

Paksusuolileikkauspotilaan lyhytjälkihoitoi- nen hoitoprosessi Päijät-Sotessa

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (ylempi AMK), Kliinisen hoitotyön asiantuntija

2022

Sari Teräsheimo

Tiivistelmä

Tekijä Teräsheimo, Sari	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Valmistumisaika 2022
	Sivumäärä 39	
Työn nimi Paksusuolileikkauspotilaan lyhytjälkihoitoinen hoitoprosessi Päijät-Sotessa		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoitaja ylempi (AMK), Kliinisen hoitotyön asiantuntija		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio (jos opinnäytetyöllä on toimeksiantaja) Päijät-Sote		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää uusi paksusuolileikkauspotilaan lyhytjälkihoitoinen hoitoprosessi Päijät-Sotessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda maamme uudenlaista toimintatapaa, sekä vahvistaa asiakaskeskeistä hoitokulttuuria, lyhytjälkihoitoisten paksusuolileikkauspotilaiden kohdalla. Päijät-Sotessa on tavoitteena hoitaa valikoitu osa paksusuolileikkauspotilaista lyhytjälkihoitoisesti vuoden 2023 alusta, jolloin potilaat tulevat kotiutumaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistyönä, jossa käytettiin sekä tutkimus- että kehittämismenetelmiä. Aluksi kuvattiin paksusuolileikkauspotilaan nykyinen hoitoprosessi. Toteutusvaiheessa käytettiin potilaskyselyä asiakasnäkökulman kehittämiseksi. Asiantuntijoiden fokusryhmähaastattelulla kerättiin asiantuntijanäkökulmaa kehittämisen tueksi. Uusi hoitoprosessi mallinnettiin palvelumuotoilun keinoin. Koska kokonaishoitoaika tulee uudessa lyhytjälkihoitoisessa prosessissa merkittävästi lyhenemään, on potilaiden kokonaisvaltaiseen sekä syvälliseen ohjaamiseen kiinnitettävä entistä tarkempaa huomiota prosessin jokaisessa vaiheessa. Potilaiden henkisen tuen tarpeeseen tulee kiinnittää huomiota. Turvallisuuden tunnetta osaa-vaan ja turvalliseen hoitoon tulee vahvistaa prosessin jokaisessa vaiheessa. Moniammatillista yhteistyötä tulee kehittää. Digitaalisia ratkaisuja kotiseurannan tueksi tulee yhä kehittää.</p> <p>Entistä lyhytjälkihoitoisimmille paksusuolileikkauspotilaille on tulevaisuudessa kehitettävä oma asiantuntijahoitajamalli. Opinnäytetyössä tuotettu prosessimalli toimii hyvänä pohjana uudelle, kehittymässä olevalle toimintatavalle. Tuotosta voidaan hyödyntää henkilökunnan perehdyttämisessä sekä potilasohjeiden laatimisessa. Tulevaisuuden hoitoprosessien kehittämisessä on entistä enemmän huomioitava palvelun käyttäjät tutkimalla, miten potilaat kokevat entistä pikaisemmat kotiutukset. Myös muita lyhytjälkihoitoisia leikkaushoitoprosesseja tulee mallintaa. Palvelumuotoilu antaa kehittämiseen hyvät välineet.</p>		
Asiasanat paksusuolileikkauspotilas, lyhytjälkihoitoinen, hoitoprosessi, palvelumuotoilu		

Abstract

Author Teräsheimo, Sari	Type of Publication Thesis, UAS	Published 2022
	Number of Pages 39	
Title of Publication An extended day surgery treatment process for a colectomy patient in Päijät-Sote		
Degree and field of study Master's Degree Programme in Nursing, Advanced Clinical Expert		
Name, title and organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party) Päijät-Sote		
<p>The purpose of the thesis was to develop a new extended day surgery treatment process for a colectomy patient in Päijät-Sote. The aim of the thesis was to create a new way of working in our country, as well as to strengthen the client-centered care culture for an extended day surgery patient. The goal is to treat selected colectomy patients through an extended day surgery treatment process from the beginning of 2023. The patients will return their home on the first day after surgery.</p> <p>In the thesis, different research and development methods were used. Initially currently used treatment process for colectomy patient was described. By patient survey and focusgroup interview the material were collected. The new treatment process were designed by utilized several methods of service design. Even more attention must be paid to the holistic guidance of patients as the length of hospital stay will be shortened remarkable in a new process. Patients mental support must be considered. A sense of security for competent and safe care should be strengthened at every stage of the process. Multidisciplinary collaboration should be developed in an extended day surgery process.</p> <p>There should be established an expert nurse model for the colectomy patients in an extended day surgery treatment process. As a result of the thesis the new extended day surgery treatment process were establish and it can be used for staff education and orientation as well as the development of a patient guidelines. In the development of the future treatment processes, service users must be given more attention by examining customer experience after even faster discharge. By using service design tools other extended day surgery treatment processes can be modeled too.</p>		
Keywords colectomy patient, an extended day surgery, treatment process, service design		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessi	2
2.1	Paksusuolileikkauspotilas	2
2.2	Leikkaukseen kotoa -hoitopolku.....	3
2.3	ERAS-protokolla	4
2.4	Kokemuksia lyhytjälkihoitoisista ja päiväkirurgisista paksusuolileikkauksista	5
3	Toimintaympäristön kuvaus	8
3.1	Päiväkirurgian yksikkö	8
3.2	Päiväkirurgiset hoitolinjat	9
3.3	Lyhytjälkihoitoinen kirurgia.....	10
4	Palvelumuotoilu uuden hoitoprosessin mallintamisen apuna.....	12
4.1	Palvelumuotoilun määrittely	12
4.2	Palvelupolku	12
4.3	Asiakasnäkökulman kehittäminen palvelumuotoilussa	13
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite sekä kehittämistehtävät.....	15
6	Opinnäytetyön toteutus.....	16
6.1	Tutkimuksellinen kehittäminen	16
6.2	Aineiston kerääminen ja analysointi	17
7	Opinnäytetyön tulokset	20
7.1	Asiakasnäkökulman kehittäminen	20
7.2	Asiantuntijanäkökulman kehittäminen	21
7.3	Paksusuolileikkauspotilaan lyhytjälkihoitoisen hoitoprosessin mallintaminen	25
8	Pohdinta	28
8.1	Tulosten tarkastelu	28
8.2	Eettisyyden tarkastelu ja luotettavuuden arviointi.....	32
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	34
	Lähteet.....	36

Liitteet

Liite 1. Palvelupalaute -kysely vuodeosastolta kotiutuvalla paksusuolileikatulle

Liite 2. Saatekirje potilaille

Liite 3. Saatekirje asiantuntijoille

Liite 4. Fokusryhmähaastattelun teemat

Liite 5. Tietosuojailmoitus

Lyhenteet/sanasto

ANEHOI sähköinen anestesiahoitotyön kertomus

ANEHOITAJA anestesiahoitaja, päiväkirurgian heräämövaiheen hoitaja

CRP elimistön tulehdustilaa kuvaava verikoe

D1, D2... ensimmäinen leikkauksenjälkeinen päivä, toinen leikkauksenjälkeinen päivä...

D-1, D-2... päivä ennen leikkausta, kaksi päivää ennen leikkausta...

ERAS enhanced recovery after surgery = nopeutetun toipumisen malli

Hb hemoglobiini

HERKO heräämöstä kotiin -toimintamalli

KESLE keskusleikkausosasto

KIR PKL kirurgian poliklinikka

LEIKO leikkaukseen kotoa

LESU sähköinen leikkaussuunnitelma

LYHKI lyhytjälkihoitoinen kirurgia, potilas kotiutuu 24-72 h leikkauksesta

PERORAALINEN suun kautta otettava

PONV postoperative nausea and vomiting (leikkauksenjälkeinen pahoinvointi ja oksentelu)

POSTOPERATIIVINEN VAIHE hoitoprosessin leikkauksen jälkeinen vaihe

PREHOITAJA sairaanhoitaja, joka hoitaa leikkauspotilasta pre- ja postoperatiivisessa vaiheessa päiväkirurgiassa

PREKONTAKTI ennen leikkausta tapahtuva prehoitajan tekemä kontakti potilaaseen, joka voi olla muun muassa puhelinhaastattelu tai potilaan haastattelu ennakokäynnillä

PREOPERATIIVINEN VAIHE hoitoprosessin ennen leikkausta vaihe

PVK perusverenkuva

PÄIKI päiväkirurgia, potilas tulee kotoa leikkaukseen ja kotiutuu leikkauspäivänä

SAUMALEKAASI suolisauman vuoto

VO vuodeosasto

VO-huone vastaanottohuone

1 Johdanto

Tähystystekniikalla tehdyn paksusuolileikkauksen läpikäyneet potilaat viettävät nykyään kirurgian vuodeosastolla keskimäärin kahdesta neljään leikkauksen jälkeistä päivää. Päijät-Sotessa on ollut käytössä ERAS-protokolla hoidon optimoimiseksi, sekä toipumisen nopeuttamiseksi jo vuodesta 2007 Jyrki Kössin, kirurgian dosentti, vatsaelinkirurgian erikoislääkäri, pehmytkudoskirurgian ylilääkäri, toimesta.

Tulevaisuudessa potilaiden hoitoajat tulevat yhä lyhenemään. Lyhyemmillä hoitoajoilla tavoitellaan sekä tuottavuutta että tehokkuutta. Samalla lisätään myös potilastyytyväisyyttä. Yhä vaativampia toimenpiteitä voidaan tulevaisuudessa hoitaa turvallisesti lyhytjälkihoitaisesti. (Verma ym. 2011; Mattila & Hynynen 2012; Ruohoaho 2016; 2021, 139, 140.) Varhaista kotiuttamista tähystämällä tehdyn paksusuolileikkauksen jälkeen on jo toteutettu maailmalla. Ranskassa Chasserant & Gosgnacht (2016) kotiuttavat paksusuolileikkattuja potilaita päiväkirurgisesti. Päijät-Sotessa on tavoitteena hoitaa valikoitu osa paksusuolileikkauspotilaista lyhytjälkihoitaisesti vuoden 2023 alusta, jolloin potilaat tulevat kotiutumaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Uuden paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessin perusteellinen ja huolellinen kehittämistyö luo pohjan tulevaisuuden turvalliselle ja luottamukselliselle hoitosuhteelle. Kokonaisuuden huolellisella toteuttamisella voidaan jatkossa vähentää sekä turhia päivystyskäyntejä että mahdollisia uusia hoitajaksoja kotiuttamisen jälkeen. (Savikko ym. 2016; Jones ym. 2017; Ruohoaho 2021, 51.)

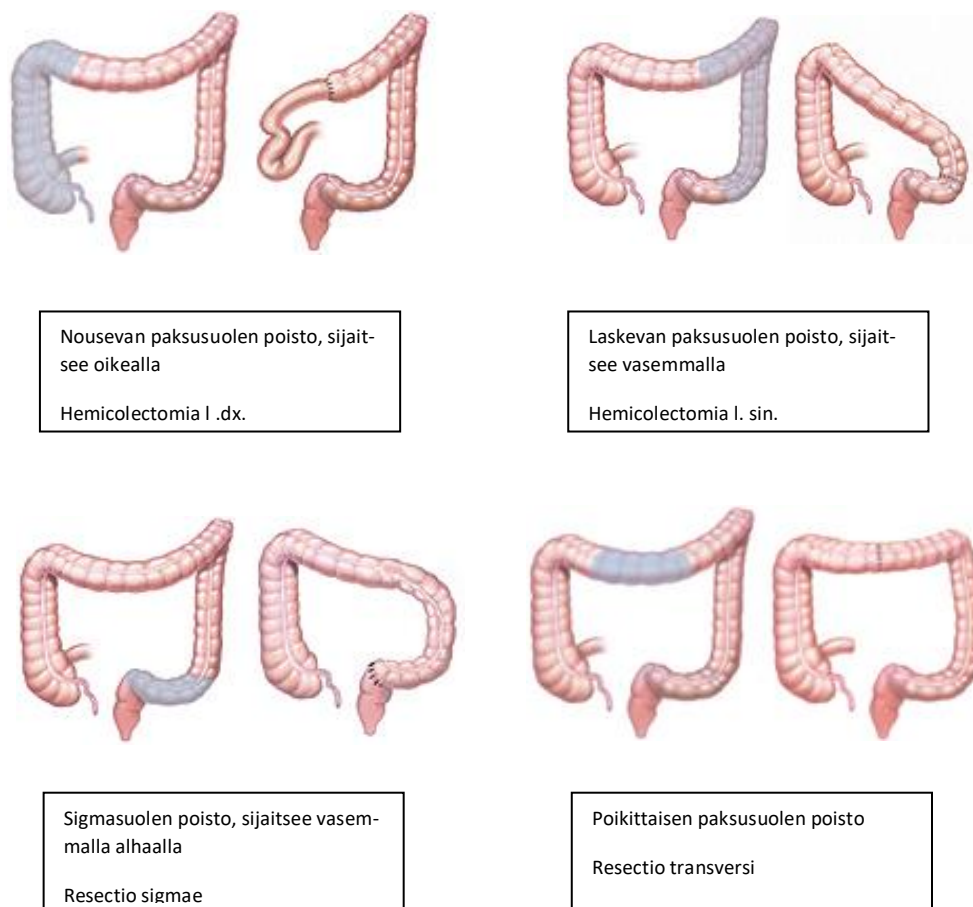
Opinnäytetyössä tuotetaan prosessimalli uudelle, kehittymässä olevalle toimintatavalle. Prosessimallia voidaan hyödyntää uutta toimintaa käynnistettäessä hoitohenkilökunnan koulutukseen ja perehdyttämiseen, sekä potilasohjeiden laatimiseen. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää uusi paksusuolileikkauspotilaan lyhytjälkihoitoisen hoitoprosessi Päijät-Sotessa. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda maamme uudenlaista toimintatapaa, sekä vahvistaa asiakaskeskeistä hoitokulttuuria, lyhytjälkihoitoisen paksusuolileikkauspotilaan kohdalla.

Opinnäytetyö sisältää neljä erillistä kehittämistehtävää: paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessin kuvaamisen, asiakasnäkökulman kehittämisen potilaskyselyn avulla, asiantuntijanjäkemysten kokoamisen fokusryhmähaastattelulla sekä uudenlaisen hoitoprosessin mallintamisen paksusuolileikkauspotilaalle, palvelumuotoilun avulla.

2 Paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessi

2.1 Paksusuolileikkauspotilas

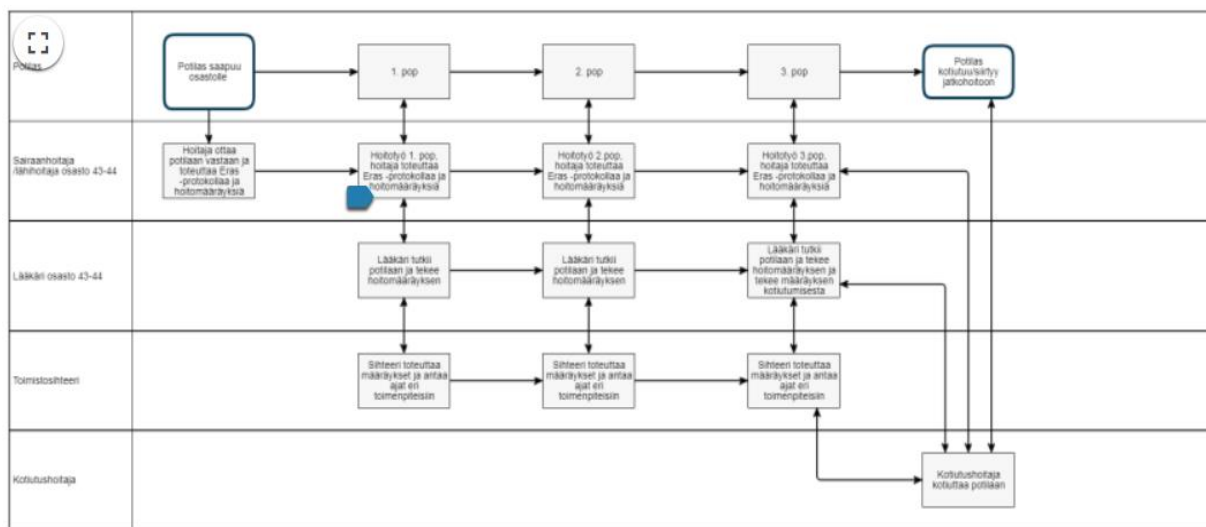
Tässä opinnäytetyössä käytetään paksusuolileikkauspotilas -nimitystä kaikista niistä potilaista, joilta leikataan paksusuolta elektiivisesti eli suunnitellusti Päijät-Sotessa. Päivystyspotilaiden hoitoprosessi on rajattu tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Paksusuolileikkauksia tehdään Päijät-Sotessa vuosittain noin 90 kappaletta. Paksusuolta voidaan leikata sekä pahanlaatuisin että hyvänlaatuisin perustein. Molemmat potilasryhmät kuuluvat tässä opinnäytetyössä paksusuolileikkauspotilas-nimikkeeseen alle. Paksusuolileikkauksessa suolesta poistetaan leikkaavan lääkärin harkinnan mukainen tarvittava sairas tai huono suolenosa, jossa esimerkiksi kasvain sijaitsee (Kuva 1). Pääsääntöisesti kaikille paksusuolileikkauspotilaille tehdään peroraalinen suolentyhjennys. Potilaat saavat tyhjennysaineet (Picoprep tai vastaava), sekä ohjauksen niiden nauttimiseen ennen leikkausta tapahtuvalta ennakkokäynniltä sairaalasta. Samoin ennen leikkausta nautittavat hiilihydraattipitoiset juomat (preOp.) annetaan ennakkokäynnillä sairaalasta ohjeineen mukaan.



Kuva 1. Paksusuolen osapoisto -potilasohje (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2020)

2.2 Leikkaukseen kotoa -hoitopolku

Potilaan hoitoprosessi jaetaan preoperatiiviseen vaiheeseen, johon kuuluvat tapahtumat leikkausta edeltävästi, intraoperatiiviseen vaiheeseen eli leikkauksenaikaiseen sekä postoperatiiviseen vaiheeseen, joka on leikkauksen jälkeistä aikaa. Tässä opinnäytetyössä keskitytään paksusuolileikkauspotilaan pre- ja postoperatiiviseen hoitoprosessiin Päijät-Sotessa. Kuvassa 2 on suolileikatun potilaan LEIKO-hoitopolku. Siinä potilas saapuu kotoa suoraan leikkaukseen ja jälkihoito tapahtuu kirurgian vuodeosastolla.



Kuva 2. Leikkaukseen kotoa tulevan suolistoleikatun potilaan hoitopolku, ERAS-protokolla (IMS-järjestelmä, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2017)

Preoperatiivinen vaihe

Paksusuolileikkauspotilaan hoito erikoissairaanhoidossa alkaa, kun lähete potilaasta saapuu erikoissairaanhoitoon. Potilaan ensimmäinen käynti sairaalassa on kirurgian poliklinikalla, missä kirurgi tekee varsinaisen leikkauksen päätöksen yhdessä potilaan kanssa. Tämän jälkeen hoidonsuunnittelija suunnittelee ja varaa potilaalle hoitoajat, sekä tarvittavat tutkimukset. Tässä opinnäytetyössä hoitoprosessi katsotaan alkavaksi noin viikkoa ennen leikkausta tapahtuvalla ennakkokäynnillä leikkaukseen kotoa -yksikössä eli LEIKOssa. LEIKO toimii keskusleikkausosaston (KESLE) yhteydessä. KESLE toimii päivystysvalmiudessa, ja siellä leikataan vaativia erikoisalalan kirurgisia leikkauksia, jopa 15 eri leikkaussalissa. Ennakko- eli prekäynnin tarkoituksena on varmistaa potilaan anestesiakelpoisuus, sekä neuvoa ja ohjata potilasta leikkaukseen valmistautumisessa. Ennen varsinaista prekäyntiä potilas käy tarvittavissa leikkausta edeltävissä verikokeissa, sekä kuvantamisissa. Yleisimmin potilaasta tutkitaan perusverikokeiden lisäksi veriryhmä ja ristiverikoe, sydänfilmi (ekg),

sekä tarvittaessa keuhkoröntgenkuva (thorax röntgen). LEIKOssa sairaanhoitaja haastattelee potilaan leikkausta varten. Anestesia lääkäri käy tarvittaessa tapaamassa potilaan LEIKOssa, riippuen potilaan yleiskunnosta, pitkäaikaissairauksista sekä niiden tasapainosta. Yleisimmin anestesia lääkäri antaa hoitoa koskevat määräykset sähköisenä suoraan leikkaussuunnitelman lisätietokenttään. Leikkaavan lääkärin paksusuolileikkauspotilas tapaa yleisimmin vasta leikkausaamuna. Varsinaiseen leikkaukseen potilas saapuu kotoaan LEIKONa, omien valmistautumisohjeidensa mukaisesti valmistautuneena. Huonokuntoisimmat potilaat kutsutaan sairaalaan päivää ennen varsinaista toimenpidettä.

Postoperatiivinen vaihe

Paksusuolileikkauspotilaan leikkauksen jälkeinen hoito tapahtuu kirurgian vuodeosastolla 43-44 ERAS-protokollaa noudattaen. Potilaspaikkoja osastoilla on 42. Hoitoprosessi katsotaan päättyvän paksusuolileikatun kohdalla kotiutumiseen tai kuolemaan.

2.3 ERAS-protokolla

Perinteisesti paksusuolileikkauksia on suoritettu avoleikkauksina, jolloin potilaat ovat viettäneet vuodeosastolla leikkauksen jälkeen jopa viikon. Kun tähystystekniikka otettiin käyttöön suolistoleikkauksissa 90-luvun alussa, lyhenivät myös hoitoajat merkittävästi vuodeosastolla. Tähystystekniikan rinnalle nousi 2000-luvun alussa paksusuolileikkauspotilaan toipumista nopeuttamaan ERAS-protokolla. ERAS (enhanced recovery after surgery) -protokollan tarkoituksena on nopeuttaa toipumista sekä lyhentää sairaalassaoloaikaa (Taulukko 1).

Preoperatiivinen vaihe	Postoperatiivinen vaihe
<p>Ennakkokäynnillä potilaan hyvä ohjaus ja neuvonta. Tiedon jakaminen leikkauksen jälkeisestä toipumisesta. Kirjalliset valmistautumisohjeet. Ideaalitulanteessa potilas tapaa hoitajan lisäksi sekä anestesiologin että myös kirurgin.</p> <p>Hyvä yleistila; lääkehoidon optimointi, alkoholin ja tupakoinnin lopettaminen/vähentäminen</p> <p>Rutiininomainen suolentyhennyksen välttäminen; saattaa aiheuttaa suolilamaa toipumisvaiheessa</p>	<p>Nenä-mahaletkun käytön sekä dreerien (lasku-putkien) välttäminen</p> <p>Virtsakatetri vain tarvittaessa; varhainen poisto vuodeosastolla, mieluiten leikkauspäivän iltana</p> <p>Suolilaman ehkäisy:</p> <p>Hyvä kivunhoito; opioidien välttäminen</p> <p>Ehkäistään pahoinvointia ennalta</p>

Hiilihydraattipitoisen juoman (Pre-op.juoma) nauttiminen kaksi tuntia ennen leikkausta	Mahdollisimman varhainen ravitsemuksen nauttiminen suun kautta
Vältetään esilääkitystä	Varhainen mobilisaatio
Laskimotromboosien ehkäisy/tukisukkien käyttö	Kotiutuskriteerit
Infektioiden ehkäisy; ennaltaehkäisevä suonensisäinen antibioottihoito juuri ennen leikkausta	potilas pystyy syömään, virtsaamaan, suoli toimii (ilma riittää), kivunhallinta onnistuu perorallisin kipulääkkein

Taulukko 1. ERAS-protokollan keskeiset tekijät (mukailtu Savikko ym. 2016)

ERAS -protokolla tunnetaan usealla eri nimellä: *fast track -program*, *enhanced recovery -program*, *enhanced recovery after surgery*. ERAS-protokollassa pyritään välttämään toipumista hidastavia menetelmiä, ja suosimaan sitä nopeuttavia. Se perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön. ERAS on näyttöön perustuva hoitoprosessi, jonka hyödyt ovat ilmeisiä. Parhaimmillaan ERAS on todella mahdollistanut potilaiden erinomaisen toipumisen kirurgian vuodeosastolla leikkauksen jälkeen. Uusintahoitajaksot ovat protokollan käytön myötä vähentyneet, myös sairaalassaoloaika sekä komplikaatiot ovat vähentyneet. Lyhentyneet hoitoajat ovat tuoneet samalla kustannussäästöjä. (Verma ym. 2011; Ljungqvist 2016; Savikko ym. 2016; Ruohoaho 2021, 46.)

2.4 Kokemuksia lyhytjälkihoitoisista ja päiväkirurgisista paksusuolileikkauksista

Varhaista kotiuttamista tähyttämällä tehdyn paksusuolileikkauksen jälkeen on jo toteutettu maailmalla. Levy ym. (2009) kotiuttivat leikatut potilaansa (n=10) 23 tuntia leikkauksesta. Tutkimuksessa arvioitiin muun muassa 23 tunnin leikkauksenjälkeisen seurannan soveltuvuutta sekä turvallisuutta paksusuolileikatuille. Potilaita seurattiin kotiutumisen jälkeen avohoidossa soittamalla heille vielä kotiutumisiltana. Kukaan potilaista ei saanut komplikaatioita, eikä kukaan joutunut hakeutumaan takaisin sairaalahoitoon. Kaikki potilaat olivat niin tyytyväisiä palveluun, että olivat valmiit jopa suosittelemaan sitä eteenpäin. Gignoux ym. (2015) kotiuttivat tutkimuksessaan viisi potilasta 12 tunnin päästä paksusuolileikkauksesta. Heidän tutkimuksensa tarkoituksena oli osoittaa, että ERAS-protokollaa mukailleen lyhytjälkihoitoinen kirurgia on mahdollista toteuttaa niille potilaille, joilla on kotona leikkauksen jälkeistä seuraa.

Jones ym. (2017) tutkivat Survey-lomakkeella potilaiden tyytyväisyyttä, kotiuttamisen tarpeita sekä potilaiden jatkoseurannan huolia, varhaisessa kotiutumisessa, ERAS-protokollan mukaisesti. Jones ym. (2017) toteavat ERAS-protokollan sekä varhaisen kotiuttamisen

siirtävän hoitovastuuta aiempaa enemmän ja varhaisemmin potilaalle sekä hänen läheisilleen. Tämä lisää hoidon huolellisen suunnittelun, sekä syvällisen ohjauksen tarvetta. Jones ym. (2017) tutkivat 496 potilasta, joista lopulta 219 sitoutui tutkimukseen. Tutkittavista 93 % oli tyytyväisiä kotihoito-ohjeisiin, ja 90 % koki olevansa valmis kotiutumaan. Potilaskeskeisen kotiuttamissuunnitelman teko onnistuu ERAS-prosessin avulla, jossa painotetaan enimmäispainotettua parempaa potilaiden postoperatiivista ohjausta ja neuvontaa (Jones ym. 2017.)

Ranskassa Chasserant & Gosgnacht (2016) kotiuttavat paksusuolileikkattuja potilaitaan päiväkirurgisesti oman protokollansa mukaan (Taulukko 2).

Table 2 Protocol for pre-, intra-, and post-operative management.		
Pre-operative period	Intra-operative period	Post-operative period
Explanation of each step of the outpatient protocol (orally and by a written scenario)	Active measures to prevent hypothermia (warming blanket and mattress, IV fluid warmer)	Chewing gum as soon as patient is awake and cooperative
Explanation of any reason to call or to come back to the hospital. Giving all the rescue phone numbers (surgical assistant, emergency unit)	Anesthesia induction and maintenance with TCIVA (propofol, remifentanyl) + rocuronium/sugammadex)	Discharge from PACU as soon as Aldrete score reaches 9
Oral Impact 7 days before surgery if cancer surgery	Analgesia combining TAP block, acetaminophen, nefopam and morphine at the time of incisional closure	Oral clear liquids as soon as patient returns to the ambulatory care unit
Colonic preparation by Fleet Soda at D-4	Routine administration of anti-nausea medications	Sit up in chair for meals
Low residual diet from D-3 to D0	Prophylactic antibiotics according to SFAR recommendations	Prompt ambulation and stair-walking with physical therapy supervision
400 ml of Clear sugary drinks 2 hours before surgery	Laparoscopic surgical approach (single or multiple trocars)	CBC† six hours after surgery (variation from pre-op value should be < 10% or 1 g of Hb)
Normacol 45 min before surgery	Dissection with fenestrated dissecting forceps and thermofusion scalpel (Ligasure®)	Hospital discharge as soon as modified PADSS score > 9
No premedication	Left colectomy to include mobilization of the splenic flexure/with high colorectal anastomosis or proximal proctectomy and anastomosis at the mid-rectum No drains, no Foley catheter	Surveillance at home by visiting nurse from D0; twice daily (D1 to D4); once daily (D5 to D10) Daily transmission of clinical data by the visiting nurse (vital signs, pain by NPS score, analgesic use, temperature, bowel function) Daily phone call by the surgical assistant Laboratory testing: CBC, electrolytes, CRP on D1, D3, D5 Surgical follow-up visit on D10 and D21

TCIVA: target-controlled intravenous anesthesia. SFAR: French Society of Anesthesia and Reanimation; PACU: Post-anesthesia Care Unit; PADSS: Post-anesthetic Discharge Scoring System; NPS: Numerical Pain Score; CRP: C-reactive protein; CBC: complete blood count.

Taulukko 2. Päiväkirurginen hoitoprotokolla paksusuolileikkauspotilaille (Chasserant & Cosgnacht 2016)

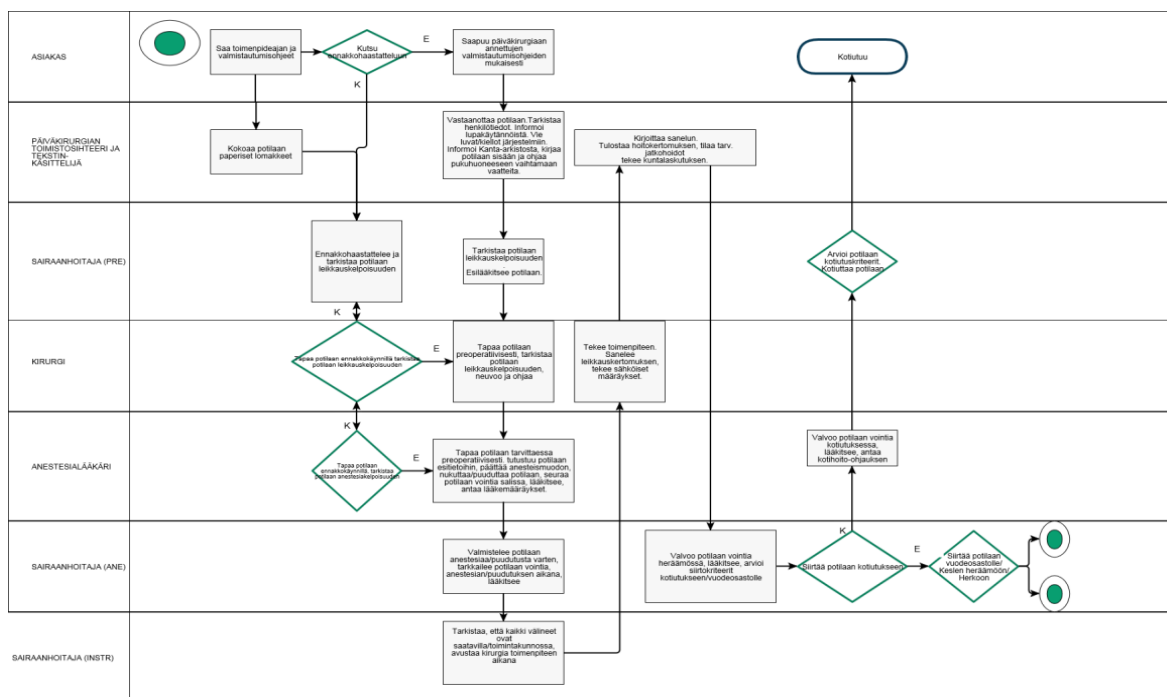
(Chasserant & Cosgnacht 2016) tutkimuksessa vuodelta 2016 kerrotaan 40 ensimmäisen päiväkirurgisen potilaan tuloksista, mutta vuoteen 2021 mennessä he ovat menestyksellisesti hoitaneet jo yli 140 paksusuolileikkauspotilasta päiväkirurgisesti. Chasserant & Gosgnacht (2016) korostavat potilaan ja hänen läheistensä aktiivista roolia, sekä moniammatillisen lähestymistavan tärkeyttä. Potilaiden tulee tuntea olonsa turvalliseksi koko prosessin ajan. Huolellinen ohjaus ja neuvonta korostuvat myös päiväkirurgisen protokollan jokaisessa vaiheessa. Potilasohjauksen tulee olla sekä suullista että kirjallista. Kotiutuessa potilaalla tulee

olla yhteystiedot, minne olla yhteydessä ongelmatilanteissa. Takaisinkutsu sairaalaan tulee tapahtua herkästi. Kotiutumisen jälkeinen kotiseuranta tulee myös olla huolellisesti suunniteltua ja ennakoitua. Tavallisimmat paksusuolileikkauksen jälkeiset komplikaatiot liittyvät postoperatiiviseen verenvuotoon sekä saumalekaasin kehittymiseen, joka kotiseurantaa toteuttavan sairaanhoitajan tulee osata tunnistaa. Kolmas leikkauksenjälkeinen päivä (D3) on potilaan toipumisessa vedenjakaja. Päiväkirurgisen paksusuolileikkauksen hyödyt ovat potilaalle merkittäviä. Peroraalisen ravitsemuksen nopea aloitus sekä varhainen mobilisaatio edistävät suolentoimintaa sekä vähentävät laskimotukosten riskiä. Varhainen kotiutuminen myös lisää potilastyytyväisyyttä sekä vähentää kustannuksia.

3 Toimintaympäristön kuvaus

3.1 Päiväkirurgian yksikkö

Päijät-Sote avasi päiväkirurgian (PÄIKI) yksikkönsä vuonna 2005. PÄIKI:ssä toimii kahdeksan leikkaussalia, yksi suu- ja hammastoimenpidehuone. Päiväkirurgiassa potilas tulee sairaalaan toimenpidepäivänä ja kotiutuu 12 tunnin kuluessa toimenpiteestä (Kuva 3).



Kuva 3. Päiväkirurginen prosessi (IMS-järjestelmä, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2017)

Anestesoissa pyritään suosimaan nopeaa toipumista. PÄIKI:ssä on kymmenen paikallinen aikuisten ykkösheräämö, sekä lapsilla oma kahdeksan paikallinen heräämönä. Kakkosvaiheen heräämöstä käytetään yleisesti myös nimeä kotiutus.

PÄIKIn ykkösheräämön yhteydessä aloitti vuonna 2017 toimintansa HERKO eli heräämöstä kotiin toiminta. Vuonna 2022 nimi muutettiin LYHKIksi eli lyhytoitoisen kirurgian yksiköksi. LYHKI-potilas kulkee saman PÄIKI-polun kuin muutkin potilaat, mutta hänelle varataan hoidonsuunnittelussa jo yöpymispaikka PÄIKIn ykkösheräämön. Hoito LYHKI:ssä on vuodeosastotasosta. Kotiutuminen LYHKI-potilailla tapahtuu joustavasti, viimeistään kuitenkin leikkauksen jälkeisenä päivänä. Mikäli potilas ei tuolloin ole kotikuntoinen, hän siirtyy oman erikoisalansa vuodeosastolle jatkotoipumaan. LYHKI toiminnan tavoitteena on ollut vuodeosastokuormituksen vähentäminen sekä leikkaustoimintojen

tehostaminen. LYHKI toiminta muuttuu valmistumassa olevaan sairaalan uudisosa vuoden 2022 syksyllä. Uuteen osaan muuttavat muiden muassa keskusleikkausosasto sekä kirurgiset vuodeosastot loppuvuonna 2022. Jatkossa PÄIKI/LYHKI ja KESLE toiminnot sulautuvat yhdeksi kokonaisuudeksi, missä potilaiden kotiutuminen tulee tapahtumaan entistä joustavammin, potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden.

3.2 Päiväkirurgiset hoitolinjat

Tiukoista ASA eli anestesariskiluokista (American Society for Anesthesiologists 2020) on hiljalleen luovuttu PÄIKIn potilasvalinnoissa. Potilas voidaan leikata päiväkirurgisesti, jos ennakkoon on arvioitu potilaan pärjäävän kotona leikkauksen päivän iltana. Myös potilaan kyky ottaa vastaan ohjausta ja neuvontaa tulee olla riittävää. Prehoitaja muodostaa potilaasta kokonaisarvion prekontaktin yhteydessä. Prekontakteja tehdään potilaasta ja leikkauksesta riippuen ennakkokäynteinä, puhelinsoitoina tai sähköiseen sairaskertomukseen tutustumalla. Päiväkirurgiset hoitolinjat on kerrottu taulukossa 3.

Preoperatiivinen vaihe	Postoperatiivinen vaihe/kotiutuskriteerit
<p>Potilaasta tulee olla täytettynä esitietohaastattelukaavake tai HYVIS -(sähköinen) esitietolomake, jonka prehoitaja käy läpi noin viikkoa ennen toimenpidettä puhelinhaastattelussa tai potilaskäynnillä. Esitietojen yhteenveto tehdään sähköiselle <i>anestesiahoitotyö</i> -lehdelle (valmis fraasipohja); perussairaudet, suorituskyky, aiempien anestesioiden ongelmat, allergiat sekä ajantasaiset kotilääkitykset.</p> <p>Tarvittaessa prehoitaja konsultoi anestesia-<i>lääkäriä</i>; esimerkiksi jos potilaan suorituskyky on huono, potilas tarvitsee <i>siltahoitoa</i> (verenohennuslääkitys) tai muita ongelmia havaitaan.</p> <p>Perusterveelle potilaalle ei tehdä preoperatiivisia laboratorio-, EKG- tai röntgentutkimuksia, mikäli kyseessä on päiväkirurginen leikkaus.</p>	<p>Vitaalitoiminnot vakaat tunnin ajan.</p> <p>Potilas on orientoitunut aikaan ja paikkaan.</p> <p>Potilaan toimintakyky on palautunut ja pystyy liikkumaan hyväksyttävästi.</p> <p>Ei liiallista pahoinvointia tai oksentelua.</p> <p>Kivut hallinnassa suun kautta otettavien lääkkein.</p> <p>Leikkausalue siisti; ei verenvuotoa, haava ei saa tihkua.</p> <p>Potilaat kotiutuvat (pre/-) posthoitajan neuvoilla sekä ohjeistuksella; kaikki ohjeet annetaan sekä suullisena että kirjallisena (kotihoito-ohjeet). Ohjeista käy ilmi, miten toimia, jos</p>

<p>Preoperatiiviset tutkimukset eivät ole tautien seulontaa, vaan jo tiedossa olevien tautien tilan arviointia.</p> <p>Huolellisella ennakkovalmistelulla pyritään selvittämään potilaan terveydentila ja sen vaikutukset anestesiaan. Lisäksi potilasta tulee ohjata ja neuvoa, ja samalla pyrkiä vähentämään potilaan mahdollisia pelkoja.</p> <p>Prekäynnillä potilas ohjataan ravinnotta oloon ennen leikkausta, koska runsas mahansisältö lisää hengitystiekomplikaation mahdollisuutta.</p> <p>Mikäli leikkausaika on iltapäivän puolella, voi potilas nauttia kevyen aamiaisen leikkausamuna (pitkää paastoa pyritään välttämään).</p> <p>Leikkausamuna sairaalaan saapuminen.</p>	<p>ongelmia kotona ilmenee, ja puhelinnumerot yhteydenottoa varten.</p> <p>Potilaalla on hyvä olla vastuullinen saattaja, joka saa myös ohjeistuksen ja kotimatkaa varten (myös taksi käy).</p> <p>Kotona on hyvä olla apua ensimmäisen yön ajan. Yhteisymmärryksessä potilaan kanssa voidaan sopia, että potilas voi olla yksin kotona.</p>
---	--

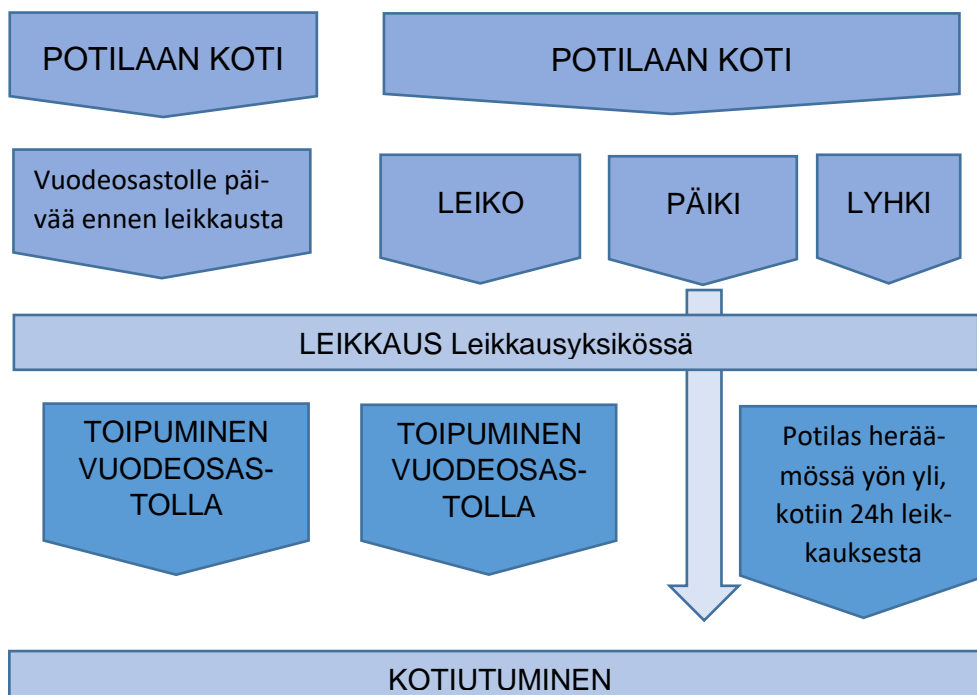
Taulukko 3. Päiväkirurgiset hoitolinjat (pre- ja postoperatiivinen vaihe). (PÄIJÄT-SOTE 2021; IAAS 2021 mukailtu)

3.3 Lyhytjälkihoitoinen kirurgia

Lyhytjälkihoitoinen kirurgia tarkoittaa 24–72 tunnin mittaista sairaalahoitojaksoa (Ruohoaho 2021, 39). Lyhytjälkihoitoinen hoitoprosessi mukailee päiväkirurgisia hoitolinjauksia. Potilas saapuu leikkaukseen kotoaan leikkausamuna ja viettää ensimmäisen yön heräämössä. Tavoitteena on, että potilas kotiutuu vuorokauden (24 h) sisällä leikkauksesta. Potilasvalintaan kiinnitetään huomiota; potilaan suorituskyky tulee prekäynnillä arvioida, pitkäaikaissairaudet tulee olla tasapainossa, potilaan kompetenssi annettua ohjausta kohtaan tulee olla riittävää. Potilas voi kotiutua, kun kivut ovat hallinnassa peroraalisin kipulääkkein, opiaattien tarve ei ole este kotiutumiseksi. Potilaan tulee kyetä syömään, ja hänen tulee kyetä omatoimisesti liikkumaan/liikkumisen tulee olla samalla tasolla kuin ennen leikkausta. Ensimmäiselle vuorokaudelle kotiin on hyvä järjestää seuraa. Nopealla kotiutumiseksi alennetaan infektoriskiä sekä ehkäistään tehokkaasti laskimotukosten syntymistä. (Chasserant & Cosgnacht 2016; Ruohoaho 2021, 9, 48-49.)

Päijät-Sotessa tapahtuu merkittävä toimintojen muutos vuoden 2022 syksyllä sairaalan uudisosan valmistuttua. Jatkossa PÄIKI/LYHKEI ja KESLE toiminnot sulautuvat yhdeksi

kokonaisuudeksi, missä potilaiden kotiutuminen tulee tapahtumaan entistä joustavammin myös virka-ajan ulkopuolella, potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Potilas voi esimerkiksi tulla hoitoon LYHKI-potilaana, mutta kotiutuminen voi tapahtua jo leikkauspäivänä, voinnin niin salliessa. PÄIKI-potilas taas voi voinnin muuttuessa tarvita pidempää jälkihoitoa, tai ääritapauksessa vuodeosastohoitoa. (Ruoholahti 2016.) Alla olevassa kuvassa 4 kuvataan leikkaushoitomuotojen erot Päijät-Sotessa.



Kuva 4. Leikkaushoitomuotojen erot (Ruohoaho 2021, 63 mukailtu)

4 Palvelumuotoilu uuden hoitoprosessin mallintamisen apuna

4.1 Palvelumuotoilun määrittely

Hyvät työkalut uuden hoitoprosessin mallintamisen kokonaisvaltaiseen lähestymiseen löytyvät palvelumuotoilusta ja sen työkalupakista. Palvelumuotoiluun liittyy läheisesti asiakkaan palvelukokemus eli asiakaskokemus. Palvelumuotoilussa palvelun käyttäjät eli asiakkaat tarpeineen, tuodaan kaiken keskiöön. (Tuulaniemi 2011, 23, 60.) Palvelumuotoilussa pyritään asiakaskokemusta johtamalla, konkreettisin toimin vastaamaan sekä asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin, että palvelun tarjoajan liiketoiminnallisiin tavoitteisiin (Tuulaniemi 2011, 23). Aineettomia osia palvelusta visualisoidaan sekä tuodaan mallintamalla näkyväksi. Palvelumuotoilun tavoitteena ymmärtää ihmisten tarpeita ja elämää paremmin, havaita uusia mahdollisuuksia, suunnitella toimivia palveluja ja toteuttaa tehtyjä suunnitelmia. Palvelumuotoilu tavoitteena on myös tuottaa kestäviä palveluita. (Tuulaniemi 2011, 23, 97-98.) Palvelumuotoilua käytetään karsimaan palvelusta pois kaikki häiritsevät tekijät sekä kriittiset kohdat; se mahdollistaa palvelun aikaisten ongelmien havaitsemisen ja niihin vaikuttamisen (Mustonen 2012, 118).

Palvelumuotoilussa palveluita kehitetään muotoilusta tutuilla toimintatavoilla. Sitä voidaan käyttää sekä olemassa oleville, että aivan uusille palveluille tai palvelustrategioille. Palvelumuotoilu yhdistelee vanhoja asioita uusilla tavoilla. Se ei ole pelkkä lineaarista toimintaa, vaan oppiminen tapahtuu kokeilun kautta, lopputulosta etukäteen tarkasti tietämättä. Palvelumuotoilu on kokonaisvaltaista tekemistä, jossa palveluita muokataan ja kehitetään jatkuvassa prosessissa. Edellinen vaihe tuo prosessiin jotain uutta, kunnes lopputulos vihdoin koetaan valmiiksi. (Mustonen 2012, 141.)

Palvelumuotoilun tavoitteena on, että asiakaskokemuksesta muodostuisi asiakkaalle mahdollisimman miellyttävä ja positiivinen tunnejälki (Tuulaniemi 2011, 23). Kehitettäessä paksusuolileikkauspotilaille uudenlaista lyhytjälkihoitoista hoitoprosessia, antaa palvelumuotoilu tähän hyvät välineet, jotta asiakaskokemus saadaan kehittämisen keskiöön. Hyvän ja laadukkaan hoidon tavoitteena tulee myös aina olla mahdollisimman miellyttävä ja positiivinen kokemus potilaalla. Asiakaskokemuksen muodostumiseen voidaan suoraa vaikuttaa asiakkaiden osallistumisella (Mustonen 2012, 87).

4.2 Palvelupolku

Palvelupolku on palvelun kokonaisvaltainen, visuaalinen kuvaus (Tuulaniemi 2011, 72). Palvelumuotoilu hyödyntää laajasti erilaisia työkaluja ja kehitysmenetelmiä. Visualisointi on

jonkin asian näkyväksi tekemistä. Se pyrkii hahmottamaan tiedon ihmiselle ymmärrettävään, näkyvään muotoon, muun muassa piirtämällä ilmiöitä kuviksi. (Tuulaniemi 2011, 99-101.)

Aluksi palvelulle luodaan aikajana. Jana jaetaan ennen, aikana ja jälkeen periodeihin, kuvaamaan prosessin eri vaiheita (Tuulaniemi 2011, 72-73; Rosenbaum ym. 2016, 2). Tämän jälkeen aikajanelle nimetään palvelutuokiot. Hoitopolku koostuu useammasta yksittäisistä palvelutuokiosta, jotka sisältävät kukin useita kontaktipisteitä. (Tuulaniemi 2011, 72; Mustonen 2012, 75.) Palvelutuokiossa kuvataan mitä asiakas tekee, ei mitä palvelun tarjoaja (Rosenbaum ym. 2016, 7).

Palvelupolun hahmottaminen jatkuu palvelutuokioiden analysoinnilla. Palvelutuokion eri kontaktipisteet jaetaan ihmisiin ja prosesseihin, tiloihin ja ympäristöön sekä esineisiin. Jokaisen palvelutuokion kontaktipisteet visualisoidaan hoitopolkuun. (Tuulaniemi 2011, 74; Mustonen 2012, 75-76.)

Ihmis- ja prosessikontaktipisteessä asiakkaalle palvelua tuottavan henkilöstön rooleja ja ennalta sovittuja toimintamalleja kehitetään palvelumuotoilun avulla. Palvelun fyysinen tai digitaalinen tila/ympäristö ohjaa asiakkaan käyttäytymistä ja toisaalta voi vaikuttaa voimakkaasti asiakkaan mielialaan. Esineet ovat erilaisia fyysisiä tavaroita, mitä palveluun liittyy. (Tuulaniemi 2011, 75-76.)

Palvelumuotoilun avulla pyritään vaikuttamaan asiakkaan kaikkiin mahdollisiin aisteihin. Kuulemisen, näkemisen, haistamisen, maistamisen ja (materia) tuntemisen kautta muodostuu parhaimmillaan kokonaisvaltainen aistielämys. (Tuulaniemi 2011, 73-74; Mustonen 2012, 75.)

4.3 Asiakasnäkökulman kehittäminen palvelumuotoilussa

Asiakaskokemus määritellään usein kokonaisvaltaiseksi, dynaamiseksi prosessiksi. Asiakaskokemus muodostuu asiakkaan kulkiessa prosessin eri vaiheiden ja kosketuspisteiden läpi. (Lemon & Verhoef 2016, 7; Saarijärvi & Puustinen, 2020, 278.) Asiakaskokemus jaetaan pääsääntöisesti kolmeen eri tasoon: toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin. Toiminnan tasolla mahdollistetaan asian toteutuminen. Tunnetasolla asiakkaalle syntyy ainutlaatuisia kokemuksia sekä välittömiä tuntemuksia, joko positiivisia tai negatiivisia. Merkitystaso eli ylin asiakaskokemuksen taso tarkoittaa sitä, miten hyvin konsepti vastaa asiakkaan henkilökohtaisiin merkityksiin. (Tuulaniemi 2011, 69; Mccoll-Kennedy ym. 2015, 8.) Lemon & Verhoef (2016, 71) päätyvät määrittelemään asiakaskokemuksen lukuisten kirjallisuudessa esiintyvien lähteiden pohjalta seuraavasti: se on asiakkaassa heräävää

moniulotteista vastakaikua organisaation (yrityksen) tarjontaan; kognitiivisella, emotionaalilla, käyttäytymisen, aistien sekä sosiaalisen ulottuvuuden reaktioina.

Organisaation strategiassa tulee olla kirjattuna asiakaskeksäinen toiminta. Asiakaskeksäisyys, syvälinen asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden ymmärrys on keskeinen menestystekijä organisaatioille. (Tuulaniemi 2011, 66, 88; Filenius 2015, 7; Harvard Business Review, 2017, 16.) Asiakaskokemus on aina henkilökohtainen, yksilön tunteiden ja mielikuvien muovaava kokemus, ja tästä näkökulmasta käsin asiakas on aina oikeassa (Filenius 2015, 26). Mccoll-Kennedy ym. (2015) toteavat, että vaikka suurin osa asiakaskokemuksen tutkimuksesta keskittyykin korostamaan yksilön *poikkeuksellista* tai *huippua* kokemusta, yhä enemmän kuitenkin asiakaskokemusta tunnustetaan myös erilaisissa arkipäiväisissä konteksteissa ympäri maailman, mukaan lukien julkisen palveluiden käyttäjien kokemukset. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän strategiassa vuodelle 2022 (2017) nostetaan asiakaskokemus tärkeäksi arvoksi.

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite sekä kehittämistehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää uusi paksusuolileikkauspotilaan lyhytjälkihoitoinen hoitoprosessi Päijät-Sotessa. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda maahamme uudenlaista toimintatapaa, sekä vahvistaa asiakaskeskeistä hoitokulttuuria lyhytjälkihoitoisen paksusuolileikkauspotilaan kohdalla.

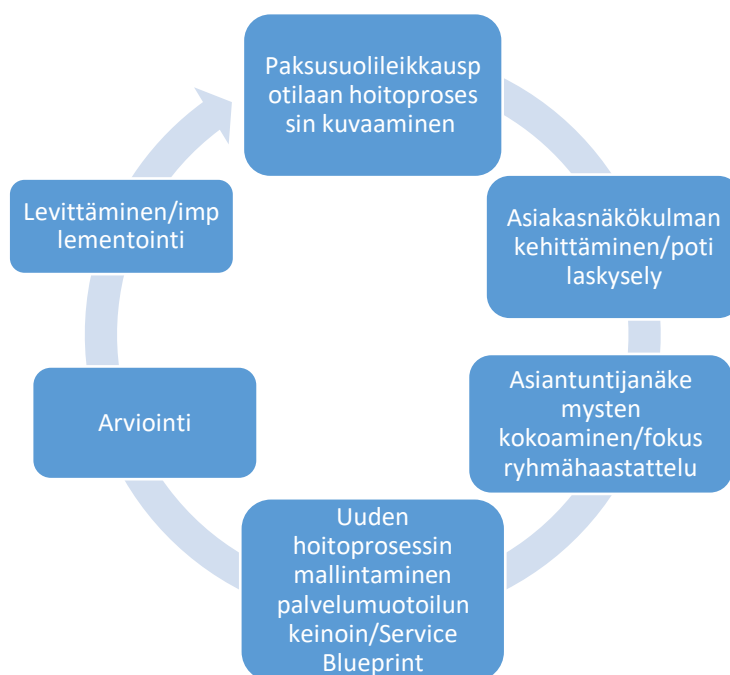
Opinnäytetyö tulee sisältymään neljä erillistä kehittämistehtävää:

- 1) kuvata paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessi
- 2) asiakasnäkökulma kehittäminen
- 3) asiantuntijanäkemyksen kokoaminen
- 4) uudenlaisen hoitoprosessin mallintaminen paksusuolileikkauspotilaalle

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

Tutkimuksellinen kehittäminen tähtää konkreettiseen toiminnan muutokseen, tai jonkin asian kehittämiseen. Tutkimuksellinen kehittäminen on työelämälähtöistä toimintaa, joka yhdistelee sekä tutkimuksellisia menetelmiä että kehittämistä. Se myös pyrkii hyödyntämään jo olemassa olevaa tietoa. Alla olevassa kuvassa (Kuva 5) on kuvattu opinnäytetyön kehittämisprosessi.



Kuva 5. Tutkimuksellinen kehittäminen (mukailtu Salonen ym. 2017)

Eri tutkimus- että kehittämismenetelmiä käytettiin tässä opinnäytetyössä monipuolisesti. Tutkimuksellinen kehittäminen eteni prosessinomaisesti eri vaiheiden läpi. Opinnäytetyön aihe muodostettiin yhdessä työelämänedustajan kanssa vastaamaan uuden, suunnitteilla olevan toiminnan tarpeisiin. Kehittämisprosessi aloitettiin nykytilan tunnistamisella eli kuvaamalla olemassa oleva paksusuolileikkauspotilaan PÄIKI- sekä LEIKO-hoitoprosessit. Kuvaamisen pohjana toimi Leikkaukseen kotoa tulevan suolistoleikatun potilaan -IMS kaavio (kuva 2) sekä Päiväkirurgisen prosessin -IMS kaavio (Kuva 3). Toteutusvaihe aloitettiin vuodeosastopotilaita osallistavalla Palvelupalautte -kyselyllä (Liite 1), asiakasnäkökulman kehittämiseksi. Asiantuntijoiden fokusryhmähaastattelu (Liite 2) toimi keskustelua edistävänä menetelmänä. Eri menetelmien tuottamaa tietoa käytettiin uuden hoitoprosessin

mallintamisessa. Kehittämisen prosessin tulos eli uusi lyhytjälkihoitoinen hoitoprosessi mallinnettiin palvelumuotoilun keinoin. Tämä osa toimi kehittämistoimintaa kuvaavana menetelmänä. Reflektointia käytiin läpi kehittämisen prosessin; asioita sekä toimintatapoja pohdittiin, kyseenalaistettiin sekä käytiin keskustelua työelämäneustajan kanssa. Opinnäytetyön tulosten implementointi sekä levittäminen tulevat osittain tapahtumaan opinnäytetyön valmistuttua. (Salonen ym. 2017, 34-35, 51, 53, 55.)

6.2 Aineiston kerääminen ja analysointi

Asiakasnäkökulman kehittäminen

Tässä opinnäytetyössä asiakasnäkökulman kehittäminen paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessissa lähti liikkeelle potilaskokemusten mittaamisella. Paksusuolileikkauksia LEIKOPotilaita pyydettiin vuodeosastohoitojakson loppuessa täyttämään Palvelupalautelomake (Liite 1). Lomake oli potilaalle yksinkertainen täyttää, tällä pyrittiin varmistamaan mahdollisimman hyvä osallistuminen kyselyyn. Lomakkeessa kysyttiin hoitojaksoon liittyvästä palveluun pääsystä, kohtelusta, palvelukokemuksesta sekä jatkosuunnitelmista potilaan kokemusta. Kysymyksissä kysyttiin erikseen sekä hoitajien että lääkäreiden kohtelusta. Myös potilaan kokemus, miten lääkäri tai hoitaja kuuli häntä, arvioitiin lomakkeessa. Palvelukokemus sisälsi kysymyksiä lääkityksestä sekä siihen liittyvästä neuvonnasta, kivunhoidosta, avun saannista, ravitsemuksesta, omatoimisuuden tukemisesta, yksityisyyden toteutumisesta, luottamuksellisuudesta, turvallisuuden tunteesta tutkimuksen/hoidon/palvelun aikana sekä siisteydestä että mahdollisesta huoneen rauhattomuudesta. Vastausvaihtoehtoina oli omaa kokemusta vastaavat hymynaamat. Lomakkeen toisella puolella potilaan oli mahdollisuus antaa avointa kehittämispalautetta. Muutama potilas tätä mahdollisuutta käyttikin. Potilaskyselyn tarkoitus oli lisätä opinnäytetyöntekijän asiakasymmärrystä ja auttaa ymmärtämään paksusuolileikkauksen asiakaskokemusta paremmin.

Printatut lomakkeet jätettiin saatekirjeen (Liite 2) kanssa yhteen nidottuina kirurgian vuodeosasto 43-44:n hoitajien kansliin kesäkuun 2021 alussa. Lomakkeiden sijainnista sekä jakamisesta potilaille käytiin keskustelua apulaisosastonhoitajan kanssa. Kesän ajan vaihtuvaa hoitohenkilökuntaa varten päädyttiin printtaamaan ohjeet lomakkeiden jakamisesta eri henkilökunnan yhteisten tilojen oviin. Ohjeiden toivottiin toimivan myös muistutuksena meneillään olevasta kyselystä. Potilaan hoidosta vastuussa oleva hoitaja antoi paksusuolileikatulle täytettäväksi lomakkeen. Lomake pyydettiin täyttämään anonymisti, henkilötietoja ei tässä kyselyssä kerätty. Täytetyt lomakkeet toimitettiin vastuuhoidajan toimesta valmiiseen keräyskuoreen, joka noudettiin kansliasta heinäkuun 2021 lopulla. Kyselyjaksoa pidennettiin alkuperäisestä kuukaudesta kahteen kuukauteen, jotta luotettavuuden varmistamiseksi saatiin riittävä määrä lomakkeita täytettyinä takaisin. Lomakkeita

saatiin kerättyä seitsemän kappaletta kesä-heinäkuun 2021 aikana. Saatu aineisto analysoitiin teemoittelemalla. Saatujen palautteiden perusteella pääteemoiksi muodostuivat hyvät palvelukokemukset sekä kehittämisen kohteet. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, 105-107.)

Asiantuntijänäkemysten kokoaminen

Asiantuntijänäkökulman kokoamista varten järjestettiin ennalta valitulle asiantuntijaryhmälle fokusryhmähaastattelu toukokuussa 2022. Osallistuminen oli vapaaehtoista sekä anonyymia (Liite 3). Perustiedot haastattelusta tallennettiin. Fokusryhmähaastattelun tavoitteena oli asiantuntijoiden tiedon ja kokemuksen jakaminen, jotta näin saatavaa tietoa voitaisiin käyttää uuden hoitopolun kehittämisen tukena (Salonen ym.2017, 57). Ryhmä edusti monitieteisestä lähestymistapaa. Erikoislääkäreitä, päiväkirurgian vastuuhenkilöitä sekä kirurgian hoidonsuunnittelija sekä muutama varsinaista ruohonjuuritason työtä tekevää hoitajaa kutsuttiin mukaan. Kaikki kutsutut eivät päässeet osallistumaan haastatteluun. Yksi osallistuja oli haastattelussa mukana Teams -yhteyden kautta.

Haastattelun aluksi kerrottiin, että haastattelu nauhoitetaan digitaaliseen muotoon. Osallistujille kerrottiin myös aluksi, että nauhoite auki kirjoitettaisiin tekstiksi, mikä lähetettäisiin sähköpostitse kommentointia varten osallistujille mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Alussa fokusryhmähaastattelun läsnä oleville jaettiin tulostettuina versioina hyvät kansainväliset hoitokäytänteet leikkauspotilaan päiväkirurgisessa hoidossa (Liite 4) sekä niin kutsuttu *Ranskan malli* (Chasserant & Gosgnacht 2016). Vertaisarviointia apuna käyttäen voidaan omaa toimintaa verrata toisten, usein parhaiden vastaavaan käytäntöön (Salonen ym. 2017, 63).

Haastattelu eteni siten, että jokainen osallistuja ilmaisi omat perustellut näkemyksensä keskeisistä teemoista. Opinnäytetyöntekijä osallistui myös aktiivisesti keskusteluun, omia ajatuksiaan ja omaa kokemusperäistä tietoaan esiin tuoden. Haastattelussa esiinnousseista keskeisistä asioista tehtiin samanaikaisesti muistiinpanoja. Haastattelun jälkeen digitaalinen tallenne litteroitiin tekstiksi, ja lähetettiin osallistujille kommentointia varten. Vastauksena takaisin saatiin muutamia sähköpostiviestejä, joissa oli täsmennyksiä, mutta myös uusia ajatuksia. Aineiston digitaalista versiota kuunneltiin, sekä litterointia luettiin useampaan kertaan läpi. Aineistoon pyrittiin perehtymään, jotta ymmärrettäisiin, mitkä asiat kuuluivat käsiteltävään kehittämistehtävään, ja mitkä olivat tehtävän kannalta epäolennaisia. Kiinnostava sisältö siirrettiin erikseen jatkoanalyysia varten. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78-80.)

Seuraavaksi litteroitua, laadullista aineistoa analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysilla. Deduktiivinen eli teorialähtöinen analyysi nojaa tiettyyn malliin, tässä tapauksessa leikkauspotilaan hoitoprosessiin LEIKOssa, joka on kuvattu opinnäytetyön luvussa 2.2

”Leikkaukseen kotoa -hoitopolku”. Deduktiivisella analyysillä voidaan testata uutta tietoa jo olemassa olevaan kontekstiin. Fokusryhmähaastattelun aineisto analysoitiin tiedossa olevan mallin mukaisesti. Valmis malli ohjasi koko aineiston analyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 78-80, 95.)

Ensin valittiin analyysirungon pohjaksi leikkaushoitopotilaan pre- ja postoperatiivisen hoitoprosessin vaiheet. Analyysirungon yläluokiksi muodostuivat aluksi preoperatiivinen vaihe ja postoperatiivinen vaihe. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen ulkopuolelle jäävistä asioista muodostui kokonaan uusi yläluokka, kotiseuranta. Tämän jälkeen fokusryhmän litteroinnista etsittiin alkuperäisilmauksia jokaiselle yläluokalle. Alkuperäisilmauksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyt ilmaukset sijoitettiin seuraavaksi alaluokkiin, jotka sisältyvät kukin olemassa oleviin yläluokkiin. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä pääluokat on nimetty aiemman mallin mukaisesti ja niihin etsittiin fokusryhmähaastattelun aineistosta niitä kuvaavia alkuperäisilmauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95-96.)

Alkuperäisilmaukset on jätetty opinnäytetyön tuloksista pois asiantuntijajoukon anonymiteetin varmistamiseksi. Fokusryhmän kesken käytiin keskustelua, miten tärkeää erityisesti uutta toimintaa käynnistettäessä on, että LYHKI-paksusuolileikkauspotilaan leikkauksen jälkeistä kotiseurantaa toteuttaa alussa paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessin hyvin tunteva, kokenut hoitaja, jolla on hoitaminen näpeissään.

Tarvitaan vainu, intuitio, kun sä näät potilaan, että vaikka mittarissa kaikki näyttää ihan hyvältä, ni tietää, et tässä ei kaikki oookkaan ihan kunnossa ja sitä ei ihan helposti opi muuten kun työtä tekemällä.

Alkuperäisilmauksesta muodostettiin pelkistetyt ilmaukset, joista edelleen alaluokka. Esimerkki analyysistä on kuvattu taulukossa 4.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
”Hoitajan pitää tietää, miten potilaiden kuuluu toipua, tietää mikä ei kuulu asiaan ja tietää, mitä silloin pitää tehdä” ”Tarvitaan vainu/intuitio, kun sä näät potilaan, että vaikka mittarissa kaikki näyttää ihan hyvältä, ni tietää, et tässä ei kaikki oookkaan ihan kunnossa ja sitä ei ihan helposti opi muuten kun työtä tekemällä”	Hoitajan tunnettava tarkoin normaali toipumisprosessi, mahdolliset komplikaatiot sekä toimintaohjeet Hoitaja omaa mieluiten vanhan kokemuksen paksusuolileikkauspotilaan hoidosta	Osaava kotiseurannan toteutava henkilökunta

Taulukko 4. Esimerkki analyysistä

7 Opinnäytetyön tulokset

7.1 Asiakasnäkökulman kehittäminen

Kaiken kaikkiaan seitsemän paksusuolileikattua potilasta täytti vuodeosastojaksonsa loppuksi hoitajan antaman Palvelupalaute -lomakkeen (Liite 1). Palvelupalautteen teemoittelu on kuvattu taulukossa 5.

Hyvät palvelukokemukset	Kehittämisen kohteet
Riittävän nopea hoitoon pääsy Riittävä ennako-ohjaus Hyvä ja ystävällinen kohtelu sekä lääkäreiltä että hoitajilta Kuulluksi tuleminen sekä lääkärien että hoitajien taholta Koko henkilökunnan taholta koettu hyvä hoito	Enemmän mahdollisuuksia keskusteluun sekä lääkärin että hoitajan kanssa Riittämätön lääkeohjaus; sivuvaikutuksista kerrottava, kirjalliset ohjeet Turvallisuuden tunne Yksityisyys Huoneen levottomuus Jatkosuunnitelmista informointi sekä potilaan osallisuuden tukeminen Läheisten osallisuus hoidossa Avuntarpeen kartoittaminen kotona

Taulukko 5. Palvelupalautteen teemoittelu

Potilaat kokivat pääsääntöisesti päässeensä hoitoon riittävän nopeasti. Kysyttäessä saivatko potilaat riittävästi etukäteisohjeita hoitoon liittyen, vastaajat olivat joko osittain tai täysin samaa mieltä. Pääsääntöisesti kaikki vastaajat kokivat sekä hoitajien että lääkärien kohdelleen heitä ystävällisesti sekä hyvin. Samoin potilaat kokivat, että lääkärit ja hoitajat kuullivat heitä. Kysyttäessä, oliko potilas kokenut saaneensa riittävästi keskusteltua hoitajan tai lääkärin kanssa, osa potilaista oli joko osittain tai täysin eri mieltä. Muutama potilas koki, ettei yleisesti ollut saanut riittävä tietoa uudesta lääkityksestä. Joko lääkkeiden mahdollisista haitoista ei potilaalle ollut kerrottu, tai kirjalliset ohjeet uudesta lääkityksestä olivat jäänyt saamatta. Pääsääntöisesti palvelukokemusta arvioitiin kuitenkin hyväksi. Yksi vastaaja ei ollut kokenut oloaan täysin turvalliseksi tutkimuksen/hoidon/palvelun aikana. Yksi potilas oli myös kokenut, ettei hänen yksityisyyttään kunnioitettu hoidon aikana riittävästi. Huoneen levottomuus häiritsi muutamia potilaita öisin. Osasta vastauksia välittyi osastolla vallinnut kiire. Useampi potilas oli kokenut, ettei heidän kanssaan keskusteltu jatkosuunnitelmista riittävästi; osallisuus oman kotiutuksen suunnitteluun ja toteutukseen ei täysin toteutunut.

Kaikilta ei kysytty mahdollista avuntarvetta kotona. Muutamat potilaat olivat kokeneet, että potilaan läheiset jäivät osittain hoidon ulkopuolisiksi. Vapaassa tekstiosassa useampi potilas ilmaisi kiitollisuutensa hoitoa sekä koko henkilökuntaa kohtaan.

Kysely tuotti laadullista tietoa, joka on asiakasymmärryksen lisäämisessä oleellista ja merkityksellistä. Uutta hoitoprosessia suunniteltaessa tulee ottaa huomioon potilaiden yleinen tarve riittävän laaja-alaiseen ohjaukseen, koskien myös lääkehoitoa yleensä. Lääkehoidon ohjeet tulee potilaan saada myös kirjallisina kotiutuessa. Myös potilaiden läheiset tulee uudessa hoitoprosessissa huomioida entistä paremmin osaksi hoitoa, hoitoajan entisestään lyhentyessä.

7.2 Asiantuntijanäkökulman kehittäminen

Preoperatiivisen vaiheen kehittäminen

Uutta toimintamuotoa käynnistettäessä on otettava erityisellä tavalla huomioon potilaiden huolellinen ohjaaminen prosessin jokaisessa vaiheessa. Ohjaaminen tulee olla sekä suullista että kirjallista. Vaikka potilaat tapaavatkin hoidon alkaessa erikoissairaanhoidossa kirurgin, tullessaan leikkausarvioon kirurgian poliklinikalle, voi potilaalle vielä nousta mieleen myöhemmin kysyttävää leikkaavalta lääkäriltä. Tämän takia leikkaava lääkäri tulee tapamaan potilaan prekäynnillä. Potilaiden henkisen tuen tarve tulee huomioida preoperatiivisessa vaiheessa. Turvallisuuden tunnetta osaavaan ja turvalliseen hoitoon tulee vahvistaa. Prekäynnillä prehoitaja ohjaa potilaalle kotona tehtävän peroraalisen suolentyhjennyksen, ja antaa mukaan sekä kirjalliset ohjeet että tyhjennysaineet (Picoprep tai vastaava). Suolentyhjennys on Päijät-Sotessa yleisesti käytössä paksusuolileikkauspotilaiden ennakkovalmistautumisohjeissa jo nykyäänkin. Potilas aloittaa suolentyhjennyksen kotonaan kaksi päivää (D-2) ennen leikkausta. Prehoitaja ohjaa myös potilaan siirtymään vähäjätteiseen ruokavalioon päivää ennen leikkausta. Suolentyhjennyksen jälkeen on erityisen tärkeää huolehtia elimistön hyvästä nestetasapainosta ennen leikkausta. Tämän varmistamiseksi potilaalle annetaan prekäynnillä mukaan sokeripitoisia hiilihydraattijuomia (preOp). Prehoitaja ohjeistaa potilaan nauttimaan leikkausta edeltävänä iltana juomia 4 x 200 ml sekä leikkauuspäivänä, kaksi tuntia ennen leikkausta 2 x 200 ml. Elimistön energiavarastot tulee tankata ennen leikkausta, eikä elimistö saa olla kuivunut; suolistoleikkauksen rasitusta elimistölle voidaan verrata maratonin juokseminen. Suolentyhjennys- ja ruokavalio-ohje sekä elimistön tankkaus hiilihydraateilla ennen leikkausta mukailevat *Ranskan mallia* (Chasserant & Cosgnacht 2016). Koska LYHKI-paksusuolipotilaiden valinnassa tullaan jättämään kaikki monisairaimmat potilaat pois, ei anestesiaalääkärin fyysistä prekäyntiä välttämättä tarvita. Anestesiaalääkäri antaa pääsääntöisesti omat hoitoa koskevat määräyksensä

sähköisesti suoraan leikkaushoitosuunnitelman lisätietokenttään, kuten tälläkin hetkellä tapana on. Taulukossa 6 kuvataan preoperatiivisen vaiheen kehittämisen kohteet.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Riittävän ohjauksen varmistaminen Leikkaava kirurgi mukana ennakkokäynnillä	Potilaiden ohjaus Henkisen tuen tarjoaminen
Suolentyhjennyksen ohjaaminen kaikille paksusuolileikkauspotilaille prekäynnillä, alkaen kahta päivää ennen leikkausta (D-2)	Suolentyhjennysohjeet sekä tarvikkeet prekäynniltä (Picoprep)
Vähäjätteinen ruokavalio päivää ennen leikkausta (D-1)	Vähäjätteinen ruokavalio-ohje
Hiilihydraattijuomat (preOp) mukaan prekäynniltä, 4 x 200 ml leikkausta edeltävänä iltana + 2 x 200 ml kaksi tuntia ennen leikkausta	Elimistön nestetasapainosta huolehtiminen ennen leikkausta
Anestesiakonsulttia ei prekäynnillä fyysisesti välttämättä tarvita	Potilasvalinta

Taulukko 6. Preoperatiivisen vaiheen kehittäminen

Postoperatiivisen vaiheen kehittäminen

Koska paksusuolileikkauspotilaan hoitoaika lyhenee LYHKI:ssä merkittävästi verrattuna vuodeosastohoitoon, on aktiivisesta edistymisestä pidettävä huolta prosessin jokaisessa vaiheessa. Riittävä kivunhoito tulee varmistaa postoperatiivisessa vaiheessa. Suolta lamaavia opiaatteja tulee välttää, ensisijaisena opiaattina tulee käyttää oxycodoni/naloxonia. Kotiutumisen edellytyksenä on kivunhallinta peroraalisilla kipulääkkeillä. Potilaiden varhaiseen mobilisointiin kiinnitetään erityistä huomiota; potilaat avustetaan heräämössä vuoteesta ylös kaksi tuntia leikkauksesta. *Ranskan mallin* (Chasserant & Cosgnacht 2016) mukaisesti potilaan kanssa voidaan postvaiheessa harjoitella kävelyä portaissa. Varhainen mobilisointi ehkäisee tehokkaasti laskimotukoksia sekä edistää suolen toimintaa. Kotiutumisen edellytyksenä ei suolen toimintaa tarvitse odottaa; suolesta ei tarvitse tulla edes ilmaa. Nykyisessä ERAS-protokollassa kotiutumisen edellytyksenä on suolen toimiminen ilmaa. Potilaalle tarjotaan leikkauispäivän iltana peroraalisesti nestemäistä ravintoa, kuten kahvia, mehua tai mehukeittoja. Hiilihydraattijuoma (preOp.) soveltuu myös erinomaisesti postvaiheen ensi ravinnoksi. Kotiutumisen edellytyksenä on, että ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä lounasruokailun tulee onnistua. Potilaan hemoglobiiniarvo kontrolloidaan sekä leikkauisiltana että seuraavana aamuna. Näin käytössä on kaksi erillistä arvoa

ennen potilaan kotiuttamista. Tällä tavoin voidaan varmistaa, ettei potilaalla ole postoperatiivista vuotoa leikkausalueella. Leikkauksen jälkeisenä aamuna leikkannut lääkäri käy tapaamassa potilaan, ja antaa kotiinläähtöluvan sekä tarvittavat määräykset hoitajalle kotiutumisesta koskien. Taulukossa 7 kuvataan postoperatiivisen vaiheen kehittämisen kohteet.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Prosessin etenemisen varmistaminen	Aktiivinen edistyminen
Kivun hallinta peroraalisilla lääkkeillä Postoperatiivisena opiaattina ensisijaisesti oxycodoni/naloxoni	Riittävä kipulääkitys
Potilaan ylösnousu heräämössä 2 tuntia leikkauksesta	Varhainen mobilisaatio
Kävelykontrolli portaissa Ei jäädä odottamaan suolen toimimista (ilmaa)	Suolentoiminnan edistäminen
Nestemäinen peroraalinen ravitseminen leikkauspäivänä Seuraavana päivänä pitää pystyä syömään lounasta	Peroraalinen ravitseminen
Hb-seuranta leikkauksena sekä seuraavana aamuna mahdollisen postoperatiivisen vuodon havaitsemiseksi	Veriarvojen seuranta
Leikkaava lääkäri tapaa potilaan aamusta	Jälkiseuranta

Taulukko 7. Postoperatiivisen vaiheen kehittäminen.

Kotiseurannan kehittäminen

Turvallisen kotiutumisen varmistamiseksi potilas kotiutuu hakijan kanssa. Seuralainen tulee lisäksi järjestää kolmeksi leikkauksen jälkeiseksi yöksi kotiin. Varsinaisen kotiseurannan toteuttaa uutta toimintaa käynnistettäessä osaava ja kokenut hoitohenkilökunta. Hoitajan on tarkoin tunnettava normaali paksusuolileikkauspotilaan toipumisprosessi, tiedettävä mahdolliset komplikaatiot ja osattava toimia poikkeustilanteissa. Vain riittävä kokemus paksusuolileikkauspotilaiden hoidosta tuo hoitajalle tämänkaltaisen syväosaamisen ja varmuuden. Ensimmäinen kotiseurantakäynti tehdään samana päivänä, kun potilas kotiutuu sairaalasta eli ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä iltapäivänä/iltana (D1). Toisena (D2) sekä kolmantena (D3) leikkauksen jälkeisenä päivänä hoitaja käy potilaan kotona aamulla sekä iltapäivällä/illalla. Neljännessä (D4) kuudenteen (D6) leikkauksen jälkeiseen päivään hoitaja soittaa potilaalle. Kolmas (D3) leikkauksen jälkeinen päivä on potilaan toipumisen kannalta

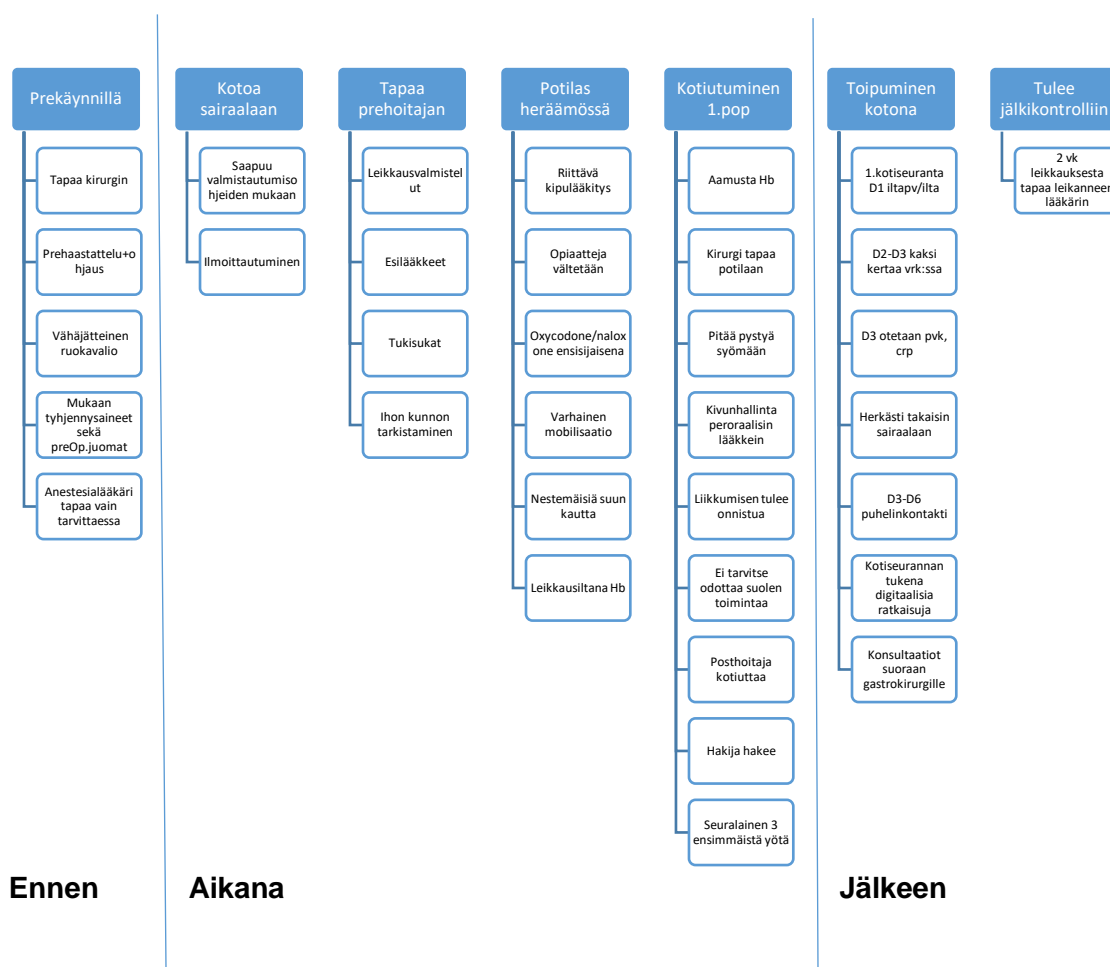
merkittävä, mikäli potilas voi tuolloin yhä huonosti, kutsutaan hänet herkästi takaisin sairaalaan. Takaisinkutsulle on matala kynnyks kotiutumisen jälkeen muutoinkin. Kolmantena (D3) leikkauksen jälkeisenä päivänä otetaan potilaasta kotona myöskin verikoekontrollit. Verikokeiden ottamisessa voidaan tehdä yhteistyötä esimerkiksi Kotisairaalan kanssa. Potilaalla tulee olla kotiutumisvaiheessa annettu yhteistietokortti kaikista numeroista, minne olla mihinkin vuorokauden aikaan yhteydessä. Yhteistyötä eri tahojen kanssa tulee vielä ennen toiminnan käynnistymistä kehittää. Yöaikaan potilas voi tarvittaessa olla yhteydessä suoraan gastrokirurgian vuodeosaston yöhoitajaan. Konsultaatio päivystysaikana potilaasta tehdään suoraan gastrokirurgille. Digitaalisia ratkaisuja kotiseurannan toteuttamisessa tulee myös hyödyntää. Videopuhelun avulla voidaan esimerkiksi saada lisäarvoa potilaan voinnista kotona. Potilaat tulevat kahden viikon kohdalla leikkauksesta jälkitarkastukseen kirurgian poliklinikalle. Taulukossa 8 kuvataan kotiseurannan kehittämisen kohteet.

Alkuperäisilmaus	Alaluokka
Seuralainen läsnä 3 yötä kotona	Turvallinen kotiutuminen
Hoitajan tunnettava tarkoin normaali toipumisprosessi, mahdolliset komplikaatiot sekä toimintaohjeet	Kotiseurannan toteuttaa osaava hoitohenkilökunta
Hoitaja omaa mieluiten vankan kokemuksen paksusuolileikkauspotilaan hoidosta	
Kotiseurannan toteutuksen ajankohdat: D1: iltapäivä/ilta ensimmäinen käynti D2 & D3: kaksi kertaa vuorokaudessa D4-D6: vähintään puhelinkontakti D3 on vedenjakaja: jos potilas ei voi hyvin, takaisinkutsu sairaalaan	Kotiseurannan toteuttaminen Takaisinkutsu sairaalaan herkästi
Kotiseurannassa laboratoriotulokset D3: pvk+crp	Yhteistyö Kotisairaalan kanssa
Potilaalla tarvittavat yhteystiedot	Yhteistietokortti potilaille
Yhteistyön vahvistaminen eri yksiköiden välillä Päivystysaikana konsultoidaan ongelmatilanteissa suoraan gastrokirurgia	Konsultaatiomahdollisuus
Etäyhteyksien ja videopuheluiden hyödyntämistä	Digitaalisten ratkaisujen hyödyntämistä kotiseurannan toteuttamisessa
Potilaiden toipumisen kontrollointi uuden hoitoprosessin alettua	Potilaiden jatkoseurannan toteuttaminen

Taulukko 8. Kotiseurannan kehittäminen

7.3 Paksusuolileikkauspotilaan lyhytjälkihoitoisen hoitoprosessin mallintaminen

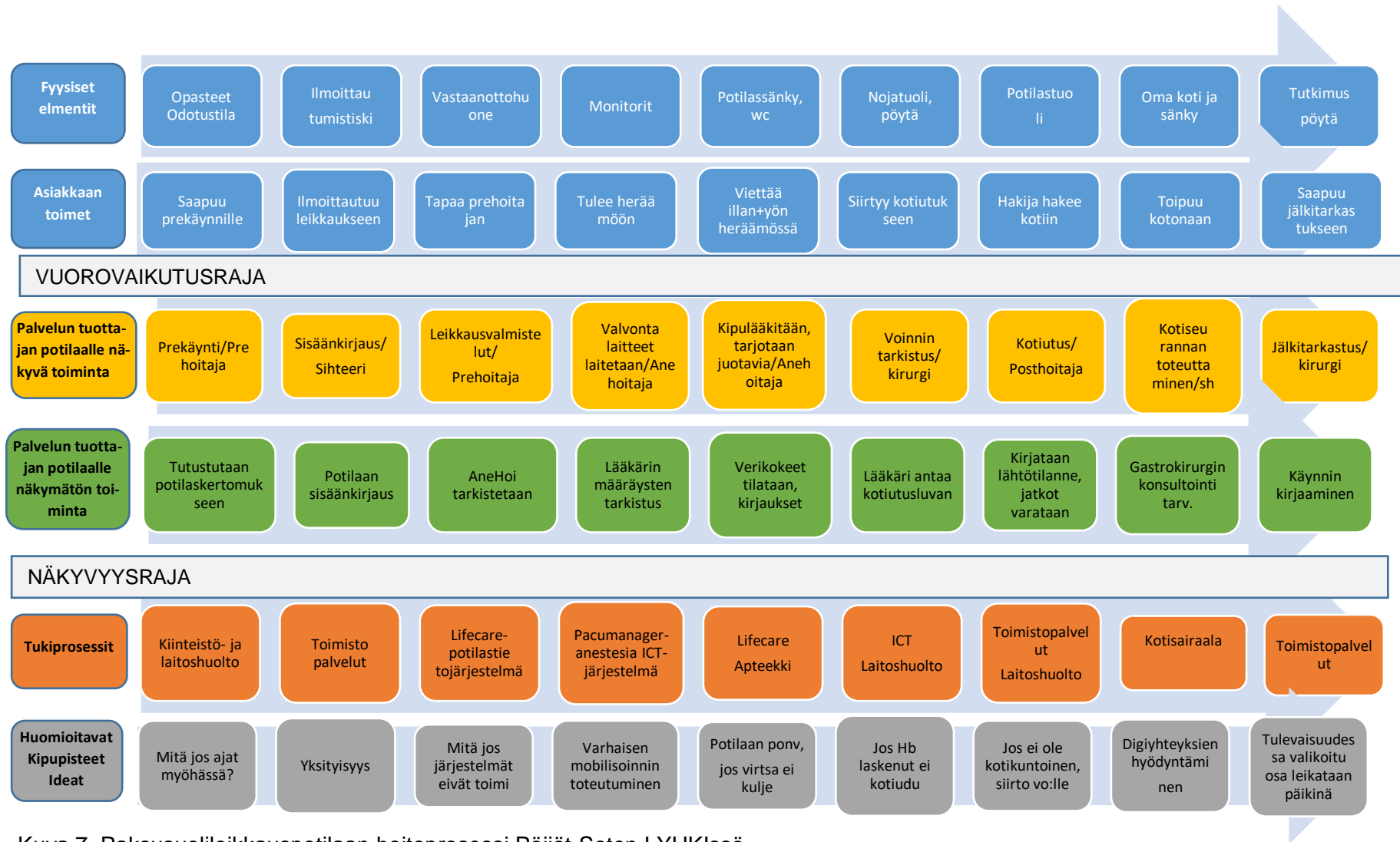
Sekä asiakasnäkökulma että asiantuntijoiden näkemykset toimivat uuden lyhytjälkihoitoisen hoitoprosessin mallintamisen pohjana. Koska tässä opinnäytetyössä puhutaan yleisesti hoitoa vaativista potilaista, sopii hoitopolku sanana paremmin kuvaamaan potilaiden kulkemaa matkaa kuin palvelupolku. Mallintaminen aloitettiin visualisoimalla paksusuolileikkauspotilaan hoitopolku Päijät-Soten LYHKI:ssä (Kuva 6).



Kuva 6. Paksusuolileikkauspotilaan hoitopolku Päijät-Soten LYHKI:ssä

Visualisointi on jonkin asian näkyväksi tekemistä. Se pyrkii hahmottamaan tiedon ihmiselle ymmärrettävään, näkyvään muotoon, muun muassa piirtämällä ilmiöitä kuviksi (Tuulaniemi 2011, 72, 99-101.) Palvelumuotoilun tavoitteena on ymmärtää ihmisten tarpeita ja elämää paremmin, havaita uusia mahdollisuuksia, suunnitella toimivia palveluja ja toteuttaa tehtyjä suunnitelmia. Se antoi siis hyvät välineet tässä opinnäytetyössä uuden hoitoprosessin mallintamiseen. Koska palvelumuotoilun tavoite on myös tuottaa kestäviä palveluita, sopii se arvona erinomaisesti uusien hoitoprosessien kehittämisen pohjaksi tänä. (Tuulaniemi 2011,

23, 97-98.) Visualisointi aloitettiin luomalla hoitopolulle aikajana. Jana jaettiin ennen, aikana ja jälkeen periodeihin, kuvaamaan prosessin eri vaiheita (Tuulaniemi 2011, 72-73; Rosenbaum ym. 2016, 2). Tämän jälkeen aikajanelle nimettiin palvelu- eli hoitotuokiot. Hoitopolku koostuu useammasta yksittäisistä hoitotuokioista, jotka sisältävät kukin useita kontaktipisteitä. (Tuulaniemi 2011, 72; Mustonen, 2012, 75.) Hoitotuokiot mukailevat fokusryhmähaastattelun pohjalta muodostuneita pre- ja postoperatiivisen hoidon sekä kotiseurannan vaiheita. Koska hoitotuokiossa on tarkoitus kuvata mitä asiakas tekee, ei mitä palvelun tarjoaja, muokkautuivat vaiheet potilaan tekemisen mukaisiksi (Rosenbaum ym. 2016, 7). Hoitopolun hahmottaminen jatkui palvelutuokioiden analysoinnilla. Jokaisen hoitotuokion kontaktipisteet visualisoitiin hoitopolkuun. (Tuulaniemi 2011, 74; Mustonen 2012, 75-76.) Seuraavaksi Paksusuolileikkauspotilaan hoitopolku -kuvaus laajennettiin kattamaan koko hoitoprosessi, Service Blueprint -taulukkoa käyttäen. Service Blueprintin avulla voidaan tarkastella vuorovaikutusrajapinnassa tapahtuvaa potilaan ja palveluntuottajan toimivan Päijät-Soten kohtaamista, sekä toimintaa näkyvyysrajan molemmilla puolilla. Hoitoprosessissa kuvataan fyysiset elementit, jotka ovat tavaroita tai esineitä, joita palveluun liittyy, asiakkaan toimet, palveluntuottajan eli Päijät-Soten potilaalle näkyvä sekä näkymätön toiminta, tukiprosessit sekä hoidossa huomioitavat asiat tai hoidon kipupisteet tai ideat. (Kundu 2015, 30-31.) Kuvassa 7 on kuvattuna paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessi Päijät-Soten LYHKI:ssä.



Kuva 7. Paksusuolileikkaukspotilaan hoitoprosessi Päijät-Soten LYHKI:ssä

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön aluksi kuvattiin nykyinen hoitoprosessi, jossa potilas tulee leikkausaamuna kotoa sairaalaan, kulkee LEIKO-yksikön kautta leikkaussaliin ja sieltä kirurgian vuodeosastolle jatkohoitoon. Nykyiset hoitoajat LEIKO-hoitoprosessissa kirurgian vuodeosastolla ovat keskimäärin kahdesta neljään leikkauksen jälkeistä päivää. Uudessa LYHKI-hoitoprosessissa hoitoaika tulee potilailla lyhenemään merkittävästi, potilaiden kotiutuessa leikkauksen jälkeisenä päivänä lounasruokailun jälkeen. Lyhyemmillä hoitoajoilla tavoitellaan sekä tuottavuutta että tehokkuutta. Samalla lisätään myös potilastyytyväisyyttä. Yhä vaativampia toimenpiteitä voidaan tulevaisuudessa hoitaa turvallisesti lyhytjälkihoitoisesti. Uuden paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessin perusteellinen ja huolellinen kehittämistyö luo pohjan tulevaisuuden turvalliselle ja luottamukselliselle hoitosuhteelle. Kokonaisuuden huolellisella toteuttamisella voidaan vähentää sekä turhia päivystyskäyntejä että mahdollisia uusia hoitajaksoja kotiuttamisen jälkeen. (Verma ym. 2011; Mattila & Hynynen 2012; Ruohoaho 2016; Savikko ym. 2016; Jones ym. 2017; Ruohoaho 2021, 139, 140.)

Opinnäytetyön toisessa kehittämistehtävässä koottiin palautetta nykyisen hoitoprosessin kautta kulkevilta potilailta. Asiakaskokemusta mittaamalla on mahdollista arvioida omaa nykyhetken toimintaa. Mittaamisen avulla voidaan tunnistaa palveluiden nykytilaa ja se auttaa myös toiminnan kehittämistä. (Filenius 2015, 190.) Palvelupalaute -kysely tuotti arvokasta asiakasnäkökulmaa uuden hoitoprosessin kehittämiseen. Asiakasyymmärrystä lisättiin hyvistä käytänteistä ja kehittämisen kohteista. Lähes kaikki potilaat antoivat sekä hoidosta että kohtelusta erinomaisen hyvää palautetta, samoin tiedonsaannista ja lääkärin kohtaamisesta. Ainoastaan lääkehoidon muutoksista sekä lääkehaitoista potilaat kokivat saaneensa riittämätöntä tietoa. Hoidon jatkosuunnitelmista ei kaikkien kanssa ollut keskusteltu riittävästi. Vapaassa tekstipalautteessa annettiin pelkästään erittäin hyvää palautetta, ja kiitosta saivat kaikki hoitoon osallistuneet tahot.

Asiakaskokemuksista nousi esiin tarve suurempaan osallisuuteen omassa hoidossa. Myös potilaan läheiset jäivät osittain hoidon ulkopuolisiksi. Potilaan sekä hänen läheistensä osallisuutta tulee lisätä LYHKI-hoitoprosessissa. Asiakaskokemuksen muodostumiseen voidaan suoraa vaikuttaa potilaiden osallistumisella. Osallisuuden vahvistaminen lähtee avoimesta vuorovaikutuksesta potilaan sekä hänen läheistensä kanssa. Kontrollivoivaa asennetta tulee vuorovaikutuksessa välttää. Vuorovaikutus tapahtuu joko sosiaalisella tai fyysisellä tasolla. Sosiaalista elementtiä edustavat esimerkiksi vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä. Palveluympäristön ja sen elementtien välillä tapahtuu taas fyysinen vuorovaikutus.

Tunnelma, toiminnallisuus ja saavutettavuus muun muassa vaikuttavat, millainen kokemus asiakkaalle muodostuu ympäristöstä. Läheisten antama sekä henkinen että käytännön tason tuki hyödyttävät potilasta koko LYHKI-hoitoprosessin ajan. Myös turvallisuuden tunne vahvistuu potilaalle läheisten osallistuessa prosessiin. (Norlyk & Harder, 2011; Kylliäinen 2012; Mustonen 2012, 75, 87; Chasserant & Gosgnacht 2016; Ruohoaho 2021, 56, 145-146.)

Asiakaskokemus määritellään usein kokonaisvaltaiseksi prosessiksi. Se muodostuu asiakkaan kulkiessa prosessin eri vaiheiden ja kosketuspisteiden läpi. (Lemon & Verhoef 2016, 7; Saarijärvi & Puustinen 2020, 278.) Asiakaskokemus voidaan jakaa kolmeen eri tasoon: toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin. Uudessa paksusuolileikkauspotilaan LYHKI-hoitoprosessissa toiminnan tasolla mahdollistetaan asian toteutuminen. Käytännössä se tarkoittaa hoitoprosessin toteutumista suunnitellusti, ja tähän voidaan vaikuttaa toiminnan huolellisella kehittämisellä sekä suunnittelulla. Tunnetasolla asiakkaalle syntyy ainutlaatuisia kokemuksia sekä välittömiä tuntemuksia, joko positiivisia tai negatiivisia. Nämä kokemukset syntyvät esimerkiksi jokaisessa kohtaamisessa. Myös tunnetason kokemuksiin on mahdollista vaikuttaa potilaiden aidolla kohtaamisella. Merkitystaso eli ylin asiakaskokemuksen taso tarkoittaa sitä, miten hyvin konsepti vastaa asiakkaan henkilökohtaisiin merkityksiin. (Tuulaniemi 2011, 69; Mccoll-Kennedy ym. 2015, 8.)

Opinnäytetyön kolmannessa kehittämissuorituksessa koottiin asiantuntijanäkemyksiä fokusryhmähaastattelun avulla. Asiantuntijoiden kesken käytiin keskustelua sekä nykyisestä LEIKO-hoitoprosessista että hyvistä kansainvälisistä hoitokäytänteistä päiväkirurgisen leikkauspotilaan hoidossa (Liite 4). Uuden paksusuolileikkauspotilaan LYHKI-hoitoprosessin pohjana Päijät-Sotessa toimii *Ranskan malli* (Chasserant & Gosgnacht 2016), jossa potilaat kotiutetaan leikkauspäivänä. Vertaisarviointia apuna käyttäen omaa toimintaa verrattiin parhaimpaan mahdolliseen vastaavaan käytäntöön (Salonen ym. 2017, 63). Eri puolella maailmaa tehdyissä tutkimuksissa on todettu lyhythoitaisen prosessin voivan toimia turvallisena mallina myös paksusuolileikatuille potilaille. Lyhythoitaiset prosessit tulee suunnitella huolellisesti, ja toiminnan kehittämiselle tulee varata riittävästi aikaa (Mattila & Hynynen 2011). Levy ym. (2009) arvioivat tutkimuksessaan muun muassa 23 tunnin leikkauksenjälkeisen seurannan soveltuvuutta sekä turvallisuutta paksusuolileikatuille. Kukaan tutkimukseen osallistuneista potilaista ei saanut komplikaatioita, eikä kukaan joutunut hakeutumaan takaisin sairaalahoitoon. Kaikki potilaat olivat niin tyytyväisiä palveluun, että olivat valmiit jopa suosittelemaan sitä eteenpäin. (Levy ym. 2009.) Ruohoaho (2021, 12) toteaa lyhythoitaisen 23h-kirurgian olevan kaiken kaikkiaan turvallinen ja toimiva hoitomuoto, tulevaisuudessa myös yhä vaativammille leikkauksille.

Fokusryhmähaastattelusta nousi esiin potilaan huolellisen ohjaamisen tarve. Myös asiakaskokemuksista nousi esiin sama tarve. Sekä Chasserant & Cosgnac (2016) että Jones ym. (2017) nostavat esiin potilaan syvällisen ohjauksen ja neuvonnan tarpeen lyhythoitosisä prosessissa. Ruohoaho (2021, 51) mukaan potilasohjeet, kotiutusohjeet sekä -kriteerit, samoin kuin hoitopolut tulee olla valmiina ennen LYHKI-toiminnan aloittamista. Potilasohjeet tulee aina antaa potilaalle sekä suullisesti että kirjallisesti (Chasserant & Cosgnac 2016; Ruohoaho 2021, 58). Potilasvalintaan tulee uudessa LYHKI-hoitoprosessissa myös kiinnittää huomiota. Siinä tulee ottaa huomioon potilaan pitkäaikaissairauksien sekä niiden hoitotasapainon lisäksi myös potilaan kompetenssi syvällisen ohjauksen ja neuvonnan omaksumiseen. (Ruohoaho 2021, 48.)

Potilaiden tulee lisäksi tuntea olonsa turvalliseksi koko prosessin ajan (Chasserant & Cosgnac 2016). Asiakaskokemuksista nousi myös esille turvallisuuden tarve. Potilasturvallisuus voidaan määritellä potilaan puolelta niin, että hoito toteutuu ennakoidusti, eikä potilaalle koidu hoidosta haittaa. Organisaation puolelta potilasturvallisuuteen kuuluu turvallinen lääkehoito, sekä hoito kokonaisuudessaan, ja lääkintälaitteiden turvallisuus. (Ruohoaho 2021, 57.) Potilaiden henkisen tuen tarpeeseen tulee asiantuntijaryhmän mukaan kiinnittää huomiota LYHKI-hoitoprosessissa. Turvallisuuden tunnetta osaavaan ja turvalliseen hoitoon tulee vahvistaa prosessin jokaisessa vaiheessa. Koti on monelle kaikkein turvallisin ja rauhallinen paikka. Tämän tähden yhä pikaisemmilla kotiutuksilla voi olla myös potilasta tervehdyttävä vaikutus. (Norlyk & Harder 2011.)

LYHKI-hoitoprosessissa leikkaava lääkäri tulee nykyisestä LEIKO-hoitoprosessista poiketen tapaamaan potilasta myös prekäynnille. Potilaille annetaan mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa. Tämä vastaa myös asiakaskokemuksista nousseeseen nykyistä suurempaan keskustelutarpeeseen. Nykyisessä LEIKO-hoitoprosessissa potilaan ennakkokäynnille on varattu tunti aikaa sairaanhoitajan vastaanotolla, jolloin potilaan terveystiedot tarkistetaan, hänet haastatellaan sekä tarvittavat fysiologiset mittaukset tehdään. Potilas saa sekä suullisen että kirjallisen ohjauksen ennakkokäynnillä.

Asiantuntijaryhmä totesi fokusryhmähaastattelussa yksimielisesti, että valikoitu osa paksusuolileikkauspotilaista tullaan Päijät-Sotessa ensimmäisessä vaiheessa siirtämään LEIKO-hoitoprosessista LYHKI-hoitoprosessiin, ei suoraan päiväkirurgisiksi potilaiksi. Tarkoituksena on siirtymän aikana tunnistaa prosessin muutosta vaativat vaiheet ja tehdä näin siirtymästä turvallinen (Verma ym. 2011). Hoitoajan lyhentyessä LYHKI:ssä, on prosessin aktiivisesta edistymisestä pidettävä huolta jokaisessa vaiheessa. Potilaiden varhainen mobiilisaatio jo heräämössä postoperatiivisessa vaiheessa edistää suolen toimintaa, ehkäisee tehokkaasti laskimotukosten syntymistä, sekä lievittää leikkauksenjälkeistä kipua (Ruohoaho

2016). Riittävä kipulääkitys taas on ensiarvoisen tärkeää potilaan liikkeelle lähdön kannalta. Opiaatteja tulee välttää suolta lamaavan vaikutuksen takia. Nämä ohjeet mukailevat edelleen sekä ERAS-protokollaa että *Ranskan mallia* (Chasserant & Cosgnach 2016). Chasserant & Cosgnach (2016) mallissa potilaat saivat leikkauspäivänä jo kiinteää ruokaa. LYH-Klssä tullaan tarjoamaan suun kautta leikkauspäivänä nestemäisiä; kahvia, hiilihydraattijuomia, mehua tai vastaavia.

Sekä Chasserant & Gosgnacht (2016) että Jones ym. (2017) toteavat varhaisen kotiuttamisen siirtävän hoitovastuuta aiempaa enemmän ja varhaisemmin potilaalle sekä hänen läheisilleen. Potilaan ja hänen läheistensä aktiivinen rooli on ensiarvoisen tärkeää koko protokollan menestymisen kannalta. Gignoux ym. (2015) tutkimus osoittaa, että ERAS-protokollaa mukaillen lyhytjälkihoitoinen kirurgia on mahdollista toteuttaa niille potilaille, joilla on kotona leikkauksen jälkeistä seuraa. Kotiutuskriteerit uudessa LYHKI-hoitoprosessissa noudattelevat ERAS-protokollaa sekä lyhytjälkihoitoisen kirurgian kriteeristöä. Potilas voi kotiutua, kun kivut ovat hallinnassa peroraalisin kipulääkkein, opiaattien tarve ei ole este kotiutumiselle. Potilaan tulee kyetä syömään, ja hänen tulee kyetä omatoimisesti liikkumaan, tai liikkumisen tulee olla samalla tasolla kuin ennen leikkausta. (Ruohoaho 2021, 48-49.) Suolen toimimista ei tarvitse jäädä odottamaan, edes ilmaa ei suolesta tarvitse tulla ennen kotiutumista. Asiantuntijaryhmän näkemyksen mukaan LYHKI-hoitoprosessissa potilaalle vaaditaan hakija sairaalasta ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä, sekä seuralainen kotiin kolmeksi ensimmäiseksi yöksi.

Asiantuntijoiden mukaan kotiseurantaa toteuttavan hoitajan on tarkoin tunnettava normaali paksusuolileikkauspotilaan toipumisprosessi, mahdolliset komplikaatiot sekä toimintaohjeet. Hoitajalla tulee olla vankka kokemus paksusuolileikkauspotilaan hoidosta. Asiantuntijat totesivat, että vain riittävän pitkä kokemus tuo hoitajalle tarvittavan intuition, vainun, joka herättää epäilyksen potilaan mahdollisista komplikaatioista, huolimatta fyysisten mitareiden arvoista. Asiantuntijahoitajan tuki ja saatavuus on paksusuolileikatulle potilaalle välttämätöntä, erityisesti lyhytjälkihoitoisen kirurgian jälkeen. Jotta tarpeettomilta riskeiltä välttyään, tulee kotiseurannan olla erityisen huolellisesti suunniteltua. (Chasserant & Cosgnach, 2016; Jones ym. 2017.) Postoperatiivisen kotiseurannan toteuttamisessa mukailaan Chasserant & Cosgnach (2016) protokollaa. Heidän mallissaan lääkäri toteutti puhelinkontaktin potilaaseen kotiseurantakäyntien jälkeen. Sairaanhoidajan toteuttama puhelinkontakti on tutkimuksissa todettu toimivaksi menetelmäksi laajojen paksu- ja peräsuolileikkausten jälkeen. Puhelinkontaktin kautta potilasta voidaan ohjata omahoitoon, varmistaa potilaan toipuminen odotetusti, sekä vastata potilaiden tiedontarpeeseen. Puhelinkontaktilla voidaan vähentää kotiseurantakäyntien jälkeisiä huolia ja ongelmatilanteita. Ne myös lisäävät potilastyytyväisyyttä. Laadukkaan ja vaikuttavan puhelinseurannan

toteutuminen vaatii standardoidun lähestymistavan sekä dokumentoinnin. (Bahr ym. 2013; Burch 2014; Woods ym. 2019.)

(Chasserant & Gosgnacht 2016) korostivat julkaisussaan moniammatillisen lähestymistavan tärkeyttä paksusuolileikkauspotilaan päiväkirurgisessa protokollassa. Moniammatillista yhteistyötä tulee kehittää paksusuolileikkauspotilaan LYHKI-hoitoprosessissa. Erityisesti eri ammattiryhmien väliseen keskinäiseen kommunikointiin ja viestintään tulee panostaa uuden toimintamuodon käynnistyessä. Näin varmistetaan tiedon siirtyminen ajantasaisesti potilaan kulkiessa läpi hoitoprosessin. Yhteydenotto-protokolla potilaalle sekä konsultaatiokaa- vio hoitohenkilökuntaa varten tulee vielä kehittää ennen toiminnan varsinaista käynnistymistä. Yhteistyötä eri tahojen kanssa tulee myös kehittää. Päijät-Soten Kotisairaalan kanssa voidaan tehdä tulevaisuudessa LYHKI-paksusuolileikkauspotilaiden kohdalla yhteistyötä. Digitaalisia seurantalaitteita kotiseurannan toteuttamisen tueksi tulee yhä jatkossa kehittää. Olemassa olevia digitaalisia ratkaisuja taas voidaan hyödyntää potilaan kotiseurannassa esimerkiksi videopuhelun muodossa.

Opinnäytetyön neljännen kehittämistehtävän mukaisesti asiakas- sekä asiantuntijanäkökulman pohjalta mallinnettiin uudenlainen hoitopolku paksusuolileikkauspotilaalle Päijät-Soten LYHKI:ssä. Kun hoitopolku oli visualisoitu, todettiin kuvauksen vaativan vielä tarkennusta. Aiheesta käytiin keskustelua myös opinnäytetyön ohjaajan kanssa, ja yhdessä todettiin laajemman prosessikuvauksen tarve. Paksusuolileikkauspotilaan hoitopolku laajennettiin kuvaamaan koko hoitoprosessia Service Blueprintin avulla. (Kundu 2015, 30-31.)

8.2 Eettisyyden tarkastelu ja luotettavuuden arviointi

Jokainen opinnäytetyö on oma ainutlaatuinen kokonaisuutensa, tekijänsä kädenjälki. Opinnäytetyön tekeminen laajensi tekijänsä ymmärrystä käsitellystä aiheesta, ja haastoi yhä syvempään ammatilliseen kasvuun. Opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä läpi koko opinnäytetyöprosessin. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) mukaan hyvään toimintatapaan kuuluu rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus läpi prosessin. Aineiston suhteen on oltu rehellisiä ja huolellisia. Opinnäytetyössä kerättyä tietoa on käsitelty, säilytetty sekä lopulta hävitetty se asianmukaisesti. Läpi opinnäytetyöprosessin on pysytty tarkkoina sekä kriittisinä, etteivät tutkimustulokset ole päässeet vääristymään. Prosessin ratkaisujen suhteen on oltu rehellisiä, omaa toimintaa on myös arvioitu kriittisesti sekä perusteltu kestävästi. Opinnäytetyössä on otettu huomioon muiden saavutukset, kunnioitettu niitä sekä huomioitu ne asiaankuuluvilla tavoilla. Plagioinnin tarkistamiseksi opinnäytetyö ladataan Turnitin-ohjelmaan, jonka jälkeen opinnäytetyö julkaistaan

avoimen sekä vastuullisen tieteellisen viestinnän periaatteiden mukaan Theseus -verkko-kirjastossa. (TENK; Vuori 2021.)

Opinnäytetyössä on noudatettu lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), sekä hyvää tutkimusetiikkaa. Hyvään tutkimusetiikkaan kuuluvat muun muassa tutkittavien itsemääräämisoikeuden, ihmisarvon, tasa-arvon sekä yksityisyyden kunnioittaminen. Opinnäytetyössä ei kerätty henkilötietoja potilailta eikä asiantuntijoilta. Sekä potilaspalaute että asiantuntijoiden fokusryhmähaastattelu toteutettiin anonyymeina. Tutkimustulosten raportoinnissa valittiin jättää asiantuntijaryhmän alkuperäisilmaukset kokonaan pois anonyymiteetin varmistamiseksi. (Kylmä & Juvakka 2012, 143, 147; Vuori 2021.)

Opinnäytetyölle tarvittiin tutkimuslupa kohdeorganisaatiosta, Päijät-Sotesta. Tutkimuslupa haettiin opinnäytetyön suunnitelman tultua hyväksytyksi. Opinnäytetyölle nimettiin jo aiheehdotusvaiheessa kohdeorganisaatiosta työelämän edustaja, jonka kanssa käytiin keskustelua opinnäytetyön eri vaiheissa. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen, kirjoitettiin työelämän edustajan kanssa opinnäytetyötä koskeva yhteistyösopimus.

Opinnäytetyötä voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien mukaisesti. Näitä kriteerejä ovat muun muassa uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys, sekä siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2012, 127). Opinnäytetyön monimenetelmäisyys lisää yleisesti opinnäytetyön luotettavuutta. ERAS-protokollan sekä LEIKO-hoitoprosessin kuvaaminen ensimmäisenä kehittämistehtävänä toimivat tässä opinnäytetyössä uuden toiminnan kehittämisen sekä mallintamisen lähtökohtina. Palvelupalaute -kysely tuotti arvokasta asiakasnäkökulmaa uuden hoitoprosessin kehittämiseen. Asiakasymmärrystä lisättiin hyvistä käytänteistä ja kehittämisen kohteista. Opinnäytetyönprosessin varrella ajatuksena oli, että mikäli paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessi olisi siirtynyt LYHKIn jo aiemmin, olisi opinnäytetyötä varten voitu laadullista menetelmää käyttäen haastatella muutamaa leikattua potilasta. Näin olisi saatu kerättyä yhä laadukkaampaa asiakasnäkemyksiä kehittämisen tueksi. Asiantuntijoille järjestetty fokusryhmähaastattelu antoi erinomaisen asiantuntijaryhmänäkemyksen uuden toiminnan kehittämiseen. Asiantuntijat kävivät myös kriittistä vuoropuhelua toiminnan kehittämisen pohjana toimivan *Ranskan mallin* (Chasserant & Cosgnach 2016) suhteen. Ryhmässä keskusteltiin, mikä mallissa soveltui sellaisenaan siirrettäväksi Päijät-Soteen, ja mikä vaati modifiointia. Luotettavuutta on pyritty lisäämään myös tiiviillä yhteydenpidolla opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa, sekä työelämäedustajien kanssa.

Uskottavuuden vahvistamiseksi on koko opinnäytetyöprosessin ajan pidetty tutkimuspäiväkirjaa, johon on alkuvaiheen ideoinnista lähtien kerätty ajatuksia, kokemuksia sekä

valintoja prosessin varrelta. Tutkimuspäiväkirjaa on käytetty opinnäytetyön kirjoittamisen tukena. Tutkimuspäiväkirja toimi hyvänä muistutuksena prosessin varrella nousseista ajatuksista sekä ideoista. Vahvistettavuuden vuoksi on opinnäytetyössä kuvattu mahdollisimman tarkasti koko prosessia, kehittämismenetelmien käyttöä, analyysia sekä tuloksia, ja tällä tavoin mahdollistettu toistettavuus.

Opinnäytetyöntekijä työskentelee Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä tutkimushoitajana, ja osallistuu osana omaa työtään opinnäytetyössä kuvattavan uuden paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessiin sekä sen kehittämiseen. Opinnäytetyötä tehtiin yksin, ja vaaraksi tunnistettiin liiallinen sisäänpäinkääntyneisyys. Opinnäytetyöntekijä suhtautui kuitenkin kriittisesti omaan asemansa koko prosessin läpi, ja kävi vuoropuhelua eri yhteistyötahojen kanssa pitkin prosessia. Siirrettävyyden varmistamiseksi on opinnäytetyössä pyritty kuvailemaan prosessia toimintaympäristöineen kattavasti, jotta lukija hahmottaa kokonaisuuden selkeästi. Päijät-Sotessa syksyllä 2022 avattava sairaalan uudisosa tulee olemaan kokonaan uusi toimintaympäristö paksusuolileikkauspotilaiden hoidossa. Opinnäytetyön valmistuessa uudisosa ei kuitenkaan ole vielä käytössä, joten toimintaympäristö kuvaus jätettiin ennalleen. (Kylmä & Juvakka 2012, 127-129.)

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyi Paksusuolileikkauspotilaan lyhytjälkihoitoinen hoitoprosessi Päijät-Soteen. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda maahamme uudenlaista toimintatapaa, sekä vahvistaa asiakaskeskeistä hoitokulttuuria paksusuolileikkauspotilaan kohdalla LYHKI:ssä. Opinnäytetyössä tuotettu prosessimalli toimii hyvänä pohjana uudelle, kehittymässä olevalle toimintatavalle Päijät-Sotea laajemmaltikin. Sitä voidaan hyödyntää uutta toimintaa käynnistäessä hoitohenkilökunnan kouluttamiseen ja perehdyttämiseen, sekä uusien potilasohjeiden laatimiseen. Yhteisten toimintamallien sopimisella sekä hoito-ohjeiden ajantasaisuudella voidaan vähentää virheitä, sekä henkilökunnan kuormitusta uuden toimintamallin alkaessa (Verma ym. 2011; Ruohoaho 2021, 52). Koska kyseessä on uusi, vasta alkava toimintamuoto, ei täydellisen tarkkaa kuvausta lopputuloksesta voida vielä tehdä. Leikkaustoiminnot tulevat Päijät-Sotessa sulautumaan yhdeksi suureksi kokonaisuudeksi uuden sairaalarakennuksen myötä syksyllä 2022. Toimintojen käynnistymiselle uudessa ympäristössä halutaan antaa niiden vaatima aika. Uusi LYHKI-hoitoprosessi valikoiduille paksusuolileikkauspotilaille on tarkoitus aloittaa vuoden 2023 alussa. Paksusuolileikkauspotilaan lyhytjälkihoitoista hoitoprosessia on jatkossa yhä muokattava ja kehitettävä, kunnes lopputulos koetaan vihdoin valmiiksi. Palvelumuotoilu soveltuu jatkossakin prosessin kehittämisen välineeksi. Parhaita hoitoprosessien kehittäjiä ovat itse prosessin parissa työskentelevät. (Mattila & Hynynen 2011; Verma ym. 2011;

Mustonen 2012.) Entistä lyhythoitaisimmille paksusuolileikkauspotilaille on tulevaisuudessa kehitettävä oma asiantuntijahoitajamalli, *lyhki-suolihoitaja*. Asiantuntijahoitaja voisi ideaalisimmillaan hoitaa LYHKKI-paksusuolileikkauspotilaan prekontaktin, kotiuttamisen sekä osallistua kotiseurannan toteuttamiseen. Asiantuntijahoitajuus vahvistaisi omalta osaltaan potilaan turvallisuuden tunnetta. Asiantuntijahoitajan käytöllä varmistettaisiin uudessa hoitoprosessissa hoidon tasalaatuisuus, asiantuntijuus läpi prosessin sekä mallin jatkuva kehittyminen.

Digitaalisia seurantalaitteita kotiseurannan toteuttamisen tueksi tulee yhä jatkossa kehittää. Päijät-Sotessa on meneillään lääketieteellinen tutkimus *Päiväkirurginen paksusuoliresektio: Kohti entistä lyhyt jälkihoitoisempaa kirurgiaa*. Tutkimuksen yhtenä tavoitteena on tutkia tiettyjen digitaalisten mittareiden soveltuvuutta, turvallisuutta sekä luotettavuutta paksusuolileikkauspotilailla. Tulevaisuudessa on mahdollista saada yhä tarkempia, turvallisempia sekä toimivampia digitaalisia ratkaisuja potilaan kotona toteutettavan hoidon tueksi.

Kaiken hoitoprosessien innovoinnin ja uuden kehittämisen keskiössä on aina muistettava pitää potilas. Kehittämisen tulee edetä potilaskeskeisesti. Potilaiden yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden huomioiminen mahdollisuuksien mukaan tulisi olla keskeinen arvo jokaisella sosiaali- ja terveystaloudissa työtä tekevälle (Norlyk & Harder 2011). Tulevaisuuden hoitoprosessien kehittämisessä on entistä enemmän huomioitava palvelun käyttäjät tutkimalla, miten potilaat kokevat entistä pikaisemmat kotiutukset, toteutuuko osallisuus hoidossa sekä onko tiedonsaanti riittävää. Asiakaskokemusta mittaamalla voidaan prosesseja parantaa, hoidon vaikuttavuutta ja tehokkuutta lisätä, sekä saavuttaa kustannussäästöjä. (Kylliäinen 2012; Kandu 2015, 24; Ruohoaho 2021, 143.) Potilaskokemusten kerääminen ja hyödyntäminen tulisi tehdä systemaattiseksi ja näkyväksi osaksi asiakaslähtöisten palvelujen kehittämistä. Lisäksi on panostettava yhä enemmän myös muiden lyhytjälkihoitoisten prosessien mallintamiseen, palvelumuotoilun välineitä apuna käyttäen.

Lähteet

American Society of Anesthesiologists (ASA). 2020. Viitattu 11.5.2021. Saatavissa

<https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>

Bahr, S.J., Solverson, S., Schlidt, A., Hack, D., Smith, J.L., Ryan, P. 2013. Integrated Literature Review of Postdischarge Telephone Calls. 36(1), 84-104. Western Journal of Nursing Research. Viitattu 19.5.2022. Saatavissa

<https://doi.org/10.1177%2F0193945913491016>

Burch, J. 2014. Enhanced recovery and nurse-led telephone follow-up post surgery. 13-26;21(16):S 24-6, S28-9. Viitattu 4.5.2022. Saatavissa

<https://doi.org/10.12968/bjon.2012.21.sup16.s24>

Chasserant, P. & Cosgnach, M. 2016. Improvement of peri-operative patient management to enable outpatient colectomy. Journal of Visceral Surgery. Volume 153, issue 5. p. 333-337. Viitattu 23.4.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.07.006>

Gignoux, B., Pasquer, A., Vulliez, A., Lanz, T. 2015. Outpatient colectomy within an enhanced recovery program. Journal of Visceral Surgery. Volume 152, issue 1. p.11-15. Viitattu 23.4.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2014.12.004>

Filenius, M. 2015. Digitaalinen asiakaskokemus: Menesty monikanavaisessa liiketoiminnassa. Jyväskylä: Docento Oy.

Harvard Business Review Analytic Services. Closing the Customer Experience Gap: How IT and Business Can Partner to Transform Customer Experiences. 2017. Wookey, J. Viitattu 24.3.2021. Saatavissa [Closing the Customer Experience Gap - SPONSORED CONTENT FROM SALESFORCE \(hbr.org\)](https://hbr.org/2017/03/closing-the-customer-experience-gap/)

International Association for Ambulatory Surgery. 2021. Discharge Process and Criteria. Viitattu 10.5.2021. Saatavissa <https://www.iaas-med.com/index.php/iaas-recommendations/discharge-process-and-criteria>

Jones, D., Musselman, R., Pearsall, E., McKenzie, M., Huang, H. 2017. Ready to Go Home? Patients' Experiences of the Discharge Process in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Colorectal Surgery. Journal of Gastrointestinal surgery, 21, p. 1865-1878. Viitattu 23.4.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1007/s11605-017-3573-0>

Kundu, S. 2015. Service Information Blueprint: A Scheme for Defining Service Information Requirements. *Journal of Service Science Research* (2015) 7:21-53. Viitattu 13.5.2022. Saatavissa <https://doi.org/10.1007/s12927-015-0002-3>

Kylliäinen, K. 2012. Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen. Kyselytutkimus vuosina 2008 ja 2010. Itä-Suomen Yliopisto. Pro Gradu. Viitattu 18.5.2022. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20121145>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/Finlex. Viitattu 7.5.2021. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Lemon, K. & Verhoef, P.C. 2016. Understanding Customer Experience Throughout the Customer Journey. *Journal of marketing*. Volume 80, issue 6, page 69-96. Viitattu 7.5.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1509/JM.15.0420>

Levy, B.F., Scot, M.J., Fawcett, W.J., Rockall, T.A. 2009. 23-hour-stay-laparoscopic colectomy. *Diseases of Colon and Rectum*. Volume 52, issue 7. p. 1239-1243. Viitattu 12.4.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1007/dcr.0b013e3181a0b32d>

Ljungqvist, O., Scott, M., Fearon, K.C. 2017. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA Surg*. 2017 Mar 1;152(3):292-298. Viitattu 18.5.2022. Saatavissa <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952>

Mattila, K. & Hynynen, M. 2012. Päiväkirurgiaa voidaan yhä lisätä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 2012;128(14): 1423-4. Viitattu 18.5.2022. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo10383>

McColl-Kennedy, J., Gustafsson, A., Jaakkola, E., Klaus, P., Radnor, Z., Perks, H., Friedman, M. 2015. Fresh perspectives on customer experience. Loughborough University's Institutional Repository. Emerald Group Publishing Limited. Viitattu 6.5.2021. Saatavissa <https://dspace.lboro.ac.uk/2134/19348>

Mustonen, J. 2012. Palvelukokemus palvelumuotoiluprosessissa. Lapin Yliopisto. Taiteiden tiedekunta. Viitattu 7.5.2021. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201210221231>

Norly, A. & Harder, I. 2011. Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme. *Nursing Inquiry*. Volume 18, issue 2, pages 165-173. Viitattu 18.5.2022. Saatavissa <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00519.x>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2017. IMS-ohjeet. Päiväkirurginen prosessi. Viitattu 7.5.2021. Saatavissa <https://Päijät-Sote.ims.fi/servlet/ActionServlet?action=frameset>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2019. IMS-ohjeet. Leikkaukseen kotoa tulevan suolisto-leikatun hoitopolku. Viitattu 7.5.2021. Saatavissa <https://Päijät-Sote.ims.fi/servlet/ActionServlet?action=frameset>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2020. IMS-ohjeet. Paksusuolen osapoisto. Potilasohje. Viitattu 23.4.2021. Saatavissa <https://Päijät-Sote.ims.fi/servlet/ActionServlet?action=frameset>

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2021. Anestesiaohjeita päiväkirurgiset aikuispotilaat. Yhtymän sisäiset ohjeet. Viitattu 10.5.2021.

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän strategia 2022. 2017. Viitattu 25.3.2021. Saatavissa <https://www.Päijät-Sote.fi/fi/yhtyma/tietoja-yhtymasta/strategia/>

Rosenbaum, M.S., Otolara, M.L., Ramirez, G.C. 2016. How to create a realistic customer journey map. Indiana University. Business Horizons. Volume 60, issue 1, 143-150. Viitattu 25.3.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2016.09.010>

Ruohoaho, U. 2016. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa - LYHKI, HERKO, SEUKO? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 132(12):1098-100. Viitattu 18.5.2022. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo13196>

Ruohoaho, U. 2021. 23 tunnin kirurgia (23h-kirurgia). Käyttöönotto yliopistollisessa sairaalassa. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto. Kuopio. Viitattu 18.5.2022. Saatavissa https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/26476/urn_isbn_978-952-61-4381-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 17.5.2022. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus>

Saarijärvi, H. & Puustinen, P. 2020. Strategiana asiakaskokemus. Miksi, mitä, miten? Jyväskylä: Docento Oy.

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T., Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy.

Savikko, J., Kössi, J., Scheinin, T. 2016. Optimoidun toipumisen ohjelmat vatsaelinkirurgiassa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 19, s. 1805-9. Viitattu 23.4.2021. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo13324>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Tammi. Viitattu 4.5.2022. Saatavissa https://lut.primo.exlibrisgroup.com/permalink/358FIN_LUT/1maif0c/alma991693523906254

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. TENK. Viitattu 7.5.2021. Saatavissa <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytando-htk>

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Talentum. Viitattu 20.3.2021. Saatavissa <https://lut.primo.exlibrisgroup.com>

Verma, R., Alladi, R. Jackson, I., Johnston, I., Kumar, C., Page, R., Smith, I., Stocker, M., Tickner, C., Williams, S. & Young, R. 2011. Day Case and Short Stay Surgery 2. Anaesthesia 66, 5, 417-434. Viitattu 18.5.2022. Saatavissa <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2011.06651.x>

Vuori, J. 2021. Tutkimuseettikka ihmistieteissä. Teoksessa Jaana Vuoti (toim.) Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 7.5.2021. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimuseettikka/tutkimuseettikka-ihmistieteissa/>

Woods, C.E., Jones, R., O`Shea, E., Grist. E., Wiggers, J., Usher, K. 2019. Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. Journal of Clinical Nursing. Volume 12, issue 19-20, pages 3386-3399. Viitattu 18.5.2022. Saatavissa <https://doi.org/10.1111/jocn.14951>

Liite 1. Palvelupalaute -kysely vuodeosastolta kotiutuvalle paksusuolileikatulle



Palvelupalaute

Vuodeosastot

Palautteesi on meille arvokas. Huomioimme sen palvelujemme parantamisessa.

Yksikkö, jota palautteeni koskee: _____

Hoitoon saapuminen: Kotihoidosta Terveysasemalta Päivystyksestä Vuodeosastolta

Asiointipäivä: _____

Vastausvaihtoehdot

1 = Täysin eri mieltä, 2= Osittain eri mieltä, 3 = En osaa sanoa, 4 = Osittain samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	Ei koske minua
Palveluun pääsy	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	
Pääsin hoitoon mielestäni riittävän nopeasti.....	○	○	○	○	○	○
Sain etukäteen riittävästi ohjeita hoitooni liittyen.....	○	○	○	○	○	○
Kohtelu	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	Ei koske minua
Lääkärit kohtelivat minua hyvin ja ystävällisesti.....	○	○	○	○	○	○
Lääkärit kuulivat minua.....	○	○	○	○	○	○
Lääkäreiltä saamani tieto tutkimuksesta/hoidosta oli ymmärrettävää.....	○	○	○	○	○	○
Läheisilläni oli mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa riittävästi.....	○	○	○	○	○	○
Hoitohenkilöstö kohteli minua hyvin ja ystävällisesti.....	○	○	○	○	○	○
Hoitohenkilöstö kuuli minua.....	○	○	○	○	○	○
Hoitohenkilöstöltä saamani tieto tutkimuksesta/hoidosta oli ymmärrettävää.....	○	○	○	○	○	○
Läheisilläni oli mahdollisuus keskustella hoitohenkilöstön kanssa riittävästi.....	○	○	○	○	○	○
Muu henkilöstö kohteli minua hyvin ja ystävällisesti.....	○	○	○	○	○	○
Hoitoani/palveluani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani.....	○	○	○	○	○	○
Palvelukokemus	☹️	☹️	☹️	☹️	☹️	Ei koske minua
Saamani hoito/palvelu oli hyvää.....	○	○	○	○	○	○
Koin että kipuni hoidettiin hyvin.....	○	○	○	○	○	○
Sain tarvittaessa apua niin nopeasti kuin tarvitsin.....	○	○	○	○	○	○
Riittävästä ravitsemuksesta huolehdittiin hyvin.....	○	○	○	○	○	○
Hoitohenkilöstö tuki päivittäin kuntoutumistani.....	○	○	○	○	○	○
Hoitohenkilöstö edisti päivittäin omatoimisuuttani.....	○	○	○	○	○	○
Keskustelin henkilökunnan kanssa käytössä olevista lääkkeistäni.....	○	○	○	○	○	○
Henkilökunta kertoi minulle lääkkeiden mahdollisista haitoista.....	○	○	○	○	○	○
Sain kirjallisen potilasohjeen uudesta lääkityksestäni.....	○	○	○	○	○	○
Yksityisyyttäni kunnioitettiin.....	○	○	○	○	○	○
Luottamuksellisuus toteutui.....	○	○	○	○	○	○
Koin henkilökunnan ammattitaitoiseksi.....	○	○	○	○	○	○
Koin oloni turvalliseksi tutkimuksen/hoidon/palvelun aikana.....	○	○	○	○	○	○
Sain apua wc-käyntien yhteydessä.....	○	○	○	○	○	○
Huoneeni suihku- ja wc-tilat pidettiin siistinä.....	○	○	○	○	○	○
Huoneeni oli hiljainen öisin.....	○	○	○	○	○	○

HUOM! KÄÄNNÄ

Liite 1. Palvelupalaute lomake -vuodeosastolta kotiutuvalla paksusuolileikatulle

						Ei koske minua				
Jatkosuunnitelma	☹️	😞	😐	😄	😊					
Olin koko ajan osallisena kotiutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Sain riittävän ajoissa tiedon kotiin pääsystä tai jatkohoitoon siirtymisestä.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Minulta kysyttiin tarvitsenko kotona apua.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Läheiseni huomioitiin riittävästi kotiin tai jatkohoitoon siirtymistäni.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Sain kirjallisena jatkohoito-ohjeet.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Sain kirjallisena yhteydenottotiedot.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Tiedän vastuulleni jäävät asiat.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Minulta kysyttiin lopuksi "voimmeko vielä olla jotenkin avuksi?".....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Annin saamastani palvelusta arvosanan	☹️	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	😞	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	😊	<input type="radio"/> 10
4 = ala-arvoinen, 10 = kiitettävä										
Voin suositella saamaani palvelua	☹️	<input type="radio"/> En	😞	<input type="radio"/> Kyllä						

Tähän voit tarkentaa antamiasi vastauksia.
Kiitoksia
Kehitettävää

Taustatiedot

Asiakkaan ikä: 0-6 v. 7-17 v. 18-30 v. 31-45 v. 46-64 v.
 65-75 v. 76- v.

Asiakkaan äidinkieli: Suomi Ruotsi Muu

Palautteen antaja: Asiakas Läheinen Muu

Yhteydenottopyyntö

Jätä yhteystietosi, mikäli haluat meidän ottavan sinuun yhteyttä palautteen johdosta.

Nimi: _____ Puhelinnumero: _____

Osoite: _____

Sähköpostiosoite: _____

Hyväksyn palvelun tietosuojaselosteen Kyllä

QPro Feedback -asiakaspalautejärjestelmä - tietosuojaseloste on nähtävissä osoitteessa

www.phhyky.fi/rekisteriselosteet

Kiitos palautteestasi!

Palauta lomake palautelaatikkoon tai postitse:

PHHYKY / Laatu-, asiakas- ja potilasturvallisuusyksikkö / Kehittämispäällikkö, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti

Palautteen antaminen on mahdollista myös sähköisesti osoitteessa

www.phhyky.fi/palaute tai viereisen QR-koodin kautta



Liite 2. Saatekirje potilaille

Arvoisa paksusuolileikkauksen läpi käynyt!

Opiskelen LAB-ammattikorkeakoulussa, Kliinisen hoitotyön asiantuntija (YAMK)-koulutuksessa. Opinnäytetyöni aiheena on ”Paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessi Päiväkirurgiassa/HERKO:ssa”. Opinnäytetyöni tarkoitus on kehittää uusi hoitoprosessi paksusuolileikkauspotilaalle päiväkirurgiassa/Herkossa, Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Opinnäytetyö toteutuu lääketieteellisen *Päiväkirurginen paksusuoliresektio: Kohti entistä lyhytjälkihoitoisempaa kirurgiaa* -tutkimuksen rinnalla. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda maamme uudenlaista toimintatapaa, sekä vahvistaa asiakaskeskeistä hoitokulttuuria, päiväkirurgisen/Herko -paksusuolileikkauspotilaan kohdalla.

Uutta toimintaa suunniteltaessa on tärkeää saada mukaan potilaiden kokemuksia nykyisestä hoitopolusta. Tätä varten kerään kesäkuussa 2021 vuodeosastolta kotiutuvilta paksusuolileikatuilta potilailta palautetta nykyisestä toiminnasta, Palvelupalaute-lomakkeen avulla.

Pyydän Teitä täyttämään ohessa olevan Palvelupalaute-lomakkeen *nimettömästi*. Eli jättäkää *nimi ja yhteystiedot* täyttämättä, niitä ei tässä opinnäytetyössä ole tarkoituksenmukaista kerätä. Valitkaa etusivun hymynaamoista lähinnä omaa kokemusta oleva hymiö ja rastittakaa se. Lomakkeen takapuolella Voitte antaa vielä avointa palautetta toiminnan kehittämiseen. Omien kokemusten jakaminen lomakeyn vastaamalla antaa arvokkaan näkökulman kehittämistyöhön.

Osallistuminen opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Mikäli aiheeseen liittyy kysyttävää, voitte olla yhteydessä minuun, sari.terasheimo@student.lab.fi

Kiitos osallistumisestasi, ja pikaista toipumista leikkauksesta!

Ystävällisin terveisin,

Sari Teräsheimo

Liite 3. Saatekirje asiantuntijoille

Arvoisa Kollega!

Opiskelen LAB-ammattikorkeakoulussa, Kliinisen hoitotyön asiantuntija (YAMK)-koulutuksessa. Opinnäytetyöni aiheena on ”Paksusuolileikkauspotilaan hoitoprosessi Päiväkirurgiassa/HERKO:ssa”. Opinnäytetyöni tarkoitus on kehittää uusi hoitoprosessi paksusuolileikkauspotilaalle päiväkirurgiassa/Herkossa, Päijät-Hämeen keskussairaалassa. Opinnäytetyö toteutuu lääketieteellisen *Päiväkirurginen paksusuoliresektio: Kohti entistä lyhytjälkihoitoisempaa kirurgiaa* -tutkimuksen rinnalla. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda maamme uudenlaista toimintatapaa, sekä vahvistaa asiakaskeskeistä hoitokulttuuria, päiväkirurgisen/Herko -paksusuolileikkauspotilaan kohdalla.

Asiantuntijanäkökulman kokoamiseen tätä uutta hoitoprosessia varten, tulen järjestämään monialaisen Focusryhmä- haastattelun. Haastattelu toteutuu yhtenä iltapäivänä (tarkempi aika tuonnempana). Aikaa tähän syytä varata noin kaksi tuntia. Nauhoitan haastattelun jatkokäsittelyä varten. Pyytäisin Sinua osallistumaan ja tuomaan mukaan oman asiantuntemuksesi. Saadakseni riittävän laaja-alaista näkemystä uuden hoitoprosessin kehittämiseen, on osallistumisesi tärkeää. Monialaisessa ryhmässä voidaan jakaa tietoa ja kokemuksia monesta eri näkökulmasta. Tulen hyödyntämään ryhmässä esiin nousseita asioita hoitoprosessin mallintamiseen, palvelumuotoilun keinoja mukaillen.

Osallistumisesi on vapaaehtoista, ja missä tahansa vaiheessa voit kieltäytyä jatkamasta haastattelua, ilman suurempia perusteluita. Vahvistathan osallistumisesi sähköpostitse sari.terasheimo@student.lab.fi. Mikäli mieleen tulee kysyttävää, olethan yhteydessä minuun.

Kiitos etukäteen osallistumisestasi!

Ystävällisin terveisin,

Sari Teräsheimo

Liite 4. Fokusryhmähaastattelun teemat

Haastatteluun kutsutaan moniammatillinen ryhmä; kirurgian ylilääkäri (lääketieteellisestä tutkimuksesta vastaava henkilö), päiväkirurgian anestesioologi, päiväkirurgian osastonhoitaja, päiväkirurgian sairaanhoitaja, kirurgian hoidonsuunnittelija.

1. Ranskan malli (Chasserant & Cosgnach 2016)
2. Asiakaspalautteista nousseet asiat
3. Syventyminen paksusuolileikkauspotilaan eri vaiheisiin päiväkirurgiassa
 - a) Prevaihe; ennakkokäynti
 - b) Intraoperatiivinen
 - c) Postoperatiivinen; protokolla heräämössä ja siirtymisessä kotiutukseen kotiutuskriteerit
 - d) Kotiseurannan tarve/toteutus

Liite 5. Tietosuojailmoitus

OPINNÄYTETYÖTÄ KOSKEVA TIETOSUOJAILMOITUS EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679) artiklat 13 ja 14

Laatimispäivämäärä: 14.5.2021

Ohje: Täytä ao. kohdat, laatikon alla olevasta sinisestä tekstistä löytyy ohjeistusta. LABin henkilökuntaa tai opiskelijoita koskevien opinnäytetöiden tietosuojailmoitukset lähetään opinnäytetyön tutkimuslupahakemuksen mukana yksikön johtajalle.

Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään? / Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää uusi LYHKI-hoitoprosessi paksusuolileikkauspotilaalle PÄIJÄT-SOTEssa. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda maahamme uudenlaista toimintatapaa, sekä vahvistaa asiakaskeskeistä hoitokulttuuria, LYHKI-paksusuolileikkauspotilaan kohdalla.

Opinnäytetyössä tullaan käyttämään sekä asiantuntijoiden fokusryhmähaastattelua (keskustelua edistävä menetelmä) että potilaslomakeita (osallistava menetelmä) uuden hoitoprosessin kehittämisessä. Uusi hoitoprosessi tullaan mallintamaan palvelumuotoilun (kehittämistoimintaa kuvaava menetelmä) keinoin.

Asiantuntijoiden fokusryhmähaastattelu analysoidaan opinnäytetyöntekijän toimesta laadullisella sisällönanalyysillä. Paksusuolileikkauspotilaille tullaan järjestämään *Palvelupalautte* -lomake kirurgian vuodeosastolla kesäkuussa 2021. Opinnäytetyössä hyödynnetään olemassa olevaa Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän *Palvelupalautte* -lomaketta vuodeosastoille, jonka käyttöön on saatu lupa PÄIJÄT-SOTEsta. Potilaat täyttävät potilaslomakkeen itse anonymisti. Kerätty aineisto analysoidaan opinnäytetyöntekijän toimesta teemottelemalla. Opinnäytetyössä ei kerätä henkilötietoja, aineisto kerätään/käsitellään anonymisti.

Mitä tietoa keräämme? / Tutkimusrekisterin tietosisältö

Opinnäytetyössä ei kerätä henkilötietoja potilailta eikä asiantuntijoilta.

Millä perusteella keräämme tietoja? / Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Potilaskyselyyn vastaaminen on potilaille täysin vapaaehtoista. Tämä kerrotaan potilaille lomakkeen ohessa olevalla saatekirjeellä. Asiantuntijaryhmän osallistuminen on vapaaehtoista, heille kerrotaan tämä kutsun yhteydessä.

Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme / Tietolähteet

Potilaat vastaavat itse potilaskyselyyn, opinnäytetyössä ei käytetä potilastietoja. Asiantuntijoilta ei myöskään kerätä henkilötietoja.

Kenelle tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen ulkopuolelle

Opinnäytetyössä ei kerätä henkilötietoja, joten siirrettäviä henkilötietoja ei muodostu. Opinnäytetyöntekijä käsittelee anonyymia aineistoa täysin itsenäisesti.

Minne tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Asiantuntijaryhmän haastattelun purkaa ja analysoi opinnäytetyöntekijä, tietoja ei luovuteta ulkopuolisille. Tietoja ei siirretä minnekään.

Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen / Rekisterin suojauksen periaatteet

Aineisto kerätään anonyymisti. Kerätyt potilaskyselyt säilytetään lukitussa kaapissa huoneessa, jossa opinnäytetyöntekijä työskentelee päivätyössään. Anonyymi aineisto analysoidaan teemoittelemalla. Asiantuntijaryhmän haastattelun tallenne tallennetaan suojattuun kansioon, jonne pääsy on ainoastaan opinnäytetyöntekijällä, se poistetaan opinnäytetyön valmistuttua.

Kuinka kauan kerättyä aineistoa säilytetään? / Tutkimusaineiston käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

Aineisto säilytetään opinnäytetyöntekijän valmistumiseen saakka, jonka jälkeen anonyymi aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Millaista päätöksentekoa? / Automatisoitu päätöksenteko

Sekä asiakasnäkökulman että asiantuntijaryhmän haastattelun analysoi opinnäytetyöntekijä.

Oikeutesi / Rekisteröidyn oikeudet

Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Tutkimuksen keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoja.

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietolainsäädäntöä.

Rekisteröidyllä on seuraavat EU:n yleisen tietosuojasetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
- e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.

Tutkimusrekisterin tiedot

Kyseessä on kertatutkimus. Opinnäytetyön kesto on 1.6.2021-31.5.2022. Potilaslomake suoritetaan kesäkuussa 2021. Anonyymi aineisto hävitetään toukokuussa 2022.

Rekisterinpitäjän ja yhteyshenkilön tiedot

Sari Teräsheimo

Tutkimuksen suorittajat

Sari Teräsheimo