



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Iina Helminen

Michael Kohvakka

23H-TOIMINTA

”..23h oli ehkä vähän aikaa sellanen yhteinen vihollinen..”

Sosiaali- ja terveysala
2018

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Iina Helminen & Michael Kohvakka
Opinnäytetyön nimi	23h-toiminta ”..23h oli ehkä vähän aikaa sellanen yhteinen vihollinen..”
Vuosi	2018
Kieli	suomi
Sivumäärä	36 + 4 liitettä
Ohjaaja	Marita Salmu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yhden keskisuuren keskussairaalan leikkausosaston sairaanhoitajien kokemuksia 23h-toiminnasta. Tutkimuksessa tarkasteltiin, kuinka he kokivat toiminnan ja kuinka he olisivat kehittäneet toimintaa. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda tietoa, jolla pystytään kehittämään 23h-toimintaa ja sairaanhoitajien työtä. Saadulla tutkimustiedolla pystyttäisiin parantamaan hoidon laatua ja nopeuttamaan hoitoprosessia.

Tutkimusaineisto kerättiin yksilöhaastatteluina seitsemältä sairaanhoitajalta, jotka olivat osallistuneet 23h-toimintaan. Haastattelupohjana käytettiin teemahaastattelurunkoa ja haastattelut tapahtuivat heidän omalla työpaikallaan syksyllä 2017. Tutkimusaineisto kirjoitettiin auki ääninauhoilta ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tuloksista käy ilmi perehdytyksen puutteen olleen suurin ongelma toiminnan alkaessa. Myös toiminnan nopeaa alkamista ja huonoa informaatiota kritisoitiin. Toiminta nähtiin sekä itsensä kehittämisen mahdollisuutena, että henkilökunnan yhteisenä vihollisena.

ABSTRACT

Author	Iina Helminen and Michael Kohvakka
Title	23h Operating Model “..23h Was Maybe a Common Enemy for a While..”
Year	2018
Language	Finnish
Pages	36 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Marita Salmu

The purpose of this bachelor’s thesis was to find out the experiences of the nurses in the surgery unit in one middle-sized central hospital about the 23h operating model. The study looked at how they felt about the operating model and how they would have developed the operating model. The aim of the study was to find information that can be used to develop 23h operating model and the work of nurses. The obtained research data could be used to improve the quality of care and the nursing care process.

The research material was collected as individual interviews with seven nurses who had participated in 23h operating model. The interviews were based on a thematic interview frame and the interviews took place at the nurses’ own workplace in the fall of 2017. The research material were transcribed and analyzed inductive content analysis.

The results show that the lack of orientation was the biggest problem when starting with the operating model. Also the rapid start of the operating model and poor flow of information were criticized. The operating model was seen both as an opportunity for self-development and as a common enemy of the staff.

Keywords	Extended day only unit, 23 hour care unit, 23h operating model
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	23H-TOIMINTA	9
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	11
4	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	12
	4.1 Leiko-toiminta.....	12
	4.2 Päiväkirurgia	13
	4.3 Heräämö	14
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	15
	5.1 Tutkimuksen kohderyhmä	15
	5.2 Tutkimusmenetelmä ja toteutus	15
	5.3 Aineiston analysointi	16
6	TULOKSET	18
	6.1 Toiminnan resurssit.....	18
	6.1.1 Työn lisääntyminen.....	18
	6.1.2 Tilojen käytännöllisyys	19
	6.1.3 Henkilökunnan määrä	19
	6.2 Toiminnan kokeminen	20
	6.2.1 Suhtautuminen muutokseen	20
	6.2.2 Vaikutusmahdollisuuksien vähäisyys	21
	6.2.3 Kokemus omasta ammattitaidosta	21
	6.3 Toiminnan järjestäminen	22
	6.3.1 Kokemus perehdytyksestä.....	22
	6.3.2 Toiminnan organisointi	23
	6.3.3 Potilasvalinnan tärkeys	24
	6.3.4 Työn jakautuminen	24
	6.4 Toiminnan vaikutus potilaaseen	25
	6.4.1 Potilaan yksityisyys.....	25

6.4.2	Potilasohjauksen laatu	26
6.4.3	Hoidon laatu	26
6.4.4	Itsemääräämisoikeus	27
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	28
7.1	Tulosten tarkastelu	28
7.2	Tutkimuksen eettisyys	30
7.3	Tutkimuksen luotettavuus	31
8	JATKOTUTKIMUSAIHEET	34
	LÄHTEET	35

LIITTEET

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Tiedonhakutaulukko**LIITE 2.** Teemahaastattelurunko**LIITE 3.** Saatekirje**LIITE 4.** Esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämistarve on kasvussa väestön nopean ikääntymisen ja sairastuvuuden lisääntyessä. Painetta on luoda kustannustehokkaita hoitomuotoja, joilla parannettaisiin palveluiden tuottavuutta ja vaikuttavuutta. (KASTE 2012-2015, 15-16.) Hyvinkäällä kehitetyllä Leikkaukseen kotoa -toiminnalla eli Leiko-toimintamallilla on saatu säästöjä ja parannettu sairaaloiden tuottavuutta. Toimintamallissa potilas leikataan samana päivänä, kun hän saapuu sairaalaan. (Keränen & Keränen 2011.) Tämän lisäksi Suomessa on laajasti lisätty nopean toipumisen malleja leikkaustoiminnassa. Kansainvälisten arvioiden mukaan päiväkirurgian osuus elektiivisestä kirurgiasta tulee kasvamaan jopa 75 %:iin. Tutkimuksen mukaan lyhytoitoisen kirurgian käyttö vähentää laitostumista ja lisää potilaan vastuuta omasta hoidostaan kotiutumisen jälkeen. Toimintaa on lääketieteellisesti perusteltu matalammilla komplikaatioilla. Nopea kotiutuminen kuitenkin lisää omaisten vastuuta hoitaa ja valvoa läheistään kotona leikkauksen jälkeen. Omaiset eivät kuitenkaan tutkimuksen mukaan olleet ihan varmoja mistä heidän pitäisi olla konkreettisesti vastuussa, mutta tunsivat velvollisuutta ottaa vastuuta potilaan paranemisesta. Osa vastuusta jonka he saivat olisi heidän mielestään kuulunut ammattilaisille. (Norlyk & Harder 2011; Norlyk & Martinsen 2012; Ruohoaho 2016.)

Säästötoimien sivutuotteena on syntynyt leikkaushoidon malli, jonka keskiössä on potilas. Uuden hoitomallin tavoitteena on lisätä hoidon turvallisuutta ja laatua. Tämä toimintamalli on vuodeosastomainen 23h-toiminta, jossa potilaan seuranta on pidennetty 23 tuntiin. Toimintamallia käytetään päiväkirurgian rinnalla. Leikkauksen ja sen jälkeisen seurannan keskittäminen samaan yksikköön kotiuttamiseen asti on potilaille mielekkäämpää sekä sairaalalle taloudellisesti järkevää. Heräämö seurannassa voidaan myös huomata nopeasti leikkauksen jälkeiset komplikaatiot ja hoitaa ne tehokkaasti. Toiminnalla on koettu olevan paljon positiivisia vaikutuksia. (Ruohoaho 2016, 1098.)

23h-toiminta on varsin uusi toimintamalli, joten siitä on vain vähän tutkittua tietoa. Tästä syystä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka avulla

pystytään tutkimaan aiheita, joista tutkittua tietoa ei ole vielä paljon saatavilla. Opinnäytetyö toteutettiin yhden keskisuuren keskussairaalan leikkausosastolle tilaustyönä. Teemahaastattelut toteutettiin toimintaan osallistuneille sairaanhoitajille, heidän kokemustensa kartoittamiseksi. Opinnäytetyöllä selvitettiin, kuinka he ovat kokeneet 23h-toiminnan tuomat muutokset ja kuinka toimintaa voisi kehittää heidän mielestään. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jolla kehittää toimintaa.

2 23H-TOIMINTA

Association for Ambulatory Surgery eli kansainvälisen päiväkirurgisen yhdistyksen mukaan potilaan saapuminen toimenpiteeseen ja koituminen saman päivän aikana määritellään päiväkirurgiseksitoimenpiteeksi. Hoidon jatkuessa yön yli, mutta kuitenkin korkeintaan 24 tuntia, puhutaan pidennetystä seurannasta tai 23 tunnin leikkausprosessista. (Ruohoaho 2016, 1098.)

Heräämöstä kotiin-hoitoprosessista käytetään lyhennettä Herko 23h-toiminta. Herko-potilaat saapuvat toimenpidepäivänä leikkaukseen, viettävät yön sairaalassa ja lähtevät kotiin ennen kuin leikkauksesta on kulunut vuorokausi. (Musialowicz & Martikainen. 2015.) Toimintamallista käytetään käsitteitä: Extended Day Only Unit, 23 Hour Care Unit, Day of Surgery Unit ja 23 Hour Surgical Services. Potilaat yöpyvät sairaalassa käymättä vuodeosastoilla. (Niskanen, M. 2014.) Tässä toimintamallissa potilaita ei tarvitse viedä leikkauksen jälkeen osastolle vaan kotiutuvat heräämöstä. Näin säästetään vuodeosastopaikkoja. (Hannukainen & Alhonen 2014, 7.) 23h-toiminnan avulla voidaan hoitaa enemmän potilaita pienemmillä kustannuksilla ja sen ajatellaan tuovan välittömiä säästöjä. Toiminta on tehokkaampaa, kun kaikki potilaan hoitoon liittyvä toiminta on lähellä. (Weckström, Nyberg & Maksimainen 2016, 78, 83.) 23h-toimintamalli on hoitomuoto elektiivisille leikkauspotilaille, jotka viettävät vain yhden yön sairaalassa. Toimintamalli ei ole vaihtoehto tai korvike päiväkirurgiselle toiminnalle vaan palveluiden laajentamista potilaille, jotka eivät sovellu päiväkirurgisiin toimenpiteisiin. 23h-toiminnan päämääränä on huolehtia potilaiden turvallisesta ja tehokkaasta hoidosta. Suurin osa näistä leikkauspotilaista tarvitsee vain kivun lievitystä ja seurantaa valvovan silmän alla, kunnes voivat kotiutua. Toimintamalli on erityisen hyvä potilaille joilla ei ole ketään kotona leikkauksen jälkeen. (Extended day surgery 2007, 2; Ryan, Davoren, Grant & Leigh 2005, 8.)

Oletuksena on, että potilas pystyy kotiutumaan 24 tunnissa ja pärjää yhdessä yksikössä. Potilasvalinnassa on huomioitava, että potilas pärjäisi yksikössä mahdollisimman omatoimisesti päivittäisistä toiminnoista ja mobilisoinnista.

(Ryan, Davoren, Grant & Delbridge 2005, 9; 23 Hour Ward Admission Criteria 2014, 4.)

Australiassa 23h-toiminnan on todettu kehittävän yksiköiden toimintaa. Odotuslistat ovat lyhentyneet, sairaalassaoloaika on lyhentynyt, viivästykset ovat vähentyneet ja kommunikaatio henkilökunnan välillä on todettu parantuneen. Toiminnan alkaessa henkilökunta oli huolissaan osaamisestaan, kun erikoisalajat lisääntyivät. (Ryan, Davoren, Grant & Delbridge 2005, 9; 23 Hour Ward Admission Criteria 2014, 3.)

Kuopion yliopiston Kaarisairaalassa potilailla on mahdollisuus itse ilmoittautua ITTE-automaatin kautta toimenpide aamuna. Hoitajan ja leikkaavan lääkärin tapaamisen jälkeen potilas menee toimenpiteeseen. Kaikki postoperatiiviset määräykset tehdään heti leikkauksen jälkeen. Heräämöstä potilas pääsee olohuoneenomaiseen tilaan oleskelemaan ja ruokailemaan, kun kaikki siirtokriteerit täyttyvät. Yöpyminen tapahtuu heräämön välittömässä läheisyydessä 12 paikkaisessa huoneessa. Monitorointia ja jatkuvaa valvontaa ei ole, mutta hoitajat ovat tarvittaessa lähellä. (Musialowicz & Martikainen 2015, 120–121.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa yhden sairaalan 23h-toimintaan osallistuneiden sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia 23h-toiminnasta, miten 23h-toiminta on vaikuttanut sairaanhoitajien työhön ja potilaan kohtaamiseen.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat:

1. Miten sairaanhoitajat ovat kokeneet Heräämöstä kotiin -toiminnan?
2. Kuinka Heräämöstä kotiin -toimintaa voisi kehittää sairaanhoitajien mielestä?

Opinnäytetyön tavoitteena on luoda tietoa, jonka avulla voidaan kehittää 23h-toimintaa, sairaanhoitajien työtä ja näin ollen parantaa hoidon laatua ja nopeuttaa hoitoprosessia.

4 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Preoperatiivinen ja postoperatiivinen hoito on siirtynyt entistä enemmän kotiolosuhteisiin sairaalassaoloajan lyhentymisen takia. Yhä suurempi vastuu potilaan valmisteluista ennen leikkausta ja kuntouttamisesta leikkauksen jälkeen, on potilaalla itsellään ja tämän omaisilla. (Sveinsdottir, Borgthorsdottir, Asgeirsdottir, Albertsdottir & Asmundsdottir 2016.) Suomessa on käytössä useita leikkaustoiminnan malleja, joilla on lyhennetty sairaalassaoloaikaa.

Opinnäytetyöhön etsittiin tutkittua tietoa PubMedistä, Cinahlist, Medicistä ja Joanna Briggs Institute Databasesesta, jotka ovat terveysalan keskeisiä tietokantoja. Tutkittua tietoa etsittiin hakusanoilla heräämö, recovery room, PACU, post anaesthetic care unit, Herko, 23h-toiminta, extended day only unit, 23 hour care unit, 23 hour surgical services, Leiko, from home to operation, päiväkirurgia, day surgery ja day case surgery. Suomenkielisillä hakusanoilla löytyi vain muutamia tuloksia. Myöskään 23h-toimintaan tai Leiko-toimintaan viittavilla hakusanoilla ei löytynyt paljoa tutkittua tietoa.

4.1 Leiko-toiminta

Leiko-toiminta eli leikkaukseen kotoa toiminta on HUS:n Hyvinkään sairaalassa vuonna 2000 kehitetty toimintamalli, joka käsittää leikkausta edeltävät valmistelut, tutkimukset ja sairaalaan saapumisen. Leiko-toiminnalla tarkoitetaan yhdenmukaista preoperatiivista toimintatapaa, jossa kaikki ennakkovalmistelut on suoritettu etukäteen kotona tai preoperatiivisella poliklinikalla. Keskeistä on eri ammattiryhmien tiivis yhteistyö. Yhteistyötä tekevät preoperatiivisen poliklinikan henkilökunta, hoidonvaraajat, kirurgit, anestesia lääkärit, leikkaustiimit ja heräämösairaanhoitajat. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämööseen ja heräämöstä osastolle. Toimintamalli on levinnyt kaikkialle Suomeen. (HUS 2016.) Tyypillisesti Euroopassa potilaat kirjataan osastolle päivää ennen leikkausta, elleivät he sovellu päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Leiko-toiminnassa kuitenkin leikkausta edeltävät valmistelut hoidetaan ennakkoon ja potilas saapuu preoperatiiviselle poliklinikalle leikkauspäivän aamuna. Sairaanhoitaja haastattelee vielä potilaan, jonka jälkeen hän tapaa kirurgin. Potilas

menee osastolle ensimmäisen kerran vasta päästyään heräämöstä. (Keränen, Soini, Ryytänen, Hietaniemi & Keränen 2007.) Toimintamalli mahdollistaa suuremman potilasmäärän ottamisen ja lyhentää potilaiden sairaalassaoloaika (Ortiga, Capdevila, Salazar, Viso, Bartolomé & Corbella 2010).

4.2 Päiväkirurgia

Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen valitut potilaat saapuvat sairaalaan leikkauspäivänä suunniteltuun leikkaukseen ja kotiutuvat samana päivänä. Päiväkirurgian käyttö on lisääntynyt laajasti, koska lääketieteellinen teknologia on kehittynyt, anestesia- ja kivunhoito on tullut lisää, terveydenhuollon kustannustehokkuutta on parannettava ja leikkausjonoja lyhennettävä. (Bellani 2008, S44.) Vähän kajoavassa leikkausmuodossa kudosvauriot ja verenvuoto ovat pienempiä. Hoitomuodossa leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden mahdollisuus ja kipu ovat vähentyneet. (Berg 2012, 8.)

Päiväkirurginen toiminta kuuluu nopeutettuihin hoitoprosesseihin. Nopeutetun hoitoprosessin tavoite on potilaan mahdollisimman tehokas kuntouttaminen. Turvallinen päiväkirurginen toimenpide edellyttää huolellista potilasvalintaa. Yleissairaudet ja korkea ikä eivät ole esteitä päiväkirurgiselle toimenpiteelle. Potilaan tulee kuitenkin täyttää tietyt psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset kriteerit. Potilaan tulisi pärjätä annetulla lääkityksellä kotona kivun ja pahoinvoinnin kanssa, sekä hänellä tulee olla vastuullinen saattaja kotimatalle ja kotona ensimmäisenä yönä leikkauksesta. (Karma, Kinnunen, Palovaara ja Perttunen 2016, 17–18.) Nopeasti lisääntynyt päiväkirurginen leikkaustoiminta on tuonut uusia haasteita potilaan hoidon kannalta. Hoidon jatkuvuus vaatii yhteistyötä perus- ja erikoisterveydenhuollon välille. Sairaanhoidajien, jotka työskentelevät päiväkirurgisessa yksikössä tulee ymmärtää potilaan koko hoitopolku leikkauspäivänä. Näin pystytään kehittämään, tukemaan ja varmistamaan potilaan jatkohoito myös kotona. (Renholm, Suominen, Puukka & Leino-Kilpi 2017.) Nopean kotiutumisen haittapuolena on lyhyt leikkauksen jälkeinen seuranta-aika sairaanhoidajien valvonnassa. Leikkauksen jälkeinen seuranta ja kuntouttaminen siirtyy potilaalle ja hänen omaisilleen. Lisääntynyt vastuu saattaa aiheuttaa

turvattomuuden tunnetta kotona. Suurimmaksi osaksi potilaat ja omaiset kuitenkin hyväksyvät heille siirretyn vastuun. (Berg, Årestedt & Kjellgren 2013, 1631.)

4.3 Heräämö

Tämä nimitys sopii enää huonosti nykyiseen peri- ja postoperatiiviseen toimintaan, sillä nykyään anestesiamenetelmiin kuuluu niin nukutuksia kuin puudutuksia. Puudutuspotilaiden kohdalla heräämö nimen käyttö voi olla ongelmallinen. Tästä syystä heräämö nimen sijasta on käytetty muun muassa termejä valvontayksikkö, valvomo, valvontasali, anestesian jälkivalvontayksikkö, anestesiavalvonta ja postoperatiivinen anestesiavalvonta. Heräämö on sairaalayksikkö, jonne potilas viedään leikkauksen jälkeen toipumaan leikkauksen aikaisesta anestesiasta. Tavoitteena hoidossa on potilaan toipuminen takaisin anestesiaa edeltävälle tasolle. Heräämö seuranta on tärkeää, sillä suurin osa leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista tapahtuu muutaman tunnin sisällä leikkauksesta. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 178; Conti, Ballo, Buoncrisiano, Secchi, Cecconi, Buoncrisiano, Boccalini, Mondaini & Pedullá 2014.)

Heräämöseurannan tavoitteita ovat potilaan toipuminen toimenpiteestä ja anestesiasta sekä vitaalielintoimintojen seuranta ja hoito. Potilaasta seurataan verenkiertoa, nestetasapainoa, virtsaneritystä, hengitystä, tajunnan tasoa, lihastoimintaa, leikkaushaavaa sekä sen ympäristön vuotoa ja kuntoa, lämpötilaa, pahoinvointia ja kipua. Kaikki huomiot kirjataan ja raportoidaan. Kirjaaminen tehdään anestesiakaavakkeeseen tai anestesiatietojärjestelmään. (Ilola, Honkanen, Heikkinen, Katomaa & Hoikka 2013, 206–208.) Seurannan tarkoituksena ei ole ainoastaan hoitaa heräämövaiheessa syntyviä ongelmia vaan pyrkiä ennaltaehkäisemään niiden syntymistä, jotta heräämössä oloaika ei pitenisi (Hegarty & Burton 2007).

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluina sairaanhoitajille heidän työpaikallaan. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmänä olivat yhden keskisuuren keskussairaalan leikkausosaston 23h-toimintaan osallistuneet sairaanhoitajat. Haastatteluun osallistui näistä sairaanhoitajista yhteensä seitsemän (n=7). Haastateltavat valikoituivat sen mukaan, kuka oli töissä kyseisenä ajankohtana, kun haastatteluja tehtiin. Sairaanhoitajat itse ehdottivat myös toisiaan haastateltaviksi.

5.2 Tutkimusmenetelmä ja toteutus

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus käsittää paljon erilaisia lähestymistapoja. Tutkimusmuoto on hajaantunut laajalle ja sen hallinta on vaikeaa. Ihmisten kokemukset, tulkinnat, asenteet ja käyttäytyminen kuuluvat kvalitatiivisen tutkimuksen määritelmään. Tutkimusmallilla voidaan kuvailla sellaisia tutkimusalueita, joita ei ole aiempaa tutkittua tietoa.

Teemahaastattelulla on ennalta päätetty tarkoitus ja haastateltavia yleensä vähän. Tärkeää on, että haastattelun rakenne pysyy haastateltavan hallinnassa. Siksi haastatteluissa käytetään teemahaastattelurunkoa, jolla pystytään ohjaamaan keskustelua ja kaikki haastattelut menevät aiheiltaan samassa järjestyksessä. Teemahaastattelun etuina on se, että aineisto rakentuu oikeasti haastateltavan kokemuksista. Haastateltavien vastauksia ei tällöin rajaa haastattelijan antamat vastausvaihtoehdot. Haastatteluteemat kuitenkin pitävät haastattelun käsillä olevassa tutkimusongelmassa. Lomakehaastattelussa pyritään yleensä tulosten yleistämiseen, mutta teemahaastattelussa syntyvä aineisto on puheesta kerättyä tekstiä ja haastateltavia vähän. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 45, 47–48.) Otokseen valitaan osallistujat harkinnanvaraisesti siten, että he edustavat tutkittavaa ilmiötä

mahdollisimman laaja alaisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67–68).

Aineisto kerättiin haastateltavilta (n=7) teemahaastatteluilla. Haastattelut kestivät 15-30 minuuttia haastattelulta ja ne toteutettiin työajalla yksilöhaastatteluina. Haastattelut toteutettiin työajalla yhdessä keski-ikäisessä keskussairaalassa leikkausosastolla ja henkilökunnalle sopivana ajankohtana.

5.3 Aineiston analysointi

Laadullisen- eli kvalitatiivisen tutkimuksen käyttö on kasvanut laajasti muutaman viime vuosikymmenen ajan. Suurin syy sen käyttämiselle on muiden tutkimusmenetelmien sopimattomuus tutkimukseen. Kun aiheesta tiedetään liian vähän ei siitä ole mahdollista tehdä hypoteeseja kuten määrällisessä tutkimuksessa. Siksi tarvitaan materiaalia, jolla pystytään ymmärtämään ja selittämään tutkittua aihetta. Materiaalia voidaan hankkia muun muassa haastattelemalla tai tarkkailemalla kohdehenkilöitä. Tutkimuksessa keskitytään yksilön kokemuksiin liittyen tutkittuun aiheeseen. (Flick 2014, 11–13.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen induktiivista luonnetta kuvaa omakohtaisuus, yksityisyys, yksilön tuntemukset ja toiveiden kuuntelu. Induktiivisuus tarkoittaa vapautta teoriaohjautuvuudesta. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä ja sopii käytettäväksi laadullisessa tutkimuksessa, jossa aiheesta tiedetään vielä vähän eikä tutkimusta juurikaan ole tai aineisto on hajanaista. Aineistosta johdetaan kategoriat tutkimusongelmien ohjaamana, jonka jälkeen aineisto jaetaan analyysiyksiköihin, jotka voivat olla esimerkiksi yksittäinen sana tai lause. Tämän jälkeen aineiston analysointi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain. Tutkimustulosten raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67, 165–167.)

Aineiston analysointi aloitettiin kirjoittamalla haastattelut Word-asiakirjoiksi. Tekstimuotoon kirjoitetuista haastatteluista kerättiin Exceeliin suoria lainauksia, jotka vastasivat tutkimusaihetta. Suoria lainauksia valikoitui 182 kappaletta, joista jokaisesta tehtiin pelkistetty ilmaus, eli lainaus kirjoitettiin yksinkertaisempaan

muotoon. Pelkistettyjä ilmauksia syntyi 198 kappaletta, sillä osa suorista lainauksista jaettiin kahdeksi pelkistetyksi ilmaukseksi. Näistä yhdisteltiin samaan aihepiiriin kuuluvia ilmauksia saman alaluokan alle. Alaluokkia syntyi 14 kappaletta, jotka vielä samaan tapaan yhdisteltiin neljäksi pääluokaksi. Otanta analyysistä työn lopussa LIITE 4.

6 TULOKSET

Tulokset on ryhmitelty alaluokkien mukaan ja alaluokat on jaettu vielä yläluokittain tulosten tulkitsemisen helpottamiseksi.

6.1 Toiminnan resurssit

Toiminnan resurssien alle on koottu sairaanhoitajien haastatteluissa esille nousseita huomioita liittyen työn lisääntymiseen, tilojen käytännöllisyyteen ja henkilökunnan määrään.

6.1.1 Työn lisääntyminen

Hoitajat kokivat työn lisääntymisen 23h-toiminnassa vaihtelevasti. Suurin osa koki työmäärän lisääntyneen ja loput, että työmäärä pysyi kutakuinkin samana. Uutena työnä koettiin potilaiden kotiuttaminen ja jatkohoito, sekä niihin liittyvien ohjeistuksien antaminen. Heräämössä uutena tuli ruokailut ja potilaan avustaminen liikkumisessa ja vessaan pääsyssä. Osa potilaista oli omatoimisia ja osa kahden autettavia. Aikaisemmin suurin osa näistä töistä tapahtui osastolla.

”Itse asiassa se työmäärä lisääntyi aika paljon. Se yksikin potilas tuntui, että siitä tuli työtä ihan hirveesti.”

”..aluks sanotaan, että mitään niille ei tarvi tehdä ja sitte niinku piti kirjoittaa ja tilata ruokaa ja ottaa verikokeita toisesta..”

”..esimerkiks se et kun työ lisääntyy ja tulee uutta työtä, niin eihän me saatu siitä niinku mitään, et se vaan lisäs meidän työtä..”

”Se oli niin vierasta meille, kun me ei olla täällä leikkausosastolla missään tekemisissä potilaan jatkohoidon, kotiuttamis- ja kuntouttamisasioiden kanssa.”

”Tuntu et kaikki on niin kiukkusia sit kun ei tiedä mitä tehdä ja se oikeesti lisäs meidän työtaakkaa.”

6.1.2 Tilojen käytännöllisyys

Leikkausosaston heräämön puolella oli 23h-potilaille tarkoitettu erillinen neljänhengenhuone. Huonetta käytettiin joinain aamuina myös sähköshokkihoitojen antamiseen. Tilat koettiin epäkäytännöllisiksi, koska kaikki potilaat olivat sukupuolesta riippumatta samassa huoneessa, sekä sen eri käyttötarkoitusten vuoksi. Sairaanhoitajat kokivat, että tila on rauhaton ja liikkumatilaa vähän. Ehdotuksena oli oma oleskelutila potilaille. Neljänhengenhuone ei myöskään mahdollistanut suurempaa potilasmäärää toiminnalle.

”Onhan tää tietenkkin erikoinen tila olla, ku tää on kumminkin tällainen operatiivinen yksikkö, niin täällä sattuu ja tapahtuu ympäri vuorokauden..”

”..eihän tää nyt oo mikään ihanteellinen tää huone siihen, että se ois voi nu olla. Ympäristö olis voinu olla parempi, et se ois tukenu paremmin sitä potilaan kotiutumista, niin et ois esimerkiks tää liikkuminen olis paremmin mahdollista.”

”..potilaat varmaan tunsii ittensä aika turvallisiksi ku tää on kuitenkin aika lähellä. Et ne tiesi et tos on hoitaja ihan vieressä.”

6.1.3 Henkilökunnan määrä

Suurin osa henkilökunnasta toivoi omaa työvuoroa pelkästään 23h-potilaiden hoitamiseen. Potilaiden oloaika heräämössä piteni, mutta tätä ei huomioitu henkilökunnan määrässä eikä työvuoroissa. Kahden avustettavan potilaan hoitamiseen ei aina riittänyt 23h-toimintaan mitoitettu yksi hoitaja. Joskus toinen sairaanhoitaja auttoi ison heräämön puolelta tai samalla hoitajalla oli potilaita sekä 23h-huoneessa, että isossa heräämössä. Tällöin henkilökunnan määrä koettiin riittämättömäksi.

”..siihen vois melkeen vuoroon nimetä aina niinku yks henkilö, joka näitä hoitaa esimerkiks iltaan.”

”..ihan erillinen vuoro näitä ihmisiä varten.”

”Et sitte ku oli yks hoitaja iltavuorosta tuolta (iso heräämö) pois, niin sittehän siellä oli muilla taas enemmän potilaita, koska se ks oli täällä. Hoiti vaan näitä 23h-potilaita.”

”Sitte saatto toiset potilaat tuolla puolella kärsiä siitä, että hänen hoitajansa on tällä puolella kiinni koko ajan ja hänen hoitonsa osastolle siirtyminen viivästyy siitä.”

6.2 Toiminnan kokeminen

Toiminnan kokeminen kerää yhteen sairaanhoitajien kokemukset toiminnasta. Kuinka sairaanhoitajat suhtautuivat 23h-toiminnan alkamisen tuomaan muutokseen, miten he kokivat mahdollisuutensa vaikuttaa toimintaan ja miten he kokivat oman ammattitaitonsa suhteessa uuden toiminnan tuomiin haasteisiin.

6.2.1 Suhtautuminen muutokseen

23h-toiminnan alkaessa henkilökunnan tunteet vaihtelivat positiivisesta negatiiviseen. Osa hoitajista koki toiminnan uutena haasteena ja mahdollisuutena kehittää omaa ammattitaitoaan. Toiset taas kokivat lisääntyneen työn ja uuden opettelemisen stressaavaksi ja aikaa vieväksi. Negatiiviseen suhtautumiseen vaikutti paljon toiminnan huono valmistelu. Toiminta alkoi sairaanhoitajien mielestä nopeasti, informointi ei toiminut ja perehdytys koettiin riittämättömäksi.

”Mulle se oli taas uus haaste, ja varmaan muutamalle muullekin. Varsinkin, jotka on ollut osastolla, niin ehkä ne aatteli, et se on ihan kivaakin et on jotain muutakin.”

”Kyllä se aika sellasta pelkoa/stressiä ja joillekin harmitusta aiheutti se, että aloitettiin niin nopeesti.”

”..23h oli ehkä vähän aikaa sellanen yhteinen vihollinen..”

”Tietenkin ensin mielti lisääkö se työmäärää. Toisaalta on yrittänyt olla avoin uudelle. On kiva aina oppia uutta.”

”Vastuu siinä kyllä tuntu ja paino hartioita.”

6.2.2 Vaikutusmahdollisuuksien vähäisyys

Henkilökunta koki toiminnan alkavan liian nopeasti. Toivottiin, että olisi ollut enemmän aikaa valmistautua 23h-toiminnan käyttöönottoon. Heillä ei ollut mielestään mahdollisuutta vaikuttaa toiminnan alkamiseen tai suunnitteluun. Sairaanhoitajat eivät myöskään pystyneet valitsemaan osallistuvatko toimintaan vai eivät, vaan kaikkien heräämössä työskentelevien oli osallistuttava 23h-potilaiden hoitoon.

”Siitä oli kyllä puhetta, että se alkaa joskus ja mehän odotettiin, että se alkaa vaikka puolen vuoden päästä, mutta yhtäkkiä meille ilmoitettiin, että ensiviikolla tulee ensimmäiset.”

”Se oli silleen et tällanen toiminta oli alkamassa, ja sit se jo yhtäkkiä aloitettiin ilman, että siinä oikeastaan oli tehty niin paljon niitä valmisteluita etukäteen.”

”Se alotettiin saman päivänä ku siitä ilmoitettiin, että ei mitään kunnon perehdytystä. Et siinä jäi paljon kysymyksiä.”

”..olis vähän ehditty miettimään yhdessä enemmän, että mitä se voisi olla ja sit siihen olis voinu olla vähän helpompia asennoitua ja tehdä muutoksia.”

”Meille tuli sellanen tietynlainen ME-henki. Me oltiin tavallaan siinä samassa veneessä meidän stressaavan tilanteen kanssa.”

6.2.3 Kokemus omasta ammattitaidosta

Toiminnan nopea alkaminen ja vähäinen perehdyttäminen sai sairaanhoitajat epäilemään omaa osaamistaan ja tekemistään. Hoitajien tiedon puute heijastui

potilasohjaukseen epävarmuutena. Ymmärsivätkö potilaat heille annetun tiedon ja menikö se heille perille.

”..ku ne kotihoito-ohjeet, eihän kukaan ollut saanut mitään ohjeita miten niitä annetaan. Et niitä luettiin suoraan paperista.. ..et oliko siinä sitte, että potilaat ajatteli et ei toi osaa ittekään toi hoitaja.. ..hoitajat ei ollu ihan perillä ittekään näistä kotiutusasioista.”

”Ainakin mä olin epävarma, että olinko muistanut kertoa kaiken ja oliko potilas ymmärtänyt kaiken mitä mä olin yrittänyt kertoa. Pärjäköhän ne nyt siellä kotona oikeasti näillä mun tiedoilla.”

”Tuntu, että ei mullakaan oo niin paljon tietoa, kun pitäis antaa sille potilaalle.”

6.3 Toiminnan järjestäminen

Toiminnan järjestämisen alle on kerätty sairaanhoitajien kokemuksia siitä, kuinka 23h-toimintaa olisi voinut kehittää. Kuinka he kokivat perehdytyksen, miten toiminnan organisointi onnistui ja tapahtui sairaanhoitajien mielestä, millä lailla potilasvalinnan koettiin vaikuttavan työhön ja kuinka työ jakautui henkilökunnan kesken.

6.3.1 Kokemus perehdytyksestä

Sairaanhoitajat kokivat perehdytyksen riittämättömänä. He olisivat halunneet perehdytystä kotiuttamisesta, haavanhoidosta, jatkohoidon järjestämisestä ja potilaan yleisestä ohjeistamisesta. Perehdytystä ei ollut juuri ollenkaan ennen toiminnan alkamista. Toiminnan aikana perehdytystä tuli vain vähän ja hoitajat ohjeistivat toisiaan.

”..perehdytys paremmin siihen ja selkeet ohjeet..”

”..varsinaista perehdytystä meille ei kukaan voinut antaaakaan, vaan meidän piti aikalailta tyhjistä luoda.”

”..olis voinu pikkasen ehkä odottaa, että saadaan käydä läpi niitä juttuja ennen kun se alkaa.. ..mut työkavereilta nyt sai vähän perehdytystä.”

”..me oltiin sitä mieltä, että olis ekaks pitäny saada vähän koulutusta ja sitte vasta alottaa. Ei ehkä saatu riittävää perehdytystä.. ..kyllä sitä yritettiin järjestää sitä perehdytystäkin, mutta vasta oikeastaan sitte ku me oltiin jo alotettu.”

”No perehdytys, siihen mä palaan. Se olis vähentänyt meidän työstressiä.”

”Koulutusta henkilökunnalle siihe ohjaamiseen ehdottomasti enemmän.”

6.3.2 Toiminnan organisointi

Aloituksen jälkeen lisäongelmia tuotti toimintamallin jatkuva muuttuminen. Henkilökunnasta tuntui, ettei toimintaa johtanut kukaan, vaikka toiminnalla oli heräämössä vastuuhenkilöitä. Iltaisin ja viikonloppuisin ei ollut henkilöä, joka oli vastuussa ja olisi osannut vastata ongelmatilanteissa. Informointi toiminnasta ja toimintatavoista koettiin vähäiseksi, eikä tavoittanut kaikkia. Osalla kirurgeista ei ollut henkilökunnan mielestä tarpeeksi tietoa 23h-toiminnasta, vaikka he päättivät potilaan hoitopolun. Hoitajat kokivat, ettei toimintamallin koko potentiaalia hyödynnetty. Yhteiset toimintatavat puuttuivat koko toiminnalta lähes kokonaan.

”..ois niinku tuotu alusta lähtien oikeet faktat, ei tyliin vaan valehdeltu..”

”Jälkeenpäin on hankala ruveta organisoimaan kun tietynlaisia toimintatapoja on jo muodostunut. Et sit ku ruvetaan organisoimaan jälkeen, niin se ei mennyt iha putkeen.”

”Kyllä varmaan luotiin (yhteisiä toimintatapoja), mutta siitä tiesi vaan ne, jotka oli niinku vakiokuvioissa tässä heräämössä.”

”..eipä niillä kirurgeillakaan hirveesti niinku. Kaikki ei varmaan ees tienny siitä, että tämmönen mahdollisuus on ja sinne valikoitu sillälaila ei niin soveliaita potilaita.”

”Kirurgit jos osas vähä katsoa tätä 23h-toimintaa ja muisti jo sellasen olemassa olon.”

”No ei kunnolla kukaan johtanut. Keskenäänhän me.”

”Ensinnäkin olis pitäny saada kunnollisempi tai isompi tila ja ottaa enemmän potilaita. Kaikki mahdolliset, jotka pystytään..”

6.3.3 Potilasvalinnan tärkeys

Hoitajien vastauksista kävi ilmi potilasmateriaalin suuri vaihtelevuus. Osa potilaista oli liiankin omatoimisia ja osa tarvitsi kahden hoitajan avustusta. Osa hoitajista koki, etteivät kaikki potilaat, jotka olivat valikoituneet 23h-potilaiksi soveltuneet toimintamalliin. He toivoivat, että potilas- ja erikoisalojen valintaan olisi kiinnitetty enemmän huomiota.

”Osa oli ihan avuttomia. Osa taas liiankin omatoimisia.”

”Onkohan tää potilas nyt varmasti oikeassa prosessissa.”

”..puhuttiin ettei potilas ollut sopiva 23h-potilaaksi.”

”Ja sit tosiaan yhtä ja kahta potilasryhmää kerrallaan. Kun niitä oli niin paljon erilaisia ja sit tuli vaan lisää ja lisää uutta.”

”Ei ollut niinku oli suunniteltu. Ne oli iäkkäämpiä ne potilaat.”

6.3.4 Työn jakautuminen

Työn koettiin jakautuvan epätasaisesti hoitajien kesken. 23h-potilaita hoiti enimmäkseen hoitajat, jotka olivat olleet osastolla töissä ja tehneet kotiutuksia aikaisemmin. Yleensä samat hoitajat hoitivat 23h-potilaita. Henkilökunta jakoi potilaat itse keskenään. Osa hoitajista vältteli kotiuttamista vaativia potilaita.

”Pyrittiin niin, että yks hoitaa, mutta tietenkin toinen auttaa niinku tarvittaessa.”

”Mä en oo näitä hoitanut, enkä oikeestaan edes halua hoitaa.”

”Illassa jos oli semmonen toinen, on enemmän ollut niiden kanssa tekemisissä kuin joku toinen, niin kyllähän sit oli niin, että no sähän tiedät jo näistä, että ota tai jos sä otat ne. Ja kyllähän se meni niin et jos toinen ei ollut hoitanut yhtään ja toisella taas oli kokemusta niin, no joo kyllä mä voin ottaa, että mä tiedän vähän.”

”Kyl se vähän meni sitte niin, että yhdelle henkilölle tai tietylle henkilölle tuli ne.”

”..ne tietyt hoitajat heräämössä sanoi sitte, että mä en haluaisi, että voisitko sä kotiuttaa ja hoitaa sen. Jos se oli ihan mahdotonta niin ei tarvinnut. Joku sieltä iltavuorosta kuitenkin hoiti sen sitte.”

6.4 Toiminnan vaikutus potilaaseen

Tähän alaluokkaan on kerätty sairaanhoitajien ajatuksia toiminnan vaikutuksesta potilaaseen. Miten potilaiden yksityisyys järjestyi 23h-toiminnassa, kuinka hyvin hoitajat pystyivät ohjaamaan potilasta, toteutuiko tasalaatuinen hoito kaikilla potilailla ja miten potilaiden itsemääräämisoikeus onnistui sairaanhoitajien mielestä.

6.4.1 Potilaan yksityisyys

23h-heräämöhöuonetta pidettiin liian pienenä ja epäkäytännöllisenä. Ongelmana oli, että kaikki potilaat yöpyivät samassa huoneessa riippumatta potilaan iästä, sukupuolesta tai etnisestä taustasta. Potilaan yksityisyyden koettiin kärsivän, eikä pystytty huomioimaan potilaiden yksilöllisiä tarpeita.

”Pieni huone jos on monta potilasta, niin mitään yksityisyyttä täällä ei oikeen oo. Just se huone missä he yöpyivät, niin onhan tää aika rauhaton osasto.”

”..olihan tää tilakin vähän tämmönen et naiset ja miehet samassa. Oli ulkomaalaisia naisia ja miehiä ja sit oli suomalaisia naisia ja miehiä. Sit oli nuorta tyttöä ja vanhaa miestä. Se oli haasteellista.”

”No tilat tietenkin sellasia. Kun nais- ja miespotilaita, joskus on jotkut vähän herkempiä.. Toisia se ei haittaa tietenkään..”

6.4.2 Potilasohjauksen laatu

23h-potilaiden kotiuttaminen koettiin vaativaksi. Oli varmistettava, että potilaat ymmärsivät heille annetut kotiutus- ja hoito-ohjeet. Hoitajien oli tarkistettava, että leikkauksen jälkeen potilailla oli joku omainen kotona heidän kanssaan ensimmäisen yön. Haastetta toi myös potilaat, jotka kokivat kotiuttamisen tapahtuvan liian aikaisin ja olivat epävarmoja siitä, pärjäisivätkö he kotona.

”Kyllähän sun vähän niinku piti ottaa selvää, että sillä potilaalla varmasti on siellä joku ja ymmärtää ne kaikki kuinka sitä haavaa hoidetaan.”

”Jos me pystytään täältä hyvin ohjeistamaan ja luotsaamaan ja kaikkiin asioihin antamaan vastauksia, niin mä luulen, että se epävarmuuden haitta on pieni silloin.”

6.4.3 Hoidon laatu

Hoidon koettiin olevan epätasalaatuista, riippuen potilaasta ja hoitajista, koska yhteiset toimintamallit ja ohjeistukset puuttuivat. Sairaanhoitajat kokivat potilaiden kotiutuvan riittävän nopeasti, vaikka yhteiset toimintamallit puuttuivat. He olivat kuitenkin epävarmoja hoidon jatkuvuudesta kotona potilaan kotiuttamisen jälkeen.

”..semmonen et potilas vois olla alusta lähtien olla mukana suunnittelemassa tällasta hoitopolkua.”

”Se ei ehkä ollut niin tasalaatuista jokaisen potilaan kohdalla.”

”Potilas tulee LEIKOsta, menee tuohon leikkaussaliin ja tulee tähän heräämööön. Kaikki on tässä lähellä.”

”Varmaan potilaalle se on semmonen helppous tai se yksinkertaisuus.”

6.4.4 Itsemääräämisoikeus

Vastauksista ilmenee potilaiden olleen yllättyneitä aikaisesta herätyksestä ja kotiutumisesta. Potilaat eivät pystyneet sairaanhoitajien mukaan vaikuttamaan kotiutumisen ajankohtaan, mitä henkilökunta piti huonona. Osan potilaista oli vaikea saada kyytiä aikaisin aamulla, joten he joutuivat odottamaan kyytiä vielä uloskirjauksen jälkeen.

”Tietenkin se jos kokee, että joutuu lähtemään vähän kipeenä pois. Hankalaa liikkuminen ja kivun kanssa pärjääminen ja epävarmuus siitä, et onks kaikki hyvin.”

”Kiva jos oot saanu nukuttua, mut tos on ovi.”

”Aamusta oli yhtä lailla hoputusta. Anteeksi nyt mutta teidän pitäisi lähtee nyt täältä.”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia sekä pohditaan sen eettisyyttä ja luotettavuutta tutkijoiden omien havaintojen ja kirjallisuuden pohjalta.

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulosten perusteella nousi esille sairaanhoitajien kokemuksia 23h-toiminnasta. Sairaanhoitajien tuntemukset toimintaa kohtaan vaihtelivat laidasta laitaan. Henkilökunnan ennakoasenteet toiminnan alkamisesta olivat negatiivisia. Toimintaa vastustettiin ja sitä pidettiin jopa yhteisenä vihollisena. Toiminnan alkaessa osa koki uuden toiminnan mahdollisuutena oppia uutta ja kehittää itseään sekä ammattitaitoaan. He ottivat sen uutena haasteena. Suurin osa kuitenkin koki toiminnan alkamisen negatiivisena. Suurin syy negatiivisille tuntemuksille oli toiminnan huono valmistelu. Toiminta aloitettiin nopeasti ja nopeammin kuin kukaan osasi odottaa eikä hoitajilla ollut mahdollisuuksia vaikuttaa toiminnan alkamiseen. Uuden toiminnan alkaminen ilman perehdytystä, informointia tai yhteisiä toimintatapoja aiheutti stressiä, vei aikaa ja lisäsi työtä.

Toiminnan kehittämisen kannalta perehdytystä pidettiin todella tärkeänä. Sen puuttuminen toiminnan alkaessa koettiin vievän pohjaa toiminnalta. 23h-toiminnan koettiin lisäävän myös työmäärää. Uusien työtehtävien opetteleminen ja toteuttaminen vaativat paljon aikaa sekä totuttelemista. Uusina työtehtävinä tuli kotiuttaminen, hoito-ohjeiden antaminen, ruokailut, potilaiden auttaminen kunnosta riippuen ja erilaiset hoitotoimenpiteet, joita heräämössä ei ollut aikaisemmin tehty. Näistä kaikista olisi tarvittu perehdytystä ennen toiminnan alkamista. Toiminnan aikana perehdytystä tuli vähän. Suurimmaksi osaksi hoitajat ohjeistivat toisiaan. Lisääntyvää työmäärän taakkaa pahensi se, ettei henkilökuntaa lisätty uuden toiminnan alkaessa tai sairastunutta työntekijää korvattu. Ison heräämön potilasmäärät pysyivät samana, vaikka henkilökuntaa olisi puuttunut tai ollut sairaana. Työntekijöiden määrässä eikä työvuoroissa otettu huomioon sitä, että potilaat viettivät pidemmän aikaa heräämössä. Henkilökunta itse toivoi omaa työvuoroa pelkästään 23h-potilaiden hoitoon.

Haastatteluissa nousi esille toiminnan organosoinnin puute. Organisointia oli, mutta se koettiin riittämättömänä. Henkilökunnasta tuntui, ettei toimintaa johtanut kukaan, vaikka heräämössä oli vastuuhenkilöitä toiminnalla. Iltaisin ja viikonloppuisin ei ollut vastuuhenkilöä, jolta olisi voinut kysyä neuvoa ongelmatilanteissa. Tiedon kulku ei toiminut kunnolla ennen toiminnan alkamista tai sen aikana toiminnasta. Hoitajat kokivat, etteivät kaikki kirurgit olleet tietoisia toiminnasta ja siksi toiminnan koko potentiaalia ei pystytty hyödyntämään. Henkilökunta toivoi yhteisiä toimintamalleja. Hoitajat jakoivat potilaat keskenään, koska selkeää työnjakoa ei ollut. Tästä syystä potilaat jakautuivat epätasaisesti henkilökunnan kesken. Yleensä 23h-potilaita hoiti osastokokemusta omaava hoitaja. Osa hoitajista vältteli kotiutusta vaativia potilaita.

Oikeanlainen potilasvalinta on toimivan 23h-toiminnan perusta. (23 Hour Ward Admission Criteria 2014, 5.) Toimintamalliin valikoitui haastateltavien sairaanhoitajien mielestä 23h-toimintaan soveltumattomia potilaita. Potilaat vaihtelivat iältään ja kunnoltaan paljon. Osa potilaista oli kahden autettavia ja osa liiankin omatoimisia. Potilasvalintaan ja erikoisalojen valintaan toivottiin kiinnitettävän enemmän huomiota. Toisaalta toiminnan kehittämisen kannalta katsottiin tärkeäksi potilaiden ja erikoisalojen lisääminen.

Perehdytyksen puute aiheutti sairaanhoitajissa epävarmuuden tunnetta omasta ammattitaidostaan. Tämän katsottiin vaikuttavaan potilasohjauksen ja hoidon laatuun. Yhteisten toimintamallien ja perehdytyksen puuttumisen takia hoidon koettiin olevan epätasalaatuista. Hoitajilla oli epävarmuus tiedon jakamisesta ja perillemenosta potilaalle, koska eivät kokeneet omaa osaamistaan riittäväksi.

Tehokas perehdytys on merkittävä askel kohti korkeatasoista hoitoa. Koko henkilöstön, mukaan lukien opiskelijoiden tulisi saada riittävä määrä perehdytystä uusista käytännöistä ja näyttää sitoutumisensa toimintaan. Perehdytys on tärkeää ammattitaidon ylläpitämiseksi. Sen puute vähentää henkilökunnan motivaatiota. (Social care institute for excellence 2006.)

23h-potilaiden huone oli henkilökunnan mielestä epäkäytännöllinen ajatellen potilaita. Se oli tarpeeksi iso työskentelyyn, muttei mahdollistanut liikkumatilaa

potilaalle. Tässä samassa tilassa olivat kaikki 23h-potilaat riippumatta sukupuolesta, iästä tai uskonnosta. Potilashuone ei mahdollistanut juurikaan yksityisyyttä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L17.8.1992/785 §3) määrätään, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava niin ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä, että vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaat ovat yhä enemmän tietoisia omista oikeuksistaan ja odottavat terveydenhuollon turvaavan nämä oikeudet. Potilasturvallisuus voi vaarantua, jos potilas ei tunne oloaan turvalliseksi kertoa terveyteensä liittyviä asioita hoitohenkilökunnalle. Tämän lisäksi samaa potilasta hoitavien hoitajien on myös jaettava potilastietoja keskenään. Tiedonjakaminen pienessä heräämöhuoneessa vaarantaa yksityisyyden erityisesti muiden potilaiden kuullessa kaikki keskustelut. (Koivula-Tynnilä, Axelin & Leino-Kilpi 2017.)

23h-potilaat kotiutuivat aikaisin aamulla. Tämä tuli osalle potilaista yllätyksenä. Kaikkia potilaita ei kuitenkaan voitu kotiuttaa ajallaan vaan kotiuttaminen venyi iltapäivään tai tarvittaessa hoito jatkui osastolla. Potilaan mahdollisuudet vaikuttaa kotiuttamisen ajankohtaan katsottiin olevan vähäiset. Aikaisin kotiutuvat joutuivat usein odottaa kuljetusta. Sopiva kuljetus pitäisi olla järjestettynä potilaalle, kun hän kotiutuu (23 Hour Ward Admission Criteria 2014, 5).

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaiheen valinta itsessään on jo tutkijan eettinen ratkaisu. Tutkimuksen merkitystä yhteiskunnallisesti kuin myös tutkittaville ja tutkijalle on hyvä pohtia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Tutkijoiden pitää pystyä perustelemaan miksi tutkimusaihetta on tutkittava ylipäätään ja selittämään mikä on tutkimuksen tarkoitus (Flick 2014, 49–50). Opinnäytetyön aihe tuli eräältä keskisuurelta keskussairaалalta tilaustyönä. Aiheen rajauksesta keskusteltiin tilaajan kanssa. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksyttiin kohdeorganisaatiolla, joten kaikki olivat yhtä mieltä siitä mitä tutkitaan ja kuinka tutkitaan. Tutkijat olivat myös kiinnostuneita aiheesta.

Tutkimuslupaa haettaessa on hyvä varmistaa, että tutkimuksessa on lupa käyttää kohdeorganisaation nimeä. Eettisen toimikunnan lupaa ei yleensä tarvita, kun tutkimuskohteena on hoitohenkilöstö. Tutkimussuunnitelma on kuitenkin hyväksyttävä kohdeorganisaatiossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221–222.) Tutkimussuunnitelmassa ilmoitimme halukkuutemme käyttää kohdeorganisaation nimeä tutkimuksessa ja se hyväksyttiin. Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu, koska tutkimus kohdistui hoitohenkilökuntaan

Haastateltavien yksityisyyttä on kunnioitettava ja pidettävä huoli, ettei ketään tutkimukseen osallistuvaa loukata tai sanomisia vääristellä. Haastateltavia ei saa myöskään harhaanjohtaa tutkimuksen tarkoituksesta vaan tutkimuksen tulee käsitellä ilmoitettua aihealuetta. (Flick 2014, 49–50.) Haastateltavalla on vapaaehtoinen suostumus. Hän voi kieltäytyä osallistumisesta tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisen koska tahansa. Myös itseään koskevan aineiston käyttämisen kieltäminen jälkikäteen on mahdollista. Haastateltavan on tiedettävä mihin osallistuu ja että tiedot ovat luottamuksellisia. Tietoja käytetään vain tutkimustarkoitukseen eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Kenenkään identiteetti ei saa paljastua missään vaiheessa tutkimusta ilman erillistä sopimusta. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 131.) Haastateltavien nimet eivät tule missään tutkimusmateriaalissa esille. Haastattelutilanteissa haastateltaville kerrottiin, kuinka haastattelu toteutetaan ja mihin he ovat osallistumassa, sekä mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu koska tahansa. Haastattelutilanteessa oli mukana ainoastaan haastateltava ja haastattelijat. Haastateltavilla oli mahdollisuus tutustua tutkimussuunnitelmaan ja teemahaastattelurunkoon etukäteen.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa aineistot ovat yleensä otokseltaan pieniä. Haastattelujen määrän sijasta keskitytään aineiston laatuun. Haastateltavien määrän kriteeri on aineiston saturaatio, eli milloin haastateltavien vastaukset eivät tuota enää lisää tietoa tutkittavasta aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 160.) Haastateltavien määrän vähäisyydestä riippumatta (n=7)

haastateltavien vastaukset alkoivat toistaa itseään. Vastauksista nousi kuitenkin esille vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen arviointiin parhaiten tunnetut kriteerit ovat luoneet Lincoln ja Guba (1985). Heidän kriteerinsä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudelle ovat uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus. (Tappen 2011, 153.)

Uskottavuus edellyttää selkeän analyysin tutkimuksesta, sen vahvuuksien ja rajoitusten kuvailemisen lukijalle, jotta hän ymmärtää ne. Samalla tutkitaan analyysiprosessia ja osittain tulosten validiteettia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 160.) Tutkijat eivät valinneet haastateltavia vaan haastateltavat valikoituivat työn tilaajan mukaan ja sen mukaan kuka oli töissä haastatteluhetkellä. Tämä voi vaikuttaa tutkimuksen uskottavuuteen.

Siirrettävyyttä tarvitaan, jos toinen tutkija haluaa seurata prosessia. Siirrettävyys sisältää huolellisen tutkimuskontekstin analyysin sekä aineistojen keruun ja analyysin tarkan kuvauksen. Se edellyttää myös osallistujien ja taustojen perusteellisen selvittämisen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 160.) Opinnäytetyön toteutus on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimusprojektia on helppo seurata. Haastateltavien taustoista selvitettiin heidän työkokemuksensa, mutta sitä tai mitään muuta yksityistä tietoa heistä ei mainita tutkimuksessa. Näin säilytetään heidän anonymiteettinsä.

Tutkimuksen vahvistettavuus kuvaa sitä, että toinen tutkija pystyy seuraamaan prosessia pääpiirteittäin. Tutkija hyödyntää omia muistiinpanojaan tutkimuksen eri vaiheista kirjoittaessaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön raportissa on kuvattu selkeästi ja tarkasti kaikki tutkimuksen vaiheet ja mukana on esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä LIITE 4:ssä.

Refleksiivisyys vaatii tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja vaikutuksestaan tutkimusprosessiin sekä aineistoon (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyöntekijät olivat varsin tietämättömiä tutkimuksen tekemisestä, eikä heillä ollut omakohtaista kokemusta tai ennakkokäsityksiä

tutkitusta aiheesta. Näin ollen opinnäytetyöntekijät eivät pystyneet vaikuttamaan tutkimustuloksiin.

8 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Jatkotutkimusaiheena voisi laajemmin selvittää kuinka 23h-toiminta on koettu ja toteutettu muissa sairaaloissa. Näitä tuloksia voisi vertailla keskenään. Tämän lisäksi voitaisiin haastatella tai toteuttaa kysely potilaille, kuinka he ovat kokeneet 23h-toiminnan.

1. Potilaiden kokemuksia 23h-toiminnasta.
2. 23h-toiminnan vertailu sairaaloiden kesken.

LÄHTEET

Bellani, M. 2008. Psychological aspects in day-case surgery. *International Journal of Surgery* 6, S44-S46. Viitattu 24.1.2018. https://ac.els-cdn.com/S1743919108001982/1-s2.0-S1743919108001982-main.pdf?_tid=bbef00b6-00e5-11e8-a06f-00000aab0f01&acdnat=1516784913_d580262e766d3ea59bea7ce5fe186924

Berg, K. 2012. Patients' perspectives on recovery from day surgery. Medical Dissertation No: 1330. Division of Nursing Science. Department of Medical and Health Sciences. Linköping University. Linköping. Sweden.

Berg, K., Årested, K. & Kjellgren, K. 2013. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*. Viitattu 24.1.2018. https://ac.els-cdn.com/S0020748913001430/1-s2.0-S0020748913001430-main.pdf?_tid=17c017e8-00ed-11e8-bf24-00000aab0f27&acdnat=1516788074_be7692a1c7d5fe08fba99ce3267906f

Conti, D., Ballo, P., Buoncristiano, U., Secchi, S., Cecconi, P., Buoncristiano, M., Boccalini, R., Mondaini, N. & Pedullá, A. 2014. Clinical Utility of an Undersized Nurse-Operated Recovery Room in the Postoperative Course: Results From an Italian Community Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 29, 6, 185-190.

Extended day surgery. 2007. A Victorian Government Department of Human Services. Melbourne. Victoria.

Flick, U. 2014. An introduction to qualitative research. Sage. London.

Hegarty, J. & Burton, A. 2007. Post anaesthetic care units in the Republic of Ireland: a survey of discharge criteria. *Journal of Perioperative Practice* 17, 58-66.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö.

Hus. 2016. Hyvinkää. Leikkaukseen kotoa (Leiko) – toiminta – turvallisuutta, laatua ja tehokkuutta leikkaustoimintaan. Viitattu 29.5.2017.

Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim. Helsinki.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012:1.

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?. *Scandinavian Journal of Surgery* 100, 136-140. Viitattu 22.1.2018.
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/145749691110000213>

Keränen, J., Soini, E., Ryyänen, O., 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. *Current Medical Research and Opinion* 23, 11, 2775-2784. Viitattu 24.1.2018.
https://www.researchgate.net/profile/Erkki_Soini/publication/5905395_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/links/09e41500a470b47b6b000000/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.pdf

Koivula-Tynnilä, H., Axelin, A & Leino-Kilpi, H. 2017. Informational in the Recovery Room – Patients´ Perspective. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. Viitattu 23.1.2018.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216304440>

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

L17.8.1992/785 §3. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaan oikeudet.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Musialowicz, T. & Martikainen, T. 2015. Leikkauspotilaan hoitopolku uudistuu KYS:n Kaarisairaalaassa.
http://www.finnanest.fi/files/musialowicz_martikainen_leikkauspotilaan_hoitopolku.pdf

Niskanen, M. 2014. Johtamisella vaikutetaan hoitotulokseen.
http://www.finnanest.fi/files/niskanen_johtamisella_vaikutetaan_hoitotulokseen.pdf

Norlyk, A. & Harder, I. 2011. Recovering at home: Participating in a fast-track colon cancer surgery programme. *Nursing inquiry* 18, 2, 165. Viitattu 18.1.2018.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2011.00519.x/epdf>

Norlyk, A. & Martinsen, B. 2012. The extended arm of health professionals? Relatives´ experiences of patient´s recovery in a fast-track programme. *Journal of Advanced Nursing* 69, 8, 1737-1746. Viitattu 18.1.2018.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12034/epdf>

- Ortiga, B., Capdevila, C., Salazar, A., Viso, M., Bartolomé, C. & Corbella, X. 2010. Effectiveness of a Surgery Admission Unit for patients undergoing major elective surgery in a tertiary university hospital. *BMC Health Services Research*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823739/#>
- Renholm, M., Suominen, T., Puukka, P. & Leino-Kilpi, H. 2017. Nurses' Perceptions of Patient Care Continuity in Day Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 32, 6. Viitattu 23.1.2018. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216302027>
- Ruohoaho, U-M. 2016. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa – LYHKI, HERKO, SEUKO?. *Duodecim lehti*. Viitattu 17.1.2018. <http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13196>
- Ryan, R., Davoren, J., Grant, H. & Delbridge, L. 2005. 23-hour care centre: Changing the culture of care. *Australian Journal of Advanced Nursing* 22, 4.
- Social care institute for excellence. 2006. Recruitment. Induction. Viitattu 18.1.2018. <https://www.scie.org.uk/workforce/peoplemanagement/recruitment/induction/>
- Statewide Anaesthesia and Perioperative Care Clinical Network. 2014. 23 Hour Ward Admission Criteria. Queensland Government.
- Sveinsdottir, H., Borgthorsdottir, T., Asgeirsdottir, M., Albertsdottir, K. & Asmundsdottir, L. 2016. Recovery After Same-Day Surgery in Patients Receiving General Anesthesia: A Cohort Study Using the Quality of Recovery – 40 Questionnaire. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 31, 6. Viitattu 23.1.2018. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947216000411>
- Tappen, R. 2011. *Advanced Nursing Research. From theory to practice*. Jones & Bartlett learning. Florida.
- Tuomi, T. & Sarajärvi, A. 2013. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi. Vantaa.
- Hannukainen, J. & Alhonen, M. 2014. Satakunnan keskussairaala 2020 – kokonaisselvi- tys. *Vinkkeli - Satakunnan sairaanhoitopiirin henkilöstö- ja sidosryhmälehti* 2, 7–8.
- Weckström, A., Nyberg, H. & Maksimainen, A-N. 2016. Kohti HERKO – toimintaa Pohjois-Kymen sairaalassa. Anestesiahoitotyön kehittäminen, muutos tehdään yhdessä 78-87. Maksimainen, A-N. *Lahden ammattikorkeakoulu*. Lahti.

LIITE 1.

Tiedonhaku­taulukko

TIETOKANTA	HAKUSANAT	RAJAUKSET	OSUMIEN MÄÄRÄ	KÄYTETTYJEN JULKAISUJEN MÄÄRÄ
Medic	"heräämö" OR "recovery room" OR "post anaesthetic care unit"	2007-2017 Asiasanojen synonyymit käytössä	8	0
Medic	"HERKO" OR "23h"	2007-2017 Asiasanojen synonyymit käytössä	1	1
Medic	"LEIKO" OR "from home to operation"	2007-2017 Asiasanojen synonyymit käytössä	5	0
Medic	"day surgery" OR "day case surgery" OR "päiväkirurgia"	2007-2017 Asiasanojen synonyymit käytössä	58	1
PubMed	"recovery room" OR "post anaesthetic care unit"	10 years English Humans	2162	0
PubMed	"extended day only unit" OR "23 hour care unit" OR "23 hour surgical services" OR "HERKO"	10 years English Humans	966	0
PubMed	"from home to operation"	10 years English Humans	2	1
PubMed	"day surgery" OR "day case surgery"	10 years English Humans	89497	0
Cinahl	"recovery room" OR "post anaesthetic care unit" OR "PACU"	2007-2017 English Humans	195	0
Cinahl	"extended day only unit" OR "23 hour care unit" OR "23 hour surgical services"	2007-2017 English Humans	0	0
Cinahl	"from home to operation"	2007-2017 English Humans	0	0
Cinahl	"day surgery" OR "day case surgery"	2007-2017 English Humans	282	0
JBI	"recovery room" OR "post anaesthetic care unit"	2007-2017	64	0
JBI	"extended day only unit" OR "23 hour care unit" OR "23 hour surgical services"	2007-2017	0	0
JBI	"from home to operation"	2007-2017	0	0
JBI	"day surgery" OR "day case surgery"	2007-2017	60	0

LIITE 2.

Teemahaastattelurunko

Taustatiedot:

- Työkokemus kokonaisuudessaan
- Työkokemus tässä työssä

Haastatteluteemat:

1. Heräämöstä kotiin –toiminnan vaikutus sinulle:
 - Oma suhtautuminen
 - Riittävä perehdytys toimintaan
 - Mahdollisuus osallistua tai olla osallistumatta toimintaan
2. Heräämöstä kotiin –toiminnan vaikutus työhösi:
 - Vaikutus työmäärään ja vastuuseen
 - Työn organisointi ja jakaminen
 - Vaikutus työilmapiiriin ja yhteisöön
3. Heräämöstä kotiin –toiminnan vaikutus potilaaseen:
 - Hyödyt
 - Haitat
 - Mahdollisuudet
 - Uhat
4. Heräämöstä kotiin –toiminnan kehittäminen:
 - Omalta kannalta
 - Työyhteisön kannalta
 - Potilaan kotiutumisen nopeuttaminen

LIITE 3.

Saatekirje

Hyvä sairaanhoitaja!

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi kolmatta vuotta. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyön laatiminen, jonka teemme yhden keskisuuren keskussairaalan sairaanhoitajien kokemuksista Herko-toiminnasta ja näkemyksistä siitä, kuinka toimintaa voisi kehittää. Heräämöstä kotiin toimintamalli on uusi Suomessa ja siitä on tehty vain vähän tutkimusta. Siksi pyydämmekin Sinua, Herko-toimintaan osallistunut sairaanhoitaja, ottamaan osaa opinnäytetyömme teemahaastatteluun. Teemahaastattelu toteutetaan Sinulle sopivana ajankohtana, yksilöhaastatteluna ja keskussairaalan luvalla työaikana. Opinnäytetyö toteutetaan siten, että vastauksia ei voida yhdistää haastateltavaan. Otathan yhteyttä, jos kiinnostuit, niin voimme sopia haastatteluajankohdan. Jos Sinulle heräsi kysymyksiä, vastaamme mielellämme.

Ystävällisin terveisin,

Michael Kohvakka

Iina Helminen

Opinnäytetyön ohjaaja

Marita Salmu

LIITE 4.

Esimerkki induktiivinen sisällönanalysistä

OTE ALKUPERÄISAINEISTOSTA	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Kyllä se pikkasen lisäs tota työmäärää, koska se oli niin alussa se homma, että piti ottaa selvää.	Työmäärän lisääntyminen	Työn lisääntyminen	Toiminnan resurssit
Kyllä ne aika paljon vaati tota sitten meidän läsnäoloa ja varsinkin yöllä kun meitä oli vaan kaksi, et jos tuolla oli useempi, kyllä se toi lisää työtaakkaa.	Työtaakan lisääntyminen		
No kyllähän se ehkä sillä lailla lisäs töitä, koska yksihän hoiti niitä täällä. Niin sitte sä hoidit enemmän potilaita tuolla.	Töiden lisääntyminen		
...esimerkiksi se et kun työ lisääntyi ja tulee uutta työtä, niin eihän me saatu siitä niinku mitään, et se vaan lisäs meidän työtä...	Työn lisääntyminen ilman korvausta		
Kyllähän kaikki ymmärsi, että se tulee lisäämään työmäärää.	Työmäärän lisääntyminen		
...jotkut otti sen tosi raskaasti ja koki stressaavana et tulee lisää töitä.	Lisääntynyt työtaakka		
Ise asiassa se työmäärä lisääntyi aika paljon. Se yksikin potilas tuntui että siitä tuli työtä iha hirveesti.	Työmäärä lisääntyi		
Lisääntyhän työ. Varsinkin sillä, joka otti ne kotiutus tai oli se kotiuttamishoitaja periaatteessa.	Työn lisääntyminen		
Kyllähän siinä on lisää vastuuta ja sen puolesta vie lisää aikaa siitä toimenkuvasta.	Vastuun lisääntyminen		
...eihän tää nyt oo mikaän ihanteellinen tää huone siihen, että se olis voinu olla. Ympäristö olis voinu olla parempi et se olis tukenu paremmin sitä potilaan kotiutumista niin et ois esimerkiks tää liikkuminen olis paremmin mahdollista.	Kotiuttamisen edistäminen Liikkumattilan puuttuminen		
Onhan tää ny kuitenkin aika pieni tila, et tässäkin jos on useempi ihminen,...	Tilojen ahtaus		
Onhan tää ehkä tieteenkin erikoinen tila olla ku täällä on kumminkin tällanen operatiivinen yksikkö niin täällä sauu ja tapahtuu ympäri vuorokauden...	Rauhaton ympäristö		
...naiset ja miehet sekasin...	Sekahuone		
...tilathan on mitkä on...	Tilojen epäkäytännöllisyys		
Ensinnäkin olis pitäny saada kunnollisempi tai isompi tila...	Tilojen puute		
Just se huone missä he yöpyivät niin onhan tää aika rauhaton osasto.	Osaston rauhattomuus		
Mä en osaa sanoa oltaisko me tarvittu lisää. Mä luulen et se ois voinu mennä sellasella tarkalla miettimisellä, et miten järjestellään tää henkilökunta tässä. Tietenkin ihanteellisinta olis, että yksi hoitaa vaan tätä HERKO-toimintaa.	Henkilökunnan mahdollinen lisääminen	Henkilökunnan määrä	
Et sitte ku oli yks hoitaja iltavuorosta tuolta pois, nii sittehän siellä oli muilla taas enemmän potilaita. Koska se yks oli täällä. Hoiti täällä vaan näitä 23h potilaita.	Puuttuvaa hoitajaa ei korvattu		
Se eli se et kuinka paljon tuli HERKO-potilaita päivän aikana.	Potilasmäärään vaihtelevuus		
Yksi hoitaja oli täs vaan. Ei missään vaiheessa lisätty henkilömäärää. Vaikka oli enemmän potilaitakin.	Henkilökunnan vähäisyys		
Sitte saatto toiset potilaat tuolla puolella kärsiä siitä, että hänen hoitajansa on tällä puolella kiinni koko ajan.	Henkilökunnan puute		
Muute illan aikana potilaan kannalta ole hoidon kannalta kiirettä.	Kiireetön hoito iltaisin		
...jos joku oli sairaana, kun ei sinne yleensä otettu ekstraa,...	Sairastuneelle ei tuuraajaa		
...ihan erillinen vuoro näitä ihmisiä varten.	Henkilökunnan lisääminen		

