkaa” ja apukysymyksiä ”miten”-kysymyksiä.

Kylmän ja Juvakan (2007, 22-31) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät tarkentuvat tutkimusprosessin aikana. Osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisuuden perusteella, eikä heitä yleensä ole paljoa. Aineisto kerätään avoimin menetelmin ja tutkimuksen osallistujiin voi muodostua läheinen kontakti. Tämän opinnäytetyön aineistonkeruu on kuvattu jäljempänä, mutta se noudattelee edellä mainitut asiat toteutuvat hyvin.

Edelleen laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tutkimuksen tekijän aktiivinen rooli. Tutkimuksessa painotetaan luonnollisia olosuhteita. Tieto on kontekstisidonnaista. Aineistona on merkityksiä ilmentävät sanat, jolloin aineiston analyysinä käytetään induktiivista menetelmää. Tutkimusaiheesta on yleensä vähän tietoa. (Kylmä ja Juvakka 2007, 22-31.) Etenkin jälkimmäinen kohta sopii tähän opinnäytetyöhön; HERKO-toiminta on Suomessa melko uutta, aihetta on tutkittu vähän eikä potilaan kokemusta siihen liittyen ole tutkittu, vaikka potilaan kokemusta muissa yhteyksissä on tutkittu laajalti terveystieteissä.

Muun muassa Kiviniemi (2015, 74) näkee laadullisen tutkimuksen prosessina, jossa aineistonkeruun väline on tutkija itse. Tällöin näkökulmat ja tulkinnat muuttuvat ja kehittyvät prosessin edetessä. Tämä asia tulee hyväksyä laadullisessa tutkimuksessa. Tutkimusote on avointa, eikä tutkimusprosessi välttämättä etene loogisessa järjestyksessä. Tutkimuskysymyksetkin voivat matkan aikana muuttua ymmärryksen lisääntyessä. Koska laadullinen tutkimus muo-

toutuu tutkimuksen edetessä, tutkimusprosessin auki kirjoittaminen on ensisijaisen tärkeää tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Tässä opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan tutkimusprosessin eteneminen mahdollisimman tarkasti.

5.2 Kontekstina HERKO-toimintamalli Pohjois-Karjalan keskussairaалassa

Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toiminnan taustalla on pyrkimys kirurgisen toiminnan tehostamiseen. Vuositasolla operatiiviseen klinikkaryhmään tulee noin 24500 lähetettä, joista 9500 johtaa leikkauspäätökseen. Joukossa on noin 2000 suunniteltua leikkausta, jonka jälkeen potilas on viettänyt yhden yön vuodeosastolla. Potilaiden kotiutumisesta päättää aamukierrolla hoitava lääkäri, ja tämän jälkeen käynnistyy potilaan kotiuttamisprosessi, johon liittyy kotiutusasiakirjat, potilasohjaus, kyytien ja kotiasioiden järjestely. Käytännössä potilas vain odottaa kotiutumista ja pääsee kotiutumaan yleensä vasta iltapäivän puolella. (Palander 2015, 1-2.)

HERKO-toiminnassa kotiuttamisprosessia aletaan hoitaa mahdollisimman ennakoivasti, jolloin potilas voi kotiutua heräämöstä toimenpidepäivän jälkeisenä aamuna. Ennakoitavuus tässä yhteydessä tarkoittaa sitä, että jo leikkauspäätöstä tehdessä ja preoperatiivista haastattelua suoritettaessa potilasta informoidaan siitä, että hän kotiutuu toimenpidepäivän jälkeisenä aamuna. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas järjestää kyyti- ja kotiasiansa ennen toimenpiteeseen tuloa. Sairaslomatodistukset ja lääkeresepitit kirjoitetaan valmiiksi heti toimenpiteen jälkeen ja annetaan potilaalle viimeistään kotiutusaamuna. Potilaan tullessa toimenpiteeseen hänen pitää olla tietoinen siitä, että hän kotiutuu heti seuraavana päivänä toimenpiteestä. (Palander 2015, 2.)

HERKO-potilaiden hoidonvarauksesta vastaavat päiväkirurgian hoidonvaraajat. Poikkeuksena on naistentaudit ja gynekologia, joiden hoidonvarauksesta vastaa naistentautien hoidonvaraajat. Yleisimmät tehtäviä toimenpiteitä ovat muun muassa eturauhasen höyläykset, rannekanavan hermopinteen avaukset,

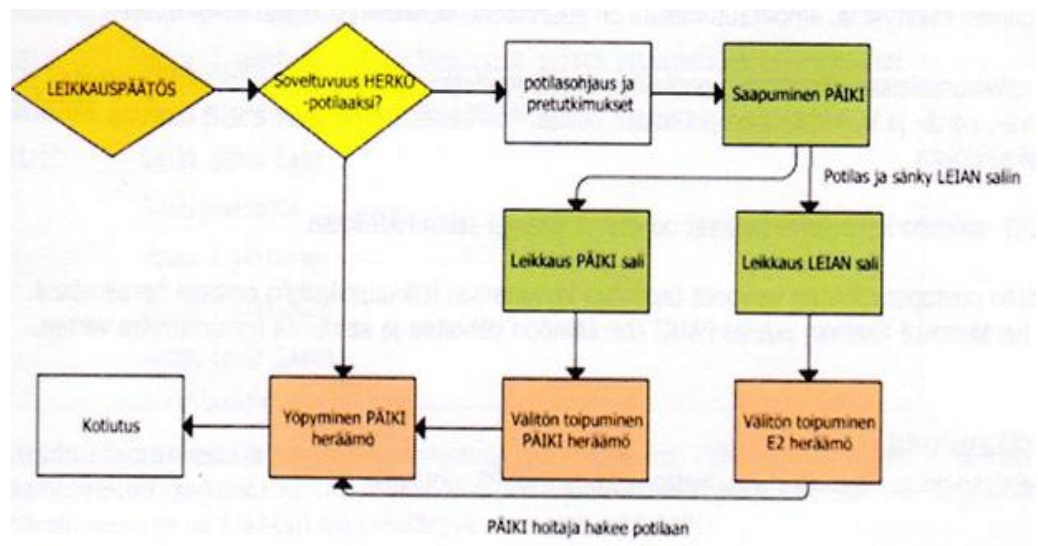
nenän sivuonteloiden leikkaukset ja kohdun/emätinlaskeuman korjausleikkaukset. (Palander 2015, 1-2.)

HERKO-status ei ole pysyvä. Jos potilas on hyväkuntoinen ja kotiutuskriteerit täyttävä, hän voi kotiutua jo toimenpidepäivänä. Samoin jos päiväkirurgisesti leikattu potilas ei täytäkään kotiutuskriteereitä, hän voi jäädä HERKO-potilaaksi. Jos potilas ei ole aamulla kotiutuskuntoinen, hänet voidaan siirtää jatkohoitoon vuodeosastolle tai terveyskeskukseen. Etenkin iäkkäämpiä HERKO-potilaita on jouduttu siirtämään jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle. (Korhonen 2015; Korhonen 2016a.)

Ongelmalliseksi on muodostunut niin paikallisella kuin valtakunnallisellakin tasolla hoitajaksojen kirjaaminen. Todellinen toiminta ei vastaa tällä hetkellä kansallisesti sovittuja hoitajaksojen aikarajoja, nimikkeistöä ja raportointia. Käytännössä tämä tarkoittaa kirjaamisen vaikeutta esimerkiksi silloin, kun potilaan status muuttuu PÄIKI-potilaasta HERKO-potilaaksi. Nykyiset kirjausmenetelmät eivät ole ajantasaisia, ja uusille, yhtenäisille kirjauskäytänteille on tilausta. (Korhonen 2016b; Ruohoaho 2016, 1099.)

Potilaan hoitopolku etenee suunnitellusti. Hoidonvarausvaiheessa päätetään, onko potilas sopiva HERKO-potilaaksi. Mikäli potilas tarvitsee polikliinisen lääkärikäynnin, käydään käynnillä läpi toimenpidettä ja potilasta informoidaan siitä, että hän kotiutuu heti toimenpidepäivän jälkeisenä aamuna. Preoperatiivisessa ohjauksessa potilaalle kerrotaan, että hänen pitää järjestellä asiansa niin, että hän voi kotiutua klo 10:een mennessä toimenpidepäivän jälkeen. Huomioitavaa on se, että potilaat tulevat usealta eri erikoisalalta. He ovat saaneet informaation toimenpiteestään ja preoperatiivisen ohjauksen erikoisalan poliklinikalla. Potilas saapuu sairaalaan keskitetysti päiväkirurgisen yksikön kautta, jossa hän saa sairaalaan vaatteet ja hänestä tehdään alkutarkastusmerkinnät. Potilas odottaa pääsyä toimenpiteeseen päiväkirurgisen yksikön odotussalissa. Poikkeuksena ovat KNK-potilaat, jotka ilmoittautumisen jälkeen saatetaan LEIKO-yksikköön, jossa potilaista tehdään alkumerkinnät. Jos potilas ei

ole tavannut lääkäriä preoperatiivisesti, hän tapaa lääkärin aamulla ennen toimenpidettä ja salissa. HERKO-potilaat leikataan päiväkirurgian leikkaussalissa tai keskusleikkaussalissa salikiintiöiden ja potilaan kunnon mukaan. Välittömän heräämövalvonnan jälkeen potilaat siirtyvät päiväkirurgisen yksikön heräämöhön, jossa viettävät yön. Sairaslomatodistus, reseptit ja leikkauskertomukset tehdään heti valmiiksi, ja ne annetaan potilaalle viimeistään kotiutumisen yhteydessä. Potilas ei rutiinisti näe lääkäriä aamulla, ja tämä tulisi olla potilaalla tiedossa. Kun kotiutuskriteerit täyttyvät, potilas pääsee kotiin. Mikäli ne eivät täyty, potilas siirretään vuodeosastolle tai terveyskeskukseen jatkohoitoon. (Palander 2015, 2-4.) Kuviossa 1 on esitetty potilaan polku HERKO-prosessissa.



Kuvio 1. Potilaan prosessi HERKO-toimintamallissa (Palander 2015, 4).

5.3 Kohderyhmä

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat kaikki elektiiviset, asialliset ja itsensä hoitavat HERKO-potilaat, jotka tulivat toimenpiteeseen ajalla 30.5. - 9.6.2016. Poliklinikoiden hoidonvaraajat olivat määritelleet heidät kelpoisiksi HERKO-potilaiksi. Korhosen (2016a) mukaan suunniteltuja HERKO-potilaita oli tuona ajanjaksona ainakin 12. Tarkkaa lukumäärää ei voinut sanoa, koska poliklinikat saattoivat varata HERKO-paikan muutaman päivän varoitusajalla.

Lopullisia haastateltavia oli kahdeksan. Kahdeksasta haastateltavasta naisia oli viisi ja miehiä kolme. Iältään he olivat 38 - 82-vuotiaita. Toimenpiteinä heille oli tehty kirurgisia, gynekologisia, urologisia, plastiikkakirurgisia ja korva-, nenä-, kurkkutoimenpiteitä. Haastateltavat olivat kaikki kotoisin Pohjois-Karjalan alueelta. Kaksi haastateltavista oli päässyt toimenpiteeseen vuorokauden sisällä polikliinisesta käynnistä, yksi noin viikon sisään ja muut kahden-neljän kuukauden kuluessa polikliinisesta käynnistä. Kaikki haastateltavat pääsivät kotiin HERKO-toimintamaliin mukaisesti toimenpidepäivän jälkeisenä aamuna. Puolelle haastateltavista oli sovittu kontrollikäynti tai kontrollipuhelu toimenpiteen jälkeen, puolelle ei ollut sovittua kontrollia.

Haastateltavat valikoituivat oman halukkuutensa perusteella. Päiväkirurgisen yksikön aamuhaastattelun yhteydessä he saivat tiedotteen opinnäytetyöstä (liite 1) ja kaksi suostumuslomaketta (2A ja 2B) yksikön sairaanhoitajalta. Halutessaan osallistua haastatteluun, potilaat allekirjoittivat suostumuksen ja palauttivat sen yksikön sairaanhoitajalle. Yksikön sairaanhoitajia oli ohjeistettu (liite 4) kirjallisesti ja suullisesti opinnäytetyöstä kertomiseen. Toimintaohjeiden mukaan tiedotteita opinnäytetyöstä ja suostumuslomakkeita haastattelua varten jaetaan niin kauan, kunnes suostumuksia on vähintään 12. Päätös oli opinnäytetyön tekijän, joka perustui opinnäytetyön laajuuteen ja toisaalta Kylmän ja Juvakan (2007, 22-31) ajatukseen siitä, että laadullisessa tutkimuksessa osallistujia ei ole paljoa ja heidät valitaan tarkoituksenmukaisuuden periaatteen mukaan. Tiedotteita jaettiin lopulta 20 kappaletta ja suostumuksia haastateltavaksi tuli 13 kappaletta. Tiedotteiden jako lopetettiin 7.6.2016.

Kolmestatoista suostumuksesta kolmessa ei ollut yhteystietoja, joten kyseisiä henkilöitä ei tavoitettu lainkaan, eikä heidän perustietoihinsa saanut mennä henkilötietolain mukaan (Matveinen 2016). Kaikille muille suostumuksensa jättäneille soitettiin; yksi ei vastannut yhteydenottoon ja yksi ei halunnut enää osallistua haastatteluun. Haastateltaviksi suostuneita oli näin ollen kahdeksan.

Kun suostumuksensa antaneille soitettiin, toimenpiteistä oli tällöin aikaa noin kaksi viikkoa. Ensimmäisenä kysyttiin vielä halukkuutta haastatteluun osallistumiseen. Puhelun aikana potilaat saivat tietoa opinnäytetyöstä, haastattelun kestosta ja anonymiteetista. Lisäksi puhelun aikana käytiin läpi haastattelun teemat ja sovittiin haastattelun ajankohta. Lopuksi potilasta informoitiin vielä siitä, että jos hän muuttaa mielensä, tämän hän saa tehdä missä vaiheessa tahansa.

5.4 Teemahaastattelun toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla, joka on käytetyin tapa kerätä aineistoa laadulliseen tutkimukseen. Haastatteluun päädyttiin, koska haluttiin välittää kuvaa haastateltavan ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista. Hirsjärven ja Hurmeen (2009, 41-42) ajatuksen hengessä tavoitteena haastattelulle oli informaation kerääminen, eli haastattelu oli tavoitteellista keskustelua. Haastattelu oli ennalta suunniteltua ja haastattelua johti haastattelija. Metsämuurosen (2008, 39) ajatuksen mukaan haastattelu on luottamuksellinen ja johdettu vuorovaikutustilanne. Tässä työssä luottamuksellisuus oli tiedossa jo saatekirjeessä ja sitä korostettiin vielä haastattelutilanteessa.

Haastattelun etuna voidaan pitää joustavuutta. Haastattelutilanteessa voidaan toistaa kysymys ja oikaista väärinkäsityksiä, selventää ja kysellä lisää. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75-76.) Tämän opinnäytetyön haastatteluissa toistettiin ja tarkennettiin kysymyksiä. Haastattelutilanteessa haastattelu voidaan äänittää ja haastattelija voi tehdä myös muistiinpanoja. Lisäksi haastateltavien sitoutuminen on yleensä parempaa kuin esimerkiksi postikyselyssä: kun lupa haastatteluun on annettu, se harvoin perutaan. Tämä todettiin myös tässä työssä, kun kymmenestä suostumuksensa haastatteluun antaneista vain kaksi perui suostumuksensa. Haastattelun haittana voi puolestaan nähdä sen, että se vie aikaa ja voi olla kallista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75-76.)

Haastattelu voidaan jakaa lomakehaastatteluun, teemahaastatteluun ja syvähaastatteluun. Tämän opinnäytetyön aineisto hankittiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelulla tarkoitetaan haastattelun muotoa, joka etenee tiettyjen keskeisten teemojen mukaan. Tutkimusongelma ja tutkimuksen tarkoitus määrittävät keskeiset teemat, joihin haastattelun avulla halutaan vastauksia. Teemojen lisäksi valitaan muutamia tarkentavia kysymyksiä. (Vilka 2005, 101; Tuomi & Sarajärvi 2002, 77.) Tämän työn teemahaastattelurunko on esitetty liitteessä 3. Teemat valikoituivat opinnäytetyön tarkoituksen ja kirjallisuuden perusteella. Teemoina olivat *toimenpide, siitä informointi ja valmistautuminen toimenpiteeseen, informointi yhden yön sairaalassa olost ja kotiutus heti aamusta, lääkärin tapaamisesta informointi sekä kotiutuksen sujuminen*. Lisäksi haastattelun lopussa sai vapaasti kertoa *HERKO-kokemuksesta*. Näillä teemoilla pyrittiin saamaan tietoa siitä, miten haastateltavat kokivat saavansa tiedonsaantinsa HERKO-prosessin aikana. Teemahaastattelussa ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, samoin se, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48).

Teemahaastattelussa on yleensä muutama vakioitu kysymys, jotka koskevat taustatietoja, muuten haastattelun muoto on vapaa, kunhan pysytään valituissa teemoissa (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48). Tässä työssä taustatietoina kysyttiin iän ja sukupuolen lisäksi toimenpidettä ja sitä, kuinka kauan aikaa meni lähetteestä toimenpiteeseen. Tässä työssä opinnäytetyön tekijä oli tehnyt ratkaisun, että jokaista teemaa käsiteltiin potilaan hoitopolun järjestyksessä, eli alkaen polikliinisestä käynnistä. Tämä ratkaisu tehtiin ajatuksella, että kronologinen järjestys helpottaisi haastateltavaa. Lisäksi HERKO-toimintamalliin kuuluu, että kotiutusta käsitellään jo polikliinisellä käynnillä.

Haastattelut tehtiin kesäkuun 2016 aikana. Ne kestivät noin 30-45 minuuttia, kun arvio oli noin tunti. Haastatteluista tehtiin yksi haastateltavan kotona, kaksi osallistujien työpaikalla, neljä puhelimitse sekä yksi sähköpostitse ja täydentävästi puhelimitse. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja ne nauhoitettiin.

Haastattelut purettiin heti nauhoituksen jälkeen ja puhtaaksikirjoitettiin. Puhtaaksikirjoitettua haastattelumateriaalia tuli 30 sivua fontilla Times New Roman, kirjasinkoolla 11 ja rivivälillä 1. Haastateltavat on koodattu koodein H1-H8. Koodi ei merkitse haastattelujärjestystä, vaan on jaettu summittaisesti.

5.5 Aineiston analyysin eteneminen

Sisällönanalyysi on aineistonanalyysimenetelmä, jonka avulla etsitään aineistosta merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Se on menettelytapa, jonka avulla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.) Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä, teoriasidonnaista tai teorialähtöistä. Aineistolähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että teoria pyritään rakentamaan aineistosta. Teoriasidonnaisuudella viitataan siihen, että analyysissa on teoreettisia kytkentöjä, mutta se ei suoraan pohjaudu teoriaan. Teorialähtöisellä analyysillä viitataan puolestaan siihen, että teoria on analyysin pohja ja siihen myös palataan. (Eskola 2015, 188.) Tämän opinäytetyön aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti.

Tässä työssä sisällönanalyysi alkoi kuuntelemalla ja puhtaaksikirjoittamalla haastattelut ja eteni analyysiyksikön määrittämiseen. Analyysiyksikkö voi olla sana tai lause. Se voi olla myös ajatuskokonaisuus tai lauseen osa. Tutkimuksen tarkoitus ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112; Haaranen 2016.) Tässä työssä analyysiyksiköksi muodostui opinäytetyön tarkoituksen mukaan ajatuskokonaisuus tiedonsaannista ja siitä, mitkä asiat ovat olennaisia tiedonsaannin kannalta HERKO-toimintamallissa.

Sisällönanalyysi voidaan jakaa kolmeen osaan: pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja abstrahointiin. Pelkistäminen on tutkimukselle epäolennaisen informaation karsimista. Analysoitavasta dokumentista etsitään tutkimuksen tarkoituksen mukaisia merkityksellisiä osioita, jotka kirjataan alkuperäisilmauksiksi. Kun tämä on tehty, alkuperäisilmaukset pelkistetään, eli tiivistetään tai pilkotaan

osiin. Pelkistetyissä ilmauksissa voi käyttää samoja sanoja kuin alkuperäisilmausissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 117-118; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-111.) Tässä työssä jaoteltiin teemahaastattelurungon (liite 3) mukaisesti hoitopolun osa-alueet polikliiniseen käyntiin, preoperatiiviseen haastatteluun, toimenpidepäivään ja kotiutuspäivään. Aluksi jokaista edellä mainittua osa-alueita tarkasteltiin potilaan tiedonsaannin ja HERKO-toimintamallin näkökulmasta. Kaikista osa-alueista kirjattiin alkuperäisilmaukset ja niistä edelleen pelkistetyt ilmaukset. Pelkistettyjä ilmauksia kertyi 293, joista osa oli saman sisältöisiä ja niitä yhdisteltiin. Pelkistettyjä ilmauksia tarkasteltiin omina kokonaisuuksinaan. Taulukossa 2 on esitetty esimerkki pelkistämisestä polikliinisen käynnin osalta.

Taulukko 2. Esimerkki pelkistämisestä.

Poliklinikkakäynti ennen leikkausta	
Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
...kirurgi antoi hyvin perusteellisen ja kattavan kuvauksen toimenpiteestä... (H1)	perusteellinen ja kattava kuvaus toimenpiteestä
...sitten hän kertoi kyllä hyvin realistisesti näistä mahdollisista komplikaatioista ja kysyi vielä sen jälkeen että oletko ihan varma että ihan varmasti haluat toimenpiteeseen.... (H1)	komplikaatioiden läpikäynti ja sen jälkeen varmistaminen hylkymisestä toimenpiteeseen
...kotiutuksesta siinä ei ehkä puhuttu, että silloin oli minulla itsellenikin vielä semmonen käsitys että se on ihan päiväkirurginen toimenpide. (H1)	olettaus päiväkirurgisesta toimenpiteestä
Mutta hirmu hyvät esitiedot sain sillä poliklinikkakäynnillä. (H1)	hyvät esitiedot polikäynnillä toimenpiteestä
... siellä (kirurgian poliklinikalla) kyseltiin miten kauan on ollut oireita ja selitettiin sitten nämä toimenpiteet ja sanottiin että kyllähän tässä tämä leikkaus kyllä tehdään. Selitettiin näitä toimenpiteitä. Perusasiat kerrottiin, en minä nyt itekään osannut kysellä ihan tarkkaan. (H3)	perusasiat kerrottiin toimenpiteestä
Kotiin pääsee, kun virtsantulo toimii kunnolla. H3	kun virtsaa tulee pääsee kotiin
No siinä selitettiin tämä toimenpide mikä tehdään ja jos siinä mitään ei löydy niin sitten tehdään toinen. Että tilanne kyllä selitettiin. H4	toimenpiteen kuvaus ja mahdollisesti lisätutkimuksia, jos ei löydöksiä
(Kotiutus) Oli puhetta. Lääkäri piti sitä todennäköisenä, että siinä olis syytä olla yksi yö seurannassa. H8	yhden yön seuranta toimenpiteen jälkeen tarpeellinen

Kun pelkistäminen on tehty, saman sisältöiset pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään luokaksi ja luokka nimetään. Luokitteluyksikkönä voi olla tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Luokan nimen tulee sisältää kaikki pelkistetyt ilmaukset, jotka kuuluvat luokkaan. Tämä on ryhmittelyä eli analyysin toinen vaihe. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112-113.) Tässä opinnäytetyössä pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin seuraavaksi alaluokkia. Tässä vaiheessa alkuperäinen jako hoitopolun osa-alueisiin hylättiin, ja alaluokkia tarkasteltiin teemoittain kokonaisuutena opinnäytetyön tarkoitus mielessä pitäen. Osa alaluokista vastasi sisällöltään toisiaan, ja ne yhdistettiin. Alaluokkia muodostui 18 kappaletta. Taulukossa 3 on esimerkki ryhmittelystä.

Taulukko 3. Esimerkki ryhmittelystä.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
Tapasi lääkärin vain ennen toimenpidettä aamulla olisi halunnut tavata lääkärin myös toimenpiteen jälkeen Ei tiennyt, että ei näe lääkärinä Ei tiennyt näkeekö lääkärinä vai ei, kysyi mutta ei selkeää vastausta Näki lääkärin vain ennen toimenpidettä; ei informoitu, että ei näe enää lääkärinä Odotti tapaavansa lääkärin ennen kotiutusta kysyi, näkeekö lääkärinä ja sai ympäriryö- reän vastauksen	Lääkärin tapaamisesta informointi

Ryhmittelyn jälkeen siirrytään aineiston abstrahointiin, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. On syytä muistaa, että ryhmittely on jo osa abstrahointia. Abstarhoinnissa jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin pitkään kuin mahdollista. Alaluokista muodostetaan yläluokkia, joista edelleen pääluokkia. Lopussa on teoreettinen käsite eli yhdistävä luokka. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114-115.) Tässä opinnäytetyössä muodostui 18 alaluokkaa, joita tarkasteltiin opinnäytetyön tarkoitus mielessä pitäen. Saman sisältöisiä luokkia yhdistelemällä muodostui neljä yläluokkaa: laadukas operatiivisen potilaan ohjaus, hyvä kohtelu henkilökunnan taholta, tietämys HERKO-toimintamallista ja informaation ajantasaisuus.

Näistä neljästä yläluokasta muodostui pääluokka moniulotteinen tiedonsaanti. Taulukossa 4 on esitetty abstrahoinnin tulos.

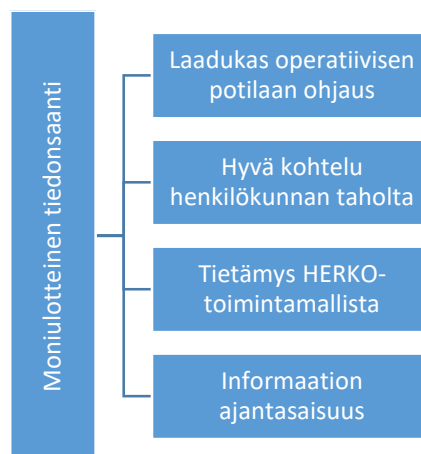
Taulukko 4. Abstrahoinnin tulos.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Moniulotteinen tiedonsaanti	Laadukas operatiivisen potilaan ohjaus	Riittävä toimenpiteen läpikäynti Avun tarpeen kartoitus Ymmärrettävät preoperatiiviset ohjeet Kotihoito-ohjeiden selkeys Postoperatiivisen soiton tarpeellisuus
	Hyvä kohtelu henkilökunnan taholta	Lääkärin käytös Potilaan yksilöllisten asioiden huomiointi Hoitohenkilökunnan ystävällisyys ja huolenpito potilaista
	Tietämys HERKO-toimintamallista	HERKO-toimintamallin tutuus Yön yli seuranta ja kotiutus aamusta Lääkärin tapaamisesta informointi Potilasaines HERKOssa Tyytyväisyys toimintaan Nopea pääsy toimenpiteeseen
	Informaation ajantasaisuus	Varautuminen kotiutusamuun Informointi toimenpideajankohdasta Koepalojen otto Potilaan informointi seuraavista tapahtumista

6 MONIULOTTEINEN TIEDONSAANTI

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemusta tiedonsaannista ja sen riittävydestä Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamallissa. Tiedonsaantia käsiteltiin neuvojen antamisena, asioista kertomisena ja ohjaamisena, mutta myös potilaan tilanteesta huolehtimisena ja hyvänä kohteluna. Tavoitteena oli kehittää HERKO-toimintamallia potilaslähtöisemmäksi tarkastelemalla mallia potilaan näkökulmasta. Teemahaastattelussa aineistosta nousi esille neljä yläluokkaa: laadukas operatiivisen potilaan ohjaus,

hyvä kohtelu henkilökunnan taholta, tietämys HERKO-toimintamallista ja informaation ajantasaisuus. Näistä muodostui pääluokaksi *moniulotteinen tiedonsaanti*. Aineistosta nousi esille se, että vaikka joissakin asioissa toivottiin selvennystä, tiedonsaantiin HERKO-toimintamallissa oltiin kokonaisuudessaan tyytyväisiä ja se koettiin riittävänä. Kuviossa 2 on kuvattu potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävydestä HERKO-toimintamallissa.



Kuvio 2. Potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävydestä HERKO-toimintamallissa.

6.1 Laadukas operatiivisen potilaan ohjaus

Laadukas operatiivisen potilaan ohjaus muodostui alaluokista *riittävä toimenpiteen läpikäynti, avun tarpeen kartoitus, ymmärrettävät preoperatiiviset ohjeet, kotihoito-ohjeiden selkeys* sekä *postoperatiivisen soiton tarpeellisuus*. Potilasohjaus koettiin pääsääntöisesti riittäväksi. Potilaat saivat tietoa toimenpiteestä, siihen valmistautumisesta, kotiutumisesta ja toimenpiteen jälkeisestä seurannasta. Erikseen kysyttiin postoperatiivisen soiton tarpeellisuutta.

Alaluokassa *riittävä toimenpiteen läpikäynti* käsiteltiin käyntiä poliklinikalla. Kaikki haastatteluun osallistuneet potilaat kävivät poliklinikkakäynnillä, missä päätettiin toimenpiteestä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaat kokivat saaneensa tietoa toimenpiteestä, siihen liittyvistä riskeistä ja komplikaati-

oista vähintään hyvin. Potilaat kokivat saaneensa joko perustietoa tai perusteellisen kuvauksen toimenpiteestä. Saatuun tietoon oltiin tyytyväisiä. Hyvänä puolena tuotiin esille se, että informoitiin myös siitä, että toimenpide ei välttämättä auttaisi.

...(lääkäri) antoi hyvin perusteellisen ja kattavan kuvauksen toimenpiteestä. Sitten hän kertoi kyllä hyvin realistisesti näistä mahdollisista komplikaatioista ja kysyi vielä sen jälkeen että oletko ihan varma ihan varmasti haluat toimenpiteeseen. (H1)

No lääkäri sano että tämmönen mahdollisuus ois, että leikataan, mutta sitä ei niinkun luvattu että se (vaiva) loppusi siihen. Että se leikkaus auttais siihen. Että semmonen oli tiedossa jo etukäteen. Että se ei ehkä siihen auta. (H4)

Haastatteluissa nousi myös esille, että poliklinikkakäynnillä asioita käsiteltiin lyhyesti eikä tilannetta kunnolla kartoitettu.

No siellä loppujen lopuksi käsiteltiin aika vähä niitä asioita... Sitten lääkärin luona kävin ja se oli hyvin nopee se käynti. se vaan siinä totes sen että... kun mie kävin silloin aikasemmin siellä (terveyskeskuksessa), silloin kolme kuukautta sitten, sen lääkärin luona niin, sillähän oli sieltä ne tiedot. (H6)

Alaluokka *avun tarpeen kartoitus* käsitelti preoperatiivista haastattelua. Haastateltavat olivat kaikki omatoimisia ja itsensä hoitavia, mutta prosessin mukaisesti avun tarve kartoitettiin preoperatiivisessa haastattelussa.

Oli ihoasioista puhetta, sitten kysyttiin tarvihteeko kotiin apua...(H4)

Vastavuoroisesti, jos potilaalla ei ollut aikuista seuraa toimenpiteen jälkeen, hän pystyi saamaan HERKO-paikan.

Tiesin kyllä että pitäis olla siinä joku aikuinen kotona, mutta kun ei minulla ole ketään eikä ole mahdollisuutta saada ketään. (H7)

Alaluokassa ymmärrettävät preoperatiiviset ohjeet käsiteltiin leikkaukseen valmistautumista. Informaatio toimenpiteeseen valmistautumisesta koettiin riittävänä ja selkeänä. Potilaat saivat suullista ja kirjallista materiaalia valmistautumisesta toimenpiteeseen. Toimenpidettä ei niinkään enää käyty läpi, mutta sitä ei koettu tarpeelliseksi.

No siinä käytiin läpi se leikkaukseen valmistautuminen ne asiat. Se oli semmonen lista asioista jotka nyt oli semmonen yleisohjeistus. Ihan selvästi näki että se ei ollut niinkun juuri tätä operatiota ajatellen tehty, se oli vaan yleisohjeistus miten tämmöseen pitää valmistautua. Se käytiin läpi siinä...Se miusta oli riittävä. Mä sain sen käsityksen että mitä mun pitää tehdä juuri ennen leikkaukseen menoa, paljonko pitää olla taukoa ruokailussa ja juomisissa. Ne kaikki tuli siinä hyvin selkeesti esille. (H8)

Mutta edelleenkin sen operaation yksityiskohtia hän ei kertonut. Tosin ei se nyt minulle niin ...en mä sitä niin tärkeäksi asiaksi kokenut, tärkeintä oli se että mä tiesin miten mun pitää valmistautua, just nää syömiset ja juomiset ja lääkkeenottamiset, nää asiat ne oli kyllä hyvin... ne oli myös siinä kirjallisessa ohjeessa minusta ainakin ihan riittävän hyvin selostettu. (H8)

No, sieltä tuli ihan ohjeet, miten menetellään, että ihan minusta ne oli ihan täydelliset ohjeet ja ymmärrettävät. (H2)

Ei minulla mitään epäselvyyksiä ollut tästä asiasta (valmistautumisesta toimenpiteeseen). Sain kyllä tietoo ihan minkä tarvihin. (H4)

Toimenpidettä käytiin läpi myös PÄIKI-yksikössä toimenpidepäivänä. Tässä ohjauksessa käytiin jo tuttuja asioita läpi, mutta uutta asiaakin tuli. Ohjaukseen oltiin hyvin tyytyväisiä.

Heti kohta ilmoittautumisen jälkeen pääsin hoitajan luo... Hirveen hyvä oli se ohjaus siinä, siinä käytiin kaikkia asioita läpi, nukutusta ja lääkkeitä ja toimenpiteeseen kuuluvia asioita... Hyvin luottavaisin mielin lähdin toimenpiteeseen. (H1).

Alaluokassa kotihoito-ohjeiden selkeys käsiteltiin kotiutustilannetta ja kotihoito-ohjeita. Osalle potilaista oli sovittu kontrollikäynti, osalle ei, riippuen vä-

hän toimenpiteestä. Huolimatta siitä, oliko kontrollikäyntiä vai ei, kotihoito-ohjeet koettiin riittäviksi ja informatiivisiksi. Potilaille oli selvää, mihin ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee. Kotihoito-ohjeet käytiin läpi suullisesti, ja kirjalliset ohjeet sai mukaan. Ohjauksessa käsiteltiin myös sitä, mikä on normaalia paranemisprosessia ja missä tapauksessa kuuluu ottaa yhteyttä sairaalaan.

Ei ollut epäselvää (kotihoito-ohjeissa). Kaikki oli ihan selkeesti sanottu ja mitä pitää tehdä jos kaikki ei suju hyvin. (H4)

Aineistosta nousi esille kotiutustilanteen tärkeys. Kotiutustilanteesta toivotaan kiireetöntä ja kotiutushoitajalta varmaa otetta. Toimenpiteiden kirjo on laaja, ja kotiutushoitajan tulee hallita monen eri toimenpiteen kotihoito-ohjaus. Potilailla on paljon kysymyksiä, ja niihin ei välttämättä ole aina suoraa vastausta. Kuitenkin se, että kotiutushoitaja ottautuu asiaan ja selvittää sen saman tien, jättää potilaille positiivisen mielikuvan.

Et pikkusen olis kotiutushoitajalta toivonut semmosta pikkusen varmempaa otetta, kaikkienensa ehkä siihen hommaan... mutta ei kuitenkaan sitten mitään negatiivista mielialaa jäänyt. (H1)

Alaluokassa *postoperatiivisen soiton tarpeellisuus* käsiteltiin postoperatiivisen soiton tarpeellisuutta muutama päivä kotiutumisen jälkeen. Joillekin potilaille oli suunniteltu postoperatiivinen soitto, mutta yleisin käytäntö oli se, että potilas itse soittaa, mikäli ongelmia ilmenee. Tähän käytäntöön oltiin tyytyväisiä, vaikka aineistosta nousi esille myös se, että postoperatiiviseen soittoon olisi ollut tarvetta.

Ehkä se puhelinsoitto olisi ollut ihan hyvä. Että jotain olisi ehkä sitten halunnut kysyä. (H1)

Jos ei tule ongelmia niin ei tarvii soitella puolin eikä toisin. (H3)

Ei ollut, enkä ole kaivannut oikeestaan. Kun mie ymmärsin että se ei kuulu tapoihin ja jos on jottain niin MINÄ otan sinne päin yhteyttä ja eikä minnuun päin. En sillä tavalla kaivannut mittään soittoa. (H4)

6.2 Hyvä kohtelu henkilökunnan taholta

Hyvä kohtelu henkilökunnan taholta koostui alaluokista *lääkärin käytös, potilaiden yksilöllisten asioiden huomiointi sekä hoitohenkilökunnan ystävällisyys ja huolenpito potilaasta*. Henkilökunnan käytökseen ja potilaiden kohteluun oli erittäin tyytyväisiä, ja potilaat kokivat saaneensa hyvää palvelua.

Alaluokassa *lääkärin käytös* käsiteltiin lääkärin ja potilaan välistä kanssakäymistä. Lääkärin käytös koettiin pääsääntöisesti asiallisena ja hyvänä. Asiantuntijuuden arvostaminen korostui potilaiden kommentteista. Potilaat kokivat, että toimenpiteestä informoinnin lisäksi lääkäri käytöksellään huomioi heidät hyvin. Toisaalta esille nousi myös lääkärin lyhytsanaisuus.

Lääkäri hoiti asiansa erittäin hyvin, hän hyvin aidosti kuunteli ja halusi keskustella, että erinomainen. Hän useamman kerran kysyi, että onko vielä jotain, että tavallaan halusi varmistaa siitä, että pajatso on niin sanotusti tyhjä. (H8)

Yksilöllisyys nousi esille alaluokassa *potilaan yksilöllisten asioiden huomiointi*. Haastateltavat potilaat kokivat, että heistä pidettiin hyvää huolta ja kaikki toimi pääsääntöisesti hyvin. Yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden kohdalla kuitenkin potilaat kokivat, että niitä ei huomioitu tarpeeksi hyvin. Näitä yksilöllisiä toiveita ja tarpeita joita potilaat toivat esille, olivat muun muassa (kunnollinen) lääkitys ennen toimenpidettä, apuvälineen kotiin unohtuminen ja tämän asian huomioiminen sekä erikoislääkitys.

Erikseen toivoin mahdollisimman sekavan olon leikkauksen ajaksi... Tosin kuvittelemanani päänsekoittaminen ei mennyt sinne päinkään. (H7)

Sitten mie kävin siellä ilmottautumassa ja sitten huomasin siinä samalla, että multa onkin unohtunut kuulolaite kotiin. Mie kyllä sanoin siitä sille rouvalle jolle ilmottauduin, että nyt on semmonen tilanne.... Sitten mie istuin ja istuin siellä (naurua) ja sitten sairaanhoitaja joka niinkun pyysi siihen jossa mitattiin verenpainetta ja muuta semmosta siihen esihaastatteluun, hän oli ehtinyt minua ja kysytellyt nimelläkin mutta niin hiljaisella äänellä että minä en kuullut. (H4)

Alaluokassa *hoitohenkilökunnan ystävällisyys ja huolenpito potilaasta* hoitohenkilökunnan käytöstä ja potilaiden kohtelua kiiteltiin runsain mitoin. Potilaiden mukaan hoitohenkilökunta huomioi potilaita erittäin hyvin ja oli ystävällistä. Hoitohenkilökunta ottautui potilaiden asioihin ja kohteli kunnioittavasti. Haastatteluissa korostettiin sitä, kuinka hyvin hoitohenkilökunta esittäytyi. Potilaille tuli olo, että heitä kuunneltiin ja he tulivat kuulluksi. Potilaat eivät kokeneet avuttomuutta. Hoitohenkilökunta kävi potilaiden luona useaan otteeseen ja piti hyvää huolta.

Hoitohenkilökunnasta sanosin sen verran että huolenpito oli erittäin hyvää. (H4)

Kyllä musta pidettiin hyvää huolta kaiken kaikkiaan, en kokenut sellaista avuttomuutta tai että ei mitään....Sillon just on tärkeetä se että mut niinkun noteerataan ja mä en ole nobody siellä osastolla, mutta niin mä koin, että en ollut. (H8)

Aineistosta nousi esille myös päinvastaista. Koettiin myös, että hoitohenkilökunta ei huomioinut tarpeeksi. Hoitohenkilökunnalta toivottiin myös varmistuskysymystä siitä, oliko potilaalla vielä jotain kysyttävää.

Jotenkin minulle jäi semmoinen mieleen, että ei nämä hoitajat oikein ottanut tosissaan. Ne vaan istu ja kahto televisiota. Sitten ne toivat miulle lääkkeet ja jättivät siihen keittiön pöydälle. No, ne on olleet yön töissä niin eihän muuta voi vaatia ihmeitä. (H5)

6.3 Tietämys HERKO-toimintamallista

Tietämys HERKO-toimintamallista muodostui alaluokista *HERKO-toimintamallin tuttuus, yön yli seuranta ja kotiutus aamusta, lääkärin tapaamisesta informointi, potilasaines HERKOssa, tyytyväisyys toimintaan ja nopea pääsy toimenpiteeseen*. Tässä osiossa tarkasteltiin, kuinka hyvin osallistujat olivat perillä HERKO-toimintamallin erityispiirteistä.

Alaluokassa *HERKO-toimintamallin tuttuus* käsiteltiin toimintamallin tunnettuutta. Kun haastattelut tehtiin, HERKO-toimintamalli oli ollut käytössä noin

yhdeksän kuukautta. Kun toimintamalli alkoi, siitä kerrottiin muun muassa paikallisessa sanomalehdessä. Sairaalan internet-sivuilla kerrotaan lyhyesti HERKO-toimintamallista. Muutoin toimintamalli ei ole ollut esillä. Aineistosta nousi esille, että HERKO-toimintamalli ja prosessin kulku tunnetaan huonosti. Prosessi ei myöskään selvinnyt potilaille oman käynnin aikana. Aineistosta nousi esille, että prosessin tuntemisella ei ollut merkitystä, mutta toisaalta esille nousi myös näkökulma siitä, että prosessin kulun tietäminen olisi auttanut pysymään ”kartalla” tulevista tapahtumista.

No oon kyllä kuullut tai ihan lukenut siitä (HERKOsta) että semmonen on olemassa ja sit se muistukin mieleen siinä vasta kun sanottiin että jäät yöksi. (H1)

Mie en ymmärrä koko HERKO-konseptia.(H7)

*Et oikeestaan se on sit tää heräämö tai HERKO johon mie jäin nukku-
maan , lepäilemään yön yli niin siellä tapahtuva prosessi ei sit ollut niin
selkeä ja yksityiskohtaisesti ollut niin. Tai mä en hahmottanut sitä. (H8)*

Alaluokassa yön yli seuranta ja kotiutus aamusta käsiteltiin HERKO-toimintamallin keskeistä elementtiä. Yötä ei olla osastolla, vaan PÄIKI-yksikön heräämötalassa. Prosessin mukaan potilaiden pitäisi kotiutua viimeistään klo 10, mikäli ovat kotikuntoisia. Koska kotiutus on niin aikaisin aamusta, potilaiden tulee olla tietoisia aamun kotiutuksesta, jotta osaavat siihen varautua. Tässä aineistossa potilaat tiesivät yhden yön sairaalassa olosta pääsääntöisesti hyvin. Asiasta puhuttiin viimeistään hoitajan toimesta preoperatiivisessa haastattelussa, mutta asiaa oli käsitelty jo poliklinikkakäynnillä.

Lääkäri piti sitä todennäköisenä, että siinä olis syytä olla yksi yö seurannassa. (H8)

Tiesin että heti aamulla pääsee kotiin, että kunhan (kaikki hyvin), sillon pääsee pois. (H5)

Aineistosta nousi esille myös päinvastaista. HERKO-paikasta ei oltu informoitu missään vaiheessa tai yleensäkään siitä, että toimenpide ei ole päiväkirurginen

toimenpide, vaan sairaalassa ollaan yksi yö. Yön yli tieto tuli esille ilmoittautumisen yhteydessä.

Enhän mie sitä HERKO paikkaakaan tiennyt ennen kun sinä päivänä sitten sillon aamulla. (H7)

No sain kyllä siinä ilmoittautumisen yhteydessä tietää (että jää yöksi). Siinä sitten sanottiin että sie jäätkin sitten yöksi. Ensi alkuun oli tunnelma että höh mut sit osas heti sen pyöräyttää silleen että varmaan se onkin ihan järkevää. Ei se sillä tavalla... eikä se aiheuttanut mitään ongelmia käytännön puoleltakaan... otin jo etukäteen selvää niistä mahdollisista komplikaatioista niin aattelin että se on varmaan ihan järkevää. (H1)

Toinen HERKO-toimintamallin erityispiirre on se, että potilas ei näe rutiinisti lääkäriä kotiutusaamuna, vaan lääkärin hoitamat kotiutusasiat (reseptit, sairauslomatodistus, toimenpiderekordit) tehdään valmiiksi heti toimenpiteen jälkeen. Alaluokassa *lääkärin tapaamisesta informointi* käsiteltiin tätä asiaa. Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamallissa on erikoisalakohtaisia eroja siinä, tuleeko lääkäri tapaamaan potilaitaan kotiutusaamuna vai ei. Joillekin potilaille voi olla vaikea hahmottaa sitä, että aamulla ei olekaan lääkärinkiertoa, jossa toimenpidettä ja kotiutusta käydään vielä läpi. Se, että lääkäri ei rutiinisti tavata, tulee olla potilailla tiedossa, mieluiten mahdollisimman tarkasti. Tämän opinnäytetyön aineiston mukaan lääkärin tapaamisesta informointi on sujunut pääsääntöisesti hyvin. Jos lääkäri oli tulossa tapaamaan potilasta vielä aamulla, hän oli kertonut siitä. Myös jos käyntiä ei tullut, tästäkin oli informoitu. Potilaat olivat tähän tietoon tyytyväisiä eikä lääkärin tapaamista enää kaivattukaan. Tyytymättömyyttä esiintyi, jos lääkärin tapaamisesta ei oltu informoitu millään tavalla.

Kun oli leikkaus tehty niin se lääkäri puhu siinä minulle että mitenkö on toimenpide tehty ja että myö ei tavata enää tämän jälkeen jos ei tule mitään ongelmia. (H3)

(Toimenpiteen jälkeen) leikkaava lääkäri tuli siihen pyörähtää mun luona kanssa ja kysyi vointia ja muutama sana siinä vaihdettiin siitä asiasta ja hän sanoi että hän tulee aamulla käymään mun luona ja käydään sitten läpi tarkemmin näitä asioita. (H8)

Siinä oli kaksi lääkäriä ja ODOTIN kyllä että olis edes jompikumpi käynyt katsomassa sillon leikkauspäivän iltapäivällä tai sillon sitten seuraavana aamuna mutta ei sitten näkynyt... No mie kysysin silloin leikkauspäivän iltapäivällä että tuleeko hän käymään niin sillon sanottiin että voi olla että tulee tai voi olla että ei tule. Se jäi vähän silleen avonaiseksi. (H1)

Lääkäri ei muutenkaan ollut paljoa läsnä potilaiden näkökulmasta katsottuna, mutta tämä ei tuntunut haittaavan potilaita. Lääkäriä tavattiin ennen toimenpidettä, toimenpiteen yhteydessä tai vasta tämän jälkeen. Tämä riitti potilaille. Kotiutumisen yhteyteen lääkäriä ei kaivattu, mikäli tästä oli informoitu etukäteen.

Alaluokassa *potilasaines HERKO-toimintamallissa* käsiteltiin potilaiden kokemusta sopivuudesta HERKO-potilaaksi. Potilaat valikoituvat HERKO-potilaiksi toimenpiteen tai perussairauksien perusteella tai sitten jos heillä ei ollut aikuista seuraa saatavana yön yli. Aineiston perusteella osa potilaista tarvitsi yön yli seurannan, osa haastateltavista potilaista puolestaan koki olevansa jo illalla kotikuntoisia ja olisivat kotiutuneet, mikäli tähän olisi ollut mahdollisuus. He kokivat olevansa liian hyväkuntoisia heräämöpotilaiksi.

Kyllä joo, mä oisin voinut lähtee jo illalla. Sen puoleen ei ollut mitään, ei todellakaan. Jos lääkäri olis tullut illalla käymään niin mä oisin voinut sanoa saman tien että eiköhän tästä lähetä. (H8)

Eikö heräämönhoitajilla ole muutakin tekemistä, kuin lämmittää ruokia tai paimentaa yölläkin melkein kotikuntoisia ihmisiä? Viimeksi olin osastolla yön ja se riitti vallan mainiosti. Ei tuon kuntoiset ihmiset kuin minäkin olin (ihan hyvin olisin kotona pärjännyt yksin) tarvitse melkein vierihoidoa ja heräämöhoidajan tasoista osaamista. (H7)

Aineistosta nousi esille myös se, että osa haastateltavista potilaista oli puolestaan kipeitä illan ja yön aikana, mutta aamusta jo kotikuntoisia. Heille HERKO-paikka tuli tarpeen, ja heidän tyyppisiään potilaita HERKO-toimintamallissa juuri pyritään hoitamaan.

Sitten aamulla olikin jo paljon parempi olo, ihan kesti pystyyn nousta ja ... se oli varmaan se lääkkeiden vaikutus joka teki sen huonon olon minulle illalla. (H3)

Haastateltaville potilaille kerrottiin haastattelun yhteydessä HERKO-toimintamallin perusajatus siinä vaiheessa, kun HERKO-toiminnasta oli ensin kysytty. Haastateltavat näkivät toimintamallin toimivana oivalluksena terveydenhuoltoon.

Tämä on ihan 100 % oivallus, tämmöset terveemmät, mitä siellä osastolla lojumaan vuorokautta. Tämä kävi niin näppärästi. (H2)

Alaluokka tyytyväisyys toimintaan toi esille yleistä onnistumista. Vaikka potilaat eivät tieneet tai hahmottaneet HERKO-prosessin kulkua, kokonaisuudessaan he olivat toimintaan hyvin tyytyväisiä. Mitään negatiivista sanottavaa ei löytynyt.

Semmonen turvallisuuden tunne jäi siitä koko hoitopolusta. (H1)

No palvelu on ollut erinomaista! Joka vaiheessa. (H4)

Nopea pääsy toimenpiteeseen on lyhythoitaisen kirurgian etu. HERKO-toimintamallissa tiedetään, että heräämö tyhjentyy joka päivä. Vaikka HERKO-paikoja varataan poliklinikoilta käsin etukäteen, myös pikainen hoidonvaraus onnistuu, ja tämä palvelee tällöin potilaita. Osastojen paikkatilannetta ei voi koskaan ennustaa etukäteen. Nopea pääsy toimenpiteeseen näkyi myös tässä aineistossa. Kaksi potilaista pääsi toimenpiteeseen seuraavana päivänä poliklinikkakäynnistä ja yksi noin kahden viikon kuluessa. Muut odottivat kahdesta neljään kuukautta. Mitä aiemmin potilas pääsi toimenpiteeseen, sitä tyytyväisempi hän oli. Jos toimenpide oli tulossa myöhemmin, ajankohdasta ei informoitu tarkasti poliklinikkakäynnillä, lähinnä annettiin ajankohta, jolloin toimenpide mahdollisesti olisi. Tähän informaatioon oltiin tyytyväisiä. Positiivinen yllätys oli, jos sai esimerkiksi peruutuspaikan.

Tai tää lääkäri sano että leikataan seuraavana päivänä. Se meni niin mukavasti. Niin äkkiä meni ohi ettei tarvinnu hättäillä sen kanssa. (H5)

Lääkäri sano jotta tuupa huomenaamulla tänne. Sillä kävi nopeesti. H6)

6.4 Informaation ajantasaisuus

Informaation ajantasaisuus muodostui alaluokista *varautuminen kotiutusaamuun, informointi toimenpideajankohdasta, koepalojen otto ja potilaan informointi seuraavista tapahtumista*. Tähän osioon valikoituivat asiat, jotka toimivat toisaalta hyvin, mutta myös joissa oli eniten parantamisen varaa. Ajantasaisuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä potilaan pitämistä ”kartalla” tällä hetkellä olevista tapahtumista ja informointia toisaalta lähitulevaisuuden tapahtumista.

HERKO-toimintamallissa pyritään siihen, että potilaat kotiutuvat klo 10:een mennessä kotiutusaamuna. Alaluokka *varautuminen kotiutusaamuun* käsitteli kotiutusaamua. Potilaat saivat tietää poliklinikkakäynnin yhteydessä tai preoperatiivisessa haastattelussa, että kotiutuminen on heti aamusta. Asiaa käytiin läpi myös illalla toimenpiteen jälkeen. Kotiutumisesta kymmeneen mennessä on maininta myös papereissa, jotka tulevat kotiin ennen toimenpiddettä. Aikainen kotiutuminen tuli kuitenkin aineiston mukaan yllätyksenä eikä siihen osattu varautua. Toisaalta aineistosta nousi myös esille se, että aamu ei ollut mitenkään poikkeuksellinen.

Aamupäivän aikaan?! Ne potkas miut ennen seittemää pihalle! (H7)

*Mut ehkä sitten just tämä että mitä tapahtuu seuraavana aamuna ja klo sillan ja sillan alkaa tapahtua. Niin kuin mä sanoin, voi olla että se mulle sanottiin, mut mä en sitten sitä itte hiffannut. Mutta jotenkin mulle oli joka tapauksessa yllätys se seuraava aamu. Tätä (aamun aika-
taulua) mulla ei ollut tiedossa, en jotenkin ollut osannut siihen aamuun varautua ollenkaan. (H8)*

Alaluokka *informointi toimenpideajankohdasta* käsitteli poliklinikkakäyntiä ja toimenpidepäivää. Käydessään poliklinikalla ja saadessaan tietää tulevasta toimenpiteestä, potilaat eivät saa tarkkaa ajankohtaa siitä, milloin toimenpide on. Heille annettiin arvio siitä, milloin toimenpide mahdollisesti voisi olla, ja tähän tietoon potilaat olivat varsin tyytyväisiä. Ymmärrettiin, että aivan tarkkaa ajankohtaa ei pystytä kertomaan.

Myös toimenpidepäivään liittyy toimenpideajankohdasta informointia. Kun potilaat olivat ilmoittautuneet aamulla, heille kerrottiin oman toimenpiteen aikataulusta, mutta informoitiin myös siitä, että aikataulu ei välttämättä pidä. Pukeutumisen ja esihaastattelun jälkeen potilaat menivät aulaan odottamaan pääsyään toimenpiteeseen. Aineistosta nousi esille, että odotusaika oli liian pitkä ja odotusaikana olisi voitu antaa lisätietoja toimenpiteen ajankohdasta.

Se vähän pitkästytti kun sitä joutu oottamaan ja oottamaan eikä ollut tietoo että moneltako se (toimenpide) nyt sitten on. (H3)

No olisin kyllä tietysti kaivannut jotain, olis oottamisaika ollut sitten mukavampi että jos olis käyty sanomassa. (H4)

Toimenpiteiden yhteydessä otettiin näytepaloja, ja alaluokka *koepalojen otto* käsitteli tätä asiaa. Koepalojen ottamisesta puhuttiin poliklinikkakäynnillä vaihtelevasti, eikä potilailla, joilta lopulta oli koepaloja otettu, ollut tietoa näytteiden otosta ollenkaan. Maininta koepalojen otosta leikkauskertomuksen yhteydessä aiheutti tarpeetonta huolta.

Oli puhetta. En tiedä onko otettu. Oli jo silloin jo ihan alkuaikoina että otettais ohutneulanäytteitä, oliko se sellanen? Todennäköisesti sieltä on nyt sellaisia otettu. Mutta niistä ei kyllä ollut lääkärin kanssa puhetta. (H2)

No se ehkä se näyte oli ainut joka pyöri siellä mielen päällä, että siitä olisin toivonut ihan että se lääkäri olisi voinut ihan sillä ekalla käynnillä kertoa että sellainen otetaan jos löytyy jotain, tai missä tapauksissa otetaan näytteitä. (H1)

Potilaiden pitäminen ajan tasalla tulevista tapahtumista oli keskeinen asia, joka nousi haastatteluissa esille, ja tätä kokonaisuutta käsitteli alaluokka *potilaan informointi seuraavista tapahtumista*. Asiaa on sivuttu jo kotiutusaamun käsittelyssä ja toimenpideajankohdan informoinnissa. Tiedottaminen siitä, mitä tapahtuu seuraavaksi tai tiedottaminen siitä, miksi mitään ei tapahdu vaikuttaa merkittävästi potilastyytyväisyyteen ja kokemukseen hoidosta. Vaikka asiat eivät menisi kuten pitäisi, tiedottaminen lisää potilaiden kokemusta siitä, että asia kuitenkin etenee.

Haastatellut potilaat kokivat, että heitä pidettiin ajan tasalla seuraavista tapahtumista pääsääntöisesti hyvin. Aina kun potilaan paikka vaihtui, tälle kerrottiin mitä seuraavaksi tapahtuu ja mitä tässä paikassa tehdään. Paikanvaihdoksia oli paljon; HERKO-potilas saattoi enimmillään vaihtaa paikkaa viisi kertaa. Potilaiden mukaan paikanvaihdoissa pysyi kohtalaisen hyvin kartalla. Tärkeintä oli kuitenkin se, että henkilökunta kertoi, mitä kulloisessa paikassa seuraavaksi tapahtui, ja tämä toteutui riittävän hyvin. Ajan tasalla pito seuraavista tapahtumista korostui etenkin leikkaussalissa ja heräämössä, samoin jos kotiutuksessa tapahtui viivettä. Kotiutuksen yhteydessä tämä tarkoitti sitä, että informoitiin miksi potilas ei pääse vielä kotiutumaan.

Ja sitten olin siinä leikkauspöydällä, siinä tehtiin näitä valmistelevia asioita ja tuota ... siinä oli useampia hoitajia jotka musta hirveen hyvin kertovat mitä tehdään millonkin. (H8)

Epätietoisuus tulevista tapahtumista liittyi PÄIKIn aikatauluun. Aiemmin käsiteltiin toimenpideajankohdasta tiedottaminen, eli potilaat halusivat informointia toimenpideajankohdasta. Myös aamun aikataulusta tiedottamista kaivattiin. Haastatteluissa nousi esille myös se, että PÄIKIn aikataulusta toimenpiteen jälkeen ei ollut tietoa, eli esimerkiksi mihin aikaan sai ruokailla.

Mun tyyliin ois sopinut, että mulle olis kerrottu, mikä tää prosessi tässä kaiken kaikkiaan on....Et oikeestaan se on sit tää heräämö tai HERKO jo-

hon mie jäin nukkumaan, lepäilemään yön yli niin siellä tapahtuva prosessi ei sit ollut niin selkeä ja yksityiskohtaisesti ollut niin. Tai mä en hahmottanut sitä. (H8)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemusta tiedonsaannista ja sen riittävydestä Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamallissa. Tiedonsaantia käsiteltiin neuvojen antamisena, asioista kertomisena ja ohjaamisena, mutta myös potilaan tilanteesta huolehtimisena ja hyvänä kohteluna. Tavoitteena on kehittää HERKO-toimintamallia potilaslähtöisemmäksi tarkastelemalla mallia potilaan näkökulmasta.

Opinnäytetyön lähestymistapa oli laadullinen. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin perusteella saatiin yksi pääluokka, moniulotteinen tiedonsaanti, joka kuvasi potilaiden kokemusta tiedonsaannista ja sen riittävydestä HERKO-toimintamallissa. Pääluokan muodostivat neljä yläluokkaa: laadukas operatiivisen potilaan ohjaus, hyvä kohtelu henkilökunnan taholta, tietämys HERKO-toimintamallista ja informaation ajantasaisuus.

Leikkaustoiminta elää muutoksen kautta. Tiedon lisääntyminen ja kehittynyt leikkausteniikka ovat edesauttaneet uusien toimintamallien käyttöönottoa leikkaustoiminnan tehostamiseksi. Suomessa on jo kymmenen vuoden ajan ollut käytössä optimoidun toipumisen ohjelma. (Savikko, Kössi & Scheinin 2016, 1805.) Hyvin toimivan mallin sekä sairaaloiden säästötoimien pohjalta on syntynyt lyhythoitaiseen kirurgiaan sopiva potilaskeskeinen leikkaushoidon malli (HERKO-toimintamalli tai 23h-leikkausprosessi), jossa oleellista potilaan näkökulmasta on sairaalassa vietetyn ajan väheneminen. HERKO-toimintaa on kehitetty myös PÄIKI- ja LEIKO-toimintamallien pohjalta (Ruohoaho 2016, 1098).

Pohjois-Karjalan keskussairaalassa on ollut käytössä HERKO-toimintamalli syyskuusta 2015. Alun perin ajatuksena oli, että HERKO-potilaita voitaisiin hoitaa noin 2000 vuodessa (Palander 2015, 2). Tarkkoja tilastointeja ei ole voitu tehdä, mutta arvion mukaan HERKO-potilaita on ollut noin 700 vuoden aikana. Vaikka tavoitteesta on jääty, on selvää, että HERKO-toiminta on tulevaisuuden toimintaa, ja toimintamallia kehitetään koko ajan muun muassa potilaspalautteiden perusteella. (Korhonen 2016b.)

Opinnäytetyön tulosten perusteella Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamallissa potilaat kokevat tiedonsaannin pääsääntöisesti riittävänä. Tulokset ovat yhteneväisiä PÄIKI-yksikön oman potilaspalautteen kanssa (Korhonen 2016b).

Informaatio koettiin laadukkaana ja riittävänä etenkin perinteisessä operatiivisessa potilasohjauksessa; potilaat kokivat saavansa riittävästi tietoa toimenpiteestään ja siihen valmistautumisesta. Hoitohenkilökunnan ja lääkärin asiantuntemusta arvostettiin. Myös kotihoito-ohjeet koettiin riittäviksi, samoin jatkohoidon ohjaus. Vakiintuneessa toiminnassa tiedonsaanti on tutkimusten mukaan vähintään hyvää (Eklund 2016, 43-44; Polkko 2016, 24-25), joskin jotakin parannettavaa löytyy aina. Etenkin kotiutustilanteessa varmuutta ohjaukseen ja yksilöllisyyden huomiointia kaivattiin. Tämän opinnäytetyön aineiston mukaan pääpaino ohjauksessa oli suullisessa ja kirjallisessa materiaalissa. Tämä oli tärkeää; potilaat korostivat, että he saivat suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjallista materiaalia mukaan. Opinnäytetyön aineistosta nousi esiin se, että toimenpiteistä ja toipumisesta haettiin tietoa myös internetistä. Potilaat etsivät lisääntyvässä määrin tietoa omatoimisesti, yleensä internetistä, ja tämä tulee huomioida myös potilasohjauksessa (Savolainen 2013, 11-14; Polkko 2016, 24-25). Internet voi olla tehokas potilasohjauksen välinen, mutta se ei sovi kaiken ikäisille, ja potilaan tausta pitää ottaa huomioon. Internetohjaus ei myöskään huomioi yksilöllisyyttä. Jos terveydenhuollon yksikkö tuottaa internetperusteista potilasohjausmateriaalia, sen pitäisi olla ajantasaista ja näyttöön perustuvaa. (Ryhänen 2012, 56-57; Savolainen 2013, 11-14.)

Haastattelussa kysyttiin erikseen postoperatiivisen soiton tarpeellisuudesta. Verman ja muiden (2011, 422) mukaan postoperatiivinen soitto Isossa-Britanniassa on osa HERKO-prosessia ja potilaiden suuresti arvostama asia. Myös Paquette, Le May, Lachance Fiola, Villeneuve, Lapointe ja Bourgault (2013, 2054) toteavat tutkimuksessaan tonsillektomialasten postoperatiivisesta soitosta, että vanhemmat arvostavat soittoa. Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamalliin ei kuulu postoperatiivinen soitto, eikä tämän opinnäytetyön aineiston mukaan sille ole tarvetta. Potilaat olivat motivoituneita soittamaan itse, mikäli tarvetta ilmenee. Toisaalta esiin nousi myös se, että isomman operaation jälkeen ei kotiutusvaiheessa välttämättä kaikkea muista kysyä, ja mahdollisuus kysymiseen tulisi postoperatiivisen soiton yhteydessä, joka nimenomaan tulisi terveydenhuollon yksikön taholta.

Tiedonsaannin yhtenä osa-alueena tarkasteltiin potilaiden kohtelua henkilökunnan taholta. Tämän opinnäytetyön mukaan potilaat kokivat tulleensa hyvin kohdatuiksi ja kohdelluiksi henkilökunnan, niin lääkäreiden kuin hoitajienkin, taholta. Potilaat arvostivat hoitohenkilökunnan aitoa läsnäoloa, ystävällisyyttä ja huomiointia. Potilaat kokivat saaneensa tukea hoitohenkilökunnalta. Lääkärin lääketieteellinen asiantuntemus korostui potilaiden kommentteissa, samoin lääkärin asiallinen käytös. Kokemus hyvästä kohtelusta lisää potilastyytyvyyttä ja sitouttaa potilasta omaan jatkohoitoonsa (Hautamäki-Lamminen 2012, 77-78; Kylliäinen 2012, 47). Ingadottir, Johansson Stark, Leino-Kilpi, Sigurdardottir, Valkeapää ja Unosson (2014, 2905) toteavat laajassa pohjoismaisessa tutkimuksessaan, että aktiivinen vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa vaikuttaa siihen, miten potilaat kokevat saavansa tietoa. Myös Virtanen (2014, 71) on tutkimuksessaan todennut, että hyvä kohtelu henkilökunnan taholta on asia, jota potilaat pitävät tärkeänä ja joka vaikuttaa tiedonsaannin kokemukseen.

Aineistosta nousi esiin myös päinvastaista. Henkilökunnan lyhytsanaisuus tai vähäinen huomiointi tuli esille haastatteluissa. Toisaalta nämä seikat eivät vaikuttaneet hoitokokemukseen tai potilastyytyväisyyteen tässä opinnäytetyössä, mutta kokemus tiedonsaannista jäi vaillinaiseksi.

Haastateltavat potilaat eivät olleet tietoisia HERKO-toimintamallista. Vain yksi haastateltava toi esille, että hän oli lukenut aiemmin HERKO -toimintamallista. Aineistosta nousi esille, että vaikka potilaan hoitopolun eri vaiheissa käsiteltiin HERKO-toimintamalliin kuuluvia asioita, itse HERKO-sanaa ei käytetty. Haastateltavat potilaat kuuluivat HERKO-toiminnasta ensimmäistä kertaa haastattelun yhteydessä. Tiedonsaannin valossa tärkeintä on sisältö, ei se, nimetäänkö prosessi. Toisaalta aineistosta nousi esille myös se, että prosessin selittäminen ja esiintuonti olisi auttanut hahmottamaan paremmin omaa hoitopolkua. Esimerkiksi Satakunnan keskussairaalassa HERKO-potilaiksi valitut potilaat saavat informaatiota HERKO-prosessista, ja halutessaan voivat valita perinteisen hoitopolun (Suonpää 2015, 16). Kansainvälisessä HERKO-implementointimallissa potilaat saavat esitteen, jossa on laajalti kuvattu potilaan koko hoitopolku prosessin erivaiheissa (Extended day surgery 2007, 54).

Vaikka potilaat eivät tienneet HERKO-prosessista, he olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä prosessin nopeuteen. Tyytyväisyys lyhentyneeseen sairaalassaoloi-kaan on noussut esille myös muissa tutkimuksissa (Savikko, Kössi & Scheinin 2016; Suonpää 2015, 49), ja tämä on ollut yksi HERKO-toimintamallin tarkoitus. HERKO-prosessi mahdollisti potilaiden nopean pääsyn toimenpiteeseen. Yön yli seuranta järjestyi myös. Aineistosta nousi esille, että potilaat olivat pääsääntöisesti valmistuneita ja tyytyväisiä aikaiseen kotiutukseen, kuten myös kotikuntoisia. Toisaalta esiin nousi myös se, että kotiutus oli liian aikaisin, eikä tästä oltu informoitu, ja toisaalta se, että potilaat kokivat olonsa niin hyväksi jo illalla, että olisivat voineet kotiutua. Oman näkemyksensä mukaan he olivat turhaan seurannassa. Ralli ja muut (2012, 22) toteavat, että yön yli seurannassa kannatta pitää potilaita, joiden kotimatka on hyvin pitkä. Tämä lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta ja potilastyytyväisyyttä. HERKO-prosessiin kuuluu osana,

että vaikka potilaan tila ei välttämättä vaatisi yön yli seurantaa, voi jäädä HERKO-potilaaksi, jos kotimatka on pitkä. Potilastyytyväisyyttä korostavat myös Falcone ja muut (2011, 192). Potilaat, jotka saavat yöpyä sairaalassa toimenpiteen jälkeen ovat tyytyväisempiä kuin toimenpidepäivänä kotiutuneet, vaikka kotitutumiseksi ei olisi ollut lääketieteellistä estettä.

HERKO-toiminta on tulevaisuuden toimintaa ja sen puitteissa voidaan tulevaisuudessa tehdä haastavia toimenpiteitä potilasturvallisuuden ja potilastyytyväisyyden kärsimättä. Oleellista on potilasvalinta (Suonpää 2015, 61). Potilasvalinnan tärkeyttä, keskittämistä ja postoperatiivista seurantaa korostavat myös Elliot, Patel, Kirresh, Ashrafian, Le Roux, Olbers, Athanasioi ja Zacharakis (2013, 85) sekä Verma ja muut (2011,425).

Informaation ajantasaisuudessa nousi esille ”tässä ja nyt” -tieto. HERKO-toimintamalliin kuuluu asioita, jotka potilaalla tulee olla tiedossa jo ennen toimenpidepäivää, mutta niistä tulee muistutella myös toimenpidepäivänä. Kruzikin (2009, 387) mukaan jo poliklinikkakäynnillä alkava potilasohjaus lisää potilastyytyväisyyttä ja potilaan positiivista kokemusta saamastaan hoidosta. HERKO-toimintamallissa potilasta informoidaan poliklinikalla toimenpiteestä, mutta myös HERKO-prosessiin kuuluvista erityispiirteistä HERKO-toimintamallissa potilas ei näe rutiinisti lääkäriä kotiutusaamuna, ja tämä on yksi selkeä ero perinteiseen hoitojaksoon (Musialowicz & Martikainen 2015, 121). Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamallissa on erikoisalakohtaisia eroja siinä, tapaako lääkäri potilaan vielä kotiutusaamuna vai ei. Jos ei tapaa, tämä tulee olla potilaalla tiedossa. Aineistosta nousi esille, että asia toteutui melko hyvin, mutta poikkeuksiakin oli. Jos lääkäri ei itse ole tuonut asiaa potilaalle esille, se tulee sanella epikriisiin tai tuoda esille hoitohenkilökunnalle.

HERKO-toimintamallissa kotiutuminen tapahtuu klo 10:een mennessä, ja potilaan tulisi olla selvillä tästä. Aineiston mukaan aamun kotiutuksesta oltiin tietoisia, mutta aamun aikaisuus tuli kuitenkin yllätyksenä.

Aineistosta nousi esille toimenpideajankohdasta informointi toimenpidepäivän. Vaikka potilaat ymmärsivät, että aivan tarkkaa aikaa ajankohdasta ei voida antaa, toivottiin väliaikatietoja. Odottaminen tuntuisi helpommalta, jos odotusaikana annettaisiin edes suuntaa toimenpideajankohdasta.

Toimenpiteiden yhteydessä otettiin koepaloja. Potilaat eivät olleet tästä tietoisia, ja epikriisissä ollut tieto aiheutti tarpeetonta huolta. Mahdollisista koepaloista tulisi keskustella jo poliklinikkakäynnillä.

Potilailla on sairaalassaolonsa aikana useita siirtymisiä ja eri asioita tapahtuu useassa eri paikassa. Tällöin on tärkeää, että joka paikassa informoidaan, mitä ja miksi kulloinkin tapahtuu. HERKO-toimintamalli ei ole potilaan kannalta yksinkertainen, koska hoitokontakteja on niin monia alkaen jo poliklinikkakäynnistä. Myös toimenpidepäivänä siirtymisiä voi olla viisi. Löytöä tukee myös aiempi tutkimus (Suonpää 2015, 50). Tämän opinnäytetyön aineistosta nousi esille, että informaation ajantasaisuus toimii pääsääntöisesti hyvin. Potilaat kokivat siirtymiset vaivattomiksi, ja aina uudessa paikassa kerrottiin, mitä siellä tapahtuu. Eniten selvyttä toivottiin HERKO-tilan päivän kulkuun.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin kuuluvat validiteetin ja reliabiliteetin käsitteet etenkin määrällisessä tutkimuksessa. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten toistettavuutta ja validiteetillä tutkimusmenetelmän kykyä kuvata juuritsitä, mitä on ollut tarkoituskin. Reliabiliteetti ja validiteetti käsitteinä pystytään kuvaamaan määrällisessä tutkimuksessa paremmin kuin laadullisessa. Laadullisessa tutkimuksessa ei edes ole pyrkimystä toistettavuuteen (reliabiliteetti), koska lähtökohtaisesti tutkitaan ihmisten ajatuksia ja kokemuksia, joista tutkija tekee valitulla analyysimenetelmällä tulkinnan. Objektiivisyyteen on turha pyrkiä, koska se ei ole laadullisessa tutkimuksessa tavoite eikä mahdollista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta lisää luotettavuutta arvi-

oiminen tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Tutkijan tulee kuvata ja perustella raportissaan sitä, miten ja millaisesta joukosta hän on valintojaan tehnyt ja miten on päätyntä mihinkin ratkaisuun. Tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen eri vaiheista lisää luotettavuutta. Erityisesti tulee kiinnittää huomioita aineiston analyysin kuvaamiseen: on tuotava ilmi luokittelun syntyminen alkujuuret ja luokittelun perusteet. (Vilka 2005, 159; Hirsjärvi 2005, 216-217.)

Kylmä ja Juvakka (2007, 127-129) ovat koostaneet laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit. Ne ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta, eli sitä, että tutkimustulokset vastaavat osallistujien kokemusta tutkimuskohteesta. Tässä opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan potilaiden kokemus tiedonsaannista kuten he sen ovat kokeneet. Opinnäytetyön tekijä on tehnyt niistä tulkintoja ja johtopäätöksiä, joista vastaa itse.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimusprosessin kirjaamista ja sitä, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Tämän kuten edellisenkin kriteerin kohdalla luotettavuutta lisää tutkimuspäiväkirjan pitäminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129) Tässä opinnäytetyössä tutkimusprosessi on kuvattu askel askeleelta prosessin kulun seuraamisen helpottamiseksi. Kirjoittaja itse on pitänyt aikataulua ja päiväkirjaa tutkimusprosessin etenemisestä.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan omien lähtökohtien vaikutusta tutkimukseen. Omat lähtökohdat on kirjattava ja tuotava julki. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.) Opinnäytetyön tekijä työskentelee yhteispäivystyksessä sairaanhoitajana, eikä hänellä ole sidonnaisuuksia leikkausyksikköön.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimusten tulosten siirrettävyyttä muihin tilanteisiin. Tässä kuvaillaan tarkasti tutkimuskohde ja ympäristö. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.) Ne onkin pyritty kuvaamaan tarkasti, mutta kuitenkin niin, että osallistujien anonymiteetti säilyy.

Luotettavuus nousi esille haastatteluissa, kun eräs asia toistui useasti. Jos haastateltavilla oli jotakin kritisoitavaa, he pyrkivät heti perään löytämään selityksen kritiikkiin. Heillä riitti ymmärrystä sille, miksi jokin asia ei toiminut niin kuin sen olisi toivonut toimivan. Johtuiko tämä siitä, että haastateltavat eivät tohtineet kritisoida liikaa, kun haastattelijä oli sairaanhoitaja? Potilailla oli tiedossa, että opinnäytetyöntekijä työskentelee eri yksikössä (liite 1).

7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Toimeksiantajana opinnäytetyössä oli Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK). Työhön tarvittiin tutkimuslupa. Tutkimuslupaa haettiin tutkimussuunnitelmalla ja erillisellä lupahakemuksella. Koska opinnäytetyön tutkimuskohteena olivat potilaat, tutkimusluvan myönsi johtajalääkäri. Opinnäytetyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan toimintaohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan lupaa ei tarvittu. (Ohje sosiaali- ja terveysalan tutkimus-/opinnäytetyölupien hakemista varten 2016.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) on laatinut hyvän tieteellisen käytännön toimintaohjeet. Neuvottelukunnan eettisten periaatteiden mukaan tutkimuksessa tulee ottaa huomioon yksityisyys ja tietosuoja, tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja vahingoittamisen välttäminen. Yksityisyyteen ja tietosuojaan liittyy tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus, sen säilyttäminen ja hävittäminen sekä tutkimusjulkaisu. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tutkittava ei ole tunnistettavissa tutkimuksessa eikä tutkimusaineisto ole kuin tutkijan käytössä, mikäli näin on sovittu. Tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen kuuluu tutkittavien informointi ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus. Vahingoittamisen välttämiseen kuuluu puolestaan kunnioittava käytös tutkittavaa kohtaan ja henkisten ja sosiaalisten haittojen välttäminen.

Tässä opinnäytetyössä haastateltiin potilaita heidän kokemuksistaan tiedonsaannista ja sen riittävydestä HERKO-toimintamallissa. HERKO-potilaiksi kirjatut potilaat saivat kotiutumisen yhteydessä saatekirjeen (liite 1) ja suostumuslomakkeen (liite 2A ja 2B). Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja aihe, aineistonkeräystapa ja tutkimusaineiston käsittely, sekä korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta ja että osallistumisen voi perua milloin tahansa. Saatekirjettä jaettiin kahden viikon ajan sovittuna aikana. Halutessaan osallistua haastatteluun, he allekirjoittivat suostumuslomakkeen, jossa ilmoittivat myös yhteystietonsa yhteydenottoa varten. Ajanjakson jälkeen suostumuksen allekirjoittaneisiin potilaisiin otettiin yhteyttä. Sekä saatekirjeessä että yhteydenotossa korostettiin tutkittavien anonymiteettiä ja tunnistamattomuutta. Anonymiteetistä informoitiin vielä niin, että haastateltavia ei voi kukaan tunnistaa tekstistä, mutta he saattavat itse tunnistaa sanomansa eli tunnistaa itsensä suorista lainauksista.

7.4 Johtopäätökset, kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tiedonsaanti on riittävää leikkauspotilaan ohjauksessa. Potilaat saavat tulevasta toimenpiteestään ja siihen valmistautumisesta riittävästi tietoa. Vuorovaikutus henkilökunnan kanssa on kiitettävää, ja henkilökunta on huomioivaa ja ystävällistä. Potilaat eivät ole tietoisia HERKO-toimintamallista, ja heille tulisi tiedottaa siitä enemmän. Toimintamallissa on yksityiskohtia, joihin liittyy epäselvyyttä, esimerkiksi aamun aikainen kotiutuminen ja lääkärin tapaaminen.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella tehdään seuraavia kehittämisehdotuksia Pohjois-Karjalan keskussairaalan HERKO-toimintamalliin:

1. Yleinen informaatio HERKO-toimintamallista esimerkiksi preoperatiivisen haastattelun yhteydessä.
2. PÄIKI-yksikön heräämään jokaiselle potilaspaikalle yleisinformaatio HERKO-toimintamallista ja suuntaa antava aikataulu.

3. Kotiutusajankohdan korostaminen.
4. Lääkärin informoitava potilasta, jos ei ole tulossa katsomaan potilasta kotiutusaamuna. Jos ei mahdollisuutta informoida potilasta, tiedonanto hoitohenkilökunnalle tai epikriisiin.
5. Postoperatiivisen soiton harkinta, mikäli potilaalla ei ole kontrollikäyntiä.
6. Yksilöllisyyden huomiointi etenkin kotiutustilanteessa.

Lyhythoitoinen kirurgia lisääntyy koko ajan, ja HERKO-toiminta on tullut jäädäkseen. Tutkimusta toiminnan vaikutuksista tarvitaan lisää. Potilaan koke-
mista HERKO-toiminnasta ei ole tutkittu paljoa, joten tietoa siitä tarvitaan li-
sää. Aihealueesta tulisi myös tutkia omaisten ja läheisten kokemuksia HERKO-
toiminnasta, etenkin jos toimenpiteen kohteena oleva henkilö on muistamaton
ja autettava.

LÄHTEET

Aalto, M. 2016. Jorviin uusia leikkaussaleja – potilaat kotiin 23 tunnissa. Helsingin sanomien digiversio 30.10.2016. Viitattu 30.10.2016.

<http://www.hs.fi/kaupunki/art-2000002927918.html>

Brenner, P. & Kautz, D. 2015. Postoperative Care of Patients Undergoing Same Day Laparoscopic Cholecystectomy 3.0. Continuing Education 102, 1, 15-32. Viitattu 18.2.2016. [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(15\)00425-1/abstract](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(15)00425-1/abstract)

Elliot, J.A., Patel, VM., Kirresh, A., Ashrafian, H., Le Roux, CW., Olbers, T., Athanasiou, T. & Zacharakis, E. 2013. Fast track laparoscopic bariatric surgery: a systematic review. Updates Surg. 65, 2, 85-94. Viitattu 9.11.2016.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.jamk.fi:2443/pubmed/?term=10.1007%2Fs13304-012-0195-7>

Eklund, N. 2016. Kokemuksia tiedonsaannin riittävydestä omahoidon tueksi- Uniapneaa sairastavien potilaiden näkökulma: kvantitatiivinen tutkimus terveyden edistämisen näkökulmasta. YAMK-opinnäytetyö. Arcada ammattikorkeakoulu. UP förhållsofrämjande, högre YH. Viitattu 12.12.2016.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016053010771>

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietila, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Hoitotiede. 4.-6. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Eskola, J. 2015. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Toim. Valli, R. & Aaltola, J. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 185-206.

Extended day surgery. Guidelines for the implementation and evaluation of 23-h service models in Victoria. 2007. Victoria: Victoria Government Department of Human Services. Tulostettu kopio 1.9.2016.

Falcone, A., Bose, R., Stoler, R., Kim, M., Laible, E., Kang, L., Waters, K., Dunkerley, J. & Choi, J. 2011. The ambulatory closure device percutaneous intervention (ABCD-PCI) study: a single center experience. Baylor University Medical center proceedings 24, 3, 192-194. Viitattu 10.11.2016

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=40&sid=6afb2d00-aac9-4316-9958-3e01b4c185b2%40sessionmgr4006&hid=4109&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104664096&db=c8h>

Haaranen, A. 2016. Kurssipalaute Itä-Suomen yliopiston kurssista Laadullisten tutkimusmenetelmien perusteet. Kurssipalaute sähköisessä oppimisympäristössä Moodle Aducate 26.5.2016.

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa: tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteiden laitos. Tampereen yliopisto: Tampere. Viitattu 13.12.2016.

<http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8760-6>

Hirsjärvi, S. 2005. Tutkimuksen reliabelius ja validius. Teoksessa Tutki ja kirjoita. Toim. Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 11.uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 216-218.

Hirsjärvi S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Ingadottir, B., Johansson Stark, Å., Leino-Kilpi, H., Sigurdardottir, A., Valkeapää, K. & Unosson, M. 2014. The fulfilment of knowledge expectations during the perioperative period of patients undergoing knee arthroplasty – a Nordic perspective. The Journal Of Clinical Nursing 23, 19/20, 2896-2908. Viitattu 12.12.2016

http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=61b719c8-af5a-4b97-a82f-4f5ab3489562%40session_mgr4009&vid=1&hid=4112

Kangas-Saarela, T. 2005. Kenelle päiväkirurgia sopii? Finnanest 38, 5, 457-458. Viitattu 17.2.2016. http://www.finnanest.fi/files/oper_kangassaarela.pdf

Kauppinen, A. & Räsänen, L. 2010. Leikkaukseen kotoa. LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskysely Keski-Suomen keskussairaalassa. AMK opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. 2008. Leikkaukseen kotoa -malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä. Lääkärilehti 63, 45, 3887-3892. Viitattu 31.8.2016. <http://www.laakari-lehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/leikkaukseen-kotoa-malli-soveltui-valtaosalle-leikkauspotilaista-hyvinkaalla/#reference-3>

Kiviniemi, K. 2015. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Toim. Valli, R. & Aaltola, J. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 74-88.

Korhonen, J. 2015. Päiväkirurgian osastonhoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Keskustelu 4.11.2015.

Korhonen, J. 2016a. Päiväkirurgian osastonhoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Keskustelu 20.5.2016.

Korhonen J. 2016b. Päiväkirurgian osastonhoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Keskustelu 19.10.2016.

Kruzik, N. 2009. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. AORN Journal 90, 3, 381-387. Viitattu 12.12.2016.
<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a300827c-85fd-496d-bb42-aff069673eee%40session-mgr4007&vid=1&hid=4112>

Kylliäinen, K. 2012. Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen kyselytutkimus 2008 ja 2010. Pro gradu -työ. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Viitattu 5.12.2016.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121145/urn_nbn_fi_uef-20121145.pdf

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

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex, ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 7.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785#Pidp3306224>

Laakso, O. & Tohmo, H. 2009. Uudistuvaa anestesiatyötä HUS Hyvinkää sairaalassa. Finnanest 42, 1, 60-64. Viitattu 17.2.2016. http://www.finnanest.fi/files/laakso_hyvinkaa.pdf

Leikkaus- ja anestesiayksikkö. N.d. Viitattu 24.8.2016.
http://www.epshp.fi/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/leikkaus-ja_anestesiayksikko

LEIKO 24 -yksikkö 2016. Päivitetty 15.8. 2016. Viitattu 24.8.2015.
<http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat-ja-poliklinikat/hatanpaan-sairaala/leikkaustoiminta/leiko24.html>

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1646. Tampere University Press: Tampere.

Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Duodecim 128, 1423-4. Viitattu 31.8.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/xmedia/duo/duo10383.pdf>

Matveinen, M. 2016. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän opetus- ja tutkimuskoordinaattori. Sähköpostiviesti 8.6.2016.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia – sarja 4. 3.uud.p. Helsinki: International Methelp Ky.

Musialowicz, T. & Martikainen, T. 2015. Leikkauspotilaan hoitopolku uudistuu KYS:in Kaarisairaалassa. *Finnanest* 48, 2, 116-123. Viitattu 16.2.2016. http://www.finnanest.fi/files/musialowicz_martikainen_leikkauspotilaan_hoitopolku.pdf

Niskanen, M. 2014. Johtamisella vaikutetaan lopputulokseen. *Finnanest* 47, 5, 428-432. Viitattu 16.2.2016. http://www.finnanest.fi/files/niskanen_johtamisella_vaikutetaan_hoitotulokseen.pdf

Norlyk, A & Harder, I. 2011. Recovering at Home participating in a Fast-Track Colon Cancer Surgery Programme. *Nursing Inquiry* 18, 2, 165-173. Viitattu 15.2.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2011.00519.x/abstract;jsessionid=785DFAE52A5681DB362BED26DCA98A42.f04t03>

Norlyk, A. & Martinsen, B. 2012. The Extended arm of Health Professionals? Relatives` experiences os Patient`s recovery in a Fast-Track Programme. *The Journal of Advanced Nursing* 69, 8, 1737-1746. Viitattu 18.2.2016. <https://janet.finna.fi/PrimoRecord/pci.crossref10.1111%2Fjan.12034>

Ohje sosiaali- ja terveystalun tutkimus-/opinnäytetyöluvan hakemista varten. 2016. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 16.2.2016. <http://www.pkssk.fi/en/opinnaytetyot-ja-tutkimusluvut?inheritRedirect=true>

Palander, T. 2015. Heräämöstä kotiin (HERKO). Toimintamallin kuvaus. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.

Paquette, J., Le May, S., Lachance Fiola, J., Villeneuve, E., Lapointe, A. & Bourgault, P. 2013. A randomized clinical trial of a nurse telephone follow up on paediatric tonsillectomy pain management and complications. *The Journal of Advanced Nursing* 69, 9, 2054-2065. Viitattu 12.12.2016. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.iamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=47a26830-8609-4ec7-b83d-272adc589781%40sessionmgr4007&vid=1&hid=4112>

Pekkarinen, T. 2007. Toimiiko potilasohjaus? *Lääkärilehti* 11, 62, 1103. Viitattu 1.11.2016. <http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/toimiiko-potilasohjaus/>

Policy Directive: Extended Day Only admission Policy 2011. NSW Government, Health Policy Statement. Viitattu 15.8.2016. <http://www.health.nsw.gov.au/policies/>

Polkko, S. 2016. Odottavien äitien kokemukset sikiöseulonnoista ja niihin liittyvästä tiedonsaannista. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen koulutus. Viitattu 12.12.2016.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201604214797>

Preoperatiivinen poliklinikka 2015. 13.10.2015. Viitattu 26.8.2016.

<https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/yksikot/poliklinikat-ja-vastaanotot/preoperatiivinen-poliklinikka/23-h-potilas/>

Rainio, J. & Rätty, T. 2015. Somaattinen erikoissairaanhoidon raportti 1/2015. Helsinki: THL. Viitattu 17.2.2016.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01_15_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence=4

Ralli, G., Mora, R. Nola, G. & Guastini, L. 2012. Day case stapedotomy; is it a viable option? Acta Oto-Laryngologica 132, 1, 21-26. Viitattu 9.11.2016.

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/detail/detail?vid=45&sid=6afb2d00-aac9-4316-9958-3e01b4c185b2%40sessionmgr4006&hid=4109&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104144428&db=c8h>

Rantanen, S-M. 2015. Leikkaukseen kotoa -toiminnan (LEIKO) kuvaus hoitotyön näkökulmasta. YAMK opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu, Kliinisen asiantuntijan koulutus.

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee-koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Studies in Sports Physical Education and Health 93. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä.

Ruohoaho, U-M. 2016. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa -LYHKI, HERKO, SERKO? Duodecim 132, 1098-1099. Viitattu 31.8.2016.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/xmedia/duo/duo13196.pdf>

Ryhänen, A-M. 2012. Internet-based breast cancer patient's pathway as an empowering patient educational tool. Väitöskirja. Turun yliopisto. Department of Nursing Science. Turun yliopisto: Turku. Viitattu 11.11.2016

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5219-9>

Savikko, J., Kössi, J. & Scheinin, T. 2016. Optimoidun toipumisen ohjelmat vatsaelinkirurgiassa. Duodecim 132, 19, 1805-1809. Viitattu 10.11.2016.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/xmedia/duo/duo13324.pdf>

Savolainen, T. 2013. Syöpäpotilaiden tiedonsaanti ja terveyspalveluiden käyttö. Pro gradu -työ. Itä-Suomen yliopisto. Lääketieteen koulutusohjelma.

Sjöholm, M. 2016. Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-huhtikuu 2016. Yhteenvetoa kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta. ESH16 1-4. Kuntaliitto

21.6.2016. Viitattu 31.8.2016. <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/katsaukset/Documents/Sairaaloiden%20ja%20sairaanhoitopiirien%20tammi-huhtikuu%202016.pdf>

Suonpää, J. 2015. Heräämöstä kotiin –toiminnan käynnistämisen tuoma muutos ja toiminnan kehittäminen sairaanhoitajien kokemana. YAMK opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutus.

Tiikkanen, P. 2016. Työelämän tutkiva kehittäminen -luentosarja, lentomuis-tiinpanot 16.3.2016.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Viitattu 15.2.2016. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Verma, R., Alladi, R. Jackson, I., Johnston, I., Kumar, C., Page, R., Smith, I., Stocker, M., Tickner, C., Williams, S. & Young, R. 2011. Day Case and Short Stay Surgery 2. Anaesthesia 66, 5, 417-434. Viitattu 1.9.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2044.2011.06651.x/full>

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Virtanen, P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedon-saanti päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopisto.

LIITE 1



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO-
JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

6.4.2016

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ HERKO –ASIAKKAALLE

Heräämöstä kotiin –toimintamalli. Potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävydestä.

Hyvä vastaanottaja!

Työskentelen sairaanhoitajana Pohjois-Karjalan keskussairaalan yhteispäivystyksessä ja suoritan kliinisen asiantuntijan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Opintoihini kuuluu opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on kuvata potilaan kokemusta tiedonsaannista ja sen riittävydestä Heräämöstä kotiin (HERKO) –toimintamallissa. Saadulla tiedolla pyritään kehittämään HERKO –toimintamallia entistä potilaslähtöisemmäksi. Opinnäytetyön toimeksiantaja on Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK).

Pyydän teitä, arvoisa vastaanottaja, osallistumaan opinnäytetyöni haastatteluun. Kotiutuessanne teiltä kysytään suostumus osallistumisesta haastatteluun ja voitte jättää yhteystietonne haastattelun ajankohdan sopimiseksi. Haastattelu suoritetaan yksilöhaastatteluna, se kestää noin tunnin ja se toteutetaan teille sopivana ajankohtana teille sopivassa paikassa. Haastattelu nauhoitetaan. Haastattelumateriaali on vain allekirjoittaneen käytössä ja aineisto hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Valmis raportti on luettavissa Theseus -tietokannassa ja saatavissa PKSSK:n päiväkirurgisesta yksiköstä. Halutessanne voitte saada valmiin raportin postitse. Teitä ei voi tunnistaa valmiista raportista. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisen syytä ilmoittamatta missä vaiheessa tahansa.

Opinnäytetyöllä on PKSSK:n tutkimuslupa. PKSSK:n yhteyshenkilöinä toimivat osastonhoitaja Jaana Korhonen ja ylihoitaja Merja Piironen. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Pirjo Tiikkainen ja Marjo Palovaara Jyväskylän ammattikorkeakoulusta.

Olen teihin yhteydessä haastatteluajankohdan sopimiseksi. Annan mielelläni lisätietoja.

Ystävällisin terveisin, Minna Punkari, sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija
Jyväskylän ammattikorkeakoulu, minna.punkari@student.jamk.fi

LIITE 2A**OSALLISTUJAN KAPPALE, JÄÄ OSALLISTUJALLE****SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖN HAASTATTELUUN**

Heräämöstä kotiin –toimintamalli. Potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävydestä.

Olen saanut kirjallista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoitus on kuvata Pohjois-Karjalan keskussairaalan päiväkirurgisen yksikön Heräämöstä kotiin -toimintamallia sekä tiedonsaantia ja sen riittävyttä potilaan näkökulmasta. Minulla on mahdollisuus ottaa yhteyttä opinnäytetyöntekijään lisäkysymyksiä varten.

Ymmärrän, että osallistuminen opinnäytetyön haastatteluun on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta. Tiedän, että tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Haastateltavan yhteystiedot yhteydenottoa varten (puhelinnumero, sähköposti tai osoite)

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus ja nimen selvennys

LIITE 2B

OPINNÄYTETYÖNTEKIJÄN KAPPALE, LAITETAAN KIRJEKUOREEN JA PALAUTE-
TAAAN OPINNÄYTETYÖNTEKIJÄLLE

SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖN HAASTATTELUUN

Heräämöstä kotiin –toimintamalli. Potilaan kokemus tiedonsaannista ja sen riittävydestä.

Olen saanut kirjallista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoitus on kuvata Pohjois-Karjalan keskussairaalan päiväkirurgisen yksikön Heräämöstä kotiin -toimintamallia sekä tiedonsaantia ja sen riittävyttä potilaan näkökulmasta. Minulla on mahdollisuus ottaa yhteyttä opinnäytetyöntekijään lisäkysymyksiä varten.

Ymmärrän, että osallistuminen opinnäytetyön haastatteluun on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä missä vaiheessa tahansa syytä ilmoittamatta. Tiedän, että tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Haastateltavan yhteystiedot yhteydenottoa varten (puhelinnumero, sähköposti tai osoite)

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus ja nimen selvennys

LIITE 3**TEEMAHAASTATTELUN RUNKO**

1. Taustatiedot (ikä, sukupuoli, toimenpide, kuinka kauan meni aikaa lähetteestä leikkaukseen)
2. Kuvailkaa kirurgian poliklinikkakäyntiänne eli käyntiä poliklinikalla ennen leikkausta (mitä asioita käsiteltiin ja miten, millaista tietoa saitte toimenpiteestä, siihen valmistautumisesta ja kotiutuksesta)
3. Kuvailkaa leikkausta edeltävää ohjausta (oliko tätä, oliko se käynti vai puhelinsoitto, millaista tietoa siinä annettiin, miten kotiutumisasiaa käsiteltiin)
4. Kuvailkaa toimenpidepäivää (toiminnan sujuvuus, toimenpiteestä informointi ja ohjaus, toimenpiteen jälkeinen seuranta heräämössä, kotiuttamisasioiden läpikäynti, hoitohenkilökunnan ja lääkärin toiminta)
5. Kuvailkaa kotiutumispäivää (kotihoito-ohjeet, komplikaatioiden varalta ohjeistus eli mikä normaalia ja milloin näyttille, kontrollikäynti)
6. Mitä muuta haluaisitte kertoa HERKO -kokemuksestanne? Sana on vapaa!

LIITE 4

TIEDOTE 18.5.2016

Hyvä sairaanhoitaja!

Työskentelen sairaanhoitajana Yhteispäivystyksessä ja suoritan Jyväskylän ammattikorkeakoulussa kliinisen asiantuntijan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opintoihini kuuluu osana opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on kuvata potilaan kokemusta tiedonsaannista ja sen riittävydestä Heräämöstä kotiin (HERKO) –toimintamallissa. Saadulla tiedolla pyritään kehittämään HERKO –toimintamallia entistä potilaslähtöisemmäksi. Aihe on PKSSK:n toimeksianto ja sillä on PKSSK:n tutkimuslupa.

Opinnäytetyön aineisto saadaan haastattelemalla suunniteltuja HERKO-potilaita. Informointi tutkimuksesta tapahtuu ajalla 30.5.-9.6.2016, ja tähän tarvitsen Sinun apuasi. HERKO-potilaita hoitavat sairaanhoitajat antavat potilaille tiedotteen tutkimuksesta ja kaksi suostumuskaavaketta, jotka potilaat halutessaan osallistua haastatteluun täyttävät. Toinen suostumuskaavake jää potilaalle (on tiedotteen takapuolella) ja toinen toimitetaan osastonhoitajalle.

Käytännön toiminnan ohjeet:

1. HERKO-potilaalle annetaan *aamuhaastattelun yhteydessä* tiedote suostumuskaavakkeeseen, ja kerrotaan lyhyesti tutkimuksesta. Potilaan ei tässä vaiheessa tarvitse suostua mihinkään, vaan hän saa pohtia halukkuuttaan osallistua haastatteluun. **HUOM!** Mikäli potilas on hyvin muistamattoman oloinen (eli ei tiedä mihin allekirjoituksellaan sitoutuisi), tiedotetta ei anneta.
2. Toimenpidepäivän iltana potilasta voi muistutella tutkimuksesta.
3. Ennen kotiutusta potilaalta kysytään, onko tämä ehtinyt pohtia halukkuuttaan osallistua haastatteluun. Jos potilas ei halua osallistua, asia jätetään siihen. Mikäli potilas haluaa osallistua, allekirjoitetaan suostumuskaavakkeet. Potilaan kappale on tiedotteen takapuolella ja paperi jää potilaalle. Opinnäytetyöntekijän kappale laitetaan kirjukuoreen ja toimitetaan osastonhoitajalle.
4. Tiedotteita jaetaan ajalla 30.5.-9.6.2016. Mikäli tuona aikana palautettuja suostumuksia tulee enemmän kuin 12, tiedotteiden jakaminen keskeytetään.

Jos sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstä tai edellä mainitusta käytännön toiminnasta, vastaan mielelläni kysymyksiin.

Terveisin,

Minna Punkari
minna.punkari@pkssk.fi

