



POTILAAT HOIDON LAADUN ARVIOIJINA LEIKO-TOIMINNASSA

Laura Valtari

Laura Vepsäläinen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

VALTARI, LAURA & VEPSÄLÄINEN, LAURA:
Potilaat hoidon laadun arvioijina Leiko-toiminnassa

Opinnäytetyö 48 sivua
Maaliskuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla potilastyytyväisyyskyselyn avulla. Opinnäytetyön ongelmat olivat: Miten hyvän hoidon laatukriteerit toteutuvat Leiko-yksikön toiminnassa potilaspalautteiden perusteella? Mihin potilaat ovat tyytyväisiä Leiko-toiminnassa? Mitkä ovat Leiko-toiminnan kehittämiskohteet potilaiden kokemusten perusteella?

Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa leikkausosaston Leiko-yksikön hoitohenkilökunnalle sekä esimiehille ja hallinnolle potilaiden kokemuksista ja tyytyväisyydestä toiminnan kehittämisen pohjaksi. Tulosten pohjalta saatiin tietoa asioista, joihin tulevaisuudessa tulee kiinnittää enemmän huomiota ja joihin potilaat toivoivat muutosta. Lisäksi opinnäytetyön tekijöiden tavoitteena oli lisätä omaa ammatillista ymmärrystä perioperatiivisessa hoitotyön laadun arvioinnissa.

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää. Aineisto kerättiin eräältä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolta keväällä 2013 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimesta. Vastauksia kyselyyn tuli 98. Potilastyytyväisyyskysely tehtiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli 10 eri kysymyskohtaa. Kyselylomake sisälsi eri vastausvaihtoehtoja sisältäviä kysymyksiä sekä kaksi avointa kysymystä.

Kyselylomakkeen avulla saaduissa tuloksissa ilmeni, että vastaajat olivat tyytyväisiä Leiko-toimintaan ja saamaansa hoidon laatuun. Tulosten perusteella vastaajat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja tietoon, hoitohenkilökuntaan ja Leiko-yksikön ilmapiiriin. Kehittämiskohteiksi potilaspalautteissa nousivat yksityisyyden huomioiminen, Leiko-yksikön tilat sekä kirjallisen ohjausmateriaalin saaminen.

Asiasanat: Leiko-toiminta, hoitotyön arvot ja periaatteet, hoidon laatu, hyvä hoito, potilastyytyväisyys

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

VALTARI, LAURA & VEPSÄLÄINEN, LAURA:
Patients as Evaluators of Quality of Care in From Home To Operation Process

Bachelor's thesis 48 pages
March 2014

The purpose of this study was to examine patients' experiences of same day admission at one surgery ward in Pirkanmaa hospital district by means of a patient satisfaction questionnaire. The questions of the study were: How are the quality of care criteria actualized in from home to operation unit based on the patient satisfaction questionnaire? What kind of experiences do patients have of from home to operation process? What are the development targets in from home to operation process based on patients experiences?

This study had a quantitative approach. The data were collected in spring 2013 by Pirkanmaa hospital district with a patient satisfaction questionnaire from patients. A total of 98 questionnaires were returned.

The objective of this study is to provide the staff of the same day admission ward as well as the managers and administration with knowledge about patients' experiences and satisfaction in order to develop the process.

Patients were content with from home to operation process and with the quality of care. Based on the results patients were content with guidance and information, nursing staff and atmosphere in the from home to operation unit. Development targets are privacy, from home to operation unit's environment and written guidance material.

Key words: from home to operation, values and principles of nursing, quality of care, patient satisfaction

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE.....	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
3.1 Leiko-toiminta	9
3.1.1 Leikkaukseen kotoa	9
3.1.2 Leiko-potilaan hoitopolku.....	11
3.2 Hoitotyön eettisyys	14
3.2.1 Arvot ja periaatteet.....	14
3.2.2 Eettiset ohjeet.....	16
3.3 Hyvä hoito potilaan kokemana.....	18
3.3.1 Hyvä palvelukokemus.....	18
3.3.2 Hoidon laatu.....	19
3.3.3 Potilastyytyväisyys	20
3.3.4 Potilaiden kokemukset hoidon laadusta.....	21
4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA.....	23
4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	23
4.2 Aineiston kerääminen ja analysointi	24
5 TULOKSET	25
5.1 Taustatiedot	25
5.2 Potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ennen leikkausta.....	26
5.3 Potilaan näkemys soiton tärkeydestä ja saadusta ohjauksesta puhelimesta.....	28
5.3 Leiko-yksikkö.....	29
5.3.1 Leiko-yksikön löytäminen	29
5.3.2 Kokemukset Leiko-yksiköstä	30
5.3.3 Odotusaika Leiko-yksikössä	31
5.4 Vastaajien antama vapaa palaute Leiko-toiminnasta	32
6 POHDINTA	34
6.1 Johtopäätökset	34
6.2 Luotettavuus	37
6.3 Eettisyys	38
6.4 Kehittämishaasteet ja pohdinta.....	39
LIITTEET	46

1 JOHDANTO

LEIKO -leikkaukseen kotoa toiminta on saanut alkunsa Hyvinkään sairaalassa vuonna 2000. Leikkaukseen kotoa -prosessi antaa potilaalle mahdollisuuden viettää edellisen yön kotona, ja saapua leikkaukseen vasta leikkauspäivän aamuna. Leiko-toiminnan on todettu olevan kustannustehokasta; säästöä syntyy sekä potilaalle että sairaalalle, kun leikkausta edeltävien vuodeosastopäivien kustannukset vältetään. Tutkimusten mukaan potilaat ovat olleet tyytyväisiä Leiko-toimintamalliin, kun odotusaika ennen leikkausta lyhenee ja sairaalassa vietetty aika vähenee. Potilaat myös välttävät vuodeosastolla mahdollisesti tapahtuvaa altistusta bakteeritartunnoille. Leiko-toiminta tekee preoperatiivisesta hoitoprosessista yhdenmukaisemman ja potilaskeskeisemmän. (Keränen 2006, 1412-1414; Tohmo 2010, 311.)

Hoitotyön arvot ja periaatteet kuvaavat yleistä käsitystä hoidon laadusta (Pelkonen & Perälä 1992, 66-67). Ne sisältyvät myös hoitotyön eettisiin ohjeisiin, jotka ohjaavat hoitotyön tekijöiden toimintaa turvaten potilaan hyvän hoidon (Pelkonen & Perälä 1992, 67; Strandell-Laine, Heikkinen, Leino-Kilpi & van der Arend 2005, 266). Laatua ja sen hallintaa koskevia säädöksiä on määritelty myös Suomen lainsäädännöllä. Hoidon laatu määräytyy sen kyvyssä vastata potilaan tarpeisiin ja vaatimuksiin. Laadunhallintaan kuuluu toiminnan arviointi ja parantaminen. Hoitotoiminnoilta edellytetään turvallisuutta, asianmukaisuutta ja laadukkuutta. (Koivuranta-Vaara 2011, 7-8.)

Potilaskyselyjen avulla tutkitaan potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. Potilastyytyväisyys on yksi osa-alue hoidon laatua tarkasteltaessa. (Leino-Kilpi & Vuorenhimo 1992, 25-26.) Potilaspalautetta on hyvä kerätä säännöllisesti, jotta saadaan selvityksiä potilaiden mielipide senhetkisestä tilanteesta hoitoyksikössä. Tämän pohjalta pyritään löytämään kehityskohteita ja viemään toimintaa sitä kautta enemmän potilaiden toiveita ja tarpeita vastaavaksi. (Leinonen 2007, 6; Hiidenhovi, Åstedt-Kurki & Paunonen-Ilmonen 2001, 12.)

Opinnäytetyön aihe on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilaama ja sen tarkoituksena on selvittää potilaiden tyytyväisyyttä hoidon laatuun Leiko-yksikössä eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategioihin 2012-2016 kuuluu lupaus hyvästä palvelukokemuksesta, jota mitataan potilaille suunnatulla

kyselyllä sekä potilaspalautteella (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012-2016). Opinnäytetyön aineiston keruu on suoritettu Leiko-potilaille tehdyllä potilaskyselyllä. Kysely on tehty maaliskokuussa 2013 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eräällä leikkausosastolla. Kyselylomake on laadittu ja aineisto on kerätty kyseisen osaston toimesta. Kyselyvastauksia saatiin 98. Aineisto on analysoitu kvantitatiivisesti. Aineiston pohjalta tuodaan esille vastaajien kokemuksia Leiko-toiminnasta sekä pyritään löytämään Leiko-toiminnan kehittämiskohteita.

2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia Leiko-toiminnasta eräällä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla potilastyytyväisyyskyselyn avulla.

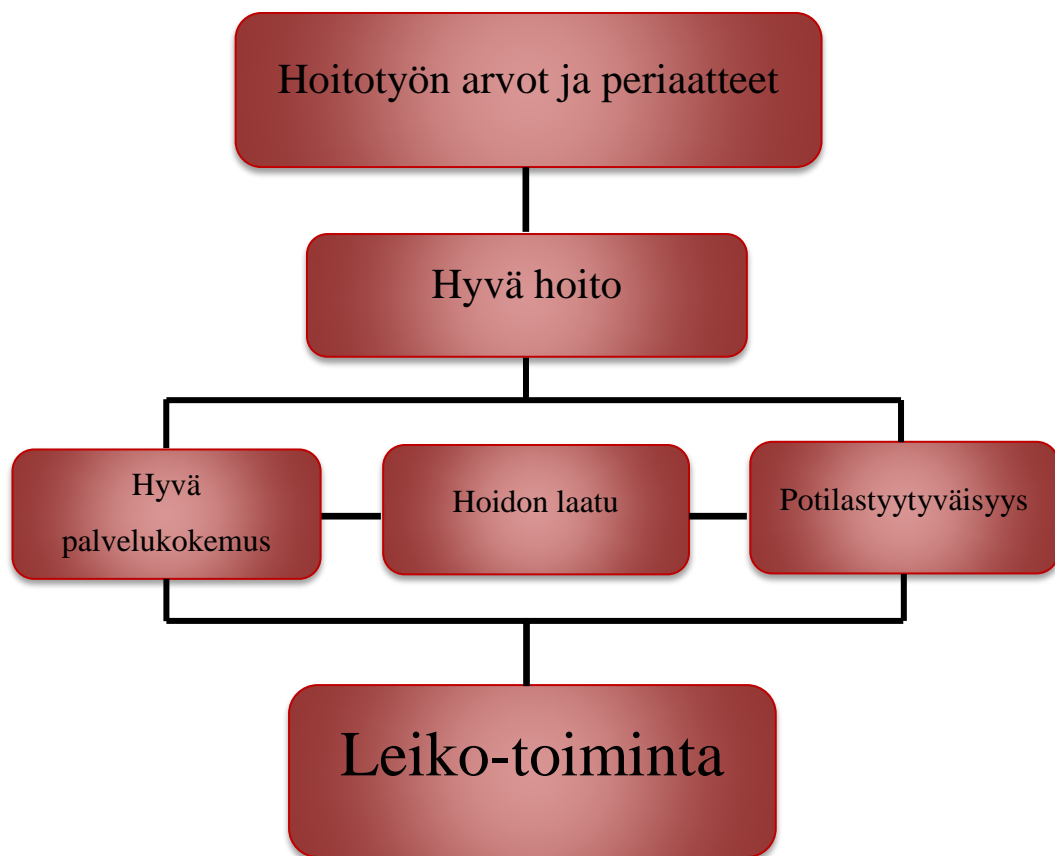
Opinnäytetyön ongelmat

- 1) Miten hyvän hoidon laatukriteerit toteutuvat Leiko-yksikön toiminnassa potilaspalautteiden perusteella?
- 2) Mihin potilaat ovat tyytyväisiä Leiko-toiminnassa?
- 3) Mitkä ovat Leiko-toiminnan kehittämiskohteet potilaiden kokemusten perusteella?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa leikkausosaston Leiko-yksikön hoitohenkilökunnalle sekä esimiehille ja hallinnolle potilaiden kokemuksista ja tyytyväisyydestä toiminnan kehittämisen pohjaksi. Tulokset antavat tietoa asioista, joihin tulevaisuudessa tulee kiinnittää enemmän huomiota ja joihin potilaat toivovat muutosta. Lisäksi opinnäytetyön tekijöiden tavoitteena on lisätä omaa ammatillista ymmärrystä perioperatiivisen hoitotyön laadun arvioinnissa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettisina lähtökohtina ovat hoitotyön arvot ja periaatteet, hyvä hoito, hyvä palvelukokemus, hoidon laatu, potilastyytyväisyys ja Leiko-toiminta. Hoitotyön arvot ja periaatteet ovat hyvän hoidon perusta. Hyvän hoidon voidaan nähdä sisältävän käsitteet hyvästä palvelukokemuksesta potilaalle sekä hoidon laadukkuudesta ja potilastyytyväisyydestä. Nämä käsitteet yhdessä ohjaavat Leiko-toimintaa ja siinä toteutuvaa potilaan hoitoa ja kohtelua.



KUVIO 1. Teoreettiset käsitteet

3.1 Leiko-toiminta

Vuodesta 2000 Suomessa käytössä ollut Leiko-toiminta on saanut alkunsa Hyvinkään sairaalassa. Leiko-toiminnan kehittämisen idean takana on kirurgian ylilääkäri Ulla Keränen. (Iivonen 2004, 13.) Leiko-toiminnalla tarkoitetaan prosessia, jossa potilas tekee kotona itse kaikki leikkausta edeltävät valmistelut ja saapuu leikkaukseen suoraan kotoa (Tohmo 2010, 310). Terveysthuollon rajalliset resurssit ja lisääntynyt kirurgian tarve ovat Leiko-toiminnan kehittämisen taustalla. Leiko-prosessin avulla voidaan säästää julkisen terveydenhuollon niukkoja resursseja siirtämällä vuodeosastolla tapahtuva pre-operatiivinen valmistelu potilaan kotiin. (Sjöroos & Takala 2012, 22-23.)

3.1.1 Leikkaukseen kotoa

Leiko-toiminnassa tarkoituksena on, että potilaat tekevät leikkausta varten tarvittavat esivalmistelut kotona ohjeiden mukaan. Myös iäkkäämmät, syöpää sairastavat ja monisairaat potilaat voivat tulla leikkaukseen Leiko-potilaina. Leiko-yksikkö on tila, jonne potilaat saapuvat leikkausta varten leikkauispäivänä. Potilaan vastaanottaa Leiko-yksiköstä vastaava sairaanhoitaja, joka valmistele potilaat ennen leikkaukseen menoa. Leiko-yksikössä potilaat voivat tavata etukäteen lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa, ja odottaa rauhassa leikkaukseen pääsyä. (Keränen 2006, 1412; Laisi 2012, 17.)

Leikkaukseen kotoa -toiminta on kehitetty vastaamaan lisääntyneiden potilasmäärien sekä kirurgisten yksiköiden rajallisten resurssien väliseen ongelmaan. Leikkauspotilaiden määrät ovat kasvaneet, ja samaan aikaan vuodeosastopaikoista ja hoitohenkilökunnasta on ollut pulaa. On katsottu, että muuten terveiden potilaiden osastolla ennen leikkausta viettämä aika vie resursseja potilailta, jotka niitä enemmän tarvitsisivat. Leiko-toiminnan on todettu säästävän jopa 70 % potilaiden hoitoon kuluneesta työajasta perinteiseen pre-operatiiviseen prosessiin verrattuna. (Laisi 2012, 16.)

Tutkimustuloksissa Leiko-toiminta on liitetty parempaan leikkauksen jälkeiseen terveyteen ja elämänlaatuun, sekä lyhyempään toipumisaikaan osastolla. Potilaiden altistus erilaisille infektioille vähenee sairaalassa vietetyn ajan lyhentyessä. Potilaat ovat olleet erittäin tyytyväisiä Leiko-toimintaan, kun leikkausta edeltävä yö on mahdollista viettää kotona. (Keränen 2006, 1412.) Uusin Leiko-toimintamalli valmistui vuonna 2006, jonka

jälkeen jopa 95 % kaikista elektiiviseen leikkaukseen saapuvista potilaista ovat olleet Leiko-potilaita (Laisi 2012, 17).

Soinin, Keräsen ja Rynänen (2007) tutkimuksessa Leiko-prosessia on verrattu perinteiseen osastoprosessiin terveystaloustieteellisestä näkökulmasta. Leiko-prosessin kannattavuutta on selvitetty potilaiden elämänlaadun, infektioiden esiintyvyyden, hoitopäivien sekä hoidon kustannusten kautta. Potilaiden leikkausten jälkeiset terveysprofiilit nousivat Leiko-prosessissa perinteiseen prosessiin verrattuna. Kustannus-vaikuttavuusanalyysissä puolestaan Leiko-prosessi oli sekä euromääräisesti että tilastollisesti merkittävästi alhaisempi kustannuksiltaan perinteiseen osastoprosessiin verrattuna. (Soini, Keränen & Rynänen 2007, 26-27.) Calligaro, Dandura, Dougherty, DeLaurentis ja Raviola (1997) ovat tutkineet Yhdysvalloissa munuaisleikkauksiin tulevilla potilailla Leiko-toimintaa (same-day admissions) ja todenneet sen kustannustehokkaaksi ja turvalliseksi vaihtoehdoksi tavalliselle leikkaustoiminnalle (Calligaro, Dandura, Dougherty, DeLaurentis & Raviola 1997, 141).

Laisin (2012) väitöstutkimuksessa on tutkittu yhteensä noin 13 000 potilaan aineistolla muun muassa Leiko-prosessin vaikutuksia terveyteen liittyvään elämänlaatuun, anestesiapoliklinikan toimintaa, leikkausten peruuntumisten määrää ja syitä, prosessimuutoksen turvallisuutta ja sen vaikutusta potilaiden leikkaustulokseen sekä toiminnan kustannustehokkuutta. Laisin väitöstutkimuksessa on käytetty yhtenä aineistona samaa vuosina 2004 ja 2005 Hyvinkään sairaalassa kerättyä aineistoa, kuin Soinin, Keräsen ja Rynänen tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa sappileikkauspotilaiden leikkauksen jälkeiseen terveydentilaan ja elämänlaatuun vaikuttavat tekijät arvioitiin paremmiksi Leiko-potilaiden kesken kuin perinteisen mallin mukaan leikkaukseen tulevien. Muutokset Leiko-potilaiden ryhmässä olivat melko maltillisia parempaan suuntaan, kun taas perinteisessä ryhmässä ei suuria muutoksia terveyteen liittyvän elämänlaadun puolesta tapahtunut. Perinteisen kaavan mukaan tulevat potilaat kokivat jonkinlaista heikentymistä liikkumisen, kuulon sekä psyykkisten toimintojen suhteen. Heikentymistä koettiin myös elinvoimassa, joka oli ainoa tilastollisesti merkitsevää eroa osoittava tekijä. (Laisi 2012, 43.)

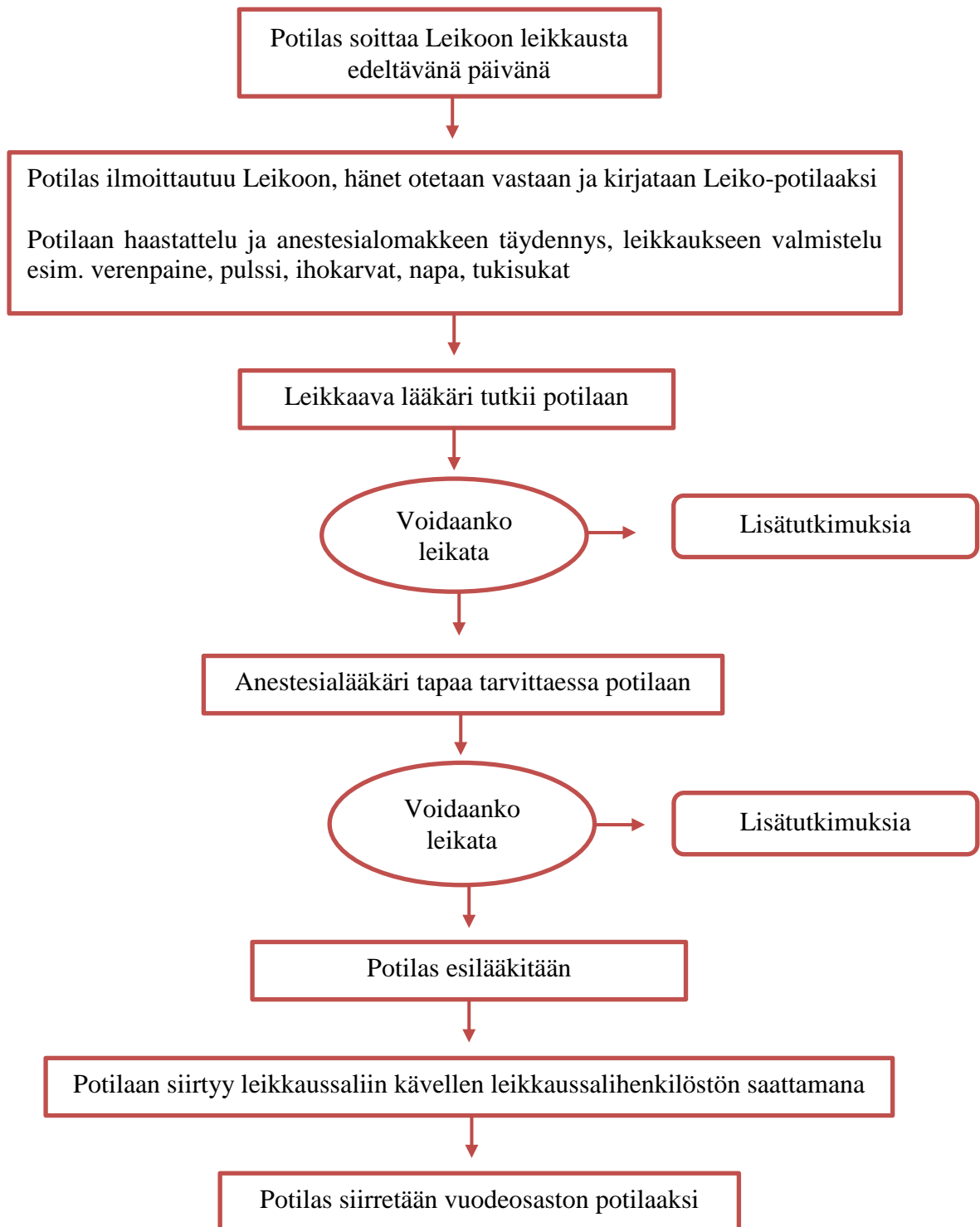
Laisin (2012) mukaan leikkausta edeltävä aika vuodeosastolla saattaa tehdä potilaat passiivisemmiksi, ja leikkausta edeltävän itsenäisyyden ja omatoimisuuden säilyttäminen on tärkeässä asemassa leikkauksen jälkeisessä parantumisessa. Potilaat pysyvät fyy-

sisesti aktiivisempina, kun voivat viettää edeltävän yön kotona tutussa ympäristössä. Laisin mukaan arviot ovat vain suuntaa antavia, koska ero näiden kahden ryhmän välillä oli melko pieni, myös esimerkiksi ASA-luokka ja taustatekijät keskimäärin olivat hie-man parempia Leiko-potilaiden keskuudessa. (Laisi 2012, 43.)

Laisin (2012) tutkimuksessa perinteisen mallin mukaan leikkaukseen tulevat potilaat viettivät pidemmän ajan sairaalassa kuin Leiko-potilaat, jotka yleensä kotiutuivat jo ensimmäisenä tai viimeistään toisena postoperatiivisena päivänä. Leikkauksen jälkeinen infektiomäärä oli jokseenkin suurempi perinteisessä ryhmässä, mutta ero ei ollut tilas-tollisesti merkittävä. Leiko-potilaiden ryhmässä esiintyi esimerkiksi kaksi haavainfek-tiota. Leiko-prosessi lyhensi potilaiden sairaalassaoloaikaa vaikuttamatta leikkaustulok-siin. Vuosina 2006 ja 2007 tehty seurantatutkimus osoitti, ettei leikkaustuloksissa tapah-tunut suuria muutoksia Leiko-toiminnan käynnistämisen myötä. Leikkausten kesto sekä leikkauksiin liittyneet komplikaatiot olivat hyvin samanlaisia molemmissa tutkimuksis-sa. Ainoastaan verenvuodot leikkauksen aikana olivat lisääntyneet vuoden 2007 seuran-nessa; tähän syinä voivat olla esimerkiksi potilaiden lisääntynyt alkoholin käyttö sekä antitromboosilääkityksen käytön lisääntyminen. (Laisi 2012, 43-46.)

3.1.2 Leiko-potilaan hoitopolku

Leiko-potilas saa ohjausta ja tietoa leikkauksesta joko puhelimitse leikkausta edeltävällä soitolla tai esikäynnillä sairaalassa. Perinteisessä mallissa potilaan ohjaus ja valmistelut tapahtuvat vuodeosastolla, jossa potilas viettää leikkausta edeltävän yön. Leiko-toimintamallissa potilas valmistautuu leikkaukseen kotona, ja saapuu sairaalaan porras-tetusti leikkauspäivän aamuna. Leiko-potilas käy tutkimuksissa leikkauspäivän aamuna tai omassa terveystieteessä ennen leikkauspäivää, kun perinteisessä hoitomallissa puolestaan potilaan tutkimukset tehdään vuodeosastolla. Leiko-hoitaja vastaanottaa po-tilaan leikkaussalin läheisyydessä sijaitsevassa Leiko-tilassa, jossa potilas myös valmis-tellaan leikkausta varten. Potilas haetaan saliin Leiko-tilasta, ja hän kävelee sinne saatta-jan mukana omin jaloin, toisin kuin perinteisessä hoitomallissa potilas kuljetetaan vuo-teella leikkausosastolle. (Sjöroos & Takala 2012, 22-23.) Potilaan hoitopolkua Leiko-yksikössä on kuvattu seuraavalla sivulla (kuvio 2).



KUVIO 2. Potilaan hoitopolku Leiko-yksikössä leikkauispäivänä (Iivonen 2003, 23 muokattu)

Salon aluesairaalassa on vuonna 2011 selvitetty millaisia vaikutuksia Leiko-toiminnalla on leikkauspotilaan valmisteluihin ja hoitajien työhön. Hoitajien työ vuodeosastolla selkiytyy, ja päällekkäiset työt vähenevät, kun leikkauspotilaiden vastaanottamista ei ole yhtä aikaa muiden vuodeosaston tehtävien kanssa. (Sjöroos & Takala 2012, 22-23.) Vuodeosastolla leikkauspotilaan valmisteluihin kuluu keskimäärin 40 minuuttia potilasta kohden, ja tämä aika vapautuu vuodeosastolla muihin tehtäviin leikkauspotilaan valmistelujen siirryttyä potilaan kotiin ja Leiko-yksikköön. Yhden hoitajan työpanoksesta säästyy viikossa yhteensä kaksi työpäivää Leiko-toiminnan ansiosta. (Sjöroos 2011, 47.) Leiko-toiminta helpottaa myös potilaspaikkatilannetta, kun suurin osa kotiutuvista potilaista ehtii lähteä kotiin ennen tulevia Leiko-potilaita. Leiko-toiminta vähentää myös työn kuormittavuutta vuodeosastoilla ja säästää resursseja osastotyöhön, kun potilaita ei tarvitse kuljettaa potilasvuoteessa leikkausosastolle. (Sjöroos & Takala 2012, 22-23.)

Sjöroosin (2011) mukaan Leiko-toiminta vaikuttaa potilaslähtöisyyteen ja tekee Leiko-potilaan hoitotyöstä yksilövastuisempaa. Porrasteinen tuloaika vähentää ravinnotta oloa-aikaa ja on miellyttävämpi potilaalle. Potilaalla on omahoitaja leikkaukseen valmistautumisen ajan, mikä voi vähentää potilaan jännittyneisyyttä ja lisätä puolestaan turvallisuuden tunnetta. Leiko-hoitaja ottaa vastuun potilaan hoidosta ja tarjoaa potilaalle hänen tarvitsemansa ohjauksen ja tuen. (Sjöroos 2011, 48-49.) Potilaan hoidon kulku on paremmin tiedossa Leiko-yksikössä kuin vuodeosastolla. Potilaan ei tarvitse viettää ylimääräistä aikaa sairaalassa, kun on tiedossa tarkka aika milloin hän pääsee leikkaukseen. Myös erilaiset tutkimukset voidaan suorittaa joustavammin ennen leikkausta. Rauhallinen vastaanottotilanne Leiko-tilassa ja mahdollisuus päästä lepäämään ennen leikkausta on tärkeää potilaan hyvinvoinnin kannalta, ja tämä tulisi huomioida tilaratkaisussa. Potilasturvallisuuden on katsottu myös lisääntyvän, kun tiedon siirtäminen hoitajien välillä vähenee ja tietokatkoja esiintyy vähemmän. (Sjöroos & Takala 2012, 22-23.)

3.2 Hoitotyön eettisyys

Hoitotyön eettiset ohjeet, jotka pohjautuvat hoitotyön arvoihin ja periaatteisiin, heijastavat hoitotyössä keskeisiksi muodostuneita laatuksiteereitä (Pelkonen & Perälä 1992, 66-67). Yhteiskunnalliset muutokset vaikuttavat käytännön hoitotyöhön ja sen laatuun, joka näkyy myös hoitotyön arvojen ja periaatteiden soveltamisessa. Esimerkiksi hoitomethodien kehittäminen ja hoitoaikojen lyheneminen ovat vaikuttaneet siihen, että potilaiden valmistautuminen leikkaukseen ja sekä leikkauksen jälkeinen toipuminen on siirtynyt yhä enemmän kotiolosuhteissa tapahtuvaksi. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 15.)

3.2.1 Arvot ja periaatteet

Terveystenhoitoa ohjaavat eettiset periaatteet, jotka perustuvat yhteisesti hyväksytyihin arvoihin (ETENE 2000). Arvot ja periaatteet ovat ikään kuin hoitoalan työntekijöiden yhdessä valitsemissa päämääriä, joiden toteutumista hoitotyössä tavoitellaan. Niiden tarkoituksena on potilaiden hyvinvoinnin edistäminen. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 13.) Ihmiskäsitys, ihmisarvo, integriteetti, yksilöllisyys ja yksityisyys toimivat perioperatiivisen hoitotyön arvoperustana (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 15).

Perioperatiivisen hoitotyön ihmiskäsitys on sidoksissa yhteiskunnassa vallitsevaan käsitykseen ihmisestä. Siinä ihminen nähdään oman elämänsä subjektina, jolloin hän on vastuullinen ja vapaa tekemään omia valintojaan. Ihmisarvon kunnioittaminen on potilaan ainutkertaisuuden ja tasaveroisuuden huomioimista; potilas kohdataan ihmisenä, eikä vain tapauksena, numerona tai sairautena. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 15.) Hoitotyössä ihmisarvoa kunnioitetaan kohtelemalla potilaita inhimillisesti, luottamuksellisesti ja yksityisyyttä suojaten. Rehellisyydellä, hyvällä vuorovaikutuksella, tiedonsaannilla ja yksilön vaikutusmahdollisuuksien huomioimisella arvostetaan myös ihmisarvoa. (ETENE 2000.) Jokaista potilasta kohdellaan hyvin hänen iästä, sukupuolesta, rodusta, kansallisuudesta, uskonnosta, yhteiskunnallisesta asemasta, tavoista ja terveydentilasta riippumatta (Kassara ym. 2005, 13).

Potilaan integriteetti käsittää henkisen ja ruumiillisen koskemattomuuden sekä eheyden säilyttämisen. Integriteetti joutuu uhatuksi, kun ihminen laitetaan potilaan rooliin. Potilasta voidaan esimerkiksi joutua paljastamaan hoidon eri vaiheissa toimenpiteiden suorittamiseksi. Hyvään perioperatiiviseen hoitokulttuuriin kuuluu, että potilas kokee itsensä tervetulleeksi hoitoympäristöön, jossa häntä hoidetaan ja kunnioitetaan empaattisesti ja yksilöllisesti. Yksilöllisyydellä tarkoitetaan keskittymistä hoidettavaan potilaaseen sekä perehtymistä hänen asioihinsa, ei pelkästään potilasasiakirjojen perusteella, vaan myös kysymällä potilaalta itseltään hoitoon liittyvistä asioista, jolloin potilaalle annetaan mahdollisuus tuoda ilmi omat toiveet ja ajatukset. Ihmisarvoon ja integriteettiin sisältyy olennaisesti yksityisyyden käsite. Potilaalla yksityisyyden tarve voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai tiedollista. Leikkausosastoilla toteutettavassa hoitotyössä potilaan tiedottaminen ja ohjaaminen toimenpiteissä on tärkeää, koska potilaan henkilökohtaista koskemattomuutta joudutaan kaventamaan. (Lukkari, Kinnunen, Korte 2013, 15-17.)

Hoitotyön periaatteet toimivat hoitotyön laadun perusteina ja ovat toimintaa tarkemmin määritteleviä ohjeita kuin hoitotyön arvot (Kassara ym. 2005, 13). Eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, itsemääräämisoikeus, omatoimisuus, oikeudenmukaisuus, perhekeskeisyys, kokonaishoito, terveyskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, turvallisuus, taloudellisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto (ETENE 2000; Kassara ym. 2005, 13-15).

Itsemääräämisoikeuden periaatteen mukaan potilaalla on oikeus omaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Tämä edellyttää sitä, että potilaalla on oltava mahdollisuus saada tietoa omaa terveydentilaa koskevista asioista ymmärrettävällä tavalla. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta tai tutkimuksesta. (ETENE 2000; Kassara ym. 2005, 14.) Potilaille on oikeus saada asianmukaista hoitoa kohtuullisessa ajassa potilaan tarpeet huomioiden. Kaikkia potilaita hoidetaan myös yhtäläisten periaatteiden mukaisesti. Potilaalle jää hyvästä hoidosta kokemus, että hänet on huomioitu yksilönä ja hän on saanut asiantuntevaa, turvallista ja hyvää hoitoa. Hyvän hoidon toteutuminen edellyttää hoitohenkilökunnan lisäksi päättäjiltä velvollisuutta huolehtia tarvittavista terveydenhuollon toteuttamisedellytyksistä ja voimavaroista. (ETENE 2000.)

Kokonaishoidon periaatteen mukaan potilas nähdään kokonaisuutena, jolla on sekä fyysisiä, psyykkisiä että sosiaalisia tarpeita. Hoitotyössä on siis huomioitava, ettei tarkoituksena ole pelkän sairauden hoitaminen vaan sairaan ihmisen hoitaminen kokonaisuutena. (Kassara ym. 2005, 14.) Hoidon jatkuvuus on tärkeää, jotta potilaan hoito onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Sairaalaympäristössä hoidon jatkuvuus turvataan tiedonkululla eli suullisella ja kirjallisella raportoinnilla. Potilaan omahoidon tueksi annetaan esimerkiksi kirjallisia ohjeita ja opetustilanteita. (Kassara ym. 2005, 15.)

Hoitotyössä pyritään **turvallisuuden periaatteen** mukaisesti luomaan potilaalle turvallisuuden tunnetta. Vieras ympäristö ja henkilökunta voivat olla potilaalle pelottavia ja aiheuttaa turvattomuutta. Periaatteen tarkoituksena on lisätä potilaan kokemusta siitä, että hän saa olla mukana hoitonsa suunnittelussa ja sitä koskevassa päätöksenteossa, ja näin lisätä potilaan turvallisuudentunnetta. **Taloudellisen periaatteen** toteutuminen vaatii hoitotyön menetelmien jatkuvaa arvioimista ja niiden näyttöön perustuvaa kehittämistä. Periaatteen lähtökohtana on hyvän hoidon toteutuminen sekä hoidon tehokkuus ja taloudellisuus. Taloudellisuuteen pyrkiminen vaatii hoitohenkilökuntaa hoitamaan potilaita tehokkaasti virheitä välttäen ja käyttämään hoitotarvikkeita asianmukaisesti ja tunnollisesti. (Kassara ym. 2005, 14-15.)

3.2.2 Eettiset ohjeet

Ammattikuntien eettiset ohjeet toimivat sairaanhoitajien ja muiden hoitoalan työntekijöiden työtä ohjaavina periaatteina sekä päätöksenteon tukena (Sairaanhoitajaliitto, 1996). Ne voivat toimia myös apuvälineenä hoitotyöntekijöille oman eettisen toiminnan arvioinnissa ja takaavat sen, että kaikilla ammattikunnan jäsenillä on samanlaiset säännöt (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 166). Eettiset ohjeet pohjautuvat hoitotyön arvoihin, joista tärkeimmät ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen (ETENE 2000).

Kansainvälinen Sairaanhoitajajärjestö (ICN) julkaisi ensimmäiset sairaanhoitajien eettiset ohjeet Code of Nurses vuonna 1953, joita päivitettiin 1973 (Kassara ym. 2005, 25; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 174). Ne on uudistettu nykyiseen muotoonsa viimeksi vuonna 2005 (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 174). Ohjeet kertovat sairaanhoitajan tehtävästä, hoitajan ja potilaan välisestä suhteesta, sairaanhoitajan työstä ja ammattitaidos-

ta. Ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa sekä sairaanhoitajan aseman työyhteisössä ja ammattikunnan jäsenenä. (Sairaanhoitajaliitto 1996, Kassara ym. 2005, 25.)

Eettiset ohjeet ovat tärkeä hoidon peruslähtökohta. Ne antavat potilaalle lupauksen tuotettavan palvelun laadusta. (Strandell-Laine, Heikkinen, Leino-Kilpi & van der Arend. 2005, 261.) Esimerkiksi Sairaanhoitajaliiton eettisissä ohjeissa painottuu sairaanhoitajan velvollisuus potilasta kohtaan sekä erilaiset hoitotyöhön liittyvät toiminnot osana sairaanhoitajan työtä. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu muun muassa suojella ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa sekä kohdella muita ihmisiä lähimmäisenä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 169-170.) Eettiset ohjeet eivät kuitenkaan ole vain tietynlaisia määräyksiä toimia arvojen ja periaatteiden pohjalta, vaan ne antavat myös hoitohenkilökunnalle ja potilaille oikeuksia toimia haluamallaan tavalla. Eettiset ohjeet eivät aina muokkaudu suoraan käytännön hoitotyöhön sovellettaviksi, jolloin ne voivat olla ristiriidassa hoitohenkilökunnan ja potilaiden omien henkilökohtaisten arvojen kanssa. Useimmiten käytännössä eettinen päätöksenteko onkin sekoitus hoitotyöntekijöiden henkilökohtaisia ja ammatin yleisiä arvoja ja periaatteita. (Strandell-Laine ym. 2005, 261, 267.)

Strandell-Laineen, Heikkisen, Leino-Kilven & van der Arendin (2005) vuonna 2003 tekemässä ryhmähaastattelututkimuksessa tutkittiin eettisten ohjeiden käytön toteutumista sekä niiden merkitystä käytännön hoitotyössä. Tutkimukseen vastanneet hoitotyöntekijät pitivät eettisten ohjeiden tavoitteena käytännön hoitotyön tukemista sekä hoitotyöntekijöiden toiminnan ohjaamista. Ne antavat hoitotyölle sääntöjä ja tukevat potilaan parhaan ja hyvän hoidon saavuttamista. Vastaajat toivat tutkimuksessa myös esille monia eri tekijöitä, jotka estävät eettisten ohjeiden käyttöä joko täydellisesti tai osittain. Kaikissa haastatteluissa tuli esille resurssien niukkuus niin aika, raha kuin henkilöstökysymyksissä eettisten ohjeiden käyttämättömyyden syynä. Myös ohjeiden epätasällisuus, moniammatilliseen yhteistyöhön ja potilaiden omaisiin liittyvät arvoriidat koettiin eettisten ohjeiden käyttöä estävinä tekijöinä. (Strandell-Laine ym. 2005, 261-265.)

3.3 Hyvä hoito potilaan kokemana

Kuntaliiton julkaiseman Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuoppaan (2011) mukaan hyvä hoito koostuu potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioon ottavasta hoitotyöstä. Hoitotyö pohjautuu sekä hyväksi havaittuihin että näyttöön perustuviin hoitokäytäntöihin, joita ammattihenkilöt toteuttavat turvallisesti työssään. Onnistunut hoitoprosessi käsittää myös tiedonkulun sekä yhteistyön potilaan ja hoitohenkilöstön välillä. (Koivuranta-Vaara 2011, 8.)

3.3.1 Hyvä palvelukokemus

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on luonut strategian leikkaus- ja anestesiaosastolle vuosille 2012-2016. Tähän kuuluu lupaus hyvästä palvelukokemuksesta, jolla halutaan saada aikaan korkeatasoista ja turvallista hoitoa oikeaan aikaan sekä antaa potilaille ja hänen läheisilleen hyvä kokemus hoidosta. Hoidon lisäksi hyvän palvelukokemuksen on määriteltävä syntyvän hyvästä kohtelusta ja siitä, että potilaat ja heidän läheisensä saavat riittävästi tietoa ymmärrettävällä kielellä. Tähän kuuluu myös potilaan ja läheisten ammattilainen kohtaaminen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012-2016.) Potilaat arvostavat hoitohenkilökunnan ammattitaitoa, sillä jos potilas kokee, että hoitotyöntekijä on hyvä, myös hänen toteuttamana hoitotyö on hyvää (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 11). Sairaanhoitopiirin strategiaan kuuluu hyvän palvelukokemuksen toteutumisen arviointi potilaille teetettävillä kyselyillä ja potilailta saadun palautteen avulla (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012-2016).

Palvelu koostuu monista eri tekijöistä, jotka yhdessä toimivat tyydyttäväksi käyttäjän palvelun laadulle asettamat tavoitteet (Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006, 108). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluja käyttävillä potilaille oletetaan olevan odotuksia hoidosta, joita hän rinnastaa aiempiin hoitokokemuksiin. Kokemuksia selvittämällä voidaan löytää keinoja vastata paremmin potilaiden tarpeisiin ja kehittää palvelukokemusta. Palvelukokemukseen vaikuttavat odotusaika, vuorovaikutus henkilöstön kanssa ja ympäristötekijät. Potilaan kokemuksia hoidosta voidaan tarkastella hoidon laadun näkökulmasta. (Hiidenhovi, Åsted-Kurki & Paunonen-Ilmonen 2001, 12.)

Hiidenhovi, Åsted-Kurki ja Paunonen-Ilmonen (2001) ovat selvittäneet potilaiden kokemaa palvelua yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimustuloksissa nousi esille hoitotyöntekijän osoittama aktiivinen huomaavaisuus, potilaan hyvä kohtelu ja auttaminen, ammatillisten taitojen osoittaminen sekä tiedon välittäminen palvelua määrittävinä tekijöinä. Potilaan kokema yksilöllisyys ja hallinnan tunne sairaalassa oloaikana ilmensivät potilaan kokemuksia palveluun osallisuudessa. Hoitoympäristön mukavuudella oli myös merkitystä palvelukokemuksessa. Ilmapiiiri ja ympäristön viihtyvyys vaikuttivat potilaan olotilaan ja kokemukseen. Esimerkiksi paikan löytämisen helppous ja tilojen viihtyisyys kuuluivat hoitoympäristön mukavuutta kuvaaviin merkityssisältöihin. (Hiidenhovi, Åsted-Kurki & Paunonen-Ilmonen 2001, 14-17.)

3.3.2 Hoidon laatu

Laadukkaan hoidon voidaan ajatella kuvastavan hyvää hoitoa (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 1). Toukokuussa 2011 voimaan tulleessa Terveydenhuoltolaissa edellytetään, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuoltolain mukaan laadukkuus, turvallisuus ja asianmukaisuus ovat keskeisinä kriteereinä terveydenhuollon toiminnassa. (Finlex, Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Koivuranta-Vaara 2011, 7.) Suomen lainsäädäntö määrää myös, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Finlex, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Attree (2001) on tutkimuksessaan jakanut hoidon laadun kolmeen kategoriaan, johon kuuluvat hoidon resurssit, hoidon prosessit ja hoidon tulokset. Hoitotyöhön liittyviä resursseja ovat esimerkiksi käytössä olevan henkilökunnan määrä sekä sen koulutus ja taidot, ympäristöön kohdistuvat resurssit, kuten tilat ja välineet, sekä taloudelliset resurssit. (Attree 2001, 70.) Hyvällä hoitoympäristöllä on vaikutus potilaiden kokemukseen hyvästä hoidosta ja se on yhteydessä potilaiden hyvinvointiin, paranemiseen sekä tuottavuuteen (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 23-24; Kotilainen & Räikkönen 2008, 10). Tilojen ahtaus ja rauhattomuus vaikuttavat negatiivisesti potilaiden hoitokokemukseen. Hoitoympäristöön liittyvä yksityisyyden ja intimitetin säilyttäminen on potilaalle tärkeää etenkin silloin, kun hän saa hoitoonsa liittyvää ohjausta. (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 23-24.) Hoitoympäristöön liittyviä muita ominaisuuksia ovat

esimerkiksi helppo löydettävyys, turvallisuus, esteettömyys, oikea mitoitus, sopiva lämpötila ja hyvä ilmanvaihto (Kotilainen & Räikkönen 2008, 10).

Hoidon prosessia ilmentävään laadun kategoriaan kuuluvat hoitotyön toiminnot ja käytännöt, hoitotyöntekijöiden yksilölliset ominaisuudet ja vuorovaikutustaidot (Attree 2001, 70). Leino-Kilpi ja Vuorenheimo (1992) näkevät myös hoidon laatuun vaikuttavina tekijöinä hoitoon liittyvät toimintamuodot ja tavat, hoidon edellytykset ja tavoitteet sekä potilas-hoitaja –suhteen (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 13, 17, 19).

Hoidon tuloksia käsittelevään laadun kategoriaan vaikuttavat potilaan kokemukset hoidosta, joita ilmentävät esimerkiksi tyytyväisyys, turvallisuus ja tiedonsaanti. Myös terveyden edistäminen ja sen ylläpito, ja niissä onnistuminen sekä tavoitteiden saavuttaminen vaikuttavat hoidon tuloksiin. (Attree 2001, 70.) Potilaskeskeiselle hoidolle on keskeistä potilaan ja hoitohenkilökunnan tasavertainen vuorovaikutussuhde, potilaan mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin sekä potilaan tiedon saanti (Kvist 2004, 27). Potilaskeskeinen hoito pohjautuu yksilölliseen hoitoon. Tämä merkitsee sitä, että hoitajat sovittavat hoitotoimet jokaiselle potilaalle kunkin tilanteen ja tarpeiden mukaan huomioiden potilaan yksilöllisyyden. (Suhonen, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi 2007, 295.)

3.3.3 Potilastyytyväisyys

Potilastyytyväisyys toimii yhtenä tärkeimmistä hoitotyön laadun mittareista ja se kuvastaa potilaan subjektiivista arviota saamastaan hoidosta (Teerijoki 2008, 11; Kvist 2004, 27). Se voidaan nähdä laadukkaan hoidon osoittimena ja tunnusmerkkinä, mutta myös perusteena hoidon tavoitteiden täyttymiselle (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 25). Hoitotyön laatua tarkasteltaessa yksilötasolla voidaan arvioida potilaiden tarpeisiin vastaamista ja potilaan ennako-odotusten toteutumista hoidon aikana (Perälä 1995, 16-17). Yksilöllinen hoito on havaittu potilastyytyväisyyttä lisääväksi tekijäksi ja edistävän potilaiden elämänlaatua terveyden osalta (Suhonen, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi 2007, 295).

Potilaat voivat arvioida esimerkiksi fyysistä hoitoa, tiedon saantia, omatoimisuuden tukemista, kunnioitusta, hoidon etenemistä, henkilökunnan ominaisuuksia sekä ilmapii-

riä. Fyysisellä hoidolla voidaan tarkoittaa esimerkiksi kivun hoitoa, leikkausasennon mukavuutta, hellävaraista kohtelua, lämpötasapainosta huolehtimista, pahoinvoinnin ehkäisemistä, ammattitaitoista työskentelyä sekä tarkkuutta. Tiedon saantia voidaan arvioida esimerkiksi sen riittävyydellä, ymmärrettävyydellä, perusteellisuudella ja selkeydellä. Potilaan omatoimisuuden tukemisen arvioimisessa huomioidaan potilaan mielipiteet ja vaikutusmahdollisuudet omaan hoitoonsa. Potilaan kunnioitusta tarkastellaan esimerkiksi yksilöllisen huomioimisen, henkisen tuen ja intimitettisuojusta huolehtimisen näkökulmasta. Hoidon etenemisessä arvioinnin kohteena on hoitoon pääsy ja odottaminen ennen leikkausta sekä hoidon jatkuvuus. Hoidon laatuun vaikuttavat lisäksi henkilökunnan ominaisuudet ja ilmapiiri, joita tarkastellaan ystävällisyyden, kiireettömyyden, rauhallisuuden, turvallisuuden ja yhteistyön näkökulmasta. (Leinonen 2007, 6, Pasila 2005, 23-25.)

3.3.4 Potilaiden kokemukset hoidon laadusta

Hoidon laatuun on liitetty käsitys ihmisläheinen hoito. 1990-luvulla kehiteltiin Ihmisläheinen hoito –mittari, jota on käytetty hoidon laadun arviointiin jo useissa potilaskyselyissä (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, 378.) Kvist (2004) on käyttänyt tutkimuksessaan ILH-mittaria potilaskyselyiden lisäksi myös henkilökunnalle suunnattua versiota (Kvist 2004, 77; Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, 381). ILH-mittareilla saaduissa tuloksissa potilaat ovat määritelleet saamansa hoidon laadun kiitettäväksi. Negatiivisiksi asioiksi ovat nousseet puutteet tiedon saannissa ja potilaiden vähäiset mahdollisuudet osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaat ovat kokeneet ikävänä asiana myös kiireisen ilmapiirin, joka ilmenee henkilökunnan antamana liian vähäisenä aikana potilaille. (Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008, 382.)

Teerijoki (2008) on tutkimuksessaan käyttänyt Hyvä Perioperatiivinen Hoito –mittaria, jonka Leinonen ja Leino-Kilpi ovat kehittäneet 1990-luvulla tehdyn Hyvä hoito –mittarin pohjalta. Tuloksissa kuvattiin potilaiden saamaa perioperatiivisen hoidon laatua erinomaiseksi. Henkilökunnan ominaisuudet, esimerkiksi ystävällisyys, kohteliaisuus ja yhteistyökyky olivat tutkimuksessa arvioitu potilaiden mielestä onnistuneimmin toteutuneeksi osa-alueeksi. Tuloksissa nousi esille potilaiden tyytymättömyys tiedon saantiin, vaikutusmahdollisuuksiin ja omatoimisuuden tukemiseen. (Teerijoki 2008, 22-23,51-53.)

Kaukavuori (2012) on pro gradu -tutkielmassaan selvittänyt gastroenterologisten leikkauspotilaiden arvioita perioperatiivisen hoidon laadusta. Potilaat arvioivat parhaiten toteutuneiksi laatukategorioiksi fyysisen hoidon, kunnioituksen, henkilökunnan ominaisuudet ja ilmapiirin. Tässä tutkimuksessa ilmeni myös omatoimisuuden tukeminen potilaiden mielestä huonoiten toteutuneena osa-alueena. Mielenkiintoista tuloksissa oli, että päiväkirurgiset potilaat arvioivat edellä mainitut laatukategoriat yleisesti ottaen paremmiksi kuin vuodeosaston potilaat. (Kaukavuori 2012, 61,65.)

Eloranta, Katajisto ja Leino-Kilpi (2008) ovat tutkineet kirurgisen potilaan hoidon laatua ja ovat löytäneet puutteita ohjauksen annossa kirjallisen materiaalin muodossa. Tämä oli potilaiden mielestä heikoimmin toteutunut osa-alue. Ohjausmateriaalin saaminen kirjallisena on tärkeää, koska potilas voi sen avulla jatkossa toteuttaa itse hoitoaan. Henkilökunnan ominaisuudet on myös tässä tutkimuksessa (vrt. Teerijoki) arvioitu potilaiden mielestä hyvin toteutuneeksi laatukriteeriksi. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2008, 120-122.)

4 MENETELMÄLLINEN LÄHTÖKOHTA

Aihe opinnäytetyöhön tuli työelämästä ja on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tilaama. Aineisto kerättiin Leiko-potilailta kevään 2013 aikana PSHP:n toimesta. Vastaukset kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli yhteensä 10 eri kysymyskohtaa. Osa kysymyskohdista sisälsi useita eri väittämiä. Opinnäytetyössä käytetty menetelmä on kvantitatiivinen.

4.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä pohjautuu alun perin luonnontieteissä käytettyyn menetelmään, jossa korostetaan ilmiöiden välisiä syyn ja seurauksen suhteita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139). Määrälliselle tutkimukselle on ominaista kausaalisuhteiden eli syy-seuraus-suhteiden etsiminen (Vilkka 2007, 23). Siinä vastaan kysymyksiin mitä, missä, paljonko ja kuinka usein. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan usein havainnollistettua asioiden tämänhetkinen tilanne, mutta ei kyetä riittävän tarkasti selvittämään tutkimustulosten taustalla olevia syitä. (Heikkilä 2010, 16-17.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa ilmiöiden välisiä suhteita pyritään tekemään ymmärrettävämmäksi lukujen avulla. Tutkimusaineisto on numeerisessa muodossa, ja tulokset esitetään numeroina, esimerkiksi prosentteina. Keskeiset numerotiedot tulkitaan ja selitetään sanallisesti. (Vilkka 2007, 14.)

Määrällisestä tutkimusta tehtäessä on keskeistä perehtyä aiemmissa tutkimuksissa esitettyihin johtopäätöksiin ja teorioihin, määritellä tutkimuksen keskeiset käsitteet tutkimusongelman kannalta sopiviksi sekä esittää hypoteeseja eli ennakoita ratkaisuja tutkimuksen ongelmiin. On tärkeää, että havaintoaineistoa pystytään käyttämään määrällisessä mittaamisessa, joten se on huomioitava aineiston keräämistä suunniteltaessa. (Hirsjärvi 2009, 140.) Tutkimusta varten tutkimuskohteet on muutettava ensin rakenteellisesti tutkittavaan muotoon, jolloin tutkittava asia operationalisoidaan ja strukturoidaan. Operationalisointi tarkoittaa käsitteiden muuttamista sellaiseen muotoon, että ne voidaan ymmärtää arkiymmärryksellä. Strukturointi puolestaan on tutkittavan asian vakioimista tiettyyn muotoon lomakkeelle. (Vilkka 2007, 14, 23.) Määrällisessä tutkimuksessa määritellään perusjoukko, johon tulokset voivat päteä, ja tästä joukosta ote-

taan sopiva otos (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 140). Tilastollisen päättelyn keinoin voidaan tietystä otoksesta saadut tutkimustulokset laajentaa koskemaan suurempaa joukkoa (Heikkilä 2010, 16).

4.2 Aineiston kerääminen ja analysointi

Opinnäytetyön menetelmä valikoitui kvantitatiiviseksi, koska aineistonkeruu opinnäytetyöhön tehtiin standardoidun kyselylomakkeen avulla. Koko potilaskysely perustuu kyselylomakkeeseen, jolloin siinä tulisi täyttyä sekä tilastolliset että sisällölliset näkökulmat. Kyselyn onnistumisen kannalta onkin olennaista, että kysymykset ovat oikeanlaisia ja ne ovat tilastollisesti ymmärrettäviä. (Vehkalahti 2008, 20.)

Kyselyssä kysymysten muoto on standardoitu eli vakioitu, jolloin kaikilta kyselyyn osallistuvilta kysytään samat asiat ja samassa järjestyksessä (Vilka 2007, 28). Kohdehenkilöt eli kyselyyn vastaajat muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 188). Kyselylomakkeessa osa kysymyksistä on muotoiltu mielipideväittämiksi, jolloin on käytetty Likertin asteikkoa neliportaisena (Heikkilä 2010, 52-53). Vastausvaihtoehdot ovat olleet asteikolla täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Lomakkeessa on myös suljettuja eli strukturoituja kysymyksiä, kuten ikä ja sukupuoli, jolloin vastaajille on annettu valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2010, 50-51.) Lisäksi kyselylomakkeeseen oli laitettu kaksi avointa kysymystä.

Tutkittava aineisto on ensin kerätty osastolla kyselylomakkeen avulla paperiversiona, josta se on siirretty tietokoneelle. Aineisto on analysoitu käyttäen tilastollista analyysia. Analysointiin on käytetty SPSS -ohjelmaa. Lomakkeiden tiedot on syötetty tilasto-ohjelmaan havaintomatriisiin muotoon. Havaintomatriisissa vaakarivillä on yhden vastaajan kaikkien havaintojen tiedot ja pystysarakkeessa on samaa tutkittavaa asiaa koskevat tiedot kaikilta vastaajilta. (Heikkilä 2010, 123; Vilka 2007, 111.)

5 TULOKSET

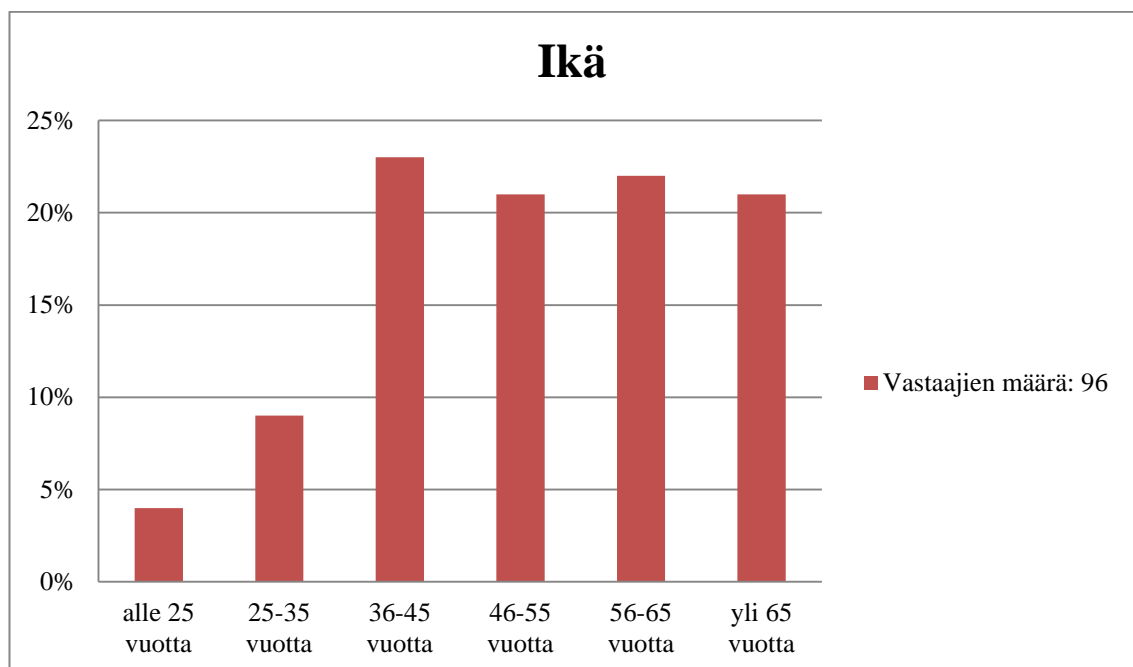
Seuraavissa kappaleissa esitellään potilastyytyväisyyskyselyn tuloksia. Ensimmäinen kappale käsittelee kyselyn taustatietoja, jonka jälkeen tarkastellaan itse Leiko-toimintaa potilaiden kokemana.

5.1 Taustatiedot

Potilastyytyväisyyskysely toteutettiin eräällä PSHP:n leikkausosastolla keväällä 2013. Vastauksia kyselyyn tuli 98 (n=98). Kyselyyn vastanneet eivät ole vastanneet kaikkiin kysymyksiin, joten vastaajien määrä vaihtelee kysymyksittäin. Kyselystä saadut tulokset on muutettu prosenteiksi taulukoihin.

Kyselyyn vastanneista potilaista 97 oli naisia. Yksi vastaaja ei nimennyt sukupuoltaan.

Vastaajien ikä jakautui seuraavasti (n=96): alle 25-vuotiaat 4%, 25-35 vuotta 9%, 36-45 vuotta 23%, 46-55 vuotta 21%, 56-65 vuotta 22% ja yli 65-vuotiaat 21%. Vastaajien ikäjakauma on esitetty graafisesti alla olevassa kuviossa (kuvio 3).



KUVIO 3. Vastaajien ikä

5.2 Potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ennen leikkausta

Kyselytutkimuksessa vastaajat arvioivat väittämiä liittyen valmisteluihin ennen leikkaukseen tuloa. Kysymykset koskivat ohjauksen ja tiedon saannin riittävyttä esikäynnillä, riittävän ohjeistuksen saantia miten toimia leikkauspäivän aamuna sekä mihin tarvittaessa voi ottaa yhteyttä. Viimeisenä kysyttiin myös olisiko potilas ollut halukas tulemaan sairaalaan jo edellisenä päivänä.

Vastaajien määrä tässä kysymyksessä oli 98 (n=98). Vastausvaihtoehtoja oli neljä, jotka jakautuivat asteikolla täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä sekä täysin eri mieltä. Vastaajista 92% (n=94) oli täysin samaa mieltä, että ohjaus oli riittävä esikäynnillä. 86% (n=95) vastaajista piti myös tiedon saantia esikäynnillä riittävänä. Vastaajista 93% (n=96) koki saaneensa selvät ohjeet miten toimia kotona leikkauspäivän aamuna. Vastaajista 90%:lle (n=97) oli myös selvää, minne voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Kyselyyn vastanneista 96% (n=98) koki saaneensa selvät ohjeet minne saapua leikkauspäivän aamuna. Vastaajista vain 4% (n=94) olisi halunnut tulla sairaalaan jo leikkausta edeltävänä päivänä. Vastaukset on esitetty taulukossa seuraavalla sivulla (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Valmistelut ennen leikkaukseen tuloa

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Saamani ohjaus esikäynnillä oli mielestäni riittävä	92	6	2	0
Sain riittävästi tietoa esikäynnillä tulevasta leikkauksesta	86	12	2	0
Sain selvät ohjeet, miten toimii kotona leikkauspäivän aamuna	93	7	0	0
Minulle oli selvää, mihin tarvittaessa voin ottaa yhteyttä	90	8	1	1
Sain selvät ohjeet, mihin tullen leikkauspäivän aamuna	96	4	0	0
Olisin halunnut tulla sairaalaan jo leikkausta edeltävänä päivänä	4	3	11	82

5.3 Potilaan näkemys soiton tärkeydestä ja saadusta ohjauksesta puhelimessa

Kyselyssä pyydettiin Leiko-potilaita arvioimaan leikkauspäivää edeltävää soittoa hoitajalle Leiko-yksikköön. Potilailta kysyttiin oliko puhelimessa oleva hoitaja ystävällinen, oliko potilaalla mahdollisuus kysyä epäselväksi jääneitä asioita, oliko ohjaus riittävää sekä kokiko potilas soiton tarpeelliseksi. Vastaajista 99% (n=70) piti puhelimessa olevaa hoitajaa ystävällisenä. 96% (n=71) vastaajista koki, että hänellä oli mahdollisuus kysyä epäselväksi jääneitä asioita hoitajalta. 94% (n=68) koki saamansa ohjauksen mielestään riittäväksi. 84% (n=68) koki soiton hoitajalle tarpeelliseksi, 4% vastaajista oli osittain eri mieltä tarpeellisuudesta. (Taulukko 2.) Vapaassa palautteessa nostettiin esille myös näkökulma, jossa soittoa ei pidetty välttämättömänä, koska asiat oli selvitetty jo esikäynnillä.

TAULUKKO 2. Leikkauspäivää edeltävä soitto hoitajalle Leiko-yksikköön

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Puhelimessa oleva hoitaja oli ystävällinen	99	1	0	0
Minulla oli mahdollisuus kysyä epäselväksi jääneitä asioita hoitajalta	96	3	1	0
Puhelimessa saamani ohjaus oli riittävää	94	6	0	0
Koin soiton tarpeelliseksi	84	12	4	0

5.3 Leiko-yksikkö

Vastaajat saivat arvioida Leiko-yksikköä sen löytämisen helppouden ja odotusajan pituuden perusteella. Lisäksi potilastyytyväisyyskyselyssä haluttiin selvittää potilaiden kokemuksia Leiko-yksiköstä.

5.3.1 Leiko-yksikön löytäminen

Kysymyksessä selvitettiin, kuinka helposti potilaat löysivät Leiko-yksikköön. Yhtä vastaajaa lukuun ottamatta kaikki löysivät perille vaivattomasti. Vastaajien määrä kysymyksessä oli 95 (n=95). (Kuvio 4.) Vastaajilla oli mahdollisuus selventää avoimen kysymyksen kautta, mitkä tekijät aiheuttivat hankaluuksia Leiko-yksikön löytämisessä. Vastauksissa, joita oli yhteensä neljä (n=4), tuotiin ilmi, että ovikello voisi olla selvemmin merkitty. Vastauksissa toivottiin myös lisää opasteita sekä kirjallisia ohjeita Leiko-yksikköön löytämiseksi.



KUVIO 4. Leiko-yksikön löytäminen

5.3.2 Kokemukset Leiko-yksiköstä

Vastaajia pyydettiin arvioimaan kokemusta Leiko-yksiköstä yhdeksän eri väittämän avulla. Kysymykset käsittelivät Leiko-yksikön tiloja, henkilökuntaa sekä potilaiden kokemaa kohtelua. Potilailta kysyttiin kokemusta vastaanottotilanteen miellyttävyydestä, hoitajan ystävällisyydestä, hoitajalta saadusta tuesta, keskustelun avoimuudesta hoitajan kanssa, oltiinko potilaasta kiinnostuneita, kunnioitettiin yksityisyyttä ja oliko ilmapiiri myönteinen. Kaksi viimeistä kysymystä koskivat Leiko-tilojen viihtyisyyttä ja toimivuutta.

Kaikista vastaajista (n=97) 91 % oli sitä mieltä, että vastaanottotilanne Leiko-yksikköön oli miellyttävä. Kaikkien vastaajien (n=98) mielestä Leiko-hoitaja oli ystävällinen. Vastaajista (n=97) 96% oli tyytyväisiä Leiko-hoitajan tukeen, neljä prosenttia oli osittain samaa mieltä. Suurin osa vastaajista kykeni keskustelemaan avoimesti Leiko-hoitajan kanssa ja he kokivat, että heistä oltiin kiinnostuneita sekä heidän yksityisyyttään kunnioitettiin. Näissä väittämissä oli vastausten osalta kuitenkin enemmän hajontaa, vastauksia myös kohtiin osittain samaa mieltä ja osittain eri mieltä.

Leiko-yksikön ilmapiiriä koskevaan väittämään vastasi 88 (n=88) potilasta, joista 93% oli täysin samaa mieltä ja 7% osittain samaa mieltä ilmapiirin myönteisyydestä. Leiko-tilojen toimivuutta koskevaan kysymykseen vastaajia oli 86 (n=86) ja Leiko-tilojen viihtyisyyttä koskevaan kysymykseen vastasi 85 (n=85). Nämä kysymykset tuottivat eniten hajontaa vastausten osalta. Ensimmäiseen kohtaan vastaajista 62% oli täysin samaa mieltä ja toiseen kysymykseen vastaajista 59% täysin samaa mieltä. 2% vastaajista vastasi kumpaankin kysymykseen täysin eri mieltä. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kokemukset Leiko-yksiköstä

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Vastaanottotilanne Leiko-yksikköön oli miellyttävä	91	6	3	0
Leiko-hoitaja oli ystävällinen	100	0	0	0
Olin tyytyväinen Leiko-hoitajalta saamaani tukeen	96	4	0	0
Kykenin keskustelemaan avoimesti Leiko-hoitajan kanssa	90	9	1	0
Koin, että minusta oltiin kiinnostuneita	93	4	3	0
Yksityisyyttäni kunnioitettiin	95	3	1	0
Ilmapiiri Leiko-yksikössä oli myönteinen	93	7	0	0
Leiko-tilat olivat toimivat	62	24	12	2
Leiko-tilat olivat viihtyisät	59	27	12	2

5.3.3 Odotusaika Leiko-yksikössä

Vastaajat saivat erillisessä kohdassa arvioida odotusaikaansa ennen leikkausta. Vastausvaihtoehtoja oli annettu kolme: sopiva, liian pitkä ja lyhyt. Kysymykseen vastaajien määrä oli 80 (n=80). Vastaajista 75% oli sitä mieltä, että odotusaika oli sopiva. Loput vastaajista (25%) piti odotusaikaa liian pitkänä. (Kuvio 5.) Odotusaikaa kommentoitiin myös vapaassa palautteessa.



KUVIO 5. Odotusaika ennen leikkausta

5.4 Vastaajien antama vapaa palaute Leiko-toiminnasta

Kyselylomakkeen lopussa vastaajilla oli myös mahdollisuus antaa vapaata palautetta. Potilaat antoivat negatiivista palautetta liittyen Leiko-yksikön tiloihin ja rakenteisiin. Vastauksissa Leiko-yksikön tilat koettiin ahtaiksi sekä ilmanvaihto odotustilassa huonoksi. Odotustilaa pidettiin myös yksityisyyden säilymisen kannalta liian pienenä.

”Liian ahdas odotustila.”

”Tilat kehnot, joten yksityisyyden kunnioituksesta ei voi puhua tilojen takia, henkilökunta kyllä kunnioittaa yksityisyyttä!”

”Huono ilmanvaihto odotustilassa”

”Hoitajan tila pieni!”

Negatiivista palautetta annettiin myös liittyen aikatauluihin ja järjestelyihin. Odotusaikaa ennen leikkausta pidettiin liian pitkänä. Vapaassa palautteessa tuli ilmi myös leikkausten peruuntuminen ja siitä aiheutuvat ongelmat potilaille, jotka vaikuttivat potilaiden kokemukseen Leiko-toiminnasta.

”Miksi täällä täytyy odottaa (näin kauan)”

”Leikkaus peruttiin... erittäin vaikea tilanne yrittäjälle, jolla on asiakasettiä”

Vapaassa palautteessa annettiin kehittämissuhteita koskien potilaan opetusta ja ohjausta. Vastauksissa toivottiin esimerkiksi kirjallisia ohjeita kotiin ennen leikkausta.

”Kirjalliset ohjeet kotiin ennen leikkausta olisivat hyödylliset”

”Sain kirjalliset yleisohjeet leikkaukseen valmistautumisesta. Ei kuitenkaan kerrottu selvästi, mitä laboratorio näytteitä ym. toimenpiteitä kyseinen operatio vaatii (ei kaikkia ohjeissa olevia)”

Hoitajan soiton tarpeellisuutta esikäynnin jälkeen oli kommentoitu vapaassa palautteessa. Soittoa ei aina koettu välttämättömäksi.

”Esikäynti jo selvitti asiat, joten soitto ei ehkä välttämätön”

Vastauksissa tuotiin esille hoitohenkilökuntaan liittyviä positiivisia kokemuksia. Myönteistä palautetta annettiin hoitohenkilökunnan ystävällisyydestä. Vastajat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kiittelivät vapaassa palautteessa osaston hoitohenkilökuntaa.

”Kiitos ystävälliselle henkilökunnalle.”

”Leiko-hoitaja oli ystävällinen EHDOTTOMASTI.”

6 POHDINTA

6.1 Johtopäätökset

Hoidon laatua mitattaessa yhtenä arvioinnin kohteena on tiedon saanti (Leinonen 2007, 6). Aiemmissa hoidon laatua mittaavissa tutkimuksissa (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2008; Kvist 2004; Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006) potilaiden tiedon saanti hoitoonsa liittyvissä asioissa on ollut riittämätöntä. Kyselytuloksista kävi ilmi, että suurimmalle osalle vastaajista tiedon saanti ja ohjaus esikäynnillä oli riittävää. Lähes kaikille vastaajille oli myös selvää, miten toimia kotona ja minne saapua leikkauspäivän aamuna, sekä mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Vastaajille on annettu esikäynnillä riittävästi tietoa ja selkeät ohjeet tulevasta leikkauksesta ja valmistautumisesta siihen. Kyselystä saadut tulokset poikkeavat aiemmista aihetta käsittelevistä tutkimuksista, joten kyseisellä osastolla on onnistuttu informoimaan potilasta riittävästi ja selkeästi. Toimintamallia voidaan pitää siis potilaan tiedonsaantia ja ohjausta palvelevana ja sitä on hyvä jatkaa sellaisenaan. Vapaassa palautteessa toivottiin kirjallisia potilasohjeita ennen leikkaukseen tuloa, joten se voisi olla tulevaisuuden kehittämiskohde potilastyytyväisyyden lisäämiseksi.

Preoperatiivisella ohjauksella on todettu olevan vaikutuksia potilaan leikkausta edeltävien pelkojen ja ahdistuksen lieventämiseen (Jawaid, Mushtaq, Mukhtar, & Khan 2007, 147; Saarela 2013, 10). Siitä on apua myös leikkauksen jälkeiseen toipumiseen ja se lisää potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Puhelimessa tapahtuva ohjaus on koettu potilaan omia voimavaroja tukevaksi. (Saarela 2013, 10,12.) Saatujen tulosten perusteella Leiko-toiminnassa potilaat ovat kokeneet, että heillä on ollut mahdollisuus selvittää epäselväksi jääneet asiat Leiko-hoitajalta vielä leikkausta edeltävänä päivänä puhelimitse. Enemmistä vastaajista koki puhelun tarpeelliseksi ja puhelimesta saadun ohjauksen riittäväksi. Vaikka pieni osa vastaajista ei kokenut puhelua välttämättömäksi, on sekä aiempien preoperatiivista ohjausta selvittävien tutkimusten ja tässä kyselyssä saatujen tulosten valossa puhelinohjausta hyvä toteuttaa jatkossakin.

Teerijoen (2008) tutkimuksessa enemmistö potilaista halusi tulla leikkausosastolle vasta leikkauspäivän aamuna, kun kyselyssä selvitettiin potilaiden halua tulla sairaalaan jo leikkausta edeltävänä päivänä (Teerijoki 2008, 55). Muutama Leiko-toimintaa koske-

vaan kyselyyn vastanneista olisi halunnut tulla sairaalaan jo edeltävänä päivänä. Kuitenkin suurin osa vastaajista halusi viettää leikkausta edeltävän yön kotona, joten Leiko-toiminta on potilaiden kokemusten perusteella potilastyytyväisyyttä lisäävä tekijä.

Potilaan ihmisarvon kunnioitus on yksi hoitotyötä ohjaavista periaatteista ja vaikuttaa hoidon laatuun. Siihen kuuluvat kunnioittava ja huomaavainen kohtelu, rehellisyys, potilaan henkinen tuki ja rohkaiseminen. (ETENE 2000; Leinonen 2007, 6.) Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa korostetaan hoitosuhteen perustumista keskinäiseen luottamukseen ja avoimeen vuorovaikutukseen. Hoitajien tehtävänä on kohdella potilasta lähimmäisenä kuunnellen potilasta ja osoittaen empatiaa. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.) Esimerkiksi Elorannan, Katajiston ja Leino-Kilven (2008), Kaukavuoren (2012) ja Teerijoen (2008) tutkimuksissa hoitajien ominaisuudet, kuten ystävällisyys, kohteliaisuus sekä yhteistyökyky, koettiin onnistuneeksi osa-alueeksi. Enemmistö Leiko-kyselyn vastaajista oli tyytyväisiä Leiko-hoitajalta saamaansa tukeen ja kykeni keskustelemaan avoimesti Leiko-hoitajan kanssa. Vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä vastaanottotilanteeseen kokien sen miellyttävänä ja kaikki pitivät Leiko-hoitajaa ystävällisenä. Lähes kaikki olivat täysin samaa mieltä siitä, että heistä oltiin kiinnostuneita. Hoitohenkilökunnan toiminta leikkausosastolla on siis sellaisenaan potilaiden tyytyväisyyttä lisäävä tekijä ja ilmentää hyvää hoidon laatua.

Yksityisyyden suoja on yksi potilaan kunnioittamista tarkasteleva laatuksiteeri ja yksi osatekijä hoitotyön laadun määrittelyssä (ETENE 2000; Leinonen 2007, 6). Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen (2006) ovat tutkimuksessaan havainneet, että potilaat eivät olleet tyytyväisiä yksityisyyden säilymiseen (Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006, 107-119). Kyselylomakkeen vapaassa palautteessa nousi esille yksityisyyden kunnioittaminen, joka ei toteutunut vastaajan mielestä liian ahtaiden tilojen vuoksi. Vaihtoehto-kysymyksessä kuitenkin suurin osa oli täysin samaa mieltä siitä, että heidän yksityisyyttään kunnioitettiin. Vastauksissa on ristiriitaisuuksia aiempiin tutkimustuloksiin verrattuna ja myös kyselyn vastaajien keskuudessa, joten potilaiden yksityisyyden säilyttämiseen on syytä kiinnittää huomiota jatkossa.

Laatua arvioitaessa huomioidaan myös hoidon eteneminen, johon vaikuttavat hoitoon pääsy ja odottaminen (Leinonen 2007, 6). Teerijoen (2008) tutkimuksessa potilaat olivat pääosin tyytyväisiä hoidon etenemiseen. Hieman yli puolet vastaajista eivät joutuneet odottamaan leikkaukseen pääsyä liian pitkään, vähän yli kymmenen prosenttia vastaajis-

ta kokivat odotusajan liian pitkäksi. (Teerijoki 2008, 41.) Leinosen, Leino-Kilven, Ståhlbergin ja Lertolan (2001) tutkimuksessa enemmistö potilaista koki, ettei odotusaika ennen leikkausta ollut liian pitkä (Leinonen, Leino-Kilpi, Ståhlberg & Lertola 2001, 301). Potilastyytyväisyyskyselyssä arvioitiin odotusaika Leiko-yksikössä ennen toimenpidettä pääosin sopivan pituisena. Neljäsosa vastaajista koki odotusajan liian pitkäksi.

Hoitotyön laatuun vaikuttaa myös ilmapiiri, jolla tarkoitetaan hoitoympäristöä, kiireettömyyttä ja rauhallisuutta (Leinonen 2007, 6). Kaukavuoren (2012) tutkielmassa potilaat arvioivat ilmapiirin leikkausosastolla kokonaisuutena erittäin hyväksi; ilmapiiri koettiin kiireettömäksi ja rauhallisen tuntuiseksi (Kaukavuori 2012, 54). Leinosen ym. (2001) saamista tutkimustuloksissa suurin osa potilaista piti ilmapiiriä leikkausosastolla rauhallisena (Leinonen ym. 2001, 301). Teerijoen (2008) tutkimuksessa potilaiden tyytyväisyys ilmapiiriin oli erilainen päiväkirurgisten ja muiden leikkausosastojen välillä. Päiväkirurgiset potilaat arvioivat hoitoympäristön, kiireettömyyden sekä rauhallisuuden paremmiksi kuin muilla leikkausosastoilla olevat potilaat. (Teerijoki 2008, 43-44.) Leiko-yksikön ilmapiirin koki myönteiseksi suurin vastaajista. Ilmapiiriä Leiko-yksikössä voidaan siis pitää erittäin onnistuneena.

Kotilaisen ja Räikkösen (2008) päiväkirurgisten yksiköiden tiloja käsittelevässä tutkimuksessa noin puolet vastaajista oli tyytyväisiä odotustiloihin ja pitivät niitä viihtyisinä, raikkaina ja riittävän tilavina. Tilojen viihtyisyys arvioitiin keskimäärin huonommaksi kuin tilojen koko tai toimivuus. (Kotilainen & Räikkönen 2008, 38.) Leiko-tiloja koskeviin kysymyksiin yli puolet vastaajista vastasi, että tilat ovat toimivat ja viihtyisät. Vapaassa palautteessa Leiko-tiloja kommentoitiin kuitenkin paljon, ja niiden ahtaus ja ilmanvaihto koettiin ongelmallisiksi. Tilojen toimimattomuus ja ahtaus vaikuttivat potilaiden kokemukseen myös aiemmin mainitussa yksityisyyden säilymisessä. Leiko-tiloja voisi parantaa tulevaisuudessa tilavimmiksi ja toimivimmiksi potilaspalautteen perusteella. Leiko-yksikön löytäminen oli helppoa vastaajista lähes kaikille, mutta vapaassa palautteessa oli toivottu kirjallisia ohjeita ja opasteita Leiko-yksikön löytämisen helpottamiseksi. Ohjauksessa voisi myös jatkossa huomioida potilaiden neuvomisen leikkausosastolle.

6.2 Luotettavuus

Validiteetin ja reliabiliteetin avulla voidaan selvittää tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetti kuvaa pätevyyttä ja reliabiliteetti luotettavuutta, mutta reliabiliteetilla voidaan tarkoittaa myös toistettavuutta. (Vehkalahti 2008, 40.) Validiteetti kuvaa miten tutkimuslomakkeella saadaan kysytyksi haluttuja asioita, eli tässä tapauksessa miten potilastyytyväisyys saadaan mitattua ja miten kysymysten sisältö tutkimuksessa ymmärretään. Reliabiliteetti taas määrittää tulosten pysyvyyden eli tutkijasta riippumatta tutkimuksesta saadaan tarkalleen samanlaiset tulokset. (Vilka 2007, 149-150.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää aineiston suuri koko. Tilastollisessa tutkimuksessa otoksen vähimmäismääränä olisi hyvä olla vähintään 100. Otoksen koko vaikuttaa siihen miten hyvin se edustaa tutkittavaa asiaa perusjoukossa. (Vilka 2007, 17.) Potilaspalautetta kerättäessä kyselylomakkeen avulla on luotettavuuden kannalta järkevää valita otoksen koko verraten osaston potilasmäärään vuodessa. Otos on myös hyvä suhteuttaa käytettävän mittarin kokoon ja sen sisältöön. (Leinonen 2007, 6.) Kaikki eivät vastaa kyselyyn, joten tutkijan on varauduttava vastausmäärän katoon eli tietojen puuttumiseen. Kyselytutkimuksessa on syytä odottaa jopa yli 10-20 prosentin katoa. (Vilka 2007, 59.) Leiko-toimintaa käsittelevän potilastyytyväisyyskyselyn vastaajien määrä oli 98, joten tätä voidaan pitää melko hyvänä määränä opinnäytetyön tasoisen työn aineistoksi.

Kyselylomakkeen testaamisen avulla voidaan selvittää onko kysymyksissä ja niiden ohjeistuksen ymmärtämisessä vaikeuksia, sisältääkö kyselylomake tarpeettomia kysymyksiä sekä onko kyselylomakkeessa jäänyt jokin osa-alue huomioimatta (Vehkalahti 2008, 48). Kyselylomaketta on käytetty myös aiemmin PSHP:n leikkausosastoilla potilaskyselytutkimuksissa potilastyytyväisyyden selvittämiseksi. Voidaan siis ajatella, että mittaria on pidetty tarpeeksi hyvänä riittävien vastausten saamiseksi. Opinnäytetyöntekijöillä ei ole mahdollisuutta uusintamittauksen tekemiseen aikaresurssien puitteissa.

6.3 Eettisyys

Hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan toimiminen kuuluu eettisesti hyvän tutkimuksen vaatimukseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23). Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät valitaan eettisyyttä kunnioittaen ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tuloksia analysoidessaan ja raportoidessaan tutkijan tulee käyttää kunnioittavaa esittämistapaa tutkimuksen kohteena olevista henkilöistä. Vaitiololupaukseen, salassapitovelvollisuuteen ja luottamuksellisuuteen sitoudutaan tutkimusta tehtäessä. (Vilka 2007, 164.)

Tutkimusraportoinnissa on eettisesti tärkeää toisen työn kunnioittaminen. Lähteiden käyttö, niihin viittaaminen ja niiden merkitseminen tulee olla virheetöntä ja asiallista. Verkkojulkaisuihin tulee suhtautua lähteinä kuten painettuihin julkaisuihin, ja ne tulee merkitä lähdeviitauksiin yhtä tarkasti. (Vilka 2007, 165.) Toisten kirjoittamaa tekstiä on luvatonta plagioida eli esittää suoraan omana (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 26). Toisen tutkijan tieto on myös esitettävä vääristelemättä eikä sitä tule vähätellä (Vilka 2007, 166). Opinnäytetyössä on lähdeviitteet merkitty huolellisesti ja tarkastettu, että mitään ei ole suoraan lainattu.

Tutkimuksen objektiivisuutta tarkastellaan sekä menetelmällisen että kielellisen objektiivisuuden kautta. Menetelmällisen objektiivisuuden kriteerinä pidetään tutkimuksen toistettavuutta eli joku toinen tutkija voi samoista lähtökohdista saada vastaavanlaiset tutkimustulokset. Lähteet valitaan systemaattisesti ja huolellisesti, ja otetaan mukaan myös sellaiset tutkimustulokset jotka eivät ole välttämättä samansuuntaisia omien tulosten kanssa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 310.) Tutkimuksen puolueettomuutta ilmentää myös se, että tutkija ei ole tekemisissä henkilökohtaisesti tutkittavien kanssa ja näin vaikuta tutkimustuloksiin (Vilka 2007, 16). Opinnäytetyössä on käytetty lähteitä monipuolisesti ja pyritty valitsemaan mukaan vain tuoreimmat tutkimustulokset. Opinnäytetyöntekijät eivät ole osallistuneet potilaskyselyn tekemiseen sen missään vaiheessa, ja näin ole voineet vaikuttaa kyselyn tuloksiin.

Kvantitatiivisessa menetelmässä saatuja tuloksia ei esitetä yksilöiden (Kuula 2006, 205; Vilka 2007, 164). Tällöin varmistetaan, että tutkittavat pysyvät tunnistamattomina. (Vilka 2007, 164). Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin teettämä potilastyytyväisyyskysely on tehty nimettömänä, jolloin vastaajien henkilöllisyyttä ei voi tunnistaa. Lisäksi opin-

näytetyössä on jätetty mainitsematta osaston nimi sekä miltä osastoilta kyselyyn vastanneet potilaat ovat. Opinnäytetyöhön ei ole myöskään liitetty aineiston keräämisessä käytettyä kyselylomaketta, jotta leikkausosasto ja vastaajat pysyisivät tunnistamattomina.

Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu tutkimusluvan hankkiminen ennen tutkimuksen aloittamista (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Opinnäytetyöprosessi alkoi työelämäpalaverilla potilaskyselyn kohteena olevalla osastolla ja opinnäytetyösuunnitelman kirjoittamisella, joka hyväksytettiin ensin ohjaavalla opettajalla ja työelämäyhteyshenkilöllä. Tämän jälkeen opinnäytetyölle haettiin lupaa erillisellä lupahakemuslomakkeella Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Lupa opinnäytetyöhön on saatu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitajalta. Lupahakemuksen hyväksymisen jälkeen opinnäytetyöprosessi jatkui valmiiden kyselytulosten analysoinnilla.

Saatekirjeen avulla tutkittavia informoidaan tutkimuksesta eli kerrotaan mitä tutkitaan ja kuka tutkii, miksi juuri heidät on valittu vastaajiksi ja mihin tarkoitukseen tuloksia tullaan käyttämään. Saatekirjeellä on tärkeä merkitys motivoida enemmän vastaajia vastaamaan kyselyyn, ja tällä puolestaan voidaan vaikuttaa vastausten luotettavuuteen. (Vehkalahti 2008, 47-48; Vilkkä 2007, 81.) Kyselylomakkeen mukaan olisi ollut hyvä laittaa saatekirje. Saatekirjeessä olisi ollut hyvä mainita, että tuloksia tullaan tarkastelemaan opinnäytetyössä, joka on julkista tietoa.

6.4 Kehittämishaasteet ja pohdinta

Potilastyytyväisyyskysely antaa osastolle tietoa potilaiden kokemuksista Leikotoiminnan kehittämisen tueksi. Tuloksia tarkasteltaessa nähdään, mihin jatkossa tulee kiinnittää enemmän huomiota ja mitä toiminnassa voi parantaa. Siitä myös selviää, mitä osin toiminta on onnistunutta ja mitkä asiat potilaan kokevat positiivisiksi. Toimintaa kannattaa jatkaa samanlaisena sen mukaan, mihin potilaat ovat tyytyväisiä.

Koimme kyselylomakkeen melko suppeaksi, joten sitä voisi laajentaa jatkossa monipuolisempien tuloksien saamiseksi. Hoidon laatua on tutkittu paljon erilaisilla mittareilla, joilla on saatu kattavia tutkimustuloksia potilaiden tyytyväisyydestä. Potilaskyselyn laajentamisen pohjana voisi käyttää esimerkiksi Ihmisläheinen hoito -mittarista tai Hyvä Perioperatiivinen hoito -mittarissa käytettyjä osa-alueita. Leikkausosastolla tehdyssä

potilastyytyväisyyskyselyssä ei ole huomioitu fyysisen hoidon osa-aluetta, ja näin ollen yhden tärkeän laatukriteerin toteutuminen on jäänyt selvittämättä. Fyysinen hoito on hoitotyön laadun tarkastelussa olennaista (Leinonen 2007, 6). Fyysistä hoitoa tutkittu aiemmin muun muassa Hyvä perioperatiivinen hoitotyö -mittarilla (Teerijoki 2004), jossa on selvitetty esimerkiksi potilaan kivun hoitoa sekä pahoinvoinnin ehkäisemistä.

Kyselylomakkeessa ei ole selvitetty, miten potilaan omatoimisuus toteutuu Leiko-toiminnassa. Aiemmissa perioperatiivista hoidon laatua koskevissa tutkimuksissa (esim. Teerijoki 2008, Kaukavuori 2012) omatoimisuuden tukeminen on koettu huonoiten toteutuneeksi osa-alueeksi. Hyvä Perioperatiivinen Hoito -mittarissa potilaan henkilökohtaiset mielipiteet ja toivomukset on huomioitu. Leiko-toiminta perustuu potilaan omatoimisuuteen ja sen tukemiseen, koska leikkausta edeltävät valmistelut tehdään potilaan kotona. Olisi ollut mielenkiintoista selvittää, miten potilaat ovat omatoimisuuden tukemisen kokeneet.

Jos kyselylomakkeessa olisi ollut avoimia kysymyksiä, vastauksia olisi voinut perustella sanallisesti kysymysten jälkeen. Potilaat ja heidän toiveensa voitaisiin huomioida yksilöllisemmin, jos selvitettäisiin tarkemmin, mitä syitä vastausten taustalla on. Esimerkiksi Leiko-tiloja koskevien väittämien jälkeen kyselylomakkeessa olisi voinut olla tilaa mahdollisille kehitysehdotuksille tilojen toimivuuden parantamiseksi ja potilaiden mielipiteiden huomioimiseksi. Olisi ollut hyvä saada perusteluja myös esimerkiksi siihen, miksi jotkut vastaajista olisivat halunneet tulla sairaalaan jo edeltävänä päivänä.

Hoitotyön laatua arvioitaessa tarvitaan eri osapuolten käsityksiä siitä, mikä on hyvää ja potilastyytyväisyyttä lisäävää hoitoa (Pelkonen & Perälä 1992, 63). Jos hoidon laatua haluttaisiin tarkastella moniulotteisemmin, tutkimus olisi syytä toteuttaa potilaiden lisäksi myös henkilökunnalla, esimerkiksi hoitajilla, lääkäreillä ja johtajilla. Näin tutkimus kuvaisi laajemmin hoidon laadun prosessi-, tulos- ja rakennekriteereitä. (Kvist 2004, 65.)

Potilastyytyväisyyden selvittämisessä kvalitatiivinen menetelmä olisi voinut olla parempi, koska laadullisella tutkimusmenetelmällä potilaiden kokemuksista ja niiden taustalla olevista syistä saadaan tarkemmin tietoa (Heikkilä 2010, 16-17). Potilaiden kokemuksia on vaikea tutkia määrällisesti; kvantitatiivisen menetelmän avulla ei saada suoria kehittämissuhteita ja parannuksia. Kyselylomakkeen otsikointi ei ole ollut paras

mahdollinen. Vaikka potilastyytyväisyys onkin tärkeä kriteeri potilaan saamaa hoitoa arvioitaessa, on huomioitava, että potilastyytyväisyyskyselyt mittaavat usein vain tyytyväisyyden määrää; ne eivät yksistään välttämättä kerro mihin potilaat ovat hoidossaan tyytyväisiä ja mihin tyytymättömiä (Kvist 2004, 28).

Opinnäytetyössä olemme vastanneet tutkimusongelmiin tilastollisen tutkimuksen avulla. Potilaspalautteiden perusteella olemme tarkastelleet Leiko-yksikön määrittelemien laatu-kriteerien toteutumista Leiko-yksikössä. Analysoimalla potilaskyselyn tulokset olemme saaneet selville mihin potilaat ovat Leiko-yksikössä saamaansa hoitoon olleet tyytyväisiä ja mitkä osa-alueet kaipaavat kehittämistä Leiko-yksikössä.

Opinnäytetyön kirjoittaminen on ollut pitkä, mutta opettavainen kokemus. Alussa oli hieman vaikeuksia kirjoittamisprosessin aloittamisessa, jolloin käytössämme oli ainoastaan valmis kyselylomakepohja ja odotimme lopullisten tulosten valmistumista. Toisaalta valmis aineisto helpotti opinnäytetyöprosessia, mutta koimme hankalaksi sen, ettei meillä ollut mahdollisuutta osallistua potilaskyselyn tekemiseen ja vaikuttamaan sen sisältöön. Olisimme halunneet tehdä kyselystä enemmän omannäköisemme ja muotoilla kysymykset eri tavalla. Tässä tapauksessa olisimme voineet käyttää lomakkeen mallina esimerkiksi Ihmisläheinen hoito –mittaria ja Hyvän Perioperatiivisen Hoidon –mittaria, koska niissä mielestämme yhdistyi parhaiten hoidon laadun kriteerit ja mittareita on testattu useaan otteeseen.

Opinnäytetyö ei edennyt perinteisen prosessin mukaisesti. Meiltä jäi itse tutkimuksen suunnitteluosuus pois, jossa ensin etsitään ja sovelletaan teoriaa, jonka pohjalta tehdään itse kyselylomake. Nyt perehdyimme ensin kyselyssä saatuihin tuloksiin ja niiden analysoimiseen ja niiden kautta etsimme sopivaa teoriapohjaa. Teoriaosuuden kirjoittaminen eteni syksyn aikana hitaasti, mutta ennen joulua löysimme uusia lähteitä ja kevätlukukauden puolella tutkielma eteni vauhdikkaasti. Yhteistyö on ollut mutkatonta ja opinnäytetyön kirjoittaminen on ollut jopa hauskaa. Voimme rehellisesti sanoa, että työ on tehty yhdessä tasavertaisesti.

Opinnäytetyöprosessin kautta olemme saaneet perehtyä perioperatiivisen hoidon laatuun vaikuttaviin tekijöihin ja Leiko-toimintaan. On ollut hyvä tutustua hoidon laatu-kriteereihin erilaisten mittareiden ja hoidon laatua käsittelevien tutkimusten avulla. Oli mielenkiintoista havaita, kuinka monesta asiasta potilastyytyväisyys koostuu. Leiko-

toimintaan perehtyminen on ollut tulevaisuuden kannalta hyödyllistä, koska Leikopotilaiden määrä tulee varmasti jatkossa lisääntymään. Tältä pohjalta voimme työelämässä vaikuttaa omaan toimintaamme ja kiinnittää huomiota opinnäytetyöprosessin aikana esiinnousseisiin asioihin. Olemme kokonaisuudessa tyytyväisiä työhömmä ja omaan oppimisprosessiin.

LÄHTEET

Attree, M. 2001. A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. *Journal of Nursing Management*. 9/2001, 67-78.

Calligaro KD, Dandura R, Dougherty MJ, DeLaurentis DA, Raviola CA. 1997. Same-day admissions and other cost-saving strategies for elective aortoiliac surgery. *J Vasc Surg* 1/1997, 141-144. Luettu 5.2.2014.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741521497703306#>

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede* 3/2008, 115-125.

ETENE. 2000. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja I. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 6.2.2014.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.-8. painos. Helsinki: Edita.

Hiihdenhovi, H., Åstedt-Kurki, P. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 1/2001, 11-20.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivonen, I. 2003. Leikkaukseen kotoa – toiminta Hyvinkään sairaalassa. *Spirium* 38(4), 22-23.

Iivonen, I. 2004. Leikkaukseen kotoa, Hyvinkään sairaalan kehittämissuoritteilla leikkaukseen kotoa. *Pinsetti* 1/2004, 13-14.

Jawaid, M., Mushtaq, A., Mukhtar, S. & Khan, Z. 2007. Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 2/2007, 145-148. Luettu 20.2.2014.

<http://www.neurosciencesjournal.org/pdf/files/apr07/preoperative.pdf>

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kaukavuori, S. 2012. Perioperatiivisen hoidon laatu – gastroenterologisten kirurgisten potilaiden arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. Preventiivinen hoitotiede. *Hoitotiede*. Pro gradu –tutkielma.

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 12/2006, 1412-1414.

- Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveydenhuollon laatuopas. 1. painos. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki. Luettu 6.2.2014.
http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597
- Kotilainen, H. & Räikkönen, O. 2008. Käyttäjien arvioita päiväkirurgisten yksiköiden tiloista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Valopaino Oy. Luettu 25.2.2014.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75137/R6-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden ja talouden laitos. Väitöskirja.
- Kvist, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Ihmisläheinen hoito -mittarin kehittäminen ja innovatiivinen käyttö. *Hoitotiede* 6/2008, 377-387.
- Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kinnunen, J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 3/2006, 107-119.
- Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) - a preoperative process. University of Helsinki. Department of Surgery. Medical Faculty. Academic Dissertation. Luettu 10.11.2013.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis_laisi.pdf?sequence=1
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8 1992/785. FINLEX. Luettu 13.11.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Leino-Kilpi, H. & Vuorenmaa, J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Leinonen, T. 2007. Perioperatiivisen hoitotyön laatu – miten määritellään ja kuinka mitataan? *Pinsetti* 3/2007, 5-7.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M-R. & Lertola, K. 2001. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing* 2/2001, 294-306. Luettu 25.2.2014.
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e20de791-46ee-45cf-9515-d70e5072a54f%40sessionmgr113&vid=2&hid=108>
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Pasila, B. 2005. Tehtäväkuvausten perustana hoitotyön arvot. *Pinsetti* 1/2005, 23-26.
- Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Perälä, M-L. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: Laatumittarin (Qualpacs) Validatio. Jyväskylä: Gummerus.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu –tutkielma.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Luettu 26.11.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sjöroos, J. & Takala, H-M. 2012. Leikkaukseen suoraan kotoa, LEIKO-toiminnan vaikutuksia leikkauspotilaan hoitotyöhön. *Spirium* 47(2), 22-23.

Soini, E., Keränen, J. & Ryyänen, O-P. 2007. LEIKO - leikkaukseen kotoa. *Pinsetti* 2/2007, 26-28.

Strandell-Laine, C., Heikkinen, A., Leino-Kilpi, H. & van der Arendt, A. 2005. Hoitotyön eettiset ohjeet – Mikä niiden merkitys on? *Hoitotiede* 5/2005, 259-269.

Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2007. Yksilöllisellä hoidolla tyytyväisyyttä ja elämänlaatua ortopedisille potilaille. *Hoitotiede* 6/2007, 294-304.

Teerijoki, J. 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotyön johtaminen. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Terveystieteidenhuoltolaki. 2011. 30.12.2010/1326. FINLEX. Luettu 6.2.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tohmo, H. 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? *FINNANEST* 4/2010, 310-311. Luettu 10.11.2013.
http://www.finnanest.fi/files/tohmo_miten.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Julkaistu 14.11.2012. Tullut voimaan 1.3.2013. Luettu 6.2.2014.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus

LIITTEET

Liite 1. Taulukko aiheita käsittelevistä tutkimuksista

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Kvist (2004) Väitöskirja	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoidon laatua erikoissairaanhoidossa potilaiden, henkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien arvioimana.	Kvantitatiivinen tutkimus Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, Varkauden aluesairaalassa, Iisalmen aluesairaalassa N=1539 (potilaskysely) N=1093 (henkilöstökysely) Tilastollinen analyysi	<ul style="list-style-type: none"> - Hoidon laatu hyvää sekä potilaiden että henkilöstön arvioimana. - Potilaat arvostivat henkilöstön ammattitaitoa, miellyttävää kohtelua ja avun saantia tarpeisiinsa. - Potilaat olivat tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa osallistua omaan hoitoonsa, tiedon saantiin, kiireeseen ja riittämättömään henkilökuntamäärään. - Henkilöstö arvioi kaikki hoidon laadun osa-alueet tärkeämmiksi kuin ne toteutuivat. - Hoidon laadun toteutumista estivät eniten kiire ja riittämätön henkilökuntamäärä kaikkien henkilöstöryhmien mielestä.
Laisi (2012) Väitöskirja	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Leiko-toimintaprosessia ja prosessimuutosta käyttäen erilaisia mittauksia. Tutkimuskysymykset: Millaisia kliinisiä ja elämänlaadullisia muutoksia on sappileikkauspotilaiden keskuudessa Leiko-toiminnan ja perinteisessä kirurgisen toiminnan välillä? Miten Leiko-prosessi	Kvantitatiivinen tutkimus Hyvinkään sairaalassa N=47 (tutkimus I) N=1208 (tutkimus II) N=614 (tutkimus III) N=12 205 (tutkimus IV) Tilastollinen	<ul style="list-style-type: none"> - Leiko -prosessi todettiin kustannustehokkaaksi. - Leiko-potilaiden terveyteen liittyvät elämänlaatua mittaavat tekijät viittaavat parempaan leikkauksen jälkeiseen tilanteeseen kuin vuodeosaston sappileikkauspotilaille. - Prosessimuutos yhtenäiseen Leiko -prosessiin ei vaikuttanut potilaiden leik-

	<p>vaikuttaa leikkaustuloksiin? Erot anestesiaprekliniikalla ja siellä käymättömien potilaiden välillä. Leikkausten peruutusten määrä ja syyt peruutuksille Leiko-prosessissa.</p>	<p>analyysi</p>	<p>kauksen jälkeiseen komplikaatioiden tai kuolleisuuden määrään.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leikkauksen aikainen tai jälkeinen komplikaatioiden määrä ei riippunut poliklinikkakäynnistä. Kaikki potilaat eivät tarvitse leikkausta edeltävää poliinista anestesiaarviota.
<p>Kaukavuori (2012)</p> <p>Pro gradu - tutkielma</p>	<p>Pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata toteutunutta perioperatiivisen hoidon laatua gastroenterologisten kirurgisten potilaiden arvioimana ja selvittää taustamuuttujien yhteyttä potilaiden hoidon laadun arviointiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen</p> <p>Eräs yliopistolinen keskussairaala</p> <p>N=85</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaat arvioivat perioperatiivisen hoidon laadun kokonaisuutena hyväksi. - Tutkimuksen mukaan laatukategoriosta parhaiten toteutuivat fyysinen hoito, kunnioitus, henkilökunnan ominaisuudet sekä ilmapiiri, ja huonoiten omatoimisuuden tukeminen.
<p>Sjöroos (2011)</p> <p>Opinnäytetyö (YAMK)</p>	<p>Kehittämiprojektin tavoitteena oli selvittää, miten leikkauspotilaiden vastaanottamisen ja valmistelun siirtyminen Leiko-toiminnaksi tulee muuttamaan kirurgisen vuodeosaston toimintaa</p> <p>Tavoitteena oli selvittää, miten paljon hoitajien työaika kuluu leikkauspotilaan valmisteluun ja vastaanottamiseen ja miten aika jakautuu leikkausvalmisteluun liittyvissä tehtävissä.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Salon aluesairaalassa</p> <p>N=29 (hoitajat), 47 (potilaat)</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan odotusaika osastolla vähenee Leiko-toiminnan myötä. - Tiedonkulku hoitajien välillä paranee; Leiko-toiminta mahdollistaa omahoitamalliin siirtymisen. - Vuodeosastolla hoitajien tehtävistä poistuu leikkauspotilaan valmistelu. Yhden hoitajan työpanoksesta vapautuu keskimäärin 3 h päivässä ja viikossa 2 työpäivää aikaa muihin tehtäviin. - Leiko-toiminta selkiyttää vuodeosaston toimintaa ja antaa joustavuutta potilaspaikkatilanteeseen.

<p>Teerijoki (2008)</p> <p>Pro gradu – tutkielma</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoidon laatua perioperatiivisten potilaiden arvioimana.</p>	<p>Kvantitatiivinen menetelmä</p> <p>Keski-Suomen keskussairaalassa</p> <p>N=180</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perioperatiivisen hoidon laatu arvioitiin erittäin hyväksi. - Hoidon laadun onnistunein osa-alue oli henkilökunnan ominaisuudet, toiseksi onnistunein oli fyysiseen hoitoon liittyvät asiat, huonoiten toteutuneet osa-alueet olivat omatoimisuuden ja tiedonsaantiin liittyvät osa-alueet.
--	---	--	--