

**Veera Linnavirta ja Annika Toivonen**  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
YAMK  
Monialainen ja yhteensovittava johtaminen  
Opinnäytetyö, 2022

## **LEIKKAUKSEEN KOTOA (LEIKO) -TOIMINTA OSANA LEIKKAUS- OSASTOA**

## TIIVISTELMÄ

Veera Linnavirta, Annika Toivonen  
Leikkaukseen kotoa (Leiko) -toiminta osana leikkausosastoa

Sivut (62) ja liitteet (8)  
Syksy 2022  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Moniammatillinen ja yhteensovittava johtaminen  
Sairaanhoitaja YAMK

Leikkaukseen kotoa (Leiko) -toiminta on aloitettu Jorvin sairaalassa v. 2014. Leiko on tähän asti toiminut omissa tiloissaan erillään leikkausosastosta. Jorvin leikkaus- ja anestesiaosasto K: n peruskorjauksen jälkeen toiminta siirtyy leikkausosaston toiminnaksi.

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa Jorvin sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto K: n esihenkilöille tietoa Leiko-toiminnasta muutosjohtamisen tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata, mitä kuuluu Leiko-prosessiin, tutkia mikä tekee Leiko-toiminnasta sujuvaa ja onnistunutta sekä selvittää, mitä hyötyjä tulevalla muutoksella saadaan aikaan.

Aineistonkeruu on toteutettu kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin perehtyen sekä haastattelemalla teemahaastattelu-menetelmällä kolmea Hus-alueen Leiko-yksikön osastonhoitajaa Leiko-toiminnasta. Opinnäytetyölle on haettu Hus opinnäytetyötutkimuslupa.

Tutkimustulosten mukaan Leiko-toiminnassa erityisesti huomioon otettavia asiakokonaisuuksia ovat asiakaslähtöinen toiminta, moniammatillisen yhteistyön yhteensovittaminen ja esihenkilötyö ja johtaminen Leiko-yksikössä.

Leiko-prosessin hyvä suunnittelu on tärkeää. Potilaan tulee saada hyvä preoperatiivinen ohjaus ja toiminnan Leikossa tulee olla mahdollisimman saumatonta, moniammatillista yhteistyötä. Leikossa resurssien optimaalinen suunnittelu ja käyttö on tärkeä osa esihenkilötyötä. Esihenkilön läsnäolo ja tuki etenkin muutosvaiheissa on olennaista, kuten myös henkilökunnan osallistaminen muutokseen.

Asiasanat: Leiko (leikkaukseen kotoa), preoperatiivinen hoito, asiakaslähtöisyys, muutosjohtaminen

## ABSTRACT

Veera Linnavirta, Annika Toivonen

From Home to Operation (FHTO) Activity as a part of Surgery Unit  
Pages (62) and appendices (8)

Autumn, 2022

Diaconia University of Applied Sciences

Master's Degree in Interdisciplinary and Collaborative Leadership

Master of Health Care

The From Home to Operation (FHTO) activity was initiated at Jorvi Hospital in 2014. FHTO has operated in its own premises, separate from the Surgery Unit. After a complete renovation of Jorvi Hospital's Surgery and Anesthesia Unit K, it will be transferred to be a part of the surgery unit.

The purpose of this study is to provide information to the Surgery Department managers about the FHTO activity to support their leadership in the change. The aim of this study is to describe what is included in the FHTO process, to investigate what makes the FHTO process functional and successful, and to find out what benefits will be achieved with the upcoming change.

The research material consists of both previous literature and studies, and of interviews with three Nurse managers working in the FHTO Units in the HUS (Hospital District of Helsinki and Uusimaa) area hospitals, using the theme interview method. A permission from HUS was obtained for this study.

According to the research results, the issues to be considered in the FHTO activity are the customer-oriented approach, coordination of multi-professional cooperation and management in a FHTO unit.

A thorough planning of the FHTO process is essential. The patient must receive good preoperative guidance and the multi-professional cooperation in a FHTO unit must be as seamless as possible. In the FHTO unit, optimal planning and use of resources is an important part of managerial work. The presence and support of the Department manager, especially during the change phase, is essential, as is the involvement of the staff in the change.

Keywords: FHTO (from home to operation), preoperative care, customer-oriented approach, change management



## Sisällys

1 JOHDANTO .....	4
2 LEIKO-TOIMINTA .....	6
2.1 Leiko-toiminta yleisesti.....	6
2.2 Preoperatiivinen hoitotyö.....	8
2.3 Preoperatiivinen ohjaus.....	10
2.4 Asiakaslähtöisyys Leiko-toiminnassa.....	11
2.5 Potilasturvallisuuden huomioon ottaminen toiminnan suunnittelussa..	13
2.6 Nykyinen Leiko-toiminta Jorvin sairaalassa.....	15
3 MUUTOSJOHTAMINEN OSANA ESIHENKILÖTYÖTÄ.....	18
3.1 Muutos ja sen johtaminen .....	18
3.2 Muutosjohtaminen terveydenhuollossa.....	21
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	23
5 OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖTAHO.....	24
6 TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTONKERUU JA ANALYYSI.....	25
6.1 Aineiston keruu .....	25
6.2 Teemahaastattelu.....	26
6.3 Aineiston käsittely ja analyysi.....	27
7 TULOKSET .....	32
7.1 Asiakaslähtöinen Leiko-toiminta.....	32
7.2 Moniammatillisen yhteistyön yhteensovittaminen.....	39
7.3 Esihenkilötyö ja johtaminen Leiko-yksikössä.....	41
7.4 Tulosten yhteenveto.....	43
8 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	47
9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	50
10 POHDINTA.....	55
LÄHTEET.....	58

LIITE 1. Anestesiakelpoisuus sairaanhoitajan arvioimana

LIITE 2. ASA-luokitus

LIITE 3. Saatekirje tutkimukseen osallistuville

LIITE 4. Haastattelun teemat ja haastattelukysymykset tutkijoille

LIITE 5. Haastattelun teemat tutkimukseen osallistuville

LIITE 6. Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä Hus opinnäytetyölupahakemukseen (Hus vaatimukset)

LIITE 7. Tutkittavan suostumuslupa

LIITE 8. Hus opinnäytetyötutkimuslupa

## 1 JOHDANTO

Leikkaukseen kotoa (Leiko) -toiminnan ajatus on, että potilas tekee kaikki leikkausta edeltävät valmistelut kotona saamiensa ohjeiden mukaan ja saapuu vasta leikkausaamuna sairaalan Leiko-yksikköön, josta leikkausosaston sairaanhoitaja hakee hänet leikkaussaliin. Leiko-toiminta on moniammatillista. Yhteistyötä tehdään sairaanhoitajien, osastosihteerien, lähihoitajien, anestesia lääkäreiden, kirurgien, farmaseutin, jonohoitajan, preoperatiivisen poliklinikan hoitajien ja laitoshuoltajien kesken. Kaikkien yhteisenä tavoitteena on hoitaa potilaat mahdollisimman hyvin ja tehokkaasti. Kaikkien ammattilaisten rooli on merkittävä potilaan hoidon onnistumisen ja lopputuloksen kannalta. Jotta Leiko-toiminta olisi onnistunutta, tulee hoitoprosessi suunnitella hyvin ottaen huomioon sekä potilas että kaikki ammattiryhmät.

Jorvin leikkaus- ja anestesiaosaston (K) peruskorjauksen jälkeen Leiko-toiminta on siirtymässä toiselta tulosityksiköltä osaksi leikkausosaston toimintaa. HUS hankesuunnitelman (2017) mukaan Leiko-yksikön siirtymisellä leikkausosaston yhteyteen voidaan sujuvoittaa potilaan hoitoa, vähentää viiveitä potilaan siirtymisessä leikkaukseen, tietokatkoja ja jopa potilasturvallisuusriskejä. Toiminnan siirtämisellä voidaan tarpeeton hoitovastuun siirtäminen henkilöltä toiselle minimoida ja leikkaukseen tulo sujuu potilaan ja hoitoyksikön kannalta tehokkaasti ja turvallisesti. (Hus tilakeskus, 2017, s.11.)

Leikkausosastolle uuden toiminnan aloittaminen on suuri muutos, joka vaikuttaa sekä leikkausosaston toimintaan että henkilökunnan työnkuvaan. Uuden toiminnan aloittamiseen liittyy monia mahdollisuuksia ja haasteita. Onnistuneessa muutoksessa johtaminen ja muutosprosessin hyvä suunnittelu on ensiarvoisen tärkeää. Toimintaa suunnitellessa on tärkeä ymmärtää, mitä Leiko-toiminta on, mitkä ovat sen erityispiirteet ja mitä kaikkea pitää ottaa huomioon toimintaa aloittaessa. Leikkausosaston osastonhoitaja on lähiesihenkilönä avainasemassa muutoksen läpiviemisessä, ja myös vaativassa asemassa toimiessaan sekä johdon edustajana että henkilökunnan tukena.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Jorvin leikkaus- ja anestesiaosasto K:n esihenkilöille tietoa Leiko-toiminnasta ja siitä, mikä tekee Leiko-toiminnasta sujuvaa ja onnistunutta. Opinnäytetyön tavoitteena on myös huomioida asiakaslähtöisyyden merkitys Leiko-toiminnassa sekä selvittää, mitä hyötyjä tulevalla muutoksella saadaan aikaan. Opinnäytetyö on tehty osaston esihenkilöiden pyynnöstä.



## 2 LEIKO-TOIMINTA

### 2.1 LEIKO-toiminta yleisesti

Leiko-toiminnalla tarkoitetaan yhtenäistä ja yhdenmukaista preoperatiivista prosessia, jonka mukaan potilas tekee kotona kaikki preoperatiiviset valmistelut ennen sairaalaan tuloa (Tohmo, 2010, s. 310). Hyvinkään sairaanhoitoalueella, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on vuodesta 2000 toiminut preoperatiivisen toiminnan Leiko-prosessi eli Leiko-toiminnalla on Suomessa jo pitkä historia. Leiko-prosessissa potilas ei käy vuodeosastolla ennen sairaalaan tuloa, vaan hän tulee leikkauspäivän aamuna suoraan leikkaussalin vieressä olevaan vastaanottoyksikköön ja kävelee itse leikkaussaliin käymättä ennen toimenpidettä lainkaan vuodeosastolla. Leiko-toiminta vähentää vuodeosastojen kuormitusta, kun vuodeosastot voivat keskittyä perustehtäväänsä eli leikkauksesta toipuvan potilaan hoitoon ja kuntoutukseen. (Hus-tilakeskus, 2017, s. 11; Keränen ym., 2006, s. 3603.)

Leiko-prosessin lähtökohtana on potilaan leikkaukseen tulon syyn ja leikkaustarpeen varmistaminen jo poliklinikalla tai lähetteen perusteella. Hoidonvaraaja, joka on kokenut sairaanhoitaja, kutsuu potilaat leikkaukseen leikkausjonosta. Leikkausaikaa järjestäessään hoidonvaraaja ottaa huomioon tiedot potilaan aikaisemmista sairauksista, nykyisestä tilanteesta ja sairauksien edellyttämistä tutkimuksista. Leiko-prosessin kannalta oleellisia arvioitavia seikkoja ovat potilaan anestesiaan vaikuttavat sairaudet ja lääkitykset sekä potilaan sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen tila, jotka vaikuttavat potilaan tai esimerkiksi omaishoitajan kykyyn ymmärtää ja toteuttaa annetut ohjeet. Potilaan ikä yksistään ei ole Leiko-kriteeri, mutta erittäin huonosti liikkuvat tai paljon apua tarvitsevat potilaat eivät sovellu Leiko-potilaiksi. Preoperatiivisella poliklinikalla arvioidaan, mitä valmistelua potilas tarvitsee ennen leikkausta, anestesiaamuoto, anestesian aikainen monitoroinnin ja erityislääkityksen tarve sekä annetaan potilaalle ohjaus tulevaan leikkaukseen. Preoperatiivinen poliklinikka on erottamaton osa ja välttämätön edellytys turvalliselle ja tehokkaalle Leiko-toiminnalle. (Keränen ym., 2008, s. 3887; Tohmo, 2010, s. 310.)

Leiko-yksikössä potilaan preoperatiiviseen hoitoon kuuluu leikkausta edeltävänä päivänä preoperatiivisen puhelun soittaminen tai vaihtoehtoisesti tekstiviestin lähettäminen. Puhelun ja viestin tarkoitus on kertoa saapumisajasta ja varmistaa, että potilaalla on tieto siitä, kuinka leikkauspäivänä tulee toimia.

Leikkauspäivänä Leiko-yksikössä toteutuu potilaan vastaanotto, vaatteidenvaihto, toteutuneen lääkityksen tarkistaminen, ravinnotta olon toteutumisen varmistaminen, tarvittaessa lähtövitaaleiden (verenpaine, pulssi, verensokeri) mittaaminen, leikkausalueen ihonkunnon varmistaminen, preoperatiivisten lääkkeiden anto ja kirurgin tapaaminen. Leiko-yksikössä voidaan myös tehdä leikkausvalmisteluja kuten ihokarvojen lyhennys ja laskimokanylointi. Jos Leiko-yksikkö sijaitsee leikkausosaston yhteydessä, voidaan osa leikkaussalissa tapahtuvista toimenpiteistä, kuten valtimokanyylinlaitto tai puudutustenlaitto toteuttaa jo ennen leikkaussaliin menoa esimerkiksi heräämössä ja näin tehostaa leikkaussalien toimintaa (Schad ym., 2021, s. 894).

Leiko-prosessissa yhdistyvät useiden lääketieteen erikoisalojen ja eri ammattiryhmien, kuten anestesia- ja leikkauksen erikoisalojen, kirurgien, anestesia- ja leikkauksen sairaanhoitajien, leikkaussalissa sairaanhoitajien, preoperatiivisen poliklinikan sairaanhoitajien, hoidonvaraajien ja sihteerien työpanos. Leikkaustiimin ja preoperatiivisen tiimin tiivis yhteistyö, ja muutenkin moniammatillinen yhteistyö ja sen sujuvuus, on erittäin tärkeää. Kaikilla ammattilaisilla tulee olla yhteinen ymmärrys siitä, mitä ollaan tekemässä, kenelle ja minkä takia. Kaikkien työpanos vaikuttaa hoidon lopputulokseen. Leiko-prosessin tulee olla hyvin suunniteltu. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon asiakkaan näkökulma, tiimien tiedonkulku ja kommunikaatio. Hyvällä suunnittelulla voidaan useiden eri alojen ja ammattiryhmien osaaminen ja kokemus kohdistaa tehokkaasti potilaaseen ja potilaan hoidettavaan ongelmaan. Perättäisten tai rinnakkaisten toimien sijasta moniammatillinen yhteistyö tai yhteisammattillinen toiminta korostuu potilaan eduksi. Preoperatiivinen prosessi ja siihen liittyvät tilaratkaisut muodostavat tiiviin toiminnallisen kokonaisuuden peri- ja postoperatiivisen prosessin ja fyysisten tilojen kanssa. (Coffey ym., 2018, s. 194–195; Tengvall, 2010, s. 5; Tohmo, 2010, s. 310–311.) Leiko-yksikön sijainti leikkausosaston välittömässä läheisyydessä parantaa ja helpottaa moniammatillista yhteistyötä (Keränen ym., 2008, s. 3887).

Keränen J. & Keränen U. ovat tutkineet vuonna 2011 potilaiden soveltuvuutta Leiko-potilaiksi. Tutkimuksissa on noussut esiin, että useimmat potilaat ovat tyytyväisiä Leiko-toimintaan ja siihen, että saavat viettää leikkausta edeltävän yön kotona. Samassa tutkimuksessa on myös todettu, että Leiko-toiminta säästää merkittävästi vuodeosastojen kustannuksia ja resursseja ja että suurin osa potilaista soveltuu Leiko-potilaiksi.

Hämäläinen on vuonna 2015 tekemässään pro gradu -työssään todennut, että Leiko-yksikkö on koettu vuodeosastoa parempana vaihtoehtona ennen leikkausta ja myös, että potilaat ovat tyytyväisiä, kun saavat viettää leikkausta edeltävän yön kotona. Henkilökunta oli kokenut Leiko-toiminnan aloittamisen hyvänä mutta muutoksesta tiedottamisessa oli puutteita.

Leikkausten peruuntuminen on ikävää sekä potilaalle että sairaalalle, ja käyttämättä jäänyt leikkaussaliaika on erittäin kallista (Laisi, 2012, s. 9; Turunen, 2019, s. 97). Toiminnan suunnittelussa tulee panostaa preoperatiivisen ohjauksen suunnitteluun, toteutukseen ja henkilökunnan kouluttamiseen. Leikkausten peruuntumisia voidaan vähentää systematisoimalla ja tehostamalla moniammatillista preoperatiivista hoitotyötä. Sairaalaorganisaatiolle elektiivisen leikkauksen yllättävä peruuntuminen leikkauspäivänä aiheuttaa merkittävää resurssihukkaa, sillä leikkausta varten varatut tila- ja henkilöstöresurssit ovat haasteelliset sijoittaa muuhun käyttöön lyhyellä varoitusajalla. Peruuntumisten määrä on hyvä mittari onnistuneelle Leiko-toiminnalle. (Emanuel & Macpherseon, 2013; Laisi, 2012, s. 54; Turunen, 2018, s. 2, s. 45.)

## 2.2 Preoperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan alakäsitteisiin pre-, intra- ja postoperatiivinen hoito. Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelevien sairaanhoitajien tekemää hoitotyötä. Perioperatiivinen hoitotyö on näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Se pohjautuu tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön. Leikkaus- ja anestesiaosastolle perehtyminen vaatii vahvan

teoreettisen tiedon lisäksi vuorovaikutus- ja tiimityötaitoja, päätöksentekokykyä, tarkkuutta, vastuuntuntoa sekä hyviä kädentaitoja. Perioperatiivisessa hoitotyössä tarkastellaan potilaan hoitoprosessia kokonaisuutena leikkauspäätöksen tekemisestä leikkauksen jälkeiseen kuntoutuksen päättymiseen asti. (Karma ym., 2016, s. 8.)

Preoperatiivinen hoito tarkoittaa leikkausta edeltävää jaksoa (Karma ym., 2016, s. 8). Preoperatiivinen toiminta alkaa potilaan saamasta leikkauspäätöksestä ja päättyy potilaan siirtyessä leikkaussaliin. Preoperatiivinen vaihe sisältää leikkaukseen valmistavan ohjauksen, esitietojen keräämisen ja tarvittavien tutkimusten tekemisen. Leikkausta edeltävän fyysisen suorituskyvyn ja leikkausriskin arviointi, leikkauksekelpoisuutta heikentävien sairauksien optimaalinen hoito ja potilaan informointi edistävät potilaan toipumista leikkauksesta ja anestesiasta. (Särkijärvi, 2021.)

Turunen on vuonna 2018 tekemässään väitöskirjatutkimuksessa selvittänyt preoperatiivisen hoidon keskeiset osatekijät. Osatekijät ovat aktiivisesti hoidon suunnitteluun osallistuva potilas ja hänen läheisensä, kokenut erikoisalansa hyvin tunteva sairaanhoitaja, hoidonsuunnittelija, ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen, toimiva moniammatillinen yhteistyö ja toimivat preoperatiivista hoitoa tukevat tietojärjestelmät. Preoperatiivisen hoidon komponentit muodostavat potilaan ympärille verkoston, joka tukee ja varmistaa turvallisen ja laadukkaan elektiiivisen leikkausprosessin toteutumisen ja edistää riskien hallintaa.

Turusen (2018) mukaan hoidon suunnittelumallin käyttöönoton jälkeen potilaan saapumatta jäämiset olivat vähentyneet merkittävästi ja että leikkausten peruuntumista voidaan vähentää systematisoimalla ja tehostamalla moniammatillista preoperatiivista hoitotyötä sekä osallistamalla potilasta aktiivisesti hoitoprosessiin. Preoperatiivisen hoitotyön avulla varmistetaan, että kaikki olennaiset tiedot potilaan kokonaistilanteesta leikkaukseen liittyen ovat saatavissa. Tiivis preoperatiivinen yhteistyö potilaan kanssa edistää potilaan valmistautumista leikkaukseen sekä tiedollisesti että henkisesti vähentäen leikkaukseen liittyvää jännitystä ja parantaen leikkauksen tuloksia. (Turunen, 2018, s. 40–41, s. 45.)

Preoperatiivisella hoitotyöllä on merkittävä rooli potilaiden hoidon suunnittelussa ja turvallisen ja hyvin valmistellun hoitoprosessin varmistamisessa. Preoperatiivisen hoidon onnistumista ja laatua voidaan mitata leikkauspäivän peruuntumisilla, mikä on myös yksi 26 hoitotyösensitiivisestä indikaattorista arvioitaessa leikkauksalitoiminnan laatua. Leikkausten peruuntumiset ovat potilaan kannalta erittäin ikäviä sekä psyykkisesti että myös taloudellisesti. (Turunen, 2018, s. 3.)

Preoperatiivisen hoidon aikana tehtävän potilastietojen keruun ja terveystietojen teon tarkoituksena on tunnistaa riskitekijöitä, jotka voivat vaarantaa potilaan terveyttä ja turvallisuutta. Potilaan hoidon tarvetta arvioidaan potilaasta saatujen tietojen ja havainnointien perusteella. Hoitohenkilökunnan keskeisiä tehtäviä preoperatiivisessa vaiheessa on potilastietojen kerääminen, leikkausta ja anestesiaa edeltävien tutkimusten tekeminen ja tulosten tarkistaminen sekä potilaan ja mahdollisesti omaisten ohjaaminen. (Karma ym., 2016, s. 11.)

### 2.3 Preoperatiivinen ohjaus

Onnistuneen Leiko-toiminnan perusedellytys on hyvä preoperatiivinen ohjaus. Hyvä preoperatiivinen ohjaus vähentää potilaan ahdistusta hoidosta, peruuntuvien tai siirtyvien leikkausten määrää ja sairaalahoidon kestoa. Osa potilaista tulee Leiko-yksikköön ilman edeltävää, niin sanottua preoperatiivista käyntiä. Varsinaisen leikkaukseen liittyvän informaation potilaat saavat poliklinikalla leikkauks päätöksen yhteydessä tai puhelimitse tehtävän preoperatiivisen ohjauksen yhteydessä. Preoperatiivisen ohjauksen yhteydessä potilaita ohjeistetaan myös Leiko-käytännöstä. Potilaat saavat aina kirjallisen ohjeen, joka sisältää tiedot muun muassa leikkausaamuna otettavista lääkkeistä ja ravinnosta olostä sekä tarvittaessa ohjeet anestesian edellyttämistä leikkausta edeltävistä tutkimuksista. Ennen yksikköön saapumistaan potilas tekee kotona tarvittavat leikkausta edeltävät valmistelut, joita ovat esimerkiksi ihon hoito ja suolen tyhjennys. (Keränen ym., 2008, s. 3887.)

Hyvään preoperatiiviseen ohjaukseen kuuluu myös potilaan kotilääkityksen selvittäminen. Tämänhetkinen ja aiemmin ollut lääkitys tulee selvittää hyvin. Potilaille tulee myös antaa selkeä ohjeistus lääkityksestä leikkausta edeltävinä päivinä ja leikkauspäivän aamuna. Väärin otetut tai tauottamatta jätetyt lääkkeet saattavat johtaa leikkausten peruuntumisen. (Omole ym., 2021, s.1–2.)

Laisin vuonna 2012 tekemän väitöskirjan mukaan hyvä preoperatiivinen suunnittelu ja ohjaus ovat avaimia onnistuneeseen Leiko-toimintaan. Yli 90 prosenttia potilaista soveltuu tulemaan suoraan leikkaukseen leikkauspäivän aamuna. Vain neljäsosa potilaista ohjattiin leikkausta edeltävään anestesia-arvioon poliklinisesti. Valinta kohdentui oikein, kun nämä potilaat olivat odotetusti sairaampia ja heidän leikkauksensa oli vaativampi. Leikkauksen aikainen tai jälkeinen komplikaatioiden määrä ei riippunut poliklinikkakäynnistä. Kaikki potilaat eivät tarvitse leikkausta edeltävää poliklinista anestesia-arviota mutta hyvä preoperatiivinen ohjaus on tärkeää ja avain onnistuneeseen Leiko-prosessiin. Toiminnan suunnittelussa tulee panostaa preoperatiivisen ohjauksen suunnitteluun, toteutukseen ja henkilökunnan kouluttamiseen. (Laisi, 2012, s. 56.)

## 2.4 Asiakslähtöisyys Leiko-toiminnassa

Asiaksnäkökulma ja asiakslähtöisyys tulee ottaa huomioon suunnitellessa Leiko-toimintaa. Asiakslähtöisyys on keskeinen tavoite sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä. Asiakslähtöisyys on monimuotoinen käsite, jota voidaan tarkastella neljän eri osa-alueen kokonaisuutena. Osa-alueita ovat yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus, eri toimijoiden välinen yhteistyö sekä palveluiden integrointi ja koordinointi. (Ristolainen ym., 2020, s. 244–255.)

Asiakslähtöisyys on lähestymistapa, jossa palvelu pyritään tekemään mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Asiakslähtöisyys korostaa asiakkaan etua, joustavia toimintamalleja, luovuutta sekä uusien ideoiden oivaltamista. Moniammatillisessa yhteistyössä asiakslähtöisyys asettaa asiakkaan toiminnan keskiöön. Sinne missä palvellaan hyvin ja otetaan huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset, halutaan tulla myös uudelleen. Asiakslähtöisen

yhteistyön on havaittu myös parantavan moniammatillista vuorovaikutusta, jolloin hoidon laatu on parantunut ja henkilöstön työtyytyväisyys lisääntynyt. Asiakaslähtöinen palveluorganisaatio pitää huolta myös henkilöstöstään ja osoittaa arvostavansa sitä. (Kulmala ym., 2019, s. 1; Laaksonen & Ollila, 2017, s. 44.)

Asiakaskokemus voidaan jakaa kolmeen tasoon: toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin. Toiminnan taso tarkoittaa palvelun kykyä vastata toiminnalliseen tarpeeseen, prosessien sujuvuutta, palvelun hahmotettavuutta, saavutettavuutta, käytettävyyttä, tehokkuutta ja monipuolisuutta. Tunnetaso tarkoittaa asiakkaalle syntyviä välittömiä tuntemuksia ja henkilökohtaisia kokemuksia: kokemuksen miellyttävyyttä, helppoutta, kiinnostavuutta, innostavuutta, tunnelmaa, tyyliä ja kykyä koskettaa aisteja. (Tuulaniemi, 2011.)

Nykyaikana palveluiden suunnittelussa ja johtamisessa on entistä enemmän keskipisteenä asiakas. Johtamistyön ytimeen nousee kyky auttaa johdettavia toimimaan asiakasrajapinnassa mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja viisaasti. Asiakkailta saatu palaute on tärkeää ja asiakkaisiin tulee luoda luottamuksellinen ja toimiva suhde. (Soback, 2021, s. 31–32.)

Asiakaslähtöistä työtä voidaan toteuttaa ja kehittää keräämällä asiakaspalautetta ja puuttamalla siinä mahdollisesti esille tulleisiin epäkohtiin (Kulmala ym., 2019, s. 6). On hyvä ottaa huomioon, että asiakkailta voi hankkia palautetta palvelun eri vaiheissa: ennen palveluun tuloa, palvelun aikana tai palvelun jälkeen. Ennen palveluun tuloa voidaan esimerkiksi selvittää asiakkaan toiveita, tarpeita ja odotuksia palvelusta. (Laaksonen & Ollila, 2017, s.52.)

Kulmalan tutkimuksen (2019) mukaan hoitotyön johtajien ydintehtäviä palvelujen asiakaslähtöisyyden turvaamisessa ovat asiakaspalautteen aktiivinen hakeminen, asiakaspalautteen käsitteleminen, asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen sekä asiakaslähtöisen palvelun juurruttaminen organisaatiossa.

Valinnanvapauden lisääntyminen edistää asiakaslähtöisyyden kehittämistä julkisella sektorilla. Laki hoitoon pääsystä ohjaa palveluntarjoajia tarjoamaan asiakkailleen ei-kiireellistä hoitoa lain säättämässä puitteissa. Esimerkiksi Helsingin ja

Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) on huomattu, että hoitotakuulaki on vaikuttanut käytännössä hoidon saatavuuden ja oikea-aikaisuuden kehittämiseen Helsingin ja Uudenmaan alueella, mikä on lisännyt osaltaan hoidon asiakaslähtöisyyttä asiakkaan näkökulmasta. Organisaation näkökulmasta kehittämisessä on kysymys järjestelmistä, malleista ja systeemeistä, kun taas asiakkaan näkökulmasta kyse on palvelun vastaamisesta asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen ja saatuun palveluun liittyvistä kokemuksista. (Virtanen ym., 2011, s.8–11.)

Valinnanvapaus asettaa terveydenhuollon organisaatiot myös uuteen asemaan, sillä potilas voi verrata esimerkiksi palvelun tarjoajien hoitotuloksia ja valita terveyspalvelunsa. Näyttöön perustuva toiminta on silloin yksi organisaation kilpailuvälittäjä ja laadukkaan hoidon varmistaja. Näyttöön perustuva toiminta on parhaan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan hoidossa ja terveyden edistämiseksi sekä hänen läheistensä huomioimisessa. Potilaat taas pitävät tärkeimpinä asioina hoitopaikkaa valitessaan potilasturvallisia hoitokäytäntöjä, lääketieteellisten palvelujen laajuutta sekä henkilökunnan ammatillista pätevyyttä. (Isotalo, 2017, s. 143; Holopainen ym., 2013, s. 11, s. 19.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat hoidon laadun kannalta keskeisessä asemassa. He ovat organisaationsa edustajina velvoitettuja turvaamaan hyvää ja laadukasta hoitoa. Muutosten avulla pyritään yleensä kustannustehokkuuteen, mutta myös hoidon laadun turvaamiseen. Potilastyössä henkilökunnan työtyytyväisyys näkyy hyvänä asiakaspalveluna, laadukkaana hoitona ja potilastyytyväisyytenä. (Hämäläinen, 2015, s. 10.)

## 2.5 Potilasturvallisuuden huomioon ottaminen toiminnan suunnittelussa

Potilasturvallisuus on hoitotyön laadun perusta. Kun suunnitellaan sairaalan toimintaa, tulee suunnitelmissa ottaa huomioon myös eettiset näkökulmat ja potilasturvallisuus. Näin toimien mahdollistetaan hyvä ja laadukas hoito. On tärkeää, että hoito toteutetaan turvallisesti oikein, oikeaan aikaan, ja että hoidossa hyödynnetään olemassa olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla. Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaiden hoitoa edistävää suunnitelmallista ja



järjestelmällistä toimintatapaa sisältäen hoidon tarpeen arvioinnin, riskien ennakoinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. (Karma ym., 2016, s. 9.)

Vaikka kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla, niin siitä huolimatta potilasturvallisuus on kaikkien ammattilaisten ja potilaiden yhteinen asia. Organisaation johdon tulee korostaa potilasturvallisuuden merkitystä kaikessa toiminnassa. Organisaatiossa tulee olla riittävästi henkilökuntaa, ja työntekijöillä on oltava riittävä osaaminen työn toteuttamiseksi. Terveysturvalaki edellyttää, että toiminnan on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön perustuvaa, laadukasta ja turvallista. (Karma ym., 2016, s. 9; L 1326/2010 8§.)

Laki potilaan oikeuksista määrittää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan, ja ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. (L785/1992 3§.) Potilaan hoidossa tulee kaikissa vaiheissa ottaa huomioon yksityisyyden ja tietosuojan toteutuminen. Niiden toteutusta ohjaa Tietosuojalaki (L1050/2018) ja Euroopan unionin yleinen tietosuoja-asetus.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) laadun ja potilasturvallisuuden tärkein dokumentti on Laatu- ja potilasturvallisuus (LAAPO) -raportti. Suunnitelma perustuu HUS:n strategiaan ja arvoihin (KEY – kohtaaminen, edelläkävi- jyyys, yhdenvertaisuus), ja se hyväksytään vuosittain HUS:n hallituksessa. Laatua ja potilasturvallisuutta seurataan ja valvotaan eri mittarein. Käytössä ovat esimerkiksi asiakastyytyväisyydestä kertova NPS-mittari sekä HUS:n laatumittaristo, joka perustuu seitsemään eri laadun ulottuvuuteen. Kullakin laatu-ulottuvuudella (oikea-aikaisuus, potilaan näkemys ja turvallisuus, henkilöstön hyvinvointi, toiminnan tehokkuus, kustannusvaikuttavuus, kehittyvä organisaatio, oikeudenmukaisuus) on omat mittarinsa, jotka tarkistetaan vuosittain. Laadun ja turvallisuuden ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi on HUS-sairaanhoitopiirissä valmistauduttu

kansainvälisen laatujärjestelmän käyttöönottoon. Viime vuosina on tehty yhteistyötä JCI (Joint Commision International) -laatujärjestelmän kanssa, mutta lopullista ratkaisua laatujärjestelmän valinnasta ei ole vielä tehty. (HUS Laatu ja potilasturvallisuus, 2022.)

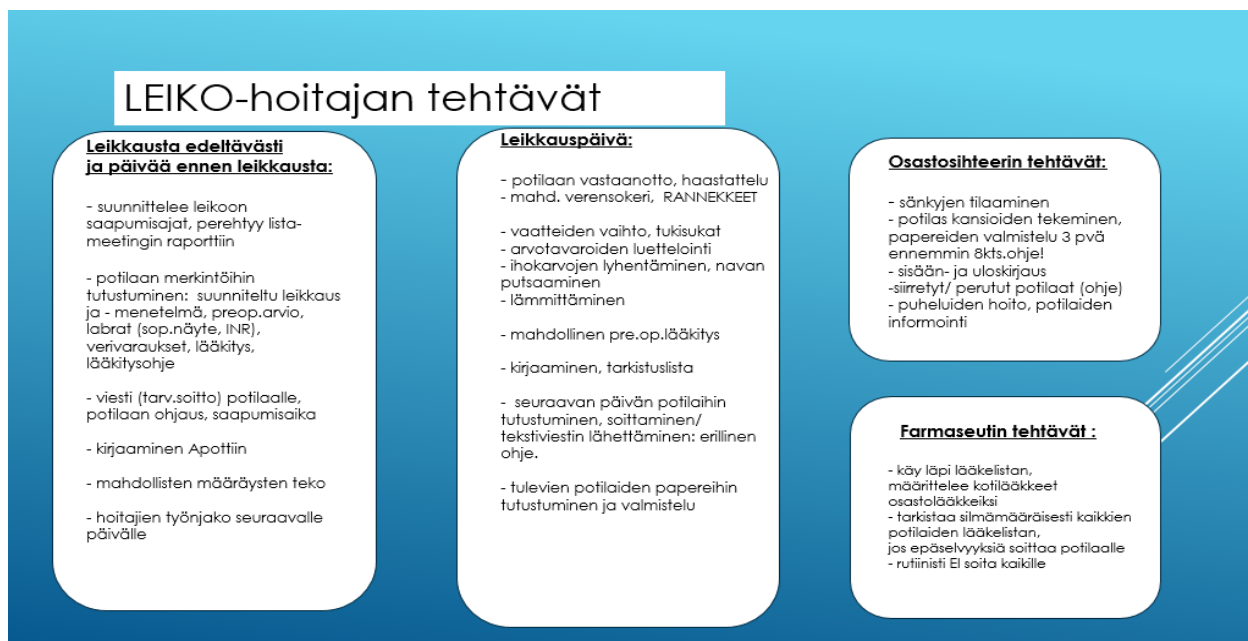
HUS Laatu ja potilasturvallisuusraportti (2022) nostaa esiin esimerkiksi vaaratapahtumien ilmoitusjärjestelmä HaiPron. HaiPro ilmoitukset käsitellään moniammatillisesti juurisyyanalyysillä. Viime vuosina suuri osa HaiPro-ilmoituksista on käsitellyt tiedonkulkua, ja siinä tapahtuneiden puutteiden tai virheiden aiheuttamia vaaratapahtumia. Ilmoitusten perusteella on esimerkiksi tehty parannuksia Apotti-järjestelmään sekä parannettu ja yhtenäistetty raportointia potilaansiirtolanteissa ISBAR-menetelmän mukaiseksi (Identification – Situation – Background – Assessment – Recommendations).

## 2.6 Nykyinen Leiko-toiminta Jorvin sairaalassa

Jorvin sairaalassa Leiko-toiminta on aloitettu vuonna 2014. Leiko on tähän asti toiminut omissa tiloissaan erillään leikkausosastosta. Jorvin leikkaus- ja anestesiosasto K: n peruskorjauksen jälkeen toiminta siirtyy HUS vatsakeskukselta Anestesia-, teho- ja kivunhoito- (Atek) tulosyksikölle. Leiko-yksikölle tulee uudet tilat leikkausosaston välittömään läheisyyteen. Leiko-toiminta siirtyy osaksi leikkausosaston toimintaa, jotta potilaan prosessi sujuisi viiveettä, tarpeeton hoitovastuun siirtäminen henkilöltä toiselle voitaisiin minimoida, ja että leikkaukseen tulo sujuisi potilaan ja hoitoyksikön kannalta tehokkaasti ja turvallisesti. (Hus-tilakeskus, 2017, s. 11.)

Jorvin Leiko-yksikössä hoidettiin vuonna 2021 yhteensä 3081 potilasta. Kaiken kaikkiaan vuonna 2021 Jorvin sairaalan leikkausosasto K:lla tehtiin noin 3400 elektiivistä leikkausta eli 91 prosenttia potilaista saapui sairaalaan Leiko-yksikön kautta. Tavoitteena on, että käytännössä kaikki elektiiviseen leikkaukseen tulevat potilaat ja myös osa hyväkuntoisista päivystyspotilaista saapuu Leiko-yksikön kautta, ellei potilas jostain syystä tarvitse vuodeosastohoitoa ennen leikkausta (Hus-tilakeskus, 2017, s.11).

Nykyisessä Leiko-yksikössä työskentelee vakituisesti kolme lähihoitajaa. Aamu-päivän kiireisimmäksi ajaksi ja muulloinkin tarvittaessa sairaanhoitajan lisäre-sursseja saadaan preoperatiiviselta poliklinikalta. Leiko:ssa on oma osastosihteeri, farmaseutti sekä laitoshuoltajat. Kuviossa 1 on kuvattu Leiko-hoitajan, osastosihteerin ja farmaseutin tehtäviä Jorvin sairaalan nykyisessä Leiko-yksi-kössä.

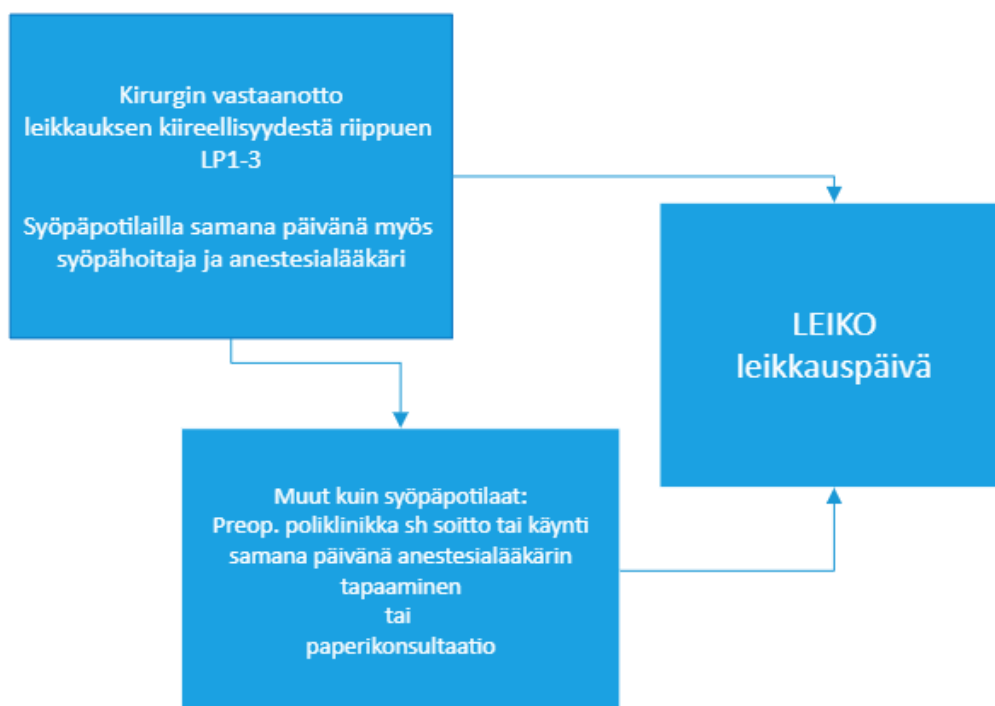


Kuvio 1 Leiko-hoitajan, osastosihteerin sekä farmaseutin tehtäviä Jorvin sairaalan Leiko-yksikössä. (Jorvin sairaalan Leiko-yksikkö, 2021)

Koko Leiko-prosessiin kuuluu, että potilas käy ensin kirurgin vastaanotolla. Sen jälkeen hänelle varataan, leikkauksen kiireellisyyden mukaan, preoperatiivinen hoitajakäyntiaika ja anestesia-lääkärin käyntiaika tai paperikonsultaatioaika. Sairaanhoitaja määrittelee, mitkä tapaamiset potilaalle varataan taulukon "Anestesiakelpoisuus sairaanhoitajan arvioimana" mukaan (Liite 1). Taulukko perustuu ASA- luokitukseen. ASA- luokitus on American Society of Anesthesiologists -yhdistyksen laatima potilaiden fyysistä kuntoa ja anestesian aiheuttamia riskejä kuvaava luokitus (Aantaa ym. 2014, s. 23). Asa-luokitustaulukko on esitetty liitteessä 2.

Preoperatiivisen poliklinikan toteuttama potilaan ohjaus tapahtuu puhelimitse tai sitten potilas tulee käymään preoperatiivisella poliklinikalla sairaanhoitajan vastaanotolla preoperatiivisessa ohjauksessa. Samalle päivälle järjestetään myös anestesia­lääkärin tapaaminen tai anestesia­lääkärin paperikonsultaatio. Anestesia­lääkärin tehtävänä on tarkistaa potilaan sairaudet, lääkitykset, suunnitella leikkauspäivänä otettavat lääkkeet, suunnitella potilaalle ja leikkaukseen sopiva anestesia­muoto ja mahdolliset erityistarpeet. Kolmas käyntipäivä on leikkau­späivä, jolloin potilas saapuu sovittuna aikana Leiko-yksikköön.

Syöpäpotilaiden kohdalla käytäntö on se, että ennen leikkau­späivää potilaat ta­paavat sovittuna päivänä samalla käynnillä kirurgin, syöpähoitajan sekä aneste­sia­lääkärin. Tällä käynnillä syöpähoitaja toteuttaa samalla potilaan preoperatiivi­sen ohjauksen. Kaiken kaikkiaan Leiko- prosessissa potilaille tulee siis yhdestä kahteen käyntiä tai soittoa leikkaukseen liittyen ennen leikkau­späivää. Prosessia on havainnollistettu kuviossa 2.



Kuvio 2 LEIKO-prosessi Jorvin sairaalassa

### 3 MUUTOSJOHTAMINEN OSANA ESIHENKILÖTYÖTÄ

#### 3.1 Muutos ja sen johtaminen

Muutosjohtamisen tarkoitus on päästä nykytilanteesta tavoitetaan hallitulla muutosprosessilla, suunnitellussa aikataulussa ja sovitulla resursseilla. Nykymaailmassa muutos on jatkuvaa, joten muutosjohtaminen voidaan nähdä osana päivittäisjohtamista. (Kallankari, 2019, s. 15–16.)

Onnistuneen muutoksen johtamisen avaintehtävät voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: perustan luominen, käynnistystoimet, hallittu eteneminen ja vakiinnuttaminen. Kun luodaan muutoksen perustaa, tulee luoda kokonaiskuva aiotusta muutoksesta ja sen vaikutuksista. Muutosjohtamisen ensimmäinen tehtävä on muutostarpeen täsmentäminen. Muutoksen tavoitteesta luodaan visio, jonka tarkoituksen tulee olla selvä, houkutteleva ja kunnianhimoinen mutta silti realistinen. Kun visio on selvillä, on aika siirtyä ratkaisemaan keinoja siihen pääsemiseksi. Tässä voi olla apuna esimerkiksi SWOT-analyysin tekeminen, jolla määritetään muutoksen vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhkat. Strategian luomissa on myös pohdittava, kuinka paljon ja missä vaiheessa henkilöstöä halutaan osallistaa muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen. Osallistuvan suunnittelun ja toteutuksen etuja ovat henkilöstön sitoutuminen sekä mahdollisuus hyödyntää arjen operatiivista tuntemusta ja hiljaista tietoa. Haittapuolina voidaan taas nähdä etenemisen hitaus, tehtävänannosta rönsyäminen ja lopputuloksen ennakoimattomuus. (Mattila, 2007, s. 131–147.)

Kun muutokselle on luotu perusta eli tarve on määritetty, visio on selvillä ja strategia konkreettisine tavoitteineen on valmiina, on aika siirtyä muutoksen käynnistämiseen. Perustan luominen on huolellista ja hidastakin työtä, sen sijaan muutoksen käynnistämässä liike on nopeaa ja päättäväistä. Tavoitteena on luoda innostusta, varmistaa sujuva liikkeellelähtö ja vaimentaa muutosvastarintaa heti alkuvaiheessa. Muutoksen hetkellä sen johtajalta odotetaan suunnan näyttämistä, muutokseen sitoutumista ja oman esimerkin antamista. Muutoksen

lähtökäskyä annettaessa on yhtä aikaa tarjottava informaatioita sekä luotava innostusta. (Mattila, 2007, s. 153–161.)

Muutoksen alkuvaiheessa on tärkeää kuvata lähtötilanne, jotta läpiviedyn muutoksen vaikutuksia voidaan arvioida. Olennaista muutoksen onnistumisen kannalta on, että muutoksen tavoitteet, tarkoitus ja visio ovat selkeitä. Mitä enemmän muutoksesta tiedetään, sen vähemmän se aiheuttaa pelkoja. Tiedottamiseen ja viestintään tulee panostaa ja ottaa huomioon kaikkien osapuolien tiedon tarve: henkilöstön, johdon, esihenkilöiden, sidosryhmien ja asiakkaiden. (Kallankari, 2019, s. 80–81).

Muutoksen siirtyessä etenemisvaiheeseen, on esihenkilön läsnäolo erityisen tärkeää. Muutostilanteissa seurataan johdon ja esihenkilöiden esimerkkiä. Sovituista aikatauluista ja tapaamisista tulee pitää kiinni, ja esimerkiksi säännöllisten viikkopalaverien pitäminen on tärkeää. Muutosviestintää voi pilkkoa ja annostella henkilöstölle aina, kun uutta ilmenee tai on päätetty. Tilanteen muuttuessa on viestiä korjattava tai oikaistava. Samalla on huolehdittava siitä, että muutoksen juoni säilyy kirkkaana eikä huku yksityiskohtiin. (Mattila, 2007, s. 184–188.) On myös muistettava, että johtamisen painopisteet voivat muuttua muutoksen aikana, mutta organisaation perustehtävät säilyvät (Pirinen, 2014, s.61).

Muutoksen vakiinnuttamisessa hankkeen hyödyt realisoituvat ja lopputulos kirjastuu. Jos tavoitteiden toteutuminen ja henkilöstön kokemus tuottavat myönteiset arviot, voidaan puhua menestyksekkäästä muutoksesta. Muutoshanke on hyvä päättää loppuarviointiin ja peilata tulosta alkuperäisiin ja mahdollisesti muuttuneisiin tavoitteisiin. Muutosvaiheen päättymisen jälkeenkin on tärkeää säilyttää kanava henkilöstön palautteille ja kehitysideoille. Vakiinnuttamisen vaiheessa muutokseen ollaan yleensä kohtalaisen tyytyväisiä, uutta toimintatapaa ja sen soveltamista tuetaan eikä avointa vastustusta juurikaan enää esiinny. (Mattila, 2007, s. 192–201.)

Edellä on kuvattu muutoksen johtamisen vaiheita. Itse muutoksen konkreettisia vaiheita ovat muutoksen suunnittelu, sen käynnistäminen, toteutus, loppuunsaattaminen ja muutoksen arviointi. Muutos ei aina etene lineaarisesti pisteestä A pisteeseen B, vaan sitä voidaan tarkastella sykleittäin etenevänä prosessina. Maailmalla tunnetuin muutosmalli PDCA (plan, do, check, act) kuvaa muutoksen tekemistä sykleittäin, jolloin suunnittelua toteutetaan uudelleen aina tiedon lisääntyessä ja muutoksen edetessä. Muutossyklejä toistetaan niin monta kertaa kuin tarvitaan tavoitteen saavuttamiseksi. (Kallankari, 2019, s. 19–21.)

Muutoksessa (lähi-)esihenkilö toimii tiedon ja ymmärryksen välittäjänä johdon ja henkilöstön välillä. Esihenkilön tehtävänä on sovittaa yhteen näkemyksiä, sillä toisaalta hän edustaa johdon pyrkimyksiä ja toisaalta omaa työyhteisöään. Muutosjohtamisessa esihenkilö on tavallaan kaksinkertaisen tehtävän edessä. Esihenkilö on itse muutoksen kohteena, joutuu tekemään työtä sen ymmärtämiseksi ja hyväksymiseksi ja sietämään epävarmuutta. Hänen tulee myös saada työyhteisö ymmärtämään muutoksen tarkoitus ja tukea alaisiaan muutoksen toteuttamisessa. Jotta esihenkilö kykenee tähän tehtävään, hän tarvitsee tukea omalta esihenkilöltään, mutta ennen kaikkea alaisiltaan. Työyhteisön menestyksen moottoreita ovat henkilöt, jotka ovat uudistusmyönteisiä, uskaltavat kyseenalaistaa ja suhtautuvat aktiivisesti ja rakentavasti kehittämiseen. Tällaiset ns. muutosagentit ovat vahvasti sitoutuneet muutokseen ja pystyvät omalla esimerkillään rohkaisemaan ja innostamaan muita kehittämistyössä. Johdon näkyvä sitoutuminen ja tuki kehitysprojekteihin on välttämätöntä, jos niiden halutaan onnistuvan ja siirtyvän uusiksi toimintatavoiksi. (Järvinen, 2017, s. 153–156; Viitala & Jylhä, 2019, s. 290.)

Muutoksessa esihenkilö näyttää suunnan ja toimii työntekijöilleen esimerkkinä. Hänen tehtävänä on viedä muutoksen strategiset tavoitteet eteenpäin ja toteuttaa ne käytännössä. Muutosjohtaminen ei ole ylhäältä alas johtamista, vaan myös alhaalta ylös ja sivuittain johtamista. Työntekijöiden äänen ja ideoiden kantautuminen johdolle ja muille sidosryhmille on esihenkilön tehtävä. Työ on sekä asioiden että ihmisten johtamista. Muutosjohtaminen on ihmisiin vaikuttamista ja asenteiden muokkaamista. Muutosjohtaja on läsnä ja antaa jatkuvaa palautetta siten motivoiden ja kannustaen henkilökuntaa. Osallistava esihenkilö kyselee,

keskustelee ja huolehtii siitä, että muutoksen sanoma ja tehtävä ovat kaikkien tiedossa. Muutoksen perussanomaa ja tavoitteita selkiytetään ja yksinkertaistetaan. (Pirinen, 2014, s. 61–92.)

Nykyajan muutosjohtamisessa tulee esiin dynaaminen luonne, joka korostaa johtajan ja työntekijöiden välisiä suhteita. Johtajan odotetaan kohtelevan henkilöstöään tasapuolisesti ja yksilöllisesti, antavan työntekijöille henkilökohtaista huomiota ja olevan heille kannustava. (Holopainen ym., 2013, s. 55.) Hyvä muutosjohtaja antaa vastuuta ja kannustaa henkilöstöä ajattelemaan ja kehittämään itse. Hän ei tarjoa valmiita vastauksia tai ratkaisuja vaan haastaa henkilöstöä eteenpäin avoimilla kysymyksillä. (Kallankari, 2019, s. 44.)

### 3.2 Muutosjohtaminen terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla muutosjohtaminen on koettu heikoksi useista eri syistä. Alaa ohjaa vahva lainsäädännöllisyys, ja kaikessa kehittämisessä tulee edetä tarkasti lakien ja ohjeiden mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla muutoksia lähdetään johtamaan kuten projekteja, ottamatta huomioon organisaation ja työyhteisön historiaa ja yhteistä tulevaisuutta. Muutosta ovat toteuttamassa organisaation työntekijät, eikä esimerkiksi erillinen projektiorganisaatio. Organisaation perustehtävän tulee toteutua myös muutoksen aikana. Alan hierarkisuus ja raja-aidat esimerkiksi eri erikoisalojen välillä voivat vaikeuttaa tai hidastaa muutoksen läpiviemistä. Alalla työskentelevillä on vahva kliininen koulutus ja osaaminen, sen sijaan johtamiseen ja muutoksen hallintaan koulutus ja osaaminen on vähäisempää. (Kallankari, 2019, s. 13–16.)

Terveydenhuollossa muutoksen läpiviemisen haasteellisuutta lisäävät monimuotoiset järjestelmät ja niiden jatkuvat muutosvaateet. Terveydenhuollon organisaatio koostuu monista eri toimijoista ja muuttujista, joihin vaikuttaminen voi esihenkilön näkökulmasta olla hankalaa. Taloudellinen paine ja käytettävissä olevat räjälliset resurssit tuovat oman haasteensa. (Kolvanke, 2020, s. 6, s. 64–69.)



Sosiaali- ja terveysala kehittyy jatkuvasti yhteiskunnan mukana ja tutkimustiedon lisääntyessä. Tämän lisäksi muutostarpeita aiheuttavat asiakkaiden ja henkilökunnan esille nostamat kehittämistarpeet. Sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa pyritään jatkuvan kehittämisen kulttuuriin, jolloin muutostarpeet eivät pääse kasvamaan monimutkaisiksi kehittämishaasteiksi. Jatkuvan kehittämisen kulttuuri edellyttää jatkuvaa kouluttautumista ja oppimista. Organisaatio ei voi kehittyä paremmaksi ilman uutta tietoa. Toiminnan jatkuvaan kehittämiseen tulee sitouttaa esihenkilöiden lisäksi muu henkilökunta. Ylimmän johdon näkyvä sitoutuminen ja tuki kehitysprojekteihin on välttämätöntä. Työyhteisön tulee olla avoin, jossa tietoa jaetaan ja henkilöstöä osallistetaan kehittämiseen. Tämä edistää sitoutumista muutokseen ja sen onnistumiseen. Jatkuva kehittäminen on osa laatu-työtä, jolle on olemassa myös lainsäädännölliset vaatimukset sote-palveluissa. (Kallankari, 2019, s. 202–218; Viitala & Jylhä, 2019, s.290.)

Uusi aika edellyttää yhä vahvemmin valmentavan johtamistyylin omaksumista. Valmentavassa johtamisessa henkilökunta otetaan mukaan uudistuksiin ja muutoksiin jo alkuvaiheessa. Tieto kulkee työntekijöiden ja esihenkilöiden välillä avoimesti ja vapaasti. Henkilöstön rooli on olla aitoina vaikuttajina, toiminnan uudistajina sekä asiantuntijoina oman työn ja toiminnan kehittämisessä. Yhteistyön kannalta on tärkeää, että kehittämissyryhmissä on mukana eri ammattiryhmien edustajia eri hierarkiatasolta. Kun eri osaajat saadaan yhteen ja sitoutumaan yhteiseen tekemiseen, myös hiljainen tieto saadaan laajemmin käyttöön. Samalla myös työntekijöiden työtyytyväisyys lisääntyy heidän saadessaan informaatiota tulevista muutoksista hyvissä ajoin. Etukäteen tiedottaminen lisää työntekijöiden muutosvalmiutta, ja myös arvostusta esihenkilöihin sekä tyytyväisyyttä muutoksen toteuduttua. (Ristikangas & Ristikangas, 2010, s. 271; Turja, 2022, s. 49–51.) Myös Keräsen ym. vuonna 2007 tekemän tutkimuksen mukaan Leiko-toimintaa aloittaessa muutosmallin hyvä suunnittelu, johdon vahva sitoutuminen ja hyvä muutosjohtaminen on tärkeää.

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa Jorvin sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto K:n esihenkilöille tietoa Leiko-toiminnasta muutosjohtamisen tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata, mitä kuuluu Leiko-prosessiin, tutkia mikä tekee Leiko-toiminnasta sujuvaa ja onnistunutta huomioiden myös asiakaslähtöisyys sekä selvittää, mitä hyötyjä tulevalla muutoksella saadaan aikaan.

Tutkimuskysymykset ovat

1. Mitkä asiat vaikuttavat Leiko-toiminnan sujuvuuteen ja toimivuuteen?
2. Mitä asioita Leiko-toiminnan suunnittelussa ja aloittamisessa tulee ottaa huomioon johtamisen ja esihenkilötyön näkökulmasta?

## 5 OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖTAHO

Jorvin sairaala on osa Helsingin yliopistollista sairaalaa ja se sijaitsee Espoossa. Jorvin sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto K:lla on tällä hetkellä kymmenen leikkaussalia ja heräämö. Peruskorjauksen jälkeen leikkausosaston käytössä tulee olemaan kolmetoista leikkaussalia, heräämö ja Leiko-yksikkö. Jorvin leikkaus- ja anestesiaosasto K:lla työskentelee 60 anestesiahoitajaa, 50 leikkaushoitajaa ja 3 lähihoitajaa. Tuleva toiminnanmuutos on havainnollistettu kuviossa 3.

Leikkausosaston elektiivisestä toiminnasta noin 65 prosenttia on vatsaelinkirurgiaa, noin 13 prosenttia endokriinista kirurgiaa ja 22 prosenttia plastiikkakirurgiaa ja palovammojen hoitoa. Vatsaelinkirurgiassa Jorvin leikkausosasto on keskittynyt paksusuolen syövän hoitoon, missä se onkin Pohjoismaiden suurin ja yksi Euroopan suurimpia keskuksia. Myös lihavuuskirurgia on HUS: in alueella keskitetty Jorvin leikkausyksikköön. Jorvissa hoidetaan lisäksi myös muita vatsakirurgisia potilaita. Jorvin leikkaus- ja anestesiaosasto K toimii yhtenä ympärivuorokautisesti HUS-/HYKS-alueen päivystävänä leikkaus- ja anestesiaosastona. Jorvin U2 -teho-osastolla sijaitsee valtakunnallinen palovammayksikkö, jossa hoidetaan koko maan kaikki vaikeat palovammat. (Kontinen & Poikajärvi, 2022.)



Kuvio 3 Nykytilanne ja tilanne jatkossa

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTONKERUU JA ANALYYSI

### 6.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyö on tutkimuspainotteinen laadullinen tutkimus. Sen tarkoitus on tuottaa Jorvin sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto K:n esihenkilöille tietoa Leiko-toiminnasta muutosjohtamisen tueksi. Tietoa on haettu kirjallisuudesta ja aiemmista tutkimuksista sekä haastateltu teemahaastattelu-menetelmällä kolmea Hus-alueen Leiko-yksikön osastonhoitajaa.

Aineistonkeruu aloitettiin tiedonhaulla tietokantoihin ja perehdyttiin Leiko-toiminnan taustoihin ja perustietoihin, preoperatiiviseen hoitoon ja -ohjaukseen, asiakaslähtöisyyteen, potilasturvallisuuteen sekä muutosjohtamiseen. Vieraillemalla (toinen tutkijoista) kolmessa Leiko-yksikössä ja preoperatiivisella poliklinikalla, saatiin lisää ymmärrystä Leiko-yksiköiden toiminnasta ja taustatietoa teemahaastatteluista varten. Tutkijat kävivät näistä keskusteluja ennen teemahaastattelurunгон kirjoittamista.

Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset perustuvat teemahaastatteluista saatuun aineistoon. Teemahaastatteluihin kutsuttiin haastateltavaksi viisi Hus-alueen Leiko-yksikön osastonhoitajaa. Haastatteluihin kutsutut osastonhoitajat ovat esihenkilöitä toiminnassa olevissa Hus- alueen Leiko-yksiköissä. Haastateltaviksi kutsuttiin osastonhoitajia erilaisista ja erikokoisista Leiko-yksiköistä. Alun perin haastatteluiden lukumäärätavoitteena oli 3–5 haastattelua. Haastatteluun pyydetyistä osastonhoitajista yksi kieltäytyi heti kutsun saatuaan ja yhden kanssa haastattelu-aikaa ei saatu useista yrityksistä huolimatta järjestymään. Haastatteluajan järjestymistä vaikeutti muun muassa sairaanhoitajien työtaistelu keväällä 2022. Haastatteluista toteutui kolme ja näistä saatiin kattava aineisto, jolla pystyttiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin.

## 6.2 Teemahaastattelu

Tutkimusmuodoksi valittiin teemahaastattelu, koska se sopii hyvin laadulliseen tutkimukseen ja se palveli tämän tutkimuksen tarkoitusta parhaiten. Teemahaastattelua käytetään, kun halutaan saada ymmärrys tutkittavasta asiasta. Keskustelemalla tutkija pyrkii saamaan ilmiön haltuunsa ja sitä kautta kasvattamaan ymmärrystään tutkittavan avulla. Haastattelussa voidaan tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä välittömästi ja kaikki teemat tulevat käsitellyiksi. Haastateltavat saivat haastattelun teemat tietoonsa etukäteen, mutta heille ei kerrottu haastattelukysymyksiä. Kun kysymykset eivät suoraan ohjanneet vastaamaan, saatiin luotettavimpia ja laajempia vastauksia. (Kananen, 2014, s. 76.)

Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelun etuna on se, että haastattelussa voidaan tarkentaa ja syventää kysymyksiä haastateltavien vastauksiin perustuen. Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamia merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelun tuloksena on tarkoitus saada aineisto, joka tuottaa ymmärryksen ja ratkaisun tutkimusongelmaan. Se, mitä ja miten tutkittava tuottaa vastauksia ja aineistoa, viestii ja paljastaa tutkittavan ajatusmaailman ja sen, miten hän näkee ja jäsentää tutkittavan asian. (Kananen, 2014, s. 86; Tuomi & Sarajarvi, 2018, s. 87–88.)

Teemahaastattelussa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu (Hirsjärvi ym., 1997, s. 208). Tässä tutkimuksessa teemahaastattelua varten laadittiin teemahaastattelurunko (Liite 4), johon kirjattiin keskusteltavat aiheet. Etukäteen suunniteltu haastattelurunko auttaa varmistamaan, että tutkija saa tutkimusongelman ja tutkimuksen tarkoituksen kannalta merkityksellistä tietoa, ja keskustelu keskittyy olennaisiin asioihin. Valikoitujen teemojen on tarkoitus tuottaa mahdollisimman laajasti tietoa tutkittavasta asiasta. Haastattelun aikana haastattelijan tulee varmistaa, että kaikki teemat käydään läpi, mutta niiden laajuus ja järjestys saattaa vaihdella haastattelusta toiseen. Teemojen käsittelyjärjestyksellä ei siis ole merkitystä tutkimushaastattelun aikana. Tavoitteena on, että kaikista teemoista

vastaaja voi antaa oman kuvauksensa ja haastattelun teemat on käsitelty vastaajan kannalta luontevassa järjestyksessä. Keskustelun aikana voi herätä uusia kysymyksiä ja ne esitetään haastateltavalle. (Eskola & Vastamäki, 2015, s. 29; Kananen, 2014, 78; Puusa, 2020, luku Teemahaastattelu; Vilkkä, 2021, s. 124.)

Tutkijalla on oltava riittävä ymmärrys tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä ja tuntea siihen liittyvät olennaiset tekijät, kuten rakenteet ja prosessit. Olettamuksena on, että tutkittavat ovat läpikäyneet tietyn asian tai prosessin, ja teemahaastattelun avulla voi tutkija syventää ymmärrystään ilmiön kokonaisuudesta. (Puusa, 2020, luku Teemahaastattelu.)

Tutkimuksen teemahaastattelut toteutettiin maaliskuu- huhtikuussa 2022. Teemahaastattelut toteutettiin ennalta sovittuna päivänä videoyhteydellä, Microsoft Teams- sovelluksella. Kaikki haastattelut tehtiin samassa paikassa ja samoilla välineillä, jotta haastattelut olisivat olleet mahdollisimman samankaltaiset toistensa kanssa. Molemmat tutkijat olivat haastatteluissa paikalla. Toinen tutkijoista keskittyi haastatteluun ja keskusteluun ja toinen tutkija teki muistiinpanoja sekä seurasi ja huolehti, että kaikki teemat tulivat käsitellyiksi. Teemahaastattelut tallennettiin ja tämä oli myös haastateltaville kerrottu sekä kirjallisesti että suullisesti. Tutkimushaastattelujen nauhoitteet ja aineistot tullaan hävittämään hyväksytyt opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

### 6.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Opinnäytetyön tutkimustieto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 103). Sisällönanalyysia voi käyttää niin kirjoitettujen tekstien, haastattelujen, nauhoitetun puheen kuin tekstiä, ääntä ja kuvaa sisältävien aineistojen analyysiin (Vuori, Laadullinen sisällönanalyysi). Sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa tutkijan tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta esimerkiksi jonkinlainen toiminnan logiikka. Sisällönanalyysilla etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia.

Analyysin teossa käytettiin koko analyysin teon ajan Microsoft Word- tekstinkäsittelyohjelmaa. Analyysin jokaisesta vaiheesta tehtiin oma tiedosto ja tietoja siirrettiin tarpeen mukaan kopio/ liitä toiminnon avulla. Tässä kappaleessa esitetyt kuvat ovat suoria kuvakaappauksia tehdyistä tiedostoista.

Jotta analyysiä päästiin tekemään, haastattelujen nauhoitteet litteroitiin eli kirjoitettiin tekstimuotoon Word- tekstinkäsittelyohjelmalla. Haastatteluissa hyödynnettiin myös Word- ohjelman litterointitoimintoa. Kaikki haastattelut kuunneltiin kuitenkin lisäksi läpi ja tarkastettiin sekä muokattiin litteroinnit oikeiksi. Litteroinnin tarkkuudeksi riitti, että tekstit olivat ymmärrettäviä. Näin esimerkiksi äänenpainoja ja taukoja puheessa ei tarvinnut litteroida. Litteroinnin jälkeen teksti luettiin huolella useaan kertaan ja lukiessa tehtiin myös muistiinpanoja. Muistiinpanojen avulla voi muodostaa itselleen alustavia vaikutelmia, jotka saattavat myöhemmässä vaiheessa antaa näkökulmia aineistoon. (Erlingsson & Brysiewicz, 2017.) Litteroitua tekstiä saatiin loppujen lopuksi kolmesta noin tunnin kestäneestä haastattelusta 18 715 sanaa, 65 sivua.

Litteroinnin jälkeen tutkimusaineisto pelkistettiin eli redusointiin. Tutkimusaineistosta karsittiin pois tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio hävittämättä kuitenkaan tärkeää informaatiota, eli tutkimusaineisto tiivistettiin ja pilkottiin osiksi. Aineisto pelkistettiin käsitteiksi, jotka kuvaavat tutkimusongelmaa. Pelkistäessä ei tehty tulkintoja, ja pelkistetyt asiat kirjoitettiin perusmuodossa. Pelkistykset koodattiin, jotta ne olivat helposti yhdistettävissä alkuperäiseen yhteyteensä ja löydettävissä. (Elo ym., 2014; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s.123.) Koodaus tehtiin merkein H1- H3. Tiivistämistä ohjasi tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset. Pelkistettyjä ilmaisuja tuli analyysissä runsas määrä, vajaa 800 kpl. Litterointia ja pelkistystä on kuvattu kuviossa 4.

Pelkistämisen jälkeen pelkistykset jaoteltiin teemahaastattelun teemojen alle, jotta pelkistystä oli helpompi käsitellä. Tämän jälkeen pelkistykset ryhmiteltiin eli klusteroitiin asiasisällön perusteella. Samaa asiaa sisältäneet ilmaukset muodostivat aina yhden ryhmän ja nämä ryhmät muodostivat alaluokat. Alaluokkia muodostui kaiken kaikkiaan 83.

## Litteroinnit

Kyllä se varmaan on se ensisijaisesti näin. Jos mä ajattelen esimiehenä niin se riittävä osaaminen ja ne riittävät resurssit.

Niin tuota.

Ja sitten sitten tämmöisen uuden yksikön uuden yksikön perustaminen varmasti niinku tarvitsee sen tietyn perehdytyksen sinne sinne tota ihan siihen itse työhön, mutta että myöskin niihin tiloihin ja moniammatillista työtähän tämä on. Tämä on että että varmasti niinku.

Tämmöinen ei ihan riitä se semmoinen niin kuin pelkästään niinku sairaanhoitajien perehdytys, mutta että kyllä siihen täytyy saada se moniammatillinen tiimi myöskin sitten kuka niiden prosessien kehittämiseen ja ja sitten niiden sovittujen pelisääntöjen pysymiseen että että pysytään niissä mitä ollaan sitten sovittu.

Puhuja 2

## Pelkistykset

H2 riittävä osaaminen  
H2 riittävät resurssit

H2 perehdytys työhön  
H2 perehdytys tiloihin  
H2 moniammatillisuus  
H2 moniammatillinen tiimi kehittämiseen  
H2 ei riitä pelkästään sairaanhoitajien perehdytys  
H2 prosessien kehittäminen  
H2 sovitut pelisäännöt  
H2 sovitussa pelisäännöissä pysyminen

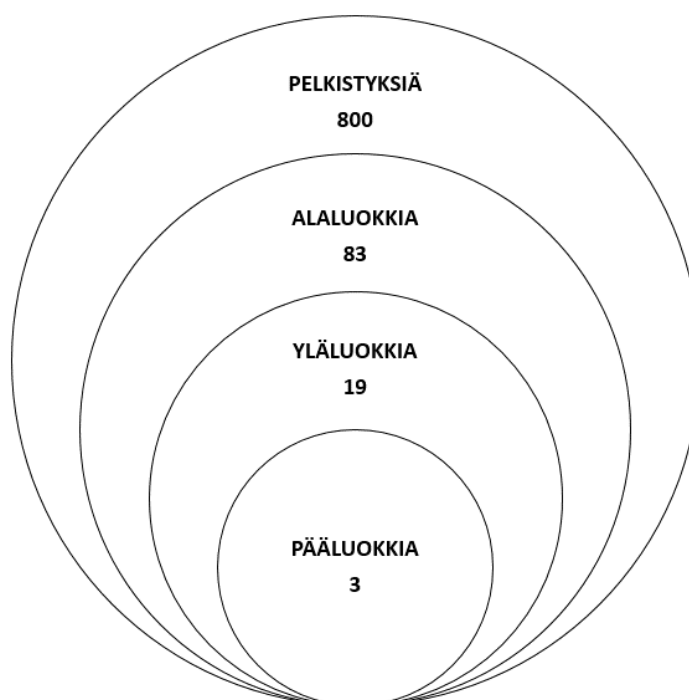
## Kuvio 4 Litterointia ja pelkistystä

Alaluokkien muodostuttua luokittelua jatkettiin yhdistelemällä syntyneitä alaluokkia yläluokiksi. Analyysin kaikissa vaiheissa aineistoa käytiin aktiivisesti ja uudestaan läpi, palaten pelkistettyihin ilmaisuihin ja litteroituun tekstiin asti. Yläluokkia muodostui 19. Yläluokkien synnyttyä analyysissa edettiin abstrahointiin. Yläluokista muodostettiin pääluokat eli yläkäsitteet saaduille tuloksille, jotka mahdollisimman hyvin kuvaisivat tutkittavana olevaa ilmiötä ja vastaisivat tutkimuskysymyksiin. Kuviossa 5 näkyy alaluokkia, yläluokkia ja kuinka yläluokista muodostui pääluokkia. Kuviossa 6 on kuvattu koko analyysiprosessi.



ALALUOKKIA	YLÄLUOKKIA	PÄÄLUOKAT
Erityispiirteitä (18) Leiko-kriteerit (18) Holding (1) Hoitajien työaika (2) Peruutukset (21) Leikkauslistan valmistuminen (5) Odotusaika (1) Aamuntoiminta (15) Potilaiden saapuminen (26) Aamupäivän toiminta (2) Iltapäivän toiminta (2) Osaaminen (20) Perehdytys (19) Koulutustarpeet (18) Henkilökunnan tiedottaminen (4) Potilaan kohtaaminen (10) Intimiteettisuoja (14) Eettisyys (2) Potilaiden toiveet (9) Yksilöllisyys (6) Asiakkaan huomioiminen (11) Hoidon suunnittelu (3) Potilaan hoito edellisenä päivänä (8)	<b>Leikotoiminnan erityispiirteet</b> <b>Päivittäinen toiminta</b> <b>Osaamisvaatimukset</b> <b>Hoidon eettisyys</b> <b>Preoperatiivinen ohjaus</b> <b>Hoidon laatu</b> <b>Hoidon turvallisuus</b>  <b>Ammattiryhmät</b> <b>Moniammatillinen yhteistyö</b> <b>Fyysinen ympäristö</b> <b>Hoidon jatkuvuus</b>  <b>Henkilöstöresurssit</b> <b>Resurssien optimaalinen käyttö</b> <b>Päivittäisjohtaminen</b> <b>Esihenkilötyö</b> <b>Esimies muutoksessa</b> <b>Henkilökunta mukana muutoksessa</b>	<b>Asiakaslähtöinen LEIKO-toiminta</b>  <b>Moniammatillisen yhteistyön yhteensovittaminen</b>  <b>Esihenkilötyö ja johtaminen Leiko-yksikössä</b>

Kuvio 5 Alaluokkia, yläluokkia, pääluokat



Kuvio 6 Analyysiprosessi

Tulosten analysoinnin jälkeen lähdettiin muodostamaan synteesiä tekemällä ajatuskarttoja muodostuneiden pääluokkien ympärille. Synteesissä koottiin yhteen pääseikat ja tarkasteltiin sekä vertailtiin syntynyttä sisältöä teoreettiseen viitekehukseen ja aiheesta aiemmin tutkittuun tietoon. Kokonaisuutena analyysi oli prosessi, jossa käsiteltiin ja muokattiin tietoja ja pyrittiin paljastamaan yhteyksiä ja merkityssuhteita. Opinnäytetyön johtopäätökset perustuvat laadittuun yhteenveetoon. (Erlingsson & Brysiewicz, 2017; Hirsjärvi ym., 2016, s. 230; Vilka, 2021, s. 170.)

## 7 TULOKSET

Tutkimuksessa haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin: mitkä asiat vaikuttavat Leiko-toiminnan sujuvuuteen ja toimivuuteen ja siihen, mitä asioita tulee ottaa huomioon Leiko-toiminnan suunnittelemisessa ja aloittamisessa johtamisen ja esihenkilötyön näkökulmasta. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilta, joissa valitut ja tutkimuskysymyksiin vastaavat teemat olivat: 1. Leiko-toiminnan edellytykset, 2. muutosjohtaminen, esihenkilötyö ja päivittäisjohtaminen sekä 3. asiakaslähtöisyys. Aineiston analyysissä muodostui kolme pääluokkaa: asiakaslähtöinen Leiko-toiminta, moniammatillisen yhteistyön yhteensovittaminen sekä esihenkilötyö ja johtaminen Leiko-yksikössä. Tulokset on esitetty analyysissä nousseiden pääluokkien mukaisesti.

Haastatteluiden alussa selvitettiin yksiköiden taustatietoja. Niistä ilmenee, että Hus- alueella on erilaisia Leiko-yksiköitä. Tutkimuksen kohteena olevat Leiko-yksiköt ovat olleet pitkän aikaa toiminnassa. Leiko-yksiköistä kaksi sijaitsee leikkausosaston yhteydessä ja yksi on erillinen yksikkö. Vaikka yksiköt ovat toiminnaltaan erilaisia, toistuvat peruspiirteet kaikissa samanlaisina. Kaikissa yksiköissä 90 prosenttia tai jopa ylikin elektiivisistä leikkauspotilaista saapuu sairaalaan Leiko-yksikön kautta. Potilasmäärät vaihtelevat päivittäin kahdesta kolmeenkymmeneen. Kaikki Leiko-yksiköt aukeavat päivittäin 07.00, ja yhdessä potilaiden vastaanotto aloitetaan osastosihteerien toimesta jo 06.45.

### 7.1 Asiakaslähtöinen Leiko-toiminta

Haastatellut kertoivat, että Leiko-kriteerit ovat väljentyneet vuosien saatossa. Nykyään lähes kaikki leikkauspotilaat tulevat Leiko-yksikön kautta. Arvio potilaan soveltuvuudesta Leiko-potilaaksi tehdään yksilöllisesti ja potilaskohtaisesti. Potilas ei voi olla Leiko-potilas, jos hän on muistamaton, erittäin huonokuntoinen, erittäin huonosti liikkuva ja/tai jos hän ei kykene itsenäisiin leikkausvalmisteluihin. Vastauksista käy ilmi, että Leiko-toiminta on erityistä toimintaa. Leiko on tavallaan

*Viimeinen portti, jossa arvioidaan potilaan leikkauskelpoisuus.*

Leikossa pitää osata ottaa huomioon, että potilas on valmistautunut leikkaukseen oikein ja ohjeiden mukaan. Toiminta on nopeatempoista ja työ Leiko-yksikössä vaatii paljon osaamista.

*Hektistä ja nopeaa kohtaamista, jossa tapahtuu paljon lyhyessä ajassa.*

*Leikohoitajat ovat preoperatiivisen hoidon ammattilaisia ja kaikkien preoperatiivisten vaiheiden tulee olla heille tuttuja.*

*LEIKO on sellainen sisään-ulos-yksikkö, että paljon lyhyessä ajassa ja se potilaan kohtaaminen korostuu mutta sitten toisaalta taas varmistua niin, että potilas voi turvallisesti mennä leikkaukseen, että isoista asioista on kyse. Se ei ole vain, että oliko nyt ihokarvat ajeltu liikaa vai liian vähän vaan että oikeasti siellä on ne huomioitu, että potilas on varmasti osannut valmistautua ohjeiden mukaisesti ja tauottanut tietyt lääkkeet ja sitten nää syömiset ja juomiset päälle. Tai tahdistin on oikeasti huomioitu, että onko se pois päältä vai tarvitseeko sen olla pois päältä ja onko tahdistinkontrollit varattu ja muuta. Että isojen asioiden ääressä ja semmoista hektistä, nopeaa kohtaamista ja sitten on taas uusi potilas.*

Työntekijöiden perusperehdytys kestää kaikissa yksiköissä noin kaksi viikkoa mutta menee pitkään, lähes vuosi, ennen kuin kaikki asiat ovat hyvin hallinnassa. Yksi osastonhoitajista miettikin, että pitääkö ylipäätään kaikkien Leikohoitajien osata Leiko-potilaan kaikki hoidonvaiheet. Hoitajien tulee osata paljon lääkehoitoon liittyviä asioita ja hänen tulee esimerkiksi tietää leikkauskelpoisuus-kriteerit sekä myös eri leikkauksien kulku, koska potilaat kyselevät paljon.

Perehdytystä varten tulee olla luotuna kattava perehdytysmateriaali, joka sisältää kaikki toiminnot ja potilaan prosessin vaiheet. Osastonhoitajat kertoivat, että hoitajien perehdytys on lyhyempi silloin, kun hoitajalla on valmiiksi leikkaussaliosaamista, anestesiahoitotyön osaamista ja ymmärrystä siitä, milloin potilas on leikkauskelpoinen ja mitä leikkausvalmisteluihin kuuluu. Koulutuksissa ja perehdytyksessä tulee ottaa huomioon, mikäli hoitaja ei ole työskennellyt aiemmin leikkaussalissa ja esimerkiksi leikkausalueen valmistelu ei ole tuttua. Haastatteluissa kävi myös ilmi, että pelkkä sairaanhoitajien perehdytys työhön ja tiloihin ei riitä, vaan mukaan pitää ottaa koko moniammatillinen tiimi. Perehdytyksessä tulee ottaa huomioon moniammatillisen työn oppiminen ja yhteistyö kaikkien ammattiryhmien kesken.

Haastateltavien mukaan Leiko-hoitajilla on normaalit Hus-standardit koulutuksissa sisältäen iv-lupakoulutukset, akutologia (kahdessa yksikössä), paloturvallisuus- ja henkilöturvallisuuskoulutukset. Leikossa työskentelevien hoitajien kouluttaminen ja osaamisen ylläpito tulee ottaa toiminnassa huomioon varsinkin, jos toiminta muuttuu tai tulee esimerkiksi uusi erikoisala. Hybridiosaajat, joilla on leikkaussali-, heräämö- ja Leiko-osaamista helpottavat yksikössä työnjakoa ja henkilökuntaresurssien siirtelyä tarpeen ja toiminnan mukaan.

Kaikissa Leiko-yksiköissä aamu on kiireisintä aikaa. Aamulla kello 07.00 voi saapua jopa yksitoista potilasta. Aamua kuvattiin muun muassa seuraavasti:

*Todella kriittinen, haastava ja aamulla on julmettu kiire.*

Kaikki haastateltavat kertoivat, että aamulla tulee varmistua ja huolehtia potilaiden leikkauskunnosta, leikkausvalmisteluista, ravinnottaolosta ja siitä, onko potilas ottanut lääkkeet anestesia- ja lääkäriin ohjeen mukaan. Potilaat saapuvat yksiköön aalloissa: ensimmäisen aallon potilaat klo 07.00 ja seuraavat sitten tasaisemmin. Ensimmäisen aallon potilaiden tulee olla valmiina leikkaussaliin lähtöön yksiköstä riippuen klo 07.50–08.15. Jos potilaan valmistelut jostain syystä kestävät pidempään kuin tavallisesti, niin leikkaussali joutuu odottamaan. Viiveet aamussa taas kertautuvat iltapäivään. Haastatteluissa kävi ilmi, että potilaan hoitaminen yleensä vain pahentaa asiaa. Toiminnan tulee olla suunniteltu niin, että Leikossa on aamulla riittävästi hoitajia ja että apua löytyy tarvittaessa.

Iltapäivän toiminta on rauhallisempaa ja silloin valmistaudutaan seuraavaan päivään. Niissä yksiköissä, joissa Leiko sijaitsee leikkausosaston yhteydessä, hoitajia siirtyy mahdollisuuksien mukaan tauottamaan leikkaussalien tai heräämön hoitajia. Osa hoitajista jää Leiko-yksikköön soittamaan seuraavan päivän leikkauspotilaille. Yhdessä yksikössä on käytössä tekstiviestit, jolloin potilaalle ilmoitetaan seuraavan päivän saapumisaika tekstiviestillä. Iltapäivällä on paljon työtä potilaiden preoperatiivisessa ohjauksessa ja potilaille pitää tarvittaessa myös ilmoittaa, mikäli tulee viimehetken muutoksia.

Leikkausta edeltävinä päivänä tarkistetaan, että kaikki potilaiden asiat ovat kunnossa, jotta potilas ei tule turhaan sairaalaan. Lisäksi tarkistetaan sekä varmistetaan, että potilaat tietävät kuinka valmistautua leikkaukseen tuloon ja että he ovat käyneet laboratorioissa. Tarvittaessa potilaita muistutetaan. Hoitajien tulee olla valppaina, jos potilaan voinnissa tai tiedoissa ilmenee jotain, mikä saattaa vaikuttaa tulevaan leikkaukseen tai anestesiaan.

*Jos potilaiden asioissa on epäselvyyksiä, kertautuu se leikkaussaliin, jos niitä aletaan siellä selvittämään.*

*Mitä paremmin preoperatiivinen työ on tehty, sitä selkeämmin voidaan sallissa edetä.*

Leikkausta edeltävän päivän preoperatiivinen ohjaus hoidetaan yhdessä yksikössä pääasiallisesti tekstiviesteillä, ja potilaille soitetaan vain tarvittaessa. Kahdessa yksikössä potilaille soitetaan leikkausta edeltävänä päivänä. Potilaiden ohjaukseen liittyvää keskustelua oli kaikissa haastatteluissa erittäin paljon. Molempiin ohjaustapoihin liittyy hyviä ja huonoja puolia. Haastatteluissa esiin nousseita huomiota ja näkökulmia on esitetty taulukossa:

Tekstiviesti	Soitto
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työajallisesti säästetty, kun siirryttiin viesteihin</li> <li>• Pari vuotta käytetty ja toimii hyvin</li> <li>• Tarvittaessa voidaan soittaa</li> <li>• Tekstiviesteihin siirtyminen ei lisännyt peruutuksia</li> <li>• viestit toimivat hyvin</li> <li>• Yhdessä yksikössä harkittu viesteihin siirtymistä jonkun potilasryhmän kohdalla</li> <li>• Monimutkaista, pitäisi kertoa viestissä niin monesta asiasta</li> <li>• Kännykän käyttö ei ole kaikille potilaille helppoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työaikaa menee paljon</li> <li>• Potilailla tarve kerrata ohjeita</li> <li>• Potilaat tyytyväisiä, rohkaistuvat sanomaan ääneen</li> <li>• Sama hoitaja vastaanottamassa kuin on soittanut</li> <li>• Tarkistuslistan mukaan tehdyt puhelut säästäneet aikaa aamuissa; kaikki tekevät samalla tavalla.</li> <li>• Tehdään Apotti-kirjaukset mahdollisimman pitkälle edellisenä päivänä</li> <li>• Puhelussa saattaa ilmetä jotain, mikä johtaa leikkauksen peruuntumiseen</li> <li>• ”Puhelussa voi tunnustella ja kuulostella potilasta; ymmärtääkö ohjeet”</li> <li>• ”Kerrotaan ravinnottaolo, lääkkeiden ottamisesta ja sairaalaan tuloaika.”</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Palautetta, että se on kiva, kun soitetaan ja tulee semmoinen tunne. että heitä niinku odotetaan ja sitten se, että käytetään sanoja tervetuloa leikkaukseen tai tervetuloa yksikköömme”</i></li> <li>• <i>“itseasiassa ihan nyt saatu näyttöä siitä, että se jouduttaa sitä seuraavan aamun asiaa, että pyritään haastattelemaan niin pitkälle kuin mahdollista.”</i></li> </ul>
--	--

Kahdessa yksikössä toiminta pyritään suunnittelemaan niin, että se hoitaja, joka soittaa potilaalle edellisenä päivänä, myös ottaa hänet vastaan aamulla. Tästä toimintatavasta on tullut asiakkailta positiivista palautetta.

Seuraavan päivän suunnitteluun vaikuttaa merkittävästi seuraavan päivän leikkauslistan valmistuminen. Listan valmistuminen ajoissa on myös tärkeää toiminnan kannalta, jotta hoitajat ehtivät ajoissa ilmoittamaan seuraavan päivän potilaille saapumisajat ja hoitamaan potilaiden preoperatiivisen ohjauksen. Haastatteluissa yksiköissä lista on valmiina kello 10–12.00 välillä. Kaikkien haastateltujen mukaan leikkauslistan valmistumisaika on erittäin tärkeä sopia ja listan mahdollisista muutoksista tulee ilmoittaa seuraavan päivän työnjakoa suunnittelevalle hoitajalle tai vuorovastaavalle riippuen siitä, miten toiminta on yksikössä järjestetty.

Peruutuksiin tulee myös varautua ja käy ilmi, että peruutuksia tulee, vaikka mitä tehtäisiin.

*Vaikka ammattilainen on suunnitellut, niin potilas on kuitenkin yksilö.*

Haastatteluissa myös todettiin, että toimenpiteen peruuntuessa tulee olla valmiiksi mietittynä, kuinka ja kenen toimesta asia käydään läpi potilaan kanssa ja kuinka huolehditaan uuden leikkausajan sopimisesta.

Kahdessa yksikössä toiminta on suunniteltu niin, että salien toiset potilaat saapuvat sairaalaan klo 08.00. Näin ollen, jos ensimmäinen leikkaus jostain syystä peruuntuu, on heti ottaa toinen potilas tilalle. Näissä yksiköissä on myös ollut tapana, että kirurgi tapaa myös päivän toisen leikkauspotilaan aamulla eikä

odottelu aiheuta viiveitä sitten myöhemmin päivällä ensimmäisen leikkauksen jälkeen.

*He (kirurgit) katsovat myös sen kakkospotilaan, että saadaan siihen sitä ketteryyttä.*

Potilaille odotusaika voi muodostua pitkäksikin ja siitä tulee ajoittain palautetta. Toisaalta yksiköiden näkökulmasta on ajateltu, että on parempi, että potilaat odottavat sairaalassa ja hoitajat saavat valmistelut ajoissa tehtyä ja pääsevät sitten valmistautumaan seuraavaan päivään ja soittamaan seuraavan päivän potilaille. Yhdessä yksikössä on potilaiden saapuminen suunniteltu räätälöidysti, perustuen leikkauksien oletettuun keston ja tämä toimintatapa oli myös harkinnassa yhdessä yksikössä.

Haastatteluissa tuli esiin, että kaikessa toiminnassa tulee ottaa huomioon potilaan yksilöllinen kohtaaminen, yhdenvertaisuus ja eettisyys.

*Jokaisen hoitajan täytyy päivittäin miettiä, miten potilas kohdataan asianmukaisesti ja että toimitaan sairaanhoitajan tai lähihoitajan eettisten ohjeiden mukaan.*

Potilaiden toiveet, kulttuuri- ja muut seikat pyritään myös mahdollisuuksien mukaan ottamaan huomioon. Potilaat saattavat esittää toiveita muun muassa saapumisajasta, leikkaavasta lääkäristä, ja joku saattaa toivoa, että saa olla yksin odotusaikana. Leikkaukseen tulo on usein jännittävää ja hoitajien tulee osata tunnistaa tilanteet, jolloin potilas tarvitsee enemmän tukea. Tulkki tilataan tarvittaessa ja hoitolaitoksista tulevilla potilailla on oma hoitaja tai huoltaja mukana. Odotusaikana on tärkeä huolehtia myös potilaan viihtyvyydestä ja lämmitämisestä. Yhdessä yksikössä annetaan kaikille potilaille odotusajaksi itselämpivät lämpöpeitot.

*Jokaisen potilaan kohdalla tulee rauhoittaa oma kiire ja löytää potilaalle se hetki.  
Hoitajan rauhoittava vaikutus ja äänensävy kultaakin kalliimpaa.*

Intimiteettisuoja ja tietosuojan huomioiminen on erittäin tärkeää. Pyritään siihen, että potilaiden kanssa keskustellaan esimerkiksi lasiovien takana ja muistetaan kaikessa puheessa äänenkäyttö. Haastatteluissa mainittiin, että nimi ja henkilöllisyys joudutaan usein kysymään muiden potilaiden kuullen mutta muuten pyritään siihen, että diagnoosista ja toimenpiteestä ei puhuta muiden potilaiden kuullen. Tietosuojan toteutuminen on koettu kaikissa yksiköissä hankalaksi muun



muassa käytössä olevien tilojen takia ja se on syytä ottaa huomioon toimintaa suunnitellessa.

Kaikkien osastonhoitajien mukaan Leiko-toiminnassa on tärkeää potilasturvallisuuden huomioiminen ja toteutuminen. On tärkeää, että potilailla on rannekkeet ja potilaat tunnistetaan kaksivaiheisesti, tarkistetaan että potilaat ovat olleet ravinnotta ja noudattaneet ohjeita, kirurgit käyvät merkitsemässä leikkausalueen, ja että liikkumiseen käytetään tarvittaessa pyörätuolia. Potilaiden lähettyvillä/ saatavilla on aina oltava jonkun; avonaiset tilat on koettu hyväksi potilaiden seurannan kannalta. Potilasturvallisuudeksi mainittiin myös se, että pyritään karsimaan tarttuvat taudit, kuten esimerkiksi Covid-19, mahdollisimman hyvin pois.

Kaikki osastonhoitajat totesivat, että tarkistuslistat lisäävät potilasturvallisuutta ja yhtenäistävät hoitoa. Tarkistuslistoja löytyy Apotista ja yhdessä yksikössä tarkistuslista on käytössä soitettaessa potilaille edellisenä päivänä. Tarkistuslistojen käyttö myös yhtenäistää kirjaamista. Kukin hoitaja tietää, mitä toinen on tehnyt tai onko jokin seikka vielä varmistamatta.

*Kun on käytetty tarkistuslistoja, voidaan varmistua, että kaikki on kunnossa ja potilas voi lähteä turvallisesti leikkaussaliin.*

Yleisesti ottaen potilaspalautteen, varsinkin kirjallisen palautteen saaminen koetaan kaikissa yksiköissä hankalaksi, vaikka palautteen saaminen onkin yksi HUS:n kärkihankkeista. Suusanallista palautetta tulee jonkin verran. Palautteen keräämiseen on käytössä eri tapoja: paperilomake, tekstiviesti- ja tablettikysely. Myös palautteen antoaikoja on mietitty. Useinkaan palautteista ei pystytä erottamaan leikkausosastoa ja Leikoa. Kaiken kaikkiaan potilaat ovat yleensä tyytyväisiä Leiko-yksikön toimintaan. Saaduista potilaspalautteissa tulee usein kiitosta siitä, että potilasta on kuunneltu ja hänet on saatu tuntemaan itsensä rauhalliseksi. Negatiivista potilaspalautetta sen sijaan tulee herkästi kiireestä ja pitkästä odotusajasta. Yksi osastonhoitaja miettiikin, että

*jos kiireellä saadaan epäviihtyvyyttä ja kiireen tunnetta aikaan, niin onko se kymmenen minuutin arvoinen esimerkiksi aamun aloitusta mietittäessä.*

Kaikissa yksiköissä toivottaisiin enemmän palautetta, jotta toimintaa voitaisiin kehittää palautteiden mukaan. Tärkeänä pidetään myös sitä, että palautteet käydään säännöllisesti henkilökunnan kanssa läpi. Yhdessä yksikössä on käytössä laatuosastotunnit kerran kuukaudessa. Laatuosastotunnilla käydään läpi kuukauden aikana saadut palautteet ja Haipro-haittatapahtumailmoitukset henkilökunnan kanssa.

## 7.2 Moniammatillisen yhteistyön yhteensovittaminen

Leiko-yksiköissä työskentelee usean eri ammattiryhmän henkilöitä. Yhteistyötä tehdään valtavasti muun muassa hoidonvaraajien, lääkäreiden ja laboratorion kanssa. Yhteistyö on tärkeää ja yhteistyö vaatii yhteiset pelisäännöt. Vastauksissa kuvattiin, että monia asioita on kyllä sovittu, mutta käytäntö on eri asia. Yhteistyön sujuminen on välillä haastavaa. Yhteistyön sujuvuutta voidaan parantaa pienillä apukeinoilla ja esimerkiksi kirjaamiskäytäntöjen tulisi olla yhtenäisiä ja yhdenmukaisia.

*Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää mutta sen yhteensovittaminen!*

Haastatteluissa kävi ilmi, että toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen tarvitaan moniammatillinen tiimi. Yhteistyötä ei voi harjoitella vaan toiminta opettaa. Kaikilla ammattilaisilla tulee olla selkeä käsitys siitä, mitä kukin tekee missäkin prosessin vaiheessa, lähtien siitä, että hoidonvaraaja lähettää leikkauskutsut. Leikon hoitajilla tulee myös olla selkeä käsitys siitä, mitä preoperatiivisella poliklinikalla kerrotaan ja luvataan, sillä muuten potilaat saattavat soitella ja kysellä turhaan.

Kahdessa yksikössä mainittiin, että potilaan prosessi ja toiminnan kuvaus tulisi olla mietitty tarkkaan. Yhdessä yksikössä toimintaa on tarkasteltu yksityiskohtaisesti ja asiakaslähtöisesti ajatuksella, "jos olisin itse potilas". Haastatteluissa vastaajat totesivat myös, että prosesseja on vaikea harjoitella etukäteen ja niitä saatetaan joutua muokkaamaan toiminnan käynnistyessä.

*Prosesseja on katsottava potilaan silmin, parhaiten ja ketterästi.*

*Potilaan prosessin tulee olla kaikille tuttu ja selkeä.*

Myös tilojen käytön huolellisella suunnittelulla voidaan helpottaa ja selkiyttää yhteistyötä. Yhdessä yksikössä on vastaanottohuoneet ja tilat jaettu valmiiksi eri ammattiryhmien kesken, jotta vältyttäisiin turhilta keskeytyksiltä ja kyselyiltä.

Leiko-yksikön sijaitseminen leikkausosaston yhteydessä nähdään pääosin positiivisena asiana. Sijainnista on etua päivittäisen toiminnan kannalta ja se helpottaa henkilökunnan liikuttelua. Yhdessä yksikössä on jonkin verran holding-toimintaa ja yhdessä se on suunnitteilla. Leikon hoitajia voidaan tarvittaessa hyödyntää leikkaussalien tauottamisessa ja heräämöapuna. Työskentely Leikossa tuo myös monipuolisuutta leikkausosaston hoitajien työnkuvaan. Yhteistyö anestesialääkäreiden ja leikkaussalitiimien kesken koetaan myös helpoksi ja sujuvaksi. Negatiivisena puolena tuli ilmi se, että Leiko-toiminta sitoo leikkaussalitaitoista väkeä.

Anestesialääkäreiden kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä ja heitä voi konsultoida, ja konsultoidaan tarvittaessa. Kirurgit käyvät jokaisessa yksikössä tapaamassa potilaat ennen leikkausta, tutkivat potilaan tarvittaessa sekä tekevät leikkauspiirroksia. Yhdessä yksikössä on sovittu, että kirurgit tapaisivat potilaat ennen kello kahdeksaa mutta se toteutuu vaihtelevasti. Yksiköissä on mietitty käytäntöjä, että tarvitseeko kirurgin tavata potilas Leikossa vai voisiko tapaaminen olla leikkaussalissa. Tähän ei ollut vielä selkeää vastausta. Kirurgin tapaamisista ei muutenkaan ollut systemaattista ohjetta.

Myös lähihoitajia työskentelee Leiko-yksikössä. Lähihoitajille työ Leikossa on mielekästä ja monipuolista, ja se on haluttu työpaikka. Mainittiin, että jos yksikössä työskentelee lähihoitajia, tulee olla erikseen määritelty, mitä lähihoitaja saa tehdä ja mikä taas ei kuulu lähihoitajan työnkuvaan. Haastatteluissa kävi myös ilmi, että tulevaisuuden suuntaus on, että lähihoitajia palkataan yhä enemmän erikoissairaanhoidon sairaanhoitajien resurssihaasteiden takia.

Osastosihteereiden roolia kuvattiin kahdessa yksikössä kriittiseksi ja osastosihteerin sanottiin olevan avainasemassa. Osastosihteerit huolehtivat muun muassa potilaiden vastaanoton ja sisäänkirjaamisen, sekä yhdessä yksikössä he ohjaavat potilaat vaatteiden vaihtoon. Sihteereillä on myös tieto, missä potilaat fyysisesti ovat. Yhdessä yksikössä ei ole Leikossa erillistä osastosihteeriä, vaan siellä sairaanhoitajat huolehtivat muun muassa myös sisäänkirjauksesta.

Farmaseutti on käytössä kaikissa yksiköissä ainakin osa-aikaisesti. Farmaseutin roolia pidettiin hyvin tärkeänä, koska lääkeasioiden selvittäminen vie paljon aikaa. Farmaseutit käyvät muun muassa läpi potilaiden lääkelistat, soittavat potilaille tarvittaessa epäselvyyksistä ja muuntavat kotilääkelistat osastolääkelistoiksi.

### 7.3 Esihenkilötyö ja johtaminen Leiko-yksikössä

Esihenkilön rooli nähtiin haastateltavien vastauksissa läsnä olevana ja valmentavana johtajana. Vastauksissa pidettiin tärkeänä, että esihenkilö on helposti lähestyttävä eikä vaikuta vain taustalla. Leiko-yksiköissä toimii esihenkilötehtävissä osastonhoitajan lisäksi apulaisosastonhoitajia, jotka vielä osastonhoitajia enemmän näkyvät "kentällä" ja osallistuvat usein myös kliniseen työhön. Apulaisosastonhoitajien tehtävänä on suunnitella riittävä määrä resursseja ja riittävä määrä osaamista leikoon. Apulaisosastonhoitajat ovat myös mukana kehittämissasioissa ja miettivät yhdessä tiimin kanssa, jos on tullut jotain palautetta tai jotain kehittämisideoita. Esihenkilön tehtävänä pidettiin henkilökunnan tukena olemista ja kannustamista.

*Ja musta on tärkeää myös, että olisi niin kuin näkyvä esimies. Pyrin kuitenkin aina näyttäytymään siellä, jos en ihan joka päivä siitä kerkeä ohi menemään.*

Kaikissa haastatteluissa tuli vahvasti esille, että Leiko-yksiköissä erittäin tärkeä esihenkilötyön osa-alue on resurssien riittävyyden turvaaminen ja resurssien hyvä suunnittelu. Leiko-toiminnassa etenkin aamu on kiireinen mutta sen jälkeen työtahti helpottaa. Aamun toiminta tulee turvata, vaikka Leikosta olisikin poissaoloja. Kaiken kaikkiaan kävi ilmi, että on tärkeää miettiä, kuinka resursseja käytetään tehokkaasti. Mietitään, mitä tehtäviä kukin voi tehdä ja tekee; työnjaon tulee olla järkevästi suunniteltua.

Hoitajapula ja resurssien riittävyys nähtiin haasteena, mutta toisaalta myös koettiin, että Leiko-yksikkö on työpaikkana vetovoimainen. Syiksi vetovoimaisuuteen nähtiin työn sisältö, päivätyö (vuorotyön sijaan), yhdessä yksikössä etätyömahdollisuus (preoperatiivisten puheluiden soittaminen) sekä esimerkiksi mahdollisuus työskennellä erikoissairaanhoidossa lähihoitajana.

Päivittäisjohtaminen yksiköissä on yleensä apulaisosastonhoitajan tai vuorovastaavan/listanvetäjän tehtävänä. Päivittäisjohtamiseen kuuluu esimerkiksi äkillisten poissaolojen vaatimat toimenpiteet, työn tasainen jakaminen ja läsnäolo, sekä yhteydenpito muihin yksiköihin/vastaaminen potilaiden yhteydenottoihin.

*Meillä on apulaisosastonhoitaja, joka tietysti mun tukemana vastaa siitä päivittäisjohtamisesta. Häntä ei ole ainoastaan LEIKOon sijoitettu, vaan hänellä on toinen tiimi poliklinikalla. Hän suunnittelee, että siellä on oikeaa osaamista, oikea määrä, oikeana päivänä ja sitten on myös niissä tiimin kehittämisasioissa, ja palavereita ja yhdessä sitten tiimin kanssa miettii, jos on tullut palautetta tai jotain kehitettävää. Mutta apulaisosastonhoitaja osastonhoitajan tukemana (vastaa) ihan siinä päivittäisjohtamisessa ja mä osastonhoitajana sitten koko toiminnasta tietenkin.*

Päivittäisen työnjaon tekevät Leiko-yksiköiden hoitajat tai vuorovastaava (yhdessä yksikössä). Työnjako tehdään tiettyjen raamien mukaan, esimerkiksi potilaiden kunto ja hoitajien kokemus vaikuttavat työnjakoon. Kuvattiin myös Leiko-yksikön ratkaisevan ongelmatilanteita tai esimerkiksi työnjaolliset tehtävät itsenäisesti. Vuorovastaavan tehtävää pidettiin vaativana ja kuormittavana, ja tehtävän kierrättämistä pidettiin tärkeänä juuri kuormituksen takia. Yhdessä yksikössä leikkausosaston listavetäjä vastaa myös Leiko-yksikön toiminnasta päivän aikana.

*Siellä on joka vuorossa vuorovastaava ja hänellä on se ykköspuhelin elikkä hän pitää sitä taskussaan ja jos tulee sitten jotakin asioita, vaikka listanvedosta tai siitä koordinaattorilta, niin sitten soitetaan siihen vuorovastavalle.*

*Listanvetäjä eli leikkaussalinkoordinaattori vastaa Leikosta, koko tästä toiminnasta, että ei ole erikseen mitään Leiko-vastuuhoitajaa. Listanvetäjä sitten on yhteyksissä ja sitten pyytää esimerkiksi tauottamaan ...*

Haastateltavien mukaan esihenkilön roolissa muutosjohtajana korostuvat henkilökunnan osallistaminen ja informointi.

*Esihenkilöiden tulee olla mukana, läsnä, tukemassa päätöksiä ja tuomassa turvaa henkilöstölle. Henkilöstön täytyy tietää, että olemme yhdessä muutoksessa.*

*Muutoksessa pitäisi sitten tiedottaa hyvin ja noin. On paljon muutoksia, johon ei voida vaikuttaa ... Pitäisi pystyä tietysti vaikuttaa, että ajoissa [voisi pitää] esimerkiksi yhteistoimintakokouksen.*

*Henkilökunnan mukaan ottaminen muutoksissa on erittäin tärkeää. Vaikka ei voisi vaikuttaa mutta on tullut kuulluksi, on erittäin tärkeää.*

*Ammattilaiset tietävät mikä toimii ja mikä ei.*

Esihenkilö nähtiin rinnalla kulkijana muutoksessa, mutta vastauksissa kuvattiin myös henkilökunnan haastavan esihenkilöä muutostilanteissa.

*Muutosjohtamisessa varmasti on sitten se, että oma esihenkilötiimi on siellä läsnä ja mukana. Eikä vaan niin, että mene sä sinne työryhmään ja pärjäile, että hienoa kun on työntekijä kutsuttu. Mutta on siellä taustalla eikä vaan taustalla vaan mukana rinnalla tukemassa niissä haastavissa päätöksissä.*

*Ja sitten tietysti pitää myöskin hyväksyä se, että monenlaisia mielipiteitä tulee ja haastetaan ... esihenkilöä siinä muutoksessa.*

Muutosvastarinnalle ja muutoksen sopeutumiselle tulisi vastauksien mukaan antaa aikaa ja tilaa. Se, että henkilökunta on mukana jo muutoksen suunnitteluvaiheessa ja pääsee vaikuttamaan muutoksen sisältöön ja kulkuun, helpottaa muutoksen tai uuden toiminnan sujumista. Vastauksissa nousi myös esille, että on monia muutoksia, joihin ei ole mahdollista päästä vaikuttamaan, ja niiden hyväksyminen vie aikaa ja voi olla raskasta.

*Meillä on hyvä esimerkki tästä nyt, kun me olla siirretty tänne uusiin tiloihin vuosi sitten täällä poliklinikalla ja ihmiset pääs mukaan siihen suunnittelu-työhön vaikkei kaikkeen sit pystynyt vaikuttamaankaan, niin siit tuli todella hyvää palautetta ja hyvää mieltä.*

#### 7.4 Tulosten yhteenveto

Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että Leiko-yksiköiden toiminta ja sen peruspiirteet ovat hyvin samankaltaisia huolimatta yksiköiden eroista taustatekijöiden suhteen (koko, potilasmäärät, aloitusvuosi). Tyypillistä on työn ja toiminnan aaltoliike: usein kuormitus on korkea heti aamusta leikkauspotilaiden saapuessa, ja toisaalta tahdin ja kuormituksen rauhoittuminen päivän edetessä. Iltapäivisin Leiko-yksiköissä keskitytään seuraavan päivän suunnitteluun, potilaiden kutsumiseen ja preoperatiiviseen valmisteluun ja toimintaan.

Lähes kaikki (yli 90 prosenttia) suunniteltuun leikkaukseen tulevat potilaat saapuvat Leiko-yksikön kautta. Vain erittäin huonokuntoiset tai leikkausta edeltävää erityishoitoa vaativat potilaat tai esimerkiksi muistamattomat potilaat tulevat leikkaukseen vuodeosaston kautta.

Leiko-yksikössä työskentely vaatii hyvän perehdytyksen ja monipuolista erityisosaamista. Hoitajan tulee hallita preoperatiiviset valmistelut ja potilaan hyvä ohjaus, ja hänellä tulee olla eri erikoisalojen tuntemusta. Aiempi kokemus tai osaminen anestesia- tai leikkaussalisairaanhoitajan työstä koettiin eduksi.

Preoperatiivinen ohjaus, tapahtui se sitten poliklinikalla tai/ja Leiko-yksikössä, koettiin kriittisen tärkeäksi. Leikkaussaliaika on tarkoin aikataulutettua ja kallista, joten potilaan hyvä ohjaus ja oikea valmistautuminen on tärkeässä roolissa. Preoperatiivinen ohjaus Leiko-yksiköissä hoidetaan yhdessä yksikössä pääasiallisesti tekstiviesteillä, ja vain tarvittaessa soitettiin potilaalle. Kahdessa yksikössä potilaille soitetaan edellisenä päivänä. Potilaiden ohjaukseen liittyvää keskustelua oli kaikissa haastatteluissa erittäin paljon. Molempiin ohjaustapoihin liittyy hyviä ja huonoja puolia.

Leiko-yksikön sijaitseminen leikkausosaston yhteydessä nähtiin pääosin positii-visena asiana. Sijainnista leikkausosaston yhteydessä on etua päivittäisen toiminnan kannalta ja se helpottaa henkilökunnan liikuttelua. Leikon hoitajia, joilla on myös leikkaussali- ja heräämöösaamista, voidaan tarvittaessa hyödyntää leikkaussalien tauottamisessa ja heräämööapuna. Leikossa työskentely tuo myös monipuolisuutta leikkausosaston hoitajien työnkuvaan. Leikon sijainnin leikkausosaston yhteydessä koettiin myös helpottavan ja sujuvoittavan yhteistyötä anestesialääkäreiden ja leikkaussalitiimien kanssa.

Asiakaslähtöisyys ja siihen pyrkiminen nousi esiin kaikissa haastatteluissa. Potilaan yksilöllinen kohtaaminen, yhdenvertaisuus ja eettisyys tulee ottaa huomioon kaikessa toiminnassa ja sen suunnittelussa. Potilaiden toiveet, kulttuuri- ja muut seikat tulee pyrkiä myös ottamaan huomioon mahdollisuuksien mukaan. Potilaat saattavat esittää toiveita muun muassa saapumisajasta, leikkaavasta lääkäristä, ja joku saattaa toivoa, että saisi olla yksin odotusaikana. Leikkaukseen tulo on usein jännittävää ja hoitajien tulee osata tunnistaa tilanteet, jolloin potilas

tarvitsee enemmän tukea. Odotusaikana on tärkeä huolehtia myös potilaan lämmittämisestä.

Intimiteettisuoja ja tietosuojan huomioiminen nähtiin erittäin tärkeänä. Yksiköissä pyritään siihen, että potilaiden kanssa keskustellaan esimerkiksi lasiovien takana ja muistetaan kaikessa puheessa äänenkäyttö. Haastatteluissa mainittiin, että nimi ja henkilöllisyys joudutaan usein kysymään muiden potilaiden kuullen mutta muuten pyritään siihen, että diagnoosista ja toimenpiteestä ei puhuta muiden potilaiden kuullen. Tietosuojan toteutuminen koettiin kaikissa yksikössä hankalaksi muun muassa käytössä olevien tilojen takia, ja se on syytä ottaa huomioon toimintaa suunnitellessa.

Kaikkien osastonhoitajien mukaan Leiko-toiminnassa on tärkeää potilasturvallisuuden huomioon ottaminen ja toteutuminen. On tärkeää, että potilailla on rannekkeet ja potilaat tunnistetaan kaksivaiheisesti, tarkistetaan että potilaat ovat olleet ravinnotta ja noudattaneet ohjeita, kirurgit käyvät merkitsemässä leikkausalueen, ja että liikkumiseen käytetään tarvittaessa pyörätuolia. Potilaiden lähetyvillä/ saatavilla on aina oltava joku; avonaiset tilat koettiin hyväksi potilaiden seurannan kannalta. Potilasturvallisuudeksi mainittiin myös se, että tarttuvat taudit, kuten esimerkiksi Covid-19, pyritään seulomaan mahdollisimman hyvin.

Kaikissa yksiköissä todettiin, että tarkistuslistat lisäävät potilasturvallisuutta ja yhtenäistävät hoitoa. Tarkistuslistoja löytyy Apotista ja yhdessä yksikössä tarkistuslista on käytössä jo soitettaessa potilaille edellisenä päivänä. Tarkistuslistojen käyttö yhtenäistää myös kirjaamista. Tarkistuslistojen avulla on helpompi olla ajan tasalla, mitä toinen on jo tehnyt ja huomionut.

Potilaan Leiko-prosessi on moniammatillista yhteistyötä, ja sen toteutuminen edellyttää hyvää suunnittelua ja yhteispeliä. Potilas kohtaa tai hänen hoitoonsa osallistuu lyhyessä ajassa monia ammattilaisia. Yhteistyön kannalta on tärkeää tietää, mitä kunkin ammattiryhmän tehtäviin kuuluu. Päivittäisen toiminnan suunnittelu lepää lähiesihenkilöiden harteilla, mutta monet tilanteet ratkaistaan Leiko-yksiköissä itsenäisesti vuorovastaavan johdolla tai tiimin kesken. Prosessin toimivuutta on hankala testata etukäteen ja yksi haastateltava ehdottaakin, että toiminnan alkaessa joku henkilö irrotettaisiin ensimmäisiksi pari viikoksi seuraamaan prosessin sujuvuutta ja tarttumaan mahdollisiin ongelmakohtiin.



Seuraavan päivän suunnitteluun vaikuttaa merkittävästi seuraavan päivän leikkauslistan valmistuminen. Listan valmistuminen ajoissa on tärkeää toiminnan kannalta, jotta hoitajat ehtivät ajoissa ilmoittamaan seuraavan päivän potilaille saapumisajat ja hoitamaan potilaiden preoperatiivisen ohjauksen.

Haastatteluissa kysyttiin osastonhoitajien kokemusta muutosjohtamisesta erilaisissa muutoksissa tai uuden toiminnan aloittamisessa. Kaikki toivat esiin hyvän tiedottamisen ja viestinnän tärkeyden. Henkilökunnan mukaan ottaminen ja osallistaminen jo muutoksen suunnitteluvaiheessa nähtiin tärkeänä. Osastonhoitajat toivat esiin myös esihenkilön haastamisen muutostilanteissa sekä muutosvastarinnan esiintymisen, etenkin tilanteissa, kun muutosvaade tuli ”ylhäältä” ja ilman mahdollisuutta ennakointiin ja riittävän ajoissa tiedottamiseen. Muutoin esihenkilön rooli Leiko-yksikössä nähtiin läsnä olevana, tukea antavana ja mahdollistavana, valmentavana johtajana. Kaikki esihenkilöt pyrkivät olemaan helposti tavoitettavissa ja myös näkyvän arjessa. Usein enemmän päivittäisessä toiminnassa mukana ja sitä johtamassa on osastonhoitajan sijaan apulaisosastonhoitaja.

Leiko-yksiköissä erittäin tärkeä esihenkilötyön osa-alue on resurssien riittävyyden turvaaminen ja resurssien hyvä suunnittelu. Kiireisen aamun toiminta tulee turvata, vaikka Leikosta olisikin esimerkiksi sairauspoissaoloja. Kaiken kaikkiaan kävi ilmi, että on tärkeää miettiä, kuinka resursseja käytetään tehokkaasti. Työnjaon ja tehtävien jakamisen tulee olla hyvin suunniteltua. Vastauksissa mainittiin myös, että hybridiosaajat helpottavat ja sujuvoittavat resurssien sijoittelua päivittäisen toiminnan mukaan. Heidän osaamistaan voidaan hyödyntää esimerkiksi leikkaussalien ja heräämön tauotuksessa.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Sekä aiemmat tutkimukset että haastattelutulokset nostivat esiin Leiko-prosessin hyvän suunnittelun tärkeyden. Haastatteluvastauksissa Leikon toimintaa verrattiin kuin hyväksi koreografiaksi, jossa kaikkien tulee tietää paikkansa ja tehtävänsä. Toiminnan tulee olla mahdollisimman saumatonta, moniammatillista yhteistyötä. Aiemmissä tutkimuksissa on niin ikään todettu, että kaikkien työpanos vaikuttaa hoidon lopputulokseen. Toiminnan suunnittelussa tulee ottaa huomioon asiakkaan näkökulma, tiimien tiedonkulku ja kommunikaatio. (Coffey ym., 2018, s.194–195; Tengvall, 2010, s. 5; Tohmo, 2010, s.310–311.)

Potilaan hyvä preoperatiivinen ohjaus on ensiarvoisen tärkeää hänen saapuaan suoraan leikkaukseen kotona. Preoperatiivinen arvio ja ohjaus ovat perusta onnistuneelle leikkaushoidolle, ja vaativat sairaanhoitajalta rautaista ammattitaitoa. Turunen on väitöskirjatutkimuksessaan (2018) todennut, että preoperatiivisella hoitotyöllä varmistetaan olennaisen tiedon saaminen potilaan kokonaistilanteesta leikkaukseen liittyen. Tiivis preoperatiivinen yhteistyö potilaan kanssa edistää potilaan valmistautumista ja myös parantaa leikkauksen tulosta. Potilaan lääkitys tulee myös selvittää hyvin ja potilaan tulee saada selkeät ohjeet toimenpidepäivänä otettavaan lääkitykseen. Väärin otetut lääkkeet saattavat johtaa jopa leikkauksen peruuntumiseen. (Omole, 2021.) Panostamalla hyvään preoperatiiviseen ohjaukseen, voidaan vaikuttaa leikkausten peruuntumisiin. Peruuntumiset ovat ikäviä potilaille ja käyttämätön saliaika erittäin kallista. (Emanuel & Macpherson, 2013; Laisi, 2012; Turunen, 2018.)

Kaiken hoidon perustana on potilasturvallisuus, josta kokonaisvastuu on organisaatiolla: on turvattava riittävät resurssit ja osaaminen. Toiminnan on oltava laadukasta, ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista. Toiminnan hyvä suunnittelu, riskien ennakointi ja ehkäisy sekä tarvittavat korjaukset kuuluvat potilasturvallisuudesta huolehtimiseen. (Karma ym. 2016, s. 9; L 1326/2010 8§.) Potilasturvallisuus on pohjana myös uutta yksikköä perustettaessa ja kaikessa siihen liittyvässä päätöksenteossa.

Potilasturvallisuudesta tulee huolehtia itse Leiko-prosessissa monin tavoin: potilaan hyvä preoperatiivinen ohjaus, potilaan tunnistaminen vakiintuneella sisäänkirjausprosessilla ja potilasrannekkeilla. Tutkimustuloksissa nousi esiin tarkistuslistojen käyttö ja tarpeellisuus Leiko-prosessissa. Tarkistuslistan avulla pystytään varmistumaan, että kaikki olennainen on varmasti huomioitu hoidon kaikissa vaiheissa ja sen koettiin lisäävän hoidon turvallisuutta ja hyvää tiedonkulkua. Käytössä tulee olla myös vakioitu raportointimalli (ISBAR) sekä mahdollisista vaaratai haittatapahtumista (HaiPro) tulee ilmoittaa (Hus laatu- ja potilasturvallisuus, 2022).

Esihenkilötyö Leikossa ja sen toiminnan suunnittelussa edellyttää hyvää suunnittelua, henkilökunnan osallistamista ja ajantasaista tiedonvälitystä. Muutoksessa henkilökunta on hyvä ottaa mukaan jo sen suunnitteluvaiheessa. Mahdollisuus vaikuttaa ja saada tietoa muutoksista jo sen varhaisissa vaiheissa auttaa sitoutumaan, ja motivoi olemaan mukana muutoksessa. Myös Mattila (2007) on todennut osallistavan suunnittelun ja toteutuksen etuina olevan henkilöstön sitoutumisen sekä mahdollisuuden hyödyntää arjen operatiivista tuntemusta ja hiljaista tietoa. Haittapuolina hän on toisaalta maininnut etenemisen hitauden, tehtävänannosta rönsyämisen ja lopputuloksen ennakoimattomuuden. Muutoksessa esihenkilön läsnäolo ja tuki sekä esimerkki on tärkeää. (Pirinen, 2014, s. 61–92; Turja, 2022, s. 49–51.) Leiko-toiminnassa keskiössä on päivittäisen toiminnan ja resursien hyvä suunnittelu. Työ ei ole tasaista, vaan siinä on selkeät ruuhka-ajat, jolloin resursseja tarvitaan enemmän. Leikon ollessa leikkausosaston yhteydessä, on mahdollista kierrättää henkilökuntaa esimerkiksi Leikon ja heräämön välillä (hybridiosaajat).

Toiminnan seuraamisen, asiakastyytyväisyyden ja kehittämisen kannalta on tärkeää kerätä potilaspalautetta. Tämä on todettu myös HUS Laatu ja potilasturvallisuus- raportissa (2022). Palautteissa esiinnousseita asioita voidaan käyttää kehittämiskohteina. Yleisesti ottaen potilaat ovat tyytyväisiä Leiko-toimintaan (Keränen & Keränen, 2011; Hämäläinen, 2015) ja tämä tuli ilmi myös haastatteluissa. Haastatteluiden perusteella palautetta toivottiin saatavaksi nykyistä enemmän ja nimenomaan Leiko-toimintaan kohdistuvaa palautetta. Yleisesti ottaen potilaspalautteen keräämisen tärkeys nousi esiin haastatteluissa, ja sen on todennut

tärkeäksi myös Kulmala (2019). On tärkeä ottaa huomioon, että asiakaslähtöisyyden huomioiminen parantaa myös moniammatillista yhteistyötä ja lisää henkilökunnan tyytyväisyyttä. Henkilökunnan tyytyväisyys näkyy hyvänä asiakaspalveluna, parantaa hoidon laatua ja lisää potilastyytyväisyyttä. (Hämäläinen, 2015, Kulmala, 2019; Laaksonen & Ollila, 2017.)

Keräsen ym. (2008) tutkimuksessa sekä tämän opinnäytetyön tuloksissa Leikon sijaitseminen leikkausosaston yhteydessä koettiin yleensä toimivaksi ratkaisuksi, joka parantaa niin asiakaskokemusta kuin moniammatillisen yhteistyön ja sujuvan leikkaustoiminnan toteutumista. Leikkaussalityön osaaminen helpottaa Leiko työn oppimista ja lisää ymmärrystä siitä, koska potilas on leikkauskelpoinen. Hybridiosaajat helpottavat ja sujuvoittavat resurssien sijoittelua päivittäisen toiminnan mukaan. Leikon henkilökuntaa voi hyödyntää myös salien ja heräämön tauotuksessa. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaat myös kyselevät paljon. Leikkaussalityön osaaminen ja ymmärrys siitä, mitä leikkaussalissa tapahtuu parantaa preoperatiivista ohjaamista ja nopeuttaa myös hoitajien perehdytystä. Hoitajien pitää osata ohjata ja neuvoa potilaita myös siitä, mitä tapahtuu ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Schad ym. (2021) mukaan leikkausosaston henkilökunnan osaamista voidaan hyödyntää myös suunnittelemalla toiminta niin, että osa leikkaussalissa tehtävistä toimenpiteistä tehdään jo ennen leikkaussaliin menoa.

Lopuksi kootusti tärkeimpiä huomioon otettavia asioita:

- Henkilökunnan osallistaminen muutokseen
- Hyvin suunniteltu asiakaslähtöinen Leiko-prosessi
- Päivittäisen toiminnan ja resurssien suunnittelu
- Preoperatiivisen ohjauksen tärkeys
- Potilasturvallisuuden huomioon ottaminen
- Moniammatillisen yhteistyön sujuvuus
- Osaaminen, perehdyttäminen
- Palautteen kerääminen ja toiminnan kehittäminen

## 9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kaikessa tutkimuksessa on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomessa tutkimuseettisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä on laatinut tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) yhteistyössä suomalaisen tiedeyhteisön kanssa. Keskeisiksi lähtökohdiksi hyvässä tieteellisessä käytännössä mainitaan tiedeyhteisön tunnustaminen toimintatapojen noudattamien. Tähän sisältyy rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä ja esimerkiksi arvioinnissa. Tutkimuksessa tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaista ja eettisesti kestävästä tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluu avoimuus ja vastuullisuus, joka tulee huomioida myös tuloksia julkaistessa. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja siitä raportointi tulee tehdä tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tarvittavista tutkimusluvista ja mahdollisesta eettisestä ennakkoarvioinnista tulee huolehtia. Tieteellinen tutkimus on luotettavaa ja eettisesti hyväksyttävää ainoastaan, jos se on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön (HTK) edellyttämällä tavalla. (TENK, 2012.)

Laadullisessa tutkimuksessa eettiset kysymykset liittyvät tutkimuksen kaikkiin vaiheisiin aiheenvalinnasta, tutkimustulosten raportointiin ja mahdolliseen aineiston arkistointiin. Luotettavuus tarkastelussa tutkitaan sitä, onko tutkimuksen kaikki vaiheet tehty oikein ja vastaako tutkimustulokset tutkimuskysymyksiin. Kaiken luotettavuustarkastelun edellytys on riittävä dokumentointi. Dokumentaation avulla voidaan arvioida tehtyjä ratkaisuja. Tärkeää on myös perustella tiedonkeruu-, analysointi ja tiedontulkinnassa käytettävien menetelmien valinnat. Tutkimuksen tekijällä on vastuu noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä ja vastuu rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Kananen, 2017, s. 176; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 151; Vuori, 2022, Tutkimusetiikka ihmistieteissä.)

Opinnäytetyössä on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä ja yleistä huolellisuutta tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimusmenetelmät ovat olleet tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja tutkimuksessa on noudatettu tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullisuutta. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset on otettu huomioon ja heidän tekeemiin töihin on tehty asianmukaiset viittaukset oppilaitoksen ohjeiden mukaan. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteellisesti asetettujen vaatimusten tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta; Tuomi & Sarajärvi, 2018, 151; Vilkka, 2021b, s. 42.)

Tuomi ja Sarajärvi (2018) ovat todenneet, että jo tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta. Tutkijan tulee pohtia valitsemansa aiheen merkitystä, hyödyllisyyttä ja myös sitä, kuinka se vaikuttaa siihen osallistuviin. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s.163.) Tämän opinnäytetyön aiheenvalinta perustui toisen tutkijan työnantajan pyyntöön. Tutkimus on ollut ajankohtainen ja tarpeellinen. Tutkimuksen tulokset tulevat palvelemaan Jorvin leikkaus- ja anestesiaosasto K:ta tulevassa muutoksessa, muutoksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tutkimuksen aihe on siis perusteltu ja työlle on tarvetta.

Opinnäytetyölle on laadittu opinnäytetyösuunnitelma ja se on oppilaitoksessa hyväksytty. Tutkijat ovat osallistuneet myös opinnäytetyön ohjauksiin, ja he ovat noudattaneet opinnäytetyönohjaajien neuvoja ja ohjeita. Opinnäytetyölle on myös myönnetty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) opinnäytetyölupa (Liite 6). Lupahakemuksen liitteenä täytettiin tietosuojaja rekisteriseloste, jossa kuvattiin tutkimuksen tietosuojaja salassapito näkökulmat ja tietojen arkistointi. Tutkimuksessa ei olla kerätty henkilötietoja. Haastateltavien yhteystietoja on käytetty vain haastatteluaikojen sopimiseen. Tuloksissa ei olla käsitelty henkilö- eikä yksikkötietoja.

Aineistonkeruu aloitettiin perehtymällä tutkimuksen kannalta oleelliseen kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin. Ymmärrystä aiheesta lisättiin myös vierailemalla kolmessa HUS- alueen Leiko-yksikössä; seuraamalla toimintaa ja keskustelemalla nykyisten Leiko-yksiköiden henkilökunnan kanssa. Teoreettisella viitekehysellä on kuvattu tutkittava aihe ja luotu tutkijoille ja lukijoille ymmärrys

tutkittavasta aiheesta. Luotettavuuden takaamiseksi aineiston tiedonkeruu ja aineiston keruussa ilmenneet erityispiirteet, mahdolliset ongelmat ja tutkijan mielestä muut merkitykselliset asiat on kuvattu. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s.164.)

Tutkimusetiikka konkretisoituu erityisesti aineistonkeruuvaiheessa. Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja tietoiseen suostumukseen. On huolehdittava, että tutkimukseen osallistuvat saavat riittävästi tietoa tutkimuksesta tietoista suostumusta varten ja myös tiedon siitä, että kieltäytyminen tai keskeyttäminen on mahdollista missä vaiheessa tahansa. Osallistujien tulee voida luottaa tutkijoiden hyvään etiikkaan ja esimerkiksi siihen, että heitä ei tunnisteta julkaistussa opinnäytetyössä ja kerätty aineisto tuhoaan asianmukaisesti. Tutkijan eettiseen vastuuseen kuuluu kertoa rehellisesti tutkittavalle mahdollisista haitoista ja eduista. Samoin tutkittavan tiedossa on oltava, kuinka aineistoa säilytetään ja tulokset julkaistaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, s. 217–219; Vilka, 2021, luku Aineiston eettiset lähtökohdat.) Tietoinen suostumus pohjautuu kaikkeen tähän, ja tutkittavat ovat allekirjoittaneet suostumuslomakkeen (Liite 5).

Luotettavuuden varmistamiseksi on perusteltava, miksi ja millä perusteella haastateltavat on valittu ja kuinka kutsut on lähetetty (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 164). Haastattelupyynnöt lähetettiin viidelle Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) Leiko-yksikön osastonhoitajalle ja tämän lisäksi neljälle haastatteluun suostuneelle soitettiin ja sovittiin hyvissä ajoin haastattelu-aika. Haastateltavat valittiin heidän asiantuntemuksensa perusteella. Tutkijat ajattelivat, että haastateltavat pystyvät antamaan vastauksia tutkimusongelman kannalta oleellisiin asioihin. Tutkimuksessa oli tavoitteena hakea tietoa uuden yksikön perustamiseen ja muutosjohtajuuteen uuden toiminnan alkaessa. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Teemahaastateltaville lähetettiin haastattelupyynnössä saatekirje ja tietoa opinnäytetyön tavoitteista ja sisällöstä. Saatekirjeen mukana he saivat edeltävästi tietoonsa haastattelun teemat. Heille pyrittiin antamaan kattavasti tietoa tietoista suostumusta varten, ja he saivat myös kopion tutkimusluvasta. Loppujen lopuksi haastateltujen määrä oli kolme, koska yhden haastateltavan kanssa ei saatu aikaa sovittua useista yrityksistä huolimatta.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan laadullisessa tutkimuksessa muun muassa uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden kriteereillä. Uskottavuus tarkoittaa sitä, että lukija ymmärtää, miten tutkimuksen analyysi on tehty sekä tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet. Tarkastelun kohteena on tällöin analyysiprosessi ja tulosten validiteetti. Tutkijan tulee kuvata analyysinsä mahdollisimman tarkasti ja sisällyttää tutkimukseen esimerkiksi liitteitä, joissa analyysin etenemistä kuvataan alkuperäistekstistä alkaen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, s. 197–198; Noble & Smith, 2015.)

Aineiston analyysimenetelmäksi valittiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimuoto ja se sopii hyvin haastatteluaineiston työstämiseen. Analyysin tavoitteena oli luoda kattava kuvaus tutkittavasta aiheesta aineistoon perustuen ja löytää aineistosta merkityksiä, aineistolähtöinen sisällönanalyysi sopi hyvin tähän tarkoitukseen. (Erlingsson & Brysiewicz, 2017; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 103, s. 164.) Kaikki analyysin vaiheet on kuvattu yksityiskohtaisesti ja mukaan on liitetty myös kuvia havainnollistamaan analyysin toteutusta.

Analyysin tuloksena syntyneistä teemoista on koottu opinnäytetyön lopulliset tulokset. Tulokset perustuvat aineistoon. Tutkijoiden ovat olleet kriittisiä analyysiä tehdessä ja pyrkineet siihen, että ennakkokäsitykset eivät olisi vaikuttaneet analyysiin. Jotta tuloksista päästiin tekemään johtopäätöksiä, tuloksia on vertailtu aiheesta aiemmin tiedettyyn ja tutkittuun tietoon. (Erlingsson & Brysiewicz, 2017.)

Tutkimuksen puolueettomuutta on lisännyt, että tutkijoita on ollut kaksi. Tutkijat työskentelevät hyvin erilaisissa yksiköissä ja he pystyivät kriittisesti keskustelemaan tutkimuksen eri vaiheissa. Toinen tutkijoista on mukana omassa yksikössään Jorvin leikkaus- ja anestesiaosasto K:lla Leiko-työryhmässä ja tulee tulevaisuudessa työskentelemään uudessa Leiko-yksikössä. Toinen tutkijoista työskentelee myös HUS:ssa mutta eri tulosyksikössä. Tutkijat ovat pyrkineet vuoropuhella ja yhdessä pohtimalla saavuttamaan luotettavia tuloksia ja olemaan sokeutumatta aineistolle. Työn edetessä analysointi ja tulosten raportointi on edellyttänyt myös jatkuvaa peilaamista tutkijoiden omaan asemaan HUS-organisaatiossa



ja ennakkokäsitykseen ja -oletuksiin käsillä olevasta aiheesta. (Kananen, 2014, 153.)

Opinnäytetyö julkaistaan julkaisuseminaarissa esittelemällä prosessi ja sen tulokset ohjaaville opettajille ja muille opiskelijoille. Laajemmalle yleisölle opinnäytetyö tullaan julkaisemaan kirjallisesti sähköisessä tietokannassa (Theseus). Opinnäytetyöstä kirjoitetaan myös Hus opinnäytetyön tutkimuslupaprosessiin kuuluva loppuraportti Hus Tutkijanpöytä- sovelluksen ohjeiden mukaan.

## 10 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena on ollut kuvata, mitä kuuluu Leiko-prosessiin ja tutkia, mikä tekee Leiko-toiminnasta sujuvaa ja onnistunutta ottaen huomioon myös toiminnan asiakaslähtöisyys. Lisäksi työn tavoitteena on ollut selvittää, mitä hyötyjä tulevalla muutoksella saadaan aikaan. Työn tavoitteet ovat toteutuneet hyvin. Työssä on kuvattu Leiko-prosessi ja tuotu esiin toimintaan liittyvät erityispiirteet ja asiakaslähtöisyyden huomioonottaminen sekä toimintaa suunniteltaessa että kehitettäessä. Tässä opinnäytetyössä on myös kuvattu, kuinka toiminta on tähän asti toteutettu Jorvin sairaalassa. Toiminnan siirtyessä yksiköstä toiseen on myös tärkeää tietää, miten toiminta on tähän asti toteutettu, ja mitä toimintaan on kuulunut.

Teemahaastatteluilla saatiin kattavasti vastauksia tutkimuskysymyksiin. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä haettiin vastauksia siihen, mikä tekee Leiko-toiminnasta sujuvaa ja toimivaa. Haastatteluissa saadut vastaukset tukivat aiempaa tietoa ja tutkimusta aiheesta. Leiko-toiminnassa yhteistyö preoperatiivisen poliklinikan kanssa on tärkeää. Potilaiden huolellinen valmistautuminen ja ohjaus leikkaukseen on tärkeää, ohjauksen tulee olla perusteellista ja systemaattista. Kaiken selvitystyön tulee tapahtua ennen leikkaussaliin menoa, jotta leikkaussalissa voidaan edetä mahdollisimman sujuvasti. Toiminnan suunnittelussa voi myös miettiä, mitä tavallisesti leikkaussalissa tehtävistä leikkausvalmisteluista voidaan tehdä jo Leiko:ssa ennen leikkaussaliin siirtymistä.

Leiko-toiminnassa erityistä huomioita vaatii moniammatillisen yhteistyön sujuvuus, tiedonkulku, kommunikaatio, resurssisuunnittelu ja potilaan sujuva prosessi. Prosessia tulee tarkastella yksityiskohtaisesti, asiakaslähtöisesti ja tutkituun tietoon perustuen. Toiminta tulee suunnitella kaikki ammattiryhmät huomioiden ja kaikkien ammattilaisten tulee olla hyvin selvillä siitä, mitä potilaan prosessiin kuuluu ja mitä missäkin vaiheessa tapahtuu.

Leiko-hoitajien tulee ymmärtää, mitä tietoa tarvitaan ja miksi. Hoitajien tulee myös tietää, kenelle tieto on oleellinen ja keneltä voi tarvittaessa kysyä neuvoja. On tärkeää, että kaikki hoitoon osallistuvat ammattiryhmät toimivat yhteisesti sovittujen käytänteiden mukaan ja esimerkiksi kirjaukset tehdään yhteisesti sovitulla tavalla. Näin toimimalla turvataan hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku ammattilaisten välillä. Potilaille leikkauspäivä on ainutkertainen ja jännittävä tapahtuma. Jokaiselle potilaalle tulisi olla riittävästi aikaa. Toiminnan tulee olla ripeätä ja tehokasta mutta kiireen tuntu ei saisi välittyä potilaalle.

Opinnäytetyön toinen tutkimuskysymys koski esihenkilötyötä ja johtamista Leiko-toimintaa aloitettaessa. Sekä aiempi tutkimus että haastateltavien vastaukset nostivat esiin muutoksen hyvän suunnittelun, henkilökunnan osallistamisen ja avoimen viestinnän tärkeyden. Osaston henkilökunta on tärkeä ottaa mukaan suunnittelemaan toimintaa. Toiminnan aloituksen jälkeen sen sujumista on hyvä tarkastella päivittäin/ viikoittain ja reagoida ongelmakohtiin mahdollisimman nopeasti. Henkilökunnan kanssa on hyvä käydä keskusteluja ja esimerkiksi kerätä palautetta toiminnasta ja toiminnan sujumisesta. Myös potilaspalautteen kerääminen on tärkeää ja toimintaa tulee jatkuvasti kehittää palautteen mukaan. On hyvä huomioida, että asiakkailta/ potilailta voi kysyä palautetta ja toiveita myös palvelun aikana. On tärkeää, että potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa palveluun ja yksikköön halutaan tarvittaessa tulla uudestaan. Ammattitaitoisella ja motivoituneella henkilökunnalla saadaan tyytyväiset potilaat ja myös henkilökunta viihtyy hyvin työssään.

Leikon siirtyminen leikkausosaston yhteyteen tulee helpottamaan moniammatillisen yhteistyön tekemistä, mutta se edellyttää yhteisiä pelisääntöjä ja yhtenäisiä toimintatapoja kaikkien ammattiryhmien kesken kaikki ammattiryhmät huomioiden. Leikkausosaston henkilökunnan osaamista voidaan hyödyntää päivittäisen toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa, potilaiden ohjauksessa sekä potilaan valmisteluissa leikkaukseen jo ennen leikkauksaliin siirtymistä. Huomioitavaa on, että Leiko-työ vaatii paljon osaamista ja perehdytyksen tulee olla laadukasta ja perehdytyksessä tulee käydä läpi myös moniammatillisen yhteistyön tekeminen. Leikkaussalityön osaaminen ja ymmärtäminen nopeuttaa perehtymistä Leiko-työhön.

Uskomme, että Leiko-toiminta tulee hyvin toimiessaan parantamaan ja tehostamaan leikkausosaston ja leikkaussalien toimintaa. Leiko-toiminta tulee myös lisäämään Jorvin leikkaus- ja anestesiaosasto K:n hoitotyön monipuolisuutta ja se lisää osaston vetovoimaa ja myös pitovoimaa.

Opinnäytetyö tulee hyödyttämään Jorvin leikkaus- ja anestesiaosasto K: esihenkilöitä Leiko-toimintaa suunnitellessa ja toteutettaessa. Opinnäytetyön ei ole tarkoitus antaa valmiita ratkaisuja, vaan työn on tarkoitus tuoda tietoa ja näkökulmia esihenkilöille suunnittelun ja päätöksenteon tueksi. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää jatkossa myös muissa yksiköissä, joissa ollaan suunnittelemassa ja aloittamassa tai kehittämässä Leiko-toimintaa.

Opinnäytetyön yhtenä tarkoituksena on ollut tuottaa tietoa työelämään ja erityisesti esihenkilötyöhön. Sen lisäksi sen tarkoituksena on ollut kehittää opinnäytetyön tekijöitä ja heidän ammatillista osaamistaan. Opinnäytetyöprosessissa henkilökohtaista kehittymistä on tapahtunut tutkimusmenetelmäosaamisessa alkaen aineistonkeruusta ja akateemisten tutkimusten ja kirjallisuuden lukemisesta, teemahaastattelusta menetelmänä ja laadullisesta sisällönanalyysistä. Kriittinen ja analyysoiva ote ympäröivään todellisuuteen, omaan alaan ja työhön on parantunut. Tässä työskentelyssä lisäarvoa on tuonut yhdessä tekeminen, sillä keskustelu, vaihtoehtojen punnitseminen ja eettinen tarkastelu tutkimuksen eri vaiheissa on ollut aktiivista ja avartavaa. Opinnäytetyössä tekijät ovat perehtyneet muun muassa Leiko-toimintaan, potilasturvallisuuteen, asiakaslähtöiseen hoitoon, esimiesnäkökulmaan ja muutosjohtamiseen. Tämä on tuonut arvokasta osaamista ja asiantuntijuutta tekijöille, josta varmasti on hyötyä tulevaisuudessa ja omalla työuralla.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia muutoksen vaikutuksia: kuinka Leiko-toiminnan aloittaminen on vaikuttanut leikkausosaston toimintaan ja työhyvinvointiin, sekä leikkausosaston toimintalukuihin ja asiakastyytyvyyteen. Myös itse muutosprosessin kulusta ja esimerkiksi muutosviestinnän onnistumisesta olisi hyödyllistä tehdä jatkotutkimusta.

*” Hyvin suunniteltu prosessi, ketterästi, potilaan parhaaksi”*

## LÄHTEET

- Aantaa, R., Alahuhta, S., Olkkola, K., Reinikainen, M. & Yli-Hankala, A. (2016) *ASA-riskiluokitus on suomennettu uudelleen*. [http://www.finnan-est.fi/files/nyt\\_asa.pdf](http://www.finnan-est.fi/files/nyt_asa.pdf)
- Coffey C., Cho E., Wei E., Luu A., Ho M., Amaya R., Pecson, M., Dalton, F., Kahaku, D., Spellberg, B. & Sener, S. (2018). *Lean methods to improve operating room elective first case on-time starts in a large, urban, safety net medical center*. The American Journal of Surgery, Volume 216, Issue 2, 194-201, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29803501/>
- Emanuel, A. & Macpherseon R. (2013). *The anaesthetic pre-admission clinic is effective in minimising surgical cancellation rates*. Anaesth Intensive Care. 2013 Jan;41(1):90-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23362896/>
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). *A hands-on guide to doing content analysis*. African Journal of Emergency Medicine, 7(3), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
- Eskola, J. & Vastamäki, J. (2015). Teoksessa Raine Valli & Juhani Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. PS-kustannus.
- Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2013). *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Fioca.
- HUS Laatu ja potilasturvallisuus. *Suunnitelma 2022 – Raportti 2021*. 21.3.2022. <https://www.hus.fi/sites/default/files/2022-03/laatu-ja-potilasturvallisuus-suunnitelma-2022-ja-raportti-2021.pdf>
- Hus- Tilakeskus 9.5. 2017 *Jorvin sairaalan K-leikkausosaston ja alapuolisten tilojen peruskorjaus hankesuunnitelma*.
- Hämäläinen, L. (2015). *Lasten kirurginen hoitoprosessi muutoksessa: Lasten, nuorten, vanhempien ja henkilökunnan näkökulma*. [Progradu, Turun yliopisto].
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (1997). *Tutki ja kirjoita*. Tammi.
- Isotalo, A. (2017). *Elektiivisen leikkauspotilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa Suomessa*. [Väitöskirja, Turun yliopisto.]

<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144134/AnnalesC447Isotalo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Järvinen, P. (2017). *Menestyvän työyhteisön pelisäännöt* (3.painos.). Alma Talent.
- Kananen, J. (2014). *Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018) *Tutkimus hoitotieteessä*. Sanoma Pro Oy.
- Kallankari, S. (2019). *Muutoksen johtaminen arjessa. Opas sosiaali- ja terveydenhuoltoon* (1. painos.). Duodecim.
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. (2016). *Perioperatiivinen hoitotyö*. Sanomapro.
- Keränen J, Soini EJ, Ryynänen OP, Hietaniemi K, Keränen U. (2007). *Economic evaluation comparing From Home to Operation same day admission and preoperative admission one day prior to the surgery process: a randomized, controlled trial of laparoscopic cholecystectomy*. *Curr Med Res Opin.* 2007 Nov;23(11):2775-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17939880/>
- Keränen J, Keränen U. (2011) *From Home To Operation (FHTO)--a new surgical admission centre: does the comprehensive initialisation of a new process harm surgery outcome?* *Scand J Surg.* 2011;100(2):136-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21737392/>
- Keränen, U. & Keränen J. (2006). *LEIKO-prosessi ja Perinteinen Preoperatiivinen Prosessi Vertailussa*. *Suomen Lääkärilehti* 36/ 2006, 3603–3607.
- Keränen, U., Karjalainen, E., Pitkänen, P. & Tohmo, H. (2008). *Leikkaukseen kotoa -malli soveltui valtaosalle leikkauspotilaista Hyvinkäällä*. *Suomen Lääkärilehti* 45/2008, 3887–3891.
- Kolvanki, S. (2020). *Muutosjohtamisen toteutuminen kompleksisessä terveydenhuollon ympäristössä. Osallistuva muutosjohtaminen*. Pro gradu, Vaasan yliopisto.
- Kontinen, V. & Poikajärvi, S. (2022). Atek uutiset toukokuu. HUS intranet. <https://hussote.sharepoint.com/sites/00001/tiedotteet/Sivut/ATeK-uutiset,-toukokuu-2022.aspx>. Saatavilla 22.5.2022.

- Kulmala, S., Roos, M., & Suominen, T. (2019). *Palvelujen asiakaslähtöisyyden turvaaminen hoitotyön johtajien ydintehtävänä*. *Hoitotiede* 31(2). [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/118442/Palvelujen\\_asiakaslahtoisyyden\\_turvaaminen\\_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/118442/Palvelujen_asiakaslahtoisyyden_turvaaminen_2019.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- L785/ 1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista* 17.8.1992/ 785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=hoitoon%20p%C3%A4%C3%A4sy>
- L1326/2010. *Terveystieteiden tutkimuslaki* 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki#L1P8>
- L1050/2018. *Tietosuojalaki*. 5.12.2018/1050 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>
- Laaksonen, H. & Ollila, S. (2017). *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa*. Edita.
- Laisi, J. (2012). *From home to operation (FHTO): A preoperative process*. [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis\\_laisi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis_laisi.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Noble, H., & Smith, J. (2015). *Issues of validity and reliability in qualitative research*. *Evidence-based nursing*, 18(2), 34–35. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102054>
- Mattila, P. (2007). *Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen*. Talentum.
- Omole, O. B., Torlutter, M., & Akii, A. J. (2021). *Preanaesthetic assessment and management in the context of the district hospital*. *South African Family Practice*, 63(1, Part 3), 1–7. <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5357>
- Pirinen, H. (2014). *Esimies muutoksen johtajana*. Talentum.
- Puusa, A. (2020). Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Ristikangas, M-R, Ristikangas, V. (2010). *Valmentava johtajuus*. WSOYpro.

- Ristolainen, H., Roivas, P., Mustonen, E., & Hujala, A. (2020). *Asiakaslähtöinen palveluohjaus*. Teoksessa A. Hujala, & H. Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (s. 244–245). Tampere University Press. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/123995/978-952-359-022-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Schad, S., Booke, H., Thal, S., Bentley, A. & Booke M. (2021). *The Recovery Room: Transition from a Sleepy Postoperative Unit to a Vibrant and Cost-Effective Multipurpose Perioperative Care Unit*. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2021 Oct 19;13: 893-896. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34707381/>
- Soback, D. (2021). *Valmentava johtajuus*. Basam Books Oy.
- Särkijärvi, S. (16.4.2021). *Preoperatiivinen hoito*, Sairaanhoitajan käsikirja, Terveysportti. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01710/search/leikkausta%20edelt%C3%A4v%C3%A4>
- Tengvall, E. (2010). *Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille*. [Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. Terveystieteiden tiedekunta nro 32. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9862/urn\\_isbn\\_978-952-61-0226-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9862/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Tohmo, H. (2010). Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? *Finnanest* 43 (4), 310–311. [http://www.finnanest.fi/files/tohmo\\_miten.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tohmo_miten.pdf)
- Tuomi, J. & Sarajärvi A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.
- Turja, T. (2022). *Rather sooner than later: Participatory change management associated with greater job satisfaction in healthcare*. *Journal of Advanced Nursing*. 2022 Jan 12, 49–51. <http://doi.org/2010.1111.jan.15133>
- Turunen, E., Miettinen, M., Setälä, L. & Katri Vehviläinen-Julkunen (2019). *Elective Surgery Cancellations During the Time Between Scheduling and Operation*. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Volume 34, Issue 1, 97-107, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947218300091>



- Turunen, E. (2018). *Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elektivisten leikkausten peruuntumisiin*. [Väitöskirja, Itä- Suomen yliopisto]. [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20233/urn\\_isbn\\_978-952-61-2838-2.pdf](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20233/urn_isbn_978-952-61-2838-2.pdf)
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (i.a.). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitleminen Suomessa*. Saatavilla 23.11.2021. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineisto/HTK-ohje-2012>
- Tuulaniemi, J. (2011). *Palvelumuotoilu*. Alma Talent. <https://www.elibrary.com/reader/978952141688>
- Viitala, R. & Jylhä, E. (2019). *Johtaminen- keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit*. Edita.
- Vilka, H. (2021a). *Näin onnistut opinnäytetyössä: ratkaisut tutkimuksen umpikujiin*. PS- kustannus.
- Vilka, H. (2021b). *Tutki ja kehitä*. PS-kustannus.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011) *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen*. Saatavilla 26.1.2022. <https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>
- Vuori, J. Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Saatavilla 14.10.2022. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallanalyysi/>
- Vuori, J. *Tutkimus etiikka ihmistieteissä*. Teoksessa Jaana Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Saatavilla 28.2. 2022. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimusetiikka-ihmistieteissa/>

Liite 1 Anestesiakelpoisuus sairaanhoitajan arvioimana (Jorvin kirurgian poliklinikka, 2017)



## Liite 2 ASA-luokitus

## ASA-luokitus

ASA-luokka	Määritelmä	Esimerkkejä (lista ei ole kattava)
ASA I	Terve	<b>Terve</b> Ei tupakoi, ei käytä alkoholia ollenkaan tai käyttää vain vähäisiä määriä.
ASA II	Lievä yleissairaus	<b>Ei rajoita toimintakykyä merkittävästi.</b> Tupakointi, kohtuullinen alkoholinkäyttö, raskaus, lihavuus (BMI 30-40) Hyvässä hoitotasapainossa oleva diabetes tai verenpainetauti, lievä keuhkosairaus.
ASA III	Vakava yleissairaus	<b>Rajoittaa toimintakykyä merkittävästi.</b> Yksi tai useampi kohtalainen tai vakava sairaus. Huonossa tasapainossa oleva diabetes tai verenpainetauti, keuhkohtaumatauti, sairaalloinen lihavuus (BMI $\geq 40$ ), aktiivinen hepatiitti, alkoholiriippuvuus tai väärinkäyttö, implantoitu tahdistin, kohtalaisesti alentunut ejektiofraktio, säännöllinen dialyysihoito loppuvaiheen munuaissairauden vuoksi, yli 3 kk sitten sairastettu sydäninfarkti, aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai TIA, yli 3 kk sitten tehty sepelvaltimoiden stenttaus tai sepelvaltimotauti ilman epästabiileja tapahtumia viimeisten 3 kk sisällä.
ASA IV	Jatkuvasti henkeä uhkaava vakava yleissairaus	Akuutti sydänlihaskemia, vaikea läppävika, matala ejektiofraktio, äskettäin (< 3 kk) sairastettu sydäninfarkti, aivoinfarkti, aivoverenvuoto, TIA tai äskettäin (<3 kk) tehty sepelvaltimoiden stenttaus, sepsis, DIC, ARDS tai loppuvaiheen munuaissairaus ilman säännöllistä dialyysihoitoa.

### Liite 3 Saatekirje tutkimukseen osallistuville

Hyvä osastonhoitaja,

Opiskelemme Helsingin Diakonia ammattikorkeakoulussa YAMK-tutkintoa linjalla monialainen ja yhteensovittava johtaminen. Teemme opinnäytetyön Jorvin anestesia- ja leikkausosasto K:lle aiheesta LEIKO-toiminnan aloittaminen Jorvin sairaalan anestesia- ja leikkausosasto K:lla, muutosjohtaminen uuden toiminnan alkaessa. Toivoisimme Teidän osallistuvan haastattelututkimukseen.

LEIKO (leikkaukseen kotoa) -toiminta on aloitettu Jorvin sairaalassa v. 2014. LEIKO on toiminut omissa tiloissaan erillään leikkausosastosta. Vuonna 2023 Jorvin anestesia- ja leikkausosasto K: n peruskorjauksen jälkeen toiminta siirtyy HUS vatsakeskukselta Anestesia, teho ja kivunhoito (Atek) tulosityksikölle (1.1.2022 lähtien Atek on osa Maakunnalliset kliiniset palvelut -tulosaluetta).

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa Jorvin sairaalan anestesia- leikkausosasto K:n esimiehille tietoa LEIKO- toiminnasta muutosjohtamisen tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata LEIKO-prosessi, tutkia mikä tekee LEIKO-toiminnasta toimivaa, onnistunutta huomioiden myös asiakaslähtöisyys ja selvittää, mitä hyötyjä tulevalla muutoksella saadaan aikaan.

Tutkimuskysymykset ovat:

Mitkä asiat vaikuttavat LEIKO-toiminnan sujuvuuteen ja toimivuuteen?

Mitä asioita tulee ottaa huomioon LEIKO-toiminnanaloituksessa johtamisen näkökulmasta?

Opinnäytetyötä varten tehdään haastattelututkimus. Tutkimus suoritetaan teema-haastatteluna 3–5 Hus-alueen LEIKO-yksikön osastonhoitajalle. Haastateltavat tulevat saamaan haastattelun teemat ja kysymysrunгон etukäteen (haastatteluaikojen sopimisen jälkeen). Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujilta pyydetään kirjallinen suostumus. Haastattelu voidaan toteuttaa puhelimitse tai paikan päällä yksikössänne. Haastattelu tullaan luvallanne äänittämään ja äänitteet tullaan tuhoamaan niiden purkamisen jälkeen. Haastatteluissa ei

käsitellä henkilötietoja, eikä vastaajia eikä yksiköjä tulla tunnistamaan lopullisesta raportista. Haastattelun kesto on arviolta 30–45 minuuttia.

Opinnäytetyö valmistuu loppuvuodesta 2022. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan julkaisuseminaarissa esittelemällä prosessi ja sen tulokset ohjaavalle opettajalle ja muille opiskelijoille. Laajemmalle yleisölle opinnäytetyö tullaan julkaisemaan kirjallisesti sähköisessä tietokannassa (Theseus). Opinnäytetyötä ohjaavat lehtori Sakari Kainulainen ([sakari.kainulainen@diak.fi](mailto:sakari.kainulainen@diak.fi)) ja lehtori Jouko Porkka ([jouko.porkka@diak.fi](mailto:jouko.porkka@diak.fi)) Diakonia-ammattikorkeakoulusta Helsingissä.

Soitamme Teille kysyäksenne halukkuudestanne osallistua tutkimukseen ja suostuessanne sovimme haastatteluajan. Samalla vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin,

Veera Linnavirta, YAMK-opiskelija, kättilö AMK (HUS Naistenklinikka, Päivystyspoliklinikka). Puh. 050-5853079

Sähköpostiosoite: [veera.linnavirta@student.diak.fi](mailto:veera.linnavirta@student.diak.fi)

Annika Toivonen, YAMK-opiskelija, sairaanhoitaja (HUS Jorvin sairaala, Anestesia- ja leikkausosasto K). Puh. 050-5469716

Sähköpostiosoite: [annika.toivonen@student.diak.fi](mailto:annika.toivonen@student.diak.fi)

## Liite 4 Haastattelun teemat ja kysymysrunko tutkijoille

### **Teema 1 LEIKO-toiminnan edellytykset**

- Mitä erityisesti otettava huomioon leiko- yksikön toimintaa suunnitellessa?
- Minkälaiset resurssit LEIKO-toiminta vaatii? Miten työvuorosuunnittelu on toteutettu? Leiko-viikot, satunnaisia päiviä? Miksi?
- Kuinka monta hoitajaa on perehdytetty LEIKO-työhön? Perehdytyksen pituus?
- Miten moniammatillinen yhteistyön potilaan hoidossa on toteutettu ja toteutuu LEIKO-yksikössä? Esimerkiksi kirurgin tapaaminen?
- Mitä hyötyä tai haittaa näette siinä LEIKO-yksikön sijainnista leikkausosaston yhteydessä? Perustelut.

### **Teema 2 Muutosjohtaminen, esimiestyö ja päivittäisjohtaminen**

Miten näkisitte, että henkilökunta tulisi huomioida muutoksessa?

Kuinka henkilökunta on osallistunut muutoksen/LEIKO-toiminnan suunnitteluun ja toteuttamiseen?

Millaisia koulutustarpeita Leiko-toiminta asettaa?

- Kuka vastaa yksikkönne päivittäisestä toiminnasta?
- Kuinka päivittäisjohtaminen on toteutettu?
- Miten työnjako hoitajien kesken on suunniteltu?
- Mitkä asiat vaikuttavat päivittäisen toiminnan suunnitteluun ja sujuvuuteen? Mihin aikaan seuraavan päivän leikkauslista on valmiina? Perustelut?
- toiminnan käynnistämiseen liittyvät haasteet. Miten ne on ratkaistu?

### **Teema 3 Asiakslähtöisyys**

Miten asiakslähtöisyys ja eettisyys (mm. tietosuoja, toiveet, yksityisyys) on huomioitu yksikössä?

Kuinka potilaan preoperatiivinen ohjaus osaltanne toteutetaan? Soitetaanko potilaalle vai lähetetäänkö esimerkiksi tekstiviesti? Perustelut.

Yksilövastuisen hoitotyön, hoidon jatkuvuuden toteutuminen.

(Esimerkiksi: sama hoitaja LEIKO:ssa ja heräämössä?)

Miten potilasturvallisuus on huomioitu? Mahdollisten tarkistuslistojen käyttö?  
Keräättekö asiakaspalautetta? Jos niin, mitkä asiat nousevat palautteista esiin esimerkiksi potilastyytyväisyyden näkökulmasta?

Taustatietoja LEIKO-yksiköstä:

Mistä vuodesta lähtien leiko on ollut toiminnassa?

Potilasmäärä: aamulla saapuvat/ potilaat per päivä/ vuosi

Leikon aukioloajat, potilaiden saapumisaika aamulla.

Onko yksikössänne holding- toimintaa (esimerkiksi puudutusten laitto, laskimo-  
valtimokanylointi)? Jos on, kuinka se on toteutettu?

## Liite 5 Haastattelun teemat tutkimukseen osallistuville

Taustatietoja LEIKO-yksiköstä:

Mistä vuodesta lähtien LEIKO-yksikkö on ollut toiminnassa?

Potilasmäärä: aamulla saapuvat/ potilaat per päivä/ vuosi

### Teema 1 LEIKO-toiminnan edellytykset

- Resurssit
- Perehdytys
- Moniammatillisuus
- Mitä erityisesti tulisi ottaa huomioon LEIKO- yksikön toimintaa suunnitellessa?

### Teema 2 Muutosjohtaminen, esimiestyö ja päivittäisjohtaminen

- Henkilökunta muutoksessa
- Koulutustarpeet
- Toiminnan käynnistämisen erityispiirteet, mahdolliset haasteet
- Päivittäisjohtaminen
- Päivittäisen toiminnan suunnittelu ja sujuvuus

### Teema 3 Asiakaslähtöisyys

- Miten asiakaslähtöisyys ja eettisyys on huomioitu yksikössä?
- Preoperatiivinen ohjaus
- Yksilövastuisten hoitotyön, hoidon jatkuvuuden toteutuminen.
- Potilasturvallisuus
- Asiakaspalaute



## Liite 6 Opinnäytetyösuunnitelman tiivistelmä Hus opinnäytetyölupahakemukseen

Opinnäytetyön tekijät: sh Veera Linnavirta ja sh Annika Toivonen

Jorvin sairaalassa LEIKO-toiminta on aloitettu v. 2014. LEIKO on toiminut omissa tiloissaan erillään leikkausosastosta. Vuonna 2023 Jorvin anestesia- ja leikkausosasto K: n peruskorjauksen jälkeen toiminta siirtyy HUS vatsakeskuksesta Anestesia, teho ja kivunhoito (Atek) tuloyksikölle (1.1.2022 lähtien osa Maakunnalliset kliniset palvelut -tuloasaluetta).

Hus- Tilakeskuksen, 4.5.2018 päivätyyn, Jorvin sairaalan K- leikkausosaston ja alapuolisten tilojen peruskorjaus hankesuunnitelman mukaan tavoitteena on, että täysin peruskorjatuissa leikkaussaleissa voidaan toteuttaa nykyistä enemmän leikkaustoimenpiteitä maltillisella henkilöstön lisäyksellä. Kaikki leikkaussalit soveltuvat kaikkien potilasryhmien hoitoon, mikä helpottaa päivittäisjohtamista ja mahdollisuuksia sijoittaa leikkaustoimenpiteet joustavasti. Potilaiden prosessi sujuu ilman viiveitä yksiköön integroituvan LEIKO-yksikön avulla. (Hus-tilakeskus, 2018, s. 6.) LEIKO-yksikölle tulee uudet tilat leikkausosaston välittömään läheisyyteen ja LEIKO- toiminta siirtyy osaksi leikkausosaston toimintaa.

Opinnäytetyö tehdään osaston esihenkilöille muutosjohtamisen tueksi Jorvin anestesia ja leikkausosasto K: n esihenkilöiden pyynnöstä. Leikkausosaston esimiehenä toimii osastonhoitaja, joka on avainasemassa muutoksessa ja uuden toiminnan aloittamisessa.

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa Jorvin sairaalan anestesia- leikkausosasto K: n esihenkilöille tietoa LEIKO- toiminnasta muutosjohtamisen tueksi.

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata LEIKO-prosessi, tutkia mikä tekee LEIKO-toiminnasta toimivaa, onnistunutta huomioiden myös asiakaslähtöisyys ja selvittää, mitä hyötyjä muutoksella saadaan aikaan.

Tutkimuskysymykset ovat:

Mitkä asiat vaikuttavat LEIKO-toiminnan sujuvuuteen ja toimivuuteen?

Mitä asioita tulee ottaa huomioon LEIKO-toiminnanaloituksessa johtamisen näkökulmasta?

Opinnäytetyön tulokset tulevat hyödyttämään ja palvelemaan Jorvin anestesia- ja leikkausosasto K:n esihenkilöitä uuden toiminnan aloittamisen suunnittelussa, aloittamisessa ja muutoksen johtamisessa.

Tiedonkeruu toteutetaan kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin perehtyen sekä haastatellaan teemahaastattelu-menetelmällä neljää nykyistä Hus-alueen LEIKO-yksikön osastonhoitajaa LEIKO- toiminnasta.

Opinnäytetyön yhtenä tiedonkeruu menetelmänä tulee olemaan teemahaastattelut. Haastatteluun osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja osallistujien tietoiseen suostumukseen. Tietoinen suostumus edellyttää, että vastaaja saa riittävästi tietoa tutkimuksesta ja siitä, kuinka tietoja käsitellään. Haastatteluissa ei käsitellä henkilötietoja eivätkä vastaajat ole tunnistettavissa tuloksista. Tuloksissa ei tulla mainitsemaan yksiköiden nimiä. Haastattelut tullaan tallentamaan. Tallenteet tuhoetaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Henkilötietoja (nimi, sähköpostiosoite ja puhelinnumero) tullaan käyttämään vain haastatteluajkojen sopimiseen.

Haastattelupyynnöt tullaan lähettämään sähköpostitse ja puhelimitse suoraan osastonhoitajille ja haastatteluajat tullaan sopimaan etukäteen puhelimitse. Osastonhoitajat tulevat saamaan haastattelun teemat haastatteluajkaa sovittaessa.

Teemahaastattelu tehdään osastonhoitajien työajalla ja se kestää noin (30-)45 min.

Opinnäytetyöstä ei aiheudu muita kustannuksia.

Opinnäytetyön luotettavuutta tullaan arvioimaan muun muassa teemahaastattelussa nousseiden asioiden vastaavuudella aiempaan tutkimustietoon ja teoreettiseen viitekehykseen.

Opinnäytetyön tiedonkeruu aloitetaan syksyllä 2021 ja se jatkuu keväällä 2022. Hus opinnäytetyötutkimusluvan myöntämisen jälkeen toteutetaan teemahaastattelut neljälle Hus alueen osastonhoitajalle. Tulosten analyysi toteutetaan kevään ja kesän 2022 aikana. Opinnäytetyön raportti kirjoitetaan syksyn 2022 aikana ja opinnäytetyö valmistuu vuoden 2022 marras- joulukuussa.

Opinnäytetyö julkaistaan julkaisuseminaarissa esittelemällä prosessi ja sen tulokset ohjaavalle opettajalle ja muille opiskelijoille. Laajemmalle yleisölle opinnäytetyö tullaan julkaisemaan kirjallisesti sähköisessä tietokannassa (Theseus).

## Liite 7 Tutkittavan suostumuslupa

Minua on pyydetty osallistumaan YAMK opinnäytetyö: LEIKO-toiminnan aloittaminen Jorvin sairaalan anestesia- ja leikkausosasto K:lla: Muutosjohtaminen uuden toiminnan alkaessa liittyvään teemahaastatteluun.

Minulle on selvää, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja pystyn kieltäytymään ja keskeyttämään osallistumiseni missä vaiheessa haastattelua tahansa. Tietoja, joita annan ei saa luovuttaa ulkopuolisille. Minua ei tunnista opinnäytetyön mistään vaiheesta. Yhteystietojani voi käyttää ainoastaan haastatteluajankohdan sopimiseen.

Annan suostumukseni osallistuakseni opinnäytetyötä varten tehtävään teemahaastatteluun.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti haastatteluun

Paikka ja päiväys

---

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimenselvennös

## Liite 8 Hus opinnäytetyölupa

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät	Annika Toivonen, Veera Linnavirta
Yliopisto / amk	Diakonia ammattikorkeakoulu, Helsinki
Opinnäytetyön nimi	LEIKKO-toiminnan aloittaminen Jorvin sairaalan anestesia- ja leikkausosastolla. Muutosjohtaminen uuden toiminnan alkaessa.
HUS tutkimuksen vastuuhenkilö	Tarja Pöllänen
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat	Kainulainen Sakari, Porkka Jouko

## Tutkimuksen suorituspaikka

MAAKUNNALLISET KLIINISET PALVELUT: MAKU LEIKKAUSSALIT TEHO- JA KIVUNHOITO / Puolto, Neffling Tarja-Leena, 04.02.2022

HYKS SAIRAANHOITOALUE: HYKS VATSAKESKUS / Puolto, Kaira Anna-Maija, 04.02.2022

HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE: HYVINKÄÄ Sairaanhoitoalueen johto / Puolto, Sandell Tanja Kaarina, 08.02.2022

LOHJAN SAIRAANHOITOALUE: LOHJA Sairaanhoitoalueen johto / Puolto, Mikkonen Sinikka Helena, 16.02.2022

## Aineisto

Potilaat/Omaiset	Ei
Henkilökunta	Kyllä, Lukumäärä: 4
Asiakirjat/Rekisterit	Ei
Muu, mikä	Ei
Tutkimusmenetelmä	Haastattelu

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot	-
Tutkimusluvan alkamispäivä	-
Tutkimusluvan päättymispäivä	-
Tutkimusluvan hyväksyjä	Pitkäranta Anne Irene
Hyväksyjän kotitulosyksikkö	YHTYMÄHALLINTO
Hyväksyjän toimi	Tutkimusjohtaja

Tutkimusluvan myöntämiseen liittyvät asiakirjat on tallennettu Tieteellisen tutkimuksen rekisteriohjelmaan (Tietu).