

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2020

Paula Kalpio

PERIOPERATIIVISEN HOIDON LAATU POTILAAN KOKEMANA

– Kokemustiedon käyttö osaston kehittämistyössä



Paula Kalpio

PERIOPERATIIVISEN HOIDON LAATU POTILAAN KOKEMANA

- Kokemustiedon käyttö osaston kehittämistyössä

Kansainvälisiltä terveysorganisaatioilta, hallituksilta ja terveyspalveluiden järjestäjiltä tuleva paine ottaa potilaat mukaan laadunkehittämistyöhön, luo haasteita kehitystyötä tekeville. Jotta potilaiden tarkoituksenmukainen osallistaminen olisi mahdollista, on tietoa pystyttävä keräämään ja mittaamaan järkevästi. Kehittämistyöhön validoituja työkaluja, strategioita sekä menetelmiä potilaiden osallistamiseen on kuitenkin vasta rajallisesti.

Potilaskokemustiedon käyttö kehittämistyössä on nähty vaikuttavan hoidon laatuun ja näin ollen osallistavan potilaat kehittämistyöhön vaikuttavasti. WHO kannustaa potilaskokemuksen hyödyntämiseen, jotta tietoa terveydenhuollon palveluiden saatavuudesta ja laadusta olisi käytettävissä niiden seurantaan, vertailuun ja arviointiin

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, miten toteutunut hoito näyttäytyy asiakkaan näkökulmasta ja tavoitteena hyödyntää tuloksia laadunkehittämistyössä. Tutkimuksellisen osion tarkoituksena oli kartoittaa potilaskokemustietoa strukturoidun, valmiin Hyvä Perioperatiivinen Hoito- mittarin (Liite 1.) avulla, jonka tulosten pohjalta hoitotyön laadun nykytila arvioitiin. Kyselyyn saatiin 154 vastausta, minkä pohjalta tulokset analysoitiin.

Potilaan kokemus hoidosta oli kokonaisuudessaan hyvä, mutta selkeitä kehittämiskohteita löytyi. Henkilökunnan ominaisuudet arvioitiin kokemuksen kannalta parhaaksi osatekijäksi ja sitä seurasi kunnioitus sekä ilmapiiri. Fyysisen hoidon alueelta parannettavaa löytyi kivunhoidosta sekä lämpötalouden hoidosta. Suurimmaksi kehitystä vaativaksi osa-alueeksi tutkimuksessa nousi omatoimisuuden tukeminen. Potilaat kokivat etteivät pystyneet vaikuttamaan hoitoonsa sekä rohkaisu, henkinen tuki ja jännityksen lievitys eivät vastanneet potilaiden tarpeita. Hoito ei näyttäytynyt myöskään tasalaatuisena, vaan kokemukseen vaikuttivat hoidon ajankohta, toimenpiteen ennakoitavuus, anestesia-aineet sekä potilaan ikä.

Tulosten valossa osastolle tehtiin hoidon nykytilan kartoitus, mikä toimii pohjana tulevan laadunkehittämistyön suunnittelulle. Suunnittelua jatketaan osastolla, missä yhdessä henkilökunnan kanssa mietitään menetelmiä kehitettävien osa-alueiden parantamiseksi.

ASIASANAT: Hoidon laatu, Potilaan kokemus, Perioperatiivinen hoito, Laadun kehittäminen

Paula Kalpio

PATIENTS EXPERIENCE FROM THE QUALITY OF PERIOPERATIVE CARE

- Using the patient experience in the quality improvement work

The pressure from the international health organisations, governments and health service producers to involve patients in quality improvement (QI), makes challenges for quality improvement workers. To involve the patient effectively we should be able to collect and measure the knowledge properly and the tools, strategies and methods to do that are still limited.

Usage of patient experience in the field of QI has been seen to improve the quality of care and to involve patients in QI effectively. WHO is encouraging to utilize patient experience, so that we can have knowledge of health care services availability and quality so they can be evaluated, compared and monitored.

Purpose of this development projects was to provide knowledge about patients perceptions of the quality of perioperative care, and the possibilities to utilize received results in our QI work. Research part of this project we charted patient experience with Good Perioperative Care-tool (Appendices 1.) and based on the results we mapped the state of the quality of care in our department. research included 154 forms and the analysis was made based on those answers.

The general patient experience was good, but there was clear development areas to be found. The staff was rated the best part of the experience and not near behind comes the environment and the processes. From the physical care most QI needed areas were pain management and the chillness of the patients. Areas that needed the most QI in the whole study was encouragement and mental support of patient, alleviation of fear and anxiety and opportunity to influence to given care. Care itself didn't show very uniform, and factors like timing and predictability of the operation, form of anesthesia and the age of the patient influenced the patient experience of care.

Based on this results, the chart of quality of perioperative care was made on our department. That chart will be used as basis for future quality improvement work, that will be continued in the department with the whole staff after this study.

KEYWORDS:

Quality of care, Patient experience, Perioperative care, Quality Improvement (QI)

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Tausta ja tarve	9
2.2 Tarkoitus ja tavoitteet	10
3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	11
3.1 Terveydenhuollon laatu	11
3.2 Terveydenhuollon laadun mittaaminen	13
3.2.1 Kansalliset laatujärjestelmät ja -indikaattorit	14
3.2.2 Potilastiedon mittaaminen	15
3.3 Hoitotyön laadun kehittäminen	20
3.3.1 Asiakaslähtöisyys laadunkehittämisessä	23
3.3.2 Perioperatiivisen hoidon laadun kehittäminen potilaskeskeisesti tehokkuuden ja turvallisuuden näkökulmasta	27
3.3.3 Perioperatiivisen hoidon laadun kehittäminen potilaskeskeisesti kokemuksen näkökulmasta	32
4 TUTKIMUKSELLINEN OSIO	41
4.1 Tutkimuskysymykset sekä kirjallisuushakujen toteutus	41
4.2 Hakutulosten karsinta	42
4.3 Tutkimusmenetelmät ja aineisto	43
4.4 Kvantitatiivinen analyysi	45
4.5 Sisällönanalyysin metodologia	45
5 TULOKSET	47
5.1 Kvantitatiivisen aineiston tulokset	47
5.1.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	47
5.1.2 Toimenpiteen ennakkotiedot	47
5.1.3 Kokemukseen vaikuttavat kysymykset	48
5.1.4 Fyysiset ja psyykkiset tuntemukset sekä informaation saaminen ennen ja leikkausosastohoidon aikana	50
5.1.5 Osa-alueet ja niiden tulokset	53
5.1.6 Henkilökunnan ominaisuudet	54

5.1.7 Kunnioitus	55
5.1.8 Ilmapiiri	56
5.1.9 Fyysinen hoito	57
5.1.10 Hoidon eteneminen	60
5.1.11 Informaatio	61
5.1.12 Omatoimisuuden tukeminen	62
5.1.13 Yksittäisten väittämien keskiarvot	63
5.2 Laadullisen aineiston analyysi	64
5.2.1 Anestesiaan liittyvät ongelmat	65
5.2.2 Toimenpiteeseen liittyvät ongelmat	65
5.2.3 Tarve lisätiedolle leikkausosastolla	65
5.2.4 Parasta leikkausosastohoidon aikana	66
5.2.5 Huonointa leikkausosastohoidon aikana	68
5.2.6 Terveiset ja kehitysideat henkilökunnalle	70
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	71
6.1 Johtopäätökset	71
6.2 Johtopäätösten yhteenveto ja tulevaisuuden tutkimusehdotukset	77
7 ARVIOINTI	78
7.1 Tutkimuksen validiteetti	78
7.2 Tutkimuksen reliabiliteetti	79
8 EETTISYYS	81
9 TUOTETUN TIEDON HYÖDYNTÄMINEN KEHITTÄMISTYÖSSÄ	83
9.1 Potilaan osallisuus hoidon kehittämistyössä	83
9.2 Hoidon laadun kehittäminen potilaskokemustiedon kautta	86
9.2.1 Osaamiskartoitus potilaskokemuskyselyn pohjalta	86
9.2.2 Kehittämissuunnitelma	88
9.2.3 Osaamisen hankkiminen, kehittäminen ja hyödyntäminen	89
9.2.4 Vaikuttavuuden arviointi	90
10 PROJEKTIN ARVIOINTI	92
11 POHDINTA	96
LÄHTEET	98

LIITTEET

- Liite 1. Hyvä Perioperatiivinen Hoito- mittari
Liite 2. Potilaan saatekirje

KUVIOT

Kuvio 1. Hakutulosten karsinta	43
Kuvio 2. Kokemukseen vaikuttavat tekijät potilaiden arvioimassa järjestyksessä.	71
Kuvio 3. Hoidon laadun nykytila	87
Kuvio 4. Osaston ja potilashoidon kehittämisalueet kokemustiedon valossa	89
Kuvio 5. Projektin eteneminen	93

TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	47
Taulukko 2. Toimenpiteen ennakkotiedot	48
Taulukko 3. Muistikuvat leikkausosastolla	49
Taulukko 4. Ennen toimenpidettä tapahtuva mahdollinen tapaaminen leikkaavan lääkärin, anestesia­lääkärin sekä leikkausosaston hoitajan kanssa.	49
Taulukko 5. Mahdollisuus musiikin kuunteluun sekä halu siihen.	50
Taulukko 6. Kokemus voinnista juuri ennen siirtymistä leikkausosastolle	51
Taulukko 7. Kokemus voinnista leikkausosastolla	53
Taulukko 8. Osa-alueiden keskiarvot ja lasketut Chronbach α (alfa)	53
Taulukko 9. Henkilökunnan ominaisuudet: ystävällisyys, yhteistyö keskenään, huumorintaju, kohtelias käytös sekä keskinäisen keskustelun häiritsemättömyys.	54
Taulukko 10. Kunnioitus: kunnioittava hoito ja kiusaantumisen tunteen mahdollinen välttäminen sekä hoidon liukuhihnamaisuuden tunne.	55
Taulukko 11. Ilmapiiiri: vastaanotto, hoitajan aika potilaalle, osaston ja heräämön rauhallisuus, leppoisa ja rentouttava ilmapiiiri sekä turvallisuuden tunne siellä.	57
Taulukko 12. Fyysinen hoito: Kipu	58
Taulukko 13. Fyysinen hoito: Lämpö­talouden hoito toimenpiteessä ja heräämössä	59
Taulukko 14. Ammattitaito: kokemus toimenpiteen ja anestesian hyvästä suorituksesta sekä henkilökunnan ammattitaito ja toiminnan tarkkuus ja huolellisuus	60
Taulukko 15. Hoidon eteneminen: toimenpiteeseen pääsyn odottaminen sekä vuodeosastolle siirron oikea-aikaisuus potilaan kokemana	61
Taulukko 16. Informaatio: kokemus tiedon saamisesta perioperatiivisen hoidon aikana sekä sen ymmärrettävyys	62
Taulukko 17. Informaatio: eri ammattiryhmien antama informaatio	62
Taulukko 18. Omatoinisuuden tukeminen: potilaan vaikutusmahdollisuudet, rohkaisu ja henkinen tuki sekä jännitys ja sen hoito.	63
Taulukko 19. Väitteet ja niiden keskiarvot suurimmasta pienimpään	64
Taulukko 20. Parasta leikkausosastohoidon aikana	68
Taulukko 21. Huonointa leikkausosastohoidon ajalta	69

1 JOHDANTO

Viime vuosina suuret organisaatiot kuten World Health Organisation (WHO), the World Bank, the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), the National Academies of Sciences in the United States of America sekä Lancet Global Health ovat ottaneet kantaa hoidon laadun puolesta sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Suurimpana tavoitteena WHO näkee valtakunnalliset suuntaviivat laadun parantamiselle sekä mittarit kehittymisen turvaamiseksi. Tämä tarvitsee selkeitä käytänteitä millä laadunkehittämistyötä tehdään kokonaisvaltaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Syed ym. 2018.)

Uudet muutokset kuten valinnanvapauden lisääntyminen, palvelusetelit ja henkilökohtainen budjetointi lisäävät asiakkaiden tarvetta vertailevalle tiedolle palveluista, mutta myös mahdollisuutta sen laadun kehittämiseen. Nämä kehityssuunnat kuitenkin haastavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan käytännöt ja perinteiset rakenteet. (Kaseva 2011.) Ongelmaksi muodostuu potilaiden osallistaminen, koska menetelmiä ja validoituja mittareita ollaan vasta kehittämässä. (Siriwardena & Gillam 2014 ; McGovan & Reid 2018; Hall ym. 2018.)

Jotta hoidon laadusta saadaan kokonaisvaltaisempi kuva, on potilaan kokemus otettava tärkeämmäksi osaksi laadunkehittämistyötä. Potilaita päästään näin osallistamaan kyselyiden tai haastatteluiden kautta, tai tietoa voidaan kerätä valituksista tai kolmannen sektorin palautteista. (Siriwardena & Gillam 2014.) Nykypäivänä kirjallisuus osoittaa kuinka potilas on otettava yhdeksi vaikuttajaksi arvioitaessa terveydenhuollon laatua sekä myös kehittämään sitä yhdessä palvelujen tuottajien kanssa. (Siriwardena & Gillam 2014).

Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) TOTTEK- toimialueen T-leikkausosastolla on hoidon laatua kehitetty mitattavin keinoin lähinnä tehokkuuden, turvallisuuden ja osaamisen osa-alueilla. Tarve potilaskokemustiedolle tulee niin käytännöstä kuin piirin strategiastakin osallistaa potilaita enemmän laadunkehitystyöhön. Tarjoutunut mahdollisuus juuri tämän tiedon tuottamiseen tehdyn mittarin käytöstä, varmisti tarvelähtöisen projektin käynnistymisen.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, miten toteutunut perioperatiivinen hoito näyttäytyy potilaan näkökulmasta. Tavoitteena on tuotetun kokemustiedon

perusteella laatia laadun kehittämisen lähtökohdaksi organisaation nykytilan kuvaus sen hoidon laadusta. Hyvä perioperatiivinen hoito- mittari (Leinonen & Leino-Kilpi 2008) antoi meille mahdollisuuden tehdä ns. osaamisenkartoituksen potilaan näkökulmasta, mistä saatava kokemustieto saadaan laadunkehittämistyön pohjaksi. Perioperatiivisen hoidon laadun arviointia potilaan näkökulmasta ei oltu tähän mennessä tehty osastollamme. Arviointi koetaan tärkeäksi koska, sillä saavutetaan selkeämpi tietoisuus siitä missä tilanteessa ollaan ja osaamisen kehittämisestä saadaan näin suunnitelmallisempaa ja tuloksellisempaa. (Viitala 2008, 15-17).

2 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Tausta ja tarve

Kehittämistyö toteutettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin (VSSHP) Turun yliopistolisen keskussairaalan (TYKS) toimenpide, tehohoidon ja kivunhoidon toimialueen (TOTEK) T-leikkausosastolla. TOTEK-toimialue tuottaa VSSHP:n toimialueille leikkaussali- ja tehohoitopalvelut. Lisäksi TOTEK vastaa sairaanhoitopiiriin alueella kroonisen kivunhoidon sekä hengityshalvauspotilaiden hoidosta. T-leikkausosaston potilaista yli puolet ovat päivystyspotilaita ja loput tulevat suunniteltuun leikkaukseen. Varsinais-Suomen ohella potilaita tulee Satakunnasta, Vaasan seudulta ja Ahvenanmaalta. T-leikkausosasto on alueen suurin ja siellä tehdään viiden erikoisalun (sydän- ja thorax-, verisuoni-, gastro-, neuro- sekä traumakirurgiset) toimenpiteet. Päivystysaikoina hoidetaan lisäksi kahden muun (plastiikkakirurgia sekä urologia) erikoisalun päivystyspotilaita.

TOTEK-toimialueella on mitattu viime vuosina perioperatiivisen hoidon laatua hoitajan näkökulmasta. Nyt on tarve saada tietoa potilaan näkökulmasta. Potilaalle annettu mahdollisuus valita hoitopaikkansa, luo paineita tuottaa vertailtavaa tietoa eri hoitopaikkojen välillä. Potilaskokemustieto lisää toiminnan läpinäkyvyyttä ja vertailumahdollisuutta, samalla tuoden organisaatioon tietoa toiminnan kehittämistarpeista. VSSHP:n strategiassa on selkeästi kuvattu asiakkaan ja potilaan roolin vahvistaminen. Asiakslähtöisyys on ollut yksi strategian kulmakivistä jo vuosia. Potilaan osallistamista hoitoon sekä asiakaskokemuksen huomioimista halutaan voimistaa toiminnassa ja sen kehittämisessä. (VSSHP-Strategia 2019- 2020.)

Potilaan kokemus nähdään koko ajan tärkeämpänä osana laadun kehittämistä (Siriwardena & Gillam 2014). Smirnovan (2017) mielestä potilaan kokemus heijastaa hoidon potilaskeskeisyyden asteen ja on näin tärkeä mittari. Sen ei nähdä pelkästään parantavan potilastyytyväisyyttä vaan myös laadun kahden muun osa alueen tehokkuuden ja turvallisuuden osa-alueita. Positiivisen kokemuksen on nähty lyhentävän sairaalassa oloaikoja, vähentävän uusintakäyntejä, sekä olevan kustannustehokkaampaa läpi hoitojaksojen. Siitä hyötyvät siis potilas sekä organisaatio. (Fregene ym 2019 ; Smirnova 2017.)

2.2 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, miten toteutunut hoito näyttäytyy asiakkaan näkökulmasta. Tavoitteena oli tuotetun kokemustiedon perusteella laatia laadun kehittämisen lähtökohdaksi organisaation nykytilan kuvaus hoidon laadusta, potilasnäkökulmaan perustuen. Tavoitteena oli kartoittaa potilaskokemustietoa potilaskyselyn avulla, ja näin luoda lähtökohdat laadun kehittämiseksi ja varmentamiselle.

Tämän työn tutkimuksellisen osion tarkoituksena oli kartoittaa potilaskokemustietoa strukturoidun, valmiin Hyvä Perioperatiivinen Hoito- mittarin (Liite 1.) avulla, jonka tulosten pohjalta hoitotyön laadun nykytila arvioitiin. Tarkoitus on jatkaa mittarin käyttöä jatkossakin, mikä tuottaa organisaatiolle vertailtavaa tietoa hoidon laadusta tulevaisuudessakin. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli kuitenkin vain tehdä nykytilan arvio.

Kehittämistyön tutkimuksellisen osion tuottaman tiedon avulla luotiin osastolle nykytilan kuvaus hoidon laadusta. Sen pohjalta tehtiin kehittämissuunnitelma, missä kehitettävät osa-alueet tuodaan esille. Osaston tulevilla kehittämispäivillä suunnitelman mukaisille osa-alueille valitaan kehittämismenetelmät ja tehdään alustava suunnitelma kehitystöiden aloittamisesta. Näin potilaskokemustieto toimii laadunkehittämistyön pohjana tulevina vuosina.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Terveydenhuollon laatu

Laatu-sanan määritelmänä voidaan pitää, sitä mikä on jollekin ominaista, jonkin ominaisuudet, olemus, luonne sekä kvaliteetti. (Suomisanakirja 2019.) Juran (1988) määritteli laadun hyödykkeen ominaisuuksien ja sen käyttötarkoituksen yhteensopivuuden kautta, painottaen vahvasti asiakaslähtöisyyttä ja yleiskielessä termi määritelläänkin sen asteen mukaan millä hyödyke täyttää kuluttajan odotukset. Terveydenhuollon laatua määritellään Donabedian (1969) jakoi sen kolmeen rakenne-, prosessi- ja tulostekijöihin. Näistä ensimmäinen kuvaa johtamista, henkilökuntaa ja muita voimavaroja mitkä mahdollistavat hyvän toiminnan. Prosessitekijät viittaavat itse toimintaan ja siihen takaako se potilaalle hyvän hoidon. Tulostekijät kertovat hoidon vaikutukset potilaalle. Jako minkä Donabedian alun perin toi teollisuudesta, auttoi selkiyttämään laatua enemmän mitattavaan ja näin kehitettävään muotoon.

WHO sekä Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL) (2018) määrittelevät laadun sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaan saaman tarpeen mukaisen, oikea-aikaisen sekä oikeassa paikassa annetun hoidon mukaisesti. Se on parhaaseen käytettävissä olevaan näyttöön tai tietoon perustuvaa hoitoa. Se tuottaa hyvinvointia ja pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin maksimointiin sekä riskien minimointiin. Keskeiset elementit siinä ovat asiakaskeskeisyys, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilasturvallisuus, korkeatasoinen osaaminen sekä vaikuttavuus. Fregene ym. (2019) lisäsivät määrittelyyn vielä sen, että hoidon laatu sisältää myös aidon välittämisen, mikä tarkoittaa hoidon yksilöllistä otetta. Potilasta on kohdeltava myötätuntoisesti, arvokkaasti sekä kunnioittavasti.

Lakiin on kirjattu vaatimuksia koskien hoidon laatua. Vuoden 2010 terveydenhuoltolaki edellyttää terveydenhuollon toimintayksiköiltä suunnittelemaa laadunhallinnastaan. Toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua sekä perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sanoo potilaan olevan oikeutettu laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Finlex 1992)

Institute of Medicine (IOM) julkaisi vuonna 2001 teoksen ”Crossing the Quality Chasm”. Se halusi tällä nostaa esille suuria puutteita hoidon laadussa, ja se sai aikaan maailmanlaajuisen laadunparantamistyön aallon. Se määritteli hoidon laadun kuuteen osa-alueeseen. Niitä olivat vaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus, oikea-aikaisuus, potilaslähtöisyys ja tasa-arvo.

Laadukkaan hoidon määritelmiä löytyy kirjallisuudesta useita. Niissä on paljon samaa kuin hoidon laadun määritelmissä. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRC) julkaisi kuvauksen laadukkaan hoidon antamisesta seuraavasti: se on oikean hoidon antamista, oikealle potilaalle, oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja näin aikaansaamalla paras mahdollinen tulos. WHO (2019) kuvaa sitä tarkoituksena luoda puitteet missä potilaat ja palveluiden käyttäjät saisivat parhaan mahdollisen hoidon parantaakseen heidän terveydentilaansa. Hoidon tulisi olla turvallista niin että se minimoisi kaikki riskit sekä muut vahingot, kuten estettävissä olevat vammat tai haittatapahtumat. Sen tulisi olla myös tehokasta. Sen tulisi perustua tieteellisiin tutkimuksiin ja näyttöön perustuviin ohjeisiin. Potilaan tulisi päästä hoitoihin oikea-aikaisesti, ja kaikki viivästykset olisi saatava minimiin. Palveluiden tulisi olla tehokkaita resurssien käytössään ja vähentää hukkaa. Sen pitäisi olla oikeudenmukaista, eikä siihen saisi vaikuttaa ikä, rotu, sukupuoli tai muu henkilökohtainen ominaisuus. Kaiken pitäisi tapahtua potilaskeskeisesti, asiakkaan mieltymysten sekä toiveiden mukaisesti ottaen hänen kulttuurinsa huomioon.

Ajansaatossa hoidon laadun tutkimus on läpikäynyt määritelmiä kuten rakenne, prosessit sekä tulos. Laatu käsitteenä terveydenhuollossa on moniulotteinen ja sen takia vaikea määritellä ja arvioida (Hertel-Joergensen 2018). Nykyajan määritelmänä voidaan nähdä kokemus, tehokkuus sekä turvallisuus, mitkä ovat kehittyneet potilaskeskeisen ympäristön vaikutuksista. Potilastyytyväisyydestä on oltu kiinnostuneita jo 1980-luvulta lähtien. Vuosituhannen vaihduttua alkoivat tutkijat enenevässä määrin tutkimaan potilaan kokemusta, mihin tuotettiin valmiita mittareita. (Cleary 2016.)

Hoidon laatu itsessään käsitteellistyy eri terveydenhuollon rakenteen tasoille hyvin eri tavoin. Vaikka maiden ohjeistuksissa nähdään jako tehokkuuteen, turvallisuuteen sekä potilaskokemukseen, vaikuttavat jo seuraavalla tasolla sairaaloiden johdossa suorituskyky ja kustannukset siihen. Painotus näiden kolmen perustekijän välillä ovat vahvasti linkittyneitä henkilöiden ammatilliseen rooliin sekä omiin ajatuksiin ja uskomuksiin hoidon laadusta. Lääkärien painotus kohdistuu useimmiten tehokkuuteen siinä missä hoitajien potilaskeskeinen hoitokäsitys viettää heitä painotuksessa lähemmäs potilaan kokemusta. Nämä painotuserot on tiedostettava implementoidessa

strategioita hoidon laadun suhteen, minkä vaikutukset menevät rakenteissa läpi kaikkien näiden tasojen. (Wiig ym. 2014.)

Viime vuosina suuret organisaatiot kuten WHO, the World Bank, OECD, the National Academies of Sciences in the United States of America sekä Lancet Global Health ovat ottaneet kantaa hoidon laadun puolesta sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Suurimpana tavoitteena WHO näkee valtakunnalliset suuntaviivat laadun parantamiselle sekä mittarit kehittämisen turvaamiseksi. Tämä tarvitsee selkeitä käytänteitä millä laadunkehittämistyötä tehdään kokonaisvaltaisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Laadunkehittämistä tarvitaan läpi alan, monella eri tasolla. Hallinnon järjestämisvastuiden selkiyttämisestä, organisaatioiden rakenteista, suorituskykypalautteista aina raportointiin asti. WHO on tehnyt käsikirjan, Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care (WHO 2018) minkä avulla valtiot voivat aloittaa laadunkehittämistyötään. (Syed ym. 2018.) Suomi on aloittamassa oman kansallisen laaturekisterin valmistelua ja on näin menossa kohti kansallista laadunkehittämissä järjestelmää sosiaali- ja terveydenhuollon alalla (THL 2019).

3.2 Terveydenhuollon laadun mittaaminen

Laadunhallinta on toiminnan suunnittelua, johtamista, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Laadunhallinnan tueksi on organisaatioiden käytettävissä erilaisia laadunhallinnan malleja, joista yleisimpiä ovat Euroopan laatupalkinto EFQM, ISO-laatujohtamisjärjestelmä, CAF eli Common Assessment Framework sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuohjelma SHQS. Palvelujen tuottajat saavat itse valita itselleen eniten omaa laatutyötä kehittävä mallin. (Pekurinen ym. 2008; THL 2018.)

Jotta laadusta saadaan kokonaisvaltainen kuva, on potilaan kokemus otettava osaksi laadunkehittämistyötä. Päättäjät ovat heränneet myös vaatimaan heidän osallisuuttaan. Potilaita voidaan osallistaa kyselyiden tai haastatteluiden kautta, tai tietoa voidaan kerätä valituksista tai kolmannen sektorin palautteista. (Siriwardena & Gillam 2014.) Potilastyytyväisyysmittarit ovat rakennettu mittaamaan yleensä sairaalatasoista tyytyväisyyttä tai yksikötason laadun tasoa. Useiden mittarien tuomat vertailtavuus ongelmat tai organisaation sisäisten mittareiden päällekkäisyydet ovat ongelmallisia. Nyt on validoitu mittareita mitkä pystyvät kumpaankin, mikä helpottaa organisaatioita laadunkehittämistyössä. (Smirnova ym. 2017.) Mittarien kehittyessä on aina muistettava

että vastaaja on ihminen. Vastauksiin vaikuttavat monet seikat eivätkä tulokset aina ole yksiselitteisiä (Siriwardena & Gillam 2014).

3.2.1 Kansalliset laatujärjestelmät ja -indikaattorit

Suomessa käytettävissä olevia laadunhallintamalleja ovat EFQM-kriteeristö, millä voi osallistua myös Suomen laatupalkinto kilpailuun. Kriteeristöä voi käyttää myös pelkästään arviointityökaluna, jolloin se toimii laadunhallinnan välineenä. EFQM-kriteeristöä yksinkertaisempi on yhteinen arviointimalli CAF. Yhteiseurooppalainen CAF-arviointikriteeristö on luotu arvioimaan ja kehittämään kokonaisvaltaisesti organisaation eri toimia ja se on luotu juuri julkisen sektorin tarpeisiin. (Pekurinen ym. 2008)

Organisaatio voi myös hankkia kansainvälisen ISO 9001 :2000- standardin mukaisen sertifiikaatin. Näiden organisaatioiden toimintajärjestelmät ja niihin sisältyvät standardin edellyttämät laadunhallintatoiminnot, täyttävät standardin vaatimukset. Niitä arvioidaan säännöllisesti järjestettävillä ulkoisilla arvioinneilla. Painotus tässä on asiakaslähtöisyydessä, toimintaprosessien hallinnassa sekä toiminnan tulosten parantamisessa. (Pekurinen ym. 2008)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuohjelma SHQS pohjautuu aikaisemmalle King's Fund-menetelmälle. Se pohjautuu eurooppalaiseen akkreditointimenettelyyn. Se soveltuu organisaatioiden ulkoiseen auditointiin ja kehittämistyön käynnistämiseen. Sen prosessissa organisaation palvelujärjestelmän rakenne, palveluprosessit sekä vaikuttavuus arvioidaan systemaattisesti arviointikriteeristöllä mikä on yhdistelmä ISO 9001 :2000-standardin kriteeristöä, huomioiden kuitenkin suomalainen lainsäädäntö, valtakunnalliset suositukset sekä hyvä hoitokäytäntö. Tätä on käytetty myös palvelukohtaisten laatusuosituksen teossa. (Pekurinen ym. 2008)

Suurten laatujärjestelmien ja mittaristojen myötä syntyi tarve pienemmille ja helppokäyttöisemmille itsearviointiin perustuvilla laadun arviointimalleille. Siitä syntyivät ITE- ja PIENET-mallit. Ne sopivat sosiaali- ja terveydenhuollon pienille yksiköille sekä yksin työskenteleville laadunarviointimalliksi. (Pekurinen ym. 2008.)

Laatuindikaattorit ovat väline millä voidaan arvioida ja verrata toiminnan laatua keskenään tai siinä tapahtuneita muutoksia. Niillä voidaan mitata rakenteellista laatua (rakenneindikaattorit), prosessien laatua (prosessi-indikaattorit) sekä toiminnan tulosten laatua (tulosindikaattorit). Rakenneindikaattoreilla mitataan sitä millaiset yleiset

edellytykset ja valmiudet organisaatiolla selviytyä tehtävästään. Prosessi-indikaattorit mittavaat miten hyvin organisaatioissa toimitaan laadun parantamiseksi. Tulosindikaattorit mittaavat onko toiminnalla saavutettu tavoiteltu tulos. (Pekurinen ym. 2008.)

OECD :n terveydenhuollon laatuindikaattorit- hankkeen (Health Care Quality Indicators) tavoitteena on tuottaa mittareita millä eri maiden terveydenhuoltojärjestelmät voivat vertailla toimintakyvyn ja laadun kehittymistä keskenään. Tämä kuitenkin vaatisi jokaiselta maalta yhteneväiset järjestelmät ja rekisterit tarvittavan tiedon tuottamiseksi. (Pekurinen ym. 2008.)

Suomessa ollaan aloitettu kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon laaturekisterin suunnittelu. Sen tarkoituksena olisi tuottaa tietoa palveluiden laadusta mitä olisi mahdollista seurata, vertailla ja arvioida. Uusien lakimuutosten vuoksi tietoa voidaan nyt kerätä ja kaikki sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM) asetuksella säädetyt laaturekisterit ovat jatkossa terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) rekisterinpidollisella vastuulla. Näin rekistereistä tulee valtakunnallisesti yhteneväisiä sekä kansallinen ohjaus voidaan taata. Rekisterien tiedolla vastataan kansallisen tieto- ohjauksen tarpeisiin, käytetään alueellisten vertailujen pohjaksi, palveluntuottajien ohjaamiseen sekä palvelujärjestelmän läpinäkyvöittämisiksi ja potilaan valintojen tukemiseksi. (THL 2019.) Rekisterien vaikutuksesta tehty katsaus antoi positiivisen kuvan niiden vaikutuksesta. Kliinisten rekisterien on nähty vaikuttavan hoito prosesseihin, hoidon laatuun, hoitotuloksiin, ohjeiden noudattamiseen sekä eloonjäämiseen positiivisesti (Hoque ym. 2017).

3.2.2 Potilastiedon mittaaminen

Potilas tiedon tuottajana

Hallituksilta ja terveyspalveluiden järjestäjiltä tuleva paine ottaa potilaat mukaan laadun kehittämiseen luo haasteita kehitystyötä tekeville. Jotta laadun kehittämistyötä voidaan tehdä potilaslähtöisesti on tietoa pystyttävä keräämään ja mittaamaan järkevästi. Validoituja työkaluja, strategioita sekä menetelmiä potilaiden osallistamiseen ollaan kuitenkin vasta kehittämässä. Vaaditaan vielä tutkimusta potilaiden ja kansalaisten tarkoituksenmukaisten osallisuuden menetelmien käytöstä ja siitä miten heidät mielekkäästi otetaan kehitystyöhön mukaan. Laajemmassa mielessä se tulee vaatimaan

rakenteellisia muutoksia kansallisella ja paikallisella tasolla järjestäjäorganisaatioissa. Lisäksi se tulee vaatimaan osallistuvien kouluttamista sekä resursseja kehitystyöhön. (Siriwardena & Gillam 2014.)

Potilastyytyväisyyspalautteella pyritään usein saamaan määrällisesti hyvä arvio tyytyväisyydestä kontekstin luomien osa-alueiden mukaisesti. Ongelmaksi muodostuu se, että vaikka tulokset usein ovatkin hyviä, eivät ne välttämättä vastaa potilaan kokemusta. Tulos kertoo enemmän palvelun tuottajan näkemyksestä hyvästä hoidosta eikä niinkään siitä mitä potilas kertoo. (Siriwardena & Gillam 2014). Kyselyistä saatava palaute nähdäänkin enemmän mitään sanomattomana positiivisena palautteena kuin käyttökelpoisena kehittämistyökaluna. Ne nähdään kuitenkin toimivana ratkaisuna päättäjiensä keskuudessa niiden helppouden takia (Ahmed ym. 2014).

Potilaslähtöisen tiedon keräämiseen on monia tapoja. Kyselytutkimuksella saadaan laajempaa ja edustavampaa arviota tutkitusta joukosta kun taas syvällisyyttä lisäävät haastattelut tai potilastarinat. Usein käytettyjä keinoja ovat myös nettikyselyt, valitukset ja kiitokset sekä palautteet eri kolmannen sektorin yhteistyökumppaneilta. (Ahmed ym. 2014 ; Siriwardena & Gillam 2014.) Tutkimukset korostavat sähköisten kyselyiden paremmuutta. On kuitenkin otettava huomioon ikääntyvä väestö, jonka tiedetään tulevan huonosti tekemisiin teknologian kanssa. (McGovan & Reid 2018) Teknologian on kuitenkin monipuolistanut mahdollisuuksia käyttää erilaisia tablettipohjaisia ohjelmia tai ns. puhelinkoppeja, joita on voitu sijoittaa osastoille. Potilaat voivat joustavasti käydä tai käyttää niitä itselleen sopivana ajankohtana ja tallentaa kokemustietonsa niihin. (Ahmed ym. 2014.)

Potilaan kokemuksen mittaamisen nähdään tuovan lisäarvoa arvioidessa hoidonlaatua kokonaisuutena. Potilaan havainnot siitä mikä terveydenhuollossa toimii ja mikä ei, on tarpeellista rakentaessamme instrumenttia minkä lähtökohtana toimivat potilaan kokemukset ja tyytyväisyys niistä. (Hertel-Joergensen 2018.) Ongelmaksi potilaiden kokemusten arvioinnissa on nähty niiden tulkinnallisuus. Kokemus on kuitenkin subjektiivinen, eikä arvioi tiettyä hoidon osaa. Henkilökunnan on vaikea arvioida mihin osaan hoidosta kehitys pitäisi osoittaa potilaan toiveiden mukaisesti. On ehdotettu ratkaisuksi mallia missä kyselyiden tuloksia olisi arvioimassa myös niitä tehneet asiakkaat. Näin tulkinallisuudet saisivat mahdollisen selityksen, sekä kehityksen kohteet löytyisivät helpommin. Näin asiakkaat pystyisivät osallistumaan kehitystyöhön vapaammin kuin pelkän kyselylomakkeen kautta. (Hall ym. 2018.)

Lees (2011) mielestä potilaan kokemusta pystytään parhaiten mittaamaan monimene-
telmällisin keinoin. Pelkän kyselytutkimuksen tuoma tieto jää usein pinnalliseksi ja sitä
rikastamaan tarvitaan keinoja, mitkä tuovat lisää kerroksellista potilaan kertomusta tutki-
mustuloksiin. On siis päästävä syvälliseen tietoon siitä mitä laatu hoidossa on potilaan
näkemyksestä ja miten sitä tulisi mitata. Kaiken tämän keskellä tulisi olla ajatus siitä,
minkä potilas kokee tärkeimmäksi asiaksi hoidossaan, ei minkä henkilökunta tai tutkija
luulee olevan tärkein asia potilaalle.

Myös muut osatekijät voivat vaikuttaa tutkimuksen tulosten luotettavuuteen. Potilaiden
kokemusten eri tulkintameteodeissa on hyvät ja huonot puolensa. Kysymykseksi voivat
nousta valintamenetelmät, raportointi harhat, ryhmän edustavuus, syvyys, analyysin
kompleksisuus, osaamisen laajuus sekä aika. Laadullinen palaute on usein
arvokkaampaa kuin määrällinen kysely, mutta niiden yhdistelmällä päästään
kokemuksen sisälle niin, että tuloksia pystytään käyttämään palveluiden vertailuun ja
kehittämiseen (Siriwardena & Gillam 2014.) Hall ym (2017) tarkastelee myös aikaa mikä
tapahtuneen ja siitä pyydettävän palautteen välillä on. Myös sillä kuinka useasti
palautetta pyydetään nähdään olevan vaikutusta palautteen luotettavuuteen.

Vaikka mittari itsessään olisi validi, pitää muistaa että vastaaja on aina ihminen. Tuloksiin
vaikuttaa myös ero kokemuksen ja sen mitä muistamme siitä välillä. Psykologit ovat
alkaneet erottaa kokemuksen sellaisena kuin se oli ja kokemuksesta luodun muiston,
mitä yleensä pidämme kokemukseksi, eroja. Tähän näyttävät vaikuttavan niin kutsuttu
huippu kokemus (peak experience) joko mielihyvä tai kipu sekä se miten kokemus
päätyi. Jos molemmat olivat positiivisia suurella todennäköisyydellä myös kokemus siitä
arvioidaan positiiviseksi, jos taas jossain kohtaa oli yksittäinen merkittävä negatiivinen
kokemus, vaikuttaa se mahdollisesti koko kokemuksen asettamiseen negatiiviseen
valoon. (Siriwardena & Gillam 2014.)

Mittarit tiedon tuottajina

Aiemmista potilastyytyväisyysmittareista poiketen, uudet mittarit keräävät tietoa potilaan
kokemuksesta. Vielä 1990- luvun alussa tutkittiin paljon potilastyytyväisyyttä, mutta jo
vuosikymmenen lopulla suunta kääntyi kohti potilaskokemusta. Potilastyytyväisyyden
mittaaminen laadunkehittämistyön pohjaksi ei ole kovinkaan käytännöllistä vaan on
tärkeämpää saada tietää mitä potilaalle todella on tapahtunut, arvioidessa hoidon laatua.
(Delnoij 2009.) Tämä on otettava huomioon tehdessä mittaria. Mitattaessa potilaan ko-

kemusta on kysymykset mahdollista asettaa joko raportointi tai arviointi muotoon. Kysyttäessä potilaalta annettiin hänelle lämpöpeitto heräämössä, kysymyksen tulkinnallisuus jää pieneksi ja vastaus sisältää suurilta osin vain objektiivisen faktan. Jos taas halutaan kysyä arviota lämpöalouden hoidosta kysymyksellä: huolehdittiinko lämmöstänne riittävästi hoidon aikana, jää tulkinnallisuuksille paljon tilaa ja vastaus sisältää isomman osan subjektiivista näkemystä asiasta. Joskus nämä kaksi yhdistyy, jos kysymykseen on lisätty fraasi sinun mielestäsi. Vaikka kysymys olisi suoraviivainen kyllä tai ei, antaa se tulkinnan varaa juuri tämän lauseen osan takia. Analysoidessa tuloksia on otettava huomioon mahdollisimman tarkkaan vastausten objektiivisuuden ja subjektiivisuuden suhteet. (Ahmed ym. 2014.)

Potilastyytyväisyysmittarit ovat yleensä tehty mittaamaan sairaalan laajuista otosta tunnistettaessa kansallisia trendejä tai laajempia sairaalatasoisia tyytyväisyyden osia. Eri mittareita on käytetty sisäisten laatukriteerien kohdalla. Saman mittarin käyttö molemmissa olisi kuitenkin käytännöllistä. Smirnova (2017) tutki mahdollisuutta validoida Consumer Quality Index (CQI) - Inpatient Hospital Care- mittari mitattaessa potilaan kokemusta sekä sairaalatasolla että yksikkötasolla. Näin samaa standardoitua mittaria voisi käyttää kummassakin tarkoituksessa. Tulokset näyttivät sopivan hyvin kummallekin tasolle, paremmin kuitenkin yksikkötasolle. Monikäyttöiset mittarit mitkä palvelevat sairaalaa ja sen osia omissa potilastyytyväisyysmittauksissa ovat siis mahdollisia. Tulokset olivat myös vertailukelpoisia erikoisalojen kesken. Tuloksilla nähtiin voivan helpottaa vertailua ja ohjata laadun kehitystyötä molemmilla tasoilla. (Smirnova ym. 2017.)

Useassa maassa maailmanlaajuisesti on aloitettu keräämään potilaskokemustietoa, jotta tietoa terveydenhuollon palveluiden saatavuudesta ja laadusta olisi saatavilla. Organization for Economic Cooperation and Development teettämän katsauksen mukaan osassa maista tietoa kerätään osana järjestelmällistä ohjelmaa. Näitä maita ovat Norja, Tanska, Englanti sekä Hollanti. Euroopan ulkopuolisista maista järjestelmät löytyvät myös Yhdysvalloista sekä Kanadasta. Valtiollisten ohjelmien ulkopuolella the Commonwealth Fund, the Picker Institute Europe sekä WHO ovat aloittaneet ylikansallisen vertailun hoidon laadusta potilaan kokemuksen näkökulmasta. (Delnoij 2009.)

Yhdysvaltojen laaturekistereihin kuuluvien potilaskokemustietojen taustalla on Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) kehittämät Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) kyselymittarit, millä tavoitellaan

potilasnäkökulmaa tärkeiksi koettuihin osa-alueisiin hoidossa sekä kokemuksia siitä arvioitaessa hoidon laatua. Ne ovat avoimia kaikille ja niiden tulokset löytyvät netistä ja ovat laajalti käytössä yhdysvalloissa (AHRQ 2019.) Hollantilainen vastaava mittari Consumer Quality Index (CQI) mittaristolla kerätään kokemustietoa potilailta heille tärkeistä hoidon osa-alueista sekä terveydenhuollosta yleisellä tasolla. Mittarien tekemisessä on otettu potilasnäkökulma huomioon osallistamalla heitä kehittämisprosessiin. (Kieft ym. 2014.)

Terveydenhuollon palveluntuottajat ovat ottaneet käyttöön uudenlaisia spesifejä mittareita mitkä mittaavat kokemusta ja tulosta hoidosta potilaan kokemuksen kautta (PREMs & PROMs). Ne koostuvat laadun kolmesta ulottuvuudesta kokemuksesta, tehokkuudesta sekä turvallisuudesta. Kokemus sisältää potilaan mielipiteen prosessista, arvokkuudesta, informaatiosta, luottamuksesta, puhtaudesta sekä oikea aikaisuudesta (PREMs). Tehokkuus ja turvallisuus (PROMs) sisältävät kysymykset oireiden vähentymisestä, toiminnan parantumisesta, elämänlaadun kohentumisesta tai mahdollisista komplikaatioista. Mittareita voidaan käyttää eri konteksteissa validoimalla ne itselleen sopiviksi. (Siriwardena & Gillam 2014.)

Eri mittareilla on vahvuutensa ja heikkoutensa sekä niiden valinnassa tulee ottaa huomioon tekijöiden määrä, tulosten tarkoitus, käytössä olevat resurssit sekä paikallinen konteksti. Kyselytutkimus minkä tuloksilla haetaan taloudellisia kannustimia tai laajempia vaikutuksia on hyvä valita CAHPS sen korkean reliabiliteetin vuoksi. On kuitenkin muistettava että se vaatii käyttäjältään paljon resursseja ja osaavaa henkilökuntaa, jotta tulokset saadaan analysoitua oikein. Jos tarkoituksena on tarkastaa kehittämistyön jälkiä, on hyvä valita Quality from the Patient´ Perspective (QPPS) sen käyttäjäystävällisyyden ja taloudellisuuden vuoksi. Tutkittaessa matalan tulotason ympäristöjä on vaihtoehtona Patient Experiences with Inpatient Care (I-PAHC) sen mittarin helppokäyttöisyyden vuoksi. Lyhyiden mittarien kuten Quality from the Patient´ Perspective Shortened (QPPS) sekä Picker Patient Experience Questionnaire (PPE-15) voidaan käyttää aloitellessa mittarin valintaa ja miettiessä yksityiskohtaisempaa tutkimusta tulevaisuudessa. Mittarin konteksti on myös tärkeä huomioida, ainakin jos mittarin tarkoitus on tutkia tietyn väestön näkemyksiä tutkittavasta asiasta kuten Scottish Inpatient Patient Experience Survey (SIPES). Kulttuurinväläinen validointi on tehtävä ennen mittarin käyttöönottoa muissa konteksteissa. (Beattie ym. 2015.)

3.3 Hoitotyön laadun kehittäminen

Laadun kehittäminen nähdään lähes filosofiana, mutta myös kasana metodeja hoidon laadun, terveyden sekä ammatillisen kasvun parantamiseksi terveydenhuollon alalla (Cork ym. 2017). Cork ym. (2017) sekä Ginex (2017) kuvaavat laadun kehittämisen projektien koskevan yleisimmin prosesseja ja toimintamallien yhtenäistämistä. Muita laadun kehittävien projektien kohteita voivat olla järjestelmän rakenteet, kulttuurit, suorituskyky, mahdollisuudet kehittää uusia työtapoja sekä niiden keinojen löytämistä millä taataan kaikille potilaille korkealaatuinen hoito. (Cork ym. 2017.)

Tutkimus nähdään usein laadun kehittämisen vastakohtana. Sen tarkoitus on tuottaa uutta yleistettävää tietoa käytäntöön ja lisätä alan tietopohjaa kirjallisuuden kautta. Tieteenfilosofiset traditiot, niiden metodologiat sekä tutkimusprosessit ovat myös hyvin säänneltyjä. (Stausmire 2014; Ginex 2017.) Jos tutkimuskohteena toimii ihminen, on hyvien tutkimuskäytäntöjen noudattaminen erityisen tärkeää. Tutkittavan suojeleminen sekä ihmisarvon säilyttäminen sekä tietoisuuden saaminen ovat ensisijaisen tärkeitä seikkoja. (Stausmire 2014.) Suomen laki määrittelee, että ennen lääketieteelliseen tutkimukseen ryhtymistä on saatava eettisen toimikunnan puolto tutkimussuunnitelmalle. Suunnitelmassa on pohdittava tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvia haittoja ja niiden mahdolliseen ennaltaehkäisyyn on kiinnitettävä huomiota.

”Tutkittavan saa asettaa alttiiksi vain sellaisille toimenpiteille, joista odotettavissa oleva terveydellinen tai tieteellinen hyöty on selvästi suurempi kuin tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat” (Finlex 2010).

Nykyään laadun kehittämisen ja tutkimuksen välillä nähdään erityinen harmaa alue, mistä löytyy päällekkäisyyksiä näistä molemmista. Puhutaan ns. laadunkehittämis tutkimuksesta (quality improvement research), käytäntö- perustaisesta näytöstä (practise-based evidence) tai vertailevan hyödyn tutkimuksesta (comparative effectiveness research). Näillä tutkimusmenetelmillä on tarkoitus tutkia todellisia riskejä, hyötyjä ja tuloksia. Hyötyjä nähdään erityisesti, kun mietitään mikä olisi paras käytäntö hoidon, ajankohdan sekä potilasryhmän kohdalla heidän saadakseen hoidosta parhaan hyödyn verratessa sitä tavanomaiseen hoitoon. (Stausmire 2014.)

Näyttöön perustuvat käytänteet yhdistävät parhaan mahdollisen tutkitun tiedon, kliinisen asiantuntijuuden sekä potilaan arvot parantaakseen tuloksia. Prosessina se kysyy relevantit kysymykset ja hakee parhaan mahdollisen näytön vastaukseksi. Tämän jälkeen

näyttö sovelletaan käytäntöön ja arvioidaan näyttöön perustuva kliininen tulos. (Ginex 2017.) Lääketieteellä on pisin historia vaikuttavuustutkimuksen saralla. Sen Cochrane-kirjastosta löytyy lääketieteen vaikuttavuustieto, myös yhteiskuntatieteillä on omansa. (Pekurinen ym. 2008). Osborne (2017) muistuttaa kuilusta mikä tutkitun tiedon ja näyttöön perustuvan käytänteen välissä on. Hän näkisi tehokkaamman implementoinnin ratkaisuksi kuilun pienentämiseen. Nopeammin ja tehokkaammin käytäntöön viedyt uudet ratkaisut toisivat tutkimusta ja käytäntöä lähemmäs toisiaan. Uusi implementointi tutkimus voisi ainakin auttaa siinä.

Laadun kehittämistyössä on nykyaikana mukana koko henkilökunta. Kaikille erot uuden työmenetelmän tai uuden tiedon tuottamisesta eivät ole selkeät. Laadun kehittämismenetelmät on hyvä tunnistaa, jotta niitä osataan käyttää oikein. Perusasiat laadun kehittämisestä, näyttöön perustuvista käytänteistä sekä tutkimuksesta on tunnistettava aloittaessa kehittämistyötä. (Stausmire 2014; Ginex 2017.)

Connelly (2018) muistuttaa vielä, että ennen kuin lähdetään korjaamaan ongelmaa, on se hyvä tunnistaa, eristää ja pohtia monialaisesti sen juurisyyt. Apuvälineitä tähän ovat esimerkiksi viisi miksi tekniikka tai Ishikawan kalanruoto diagrammi. Molemmat selventävät tiimille ongelman kokonaisuudessaan niin, että kaikki ymmärtävät sen samalla tavalla. Vain näin laadun kehittämistyö voi todella alkaa ja tulevat ratkaisut korjaavat ongelmien juurisyyt, eivät vain pinnallisia oireita niistä.

Itse laadunkehittämistyö on moninainen kokonaisuus, minkä tavoitteet ovat yleensä selvät, mutta keinot sinne pääsemiseen vaihtelevat mallien mukaan. Laadunkehittämistyö on yhtä laava tie kuin sen käyttäjäkuntansakin. Kaikille on kuitenkin yhteistä ongelma mihin halutaan ratkaisu, mitattavat keinot minkä avulla muutos mitataan sekä implementointi mikä oikein tehtynä takaa onnistumisen. (Sohrakoff ym. 2014; Stausmire 2014 ; Cork ym. 2017.)

Stausmiren (2014) mukaan laadun kehittämistyö voidaan määritellä 3 avainkohdan kautta. Ensimmäisenä se pohjautuu jo olemassa olevaan tietoon parhaasta mahdollisesta hoidosta tietynä ajankohtana. On muistettava, että kehittämistyön tarkoitus on parantaa hoitoa tai sen prosesseja, eikä tuottaa uutta tietoa asiasta. Toisena valitaan tietty kliininen suoritus tai järjestelmän prosessi mitä näyttöön perustuvan hoidon kautta kehitetään saadakseen parempia tuloksia. Kolmanneksi kaikki mitattavissa olevat parannukset, on implementoitava toimintaan sekä vahvistettava niiden käyttöä. Jatkuvalle evaluatiolla pidetään yllä toivotut tulokset pysyvästi.

Cork ym. (2017) puhuu laadun kehittämisestä sarjana tapahtumia mihin kehitystyössä mukana olevien on varauduttava. On tiedostettava konteksti mihin muutos suunnitellaan, jatkuvasti mitattava ja arvioitava toimintaa, sitouduttava uuden oppimiseen sekä työn tekemiseen eri tieteenalojen sekä hierarkiatasojen kanssa saavuttaakseen rakenteet mihin implementointi onnistuu. Sohrakoff ym. (2014) jakaa prosessin neljään vaiheeseen. Ensimmäisessä valittu ryhmä valitsee kehitettävän prosessin tai sen osan ja miettii ongelman juurisyitä haastatteleamalla mahdollisimman laajalti asian kanssa työskenteleviä. Toisessa vaiheessa ryhmä päättää keskeiset tavoitteet kehitystyölle ja keinot sinne päätäkseen. Vaiheessa rakennetaan myös mittaristo millä tavoitteisiin pääsyä voidaan mitata ja jatkossa arvioida pitkäkestoisesti. Suunnitelman ollessa valmis kolmannessa vaiheessa alkaa muutoksen implementointi valittuun kohteeseen. Neljännessä vaiheessa implementoinnin alusta lähtien mitataan tuloksia siihen rakennetun mittariston avulla missä verrataan muutoksesta mahdollisesti saatu hyöty, tai tulos mikä johtaa tiimin takaisin suunnitteluvaiheeseen. Näin kehitystyöllä saadaan positiivisia muutoksia aikaan, niin itse prosesseissa mutta myös siihen mukaan otetuissa työntekijöissä. Tapa opettaa työntekijät näkemään työpaikan ongelmat ratkaistavissa olevina asioina, eikä niinkään vain valituksen aiheina.

Yksi laadun kehittämisen työkalu on Demingin ympyrä. Sen neljä vaihetta ovat suunnittelu, teko, tarkistus sekä korjaus (plan-do-check-act). Se kuuluu niin sanottuihin jatkuvan parantamisen työkaluihin. Kehittäminen nähdään päättymättömänä ympyränä missä palataan aina alkuun, mutta samalla ollaan aina lähempänä tavoitetta. Sen nähdään toimivan hyvin pienissä kehitystyöissä. McGovan & Reid (2018) paransivat hoidon laatua Demingin ympyrällä, käyttäen vanhuksilta saatua palautetta pohjana muutoksen toteutukseen ja arviointiin.

Vuosikymmeniä on tutkittu myös moniammatillisen oppimisen (Interprofessional education, IPE) ja yhteistyön (collaborative practice, ICP) vaikutuksia laatuun, kokemuksiin tai kustannuksiin. Brandt ym. (2014) tekivät kirjallisuuskatsauksen aiheesta ja totesivat että vaikutuksia näihin kolmeen ei voida todentaa tämän hetkisten tutkimustulosten valossa. Kuitenkin muissa tutkimuksissa moniammatilliset ryhmät nähdään positiivisessa valossa laadunkehitystyössä ja niiden nähtiin siinä saavan positiivista vaikutusta aikaan (Brennan & Parsons 2017.) Tulevia tutkimuksia suunniteltaessa olisikin toivottavaa ottaa nämä mahdolliset vaikutukset mukaan asetelmaan, nykyisten tietojen, taitojen tai asenteiden lisäksi (Brandt ym. 2014).

Kun sitten mietitään kehittämistyötä tekeviä, eli sitä henkilökunnan osaa jonka odotetaan vievän uudistuksia eteenpäin, on heidän osaamisensa keskeisen tärkeää kehitystyössä. Andersson ym. (2013) kehittivät kyselyn millä tutkitaan kehittämisalotteita ruotsin terveydenhuollossa. Vastaajista suurin osa oli sairaanhoitajia 54% tai lähihoitajia 28%. Kokemusta kehittämistyöstä koettiin olevan vähän. Vastanneet arvioivat oman kokemuksensa kehittämistyöstä 18% ei yhtään, 23% vähän, 30% jonkun verran, kun vain 2% vastasi paljon. Kysyttäessä aiemmasta koulutuksesta kehittämistyöstä vastaukseksi saatiin 50% ei yhtään, 35% olivat käyneet kurssin, 10% oli yliopistotausta sekä 5% olivat osallistuneet kehittämistyöhön aiemmin. Suurimmaksi esteeksi kehittämistyölle he näkivät ajan puutteen ja parhaimmaksi positiiviseksi tekijäksi henkilökunnan tietoisuuden yksilöllisestä vastuusta sekä työympäristön avoimuuden. On siis nähtävä, että koulutusta itse kehittämistyöstä olisi järjestettävä jos halutaan ihmisten itseohjautuvasti siihen suuntautuvan.

3.3.1 Asiakaslähtöisyys laadunkehittämisessä

Laatu käsitteenä terveydenhuollossa on monimutkainen ja moniulotteinen ja sen takia vaikea määritellä ja arvioida. Laadun mittaaminen on yleensä koskenut vain sen rakenteita tai tulosindikaattoreita kuten sairastuvuutta tai kuolleisuutta. Laatua määriteltäessä fokus on yleensä palvelun käyttäjän mielikuvassa laadukkaasta hoidosta eikä niinkään potilaan näkemyksestä hoidosta. (Hertel- Joergensen 2018.) Siriwardenan & Gillamin (2014) näkemyksen mukaan laadun kehittämistyössä oli vallalla pitkään vain alan ammattilaisten näkemykset arvoista, eikä potilaan mielipiteellä ollut niinkään sijaa. Ammatillaiset nähtiin kansan edustajina, jotka tiesivät, mikä oli parasta hoitoa.

Potilaan arvioidessa laatua puhutaan yleensä terveydenhuollon reagointinopeudesta vastata hänen tarpeisiinsa. Palveluntuottajat arvioivat sitä yleensä hoitotulosten kautta. Molemmat näkökulmat ovat yhtä tärkeitä ja ne pitää ottaa huomioon arvioidessa terveydenhuollon laatua. (Hertel- Joergensen 2018.)

Asiakkaiden ja potilaiden valinnanvapauden lisääntyminen, palvelusetelit ja henkilökohtainen budjetointi lisäävät asiakkaiden tarvetta vertailevalle tiedolle palveluista, mutta myös mahdollisuutta sen laadun kehittämiseen. Asiakkaan osallisuutta ja valinnanvapautta koskevat kehityssuunnat haastavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan käytännöt ja perinteiset rakenteet. Asiakkaiden äänen kuulumista ja mahdollisuutta osallis-

tua tasavertaisesti palveluiden kehittämiseen tulee painottaa, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää voidaan muuttaa kestävästi asiakaskeskeisempään suuntaan. (Kaseva 2011.)

Potilaan kokemusta voidaan lähtökohtaisesti käyttää eri tarkoituksiin. Sitä voidaan kerätä, jotta asiakkaat näkevät eri tuottajien saamat arviot hoidon laadusta, ja näin kokemustieto mahdollistaa tietoon perustuvan valinnan hoitopaikasta. (Delnoij 2009 ; Berwick ym. 2003). Toinen syy kerätä tietoa on kehittää hoidon laatua tuottajan organisaatiossa saadun kokemustiedon valossa (Berwick ym. 2003 ; Delnoij 2009) tai mitata terveydenhuollon suorituskykyä kokonaisuutena (Delnoij 2009). Fung ym. (2008) tehdyssä katsauksessaan kuitenkin totesi, että yksittäiset kävijät eivät etsineet kokemustietoa päätöksensä tueksi miettiessään hoitopaikan valintaa, mutta organisaatiot itsenäisesti nähdessään arvionsa aloittivat laadunkehittämiprojekteja.

Usein tutkimusta suunniteltaessa mukana ei ole potilas tai häntä edustava organisaatio. Näin tutkimuksen lähtökohdat ovat yleensä aina tutkija- tai ammattilaislähtöisiä, mikä rajaa potilaan mielipiteen asiasta ulkopuolelle jo heti alussa. 2011 tehdyn katsauksen tulosten pohjalta nähtiin aiheita mitkä nousivat juuri potilaan näkökulmasta tärkeiksi terveyteen liittyvän tutkimuksen ja terveydenhoidon laadun alueilta. Tutkimuksia tehdään paljon, mutta näkökulma vaikkakin tarkoituksellisesti onkin potilaan, tulee se tutkimusta tekevältä ammattilaiselta. Tutkimukset siis mittaavat sitä minkä tutkija luulee olevan potilaan näkökulma, mikä johtaa siihen, että lähtökohtaisesti kirjaimellisesti potilaslähtöisistä näkökulmista tehtyjä tutkimuksia on vähän. Potilaat jäävät usein asiantuntijoiden jalkoihin tehtäessä yhteistyötä ja tämä valtajako vaikuttaa todellisen potilaslähtöisen hoidon kehittämiseen. Katsaus löysi yhteensä 35 aihetta aina arvokkuudesta, tehokkuudesta, voimaantumisesta, elämänlaadusta, eettisyydestä, kivusta, kommunikaatioon. Katsaus on ensi askel siihen, miten potilaat ja heitä ohjaavat järjestöt saavat mahdollisuuden muodostaa selkeitä ja systemaattisia näkökulmia potilaille tärkeistä asioista kollektiivisen tiedon avulla. Näin he pystyvät tuomaan asioitaan paremmin esille neuvonantajina tai edustajina asiantuntijoiden parissa sekä muodostamaan niistä yhteisen kielen kehittämistyöhön. (Teunissen ym. 2011.)

Kaseva (2011) tutki soveltavassa kirjallisuuskatsauksessaan asiakkaiden ja potilaiden asemaa, sen vahvistamiseen liittyviä tekijöitä sekä heidän mahdollisuuksia vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämiseen. Hän jakoi vaikutusmahdollisuuden asiakkaan osallisuuden mukaan neljään vaiheeseen. Niitä olivat asiakas pal-

veluiden kohteena, asiakas palautteen antajana, asiakas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisesä sekä asiakas aktiivisena palvelujensa kehittäjänä. Tutkimus osoitti osallisuuden kehittymisen prosessinomaisuuden, jossa osallisuuden asteiden kasvaessa myös asiakkaan aktiivisuuden voitiin nähdä lisääntyvän. Asiakkaan on siis ensin päästävä palveluun, jotta hän voi sitä kehittää.

Tutkimus esitti, etteivät kaikkien kansalaisten lähtökohtaiset oikeudet ja osallisuus palvelujärjestelmissä tule samalla tavoin toteutuneiksi. Osallisuutta heikentävinä tekijöinä nähtiin esimerkiksi sosioekonominen asema viitaten varallisuuteen tai asuinalueeseen sekä kieli- tai muuhun vähemmistöryhmään kuuluminen. Palautteen annossa yksilön osallisuuden määrittävinä lähtökohtina nähtiin asiakkaan ja potilaan suhde asiantuntijavaltaan, tiedon prosessoinnin kyky, omien asenteiden ja ajattelumallien hallinta sekä sosiaalinen tuki. Asiakkaan kyky muokata omia ajatusmallejaan ja asenteitaan sekä sosiaalinen tuki vaikuttivat voimaantumiseen, millä voi olla myös itsemääräämistä aktivoivia vaikutuksia. Näin asiakkaan kokemukset pystyvyydestään päätöksentekoon, henkilökohtainen vastuunotto ja päätöksiin sitoutuminen vahvistuvat. (Kaseva 2011.)

Kolmannessa vaiheessa tarkasteltiin asiakkaiden konkreettisia toimenpide-ehdotuksia ja heidän osallisuuttaan tukevia malleja. Lisäksi osoitettiin, että myös tutkimuksen keinoin (esim. interventioilla ja kokeellisilla tutkimuksilla) asiakkaiden osallisuutta voitiin vahvistaa, sekä saada palautetta siitä millaisia toimintamalleja he suosivat. Tutkimusaineiston perusteella asiakkailla on mahdollisuus kehittää palveluita useilla eri tavoilla. Esimerkkinä kokemusasiantuntijan rooli sosiaali- ja terveydenhuollossa, jolloin asiakas saattaa toimia yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa tai kokemuskouluttajana eri organisaatioissa tai järjestöissä. Myös asiakkaiden ja potilaiden perustamat järjestöt ja liikkeet, joilla esitetään olevan mahdollisuuksia vaikuttaa paitsi suoraan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin, myös politiikkaan sekä hallituksen ja median toimintaan. (Kaseva 2011.)

Sharma ym. (2017) tekivät systemoidun katsauksen potilasneuvoston vaikutuksesta terveydenhuollon tuloksiin klinisen hoidon, potilasturvallisuuden sekä potilastyytyväisyyden osa-alueilla. Tulokset vastasivat suurelta osin 15-vuotta sitten tehtyyn katsaukseen aiheesta. Neuvostot olivat mukana monissa erilaisissa projekteissa, missä he pystyivät tuottamaan helpommin lähestyttäviä sekä ymmärrettäviä ohjelmia potilaille, mikä voidaan nähdä vaikuttavuuden lisääntymisenä. Vahvaa tutkimusnäyttöä ei löytynyt, vaan yksittäiset tutkimukset kertovat paikallisista muutoksista parempaan, mitä olivat lähinnä positiiviset parannukset potilaille jaettavaan informaatiomateriaaliin, hoitolaitosten fyysisiin tiloihin, henkilöstökulttuuriin sekä tietoisuuden lisäämiseen. Tutkimuksia on tehtävä

enemmän heidän näkökulmistaan ja heidät on otettava mukaan laadunkehittämistyöhön minkä vaikutuksia myös mitataan. Vain näin saadaan tietää oikeat vaikutukset heidän panoksestaan terveydenhuollolle ja sen potilaille, matkalla kohti potilaslähtöistä hoitoa.

Larsson ym. (2006) tutkivat potilaan mahdollisuutta osallistua hoitoonsa hänen näkökulmastaan. Potilaat näkivät yhteistyön avainsanana osallisuuden kasvattamiseen. Osallisuuteen nähtiin vaikuttavan neljä toisiinsa liittyvää tekijää. Huomaavainen ilmapiiri, mikä näyttäytyy hoitajan sekä potilaan suhteena ja mihin vaikuttavat sopeutumiskyky sekä keskustelulle avoin ilmapiiri. Emotionaalinen vaste, minkä hoitaja potilaalle antaa, mihin vaikuttavat herkkyys, huomaavaisuus sekä luottamus. Sopusointu hoitajan ja potilaan välillä, mikä johtaa osallisuuteen, ja mitä edesauttavat halu osallisuuteen, keskusteluprosessi, tiedon lisääminen, tuki sekä kirjallinen sopimus. Oikeudet, mitkä vahvistavat potilaan oikeutta osallisuuteen ja mitä vahvistavat informaatio, valinnanvapaus, päätöksenteko sekä vastuuntunto. Suuri osa osallisuuteen vaikuttavista tekijöistä näyttäytyy ulkoisina tekijöinä ja vain vähän potilaan sisäisinä tekijöinä. On tärkeää tiedostaa tekijät, joilla kouluttaa hoitohenkilökunta, jotta potilaan osallistamiseen vaikuttavat tekijät osataan ottaa huomioon paremmin tulevaisuudessa.

Kansallisella sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmalla (Kaste) haluttiin lisätä palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallisuutta. Sen vaikutukset näyttäytyvät hyvin paljon samalta kuin Kasevan (2011) tutkimuksen tulokset. Ohjelman nähtiin parantavan asiakaskeskeisyyttä ja osallisuutta useammalla tasolla. Asiakaslähtöisyyden nähtiin olevan vahvistuva arvo palvelujen ja rakenteiden suunnittelussa, samoin kun vaikutukset asenteisiin sekä rakenteisiin nähtiin lisääntyvän. Ohjelman myötä esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden käyttö yleisty. (STM 2016.) Saman suuntaisia suunnitelmia on myös korkeammalla hallinnossa. Sosiaali- ja terveysministeriön asiakasstrategian tavoitteena on vahvistaa asiakkaan asemaa ja kehittää palvelujärjestelmää mahdollisimman asiakaskeskeiseksi vuoteen 2020 mennessä (Kaseva 2011).

McGovan & Reid (2018) näkevät kehityksen menevän kohti asiakaskeskeistä palvelujärjestelmää. Palvelunjärjestävät ovat alkaneet tavoitella syvällistä ymmärrystä potilaiden kokemuksista ja palautetta minkä pohjalta uudistuksia voidaan tehdä. Potilaat nähdään arvokkaina tiedonlähteinä, jotka tuottavat oivalluksia ja viisautta palveluistaan. Ongelmaksi jää vielä puuttuvan kanavan löytyminen mitä kautta heidät olisi paras osallistaa (Hall ym. 2018; McGovan & Reid 2018). Kyselyt sekä osallistuminen erilaisiin toimikuntiin

nähdään vielä tehottomina vaikuttaakseen kunnolla kehitystyöhön. Asiakkaiden edustavuus on yleensä pieni ja kyselyihin vastataan liian vähän. Uusia metodeja heidän osallistamiseen on vielä kehitettävä (Hall ym. 2018).

3.3.2 Perioperatiivisen hoidon laadun kehittäminen potilaskeskeisesti tehokkuuden ja turvallisuuden näkökulmasta

Perioperatiivinen hoitotyö tapahtuu ajallisesti joko juuri ennen (Pre), itse leikkauksen aikana (Intra) tai juuri sen jälkeen (Post). Perioperatiiviseen hoitotiimiin kuuluvat anestesiahoitaja, instrumenttihoitaja sekä valvovahoitaja. Hoito sisältää kirurgisen toimenpiteen sekä kaikki siihen liittyvät valmistelut sekä anestesian jälkeisen valvonnan. (Pulkkinen ym. 2016.)

Perioperatiivisen hoidon tulee olla yksilöllistä ja potilaskeskeistä. AORN jakaa perioperatiivisen hoidon kolmeen potilaskeskeisyyden kulmakiveen. Potilas turvallisuuteen, potilaan fysiologisten tarpeiden tyydyttämiseen sekä psyykkisten tarpeiden tyydyttämiseen perioperatiivisen hoidon aikana. Näyttöön perustuvan hoidon mukaisesti on hoitajan ymmärrettävä potilaan kokemus ja tunteet läpikäydessään hoitoa, jotta hän osaa vastata hänen tarpeisiinsa, pyyntöihinsä tai ongelmiinsa sen aikana. (Pulkkinen ym. 2016).

Perioperatiivinen ympäristö on jatkuvasti kehittyvä, erittäin tekninen sekä nopeatempoinen. Samalla se sisältää vaikeasti ennustettavia tapahtumia mitkä ovat yleensä myös kiireellisiä. Toisaalta se nähdään säännösteltynä ja rajoitetulta työltä mikä vaatii keskittymistä ja tarkkaavaisuutta yksityiskohtiin. Moderniympäristö mikä tarjoaa koko ajan monimutkaisempia hoitoja potilaille, vaatii hoitajalta suurta ammattitaitoa (Laflamme 2017.) Pelkkä leikkaussali on vaihtunut eri alojen poliklinikoiksi, röntgenosastoiksi tai skopiayksiköiksi. Hoitajien tehtävät vaihtelevat alati muuttuvan ympäristön, lisääntyvän koulutuksen sekä yhteisön luomien paineiden alla. (AORN 2015.) Työympäristönä se pakottaa luottamaan työkaveriinsa sekä hänen osaamiseensa. Kuitenkin ympäriltä tuleva paine tehokkuudesta, työntekijöiden puute sekä opiskelijoiden ja perehdytettävien tuoma lisätyö eivät helpota työssä suoriutumisessa. (Laflamme 2017.)

Association of perioperative nurses on tehnyt perioperatiivisen hoidon ohjeet. Niissä kuvataan hoitajien potilaskeskeisen hoitotyön pohjautuvan eettisille, moraalisisille sekä oikeudellisille periaatteille. Näiden nähdään olevan perusta kaikelle potilashoidolle. Perioperatiiviset potilaat ovat tilanteessa missä he tuntevat olonsa usein turvattomaksi ja

suojattomaksi. Onkin tärkeää, että he kuitenkin tuntevat saavansa yksityistä, luottamuksellista, arvostavaa sekä laadukasta hoitoa. (AORN 2015.) Heillä saattaa olla vaikeuksia ilmaista tarpeitaan ja tarvitsevat tukea hoitajiltaan. Tämän takia on tärkeää, että heidät otetaan mukaan kehittämään hoidon laatua vaiheeseen missä heillä itse on sillä hetkellä vaikea kertoa mielipiteitään. He ovat kuitenkin asiantuntijoita perioperatiivisessa hoidossa, henkilökunnan pystyessä vain kuvittelemaan miltä osin sitä tulisi parantaa potilaan näkökulmasta. (Forsberg ym. 2015.) Kuitenkin nykypäivänä kirjallisuus osoittaa kuinka potilas on otettava yhdeksi vaikuttajaksi arvioitaessa terveydenhuollon laatua sekä myös kehittämään sitä rintarinnan palvelujen tuottajien kanssa. (Siriwardena & Gillan 2014).

Perioperatiivisen hoidon laadun kehittämisessä on kirjallisuuden mukaan edetty nykypäivinä kolmen osa-alueen kautta. Niitä ovat tehokkuus, kokemus sekä turvallisuus. Niiden tutkimiseen sekä arviointiin on kehitetty mittareita, mutta paljon on vielä tehtävää, jotta perioperatiivisen hoidon laadun kehittämistyötä voidaan kutsua potilaslähtöiseksi. (Siriwardena & Gillam 2014.)

Tehokkuus

Tehokkuus on aina ollut määräävä tekijä leikkausosaston mittaristossa. Sen vaikutukset nähdään taloudessa, saatavuudessa sekä henkilökunnan että potilaiden tyytyväisyydessä. Potilastyytyväisyyteen sen nähdään vaikuttavan leikkausten peruuntumisten vähentymisenä sekä odotusaikojen lyhentymisenä. Kaliforniassa tehdyssä leikkausosaston kehitystyössä saatiin suuria ajansäästöjä aikaiseksi pienillä korjauksilla. Muutoksia tehtiin leikkausvalmisteluissa, potilaiden hoidon tarpeen arvioinnissa, informaation jakamisessa potilaihin liittyvistä lisätarpeista (eristys, tietyt laitteet ym.), kommunikoinnissa tukipalveluiden kanssa, instrumentointi ohjeiden päivityksessä sekä instrumenttivaraston järjestyksessä. Näillä muutoksilla päivän ensimmäisen potilaan aloitus lyheni normaalista 17minuutista 4minuuttiin ja salin vaihto aika 63minuutista 43minuuttiin. Näin saavutettiin vuotuiset 5500 lisätuntia käyttöön. Potilaiden odotusajat lyhenivät sekä peruuntumisia tapahtui vähemmän. (Sohrakoff ym. 2014.)

Di Capua (2013) kuvailee leikkaussalia laadun, kustannusten, hoitotulosten sekä ansainnan keskuksi minkä kehittämisen tulisi olla sairaalan prioriteeteissa korkealla. Hän näkee hyvin suoriutuvan leikkausosaston anestesiavetoisena yksikkönä mikä vaatii vahvan johtajan. Laadun kehittäminen on nähtävä arkipäiväisenä asiana, mitä tukee jatkuvasti saatava tieto hoitotuloksista sähköisessä muodossa. Laatua on myös arvioitava ja

ihmisiä on asetettava vastuuseen siitä. Kaiken takana nähdään motivoitunut henkilökunta, joka haluaa kehittää toimintaa. Näin laatu, kestävät hoitotulokset, kustannukset, korvaukset sekä yleinen taloudellinen tilanne pysyvät balanssissa keskenään.

Kawaguchi ym. (2015) korostaa Lean ajattelun tuomista perioperatiivisen hoidon kehittämiseen. Tutkimusnäyttö tukee sen toimivuutta tässä ympäristössä. Kaksi kirjallisuuskatsausta aiheesta saivat samansuuntaisia tuloksia. Sen nähtiin parantavan hoitotuloksia, lisäävän leikkaussalien tehokkuutta, vähentävän komplikaatioita sekä tarpeettomia kustannuksia.

Tehostetun toipumisen (Enhanced recovery after surgery, ERAS) on nähty ei pelkästään tehostavan toimintaa vähentämällä hoitopäiviä toimenpiteen jälkeen, vaan myös parantavan potilastyytyväisyyttä sekä lisäävän positiivisia kokemuksia. Brennan & Parsons (2017) tutki mallia 40 ortopedisen potilaan koeryhmällä ja totesivat mallin toimivan. Hyvän kivunhoidon sekä aikaisen liikkeellelähdon avulla pystyttiin vähentämään hoitopäiviä ja lisäämään tyytyväisyyttä.

Turvallisuus

Perioperatiivisen hoidon ydin on tiimityö, potilaan edustamisen sekä korkealaatuisen ja turvallisen hoidon tuottaminen. Kirjallisuus koskien terveydenhuollon turvallisuutta palaa useasti the Institute of Medicine 1999 julkaisemaan artikkeliin To Err is Human, Building a Safer Health System. Se nosti keskusteluun virheistä johtuvat potilaskuolemat, sekä korosti leikkaussalia ympäristönä, missä virheitä tehdään. Estettävissä olevia haittatapahtumia potilaille on tutkittu ja luvut näyttävät pitävän pintansa vuodesta toiseen. Laskeutavasta riippuen lukumäärät ovat olleet mittavia. Kanadassa tehty tutkimus osoitti 2004 että 7,5% potilaista kokevat hoidossaan haittatapahtuman, mistä n. 30% olisi ollut vältettävissä. Amerikassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin vuosina 2014- 2016, että 30% sairaalahoidossa oleville potilaille aiheutui haittatapahtuma, mikä sairaalanhoidon seurauksena johti vuodessa 400 000 potilaan ennen aikaiseen kuolemaan. Kanadassa tehdyn toisen tutkimuksen mukaan itseilmoitettujen haittatapausten määrä on n. 12-20% potilastapaustista vuonna 2009. Aiheesta tehty kysely kuitenkin kertoi haittatapausten määrän olevan huomattavasti isompi, sekä niistä vältettävien määrän olevan lähes puolet. (Laflamme 2017.)

Estettävissä olevat haittatapahtumat, kuten potilaaseen jäävät vierasesineet ovat haitallisia potilaalle, mutta syövät myös terveydenhuollon resursseja. Suurimpina juurisyinä pe-

rioperatiivisessa ympäristössä nähdään ryhmädynamiikassa, johdossa sekä kommunikoinnissa tapahtuvia ongelmia. Yleisimmin virhe löytyi ryhmän toiminnasta tai sen nähtiin olevan järjestelmävirhe. Tutkimukset kehottavatkin leikkausosastoja kiinnittämään huomiota ryhmätyöhön, kommunikointi tapoihin sekä turvallisuuskulttuuriin osastoilla. (Laflamme 2017.)

Tiimityöskentely mitä leikkaussaliympäristössä toteutetaan, nähdään käyttäytymisen, tiedon sekä asenteiden yhdistelmänä, joiden keskinäinen riippuvuus määrittelee suoriituksen onnistumisen. Alojenvälinen yhteistyö nähdään tiedonjaon sekä päätöksenteon kumppanuutena mikä optimoi potilaan parhaan hoitotuloksen. Tutkimus on kuitenkin osoittanut ihmisten haluavan pitää omasta ammatillisesta identiteetistään kiinni, yhteistyön kustannuksellakin. Edelleen leikkaussaleissa nähdään ryhmän sisäistä hierarkiaa, mikä estää puhtaan ryhmätyön toteutumista. Koulutus ei myöskään tue oppimista alojenvälisissä ryhmissä toimimiseen, vaan keskittyy paremminkin teknisten taitojen hallintaan. Tutkimus osoitti kuinka ryhmätyön harjoittelu sekä aiheen kouluttaminen leikkausosaston henkilökunnalle vaikutti potilasturvallisuuteen. Siinä käytiin läpi kommunikointi taitoja, itsevarmuustekijöitä, ongelman ratkaisutaitoja, tilannetajua, keskinäistä tukea, inhimillisiä tekijöitä sekä strukturoituja raportointivälineitä. Kaikkien alojenvälisen koulutusten nähtiin vaikuttavan potilasturvallisuuteen positiivisella tavalla. (Laflamme 2017.)

Inhimilliset tekijät vaikuttavat omalta osaltaan yhteistyön mahdollisiin ongelmiin. Se selittää työsuorituksen sekä ihmisen suorituskyvyn rajoitteisuuden keskinäisen suhteen, mikä auttaa ymmärtämään faktan siitä, että inhimillisten virheiden poistaminen ei ole mahdollista. Siihen nähdään vaikuttavan muistin lisäksi alttius keskittymiskyvyn herpaantumiselle, stressille sekä väsymykselle. Tarkkaavaisuus leikkaussalissa on ensisijaisen tärkeää ja tilannetajun on nähty vaikuttavan siihen. Ihmisen havainnointikyky, ymmärrys sekä se miten hän projisoi informaatiota kyseisessä ympäristössä vaikuttavat tilannetajun kehittymiseen. (Laflamme 2017.)

Potilaan osallistamista perioperatiivisen kontekstin potilasturvallisuustyöhön on tutkittu vähän. Muistakaan konteksteista tutkimuksia ei löydy useita. Davis ym. (2007) tutki potilaan osallistamista potilasturvallisuustyöhön. He löysivät viisi tekijää, joiden nähtiin vaikuttavan potilaan osallistamiseen. Niitä olivat potilaasta, sairaudesta, terveydenhuolto henkilöstöstä, hoito ympäristöstä sekä tapahtumasta johtuvat tekijät. Osa tekijöistä nähtiin vaikeuttavan potilaan osallistamista, kuten vakava sairaus, mikä vie voimat mahdolliselta kehittämistyöltä. Kuitenkin joidenkin kroonisten sairauksien kohdalla nähtiin potilaiden olevan kykeneviä osallistumaan potilasturvallisuustyöhön, heidän tietotaidon niin

sairaudesta kuin sen hoidostakin osalta. Lopputuloksena tutkijat näkivät potilaat kuitenkin vain pienenä osana suurempaa potilasturvallisuuskehitystä, missä heidän osansa oli toimia turvatarkastajina, mutta vain silloin kun he sitä halusivat ja tunsivat kykenevänsä siihen. Todellinen vastuu hoidon turvallisuudesta olisi aina tuottajalla.

Duhn & Medves (2018) tutkivat potilaan mahdollisuuksia osallistua potilasturvallisuuden kehittämistyöhön. He löysivät viisi osa-aluetta, jotka vaikuttavat heidän mahdollisuuksiinsa vaikuttaa. Niitä olivat potilaan yksilöllinen kapasiteetti mihin vaikuttavat henkinen ja fyysinen tila, ymmärrys sekä tietoisuus. Potilaan luonne, mihin vaikuttaa hänen maailmankuvansa, temperamenttinsa, selviytymisstrategia sekä valintansa. Kokemusperäinen tieto, mikä luo vaikutuksia tunteisiin sekä tekoihin, mutta samalla mahdollistaa kaavojen havainnoinnin tapahtumaketjuissa sekä virheen tunnistamisen näissä kaavoissa. Suhteet niin hoitohenkilökuntaan kuin muihin potilaisiin sekä omaisiin. Turvallisuuden käsitteen luominen, mihin vaikuttavat potilaan omat arvot sekä prioriteetit elämässä. Lopputuloksena nähtiin, että potilaita voidaan osallistaa potilasturvallisuustyöhön yksilöllisin valintaperustein, mistä ensimmäinen on potilaan oma halu ja kyvykkyys siihen. Ensimmäisesti heitä voi osallistaa keskustelemalla heidän kanssaan omasta hoidosta ja sen turvallisuusnäkökulmista ja näin ottaa heidän näkökulmansa huomioon laadunkehittämistyössä. (Duhn & Medves 2018.) Perioperatiivisessa kontekstissa tämä on hankalaa, vahvan läähityksen tai hoidon sisällön ollessa potilaalle tuntematon. Onkin järkevämpää osallistaa potilas kokemuksensa kautta hoidon laadun kehittämiseen kuin suoraan osallistaa potilasturvallisuus näkökulmasta perioperatiivisessa kontekstissa.

Perioperatiivisille osastoille tavanomaiset tehokkuusajattelu ja työvoiman puute altistavat haittapahtumille. Suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle ja alan laskeva mielenkiinto tuovat yhdessä lisää ongelmia jo vaikeaksi käyväälle rekrytoinnille. Riittämättömän työvoiman on nähty korreloivan haittapahtumille samoin, kun tyytymättömyydelle työskennellä alalla. Niistä johtuvat suuret poissaolomäärät sekä alanvaihdot eivät ainakaan paranna näkymiä. (Laflamme 2017.)

Perioperatiivisen potilaan turvallisen hoidon edesauttamiseksi on kehitelty uusi konsepti (Perioperative Surgical Home, PSH). Potilaan kirurginen hoito on aina jaettu kolmeen vaiheeseen pre-, intra- sekä postoperatiiviseen, minkä välillä potilaan hoitajat vaihtuvat. Tämän pirstaleisuuden nähdään myötävaikuttavan erilaisille haittapahtumille. Näitä ovat tarpeettomat tauot hoidossa henkilökunnan vaihtuessa tai raporttien määrän aiheuttamat virheelliset informaationannot (rikkinäinen puhelin). Konseptin nähdään paranta-

van hoitoa viidestä lähtökohdasta. Se parantaa hoitoon pääsyä sekä takaa hoidon jatkuvuuden. Se ottaa huomioon potilaan tilan, perussairaudet sekä riskitekijät. Se tarjoaa näyttöön perustuvaa hoitoa pre-, intra- sekä postoperatiivisesti. Se hoitaa, koordinoi ja seuraa perioperatiivista hoitoa yli erikoissalarajojen. Se myös arvioi ja parantaa suorituskykyä ja kustannustehokkuutta. Kaiken kaikkiaan konsepti optimoi potilaan hoidon riskikertoimilla sekä kehittämällä näyttöön perustuvat prosessit, samalla hoitotulokset paranevat ja kustannukset laskevat. (Kawauchi ym. 2014.)

3.3.3 Perioperatiivisen hoidon laadun kehittäminen potilaskeskeisesti kokemuksen näkökulmasta

Potilaskeskeisyydestä kohti potilastyytyväisyyttä ja potilaan kokemusta

2000-luvun alun kasvava mielenkiinto laadun kehittämistä kohtaan kasvatti myös kiinnostusta nostaa potilas keskeisemmälle sijalle siinä. (Wolfe 2001; Smirnova ym. 2017). Potilaskeskeisyydestä tuli yksi laadun kulmakivistä muun muassa turvallisuuden, oikea aikaisuuden sekä tehokkuuden kanssa. (Wolfe 2001.) Ongelmaksi kehitystyössä nousee käsitteiden kuten potilaskeskeisyyden, -tyytyväisyyden sekä -kokemuksen kohdalla sen määrittely, mikä ei vielä kukaan ole yhdenmukaista. (Ahmed ym. 2014; Scholl ym. 2014; Siriwardena & Gillan 2014; Cleary 2016; Smirnova ym. 2017.)

Potilaskeskeisyyden käsitteen määrittely ei ole yksiselitteistä (Ahmed ym. 2014; Scholl ym. 2014) minkä nähdään johtavan ulottuvuuksien tarkan mittaamisen vaikeutena, epäjohtonmukaisina tuloksina sekä implementoinnin vaikeuksina (Scholl ym. 2014). Samana vuonna, kun Siriwardena & Gillam (2014) päätyivät käsitteenmäärittelyssä yksilöllisen potilaan tarpeiden ja päätäntävällän kunnioitukseen kulttuuri- tai sosiaalitaustasta riippumatta, Scholl ym. (2014) tekivät systemaattista kirjallisuuskatsausta päästäkseen käsitteen selkeyteen. He löysivät 15 osa-aluetta mitkä olivat joko toimintaperiaatteita, mahdollistajia tai toimintoja. Toimintaperiaatteiksi laskettiin potilaan näkeminen yksilönä, psyko- fyysis- sosiaalisena kokonaisuutena sekä hoitajan ja hoidettavan vuoropuhelu. Mahdollistajia olivat hoidon koordinointi ja jatkuvuus, hoitoon pääsy, hoitojen integrointi sekä ryhmätyöskentely. Toimintoina nähtiin potilaan informointi ja osallistaminen hoitoon läheisten kanssa, potilaan voimaannuttaminen sekä fyysinen ja psyykinen tuki. (Scholl ym. 2014.)

Tämän jälkeenkin tutkimuksissa on nähtävissä eroja siinä, miten käsitettä tulkitaan. Smirnova ym. (2017) määrittelee potilaskeskeisyyden hoidoksi mikä kunnioittaa ja on herkkä potilaan mieltymyksille, tarpeille ja arvoille. Cleary (2016) lisää tähän vielä, että potilaan arvojen tulisi ohjata kaikkia kliinisiä päätöksiä hoidon aikana, jotta sitä voisi kutsua potilaskeskeiseksi. Berghout ym. (2015) tutkivat asiaa hoitajien näkökulmasta ja päätyivät siihen, että tärkeimmät hoidon potilaskeskeiset osa-alueet ovat potilaan kunnioitus ja arvostus, moniammatillinen yhteistyö hoidon koordinoinnissa sekä yhtäläinen hoitoon pääsy ja hyvät hoitotulokset.

Ensimmäisissä potilastyytyväisyys tutkimuksissa käytettiin mukavuuksia kuten parkkipaikkaa tai ruokaa merkittävässä osassa tutkimusta, mikä nykyään erotetaan hoidon laadusta. Tyytyväisyys itsessään on ongelmallinen. Se nähdään korkeintaan kertovan sen, onko odotuksiin vastattu. Potilas voi olla tyytyväinen huono laatuiseen hoitoon, mutta tyytymätön korkealaatuiseen hoitoon. Aiemmista kyselyistä puuttuivat kommunikointi, kunnioittava kohtelu sekä päätöksenteon tukeminen kokonaan, nykypäivänä niitä voisi pitää tärkeimpinä osa-alueina potilastyytyvääsyyttä mitatessa. (Cleary 2016.)

Potilastyytyväisyys ja potilaan kokemus ovat osittain päällekkäisiä, mutta eivät identtisiä konsepteja (Siriwardena & Gillan 2014). Hertel-Joergensenin (2018) mukaan kokemukseksi voidaan kutsua ne palvelujen osat, jotka hän on vastaanottanut, kun taas potilastyytyväisyys mittaa kuinka tyytyväinen hän on vastaanottamiinsa palveluihin. Tyytyväisyyden nähdään olevan syvällisempi kuin kokemus, mutta herkempi kätkemään vaikutuksia (Hertel-Joergensen 2018). Sen nähdään olevan subjektiivisempi ja herkempi myös odotuksille kuin kokemuksen (Ahmed ym. 2014; Hertel-Joergensen 2018). Siihen nähdään vaikuttavan myös saadun hoidon laatu. Tyytyväisyyden on nähty eri yhteyksissä kuuluvan potilaan kokemuksen käsitteen sisään, yhdeksi sen osa-alueista. Toisissa yhteyksissä taas se on yläkäsitteenä potilaan kokemukselle. (Ahmed ym. 2014.) Potilastyytyväisyyteen nähdään vaikuttavan enemmän terveydenhuollon ulkoiset tekijät kuin potilaan itsensä kokemukset hoidosta. Potilaan kokemus vaikutti merkittävästi tyytyväisyyteen, mutta muodosti vain n. 10% siihen vaikuttavista tekijöistä. Muita siihen vaikuttavia tekijöitä oli potilaan odotukset, terveydentila, hoidon muoto, rokotuskattavuus (Bleich ym. 2009) sekä hänen ajatuksensa, tunteensa sekä arvonsa (Falco ym. 2017).

Tyytyväisyys yhdessä kokemuksen kanssa nähdään ilmauksina hyödystä ja ilosta mitä palvelu käyttäjälleen tuottaa. Ymmärtääkseen potilaan kokemusta on yritettävä nähdä asiat hänen kauttaan. Tämä vaatii yhteistyötä potilaiden kanssa kerätessä kokemuksia

hyvistä sekä huonoista kokemuksista, niiden vielä vaihdellessa potilas- tai tilannekohtaisesti. (Siriwardena & Gillan 2014.)

Perioperatiivisessa kontekstissa tehtyjen tutkimusten mukaan potilastyytyväisyyteen ja kokemukseen vaikuttavia tekijöitä on useita. Tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan aiemmat toimenpiteet sekä anestesioidot, potilaan odotukset (Falco ym. 2017), hoitohenkilökunnan mukaan lukien lääkärin vuorovaikutus (Hawkins ym. 2012; Falco ym. 2017), saadut tulokset sekä kaikkeen tähän sekoittuneet potilaan tunteet. (Falco ym. 2017). Tyytyväisyyttä lisääviksi asioiksi nousi informaatio (Hawkins ym. 2012; Falco ym. 2017), potilaan kanssa käyty riski/hyöty arviointi ennen toimenpidettä sekä potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon. (Falco ym. 2017.)

Yleisanestesian läpikäyneen potilaan tyytyväisyyteen vaikuttavina tekijöinä löydettiin informaatio, kipu, pahoinvointi, odotusajat, henkilökunnan vuorovaikutustaidot, yksitoisuus, turvallisuus (Hawkins ym. 2012; Falco ym. 2017), hoidon jatkuvuus sekä tietoisuus (Falco ym. 2017). Ammattiryhmien välisellä yhteistyöllä, sairaalaympäristöllä sekä sen siisteydellä sekä riittävällä hoitohenkilökunta määrällä nähtiin myös olevan vaikutusta potilastyytyväisyyteen (Mazurenko ym. 2016). Anestesia- ja hoitolaakari, joka tarjosi potilaalle kannustavan, kuuntelevan sekä osallistavan ympäristön missä kysymyksiin vastattiin ja oltiin emotionaalisesti läsnä, lisäsi potilastyytyväisyyttä osastollaan. (Falco ym. 2017.)

Potilaan kokemus hoidosta

Potilaan kokemus nähdään koko ajan tärkeämpänä osana laadun kehittämistä (Ahmed ym. 2014; Siriwardena & Gillam 2014) ja sen nähdään heijastavan hoidon potilaskeskeisyyden asteen (Smirnovan ym. 2017). Fregene ym. (2019) eivät usko laadun kehittämistyöhön missä ei olisi otettu potilaan kokemusta huomioon. Sen ei nähdä pelkästään parantavan potilastyytyväisyyttä vaan myös laadun kahden muun osa-alueen tehokkuuden ja turvallisuuden osa-alueita. (Doyle ym. 2013.) Positiivisen kokemuksen on nähty lyhentävän sairaalassa oloa aikoja, vähentävän uusintakäyntejä, sekä olevan kustannustehokkaampaa. Siitä hyötyvät siis potilas sekä organisaatio. (Smirnova ym. 2017; Fregene ym. 2019.)

Vaikka potilaan kokemus on noussut yhdeksi tärkeimmäksi hoidon laadun osa-alueeksi, sillä on silti myös epäilijänsä. He esittävät epäilyksiä potilaiden osaamisen tasosta antaa arvioita hoidon laadusta. Kyselyt nähdään myös vaihtokaupan välineenä missä palvelun tarjoaja antaa kaiken mahdollisen ja joskus tarpeettomankin ja vastapalvelukseksi saa hyvät arviot hoidon kokemuksesta (Cleary 2016.) Kyselyiden vastausprosentit nähdään

niin alhaisina, että luotettavuutta voidaan kyseenalaistaa, sekä vastaajien ajatellaan si-
joittuvan kokemusten äärilaidoille, mikä tekee tulosten yleistettävyyden mahdottomaksi
(Ahmed ym 2014; Cleary 2016). Vastakkainasettelua on myös sairaaloiden välillä, missä
joku näkee hoitavansa alueen sairaimman potilasmateriaalin, kun taas toiset ne hyvä
kuntoisimmat ja näin pelko sen heijastumisesta tuloksiin nähtiin kasvavan. Parempi ta-
soisten ja huonommin resursoitujen sairaaloiden välillä pelättiin samaa kaavaa. (Cleary
2016.)

Hoitotyön laadulla nähdään olevan vaikutusta potilaan kokemukseen hoidon kokonais-
laadusta. Siihen vaikuttavat osaava hoitohenkilökunta, yhteistyökyvykyys työyhteis-
össä, itsenäinen hoitotyö, riittävä henkilökuntamäärä, päätäntävalta hoitotyöstä, johdon
tuki sekä potilaskeskeinen hoitokulttuuri. Näiden elementtien ottaminen osaksi hoito-
työtä, vaikuttaa omalta osaltaan myös potilaan kokemukseen positiivisesti. (Kieft ym
2014.)

Kokemuksen käsitteenmäärittelyssä löytyy eroja. Ahmed ym (2014) näkee sen potilaan
kokemuksena hoidosta, mutta myös palautteena tästä kokemuksesta. Näin siinä olisi
mukana sekä objektiiviset faktat että subjektiiviset näkemykset. Tämä jakaisi kokemuk-
sen tarkastelun kahteen, siihen mitä potilaalle tapahtui ja siihen mitä potilas kokemuk-
sestaan raportoi. Se nähdään moniulotteisena rakenteena mikä kattaa useita hoidon ele-
menttejä. Siihen usein liitettyjä kokonaisuuksia ovat hoidon varaaminen ja sinne pääsy
(NHS 2011; Ahmed ym 2014), tilat ja niiden siisteys (Ahmed ym 2014; Kieft ym 2014;
Greco ym 2015) sekä odotusajat (NHS 2011; Ahmed ym 2014; Kieft ym 2014).

Arvioidessa potilaan kokemusta hoidon laadusta saadaan tietoa itse kokemuksesta,
mutta samalla myös niistä laadun osa-alueista mitä potilaat pitävät kaikkein tärkeimpinä.
(Kieft ym 2014.) Eryteisesti hyvällä informaatiolla ja kommunikaatiolla on nähty olevan
positiivista vaikutusta kokemukseen (Jha ym 2008; NHS 2011; Ahmed ym 2014; Kieft
ym 2014; Greco ym 2015). Jha ym (2008) oli ainut joka jakoi kommunikoinnin lääkehoi-
dosta myös omaksi tekijäkseen, muun kommunikoinnin lisäksi. Hyvällä informaatiolla
nähtiin olevan vaikutuksia myös hoitotuloksiin kuten henkiseen hyvinvointiin, oireiden
ymmärrykseen, psyykkisiin osa-alueisiin sekä kipuun. Sen on nähty vaikuttavan myös
hoitomyönteisyyteen, minkä nähtiin nousevan 1,62 kertaiseksi jos lääkäri oli saanut vuo-
rovaikutus koulutusta (Ahmed ym 2014.)

Positiivisesti kokemukseen vaikuttavat myös potilaskeskeisten arvojen, mieltymysten
sekä ilmaistujen tarpeiden kunnioitus sekä hoidon koordinointi ja integrointi yli sosiaali-

ja terveysalan rajojen. (NHS 2011; Kieft ym 2014.) Fyysinen hyvinvointi (NHS 2011), emotionaalinen tuki, (NHS 2011; Kieft ym 2014; Greco ym 2015) läheisten ottaminen hoidon keskiöön, muutoksen tuki, jatkuvuus hoidossa, hoitoon pääsyn turvaaminen (NHS 2011; Kieft ym 2014) sekä potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon, empatisuus sekä kunnioitus (Kieft ym 2014) vaikuttavat myös positiivisesti. Jha ym (2008) näkivät että myös hoitotyön laadulla, kotiutumisen vaiheilla sekä kivunhoidolla oli vaikutusta potilaan kokemukseen hoidostaan.

Greco ym (2015) löysivät uusia tekijöitä minkä nähtiin vaikuttavan potilaan kokemukseen positiivisesti. Niitä olivat odotukset ja toiveet hoidolta, positiivinen asenne elämään ja tulevaisuuteen, uskonnollisuus ja sen tuoma usko tulevaan ja voimaantuminen sekä asenne vaihtoehtoisia hoitomuotoja kohtaan.

Kokemukseen vaikuttavat tekijät perioperatiivisessa kontekstissa

Potilaan kokemusta hyvästä hoidosta perioperatiivisessa kontekstissa ei ole tutkittu rutiininomaisesti ja siihen käytettäviä mittareita on käytössä vain muutamia (Forsberg ym. 2015; Pulkkinen ym. 2016; Hertel-Joergensen 2018). Perioperatiivisen hoidon laadun mittaaminen potilaan näkökulmasta olisi tärkeä näkökohta modernissa terveydenhuollossa. Ajatellen jo toimenpiteiden lukumäärää, ja näin ollen hoidon vaikuttavuuden laajuutta. Monet toimenpiteet tehdään nykyään erilaisissa puudutuksissa, minkä aikana potilaan on mahdollista arvioida hoitoaan koko prosessin ajalta. (Forsberg ym. 2015; Hertel-Joergensen 2018). Kehittääkseen hoidon laatua on ymmärrettävä nekin tekijät, jotka vaikuttavat haitallisesti tyytyväisyyteen sekä kokemukseen (Hertel-Joergensen 2018).

Perioperatiivinen potilas on tilanteessa missä hän on haavoittuva, eikä osaa tuoda tarpeitaan esille, vaan ennemminkin tarjoaa vastuun itsestään hoitohenkilökunnalle. Tämä luo tilanteen mikä nostaa potilaan kokemuksen ottamisen mukaan laadunkehittämistyöhön entistä tärkeämmäksi osaksi potilaskeskeisen hoidon tuottamista. (Forsberg ym. 2015 ; Pulkkinen ym. 2016.) Perioperatiivisen potilaan kokemukseen vaikuttavat monet asiat. Niitä ovat ikä, sukupuoli, riittävän informaation saaminen tulevasta toimenpiteestä, toimenpiteestä mahdollisesti saatava hyöty, potilas – hoitaja suhde sekä toimenpiteen laatu. Potilaan kokemuksen kautta arvostamat asiat hoidossa eroavat henkilökunnan arvostamista. Kirurgi saattaa arvottaa kädentaitonsa korkeammalle, potilaan taas arvottomalla hänen empatiansa tärkeämmäksi arvoksi. (Mazurenko ym. 2015.) Myles ym. (2018) tutki postoperatiivisen potilaan hyvinvointiin ja siten kokemukseen vaikuttavia

seikkoja. Niitä olivat postoperatiivinen kipu, huonovointisuus ja oksentaminen, mahasuolikanavan toipuminen, aika liikkumiskyvyn palautumiseen sekä unenlaatu. Tulosten mukaan myös yhden heräämöhoidon kokemustiedon (QoR tai QoR-15) mittarin antama tulos ennakoiki kokonaiskokemuksen tilaa.

Informaatio nousi perioperatiivisessakin kontekstissa yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi (Jha ym. 2008; Westerling & Bergbom 2008; Mazurenko ym. 2015; Forsberg ym. 2015; McCloy & McCutcheon 2016; Brennan & Parson 2017; Fregene ym. 2019). Kun asiaa tarkasteltiin potilaiden, hoitajien sekä johdon näkökulmasta. Potilaan positiivinen kokemus nähtiin olevan summa kaikesta vuorovaikutuksesta mitä potilas käsittää koko hoitonsa ajan, sekä sen vielä olevan yhteydessä hoitomyönteisyyden sekä hoitotulosten kanssa. (Mazurenko ym. 2015.)

Forsberg ym. (2015) tutki kirurgisten potilaiden kokemuksia ja päätyi siihen, että informaation ja osallistumisen tarpeet ovat perioperatiivisessa kontekstissa hyvin tilanne-, henkilö- sekä kirurgisidonnaisia. Potilaan tarvitseman tiedon määrä hoidon sisältöön vaikuttamiseksi on liian pieni, joten päätösvalta annetaan tämän takia henkilökunnalle. Hoitoympäristön ja tilanteen luoman jännityksen vuoksi myös muita tarpeita uskalletaan tuoda heikosti esiin. Tämä taas asettaa henkilökunnan tilaan missä heidän on oltava erityisen herkkä potilaan tuen tarpeelle. Hyvän informaation nähtiin myös olevan potilasidonnaista. Osa halusi paljonkin tietoa tulevasta, toisille yksityiskohtainen tieto lisäsi ahdistusta. Näiden osa-alueiden kehittäminen on siis kompleksista, ja vaatii paljon yksilöllistä otetta potilastyöhön.

Potilaiden sekä hoitajien näkökulmasta tärkeimmiksi kokemukseen vaikuttaviksi tekijöiksi perioperatiivisessa kontekstissa nousivat moniammatillinen yhteistyö, tekninen infrastruktuuri sekä henkilökuntamäärä (Jha ym. 2008; Mazurenko ym. 2015). Mikään näistä tekijöistä ei ole mukana eniten käytetyssä mittarissa potilaan kokemusta mitattaessa. Muita tärkeitä tekijöitä olivat tuottaja-asiakas suhde (Mazurenki ym. 2015), kivunhoito (Jha ym. 2008; Mazurenko ym. 2015; Myles ym. 2018) sekä siisteys. Nämä tukivat jo olemassa olevaa tutkimustulosta aiheesta. (Mazurenko ym. 2015.) Muita positiiviseen kokemukseen vaikuttavia tekijöitä ovat asianmukainen kotiutus sekä hoidon laatu (Jha ym. 2008).

McCloy & McCutcheon (2016) tutkivat potilaiden kokemuksia päiväkirurgiassa. Sen määrät ovat lisääntyneet huomasti viimeisen 20-vuoden aikana. 2006 kaikista kirurgisista toimenpiteistä 70% tehtiin päiväkirurgiana. Potilaat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä tai

todella tyytyväisiä hoitoonsa, mutta joitain osa-alueita suositellaan parannettavaksi. Puutteita löytyi kotiutumisvaiheessa kirjallisten ohjeiden saamisessa mukaan sekä kipulääkkeiden hankinnan informoinnissa (McCloy & McCutcheon 2016). Jha ym. (2008) totesivat saman perioperatiivisen potilaan kokemukseen vaikuttavien tekijöiden kohdalla. Parannettavaa löydettiin juuri lääkehoidon informoimisessa sekä kotiutusohjeissa. Nämä vaikuttavat kokemukseen, vaikkakaan eivät näkyneet suuresti kokonaistyytyväisyydessä. Tutkijat nostivat keskusteluun myös potilaan päätäntävällän omasta hoidostaan. Tutkimukseen osallistuneista vain 16% sai vaikuttaa siihen tehdäänkö toimenpide päiväkirurgisena vai ei. Kuitenkin korostamme terveydenhuollossa potilaan mukaan ottamista päätöksentekoon häntä koskevissa asioissa. Todellisuudessa nämä tilanteet ovat harvassa. (McCloy & McCutcheon 2016).

Homzova & Zelenikova (2015) tutkivat potilaan kokemaa ahdistusta ennen elektiivistä toimenpidettä. He totesivat, että ahdistusta kokevat eniten naiset sekä potilaat, jotka eivät aiemmin ole läpikäyneet toimenpiteitä. (Homzova & Zelenikova 2015.) Yleisanestesian läpikäyneet potilaat paradoksaalisesti kertoivat kokeneensa suurta ahdistusta sekä saadessaan informaatiota että kun eivät saaneet tarpeeksi informaatiota. Puudutuksen saaneet potilaat kertoivat vähentyneestä ahdistuksesta saadessaan kuunnella musiikkia toimenpiteen aikana. (Falco ym. 20017.) Homzova & Zelenikova (2015) totesivat, että aiemmalla negatiivisella kokemuksella tai koulutustaustalla ei näyttänyt olevan vaikutusta ahdistuksen määrään. Falco ym. (2017) totesivat myös että, vain positiivisella kokemuksella oli merkitystä, kun aiemman positiivisen kokemuksen omanneet potilaat raportoivat vähemmän ahdistusta tullessaan uudestaan toimenpiteeseen. Ahdistusta koettiin eniten toimenpiteen jälkeisestä kivusta (Homzova & Zelenikova 2015; Falco ym. 2017), pahoinvoinnista sekä oksentamisesta (Homzova & Zelenikova 2015), anestesiologisista komplikaatioista, anestesian jälkeisestä heräämisestä, toimenpidekomplikaatiosta, (Homzova & Zelenikova 2015; Falco ym. 2017) leikkauksen lykkääntymisestä, (Homzova & Zelenikova 2015), avuttomuuden tunteesta, kontrollin menetyksestä, kuolemasta sekä itse leikkaamiseen liittyvistä seikkoista (Falco ym. 2017). Edellinen huono kokemus jostain anestesiamuodosta, vaikutti potilaan päätökseen valita jokin muu vaihtoehtoista. Suurempaa ahdistuksen ja pelon määrää koettiin yleisesti nukutusta kohtaan kaikista anestesiamuodoista. Potilas luottaa anestesiamuodon valinnassa kuitenkin usein anestesia lääkäriin tai kirurgiin. (Falco ym. 2017.)

Fregene ym. (2019) tutkivat potilaan perioperatiivista kokemusta elektiivisten potilaiden kohdalla. He tunnistivat kolme syytä mitkä huononsivat kokemusta. Suurin oli pitkät odotusajat, minkä vaikutusta kokemukseen lisäsi vielä se, että potilaat itse eivät tienneet joutuvansa odottamaan tullessaan sairaalaan. Toisena oli huono kommunikointi hoitajien välillä. Tämä yhdistettynä edelliseen lisäsi kokemuksen negatiivisuutta vielä ennestään. Viimeisenä oli paasto, mikä yhdistettynä pitkään odotukseen suurensi negatiivista kokemusta.

Yksilöllisyys on tärkeä piirre hyvässä hoidossa. Sen nähdään pohjautuvan hoitotyön etiikasta, mikä korostaa potilaiden kohtaamista yksilönä. Vaikka yksilöllisyys nähdään tärkeänä, tutkimusten mukaan yksilöllistä hoitoa on silti tarjolla melko vähän. Tutkimuksia yksilöllisyyden ulottuvuuksista on muutamia, mutta mittariston osia mitkä muodostaisivat mitattavan muodon yksilölliselle hoidolle ei ole. Potilaiden näkökulmasta asiaa on tutkittu rajallisesti. Tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että sitä voidaan arvioida kahdesta eri näkökulmasta. Tuetaanko potilaan yksilöllisyyttä hoitotyön toiminnoilla ja toteutuuko yksilöllinen hoito potilaiden arvioimana. Suhonen ym. (2004) testasivat yksilöllisen hoidonmittaria potilaan näkökulmasta. Kahden eri näkökulman lisäksi annettiin vielä kolme eri kontekstia missä potilaan arvio tapahtuisi. Näitä oli hoidollinen tapahtuma, henkilökohtaisen elämän tilanne sekä päätöksenteko. Kirurgiset potilaat arvioivat miten yksilöllisyyttä tuettiin sekä koettiin mittarin avulla. Hoidollisissa tilanteissa yksilöllisyyttä tuettiin kohtuullisesti sekä hoito koettiin melko yksilölliseksi. Henkilökohtaisen elämän näkökulmasta tukea saatiin ja koettiin vähiten. Hoitoon liittyvässä päätöksenteossa potilaat kokivat saavansa eniten tukea. (Suhonen ym. 2004.)

Pulkkinen ym. (2016), Westerling & Bergbom (2008) sekä Lindwall & von Post (2009) tutkivat perioperatiivisen dialogin merkitystä potilaan kokemukselle perioperatiivisen hoidon yhteydessä. Keskustelut kulkivat saman perioperatiivisen kaavan mukaisesti pre-, intra- sekä postoperaatiivinen keskustelu. Potilaat kokivat keskustelujen tuovan kaipaamaansa yksilöllisyyttä ja arvostusta hoitoonsa ja näin saavansa korkealaatuisempaa hoitoa. (Pulkkinen ym. 2016). He olivat tyytyväisiä saamaansa informaatioon tulevasta ja mahdollisuudesta kysyä mieltä askarruttavista asioista. Potilaat kokivat tärkeäksi sen, että tutut hoitajat olivat heitä vastassa leikkausosastolla ja näin tunsivat olevansa muutakin kuin objekteja. (Westerling & Bergbom 2008). Tämän ”syvän ystävyyden” luoman ilmapiiri vuoksi potilaat tunsivat luottavaisin mielin antavan ruumiinsa henkilökunnan käsiin toimenpiteen ajaksi (Lindwall & von Post 2009).

Kaikissa tutkimuksissa potilaat tunsivat syvää kiitollisuutta saamastaan ajasta ja aidosta kohtaamisesta hoitajansa kanssa. Yhdeksi tärkeimmistä seikoista potilaan kokemuksessa nähtiin hoidon jatkuvuus, mikä itsessään toi monia hyviä osatekijöitä potilaan kokemukseen hoidosta. (Westerling & Bergbom 2008; Lindwall & von Post 2009; Pulkkinen ym. 2016). Malli herätteli myös hoitajia uusilla ajatuksilla perustyöstään, leikkausta vaativien potilaiden hoidossa. Sen nähtiin tuovan lisää välittämistä perioperatiiviseen hoitoon sekä tuovan erilaisen henkilökohtaisen vastuun käsitteen potilaasta (Lindwall & von Post 2009). Mallin nähdään tuovan parannuksia perioperatiiviseen hoitoon niin potilastyytyväisyyden kuin potilasturvallisuudenkin saralla. Westerling & Bergbom (2008) kokivat että hoitajien antama informaatio ennen toimenpidettä lisäsivät potilaan tietoa, tietoisuutta sekä tyytyväisyyttä koskien hoitoa. Sen nähtiin myös parantavan postoperatiivista toipumista sekä vähentävän levottomuutta. Optimaalisimmaksi tavaksi jakaa informaatiota todettiin yhdistelmä suullista sekä kirjoitettua tietoa, mutta tärkeimmäksi reitiksi preoperatiivinen hoitajakäynti. Läpikäytyään nämä keskustelut potilaat kokivat olevansa enemmänkin osallistujia kuin objekteja hoidossaan.

Brennan & Parsons (2017) tutkivat ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) vaikutuksia ortopedisten potilaiden hoitoon. Siihen sisältyy epiduraalikatetri kivunhoitoon, aikainen liikkeellelähtö, enteraalinen ravitsemus sekä moniammatillinen hoito. Näiden nähtiin vähentävän sairaalassaoloaikoja yli puolella, mutta myös lisäävän tyytyväisyyttä sekä positiivista kokemusta hoidosta. Ryhmän sisällä väheni tarve kipulääkkeille toimenpiteen jälkeen sekä pahoinvointia oli vähemmän. Kaiken ytimessä oli potilaan opetus ja informointi kaikissa hoidon vaiheissa, useammalla kuin yhdellä tavalla.

Postoperatiivisen toipumisen arviointiin on kehitelty oma mittarinsa Quality of Recovery (QoR-40). Sen tarkoitus on mitata potilaan arvioimana hänen toipumisestaan toimenpiteestä sekä anestesiasta. Mittari koostuu viidestä osa-alueesta, jotka ovat potilaan tuki, hyvinvointi, tunteet, fyysinen itsenäisyys sekä kipu. Se on eniten käytetty mittari, mikä on todettu validiksi sekä toimivaksi niin kliinisissä kuin tutkimusympäristöissäkin. (Gornall ym. 2013.)

Tutkimustieto on vielä hajanaista, vaikka kokemusta on paljon tutkittukin. Selkeää käsitteenmäärittystä ei potilaan kokemukselle vielä ole ja jokainen mittari näyttää vielä omalta yksilölliseltä itseltään teemoineen. Tiettyjä yhtenäisyyksiä niistä toki löytyy, mutta suuret eroavaisuudet estävät vielä niiden keskinäisen vertailtavuuden. Toivottavasti uusi laaturekisteri mahdollistaisi kansallisen kokemustietorekisterin käyttöönoton, mikä johtaisi maanlaajuiseen hoidon laadun kehittämiseen potilaslähtöisesti.

4 TUTKIMUKSELLINEN OSIO

Tutkimuksellisen osion ensimmäisessä vaiheessa tehtiin kirjallisuuskatsaus tutkittavasta aiheesta. Näin aiheen teoreettinen viitekehys tuli tutuksi ja itse tutkimus sai tarvitsemansa kehykset. Teoreettinen viitekehys koostui perioperatiivisen potilaan kokemuksesta hoidon laadusta, mistä tehtiin kyselytutkimus leikkausosastopotilaille tutkimuksellisenä osana projektia. Toinen osa käsitteli terveydenhuollon laadun kehittämistä potilaslähtöisesti. Tämän osan tarkoituksena oli tuoda avaimia osaston kehittämistyöhön tutkimustulosten valossa.

4.1 Tutkimuskysymykset sekä kirjallisuushakujen toteutus

Kirjallisuuskatsausta ohjaaviksi tutkimuskysymyksiksi asetettiin seuraavat:

- Minkälainen on perioperatiivisen potilaan kokemus hoidon laadusta?
- Mitä on potilaslähtöinen laadun kehittäminen terveydenhuollossa?

Kirjallisuuskatsauksen hakuvaihe aloitettiin tekemällä yksittäisiä sanahakuja ja niiden yhdistelmiä. Hakusanat jaettiin ryhmiin riippuen siitä, mihin kysymykseen haettiin vastausta. Laatua koskevana hakusanoina käytettiin quality of care, quality of health care, quality of perioperative care, quality patient care sekä quality nursing care. Kehittämistä koskevana hakusanoina käytettiin improving, quality improvement, evaluation sekä quality development. Potilasta ja kokemusta koskevana hakusanoina käytettiin patient, patient satisfaction, patient point of view, patient centered care, patient expectation sekä patient experience. Kontekstiin liittyvinä sanoina käytettiin perioperative care ja operating room. Lopulta näistä tehtiin toimivimmat fraasit ja haettiin niillä kaikista tietokannoista. Tietokantoja joita käytettiin olivat: EBSCOhost Academic Search Elite, PubMed sekä Chinal.

Haun rajauksina käytettiin koko tekstin avointa saatavuutta. Tutkimuksia otettiin vuosittain vaihteesta lähtien, siitäkin syystä, että aihe oli selkeästi alkanut kiinnostaa tutkijoita silloin. Hoidon laatu itsessään ei ole helppo tutkimusaihe ja potilaan kokemus siinä kontekstissa alkaa vasta nyt kehittymään tutkimuskohteena mitattavaksi. Siksi pitemmän

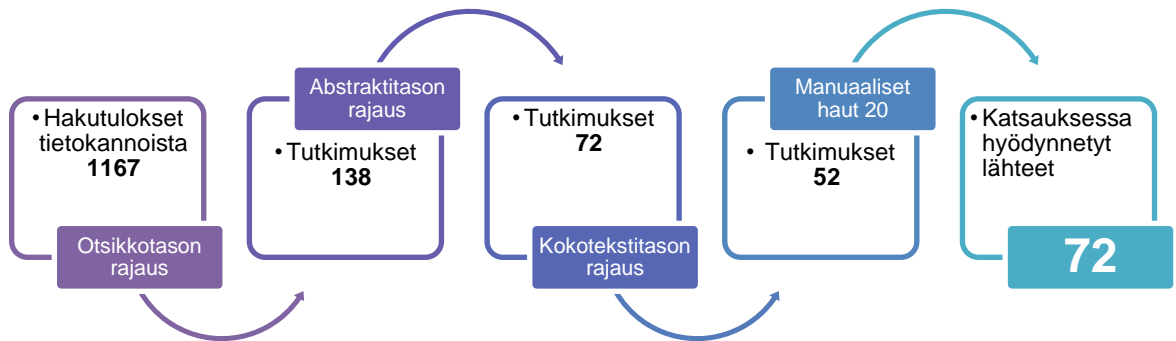
aikavälin ottaminen mukaan tuo vain syvyyttä aiheeseen, eikä niinkään tuo vanhentuneita tuloksia katsaukseen.

Inklusiokriteereinä pidettiin vuosituhannen vaihteeseen sijoittuva tai uudempi tutkimus, mikä on tehty joko englannin tai suomen kielellä. Tutkimusryhmänä kävivät asiakas, potilas sekä palvelun käyttäjä. Ikä rajausta ei tehty, mutta kaikki tutkimukset oli tehty aikuisille potilaille, yli 18- vuotiaille. Tutkimusmetodilla ei ollut väliä. Eksklusiokriteereinä pidettiin sitä, että kokemus piti olla potilaan oma, eikä esimerkiksi läheisen kokemus hoidosta. Kokemuksen piti tapahtua ainakin osittain sairaalassa tai hoitoyksikössä.

Haun tuloksiin hyväksyttiin systemaattisia katsauksia, yksittäisiä tutkimuksia, isojen organisaatioiden tuottamia suosituksia sekä yksittäisten aihetta tutkineiden tutkijoiden artikkeleita aiheesta. Eri olennaiset lainsäädännöt sekä säädökset mitkä vaikuttivat tutkittavaan aiheeseen, otettiin mukaan. Tietokannoista tehtyjen hakujen lisäksi katsaukseen otettiin manuaalisia lähteitä, mitä löytyi lukiessa hakujen tuloksina löydettyjä tutkimuksia ja eri tietokantojen samankaltaisiksi ehdottamia, kysymysten kannalta relevantteja artikkeleja.

4.2 Hakutulosten karsinta

Tarkoitus oli mahdollisimman laajasti tutustua tutkittavaan alueeseen. Tietokantahakujen tulokseksi saatiin 1167 artikkelia. Ne luettiin otsikkotasolla kaikki. Tässä kohtaa kaikki tutkimukset mitkä eivät olleet relevantteja tutkimuskysymysten osalta karsittiin pois. Jäljelle jäivät 138 tutkimusta. Jäljelle jäävistä tutkimuksista luettiin tiivistelmät, minkä jälkeen tehtiin taas rajausta mukaan otettavien tutkimusten kohdalla. Suurin ongelma tuntui olevan oikeanlaisen laadun tutkimuksen löytäminen. Laatua on tutkittu paljon, mutta suurin osa on vaikuttavuustutkimusta kliiniseltä puolelta. Tutkimuksia joutui lukemaan paljon, vaikka tulokseksi löytyi melko vähän tutkimuskysymyksiin nähden relevantteja tutkimuksia. Koko teksti vaiheeseen asti pääsi 72 tutkimusta. Niiden lukuvaiheessa sieltä tippui vielä tutkimuksia pois, niiden ollessa aiheen vierestä tai tutkimuksen ollessa väärälle potilasryhmälle. Lopulliseen katsaukseen pääsi 52 tutkimusta mihin lisätään vielä manuaaliset lähteet, (20) joiden määrää lisää lainsäädännön lisääminen katsaukseen. Kuviossa 1. nähdään karsinnan prosessi.



Kuvio 1. Hakutulosten karsinta

4.3 Tutkimusmenetelmät ja aineisto

Kyseessä oli perioperatiivista hoidon laatua potilaan näkökulmasta käsittelevä tutkimus, joka toteutetaan yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun ja Turun yliopistollisen keskussairaalan kanssa. Tutkimus kuuluu osana YAMK-tutkinnon kehittämistehtävää. Tutkimusstrategiana toimi Survey- tutkimus, missä tietyltä ihmisjoukolta kerätään tietoa standardoidussa muodossa ja näin kuvaillaan tutkittavaa asiaa (Hirsjärvi ym. 2007, 130-131). Tutkimusmenetelmäksi on valikoitui määrällinen kyselytutkimus, koska tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa hoidon laatua potilaan näkökulmasta mahdollisimman laajalla otannalla, tietyllä aikavälillä ja aineisto on muutettavissa mitattavaan muotoon (Hirsjärvi ym. 2007,134-135). Tutkimusasetelmana toimii poikittaistutkimus, missä tutkittavaa aihetta tutkitaan tietyllä ajanjaksolla ja aineistoa kerätään useilta vastaajilta. Tämä asetelma on valittu siksi, että tutkimuksessa halutaan kuvata hoidon laatua tietyllä hetkellä

(Valli 2018.) Mahdollisia jatkotutkimuksia voidaan tulevaisuudessa verrata tämän tutkimuksen tuloksiin.

Kehittämistehtävän tutkimukselliseen osioon kuuluu kysely mikä suoritetaan valmiilla Hyvä Perioperatiivinen Hoito- mittarilla (LIITE 1.) (Leinonen & Leino-Kilpi 2008). Mittarin käyttöluvut on hankittu mittarin tekijöiltä. Kyselylomake on ollut käytössä aiemmissakin tutkimuksissa ja esimerkiksi Helsingin yliopistollinen keskussairaala käyttää sitä laadun kehittämistyökaluna kerätessään potilaskokemusaineistoa. Mittari on siis jo testattu ja todettu luotettavasti vastaavan tähän tutkimuskysymykseen.

- Minkälainen on perioperatiivisen potilaan kokemus hoidon laadusta?

Kyselylomaketta pidetään yhtenä vanhimmista tavoista kerätä aineistoa ja se on menetelmänä tehokas niin ajankäytöllisesti kuin aineistonkäsittely mielessäkin. Kyselytutkimusten huonona puolena voidaan pitää mahdollista vastausprosenttien katoa, eli pie- nuutta (Hirsjärvi ym 2007, 190). Siihen vaikuttaa myös osaltaan kyselyjen pituus. (Valli 2018.) Kyseinen kysely sisältää 35 kysymystä. Aineisto kerätään potilailta, jotka ovat juuri läpikäyneet leikkauksen, joten tämäkin voi vaikuttaa vastausprosenttiin.

Tutkimusyksikkönä toimi TOTTEK- toimialueen T-leikkausosasto, jonka potilaat suorittivat vapaaehtoisen kyselyn. Sisäänottokriteereinä olivat: täysi-ikäisyys sekä tietoinen suostumus minkä nähtiin täyttyvän, kun osallistuja vastasi kyselylomakkeeseen.

Otannalla on suuri vaikutus määrällisessä tutkimuksessa, missä pyritään yleistämään tutkimustuloksia perusjoukkoon (Valli 2018). Mitään prosenttimääräistä otantaa ei tässä tutkimuksessa oltu hakemassa, perusjoukon ollessa lähes kymmentuhatta vuosittain. Tarvittavan määrän nähtiin kuitenkin olevan kolminumeroinen, tässä tapauksessa yli 150. Näin siksikin, että tarkoituksena on laskea korrelaatioita väittämien ja taustamuut- tujen välillä (Hirsjärvi 2007, 175).

Kyselyssä otanta oli elokuun- marraskuun 2019 välillä kaikki sisäänottokriteerit täyttävät henkilöt, jotka läpikävivät toimenpiteen tutkimukseen osallistuvalla osastolla (TOTTEK). Aineiston keruu lopetettiin, kun tarpeellinen määrä (168) vastattuja lomakkeita palautui. Tämä siksikin, että tutkimuksen aikataulu on sidoksissa projektipäällikön opintoihin. Ai- neistonkeruun oli siksi toteuduttava syksyn aikana. Osaston leikkausvolyymin ollessa suuri, oli odotettavaa, että aineisto saatiin kerättyä kyseisessä aikataulussa.

Kysely sisälsi kysymyksiä kaikista perioperatiivisista vaiheista (pre-, intra- sekä postoperatiivisista). Näin ollen kyselylomake jaettiin potilaille siinä vaiheessa, kun heidät oltiin siirtämässä vuodeosastolle. Kyselyn jakoi heräämön hoitaja, ketä samalla kertoi tutkimuksen pääkohdat sekä tiedotti kyselyn vapaaehtoisuudesta. Potilasta kehoitettiin täyttämään kysely, jonka jälkeen se jätettiin vuodeosastolle, mistä se kerättiin analysoitavaksi. Näin potilas sai rauhassa päättää vuodeosastohoidon aikana vastaako kyselyyn. Näin vähennettiin potilaan kokemaa painetta osallistua tutkimukseen. Missään tutkimuksen vaiheessa ei kerätty tutkittavien henkilötietoja eikä heitä pystytty kyselyistä identifioimaan. Kaikki materiaali käsiteltiin luottamuksellisesti ja analyysi vaiheessa koodattuna.

4.4 Kvantitatiivinen analyysi

Vastatut kyselyt numeroitiin (n=168) ja tarkastettiin. Lomakkeet, joista yli 25% kysymyksistä oli jätetty vastaamatta (n=14) hylättiin tutkimuksesta sen luotettavuuden takaamiseksi. Lopulta hyväksytyjä lomakkeita saatiin (N=154). Lomakkeita jaettiin potilaille 280kpl ja vastausprosentiksi saatiin 60% (168) ja 55% (154). Aluksi tutkimuslomakkeen tiedot syötettiin havaintomatriisiin kaikkien muuttujien osalta. Ne tarkastettiin muuttujien nimien ja arvojen selitteiden kohdalta vastaamaan kyselylomakkeen tietoja. Tämän jälkeen vastaukset syötettiin havaintomatriisiin ja tarkastettiin analysoimalla niiden vaihteluväli. Lopulta aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistic 26 ohjelmalla. Taustamuuttujista sekä väittämistä määritettiin frekvenssit ja prosentit. Väittämistä tehtiin teemojen mukaiset summamuuttujat, joita vertailtiin taustamuuttujien kanssa keskiarvoina. Taustamuuttujien ja väittämien väliset merkitsevät erot määritettiin käyttämällä Kruskal-Wallis H testiä sekä varmistamalla ne Mann-Whitney U testillä. Väittämien yleiskuvan saamiseksi niiden keskiarvot kuvataan taulukossa.

4.5 Sisällönanalyysin metodologia

Sisällönanalyysi on metodi, jossa etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia aineistosta (Vilkka 2009, 140.) Avointen kysymysten kohdalla käytin aineistonanalyysia rakentaessani havaittuja kokonaisuuksia vastauksista. Kokonaisuuksia rakentaessani huomasin niiden kuitenkin rakentuvan jo mittarissa käytyjen kokonaisuuksien mukaisesti, joten lopulta analyysistä tuli teoriaohjautunut aineistonanalyysi. Aineistolähtöisestä

analyysistä tulee teoriaohjautuva analyysi, kun data jaetaan teoriasta tulleisiin kategorioihin (Tuomi & Sarajärvi 2007, 12-88).

Tutkimusongelman on ohjattava myös metodologiaa. Koska tarkoitus oli kartoittaa potilaan kokemusta hoidosta on hyvä ettei analyysi ole täysin teorialähtöinen ja näin pelkääntään muokkaa jo olemassa olevaa teoreettista käsitystä potilaiden antamien merkitysten avulla vaan myös sisällön analyysin kautta tarkentaa kuvaa potilaiden merkitysmaailmasta ja näin lisätä ymmärrystä heidän ajattelutavoistaan tutkimustulosten valossa (Villka 2005, 140-141). Avointen kysymysten ollessa kuitenkin vain ns. tukimateriaalia kyselylomakkeen strukturoiduille kysymyksille, ja vastausten ollessa yleensä lyhyitä parin sanan mittaisia toteamuksia, jäi varsinaiselle sisällön analyysille melko vähän tilaa. Koen kuitenkin, että vastaukset täydensivät strukturoituja kysymyksiä ja niiltä saatiin lisäarvoa tuloksiin.

5 TULOKSET

5.1 Kvantitatiivisen aineiston tulokset

5.1.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneista suurin ryhmä olivat 56-70- vuotiaat sekä 41-55- vuotiaat. Näin ollen tutkimukseen vastanneista liki 64% olivat 41-70-vuotiaita. Koulutustaustaltaan osallistujista eniten oli ammattitutkinnon suorittaneita. Ison ryhmän muodostivat myös kansa-, keski- tai peruskoulun suorittaneet n. 26%. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Ikä	n	%
0-25	7	4,6
26-40	16	10,5
41-55	47	31
56-70	50	32,8
71-90	34	21,1
Total	152	100
Koulutustausta		
kansa-, keski- tai peruskoulu	40	26,1
lukio	2	1,3
ammattitutkinto tai vastaava	70	45,8
ammattikorkeakoulututkinto	23	15
korkeakoulututkinto	18	11,8
Total	153	100

5.1.2 Toimenpiteen ennakkotiedot

Tutkimukseen osallistuneista yli puolet saapuivat leikkausosastolle aamulla (Taulukko 2.). Suurimman osan (68,8%) toimenpide oli ennalta suunniteltu ja kaikista toimenpiteistä n. 73% tehtiin nukutuksessa. Yksikään toimenpide ei ollut päiväkirurginen.

Taulukko 2. Toimenpiteen ennakkotiedot

Saavuिन leikkausosastolle	n	%
aamulla	93	60,4
aamupäivällä	14	9,1
päivällä	15	9,7
iltapäivällä	14	9,1
illalla	12	7,8
yöllä	5	3,2
Toimenpiteeni oli		
ennalta suunniteltu	106	68,8
päivystysluonteinen	48	31,2
päiväkirurginen	0	0
Toimenpiteeni tehtiin		
nukutuksessa	113	73,4
puudutuksessa	40	26
jotain muuta	1	0,6

5.1.3 Kokemukseen vaikuttavat kysymykset

Lähes kaikilla vastanneilla oli selkeä muistikuva leikkausosastolle tulosta. Noin kaksi kolmannesta muistivat selvästi siirron leikkausosastolta vuodeosastolle, mutta noin kolmanneksen muistikuvat heräämössä oloajasta olivat epäselviä (Taulukko 3.). Keskimäärin selkeimmät muistikuvat perioperatiivisesta hoidosta saavuttivat alle 25-vuotiaat, sekä potilaat, jotka saapuivat osastolle illalla. Puudutettujen potilaiden muistikuvat olivat selkeämmät toimenpiteestä, heräämöhoidosta ja osastolta lähdöstä kuin nukutettujen potilaiden ($p < 0,001$). Potilaat joiden toimenpide tehtiin elektiivisenä muistivat siirron vuodeosastolle paremmin kuin päivystystoimenpiteen läpikäyneet potilaat ($p < 0,05$), mutta muissa vaiheissa päivystyspotilaiden muistikuvat olivat keskimäärin selkeämmät.

Taulukko 3. Muistikuvat leikkausosastolla

Muistikuvat leikkausosastolla	selvästi n	selvästi %	epäselvästi n	epäselvästi %	en muista mitään n	en muista mitään %	n
tuloni osastolle	150	97,4	3	1,9	1	0,6	154
leikkaussalissa	45	30,2	8	5,4	96	64,4	149
heräämössä	98	64,9	44	29,1	9	6	151
lähtöni osastolta	103	70,1	11	7,5	13	22,4	147

Selkeä enemmistö vastaajista tapasi leikkaavan lääkärin ennen toimenpidettä (Taulukko 4.). Siihen vaikuttivat kuitenkin tietyt taustamuuttujat: potilaat joiden toimenpide tehtiin illalla tai yöllä tapasivat kirurgin ennen toimenpidettä suuremmalla todennäköisyydellä kuin muina aikoina osastolle tulleet potilaat ($p < 0,05$) myös päivystystoimenpiteeseen saapuvat potilaat näkivät kirurgin useammin kuin elekttiiviseen toimenpiteeseen saapuvat ($p < 0,01$). Anestesiaalääkärin tapasivat kaksi kolmesta ennen tulevaa toimenpidettä. Kuitenkin niin, että yöllä toimenpiteeseen tullut tapasi hänet suuremmalla todennäköisyydellä kuin aamulla, päivällä tai iltapäivällä toimenpiteeseen tulleet ($p < 0,02$). Päivystykselliset potilaat näkivät anestesiaalääkärin suuremmalla todennäköisyydellä kuin elekttiiviseen toimenpiteeseen saapuvat potilaat ($p < 0,05$). Leikkausosastonhoitajan tapamiseen vaikutti taustatekijöistä vain toimenpiteen päivystyksellisyys, mikä nosti potilaan mahdollisuutta nähdä hoitaja ennen toimenpidettä ($p \leq 0,01$).

Taulukko 4. Ennen toimenpidettä tapahtuva mahdollinen tapaaminen leikkaavan lääkärin, anestesiaalääkärin sekä leikkausosaston hoitajan kanssa.

Tapaaminen ennen toimenpidettä	kyllä n	kyllä %	ei n	ei %	en osaa sanoa n	en osaa sanoa %	total
Leikkaava lääkäri	127	82,5	16	10,4	11	7,1	154
Anestesiaalääkäri	101	66,4	43	28,3	8	5,3	152
leikkausosaston hoitaja	108	66,4	32	20,9	13	8,5	153

Tutkituista huomattavan suuri osa ei halunnut kuunnella musiikkia toimenpiteen aikana (Taulukko 5.). Mahdollisuutta sen kuunteluun ei kuitenkaan tarjottu kuin kymmenelle.

Potilaat joiden toimenpide tehtiin nukutuksessa halusivat merkitsevästi enemmän kuunnella musiikkia. Heille sitä myös tarjottiin enemmän kuin potilaille, joiden toimenpide tehtiin puudutuksessa ($p < 0,01$).

Taulukko 5. Mahdollisuus musiikin kuunteluun sekä halu siihen.

Musiikki	kyllä n	kyllä(%)	ei n	ei (%)
halu kuunnella musiikkia	25	(18)	112	(82)
tarjottu mahdollisuus	10	(7)	134	(93)

5.1.4 Fyysiset ja psyykkiset tuntemukset sekä informaation saaminen ennen ja leikkausosastohoidon aikana

Tutkituista yli kolmannes ei kokenut kipua lainkaan ennen leikkausosastolle siirtymistä, mutta yli puolet vastaajista sitä kokivat vähän tai paljon (Taulukko 6.). Päivystyspotilaat kokivat merkitsevästi enemmän kipua ennen toimenpidettä kuin elektiiviset potilaat ($p < 0,01$). Tämä näkyy myös toimenpideaikojen vaikutuksessa. Potilaat joiden toimenpide tehtiin aamulla kokivat merkitsevästi vähemmän kipua ennen osastolle saapumista kuin päivällä, iltapäivällä ja yöllä tehtyjen toimenpiteiden potilaat ($p < 0,05$). Keskimäärin eniten kipua ennen osastolle tuloa kokivat alle 25-vuotiaat ja vähiten yli 70-vuotiaat potilaat.

Pahoinvointia koki hyvin pieni osa tutkituista. Päivystyspotilaat kokivat sitä enemmän ennen toimenpidettä kuin elektiiviset potilaat ($p < 0,05$). Toimenpiteen ajankohdalla oli vaikutusta siten, että aamulla osastolle tulleet kokivat sitä vähemmän kuin päivällä, iltapäivällä ja yöllä hoidetut potilaat ($p < 0,05$). Nukutetut potilaat kokivat keskimäärin enemmän pahoinvointia kuin puudutetut potilaat ja alle 25-vuotiaat kokivat pahoinvointia keskimäärin eniten verratessa muihin ikäryhmiin.

Suurin osa ei kokenut vilua lainkaan, mutta lähes joka neljäs koki sitä vähän. Päivystykselliset potilaat kokivat merkitsevästi enemmän vilua ennen osastolle tuloa kuin elektiiviset potilaat ($p < 0,02$). Alle 25- vuotiaat kokivat keskimäärin eniten vilua ja yli 70- vuotiaat vähiten. Merkitsevä ero löytyi myös aamulla toimenpiteeseen saapuvien sekä päivällä saapuvien potilaiden viluun. Päivällä toimenpiteeseen saapuvat potilaat kokivat merkitsevästi enemmän vilua ennen osastolle tuloa kuin aamulla toimenpiteeseen tulleet

($p < 0,01$), myös yöllä osastolle tulleet kokivat keskimäärin enemmän vilua ennen osastolle tuloa kuin muina aikoina saapuneet.

Pelkoa koettiin keskimäärin enemmän toimenpiteestä kuin anestesiasta ennen siirtymistä leikkausosastolle. Alle 55-vuotiaat kokivat merkitsevästi enemmän pelkoa toimenpidettä kohtaan kuin yli 56-vuotiaat ($p < 0,05$). Anestesiaan liittyvää pelkoa kokivat keskimäärin eniten ennen osastolle tuloa alle 25-vuotiaat potilaat ja 26-55-vuotiaat kokivat sitä merkitsevästi enemmän kuin yli 56-vuotiaat vastaajat ($p < 0,05$). Päivällä osastolle tulleet potilaat kokivat keskimäärin eniten anestesiaan liittyvää pelkoa, kun taas iltpäivällä saapuneet potilaat kokivat keskimäärin eniten pelkoa toimenpiteestä. Elektiiviset potilaat kokivat pelkoa keskimäärin enemmän ennen toimenpidettä kuin päivystyspotilaat kuten myös koulutustaustaltaan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet potilaat.

Tietoa koettiin saavan enemmän toimenpiteestä kuin anestesiasta (Taulukko 6). Elektiiviseen toimenpiteeseen saapuvat potilaat kokivat saavansa merkitsevästi enemmän tietoa tulevasta toimenpiteestä ennen saapumista leikkausosastolle kuin päivystystoimenpiteeseen saapuvat potilaat ($p < 0,01$). Aamulla tai aamupäivällä toimenpiteeseen saapuvat potilaat kokivat saavansa merkitsevästi enemmän tietoa tulevasta toimenpiteestä ennen osastolle saapumista kuin päivällä toimenpiteeseen saapuvat potilaat ($p \leq 0,01$). Keskimäärin parhaiten tietoa koki saavansa 56-70-vuotiaat potilaat ja huonoiten 26-55-vuotiaat sekä iltpäivällä toimenpiteeseen saapuvat potilaat.

Taulukko 6. Kokemus voinnista juuri ennen siirtymistä leikkausosastolle

Juuri ennen leikkausosastoa	en osaa sanoa n(%)	ei lainkaan n(%)	vähän n(%)	paljon n(%)	erittäin paljon n(%)	Mean	Med.	Total
kipua	2 (1)	53 (34)	43 (28)	40 (26)	16 (10)	2,13	2	154
pahoinvoin.	6 (4)	122 (80)	19 (12)	4 (3)	2 (1)	1,22	1	153
vilua	5 (3)	92 (61)	36 (24)	13 (9)	5 (3)	1,53	1	151
pelko anest.	5 (3)	67 (44)	58 (38)	13 (9)	9 (6)	1,76	2	152
pelko tmp	4 (3)	42 (29)	62 (42)	25 (17)	14 (10)	2,08	2	147
tietoa tmp	3 (2)	8 (5)	29 (19)	67 (44)	46 (30)	3,01	3	153
tietoa anest.	3 (2)	20 (13)	39 (25)	65 (42)	27 (18)	2,66	3	154

Leikkausosastolla vastaajista isoin yksittäinen ryhmä ei tuntenut kipua lainkaan, lähes yhtä iso ryhmä vastasi tunteneensa kipua vain vähän (Taulukko 7.). Kuitenkin noin joka viides vastanneista koki kipua paljon tai erittäin paljon. Päivystyspotilaat kokivat keskimäärin enemmän kipua osastohoidon aikana kuin elektiiviset potilaat ja nukutetut potilaat enemmän kuin puudutetut. Yöllä ja iltapäivällä osastohoidossa olleet kokivat keskimäärin enemmän kipua kuin muina aikoina osastolla hoidossa olleet potilaat. Ikäryhmistä keskimäärin eniten kipua kokivat 26-40-vuotiaat ja vähiten yli 70- vuotiaat.

Pahoinvointia koettiin osastohoidon aikana vain vähän. Elektiiviset potilaat kokivat pahoinvointia keskimäärin enemmän kuin päivystyspotilaat, kuten myös nukutetut potilaat verrattuna puudutettuihin. Ikäryhmistä eniten pahoinvoinnista kärsivät 26-40-vuotiaat ja vähiten 56-70-vuotiaat potilaat.

Yli puolet tutkituista eivät kokeneet vilua lainkaan, mutta joka neljäs vähän ja joka kymmenes paljon (Taulukko 7.). Päivystykselliset potilaat kokivat keskimäärin vähemmän vilua osastohoidon aikana samoin kuin puudutetut potilaat verrattaessa elektiivisiin ja nukutettuihin potilaisiin. Osastohoidon aikana vilua koettiin yöllä ja päivällä tulleiden keskuudessa yhtä paljon, mikä oli huomattavasti enemmän kuin muina aikoina osastolle saapuneilla potilaila. Ikäryhmistä keskimäärin eniten vilua kokivat 26-40-vuotiaat potilaat ja vähiten yli 70-vuotiaat.

Toimenpidettä kohtaan koettiin enemmän pelkoa kuin anestesiaa (Taulukko 7.). 26-40-vuotiaat kokivat enemmän pelkoa anestesiaa sekä toimenpidettä kohtaan kuin heitä nuoremmat tai vanhemmat vastaajat. Päivällä ja iltapäivällä osastolle tulleet potilaat kokivat keskimäärin eniten anestesiaan ja toimenpiteeseen liittyvää pelkoa. Elektiiviset potilaat kokivat pelkoa keskimäärin enemmän kuin päivystyspotilaat samoin koulutustaustaltaan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet potilaat.

Alle 25- vuotiaat kokivat saavansa enemmän tietoa anestesiasta kuin 25-55- vuotiaat ja yli 70- vuotiaat kokivat saavansa enemmän tietoa anestesiasta kuin 26-40- vuotiaat ($p < 0,05$). Keskimäärin vähiten tietoa koki saavansa 26-55-vuotiaat potilaat. Anestesiaan liittyvää tietoa koki saavansa keskimäärin eniten aamupäivällä osastolle saapuneet potilaat ja toimenpiteestä illalla saapuneet potilaat. Keskimäärin vähiten tietoa kummastakin kokivat saavansa iltapäivällä tulleet potilaat. Elektiiviseen toimenpiteeseen saapunut potilas sai enemmän tietoa samoin kun nukutetut potilaat verratessa puudutettuihin sekä päivystyspotilaisiin.

Taulukko 7. Kokemus voinnista leikkausosastolla

Leikkausosastolla	en osaa sanoa n(%)	ei lainkaan n(%)	vähän n(%)	paljon n(%)	erittäin paljon n(%)	Mean	Median	Total
kipua	5 (3)	60 (40)	57 (38)	19 (13)	11 (7)	1,87	2	152
pahoinvoin.	9 (6)	115 (75)	26 (17)	3 (2)	0 (0)	1,22	1	153
vilua	5 (3)	90 (60)	36 (24)	15 (10)	4 (3)	1,54	1	150
pelko anest.	6 (4)	70 (46)	56 (37)	14 (9)	6 (4)	1,7	2	152
pelko tmp	5 (3)	53 (35)	66 (43)	18 (12)	10 (7)	1,9	2	152
tietoa tmp	4 (3)	8 (5)	26 (17)	78 (51)	38 (25)	2,97	3	154
tietoa anest.	6 (4)	11 (7)	28 (18)	72 (47)	36 (23)	2,92	3	154

5.1.5 Osa-alueet ja niiden tulokset

Väittämistä tehtiin summamuuttujat osa-alueiden mukaisesti, jotta väittämiä voidaan arvioida isommissa kokonaisuuksissa. Teemoja olivat henkilökunnan ominaisuudet, oma-toimisuuden tukeminen, kunnioitus, informaatio, ilmapiiri, hoidon eteneminen sekä fyysinen hoito mihin kuuluvat kipu, lämpö ja henkilökunnan ammattitaito (Taulukko 8.). Keskimäärin parhaaksi kokonaiskokemuksensa hoidosta arvioivat 41-55-vuotiaat, sekä potilaat, jotka saapuivat osastolle aamupäivällä. Päivystyspotilaat arvioivat keskimäärin kokemuksensa paremmaksi kuin elektiiviset potilaat samoin kuin nukutetut verrattuna puudutettuihin. Huonoimmaksi kokemuksensa arvioivat iltapäivällä saapuneet ja yli 70-vuotiaat potilaat.

Taulukko 8. Osa-alueiden keskiarvot ja lasketut Chronbach α (alfa)

Teema	Mean	α
Henkilökunnan ominaisuudet	4,8	716
Kunnioitus	4,7	484
Ilmapiiri	4,7	747
Fyysinen hoito	4,7	664
Kipu	4,6	527
Lämpö	4,6	375
Henkilökunnan ammattitaito	4,9	480
Hoidon eteneminen	4,5	477
Informaatio	4,4	780
Omatoimisuuden tukeminen	4,3	701

5.1.6 Henkilökunnan ominaisuudet

Henkilökunnan ominaisuudet arvioitiin parhaaksi ja sen keskiarvoksi saatiin (4,8). Osa-alue sisältää väitteitä henkilökunnan ystävällisyydestä, huumorintajusta, kohteliaasta ja miellyttävästä käytöksestä sekä hyvästä keskinäisestä yhteistyöstä. Sen arvioivat keskimäärin paremmaksi aamupäivällä tulleet potilaat ja iltapäivällä saapuneet huonommaksi. Elektiiviset potilaat kokivat keskimäärin henkilökunnan parempana kuin päivystyspotilaat ja samaa mieltä olivat puudutetut verratessa heitä nukutettuihin potilaisiin. Ikäryhmistä alle 25-vuotiaat kokivat henkilökunnan keskimäärin parhaana osa-alueena ja huonoimman arvion siitä antoivat yli 70- vuotiaat potilaat.

Henkilökunta koettiin ennen kaikkea ystävälliseksi (Taulukko 9.). Kuitenkin potilaat jotka saapuivat illalla leikkausosastolle toimenpiteeseen kokivat merkitsevästi henkilökunnan vähemmän ystävälliseksi kuin aamulla ($p<0,00$) tai aamupäivällä ($p<0,05$) hoitoon saapuneet potilaat. Henkilökunnan toiminta keskinäisessä yhteistyössä arvioitiin paremmaksi kuin heidän huumorintajunsa. Päivystykselliset potilaat eivät kokeneet henkilökunnan yhteistyötä niin hyvänä kuin elektiiviseen toimenpiteeseen saapuneet potilaat ($p<0,05$). Tämä näkyi myös toimenpideaikoja verratessa. Aamulla toimenpiteeseen saapuneet potilaat kokivat henkilökunnan yhteistyön parempana kuin päivällä, iltapäivällä tai illalla tulleet potilaat ($p<0,05$). Vastaajien mielestä henkilökunta oli lähes poikkeuksetta kohteliaista ja miellyttävää. Henkilökunnan keskinäinen keskustelu ei näyttänyt olevan häiritsevän kuin muutamaa yksittäistä vastaajaa.

Taulukko 9. Henkilökunnan ominaisuudet: ystävällisyys, yhteistyö keskenään, huumorintaju, kohtelias käytös sekä keskinäisen keskustelun häiritsemättömyys.

	täysin samaa mieltä *	lähes samaa mieltä *	en samaa/erimielistä *	lähes erimielistä *	täysin erimielistä *	en pysty arvioimaan *	Total
Ystävällis.	139 (90)	14 (9)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	154
Yhteistyö	128 (83)	19 (12)	4 (3)	0 (0)	1 (1)	2 (1)	154
Huumorintaju	112 (73)	26 (17)	3 (2)	2 (1)	0 (0)	11 (7)	154
Kohtelias	139 (90)	13 (8)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	154
Keskust. häiritä	124 (81)	18 (12)	2 (1)	1 (1)	2 (1)	7 (5)	154
* n (%)							

5.1.7 Kunnioitus

Kunnioitus sisältää väittämiä huomaavaisesta ja kunnioittavasta hoidosta, mahdollisten kiusaannuttavien tilanteiden välttämisestä sekä hoidon ”liukuhihnaisuudesta”. Hoitonsa koki kunnioittavaksi eniten ikäryhmistä yli 70-vuotiaat sekä aamupäivällä tulleet potilaat. Selkeästi vähemmän kunnioittavaksi hoitonsa koki 25-40-vuotiaat sekä päivällä tulleet potilaat. Noloihin tilanteisiin joudutaan suuremmalla todennäköisyydellä öisin ja sitä kokee eniten alle 25-vuotiaat potilaat. Hoito tuntuu eniten ”liukuhihnaiselta” yöllä toimenpiteisiin tulevien potilaiden mielestä.

Vastanneista yli 80% oli täysin samaa mieltä, että hoito oli kunnioittavaa ja huomaavaista sekä heitä ei oltu asetettu tilanteisiin missä he kokisivat kiusaantumista tai nolouden tunnetta (Taulukko 10.). Elektiiviseen toimenpiteeseen tulleet potilaat kokivat kohtelunsa osastolla kunnioittavammaksi ja huomaavaisemmaksi kuin päivystykselliseen toimenpiteeseen saapuvat potilaat ($p < 0,02$). Sama näkyi myös toimenpideaikoja vertailtaessa. Aamulla tai aamupäivällä toimenpiteeseen saapuvat kokivat merkitsevästi kunnioittavampaa ja huomaavaisempaa kohtelua kuin illalla tulleet potilaat. Yli 60% vastanneista oli täysin samaa mieltä siitä, että hoito ei tuntunut ”liukuhihnatyöltä”, kuitenkin yli 5% vastanneista oli sitä mieltä, että hoito tuntui lähes tai täysin siltä.

Taulukko 10. **Kunnioitus:** kunnioittava hoito ja kiusaantumisen tunteen mahdollinen välttäminen sekä hoidon liukuhihnaisuuden tunne.

	täysin sama mieltä *	lähes sama mieltä *	en sama/eri mieltä *	lähes eri mieltä *	täysin eri mieltä *	en pysty arvioimaan *	Total
Kunnioittavaa	126 (82)	25 (16)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	1 (1)	154
kiusaantuneis. ”liukuhihnatyötä”	129 (84)	16 (10)	3 (2)	0 (0)	2 (1)	4 (3)	154
* n (%)	93 (61)	41 (27)	8 (5)	3 (2)	5 (3)	2 (1)	152

5.1.8 Ilmapiiri

Ilmapiirin keskiarvoksi tuli (4,7). Osa-alue sisältää väitteitä vastaanotosta osastolle, henkilökunnan potilaalle antamasta ajasta, osastolla olevasta kiireettömästä tunnusta, leppoisasta ilmapiiristä, rauhallisuudesta sekä turvallisuudesta. Sen arvioivat ikäryhmistä parhaimmaksi 41-55-vuotiaat ja huonoimman arvion antoivat alle 25-vuotiaat potilaat. Aamulla osastolle saapuneet potilaat kokivat ilmapiirin keskimäärin positiiviseksi ja negatiiviseksi illalla ja yöllä osastolle saapuvat potilaat. Keskimäärin paremmaksi ilmapiiriin kokivat elektiiviset ja puudutetut potilaat verratessa nukutus ja päivystyspotilaisiin.

Vastaajista lähes kaikki (95,4%) kokivat vastaanoton leikkausosastolla miellyttävänä tai lähes miellyttävänä eikä yksikään vastaajista ollut täysin eri mieltä asiasta. Kolme neljästä vastaajasta oli sitä mieltä, että hoitajilla oli riittävästi aikaa heille ja lähes samaa mieltä vielä 15% lopuista vastaajista. 41-55- vuotiaat sekä yli 70- vuotiaat olivat tyytyväisempiä henkilökunnan heille varaamaansa aikaan kuin 26-40- vuotiaat ($p<0,02$). 56-70- vuotiaat olivat myös tyytymättömämpiä kuin yli 70- vuotiaat hoitohenkilökunnan potilaalle antaman ajan riittävyteen ($p<0,05$).

Osasto ja heräämö koettiin rauhalliseksi paikaksi toipua sekä niiden ilmapiiri leppoiseksi. Kaikissa kysymyksissä lähes 90% vastaajista oli täysin tai lähes samaa mieltä asiasta (Taulukko 11.). 26-40- vuotiaat potilaat olivat tyytymättömämpiä osaston rauhallisuuteen ja kiireettömyyteen kuin 41-55- vuotiaat sekä yli 70- vuotiaat potilaat ($p<0,01$). Yli 70- vuotiaat potilaat olivat myös tyytyväisempiä ympäristön rauhallisuuteen kuin 56-70- vuotiaat potilaat ($p<0,02$). 41-55- vuotiaat sekä yli 70- vuotiaat olivat tyytyväisempiä osaston leppoisaan ja rentouttavaan ilmapiiriin kuin 26-40- vuotiaat potilaat ($p<0,01$). Elektiiviseen toimenpiteeseen saapuneet potilaat olivat tyytyväisempiä heräämön rauhallisuuteen kuin päivystyspotilaat ($p<0,05$). Aamulla toimenpiteeseen saapuneet potilaat olivat tyytyväisempiä heräämön rauhallisuuteen kuin aamupäivällä, illalla tai yöllä saapuneet potilaat ($p<0,05$), myös päivällä osastolle toimenpiteeseen saapuneet potilaat kokivat heräämön rauhallisempina kuin yöllä osastolle saapuneet potilaat ($p<0,05$). Osasto koettiin turvalliseksi paikaksi yli 95% vastanneiden mielestä.

Taulukko 11. **Ilmapiiri:** vastaanotto, hoitajan aika potilaalle, osaston ja heräämön rauhallisuus, leppoisa ja rentouttava ilmapiiri sekä turvallisuuden tunne siellä.

	täysin sama mieltä *	lähes sama mieltä *	en sama/eri mieltä *	lähes eri mieltä *	täysin eri mieltä *	en pysty arvioimaan *	Total
Vastaanotto	110 (71)	37 (24)	4 (3)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	153
Aika potilaalle	119 (78)	23 (15)	2 (1)	3 (2)	0 (0)	6 (4)	153
rauhallisuus	100 (65)	35 (23)	8 (5)	5 (3)	0 (0)	5 (3)	153
leppoisa ilmapiiri	106 (69)	31 (20)	9 (6)	3 (2)	1 (1)	4 (3)	154
herääm. rauhallis.	123 (80)	21 (14)	2 (1)	1 (1)	1 (1)	5 (3)	153
Turvall. * n (%)	129 (84)	19 (12)	2 (1)	1 (1)	0 (0)	3 (2)	154

5.1.9 Fyysinen hoito

Fyysinen hoito sisältää väittämiä kivunhoidosta, hoidon helläkätisyydestä, lämpötaloudesta sekä henkilökunnan ammattitaidosta. Fyysinen hoito sai keskiarvokseen 4,7.

Kipu

Kivuton hoito osa-alueen keskiarvo on 4,6. Siihen sisältyy osatekijät kivunhoidosta, helläkätisestä hoidosta ja leikkausasennosta. Keskimäärin selkeästi kivuttomammaksi hoidon kokivat iltapäivällä osastolle tulleet ja osa-alueella heikoimman arvion antoivat yöllä saapuneet potilaat. Puudutetut ja päivystyspotilaat arvioivat hoidon kivuttomampana kuin nukutetut ja elektiiviset potilaat. 41-55-vuotiaat arvioivat osa-alueen parempana kuin muut ikäryhmät ja 56-70-vuotiaat huonompana.

Kivunhoito koettiin kaikkien väittämien osalta hyväksi (Taulukko 12.). Joka viides ei pystynyt arvioimaan toimenpiteen aikaista kivunhoitoa, mutta lopuista kaikki paitsi kolme vastaajista koki hoidon kivuttomana tai lähes kivuttomana. Puudutettujen potilaiden kohdalla oli enemmän tyytymättömyyttä toimenpiteen aikaiseen kivunhoitoon kuin nukutettujen potilaiden ryhmässä ($p < 0,05$). 85% vastaajista koki, että heiltä pyydettiin arviota

kivunhoidon riittävydestä tarpeeksi usein. 26-55- vuotiaat potilaat olivat merkitsevästi tyytyväisempiä siihen määrään, miten paljon heiltä kysyttiin kivun arviota, kuin vastaajat muissa ikäryhmissä ($p < 0,05$).

Suurin osa vastaajista koki hoidon helläkätiseksi ja leikkausasennot kivuttomiksi. Puudutetut kokivat leikkausasennot kivuliaammiksi kuin nukutetut potilaat ($p < 0,05$), sekä korkeakoulun käyneet kokivat asennot negatiivisemmin kuin kansa-, keski- tai peruskoulun, ammattitutkinnon tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet ($p < 0,05$).

Taulukko 12. **Fyysinen hoito:** Kipu

	täysin sama mieltä *	lähes sama mieltä *	en sama/eri mieltä *	lähes eri mieltä *	täysin eri mieltä *	en pysty arvioimaan *	Total
Tmp:eessä heräämössä	108 / 70,1	11 / 7,1	3 / 1,9	0 / 0	1 / 0,6	31 / 20,1	154
VAS	126 / 81,8	16 / 10,4	2 / 1,3	1 / 0,6	1 / 0,6	8 / 5,2	154
helläkätisyys	106/68,8	25 / 16,2	6 / 3,9	3 / 1,9	1 / 0,6	11 / 7,1	154
leikkausasento	129 / 83,8	19 / 12,3	2 / 1,3	0 / 0	0 / 0	3 / 1,9	154
	107 / 69,5	22 / 14,3	2 / 1,3	3 / 1,9	2 / 1,3	18 / 11,7	154
* n / %							

Lämpö

Lämpötalous jakaantui lämmönhoitoon toimenpiteen aikana sekä heräämöhoidon aikana ja sai keskiarvoksi 4,6. Selkeästi paremman arvion lämpötaloudesta antoivat illalla osastolle saapuneet ja huonoimman arvion päivällä ja iltapäivällä saapuneet potilaat. Selkeä ero löytyi myös puudutettujen ja nukutettujen välillä. Nukutetut arvioivat lämpötaloudenhuoidon huomattavasti huonompana kuin puudutetut ja päivystyspotilaat kokivat sen parempana kuin elektiiviset potilaat. 41-55-vuotiaat arvioivat sen parempana kuin muut ikäryhmät, kun taas alle 25-vuotiaat kokivat sen heikoimpana ikäryhmistä.

Vastaajista 80,5% kokivat heräämöhoidon huomioivan lämpötalouden ylläpitoa hyvin (Taulukko 13.). Potilaat joiden toimenpide tehtiin päivällä kokivat merkitsevästi enemmän vilua heräämössä, kuin aamulla tai iltapäivällä hoidetut potilaat ($p < 0,02$).Noin joka neljäs

vastanneista ei pystynyt sitä arvioimaan toimenpiteen aikana, mutta lähes 70% koki että siitä huolehdittiin hyvin tai lähes hyvin.

Taulukko 13. **Fyysinen hoito:** Lämpötalouden hoito toimenpiteessä sekä heräämössä

	täysin sama mieltä *	lähes sama mieltä *	en sama/eri mieltä *	lähes eri mieltä *	täysin eri mieltä *	en pysty arvioimaan *	Total
Tmp:eessä	98 (64)	10 (7)	5 (3)	0 (0)	1 (1)	40 (26)	154
Heräämössä	124 (81)	18 (12)	4 (3)	0 (0)	0 (0)	7 (5)	153

* n (%)

Ammattitaito

Henkilökunnan ammattitaito mikä sai keskiarvokseen 4,9. Siihen sisältyi väittämiä henkilökunnan ammattitaidosta ja huolellisesta ja tarkasta toiminnasta sekä toimenpiteen ja anestesian suorittamisesta. Ammattitaidon sekä huolellisen ja tarkan toiminnan arvioinnissa ei näkynyt eroja taustamuuttujien kohdalla, vaan kaikki arvioivat sen hyväksi. Anestesian ja toimenpiteen suorittamisen arvioi parhaimmaksi osastolle yöllä saapuneet potilaat ja huonoimmaksi aamupäivällä tulleet. Keskimäärin paremmaksi kokonaisuuden kokivat myös elektiiviset potilaat sekä puudutetut verratessa nukutettuihin ja päivystyspotilaisiin. Parhaan arvion tehdystä toimenpiteestä ja siihen liittyneestä anestesiasta antoivat 26-40-vuotiaat ja huonoimman yli 70-vuotiaat.

Vastanneiden kokemus toimenpiteen sekä siihen liittyvän anestesian suorittamisesta oli lähes poikkeuksetta positiivinen (Taulukko 14.). Toimenpide suoritettiin hyvin tai lähes hyvin yli 90% mielestä ja anestesiassa vastaava luku oli lähes 100%. Potilaat joiden toimenpide tehtiin nukutuksessa kokivat merkitsevästi enemmän tyytyväisyyttä anestesiasta kohtaan kuin potilaat jotka hoidettiin puudutuksessa ($p < 0,01$).

Henkilökunta koettiin ammattitaitoiseksi ja heidän toimintansa toimenpiteitä suorittaessaan tarkaksi sekä huolelliseksi. Potilaat joiden koulutustaustana olivat kansa-, keski- tai peruskoulu sekä ammattitutkinto tai vastaava arvostivat merkitsevästi enemmän henkilökunnan ammattitaitoa kuin potilaat joiden koulutustaustana oli ammattikorkeakoulu tai korkeakoulu ($p < 0,05$).

Taulukko 14. **Ammattitaito:** kokemus toimenpiteen ja anestesian hyvästä suorituksesta sekä henkilökunnan ammattitaito ja toiminnan tarkkuus ja huolellisuus

	täysin sama mieltä *	lähes sama mieltä *	en sama/eri mieltä *	lähes eri mieltä *	täysin eri mieltä *	en pysty arvioimaan *	Total
Tmp	132 (86)	14 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (5)	153
Anestesia	138 (90)	12 (8)	3 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	153
Henkilökunta	144 (94)	8 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	153
Toiminta * n (%)	137 (89)	11 (7)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	4 (3)	153

5.1.10 Hoidon eteneminen

Hoidon etenemisen keskiarvo oli (4,5). Osa-alue sisälsi väittämiä odottamisajoista sekä vuodeosastolle siirron ajankohdasta. Parhaimman arvion osa-alue sai aamulla osastolle saapuneilta potilailta ja huonoimman yöllä saapuneilta. Elektiiviset potilaat kokivat sen parempana kuin päivystyspotilaat samoin kuin puudutetut potilaat verrattuna nukutettuihin. Ikäryhmistä 41-55-vuotiaat kokivat sen toimivan keskimäärin parempana kuin muut ikäryhmät ja huonoimman arvion antoivat 26-40-vuotiaat potilaat.

15% vastanneista koki joutuneensa odottamaan leikkaukseen pääsyä, mutta lähes 80% eivät näin kokeneet (Taulukko 15.). Melkein 90% vastanneista kokivat, että heidän siirtonsa vuodeosastolle tapahtui sopivassa ajankohdassa heidän olotilaansa nähden. Koulutustaustaltaan ammattikorkeakoulun ilmoittaneet potilaat kokivat siirron ajankohdan vuodeosastolle negatiivisempänä kuin ammattitutkinnon tai korkeakoulututkinnon suorittaneet ($p < 0,02$). Siirron oikea- aikaisuuden puolella olivat myös aamulla ja iltapäivällä toimenpiteeseen saapuneet potilaat verrattuna aamupäivällä tai päivällä saapuneisiin potilaisiin ($p < 0,01$).

Taulukko 15. **Hoidon eteneminen:** toimenpiteeseen pääsyn odottaminen sekä vuodeosastolle siirron oikea-aikaisuus potilaan kokemana

	täysin sama mieltä *	lähes sama mieltä *	en sama/eri mieltä *	lähes eri mieltä *	täysin eri mieltä *	en pysty arvioimaan *	Total
Odotusaika	90 (59)	32 (21)	6 (4)	13 (9)	10 (7)	2 (1)	153
Siirto aikataulu * n (%)	120 (78)	18 (12)	7 (5)	2 (1)	0 (0)	6 (4)	153

5.1.11 Informaatio

Informaatio osa-alueena sai keskiarvoksi 4,5. Se sisältää väittämiä leikkaussalissa ja heräämössä saatavasta jatkuvasta informaatiosta, informaation selkeydestä sekä eri ammattiryhmien antamasta informaatiosta. Kokemusten perusteella informaatiota saa parhaiten potilaat, jotka saapuvat osastolle illalla ja huonoiten iltapäivällä saapuneet. Päivystyspotilaat kokivat saavansa paremmin informaatiota kuin elektiiviset potilaat ja puudutetut paremmin kuin nukutetut. Parhaan arvosanan informaatiosta antavat alle 25-vuotiaat ja huonoimmat yli-70-vuotiaat.

Kyselyyn vastanneista yli puolet kokivat saavansa tietoa hoitoonsa vaikuttavista asioista hyvin niin salissa kuin heräämössäkin (Taulukko 16.) Joka neljäs ei pystynyt kuitenkaan arvioimaan salissa annettavaa tietoa. Yli 70-vuotiaat kokivat saavansa keskimäärin vähemmän informaatiota leikkaussalissa ja heräämössä ollessaan kuin muut ikäryhmät, 26-40-vuotiaiden ollessa tyytyväisimpiä. Vastanneista yli 80% olivat täysin tai lähes täysin samaa mieltä siitä, että asiat kerrottiin myös ymmärrettävästi. Alle 25-vuotiaat kokivat viestinnän keskimäärin selkeimpänä ja yli 70-vuotiaat epäselvimpänä.

Taulukko 16. **Informaatio:** kokemus tiedon saamisesta perioperatiivisen hoidon aikana sekä sen ymmärrettävyys

	täysin sama mieltä *	lähes sama mieltä *	en sama/eri mieltä *	lähes eri mieltä *	täysin eri mieltä *	en pysty arvioimaan *	Total
Jatkuvaa tietoa salissa	87 (57)	18 (12)	8 (5)	1 (1)	0 (0)	38 (25)	152
Jatkuvaa tietoa heräämössä	98 (64)	30 (20)	10 (7)	0 (0)	0 (0)	15 (10)	153
Asiat kerrottiin ymmärrettävästi * n (%)	91 (60)	33 (22)	10 (7)	3 (2)	2 (1)	14 (9)	153

Parhaiten informaatiota antoivat potilaan kokemuksen mukaan anestesia lääkärit (Taulukko 17.). Lähes yhtä hyvin työstä suoriutuivat hoitajat ja kirurgit, mistä vastaajista yli 80% olivat samaa tai lähes samaa mieltä yli. Nukutetut potilaat olivat tyytyväisempiä kirurgin antaman informaation määrään toimenpiteestä, kuin puudutetut potilaat ($p < 0,03$). Kaikkein tyytyväisimpiä annettuun informaatioon olivat alle 25-vuotiaat potilaat.

Taulukko 17. **Informaatio:** eri ammattiryhmien antama informaatio

	täysin sama mieltä *	lähes sama mieltä *	en sama/eri mieltä *	lähes eri mieltä *	täysin eri mieltä *	en pysty arvioimaan *	Total
Sairaanhoidajat	97 (63)	35 (23)	9 (6)	1 (1)	1 (1)	10 (7)	153
Kirurgit	98 (64)	32 (21)	4 (3)	5 (3)	1 (1)	14 (9)	154
Anestesia lääkärit * n (%)	108 (70)	29 (19)	8 (5)	0 (0)	2 (1)	7 (5)	154

5.1.12 Omatoimisuuden tukeminen

Huonoimman arvosanan osa-alueista sai omatoimisuuden tukeminen, mikä sai keskiarvoksi 4,3. Osa-alue sisälsi väittämiä vaikutusmahdollisuuksista hoitoon, potilaan rohkai-

susta ja tuesta sekä jännittämisen huomioimisesta ja hoidosta. Parhaan arvion omatoimisuuden tukemisesta antoivat päivällä osastolle saapuneet potilaat ja huonoimman aamulla saapuneet. Päivystyspotilaat kokivat sen parempana kuin elektiiviset potilaat samoin, kun puudutetut verratessa nukutettuihin. Ikäryhmistä parhaan arvion antoivat alle 25-vuotiaat ja huonoimman yli 70-vuotiaat.

Vastaajista vain noin 30% oli täysin samaa mieltä ja noin 20% lähes samaa mieltä siitä, että heillä oli vaikutusmahdollisuuksia hoitoonsa henkilökohtaisin mielipitein tai toivomuksin (Taulukko 18.). Kuitenkin noin joka kolmas vastanneista oli sitä mieltä, ettei pysty arvioimaan tätä asiaa. Kun kyse tuli rohkaisusta ja henkisestä tuesta sekä jännittämisen helpottamisesta, vastaajista 14-20% olivat sitä mieltä, etteivät pysty asiaa arvioimaan. Kuitenkin molemmissa suurin osa (65-70%) oli täysin tai lähes samaa mieltä siitä, että asiat hoidettiin hyvin. 26-40-vuotiaat olivat kaikkein tyytymättömämpiä jännityksensä huomioimiseen sekä sen helpotuksen suhteen kaikkiin muihin ikäryhmiin nähden ($p<0,01$). Puudutetut potilaat olivat taas tyytyväisempiä jännityksensä huomioimiseen ja hoitoon kuin nukutetut potilaat ($p<0,03$).

Taulukko 18. **Omatoimisuuden tukeminen:** potilaan vaikutusmahdollisuudet, rohkaisu ja henkinen tuki sekä jännitys ja sen hoito.

	täysin samaa mieltä *	lähes samaa mieltä *	en samaa/eri mieltä *	lähes eri mieltä *	täysin eri mieltä *	en pysty arvioimaan *	Total
Vaik. Mahdollisuus	46 (30)	30 (20)	16 (11)	2 (1)	3 (2)	55 (36)	152
Rohkaisu ja tuki	72 (47)	40 (26)	18 (12)	1 (1)	1 (1)	21 (14)	153
Jännittäminen	66 (44)	36 (24)	13 (9)	4 (3)	2 (1)	30 (20)	151
* n (%)							

5.1.13 Yksittäisten väittämien keskiarvot

Vertaillen väittämien keskiarvoja (Taulukko 19.) voidaan huomata eroja: potilaat kokivat henkilökunnan ammattitaitoiseksi, huolelliseksi, kohteliaaksi ja ystävälliseksi. Kokeemus siitä että sekä anestesia sekä toimenpide menivät hyvin oli vahva. Potilaat kokivat hoidon kunnioittavana, eivätkä tunteneet joutuvansa tilanteisiin missä tunsivat olonsa

kiusaantuneeksi. Hoitajilla koettiin olevan tarpeeksi aikaa heille sekä heräämön tunnelma rauhalliseksi. Kivunhoito koettiin melko hyväksi niin toimenpiteen kuin heräämöhoidonkin yhteydessä, samoin kuin lämpötalouden hoito. Informaatio koettiin selkeästi yhdeksi kehitettäväksi osa-alueeksi, kaikkien siihen osallistuneiden puolesta. Myös kehitettävää löytyy osaston kiireettömyydessä, leppoisassa ja rentouttavassa ilmapiirissä sekä työn liukuhihnaisuudessa. Potilaat kokivat tarvetta vaikuttaa enemmän hoitoonsa omien mielipiteiden tai toivomusten muodossa. Jännitys pitäisi myös huomioida paremmin ja tarjota siihen lievennystä joko lääkkein tai puhumalla. Kaiken kaikkiaan potilaat kokivat kaipaavansa enemmän henkistä rohkaisua ja tukemista hoidossaan leikkausosastolla. Odotusajat koettiin myös pitkiksi, mutta tähän vaikuttavat suurimmaksi osaksi osaston ulkopuoliset tekijät.

Taulukko 19. Väitteet ja niiden keskiarvot suurimmasta pienimpään

Väite	Mean	Väite	Mean	Väite	Mean	Väite	Mean
Ammattitaito	4,95	Kivunhoito her	4,81	Huumorintaju	4,73	Lämpötila tmp.	4,50
Huolellisuus	4,9	Hoit. yhteistyö	4,8	Tmp. aik. inf.	4,68	Kir. inform.	4,45
Tmp	4,9	Nolot tilanteet	4,8	Vastaanotto	4,68	Hoit. inform.	4,44
Kohteliaisuus	4,89	Kunnioitus	4,8	Leik. asento	4,63	Liukuhihna	4,43
Ystävällisyys	4,88	Her. rauhall.	4,78	VAS	4,62	Inform. selkeys	4,39
Anestesia	4,88	Hoit. kesk. kes.	4,78	Anel. inform.	4,6	Tuki/rohkaisu	4,37
Helläkätisyys	4,84	Aika potilaalle	4,76	Her. inform.	4,59	Jännit. lieven.	4,32
Turvallisuus	4,83	Lämpötila her	4,73	Lepp. ilmapiiri	4,59	Odotus	4,31
Kivunhoito tmp	4,82	Siirrot	4,75	Kiireettömyys	4,55	Mielt/toiveet	4,18

5.2 Laadullisen aineiston analyysi

Mittarissa oli kaikkiaan kuusi avointa kysymystä mihin potilaat saivat vastata halutesaan. Ne käsittelivät ongelmia anestesiaan sekä toimenpiteeseen liittyen, lisätiedon tarpeeseen leikkausosastolla olo aikana sekä asioihin mitkä koettiin parhaimpana tai huonoimpana leikkausosastolla olo aikana ja viimeisenä terveiset tai parannusehdotukset osaston henkilökunnalle. Ensimmäisiin kysymyksiin vastauksia tuli niin vähän, että tulokset kerrotaan aihealueittain määrän mukaisesti. Kysymyksistä leikkausosastolla oloajan

parhaista ja huonoimmista tekijöistä tehtiin aineistolähtöinen teoriaohjautuva sisälönanalyysi, käyttämällä hyväksi mittarista ja viitekehuksesta nousevia teemoja.

5.2.1 Anestesiaan liittyvät ongelmat

Vastauksia tähän kysymykseen saatiin kaiken kaikkiaan yhdeksän (9). Niistä kaksi (2) käsitteli muuta kuin kysyttyä aihetta ja ne poistettiin lopullisesta analyysistä. Näin ollen vastatuista seitsemän (7) käsitteli anestesiaan liittyvää ongelmaa. Niistä kuudessa (6) vastaajat kokivat kivun raportoiduksi ongelmaksi anestesiassa. Näistä viisi (5) koki kipua anestesian aikaisen teknisen suorituksen, kuten kanyylin laitossa tai selkäydinpuudutuksen yhteydessä. Yksi vastaajista koki kipua toimenpiteen alussa. Toinen koettu ongelma oli induktion yhteydessä tullut tukehtumisen tunne, josta raportoi yksi vastanneista.

5.2.2 Toimenpiteeseen liittyvät ongelmat

Vastauksia kysymykseen tuli kaiken kaikkiaan seitsemän (7). Näistä viisi (5) ei vastannut kysymykseen. Näin ollen kaksi (2) vastausta hyväksyttiin lopulliseen analyysiin. Vastauksista toinen koski lääkärin antamaa väärää informaatiota leikkausalueesta ja toinen yksityisyyden suoja koskien epämiellyttävää, potilaan kuvaamana ”noloa asentoa” leikkaustasolla.

5.2.3 Tarve lisätiedolle leikkausosastolla

Vastauksia kysymykseen tuli 17, joista viisi (5) käsitteli muuta kuin kysyttyä asiaa. Vastauksia aiheesta saatiin siis kaiken kaikkiaan 12. Ne jakautuivat toimenpiteisiin liittyvään informaatioon, yleiseen informaatioon, anestesiaan liittyvään informaatioon, tiedonkulkuun sekä post-operatiivisiin ohjeisiin.

Toimenpiteeseen liittyvää informaatiota olisi kaivattu enemmän erityisesti leikkaushaavan koosta, sen sijainnista sekä itse toimenpiteestä, sen kulusta ja sen kestosta ja mahdollisista komplikaatioista. Informaatiota olisi haluttu myös selkeämmällä kielellä, ilman latinaa, niin että kerrottaisiin mitä heille ollaan juuri tehty.

Yleisesti informaatiota olisi kaivattu lisää hoidon vaiheista vuodeosasto sekä leikkausosastohoidon ajalta. Potilaat näkivät myös tarpeelliseksi keskustelun lääkärin kanssa sekä lisä informaatiota juuri ennen toimenpidettä vuodeosastolla.

Anestesiaan liittyvää informaatiota kaivattiin juuri induktion alkuun, missä selkeästi kerrottaisiin mitä ollaan tekemässä missäkin vaiheessa. Nyt koettiin että asioita vain tapahtui, ilman erillistä informaatiota, mikä johti yhdessä tapauksessa ”ahdistavaan oloon”, yllättäin annetun opiaatin jälkeen.

Tiedonkulku oli leikkausosastolla yhden potilaan kohdalla ”takunut”, kun potilas oli ilmoittanut allergiastaan, mitä ei kuitenkaan ollut otettu huomioon toimenpiteen aikana. Post-operatiivisiin ohjeisiin liittyvää informaatiota kaivattiin enteraalisen ravinnon kohdalla, mitä tietoa ei leikkausosastolta löytynyt.

5.2.4 Parasta leikkausosastohoidon aikana

Vastauksista voitiin eritellä selkeitä teemoja, jotka kuvataan esimerkein taulukossa 20. Suurin osa vastaajista kuvaili parhaaksi asiaksi osastolla henkilökunnan. Se koettiin kaiken kaikkiaan positiiviseksi adjektiivein ystävällinen, ammattitaitoinen, asiantunteva, huumorintajuinen, huomaavainen, mukava, paras, osaava sekä huomioiva. Muutamissa maininnoissa eriteltiin anestesiaalääkäri positiivisimmaksi asiaksi osastolla, mutta suuriinosa käsitteli henkilökuntaa yhtenä kokonaisuutena ammattikunnasta riippumatta.

Luottamus ammattilaisiin koettiin vahvana ilmapiiri osa-alueella. Osastolla olo koettiin turvalliseksi, paljolti juuri henkilökunnan toimesta. Hoitohenkilöstön läsnäolo sai potilaat tuntemaan olonsa turvalliseksi. Vastausten mukaan hoitohenkilöstön ammattitaitoon turvallisuuden tuojana luotettiin. Vastaajilla oli tunne siitä, että apu on koko ajan lähellä ja että hoitajat ovat potilaita varten. Kaiken kaikkiaan positiivisena asiana koettiin se, että hoitajat olivat niin fyysisesti kuin henkisesti läsnä ja heidän käytöksensä ja potilaan kohtelu koettiin hyväksi. Potilas ei kokenut olevansa yksin ja hänen vointiaan tiedusteltiin useasti. Ilmapiiri koettiin suurimmassa osassa vastauksia rauhalliseksi ja kohtuullisen kiireettömäksi. Sitä kuvailtiin mukavaksi ja hyväksi sekä tunnelmaa leppoisaksi. Kiireettömyys koettiin myös luottamusta herättävänä osa- tekijänä hoidossa.

Fyysisen hoidon alueella suurin osa vastaajista koki kivunhoidon tärkeimpänä positiivisena asiana osastolla olon aikana. Se koettiin onnistuneen ja siihen oltiin selkeästi tyytyväisiä. Myös pahoinvoinnin ennaltaehkäisyyn ja hoitoon oltiin tyytyväisiä. Näiden osalueiden onnistumisen koettiin vaikuttavan myös mahdollisten seuraavien toimenpiteiden kohdalla tapahtuvaan jännittämiseen positiivisesti.

Omatoimisuuden tukeminen sai positiivista palautetta. Henkilökunnalta saatava tuki koettiin tärkeänä osana hoitoa. Jännitys ennen toimenpidettä nousi esiin monen vastaajan kirjoituksista. Vastaajat kokivat kiitollisuutta siitä, miten se oli otettu huomioon ja todesta sekä rauhoitettu potilasta keskustelemalla tai lääkein. Ystävälliset katseet ja empatia koettiin myös rauhoittavina tekijöinä. Vastaajat kokivat että heitä kuunnellaan ja heidän toiveitaan huomioidaan hoidossa.

Informaatio koettiin positiiviseksi asiaksi hoidon kaikissa vaiheissa. Leikkaussaliin saavuttaessa potilas koki positiiviseksi kaikkien hoitoon osallistuvien esittäytymisen sekä tiedon siitä, mitä tehtävää kukin hoitaa. Potilaan ajan tasalla pitämisen kokivat tärkeäksi useat potilaat ja he tähdensivät useasti oliko kyseessä ollut ”pääpuolen hoitaja”, ”sairaanhoitaja” vai ”anestesiaalääkäri” joka oli informoinut erityisen hyvin hoidon etenemisestä ja tapahtumista siinä. Kaiken kaikkiaan hyvänä asiana koettiin riittävä tiedon saanti, asioiden selostus sekä informointi siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu.

Hoidon eteneminen sai kiitosta yleisesti siitä, kuinka sujuvasti hoito oli edennyt. Lyhyeksi jääneet odottelut ja sitä kautta jännittämiseen käytetyn ajan lyhyys saivat kiitosta. Kaiken kaikkiaan positiivista palautetta saatiin siitä kuinka kaikki toimivat osastolla ja toiminta tuntui ennakkoidulta ja suunnitellulta. Positiivisena koettiin myös hoidolla saavutettu tulos.

Taulukko 20. Parasta leikkausosastohoidon aikana

Henkilökunnan ominais.	Fyysinen hoito	Omatoimisuuden tukeminen	Ilmapiiri	Ilmapiiri	Informaatio	Hoidon eteneminen
"Ammattitaitoinen ja ystävällinen henkilökunta"	"Kivunhoito oli riittävää ja sitä oli helppo arvioida mittarilla"	"Minua kuunneltiin" --- "Henk.kunta keskusteli kanssani niin ettei minua enää ahdistanut"	"Tunsin olevani turvallisissa kässissä" --- " Hoitajat saivat minut tuntemaan oloni turvalliseksi"	"Rauhallinen ja kohtuullisen kiireen ilma- piiri" --- "Mukava ilmapiiri" --- "Rauhallisuus täl- laisissa sovituis- sissa on minusta hyvin tärkeää."	"Alkuinfor- maatio, henkilö- kunta esit- teli itsensä ja mitä teki"	"Ei ollut ai- kaa jännit- tämiselle" --- "Nopea toiminta" --- "Taju kan- kaalla no- peasti, vaikka en edes jän- nittänyt, nopeasti olin taas osastolla, sehän on pahin osa"
"Iloinen ja asiantunteva henkilökunta"	---	---	---	---	---	---
"Ystävällinen ja huomioiva henkilökunta"	"Mahdol- linen pa- hoinvointi estettiin lääkkeillä"	"Minua jän- nitti ja itketti, mutta hoita- jat osasivat ottaa tämän todella hie- nosti ja rau- hoittelivat ja autoivat"	"Hyvä ja turvallinen tunne" ---	Tässä ta- pauksessa se toimi"	"Pääpuo- lella ollut hoitaja an- toi koko ajan tietoa leikkauksen etenemi- sestä, se oli rauhoitta- vaa"	
"Huumori, leppoisa henkilökunta"	"Kivut otettiin huomi- oon"		"Hoitajat olivat läsnä"			

5.2.5 Huonointa leikkausosastohoidon aikana

Vastauksista nousi teemoina esiin seuraavat: informaatio, fyysinen hoito, omatoimisuuden tukeminen, ilmapiiri, hoidon eteneminen sekä henkilökunnan ominaisuudet, jotka kuvataan esimerkein taulukossa 21. Eniten vastauksia saatiin informaatiosta ja ympäristöstä negatiivisten kokemusten aiheuttajina.

Informaatio jakautui koko leikkausosastohoidon ajalle. Vastaajat kokivat, että hoidon alussa ei saada tarpeeksi informaatiota siitä, mitä tullaan tekemään tai tiedotus ylipää- tään tulevasta toimenpiteestä on vähäistä. Vastaajien mukaan anestesia- muodosta ei koeta saavan tarpeeksi informaatiota tai potilaita ei oteta mukaan yhteiseen päätökse-

tekoon. Anestesia­lääkärin puhumattomuudesta tai tunnetason vuorovaikutuksen puutteesta saatiin muutama palaute. Toimenpiteen jälkeen informaatiota koetaan saavan liian nopeasti, kun potilas kokee olevansa vielä tokkurassa. Heräämössä on­gelmana oli hoitajan tietämättömyys tehdystä toimenpiteestä ja potilaan ohjaaminen lää­kärin puheille potilaan kokemana tönkeästi. Omaiset oli unohdettu informoida toimenpiteen loppumisesta yhden vastaajan kohdalla.

Fyysisessä hoidossa koettiin huonoimmaksi asiaksi kivunhoito. Toiseksi eniten negatiivisia koemuksia saatiin paleltumisesta ja sen huomiotta jättämisestä. Myös puudutuksen jälkeinen olotila koettiin epämiellyttäväksi.

Omatoimisuuden tukemisessa potilaat kokivat oman jännityksensä negatiiviseksi asiaksi osastohoidon aikana. Henkilökunnan ei koettu huomioivan tätä tarpeeksi kyselemällä asiasta. Vastaajat kokivat myös pelkoja toimenpiteen epäonnistumisesta.

Ilmapiiri jakautui vastausten mukaan rauhattomuuteen ja kiireen tuntuun osastolla. Heräämössä koettiin olevan liikaa ihmisiä jotka keskustelullaan häiritsevät potilaiden toipumista. Ympäristö koettiin myös meluisana ja vailla yksityisyyttä. Useat kokivat osastolla kiireen tuntua, mikä hermostuttaa potilaita, mutta mitä pidettiin kuitenkin tyypillisenä toimenpideyksikölle ja näin sai ymmärrystä osakseen.

Hoidon etenemiseen liittyvät kokemuksen olivat kaikki poikkeuksetta odottamiseen liittyviä: potilaat olivat saapuneet sairaalaan jo seitsemäksi, vaikka toimenpiteeseen pääsikin vasta iltapäivän puolella. Siihen liittyvä, mahdollisesti turhakin, ravinnottomuus koettiin myös negatiivisena asiana. Osa vastaajista ymmärsi kiirrellisempien toimenpiteiden kii­laamisen heidän edelleen ja näin lisääntyneen odotuksen.

Yksi vastaajista koki henkilökunnan epäasiallisen sananvaihdon epämiellyttävänä ja pelkoa lisäävänä tekijänä, kokeneemman hoitajan kouluttaessa nuorempaa työtehtäviensä hoitoon.

Taulukko 21. Huointa leikkausosastohoidon ajalta

Informaatio	Fyysinen hoito	Omatoimisuuden tukeminen	Ilmapiiri	Hoidon eteneminen	Henkilökunnan ominaisuudet
"Alussa infotettiin huonosti. Ei kerrottu mitä tapahtuu ja millai"	"Vilutilaani ei huomioitu riittävästi"				
---	---	"Jännitystä olisi voinut huomioida hieman enemmän kyselemällä siitä"	"Heräämössä liian kova meteli. Paljon ihmisiä jotka jaarittelivat keskenään...Rauhatonta"	"Leikkauksen pääsemisen odottaminen, ravinnottomuus turhaan"	"Leikkaussalissa harjoittelijan (leikkauksen valmistavan hoitajan) ja kokeneen hoitajan sananvaihtoa oli epämiellyttävää kuunnella ja tuli tunne, että tuleeko tästä yhtään mitään. Melkein pakokauhu."
"Liian nopeasti tultiin kertomaan mitä oli tehty. Oli niin sekava olo, ettei muista puoliakaan"	"Leikkauksen jälkeiset kivut, sain kipulääkitystä kyllä, mutta mietoja"	---	---	"Leikkauksen odottellessa kävi aika pitkäksi. Tulin jo seitsemäksi ja operaatioon pääsin iltapäivän puolella"	
	"Kipulääkkeet eivät tuntuneet tehoavan yhtään"	"Luonnollinen leikkauksen epäonnistumisen pelko"	"Kiire huokui, joka hermostuttaa leikkupöydällä olevaa"		

5.2.6 Terveiset ja kehitysiedat henkilökunnalle

Eniten kehitysideoita saatiin informaation lisäämisestä hoidon aikana. Sitä toivottiin kaikilta hoitoon osallistuvilta kirurgeilta, anestesia- ja lääkäreiltä sekä hoitajilta. Erityisesti tietoa toimenpiteestä ja siihen liittyvistä komplikaatioista sekä nukutuksesta toivottiin runsaasti.

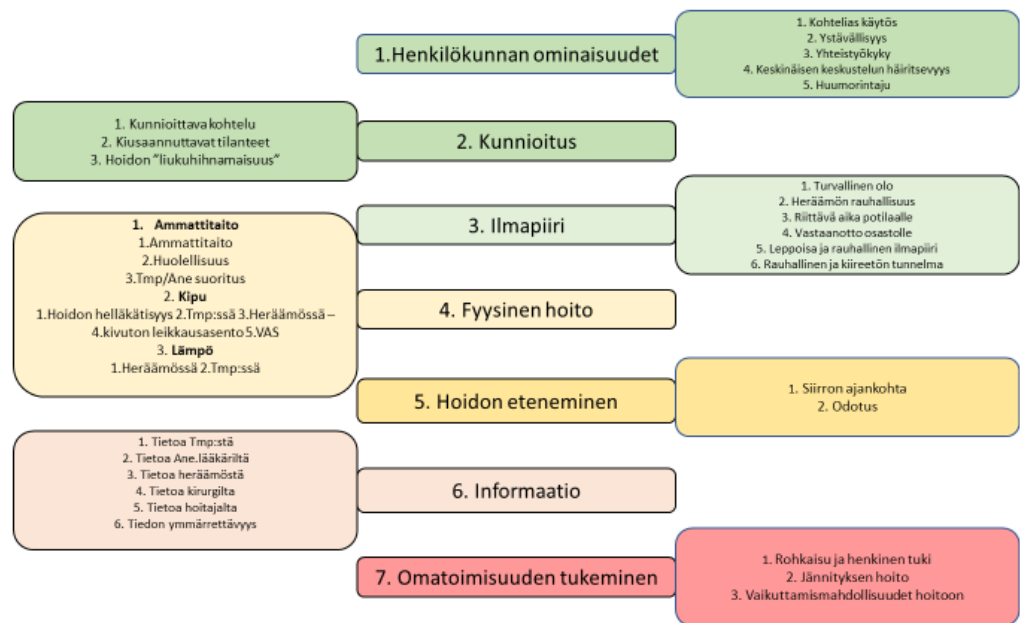
Hoidon etenemiseen kaivattiin parannuksia toimenpideaikojen paremman ennustettavuuden suhteen. Potilaat toivoivat järjestelmää, jossa jo ennen sairaalaan saapumista sovittaisiin varma aika, jolloin toimenpide tehtäisiin. Viikonloppuina olevaan kirurgimiehitukseen toivottiin myös parannusta.

Henkilökunnalle ehdotettiin koulutusta potilaan kohtaamiseen ja kuuntelemiseen liittyen. Jännityksen lieventämiseen ehdotettiin lisää keskustelua potilaan kanssa ennen toimenpidettä, tai vaihtoehtoisesti musiikkia taustalle.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Johtopäätökset

Vastaajat arvioivat kokonaiskokemuksensa hoidon laadusta hyväksi. Väittämät saivat kokonaiskeskiarvokseen 4,6, (asteikolla 1-5). Vaikka kokonaisarvio oli näinkin hyvä, löytyi tuloksista silti materiaalia tulevaan laadunkehittämistyöhön. Henkilökunnan ominaisuudet saivat parhaan arvion ja sitä seurasi kunnioittava hoito. Ilmapiiri arvioitiin kolmanneksi parhaaksi osa-alueeksi ja sitä seurasi fyysinen hoito mihin kuuluvat kivunhoito, lämpöhoito sekä henkilökunnan ammattitaito. Hoidon eteneminen oli kolmanneksi viimeinen perässään informaatio. Huonoimman arvion osa-alueista sai Omatoimisuuden tukeminen (Kuvio 2.).



Kuvio 2. Kokemukseen vaikuttavat tekijät potilaiden arvioimassa järjestyksessä.

Henkilökunnan ominaisuudet arvioitiin parhaaksi kokemukseen vaikuttavaksi osa-alueeksi tässä tutkimuksessa ja sillä nähdään olevan merkitystä kokemukseen (Greco ym. 2015) samoin potilas-hoitaja suhteella (Mazurenko ym. 2015). Korkeimman arvion väittämistä sai kohteliaisuus ja ystävällisyys ja vähän niiden perässä tulleet henkilökunnan yhteistyö ja keskinäisen keskustelun häiritsemättömyys. Huonoimmaksi osatekijäksi

jäi hoitajien humorintaju. Avoimet vastaukset tukivat tätä, sisältäen suuren määrän kehuja henkilökunnasta. Hoitajan vuorovaikutuksella (Fragene ym. 2019 ; Mazurenko ym. 2015) on selkeä vaikutus potilaskokemuksen laatuun suuntaan tai toiseen, samoin kun hoitajien yhteistyökyvykkyydellä, (Kieft ym. 2008) ja riittävällä henkilökuntamäärällä (Kieft ym. 2014 ; Jha ym. 2008). Moniammatillinen yhteistyö nähtiin myös tärkeänä vaikuttavana tekijänä (Jha ym. 2008 ; Kieft ym. 2014), kuten myös ERAS:n kohdalla todettiin (Brennan & Barsons 2017). On tärkeää huomata, että potilaat ja henkilökunta arvottavat eri asioita eri tavoin. Vaikka hoitaja tekisi kaiken kuten kokee hyvän hoidon sisältävän, voi potilas kokea hoidon toisin (Mazurenko y. 2015.) Tästä syystä potilaskokemustiedon kerääminen on tärkeää.

Potilaan kunnioittava hoito sai keskiarvoksi 4,7. Sen väittämiä olivat kunnioittava ja huomaavainen kohtelu, kiusaannuttavien tilanteiden välttäminen sekä hoidon ”liukuhihnaisuus”. Kunnioittava hoito luo positiivista kokemusta (Kieft ym. 2014), sekä potilaan yksityisyyden suojaaminen hoidon aikana on tärkeää (Falco ym. 2017; Hawkins ym. 2012). Avointen vastausten joukosta löytyi maininta kiusallisesta asennosta mihin potilas joutui ennen anestesiaa. Ehkä paremmalla informaatiolla potilaat ymmärtäisivät asennon merkityksen, eivätkä kokisi niitä niin epämiellyttäväksi. Kuitenkin kokonaisuudessa hyvä keskiarvo antaa kuvan että osastolla ei työ näyttäyty persoonattomalta vaan potilaita kohdellaan yksilöllisesti.

Ilmapiiri sai kolmanneksi parhaimman arvion kokemukseen vaikuttavana tekijänä. Sen parhaaksi osa-alueeksi arvioitiin turvallisuudentunne osastolla ja sitä serasivat heräämön rauhallisuus, riittävä aika potilaalle sekä vastaanotto osastolle. Selkeästi teeman kehitettävät osa-alueet ovat osaston leppoisa ja rentouttava ilmapiiri sekä kiireettömyyden tunne. Avoimet vastaukset kiittelivät rauhallisuutta sekä turvallisuuden tunnetta, mutta kehitettävää löytyi heräämön suuressa hoitajamäärässä, rauhattomuudessa, melussa ja kiireen tunnussa. Fyysisen ympäristön nähtiin osaltaan vaikuttavan potilaan kokemukseen (Mazurenko 2016; Ahmed ym. 2014 ; Kieft ym. 2014 ; Greco ym. 2015), mutta myös ilmapiirillä nähtiin siihen olevan yhteys (Greco ym. 2015; Kieft ym. 2014). Turvallisuuden tunne hoidon aikana näyttäytyy positiivisena tekijänä potilaalle (Falco ym 2017), kuten hoitajan positiivinen suhtautuminen potilaaseen (Hawkins ym. 2012). Hoitajan potilaalle antaman ajan ja huomion on nähty vaikuttavan kokemukseen (Hawkins ym. 2012) minkä taas voidaan nähdä lisäävän vuorovaikutusta, (Fragene ym. 2019 ;

Mazurenko ym. 2015) minkä nähdään parantavan kokemusta sekä samalla potilas-hoitaja suhdetta (Mazurenko ym. 2015). Hoitaja on siis vastuussa isosta osasta potilaan kokemusta pelkästään olemuksellaan ja antamallaan ajalla.

Fyysiseen hoitoon sisällytetään kivun hoito, lämmön hoito sekä henkilökunnan ammattitaito. Koko kyselyn parhaimman keskiarvon sai henkilökunnan ammattitaito ja toisena henkilökunnan tarkkuus ja huolellisuus hoitoon liittyvien toimenpiteiden suorittamisessa, mitkä vaikuttavat positiivisesti kokemukseen (Kieft ym. 2014). Avoimet vastaukset tukivat tätä kuvailemalla henkilökuntaa ammattitaitoiseksi sekä asiantuntevaksi. Luottamusta henkilökuntaan ja heidän osaamiseensa kuvailtiin myös useasti. Toimenpide arvioitiin suorituksena parempana kuin anestesia, mutta mitään suurta eroa näiden välillä ei ollut. Toimenpiteen laadulla ja siitä saatavalla hyödyllä nähdään olevan vaikutusta kokemukseen (Mazurenko ym. 2015). Potilaat kokivat suurempaa pelkoa toimenpidettä kuin anestesiaa kohtaan. Ahdistusta koetaan kirjallisuuden mukaan sekä anestesiaan että toimenpiteeseen liittyvien komplikaatioiden vuoksi (Falco ym. 2017 ; Homzova & Zelenikova 2015). Anestesiamuodoista juuri nukutusta kohtaan koetaan eniten ahdistusta (Falco ym. 2017). Avointen vastausten mukaan anestesiaan liittyvä huono kokemus aiheutui pääasiallisesti kivusta, kun taas toimenpiteeseen liittyvä johtui huonosta informaatiosta tai noloksi koetusta asennosta.

Toiseksi fyysisen hoidon osa-alueella sijoittui kivuton hoito. Potilaista 46 kokivat ennen tuloa osastolle joko paljon tai erittäin paljon kipua, minkä voi selittää lähes sama määrä tutkimukseen osallistuneita päivystyspotilaita (48). Tämä siksi, että tulosten pohjalta he kokevat enemmän kipua ennen toimenpidettä kuin elektiiviset potilaat. Osastohoidon aikana noin 20% potilaista koki paljon tai erittäin paljon kipua, mitä ei enää voi selittää taustamuuttujilla, vaan vaatii selkeästi selvitystyötä. Kivunhoidolla nähdään olevan suuri vaikutus potilaan kokemukseen (Jha ym. 2008 ; Mazurenko ym. 2015 ; Myles ym. 2018) ja sen pelko aiheuttaa myös ahdistusta ennen toimenpidettä (Falco ym. 2017 ; Homzova & Zelenikova 2015) . Sen parhaimmaksi osa-alueeksi arvioitiin helläkätinen ja kipua tuottamaton kohtelu. Kivunhoito toimenpiteen aikana koettiin parempana kuin heräämöhoidon aikana ja huonoimman arvion saivat kivuton leikkausasento sekä kivunhoidon riittävä arviointi potilaalta. Kivunhoitoon otettiin kantaa myös avoimissa vastauksissa missä kuvaan astuu mahdollisesti ns. (peak experience) eli ne jotka ovat kokeneet suurta tai hyvin vähäistä kipua, ovat vastanneet avoimeen kysymykseen aiheesta.

Kolmanneksi fyysisen hoidon osa-alueella tuli lämpötila, mikä jaettiin toimenpiteen aikaiseen sekä heräämöhoidon aikaiseen lämpötilouden hoitoon. Fyysisen hyvinvoinnin

on todettu vaikuttavan potilaan kokemukseen positiivisesti (NHS 2011). Potilaiden arvioimana heräämön aikainen lämmöstä huolehtiminen onnistui paremmin kuin toimenpiteen aikainen. Avoimien vastausten joukosta löytyi kuitenkin palautteita huonosta lämpötilouden hoidosta. Tulokset osoittavat, että meidän on edelleen jatkettava tämän osan kehittämistä kuten Leinonen (2002) jo ensimmäisessä tutkimuksessaan totesi.

Viidenneksi osa-alueista tuli hoidon eteneminen. Paremman arvion sai siirtoajankohta potilaan arvioimana, mutta arviot odotusaikojen pitkittymisestä tuovat selkeästi esille teeman kehityskohteen. Avoimet vastaukset tukivat odotusajoista sekä turhasta ravinnottomuudesta koettua negatiivisuutta, mutta kiitosta saatiin myös sujuvasta hoidosta. Odotusaikojen on selkeästi nähty vaikuttavan potilaan kokemukseen negatiivisesti (Ahmed y. 2014 ; NHS 2011 ; Kieft ym. 2014 ; Fregene ym. 2018), sekä lisäävän potilaan ahdistusta lykkääntyvien toimenpiteiden muodossa (Homzova & Zelenikova 2015). Osa-alue on kuitenkin ongelmallinen korjata. Syyt odotukseen eivät ole pelkästään leikkausosasto riippuvaisia, vaan ongelmia mihin olisi syytä pureutua löytyy myös muilta toimialueilta.

Toiseksi huonoimman arvioinnin sai informaatio. Leinonen (2002) omassa tutkimuksessaan totesi tämän yhdeksi huonoimman arvosanan saaneeksi osa-alueeksi. Ennen osastolle saapumista noin 40% saivat vähän tai ei lainkaan tietoa anestesiasta, kun osastohoidon aikana luku oli noin 25%. Potilaista noin 25% saivat vähän tai ei lainkaan tietoa toimenpiteestä ennen osastolle tuloa ja osastolla noin 22%. Aiheen vaikutusta potilaan kokemukseen on tutkittu laajasti ja se on todettu yhdeksi tärkeäksi osaksi potilaan kokemusta (Ahmed ym. 2014 ; NHS 2011 ; Kieft ym. 2014 ; Greco ym. 2015 ; Jha ym. 2008), mutta erityisesti perioperatiivisessa kontekstissa (Mazurenko ym. 2015 ; Jha ym. 2008 ; Fregene ym. 2019 ; Forsberg ym. 2015 ; McCloy & McCutcheon 2016 ; Westerling & Bergbom 2008 ; Brennan & Parsons 2017). Parhaiten osa-alueista onnistui leikkausosalissa annettu informaatio tapahtuneesta. Toisena oli anestesia lääkäreiden antama informaatio ja kolmantena heräämössä annettava. Kehitettävää löytyi niin hoitajien kuin kirurgienkin antamasta informaatiosta sekä sen selkeydestä, mikä arvioitiin huonoimmaksi osa-alueeksi. Avointen vastausten kohdalla informaatio sai vähän positiivista palautetta mutta paljon huonoa palautetta koko osastohoidon ajalta. Tämä kaikki on huolestuttavaa, koska positiivinen kokemus nähtiin summmana kaikesta vuorovaikutuksesta mitä potilas hoitonsa aikana käsittää ja sillä nähtiin olevan vaikutuksia niin hoitomyönteisyyteen (Ahmed ym. 2014 ; Mazurenko ym. 2015) kuin hoitotuloksiinkin (Mazurenko ym.

2015). Tämä on ongelma mihin on pureuduttava, mutta laajuudeltaan sellainen, että kaipa isompaa tutkimusta jotta sen juurisyihin on mahdollista päästä ja näin parantaa informaation saantia kokonaisvaltaisesti.

Eniten kehitettävää kuitenkin löytyy viimeisestä osa-alueesta, omatoimisuuden tukemisesta. Leinonen (2002) päätyi tulokseen missä potilaan vaikutusmahdollisuudet hoitoonsa omin mielipitein tai toivomuksin oli yksi eniten huonoa palautetta saanut osa-alue kuin myös potilaan rohkaisu ja henkinen tuki. Mieltymysten ja ilmaistujen tarpeiden kunnioitus on nähty tärkeänä tekijänä positiivisessa kokemuksessa, (NHS 2011 ; Kieft ym. 2014) kuten emotionaalinen tuki (NHS 2011 ; Kieft ym. 2014 ; Greco ym. 2015), empatiaisuus ja kunnioituskin (Kieft ym. 2014).

Teeman selkeitä kehityskohteita olivat potilaan rohkaisu ja henkinen tuki, mahdollisen jännityksen huomioiminen ja hoito sekä kyselyn huonoimman arvion saanut henkilökohdaisiin mielipitein ja toivomuksin hoitoon vaikuttaminen. Potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon (Kieft ym. 2014) vaikuttaa kokemukseen, mutta Forsberg ym. (2015) muistuttaa tarvittavan tiedon olevan potilaalla yleensä liian pieni tässä kontekstissa, joten potilaat siirtävät päätöksenteon yleensä ammattilaisille. Osallistumistarpeet nähdään kovin tilanne- sekä potilaskohtaisina leikkaussaliympäristössä (Forsberg ym. 2015). McCloy & McCutcheon (2016) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin vaikutusmahdollisuuksien määrää ja todettiin että, vain 16% päiväkirurgisista potilaista saivat vaikutta hoitomuotoonsa. Suhosen ym. (2004) tekemässä tutkimuksessa potilaat taas kokivat saavansa eniten tukea juuri hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Kaiken kaikkiaan teema on kompleksinen ja vaatii lisätutkimusta. Avoimissa vastauksissa otettiin kantaa jännityksen huonoon huomioimiseen, mutta myös positiiviseen henkilökunnan tukeen ja empatiakykyyn. Heräämöhöhoitoon kehitetty mittari Quality of Recovery (QoR-40) koostuu viidestä pääteemasta, joista kolme ovat potilaan tuki, hyvinvointi sekä tunteet. Teema koostuu siis hyvin tärkeistä elementeistä, mistä jokainen kaipaa kyseisellä osastolla kehittämistä.

Taustatekijöillä oli myös vaikutusta tutkimustuloksiin. Niitä oli toimenpiteen ajankohta, anestesia- ja hoito, se oliko toimenpide elektiivinen vai päivystysluonteinen, ikä sekä koulutustausta. Toimenpiteen ajankohdalla oli nähtävissä monenlaisia vaikutuksia. Yleistyytyväisimpiä olivat potilaat jotka tulivat osastolle aamupäivällä ja tyytymättömiä iltoilla tulleet. Illalla ja yöllä tulleet kohtasivat kirurgin sekä anestesia- ja hoito-työntekijöiden suuremmalla todennäköisyydellä ennen tuloa leikkausosastolle. Jotain informaation ja pelon välisestä ristiriidasta kertoo se, että niinä ajankohtina jolloin tunnettiin eniten pelkoa toimenpi-

teestä tai anestesiasta eivät kuitenkaan olleet ne ajankohdat milloin koettiin saavan vähiten informaatiota kyseisistä asioista. Osastolle yöllä tulleet potilaat kokivat enemmän vilua, kipua ja pahoinvointia sekä arvioivat osa-alueet ilmapiiri, hoidon eteneminen sekä fyysinen hoito ja siinä kivunhoidon huonoimmaksi kaikista ajankohdista. Ainoastaan itse toimenpiteen ja siihen liittyvän anestesian yöllä tulleet kokivat parhaimmaksi osa-alueeksi. Jännittävä löydös oli myös se, että henkilökunnan ystävällisyys ja yhteistyön sujuvuus sekä kunnioittava käytös koettiin kaikki parhaaksi aamulla, mutta huonoimmaksi illalla. Heräämön rauhallisuus koettiin myös aamulla parhaaksi, vaikka potilasmäärät ovat silloin isoimmat ja huonoimmaksi illalla ja yöllä vaikka ne ovat juuri silloin pienimmät.

Anestesiamuodolla oli vaikutusta muistikuviin leikkausosastohoidon ajalta. Puudutetut potilaat muistivat paremmin toimenpiteen, heräämöhoidon sekä lähdön vuodeosastolle mikä olikin odotettua. Nukutetut potilaat kokivat enemmän kipua, vilua sekä pahoinvointia kuin puudutetut potilaat. He myös antoivat huonommat arvioinnit kaikkien teemojen kohdilta, joten kaiken kaikkiaan hoito näyttäytyy huomattavasti huonompana kokemuksena jos toimenpide tehdään nukutettuna kuin puudutettuna.

Sillä oliko toimenpide elektiivinen vai päivystysluonteinen oli myös vaikutusta kokemukseen. Jostain syystä päivystyspotilaat muistavat paremmin hoidon vaiheet kuin elektiiviset potilaat. He tapasivat kirurgin ja anestesia-ääkärin paremmalla todennäköisyydellä ennen toimenpidettä, mutta kokivat saavansa vähemmän tietoa kuin elektiivinen potilas. He tunsivat vähemmän pelkoa, mutta kokivat kipua, vilua sekä pahoinvointia enemmän ennen saapumista leikkausosastolle kuin elektiiviset potilaat. Tilanne kuitenkin tasoittui leikkausosastolla, missä päivystyspotilas tunsi edelleen enemmän kipua, mutta vilua ja pahoinvointia koki enemmän elektiivinen potilas. Elektiivinen potilas arvioi henkilökunnan ominaisuudet, ilmapiirin sekä hoidon etenemisen parempina, mutta fyysisestä hoidosta, kunnioituksesta sekä omatoimisuuden tukemisesta nautti enemmän päivystyspotilas.

Alle 25-vuotiaat kokivat ennen leikkausosastolle saapumista eniten kipua, pahoinvointia sekä vilua, mutta leikkausosastolla niitä kaikkia kokivat eniten 26-40-vuotiaat. Tietoa ennen osastolle siirtymistä kokivat saavansa eniten 56-70-vuotiaat ja osastolla alle 25-vuotiaat. Tyytyväisimpiä henkilökunnan ominaisuuksiin, omatoimisuuden tukemiseen sekä informaatioon ovat alle 25-vuotiaat ja tyytymättömmimpiä yli 70-vuotiaat. Muihin teemoihin tyytyväisimpiä olivat 41-55-vuotiaat. 26-40-vuotiaat olivat kaikkein tyytymättömmimpiä osaston rauhallisuuteen, leppoisaan ilmapiiriin, henkilökunnan heille antamaan aikaan sekä jännityksensä huomioimiseen sekä hoitoon. 41-55-vuotiaat sekä yli 70-vuotiaat

ovat tyytyväisimpiä osaston rauhallisuuteen, leppoisaan ilmapiiriin sekä hoitajien antamaan aikaan.

Koulutustaustalla nähdään olevan vähäisiä vaikutuksia potilaan kokemukseen. Ammatikorkeakoulututkinnon sekä korkeakoulututkinnon suorittaneet olivat kaikkien tyytymättömmimpiä henkilökunnan ammattitaitoon sekä ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet kokivat siirron vuodeosastolle itselleen negatiivisena ajankohtana useammin kuin ammattitutkinnon tai korkeakoulututkinnon suorittanut.

6.2 Johtopäätösten yhteenveto ja tulevaisuuden tutkimusehdotukset

Vaikka kokonaistulos oli hieno keskiarvolla 4,6, on tulevaisuudessa vielä paljon tehtävää. On hienoa että henkilökunnan ominaisuudet oli kokemuksen näkökulmasta positiivisin osa-alue, mutta samalla surullisinta että juuri omatoimisuuden tukeminen se huonoin. Vaikka leikkaussalia pidetään tehokkuuden tyyssiana, on hoidon oltava yhtä potilaskeskeistä kuin missä muuallakin sairaalassa. Hoito itsessään pitäisi olla myös tasalaatuista. Tulosten perusteella voi sanoa, ettei asia ole aivan näin. Näihin asioihin on keskityttävä seuraavaa kehittämissuunnitelmaa tehdessä.

Informaatio nousi selkeästi yhdeksi kehitettäväksi osa-alueeksi, mutta on ilmiönä ei niin yksiselitteinen korjata. Tutkimukset osoittavat kuinka se on tilanne- ja henkilösidonnaista, eli kuinka yksilöllistä sen määrä ja laatu on verrattuna potilaan kulloisiinkin tarpeisiin. Olisikin tärkeää päästä tutkimaan tätä monimutkaista ilmiötä ja pohtimaan niitä taustatekijöitä mitkä tähän mahdollisesti vaikuttavat.

Tulevissa tutkimuksissa olisi tärkeää kerätä myös kvalitatiivista tietoa potilaan kokemukseen vaikuttavista seikoista ja niistä hoidon osa-alueista mitkä potilaat itse kokevat hoidossaan tärkeiksi. Vain tämän tiedon valossa pystymme tekemään mittarin, minkä tuloksilla hoidon laatua voidaan aidosti potilaskokemustiedon valossa parantaa, potilaan näkökulmasta.

7 ARVIOINTI

7.1 Tutkimuksen validiteetti

Validius tarkoittaa mittarin kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi 2008, 226), eli tässä tutkimuksessa hoidon laatua potilaan kokemuksen näkökulmasta. Hyvä perioperatiivinen hoito- mittarin (Leinonen & Leino-Kilpi 2008) validius on testattu tekijänsä puolesta ja todettu vastaamaan potilaan havaintoihin hoidon laadusta. Näin ollen sitä ei ole tehty mittaamaan puhtaasti potilaan kokemusta ja sen voidaan nähdä sisältävän tiettyjä heikkouksia sen mittaamiseen. Sitä on käytetty Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä potilaan näkökulman saamiseksi laadunkehittämistarkoituksessa ja näin ollen se voidaan nähdä tarkoitukseen sopivana tiedon keruun välineenä. Tulokset antavat siis hyvän käsityksen hoidon laadusta potilaan näkökulmasta, mutta sitä ei suoraan voi verrata nykyaikaiseen PREM's tyyppiseen kokemustiedon mittariin.

Mittarin sisällölliseen validiteettiin voi vaikuttaa se, että mittari on tehty vuosituhaten alussa, milloin potilaan kokemuksen kartoitus leikkaussaliympäristössä ei ollut rutiinin omaista (Hertel-Joergensen 2018 ; Forsberg ym. 2015 ; Pulkkinen ym. 2016). Potilaan kokemusta on sittemmin tutkittu ja sen käsitteenmäärittely on saanut uusia painotuksia. Kansainvälistä konsensusta sen käsitteenmäärittelyyn ei ole saatu, mutta paljon uutta tietoa siihen vaikuttavista tekijöistä on jo käytettävissä. Mittaria olisi mahdollisesti hyvä päivittää tulevaisuudessa mukailemaan paremmin nykytiedon valossa määriteltävää potilaankokemustietoa. Käytetty mittari antaa kuitenkin vastauksen hoidon laadun tilasta potilaan näkökulmasta ja sitä voi perustellusti käyttää tässä tutkimuksessa.

Ainoana heikkoutena voidaan pitää tiettyjen kysymysten esittäminen enemmän arviointi kuin raportointi mallissa mikä erottaa sen puhtaasti kokemusta mittaavista mittareista. Erityisesti fraasit ”riittävän hyvin” tai ”huolehdittiin hyvin” sisällyttävät vastauksiin enemmän tyytyväisyyden kuin kokemuksen osatekijöitä. Sen on nähty lisäävän vaikutteiden ja odotusten vaikutusta vastauksiin ja näin kokemus itsessään arvioidaan palautteena eikä raportoida itse tapahtunutta, kuten potilaskokemusta nykytiedon mukaisesti pitäisi (Ahmed ym. 2014 ; Hertel-Joergensen 2008). On siis tärkeää ymmärtää tämän mahdollinen vaikutus mittarin validiteettiin sekä myös reliabiliteettiin tässä tutkimuksessa.

Otanta käsitti kaikki tietyllä aikavälillä toimenpiteen läpikäyneet tutkitun osaston potilaat. Tällä saatiin pienessä ajassa iso joukko tutkittavia, mutta myös varmistettiin otoksen kuvaavan täysin perusjoukkoa. Tämä myös toteutui, koska potilaita saatiin kaikista taustamuuttuja ryhmistä. Näin ollen voidaan todeta, että otantavirhettä ei tutkimuksessa ole ja tulokset voidaan luotettavasti yleistää perusjoukkoon eli TYKS:n T-leikkausosaston potilaisiin.

7.2 Tutkimuksen reliabiliteetti

Reliabiliteetillä tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta, eli mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2008, 226, Vilka 2008, 104). Vastausprosentti oli tutkimukseen hyväksytyjen 154 vastauksen jälkeen 55%. Sitä voidaan pitää hyvänä lukuna ollakseen kyselytutkimus. Otosta voidaan pitää hyvänä sen sisältäessä vastaajia kaikista taustamuuttujien ryhmistä. Luotettavuutta lisää myös se, että lomakkeisiin oli vastattu johdonmukaisesti sekä avoimet vastaukset tukivat strukturoitujen kysymysten vastauksia (Heikkilä 2008).

Satunnaisvirheiden välttämiseksi tallennusvaiheessa, suurta huolellisuutta käytettiin tulosten kirjaamisessa kyselylomakkeilta analyysiohjelmaan ja kirjaamisen tarkastamisessa käytettiin hyväksi sekä ohjelman tarkastuslaskelmia sekä numeroitujen lomakkeiden antamaa mahdollisuutta korjata mahdollisesti virheellisiä kirjauksia. Analysointimene-
todeina käytettiin järjestysasteikolliselle datalle luotettavia Kruskal-Wallis ja Mann-Whitney testejä sekä summamuuttujien ja väittämien keskiarvojen vertailua.

Tutkimuksen sisäinen reliabiliteetti mitattiin määrittämällä cronbachin α (alfa). Väittämien kohdalla luku oli 0,863 mikä kuvaa suurta yhtenäisyyttä. Summamuuttujien kohdalla al-faksi saatiin lukuja 0,484 ja 0,780 välillä, mikä kertoo tietyistä puutteista ryhmien yhtenäisyydessä. Kuitenkaan niistä ei jätetty sitä mahdollisesti nostavia väittämiä pois, koska saman ilmiön eri osa-alueita mittaavia muuttujia nähtiin tarpeellisena tarkastella yhdessä, vaikka ne eivät korreloisikaan keskenään (KvantiMOTV 2008). Tämä on kuitenkin hyvä tiedostaa raportoidessa tuloksia.

Reliabiliteettiin voi vaikuttaa myös kysymysten muoto, niiden ollessa sekä arviointi että raportointi mallissa (Ahmed ym. 2014). Väitteeseen ”riittävästä” kipulääkkeestä tai informaatiosta, joutuu vastaaja antamaan palautteen saamastaan hoidosta eikä niinkään ra-

portoimaan siitä. Joidenkin kysymysten ollessa kuitenkin raportointi mallissa ”sain vaikuttaa” tai ”minua rohkaistiin” vahvistaa se kokemustietoa keräävän tutkimuksen reliabiliteettia. Tämä seikka voi heikentää kokonaisluottamusta, arvioidaan mittaria sitten kokonaan arviona hoidon laadusta tai kokonaisuudessaan raporttina hoidon laadusta.

Potilaiden juuri läpikäydyn toimenpiteen voi nähdä vaikuttavan heidän kykyynsä vastata kysyksiin. Vahvat kipulääkkeet sekä mahdolliset nukutuslääkkeet vaikuttavat ihmisen muistiin ja voi näin aiheuttaa muistivirheitä kyselyn vastauksiin. Ne voidaan nähdä kuitenkin satunnaisvirheinä, minkä vaikutus on pienempi, mutta hyvä ottaa huomioon reliabiliteetin arvioinnissa (Heikkilä 2008; Vilkka 2008).

8 EETTISYYS

Tässä tutkimuksessa on käytetty tiedeyhteisöjen tunnustamia toimintatapoja rehellisyyden, tarkkuuden sekä yleisen huolellisuuden kohdalla kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkimusmenetelmät, kyselytutkimuksen toteutus sekä niiden arviointimenetelmät ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia sekä eettisesti kestäviä (TENK 2012.)

Tutkimuksen suunnittelu, toteutus sekä raportointi on tehty yksityiskohtaisesti ja tutkintolaitoksen asetettamien vaatimusten edellyttämällä tavalla. Avoimuutta on toteutettu kaikissa tutkimuksen vaiheissa, myös kaikkien yhteistyökumppanien sekä projektiryhmäläisten kanssa, aina raportointiin asti. samoin lähdeviitteiden käyttö kaikessa aiempien tutkijoiden töiden ja saavutusten käytön yhteydessä on ollut yhdenmukaista koko tutkimustyön ajan (TENK 2012.)

Potilaille leikkausosastohoito voi olla ahdistavaa tai pelottavaa. Kuitenkin hyvä tieteellinen käytäntö vaatii ettei tutkimuksesta saa aiheutua tutkittavina oleville ihmisille merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja (TEKN 2019). Tästä syystä kyselyn järjestäminen suunniteltiin tarkoin. Potilaalle jaettava tutkimuskysely luovutettiin heille leikkausosastolta vuodeosastolle lähtiessä. Kysely on tarkoitus täyttää vuodeosastohoidon aikana, jolloin muistikuvat leikkausosastohoidosta ovat vielä tuoreet. Tässä vaiheessa tilanne, joka on voinut tuntua ahdistavalta, on takanapäin, ja kysely voidaan suorittaa mahdollisesti turvallisemmalta tuntuvassa ympäristössä. Myös paineet kyselyn täytöstä tai annetuista tuloksista minimoidaan, koska potilaiden ei tarvitse enää olla yhteydessä tutkittavaan osastoon.

Avoimuutta ylläpidettiin koko tutkimuksen ajan. Mukana oleva projektiryhmä sai haltuunsa tutkimussuunnitelman sekä muun tarvitsemansa tiedon tutkimuksen aikana. Ennen kyselyn suorittamista kaikille osallistuville yksiköille pidettiin infotilaisuus, jossa käytiin läpi kaikkien osuudet, oikeudet, vastuut sekä velvollisuudet. Osallistujille kerrottiin tutkimuksen suunnitelma, tavoite, tarkoitus sekä toteutus. Osasto, jolla tutkimus suoritetaan, tulee saamaan vielä oman infotilaisuuden tuloksista. Tutkimuksen eettisten periaatteiden mukainen tietoon perustuva suostumus hankittiin potilailta ja myöntövyys tutkimukseen osallistumisesta katsottiin täyttyneen heidän vastatessa kyselyyn. Erillistä suostumuslomaketta ei ollut. Ennen kyselyn saamista heitä informoitiin suullisesti tutkimuksen vapaaehtoisuudesta ja potilaille jaettavassa kyselylomakkeessa oli mukana saatekirje (Liite 2.), jossa vielä toistettiin potilaille tutkimuksen olevan vapaaehtoista.

Lomakkeet haettiin vuodeosastojen kanslioista, eikä missään tutkimuksen vaiheessa tutkija ollut yhteydessä potilaisiin, näin kaikki mahdollinen vastauksiin vaikuttaminen minimoitiin. Kyselyyn vastaaminen ja annetut vastaukset voidaan nähdä henkilökohtaisina, ja potilaille tähdennettiin saatekirjeessä, että heitä ei pystytä identifioimaan missään vaiheessa tutkimusta. Tutkimusprosessissa pidettiin huolta tästä, mutta silti kaikki materiaali pidettiin lukkojen takana koko tutkimuksen ajan.

Tutkimuksessa tuodaan potilasnäkökulmaa hoitotyön kehittämistyöhön. Näin potilaan toiveet ja tarpeet saadaan paremmin huomioitua, ja hoidosta tulee potilaskeskeisempää. Potilaskokemuksen huomioiminen, ja sitä kautta laadun kehittäminen, on nähty parantavan kokonaisvaltaisesti hoidon laatua. Nämä kaikki tekijät huomioon ottaen voidaan ajatella tutkimuksen tuovan hyötyä hoidon laatuun leikkaussaliympäristössä ja parantavan potilaskokemusta hoidosta. Hyödyt voidaan näin ollen nähdä haittoja suurempana ja tutkimus eettisesti hyväksyttävänä.

9 TUOTETUN TIEDON HYÖDYNTÄMINEN KEHITTÄMISTYÖSSÄ

9.1 Potilaan osallisuus hoidon kehittämistyössä

Potilaan arvioidessa laatua puhutaan yleensä terveydenhuollon reagointinopeudesta vastata hänen tarpeisiinsa, kun taas palveluntuottajat arvioivat sitä yleensä hoitotulosten kautta. Molemmat näkökulmat ovat yhtä tärkeitä ja ne pitää ottaa huomioon arvioidessa terveydenhuollon laatua. (Hertel- Joergensen 2018.) Laadun kehittämistyössä oli vallalla pitkään vain alan ammattilaisten näkemykset arvoista, eikä potilaan mielipiteellä ollut niinkään sijaa (Siriwardenan & Gillamin 2014). Nykyään potilaan kokemus nähdään koko ajan tärkeämpänä osana laadunkehittämistyötä. Hallituksilta ja terveystalvojen järjestäjiltä tuleva paine ottaa potilaat mukaan siihen luo haasteita kehitystyötä tekeville. Jotta tämä olisi mahdollista on tietoa pystyttävä keräämään ja mittaamaan järkevästi. Validoituja työkaluja, strategioita sekä menetelmiä potilaiden osallistamiseen ollaan kuitenkin vasta kehittämässä. (Siriwardena & Gillam 2014 ; Hall ym. 2018; McGovan & Reid 2018.)

Uudet muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon alalla kuten valinnanvapauden lisääntyminen, palvelusetelit ja henkilökohtainen budjetointi lisäävät asiakkaiden tarvetta vertailevalle tiedolle palveluista, mutta myös mahdollisuutta sen laadun kehittämiseen. Nämä kehityssuunnat kuitenkin haastavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan käytännöt ja perinteiset rakenteet. (Kaseva 2011.) McGovan & Reid (2018) näkevät kehityksen menevän kuitenkin kohti asiakaskeskeistä palvelujärjestelmää, missä potilaat nähdään arvokkaina tiedonlähteinä, jotka tuottavat oivalluksia ja viisautta palveluistaan. Palvelun järjestävät ovat alkaneet tavoitella syvällistä ymmärrystä potilaiden kokemuksista ja palautetta minkä pohjalta uudistuksia voitaisiin tehdä. (McGovan & Reid 2018; Hall ym. 2018).

Tutkittaessa potilaan osallisuutta ja siihen liittyviä ja vaikuttavia tekijöitä löydettiin useita. Kävi selväksi ettei kaikkien kansalaisten lähtökohtaiset oikeudet ja osallisuus palvelujärjestelmässä tule samalla tavalla toteutuneiksi. Osallisuutta heikentävinä tekijöinä nähtiin esimerkiksi sosioekonomista asemaa viitaten varallisuuteen tai asuinalueeseen sekä kieli- tai muuhun vähemmistöryhmään kuulumista. Palautteen annossa yksi-

lön osallisuuden määrittävinä lähtökohtina nähtiin asiakkaan ja potilaan suhde asiantuntijavaltaan, tiedon prosessoinnin kyky, omien asenteiden ja ajattelumallien hallinta sekä sosiaalinen tuki. (Kaseva 2011.) Kysyttäessä samaa asiaa potilaiden näkökulmasta, vastaukset erosivat toisistaan. Potilaat itse näkivät yhteistyön avainsanana osallisuuden kasvattamiseen. Siihen nähtiin vaikuttavan neljä toisiinsa liittyvää tekijää. Huomaavainen ilmapiiri, mihin vaikuttaa hoitaja-potilassuhde. Emotionaalinen vaste, minkä hoitaja potilaalleen antaa. Sopusointu hoitajan ja potilaan välillä sekä oikeudet, mitkä vahvistavat potilaan oikeutta osallisuuteen. (Larsson ym. 2006.)

Kasevan (2011) tutkimuksessa asiakkailta nähtiin olevan mahdollisuus kehittää palveluita useillakin eri tavoilla. Esimerkkinä kokemusasiantuntijan rooli sosiaali- ja terveydenhuollossa, jolloin asiakas saattaa toimia yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa tai kokemuskouluttajana eri organisaatioissa tai järjestöissä. Myös asiakkaiden ja potilaiden perustamat järjestöt ja liikkeet, joilla esitetään olevan mahdollisuuksia vaikuttaa paitsi suoraan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin, myös politiikkaan sekä hallituksen ja median toimintaan. (Kaseva 2011.) Kansallisella sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmalla (Kaste) haluttiin lisätä palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallisuutta. Ohjelman nähtiin parantavan asiakaskeskeisyyttä ja osallisuutta useammallakin tasolla. Asiakaslähtöisyyden nähtiin olevan vahvistuva arvo palvelujen ja rakenteiden suunnittelussa, samoin kun vaikutukset asenteisiin sekä rakenteisiin nähtiin lisääntyvän. Ohjelman myötä esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden käyttö yleistyi. (STM 2016.)

Kuitenkin Sharma ym. (2017) katsauksen mukaan juuri potilasneuvostolla nähtiin olevan vain vähän vaikutusta terveydenhuollon laatuun. Yksittäiset tutkimukset kertovat lähinnä paikallisista muutoksista parempaan, mitä olivat lähinnä positiiviset parannukset potilaille jaettavaan informaatiomateriaaliin, hoitolaitosten fyysisiin tiloihin, henkilöstökulttuuriin sekä tietoisuuden lisäämiseen. Ongelmaksi muodostui etenkin osallisuuden vaikuttavuuden mittaaminen. Potilaat ja neuvostot on otettava mukaan laadunkehittämistyöhön minkä vaikutuksia myös mitataan. Vain näin saadaan tietää oikeat vaikutukset heidän panoksestaan terveydenhuollolle ja sen potilaille. (Sharma ym. 2017.)

Samoilla jäljillä olivat myös Hall ym. (2018) jotka näkivät, että kyselyt sekä osallistuminen erilaisiin toimikuntiin nähtiin tehottomina vaikuttaakseen kunnolla kehitystyöhön. Asiakkaiden edustettavuus on yleensä pieni ja kyselyihin vastataan liian vähän. Vaaditaan vielä tutkimusta potilaiden ja kansalaisten tarkoituksenmukaisten osallisuuden menetelmien käytöstä ja siitä miten heidät mielekkäästi otetaan kehitystyöhön mukaan (Siriwardena & Gillam 2014).

Potilaskokemustiedon on nähty vaikuttavan laadunkehittämistyöhön ja sitä kautta hoidon laatuun (Siriwardenan & Gillamin 2014). Useassa maassa maailmanlaajuisesti on aloitettu sitä keräämään, jotta tietoa terveydenhuollon palveluiden saatavuudesta ja laadusta olisi saatavilla. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) teettämän katsauksen mukaan osassa maista tietoa kerätään jo osana järjestelmällistä ohjelmaa. (Delnoij 2009.) Suomessakin ollaan aloitettu kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon laaturekisterin suunnittelu. Sen tarkoituksena olisi tuottaa tietoa palveluiden laadusta mitä olisi mahdollista seurata, vertailla ja arvioida. (THL 2019) Valtiollisten ohjelmien ulkopuolella the Commonwelath Fund, the Picker Institute Europe sekä (WHO) ovat aloittaneet ylikansallisen vertailun hoidon laadusta potilaan kokemuksen näkökulmasta. (Delnoij 2009.)

Potilaan kokemusta voidaan lähtökohtaisesti käyttää eri tarkoituksiin. Sitä voidaan kerätä, jotta asiakkaat näkevät eri tuottajien saamat arviot hoidon laadusta, ja näin kokemustieto mahdollistaa tietoon perustuvan valinnan hoitopaikasta. (Delnoij 2009 ; Berwick ym. 2003). Toinen syy kerätä tietoa on kehittää hoidon laatua tuottajan organisaatiossa saadun kokemustiedon valossa (Berwick ym. 2003 ; Delnoij 2009) tai mitata terveydenhuollon suorituskykyä kokonaisuutena (Delnoij 2009).

Potilaan kokemuksen mittaamisen nähdään siis tuovan lisäarvoa arvioidessa hoidonlaatua kokonaisuutena. Potilaan havainnot siitä mikä terveydenhuollossa toimii ja mikä ei, on tarpeellista rakentaessamme prosesseja minkä yhtenä lähtökohtana toimivat potilaan kokemukset ja tyytyväisyys niistä. (Hertel-Joergensen 2018.) Kysymykseen miten potilaskokemustieto olisi paras kerätä, on monia vaihtoehtoja. Kyselytutkimuksella saadaan laajempaa ja edustavampaa arviota tutkitusta joukosta kun taas syvällisyyttä lisäävät haastattelut tai potilastarinat. Usein käytettyjä keinoja ovat myös nettikyselyt, valitukset ja kiitokset sekä palautteet eri kolmannen sektorin yhteistyökumppaneilta. (Siriwardena & Gillam 2014 ; Ahmed ym. 2014.) Lees (2011) mielestä potilaan kokemusta pystytään parhaiten mittaamaan monimenetelmällisin keinoin. Pelkän kyselytutkimuksen tuoma tieto jää usein pinnalliseksi ja sitä rikastamaan tarvitaan keinoja, mitkä tuovat lisää keroksellista potilaan kertomusta tutkimustuloksiin.

9.2 Hoidon laadun kehittäminen potilaskokemustiedon kautta

Jatkuvasti muuttuva ympäristö luo haasteita henkilökunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Se vaatii moniosaamista ja kokonaisuuden hallintaa sekä teorian ja käytännön kokemuksen yhdistämistä. Tiedon ja taidon vaatimukset eivät enää rajoitu pelkästään työtehtävä kohtaisiin asioihin, vaan vaatimukseen lisätään vuorovaikutustaitoja, ryhmätyöosaamista ja muuta työn vaatimaa yhteistyöosaamista. Osaaminen on nähtävä voimavarana, jolla tavoitteiden saavuttaminen ja jatkuva uudistuminen varmistetaan. (Hätönen 2007.)

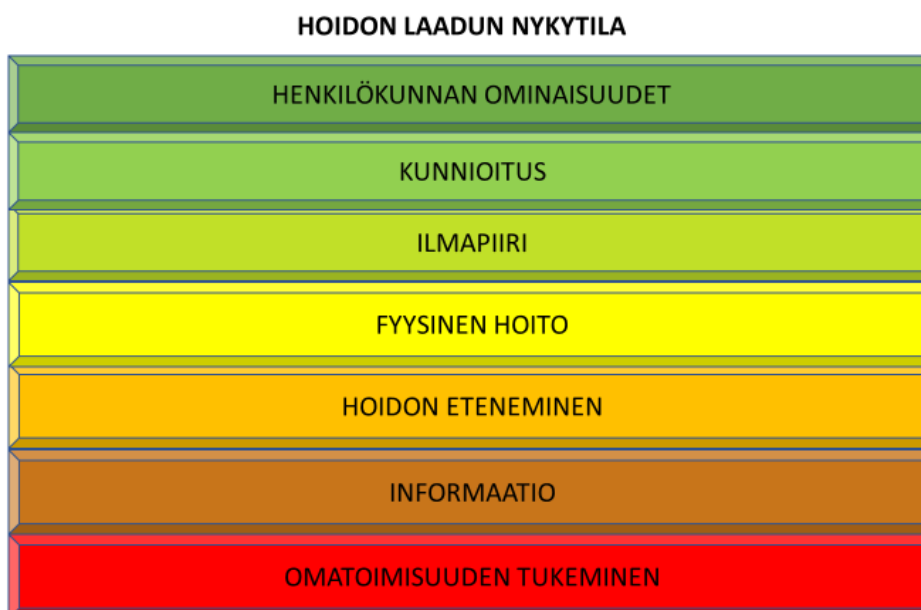
Osaaminen ja sen hallinta ja johtaminen ovat nousseet haasteiksi esimiestyössä. Vuosituhannen alussa tehdyssä PA-Consultingin tutkimuksessa todettiin, että julkis-organisaatioiden strateginen henkilöstöjohtaminen on muutoksessa. Painopistealueiksi oli muodostuneet osaamisen kehittäminen, mikä haki uusia muotoja, sekä nopeasti kasvavan painoarvon saava työhyvinvointi. Henkilöstötyön haasteena oli organisaatioiden liiketoimintalähtöisyys sekä alati lisääntyvät henkilötietojärjestelmät ja niiden vielä vähäinen hyödyntäminen. (Viitala 2008, 11-12.) Huotarin mukaan (2009, 12) kyseisillä aloilla on asiayhteydessä puhuttu paljon henkilöstön riittävydestä, palkkauksesta ja rakenteesta, mutta itse osaamisen kehittämisestä strategioita vastaaviksi ei niinkään paljon. Johto tarvitsee vielä malleja henkilöstöjohtamisen toiminnoista erityisesti henkilöstön motivointiin, tarpeisiin ja palkitsemiseen liittyvissä asioissa.

9.2.1 Osaamiskartoitus potilaskokemuskyselyn pohjalta

Osastomme kaipasi kartoitusta hoidon laadusta potilaan näkökulmasta. Potilaskyselyä voidaan näin tässä tarkoituksessa pitää osastomme osaamiskartoituksena. Osaamiskartoitus voidaan tehdä organisaatiossa, kun tiedetään mitä osaamista tarvitaan vision ja strategian toteuttamiseksi. Menetelmiä sen tekemiseen on monia, mutta pääperiaatteena sillä selvitetään, onko organisaation eri tasoilla strategian edellyttämää osaamista. Arviointi toimii osana osaamisen hallintaa ja luo pohjan kehittämistavoitteiden suunnittelulle. Tärkeää kuitenkin on, että tehty kartoitus saadaan dokumentoitua hyvin pitkällä aikavälillä. (Puhakka ym. 2011 ; Hätönen 2007, 40.) Hyvä perioperatiivinen hoito-mittari (Leinonen & Leino-Kilpi 2008) antoi meille mahdollisuuden tehdä osaamisenkartoituksen potilaan näkökulmasta, mistä saatava kokemustieto saadaan laadunkehittämistyön pohjaksi.

Perioperatiivisen hoidon laadun arviointia potilaan näkökulmasta ei oltu tähän mennessä tehty osastollamme, mutta koimme työn arvioinnin tärkeäksi. Viitala (2008, 15-17) perustelee arvioinnin tärkeyden niin, että sillä saavutetaan selkeämpi tietoisuus siitä missä tilanteessa ollaan. Osaamisen kehittämistä saadaan näin suunnitelmallisempaa ja tuloksellisempaa. Osaamista onkin opittava tarkastelemaan viileästi, raaka-aineen tavoin. Tämä mekanistinen näkökulma auttaa suhtautumaan uudella tavalla myös ryhmä ja yksilötason osaamisen arviointiin. On opittava uusi lähestymistapa osaamiseen. Päästää irti mahdollisen osaamispuutteen aiheuttamasta häpeän tunteesta ja nähdä arvo työntekijän kykyä uudistaa omaa osaamistaan. Vain näin organisaatiosta tulee jatkuvasti kehittyvä ja osaamistaan uudistava toimija. (Viitala 2008, 15-17.)

Osaamiskartoituksena toiminut kyselytutkimus toi meille tietoa hoidon nykytilasta. Sen perusteella nähdään kuinka osaaminen jakautuu eri osa-alueiden kohdalla ja mihin tarvitaan lisää kehittämistyötä (Kuvio 3.). Henkilökunta nähdään voimavarana mikä näytetään positiivisena tekijänä potilaan kokemukselle. Voimme valitettavasti todeta että, potilaan omatoimisuuden tukeminen, on jäänyt viimeiselle sijalle.



Kuvio 3. Hoidon laadun nykytila

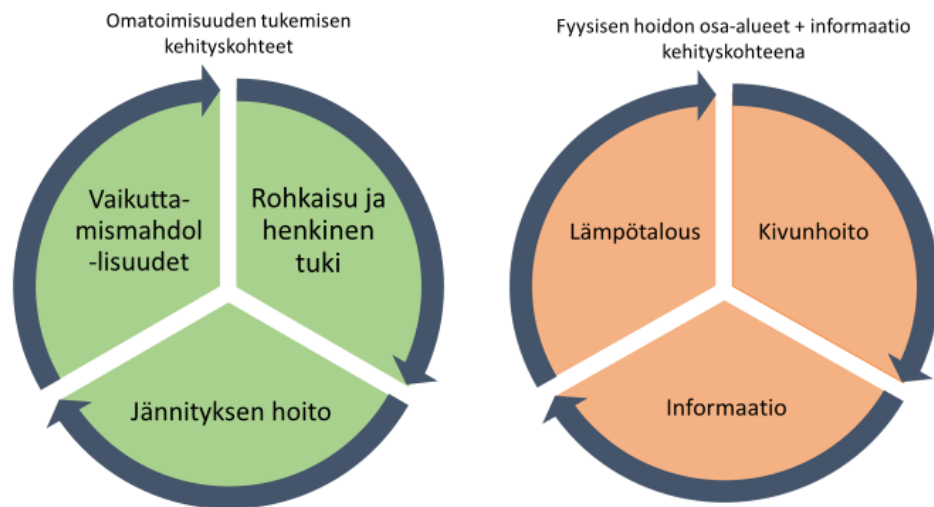
9.2.2 Kehittämissuunnitelma

Osaamiskartoituksen pohjalta saadaan selville osaamisen kehittämiskohteet ja osaamisvahvuudet (Kuvio 3.). Niiden perusteella pystytään organisaatiolle laatimaan kehittämissuunnitelma yksilö-, ryhmä- tai organisaatiotasolle. Suunnitelmia laadittaessa on hyvä tehdä oppimisprosessi sekä toivottu muutos näkyväksi käytännössä. Kehittämissuunnitelmien tehtävä onkin suunnata, ohjata, systematisoida oppimisen kehittämistä ja hankkimista, osaamisvahvuuksien jakamista ja siirtämistä sekä oppimisen ja osaamisen uudistamista. Kehittämissuunnitelman tulisi vastata kysymykseen mitä oppimista kehitetään ja miten sekä kuvata prosessia vastaamaan oppijalle, miten tavoitteet saavutetaan. (Puhakka ym. 2011.)

Se laaditaan aina myös organisaation näkökulmasta. Näin osaamisvahvuuksia on mahdollista hyödyntää laaja-alaisemmin ja osaamisen kehittäminen on kustannustehokkaampaa. Näin organisaatio saa haltuunsa dokumentin mikä pitää sisällään kokonaisuuden yksikön osaamisen kehittämistarpeista. Siinä voidaan ottaa kantaa mm. organisaatio- ja henkilöstörakenteeseen, rekrytointitarpeeseen, menneen vuoden arviointiin, tulevan vuoden tavoitteisiin, kehittämisen toimenpiteisiin ja niihin tarvittaviin resursseihin sekä kehittymisen arviointiin. Pääpainona toimivat johdon asettamat kehittämisen painopistealueet, jotka ovat kuvattuina osaamisstrategiassa. (Puhakka ym. 2011.)

Kehittämisen kohteita tulee priorisoida, jotta tavoitteista tulee realistisia. Vuoden tavoitteeksi riittää usein 1-3 tavoitetta, mutta niitä voidaan jakaa suoraan myös seuraaville vuosille. Organisaatio voi suunnitella osaamisen kehittämisen tarpeidensa mukaisesti osittain ulkoa ostettuna, sisäisen koulutuksen sekä työssä oppimisen kautta. (Puhakka ym. 2011.)

Kyselytutkimuksesta selkeästi nousseita kehittämiskohteita, mitkä on nostettu organisaation kehittämissuunnitelmaan (Kuvio 4.).



Kuvio 4. Osaston ja potilashoidon kehittämisalueet kokemustiedon valossa

9.2.3 Osaamisen hankkiminen, kehittäminen ja hyödyntäminen

Osaamisen kehittäminen nähdään organisaation strategisen osaamisen ja henkilökunnan osaamiskartoituksen kautta todetun osaamisen välisen osaamisvajeen korjaamista henkilöstön osaamista kehittämällä (Hätönen 2009, 184). Viitala (2008, 16) näkee tämän vähennyslaskuperustaisen tulokannan negatiivisena lähestymistapana, vaikkakin se on käytännöllinen ja tehokas. Kaikki pohja kehittämiselle on kuitenkin tultava osaamisen kartoituksesta, mikä lisää tietoisuutta osaamisen nykytilasta.

Osaamisen kehittäminen on jokaisen organisaation jäsenen tehtävä. Johdolle jää resursien varaaminen sekä henkilökunnan valtuuttaminen siihen. Jokaisessa työyhteisössä on myös hiljaista tietoa ja taitoa mikä johdon on tunnistettava ja käytettävä hyödyksi organisaation sisällä. Tärkein työkalu osaamisen kehittämisessä on kuitenkin jatkuva vuoropuhelu organisaation kaikilla tasoilla tulevaisuuden tavoitteista sekä tarvittavista osaamistarpeista. Pääpainona toimivat johdon asettamat kehittäminen painopistealueet, jotka ovat kuvattuina osaamisstrategiassa. (Puhakka ym. 2011.) Hätösen (2009, 184) mukaan, jo strategian tekovaiheessa on otettava kantaa osaamiseen ja sen kehittämiseen. Muuten osaamisen kehittäminen voi lähteä erilleen strategiasta, eikä enää palvele tavoitettaan.

Menetelmän valinnan määrittää tarkoituksenmukaisuus ja se onko se tarkoitettu yksilölle vai ryhmälle. Menetelminä voidaan käyttää mm. tavoitteellista työnkiertoa, mentorointia, työparityöskentelyä, varjostamista, koulutuksessa saadun tiedon ja taidon jakamista omassa työyhteisössä, parhaiden käytänteiden jakamista tai ideariitä. (Puhakka ym. 2011.)

Koulutuksella on osansa osaamisen kehittämisessä, mutta suurin osa tapahtuu työssä oppimalla sekä osaamista jakamalla ja siirtämällä. Rakentava vuorovaikutus työyhteisössä mahdollistaa tämän kaltaisen osaamisen kehittämisen organisaatiossa. Esimiehillä onkin suuri rooli innostajina, oppijohtajina sekä oppimisen suuntaajina tässä työssä. Jos puuttuvaa osaamista ei pystytä saavuttamaan organisaation sisältä on sitä tuotettava muilla tavoin. Sitä voidaan hankkia sisäisen tai ulkoisen rekrytoinnin kautta tai sitä voi ostaa osaamisena tai koulutuksena yhteistyökumppaneilta. (Puhakka ym. 2011.)

9.2.4 Vaikuttavuuden arviointi

Vaikuttavuudesta puhutaan, kun halutaan tietää esim. kehittämistoimenpiteiden kyky toteuttaa niille asetetut tavoitteet. Näitä ovat toiminnan tehostuminen, laadun kehittyminen sekä organisaation menestymisen edellytysten ja kannattavuuden parantuminen. Vaikuttavuuden arviointiin on hyvä lisätä osaamisen kehittämisen ja siinä käytettyjen kehittämistoimien vaikutusten arvioinnin lisäksi myös osaamisen hallinnan ja johtamisen arviointi. Arvioinnin tulisi kohdistua koko prosessiin eli myös kehittämisen suunnitteluun ja toteutukseen eikä vain tuloksiin. (Puhakka ym. 2011.)

Näitä osaamisen hallinnan tasoja voidaan arvioida omista lähtökohdistaan. Osaamisen kehittämistä arvioidaan toteutuneiden kehittämistoimien kautta ja niistä saatujen tulosten kautta. Tuloksia kuvataan osaamista kuvaavilla mittareilla ja indikaattoreilla. Osaamisen kehittämistoimenpiteiden vaikuttavuuden arvioinnin lähtökohtana on selkeä käsitys, miten ja miksi toimi vaikuttaisi toimintaan. Arvioinnin keskeisinä kysymyksinä ovatkin mikä vaikuttaa mihinkin, miten, milloin ja millä edellytyksillä. Kun halutaan tietää, onnistuiko osaamisen kehittämistoimi ja tuottiko se lisäarvoa suhteessa asetettuihin tavoitteisiin, on hyvä kysyä muutamia kysymyksiä. Onko osaaminen tai työn laatu kehittynyt, mitä tehdään toisin ja missä muutokset näkyvät tai onko löytynyt uusia ratkaisuja mitkä auttavat näkemään kokonaisuuksia. On hyvä myös arvioida mitkä tekijät edistävät ja mitkä estävät uuden oppimista ja opitun soveltamista. Arvioinnissa on hyvä ottaa huomioon koko oppimisprosessi ja sen vaikutus oppimistuloksiin. (Puhakka ym. 2011.)

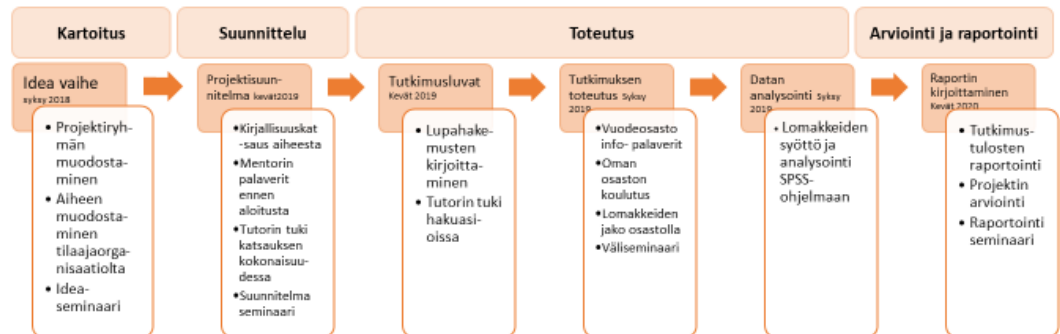
Vaikuttavuuden arviointi tulisi aina suunnitella hyvin. Ratkaisevaa on miettiä etukäteen kuka arvioi, mitä arvioi, miten ja milloin. Jokaiselle arvioitavalle asialle on hyvä valita ennakkoon mittari tai tapa millä asiaa pystytään seuraamaan ja siitä saadaan tietoa. On myös varmistettava tarvittava osaaminen arvioinnin toteuttamiseen. (Puhakka ym. 2011.)

Organisaatio aikoo toteuttaa vaikuttavuuden arviointia kehittämistoimenpiteiden tulosten kohdalla uusimalla potilaskokemus mittarin jossain vaiheessa tulevaisuudessa. Nyt kuitenkin pääpaino tulee olemaan kehittämismenetelmien valinnalla ja niiden toteuttamisella. Aihealueiden ollessa melko isoja, ei vaikutuksia tulla näkemään hetkessä, vaan kehitystyöstä tulee pitkäjänteistä muutosta kohti parempaan.

10 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektin päällikkönä toimi raportin kirjoittaja ja projektiryhmässä hänen lisäksi toimi Turun ammattikorkeakoulun opettaja Tutorina sekä työpaikan edustaja Mentorina sekä asiantuntijana. Projektiryhmä toimi enemmän projektin alkuvaiheessa kun taas lopussa yhteistyö keskittyi seminaareihin sekä raportin kirjoittamisen tukemiseen. Kirjallisuuskatsausta tehdessä pidettiin muutama palaveri missä aihealuetta ja hakuja tarkennettiin. Tutkimuslupahakemuksen suhteen projektiryhmä auttoi projektipäällikköä käytännön seikoista ja luvat saatiinkin heti neuvoston seuraavan palaverin jälkeen. Eettisen neuvottelukunnan edustajalta oli sitä mieltä, ettei heidän luvalleen ole tarvetta tutkimuksessa. Projektipäällikkönä vastuu tavoitteiden saavuttamisesta, tiedotuksesta, aikataulusta, virallisten asiakirjojen ja lupien hoidosta sekä tutkimustuloksista sekä niiden ja projektin raportoinnista keskittyi allekirjoittaneeseen. Työ oli valtava, mutta kokonaisuudessaan antoisa ja opettavainen.

Projektin tavoitteet oli kartoittaa hoidon laatua leikkausosastolla potilaan kokemuksen kautta, sekä miettiä laadunkehittämiskokonaisuuksia tämän potilaslähtöisen materiaalin lähtökohdista osaston henkilökunnalle. Projektilla on siis kohderyhmä sekä mahdollinen välillinen kohderyhmä (Silfverberg 2005, 39). Projektin kohderyhmänä ovat potilaat ja heidän hoitonsa laatu ja välillisenä kohderyhmänä toimii leikkausosaston henkilökunta ja heidän osaamisensa. Tavoitteet koettiin ideavaiheessa selkeiksi ja mitattaviksi. Paasi-vaara ym. (2013, 41-42) toteaa että tavoite on määriteltävä realistisesti ja niin että sitä voi mitata. Sen tulisi olla myös linjassa emo-organisaatioiden strategioiden kanssa. Tässä tapauksessa VSSHP Strategia missä mainitaan tarve potilaskokemustiedon käytön lisäämiselle laadunkehittämistyöhössä (VSSHP 2018). Aihe tuli organisaatiolta, joten se oli tarveperustainen, kuten jo strategia osoittaa. Tarvelähtöisyys nähdäänkin yhtenä projektisuunnittelun peruslähtökohtana (Silfverberg 2005, 3). Teoreettisen viitekehyksen hahmottelun alkaessa projektin suunnitteluvaiheessa alkoi epätoivo kuitenkin hiipimään mieleen. Aihe tuntui laajalta ja lähes mahdottomalta ottaa haltuun. Kuitenkin sekä tutorin että mentorin tuella aihealue saatiin jonkin näköiseen rajaukseen ja asia käsiteltyä tarvittavalla laajuudella. Kirjallisuuskatsauksen jälkeen tehty tutkimussuunnitelma antoi raamit loppu projektille ja siitä sovellettu tutkimushakemus viralliset puitteet.



Kuvio 5. Projektin eteneminen

Tiedotus projektin aikana toimi projektiryhmän sekä muiden sidosryhmien kanssa pääpainoisesti sähköpostin välityksellä. Projektiryhmä oli alussa tiivistikkin yhteydessä aiheen valinnasta ja käytännön asioiden vuoksi, mutta loppua kohden enää lähinnä seminaarien yhteydessä. Koska sidosryhmät haluttiin osallistaa projektiin mukaan, tutkimusluvun tultua projektipäällikkö lähetti alkuinfon kaikille mukana olevien vuodeosastojen osastonhoitajille, missä kertoi tutkimuksen suunnitelman, tavoitteen, tarkoituksen sekä toteutuksen. Jokaiselle vuodeosastolle projektipäällikkö kävi vielä pitämässä infon ilta-päiväpalaverien yhteydessä, jotta hoitohenkilökunta pystyisi vastaamaan potilaiden mahdollisiin kysymyksiin aiheesta. Tutkittavalla leikkausosastolla projektipäällikkö piti aamupalaverin yhteydessä infon missä kertoi yksityiskohtaisesti tutkimuksesta sekä lähetti vielä osaston henkilökunnalle infon tutkimuksesta sekä kyselyn ja saatekirjeen tiedoksi. Tulosten tullessa pitää projektipäällikkö vielä palaverin osastolla missä tuodaan esille tutkimustulokset ja mahdolliset kehitettävät asiat tulevaisuutta varten. Kaikille vuodeosastoille projektipäällikkö tekee tuloksista koontin, minkä lähettää kiitoksena kaikille osallistuneille vuodeosastoille. Projektipäällikkö näkee, että viestintä on ollut toimivaa ja avointa tutkimuksen suhteen ja kaikki jotka tietoa ovat tarvinneet ovat sitä myös saaneet.

Toteutukseen kuuluu selkeänä osana ohjaaminen. Terveysthuollon projekteissa ohjaukseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Näin vaarantuu kyky pysyä ajan tasalla projektin tehtävien edistymisestä (Paasivaara ym. 2013, 86-89). Projektipäällikkö vei kyselyjä pienin erin leikkausosaston heräämään ja sai näin selkeän syyn käydä muistuttamassa henkilökuntaa tutkimuksesta. Näin hän pystyi ohjaamaan ja motivoimaan henkilökuntaa kyselyjen jakamiseen, ja pysyi itse kokoajan tietoisena projektin sen hetkisestä tilasta.

Aikataulu oli kaikenkaikkiaan tiivis, eikä siihen jäänyt paljoakaan tyhjää (Kuvio 5.). Alun ihmetyt vaihtui äkkiä todelliseen koetukseen eli kirjallisuuskatsaukseen. Projektipäällikön suunnittelema aikataulu kuukauden mittaisesta opintovapaasta käytettiin kokonaan katsaukseen, ja silti puolet kerätystä materiaalista jäi vielä pöydälle. Luvat haettiin aikataulussa, koska muuten tutkimuksen toteutusvaihe olisi venynyt ja valmistuminen viivästynyt. Kyselyjen aikataulut onnistui nappiin ja juuri suunnitellussa ajassa saatiin tarvittavat 150 vastattua kyselyä. Niiden analysoinnissa meni hieman kauemmin kuin oli suunniteltu, mutta aikataulussa pysyttiin. Ongelmia tuotti teoreettiseen viitekehukseen lisätyn materiaalin viemä aika, raportin kirjoittamiseen käytetystä ajasta. Kuitenkin lopulta raportti saatiin valmiiksi ilman suurempia ongelmia.

Lupa-asioiden hoito ei varmasti olisi sujunut näin sujuvasti, jos projektipäällikkö ei olisi saanut tukea projektiryhmältään. Suuri apu oli myös kanssaopiskelijoilta saatu tuki, mitä samojen ongelmien äärellä painivat pystyivät hyvin tarjoamaan. Jälkeenpäin ajateltuna, jos olisin tiennyt eettisen toimikunnan luvan vaikutuksista artikkelin julkaisuun, olisin sen varmasti hakenut, vaikkei se tutkimuslupaankaan olisikaan vaikuttanut.

Tutkimuksellisen osion tulosten analysoinnissa suuri kiitos kuuluu kotoa löytyvälle avulle. Vaikka avoimen yliopiston verkkokurssikin tuli käytyä, ja google vastasi suurimpaan osaan kysymyksistä, oli selkeästi helpompaa kysyä apua osaavalta ihmiseltä.

Raportointi on ollut vaativaa ja aikaa vievää, mutta opettavaista ja antoisaa. Omien tulosten kirjoittamisessa fiilis on vaan erilainen kuin muiden referoinnissa. Nyt olisi aika viedä tulokset käytäntöön ja kuten Silfverberg (2005, 9) kuvaa kirjassaan on kehitystyöllä pyrittävä kestäviin ja pysyviin vaikutuksiin kohteessa. Osaston kehittämispäivät ovat saaneet aiheensa tänäkin vuonna ja kehittäminen yhdessä koko henkilökunnan kanssa saa jatkua kuten viime vuonnakin hyvässä yhteistyössä ja tuottavana. Näin projektin tuotokset saadaan suoraan käytäntöön ja kehittämismenetelmien kautta uusiin käytänteisiin. Vaikutukset hoidon laatuun mitataan tulevaisuudessa vielä uusinta kyselyllä. Kaiken kaikkiaan täydellinen kehittämistyön Demingin ympyrä saavutettavaksi.

Päällimmäisenä ajatuksena on helpotus, mutta myös jonkinmoinen haikeus yhden ajanjakson päättymisestä ja tietyn ison työn valmistumisesta. Projekti on opettanut paljon päämäärätietoisuudesta ja ajanhallinnasta, ja siitä on ammennettavaa varmasti koko uralle. Ei pelkästään tulosten ja kehittämistöiden puolesta, mutta itselle ihmisenä. En enää ajattele en koskaan tai ei minusta olisi siihen, vaan näen edessä mahdollisuuksia, enemmän kuin ennen.

11 POHDINTA

Laadun parantamista pohtiessa, yhtenä suurimpana tavoitteena nähdään valtakunnalliset suuntaviivat sekä mittarit kehittymisen turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuolto tarvitseekin selkeitä käytänteitä millä laadunkehittämistyötä tehdään kokonaisvaltaisesti. Potilaiden osallisuuden lisääminen laadun kehittämisessä haastaa kuitenkin vielä toimialan perinteisiä käytäntöjä ja vaatii kehittyäkseen vaikuttavaksi uusia muotoja.

Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) T-leikkausosastolla on hoidon laatua kehitetty mitattavin keinoin lähinnä tehokkuuden, turvallisuuden ja osaamisen osa-alueilla. Koska hoidon laadusta haluttiin saada kokonaisvaltaisempi kuva, otettiin potilaan kokemus osaksi laadunkehittämistyötä. Potilaita osallistettiin käyttämällä valmista Hyvä perioperatiivinen hoito- mittaria (Leinonen & Leino-Kilpi 2008).

Tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, miten toteutunut perioperatiivinen hoito näyttäytyy potilaan näkökulmasta. Mittari antoi meille mahdollisuuden tehdä hoidon nykytilan kartoituksen potilaan näkökulmasta, mistä saatava tieto otetaan käyttöön laadunkehittämistyön pohjaksi.

Tulokset olivat osin odotettuja ja osin yllätyksellisiä, mutta suurimmalta osin ne kulkivat edellisten tutkimustulosten jalanjäljissä. Henkilökunta koettiin hyväksi, kuten myös ilmapääri. Hoidon etenemisessä oli vielä hiomista odotusaikojen suhteen, mikä oli jo hyvin tiedossa käytännön työssä. Kuitenkin ihmetystä aiheutti omatoimisuuden tukemisen ja edellä mainittujen näinkin selkeä ero. Kaiken teknisyyden keskellä on oltava aikaa myös aidolle kohtaamiselle, potilas-hoitaja suhteelle. Onko tehokkuus ajattelumme vieneet meiltä kyvyn empatiaan vai ainostaan ajan sen käsittelyyn. Olemme jo pitkään saaneet kuunnella eri medioista hoitohenkilökunnan alanvaihto syitä. Mahdottomuus tehdä työnsä niin hyvin kuin haluaisi, on aina ollut yksi niistä. Toivoisin kuitenkin, että kaikille hoitohenkilökuntaan kuuluville annetaan mahdollisuus ottaa se aika minkä potilas tarvitsee saadakseen yksilöllistä ja potilaskeskeistä hoitoa.

Juuri näiden asioiden tunnistamiseksi potilaskokemustieto on kultaakin arvokkaampaa. Tätä tietoa kun ei toimenpidemäärät, HaiPro- ilmoitukset tai talon yleiset tyytyväisyysmittarien tulokset kerro. Perioperatiivisen hoidon laadun arviointia potilaan näkökulmasta ei oltu tähän mennessä tehty osastollamme ja olimme tyytyväisiä toimintaamme muiden mittarien tulosten perusteella. Itse arviointi koetaan usein uhaksi, mutta se pitäisi nähdä

mahdollisuutena oppia ja kehittyä. Vain sillä saavutetaan tietoisuus siitä missä tilanteessa ollaan ja kehittämisestä saadaan oikeasti tavoitteellista ja eteenpäin vievää.

Nyt kun tiedossamme on hoidon laadun vahvuudet sekä kehittämisalueet on päätettävä mitä niille teemme. On luotava muutokselle suunta ja suunniteltava keinot sinne pääsemiseksi. On tehtävä yhdessä töitä, jotta potilaat tuntevat hoitomme aitona kohtaamisena missä heidät otetaan vastaan yksilöinä. On oltava aikaa pysähtyä ja antaa se tila minkä potilas tarvitsee tullakseen kuulluksi.

LÄHTEET

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Understanding health care quality. Viitattu 25.2.2020 http://www.kdheks.gov/hcf/news/download/04172007_NCQA_Health_Quality.pdf

Ahmed, F.; Burt, J. & Roland, M. 2014. Measuring Patient Experience : Concepts and Methods. *Patient*, vol 7, no. 3, pp. 235-241, Viitattu 26.2.2020. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103992852&site=ehost-live>

AHRQ. 2019. CAHPS Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems. Viitattu 26.2.2020 <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/index.html>

Andersson, A-C.; Elg, M.; Perseius, K-I. & Idvall, E. 2013. Evaluating a questionnaire to measure improvement initiatives in Swedish healthcare. *BMC Health Service Res.* 2013; 13: 48. doi:10.1186/1472-6963-13-48

AORN. 2015. Guidelines for perioperative practice. Viitattu 21.3.2019 <https://www.aorn.org/guidelines/about-aorn-guidelines>

Beattie, M.; Murphy, D.; Atherton, L. & Lauder, W. 2015. Instrument to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Systematic Reviews*, 20150723, Jul 23, vol. 4, pp. 97-0 DOI 10.1186/s13643-015-0089-0. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511995/pdf/13643_2015_Article_89.pdf

Berghout, M.; Van Exel, J.; Leensvaart, L. & Cramm, J.M. 2015. Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals. *BMC Health Services Research*, vol. 15, no. 1, pp. 1-13. Viitattu 26.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=109498793&site=ehost-live> ISSN 1472-6963. DOI 10.1186/s12913-015-1049-z.

Berwick, D.; James, B. & Coye, M. 2003. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care (MED CARE)* 2003 Jan; 41(1): 130-138. (9p)

Bleich, S; Özaltın, E & Murray, C. 2009. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ* 2009;87:271–278 | doi:10.2471/BLT.07.050401.

Brandt, B.; Lutfiyya, M.N.; King, J.A. & Chioreso, C. 2014. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *Journal of Interprofessional Care*, vol. 28, no. 5, pp. 393-399. Viitattu 25.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=97286799&site=ehost-live> ISSN 1356-1820. DOI 10.3109/13561820.2014.906391.

Brennan, C. & Parsons, G. 2017. Enhanced Recovery in Orthopedics: A Prospective Audit of an Enhanced Recovery Program for Patients Undergoing Hip or Knee Arthroplasty. *MEDSURG Nursing*, Mar, vol. 26, no. 2, pp. 99-104. Viitattu 24.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=122315811&site=ehost-live> ISSN 1092-0811.

Cleary, P.D. 2016. Evolving Concepts of Patient-Centered Care and the Assessment of Patient Care Experiences: Optimism and Opposition. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, vol. 41, no. 4, pp. 675-696. Viitattu 19.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=117335438&site=ehost-live> ISSN 0361-6878. DOI 10.1215/03616878-3620881.

Connelly, L.M. 2018. Voice of the Process. *MEDSURG Nursing*, Jul, vol. 27, no. 4, pp. 262-263. Viitattu 18.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=131366471&site=ehost-live> ISSN 1092-0811.

Cork, N., Rooney, K.D. and Carson-Stevens, A. 2017. When I say... quality improvement. *Medical Education*, vol. 51, no. 5, pp. 467-468. Viitattu 19.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=122405764&site=ehost-live> ISSN 0308-0110. DOI 10.1111/medu.13244.

Davis, R.; Jacklin, R.; Sevdalis, N. & Vincent, C. 2007. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? Blackwell Publishing Ltd *Health Expectations*, 10, pp.259-267. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060404/>

Delnoij, D. 2009. Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *European Journal of Public*

Health, Volume 19, Issue 4, August 2009, Pages 354–356. Viitattu 12.2.2020.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp105>

Department of Health. NHS. 2011. Patient experience framework. Department of Health. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215159/dh_132788.pdf

DI Capua, D.J. 2013. Better operating rooms. *Modern Healthcare*, vol. 43, no. 36, pp. 27. Viitattu 18.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=90249003&site=ehost-live> ISSN 0160-7480.

Donabedian, A. 1969. Some issues in evaluating the quality of nursing care. *American Journal of Public Health* 39 (10), 1833-1836. Viitattu 25.3.2019 <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.59.10.1833>

Doyle, C.; Lennox, L. & Bell, D. 2013. A Systematic Review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1). doi:10.1136/bmjopen-2012-001570.

Duhn, L. & Medves, J. 2018. A 5-Facet framework to describe patient engagement in patient safety. *Health Expectations*, Dec2018; 21(6): 1122-1133. (12p) Viitattu 27.3.2019 <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=6b2cdf69-a72b-4689-8222-5748e3c626c4%40sdc-v-sessmgr01>

Falco, D.; Rutledge, D. & Elisha, S. 2017. Patient Satisfaction Whit Anesthesia Care: What Do We Know? *AANA Journal*. August 2017: Vol. 85, No. 4.

Forsberg, A.; Vikman, I.; Wälivaara, B. & Engström, Å. 2017. Patients' perceptions of quality of care during the perioperative procedure. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, vol. 30, no. 3, pp. 13-22. Viitattu 26.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=125212415&site=ehost-live> ISSN 1448-7535. DOI 10.26550/303/13.22.

Fregene, T.; Wintle, S.; Venkat Raman, V.; Edmond, H. & Rizvi, S. 2017. Making the experience of elective surgery better. *BMJ Open Quality*, 20170809, Aug 9, vol. 6, no. 2, pp. 000079. eCollection 2017 ISSN 2399-6641. DOI 10.1136/bmjopen-2017-000079 [doi].

Fung, C.; Lim, Y.; Mattke, S.; Damber, C. & Shekelle, P. 2008. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*, 1/15/2008; 148(2): 111-123. (13p)

Ginex, P. 2017. The Difference Between Quality Improvement, Evidence-Based Practice, and Research. 2017. *ONS Voice*, vol. 32, no. 8, pp. 35. Viitattu 20.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=124533993&site=ehost-live> ISSN 2475-6938.

Gornall, B.; Myles, P.; Smith, C.; Burke, J.; Leslie, K.; Pereira, M.; Bost, J.; Kluivers, K.; Nilsson, U.; Tanaka, Y. & Forbes, A. 2013. Measurement of quality of recovery using the QoR-40: a quantitative systematic review. *British Journal of Anaesthesia* 111 (2): 161-9 (2013). Viitattu 26.2.2020. [https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)32440-6/pdf](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)32440-6/pdf)

Greco, C.; Yu, L.; Johnston, K.; Dodds, N.; Morone, N.; Glick, R.; Schneider, M.; Klem, M.; McFarland, C.; Lawrence, S.; Colditz, J.; Maihofer, C.; Jonas, W.; Ryan, N. & Pilkonis, P. 2015. Measuring nonspecific factors in treatment: item banks that assess the healthcare experience and attitudes from the patient's perspective. *Quality Life Research* (2016) 25:1625–1634 DOI 10.1007/s11136-015-1178-1. Viitattu 20.3.2019.

Hawkins, R.; Swanson, B. & Kremer, M. 2012. An Integrative Review of Factors Related to Patient Satisfaction With General anesthesia Care. *AORN Journal*, Vol 96, No 4, 368-376. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2012.07.015>

Hall, A.E.; Bryant, J.; Sanson-Fisher, R.; Fradgley, E.A.; Proietto, A.M. & Roos, I. 2018. Consumer input into health care: Time for a new active and comprehensive model of consumer involvement. *Health Expectations*, vol. 21, no. 4, pp. 707-713. Viitattu 25.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=131532246&site=ehost-live> ISSN 1369-6513. DOI 10.1111/hex.12665.

Hertel-Joergensen, M.; Abrahamsen, C. & Jensen, C. 2018. Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 20180308, May, vol. 29, pp. 41-48 ISSN 1878-1292. DOI S1878-1241(17)30085-0 [pii].

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Tammi. Helsinki.

Hoque, DME.; Kumari, V.; Hoque, M.; Ruseckaite, R.; Romero, L. & Evans, SM. 2017. Impact of clinical registries on quality of patient care and clinical outcomes: A systematic review. PLoS ONE. 2017;12(9):1-20. Viitattu 17.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=125065813&site=ehost-live>. doi: 10.1371/journal.pone.0183667.

Homzova, P. & Zelenikova, R. 2015. Measuring perioperative anxiety in patient undergoing elective surgery in Czech republic. Central European journal of Nursing and Midwifery 2015; 6(4):321-326. Viitattu 19.3.2019. <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=111506571&S=R&D=ccm&EbscoContent=dGJyMNxb4kSep14y9fwOLCmsEiep69Ss6%2B4S7GWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqtU%2B2rLROuePfgex44Dt6fIA>

Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Hätönen, H. 2007. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki. Edita Prima Oy.

Institute of Medicine (IOM). 2001. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21 Century. Washington, DC: National Academies Press. Viitattu 17.3.2019 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf

Jha, A.K.; Orav, E.J.; Zheng, J. & Epstein, A.M. 2008. Patients' Perception of Hospital Care in the United States. New England Journal of Medicine, vol. 359, no. 18, pp. 1921-1931. Available from: Viitattu 17.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=34987641&site=ehost-live> ISSN 0028-4793. DOI 10.1056/NEJMsa0804116.

Juran J. 1988. on planning for Quality. The Free Press. Viitattu 25.3.2020 https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=KPUXbZ2Hw1EC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Juran,+J.:+Juran+on+planning+for+Quality.+The+Free+Press,+1988&ots=xL_a3AF1rM&sig=Qz7p__sMYe-

qVVLrTXxO2UXZRddc&redir_esc=y#v=onepage&q=Jur-
 ran%2C%20J.%3A%20Juran%20on%20planning%20for%20Qua-
 lity.%20The%20Free%20Press%2C%201988&f=false

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuu-
 det sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä- integroitu kirjallisuuskatsaus.
 Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.3.2019 [http://julkaisut.valtioneu-
 vosto.fi/bitstream/handle/10024/72711/URN:NBN:fi-fe201504223159.pdf?se-
 quence=1](http://julkaisut.valtioneu-

 vosto.fi/bitstream/handle/10024/72711/URN:NBN:fi-fe201504223159.pdf?se-

 quence=1)

Kawaguchi, M.; Tanaka, Y. & Furuya, H. 2015. Improving the safety and quality
 of surgical patient care: what can we learn from quality management of indus-
 tries?. Journal of Anesthesia, vol. 29, no. 4, pp. 485-486. Viitattu
 20.3.2019 [http://search.ebscohost.com/login.aspx?di-
 rect=true&db=afh&AN=109016315&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?di-

 rect=true&db=afh&AN=109016315&site=ehost-live) ISSN 0913-8668. DOI
 10.1007/s00540-014-1930-7.

Kieft, R.; Brouwer, B.; Franke, A. & Delnoij, D. 2014. How nurses and their work
 environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study.
 BMC Health Services Research 2014, 14:249. doi: 10.1186/1472-6963-14-249

KvantiMOTV. Mittaaminen : mittarin luotettavuus. 2008. Viitattu 29.3.2020.
<https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>

Laflamme, L.L. 2017. Enhancing Perioperative Patient Safety: a Collective Re-
 sponsibility. ORNAC Journal, vol. 35, no. 4, pp. 13-56. Viitattu
 23.3.2019 [http://search.ebscohost.com/login.aspx?di-
 rect=true&db=ccm&AN=128698177&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?di-

 rect=true&db=ccm&AN=128698177&site=ehost-live) ISSN 1927-6141.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 9.4.1999/488. Annettu Helsingissä
 9.4.1999. Saatavilla [https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-
 tasa/1999/19990488?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=l%C3%
 A4%C3%A4ketieteellinen%20tutkimus](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-

 tasa/1999/19990488?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=l%C3%

 A4%C3%A4ketieteellinen%20tutkimus)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Annettu Helsingissä
 17.8.1992. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Larsson, I.; Sahlsten, M.; Sjöström, B.M Lindencrona, C. & Plos, K. 2007. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2007; 21; 313-320.

Lees, C. 2011. Measuring the patient experience. *Nurse Researcher*. 19, 1, 25-28. doi: 10.7748/nr2011.10.19.1.25.c8768

Leinonen, T. 2002. The Quality Of Perioperative Care – Developing a Patient-Oriented Measurement Tool. Turun yliopiston julkaisu. Painosalama Oy. Turku.

Lindwall, L. & von Post, I. 2009. Continuity created by nurses in the perioperative dialogue – a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2009; 23; 395–401. Viitattu 20.3.2019. <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=39143550&S=R&D=afh&EbscoContent=dGJyMNxb4kSeprl4y9fwOLCmsEiep7BSrqi4Sa6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqtU%2B2rLROuePfgeyx44Dt6fIA>

Mazurenko, O.; Zemke, D.; Lefforge, N.; Shoemaker, S. & Menachemi, N. 2015. What Determines the Surgical Patient Experience? Exploring the Patient, Clinical Staff, and Administration Perspectives. *Journal of Healthcare Management*, Sep, vol. 60, no. 5, pp. 332-346. Viitattu 26.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=109935460&site=ehost-live> ISSN 1096-9012. DOI 10.1097/00115514-201509000-00007.

McCloy, O. & McCutcheon, K. 2016. The day surgery experience from the perspective of service users. *British Journal of Nursing*, vol. 25, no. 13, pp. 736-739. Viitattu 26.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=116802052&site=ehost-live> ISSN 0966-0461. DOI 10.12968/bjon.2016.25.13.736.

McGowan, M. & Reid, B. 2018. Using the Plan, Do, Study, Act cycle to enhance a patient feedback system for older adults. *British Journal of Nursing*, vol. 27, no. 16, pp. 936-941. Viitattu 23.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=131612529&site=ehost-live> ISSN 0966-0461. DOI 10.12968/bjon.2018.27.16.936.

Myles, S.; Boney, O.; Botti, M.; Cyna, A.; Gan, T.; Jensen, M.; Kehlet, H.; Kurz, A.; De Oliveira Jr, G.; Peyton, P.; Sessler, D.; Tramer, M.; Wu, G. & the StEP-COMPAC Group. 2018. Systematic review and consensus definitions for the

Standardised Endpoints in Perioperative Medicine (StEP) initiative: Patient comfort. *British Journal of Anaesthesia*, 120 (4): 705-711. Viitattu 26.2.2020.
[https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(18\)30001-1/pdf](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(18)30001-1/pdf)

NHS. 2011. Patient experience framework. Viitattu 20.2.2020.
<https://www.gov.uk/government/publications/nhs-patient-experience-framework>

Osborne, S. 2017. Making evidence-based perioperative practices stick: An introduction to an implementation science approach. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, vol. 30, no. 4, pp. 53-55. Viitattu 22.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131428302&site=ehost-live> ISSN 1448-7535.

Paasivaara L., Suhonen M., Virtanen P. 2013. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Tallinna: Tietosanoma Oy

Pekurinen, M.; Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveyshuollon laatuun vuonna 2008. *Stakes*. Valopaino Oy. Viitattu 20.3.2019 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76850/R38-2008-VERKKO.pdf?sequence=1> ISBN 978-951-33-2289-2

Puhakka, A., Sihvo, P. & Väyrynen, K. 2011. eOSMO- Osaamisen hallinnan opas. Verkkójulkaisu. eOSMO- hanke. Viitattu 22.10.2019.

Pulkkinen, M.; Junttila, K. & Lindwall, L. 2016. The perioperative dialogue - a model of caring for the patient undergoing a hip or a knee replacement surgery under spinal anaesthesia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 30, no. 1, pp. 145-153. Viitattu 22.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=113306735&site=ehost-live> ISSN 0283-9318. DOI 10.1111/scs.12233.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 29.3.2020.
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 29.3.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Terveystuololaki. 30.12.2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saata-
vlla [https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-
tasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaali-
%20ja%20terveydenhuolto%20laatu%20](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-
tasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaali-
%20ja%20terveydenhuolto%20laatu%20)

Teunissen, T.; Visse, M.; de Boer, P. & Abma TA. 2013. Patient issues in health
research and quality of care: an inventory and data synthesis. *Health Expect.*
2013 Dec;16(4):308-22. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00718.x

THL. 2019. Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa Toiminta-
malli, organisointi ja rahoitus. Punamusta Oy. Helsinki. [https://www.jul-
kari.fi/bitstream/handle/10024/138834/URN_ISBN_978-952-343-420-2.pdf?se-
quence=1&isAllowed=y](https://www.jul-
kari.fi/bitstream/handle/10024/138834/URN_ISBN_978-952-343-420-2.pdf?se-
quence=1&isAllowed=y)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E- kirja.
Tammi. Viitattu 17.3.2020. <https://www.ellibslibrary.com/book/9789520400118>

Scholl, I.; Zill, J.M.; Härter, M. & Dirmaier, J. 2014. An Integrative Model of Pa-
tient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE*,
vol. 9, no. 9, pp. 1-9. Viitattu 26.3.2019 [http://search.ebsco-
host.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=98618885&site=ehost-live](http://search.ebsco-
host.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=98618885&site=ehost-live) ISSN
1932-6203. DOI 10.1371/journal.pone.0107828.

Sharma, A.; Knox, M.; Mleczko, V. & Olayiwolav, J. 2017. The impact of patient
advisors on healthcare outcomes: a systematic review. *BMC Health Services
Research* (2017) 17:693. DOI: 10.1186/s12913-017-2630-4

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu
30.3.2019 [http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_pro-
jektiksi.pdf](http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_pro-
jektiksi.pdf)

Siriwardena, N. & Gillam, S. 2014. Patient perspective on quality. *Quality in Pri-
mary Care* 2014;22:11-15. Viitattu 24.3.2019 [https://pdfs.seman-
ticscholar.org/f3fc/6b94f5bbce659b12cbe8757d686d3858ed59.pdf](https://pdfs.seman-
ticscholar.org/f3fc/6b94f5bbce659b12cbe8757d686d3858ed59.pdf)

Smirnova, A.; Lombarts, K.; Arah, O. & Vleuten, C. 2017. Closing the patient ex-
perience chasm: A two-level validation of the Consumer Quality Index Inpatient
Hospital Care. *Health Expectations*, vol. 20, no. 5, pp. 1041-1048. Viitattu
23.3.2019 [http://search.ebscohost.com/login.aspx?di-
rect=true&db=afh&AN=125188966&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?di-
rect=true&db=afh&AN=125188966&site=ehost-live) ISSN 1369-6513. DOI
10.1111/hex.12545.

Sohrakov, K.; Westlake, C.; Key, E.; Barth, E.; Antognini, J. & Johnson, V. 2014. Optimizing the OR: A Bottom-Up Approach. *Hospital Topics*, vol. 92, no. 2, pp. 21-27. Viitattu 24.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=96653060&site=ehost-live> ISSN 0018-5868. DOI 10.1080/00185868.2014.906829.

Stausmire, J.M. 2014. Quality Improvement or Research-Deciding Which Road to Take. *Critical Care Nurse*, vol. 34, no. 6, pp. 58-63. Viitattu 24.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=99757024&site=ehost-live> ISSN 0279-5442. DOI 10.4037/ccn2014177.

STM. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (KASTE 2012-2015) ulkoinen arviointi ja loppuraportti. STM. Viitattu 21.3.2019 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74895/Rap%20ja%20mui_2016_16_PDF.pdf

Suhonen, R.; Välimäki, M.; Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2004. Testing the individualized care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 18, no. 1, pp. 27-36. Viitattu 25.3.2019 <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=12460448&site=ehost-live> ISSN 0283-9318. DOI 10.1111/j.1471-6712.2004.00255.x.

Suomisanakirja. Laatu. 2019. Viitattu 25.3.2020 <https://www.suomisanakirja.fi/laatu>

Syed, S.; Leatherman, S.; Mensah-Abrampah, N.; Neilson, M. & Kelley, E. 2018. Improving the quality of health care across the health system. *Bulletin of the World Health Organization* 2018;96:799. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.226266>

THL. Laatu. 2018. Viitattu 23.3.2019 <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujentuottaminen/laatu>

Valli, R. toim. 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS- kustannus. Jyväskylä. Viitattu 5.5.2019 <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789524515160>

Viitala, R. 2008. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. 2009.

VSSH – Strategia vuosille 2019- 2020. Valtuusto 12.6.2018 liite 1 § 19. Viitattu 13.3.2019. http://www.vssh.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/Documents/VSSH_strategia_2019-2020.pdf

Westerlink, K. & Bergbom, I. 2008. The importance of nursing in perioperative care: a patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*, vol. 3, no. 4, pp. 133-144. Viitattu 26.3.2019 <http://search.ebsco-host.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105602136&site=ehost-live> ISSN 1470-5664.

WHO. 2019. What is quality of care and why is it important? Viitattu 24.3.2019 https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/

Wolfe, A. 2001. Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. *Policy, Politics, & Nursing Practice* Vol. 2 No. 3, August 2001, 233-23. <https://doi.org/10.1177/152715440100200312>

Liite 1. Hyvä perioperatiivinen hoito- mittari

Perioperatiivinen hoidon laatu potilaan näkökulmasta 2019

TYKS, TTOTEK

1

Vastatkaa kysymyksiin ympäröimällä valitsemanne vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun tilaan.

1. Saavuin leikkausosastolle
1. aamulla
 2. aamupäivällä
 3. päivällä
 4. iltapäivällä
 5. illalla
 6. yöllä
2. Toimenpiteeni tehtiin leikkausosastolla
1. TTOTEK T-leikkausosasto
3. Toimenpiteeni oli
1. ennalta suunniteltu
 2. päivystysluonteinen (eli äkillinen, ei ennalta suunniteltu)
 3. päiväkirurginen (eli pääsin kotiin leikkauspäivänä)
4. Toimenpiteeni tehtiin
1. nukutuksessa
 2. puudutuksessa
 3. jotain muuta, mitä _____
5. Ikäni on _____ vuotta
6. Ylin koulutukseni on
1. kansa-, keski- tai peruskoulu
 2. lukio
 3. ammattitutkinto tai vastaava
 4. ammattikorkeakoulututkinto
 5. korkeakoulututkinto
7. Kuinka selvästi muistatte leikkausosastolla oloaikanne (rengastakaa jokaisen vaihtoehdon kohdalla Teitä parhaiten koskeva vaihtoehto)
- | | <u>selvästi</u> | <u>epäselvästi</u> | <u>en muista mitään</u> |
|--|-----------------|--------------------|-------------------------|
| 1. muistan tuloni leikkausosastolle | 1 | 2 | 3 |
| 2. muistan leikkaussalissa oloni toimenpiteeni aikana .. | 1 | 2 | 3 |
| 3. muistan heräämössä oloni..... | 1 | 2 | 3 |
| 4. muistan lähtöni leikkausosastolta | 1 | 2 | 3 |
8. Tapasitteko seuraavat henkilöt ennen leikkausosastolle tuloanne ?
- | | <u>kyllä</u> | <u>ei</u> | <u>en osaa sanoa</u> |
|--|--------------|-----------|----------------------|
| 1. leikkaava lääkäri..... | 1 | 2 | 3 |
| 2. anestesia lääkäri (lääkäri, joka nukuttaa ja puuduttaa) | 1 | 2 | 3 |
| 3. sairaanhoitaja leikkausosastolta | 1 | 2 | 3 |
9. Halusitteko kuunnella musiikkia leikkausosastolla ollessanne?
1. kyllä
 2. ei
10. Tarjottiinko Teille mahdollisuus musiikin kuunteluun leikkausosastolla ollessanne?
1. kyllä
 2. ei

Hyvä Perioperatiivinen Hoito-mittari (© Leinonen & Leino-Kilpi)

Perioperatiivinen hoidon laatu potilaan näkökulmasta 2019

TYKS, TTOTEK

2

11. Kuinka paljon Teillä oli **JUURI ENNEN** leikkausosastolle tuloanne

	<u>erittäin</u> <u>paljon</u>	<u>paljon</u>	<u>vähän</u>	<u>ei</u> <u>lainkaan</u>	<u>en osaa</u> <u>sanoa</u>
1. kipua.....	4	3	2	1	0
2. pahoinvointia	4	3	2	1	0
3. vilua / palelemista	4	3	2	1	0
4. nukutukseen / puudutukseen liittyviä pelkoja	4	3	2	1	0
5. leikkaukseen / toimenpiteeseen liittyviä pelkoja..	4	3	2	1	0
6. tietoa Teille tehtävästä toimenpiteestä.....	4	3	2	1	0
7. tietoa puudutus- tai nukutustavasta	4	3	2	1	0

12. Kuinka paljon Teillä oli **LEIKKAUSOSASTOLLA** ollessanne

	<u>erittäin</u> <u>paljon</u>	<u>paljon</u>	<u>vähän</u>	<u>ei</u> <u>lainkaan</u>	<u>en osaa</u> <u>sanoa</u>
1. kipua.....	4	3	2	1	0
2. pahoinvointia	4	3	2	1	0
3. vilua / palelemista	4	3	2	1	0
4. nukutukseen / puudutukseen liittyviä pelkoja	4	3	2	1	0
5. leikkaukseen / toimenpiteeseen liittyviä pelkoja..	4	3	2	1	0
6. tietoa Teille tehtävästä toimenpiteestä.....	4	3	2	1	0
7. tietoa puudutus- tai nukutustavasta	4	3	2	1	0

Seuraavassa on väittämiä, jotka koskevat hoitoanne leikkausosastolla. Teidän tehtävänne on päättää, missä määrin olette samaa tai eri mieltä esitetyn asian kanssa. Jos kyseistä asiaa ei ole esiintynyt ollenkaan teidän hoidossanne tai ette muista asiasta mitään, rengastakaa vaihtoehto "en pysty arvioimaan tätä asiaa". Valitkaa mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto ympyröimällä sen numero.

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en samaa erik mieltä	lähes erik mieltä	täysin erik mieltä	en pysty arvioimaan tätä asiaa
1. Vastaanotto leikkausosastolle oli miellyttävä	5	4	3	2	1	0
2. Leikkaussalissa toimenpiteen aikana minulle annettiin riittävästi kipulääkettä ja minut pidettiin kivuttomana	5	4	3	2	1	0
3. Leikkauksen jälkeen heräämössä minulle annettiin riittävästi kipulääkettä ja minut pidettiin kivuttomana	5	4	3	2	1	0
4. Minulta kysyttiin riittävän usein autoiko saamani kivun hoito	5	4	3	2	1	0
5. Minua kohdeltiin helläkätisesti ja kipua tuottamatta	5	4	3	2	1	0
6. Minut laitettiin mukavan tuntuiseen leikkausasentoon (telineet tai tuet eivät painaneet minua, eikä asento aiheuttanut kipua tai puutumista)	5	4	3	2	1	0
7. Leikkaussalissa toimenpiteen aikana lämpötilastani huolehdittiin hyvin (käyttämällä tarvittaessa esimerkiksi lämpimiä huopia tai lämpöpuhallinpeittoa)	5	4	3	2	1	0
8. Toimenpiteen jälkeen heräämössä lämpötilastani huolehdittiin hyvin	5	4	3	2	1	0

Hyvä Perioperatiivinen Hoito-mittari (© Leinonen & Leino-Kilpi)

Perioperatiivinen hoidon laatu potilaan näkökulmasta 2019

3

TYKS, TTOTEK

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	enkä eri mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en pysty arvioimaan tätä asiaa
9. Mielestäni minulle tehty anestesia (eli nukutus tai puudutus) suoritettiin hyvin Jos Teidän mielestänne näin ei tapahtunut, kirjoittakaa seuraaville viivoille mitä ongelmia anestesiassanne oli	5	4	3	2	1	0
10. Mielestäni leikkaukseni / toimenpiteeni suoritettiin hyvin Jos Teidän mielestänne näin ei tapahtunut, kirjoittakaa seuraaville viivoille mitä ongelmia toimenpiteessänne oli	5	4	3	2	1	0
11. Leikkausosaston henkilökunta oli ammattitaitoista	5	4	3	2	1	0
12. Hoitohenkilökunta toimi tarkasti ja huolellisesti suorittaessaan hoitooni liittyneitä toimenpiteitä	5	4	3	2	1	0
13. Leikkaussalissa sain jatkuvasti tietoa minulle tapahtuvista asioista (esim. selitettiin, mitä tehdään ja miksi)	5	4	3	2	1	0
14. Heräämössä sain jatkuvasti tietoa minulle tapahtuvista asioista	5	4	3	2	1	0
15. Leikkausosastolla minulle selvitettiin leikkaushoitooni liittyvät asiat selkeästi ja perusteellisesti ymmärrettävällä kielellä (ei "latinalla")	5	4	3	2	1	0
16. Leikkausosaston sairaanhoitajat kertoivat minulle riittävästi hoitooni liittyvistä asioista	5	4	3	2	1	0
17. Kirurgi kertoi minulle riittävästi leikkaukseni liittyvistä asioista ...	5	4	3	2	1	0
18. Anestesia- ja puudutuslääkäri kertoi minulle riittävästi nukutukseen tai puudutukseen liittyvistä asioista	5	4	3	2	1	0
Mistä asioista olisitte halunneet lisää tietoa leikkausosastolla ollessanne:						
19. Leikkausosastolla sain vaikuttaa hoitooni henkilökohtaisin mielipitein ja toivomuksin	5	4	3	2	1	0
20. Leikkausosastolla minua rohkaistiin ja tuettiin henkisesti	5	4	3	2	1	0
21. Leikkausosastolla huomioitiin mahdollinen jännittäminen helpottamalla sitä esim. rauhoittavalla lääkkeellä tai keskustelulla	5	4	3	2	1	0
22. Minua kohdeltiin kunnioittavasti ja huomaavaisesti	5	4	3	2	1	0
23. En joutunut leikkausosastolla ollessani tilanteisiin, joissa olisin tuntenut itseni kiusaantuneeksi tai noloksi	5	4	3	2	1	0

Hyvä Perioperatiivinen Hoito-mittari (© Leinonen & Leino-Kilpi)

Perioperatiivinen hoidon laatu potilaan näkökulmasta 2019

4

TYKS, TTOTEK

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	lähes eri mieltä	täysin eri mieltä	en pysty arvioimaan tätä asiaa
24. Hoitoni ei tuntunut "liukuihinnytyöltä" tai persoonattomalta	5	4	3	2	1	0
25. Leikkausosaston henkilökunta oli ystävällistä	5	4	3	2	1	0
26. Leikkausosaston henkilökunta toimi hyvässä yhteistyössä keskenään	5	4	3	2	1	0
27. Leikkausosaston henkilökunta oli huumorintajuista	5	4	3	2	1	0
28. Henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti ja miellyttävästi	5	4	3	2	1	0
29. Minua ei häirinnyt henkilökunnan keskinäinen keskustelu	5	4	3	2	1	0
30. Leikkausosastolla henkilökunnalla oli riittävästi aikaa minulle	5	4	3	2	1	0
31. Leikkausosastolla oli rauhallista ja kiireettömän tuntuista	5	4	3	2	1	0
32. Leikkausosastolla oli leppoisaa ja rentouttavaa ilmapiiri	5	4	3	2	1	0
33. Heräämössä oli rauhallista toipua toimenpiteestä	5	4	3	2	1	0
34. Leikkausosastolla tunsin oloni turvalliseksi	5	4	3	2	1	0
35. En joutunut sairaalassa jo ollessani odottamaan liian pitkään pääsyä leikkaussaliin	5	4	3	2	1	0
36. Minua ei siirretty heräämöstä vuodeosastolle tai kotiin liian aikaisin	5	4	3	2	1	0

LOPUKSIKuvaillkaa lyhyesti, mikä oli mielestänne leikkausosastolla oloaikananne **parasta** ?

Kuvaillkaa lyhyesti, mikä oli mielestänne leikkausosastolla oloaikananne **huonointa**?

Jos Teillä on muita leikkaushoitoon liittyviä **mielipiteitä, kehittämisehdotuksia tai terveisiä**, oikaa hyvä ja kertokaa niistä alla olevaan tilaan. Tarvittaessa voitte jatkaa lomakkeen kääntöpuolelle. Leikkausosaston henkilökunta on kiitollinen **kaikista huomioistanne ja ehdotuksistanne**. Toivomme niiden avulla pystyvämme pitämään yllä ja kehittämään leikkaus- ja anestesiahoitoamme sekä hoitamaan Teitä parhaalla mahdollisella tavalla.

Kiitos vastauksistanne ja hyvää jatkoa!

Hyvä Perioperatiivinen Hoito-mittari (© Leinonen & Leino-Kilpi)

Liite 2. Saatekirje

KYSELYN SAATEKIRJE

Perioperatiivisen hoidon laatu potilaan näkökulmasta 21.5.2019

Hyvä vastaaja,

kohteliaimmin pyydän Teitä vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on kartoittaa kokemuksianne leikkausosastohoidosta. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, miten toteutunut hoito näyttäytyy asiakkaan näkökulmasta, ja tavoitteena on hoitotyön laadun kehittäminen ja varmistaminen.

Teidän vastauksenne on merkityksellinen kehittäessämme hoidon laatua leikkausosastolla. Vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Olkaa ystävällinen ja vastatkaa vuodeosastohoidon aikana ja jättäkää vastauksenne vuodeosaston hoitajalle kirjekuussa.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani opinnäytetyöhön. Opinnäytetyöni ohjaaja on päätoiminen tuntiopettaja Minna Salakari.

Vastauksistanne kiittäen

Paula Kalpio

Sairaanhoitaja, yamk-opiskelija

paula.kalpio@edu.turkuamk.fi