

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys- ja hyvinvointi

Kliininen asiantuntija

2019

Marjut Nieminen

TARKISTUSLISTA SYÖPÄLÄÄKEHOIDON POTILASOHJAUKSESSA

Kiitokset

Seppo Niemisen syövänhoidon kehittämiseen osoitetusta testamenttilahjoituksesta saadusta taloudellisesta tuesta kehittämishankkeen toteuttamiseksi Tampereen yliopistollisessa sairaalassa.

Marjut Nieminen

TARKISTUSLISTA SYÖPÄLÄÄKEHOIDON POTILASOHJAUKSESSA

Syöpälääkehoidot ovat keskeinen osa nykypäivän yksilöllisesti räätälöityä syövän hoitoprosessia, minkä turvallinen toteutuminen vaatii korkealaatuista potilasohjausta. Laadukkaan potilasohjauksen varmistamiseksi tulisi käyttää standardisoituja toimintatapoja. Tarkistuslista on yksi tapa toteuttaa ohjausprosessi systemaattisesti samalla tavalla kerrasta toiseen riippumatta siitä, kuka hoitajista ohjauksen antaa. Ohjauskäytänteitä yhtenäistämällä voidaan edistää potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön tavoitteena oli jatkokehittää systemaattista toimintatapaa osana syöpälääkehoidon potilasohjauksen laadunvarmistusprosessia. Tarkoituksena oli tutkimusnäyttöön perustuen vahvistaa aiemmin laaditun ja pilottikäytössä olevan syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan teoreettista pohjaa. Työn toimeksiantajana oli Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Opinnäytetyö toteutettiin integroituna kirjallisuuskatsauksena sekä tarkistuslistan pilottiversion käyttökelpoisuutta arvioivana kyselynä (n=30). Kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoitiin vertailevalla sisällönanalyysillä ja käyttäjäkyselyn tulokset kuvailevia tilastollisia analyysejä käyttäen. Tulokset osoittivat, että aiemmin pilotoitu tarkistuslista sisälsi niitä keskeisiä osa-alueita, joita syöpäpotilaan ohjaukseen pitää kuulua. Tarkistuslistaa käyttäneet hoitajat suhtautuivat yleisesti ottaen positiivisemmin listan käytön hyödyllisyyteen kuin vielä listaa käyttämättömät hoitajat. Tilastollisesti merkittävää eroa ryhmien välillä oli väittämässä *tarkistuslista toimii muistin tukena* ($p=0,027$) sekä *tekee potilasohjauksesta systemaattisempaa* ($p=0,046$), joiden osalta listaa käyttäneet hoitajat arvioivat käytön selkeästi hyödyllisemmäksi.

Opinnäytetyö tuotti lisätietoa tarkistuslistan käytöstä syöpälääkehoidon potilasohjauksessa. Aineistojen analysointi selkeytti tarkistuslistan asiakokonaisuuksien hahmottamista ja uudelleen jäsentämistä. Työn tuotoksena laadittiin päivitetty ja teoreettisesti vahvistettu tarkistuslista sairaanhoitajien apuvälineeksi syöpälääkehoidon potilasohjaustilanteisiin. Opinnäytetyön tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää alueellisissa syöpäkeskuksissa tavoiteltaessa hoitokäytänteiden yhtenäistämistä ja kehittämistä niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Parhaimmillaan tarkistuslistaa voi käyttää potilasohjauksen laadunvarmistuksen työkaluna syövänhoidon yksiköissä. Opinnäytetyö toimii pohjana jatkotutkimukselle ja mahdollistaa vahvistetun tarkistuslistan käytön vaikuttavuuden tutkimisen syöpälääkehoidon potilasohjauksen kontekstissa.

ASIASANAT:

antineoplastiset aineet, kemoterapia, potilasohjaus, syöpälääkehoito, tarkistuslista

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care / Advanced Nursing Practice Degree Programme

2019 | 87 pages

Marjut Nieminen

CHECKLIST IN CANCER DRUG THERAPY PATIENT EDUCATION

Cancer drug therapies with antineoplastic agents are a key part of today's individually tailored cancer treatment process, which requires high quality patient education. To ensure this, standardized practices should be used. The checklist is one way to provide the patient education process systematically in the same way from time to another regardless who of the nurses performs the patient education. Patient safety can be increased by uniting patient education practices. The aim of the thesis was to further develop a systematic approach as part of the cancer drug therapy patient education quality assurance process. With evidence-based methods, the purpose was to strengthen the theoretical basis of the previously formed and piloted cancer drug therapy patient education checklist. The commissioner of the thesis was Pirkanmaa Hospital District.

The thesis was carried out as an integrated literature review and a survey (n=30) of the usefulness of the pilot version of the checklist. The material in the literature review was analyzed using constant comparison method and the results of the survey were presented using descriptive statistical analyzes. The results showed that the previously piloted checklist contained the key contents that should be included in the chemotherapy patient education. Nurses who have used the checklist, reacted generally more positive about the utility of the list than those who have not used the list yet. In this study, between the respondent groups, the difference concerning utility of the checklist was statistically significant for claims *checklist serves as a memory support* ($p=0.027$) and *makes the patient education more systematic* ($p=0.046$), the nurses who have used the list evaluated the use of the checklist to be more useful.

The thesis produced research data on the use of the checklists in cancer drug therapy patient education. The analysis of the both data clarified the conceptualization and restructuring of the contents in the checklist. As a result, an updated and theoretically strengthened checklist was formed as nurses' tool for cancer drug therapy patient education. In future, the results can be utilized by seeking to harmonize and develop clinical practices in regional cancer centers in Finland but also internationally. At its best, the checklist serves as a quality assurance tool for patient education in cancer treatment units. The thesis serves as a basis for further research and enables to study the effectiveness of using the strengthened checklist in the context of cancer drug therapy patient education.

KEYWORDS:

antineoplastic agents, chemotherapy, patient education, cancer drug therapy, checklist

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	7
1 JOHDANTO	8
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Syöpälääkehoito	10
2.2 Syöpälääkehoidon potilasohjaus	10
2.3 Tarkistuslistojen käyttö hoitotyössä	13
2.4 Syöpälääkehoidon ohjauskäytänteet syövänhoidon vastuualueella	14
2.5 Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan pilottiversio	17
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	20
3.1 Integroidun kirjallisuuskatsauksen tavoite ja tarkoitus	21
3.1.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	21
3.1.2 Tiedonhakuprosessi	25
3.1.3 Aineiston laadunarviointi ja analysointi	26
3.2 Käyttäjäkyselyn tavoite ja tarkoitus	29
3.2.1 Kysely tutkimusmenetelmänä	29
3.2.2 Kyselylomakkeen laatiminen	30
3.2.3 Käyttäjäkyselyn aineistonkeruu ja analysointi	35
4 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	37
4.1 Integroidun kirjallisuuskatsauksen tulokset	37
4.1.1 Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistat	37
4.1.2 Syöpälääkehoidon potilasohjauksen sisältöalueet	38
4.2 Käyttäjäkyselyn tulokset	47
4.2.1 Vastaaajien taustatiedot	47
4.2.2 Tarkistuslistan käytettävyys	49
4.2.3 Tarkistuslistan hyödyllisyys	53
4.2.4 Tarkistuslistan käytettävyyden ja hyödyllisyyden vertailu	56
4.2.5 Tarkistuslistan kehittämisideat	59
4.3 Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan päivitetty versio	61
5 POHDINTA	65
5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	65
5.2 Opinnäytetyön tulosten pohdinta ja johtopäätökset	69
LÄHTEET	75

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut lähteet

Liite 2. Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan arviointikysely

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Tarkistuslistan käyttö syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjauksessa

KUVAT

Kuva 1. Tarkistuslistan sähköinen versio potilastietojärjestelmässä

Kuva 2. Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan pilottiversio

KUVIOT

Kuvio 1. Syöpälääkehoidon ohjaukäytänteiden kuvaus syövänhoidon vastualueella

Kuvio 2. Tarkistuslistan teoreettisen pohjan vahvistaminen opinnäytetyössä

Kuvio 3. Kirjallisuuskatsauksien jaottelu

Kuvio 4. Jatkuva aineiston vertailun metodi

Kuvio 5. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi

Kuvio 6. Tuotteen käyttökelpoisuutta kuvaavat määritteet

Kuvio 7. Käsitekartta kyselylomakkeen muodostamiseksi

Kuvio 8. Vastausprosentit ja -määrät yksiköittäin

Kuvio 9. Vastajaat ikäluokittain

Kuvio 10. Vastajien työkokemus syöpälääkehoitojen toteuttamisessa

Kuvio 11. Hyödyllisyys ja käytettävyys keskiarvojen jakaumana käyttäjittäin

Kuvio 12. Vedos syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan päivitetystä versiosta

TAULUKOT

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen lähteiden laadunarviointi

Taulukko 2. Käyttäjäkyselyn aineiston analysointi

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen aineiston luokittelu

Taulukko 4. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysin etenemisestä

Taulukko 5. Aineiston sisällön vertailu Niemisen ym. (2016) tarkistuslistaan

Taulukko 6. Ensiohjaukseen käytetty aika tarkistuslistan avulla

Taulukko 7. Sairaanhoidajien mielipiteet tarkistuslistan käytettävyydestä

Taulukko 8. Sairaanhoidajien mielipiteet tarkistuslistan hyödyllisyydestä

Taulukko 9. Tarkistuslistaa käyttäneiden ja käyttämättömien hoitajien mielipiteiden vertailu listan käytön hyödyllisyydestä

Taulukko 10. Hyödyllisyys ja käytettävyys muuttujina

Taulukko 11. Työkokemuksen yhteys käyttäjien mielipiteisiin tarkistuslistan käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä

Taulukko 12. Yksiköiden väliset erot käyttäjien mielipiteissä tarkistuslistan käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä

Taulukko 13. Käyttäjien kehitysehdotusten luokittelu sisällönanalyysillä

Taulukko 14. Esimerkki käyttäjien kehitysehdotusten sisällönanalyysistä

KÄYTETYT LYHENTEET

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation
ASCO	American Society of Clinical Oncology
CANO	Canadian Association of Nurses in Oncology
COSA	Clinical Oncology Society of Australia
ETENE	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta
FICAN	Kansallinen syöpäkeskus – Comprehensive Cancer Center Finland
GCO	Global Cancer Observatory
Hotus	Hoitotyön tutkimussäätiö
JBI	Joanna Briggs Institute
NCI	National Cancer Institute (Yhdysvallat)
NHS	National Health Service (Englanti)
ONS	Oncology Nursing Society (Yhdysvallat)
PSHP	Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
SPSS	Statistical Package for Social Sciences -tilasto-ohjelma
Tays	Tampereen yliopistollinen sairaala
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö

1 JOHDANTO

Suomessa sairastuu syöpään elinaikanaan keskimäärin 37% miehistä ja vastaavasti 35% naisista. Vuoden 2016 tilastojen mukaan suomalaisilla todettiin 34 000 uutta syöpää ja syöpää sairastavista oli elossa reilut 270 000 potilasta. (Malila ym. 2018.) Maailmanlaajuisesti uusia syöpiä todettiin yli 18 miljoonaa vuonna 2018 (Global Cancer Observatory (GCO) 2018).

Tärkeimmät syövän hoitomuodot ovat kirurginen hoito, sädehoito, erilaiset lääkehoidot ja näiden yhdistelmät (Joensuu 2013, 132; Ahonen ym. 2016, 145). Syöpälääkehoidot ovat keskeinen osa entistä yksilöllisemmin räätälöityjä hoitokokonaisuuksia (Kansallinen syöpäkeskus – Comprehensive Cancer Center Finland (FICAN) 2014, 13). Turvallinen ja laadukas lääkehoito vaatii toteutuakseen asianmukaista potilasohjausta (Heikkinen 2013, 116). Syöpälääkehoitoihin ja niiden haittavaikutuksiin liittyvä ohjaus lisää muun muassa potilaan itsehoitovalmiuksia ja sairauden kanssa pärjäämistä (Fee-Schroeder ym. 2013, 369–370). Korkealaatuisen potilasohjauksen varmistamiseksi tulisi käyttää standardisoituja toimintatapoja (Beaver & Magnan 2016, 589–591). Yksi tapa hoitoprosessin vaiheiden standardisoimiseksi on tarkistuslista, jonka käytön on todettu muun muassa lisäävän potilasturvallisuutta hoitotilanteissa sekä yhtenäistävän ohjauskäytänteitä (Helovuo ym. 2011, 208–212).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on jatkokehittää systemaattista toimintatapaa osana syöpälääkehoidon potilasohjauksen laadunvarmistusprosessia. Opinnäytetyö kohdistuu aikaisemmin laaditun Niemisen ym. (2016) syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan teoreettisen perustan vahvistamiseen. Työn toimeksiantaja on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, jonka strategiaan tavoitteisiin, kuten potilasta arvostavaan palveluun sekä turvalliseen ja hyvään hoitoon, opinnäytetyö sisällöltään vastaa (ks. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP) 2016).

Opinnäytetyö koostuu 1) integroidusta kirjallisuuskatsauksesta ja 2) käyttäjäkyselynä toteutetun tarkistuslistan käyttökelpoisuuden arvioinnista. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia aikaisemmin kehitetystä tarkistuslistasta tarkennettu ja päivitetty versio apuvälineeksi syöpälääkehoidon potilasohjaustilanteisiin. Kirjallisuuskatsaus vahvistaa tarkistuslistan luotettavuutta kansalliseen ja kansainväliseen näyttöön perustuen. Kyselyn tuloksia hyödyntämällä voidaan lisätä tarkistuslistan käyttökelpoisuutta potilasohjaustilanteissa. Merkityksellisen opinnäytetyöstä tekee mahdollisuus työstää tarkistuslistan käytön vaikuttavuustutkimusta edelleen jatkotutkimuksena sekä kansainvälisen tunnettuuden mahdollisuus tarkistuslistan jatkokäytölle.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

Suomessa joka kolmas ihminen sairastuu syöpään jossain elämänsä vaiheessa. Väestön eliniän piteneminen ja suurten ikäluokkien ikääntyminen vaikuttavat syöpäpotilaiden määrän lisääntymiseen. (Pukkala ym. 2011, 11–28; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2014, 11–13.) Suurin osa uusista syöpätapauksista todetaan yli 65-vuotiailla. Syöpään sairastuneiden ennusteet ovat kuitenkin parantuneet entistä kehittyneempien hoitomahdollisuuksien ansiosta. Esimerkiksi rintasyövän sairastaneista noin 90% on elossa viiden vuoden kuluttua diagnoosista. (THL 2014, 13.) Keskeisiä syövän hoitomuotoja ovat leikkaushoito, sädehoito, syöpälääkehoidot sekä näiden yhdistelmät. Hoitomuodon valintaan vaikuttavat oleellisesti syöpätyyppi ja sen levinneisyys. Potilaan yleis-tilalla sekä syövän ennusteella on myös merkitystä hoitopäätöstä tehtäessä. (Joensuu 2013, 132–135; Ahonen ym. 2016, 144–146.)

Hoitomuodoista syöpälääkehoidot ovat erittäin tärkeässä osassa syöpäsairauksien hoitoa (FICAN 2014, 13; Ahonen ym. 2016, 145–147). Tulevaisuuden haasteena on kyetä tarjoamaan entistä yksilöllisemmin räätälöityjä tehokkaita ja vaikuttavia hoitomuotoja syöpäpotilaille. Parhaiden, yhdenvertaisten ja kustannusvaikuttavien hoitojen tulee olla saatavilla kaikille tasapuolisesti asuinpaikasta riippumatta. Hoitokustannusten kasvuun vaikuttaa oleellisesti, miten onnistutaan kohdentamaan uudet hoitomuodot juuri niistä hyötyville potilaille. Tähän tarvitaan jatkuvaa yhtenäisten hoitolinjojen ajan tasalla pitämistä. Nopeasti lisääntyvän tutkimustiedon ja viime vuosina huimasti kehittyneiden hoitomuotojen käyttöönotto edellyttää moniammatillista erityisosaamista potilaan hoidossa. (FICAN 2014, 13.)

Hoitojen yhdenvertaisuuden ja korkean laadun varmistamiseksi Suomessa on aloittanut toimintansa Kansallinen syöpäkeskus, joka koostuu koordinaatiokeskuksen lisäksi viidestä alueellisesta syöpäkeskuksesta (FICAN 2014, 25). Tays Syöpäkeskus on osa Sisä-Suomen alueellista syöpäkeskusta ja sen toimintana tilastoitiin vuonna 2017 reilut 32 000 annettua syöpälääkeannosta, joiden kustannukset kipuivat lähes 20 miljoonaan euroon. Vertailun vuoksi sädehoitokertojen määrä vuonna 2017 oli yli 47 000. Hoidettuja syöpäpotilaita oli kaiken kaikkiaan noin 15 000, joista hieman yli 5000 uusia syöpäpotilaita ja reilut 3000 sädehoitoa saaneita potilaita. (Tays (Tampereen yliopistollinen sairaala) Syöpäkeskus 2018, 2–14.)

2.1 Syöpälääkehoito

Syöpälääkehoito-termin alle sisältyy eri vaikutusmekanismeihin toimivia lääkeaineita, joita annostellaan eri antoreittien kautta (Ahonen ym. 2016, 145–147). Syöpälääkkeet on määritelty niin sanotuiksi suuren riskin lääkkeiksi, joiden annostelu, käsittely ja säilytys vaativat erityistä tarkkaavaisuutta ja niihin liittyy sekä potilas- että työturvallisuuden kannalta suuria riskejä (THL 2016, 17–18). Tässä opinnäytetyössä syöpälääkehoidolla tarkoitetaan sairaanhoitajien laskimon kautta annostelemaa solunsalpaaja- tai vasta-ainehoitoja, jotka ovat yleisimpiä sairaanhoitajan toteuttamia syöpäsairauteen kohdistuvia lääkehoitoja. Sairaanhoitajien toteuttaman ohjauksen kohderyhmään kuuluvat syöpälääkehoitoa saavat aikuispotilaat pois lukien jättisolunsalpaajahoitoja kantasolusiirron yhteydessä saavat potilaat.

Solunsalpaajahoito on syövän lääkehoitoa, jota voidaan antaa yksinään tai usein osana muuta syövän hoitoa. Solunsalpaajien vaikutusmekanismi kohdistuu pääosin kaikkiin elimistön nopeasti jakautuviin soluihin. Vaikutukset kohdistuvat täten myös terveisiin soluihin. Lääkeaineesta riippuen soluja tuhoava vaikutus tapahtuu niiden jakautumissyklin eri vaiheissa. Uudemmissa niin kutsutuilla täsmälääkkeillä, esimerkiksi monoklonaalisilla vasta-aineilla, on mahdollista kohdentaa lääkehoito spesifisemmin eri mekanismeihin itse syöpäsoluun tai osin elimistön oman immuunivasteen toiminnan aktivoimiseksi. Tällöin voidaan antaa entistä tehokkaampia hoitoja niin, että terveille soluille aiheutuu vähemmän haittavaikutuksia. Usein syöpälääkehoidot toteutetaan jaksoittain annettavina erilaisina yhdistelmähoitoina. Tavoitteena on saavuttaa jakautumissyklin eri vaiheissa olevat syöpäsolut niiden ollessa hoidon vaikutukselle herkässä vaiheessa sekä pienentää syöpäsolujen vastustuskyvyn kehittymistä lääkeaineita kohtaan. (Elonen & Bono 2013, 175–212; Ahonen ym. 2016, 145–161; Elonen ym. 2018.)

2.2 Syöpälääkehoidon potilasohjaus

Potilasohjaus on yksi tärkeimmistä syöpälääkehoitoja toteuttavien sairaanhoitajien vastuutehtävistä (Rigdon 2010, 433). Potilasohjaus käsitteenä voidaan määritellä aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi potilaan ja hoitohenkilöstön vuorovaikutteisessa kontekstissä sidoksissa olevassa ohjaussuhteessa (Kääriäinen 2007, 114). Ammattikunnan eettisten ohjeiden (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996) lisäksi myös Laki potilaan

asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä antamaan potilaalle selvityksen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista ymmärrettävällä tavalla. Potilasohjauksen tavoitteena on hyvin asioistaan perillä oleva ja hoitoonsa sitoutunut potilas. Tämä edellyttää yhdenmukaista ja ristiriidatonta potilasohjausta, jonka toteutumisen varmistamiseksi tulee sopia yhteisistä käytänteistä paikallisesti hoitavissa yksiköissä. (THL 2016, 58.)

Syöpälääkehoidon ohjaus on keskeisessä asemassa hoitojen onnistumisen kannalta (Elonen ym. 2018). Vaikuttava ja laadukas syöpälääkehoidon ohjaus vaatii hoitohenkilökunnalta laaja-alaista osaamista kuten vuorovaikutus- ja ohjaustaitoja sekä näyttöön perustuvan tiedon ja ohjausmenetelmien hallintaa. Ohjausta tulee toteuttaa potilaslähtöisesti potilaan ja hänen läheistensä tarpeisiin vastaten kaikissa hoidon vaiheissa, erityisesti hoitojen aloittamista edeltävästi. Ohjaamisen keskeisenä tavoitteena on, että potilas kykenee tekemään omaa terveyttään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Monipuolisella lääkehoidon ohjauksella, kuten tiedonannolla lääkkeiden vaikutustavoista ja haittavaikutuksista, on suuri merkitys potilaan hoitoon sitoutumiselle. (Heikkinen 2013, 111–121.) Ohjausta tulee antaa sekä suullisesti että kirjallisesti erilaisia ohjausmenetelmiä hyödyntäen (Malone 2007, 707–710; Heikkinen 2013, 111–121; Valenti 2014, 637–640; Elonen ym. 2018). Ohjaustilanteiden tulee olla kiireettömiä ja niihin tulee olla varattuna riittävästi aikaa hoitokäyntien yhteydessä (Elonen ym. 2018). Tuloksellisuuden arvioimiseksi annettu ohjaus kirjataan potilasasiakirjoihin (Heikkinen 2013, 111–121). Onnistunut ohjaus edellyttää, että hoitohenkilöstöllä on riittävästi valmiuksia, resursseja sekä ohjaustilanteet mahdollistava toimintaympäristö käytettävissään (Kääriäinen ym. 2005, 10–14; Blecher ym. 2016, 11–17; Elonen ym. 2018). THL:n Turvallisen lääkehoito-oppaan (2016, 3–10) mukaan riittämätön lääkehoidon ohjaus on määritelty lääkityspoikkeamaksi, joka voi aiheuttaa vakavaa vaaraa potilaalle tai pahimmillaan johtaa jopa kuolemaan.

Monissa maissa on laadittu yhtenäisiä kansallisia näyttöön perustuvia hoitosuosituksia syöpälääkehoitojen toteuttamisen ja ohjaamisen tueksi. Niiden tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta levittämällä tietoisuutta turvallisista hoitokäytännöistä syövän hoidon yksiköihin. (National Health Service (NHS) 2011; Leung ym. 2012; Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO) 2017.) Kanadalaiset hoitosuositukset esimerkiksi pitävät sisällään ohjeistuksia syöpälääkehoitojen määräämiseen, tilaamiseen, valmistukseen ja potilaan tunnistamiseen liittyen. Potilasohjauksen osalta suosituksissa on tarkkaan eri-

teltty asiakokonaisuudet, joista suositellaan keskusteltavaksi potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Potilasohjauksen pääkohdat oli yksilöity sisältämään tietoa syöpälääkehoidon vaikutusmekanismeista, hoitojen haittavaikutuksista ja niiden hoito-ohjeista, toimintaohjeista elintapojen muutokseen ja hoitojen aikaiseen selviytymiseen, potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista, hoitokäynneillä huomioitavista asioista sekä, mitä tapahtuu hoitojen päättymisen jälkeen. (Leung ym. 2012, 1–30.)

Potilaiden tiedontarve syöpälääkehoitoin ja niiden haittavaikutuksiin liittyen on tullut esille myös useissa tutkimuksissa (Malone 2007, 707–710; Kanerva ym. 2010, 110–124; Williams ym. 2011, 253–257; Leino 2011, 196–221; Hautamäki-Lamminen 2012, 77–104; Fitch ym. 2013, 247–248; Valenti 2014, 637–640; Beaver & Magnan 2016, 589; Viitala ym. 2018, 187–194). Tiedollinen tuki on yhdistetty potilaiden hoitoon liittyvien ennakoasenteiden ja pelkojen (Kanerva ym. 2010, 110), mutta myös ahdistuksen ja masennuksen lieventymiseen (Beaver & Magnan 2016, 589). Laadukkaan syöpälääkehoidon ohjauksen avulla potilaiden on mahdollista kontrolloida hoitojen haittavaikutuksia tehokkaammin (Williams ym. 2011, 253–257). Lääkehoidon ohjaus vahvistaa potilaan itsehoitovalmiuksia (Fee-Schroeder ym. 2013, 369) ja edistää sitoutumista hoitoonsa (Heikkinen 2013, 116). Kekäleinen ym. (2014, 1619–1624) tutkimuksessa syöpäpotilaat arvioivat hoitoon sitoutumisensa huomattavasti alhaisemmaksi kuin heitä hoitavat syöpälääkärit. Tutkimuksen potilailla oli heikko tietämys sairaudestaan ja saamastaan hoidosta ja vain viidellä prosentilla oli lista omista lääkkeistään. Keinoiksi hoitoon sitoutumisen parantamiseksi tutkimuksessa mainittiin juurikin sairautta koskevan tiedon ja tuen saaminen.

Hoitoaikojen lyhentyminen ja yhä monimutkaisempien hoitomuotojen käyttöönotto asettavat vaatimuksia vaikuttavan ja tuloksellisen potilasohjauksen toteuttamiselle (Heikkinen 2013, 111). Syöpäpotilaiden ohjauksessa tulee lisäksi huomioida, että vakava sairaus itsessään voi vaikuttaa heikentävästi kykyyn vastaanottaa tietoa hoidoista (Kanerva ym. 2010, 110). Potilaan motivaatiolla on vaikutusta siihen, omaksuuko hän hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko ohjauksen itselleen tärkeäksi (Heikkinen 2013, 113). Ohjausmenetelmien kehittäminen monissa työyksiköissä onkin lähtenyt tarpeesta varmistaa syöpälääkehoidoissa käyvien potilaiden saavan standardisoitua, mutta potilaan tarpeista lähtevää, lääkeainekohtaista tietoa hoidoista sekä niiden haittavaikutuksista (Williams ym. 2011, 253–257). Kun on kyse monimutkaisista toimintatavoista, kaikkea ei voi jättää muistin varaan (Gawande 2009, 34). Tarkistuslista on yksi ohjauksen standardisoinnin

menetelmä, jonka avulla voidaan vastata johdonmukaisemmin potilaan ohjaustarpeisiin (Beaver & Magnan 2016, 589).

2.3 Tarkistuslistojen käyttö hoitotyössä

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa tarkistuslistojen käytöstä on otettu mallia ilmailualalta, jossa niiden käyttöä on hyödynnetty lentoturvallisuuden parantamiseksi jo vuosikymmenten ajan (Ikonen & Pauniahho 2010, 108; Pesonen 2011, 18). Kirurgisten tarkistuslistojen käyttö lähti leviämään kansainvälisesti Maailman terveysjärjestö WHO:n toimesta. Listojen käytön integroinnilla osaksi leikkaussalien käytänteitä tavoiteltiin virheiden ja haittavaikutusten vähentämistä sekä leikkaustiimin yhteistyön ja kommunikaation lisäämistä kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä. (Gawande 2009, 86–157; World Health Organization (WHO) 2017.) Laajassa kansainvälisessä pilotissa WHO:n tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen leikkauskomplikaatioiden ja kuolleisuuden raportoitiin vähentyneen yli kolmanneksella, mutta myös haavainfektiot ja uusintatoimenpiteet laskivat merkittävästi (Ikonen & Pauniahho 2010, 108). Sittemmin tarkistuslistojen käyttö on terveydenhuollossa levinnyt monille kliinisille erikoisaloille. Tarkistuslistoja on käytetty muun muassa arvioinnin apuvälineenä, toimintojen tai menetelmien yhdenmukaistamisessa, päätöksenteossa ja diagnoosien tekemisessä. (Helovuori ym. 2011, 209.)

Tarkistuslistaa voidaan käyttää vakioituneen toimintatavan varmistamisen työkaluna hoitotyössä. Standardisoidut toimintatavat edistävät turvallista hoitotyön toimintakulttuuria. Tarkistuslista toimii sairaanhoitajan muistin tukena. Tarkistuslistaan on koottu jonkin hoitoprosessin vaiheen ydinasioiden lista, jonka avulla on mahdollista toteuttaa hoitoprosessi systemaattisesti samalla tavalla kerrasta toiseen riippumatta siitä, kuka hoitajista ohjauksen antaa. Hyvin suunniteltu tarkistuslista mukautuu yksiköiden prosesseihin ja toimintatapoihin. (Helovuori ym. 2011, 208–212.) Gawanden (2009, 120–135) mukaan hyvä tarkistuslista on helppokäyttöinen, tarkka ja tehokas, mutta ei liian pitkä. Listassa kuvataan vain prosessin kriittisimmät ja tärkeimmät vaiheet tutulla ammattikielellä. Sanamuodot ovat yksinkertaisesti ilmaistuja ja ulkoasuun on kiinnitetty huomiota. Listan tarkoituksena on auttaa asiantuntijoita muistamaan monimutkaisia prosesseja ja innostaa toimimaan paremmin tiiminä. Tarkistuslistan toimivuus on testattava ennen käyttöönottoa. Käytön tavoitteena potilasohjauksessa on toimintojen yhdenmukaistaminen, annetun ohjauksen laadun parantaminen sekä potilasturvallisuuden lisääminen (Helovuori ym. 2011, 208–212).

2.4 Syöpälääkehoidon ohjaukikäytänteet syövänhoidon vastuualueella

Nykyisten toimintakäytänteiden kuvaus on oleellista uutta kehitettäessä. Ohjaukikäytänteiden kehittämisen yhtenä tavoitteena on tarjota potilaille entistä laadukkaampaa hoitoa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä syövänhoidon vastuualueella syöpälääkehoitoa saavalle potilaalle annetaan ohjausta monissa tilanteissa hoitopolun varrella (kuvio 1). Ohjausta annetaan eri ammattiryhmien edustajien, kuten lääkärin, sairaanhoitajien sekä monien erityistyöntekijöiden toimesta. Ohjauksen sisältöalueista, kuten pahoinvoinnin estolääkityksen käytön ohjauksesta, on kirjattu työnjako vastuualueen eri ammattiryhmien ja hoitoyksiköiden kesken (Ahvonen ym. 2015). Ohjausprosessissa lähtökohtana on potilaslähtöisyys ja ohjauksen kohdentaminen potilaan tarpeita vastaavaksi (Niemi- nen 2015, 7–9). Seuraavassa käydään läpi tämän hetkisiä ohjaukikäytänteitä päivittä- mällä aiempi Niemisen (2015, 7–9) kuvaus ajantasaiseksi.



Kuvio 1. Syöpälääkehoidon ohjaukikäytänteiden kuvaus syövänhoidon vastuualueella

Potilaan syöpälääkehoidon suunnittelu käynnistyy yleensä lääkärin vastaanotolla poliklinikalla. Tällä ensikäynnillä potilaan kanssa keskustellaan hoitosuunnitelmasta, aloitettava lääkityksestä, mahdollisista hoidon riskeistä ja haittavaikutuksista. Lääkäri kirjoittaa tarvittavat lääkemääräykset potilaalle valmiiksi sähköisinä resepteinä ja B-lääkärinlausunnon toimitettavaksi Kelaan lääkekorvauksien saamista varten. (Nieminen 2015, 7–9.)

Heti lääkärikäynnin jälkeen on hoitajavastaanotto. Sairaanhoitaja käy läpi suullisesti potilaan kanssa tulevan hoidon kulkua ja toimintatapaohjeita sekä antaa mukaan hoitoon liittyviä kirjallisia ohjeita luettavaksi. Hoitajan ohjaus on tässä vaiheessa yleisluonteista. Pahoinvoinnin estolääkityksen suhteen keskitytään niihin toimintaohjeisiin, jotka ovat oleellisia ennen ensimmäiselle hoidolle tuloa. Vastuualuetasoisesti on sovittu, että sairaanhoitajien vastuulla on potilaan pahoinvoinnin estolääkkeiden ohjaus. (Ahvonen ym. 2015; Nieminen 2015, 7–9.)

Jos potilaalla ei ole polikliinistä ensikäyntiä, syöpälääkehoidon suunnittelu ja päätös aloittamisesta tehdään samalla, kun potilas on otettu vuodeosastolle päivystyksellisesti tai potilas on kutsuttu suoraan vuodeosastolle. Lääkäri keskustelee hoitoon liittyvistä asioista potilaan kanssa, mutta hoidon ohjaus on pääosin vuodeosastolla potilaan omahoitajana toimivan sairaanhoitajan vastuulla. Potilaan tiedontarve on selkeästi suurempi, mikäli polikliininen ensikäynti on jäänyt välistä. (Nieminen 2015, 7–9.)

Potilas tulee saamaan ensimmäistä syöpälääkehoitoaan poliklinikan lääkehoitoon tai syöpätautien vuodeosastolle. Vuodeosastolla potilas on ensihoidon yhteydessä yleensä tarkkailussa yön yli tai pidempäänkin riippuen hoitokuurin pituudesta. Hoitoon liittyvää ohjausta antaa hoidon toteutuksesta vastaava sairaanhoitaja. Ohjaus toteutetaan yleisimmin yksilöohjauksena. Vastaanotoilla hoitajilla on käytössään omat huoneet, joissa ohjaustilanteet on mahdollista toteuttaa mahdollisimman häiriöttömästi. Osastoilla ja lääkehoidossa voi keskeytyksiä tulla, vaikka hoitaja kuinka hyvin suunnittelisi ohjaustilanteen ajankohdan. (Nieminen 2015, 7–9.)

Potilas voi kotiutua poliklinikalta lääkehoidon saatuaan tai erikseen sovitun seurantaajan jälkeen. Vuodeosastoilla kotiuttamispäätöksen tekee lääkäri lääkärinkierron yhteydessä. Omahoitajan vastuulla on varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa kotihoito-ohjeet ennen kotiutumista. Hoitajan tulee antaa potilaalle mukaan erillinen kirjallinen ohje kuurikohtaisesti kotona otettavista pahoinvoinnin estolääkkeistä. Ohjauksen tueksi on saatavilla runsaasti kirjallista materiaalia, kuten lääkeainekohtaisia valmistajien

potilasoppaita sekä Suomen Syöpäpotilaat ry:n oppaita. Syövänhoidon vastuualueelle työstettyjä omia potilasohjeita on tulostettavissa sairaanhoitopiirin intranetin sivustoilta. Kotiutus- ja ohjaustilanteisiin otetaan mielellään mukaan myös potilaan läheinen. Erityisen tärkeää läheisen läsnäolo on iäkkään, muistisairaana, pään alueen syöpää sairastavan tai sairauskriisivaiheessa olevan potilaan kohdalla. Vakavaa sairautta sairastavan potilaan tiedon tarve on suuri, mutta omaksumiskyky rajallinen. Ohjauksen kertaus jokaisen hoitokäynnin yhteydessä on tärkeää. (Nieminen 2015, 7–9.)

Suun kautta otettavien syöpälääkkeiden lisääntyneeseen ohjaustarpeeseen koulutettiin erillisiä tablettihoitajia, jotka aloittivat oman polikliinisen vastaanottonsa pitämisen vuonna 2010. Tablettihoitajan työnkuva pitää sisällään erikseen sovittujen suun kautta otettavien syöpälääkehoitojen ensiohjauksen, uusien syöpälääkehoitokausien aloituksen, seurantakäynnit hoidon aikana sekä ennalta sovitut ja päivystykselliset potilaspuhelut. Tablettihoitajalla on oma vastaanottohuone poliklinikalla, mutta hän käy pyydettäessä ohjaamassa potilaita myös vuodeosastoilla ja poliklinikan lääkehoidossa näiden erikseen sovittujen lääkkeiden osalta. (Bärlund & Köppä 2011; Nieminen 2015, 7–9.)

Ohjaukseen yhtenäistämiseksi ja selkeyttämiseksi syövänhoidon vastuualueella otettiin pilottikäyttöön Niemisen ym. (2016) työstämä syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslista keväällä 2016. Sairaanhoitajille järjestettiin koulutusta tarkistuslistan käytöstä syöpälääkehoidon potilasohjaustilanteissa. Tarkistuslistan koekäytössä ovat olleet mukana kaikki syövänhoidon vastuualueella syöpälääkehoitoja toteuttavat sairaanhoitajat.

Tarkistuslistan kehittämistyöryhmässä, johon kuuluvat vuodeosastojen ja poliklinikan hoitajaedustajien lisäksi lääkäriedustus, kehitystyötä on viety eteenpäin työstämällä tarkistuslistasta sähköinen versio potilasasiakirjoihin liitettäväksi (kuva 1). Sähköinen versio avataan potilaan tietoihin *moniammatilliset määräykset ja ohjeet* -kohtaan ensikäynnin yhteydessä hoitajavastaanotolla. Ohjattavat asiat on jaoteltu listaan ennen ensimmäistä hoitokertaa ohjattaviin asioihin ja ensimmäisen hoitokerran yhteydessä läpikäytäviin asioihin. Ohjaus kuitataan annetuksi vasta, kun kaikki osa-alueet on käyty läpi potilaan kanssa. Sairaanhoitajat näkevät listasta, mistä asioista potilaan kanssa on jo keskusteltu. Tämä helpottaa jatkamaan ohjausta siitä, mihin on edellisellä kerralla päästy. Annettu ohjaus kirjautuu näin myös potilasasiakirjoihin. (Nieminen ym. 2018.)

Maaraukset ja ohjeet

Lisää määräys/ohje Avaa/muokkaa Tulosta

Kaikkia toimipisteistä koko hakutulos (12) Määräykset/ohjeet (6) Lääkemääräykset (6) Nestehoitomääräykset (0) Myös lopetettut (0) Myös poistettut (0)

Aloitusaika	Tyyppi	Määräys/Ohje	Määräjä
Kuittausaika	Toimipiste		Määräysaika
Määräystapa			Vimeisin tallennusaika
01.02.2019 Kuittaamatta	Toimenpiteet ja tutkimukset RS1	<p>SYÖPÄLÄÄKEHOIDON OHJAUKSEN TARKISTUSLISTA</p> <p>ENSİKÄYNTI</p> <p>Hoidon kulku:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oheislääkkeiden käytön ohjaus: <p>Yleisimmät haitat:</p> <p>Ohjausmateriaali (mitä annettu, ohjeistetaan ottamaan mukaan):</p> <p>B-lausunto:</p> <p>Matkakustannusten korvaukset / sosiaaliturvaan liittyvät asiat:</p> <p>Maksusitoumus peruuttamiseksi varten:</p> <p>Elämäntapaohjaus alkoholista ja tupakoinnista:</p> <p>Erityistyöntekijöiden tarve:</p> <p>Psyykkisen tuen tarve, PirSy:</p> <p>Läheisten tiedontarve:</p> <p>Hoitoyksikön / potilaan yhteystiedot:</p> <p>LÄÄKEHOIDOSSA / OSASTOILLA</p> <p>Hoidon haittavaikutusten ehkäisemisen ohjaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luuytimeen kohdistuvat: - Ummetus: - Ripuli: - Pahoinvointi: - Iho, limakalvovauriot: - Suun hoito: - Seksuaalisuus: - Hoitoväsymys: - Lääkeainekohtaiset: <p>Toimintaohjeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hygienia: - Eritteiltä suojautuminen: - Syöpälääkkeiden annostelu kotiloissa: <p>Valkosolukasvutekijän saatavuus ja käytön ohjaus:</p> <p>Ravitsemus / nesteen saannin merkitys:</p> <p>Ohjaus kortisonin aiheuttamiin kohonneisiin verensokeriarvoihin:</p> <p>Oheislääkkeiden käytön ohjaus:</p> <p>Toimintaohjeet ongelmatilanteisiin kotona:</p> <p>Syövänhoidon verkkopoliklinikka (NOONA):</p>	Sairaanhoitaja, Mar 01.02.2019 13:31

Kuva 1. Tarkistuslistan sähköinen versio potilastietojärjestelmässä

2.5 Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan pilottiversio

Syöpälääkehoidon potilasohjaustilanteissa syövänhoidon vastualueella käytössä oleva tarkistuslista perustuu Niemisen (2015) opinnäytetyönä laatimaan syöpälääkehoidon tarkistuslistaan. Listasta muokattiin asiantuntijaryhmässä pilottiversio Nieminen ym. (2016). Se hyväksyttiin ensimmäisenä Suomessa yhteiskäyttöön koko syövänhoidon vastualueella Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä huhtikuussa 2016. Tarkistuslista suunniteltiin apuvälineeksi sairaanhoitajille syöpälääkehoidon potilasohjaustilanteisiin. Tarkistuslistaan sisältyy myös hoidon toteuttamiseen liittyvä asiakokonaisuus, mutta se osa listasta on rajattu tämän opinnäytetyön ulkopuolelle keskittyen tässä pelkästään potilasohjauksen näkökulmaan. Niemisen ym. (2016) pilottiversio syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistasta on tässä opinnäytetyössä arvioinnin kohteena oleva tarkistuslista (kuva 2).



Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslista

- ▶ Pehdy yksikön syöpälääkehoidon käsikirjaan
- ▶ Selvitä hoidon kulku pääpiirteissään potilaalle
- ▶ Käy läpi yleisimmät haittavaikutukset ja hoito-ohjeet:
 - ▶ Luuytimeen kohdistuvat haittavaikutukset ja toimintaohjeet
 - ▶ Valkosolukasvutekijän saatavuus ja käytönohjaus tarvittaessa
 - ▶ Pahoinvointiin ja pahoinvoinnin estolääkkeiden ottoon liittyvä ohjaus
 - ▶ Maksusitoumus peruuttamiseksi varten, jos odotettavissa hiustenlähtöä
 - ▶ Tarvittaessa ihon ja limakalvovaurioiden hoitamisen ohjaus
 - ▶ Hoitojen vaikutus seksuaalisuuteen
 - ▶ Hoitoväsymys, sairauskriisi
 - ▶ Ruuansulatuskanavan haittavaikutukset
 - Suun limakalvovauriot
 - Suoliston haittavaikutukset, ripuli ja ummetus
 - ▶ Lääkeainekohtaiset haittavaikutukset
- ▶ Ravitsemusohjaus
 - Ravitsemuksen ja juomisen merkitys hoidossa, painon seuranta
 - Vitamiinien, kivennäisaineiden ja luontaistuotteiden käytön rajoitukset
 - Täydennysravintovalmisteet, letkuravitseminen
- ▶ B-lausunto, eResepti, päivitetty kotilääkelista, potilastiedon arkisto
- ▶ Syöpäpotilaan sosiaaliturvaan liittyvät asiat, apuvälineet, KSH, PirSy
- ▶ Tupakointi, alkoholi, autolla ajaminen, matkakustannusten korvaukset
- ▶ Hygienia, infektiot, rokotukset, vierailukäytänteet
- ▶ Syöpälääkkeiden annostelu kotioloissa, eritteiltä suojautuminen
- ▶ Toimintaohjeet ongelmatilanteisiin kotona, kotiutustilanteessa läpikäytävät asiat
- ▶ Yhteystiedot hoitopaikkaan
- ▶ Potilaille suositeltavat tiedonlähteet
- ▶ Kirjallinen ohjausmateriaali, intranetin potilasohjeet, opetusvideot
- ▶ Läheisten tiedontarve
- ▶ Erityistyöntekijöiden tarve



© Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016

Kuva 2. Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan pilottiversio (Nieminen ym. 2016)

Tarkistuslistan pilottiversio laadittiin kirjallisuuden perusteella teemoittain jäseneltyjen asiakokonaisuuksien avulla. Pääteemat olivat lääkehoidon ohjausprosessi, syöpälääkehoidon liittyvä ohjaus, syöpälääkehoidon toteuttaminen ja hoidossa huomioitavat asiat, syöpälääkehoidon toimintatavat sekä työturvallisuus. Tiedonlähteinä olivat syövänhoidon vastuualueen omat ohjeet, lääkevalmistajien ohjeet sekä pääosin suomalaisiin tutkimuksiin pohjautuva kirjallisuuskatsaus, joiden kautta haettiin näyttöön perustuvaa tie-

toa aihealueista. Asiakokonaisuudet työstettiin käsikirjaksi, johon koottiin tietoutta tarkistuslistan kaikista osa-alueista sekä kuvattiin yksiköiden sovitut käytänteet. Käsikirja toimii tarkistuslistan käytön tukena ohjaustilanteissa. (Nieminen 2015, 13–22; Nieminen 2016.)

Suunnitteluvaiheessa kaikilla vuodeosaston RS1 sairaanhoitajilla oli mahdollisuus kommentoida tarkistuslistan sisältöalueita ja aihetta käsiteltiin muutamalla osastotunnilla. Tarkistuslistasta haluttiin kuitenkin käyttöön versio, joka soveltuu käytettäväksi koko vastuualueelle. Käyttöönottoa edeltävästi koottiin moniammatillinen asiantuntijaryhmä, johon tekijän lisäksi kuului sairaanhoitajia vastualueen eri yksiköistä sekä lääkäriledustaja. Yhteistyön tuloksena muokkaantui pilottiversio, jonka vastuualuejohtaja hyväksyi käyttöön keväällä 2016. Tarkistuslistaa ei erikseen esitettäväksi. Ennen käyttöönottoa pidettiin kolme samansisältöistä koulutusilaisuutta, joissa käsiteltiin vastualueen yhteisesti sovittuja toimintatapoja syöpälääkehoidon toteuttamisessa ja esiteltiin käytönotettava tarkistuslista. Toimintatapa mahdollisti kaikkien syöpälääkehoitoja toteuttavien sairaanhoitajien pääsyn koulutukseen. Tarkistuslistasta laminoitiin taskuversioita sekä käännettiin ruotsin- ja englanninkieliset versiot käyttöä helpottamaan. (Nieminen 2015, 13–22.)

Tarkistuslista sisältää syöpälääkehoidon ohjauksen kannalta keskeisiä asiakokonaisuuksia luettelomaisesti koottuna. Potilasta ohjeistetaan muun muassa lääkehoidon kuluista, yleisimmistä haittavaikutuksista, pahoinvoinnin estolääkkeiden käytöstä, ravitsemusasioista sekä miten toimia, jos hoidon jälkeen tulee ongelmia. Tarkistuslistan kaikki asiat on tarkoitus käydä läpi potilaan kanssa niiltä osin kuin ne potilasta koskevat. Ohjausta voi jaotella myös toteutettavaksi eri käynneillä. Kaikkea ei ole tarkoituskaan puhua kerralla potilaalle. (Nieminen 2015, 13–22.)

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö kohdistuu syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan pilottiversion (Nieminen ym. 2016) teoreettisen perustan vahvistamiseen. Opinnäytetyön toteutus jakautuu 1) integroituun kirjallisuuskatsaukseen ja 2) käyttäjäkyselyä toteutettuun tarkistuslistan pilottiversion käyttökelpoisuuden arviointiin. Opinnäytetyön tuotoksena pilottiversiosta kehitetään tutkimustuloksiin perustuva päivitetty versio (kuvio 2).



Kuvio 2. Tarkistuslistan teoreettisen pohjan vahvistaminen opinnäytetyössä

Opinnäytetyön tavoitteena on systemaattisen toimintatavan jatkokehittäminen osana syöpälääkehoidon potilasohjauksen laadunvarmistusprosessia. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkimusnäyttöön perustuen laatia tarkistuslistasta päivitetty versio sairaanhoidajan apuvälineeksi syöpälääkehoidon potilasohjaustilanteisiin. Kirjallisuuskatsauksen avulla vahvistetaan tarkistuslistan luotettavuutta, mikä mahdollistaa listan käyttöönoton myös kansainvälisesti. Käyttäjäkyselyllä kartoitetaan tarkistuslistan käyttökelpoisuutta potilasohjaustilanteissa. Tuloksia hyödyntämällä tarkistuslistasta laaditaan entistä toimivampi ja luotettavampi versio apuvälineeksi yhtenäisten hoitotyön käytänteiden edistämiseksi potilasohjauksessa.

3.1 Integroidun kirjallisuuskatsauksen tavoite ja tarkoitus

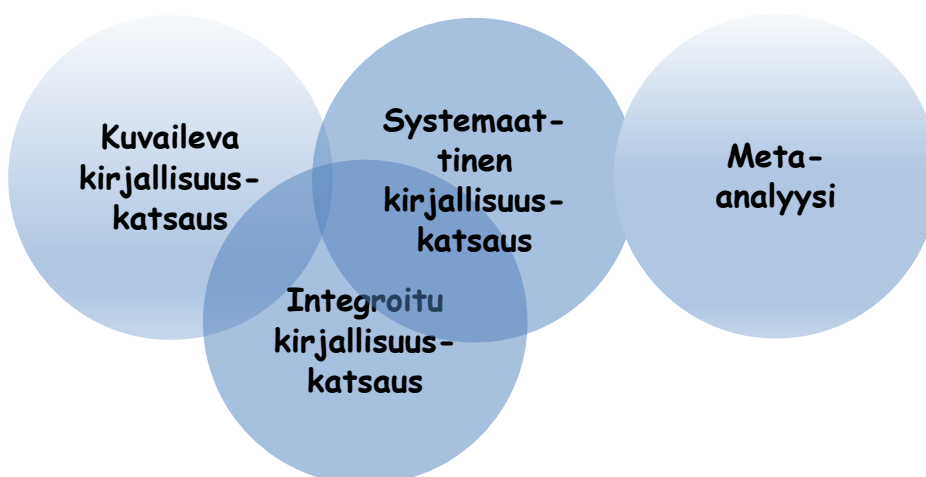
Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on vahvistaa aikaisemmin kehitetyn syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan luotettavuutta. Tarkoituksena on tarkistuslistan sisällön ja teoreettisen perustan vahvistaminen sekä kehittämistarpeiden tunnistaminen aiempiin tutkimustuloksiin ja -julkaisuihin vertaamalla.

Tutkimuskysymykset

1. Millaisia syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistoja on kehitetty?
2. Mitkä ovat keskeiset syöpälääkehoidon potilasohjauksen sisältöalueet?

3.1.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsausten avulla on mahdollista koota yhteen tietyn aihealueen tutkimustieto ja edelleen hahmottaa olemassa olevan tutkimustiedon kokonaisuutta ja sisältöä (Johansson 2007, 3). Kirjallisuuskatsaukset voidaan karkeasti jaotella kolmeen päätyyppiin: kuvailevaan, systemaattiseen ja meta-analyysiin. Integroitu kirjallisuuskatsaus sisältää piirteitä sekä kuvailevasta että systemaattisesta katsauksesta. (Salminen 2011, 6–9.) Opinnäytetyöhön valittiin tutkimusmenetelmäksi integroitu kirjallisuuskatsaus (kuvio 3).



Kuvio 3. Kirjallisuuskatsauksien jaottelu (mukaillen Salminen 2011, 6)

Integroitua kirjallisuuskatsausta voidaan pitää laajimpana kirjallisuuskatsauksien muotona. Menetelmää käytetään, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti. Samassa katsauksessa on sallittua yhdistää eri metodein tehtyä tutkimusta sisältäen sekä empiiristä eli kokemusperäistä että teoreettista aineistoa. (Flinkman & Salanterä 2007, 85; Salminen 2011, 8; Whittemore ym. 2014, 456–458; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 110–111). Tutkimusmetodi soveltui opinnäytetyöhön, koska alustavien hakujen perusteella tiedettiin, että aiheesta on julkaistu niukasti tutkimustietoa. Menetelmän avulla oli mahdollista koota mukaan olemassa oleva kansainvälinen tutkimustieto spesifistä aihealueesta. Tämä katsaustyyppi salli niin tieteellisten tutkimusjulkaisujen ja kirjallisuuskatsausten kuin asiantuntijakonsensukseen perustuvien hoitokäytäntöohjeistustenkin mukaan ottamisen aineistoksi samaan tutkimukseen. (ks. Flinkman & Salanterä 2007, 85; Salminen 2011, 8; Whittemore ym. 2014, 456–458; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 110–111.)

Systemaattisella työskentelyotteella tavoiteltiin katsaukseen riittävän kattavaa joukkoa alkuperäistutkimuksia, millä estettäisiin aineiston valikoitumisesta aiheutuva harha. Näin toimimalla voitiin välttää lähteiden keskinäisen yhteyden puuttuminen tai tiedon keräämistä omien kiinnostuksen kohteiden mukaisesti, jolloin oleellisia lähteitä saattaisi jäädä pois katsauksesta. Lisäksi tutkimustulosten yhdistäminen ja tehokas hyödyntäminen mahdollistuivat. (Metsämuuronen 2006, 37; Salmond 2012a, 147–162.)

Integroidun kirjallisuuskatsauksen tekeminen eteni loogisesti vaiheittain. Whittemore & Knafl (2005) mukaan integroitu katsaus voidaan jakaa vaiheisiin, jotka ovat: tutkimusongelman tunnistaminen, kirjallisuushaku, tutkimusaineiston laadun arviointi, tutkimusaineiston analysointi ja tutkimustulosten esittäminen. Tutkimusongelman tunnistaminen antaa suunnan ja rajat integroidulle kirjallisuuskatsaukselle. Selkeällä kysymyksenasettelulla varmistetaan, että katsaukseen saadaan mukaan riittävästi aineistoa. (Whittemore & Knafl 2005, 548–552; Flinkman & Salanterä 2007, 88.)

Tutkimuksen tarkoitus, keskeiset käsitteet ja tutkimusjoukko määriteltiin heti katsauksen alkuvaiheessa. Aineiston keruu toteutettiin huolellisesti suunnitellun järjestelmällisen tiedonhaun avulla. Katsaukseen kerättiin kaikki aihetta käsittelevä relevantti tutkimusaineisto niin kattavasti kuin oli mahdollista. Apuna käytettiin monipuolisesti eri tiedonhaun menetelmiä kuten sähköisiä tietokantoja, artikkeleiden lähdeluetteloita sekä verkostoitumista. Muutaman artikkelin kirjoittajaa tavoiteltiin sähköpostitse lisätiedon saamiseksi aiheesta. (ks. Whittemore & Knafl 2005, 548–549; Flinkman & Salanterä 2007, 85–92.)

Tiedonhaun onnistumiseksi tehtiin suunnitelma, jossa määriteltiin tarkat tutkimuskysymykset sekä sisäänotto- ja poissulkukriteerit tutkimukseen hyväksyttävälle aineistolle. Kriteerit kohdistuivat muun muassa tutkimusjoukkoon, tutkimustuloksiin ja tutkimusasetelmaan sekä tiettyinä vuosina tai tietyllä kielellä tehtyihin tutkimuksiin. Ennen varsinaista tiedonhakua suoritettiin koehaku toimivien asiasanojen tunnistamiseksi ja hakusuunnitelman täsmentämiseksi. Mahdollisimman kattavan aineiston saamiseksi hakuprosessiin sisällytettiin myös manuaalista hakua, joka tarkoittaa valittujen lähteiden kirjallisuusluetteloiden läpikäymistä hyvien lisälähteiden tavoittamiseksi. (ks. Bettany-Saltikov 2012, 50–65; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 112–114.)

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisäsi kahden tutkijan toimesta tapahtuva aineiston kerääminen ja valitseminen tutkimukseen. Kirjastoinformaation osaamista hyödynnettiin mahdollisimman kattavan haun toteuttamiseksi. Kaikki aineiston keruun vaiheet kirjattiin yksityiskohtaisen tarkasti muistiin ja kuvattiin Flow Chart -kuviona eli vuokaaviona. Katsauksen lukijan tulee halutessaan pystyä toteuttamaan hakuprosessi samanlaisena. (ks. Flinkman & Salanterä 2007, 91–98; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 113–114.)

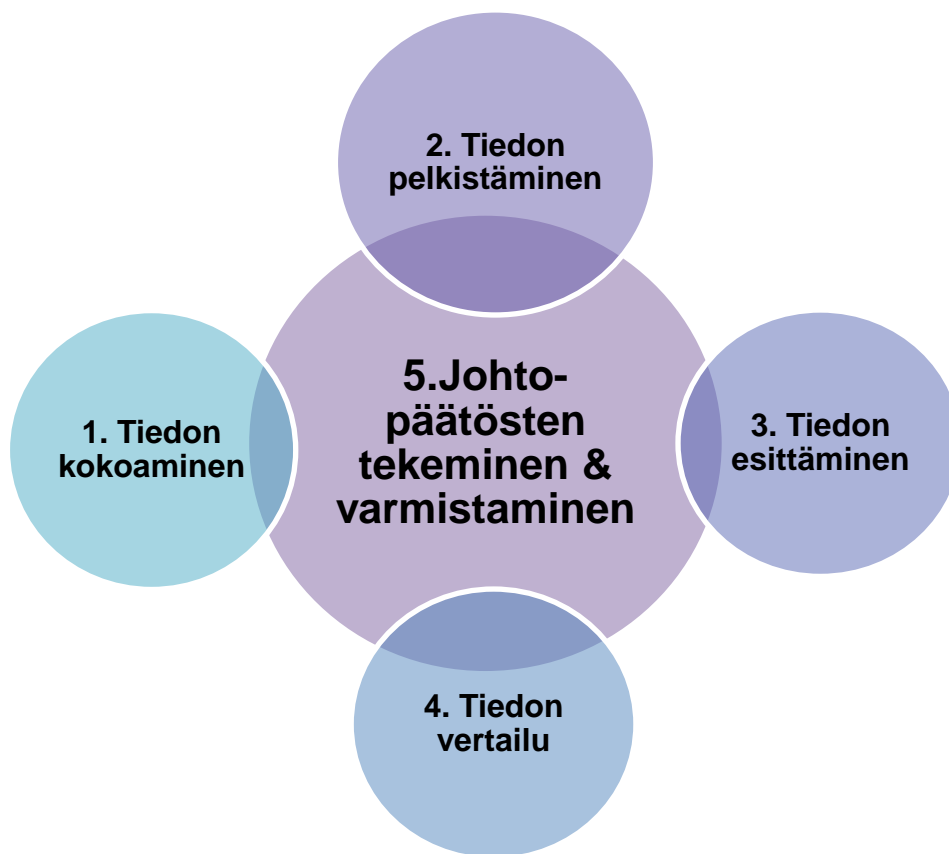
Tutkimuksen kohdejoukko (n) muodostui katsaukseen valittujen julkaisuiden lukumäärästä. Katsaukseen valittu aineisto kuvattiin tekijätietojen, julkaisutyyppien, tarkoituksen ja keskeisten tulosten osalta taulukkoon (liite 1), jolloin saatua materiaalia oli helpompi hallita ja tarkastella yleisluontoisemmin. (ks. Flinkman & Salanterä 2007, 92; Salmond 2012b, 25–27.)

Integroituun katsaukseen sisällytetyt tutkimukset kävivät läpi laadun arviointiprosessin. Ilman arviointia olisi mahdotonta sanoa, kuinka paljon saaduilla johtopäätöksillä on painoarvoa. Arviointiprosessi tutkimusmenetelmiä yhdistävässä katsauksessa oli haastavaa ja monimutkaista. Kullekin tutkimustyyppille täytyi löytää sille soveltuva arviointi-instrumentti. Kirjallisuuskatsausta suunniteltaessa mietittiin jo, miten arviointi aiottiin suorittaa. Luotettavuuden kannalta oli tärkeää kuvata tarkkaan, millaisia lähteitä katsauksessa oli käytetty. (ks. Whitemore & Knafel 2005, 549–550; Flinkman & Salanterä 2007, 91–98.)

Laadullisen aineiston systemaattisena analyysimenetelmänä käytettiin sisällön analyysia (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 112). Päämääränä on aineiston tuottamien tulosten järjestelmällinen analysointi ja synteessin tekeminen. Integroidun kirjallisuuskatsauksen aineiston sisällön analysointiin sopii hyvin jatkuva aineiston vertailun metodi (constant comparison method). (Whittemore & Knafel 2005, 550; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 115.)

Miles & Hubermanin alun perin esittämä malli koostuu vaiheittaisesta analysoinnista (kuvio 4). Ensimmäiset vaiheet ovat tiedon kokoaminen, luokittelu, koodaaminen ja pelkistäminen (data collection & reduction). Seuraava vaihe pitää sisällään tiedon esittämisen taulukoiden, graafien, kaavioiden ja matriisien avulla (data display). Samanlaiset muuttajat ryhmitellään eli klusteroidaan omiin luokkiinsa tarvittaessa aikajärjestykseen (data comparison). Saatujen kategorioiden avulla tietoa vertaillaan mallien, teemojen ja aineistossa ilmenevien vaihteluiden ja yhteyksien tunnistamiseksi. Viimeisen vaiheen tavoitteena on osoittaa aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavuuksia sekä tehdä synteesiä johtopäätöksistä (conclusion drawing & verification). Aineistoa tarkastellaan vielä vertaamalla alkuperäisiin tiedonlähteisiin. Mahdollisen vaihtoehdoisen hypoteesin, ilmiötä selittävän tekijän, osoittaminen tuodaan julki. (Whittemore & Knafel 2005, 550–551; Tuomi & Sarajärvi 2011, 91–124; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 115–117.) Harhan muodostumisen välttämiseksi aineistosta ei pidä tehdä liian varhaisia päätelmiä ja analysointia on jatkettava riittävän pitkään, kunnes se on tiivistynyt mielekkääksi ja merkitykselliseksi kokonaisuudeksi (Flinkman & Salanterä 2007, 96).

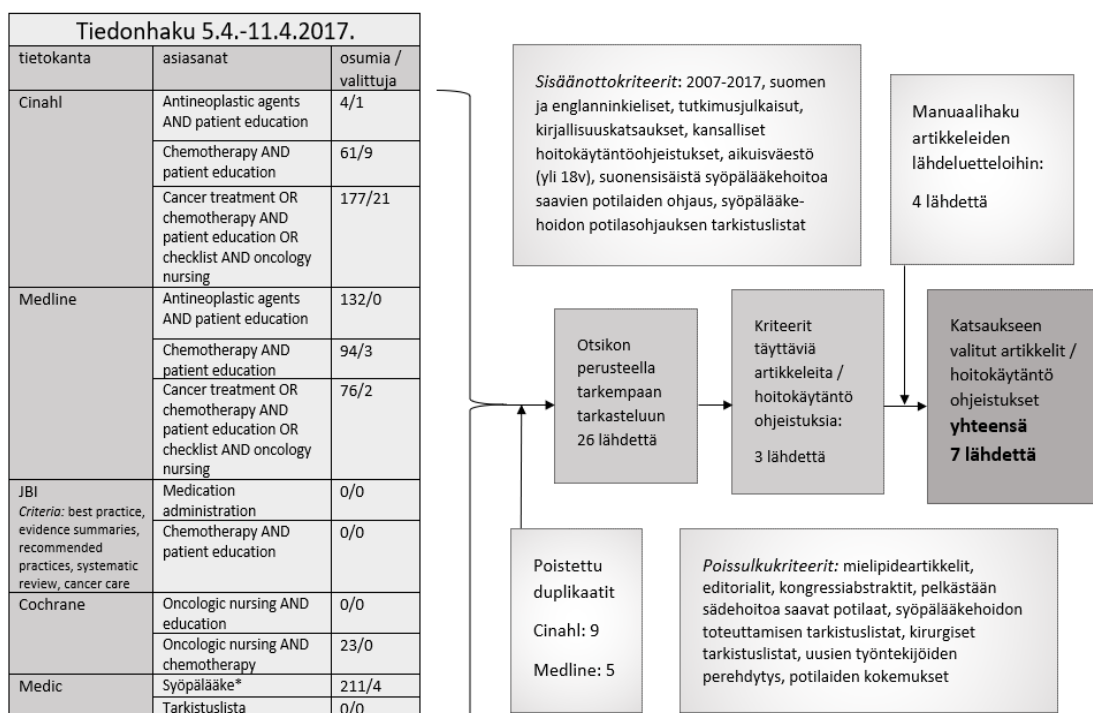
Tulokset ja johtopäätökset esitetään raportissa. Kaikki tutkimuksen tekemisen vaiheet kuvataan huolellisesti huomioiden luotettavuuden näkökulma harhan ja virhepäätelmien minimoimiseksi. Johtopäätöksiä ja tulkintoja esitettäessä kuvataan selkeästi loogisen päättelyn eteneminen, minkä perusteella esitettyihin johtopäätöksiin on päädytty. Lopuksi pohditaan katsauksessa tuotetun tiedon merkitystä ja soveltamista hoitotyössä ja laajemmin myös hoitotieteellisesti. (Whittemore & Knafel 2005, 552; Flinkman & Salanterä 2007, 97–98; Sulosaari & Kajander-Unkuri 2015, 115–117.)



Kuvio 4. Jatkuva aineiston vertailun metodi (mukaillen Miles & Huberman artikkelissa Whitemore & Knafel 2005, 550–551)

3.1.2 Tiedonhakuprosessi

Tiedonhaku aineiston hankkimiseksi toteutettiin Cinahl, Medline, Joanna Briggs Institute (JBI), Cochrane ja Medic tietokantoihin keuhäällä 2017. Asiasanoina käytettiin: antineoplastic agents AND patient education, chemotherapy AND patient education, cancer treatment OR chemotherapy AND patient education OR checklist AND oncology nursing, medication administration, oncologic nursing AND education, oncologic nursing AND chemotherapy, syöpälääke* ja tarkistuslista. Tiedonhakuprosessi on kuvattu vuokaaviona (kuvio 5).



Kuvio 5. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuprosessi

Haulta saatiin yhteensä 778 alkuperäistutkimusta, joista poistettiin ensin duplikaatit 14 kappaletta. Katsaukseen hyväksyttävän lähdeaineiston rajaamiseksi käytettiin aiemmin määriteltyjä sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Otsikon perusteella tarkempaan tarkasteluun valittiin 26 kokotekstiä. Näistä kriteerit täyttäviä lähteitä oli kolme kappaletta. Aineistoa täydennettiin manuaalisella haullla artikkelien lähdeluetteloihin. Katsaukseen valittu aineisto sisälsi lopulta 7 lähdettä (n=7). Kaksi lähdettä oli kuvaavia artikkeleita ja viisi lähdettä hoitosuositusstandardeja. Hoitosuosituksista neljä oli saman suosituksen eri versioita.

3.1.3 Aineiston laadunarviointi ja analysointi

Katsaukseen valittujen lähteiden metodologista laatua arvioitiin standardoiduilla laadunarviointi-instrumenteilla (ks. taulukko 1). Sopiva arviointi-instrumentti valikoitui lähteissä käytetyn tutkimusasetelman mukaan. Laadunarviointi toteutettiin kahden tutkijan tekemänä. (ks. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) 2013.)

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen lähteiden laadunarviointi

Tekijätiedot	Julkaisun nimi	Julkaisutyyppi	Laadunarviointi
Dalby ym. 2013, Yhdysvallat	Standardization of Initial Chemotherapy Teaching to Improve Care	Kuvaava artikkeli	^{a)} JBI 7/7
Mueller & Glennon 2007, Yhdysvallat	A Nurse-Developed Pre-chemotherapy Education Checklist	Kuvaava artikkeli	^{a)} JBI 4/7
^{c)} Neuss ym. 2017, Yhdysvallat	2016 Updated American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society (ASCO/ONS) Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology	Hoitosuositusstandardi, 2016 päivitetty versio	^{b,c)} AGREE II 70%
^{c)} Neuss ym. 2013, Yhdysvallat	2013 Updated American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society (ASCO/ONS) Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy	2013 päivitetty versio	
^{c)} Jacobson ym. 2012, Yhdysvallat	Revisions to the 2009 American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society (ASCO/ONS) Chemotherapy Administration Safety Standards: Expanding the Scope to Include Inpatient Settings	2012 uudistettu versio	
^{c)} Jacobson ym. 2009, Yhdysvallat	American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society (ASCO/ONS) Chemotherapy Administration Safety Standards	alkuperäinen versio	
Carrington ym. 2008, Australia	Guidelines for the Safe Prescribing, Dispensing and Administration of Cancer Chemotherapy Clinical Oncology Society of Australia (COSA)	Hoitosuositusstandardi	^{b)} AGREE II 46%
^{a)} JBI Joanna Briggs Institute Asiantuntijan näkemys/narratiivinen teksti, arviointiasteikko: 1–3 huono, 4–5 kohtalainen, 6 hyvä, 7 erinomainen ^{b)} AGREE II, arviointiasteikko: alle 40% huono, 40–59% puutteellinen, 60–79% kohtalainen, 80–90% hyvä, yli 90% erinomainen ^{c)} Laadunarviointi on tehty kokonaisuutena pohjautuen alkuperäiseen hoitosuositukseen ja sen kolmeen päivitettyyn versioon.			

Lähteiden laadunarviointi lisää katsauksen luotettavuutta. Katsaukseen mukaan otettaville lähteille arvioidaan minimilaatutaso, jonka alittava aineisto tulee hylätä, vaikka muuten sisäänottokriteerit täyttyisivätkin. Tutkimuksen taustalla olevasta heikkolaatuisesta lähdeaineistosta ei ole uskottavaa esittää kovin vakuuttavia johtopäätöksiä. (Kontio & Johansson 2007, 101.) Tämän tutkimusaineiston laadunarviointiin käytettiin Joanna Briggs Instituten SUMARin NOTARI-moduulin Kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa asiantuntijoiden näkemykselle ja narratiiviselle tekstille (Joanna Briggs Institute (JBI) 2011) sekä AGREE II Instrument hoitosuosituksien laadunarviointityökalua (AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) Next Steps Consortium 2009).

Katsauksen seitsemästä sisäänottokriteerit täyttäneestä lähteestä kaksi oli kuvaavia artikkeleita ja loput hoitosuositustandardveja. Kuvaavat artikkelit arvioitiin JBI:n tarkistuslistaa apuna käyttäen ja hoitosuositustandardjeille soveltuvaksi arviointityökaluksi valittiin AGREE II Instrument. Hoitosuosituksia oli kaikkiaan viisi kappaletta, joista neljä oli saman suosituksen eri versioita. Alkuperäistä versiota oli lähdetty päivittämään, jolloin näitä saman hoitosuosituksen eri versioita käsiteltiin laadunarvioinnissa kokonaisuutena. Hoitosuosituksien laadunarvioinnissa yhtenä tärkeänä kriteerinä onkin juuri suosituksien jatkuva päivittäminen, mikä tässä toteutui kiitettävästi (ks. Kirkley 2012, 271–289).

Kuvaavia artikkeleita arvioitiin seitsemänportaisella asteikolla. Pisteet määriteltiin niin, että 1–3 osoittivat huonoa, 4–5 kohtalaista, 6 hyvää ja 7 erinomaista laatua. Hoitosuosituksien laadunarviointityökalu oli huomattavasti monipuolisempi ja arvioinnin laskenta-kaava ilmaistiin prosentteina. Tässä katsauksessa arviointiasteikko jakautui niin, että alle 40% osoitti huonoa, 40–59% puutteellista, 60–79% kohtalaista, 80–90% hyvää ja yli 90% erinomaista laatutasoa. Molemmissa arviointitavoissa hylkäysperusteena oli huono laatutaso. Kaikki lähteet läpäisivät laatukriteerien minimitason.

Aineiston analysoimiseksi käytettiin vertailevaa sisällönanalyysia. Kokonaiskuvan saamiseksi alkuperäisiin lähteisiin tutustuttiin lukemalla ne moneen kertaan läpi. Aineistoa tarkasteltiin tutkimuskysymysten valossa. Kuhunkin tutkimuskysymykseen liittyvät ilmaukset alleviivattiin eri väritunnistein. Alkuperäisilmaukset kirjattiin taulukkoon ja pelkistettiin. Kehittämisen kohteena oleva Niemisen ym. (2016) tarkistuslista pilkottiin mukaan analyysiin vertailun mahdollistamiseksi. Pelkistettyjä ilmaisuja käytiin läpi kohta kohdalta ja samaa asiaa kuvastavat luokiteltiin omiksi alaluokikseen, joista nousi yläluokkia ja yksi yhteinen pääluokka.

3.2 Käyttäjäkyselyn tavoite ja tarkoitus

Käyttäjäkyselyn tavoitteena oli arvioida tarkistuslistan pilottiversion käyttökelpoisuutta. Tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien käsityksiä tarkistuslistan käyttökelpoisuudesta (usefulness) syövänhoidon vastuualueella.

Tutkimuskysymykset

1. Millaisena sairaanhoitajat kokevat tarkistuslistan käytettävyyden syöpälääkehoidon potilasohjaustilanteissa?
2. Miten hyödyllisenä sairaanhoitajat kokevat tarkistuslistan käytön syöpälääkehoidon potilasohjaustilanteissa?
3. Miten syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistaa tulisi kehittää?

3.2.1 Kysely tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyössä käytetty käyttäjäkysely oli tutkimukselliselta lähestymistavaltaan kvantitatiivinen, koska tarkoituksena oli kuvata mahdollisimman monipuolisesti syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan toimivuutta ja käyttökelpoisuutta. Määrällinen tutkimusmenetelmä, survey, soveltui tähän parhaiten, sillä sen avulla on mahdollista saada yleiskuvaa tutkittavan ilmiön mitattavien ominaisuuksien välisistä suhteista ja eroista. Tutkimusmenetelmän ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi, muuttujien mittaaminen ja esittäminen numeroin, objektiivisuus ja vastaajien suuri lukumäärä. Tässä tutkimuksessa vastaajien lukumäärä oli pieni kuten usein uutta pilotoitaessa. Kysely mahdollisti kuitenkin aineiston keräämisen systemaattisesti ja analysoinnin erillistä tilasto-ohjelmaa apuna käyttäen. (ks. Vilka 2007,13–28.)

Prosessi eteni tässä tutkimuksessa Vilkan (2007, 167–170) ja Hirsjärven ym. (2009, 63–65) kuvaamia prosesseja mukailien vaiheittain alkaen tutkimusongelman tunnistamisesta tutkimusaiheen kytkemiseen aiempaan teoriaan sekä edelleen käsitteiden ja tutkimuksen perusjoukon määrittelyyn. Sitten laadittiin aineiston otantasuunnitelma, jossa määriteltiin otos, jonka mittaamisen välineeksi muodostettiin kyselylomake. Kerätty aineisto saatettiin tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja analysoitiin tilasto-ohjelmia apuna

käyttäen. Saaduista tuloksista tehtiin päätelmiä ja ne tulkittiin ja esitettiin objektiivisesti opinnäytetyön tulokset ja johtopäätökset luvuissa.

Aineistonkeruuvälineeksi valittiin kysely, koska sen avulla oli mahdollista kerätä systemaattisesti kaikki pilottiryhmän mielipiteet. Tutkija halusi tiedonkeruun tapahtuvan mahdollisimman objektiivisesti vaikuttamatta itse vastaustilanteeseen, koska tuntee suurimman osan kohderyhmästä. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 193–195.)

Kyselylomakkeessa kysymysten muoto on vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastaajilta kysyttiin samat asiat, samassa järjestyksessä, samalla tavalla. Kyselylomakkeen laadintaan ja huolelliseen suunnitteluun käytettiin opinnäytetyössä aikaa. Lomakkeen kysymyksistä ja väittämistä hiottiin lyhyitä ja selkeitä. Kysymysten määrää ja järjestystä lomakkeessa mietittiin tarkkaan. Yhdessä kysymyksessä kysyttiin vain yhtä asiaa tulkintavirheiden minimoimiseksi. Kyselylomake esitettiin ja saadun palautteen pohjalta siihen tehtiin parannuksia. (ks. Vilka 2007, 28–38; Hirsjärvi ym. 2009, 193–203.)

Kyselyn heikkoutena on usein kato eli vastaajien määrän vähäisyys uusintakyselyn lähettämistä huolimatta. Kyselyn ajankohta on suunniteltava hyvin kadon minimoimiseksi. (Vilka 2007, 28–38; Hirsjärvi ym. 2009, 193–203.) Tässä tutkimuksessa katoa minimoitiin sillä, että kysely suoritettiin syksyllä ajankohtana, jolloin sairaanhoitajat olivat palanneet kesälomilta. Vastausaikaa pidennettiin myös viikolla alkuperäisestä.

3.2.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Käyttäjäkyselyä varten laadittiin kyselylomake, jonka avulla oli tarkoitus saada vastaus tutkimusongelmaan (liite 2). Uusi kyselylomake tarvittiin, koska tarkistuslistan käyttökokemusten kartoittamiseksi suunnattua kyselyä ei löytynyt suoraan kirjallisuudesta syöpälääkehoidon potilasohjauksen kontekstissa. Kyselylomakkeen laatimisessa hyödynnettiin metodikirjallisuutta. Tutkittavan asian teoreettiset käsitteet muutettiin arkikielen tasolle eli operationalisoitiin mitattavaan muotoon kyselylomakkeelle. Tutkimusongelman kannalta keskeinen käsite oli käyttökelpoisuuden määrittäminen. Operationalisoinnin kuvaaminen tutkimusraportissa antaa mahdollisuuden arvioida, miten luotettavasti mittarilla mitataan juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (ks. Vilka 2007, 28–44; Hirsjärvi ym. 2009, 193–203.) Seuraavassa on määritelty käyttökelpoisuuden käsite alakäsitteineen. Käsitteiden sisällön määrittelyssä hyödynnettiin mukaillen Nielsenin (1993), Tervakarin

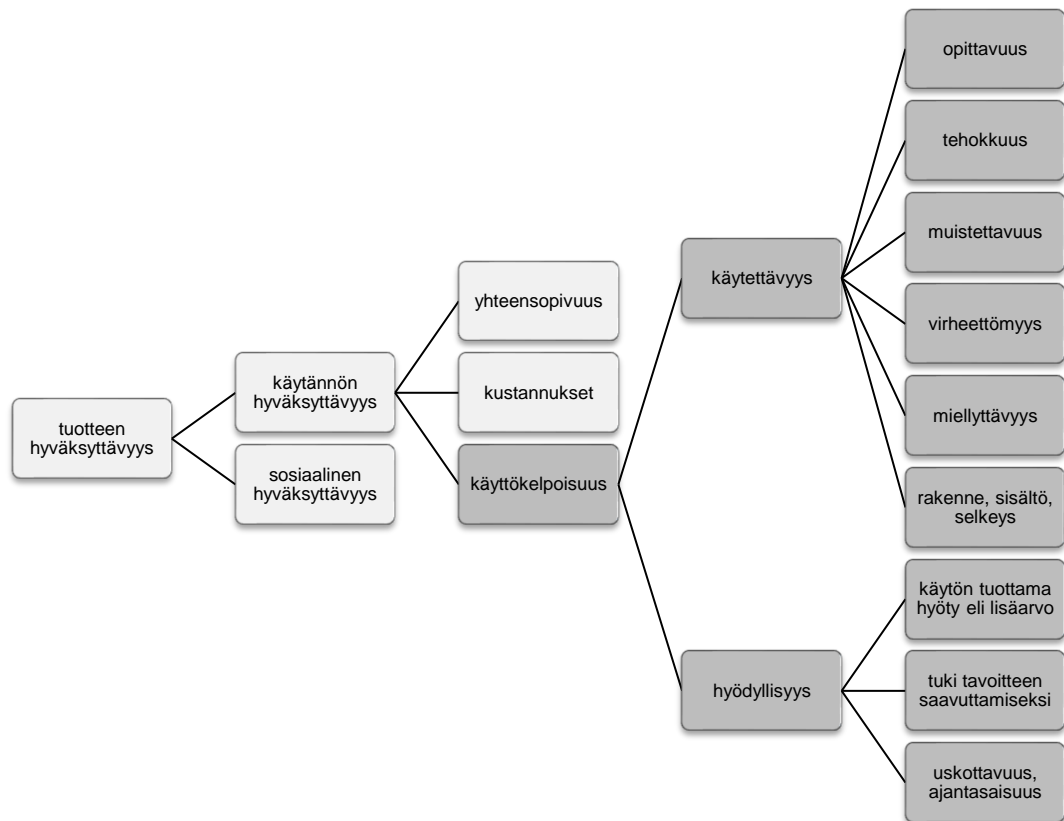
ym. (2002) ja Robertsin (2010) arviointimalleja verkkosovelluksien käyttökelpoisuudesta ja laadunarvioinnista.

Käyttökelpoisuus (usefulness)

Käyttäjäkokemuksien kautta on mahdollista arvioida tuotetun tarkistuslistan laatua ja tunnistaa jatkokehittämistarpeita. Tässä tutkimuksessa puhutaan käsitteellisellä tasolla tuotteen tai järjestelmän käyttökelpoisuuden mittaamisesta. Nielsenin (1993, 24) määritelmän mukaan käyttökelpoisuus kuvastaa sitä, miten haluttu päämäärä on mahdollista saavuttaa tuotteen avulla. Käyttökelpoisuus voidaan nähdä osana tuotteen hyväksyttävyyttä (kuviot 6).

Käyttökelpoisuus itsessään muodostuu käytettävyydestä (usability) ja hyödyllisyydestä (utility). Käytettävyys kuvastaa tuotteen toimivuutta vuorovaikutuksessa käyttäjän kanssa. Käytettävyyden osa-alueet voidaan edelleen jaotella opittavuuteen, tehokkuuteen, muistettavuuteen, virheettömyyteen ja miellyttävyyteen. Opittavuus tarkoittaa, että tuote on helppokäyttöinen. Tehokkuus pitää sisällään tuotteen avulla saavutettavan korkean tason työn tuottavuuteen. Muistettavuus kuvaa helppoutta tuotteen käytön muistiin palauttamiseksi, jos ei ole käyttänyt tuotetta vähään aikaan. Virheettömyydellä tarkoitetaan tuotteen toimivuutta oikeanlaisesti halutun tavoitteen saavuttamiseksi. Miellyttävyys pitää sisällään arvion käyttäjien tyytyväisyydestä tuotteen käyttöön. Tyypillisimmin käytettävyyttä mitataan käyttäjätesteillä. (Nielsen 1993, 24–26, Tervakari ym. 2002, 9–10.)

Hyödyllisyydessä on kyse tuotteen toimivuudesta juuri siinä tarkoituksessa missä pitikin (Nielsen 1993, 24–25). Tervakari ym. (2002, 26–27) tarkentavat hyödyllisyyden käsitettä nimenomaan opetuksen näkökulmasta. Tuotteen hyödyllisyys muodostuu sen käytön tuottamasta hyödystä eli lisäarvosta sekä tuesta tavoitteen saavuttamiseksi, joka pitää sisällään esimerkiksi tukemisen ohjausprosessissa.



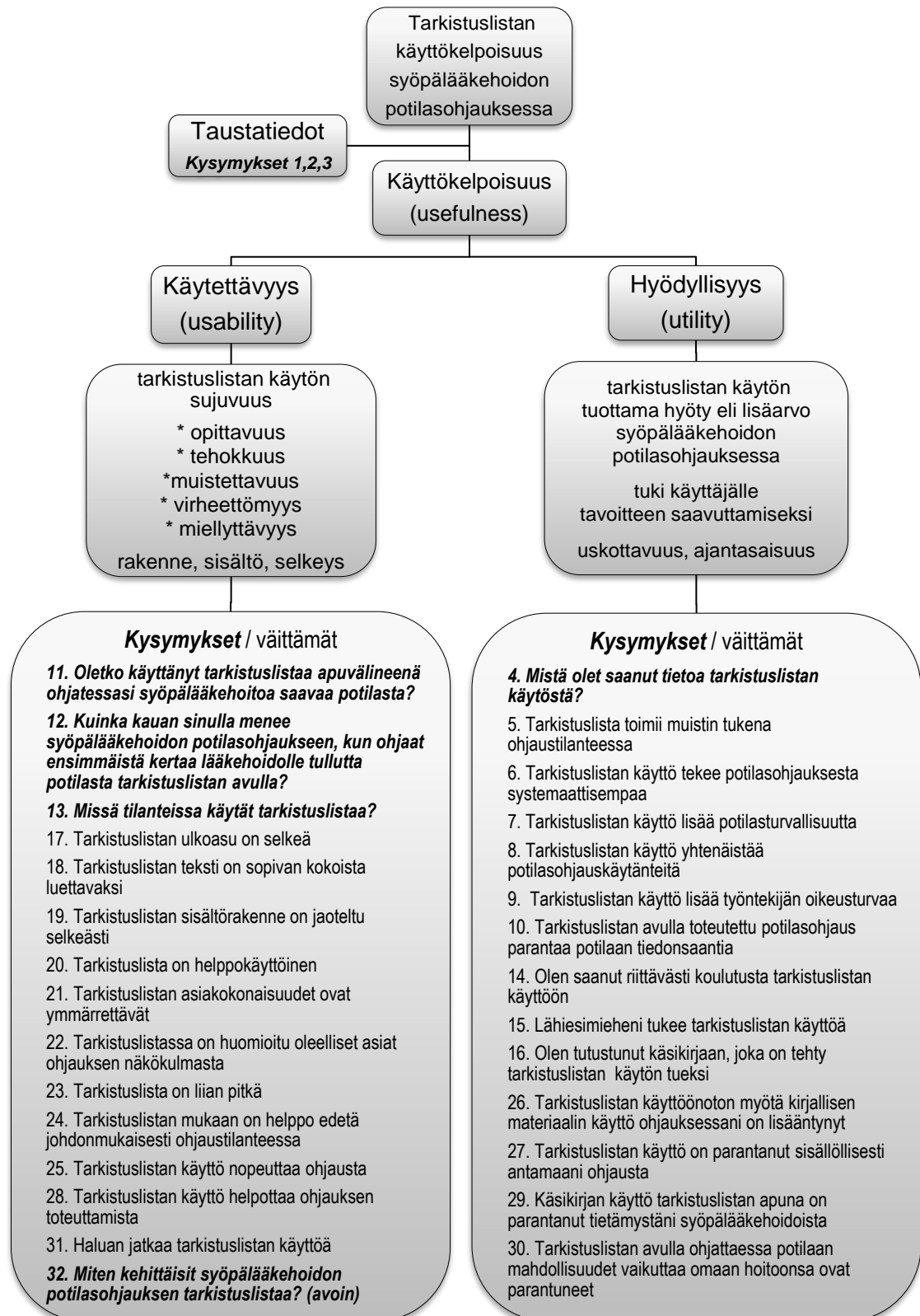
Kuvio 6. Käyttökelpoisuutta kuvaavat määrittelyt (mukaan Nielsen (1993, 25), Tervakari ym. (2002, 26) ja Roberts (2010, 323))

Robertsin (2010, 322–325) verkkosivustojen arviointiin kehittämää 5 C:n arviointityökalua sovellettiin kyselylomakkeen muodostamisprosessissa. Työkalun avulla hoitajien on mahdollista varmistaa ja arvioida työssään käyttämiensä verkkosivustojen tietojen luotettavuutta ja pätevyyttä. Kattavan ja strukturoidun arvioinnin osa-alueet ovat uskottavuus (credibility), sisältö (content), rakenne (construction), ajantasaisuus (currency) ja selkeys (clarity). Näitä osatekijöitä arvioitaessa kriittisesti, voidaan varmistua informaation hyvästä laatutasosta. Tässä työssä nämä laatukriteerit kytkettiin käsitteellisellä tasolla kyselylomakkeen muodostamisprosessiin tarkistuslistan käyttökelpoisuuden arvioimiseksi.

Kyselylomakkeen muodostamisen prosessi havainnollistettiin käsittekarttaan (kuvio 7). Käsittekartta koostui kolmesta tasosta, jotka olivat: 1) tutkittavien käsitteiden määrittäminen teoriatasolla, 2) teorian soveltaminen tutkimuskohteeseen arkikielen tasolle ja jakaminen osa-alueisiin ja 3) mittarin eli kyselylomakkeen muodostaminen purkamalla osa-alueet kysymyksiksi (ks. Vilka 2007, 36–44). Metodikirjallisuuden mallinnusta hyödyntäen edettiin käsitelmäärittelyn jaottelussa pienemmiksi alakäsitteiksi, mikä johti tutkimuskysymysten muodostamiseen (ks. Vilka 2007, 39). Jokainen kyselylomakkeen väittämä ja avoin kysymys on kytketty käsittekarttaan. Kyselylomakkeen muodostamiseksi katsottiin mallia myös Härkösen (2013) ja Hentunen & Liedeksen (2014) opinnäytetöinä tehdyistä eri tarkoituksiin soveltuvien tarkistuslistojen käyttökokeuskyselyistä. Käsitelmäärittely osaltaan johti myös tutkimuskysymysten tarkentumiseen.

Monipuolisen ja kattavan aineiston saamiseksi käytettiin monivalintakysymyksiä, väittämiä, sekamuotoisia kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Väitteiden strukturoidulla rakenteella tavoiteltiin vastausten keskinäistä vertailukelpoisuutta. (Vilka 2007, 67–69.) Kaikkiaan kysymyslomakkeessa oli 32 kohtaa sisältäen kolme sekamuotoista kysymystä, 24 asenneväittämää, yhden avoimen kysymyksen ja neljä monivalintakysymystä, joista kolme oli taustakysymyksiä. Vastaaajien taustatiedot pitivät sisällään yksikön, iän ja työkokemuksen. Väittämät oli jaoteltu kuvastamaan vastaajien mielipiteitä tarkistuslistan käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä. Avoimella kysymyksellä kartoitettiin ideoita tarkistuslistan kehittämiseksi.

Mielipiteiden mittaamiseen käytettiin neliportaista Likertin asenneasteikkoa, jossa vastausvaihtoehdot olivat: 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä ja 4=täysin samaa mieltä. En osaa sanoa -vaihtoehto jätettiin tietoisesti pois, koska haluttiin vastaajia ottamaan kantaa jompaankumpaan suuntaan. (ks. Heikkilä 2014, 51–52; Vilka 2007, 45–49.) Tuloksien selkeyttämiseksi täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä vastaukset yhdistettiin taulukossa luokaksi eri mieltä, samoin yhdistettiin jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä vastaukset luokaksi samaa mieltä.



Kuvio 7. Käsitekartta kyselylomakkeen muodostamiseksi

Kyselylomake suunniteltiin niin, että siihen oli mahdollista vastata, vaikka ei olisi käytännössä tarkistuslistaa. Näin toimittiin, koska tarkistuslistan käyttö ei ole vielä vakiintunut rutiinikäyttöön ja kyselyyn haluttiin mahdollisimman suuri otos ja monipuolisesti mielipiteitä. Alkuosan väittämiin vastasivat kaikki. Kohdasta 12 eteenpäin kartoitettiin tarkistuslistan käyttökokemuksia. Tässä kohtaa kyselylomaketta ohjeistettiin siirtymään kyselyn loppuun niitä vastaajia, jotka eivät olleet tarkistuslistaa käyttäneet. Tästä huolimatta 3 vastaajaa oli epähuomiossa vastannut näihinkin kysymyksiin. Tuloksia analysoitaessa nämä 3 vastausta mitätöitiin käyttökokemusten osalta, koska ne aiheuttaisivat muuten vääristymää lopullisten tulosten tarkasteluun.

3.2.3 Käyttäjäkyselyn aineistonkeruu ja analysointi

Aineistonkeruu suoritettiin syövänhoidon vastuualueen syöpälääkehoitoja toteuttavissa yksiköissä, jotka olivat syöpätautien vuodeosasto RS1, syöpätautien vuodeosasto RS2 ja syöpätautien poliklinikka RSYÖ. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki syöpälääkehoitoja toteuttavat sairaanhoitajat (N=70). Kyselystä käytiin kertomassa edeltävästi jokaisessa yksikössä osastotunneilla. Kysely suoritettiin, kun tutkimussuunnitelma oli esitelty ohjausryhmälle, organisaatiosta oli saatu erillinen tutkimuslupa ja toimeksiantosopimus oli allekirjoitettu osapuolten välillä. Jokaiselle kohderyhmän edustajalle lähetettiin vastauslinkki sähköpostiin osastonhoitajien kautta. Saatekirje lähetettiin luettavaksi sähköpostiin kyselylinkin yhteydessä (liite 3). Kysely toteutettiin Webropol[®]-alustalla 20.11.–4.12.2017 aikana. Alhaisen vastausprosentin takia vastausaikaa jatkettiin vielä viikolla 11.12.2017 saakka. Lopullinen vastaajamäärä (n) oli 30 ja vastausprosentti 43%.

Kyselyllä kerätty tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen Microsoft Excel laskentataulukko-ohjelmistoa sekä SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics 25 for Windows tilasto-ohjelmaa. Analysointi eteni vaihteittain (taulukko 2). Aineistosta kuvattiin yhteenvetotaulukoihin frekvenssit ja niiden prosenttijakaumat. Tunnusluvuiksi valittiin keskiarvo, moodi eli tyyppiluku, mediaani eli keskiluku, variaatiosuhde sekä minimi- ja maksimiarvot, joiden avulla oli tarkoitus kuvata aineistoa mahdollisimman monipuolisesti (ks. Viikka 2007, 118–128; Mattila 2013; Taanila 2017; Taanila 2018). Keskiarvo, moodi ja mediaani ovat keskilukuja, joilla kuvataan muuttujien arvojen keskimääräistä suuruutta. Variaatiosuhteella ja minimi- ja maksimiarvoilla kuvataan otoksen hajontaa. Variaatiosuhde on hajontaluku, jota käytetään yhdessä moodin kanssa kuvaamaan kuinka suuri

osuus havaintoarvoista jää moodiluokan ulkopuolelle. Mitä suuremman arvon variaatio-suhde saa, sitä enemmän otoksessa on hajontaa. (Mattila 2013.)

Taulukko 2. Käyttäjäkyselyn aineiston analysointi

<p>Aineiston kuvaus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • frekvenssit eli havaintojen lukumäärät • prosenttijakaumat • tunnusluvut (keskiarvo, moodi, variaatiosuhde, mediaani, minimi- ja maksimi-arvo)
<p>Muuttujien muodostamien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • käytettävyys-muuttuja • hyödyllisyys-muuttuja • taustamuuttujat (työkokemus, työyksikkö, listaa käyttäneet hoitajat ja listaa vielä käyttämättömät hoitajat)
<p>Muuttujien välinen vertailu ja riippuvuuksien tarkastelu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ristiintaulukointi • khiin neliö -testi • Spearmanin korrelaatiokerroin • Mann-Whitneyn U-testi

Tilasto-ohjelman käytössä ja testien valinnassa konsultoitin biostatistikkoa, mikä lisäsi analyysin luotettavuutta. Aineistosta testattiin muuttujien välisiä riippuvuuksia ristiintaulukoimalla sekä tilastollista merkittävyyttä khiin neliö -testillä (ks. Mattila 2013; Taanila 2016a) ja Mann-Whitneyn U -testillä (ks. Taanila 2013). Käytettävyyden ja hyödyllisyyden muuttujat muodostettiin kaikkien kyseisiä muuttujia koskevien kysymysten vastausten keskiarvoista. Käytettävyyden ja hyödyllisyyden välistä korrelaatiota mitattiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella (ks. Taanila 2015). Taustamuuttujien jaottelua muutettiin analyysivaiheessa kaksipuoliseksi pienen vastausmäärän takia vertailujen mahdollistamiseksi valituilla testeillä.

4 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

4.1 Integroidun kirjallisuuskatsauksen tulokset

Integroituun kirjallisuuskatsaukseen otettiin haun perusteella kokotekstinä tarkempaan tarkasteluun 26 artikkelia. Näistä kolme artikkelia täytti sisäänottokriteerit. Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistoja löytyi kaksi kappaletta. Kolmesta artikkelista yksi oli kansallinen hoitosuositus. Manuaalinen haku valittujen lähteiden kirjallisuusluetteloihin tuotti lisäksi neljä lähdettä, jotka otettiin mukaan katsaukseen. Kaikkiaan katsaukseen valikoitui seitsemän lähdettä (n=7).

4.1.1 Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistat

Kirjallisuushaulla löytyi kaksi syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistaa: Chemotherapy Teaching Checklist Dalby ym. (2013, 473) sekä Chemotherapy Education Checklist Mueller & Glennon (2007, 718) kehittämänä. Tässä alaluvussa kuvataan tarkistuslistojen ja vertailuun mukaan otetun Niemisen ym. (2016) tarkistuslistan työstämisprosessit.

Dalbyn ym. (2013) tarkistuslista oli jaoteltu neljään sisältöalueeseen, jotka olivat 1) potilaskohtaiset tiedot, 2) syöpälääkehoitoon liittyvät tiedot, 3) yhteydenottoihin liittyvä tiedonanto sekä 4) sairauden kanssa pärjäämiseen liittyviä lisätiedonlähteet. Mueller & Glennonin (2007) tarkistuslistassa ei ollut erikseen mitään jaottelua, mutta asiat oli luetteloitu loogisesti eteneväksi kokonaisuudeksi. Vertailtavana olevassa Niemisen ym. (2016) pilottitarkistuslistassa ei myöskään ollut erikseen mitään jaottelua. Siinä ohjattavat asiat oli luetteloitu hoidon etenemisen mukaan niin, että esimerkiksi haittavaikutuksista keskustellaan heti hoidon alkuvaiheessa ja kotiutustilanteen asioita on tarkoitus käydä läpi vasta ohjauksen loppupuolella. Kaikki tarkistuslistat olivat yksisivuisia ja niissä oli suurin piirtein saman verran asiasisältöä. Käyttötarkoitus listoilla oli sama eli standardoidun tarkistuslistan kehittäminen yhtenäistämään potilasohjauskäytänteitä.

Dalby ym. (2013, 473–474) tarkistuslista muodostettiin kolmen syöpälääkehoitoja toteuttavan yksikön edustajien yhteistyön tuotoksena. Tarkistuslistaan sisällytettävistä asiakokonaisuuksista päätettiin äänestämällä. Sen jälkeen, kun oli saavutettu yhteisymmärrys

sisällöstä, tarkistuslista luovutettiin vielä yksiköihin palautteen saamista varten. Tarkistuslistan käyttöönottamiseksi järjestettiin henkilökunnalle koulutusta jokaisessa yksikössä. Uuden toimintatavan vaikutuksia seurattiin jo käytössä olevilla potilastyytyväisyyskyselyillä.

Mueller & Glennonin (2007, 716–719) tarkistuslista oli tehty niin, että yksi hoitaja tarkkaili ohjaustilannetta kaikkein kokeneimman hoitajan toteuttamana ja kirjasi ylös ohjaustilanteen sisältöalueet. Yksikön hoitohenkilökunta tarkisti vedoksen ja omalla panoksellaan vaikutti tarkistuslistan lopulliseen versioon ennen sen käyttöönottoa. Potilaskyselyä uuden toimintatavan arvioimiseksi ei suoritettu ennen käyttöönottoa eikä käyttöönoton jälkeen.

Niemisen ym. (2016) tarkistuslistan ensivedos työstettiin syöpälääkehoitoihin liittyvän kirjallisuuden perusteella. Vedos lähetettiin luettavaksi sähköpostilla vuodeosaston RS1 hoitohenkilökunnalle ja asiaa käsiteltiin yhteisesti osastotunnilla. Kaikilla osaston syöpälääkehoitoja toteuttavilla hoitajilla oli mahdollisuus kommentoida sisältöä. Myöhemmin kehitystyöhön tuli mukaan syöpätautien poliklinikalta kaksi sairaanhoitajaa ja lääkäri sekä sairaanhoitaja syöpätautien vuodeosastolta RS2. Tarkistuslistan pilottiversio muokattiin moniammatillisessa tiimissä ja käyttöönotto vastuualueella hyväksyttiin vastuualuejohtajalla. Tarkistuslistan esitestausta ei suoritettu. (ks. Nieminen 2015, 17–23.)

4.1.2 Syöpälääkehoidon potilasohjauksen sisältöalueet

Syöpälääkehoidon potilasohjauksen sisältöalueiden kartoittamiseksi toteutettiin vertailuva sisällönanalyysi. Aineisto koostui kuvailevista artikkeleista, hoitosuositusstandardeista sekä vertailuun otetusta Niemisen ym. (2016) tarkistuslistan pilottiversiosta.

Analyysia varten valittu aineisto luettiin huolellisesti läpi useita kertoja. Tutkimuksen kysymyksenasettelun mukaisesti aineistosta eroteltiin tutkimuskysymystä koskevat asiakokonaisuudet omikseen. Syöpälääkehoidon potilasohjausta kuvaavat alkuperäisilmaukset koottiin omiksi taulukoikseen lähteittäin. Näin saadun tutkimusaineiston laajuus oli 19 sivua. Alkuperäisilmaukset käännettiin edelleen suomenkielelle. Käännöksistä muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia, jotka ryhmiteltiin asiasisällön perusteella. Asiakokonaisuudet jaoteltiin alaluokkiin, jotka yhdistettiin edelleen yläluokiksi ja kaikki ilmaukset kokoavaksi pääluokaksi (taulukko 3). Pääluokaksi aineistosta määriteltiin syöpälääkehoidon potilasohjaus. Tämän jälkeen Niemisen ym. (2016) tarkistuslista pilkottiin mukaan

luokitteluun vertailun mahdollistamiseksi. Tulokset on kuvattu seuraavassa aihealueittain otsikoituna yläluokkien jaottelun mukaisesti.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen aineiston luokittelu

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
.....	Hoidon suunnittelu	Hoidon kulku	Syöpälääkehoidon potilasohjaus
	Ensikäynnin ohjaus		
	Hoitokuuriin liittyvät asiat	Hoidon toteutus	
	Haittavaikutuksiin liittyvä ohjaus		
	Kotihoito-ohjeet		
	Elämäntapaohjaus	Pärjääminen sairau- den kanssa syöpälää- kehoitojen aikana	
	Tukipalvelut ja -materiaalit	Toimintatavat hoito- käyntien yhteydessä	
	Yksiköissä yhteisesti sovittuja käytänteitä		
Hoitajan rooli hoitojen toteuttamisessa			

Hoidon kulku

Aineiston pohjalta luokiteltiin hoidon suunnittelu ja ensikäynnin ohjaus kuvaamaan hoidon kulkua. Hoidon suunnittelu piti sisällään hoidon tavoitteisiin, vaikutuksiin, tavoiteltaviin tuloksiin ja päämäärään liittyviä asiakokonaisuuksia. Amerikassa rutiinikäytäntönä on tietoisesta suostumuksesta allekirjoittaminen syöpälääkehoitojen aloittamista edeltävästi. (Mueller & Glennon 2007, 716; Carrington ym. 2008, 12; Neuss ym. 2017, 34.)

Suomessa hoidon suunnitteluvaihe tapahtuu hyvin pitkälti potilaan ja lääkärin välisenä. Hoitajan ohjauksellinen osuus alkaa varsinaisen hoitopäätöksen tekemisen jälkeen, jolloin lääkäri on perustellut potilaalle hoidon tarpeen ja mahdolliset riskit. Hoitojen aloittamisen hyväksyminen katsotaan riittäväksi suostumukseksi hoitoihin. Suomessa ei ole kirjallista tietoisesta suostumuksen toimintatapaa muiden kuin tutkimuspotilaiden hoitoprotokollassa. Suunnitteluvaihe on näistä syistä jätetty pääosin hoitajan ohjauksikäytänteiden ulkopuolelle. Esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä on kuvattuna taulukossa 4.

Taulukko 4. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysin etenemisestä

Alkuperäis- ilmaisut	Käännökset	Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
<i>“Information should be given on the first visit and reinforced on subsequent visits. Questions regarding compliance, treatment tolerance, and adverse events must always be addressed at each appointment.”</i> <small>(Carrington ym. 2008, 12.)</small>	Tietoa on annettava ensimmäisen käynnin yhteydessä ja vahvistettava seuraavilla käynneillä. Jokaisella tapaamisella on otettava esille kysymyksiä liittyen hoitomyönteeseen, hoidon sietämiseen ja haittavaikutuksiin.	Tiedonanto ensimmäisen käynnin yhteydessä ja vahvistusta seuraavilla käyntikerroilla	Ensikäynnin ohjaus	Hoidon kulku	Syöpälääkehoidon potilasohjaus
		Keskusteltava hoitomyönteyydestä, hoitojen sietämisestä ja haittavaikutuksista	Hoitajan rooli hoitojen toteuttamisessa	Toimintatavat hoitokäytien yhteydessä	

Ensikäynnin ohjaus tapahtuu hoitajan toimesta, kun päätös hoidon aloittamisesta on tehty. Ohjauksella valmistellaan potilasta tulevaan. Hoidon kulku selvitetään pääpiirteissään, että potilas tietää, mitä hänellä on odotettavissa ensimmäisellä ja tulevilla hoitokäynneillä. Potilaalle annetaan tietoa hoitoon liittyvistä toimintatavoista, kuten hoitokäytien ja laboratoriotestien ottamisen ajankohdasta, seurantasuunnitelmasta, hoidon toteutustavasta, esilääkityksestä ja hoidon kokonaisuudesta sekä tärkeimpänä, kuinka huolehtia itsestään hoitojen aikana. Turvallisuuteen liittyvistä asioista, kuten mahdollisesta saattajan tarpeellisuudesta ja vierailukäytänteistä tulee mainita. Potilaan lääkkeiden saanti apteekista ja hampaiston hyvä kunto varmistetaan ennen hoitojen aloittamista. Hoidon turvallista toteutumista edistää myös, että potilas tietää tilanteet, jolloin hänen tulee osata hakea lääkinnällistä apua. Mikäli potilaalla on tarve mille tahansa invasiiviselle toimenpiteelle hoitojen aikana, tulee hänen ottaa yhteys aina syövänhoidon yksikköön ja saada lupa toimenpiteeseen hoitavalta syöpälääkäriltä. Potilaan kanssa käydään läikehoituhuoneessa, että hän näkee hoitopaikan jo edeltävästi. (Mueller & Glennon 2007, 716–718; Carrington ym. 2008, 12–13; Dalby ym. 2013 472–473; Neuss ym. 2017, 34.)

Ensikäynnin ohjaus on huomioitu myös Niemisen ym. (2016) tarkistuslistan ohjausrungossa. Hoidon kulun selvittäminen potilaalle pääpiirteissään on mainittu. Tarkemmin tähän liittyviä asioita on avattu tarkistuslistan käytön tueksi tehdyssä käsikirjassa (Niemi-nen 2016). Listan versiossa, joka on otettu käyttöön sähköisessä potilastietojärjestelmässä, ensikäynnin ohjaus on jo selkeämmin jaoteltu. Suomessa Kelan lääkekorvaus-oikeuden saamista varten lääkäri kirjoittaa potilaalle B-lääkärinlausunnon, joka oikeuttaa saamaan monet hoidossa käytettävät lääkkeet alkuomavastuun jälkeen toimitusmaksun hinnalla apteekista. Tutustumiskäyntiä lääkehoituhuoneeseen hoidonaloitusta edeltävästi ei ole mainittu erikseen Niemisen ym. (2016) listassa, eikä se ole rutiinikäytäntö vaan riippuu siitä, onko hoitajalla aikaa lähteä näyttämään paikkoja.

Hoidon toteutus

Hoidon toteutus jaoteltiin alaluokkiin, jotka olivat hoitokuuriin ja haittavaikutuksiin liittyvät asiat ja kotihoito-ohjeet. Potilaalle tulee antaa tietoa kaikista hänelle määrätyistä syöpä- ja oheislääkkeistä. Lääkkeiden vaikutusmekanismien kuvaus pääpiirteissään auttaa potilasta ymmärtämään paremmin haittavaikutuksia. Hoidon suunnittelusta kestosta ja toteutusaikataulusta keskustellaan. Lääkkeiden ja ruoka-aineiden mahdolliset yhteisvaikutukset sekä kirjalliset potilasohjeet käydään läpi potilaan kanssa. (Mueller & Glennon 2007, 717; Carrington ym. 2008, 2–13; Dalby ym. 2013, 473; Neuss ym. 2017, 34.)

Haittavaikutuksiin liittyvä ohjaus vie usein ajallisesti suurimman osan ohjaustilanteesta. Potilaan kanssa käydään läpi hoitojen yleiset haittavaikutukset ja hoito-ohjeet oireiden helpottamiseksi lääkeainekohtaiset erityispiirteet huomioiden. Aineistosta tuli esille lisäksi pitkäaikaishaittavaikutusten, kuten hedelmättömyysasioiden, karsinogeenisyyden ja sydäntoksisuuden käsittely potilaan kanssa. (Mueller & Glennon 2007, 717–718; Carrington ym. 2008, 13; Dalby ym. 2013, 473; Neuss ym. 2017, 34.) Niemisen ym. (2016) tarkistuslistasta pitkäaikaishaitat on jätetty pois, mutta ne esitellään käsikirjassa (Niemi-nen 2016, 63–66). Vastuualueellamme pitkäaikaishaitoista keskustelu on katsottu enemmän lääkärin toimenkuvaan kuuluvaksi hoidon suunnittelukäynnin yhteydessä toteutettavaksi.

Yleisimmät haittavaikutukset aineiston mukaan pitivät sisällään luuytimeen kohdistuvat haitat, pahoinvoinnin, unihäiriöt, ruuansulatuskanavan haittavaikutukset ja hiustenläh-dön. Luuytimeen kohdistuvista haitoista mainittiin neutropenia, trombositopenia sekä anemia. Potilasta ohjataan tarkkailemaan vointiaan ja hänen tulee tietää toimintatavat

oireiden ilmaantuessa. Infektioiden ennaltaehkäisystä ja tarvittaessa valkosolukasvutekijän käytön ohjauksesta keskustellaan. Peruukin hankintakäytännöt käydään läpi. Ruuansulatuskanavan haittavaikutusten ohjaukseen sisältyvät suun hoidon ohjaus ja suolistohaittojen, kuten ripuli- ja ummetusvaivojen ohjaus. Pahoinvoinnin ja oksentelun ennaltaehkäisyn hallinnassa korostuu pahoinvoinnin estolääkkeiden käytön ohjaus. Lääkehoidon lisäksi tulee muistaa keskustella ei-lääkkeellisten menetelmien käytöstä haittavaikutusten helpottamisessa, kuten liikunnan merkityksestä energiatason säilyttämisessä, yöritiinin noudattamisesta ja rentoutumistekniikoiden käytöstä unihäiriöissä tai pienten aterioiden nauttimisesta usein päivän mittaan pahoinvoinnin ennaltaehkäisemiseksi. Potilaan tulee tietää toimintatavat syöpälääkkeiden, eritteiden ja jätteiden käsittelyyn kotiloissa. (Mueller & Glennon 2007, 717–718; Carrington ym. 2008, 13; Neuss ym. 2017, 34.)

“It is particularly important to differentiate between those medicines which are used as treatment or to prevent side effects and those which only need to be used if symptoms develop (Carrington ym. 2008, 13).”

Niemisen ym. (2016) tarkistuslistassa mainittiin lisäksi rokotuskäytänteistä sekä iho- ja limakalvovaurioiden hoitamisen ohjauksesta. Syöpäpotilaita suositellaan ottamaan sekä influenssa- että pneumokokkrokotukset, joiden ottamiselle sopiva ajankohta on vähintään muutamaa päivää ennen uuden syöpälääkehoitajakson alkua (Keskinen 2017). Erikseen mainittuina tarkistuslistassa nämä asiat helpottavat hoitajan muistamista ohjauskeskustelussa. Unihäiriöitä ei Niemisen ym. (2016) listassa mainita, vain käsikirjassa kortisonin käyttöön liittyen (Nieminen 2016, 22–23).

Kotihoito-ohjeet ovat keskeinen osa ohjausta, jonka turvin potilas käy läpi hoitoprosessiaan. Potilaan tulee tietää seuraavat käyntiajat ja tulevien laboratoriotestien ajankohdat. Hänelle annetaan mukaan tarvittavat lääkemääräykset ja ohjeet hoitoon liittyvien lääkkeiden ottamiseen kotona. Potilaan kanssa käydään läpi toimintaohjeet ongelmalanteiden varalta ja annetaan hoitavan yksikön yhteystiedot, josta voi kysyä ohjeita mihin vuorokauden aikaan tahansa. Potilasta ohjataan haittavaikutusarvion tekemiseen sekä hoitotoimia ja hoitavaan yksikköön yhteydenottoa edellyttävien oireiden tunnistamiseen. Kaikki kotihoito-ohjeet tulee antaa kirjallisina potilaan mukaan. (Mueller & Glennon 2007, 718; Carrington ym. 2008, 2–27; Dalby ym. 2013, 473; Neuss ym. 2017, 34–37.) Niemi-

sen ym. (2016) listassa oli lisäksi maininta ajantasaisen kotilääkelistan antamisesta potilaalle mukaan kotiutustilanteessa. Tämä käytäntö kuuluu hoitavan yksikön sovittuihin toimintatapoihin.

”Patients should be given both written and oral information about their treatment to include all medications, expected side effects, how to take supportive medication and who to contact in the event of an emergency or severe adverse events (Carrington ym. 2008, 2).”

Pärjääminen sairauden kanssa syöpälääkehoitojen aikana

Pärjäämiseen sairauden kanssa hoitojen aikana sisältyivät elämäntapaohjaus sekä ohjaus saatavilla olevista tukipalveluista ja -materiaaleista. Elämäntapaohjaukseen jaoteltiin kuuluvaksi seksuaaliseen kanssakäymiseen ja lisääntymisterveyteen liittyvät asiat, alkoholipitoisten juomien välttäminen hoitojen aikana, ravitsemusohjaus ja ei-lääkkeellisten menetelmien käyttö sekä asianmukaisen tiedon antaminen vaihtoehtohoidoista. (Mueller & Glennon 2007, 717–718; Carrington ym. 2008, 13–14; Dalby ym. 2013, 473.) Vaihtoehtohoidoilla tiedetään olevan monia riskejä käytettäessä samanaikaisesti syöpälääkehoitojen kanssa, kuten maksan vajaatoiminnan kehittyminen (Koskinen & Siltanen 2013, 341; Viitala & Bingham 2014, 6). Niemisen ym. (2016) listassa vaihtoehtohoitoja sanan laajemmassa merkityksessä ei ole erikseen mainittu, mutta vitamiini- ja kivennäisainelisien sekä luontaistuotteiden käytön rajoittaminen hoitojen aikana kuuluu ohjausrunkoon.

Ravitsemukselle oli annettu suuri merkitys hoitojen aikaiseen pärjäämiseen. Syömisohjeita oli runsaasti inkiväärinkäytöstä pienten säännöllisten aterioiden nauttimiseen ja muihin ruokavaliosuosituksiin. Eating Hints -potilasoppaassa oli myös opastettu välttämään raakaa kalaa ja homejuustoja verrattuna suomalaisiin ohjeistuksiin, joissa ei ole näin tarkasti yksilöity yleisiä suosituksia. (Mueller & Glennon 2007, 717–718; National Cancer Institute (NCI) 2018a, 5.) Riittävästä nesteytyksestä huolehtiminen hoitojen aikana mainittiin erikseen Niemisen ym. (2016) tarkistuslistassa, mutta tämä sisältyi myös Eating Hints -potilasoppaan asiasisältöön.

Kansainvälisessä aineistossa mainittiin alkoholin käytön välttämisestä hoitojen aikana (Mueller & Glennon 2007, 718–719; NCI 2018a, 16), tupakkaa sivuttiin yksinomaan potilasoppaiden sisällöissä (NCI 2018a, 28; NCI 2018b, 37). Suomessa on kiinnitetty huomiota tupakoinnin epäsuotuisiin vaikutuksiin syöpälääkehoitojen tehoon (Jyrkkiö ym.

2012, 1081–1083; Rouhos & Raaska 2012, 1073–1079) ja asia otetaan puheeksi ensikäynnin yhteydessä hoitajavastaanotolla, josta tarvittaessa potilaan ollessa motivoitunut ohjataan keskustelemaan lisäksi lääkärin kanssa lääkkeellisen tupakan vieroitushoidon aloittamiseksi.

Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulee keskustella potilaan kanssa yleisellä tasolla (Mueller & Glennon 2007, 717–718; Carrington ym. 2008, 13; Dalby ym. 2013, 473). Suomalaisen tutkimusten mukaan syöpäpotilaat kuitenkin kokevat usein, etteivät saa riittävästi tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista hoitohenkilökunnalta (Leino 2011, 201–202), kun taas hoitajat arvioivat koulutuksensa riittämättömäksi ja heiltä puuttuu aloitteellisuutta seksuaalisuuteen liittyvien keskusteluiden käymiseen potilaiden kanssa (Hautamäki-Lamminen 2012, 100–103). Suomessa syöpäpotilaan voi halutessaan ohjata keskustelemaan seksuaaliterapeutin kanssa.

Tueksi sairausprosessissa syöpäpotilaille on tarjolla monenlaisia tukipalveluita ja -materiaaleja, joista he tarvitsevat tietoa. Suomessa sosiaalinen tuki pitää sisällään yhteiskunnan tarjoamia etuuksia kuten matka- ja lääkekustannusten korvauksia, apuvälinetuen esimerkiksi peruukin hankintaan ja kotisairaanhoidollisia palveluita. Syöpälääkehoidot ovat tasapuolisesti kaikkien kansalaisten saatavilla yhteiskunnan verovaroilla kustannettuna. Kansainvälisessä aineistossa korostui yhteistyö vakuutusyhtiöiden kanssa hoitokustannuskorvauksien hakemiseksi potilaan sairausvakuutuksen kautta (Dalby ym. 2013, 473).

Tärkeä osa hoitotyötä on myös keskustella potilaan emotionaalisista tarpeista ja sairauden kanssa selviytymisestä. Läheiset ovat merkittävä osa potilaan tukiverkostoa ja tärkeitä ottaa mukaan ohjaustilanteisiin. Tietoa tulee antaa vertaistukiryhmistä, syöpäjärjestöistä ja -yhdistyksistä, joista potilas voi halutessaan hakea tukea tilanteeseensa. (Mueller & Glennon 2007, 717–719; Dalby ym. 2013, 473; Neuss ym. 2017, 33–34.) Suomessa syövänhoidon yksiköissä on myös laaja kirjo erityistyöntekijöitä potilaiden käytettävissä hengelliseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kuntouttavaan tukeen tarpeen mukaan. Alueellisista syöpäyhdistyksistä saa monipuolisesti tukea ja ohjausta ympäri Suomen.

Suullisen ohjauksen lisäksi potilaalle tulee aina antaa kirjallista ohjausmateriaalia. Syöpäjärjestöt eri maissa ovat tehneet omia yleisen tason oppaita syövästä potilaille jaettavaksi. Lääkeainekohtaisia oppaita ja päiväkirjoja on käytettävissä lähes kaikista lääke-

valmisteista turvallisen hoidon toteuttamisen apuvälineinä. Nykypäivänä on lisäksi tärkeää, että potilaille annetaan tietoa luotettavien internetsivustojen www-osoitteista lisätiedon hakemista varten. (Mueller & Glennon 2007, 717–719; Carrington ym. 2008, 12–14; Dalby ym. 2013, 473; NCI 2018b.) Suomalaiseen käytäntöön kuuluu tämän lisäksi, että potilas pystyy lukemaan omat hoitokertomuksensa sähköisesti potilastiedon arkistosta (Kanta 2018).

Toimintatavat hoitokäyntien yhteydessä

Toimintatavat hoitokäyntien yhteydessä sisältävät yksikössä yhteisesti sovittuja käytänteitä ja hoitajan roolin hoitojen toteuttamisessa. Suoranaisesti nämä eivät ole potilasohjausta, mutta jäsentävät syöpälääkehoidon potilasohjauksen toteuttamista. Niemisen ym. (2016) tarkistuslistassa on myös maininta käyttäjälle tutustua yksikön syöpälääkehoidon käsikirjaan, jossa on kuvattu yhteisesti sovitut toimintatavat syövänhoidon vastualueella (Nieminen 2016). Huomionarvoisina yhteisesti sovitusta käytänteistä mainittakoon, että potilaalle tulee antaa sekä suullista että kirjallista tietoa ymmärrettävässä muodossa ja annetun ohjauksen sisältö kirjataan potilasasiakirjoihin. Ohjaamista tulisi välttää samana päivänä kuin hoito annetaan. (Mueller & Glennon 2007, 718; Carrington ym. 2008, 2–13; Dalby ym. 2013, 475; Neuss ym. 2017, 34.)

Hoitajan rooli syöpälääkehoitojen käytännön toteuttamisessa on merkittävä. Potilas ei tapaa lääkärinä jokaisella hoitokerralla, jolloin hoitajan vastuulle jää usein potilaan hoitokuntoisuuden arviointi oirekyselyineen. Jokaisen käynnin yhteydessä tulee ottaa puheeksi jaksamiseen, hoitomyöntyvyyteen, hoitojen sietämiseen ja haittavaikutusten kanssa pärjäämiseen liittyvät asiat. Ohjaustilanteissa potilaalla on aina oltava mahdollisuus esittää kysymyksiä hoitoonsa liittyen. Vaihtoehtoisten oppimismenetelmien käyttö monipuolistaa ohjaustilanteita. Hoitajan tulee varmistua ohjauksen ymmärrettävyydestä, huomioida potilaan yksilölliset ohjaustarpeet ja valmiudet oppimiseen. Tarvittaessa asiat kerrataan ja niihin palataan uudelleen seuraavien hoitokäyntien yhteydessä. (Mueller & Glennon 2007, 716–718; Carrington ym. 2008, 12–27; Neuss ym. 2017, 33–34.)

Potilasta oppimaan motivoivia asioita tunnistamalla on mahdollista saavuttaa parempia tuloksia ohjaustilanteessa. Potilasta voidaan motivoida muun muassa keskustelemalla elämänlaadun ja sosiaalisten aktiviteettien ylläpitämisestä hoitojen aikana. Joillekin on tärkeää pystyä jatkamaan työntekoa. Ohjaaminen itsehoitoon, oiretarkkailuun ja sitouttaminen omaan hoitoonsa ovat usein parhaita keinoja motivoida potilasta. (Mueller & Glennon 2007, 716; Neuss ym. 2017, 37.)

“Internal pressures that may motivate patients to learn include how to maintain quality of life, continue work, or attend social activities during chemotherapy. Such issues should be identified and discussed. (Mueller & Glennon 2007, 716.)”

Niemisen ym. (2016) tarkistuslistassa hoitajan roolia ei käsitellä potilasohjauksen yhteydessä, vaan kaksipuolisen tarkistuslistan syöpälääkehoitojen toteuttamisen kohdassa, mikä ei ole tämän opinnäytetyön tutkimuksen kohteena. Koko aineiston sisällön pääkohdtien vertailu Niemisen ym. (2016) tarkistuslistaan on kuvattu taulukossa 5.

Taulukko 5. Aineiston sisällön vertailu Niemisen ym. (2016) tarkistuslistaan

Sisällönvertailu pääkohdittain	
Niemisen ym. (2016) tarkistuslista	Kirjallisuuskatsauksen aineiston sisältö
Hoidon kulun selvittäminen pääpiirteissään	Hoidon päämäärän, tavoiteltavien tulosten ja kulun selvittäminen sekä kirjallinen tietoisien suositumuksen toimintatapa, turvallisuusinfo
Yleiset ja lääkeainekohtaiset haittavaikutukset ja niiden hoito-ohjeet. <ul style="list-style-type: none"> - luuytimeen kohdistuvat haitat, pahoinvoinnin ennaltaehkäisy, hiustenlähtö, iho- ja limakalvovauriot, seksuaalisuus, hoitoväsymys, sairauskriisi, ruuansulatuskanavan haitat - Infektioiden ennaltaehkäisy, hygienia käytänteet, rokotukset 	Tietoa kaikista lääkityksistä ja odotettavissa olevista haittavaikutuksista hoito-ohjeineen. Merkitykselliset hoidon pitkäaikaishaitat ja lyhyen aikavälin haitat. <ul style="list-style-type: none"> - neutropenia, trombositopenia, anemia, pahoinvoinnin ennaltaehkäisy, uihäiriöt, hiustenlähtö, seksuaalisuus - Infektioiden ennaltaehkäisy, käsiensuutekniikka, ei-lääkkeellisistä hoitomenetelmistä keskustelu
Ravitsemusohjaus <ul style="list-style-type: none"> - ravitsemuksen ja juomisen merkitys hoidossa - vitamiini-, kivennäisainelisien ja luontais tuotteiden käytön rajoitukset - alkoholin, tupakoinnin välttäminen 	Ravitsemusohjaus <ul style="list-style-type: none"> - ruokavaliosuosituksista keskustelu - sushin ja raa'an lihan välttäminen - alkoholin välttäminen - asianmukaista tietoa vaihtoehtohoidoista
Kotiutustilanteessa läpikäytävät asiat <ul style="list-style-type: none"> - kotilääkelista, pahoinvoinnin estolääkkeiden ottoon liittyvä ohjaus, toimintaohjeet ongelmatilanteisiin kotona, yhteystiedot hoitopaikkaan, kuuriin liittyvä syöpä- ja oheislääkitys kotona, jatkohoitoajat, väli-verikokeet 	Kotihoito-ohjeet <ul style="list-style-type: none"> - ohjaus lääkkeiden ottamiseen kotona, tulevat verikokeet ja seuraavat käyntiajat, toimintaohjeet ongelmatilanteiden varalle, hoitopaikan yhteystiedot 24/7
Kirjallinen ohjausmateriaali, potilasoppaat, potilaille suositeltavat tiedonlähteet (www-sivut), Pirkanmaan syöpäyhdistyksen yhteystiedot	Kirjallinen ohjausmateriaali, lääkeainekohtaiset oppaat, luotettavat tiedonlähteet (www-sivut), vertaistuki, yleisten tukijärjestöjen yhteystiedot
Potilaan ja läheisten tukeminen sairauskriisissä, erityistyöntekijöiden käyttö, apuvälineet	Psykososiaalisten ja muiden syövän tukipalveluiden tarjoaminen potilaalle ja hänen läheisilleen
Suomen korvauskäytänteet, lääkekustannusten korvausoikeus (B-lääkärinlausunto), matkakustannusten korvaukset, sosiaaliturvaan liittyvät asiat	Yhteydenpito vakuutusyhtiön kanssa (kansainvälinen käytäntö)

4.2 Käyttäjäkyselyn tulokset

Opinnäytetyön osana toteutettiin lisäksi käyttäjäkysely syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan käyttökelpoisuudesta (usefulness). Tulokset on jaoteltu saadun aineiston mukaan omiin alalukuihinsa, jotka pitävät sisällään vastaajien taustatiedot, tarkistuslistan käytettävyyden, tarkistuslistan hyödyllisyyden, tarkistuslistan käytettävyyden ja hyödyllisyyden vertailun sekä vastaajien mielipiteet tarkistuslistan kehittämiseksi.

4.2.1 Vastaajien taustatiedot

Kysely lähetettiin 70 syöpälääkehoitoja toteuttavalle sairaanhoitajalle syövänhoidon vastualueella. Kyselyyn vastasi 30 sairaanhoitajaa (vastausprosentti 43%). Vastaajia oli kolmesta eri yksiköstä: kahdelta syöpätautien vuodeosastolta (RS1, RS2) ja syöpätautien poliklinikalta (RSYÖ). Eniten vastaajia oli vuodeosastolta RS1 43 prosentin osuudella (n=13). Eri yksiköiden suhteen vastaajat jakautuivat kuvion 8 mukaan seuraavasti:



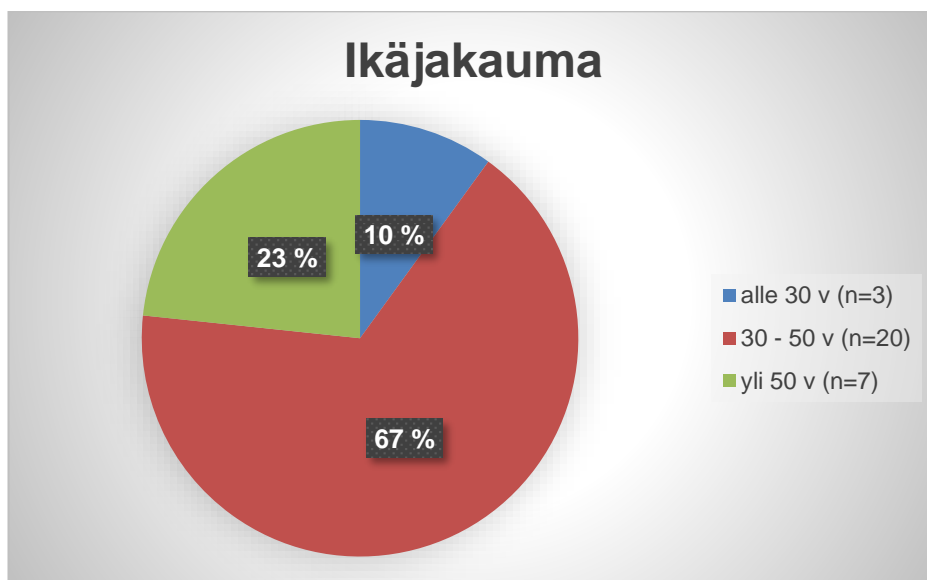
^a RS1 = syöpätautien vuodeosasto 1 (n=13)

^b RS2 = syöpätautien vuodeosasto 2 (n=7)

^c RSYÖ = syöpätautien poliklinikka (n=10)

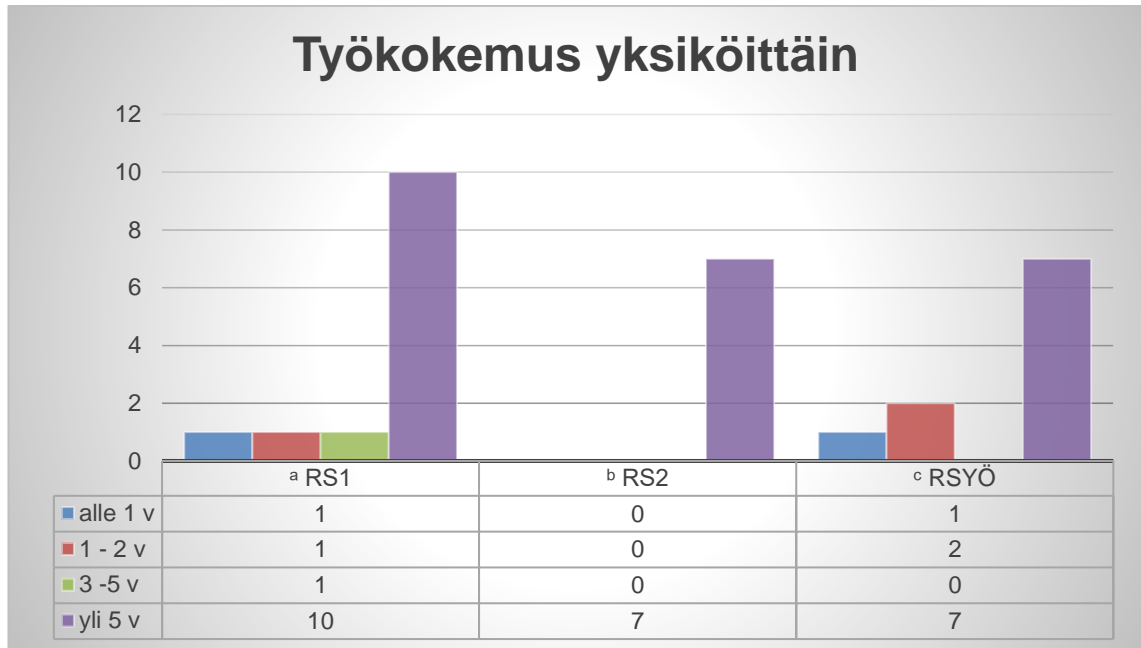
Kuvio 8. Vastausprosentit ja -määrät yksiköittäin

Taustatietona kysyttiin myös vastaajien ikäjakaumaa (kuvio 9). Suurin osa vastaajista (n=20, 67%) kuului ikäluokkaan 30–50 vuotiaat. Alle 30–vuotiaita oli kolme (10%) ja yli 50–vuotiaita seitsemän (23%). Sukupuolta ei kysytty, koska miespuolisia sairaanhoitajia on vain muutama. Tällä haluttiin turvata heidän vastaustensa anonyyteetti.



Kuvio 9. Vastaajat ikäluokittain

Vastaajien työkokemusta syöpälääkehoitojen toteuttamisesta kysyttiin vuosina (kuvio 10). Ikäluokitusten rajausta ja vastaajien kokemustasoa määritettäessä tausta-ajatukseen pidettiin Bennerin (1989, 28–46) hoitotyöhön soveltamaa Dreyfusin mallia ammatillisen kasvun ja kehityksen vaiheista. Mallin mukaan *aloittelijalla* katsotaan olevan työkokemusta alle vuoden verran, alle kaksi vuotta työkokemusta pidetään *edistyneenä aloittelijana*, kolmen vuoden kohdalla hoitajan voi odottaa suoriutuvan jo työtehtävistään *pätevänä hoitajana*, neljän vuoden paikkeilla hän on jo varsin *taitava ammattilainen*, mutta yli viisi vuotta tarvitaan tullakseen alansa *asiantuntijaksi*. Mallin mukaisen jaottelun perusteella voitiin kartoittaa vastaajien työkokemuksen tasoa. Suurimmalla osalla vastaajista (n=24, 80%) oli työkokemusta yli 5 vuotta. Aloittelijoina voidaan pitää sairaanhoitajia, joilla on alle 2 vuoden työkokemus hoitojen toteuttamisesta. Aloittelijoita vastaajista oli viisi (17%). Vain yksi vastanneista hoitajista osui ikähaarukkaan työkokemusta 3–5 vuotta.



^a RS1 = syöpätautien vuodeosasto 1

^b RS2 = syöpätautien vuodeosasto 2

^c RSYÖ = syöpätautien poliklinikka

Kuvio 10. Vastaajien työkokemus syöpälääkehoitojen toteuttamisessa

4.2.2 Tarkistuslistan käytettävyys

Tarkistuslistan käytettävyyttä kysyttiin listan käyttöön liittyvillä kysymyksillä ja väittämällä sitä käyttäneiltä sairaanhoitajilta. Koko kyselyyn vastanneista 14 (47%) oli käyttänyt tarkistuslistaa ohjaustilanteessa. Käytettävyyttä arvioitaessa huomioitiin vain vastaukset käyttökokemuksta omaavilta sairaanhoitajilta. Sairaanhoitajille, jotka eivät olleet käyttäneet listaa (n=16, 53%), oli annettu mahdollisuus kommentoida käyttämättömyyden syitä. Vastaukset pyydettiin kyselyssä kirjoittamaan avoimeen tekstikenttään ja ne on kuvattu seuraavana olevaan listaan.

Syyt, miksi tarkistuslistaa ei ollut käytetty apuvälineenä ohjattaessa syöpälääkehoitoa saavaa potilasta olivat:

- asiat ovat tuttuja, tulevat ulkomuistista, katson mitä aiemmin ohjattu, jos kirjattu
- pitkä työkokemus ohjauksesta
- tarkistuslistaa ei ole systemaattisesti juurrutettu käyttöön
- osastoilla potilaille ei kerrota kaikkea yhdellä kerralla muutenkaan
- erityisesti ensikäyntipotilaiden tiedonsaantitarve ja kyky ottaa vastaan tietoa vaihtelee, potilaslähtöinen ajattelutapa ohjauksessa, potilaalle tärkeimmät asiat käydään läpi ohjaustilanteessa
- liian pitkä lista
- potilaalle ei voi pitää listamuotoista luentoa kaikista mahdollisista asioista
- tärkeimpien asioiden pitää tulla hoitajan selkärangasta ilman listaakin
- käytössä intran ohjeet, joissa pitkälti samat asiat
- unohdus
- ei ole ollut tarkistuslistaa taskussa
- pitäisi vielä enemmän perehtyä listan käyttöön
- kiire/rutiinin puute/huono varautuminen ohjaustilanteisiin

Käyttäjiä (n=14) pyydettiin arvioimaan, kuinka kauan heillä menee aikaa, kun ohjaavat ensimmäistä kertaa syöpälääkehoidolle tullutta potilasta tarkistuslistan avulla. Vajaa puolet vastaajista (n=6, 43%) arvioi ohjaamiseen kuluvan aikaa yli 15 minuuttia, mutta alle puoli tuntia. Reilu kolmannes (n=5, 36%) arvioi aikaa kuluvan yli puoli tuntia, mutta alle 45 minuuttia. Yli 45 minuuttia, mutta alle tunnin käytti aikaansa ohjaukseen viidennes (n=3, 21%) vastaajista. Kukaan vastaajista ei käyttänyt ohjaamiseen alle 15 minuuttia tai vastaavasti yli tuntia (taulukko 6).

Taulukko 6. Ensiohjaukseen käytetty aika tarkistuslistan avulla

Ensiohjaukseen käytetty aika	Vastaajien määrä (n)	Vastausprosentti (%)
alle 15 min	0	0 %
15 – 30 min	6	43 %
31 – 45 min	5	36 %
46 – 60 min	3	21 %
yli 60 min	0	0 %

Käyttäjiltä (n=14) kysyttiin myös missä tilanteissa he käyttävät tarkistuslistaa. Tämän kysymyksen kohdalla oli mahdollisuus valita useita vaihtoehtoja. Käyttäjistä suurin osa (n=13, 93%) käyttää tarkistuslistaa ensiohjaustilanteessa, yli puolet (n=8, 57%) käyttää listaa ohjauksen apuna aiemmin hoitoja saaneelle potilaalle ja kuusi vastaajaa (43%) jatkaa listan käyttöä ohjauksessa siitä, mihin on edellisellä kerralla jäänyt potilaan kanssa. Muita ohjaustilanteita vastaajat eivät tuoneet esille.

Sairaanhoitajien mielipiteitä tarkistuslistan käytettävyydestä kartoitettiin 11 väitteellä (taulukko 7). Tarkistuslistan ulkonäköä piti selkeänä suuri osa käyttäjistä (n=11, 79%). Teksti oli sopivan kokoista luettavaksi enemmistön (n=12, 86%) mielestä ja valtaosa (n=11, 79%) oli tyytyväisiä myös tarkistuslistan sisältörakenteen jaottelun selkeyteen. Pääosin käyttäjät pitivät listaa helppokäyttöisenä (n=12, 86%).

Kaikki hoitajat (n=14, 100%) arvioivat tarkistuslistan asiakokonaisuudet ymmärrettäviksi. Lähes kaikkien vastaajien (n=13, 93%) mukaan tarkistuslistaa käyttäen oli helppo edetä johdonmukaisesti ohjaustilanteessa. Suurin osa sairaanhoitajista (n=12, 86%) oli sitä mieltä, että listassa oli huomioitu oleelliset asiat ohjauksen näkökulmasta. Viidennes vastaajista piti listaa liian pitkänä (n=3, 21%).

Taulukko 7. Sairaanhoidajien mielipiteet tarkistuslistan käytettävyydestä

	eri mieltä ^a			samaa mieltä ^b			* ka	Mo	v
	n	f	%	f	%				
Tarkistuslistan ulkoasu on selkeä	14	3	21,40 %	11	78,60 %	2,86	3	0,36	
Tarkistuslistan teksti on sopivan kokoista luettavaksi	14	2	14,30 %	12	85,70 %	3,14	3	0,43	
Tarkistuslistan sisältö rakenne on jaoteltu selkeästi	14	3	21,40 %	11	78,60 %	2,93	3	0,36	
Tarkistuslista on helppokäyttöinen	14	2	14,30 %	12	85,70 %	3,14	3	0,43	
Tarkistuslistan asiakokonaisuudet ovat ymmärrettävät	14	0	0,00 %	14	100,00 %	3,43	3	0,43	
Tarkistuslistassa on huomioitu oleelliset asiat ohjauksen näkökulmasta	14	2	14,30 %	12	85,70 %	3,36	4	0,50	
Tarkistuslista on liian pitkä	14	3	21,40 %	11	78,60 %	3,00	3	0,50	
Tarkistuslistan mukaan on helppo edetä johdonmukaisesti ohjaustilanteessa	14	1	7,10 %	13	92,90 %	3,36	3	0,50	
Tarkistuslistan käyttö nopeuttaa ohjausta	14	5	35,70 %	9	64,30 %	3,07	4	0,57	
Tarkistuslistan käyttö helpottaa ohjauksen toteuttamista	14	3	21,40 %	11	78,60 %	3,14	3	0,57	
Haluan jatkaa tarkistuslistan käyttöä	14	3	21,40 %	11	78,60 %	3,14	3	0,57	

* ka laskettu Likert asteikon kaikkien luokkien (1-4) vastausten keskiarvona

^a Sisältää luokat täysin eri mieltä (1) ja jokseenkin eri mieltä (2)

^b Sisältää luokat jokseenkin samaa mieltä (3) ja täysin samaa mieltä (4)

Suurin vaihteluväli vastauksiin aiheutui väitteestä *tarkistuslistan käyttö nopeuttaa ohjausta*. Yli kolmannes vastaajista (n=5, 36%) oli väitteestä eri mieltä. Suurimman osan mielestä listan käyttö helpotti ohjauksen toteuttamista (n=11, 79%) ja sen käyttöä haluttiin jatkaa (n=11, 79%). Kukaan vastaajista ei täysin tyrmännyt listan käyttöä jatkossa.

4.2.3 Tarkistuslistan hyödyllisyys

Tarkistuslistan hyödyllisyyttä lähdettiin kartoittamaan kysymällä vastaajilta (n=30), mistä he olivat saaneet tietoa tarkistuslistan käytöstä. Vastattaessa oli mahdollisuus valita useampia vaihtoehtoja. Suurin osa vastaajista (n=17, 57%) ilmoitti saaneensa tietoa tarkistuslistan käytöstä käyttöönottokoulutuksessa huhtikuussa 2016, kolme vastaajaa (10%) perehdyttäjältään ja puolet vastaajista (n=15, 50%) työtoveriltaan. Avoimeen kohtaan oli mahdollisuus kirjoittaa itse, mistä oli saanut tietoa tarkistuslistan käytöstä. Vajaa viidennes vastaajista (n=5, 17%) yksilöi lisäksi saaneensa tietoa kahvihuoneen pöydältä, opiskelijana ohjaajaltaan, esimieheltään, tarkistuslistan tekijältä ja pikkujoulujen esityksestä, jossa tekijä piti puheen tarkistuslistan työstämisprosessista. Kaikki vastaajat olivat tietoisia tarkistuslistan olemassaolosta.

Sairaanhoitajien mielipiteitä tarkistuslistan hyödyllisyydestä mitattiin 13 väittämällä. Kuusi ensimmäistä väittämää kartoittivat mielipiteitä hyödyllisyydestä yleisellä tasolla ja näihin oli mahdollista vastata, vaikkei ollut käyttänyt tarkistuslistaa työssään. Seuraavaan seitsemään väitteeseen ohjattiin kyselyssä vastaamaan vain niitä, jotka olivat tarkistuslistaa käyttäneet. Selkeyden vuoksi havaintomatriisista eroteltiin omiksi taulukoikseen käyttäjien mielipiteet tarkistuslistan hyödyllisyydestä sekä tehtiin erillinen vertailu listaa käyttäneiden ja käyttämättömien välille (taulukot 8 ja 9).

Kaikki tarkistuslistaa käyttäneet sairaanhoitajat (n=14, 100%) olivat sitä mieltä, että tarkistuslista toimii muistin tukena ohjaustilanteessa, tekee potilasohjauksesta systemaattisempaa, lisää potilasturvallisuutta sekä yhtenäistää potilasohjaukseen käytänteitä. Enemmistö (n=12, 86%) arvioi lisäksi tarkistuslistan käytön lisäävän työntekijän oikeusturvaa ja suurin osa (n=13, 93%) listan avulla toteutetun potilasohjauksen parantavan potilaan tiedonsaantia.

Taulukko 8. Sairaanhoidajien mielipiteet tarkistuslistan hyödyllisyydestä

	eri mieltä ^a			samaa mieltä ^b			* ka	Mo	v
	n	f	%	f	%				
Tarkistuslista toimii muistin tukena ohjaustilanteessa	14	0	0,00 %	14	100,00 %	3,64	4	0,36	
Tarkistuslistan käyttö tekee potilasohjauksesta systemaattisempaa	14	0	0,00 %	14	100,00 %	3,57	4	0,43	
Tarkistuslistan käyttö lisää potilasturvallisuutta	14	0	0,00 %	14	100,00 %	3,64	4	0,36	
Tarkistuslistan käyttö yhtenäistää potilasohjauksen käytänteitä	14	0	0,00 %	14	100,00 %	3,71	4	0,29	
Tarkistuslistan käyttö lisää työntekijän oikeusturvaa	14	2	14,29 %	12	85,71 %	3,50	4	0,36	
Tarkistuslistan avulla toteutettu potilasohjaus parantaa potilaan tiedonsaantia	14	1	7,14 %	13	92,86 %	3,50	4	0,43	
Olen saanut riittävästi koulutusta tarkistuslistan käyttöön	14	6	42,86 %	8	57,14 %	2,93	4	0,57	
Lähiesimieheni tukee tarkistuslistan käyttöä	14	3	21,43 %	11	78,57 %	3,29	4	0,50	
Olen tutustunut käsikirjaan, joka on tehty tarkistuslistan käytön tueksi	14	7	50,00 %	7	50,00 %	2,64	2	0,57	
Tarkistuslistan käyttöönoton myötä kirjallisen materiaalin käyttö ohjauksessani on lisääntynyt	14	8	57,14 %	6	42,86 %	2,36	2	0,64	
Tarkistuslistan käyttö on parantanut sisällöllisesti antamaani ohjausta	14	5	35,71 %	9	64,29 %	2,64	3	0,43	
Käsikirjan käyttö tarkistuslistan apuna on parantanut tietämystäni syöpälääkehoidoista	14	5	35,71 %	9	64,29 %	3,07	4	0,50	
Tarkistuslistan avulla ohjattaessa potilaan mahdollisuudet vaikuttaa omaan hoitoonsa ovat parantuneet	14	9	64,29 %	5	35,71 %	2,36	2	0,50	

* ka laskettu Likert asteikon kaikkien luokkien (1-4) vastausten keskiarvona

^a Sisältää luokat täysin eri mieltä (1) ja joihinkin eri mieltä (2)

^b Sisältää luokat joihinkin samaa mieltä (3) ja täysin samaa mieltä (4)

Vaihteluväli vastauksissa oli suurempi väittämässä, jotka liittyivät tarkistuslistan hyödynäkökulmaan tukena käyttäjälle tavoitteen saavuttamiseksi. Riittävästi koulutusta tarkistuslistan käyttöön oli saanut mielestään yli puolet vastaajista (n=8, 57%), mutta suuri osa vastaajista (n=6, 43%) kaipasi vielä lisää koulutusta. Enemmistö (n=11, 79%) koki lähiesimiehen tukevan yksikössä tarkistuslistan käyttöä. Tarkistuslistan käytön tueksi kirjoitettuun käsikirjaan ilmoitti tutustuneensa paremmin puolet käyttäjistä (n=7, 50%), yli puolet vastaajista (n=9, 64%) kuitenkin arvioi, että käsikirjan käyttö tarkistuslistan apuna on parantanut tai tulee parantamaan hoitajan tietämystä syöpälääkehoidoista.

Yli puolet vastaajista (n=8, 57%) kokivat, ettei tarkistuslistan käyttöönotto ollut lisännyt kirjallisen materiaalin käyttöä ohjauksessa. Suuri osa (n=9, 64%) havaitsi kuitenkin tarkistuslistan käytön parantaneen sisällöllisesti annettua ohjausta. Enemmistön mielestä (n=9, 64%) tarkistuslistan käytöllä ohjaustilanteessa ei katsottu olevan merkitystä potilaan mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan hoitoonsa.

Tarkistuslistaa käyttäneiden sekä käyttämättömien hoitajien listan käytön hyödyllisyyttä kartoittavien väittämien vastauksista tehtiin vertailu ristiintaulukoimalla ja tilastollista merkittävyyttä arvioitiin khiin neliö -testillä (taulukko 9). Testin avulla on mahdollista osoittaa muuttujien välinen riippuvuus ja yleistettävyyys perusjoukkoon (Mamia 2005, 34). Hieman vajaa puolet vastaajista (n=14, 47%) oli käyttänyt tarkistuslistaa työssään, loput (n=16, 53%) eivät olleet. Ryhmien välisissä mielipiteissä tilastollisesti merkittävää eroa oli väitteissä: *tarkistuslista toimii muistin tukena ohjaustilanteessa* ($p=0,027$) sekä *tarkistuslistan käyttö tekee potilasohjauksesta systemaattisempaa* ($p=0,046$). Käyttökokemuksia omaavat hoitajat arvioivat listan käytön hyödyllisyyden näiltä osin positiivisemmaksi kuin listaa vielä käyttämättömät hoitajat.

Taulukko 9. Tarkistuslistaa käyttäneiden ja käyttämättömien hoitajien mielipiteiden vertailu listan käytön hyödyllisyydestä

	samaa mieltä				eri mieltä				Khiin neliö p**
	Tarkistuslistaa käyttämättö- mät hoitajat		Tarkistus- listaa käyttä- neet hoitajat		Tarkistuslistaa käyttämättö- mät hoitajat		Tarkistus- listaa käyttä- neet hoitajat		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Tarkistuslista toimii muistin tukena ohjaus- tilanteessa	10	62,5 %	14	100,0 %	6	37,50 %	0	0,0 %	0,027
Tarkistuslistan käyttö tekee potilasohjauksesta systemaattisempaa	11	68,8 %	14	100,0 %	5	31,25 %	0	0,0 %	0,046
Tarkistuslistan käyttö lisää potilasturvallisuutta	13	81,3 %	14	100,0 %	3	18,75 %	0	0,0 %	0,187
Tarkistuslistan käyttö yhtenäistää potilasohjaus- käytänteitä	14	87,5 %	14	100,0 %	2	12,50 %	0	0,0 %	0,186
Tarkistuslistan käyttö lisää työntekijän oikeusturvaa	11	68,8 %	12	85,7 %	5	31,25 %	2	14,3 %	0,062
Tarkistuslistan avulla toteutettu potilasohjaus parantaa potilaan tiedon- saantia (*n=15)	*12	80,0 %	13	92,9 %	*3	18,75 %	1	7,1 %	0,816

p** tilastollisesti merkittävä tulos <0,05
 tarkistuslistaa käyttäneet hoitajat n=14
 tarkistuslistaa käyttämättömät hoitajat n=16

4.2.4 Tarkistuslistan käytettävyyden ja hyödyllisyyden vertailu

Tarkistuslistaa käyttäneiden sairaanhoitajien vastauksista laskettiin käytettävyyttä ja hyödyllisyyttä mittaaville väittämille keskiarvot (taulukko 10). Käytettävyys muodostui 11 väittämästä ja hyödyllisyys 13 väittämästä. Kokonaiskäytettävyyttä ja kokonaishyödyllisyyttä kuvattiin laskemalla molemmille muuttujille keskiarvojen keskiarvot ja keskiarvojen mediaanit. Käytettävyys- ja hyödyllisyysmuuttujien muodostaminen mahdollisesti vertailun suhteessa taustamuuttujiin.

Taulukko 10. Hyödyllisyys ja käytettävyys muuttujina

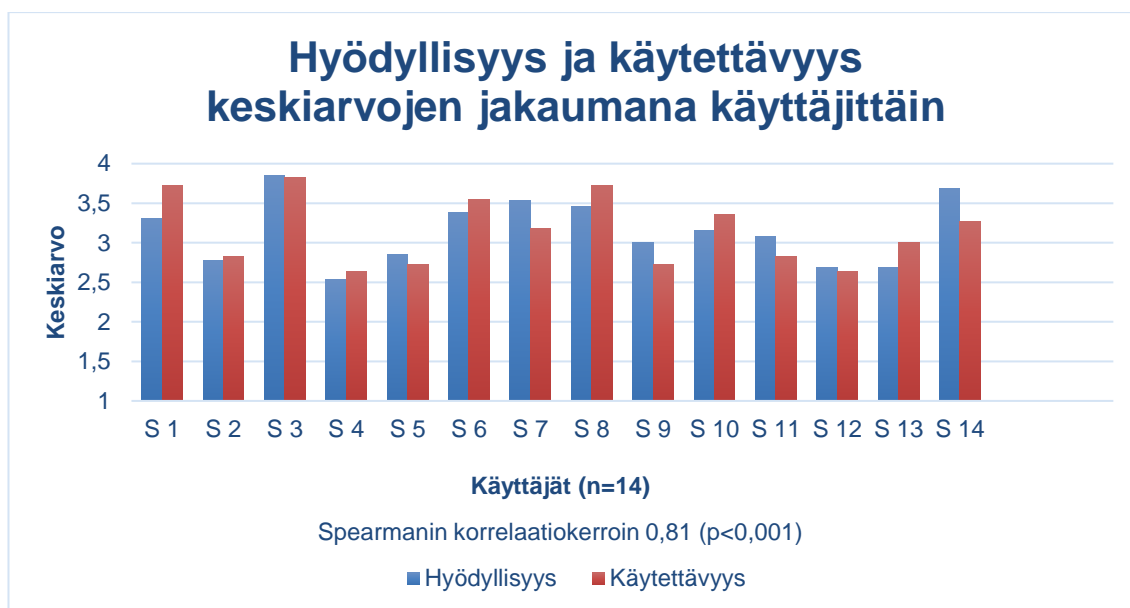
Käyttäjien hyödyllisyyttä kuvaavien väittämien vastausten keskiarvot, mediaanit sekä minimi ja maksimi arvot																
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	keski- arvojen keskiarvo	keski- arvojen mediaani
Ka*	3,31	2,77	3,85	2,54	2,85	3,38	3,54	3,46	3,00	3,15	3,08	2,69	2,69	3,69	3,14	3,12
Md	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4		
Min	2	1	3	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2		
Max	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
Käyttäjien käytettävyyttä kuvaavien väittämien vastausten keskiarvot, mediaanit sekä minimi ja maksimi arvot																
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	keski- arvojen keskiarvo	keski- arvojen mediaani
Ka*	3,73	2,82	3,82	2,64	2,73	3,55	3,18	3,73	2,73	3,36	2,82	2,64	3,00	3,27	3,07	3,09
Md	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3		
Min	3	1	3	2	2	3	2	3	2	2	1	2	2	3		
Max	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4		

S=tarkistuslistaa ohjauksessa apuvälineenä käyttänyt sairaanhoitaja (n=14)

*Ka laskettu erikseen jokaisen vastaajan käytettävyys (11kpl) ja hyödyllisyys (13kpl) väittämien keskiarvona

Asteikko Likert (1–4), jossa 1 täysin eri mieltä, 2 joksinkin eri mieltä, 3 joksinkin samaan mieltä, 4 täysin samaa mieltä

Keskiarvojen jakauma on havainnollistettu kuviossa 11. Käytettävyyden ja hyödyllisyyden riippuvuutta toisistaan mitattiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella. Kertoimen arvo 0.81 kuvastaa vahvaa korrelaatiota muuttujien välillä. Tulos on tilastollisesti erittäin merkittävä ($p < 0,001$). Voidaan sanoa, että tarkistuslistan käytettävyys ja hyödyllisyys ovat riippuvaisia toisistaan. Tarkistuslistan käyttäjissä ei ollut sellaista sairaanhoitajaa, joka olisi pitänyt tarkistuslistaa hyödyllisenä, mutta olisi arvioinut sen käytettävyyden erityisen huonoksi tai toisinpäin.



S=tarkistuslistaa ohjauksessa apuvälineenä käyttänyt sairaanhoitaja

Spearmanin korrelaatiokerroin 0,81, $p < 0,001$, tilastollisesti erittäin merkittävä tulos

Kuvio 11. Hyödyllisyys ja käytettävyys keskiarvojen jakaumana käyttäjittäin

Vertailuun otettiin mukaan myös taustamuuttajat. Työkokemuksen ja työyksikön vaikutusta verrattiin käyttäjien mielipiteisiin tarkistuslistan käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä. Tilastollisen testin valintaan haettiin vahvistusta kirjallisuudesta ja pohdittiin yhdessä biostatistikon kanssa. Tältä pohjalta testiksi valikoitui parametriton Mann-Whitneyn U-testi, joka sopi tähän otoskooltaan pienen, vinosti jakautuneen, järjestysasteikollisen, kahden toisistaan riippumattoman otoksen väliseen aineiston testaamiseen (ks. Taanila 2016b, 4–19; Taanila 2013).

Hoitajien työkokemus jaoteltiin testiä varten niin, että kokeneiden hoitajien (työkokemus yli 5 vuotta) mielipiteitä verrattiin vähemmän kokemusta omaavien hoitajien (työkokemus 5 vuotta tai alle) mielipiteisiin. Jaottelu jouduttiin tekemään näin pienen vastaajamäärän takia. Ryhmien välillä ei voitu osoittaa tilastollista merkittävyyttä suhtautumisessa tarkistuslistan käytettävyyteen tai hyödyllisyyteen (taulukko 11).

Taulukko 11. Työkokemuksen yhteys käyttäjien mielipiteisiin tarkistuslistan käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä

Mann-Whitneyn U -testi

	Käyttäjien työkokemus	f*	Md	p-arvo**
käytettävyys	5v tai alle	3	2,73	0,352
	yli 5v	11	3,18	
hyödyllisyys	5v tai alle	3	3,00	0,571
	yli 5v	11	3,15	

*n=14

** tilastollisesti merkittävä tulos <0,05

Työyksiköiden välisessä vertailussa oli tehty jaottelu vuodeosastojen ja poliklinikan välille. Tässäkään vertailussa ei voitu osoittaa tilastollista merkittävyyttä työyksiköiden välillä mielipiteissä tarkistuslistan käytettävyyteen tai hyödyllisyyteen (taulukko 12). Ikävertailua ei suoritettu lainkaan, koska pienen vastaajamäärän ja ikäjakauman takia testitulokset olisivat olleet epäluotettavia.

Taulukko 12. Työyksiköiden väliset erot käyttäjien mielipiteissä tarkistuslistan käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä

Mann-Whitneyn U -testi

	Käyttäjien työyksikkö	f*	Md	p-arvo**
käytettävyys	vuodeosastot	8	3,09	0,697
	poliklinikka	6	3,18	
hyödyllisyys	vuodeosastot	8	3,12	0,897
	poliklinikka	6	3,15	

*n=14

** tilastollisesti merkittävä tulos <0,05

4.2.5 Tarkistuslistan kehittämisideat

Kyselyn viimeisenä kysymyksenä oli avoin kysymys, johon vastaajat saivat vapaasti kirjoittaa, miten kehittäisivät syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistaa. Asetuksista oli määritelty vastaaminen pakolliseksi siitä syystä, että vastaajilta saataisiin mahdollisimman monipuolisesti ideoita tarkistuslistan kehittämiseksi. Listaa käyttämättömiä ohjeistettiin kyselyssä aiemmin vastaamaan tähän kohtaan ”en ole käyttänyt”, jonka jälkeen heidän oli mahdollista saattaa kysely valmiiksi *lähetä*-painikkeella.

Eri vastauksia tuli yhteensä 29. Tyhjiä vastauskohtia oli vastaamisen pakollisuudesta huolimatta yksi kappale. En ole käyttänyt -vastauksia oli viisi kappaletta. Analyysiin otettiin vain käyttäjien kehitysideat (n=14), vaikka kehitysideoita listan kehittämiseksi tuli myös sairaanhoitajilta, jotka eivät olleet käyttäneet vielä tarkistuslistaa. Avoimet vastaukset analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä.

Alkuperäisistä vastauksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia, jotka ryhmiteltiin asiasisällön perusteella. Tutkimuksen kysymyksenasettelun mukaisesti selkeille asiakokonaisuuksille oli helppo nimetä alaluokat, yhdistää näitä edelleen yläluokiksi ja yhdeksi kaikkia vastauksia yhdistäväksi pääluokaksi (taulukko 13). Tulokset on kuvattu yläluokittain tarkistuslistan käytettävyyteen ja hyödyllisyyteen vaikuttavien kehitysehdotusten kautta.

Taulukko 13. Käyttäjien kehitysehdotusten luokittelu sisällönanalyysillä

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
...	Tarkistuslistan laajuus	Käytettävyyteen vaikuttavat rakenteelliset ja sisällölliset muutokset tarkistuslistaan	Käyttökelpoinen tarkistuslista
	Tarkistuslista on hyvä tällaisenaan käytettävyyšnäkökulmasta		
	Tarkistuslistan sisällön kehittäminen		
	Tarkistuslistan käyttötarcoitus	Tarkistuslistan hyödyntäminen ohjausprosessissa	
	Tarkistuslista on hyvä tällaisenaan hyödyllisyšnäkökulmasta		
	Tarkistuslistan käyttöön liittyvän koulutuksen lisääminen		
	Tarkistuslistan käyttö ohjaustilanteessa		

Käytettävyyteen vaikuttavat kehitysehdotukset

Lähes puolet käyttäjistä (n=6, 43%) piti tarkistuslistaa liian pitkänä. Vastaajat eivät olleet kuitenkaan yksilöineet tarkemmin, mitä osa-alueita listasta voisi jättää pois. Rakenteellisia kehitysideoita olivat ohjattavien asioiden jaottelu hoitokäyntien mukaan sekä asioiden ja tekstirivien erottaminen selkeämmin toisistaan luettavuuden parantamiseksi. Lääkeainekohtaisista haittavaikutuksista olisi kaivattu tarkempaa erittelyä.

Ideoitu oli myös omien tarkistuslistojen muotoileminen erikseen jokaisesta hoidosta, jolloin vastaajan mukaan olisi helpompi hahmottaa, mitkä asiat olisivat tärkeitä asioita kertoa kustakin hoidosta. Muutama hoitaja oli tyytyväinen tarkistuslistaan nykyisellään. Taulukossa 14 on kuvattu esimerkki sisällönanalyysin etenemisestä.

Taulukko 14. Esimerkki käyttäjien kehitysehdotusten sisällönanalyysistä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
"Yksinkertaistaisinsitä ja jaottelisin esim. mitä ohjata ensimmäisellä syt-hoitokerralla ja seuraavalla jne." (S7*) *S7=sairaanhoitajan numero 7	Listasta yksinkertaisempi	Tarkistuslistan laajuus	Käytettävyyteen vaikuttavat rakenteelliset ja sisällölliset muutokset tarkistuslistaan	Käyttökelpoinen tarkistuslista
	Tarkistuslistaan ohjattavien asioiden jaottelu hoitokäyntien mukaan	Tarkistuslistan sisällön kehittäminen		

Hyödyllisyyteen vaikuttavat kehitysehdotukset

Tarkistuslistan käytöllä nähtiin olevan positiivisia vaikutuksia tiedonkulun sekä ohjauksen systemaattisuuden ja tasavertaisuuden parantumiselle. Käytön kuvattiin yhtenäistävän annettavaa potilasohjausta sekä toimivan hyvin muistin ja perehdytyksen tukena. Kehitysideana mainittiin käytön laajentaminen osaksi opiskelijaohjausta.

Tarkistuslistan käyttö vaati kuitenkin vastaajien mielestä vielä harjaantumista. Epäselvyyttä herättävinä asioina mainittiin muun muassa, miten annetusta ohjauksesta kirjaan potilasasiakirjoihin sekä kuinka listan käytöstä saataisiin rutiinia jokaisen ohjauskeran yhteyteen. Ohjausta toteutettiin koko potilaan hoitopolun ajan, eikä kaikkea tarvinnut käydä läpi yhdellä hoitokerralla. Tilanteissa voi edetä potilaan ohjaustarpeesta lähtien ja tarpeen mukaan kerrata asioita hoitokäyntien yhteydessä. Työnjakoon liittyvänä ideana ehdotettiin ohjauksen toteuttamista keskitetympin niin, että joku toimisi pääohjaajana kaikille syöpälääkehoitoja saaville potilaille.

4.3 Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan päivitetty versio

Aineistojen pohjalta laadittiin kehittämissuhteita Niemisen ym. (2016) tarkistuslistan parantamiseksi ja esiteltiin uusi päivitetty versio hyväksyttäväksi käyttöönottoa varten (kuvio 12). Uuden version muodostamisessa on huomioitu sekä kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysin että käyttäjien mielipidekyselyn tulokset.

Pääkohdiltaan listan sisältö säilytettiin samanlaisena. Tutkimusaineistoon pohjaten voidaan sanoa, että sisältö oli pääosin juuri sitä, mitä sen pitikin olla. Pieniä sisällöllisiä yksityiskohtia hiottiin ja ulkonäöllisiin seikkoihin kuten jaottelun selkeyteen kiinnitettiin uudessa versiossa huomiota. Listan käytön tueksi tehty käsikirja tulee myös päivittää

vanhentuneiden tietojen osalta vastaamaan tämän hetkisiä ohjaukikäytänteitä. Tarkistuslistasta laminoidaan uusi erä jaettavaksi vastuualueen sairaanhoitajille. Lopullinen versio muokataan graafikon kanssa ennen painatusta vastaamaan ulkonäöllisesti edellisen tarkistuslistan värimaailmaa ja siinä tulee näkymään lisäksi sairaanhoitopiirin logo ja tekijätiedot. Sama versio listasta muokataan myös sähköiseksi versioksi potilastietojärjestelmään. Tarkistuslistan käyttöohjeeksi on laadittu työryhmässä erillinen ohje, joka on luettavissa myös sairaanhoitopiirin intranetin sivustoilta hoito- ja toimintaohjeista nimellä Tarkistuslistan käyttö syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjauksessa (Nieminen ym. 2018; liite 4).

Päivitetty tarkistuslista on jaoteltu käyntien mukaan ensikäynnin ja ensimmäisen hoitokäynnin ohjaukseen, joiden aikana ohjattavat asiat on tarkoitus käydä läpi potilaan kanssa. Hoitokäynnin ohjaus jaoteltiin selkeyden vuoksi edelleen hoidon yleisiin haittavaikutuksiin ja niiden hoito-ohjeisiin, toimintaohjeisiin sekä kotihoito-ohjeisiin. Luetteloidujen asioiden ilmaisua selkiytettiin, esimerkiksi luuytimeen kohdistuvat haitat muutettiin ilmaisuun verenkuvan muutokset. Ohjausajankohdat on soviteltu suomalaisiin hoitokäytäntöihin, toisin kuin tutkimusaineistossa mainittiin, että ohjauksen antamista tulisi välttää hoitopäivänä (vrt. Dalby ym. 2013, 475).

Ohjauksen toteuttamiseksi täytyy olla varattuna riittävästi hoitajaresurssia ja yksiköiden toimintatapoihin tuleekin kiinnittää jatkossa huomiota siltä osin. Käyttäjäkyselyn mukaan ohjaukseen meni aikaa keskimäärin 31–60 minuuttia. Asioita on tarkoitus kerrata kaikkien tulevien hoitokäyntien yhteydessä ja kiinnittää huomiota erityisesti potilasta askaruttaviin asioihin. Mikäli ensikäynnin yhteydessä ei ole kaikkia asioita kuitattu ohjatuksi, ne käydään läpi hoitokäynnin ohjauksen yhteydessä. Sähköinen tarkistuslista kuitataan määräyksistä tilaa viemästä, kun kaikki ohjauksen kohdat on kuitattu läpikäytyiksi (Nieminen ym. 2018). Hoitopäivän kohdalle voi tällöin kirjata syöpälääkehoidon ohjaus anetuksi tarkistuslistan mukaisesti.

Sisällön analyysistä nostettiin ohjausrunkoon lisäksi uutena unihäiriöt, joita voi helpottaa omia yöritiineja luomalla ja noudattamalla, erilaisilla rentoutustekniikoilla, lämpimin kylvyin ja unilääkkein (ks. Mueller & Glennon 2007, 717–718). Vierailukäytänteitä ei enää erikseen mainita, koska ne katsottiin sisältyvän infektioiden ennaltaehkäisyn sisältökonaisuuteen. Aiemmin hajallaan olleet kotihoito-ohjaukseen liittyvät asiat koottiin kaikinensa nyt oman alaotsikon alle.

Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslista

- Potilaan kanssa läpikäytävät ohjauksen sisältöalueet:

Ensikäynti

- Hoidon kulku, mitä odotettavissa
- Ohjausmateriaali
- Hoitoa edeltävien lääkkeiden käytönohjaus
- Sosiaaliturvaan liittyvät asiat
 - B-lääkärinlausunto lääkekorvauksoikeuden saamiseksi
 - Maksusitoumus peruukkia varten
 - Matkakustannusten korvaukset
- Elintapaohjaus alkoholista ja tupakasta
- Erityistyöntekijöiden tarve
- Psykkisen tuen tarve, vertaistuki, Pirsy
- Läheisten tiedontarve
- Hoitoyksikön / potilaan yhteystiedot
- Syövänhoidon verkkopoliklinikka (NOONA)

Hoitokäynti

•Hoidon yleiset haittavaikutukset ja hoito-ohjeet

- | | |
|------------------------|--------------------------------------|
| • Verenkuvan muutokset | • Iho-, limakalvo-oireet |
| • Pahoinvointi | • Hiustenlähtö |
| • Ummetus / ripuli | • Unihäiriöt |
| • Suun / nielun oireet | • Hoitoväsymys |
| • Ruokahaluttomuus | • Lääkeainekohtaiset erityispiirteet |

•Toimintaohjeet

- Infektioiden ennaltaehkäisy, hygienia, rokotukset
- Valkosolukasvutekijän saatavuus ja käytönohjaus
- Ravitsemusohjaus, riittävän nesteen saannin merkitys
- Vitamiini- ja kivennäisainelien sekä luontaistuotteiden käytön rajoitukset
- Kortisonin käytön erityispiirteet
- Seksuaalisuus
- Syöpälääkkeiden annostelu kotioloissa
- Eritteiltä suojautuminen
- Suositeltavat tiedonlähteet

•Kotihoito-ohjeet

- Kirjalliset hoito-ohjeet, päivitetty kotilääkelista, potilastiedon arkisto
- Kuuriin liittyvien syöpä- ja oheislääkkeiden käyttö, lääkemääräykset
- Jatkohoitoajat, tulevat laboratoriokokeet
- Ongelmatilanteet kotona, yhteystiedot 24/7

Tutustu tarkistuslistan käyttöohjeeseen ja syöpälääkehoidon potilasohjauksen käsikirjaan intrassa

© PSHP 2019 | Tekijät sh Nieminen M., ayl Bärlund M., oh Kulmala M., yh Leino K., sh Nuoranne R., sh Rinkineva E., tutkimuspäällikkö Viitala A., yliopettaja Sulosaari V.

Kuvio 12. Vedos syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan päivitetystä versiosta

Hiljattain käyttöön otettu verkkopoliklinikka eli sähköinen asiointipalvelu Noona lisättiin nyt myös tarkistuslistaan. Potilastietojärjestelmän sähköisessä tarkistuslistan versiossa Noona onkin ollut lisättynä jo jonkin aikaa. Palvelu toimii puhelimitse tapahtuvan yhteydenoton vaihtoehtona kiireettömissä yhteydenotoissa. Toistaiseksi palvelu on käytössä syöpätautien poliklinikalla seurannassa tai lääkehoidoissa käyvillä potilailla. Palvelu on käytettävissä kellonajasta riippumatta ja siihen vastataan virka-aikana kahden arkipäivän sisällä. (PSHP 2018; Noona Healthcare 2019.)

Tarkistuslistasta laaditaan lisäksi englanninkielinen versio, joka on tarkoitus julkaista kansainvälisenä artikkelijulkaisuna. Englanninkielisen version tarkastelunäkökulma on pääosin opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysin tuloksissa ja siitä on jätetty pois suomalaiset käytännöt ja käyttäjäkokemukset.

5 POHDINTA

5.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaan (ks. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012, 6–7). Tutkimusaiheen määrittely oli merkittävä eettinen valinta tutkimusprosessissa. Aiheen eettisen oikeutuksen pohdintaan kuuluivat tutkimusongelmien taustalla olevien arvojen tunnistaminen ja tutkimuksella tuotetun tiedon merkityksen arvioiminen sekä tieteenalalle että laajemmin yhteiskunnallisesti. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 143–155; Tuomi & Sarajärvi 2011, 125–152.) Tässä opinnäytetyössä uuden toimintatavan jatkokehittämisen keskeisenä tavoitteena on ollut yhtenäistää ohjauskäytäntöjä ja siten parantaa potilasturvallisuutta syöpäpotilaan hoitoprosessissa. Potilasturvallisuus on eettisesti ja hoidon laadun kannalta yhteiskunnallisesti merkittävä hoitotyön tutkimuskohde (Launis 2012).

Kirjallisuuskatsauksen eettistä hyväksyttävyyttä vahvistivat hakusuunnitelman noudattaminen sekä huolellisuus ja tarkkuus hakuprosessin toteuttamisessa (ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 132–133). Katsaukseen valitun aineiston laatu arvioitiin ja sisällönanalyysi toteutettiin huolellisesti vaihe vaiheelta käyttäen apuna metodikirjallisuutta. Tulosten ymmärrettävään esittämiseen kiinnitettiin huomiota. (Flinkman & Salanterä 2007, 91–99.)

Käyttäjäkyselyn eettisyyttä tarkasteltaessa korostui tutkimustoiminnan pohdinta (ks. Tuomi & Sarajärvi 2011, 128). Kyselyn suorittamiseksi anottiin tutkimuslupa organisaatiosta (ks. TENK 2012, 6–7). Tutkimukseen osallistuminen edellytti vastaajilta tietoon perustuvaa suostumusta. Sen avulla suojeltiin tutkimukseen osallistuvia haitan aiheuttamiselta. Tutkija laati tutkimuksestaan tiedotteen ja tutkimuksen vastuuhenkilönä kävi kohdeorganisaatiossa kertomassa tutkimuksesta ja sen kulusta. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 149.) Tietoiseksi suostumukseksi tulkittiin vastaajien osallistuminen ja vastaaminen kyselyyn (ks. Ketola ym. 2016). Kyselyn toteuttamisen ajankohdaksi valikoitui syksy, koska kesällä suurin osa vakituisista sairaanhoitajista lomaili. Kesäaikaan toteutettu kysely olisi voinut vääristää tutkimustuloksia ja pienentää vastausprosenttia.

Kysely lähetettiin vastuualueen kaikille syöpälääkehoitoja toteuttaville sairaanhoitajille sähköisen Webropol®-työkalun kautta. Kyselylinkki jaettiin vastaajille osastonhoitajien toimesta, millä varmistettiin, ettei vastaajien sähköpostiosoitteita ollut mahdollista yh-

distää myöhemmässä vaiheessa vastauksiin anonymiteetin varmistamiseksi. Mitään arkaluonteisia tietoja ja tunnistetietoja ei kerätty tavanomaisten taustatietojen lisäksi. Kyselyyn vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Sukupuolta ei kysytty siitä syystä, että miespuolisia sairaanhoitajia oli vain muutama. Sukupuolella ei ollut myöskään tutkimuksen kannalta oleellista merkitystä. Kyselyn tulokset raportoitiin niin, ettei yksittäinen vastaaja ollut niistä tunnistettavissa. Paperisesta kyselylomakkeesta luovuttiin, koska tutkija olisi voinut tunnistaa joidenkin vastaajien käsialan. Sähköisen kyselyn katsottiin olevan nykyaikaa sekä helpommin analysoitavassa muodossa jo valmiiksi. Toimintatavalla vällettiin näin myös mahdollisten virheiden muodostuminen tilanteessa, jossa tutkija siirtäisi paperiselta vastauslomakkeelta tietoja sähköiseen muotoon. Tutkimusaineistoa säilytettiin tutkijan henkilökohtaisella tietokoneella omassa tiedostossaan, ja koneen käynnistäminen oli salasanalla suojattu. (ks. Ketola ym. 2016.)

Opinnäytetyön raportti kirjoitettiin eettisiä periaatteita noudattaen. Kaikissa vaiheissa noudatettiin avoimuutta, rehellisyyttä sekä erityistä tarkkuutta ja huolellisuutta. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 154; TENK 2012, 6–7.) Johtopäätökset kuvattiin loogisina päätelyketjuina perustellen, miten niihin oli päädytty. Tulosten selkeään ja ymmärrettävään esitystapaan kiinnitettiin erityistä huomiota. (ks. Flinkman & Salanterä 2007, 97.) Muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioitettiin tutkimuksessa antamalla heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo ja viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla (ks. TENK 2012, 6–7).

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Tieteellinen tutkimus toimii väylänä mahdollisimman luotettavan tiedon tuottamiseksi tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Luotettavuuden arviointia toteutetaan aina tutkimuksen omista lähtökohdista käsin. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden tarkastelussa hyödynnettiin laadullisen tutkimuksen yleisiä luotettavuuskriteereitä, kuten uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–134; Tuomi & Sarajärvi 2011, 125–149; Polit & Beck 2012, 582–601.)

Uskottavuutta arviointikriteerinä lisäsi tekijän pitkä ammatillinen kokemus tutkimuskohteesta sekä aiempi kehittämistyö syöpäpotilaan lääkehoidon ohjauksesta. Huolellisesti tehty hakusuunnitelma ohjasi katsauksen tekemistä. Vahvistettavuus piti sisällään kirjallisuuskatsauksen eri vaiheiden huolellisen raportoinnin virheiden minimoimiseksi ja toistettavuuden varmistamiseksi, mikä mahdollistaa opinnäytetyön kriittisen tarkastelun, kun

lukijan on vaivatonta seurata työn toteutustapoja. Katsauksen eri vaiheet kuvattiin niin tarkasti, että ne ovat toistettavissa. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 128; Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46–57; Polit & Beck 2012, 584 –586.)

Refleksiivisyys pitää sisällään tekijän omien lähtökohtiensa vaikutuksen tiedostamista aineistoonsa ja tutkimusprosessiin, mikä kuvattiin näkyväksi tutkimusraporttiin. Tämän opinnäytetyön aihepiiri oli tekijälle tuttua ja edellyttänyt jo aiemmin laajaa perehtymistä ollen jatkumo tekijän aiemmalle kehittämistyölle. Kirjallisuuskatsauksen analyysissä tunnistettiin aikaisempi käsitys tutkimuskohteesta ja tietoisesti tarkasteltiin, mitä uutta kirjallisuuskatsaus tuottaa aiemman tietopohjan lisäksi. Siirrettävyydellä luotettavuuden arvioinnissa tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaavanlaisiin tilanteisiin sekä tutkimuksen taustatietojen ja ympäristön kuvaamista riittävän tarkasti lukijalle. Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisessa tämä tarkoitti hakusuunnitelman laatimista ja eri vaiheiden ja tulosten huolellista kuvaamista. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 129; Polit & Beck 2012, 584 –586.)

Luotettavan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen edellyttää vähintään kahden tutkijan kiinteää yhteistyötä, mikä tässä työssä toteutui. Integroitu kirjallisuuskatsaus toteutettiin kahden tutkijan yhteistyönä kirjallisuushaun sekä julkaisuiden valintaprosessin ja laadunarvioinnin osalta. Lisäksi toinen tekijöistä oli kokenut tutkija. Luotettavuutta voi parantaa myös turvautumalla asiantuntijan apuun edustavan aihetta koskevan tiedon kartoittamiseksi. Kirjallisuushaun toteuttamisessa käytettiin opinnäytetyössä apuna kirjastoinformaattikkoa. (ks. Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46–57.) Työn luotettavuutta paransivat myös kirjallisuuskatsaukseen valittujen alkuperäistutkimusten laadun arviointi (ks. Kontio & Johansson 2007, 101; Ronkainen ym. 2013, 140–141) ja katsauksessa käytettyjen lähteiden huolellinen kuvaus (ks. Whittemore & Knafel 2005, 548–550; Flinkman & Salanterä 2007, 92; Ronkainen ym. 2013, 140–141).

Kirjallisuuskatsauksen toteutusta, kuten tutkimuskysymyksiensä laatimisessa onnistumista ja kirjallisuushaun toteuttamista kattavan aineiston saamiseksi, tulee arvioida kriittisesti (Salmond 2012a, 147–161). Integroitu kirjallisuuskatsaus menetelmänä valittiin mahdollisimman laajan käsityksen saamiseksi tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmä mahdollisti eri metodein toteutettujen julkaisuiden yhdistämisen samaan tutkimukseen, jolloin saatiin laajempi kokonaiskuva aiheesta. Aineiston keruu osoittautui kuitenkin haasteelliseksi, kun kävi ilmi, että aihetta oli tutkittu melko vähän. Katsaukseen valikoitunut aineisto jäikin

pieneksi, eikä siitä voi tehdä laajoja yleistyksiä. Lisätutkimukselle on siis selkeästi tarvetta.

Positiiviset tutkimustulokset tulevat suuremmalla todennäköisyydellä julkaistuiksi. Kielirajausta määrittelevät usein aika ja resurssit sen mukaan, onko katsaukseen mahdollista käännettä ja sisällyttää myös muilla kielillä tehdyt aiheen kannalta merkitykselliset tutkimukset. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46–57.) Julkaisuharhaa opinnäytetyössä ehkäistiin kaikkien tutkimustulosten huolellisella raportoinnilla. Kielirajaus kattoi suomen- ja englanninkieliset julkaisut vuosilta 2007–2017.

Käyttäjäkyselyn luotettavuus

Kyselyn luotettavuutta arvioitiin tarkastelemalla sen reliabiliutta ja validiutta. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, toisin sanoen tulosten pysyvyyttä tutkimusta toistettaessa. Validiteetilla käsitetään sekä itse tutkimuksen että mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Vilkkä 2007, 149–154.) Opinnäytetyön raportissa kyselylomakkeen muodostaminen ja käsitteiden operationalisointi arkikielelle kuvattiin tarkkaan vaihe vaiheelta, mikä mahdollistaa kyselyn toistettavuuden. Ymmärrettävyyden ja johdonmukaisuuden varmistamiseksi lomake esitettiin ennen varsinaisen kyselyn suorittamista. Näin varmistuttiin, että kyselylomakkeella eli mittarilla mitattiin kattavasti juuri kyseistä tutkimusongelmaa.

Huolimatta kyselylomakkeen huolellisesta laatisesta, kyselyn toteuttamisen jälkeen todettiin siinä olevan parantamisen varaa. Vastaajissa oli sekä tarkistuslistaa käyttäneitä että ei-käyttäneitä hoitajia. Listaa käyttämättömiä hoitajia ohjeistettiin kyselyssä jättämään vastaamatta käyttökokemuksia edellyttäneisiin väittämiin ja kysymyksiin. Tästä huolimatta muutama listaa vielä käyttämätön vastaaja oli silti vastannut kaikkiin osioihin. Tuloksiin asiasta ei kuitenkaan aiheutunut vääristymää, koska vastaukset käyttökokemusten osalta voitiin jättää huomioimatta matriisista niiden vastaajien osalta, jotka tarkistuslistaa eivät olleet käyttäneet. Selkeämpää olisi varmasti ollut toteuttaa kysely kaksisaisena, jolloin olisi ollut kokonaan omat kysymyspatteristot tarkistuslistaa käyttäneille ja ei-käyttäneille, niin tältä ongelmalta olisi vältytty. Kyselylomakkeen rakenne ja sisältö vaativat vielä parantelua uusintakyselyä suunniteltaessa. Haasteellista oli myös käyttäjä- ja ei-käyttäjärhymien välinen vertailu. Se voitiin tehdä vain niiden väittämien osalta, joihin olivat vastanneet molempien ryhmien edustajat. Ryhmien välisestä hyödyllisyysvertai-

lusta asennetasolla saatiin kuitenkin mielenkiintoinen asetelma. Käytettävyys- ja hyödyllisyysmuuttujien välinen vahva korrelaatio (0,81, $p < 0,001$) antaa myös viitteitä siitä, että mittarista olisi muodostunut varsin pätevä.

Tulosten tilastollista yleistettävyyttä arvioitaessa huomioitiin aineiston kokoa, otantaa, aineiston edustavuutta ja katoa (Salmond 2012a, 147–161; Ronkainen ym. 2013, 129–153). Otannalla tavoiteltiin mahdollisimman kattavaa osaa perusjoukosta. Kaikilla syöpälääkehoitoja toteuttavilla sairaanhoitajilla oli mahdollisuus halutessaan osallistua kyselyyn. Vastaamiseen annettiin kahden viikon vastaamisaika ja mahdollisen kadon minimoimiseksi vastausaikaa pidennettiin vielä viikolla ja lähetettiin uusintakysely, jotta vielä vastaamattomilla olisi mahdollisuus osallistua. (ks. Vilka 2007, 149–154.)

Perusjoukko, johon tutkimustuloksia peilattiin opinnäytetyössä, piti sisällään kaikki syöpälääkehoitoja toteuttavat sairaanhoitajat syövänhoidon vastuualueella kokonaisotantana. Perusjoukossa oli tarkistuslistaa käyttäneitä hoitajia sekä listaa vielä käyttämättömiä hoitajia. Tutkimuksen heikkoutena oli, että otoksen koko jäi melko pieneksi ($n=30 / N=70$). Tutkimuksessa tutkittiin uutta pilottivaiheessa olevaa toimintamallia, joka ei ollut vielä vakiintunut käytäntöön. Kato osaltaan mahdollisesti johtui siitä, ettei uuden toimintamallin käyttöön oltu vielä perehdytty riittävästi osatakseen vastata sitä koskeviin väittämiin ja kysymyksiin. Analyysimenetelmäksi tähän tutkimukseen valittiin kuvailevia tilastollisia analyysejä, joiden avulla oli mahdollista kuvata tutkittavaa ilmiötä monipuolisesti (Vilka 2007, 118–120). Luotettavuutta lisäsi, että analyysimenetelmien valinnasta ja niiden tulkinnasta käytiin vuoropuhelua biostatistikon kanssa.

Koko kyselyyn vastasi pieni joukko tarkistuslistaa käyttäneitä hoitajia ($n=14$) ja yleisen tason väittämiin joukko tarkistuslistaa vielä käyttämättömiä hoitajia ($n=16$). Arvioitavaksi jää, millainen otos perusjoukosta olivat tarkistuslistaa käyttäneet sairaanhoitajat. Tutkimustulosten luotettavuuden parantamiseksi tulisi suorittaa uusi käyttäjäkysely suuremmalla otoksella.

5.2 Opinnäytetyön tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli jatkokehittää systemaattista toimintatapaa osana syöpälääkehoidon potilasohjausprosessia. Työn tuotoksena päivitettiin näyttöön perustuen syöpälääkehoidon ohjauksen tarkistuslista sairaanhoitajien apuvälineeksi potilasohjaustilanteisiin. Tarkistuslistan kehittämisprosessissa hyödynnettiin sekä integroidun kirjallisuuskatsauksen että käyttäjäkyselyn tulokset.

Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus tuotti tietoa syöpälääkehoidon potilasohjaukseen kuuluvista sisältö-alueista vahvistaen Niemisen ym. (2016) tarkistuslistaa. Systemaattinen haku tuotti pienen aineiston, mikä osoitti aihetta tutkitun vielä melko vähän. Haulla löytyi vain kaksi syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistaa. Selkeä tarve lisätutkimukselle on olemassa. Tulokset osoittivat Niemisen ym. (2016) tarkistuslistan sisältävän juuri niitä keskeisiä osa-alueita, joita syöpäpotilaan ohjaukseen tulee kuulua (vrt. Leung ym. 2012; CANO 2017).

Kirjallisuuskatsauksen aineiston sisällönanalyysin perusteella syöpälääkehoidon potilasohjaus jaoteltiin hoidon kulun, toteutuksen ja sairauden kanssa pärjäämisen osa-alueisiin. Sisällönanalyysi luokitteluineen selkeytti tarkistuslistan asiakokonaisuuksien hahmottamista ja jaottelua sekä vahvisti näkemystä siitä, kuinka monipuolista asiantuntemusta syöpälääkehoidon potilasohjaus vaatii hoitajalta. Kun on kyse suuren riskin lääkehoidoista, joiden käyttöön liittyy potilasturvallisuuden kannalta suuria riskejä, korostuu erityisesti turvallisuusnäkökulmien huomioiminen jokaisella hoidonohjauskerralla (vrt. Leung ym. 2012; THL 2016; CANO 2017). Pahimmillaan puutteellinen lääkehoidon ohjaus voi aiheuttaa vakavaa vaaraa potilaalle tai johtaa jopa kuolemaan (THL 2016).

Aiempien tutkimusten tavoin monipuolisella ohjauksella nähtiin olevan merkitystä hoitojen haittavaikutusten kontrollointiin (Williams ym. 2011) lisäämällä muun muassa potilaan itsehoitovalmiuksia (Fee-Schroeder ym. 2013). Syöpälääkehoitojen yleisten haittavaikutusten osalta aineiston sisällönvertailussa oli pieniä eroavuuksia vain yksityiskoh-tien suhteen. Tärkeimpänä näistä oli keskustelu unihäiriöistä, joka yleisenä haittavaikutuksena päätettiin lisätä uutena asiana päivitettyyn tarkistuslistaversioon.

Vaihtelua ohjauskäytänteissä oli sairauden kanssa pärjäämisen osa-alueeseen sisältyvässä elämäntapaohjauksessa. Kirjallisuuskatsauksen aineisto ei tuottanut suoria mainintoja lainkaan ohjaamisesta tupakan käytön välttämiseen, vaikka sillä on tutkitusti epäsuotuisia vaikutuksia syöpälääkehoitojen tehoon (Jyrkkiö ym. 2012; Rouhos & Raaska 2012). Potilasoppaissa kuitenkin suositeltiin tupakoinnin välttämistä siitä syystä, että tupakointi voi pahentaa suun ja nielun alueen kiputiloja (NCI 2018a&b). Syöpäpotilaan rokotuskäytänteitä sivuttiin ohimennen vain Chemotherapy and You -potilasoppaassa, jossa kehoitettiin kääntymään lääkärin puoleen aina rokotuksiin liittyvissä kysymyksissä (NCI 2018b). Suomessa syöpäpotilaita ohjataan rutiinisti hankkimaan muun muassa in-

fluenssarokotus ennen influenssakauden alkua (Keskinen 2017). Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista tulee keskustella potilaan kanssa sekä kansainvälisen aineiston että suomalaisten ohjeistusten mukaan. Käytännössä seksuaaliohjauksen toteutuminen on kuitenkin epävarmaa, sillä aiempien tutkimusten valossa syöpäpotilaat eivät koe saavansa riittävästi tietoa hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen (Leino 2011; Hautamäki-Lamminen 2012).

Vaihtoehtohoidoista keskustelu kuului kansainvälisen aineiston ohjausrunkoon. Tutkimustiedon valossa niillä tiedetäänkin olevan monia riskejä, kuten maksan vajaatoiminnan kehittyminen käytettäessä yhdessä syöpälääkehoitojen kanssa (Koskinen & Silta-nen 2013; Viitala & Bingham 2014). Niemisen ym. (2016) listaa työstettäessä ajatuksena oli, että vaihtoehtohoidoista keskustelu miellettiin ehkä enemmän lääkäreiden työnkuvaan kuuluvaksi ja näin se saisi olla jatkossakin. Hoitajan kuuluu kuitenkin ohjata ainakin vitamiinilisien ja luontaistuotteiden käytön rajoituksista ja mikäli tässä yhteydessä tulee puheeksi jokin hoitajalle tuntemattomampi vaihtoehto, ohjataan potilasta keskustelemaan tarkemmin hoitavan lääkärin kanssa.

Sairauden tueksi suunnatuissa palveluissa oli myös selkeitä eroja suomalaisten ja kansainvälisten käytänteiden välillä. Suomessa syöpähoidot ovat kaikkien kansalaisten saatavilla julkisen terveydenhuollon kautta pääosin yhteiskunnan verovaroin kustannettuna. Suomalainen sosiaaliturvajärjestelmä kattaa omavastuun jälkeiset matka- ja lääkekustannusten korvaukset. Kansainvälisesti taas on vallalla hoitokustannuskorvausten hakeminen henkilön sairausvakuutuksesta vakuutusyhtiöiden kautta.

Suomalaisena innovaationa on lisäksi kehitetty perinteisen puhelimitse tapahtuvan yhteydenoton vaihtoehdoksi joissakin sairaanhoitopiireissä käytössä oleva sähköinen asiointipalvelu Noona, jonka kautta potilaiden on mahdollista olla yhteydessä hoitopaikkaan kiireettömässä hoitoonsa liittyvissä asioissa (PSHP 2018; Noona Healthcare 2019). Ohjausmateriaalien integrointia laajemmassa mittakaavassa osaksi Noona-palvelua tulisi harkita tulevaisuudessa. Toiminto palvelisi entistä paremmin potilaiden tiedonsaantia.

Käyttäjäkysely

Kyselyllä kartoitettiin sairaanhoitajien mielipiteitä tarkistuslistan pilottiversion käyttökelpoisuudesta ja jatkokehittämistarpeista. Otokoko oli pieni, 30 vastaajaa, joista vain 14 oli tarkistuslistaa ohjaustilanteissa käyttäneitä. Kyselyn avulla saatiin monipuolisesti erilaisia näkökulmia tarkistuslistan jatkokehittämiseksi.

Aiempaan kirjallisuuteen verrattuna (Gawande 2009; Helovuori 2011) käyttäjäkyselyn mielipiteet olivat yhteneväisiä tarkistuslistan hyvien ominaisuuksien eli siten käytettävyyttä parantavien tekijöiden suhteen. Kehittämisehdotuksina mainittiin muun muassa jaottelun selkeyttäminen, listan lyhentäminen ja luettavuuden parantaminen.

Kyselyn mukaan tarkistuslistaa käyttäneistä hoitajista suuri osa (43%) arvioi tarkistuslistan sisällön liian pitkäksi kuitenkin tarkemmin yksilöimättä, mitä siitä voisi jättää pois. Kansainväliseen näyttöön perustuen listassa jo olevat asiakokonaisuudet sisältyvät turvalliseen ja laadukkaaseen syöpälääkehoidon potilasohjaukseen. Tästä syystä listan asiasisältöjä ei lähdetty supistamaan, vaan kiinnitettiin huomiota asiasisältöjen selkeämpään jaotteluun ja ilmaisuun ohjauksen helpottamiseksi. Päivitetyn tarkistuslistan asiasisällöt jaoteltiin nyt ensikäynnin ja hoitokäynnin ohjaukseen. Hoitokäynnin asiasisällöt koottiin edelleen omien otsikoidensa alle pitäen sisällään hoidon yleiset haittavaikutukset ja niiden hoito-ohjeet, toimintaohjeet ja aiemmin erillään olleet kotihoito-ohjeet.

Ennen uuden toimintatavan käyttöönottoa olisi ollut oleellista toteuttaa lähtömittaus, mikä on jäänyt tarkistuslistan pilottiversion käyttöönoton yhteydessä tekemättä (ks. Mueller & Glennon 2007; Dalby ym. 2013). Tarkistuslistan pilottiversio otettiin liian varhaisessa vaiheessa käyttöön syöpätautien vastualueella. Esitestaus ja pitkän tähtäimen implementointisuunnitelma puuttuivat myös kokonaan. Pilottiversion käyttöä ja siitä nyt saatuja käyttökokemuksia voidaan pitää hyvänä esitestauksena, mutta käyttöönoton juurruttamiseksi tulisi jatkossa tehdä suunnitelma ja osoittaa siihen tarvittava lisäresurssi. Paljon on tehtävä työtä vielä, että tarkistuslistan käytöstä saadaan systemaattista koko vastualueella. Kysely osoitti sairaanhoitajien muun muassa kaipaavan lisää koulutusta listan käytöstä.

Listan käytön integrointi osaksi potilastietojärjestelmää on tuonut ohjaamisesta ja tarkistuslistan käytöstä näkyvämpää. Tarkistuslistan käyttöä selkeyttämään laadittiin työryhmässä toimintaohje, johon on kirjattu yhteisesti sovitut toimintatavat listan käytöstä (Nieminen ym. 2018; liite 4). Käytännössä ongelmalliseksi on havaittu sähköisen tarkistuslistan osittainen täyttäminen, jolloin lista jää viemään tilaa moniammatillisiin määräyksiin, eikä kukaan ota vastuulleen sen lopullista kuitaamista. Tämä selkeästi osoittaa sen, että läheskään kaikkien potilaiden kanssa ei käydä läpi hoitoon liittyviä asioita siinä määrin kuin pitäisi. Ohjauksen tasalaatuisuus ei toteudu. Jokaisessa yksikössä olisi hyvä olla oma nimetty vastuhenkilö, joka voisi ohjeistaa ja muistuttaa tarkistuslistan käytöstä.

Laadukkaan syöpälääkehoidon potilasohjauksen toteuttamiseksi täytyy olla käytettävissä riittävästi hoitajaresursseja ja yksiköiden toimintatapoihin tulee kiinnittää jatkossa huomiota (ks. Kääriäinen ym. 2005; Carrington ym. 2008; Blecher ym. 2016). Käyttäjäkyselyn mukaan ohjaukseen meni aikaa suurimmalla osalla vastaajista (57%) keskimäärin 31–60 minuuttia. Usein ensikäynnille tai ensimmäistä hoitoaan saamaan tulevan potilaan monipuoliselle ohjaukselle ei nykyisillä toimintatavoilla jää riittävästi aikaa, vaan pitää keskittyä vain pääkohtiin. Aikaa vieviä ensihoidon ohjauksia ei tulisi olla päivän aikana useita samalla sairaanhoitajalla.

Aiemmissa tutkimuksissa (Malone 2007, Valenti 2014) mainitaan monissa hoitopaikoissa olevan käytäntö, jossa potilaat käyvät keskitetysti ennen syöpälääkehoitojen aloittamista ohjausluennoilla. Vastaavanlainen idea tuli esille myös käyttäjäkyselyn tuloksena, jossa ehdotettiin keskitettyä ohjaamista siten, että joku toimisi pääohjaajana kaikille syöpälääkehoitoja saaville potilaille. Tämä voisi olla miettimisen arvoinen asian yksikön toimintoja kehitettäessä.

Lisäksi kyselyn tuloksien mukaan enemmistö käyttäjistä arvioi yleisesti ottaen tarkistuslistan käyttökelpoiseksi, eikä kukaan täysin tyrmännyt listan käyttöä jatkossa. Käyttäjien ja ei-vielä-listaa käyttäneiden hoitajien mielipiteissä oli kuitenkin tilastollisesti merkittävä ero osassa listan käytön hyödyllisyyttä arvioivissa väittämässä. Tarkistuslistaa käyttäneet hoitajat suhtautuivat positiivisemmin listan käytön hyödyllisyyteen väitteiden *toimii muistina tukena* ($p=0,027$) ja *tekee potilasohjauksesta systemaattisempaa* ($p=0,046$) osalta. Näin selkeä näkemusero ryhmien välillä tulee esiin jo pienessäkin aineistossa. Tämä on voinut olla osaltaan vaikuttamassa siihen, miksi tarkistuslistaa ei oltu edes kokeiltu käyttää. Tulosten yleistettävyyteen tulee kuitenkin suhtautua varauksella.

Ei-käyttäjien ryhmässä tarkistuslistaa ei oltu käytetty muun muassa, koska sitä ei pidetty potilaslähtöisenä ajattelutapana ohjauksessa, vaan listamuotoisena luentona kaikista mahdollisista hoitoon liittyvistä asioista. Tarkistuslista ei kuitenkaan ole itsessään ohjauksen toteuttamisen menetelmä vaan apuväline, jonka avulla ohjaustilanteen voi toteuttaa potilaslähtöisesti. Tarkistuslistan käyttö tuo lisäarvoa ohjaustilanteisiin, koska sen avulla on mahdollista toteuttaa potilaan tarpeista lähtevää yksilöllisesti räätälöityä, mutta tasalaatuista ohjausta kaikille potilaille yhdenvertaisesti. Ohjausta tulee antaa asioita kerraten kaikkien hoitokäyntien yhteydessä. Parhaimmillaan tarkistuslista toimii potilasohjauksen laadunvarmistuksen työkaluna syövänhoidon yksiköissä. Sen avulla voidaan osoittaa hoitoon liittyvistä oleellisista asioista keskustellun potilaan kanssa, kun käyttö

dokumentoidaan potilasasiakirjoihin. Lisäkoulutuksen järjestäminen yksiköissä aiheesta olisi varmasti paikallaan.

Jatkokehittämishaasteet

Opinnäytetyön avulla tuotettiin tietoa tarkistuslistan käytöstä potilasohjauksessa ja tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää alueellisissa syöpäkeskuksissa tavoiteltaessa hoitokäytänteiden yhtenäistämistä ja kehittämistä Suomessa. Merkittäväksi opinnäytetyön tekee tavoiteltava hyöty kansallisella tasolla syöpäpotilaiden hoidon laadun parantamiseksi. Toivottavaa olisi, että työ toimisi sysäyksenä tarkistuslistan käyttöönottoon muihinkin syöpälääkehoitoja toteuttaviin yksiköihin niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Tarkistuslistan käyttömahdollisuuksien laajentamiseksi kirjallisuuskatsauksen tulokset tullaan kuvaamaan artikkelijulkaisuna, jossa esitellään listan kansainvälinen versio. Lisäksi opinnäytetyö toimii pohjana jatkotutkimukselle. Vastaisuudessa tulisi tutkia nyt vahvistetun tarkistuslistan käytön vaikuttavuutta syöpälääkehoidon potilasohjauksen kontekstissa. Syöpälääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen laadittujen kansallisten yhtenäisten standardienkin työstäminen on jatkossa tärkeää, mikä voisi olla myös Kansallisen syöpäkeskuksen intresseissä.

LÄHTEET

AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) Next Steps Consortium 2009. The AGREE II Instrument. [electronic version] Viitattu 17.2.2017. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>

Ahonen O., Blek-Vehkaluoto M., Ekola S., Partamies S., Sulosaari V. & Uski-Tallqvist T. 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ahvonon J., Tanner M., Kirmula P. & Bärlund M. 2015. Pahoinvoinnin estolääkityksen ohjausrunko. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Syöpätaudit. [intranet] Viitattu 11.9.2018. [http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoito_ja_toimintaohjeet/Pahoinvoinnin_estolaakityksen_ohjausrunk\(50228\)](http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoito_ja_toimintaohjeet/Pahoinvoinnin_estolaakityksen_ohjausrunk(50228))

Beaver C. & Magnan M. 2016. Managing chemotherapy side effects: Achieving reliable and equitable outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 20(6), 589–591.

Benner P. 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Helsinki: WSOY.

Bettany-Saltikov J. 2012. How to do a systematic literature review in nursing. A step-by-step guide. Maidenhead: Open University Press.

Blecher C., Ireland A. & Watson J. 2016. Standards of Oncology Education. Patient / Significant Other and Public. 4. Edition. Oncology Nursing Society. Pittsburgh, Pennsylvania.

Bärlund M. & Köppä H. 2011. Tablettihoitaja. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Syöpätaudit. [intranet] Viitattu 7.11.2014. [http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoito_ja_toimintaohjeet/Tablettihoitaja_SYOT\(18326\)](http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoito_ja_toimintaohjeet/Tablettihoitaja_SYOT(18326))

Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO) 2017. National strategy for chemotherapy administration. Standards and competencies for cancer chemotherapy nursing practice. Kanada. Viitattu 18.2.2019. https://cdn.ymaws.com/www.cano-acio.ca/resource/resmgr/Resources/EN_CANO_Chemotherapy_Standar.pdf

Carrington C., Michael M., Koczwara B., Stevenson B., Siderov J., Searle C., Stone L., Hyde S., Booth A. & Rushton S. 2008. Guidelines for safe prescribing, dispensing and administration of cancer chemotherapy. Clinical Oncology Society of Australia (COSA). Australia.

Dalby C., Nesbitt M., Frechette C., Kennerley K., Lacoursiere L. & Buswell L. 2013. Standardization of initial chemotherapy teaching to improve care. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 17(5), 472–475.

Elonen E. & Bono P. 2013. Solunsalpaajahoito ja muut syöpälääkkeet. Teoksessa Joensuu H., Roberts P., Kellokumpu-Lehtinen P-L., Jyrkkiö S., Kouri M. & Teppo L. (toim.) Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 171–216.

Elonen E., Tolonen H., Tenhunen O., Kontro M., Malmi K., Turunen A. & Wilppu T. 2018. Syöpälääkkeet. Duodecim lääketietokanta. Oppikirjat, oppaat ja lehdet. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.4.2019. www.terveysportti.fi

Fee-Schroeder K., Howell L., Kokal J., Bjornsen S., Christensen S., Hathaway J., Judy D. & Vickers K. 2013. Empowering individuals to self-manage chemotherapy side effects. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 17(4), 369–371.

Fitch M., McAndrew A. & Harth T. 2013. Measuring trends in performance across time: Providing information to cancer patients. *Canadian Oncology Nursing Journal* 23(4), 247–253.

Flinkman M. & Salanterä S. 2007. Integroitu katsaus – Eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson K., Axelin A., Stolt M. & Ääri R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

Gawande A. 2009. The Checklist Manifesto. How to get things right. New York: Picador.

Global Cancer Observatory (GCO) 2018. Cancer fact sheets. All cancers. International Agency for Research on Cancer. Viitattu 3.2.2019. <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>

Hautamäki-Lamminen K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Tampereen yliopisto, Terveystieteet. Acta Universitatis Tamperensis 1716. Väitöskirja.

Heikkilä T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9.uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Heikkinen K. 2013. Lääkehoidon ohjaus. Teoksessa Ranta I., Sulosaari V. & Hahtela N. (toim.) 2013. Hoitotyön vuosikirja 2013. Sairaanhoidaja & lääkehoito. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy, 111–121.

Helovuola A., Kinnunen M., Peltomaa K. & Pennanen P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hentunen K. & Liedes T. 2014. Kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä – Kysely Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle. Savonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

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

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) 2013. Kriittinen arviointi. Viitattu 17.2.2017. <https://www.hotus.fi/bin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Härkönen S. 2013. Tarkistuslista – sairaanhoitajan työkalu potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjauksen kehittämisessä. Turun ammattikorkeakoulu. Terveysalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö (YAMK).

Ikonen T. & Pauniahho S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest 43(2), 108–111. Viitattu 16.3.2017. www.finnanest.fi/files/ikonen_leikkaustiimin.pdf

Jacobson J., Polovich M., Gilmore T., Schulmeister L., Esper P., LeFebvre K. & Neuss M. 2012. Revisions to the 2009 American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society (ASCO/ONS) Chemotherapy Administration Safety Standards: Expanding the Scope to Include Inpatient Settings. Oncology Nursing Forum 39(1), 31–38.

Jacobson J., Polovich M., McNiff K., LeFebvre K., Cummings C., Galioto M., Bonelli K. & McCorkle M. 2009. American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society (ASCO/ONS) Chemotherapy Administration Safety Standards. Oncology Nursing Forum 36(6), 1–8.

Joanna Briggs Institute (JBI) 2011. Reviewers' Manual 2011 Edition. SUMARI NOTARI critical appraisal tools. Narrative, Opinion and Text Assessment and Review Instrument. Australia. Viitattu 17.2.2017. <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2011.pdf>

Joensuu H. 2013. Syövän hoidon yleiset periaatteet. Teoksessa Joensuu H., Roberts P., Kellokumpu-Lehtinen P-L., Jyrkkio S., Kouri M. & Teppo L. (toim.) Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 131–138.

Johansson K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson K., Axelin A., Stolt M. & Ääri R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

Jyrkkiö S., Boström P. & Minn H. 2012. Tupakointi ja syöpä – mitä hyötyä lopettamisesta? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 128(10), 1081–1087. Viitattu 23.1.2019. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10283.pdf>

Kanerva S., Lehtomäki J. & Airaksinen M. 2010. Syöpäpotilaan lääkeneuvonta – Potilaskokemuksia sairaalasta ja avohuollon apteekista. Dosis 26(2), 110–125.

Kansallinen syöpäkeskus – Comprehensive Cancer Center Finland (FICAN). Kansallisen syöpäkeskuksen perustamista selvittäneen työryhmän loppuraportti 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:13. Viitattu 20.2.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3490-0>

Kanta 2018. Kanta on kaikkia varten. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitaaliset palvelut. Viitattu 18.2.2019. <https://www.kanta.fi/fi/web/guest/kansalaiset>

Kekäle M., Talvensaari K., Koskenvesa P., Porkka K. & Airaksinen M. 2014. Chronic myeloid leukemia patients' adherence to peroral tyrosine kinase inhibitors compared with adherence as estimated by their physicians. Patient Preference and Adherence Vol 8, 1619–1627.

Keskinen L. 2017. Suositus puolustuskykyä heikentävää syöpälääkehoitoa saavien aikuisten influenssa- ja pneumokokkrokotuksista. Potilasohje. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Syövänhoito. [intranet] Viitattu 18.2.2019. [http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Suositus_puolustuskyky_heitentavaa_syop\(52632\)](http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Suositus_puolustuskyky_heitentavaa_syop(52632))

Ketola A., Kleemola M., Kuula-Luumi A., Alaterä T., Päivärinta J., Hautamäki J., Haverinen S. & Sivonen J. 2016. Aineistonhallinnan käsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 2.4.2017. <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>

Kirkley R. 2012. Using systematic reviews at the point of care. Teoksessa Holly C., Salmond S. & Saimbert M. 2012. Comprehensive systematic review for advanced nursing practice. New York: Springer Publishing Company, LCC, 271–289.

Kontio E. & Johansson K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson K., Axelin A., Stolt M. & Ääri R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

Koskinen H. & Siltanen K. 2013. Syöpäpotilaan hoito. Solunsalpaajahoitoa saavan potilaan ohjaus. Teoksessa Mustajoki M., Alila A., Matilainen E., Pellikka M. & Rasimus M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 341–342.

Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Acta Universitatis Ouluensis D 937. Väitöskirja.

Kääriäinen M., Kyngäs H., Ukkola L. & Torppa K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 3(1), 10–14.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 18.2.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Launis V. 2012. Etiikan opetuksen haasteet. Lääketieteellinen etiikka. Turun yliopisto. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). Julkaisut ja muut aineistot. Seminaariaineistot 2010–2014. Seminaari 6.9.2012: Asiakas- ja potilasturvallisuus ammattieettisenä haasteena. Viitattu 26.4.2019. <https://etene.fi/etusivu>

Leino K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpöpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Tampereen yliopisto, Terveystieteet. Acta Universitatis Tamperensis 1652. Väitöskirja.

Leung M., Bland R., Baldassarre F., Green E., Kaizer L., Hertz S., Craven J., Trudeau M., Boudreau A., Cheung M., Singh S., Kukreti V., White R. and the Safe Administration of Systemic Cancer Treatment Expert Panel 2012. Safe Administration of Systemic Cancer Therapy Part 1: Safety During Chemotherapy Ordering, Transcribing, Dispensing, and Patient Identification. Cancer Care Ontario. Evidence Based Series: Practice Guideline Report 12 – 12 – 1: Part 1. Kanada.

Malila N., Pitkäniemi J. & Virtanen A. 2018. Syöpä 2016. Suomen Syöpärekisteri. Viitattu 26.1.2019. https://syoparekisteri.fi/assets/files/2018/11/vuosiraportti_2016.pdf

Malone P. 2007. Implementation of a prechemotherapy educational intervention. Clinical Journal of Oncology Nursing 11(5), 707–710.

Mamia T. 2005. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) -alkeisopas. Tampereen yliopisto 5/2005. Viitattu 14.12.2018. http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE24_spss.pdf

Mattila M. 2013. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvantiMOTV. Viitattu 19.1.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>

Metsämuuronen J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mueller P. & Glennon C. 2007. A nurse-developed prechemotherapy education checklist. Clinical Journal of Oncology Nursing 11(5), 715–719.

National Cancer Institute (NCI) 2018a. Eating Hints. Viitattu 23.1.2019. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/eatinghints.pdf>

National Cancer Institute (NCI) 2018b. Chemotherapy and You. Viitattu 23.1.2019. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/chemotherapy-and-you.pdf>

National Health Service (NHS) 2011. National cancer peer review programme. Manual for cancer services: Chemotherapy measures version 1.0. Englanti. Viitattu 18.2.2019. <https://www.rcplondon.ac.uk/file/3036/>

Neuss M., Gilmore T., Belderson K., Billett A., Conti-Kalchik T., Harvey B., Hendricks C., LeFebvre K., Mangu P., McNiff K., Olsen M., Schulmeister L., Von Gehr A. & Polovich M. 2017. 2016 Updated American Society of Clinical Oncology / Oncology Nursing Society (ASCO/ONS) Chemotherapy Administration Safety Standards, including standards for pediatric oncology. Oncology Nursing Forum 44(1), 31–43.

Neuss M., Polovich M., McNiff K., Esper P., Gilmore T., LeFebvre K., Schulmeister L. & Jacobson J. 2013. 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society (ASCO/ONS) Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy. Oncology Nursing Forum 40(3), 225 – 233.

Nielsen J. 1993. Usability engineering. Morgan Kaufmann 1993. San Diego, CA: Academic Press.

Nieminen M. 2015. Tarkistuslistan kehittäminen sairaanhoitajan työvälineeksi syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjaukseen. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö.

Nieminen M. 2016. Käsikirja syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjaukseen – Opas sairaanhoitajille tarkistuslista käytön tueksi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2016. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 14.3.2017. [https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Sairaanhoitopiirin_julkaisut/Julkaisusarja/Julkaisusarjan_julkaisut_2016\(57293\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Sairaanhoitopiirin_julkaisut/Julkaisusarja/Julkaisusarjan_julkaisut_2016(57293))

Nieminen M., Aaltojärvi L., Merikumpu T., Rinkineva E., Pollari M. & Bärlund M. 2018. Tarkistuslistan käyttö syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjauksessa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Syöpätaudit. [intranet] Viitattu 11.9.2018. [http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoito_ja_toimintaohjeet/Tarkistuslistan_kaytto_syopalaakehoitoa_\(72825\)](http://intra.sis.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoito_ja_toimintaohjeet/Tarkistuslistan_kaytto_syopalaakehoitoa_(72825))

Nieminen M., Rinkineva E., Nuoranne R. & Bärlund M. 2016. Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslista. Syövänhoidon vastuualue. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Noona Healthcare 2019. Patient-reported outcomes. Viitattu 14.2.2019. www.noonahc.com

Pesonen E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. Finnest 44(1), 18–20. Viitattu 16.3.2017. www.finnest.fi/files/pesonen_tarkistus.pdf

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP) 2016. Strategia. Viitattu 14.3.2017. http://www.pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous/Strategia

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP) 2018. Verkkopoliklinikka. Viitattu 14.2.2019. <https://www.tays.fi/fi-fi/Palvelut/Verkkopoliklinikka>

Polit D. & Beck C. 2012. Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice. 9. painos. Philadelphia: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins.

Pudas-Tähkä S-M. & Axelin A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson K., Axelin A., Stolt M. & Ääri R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. Turku: Turun yliopisto.

Pukkala E., Sankila R. & Rautalahti M. 2011. Syöpä Suomessa 2011. 13. uudistettu painos. Suomen Syöpäyhdistys. Helsinki: Painotalo Miktor Oy. Viitattu 20.2.2017. <http://frantic.s3.amazonaws.com/syopa-jarjestot/Syopa-Suomessa-2011.pdf>

Rigdon A. 2010. Development of patient education for older adults receiving chemotherapy. Clinical Journal of Oncology Nursing 14(4), 433–441.

Roberts L. 2010. Health information and the internet: The 5 Cs website evaluation tool. British Journal of Nursing 19(5), 322–325.

Ronkainen S., Pehkonen L., Lindblom-Yläne S. & Paavilainen E. 2013. Tutkimuksen voimasanat. 1.–2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rouhos A. & Raaska K. 2012. Tupakointi ja lääkeinteraktiot. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 128(10), 1073–1080. Viitattu 23.1.2019. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10280.pdf>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 18.2.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salminen A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 13.2.2017. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Salmond S. 2012a. Critical Appraisal. Teoksessa Holly C., Salmond S. & Saimbert M. 2012. Comprehensive systematic review for advanced nursing practice. New York: Springer Publishing Company, LCC, 147–162.

Salmond S. 2012b. Steps in the systematic review process. Teoksessa Holly C., Salmond S. & Saimbert M. 2012. Comprehensive systematic review for advanced nursing practice. New York: Springer Publishing Company, LCC, 13–31.

Sulosaari V. & Kajander-Unkuri S. 2015. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Stolt M., Axelin A. & Suhonen R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73/2015. Turku: Turun yliopisto, 110–119.

Taanila A. 2013. Akin menetelmäblogi. Mann Whitney U-testi. Viitattu 22.1.2019. <https://tilastoapu.wordpress.com/2012/03/08/mann-whitney-u-testi/>

Taanila A. 2015. Akin menetelmäblogi. Spearmanin järjestyskorrelaatio. Viitattu 3.2.2019. <https://tilastoapu.wordpress.com/2015/03/07/spearmanin-jarjestyskorrelaatio/>

Taanila A. 2016a. Akin menetelmäblogi. SPSS: khiin neliö -testi. Viitattu 22.1.2019. <https://tilastoapu.wordpress.com/2012/04/24/spss-khiin-nelio-testi-2/>

Taanila A. 2016b. Tilastollinen päättely. Luentokalvoja. Viitattu 14.12.2018. <http://myy.haaga-heilia.fi/~taaak/p/paattely.pdf>

Taanila A. 2017. Akin menetelmäblogi. Mielipideasteikon keskiarvo. Viitattu 22.1.2019. <https://tilastoapu.wordpress.com/2011/10/18/mielipideasteikon-keskiarvo/>

Taanila A. 2018. Akin menetelmäblogi. Tunnuslukuja. Viitattu 22.1.2019. <https://tilastoapu.wordpress.com/2011/10/19/tunnuslukuja/>

Tays (Tampereen yliopistollinen sairaala) Syöpäkeskus 2018. Vuosikertomus 2017. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 18.2.2019. [https://www.tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Tays_Syopakeskus/Tays_Syopakeskuksen_vuosikertomus_2017\(76019\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Tays_Syopakeskus/Tays_Syopakeskuksen_vuosikertomus_2017(76019))

Tervakari A-M., Silius K., Ranta P., Mäkelä T. & Kaartokallio H. 2002. Tietoverkkoavusteisen opetuksen käyttökelpoisuus. Käytettävyys ja pedagoginen käytettävyys opetuksen organisoinnin näkökulmasta. Tampereen teknillinen yliopisto. DMI / Hypermedialaboratorio. Viitattu 10.11.2017. http://matriisi.ee.tut.fi/arvo/liitteet/TVT_usefulness_TUT.pdf

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2014. Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025. Kansallisen syöpäsuunnitelman II osa. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 20.2.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116179/URN_ISBN_978-952-302-185-3.pdf?sequence=1

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2016. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa 14/2015. Inkinen R., Volmanen P. & Hakoinen S. (toim.) Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 18.2.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 25.3.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valenti R. 2014. Chemotherapy education for patients with cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing 18(6), 637–640.

Viitala H. & Bingham C. 2014. Syöpäpotilaan ravitsemusopas. Suomen Syöpäpotilaat ry:n potilasopas. 3. uusittu painos. Helsinki: Painotalo Redfina Oy.

Viitala A., Saukkonen M., Lehto J., Palonen M. & Åstedt-Kurki P. 2018. The coping and support needs of incurable cancer patients. *The Journal of Hospice and Palliative Nursing* 20(2), 187–194.

Vilka H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi. Viitattu 10.11.2017. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Whittemore R., Chao A., Jang M., Minges K. & Park C. 2014. Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart & Lung* 43(5), 453–461.

Whittemore R. & Knafk K. 2005. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546–553.

Williams P., Williams K., LaFaver-Roling S., Johnson R. & Williams A. 2011. An intervention to manage patient-reported symptoms during cancer treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 15(3), 253–260.

World Health Organization (WHO) Surgical Safety Checklist 2017. Viitattu 16.3.2017. <http://www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/>

Kirjallisuuskatsaukseen valitut lähteet

Tekijätiedot ja julkaisuvuosi	Julkaisun nimi ja lähde	Julkaisu-tyyppi	Tarkoitus ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Dalby C, Nesbitt M, Frechette C, Kennerley K, Lacoursiere L & Buswell L 2013, Yhdysvallat	Standardization of Initial Chemotherapy Teaching to Improve Care <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> 17(5), 472–475	Kuvaava artikkeli	Standardoidun tarkistuslistan kehittäminen syöpälääkehoidon potilasohjaukseen ja toimintatavan implementointi käytäntöön. Tarkoituksena yhtenäistää potilasohjaukseen käytäntöä ja parantaa potilastyytyväisyyttä. Pilottiprojekti toteutettiin kolmessa eri yksikössä. Uuden toimintatavan arviointi potilastyytyväisyyskyselyllä, Press Ganey patient satisfaction Survey (n=53) ja henkilökunnan käyttäjäkokeuskyselyllä (n=23). Analyysimenetelmänä kuvaileva tilastollinen analyysi	Potilaiden tyytyväisyys potilasohjaukseen kasvoi neljän kuukauden seuranta-aikana. Parannusta oli erityisesti seuraavilla ohjauksen osa-alueilla tiedonsaannissa: 1) mitä odottaa lääkehoidon aikana (91% --> 97%) sekä 2) kuinka hallita hoidon haittavaikutuksia (87% --> 97%) Henkilökunnasta 88% arvioi uuden tarkistuslistan käytön hyödylliseksi, 100% mielestä materiaalit olivat monipuolisia ja 80% mielestä opetusmateriaalit olivat hyödyllisiä jatkuvaan potilasohjaukseen
Mueller P & Glennon C 2007, Yhdysvallat	A Nurse-Developed Prechemotherapy Education Checklist <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> 11(5), 715–719	Kuvaava artikkeli	Tarkistuslistan laatimis- ja käyttöönottoprosessin kuvaus syöpälääkehoitoa saavien potilaiden ohjauksessa. Tarkistuslistan kehittämiseksi käytetty menetelminä havainnointia ja asiantuntijakonsensusta. Listan käytöstä kysyttiin epävirallisesti hoitajilta, varsinaista arviointikyselyä ei suoritettu ollenkaan.	Tarkistuslistan sisältörakenteen muodostamisen ja kehittämisprosessin kuvaaminen. Aikuiskoulutuksen periaatteiden hyödyntäminen ohjausprosessissa. Hoitajien palautteen mukaan tarkistuslistan käyttö koettiin hyödylliseksi. Tarkistuslistan avulla on mahdollista tarjota organisoidut puitteet syöpälääkehoidon potilasohjauksen toteuttamiselle.
Carrington C, Michael M, Koczwara B, Stevenson B, Siderov J, Searle C, Stone L, Hyde S, Booth A & Rushton S 2008, Australia	Guidelines for the Safe Prescribing, Dispensing and Administration of Cancer Chemotherapy <i>Brisbane, Queensland, Australia: Clinical Oncology Society of Australia (COSA)</i>	Kansallinen hoitosuositus-standardi	Ohjeistus syöpälääkehoidon toteuttamiseen. Perustuu asiantuntijaryhmän konsensukseen ja kirjallisuuteen.	Moniammatillisessa yhteistyössä työstetty hoitosuositus, jota käytäntöön soveltamalla on mahdollista vähentää virheiden esiintyvyyttä syöpälääkehoitojen toteuttamisessa. Hoitosuositukset sisältävät ohjeistusta turvalliseen lääkkeen määräämiseen, käyttökuntoon valmistamiseen ja hoidon toteuttamiseen. Suosituksissa on huomioitu myös potilasohjauksen sisältökokonaisuus.

Tekijätiedot ja julkaisuvuosi	Julkaisun nimi ja lähde	Julkaisutyyppi	Tarkoitus ja menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Neuss M, Gilmore T, Belderson K, Billett A, Conti-Kalchik T, Harvey B, Hendricks C, LeFebvre K, Mangu P, McNiff K, Olsen M, Schulmeister L, Von Gehr A & Polovich M</p> <p>2017, Yhdysvallat</p>	<p>2016 Updated American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology</p> <p><i>Oncology Nursing Forum 44(1), 31–43</i></p>	<p>Kansallinen hoitosuositus-standardi *</p>	<p>Ohjeistus syöpälääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen. *2016 päivitetty versio. Mukaan otettu syöpälääkehoitoja saavat lapsipotilaat</p> <p>Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset suositusten taustalla ja kansallisesti kattava moniammatillinen työryhmä hoitosuosituksia laatimassa. Hoitosuositukset alistettiin lisäksi laatimisvaiheessa yleiselle kommentoinnille, jolloin kenen tahansa oli mahdollista antaa mielipiteensä sähköiseen kyselyyn vastaamalla (n=37).</p>	<p>Standardeissa on määritelty minimi vaatimustaso syöpälääkehoitojen määräämiseen, valmistamiseen ja toteuttamiseen. Standardisoinnin avulla voidaan vähentää virheiden mahdollisuutta, lisätä tehokkuutta ja tuottaa viitekehys parhaille käytännöille.</p> <p>Hoitosuosituksia työstettiin työpajoissa työryhmän toimesta, lisäksi sähköisten kyselyiden vastauksia hyödynnettiin standardien muokkaamiseksi, päivittämiseksi ja selkeyttämiseksi. Kaikki versiot oli työstetty samalla tavalla.</p>
<p>Neuss M, Polovich M, McNiff K, Esper P, Gilmore T, LeFebvre K, Schulmeister L & Jacobson J</p> <p>2013, Yhdysvallat</p>	<p>2013 Updated American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for the Safe Administration and Management of Oral Chemotherapy</p> <p><i>Oncology Nursing Forum 40(3), 225–233</i></p>		<p>* 2013 päivitetty versio. Mukaan otettu oraalista syöpälääkehoitoa saavat potilaat</p> <p>Yleinen kommentointi (n=207)</p>	<p>Hoitosuositukset oli koottu luetteloksi ja ne pitivät sisällään lääkehoitoon liittyvät menettelytavat kuten koulutuksen ja yhteisesti sovitut toimintatavat, hoidon suunnittelun ja potilasohjauksen näkökulman, lääkehoidon määräämiseen, valmistusprosessiin ja hoidon toteuttamiseen liittyvät asiat sekä seurantaan ja mahdollisesti ilmeneviin komplikaatioihin liittyvät asiakokonaisuudet.</p>
<p>Jacobson J, Polovich M, Gilmore T, Schulmeister L, Esper P, LeFebvre K & Neuss M</p> <p>2012, Yhdysvallat</p>	<p>Revisions to the 2009 American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards: Expanding the Scope to Include Inpatient Settings</p> <p><i>Oncology Nursing Forum 39(1), 31–38</i></p>		<p>* 2012 uudistettu versio. Mukaan otettu vuodeosastolla hoitoja saavat potilaat</p> <p>Yleinen kommentointi (n=87)</p>	<p>Hoitosuositukset on mahdollista implementoida käyttöön monenlaisissa yksiköissä kuten vuodeosastoilla ja poliklinikoilla, niin pienissä kuin suurissakin syöpäkeskuksissa. Suositukset kattavat myös kaikki potilasryhmät lapsista aikuisiin sekä kaikki hoitomuodot.</p>
<p>Jacobson J, Polovich M, McNiff K, LeFebvre K, Cummings C, Galioto M, Bonelli K & McCorkle M</p> <p>2009, Yhdysvallat</p>	<p>American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards</p> <p><i>Oncology Nursing Forum 36(6), 1–8</i></p>		<p>* 2009 alkuperäinen versio.</p> <p>Yleinen kommentointi (n=312)</p>	<p>* Hoitosuositus rakentuu saman hoitosuosituksen aiempien versioiden pohjalle. Viimeisin hoitosuositusstandardi oli paras ja kattavin versio. Sisällönanalyyseissä eri versioita käsitellään kokonaisuutena.</p>

Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan arviointikysely

Kysely on toteutettu Webropol®-työkalulla.

Syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan arviointikysely

1. Missä yksikössä työskentelet?
 - RS1
 - RS2
 - RSYÖ
2. Mihin ikäluokkaan kuulut?
 - alle 30 v
 - 30 – 50 v
 - yli 50 v
3. Mikä on työkokemuksesi syöpälääkehoitojen toteuttamisesta vuosina?
 - alle 1 v
 - 1 – 2 v
 - 3 – 5 v
 - yli 5 v
4. Mistä olet saanut tietoa tarkistuslistan käytöstä? (voit valita useitakin vaihtoehtoja)
 - käyttöönottokoulutuksesta huhtikuussa 2016
 - perehdyttäjältä
 - työtoverilta
 - en ole ollut tietoinen tarkistuslistan olemassaolosta
 - muualta, mistä? _____

Seuraavassa on joukko väittämiä liittyen tarkistuslistan käyttämiseen yleisesti. Rastita vaihtoehto, joka vastaa parhaiten omaa mielipidettäsi. Asteikko on 1–4, jossa 1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä ja 4 = täysin samaa mieltä

5. Tarkistuslista toimii muistin tukena ohjaustilanteessa. O O O O
6. Tarkistuslistan käyttö tekee potilasohjauksesta systemaattisempaa. O O O O
7. Tarkistuslistan käyttö lisää potilasturvallisuutta. O O O O
8. Tarkistuslistan käyttö yhtenäistää potilasohjauskäytänteitä. O O O O
9. Tarkistuslistan käyttö lisää työntekijän oikeusturvaa. O O O O
10. Tarkistuslistan avulla toteutettu potilasohjaus parantaa potilaan tiedonsaantia. O O O O
11. Oletko käyttänyt tarkistuslistaa apuvälineenä ohjatessasi syöpälääkehoitoa saavaa potilasta?
 - Kyllä
 - En, kerro miksi et _____

Jos vastasit *En*, siirry suoraan kohtaan 32. Koska kohta 32 on pakollinen, niin vastaa siihen ”*En ole käyttänyt*”. Tämän jälkeen voit lähettää vastauksesi kyselyn lopussa olevalla *Lähetä*-painikkeella, kiitos. Loppuosa kyselystä kartoittaa tarkistuslistan käyttökokemuksia.

12. Kuinka kauan sinulla menee syöpälääkehoidon potilasohjaukseen, kun ohjaat ensimmäistä kertaa lääkehoidolle tullutta potilasta tarkistuslistan avulla?
- alle 15 minuuttia
 - 15 – 30 minuuttia
 - 31 – 45 minuuttia
 - 46 – 60 minuuttia
 - yli 60 minuuttia
13. Missä tilanteissa käytät tarkistuslistaa? (voit valita useita vaihtoehtoja)
- ensiohjaustilanteessa
 - täydentävänä ohjauksena aiemmin hoitoja saaneelle potilaalle
 - jatkat ohjausta siitä, mihin jäit saman potilaan kanssa edellisellä kerralla
 - muussa tilanteessa, missä? _____

Seuraavassa on joukko väittämiä. Rastita vaihtoehto, joka vastaa parhaiten omaa mielipidettäsi. Asteikko on 1–4, jossa 1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = jokseenkin samaa mieltä ja 4 = täysin samaa mieltä

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 14. Olen saanut riittävästi koulutusta tarkistuslistan käyttöön. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15. Lähiesimieheni tukee tarkistuslistan käyttöä. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16. Olen tutustunut käsikirjaan, joka on tehty tarkistuslistan käytön tueksi. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17. Tarkistuslistan ulkoasu on selkeä. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18. Tarkistuslistan teksti on sopivan kokoista luettavaksi. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19. Tarkistuslistan sisältörakenne on jaoteltu selkeästi. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20. Tarkistuslista on helppokäyttöinen. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 21. Tarkistuslistan asiakokonaisuudet ovat ymmärrettävät. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 22. Tarkistuslistassa on huomioitu oleelliset asiat ohjauksen näkökulmasta. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 23. Tarkistuslista on liian pitkä. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 24. Tarkistuslistan mukaan on helppo edetä johdonmukaisesti ohjaustilanteessa. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 25. Tarkistuslistan käyttö nopeuttaa ohjausta. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 26. Tarkistuslistan käyttöönoton myötä kirjallisen materiaalin käyttö ohjauksessani on lisääntynyt. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 27. Tarkistuslistan käyttö on parantanut sisällöllisesti antamaani ohjausta. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 28. Tarkistuslistan käyttö helpottaa ohjauksen toteuttamista. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29. Käsikirjan käyttö tarkistuslistan apuna on parantanut tietämystäni syöpälääkehoidoista. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30. Tarkistuslistan avulla ohjattaessa potilaan mahdollisuudet vaikuttaa omaan hoitoonsa ovat parantuneet. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31. Haluan jatkaa tarkistuslistan käyttöä. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 32. Miten kehittäisit syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistaa? _____ | | | | |

Kiitokset vastauksestasi.



Saatekirje

SAATEKIRJE

14.11.2017

Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan kyselyyn, jonka tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien käsityksiä tarkistuslistan käytettävyydestä syövänhoidon vastuualueella. Kyselytutkimuksen tavoitteena on tunnistaa syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan jatkokehittämistarpeita. Tämä aineiston keruu toteutetaan osana opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on vahvistaa pilottikäytössä olleen syöpälääkehoidon potilasohjauksen tarkistuslistan teoreettista perustaa. Lupa aineiston keruuseen on saatu Tampereen yliopistollisen sairaalan opetusylihoitaja Susanna Teuholta 2.10.2017.

Vastauksesi antavat arvokasta tietoa tarkistuslistan käytettävyydestä hoitotyön apuvälineenä. Vastaaminen kyselyyn katsotaan tietoisesti suostumukseksi tutkimukseen osallistumisesta. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaajien sähköpostiosoitteita tai henkilöön liittyviä tunnistetietoja ei kerätä lainkaan anonymiteetin takaamiseksi. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Ole ystävällinen ja vastaa oheisen linkin kautta 4.12.2017 mennessä. Varaa vastaamiseen aikaa noin kymmenen minuuttia.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Virpi Sulosaari, TtT, lehtori, Turun ammattikorkeakoulu/ Terveys ja hyvinvointi.

Vastauksistasi kiittäen

Marjut Nieminen
Sairaanhoitaja, syövänhoidon kliininen asiantuntija YAMK-opiskelija
+358 41 503 6610
marjut.nieminen@edu.turkuamk.fi

Tarkistuslistan käyttö syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjauksessa

Tays / Syöpätaudit

Tarkistuslistan käyttö syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjauksessa

Tarkistuslistan käytöstä syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjauksen apuvälineenä on sovittu vastuualueitasoisesti yksiköiden toiminnan ja yhteistyön edistämiseksi. Yhteisen toimintatavan tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta, yhtenäistää ohjaukikäytänteitä sekä turvata hoitajien oikeudellista asemaa.

Tarkistuslistan käyttö:

- Ensikäynnin yhteydessä sairaanhoitaja lisää tarkistuslistan yksikön suosikeista moniammatillisiin määräyksiin ja ohjeisiin.
- Ohjattavat asiat on eritelty tarkistuslistaan ensikäynnin ja hoitokäynnin yhteydessä tapahtuviksi.
- Ensikäynnin sairaanhoitaja aloittaa potilaan ohjauksen ja merkitsee listaan ne asiat, jotka käy hänen kanssaan läpi. Potilaan tullessa saamaan ensimmäistä hoitoaan lääkehoitoon tai vuodeosastolle ohjausta jatketaan käymällä läpi loput asiat potilaan kanssa, jonka jälkeen lista kuitataan annetuksi määräyksistä.
- Ohjatun asian kohdalle kirjataan + kun ohjaus on annettu, muuten kohta jätetään tyhjäksi.
- Listaan voi lyhyesti myös kirjoittaa tekstiä. Pidemmät selvitykset kirjoitetaan Mirandaan hoitopäivälle. Listaan merkitään tällöin päivämäärä kyseisen tekstin hakemisen helpottamiseksi.
- Tarkistuslista kuitataan pois määräyksistä, vasta kun kaikki osa-alueet on käyty potilaan kanssa läpi.
- Huomioi, että potilaat tarvitsevat usein kertausta asioihin myöhempien hoitokäyntien yhteydessä.
- Tutustu [Syöpälääkehoitoa saavan potilaan ohjauksen käsikirjaan](#), joka on tehty tarkistuslistan käytön tueksi.
- Tarkistuslistasta on käytössä myös laminoitu taskuversio, jota voi hyödyntää apuna ohjauksessa.

Mistä löytyy:

- Avaa potilaan tiedoista ”**nuijan alta**” *moniammatilliset määräykset ja ohjeet* (MMO).
- Lisää *määräys/ohje*.
- Hae *suosikeista*.
- Valitse *toimipisteen suosikit*.
- Ohjeen tyyppiä *Toimenpiteet ja tutkimukset*.
- Hae suosikkia painamalla *nuolesta*.
- Valitse *syöpälääkehoidon tarkistuslista*, jolloin se avautuu määräyksiin ja on valmis muokattavaksi.
- Tallenna määräyksiin.

Intran lisäosuus

Tays/syöpätaudit

Tekijät/pvm: M. Nieminen, L. Aaltojärvi, T. Merikumpu, E. Rinkineva, M. Pollari, M. Bärlund/13.02.2018

Päivitetty/pvm: 27.3.2019

Hyväksyjät/pvm: T. Lehtinen/12.01.2018