



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

PREOPERATIIVINEN PUHELINSOITTO NIVELKIRURGISILLE LEIKO-POTILAILLE

Haastattelututkimus anestesiahoitajille

TEKIJÄ/T: Henna-Riikka Visuri
Jonna Hyvärinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Henna-Riikka Visuri ja Jonna Hyvärinen			
Työn nimi Preoperatiivinen puhelinsoitto nivelkirurgisille LEIKO-potilaille – Haastattelututkimus anestesiahoitajille			
Päiväys	29.3.2015	Sivumäärä/Liitteet	31/2
Ohjaaja(t) Erja Tengvall (TtT, Lehtori)			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala / Päiväkirurginen leikkausyksikkö			
<p>Tämä tutkimus oli jatkotutkimus Savonia-ammattikorkeakoulussa joulukuussa 2013 valmistuneelle Halosen ja Miettisen opinnäytetyölle ”Preoperatiivinen puhelinsoitto LEIKO-potilaalle”. Yhteistyökumppanina tutkimukselle toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) päiväkirurginen leikkausyksikkö, jonka toiminnan muutoksen ja muuton jälkeen kesällä 2015 preoperatiiviset puhelut siirtyvät anestesiahoitajien vastuulle. Heidän on määrä käyttää Halosen ja Miettisen tuottamaa II-vaiheen tarkistuslistaa työväliseen puhelinsoitoissa leikkauksiin tuleville LEIKO-potilaille.</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää LEIKO-potilaiden preoperatiivisiin puhelinsoittoihin valmistetun II-vaiheen tarkistuslistan käytettävyyttä anestesiahoitajien näkökulmasta. Tavoitteena oli kehittää LEIKO-potilaiden preoperatiivisiin puhelinsoittoihin valmistetun II-vaiheen tarkistuslistan toimivuutta ja tätä kautta vaikuttaa osaltaan potilasturvallisuuteen. Tämä tutkimus toteutettiin haastattelemalla anestesiahoitajia, jotka olivat kokeilleet II-vaiheen tarkistuslistaa nivelkirurgisten LEIKO-potilaiden preoperatiivisissa puhelinsoitoissa. Anestesiahoitajien haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja haastatteluihin osallistui kuusi anestesiahoitajaa. Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin sekä käytiin läpi aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan anestesiahoitajat kokivat II-vaiheen tarkistuslistan tarpeellisenä, tärkeänä ja kattavana apuvälisenä preoperatiivisiin puhelinsoittoihin. Anestesiahoitajat olivat tyytyväisiä II-vaiheen tarkistuslistan rakenteeseen muutamia korjausehdotuksia lukuunottamatta. Tyytyväisiä anestesiahoitajat olivat myös siihen, että II-vaiheen tarkistuslista oli selkeä ja ymmärrettävä. Anestesiahoitajat kokivat hyvänä II-vaiheen tarkistuslistan mukana tulevan asioiden kertauksen. Haastatteluissa nousi esille anestesiahoitajien tyytymättömyys siihen, ettei laboratoriokokeita tai potilaan mukaan otettavia varusteita ollut huomioitu tarkistuslistassa. Anestesiahoitajat kaipaivat tarkennusta lääkitys-, ravitsemus- sekä perussairauskohtiin. Potilaan saapumiseen liittyvistä asioista anestesiahoitajat nostivat esille saapumisajan, -paikan sekä toimenpidepäivän varmistamisen tärkeyden. Anestesiahoitajat kaipaivat erityisesti kohdan ”lisäkysymyksiä” korostamista. Lisäämisehdotuksena anestesiahoitajat toivat esille yhteydenotonumeron, jotta potilas tietäisi, mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.</p>			
Avainsanat LEIKO-toiminta, perioperatiivinen hoitotyö, preoperatiivinen puhelinsoitto, tarkistuslista			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Henna-Riikka Visuri ja Jonna Hyvärinen			
Title of Thesis Preoperative phone call to joint surgical FHTO-patient – an interview study to anesthetist nurses			
Date	29.3.2015	Pages/Appendices	31/2
Supervisor(s) Erja Tengvall PhD, Senior Lecturer			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital/			
<p>This thesis was a follow-up study to a thesis called "Preoperative call for FHTO patient" by Halonen and Miettinen which was completed at the Savonia University of Applied Sciences in December 2013. The study was conducted in cooperation with the day surgery unit of Kuopio University Hospital (KUH). Following the operational changes and relocation of the day surgery unit in the summer of 2015, preoperative phone calls will become the responsibility of anesthetist nurses. The nurses will be using the second phase of the checklist by Halonen and Miettinen as an aid in phone calls to FHTO-patients coming in for surgery.</p> <p>The purpose of this thesis was to examine the usability of the second phase of the two-phase preoperative phone call checklist from the viewpoint of anesthetist nurses. The aim was to improve the operability of the second phase of the two-phase preoperative phone call checklist as well as patient safety. The research was conducted by interviewing six anesthetist nurses who had tested the second phase of the two-phase checklist in preoperative calls to FHTO-patients coming in for joint surgery. The interviews were conducted as individual interviews. They were recorded, transcribed and analyzed using the inductive content analysis.</p> <p>According to the findings, the anesthetist nurses found the second phase of the two-phase checklist a necessary, important and comprehensive aid in preoperative phone calls. Apart from a few suggestions for improvement, the nurses were happy with the structure of the checklist. They also found the checklist clear and intelligible. The anesthetist nurses also liked the aspect of revision in the checklist. The interviews showed that the nurses were dissatisfied with the fact that the checklist did not address either laboratory tests or any possible equipment that needs to be brought in by the patient. The anesthetist nurses felt that the sections covering medication, nutrition and long-term medical conditions needed to be elaborated. They emphasized the importance of confirming the time, place and date of operations in the section dealing with the arrival of patients. The anesthetist nurses felt that the "additional questions" section in particular needed to be highlighted more. They suggested that a phone number be attached to ensure that the patients will know who to contact if necessary.</p>			
Keywords From home to operation, perioperative nursing, preoperative phone call, checklist			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	NIVELKIRURGINEN LEIKO-POTILAS	6
2.1	Potilasturvallisuus LEIKO-toiminnassa.....	7
2.2	Tarkistuslista	8
2.3	Puhelinohjaus hoitotyössä	9
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	11
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	12
4.1	Kvalitatiivinen tutkimus	12
4.2	Haastattelu tutkimusmenetelmänä	13
4.3	Aineiston keruu ja analysointi	13
5	TULOKSET	16
5.1	II-vaiheen tarkistuslistan yleiset ominaisuudet anestesiahoitajien näkökulmasta	16
5.2	Anestesiahoitajien positiiviset kokemukset II-vaiheen tarkistuslistasta	18
5.3	Anestesiahoitajien muutosehdotukset II-vaiheen tarkistuslistaan.....	19
5.4	Anestesiahoitajien näkemys II-vaiheen tarkistuslistan potilasasiatietojen kattavuudesta	21
6	POHDINTA.....	22
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	22
6.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	24
6.3	Oma ammatillinen kehittyminen.....	25
	LÄHTEET	26
	LIITE 1: PUHELINSOITTO 2.....	30
	LIITE 2: HAASTATTELULOMAKE II-VAIHEEN TARKISTUSLISTASTA	31

1 JOHDANTO

Preoperatiivisella puhelinsoitolla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilön soittamaa puhelua, jonka välityksellä ammattihenkilö antaa ennakko-ohjausta potilaan tulevan leikkauksen suhteen. Puhelinsoitto antaa mahdollisuuden hoitaa potilaan hoitoon liittyviä asioita ilman, että potilaan tarvitsee käydä vastaanotolla. (Halonen ja Miettinen 2013, 12; Hauffler ja Harrington 2011; Kontio ym. 2006, 77–78.)

Savonia-ammattikorkeakoulusta valmistui joulukuussa 2013 opinnäytetyö ”Preoperatiivinen puhelinsoitto LEIKO (leikkaukseen kotoa) -potilaalle”, jonka tuotoksena syntyi kirjallisuuteen perustuva kaksivaiheinen tarkistuslista. Tarkistuslista suunniteltiin avuksi preoperatiivisista puhelinsoitoista vastaaville sairaanhoitajille. Tässä tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan tarkistuslistan II-vaiheen (LIITE 1) toimivuutta käytännössä. II-vaiheen tarkistuslistan tarkoitus on auttaa anestesiahoitajia muistamaan asiat, joita heidän on käytävä läpi potilaan kanssa puhelimitse. (Halonen ja Miettinen 2012, 15.)

Kuopion yliopistolliseen sairaalaan (KYS) rakennetaan uusi leikkaus- ja anestesiayksikkö, jonka on määrä valmistua keväällä 2015. Ennen uusiin tiloihin siirtymistä päiväkirurginen yksikkö ottaa kokeiluun joulukuussa 2013 valmistuneen preoperatiiviseen puhelinsoittoon tarkoitetun kaksivaiheisen tarkistuslistan. Siirtymisen seurauksena päiväkirurginen yksikkö muuttuu vastaanotto-, anestesia- ja leikkaus- sekä kotitiutusyksiköksi, jossa anestesiahoitajien yhdeksi työtehtäväksi muodostuu preoperatiivisten puhelinsoittojen suorittaminen. (Ruotsalainen, 2014.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää LEIKO-potilaiden preoperatiivisiin puhelinsoittoihin valmistetun II-vaiheen tarkistuslistan käytettävyyttä anestesiahoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää LEIKO-potilaiden hoitoprosessin preoperatiivisiin puhelinsoittoihin valmistetun II-vaiheen tarkistuslistan toimivuutta ja sitä kautta vaikuttaa osaltaan potilasturvallisuuteen, hoidon jatkuvuuteen sekä tietojen siirtymiseen, joilla minimoidaan hoitovirheiden mahdollisuus mahdollisimman pieneksi. Lisäksi tavoitteena oli, että tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää sairaanhoitajien koulutuksessa, kun preoperatiivista puhelinsoittoa käydään läpi.

2 NIVELKIRURGINEN LEIKO-POTILAS

Nivelkirurginen LEIKO-potilas on osa perioperatiivista hoitoprosessia, jossa potilas käy läpi tarkasti suunnitellun hoitopolun preoperatiivisesta alkuvaiheesta postoperatiiviseen loppuvaiheeseen. Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan kolmeen eri vaiheeseen eli pre-, intra- ja postoperatiiviseen vaiheeseen. (Laisi 2012, 9; Lukkari, Kinnunen ja Korte 2013, 20–21; Tengvall 2010, 24.) Preoperatiivinen vaihe tarkoittaa leikkausta edeltävää hoitoa. Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas ja lääkäri tekevät leikkauspäätöksen. Preoperatiivisessa vaiheessa potilaan on tarkoitus valmistautua tulevaan leikkaukseen fyysisesti, psyykkisesti sekä sosiaalisesti. Preoperatiivinen vaihe päättyy, kun vastuu potilaan hoidosta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. Vastuu potilaasta siirtyy, kun vuodeosaston sairaanhoitajat luovuttavat potilaan leikkausosaston anestesiahoitajille ja antavat hänestä raportin. Intraoperatiivinen vaihe kattaa potilaan leikkausyksikössä vietetyn ajan. Postoperatiivinen hoito käynnistyy potilaan poistuessa leikkaussalista ja päättyy potilaan toipumiseen toimenpiteestä. (Iivanainen, Jauhiainen ja Syväoja 2010, 466; Laisi 2012, 16.)

LEIKO-toiminnan periaatteena on lyhentää kirurgisen potilaan sairaalassaolopäiviä kun preoperatiivinen sairaalapäivä jää hoitopolusta pois. LEIKO-toiminnassa preoperatiivisella puhelinsoitolla korvataan osittain preoperatiivinen käynti. Preoperatiivisella käynnillä potilas käy osastolla noin 1-6 päivää ennen leikkausta, jolloin sairaanhoitajat ohjeistavat potilasta tulevissa leikkausvalmisteluissa. (Halonen ja Miettinen 2013, 8–12; Keränen, Keränen ja Wäänänen 2006.) LEIKO-toiminnan vahvuudeksi katsotaan se, että toiminta on sopiva lähes kaikille kirurgisille potilaille ja erikoisaloille (Villman 2014, 22). Alueittain LEIKO-toiminnassa on jonkin verran vaihtelua. Hyvinkäällä LEIKO-potilaiksi valikoituvat kirurgiset, gynekologiset sekä nenä- ja kurkkutautien alaiset toimenpidepotilaat. Salon alueella LEIKO-potilaiksi ovat valikoituneet kirurgiset potilaat, joihin luetaan urologiset, vatsanalueen ja ortopediset toimenpiteet. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä LEIKO-potilaita ovat gynekologiset, rintakehän alueen ja yleiskirurgiset toimenpidepotilaat. (Sjöroos ja Takala 2012, 22.)

Potilas on LEIKO-prosessin keskipiste. LEIKO-toiminnassa potilas suorittaa leikkausta edeltävät valmistelut kotonaan puhelimitse annetun ohjeistuksen mukaisesti. LEIKO-prosessin ansiosta preoperatiivisesta vaiheesta jää pois kirurgisella vuodeosastolla ennen leikkausta vietetty aika. Potilas saapuu sairaalaan leikkauspäivän aamuna. Vuodeosaston sijaan potilas odottaa leikkausta LEIKO-toimintaa varten suunnitelluissa leikkaussalien lähellä sijaitsevilla tiloissa ja kävelee leikkaussaliin ilman esilääkitystä sairaanhoitajan saattamana. (Laisi 2010, 17–18; Tohmo 2010, 310; Sjöroos ja Takala 2012, 22; Villman 2014, 24.)

LEIKO -toiminnalla säästetään vuodepaikkoja kirurgisilla vuodeosastoilla sekä lisätään potilastytyväisyyttä (Laisi 2012, 17–18). Tämän toiminnan on todettu vähentävän jopa 73 % vuodeosaston henkilökunnan ajankäyttöä verrattaessa perinteiseen vastaanottomalliin, jossa potilas tulee vuodeosastolle odottamaan leikkausta (Sjöroos ja Takala 2012, 22). Tutkimuksen mukaan potilaat ovat olleet erittäin tyytyväisiä LEIKO-toimintaan ja erityisesti siihen, että he saavat viettää preoperatiivisen yön kotona tutussa ympäristössä (Laisi 2012, 17–18).

Nivelkirurginen potilas on henkilö, jolla on nivelvamma tai -tauti. Nivelkirurginen potilas kuuluu ortopedian erikoisalaan. Ortopedialla tarkoitetaan luiden, nivelten ja niihin liittyvien pehmytkudosten vammojen tai tautien diagnostiikkaa, hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Nivelkirurgiset potilaat hoidetaan pääosin tähytämällä, poislukien pitkälle edennyt nivelrikko, jonka hoitona on tekonivelleikkaus. (Ortopedian ja traumatologian tutkimussäätiö 2014.)

Yhteenvedona voidaan todeta, että perioperatiivinen prosessi on monivaiheinen matka potilaan leikkaukspäätöksestä toipumisaikaan kotona tai jatkohoitopaikassa. Tämä tutkimus pohjautuu ensimmäiseen eli preoperatiiviseen vaiheeseen, jossa potilas etenee tehdystä leikkaukspäätöksestä aina leikkauksaliin saakka. LEIKO-malli kehitettiin ratkaisuksi kasvaviin potilasmääriin ja yhtäaikaan kuitenkin rajallisiin resursseihin. LEIKO-toiminnan tarkoitus on vähentää potilaan sairaalassaoloaika ja tätä kautta sujuvoittaa perioperatiivista prosessia sekä potilaan että sairaalan näkökulmasta. (Laisi 2012, 8–9.) LEIKO-toiminta sopii useille potilasryhmille (Villman 2012, 22). Tässä tutkimuksessa potilasryhmäksi valittiin Kuopion yliopistollisen sairaalan päiväkirurgisen leikkausyksikön nivelkirurgiset potilaat yhdessä toimeksiantajan kanssa, johtuen nivelkirurgisten potilaiden suuresta määrästä (Ruotsalainen 2014).

2.1 Potilasturvallisuus LEIKO-toiminnassa

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, ettei hoidosta aiheudu haittaa potilaalle. Haittatapahtumalla tarkoitetaan potilaalle aiheutunutta haittaa, potilasvahinkoa tai lääkevahinkoa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014a). Käsitteenä potilasturvallisuus on laaja-alainen. Potilasturvallisuus kattaa terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden ja organisaatioiden ne periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus sekä suojataan potilasta vahingoittumasta. (Autti ja Keistinen 2013, 141–143; Sosiaali ja terveysministeriö 2009, 11.) Potilasturvallisuuden toteuttaminen on erittäin vaativaa perioperatiivisessa hoitoprosessissa. On arvioitu, että lähes puolet kaikista haittatapahtumista tapahtuu perioperatiivisen hoitoprosessin aikana. Yli puolet edellä mainituista haittatapahtumista olisi ehkäistävissä. (Kinnunen ja Peltomaa 2009, 94–95.)

Potilasturvallisuus on olennainen osa sairaanhoitoa ja erityisesti leikkaustoimintaa. Jokaisen leikkaustoiminnan vaiheen on onnistuttava, jotta perioperatiivinen hoitoprosessi olisi potilaalle mahdollisimman onnistunut ja turvallinen. Tämä edellyttää sitä, että preoperatiivinen vaihe on onnistunut ja leikkausvalmistelut on suoritettu oikein. Oikein suoritettavat leikkausvalmistelut parantavat leikkauksen onnistumista. Esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen ennen suunniteltua leikkausta helpottaa intubaatiota. (Hanskins, Amdur ja Vaziri 2014 3074–3080; Rodrigo 2000, 145.) Leikkausvalmisteluilla on vaikutusta myös leikkauksesta palautumiseen ja paranemiseen (Haapiainen 2013, 37–48; Heikkinen, Leino-Kilpi, Vahlberg ja Salanterä 2012, 14).

Potilasturvallisuuden toteutumisen vaativuutta LEIKO-prosessissa lisää se, että LEIKO-prosessin preoperatiivisen vaiheen aikana potilas saa leikkausohjeistuksen puhelimitse ja on itse suurimmaksi osaksi vastuussa esivalmisteluiden onnistumisesta. Preoperatiivisen puhelinoiton aikana hoitajan on

osattava kysyä potilaalta oikeat kysymykset riittävien taustatietojen kartoittamiseksi. Riittävien taustatietojen avulla pystytään ehkäisemään intraoperatiivisessa vaiheessa tapahtuvien komplikaatioiden mahdollisuutta. Preoperatiivista ohjausta antavien anestesiahoitajien vastuuseen kuuluu antaa mahdollisimman selkeää ohjausta, jotta potilas ymmärtää annetut ohjeet ja osaa niiden perusteella suorittaa esivalmistelut oikein. Preoperatiivisilla valmisteluilla on vaikutusta intraoperatiivisen vaiheen lisäksi postoperatiiviseen vaiheeseen. Hyvin tehdyillä esivalmisteluilla lisätään potilasturvallisuutta minimoiden esimerkiksi infektioiden syntyminen. (Haapiainen 2013, 37–48; Heikkinen, Leino-Kilpi, Vahlberg ja Salanterä 2012, 14.) Kokemusten mukaan LEIKO-toiminta lisää potilasturvallisuutta muun muassa vähentyneen tiedonsiirron kautta. Leikkausta edeltävä vuodeosastoyön jäädessä pois, hoitajien välinen raportointi vähenee ja tämän myötä tietokatkosten mahdollisuus pienenee. (Sjöroos ja Takala 2012, 22–23.)

Voidaan siis todeta, että potilasturvallisuus on tärkeä osa kaikkea hoitotyötä. Perioperatiivisessa hoitotyössä potilasturvallisuuden huomiointi korostuu, sillä LEIKO-prosessi tuo uuden näkökulman potilasturvallisuuden toteutumiseen kun potilas itse on osaksi vastuussa preoperatiivisten valmisteluiden toteutumisesta ohjeiden mukaisesti. LEIKO-prosessissa avainasemassa on preoperatiivisen puhelinoitoon suorittama henkilö, koska tämän henkilön ohjeistuksen mukaan potilas tulee toimimaan kotona. Jotta preoperatiivinen vaihe olisi onnistunut, tulee preoperatiivisen puhelinoitoon olla onnistunut ja potilaiden täytyy ymmärtää ohjeet, joita heille puhelimesta kerrotaan. LEIKO-prosessi kasvattaa potilasturvallisuutta vähentyneen raportoinnin ansiosta.

2.2 Tarkistuslista

Tutkittuun tietoon perustuvalla tarkistuslistalla voidaan yhdenmukaistaa preoperatiivisia ohjaus- ja hoitokäytänteitä (Halonen ja Miettinen 2013, 6). Tarkistuslista on potilasturvallisuutta lisäävä terveydenhuollon ammattihenkilöiden työkalu. Tarkistuslista sisältää potilasta koskevat keskeiset ja tarpeelliset tiedot, jotka tulee ottaa huomioon potilaan hoidossa. Tarkistuslistan käyttö sopii hoitopöytäluun vaihtuviin ohjaustilanteisiin, kuten leikkauksen preoperatiiviseen vaiheeseen, intraoperatiiviseen vaiheeseen sekä postoperatiiviseen vaiheeseen. Tarkistuslistan käyttöönotto vaatii toimintayksikön virallisen päätöksen ja käyttöönottoprosessi vaatii suunnitelmallisuutta muun muassa koulutusten ja seurannan suhteen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Savonia-ammattikorkeakoululle valmistui joulukuussa 2013 Halosen ja Miettisen tekemä opinnäytetyö ”Preoperatiivinen puhelinoitto LEIKO-potilaalle”, jonka tuotoksena syntyi kaksi vaiheinen tarkistuslista preoperatiivisten puhelinoitojen apuvälineeksi. Opinnäytetyön tuotokset pohjautuivat kirjallisuuskatsauksen tuloksiin, jonka sisältö kerättiin kymmenestä eri lähteestä. II-vaiheen tarkistuslistassa (KUVA 1) on tarkoitus edetä kronologisessa järjestyksessä keskustelunomaisesti läpikäyden päivää ennen leikkausta ja leikkauspäivän aamuna toteuttavat toiminnot. (Halonen ja Miettinen 2013, 24–28.)

PUHELINSOITTO 2

(Päivää ennen tai edellisenä arkipäivänä, kun toimenpideaika on suunniteltu leikkausyksikön aikatauuun.)

- Yhteystietojen varmistaminen ja päivitys
- Leikkausajan ja paikan varmistaminen (varmistetaan, että potilas osaa saapua oikeaan paikkaan.)
- Onko terveydentilassa tapahtunut muutoksia?
- Toimenpidealueen ihon kunto
- Aiemmin saatujen ohjeiden kertaus

Lääkitys

Paasto

Nesteet

Alkoholi

- Varmistetaan, että potilas tietää minne ottaa yhteyttä mikäli kysymyksiä ilmenee.
- Tarkistetaan, jäikö potilaalle kysyttävää leikkauksesta, leikkauspäivän kulusta tai saadusta ohjeistuksesta.

KUVA 1. Puhelinsoitto 2 (Halonen ja Miettinen 2013, 29.)

2.3 Puhelinohjaus hoitotyössä

Potilaan ohjaaminen on laissa määritelty potilaan oikeuksiin kuuluvaksi. Potilasohjauksen on oltava potilaalle riittävää ja ymmärrettävää, jotta potilas voi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilasohjaus on suunniteltua potilaan tiedon tarpeisiin vastaavaa toimintaa. Olennaista potilasohjauksessa on se, että potilaalla tulee olla mahdollisuus kysymysten esittämiseen. (Koskela ja Salanterä 2008, 6–7.)

Yksi potilasohjauksen menetelmistä on puhelinohjaus (Kotsjukova ja Salanterä 2008, 20). Puhelinohjaus hoitotyössä on terveydenhuollon ammattilaisen puhelimitse toteuttamaa yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa (Nikula, Kaakinen, Kyngäs ja Kääriäinen 2014, 5). Puhelinohjauksen rooli terveydenhuollossa on keskeinen ja puhelinohjausta pidetään yhtenä tärkeänä hoitotyön menetelmänä. Puhelinohjauksella pyritään vaikuttamaan terveystalouden koordinointiin, resurssien hallintaan sekä palveluiden tasavertaiseen saatavuuteen. (Orava, Kääriäinen ja Kyngäs 2012a, 216.)

Puhelinohjauksen toteuttamisessa on kaksi eri tapaa: reaktiivinen puhelinohjaus ja proaktiivinen puhelinohjaus. Tässä tutkimuksessa anestesiahoitajat toteuttivat proaktiivista puhelinohjausta. Proaktiivisessa puhelinohjauksessa hoitaja aloittaa ennalta suunnitellun hoitosuhteen. Proaktiivisella puhelinohjauksella pyritään tasapainoiseen sairauden hallintaan, hoitoon sitouttamiseen, asiakas turvallisuuden sekä resurssien hallintaan. Puhelinohjauksen tarve kasvaa kun sairaalassaolojaksot lyhentyvät. (Orava, Kääriäinen ja Kyngäs 2012b, 232–234.)

Kansainvälisten havaintojen perusteella on todettu, että potilaat ovat tyytyväisiä puhelinohjauksella toteutettuun etähoitoon. Potilastyytyväisyyttä lisää viiveetön hoito, hoidosta tiedottaminen puhelimitse ja esikäynnin odotuksen poisjäänti. (Kuusisto, Keränen, Oksanen ja Saranto 2013, 667.)

Voidaankin todeta, että puhelinohjaus on yksilöllistä potilaan tarpeita vastaavaa potilasohjausta ja sopii resursseja säästäväksi ohjausmenetelmäksi terveydenhuollon ammattihenkilöille. Puhelinneuvontaa voidaan pitää turvallisena ja tehokkaana terveydenhuollon toimintona, jota toteutetaan laadukkaan hoitotyön näkökulmista (Nikula, Kaakinen, Kyngäs ja Kääriäinen 2014, 11).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää LEIKO-potilaiden preoperatiivisiin puhelinsoittoihin valmistetun II-vaiheen tarkistuslistan käytettävyyttä anestesiahoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää LEIKO-potilaiden preoperatiivisiin puhelinsoittoihin valmistetun II-vaiheen tarkistuslistan toimivuutta ja sitä kautta osaltaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen, hoidon jatkuvuuteen sekä tietojen siirtymiseen, joilla minimoidaan hoitovirheiden mahdollisuus mahdollisimman pieneksi. Lisäksi tavoitteena oli, että tutkimustuloksia voidaan jatkossa hyödyntää sairaanhoitajien koulutuksessa, kun preoperatiivista puhelinsoittoa käydään läpi.

Tavoitteena tutkimuksen tekijöillä oli perehtyä tutkimusprosessin toteuttamiseen laadullisen tutkimusmenetelmän periaattein. Tätä kautta tuetaan tekijöiden ammatillista kehittymistä. Tavoitteena oli lisäksi kasvattaa tekijöiden tietämystä preoperatiivisesta LEIKO-toiminnasta ja sen kehittämisestä.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Mitä vahvuuksia II-vaiheen tarkistuslistassa on anestesiahoitajien mielestä?
2. Mitä heikkouksia II-vaiheen tarkistuslista sisältää anestesiahoitajien mielestä?
3. Mikä on anestesiahoitajien näkemys II- vaiheen tarkistuslistan käytettävyydestä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen toimeksiantajana toimi Kuopion yliopistollisen sairaalan päiväkirurginen leikkausyksikkö. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä KYS:n päiväkirurgisen leikkausyksikön anestesiahoitajien kanssa. Tutkimus oli laadullinen eli kvalitatiivinen haastattelututkimus. Ennen haastatteluja perehdyttiin teoriatietoon sekä tutkimuksiin esimerkiksi LEIKO-toiminnasta ja preoperatiivisen vaiheen merkityksestä perioperatiivisessa hoitotyössä. Lisäksi perehdyttiin pohjatyönä toimivaan 2013 valmistuneeseen opinnäytetyöhön ”Preoperatiivinen puhelinsoitto LEIKO-potilaalle”. Haastattelut nauhoitettiin ja käytiin läpi induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Haastatteluissa selvitettiin tarkistuslistan käytettävyyttä preoperatiivisiapuheluja soittaessa. Pyrkimyksenä oli selvittää, miten anestesiahoitajat itse kokevat tarkistuslistan käytettävyyden sekä tarkistuslistan mahdolliset epäkohdat.

4.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Laadulliselle tutkimukselle ominaista on, että tutkimuksen aineiston keräys toteutetaan todellisissa tilanteissa. Laadullinen tutkimus on kartoittavaa ja kokonaisvaltaista. Tarkoitus on saada tutkittavasta aiheesta mahdollisimman syvälinen kuvaus. Laadulliselle tutkimukselle välttämätöntä ei ole aiheesta olemassa oleva aiempi tieto, tutkimukset tai teoriat, koska tarkoituksena ei ole perustella aiemmin esitettyjä väitteitä. Laadullisella tutkimuksella pyritään löytämään uusia tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 161; Kananen 2008, 30–32.)

Tutkittavien valinta on tärkeä osa laadullista tutkimusta, sillä väärät valinnat voivat vaikuttaa negatiivisesti tutkimustuloksiin. Tavoitteeksi tutkittavien valitsemiselle voi mainita sen, että tutkittavat tietäisivät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. (Kananen 2008, 37.) Toinen oleellinen asia on tutkittavien määrä, jotta saataisiin riittävä määrä muuttumatonta informaatiota. Toisaalta uskotaan, että 15 henkilöä on niin sanottu tutkittavien maksimimäärä, jotta vältytään informaation toistumiselta. Tutkittavia voi olla vähemmänkin, mutta suurempi määrä voisi aiheuttaa aineiston toistumista. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkittavat tuntevat tutkittavan ilmiön mahdollisimman hyvin. Tutkijoiden tuntemus ilmiöstä ei ole niinkään oleellisessa asemassa. Tutkijoiden vastuulla on, etteivät he aseta tutkittavaa ilmiötä kohtaan minkäänlaisia ennakoasenteita tai -olettamuksia. (Kananen 2008, 28–38.)

Tämä tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena haastattelututkimuksena. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimusmenetelmä, koska tutkittava kohde oli uusi ilmiö josta aiempaa tietoa ei juuri ollut. Kuopion yliopistollisessa sairaalassa nykyisessä toimintamallissa preoperatiivisia puhelinsoittoja soittavia anestesiahoitajia ei ole. Tämän vuoksi luotettavan määrällisen tutkimusaineiston kerääminen ei ollut mahdollista. Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin haastatteleamalla Kuopion yliopistollisen päiväkirurgisen leikkausyksikön kuutta anestesiahoitajaa, jotka olivat ennalta testanneet II-vaiheen tarkistuslistaa käytännössä. Laadullisen tutkimusmenetelmän valintaa tuki haastateltavien lukumäärä sekä se, että haastateltavilla oli jonkin verran kokemusta preoperatiivisista puhelinsoitoista.

4.2 Haastattelu tutkimusmenetelmänä

Terveysthuollossa haastattelu on menettämänä erityisen paljon käytetty, sillä potilaita haastatellaan muun muassa tulotilanteissa, hoitotilanteissa ja terapeuttisissa keskusteluissa. Haastattelu tutkimusmenetelmänä sopii sekä laadulliseen että määrälliseen tutkimukseen. Haastattelua voi olla monenlaista. Yhdistävä tekijä kaikelle haastattelulle on se, että haastattelija esittää haastateltavalle kysymyksiä, jotka liittyvät tutkimuskysymyksiin. Näillä kysymyksillä pyritään ratkaisemaan olemassa oleva tutkimusongelma. Haastattelu voi muotoutua monella tapaa; haastattelu voidaan luokitella siihen osallistuvan ihmismäärän mukaan yksilö- tai ryhmähaastatteluksi tai haastattelun toteutustavan mukaan: kasvokkain suoritettava haastattelu tai puhelinhaastattelu. Haastattelun strukturointiaste määrittelee myös haastattelun muotoutumista, eli onko kyseessä strukturoitu haastattelu, puolistrukturoitu haastattelu, teemahaastattelu vai strukturoimaton haastattelu. (Kananen 2008, 73; Kylmä ja Juvakka 2007, 77.)

Strukturoidussa haastattelussa tai niin kutsutussa lomakehaastattelussa kysymykset ja vastausvaihtoehdot on tarkasti määritelty. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset on tarkkaan määritelty, mutta strukturoidusta haastattelusta poiketen vastausvaihtoehdot puuttuvat. Teemahaastattelu on luonteeltaan strukturoitua haastattelua väljempi, teemahaastattelussa haastattelijalla on yksi tai useampi ennakkoon määritelty avainkysymys tai teema, jotka muodostavat haastattelun rakenteen. Strukturoimaton eli avohaastattelu on haastattelumuodoista väljin. Avohaastattelun ero tavalliseen keskusteluun on se, että se liittyy tutkittavaan ilmiöön. (Kananen 2008, 74–75; Kylmä ja Juvakka 2007, 80–81.)

Tässä tutkimuksessa haastattelut toteutettiin kasvokkain yksilöhaastatteluina kuudelle vapaaehtoiselle anestesiahoitajalle, jotka testasivat preoperatiivisia puhelinsoittoja nivelkirurgisille potilaille päiväkirurgisessa leikkausyksikössä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Haastatteluiden runkona käytettiin niitä varten suunniteltua haastattelulomaketta (LIITE 2). Tässä tutkimuksessa käytettiin puolistrukturoitua haastattelumallia, mikä tarkoittaa sitä, että jokaisella haastateltavalle esitettiin samat kysymykset samassa järjestyksessä. Ennalta annettuja vastausvaihtoehtoja ei ollut, vaan anestesiahoitajat vastasivat kysymyksiin omien kokemuksiensa perusteella.

4.3 Aineiston keruu ja analysointi

Laadullisen tutkimuksen analysoinnissa sisällönanalyysi on monipuolinen metodi. Sisällönanalyysi sopii metodiksi yksinään tai se voidaan liittää osaksi erilaisia analyysikonanaisuuksia (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysillä pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä laajasti, mutta tiiviisti eritellen esimerkiksi eroja ja yhtäläisyyksiä. Analysoinnin tuotoksena syntyy erilaisia malleja ja käsittekarttoja. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2009, 134). Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jossa tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissa teoria ja tutkimustieto ohjaavat analyysin toteuttamista, mutta analyysin lopputuloksen kanssa niillä ei ole tekemistä. Aineistolähtöistä analyysia tehdessä tutkimuksen aineiston keruu on melko vapaata. Analyysin pohjalta voidaan havaita tutkimus-

tiedon vaikutus lopputulokseen, mutta myös uusien ajatusten syntyminen tutkittuun aiheeseen. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 95–97.)

Ennen aineiston keräämistä, tutkimukselle haettiin tutkimuslupaa Kuopion yliopistollisen sairaalan tutkimuslupakäytänteitä noudattaen. Tutkimusluvan myönsivät leikkaus- ja anestesiatoiminnan ylihoitaja sekä henkilöstöpäällikkö. Aineisto kerättiin haastattelemalla Kuopion yliopistollisen sairaalan päiväkirurgisen leikkausyksikön kuutta anestesiahoitajaa, jotka olivat testanneet joulukuussa 2013 opinnäytetyön myötä valmistunutta II-vaiheen tarkistuslistaa aikavälillä 14.5.2014 - 24.5.2014. Tutkimukseen osallistuvat anestesiahoitajat valittiin heidän oman halukkuutensa mukaan. Jokaisen haastateltavan kohdalla kysyttiin erikseen sanallinen lupa haastattelun nauhoittamista varten. Haastattelu oli puolistrukturoitu, mikä tarkoittaa sitä, että haastateltaville esittiin samat kysymykset samassa järjestyksessä, mutta vastausvaihtoehtoja ei annettu etukäteen. Haastatteluissa apuna käytettiin haastatteluja varten valmistettua haastattelulomaketta (LIITE 2). Haastattelut toteutettiin 24.6.2014 yhden päivän aikana, yksilohaastatteluina leikkausyksikkö 4301:n kokoushuoneessa. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sisällönanalyysiä varten.

Tämän tutkimuksen tulokset analysoitiin aineistolähtöisesti vaihe vaiheelta (KUVIO 1). Aluksi haastattelut kuunneltiin ja kirjoitettiin sanasta sanaan tekstiksi. Haastattelujen litteroinnin tuotoksena syntyi yhteensä 10 tekstisivua, joista pelkistettyjä ilmauksia lähdettiin etsimään lukemalla ja perehtymällä tekstiin. Tekstistä ympyröitiin samalla värillä samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut. Erilaisia väri-ryhmiä tuli yhteensä 13. Väriryhmien perusteella pelkistetyt ilmaukset listattiin omiin ryhmiinsä, joiden mukaan muodostettiin alaluokkia.

Alaluokkia muodostui yhteensä 23 kappaletta, jotka ryhmiteltiin samaa asiaa koskeviksi asiakokonaisuuksiksi ja jaettiin neljään eri taulukkoon teemojensa mukaisesti. Yläluokat muodostettiin alaluokista ja yläluokkia muodostui yhteensä 10 kappaletta. Taulukot nimettiin muodostettujen pääluokkien mukaan, joita syntyi yhteensä neljä kappaletta: taulukko 1. II-vaiheen tarkistuslistan yleiset ominaisuudet anestesiahoitajien näkökulmasta, taulukko 2. Anestesiahoitajien positiiviset kokemukset II-vaiheen tarkistuslistasta, taulukko 3. Anestesiahoitajien muutosehdotukset II-vaiheen tarkistuslistaan ja taulukko 4. Anestesiahoitajien näkemys II-vaiheen tarkistuslistan potilasasiatietojen kattavuudesta.

Taulukko 1. II-vaiheen tarkistuslistan yleiset ominaisuudet anestesiahoitajien näkökulmasta sisältää pelkistetyistä ilmauksista muodostuneita alaluokkia seitsemän ja alaluokista muodostettuja yläluokkia kolme. Taulukko 2. Anestesiahoitajien positiiviset kokemukset II-vaiheen tarkistuslistasta muodostuu viidestä alaluokasta ja kahdesta yläluokasta. Taulukko 3. Anestesiahoitajien muutosehdotukset II-vaiheen tarkistuslistaan muodostuu seitsemästä alaluokasta ja kolmesta yläluokasta. Taulukko 4. Anestesiahoitajien näkemys II-vaiheen tarkistuslistan potilasasiatietojen kattavuudesta muodostuu neljästä alaluokasta ja kahdesta yläluokasta.



KUVIO 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet (mukailien Tuomi ja Sarajärvi 2009, 109.)

5 TULOKSET

5.1 II-vaiheen tarkistuslistan yleiset ominaisuudet anestesiahoitajien näkökulmasta

Anestesiahoitajilta kysyttiin käyttökokemuksia II-vaiheen tarkituslistasta haastattelulomakkeen avulla. Anestesiahoitajia pyydettiin kuvailemaan II-vaiheen tarkituslistan toimivuutta, käytettävyyttä, rakennetta, ymmärrettävyyttä ja selkeyttä. Toimivuudella tarkoitettiin II-vaiheen tarkituslistan istuvuutta käyttöympäristöönsä, joka tässä tapauksessa oli perioperatiivinen hoitotyön kenttä. Käytävyydellä tarkoitettiin tarkituslistan käytännönläheisyyttä, sopivuutta työhön ja potilasohjaukseen sekä sitä, miten II-vaiheen tarkituslista vastaa anestesiahoitajien tarpeisiin preoperatiivisten puhelinsoittojen apuvälineenä. Rakenteella tarkoitettiin II-vaiheen tarkituslistan rakenteen loogisuutta, eli onko kysymykset valikoitu ja muotoiltu oikein II-vaiheen tarkituslistan käyttötarkoitusta ajatellen sekä sitä, ovatko kysymykset loogisesti aseteltu ja tulevatko ne oikeassa järjestyksessä. Ymmärrettävyydellä tarkoitettiin sitä, onko tarkituslista niin ymmärrettävä, että sitä pystyisi käyttämään uusikin työntekijä. Selkeydellä tarkoitettiin II-vaiheen tarkituslistan yleiskuvaa, joka anestesiahoitajille tuli koekäytöstä.

TAULUKKO 1. II-vaiheen tarkistuslistan yleiset ominaisuudet anestesiahoitajien näkökulmasta

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Asiat olivat loogisessa järjestyksessä Aika looginen järjestys Listan järjestys ei sinänsä ongelmallinen Tarkistuslista looginen Hyvä looginen järjestys	Tarkistuslistan rakenteen loogisuus	Kokemus tarkistuslistan yleisistä ominaisuuksista	II-vaiheen tarkistuslistan yleiset ominaisuudet anestesiahoitajien näkökulmasta
Rakenne hyvä Rakenne ideaalinen Runkona hyvä idea Yksinkertainen runko käy En osaisi jättää mitään pois	Tarkistuslistan rakenne		
Tarkistuslista on ymmärrettävä Lista ymmärrettävä Ymmärrettävä tarkistuslista Ihan selkeä tarkistuslista Selkeä ja ymmärrettävä lista	Tarkistuslistan selkeys ja ymmärrettävyys		
Tarpeelliset asiat tulivat esille Kaiken kattava Kattavasti kaikki asiat Listalla kaikki oleellinen Lista hyvä ja tarpeellinen Listan kohdat tärkeitä	Tarkistuslistan sisältö	Tarkistuslistan käyttöominaisuudet	
Listaa pystyy käyttämään työssä Ei edetty listan mukaisessa järjestyksessä Kuka olisi oikea ihminen tekemään soiton Kirjaus tärkeää, soittaja ei välttämättä mukana potilaan leikkauksessa Lista on toimiva	Tarkistuslistan käyttö työssä		
Koskee kaikkia kirurgisia potilaita Toimii myös nivelkirurgisilla potilailla Hyvä nivelkirurgisille potilaille Toimii nivelkirurgisilla potilailla	Tarkistuslistan soveltuvuus eri potilasryhmille	Tarkistuslistan käyttö potilasohjauksessa.	
Potilaat kokeneet varmistamisen hyvänä Hyvä, koska potilaalla mahdollisuus esittää kysymyksiä Potilaat ihmettelivät asioiden kertaamista Nivelkirurgisille potilaille asiat jo tuttuja	Potilaiden kokemus tarkistuslistasta		

Anestesiahoitajien mielestä II-vaiheen tarkistuslista oli tarpeellinen, tärkeä ja kattava apuväline preoperatiivisiin puhelinsoittoihin. Anestesiahoitajien mielipide oli se, että II-vaiheen tarkistuslistaa pystyy käyttämään päivittäisessä työssä. Huolenaiheina pinnalle nousi lähinnä kirjaamisen tärkeyden korostaminen sekä se, että kuka olisi oikea ihminen suorittamaan preoperatiiviset puhelinsoitot. Anestesiahoitajat olivat sitä mieltä, että II-vaiheen tarkistuslistan käyttö sopii hyvin nivelkirurgisille potilaille, mutta sitä voi käyttää myös kaikilla muillakin kirurgisilla potilailla. Anestesiahoitajat kuvasivat II-vaiheen tarkistuslistan rakennetta loogisena, hyvänä ja ideaalisena. Anestesiahoitajien mielestä II-vaiheen tarkistuslistan rakenne oli sellainen, ettei siitä osaisi jättää mitään pois. Anestesiahoitajat kokivat II-vaiheen tarkistuslistan selkeänä ja ymmärrettävänä sekä toimivana.

5.2 Anestesiahoitajien positiiviset kokemukset II-vaiheen tarkistuslistasta

Anestesiahoitajia pyydettiin kuvailemaan II-vaiheen tarkistuslistan hyviä puolia. Haastattelemalla saatuja tutkimustuloksia on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2 Anestesiahoitajien positiiviset kokemukset II-vaiheen tarkistuslistasta

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Asiat oli hyvä kerrata On hyvä, että kerrataan saadut ohjeet Järjestyksen varmistaminen tärkeä	Asioiden kertaus	Saapumiseen liittyvä ohjeistus	Anestesiahoitajien positiiviset kokemukset II-vaiheen tarkistuslistasta
Ilmoittautumisajan kertaaminen hyvä Saapumispaikan varmistaminen hyvä Kohta, jossa yhteydenotonnumero hyvä Viimeinen "onko kysyttävää"-kohta hyvä	Saapuminen ja yhteydenotto		
Ihon kunto oli hyvä kerrata Ihon kunto tärkeä kerrata nivelkirurgisilla potilailla Ihon kunto kohta tärkeä Kysymys ihon kunnosta ja yleisestä voinnista hyvä	Kertaus ihon kunnosta	Lääkitys, ravitseminen ja ihonkunto	
Lääkkeiden varmistaminen eritoten hyvä Erityisesti lääkityskohta tärkeä	Lääkekohdan merkitys		
Ravinnotta ja juomatta olo hyvä kerrata Ravinnotta olo tärkeää kerrata	Ravitsemuksen läpikäyminen		

Hyvänä asiana anestesiahoitajat kuvasivat II-vaiheen tarkistuslistan läpikäymisen mukana tulevaa kertausta leikkausvalmisteluihin, joita käydään läpi preoperatiivisella käynnillä muutamia viikkoja ennen leikkausta. Anestesiahoitajat kuvasivat II-vaiheen tarkistuslistan hyväksi ominaisuudeksi ihon kunnan kertaamisen, koska erityisesti nivelkirurgisilla potilailla ihon kunto on merkittävä tekijä viimeisintä leikkauspäätöstä tehtäessä.

Hyvänä asiana anestesiahoitajat näkivät myös lääkityksen ja ravitsemuksen läpikäymisen ennen leikkauspäivän aamua. Potilaan saapumispaikan, -ajan ja yhteydenotonnumeron kertaus nähtiin myös positiivisena asiana II-vaiheen tarkistuslistalla.

5.3 Anestesiahoitajien muutosehdotukset II-vaiheen tarkistuslistaan

Haastattelussa selvitettiin mahdollisia muutostarpeita ja heikkouksia II-vaiheen tarkistuslistassa. Haastattelemalla saatuja tutkimustuloksia on esitetty taulukossa 3.

TAULUKKO 3 Anestesiahoitajien muutosehdotukset II-vaiheen tarkistuslistaan.

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Kerrottava, mitä potilaan tulee ottaa mukaan sairaalaan Ohjeistettava potilasta ottamaan apuvälineet mukaan sairaalaan	Leikkaukseen mukaan otettavat tavarat	Leikkaukseen saapumiseen liittyvät muutosehdotukset	Anestesiahoitajien muutosehdotukset II-vaiheen tarkistuslistaan
Laboratoriokokeisiin liittyvä kysymys listalle Laboratoriokokeissa käyminen varmistettava Laboratoriokokeisiin liittyvä kysymys lisättävä listalle Laboratoriokokeet listalle	Laboratoriokokeiden puuttuminen listalta		
Paasto- ja nesteetkohta yhdistettävä saman otsikon alle Paastokohtaa tarkennettava Paasto ei kovin hyvä sana Nesteet-kohtaa pitäisi tarkentaa Paasto- ja nesteet- kohtaa voisi tarkentaa Nesteet-kohta turha Alkoholikohta ei järin tärkeä Alkoholikohta turha Alkoholikohta ei tässä vaiheessa tärkeä	Ravitsemukseen liittyvien kysymysten tarkennus	Potilaan valmistautumiseen liittyvät muutosehdotukset	
Ei sinänsä lisättävää Ei muutettavaa listassa Voisi olla pääotsikko, jonka alla tarkentavia alaotsikoita Lauseita voisi yksinkertaistaa Aiemmat ongelmat toimenpiteissä ja anestesiaissa listalle	Muutosehdotuksia rakenteeseen		
Lääkityskohtaa tarkennettava Lääkityskohta tarkennettava lääkeryhmittäin Lääkityskohtaa voisi tarkentaa Ihon kunnosta kysyvää kysymystä tarkennettava	Lääkitys- ja ihon kuntokohdan riittämättömyys		
Kellonaika ja paikka varmistettava Kellon aikaa korostettava, mikäli käytävä tutkimuksissa ennen toimenpidettä	Potilaan saapumiseen liittyvä ohjeistus	Potilaan ohjauksen tarkentaminen	
Kohta potilaan kysymyksille lisättävä Kysyttävä potilaalta mahdollisia kysymyksiä toimenpiteeseen/anestesiaan liittyen Ohjeistettava potilasta kirjoittamaan mieleen tulevat kysymykset ylös Kertomus leikkauspäivän kulusta ei merkittävä	Potilaan ohjaus		

Osa anestesiahoitajista toi esille, ettei tarkituslistalle lisättäviä asioita ole. Haastatteluissa nousi esille anestesiahoitajien tyytymättömyys siihen, ettei laboratoriokokeita tai potilaan mukaan otettavia varusteita ollut huomioitu tarkituslistassa ollenkaan. Tarkennusta anestesiahoitajat toivoivat lääkityskohtaan. Myös ihonkunnosta kysyvään kohtaan toivottiin tarkennusta. Ennen kaikkea nivelkirurgisilla potilailla korostuu koko ihonkunto toimenpidealueen ihon kunnan sijaan. Anestesiahoitajat toivat esille myös ravitsemuskohdan tarkennuksen, erityisesti alkoholikohta nähtiin tarpeettomana tässä vaiheessa perioperatiivista prosessia.

Potilaan saapumiseen liittyvistä asioista anestesiahoitajat nostivat esille saapumisajan, -paikan sekä toimenpidepäivän varmistamisen tärkeyden. Esimerkiksi sellaisten potilaiden kohdalla tämä seikka nousi tärkeäksi, joiden on käytävä laboratoriokokeissa ennen toimenpidettä. Anestesiahoitajat kaipa- sivat kohdan "lisäkysymyksiä" korostamista. Anestesiahoitajat toivoivat yhteydenottonumeron lisäksi ohjeistusta siihen, että potilaat kirjoittaisivat itselleen ylös mieleen nousevia kysymyksiä, joita he voisivat tarvittaessa esittää hoitohenkilökunnalle toimenpidepäivän aamuna.

Tarkituslistan rakenteeseen anestesiahoitajat toivoivat muutoksia. Anestesiahoitajat ehdottivat, että tarkituslista voisi rakentua siten, että olisi asiakokonaisuutta käsittelevä pääotsikko, jonka alla olisi pääotsikkoa tarkentavia alaotsikoita. Myös lauseiden yksikertaistamista toivottiin, esimerkkinä kerrottiin terveydentilan muutoksista kysyvän kysymyksen muuttamista muotoon "oletko terve?". Kerto- musta leikkauspäivän kulusta ei nähty merkittävänä potilaan kannalta. Lisäehdotuksena II-vaiheen tarkituslistaan anestesiahoitajat toivoivat kysymystä potilaan aiempien toimenpiteiden ja anestesi- oiden mahdollisista ongelmista.

5.4 Anestesiahoitajien näkemys II-vaiheen tarkistuslistan potilasasiatietojen kattavuudesta

Anestesiahoitajilta kysyttiin mielipidettä potilasasiatietoihin liittyvistä kohdista II-vaiheen tarkistuslistalla. Haastatteleamalla saatuja tuloksia on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Anestesiahoitajien näkemys II-vaiheen tarkistuslistan potilasasiatietojen kattavuudesta

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Ei kaippaa potilasasiatietoihin lisäystä Ei poistettavaa potilasasiatietoihin liittyen	Potilasasiatiedot riittävät	Potilaan taustatietoihin liittyvät kohdat	Anestesiahoitajien näkemys II-vaiheen tarkistuslistan potilasasiatietojen kattavuudesta
Yhteystiedot jo varmistettu Yhteystiedotkohta turha Ortopedisillä yhteystiedot jo tarkistettu Yhteystietojen varmistaminen ja päivitys ei tarpeellinen Yhteystietojen varmistaminen ja päivitys ei merkittävä	Potilaan yhteystiedot		
Varmistava kysymys lääkeaineallergioista ja allergian oireista listalle Potilaan mahdolliset allergiat listalle Allergioista oma kysymys listalle Allergiat voisi mahdollisesti lisätä listalle	Allergiakohdan puuttuminen	Potilaan perussairaudet ja allergiat	
Sairauksittain (DM, RR, ASTMA) huomioitava lääkkeet, joita ei saa ottaa ennen toimenpidettä Mahdolliset alakohdat tietyille sairauksille listaan (DM, RR ja ASTMA) Lääkityskohtaan esim. suluissa astma	Perussairaudet ja lääkitys		

Osa anestesiahoitajista oli sitä mieltä, että potilasasiatiedot eivät kaippaa lisäystä, eikä niihin liittyen ole mitään poistettavaa. Anestesiahoitajat kaipasivat allergiakohdan lisäämistä tarkistuslistalle sekä tarkennusta vielä lääkeaineallergioihin. Kokemus potilaan yhteystietojen varmistamisesta ja päivityksestä koettiin turhana ja merkityksettömänä, koska potilaiden yhteystiedot on tarkistettu jo aiemmassa vaiheessa.

Potilaan perussairauksia toivottiin huomioitavan tarkistuslistassa paremmin. Anestesiahoitajat toivoivat, että tietyille toimenpiteen kannalta merkittäville perussairauksille tehtäisiin omat kohdat ja näihin kohtiin lisättäisiin lääkkeet, joita ennen toimenpidettä ei saa ottaa.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

KYS:ssa preoperatiivisiin puhelinsoittoihin perehtyneitä anestesiahoitajia on tähän asti ollut vähän. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla anestesiahoitajilla ei ollut suunniteltu erillistä aikaa soittojen tekemiseen vaan soitot tehtiin muun työn ohella. Tämän seikan osa hoitajista koki kuormittavaksi ja olisi toivonut preoperatiivisten puhelinsoittojen tekemiselle enemmän aikaa. Tässä tutkimuksessa selvitettiin LEIKO-potilaiden preoperatiivisiin puhelinsoittoihin valmistetun II-vaiheen tarkistuslistan toimivuutta anestesiahoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen myötä saatiin tietoa II-vaiheen tarkistuslistan parannusehdotuksista.

Tutkimuksessa haastateltaviksi valikoituneet anestesiahoitajat osallistuivat tutkimukseen oman halukkuutensa mukaan. Potilaat, joille preoperatiivisia puhelinsoittoja tehtiin, olivat nivelkirurgisia potilaita. LEIKO-toiminnan odotetaan kasvavan KYS:ssa uuden valmistuvan päiväkirurgisen yksikön myötä ja siksi koettiin tärkeäksi lähteä kehittämään toimivaa tarkistuslistaa puhelinsoittojen tueksi.

Haastattelemalla kerätty aineisto osoittaa, että II-vaiheen tarkistuslista on kaivattu ja tarpeellinen apuväline preoperatiivisia puhelinsoittoja soittaville anestesiahoitajille. Haastatteluissa anestesiahoitajilta kysyttiin tarkistuslistan yleisistä ominaisuuksista liittyen tarkistuslistan toimivuuteen, käytettävyyteen, rakenteeseen, ymmärrettävyyteen sekä selkeyteen. Anestesiahoitajien mukaan tarkistuslistaa voi käyttää ja on helppo käyttää, mikäli sitä muokataan anestesiahoitajien esille tuomien kommenttien mukaan. Tarkistuslistalla olevat kohdat olivat tärkeitä ja tarkistuslistan käyttö oli helppo sisällyttää päivittäiseen työhön. Lista oli haastateltavien mukaan sopiva kaikille kirurgisille leikkauspotilaille, mutta sitä voisi muokata yksilöidymmin nivelkirurgisille potilaille. Tarkistuslistan rakenne oli hyvä ja yksinkertainen. Myös kohdat listalla olivat ymmärrettäviä ja selkeitä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 2014 tekemässä tutkimuksessa "Leikkaustiimin tarkistuslista" ilmenee samankaltaisia tuloksia. Tutkimuksen tulokset tarkistuslistan tarpeellisuudesta ja vastaanotosta ovat yhteneväisiä myös Miettisen 2012 tekemän tutkimuksen tulosten kanssa. Tutkimuksessaan Miettinen tuo esille, että tarkistuslista on työkaluna tarpeellinen ja kaivattu työväline hoitajien lisäksi myös kirurgeille ja anestesiologeille.

Anestesiahoitajat kokivat tarkistuslistassa hyväksi sen, että leikkaukseen liittyvät asiat kertaantuvat potilaalle vielä ennen leikkausta. Potilaan leikkaukseen liittyvästä esikäynnistä voi olla aikaa jo viikkoja, joten jos potilaalle jokin asia on jäänyt epäselväksi, se voidaan tässä vaiheessa vielä oikaista. Erityisesti haastateltavat nostivat esille ihon kunnon tarkistamisen tärkeyden, ettei leikkausalueella ole ihorikkoja. Lääkitysasioiden tarkistaminen nousi myös yhdeksi tärkeäksi asiaksi, joka tässä vaiheessa on vielä hyvä tarkistaa, että onhan potilas toiminut aiemmin annettujen ohjeiden mukaisesti. Lisäksi ravinnotta- ja juomatta olon muistuttaminen oli hyvä asia listalla. Saapumispaikan ja ilmoittautumisajan varmistaminen nousi myös anestesiahoitajien mielestä hyväksi asiaksi tarkistuslistassa, jotta leikkaukset etenevät suunnitellusti.

Johtopäätöksenä tutkimuksesta voidaan todeta, että puhelinsoittoihin suunnitellulle tarkistuslistalle on tarvetta. Toimivalla tarkistuslistalla pystytään osittain minimoimaan leikkauksen epäonnistumiseen johtavat seikat, jonka Hurlbert ja Garretkin 2009 artikkelissaan toteaa. Hyvin suunniteltu tarkistuslista helpottaa myös muun muassa uusien työntekijöiden preoperatiivisten puhelinsoittojen soittamista.

Anestesiahoitajien haastatteluissa ilmeni muutamia tarkistuslistan puutteita ja epäkohtia, joihin toivottiin muutosta tai poistettavaksi kokonaan listalta. Alkoholiiin liittyvä kohta ei tässä vaiheessa leikkauksen toteuttamista ole tarpeellinen, joten tämän kohdan poistaminen nousi haastatteluissa esiin. Yhteystietojen varmistamiseen liittyviä kysymyksiä anestesiahoitajat eivät tässä vaiheessa enää esittä, sillä osastonsihtööri on tehnyt tarvittavat muutokset yhteystietoihin jo aiemmin leikkauksen suunnittelussa. Anestesiahoitajat toivoivat listalle laboratoriokokeisiin liittyvää kohtaa, sillä osalle potilaista on voitu ohjelmoida ennen leikkausta otettavia laboratoriokokeita, joiden tulokset voivat vaikuttaa ratkaisevasti leikkauksen toteuttamiseen tai toteuttamatta jättämiseen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että anestesiahoitajat olivat havainneet II-vaiheen tarkistuslistassa puutteita ja epäkohtia. Epäkohdat nousivat esiin seikkoina, jotka eivät ole tässä vaiheessa leikkauksen prosessia oleellisia enää tarkistaa. Tarkistuslistan puutteiden kohdalla on taas selkeä negatiivinen vaikutus potilasturvallisuuteen ja leikkauksen toteutumiseen aikataulussa.

Haastatteluissa anestesiahoitajilta kysyttiin potilasasiatietoihin liittyviä kysymyksiä. Osa anestesiahoitajista oli sitä mieltä, että potilasasiatietoihin liittyvät toiminnot tarkistuslistalla olivat tarpeelliset. Haastatteluissa anestesiahoitajat olivat sitä mieltä, että potilaan allergioihin liittyvä kohta olisi tarkistuslistalla tarpeellinen. Leikkauksessa käytetään erilaisia lääkkeitä ja esimerkiksi lääkeaineallergiat ovat potilasturvallisuuden kannalta tärkeitä tietää ennen leikkausta, jotta leikkauksessa voidaan varautua potilaalle sopivilla lääkkeineillä. Perussairauksista diabetes, verenpainetauti ja astma toivottiin huomioitavan lääkitysten osalta vielä tarkemmin, sillä leikkauksen päivän lääkkeiden otossa on tarkka ohjeistus.

Johtopäätöksenä todettakoon, että potilasasiatietoihin liittyvät toiminnot tarkistuslistalla ovat tarpeellisia, mutta muutamia tarkennuksia toivotaan. Näillä tarkennuksilla pyritään kaiken kattavaan tarkistuslistaan, jota olisi helppo ja sujuva käyttää preoperatiivisen puhelinsoiton apuvälineenä.

Tämä tutkimus antaa mahdollisuuden jatkotutkimuksen tekemiselle, jossa kehitetään preoperatiiviseen puhelinsoittoon käytettävää tarkistuslistaa. Anestesiahoitajat voivat hyödyntää tutkimuksen tuloksia kiinnittämällä huomiota preoperatiivisen puhelinsoiton ongelmakohtiin, joita tutkimustuloksissa nousi esille. Tutkimuksen tuloksia pystytään käyttämään tulevaisuudessa, kun kehitetään preoperatiivista puhelinsoitto toimintaa paremmaksi. Näin taataan preoperatiivisen vaiheen onnistuminen mahdollisimman hyvin ja samalla saadaan keino pienentää kuluja, kun leikkausta edeltäviä sairaalassaolo päiviä ei tarvita. Lisäksi toiminnan kehittämisellä pyritään siihen, että leikkauksen jälkeiset komplikaatiot laskevat.

Tämän tutkimuksen tulosten avulla on mahdollista, että myös leikkaustiimin toiminnan sujuvuus paranee. Leikkaustiimin toiminnan sujuvuus paranee, kun leikkaussaliin tulevasta potilaasta on kattavat taustatiedot ja potilas on suorittanut leikkaukseen liittyvät esivalmistelut huolellisesti ja oikein. Taustatietojen avulla osataan muun muassa valmistella leikkaussali oikein ennen potilaan saapumista, mikä sujuvoittaa leikkauksen alkamista. Preoperatiivisten esivalmisteluiden oikea ja huolellinen suorittaminen lisää toiminnan sujuvuutta, koska esivalmisteluita ei tarvitse suorittaa enää leikkaussalissa. Toiminnan sujuvuutta lisää myös se, että preoperatiivinen puhelinsoitto vähentää leikkauspäivänä peruutettujen elekttiivisten toimenpiteiden määrää (Haufler ja Harrington 2011).

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyden huomiointi luo pohjan koko tutkimukselle. Mikäli eettisiä kysymyksiä ei oteta huomioon tutkimusta tehtäessä, voi koko tutkimuksen pohja kadota. Tutkimuseettisiä periaatteita ovat muun muassa haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuuden huomioiminen, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Tutkimuseettiikka on valintoja ja päätöksentekoa tutkimuksen eri vaiheissa, tämän vuoksi tutkimuksen tekijän on hyvä tutustua tutkimuseettisiin taustatekijöihin jo ennen tutkimuksen tekoa. (Kylmä ja Juvakka 2007, 137–147.)

Tutkimuseettiset vaatimukset huomioitiin tässä tutkimuksessa yksityiskohtaisesti. Eettisyyden kannalta tärkeää on, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. (Pelkonen ja Louhiala 2002, 129.) Päiväkirurgisen leikkausyksikön osastonhoitaja informoi osaston henkilökuntaa II-vaiheen tarkistuslistan koekäytöstä ja koekäyttöön liittyvistä haastatteluista sekä keräsi vapaaehtoiset anestesiahoitajat, joita ilmoittautui yhteensä kuusi.

Ihmisarvon sekä ihmisen kunnioittaminen ovat toimintamme perusta sosiaali- ja terveysalalla. Perustimme toimintamme ihmisten perusoikeuksiin, ihmisoikeuksiin, itsemääräämisoikeuteen ja valinnanvapauteen. Tutkimuksessa huomioimme edellä mainitut perustat. Haastateltavat olivat oikeutettuja tekemään itsenäiset päätökset ja jokaisen suostumus haastatteluun varmistettiin suullisesti ennen haastattelun alkua. (ETENE 2011, 5.)

Haastatteluun vastanneiden anonymiteetti eli yksityisyyden kunnioittaminen huomioitiin, sillä haastateltavien nimiä ei ole mainittu raportissa. Anonymiteettiä edistää myös se, että haastateltavia oli useampi. Haastateltaville selvitettiin tutkimuksen tarkoitus eli se, mitä tässä tutkimuksessa tutkittiin. Ennen haastatteluja haastateltaville selvennettiin myös, että heidän haastattelujaan ei tulla käyttämään muuhun kuin tähän tutkimukseen ja että haastattelunauhat sekä haastattelumuistiinpanot tullaan hävittämään oikealla tavalla heti aineiston analysoinnin jälkeen.

Tutkimuksen luotettavuus riippuu muun muassa siitä, ovatko haastattelut olleet laadukkaita. Haastattelun laadukkuutta kuvaa se, että kaikki ennalta suunnitellut haastattelut on toteutettu, haastattelussa nauhoitettu ääninauha on laadukas, litterointi on suoritettu asianmukaisesti ja luokittelu on järjestelmällistä. (Hirsjärvi ja Hurme 2009, 185.) Tässä tutkimuksessa haastattelut suunniteltiin tark-

kaan ennen haastattelujen toteuttamista. Haastatteluihin varauduttiin hankkimalla nauhuri, jonka toimimisen varmistimme ennen haastatteluja. Haastattelulomake valmisteltiin haastatteluja varten, jonka avulla jokaisen haastattelun runko pysyi johdonmukaisena. Haastatteluihin mukaan otettiin varaparistoja, kynää ja paperia, mikäli tekniikka pettäisi haastattelupäivänä. Haastattelujen päivämäärä sovittiin hyvissä ajoin ennen haastattelujen toteuttamista, näin anestesiahoidajille jäi aikaa testata tarkistuslistaa käytännössä.

6.3 Oma ammatillinen kehittyminen

Tutkimus oli monivaiheinen prosessi, joka toteutettiin Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyö-ohjeiden mukaisesti. Prosessin läpivieminen antoi tekijöille tietoa ja kokemusta tutkimuksen toteuttamisesta ja siihen liittyvistä vaiheista. Prosessin aikana tekijöiltä vaadittiin yhteistyö- ja organisointikykyä, jotta tutkimus saatiin valmiiksi. Tutkimuksen tekeminen oli haastava, mutta opettavainen kokemus. Haastavuus tuli ilmi muun muassa siinä, että tutkimuksen tekeminen vaati kärsivällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä tekijöiltään. Lisäksi aiheeseen perehtyminen vei paljon aikaa ennen varsinaisen raportin kirjoittamista. Oman haasteensa loi myös se, että tekijät asuivat eri paikkakunnilla tutkimusraportin työstövaiheessa. Tutkimusprosessi antoi tekijöilleen paljon ajankohtaista ja uutta tietoa tutkittavasta aiheesta. Tutkimusprosessin aikana tekijät olivat molemmat motivoituneita ja kiinnostuneita aiheesta ja sen vuoksi aikataulutus, omien osuuksien työstäminen sekä prosessin läpivieminen oli mielekästä. Pilvipalvelun käyttö oli käytännöllinen apuväline tutkimusta tehdessä.

Tutkimuksen aihe valittiin keväällä 2013. Aihe valikoitui tekijöiden mielenkiinnon mukaan Kuopion yliopistollisen sairaalan opinnäytetyöaiheita-listasta. Aiheen valinnan jälkeen alkoi aihekuvauksen työstäminen, joka liittyi yhtenä osana tutkimuksen tekoprosessiin. Aihekuvauksessa perehdyttiin aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja muiden lähteiden etsimiseen. Jotta lähdemateriaalia saatiin monipuolisesti ja kattavasti aiheeseen liittyen, haettiin neuvoa Savonia-ammattikorkeakoulun kirjaston henkilökunnalta. Aihekuvauksen hyväksymisen jälkeen tammikuussa 2014 aloitettiin tutkimussuunnitelman työstäminen. Tutkimussuunnitelman työstö tapahtui yhteistyössä KYSin päiväkirurgisen osaston osastonhoitajan kanssa. KYSin henkilöstöpäällikkö myönsi tutkimusluvan tutkimukselle 8.4.2014 ja päiväkirurgisen yksikön ylihoitaja 23.4.2014. Tutkimusraportin kirjoittaminen aloitettiin tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Tutkimukseen liittyvät haastattelut toteutettiin 24.6.2014.

Hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelmassa on määritelty sairaanhoitajan osaamisvaatimukset valmistuessaan. Näihin tavoitteisiin kuuluu tutkimus-, kehittämis- ja muutososaaminen. Sairaanhoitajan kliiniseen hoitotyön osaamiseen kuuluu lisäksi potilaan hoidossa käytettävien erilaisten tutkimustulosten hyödyntäminen. (Sairaanhoitajan osaamistavoitteet 2012.) Edellä mainittujen sairaanhoitajan osaamisvaatimusten saavuttamiseen tutkimusprosessi vaikutti positiivisesti tukien. Prosessin myötä tekijät saivat oppia yleisesti tutkimuksen toteuttamisesta, tutkittavasta aiheesta, erilaisten tutkimusmenetelmien käytöstä sekä tiedon hankinnasta. Prosessin myötä tekijät ovat valmiita mahdollisiin tuleviin tutkimuksiin terveydenhuolloon ammattihenkilöinä.

Tutkimusprosessin myötä tekijöiden ammatillinen kehitys kasvoi ja tutkimuksen tekijät voivat hyödyntää prosessin läpiviennin myötä saatuja oppeja tulevassa työssään.

LÄHTEET

AUTTI, Taina ja KEISTINEN, Timo 2013. Kansallinen potilasturvallisuusstrategia Suomessa: tausta ja tulevaisuuden haasteet. Julkaisussa: AALTONEN, Leena-Maija ja ROSENBERG, Per (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 141–143.

ETENE 2011. ETENE-julkaisuja 32: Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. [verkkoaineisto]. [Viitattu 2014-03-24]. Saatavissa:

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

HAAPIAINEN, Reijo 2013. Kirurgiaan liittyvät riskit. Julkaisussa: AALTONEN, Leena-Maija ja ROSENBERG, Per (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 141–143.

HALONEN, Kaisu ja MIETTINEN, Olli-Matti 2013. Preoperatiivinen puhelinsoitto leikopotilaalle: Kirjallisuuskatsaus ja kirjallisuuteen perustuva tarkistuslista. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [viitattu 2014-02-04]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013111116837>

HANSKINS, Ivy N., AMDUR, Richard ja VAZIRI, Khashayar 2014. The effect of smoking on bariatric surgical outcomes. *Surgical Endoscopy* 28 (11).

HAUFLER, Kimberly ja HARRINGTON, Mary 2011. Using Nurse-to-Patient Telephone Calls to Reduce Day-of-Surgery Cancellations. [Verkkoaineisto]. [Viitattu 2014-02-24]. Saatavissa:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001209211004728>

HEIKKINEN, Katja, LEINO-KILPI, Helena, VAHLBERG, Tero ja SALANTERÄ, Sanna 2012. Ambulatory orthopaedic surgery patients' symptoms with two different patient education methods. *International Journal of Orthopaedic and Trauma nursing* 16, 13–20.

HIRSJÄRVI, Sirkka ja HURME, Helena 2009. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelu ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.

HURLBERT, Scott N. ja GARRETT, Jill 2009. Improving operating room safety. [verkkoaineisto]. [Viitattu 2015-03-29]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2784747/>

IIVANAINEN, Ansa, JAUHAINEN, Mari ja SYVÄOJA, Pirjo 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

- KANANEN, Jorma 2008. Kvali – kvalitatiivisen tutkimuksen käytänteet ja periaatteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN-JULKUNEN, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- KANKKUNEN, Päivi ja VEHVILÄINEN – JULKUNEN, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: SanomaPro.
- KERÄNEN, Ulla, KERÄNEN, Jaana ja WÄÄNÄNEN, Ville 2006. LEIKO-prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. Suomen Lääkärilehti 61 (36) 3603–3607.
- KINNUNEN, Marina ja PELTOMAA, Karolina 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden riskit kirurgiassa ja anestesiassa. Julkaisussa: KINNUNEN, Marina ja PELTOMAA, Karolina (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 94–95.
- KONTIO, Tarja, KUKKONEN, Johanna, LEIVISKÄ, Reija, LEIVISKÄINEN, Iiris, MURTO, Jaana, MUSTONEN, Terhi, NENONEN, Eeva, ORPANA, Hanna-Mari, PEKKINEN, Nina ja TÖRMÄ, Anne 2006. Puhelinohjaus. Teoksessa LIPPONEN, Kaija, KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit 2006. Oulu: Oulun yliopistopaino, 77–84.
- KOSKELA, Heidi ja SALANTERÄ, Sanna 2008. Näytelmän käyttö potilaskeskeisen ohjauksen oppimisessa. Teoksessa MONTIN, Liisa (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat 2008. Turku: Uniprint Turku, 6–18.
- KOTSJUKOVA, Titta ja SALANTERÄ, Sanna 2008. Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen. Teoksessa Teoksessa MONTIN, Liisa (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat 2008. Turku: Uniprint Turku, 19–29.
- KUUSISTO, Hanna, KERÄNEN, Tapani, OKSANEN, Kalevi ja SARANTO, Kaija 2013. Erikoissairaanhoidossa etähoidettu potilas on tyytyväinen. Lääkärilehti 9, 667–671.
- KYLMÄ, Jari ja JUVAKKA, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- LAISI, Jaana 2012. From home to operation (FHTO) – a preoperative process. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, lääketieteen laitos. [Viitattu 2014-02-06.] Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis_laisi.pdf?sequence=1
- LUKKARI, Liisa, KINNUNEN, Timo ja KORTE, Ritva 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.– 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro

MIETTINEN, Ville 2012. Paljon iloa tarkistuslistasta. Sairaanhoidaja 10/2012, 10 –13.

NIKULA, Janne, KAAKINEN, Pirjo, KYNGÄS, Helvi ja KÄÄRIÄINEN Maria 2014. Perusterveydenhuollon puhelinneuvonnan laatu hoitotyöntekijöiden arvioimana. Tutkiva hoitotyö 2/2014, 4–13.

ORAVA, Marjo, KÄÄRIÄINEN, Maria ja KYNGÄS Helvi 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa 1: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24 (3), 216–231.

ORAVA, Marjo, KÄÄRIÄINEN, Maria ja KYNGÄS Helvi 2012b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa 2: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24 (3) 232–243.

ORTOPEDIAN JA TRAUMATOLOGIAN TUTKIMUSSÄÄTIÖ 2014. Ortopedian ja traumatologian erikoisala [verkkoaineisto]. [Viitattu 2015-01-04]. Saatavissa:

http://www.otts.fi/cmsimple3_2/?Ortopedian_ja_traumatologian_erikoisala

PELKONEN, Risto ja LOUHIALA, Pekka 2002. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa KARJALAINEN, Sakari, LAUNIS, Veikko, PELKONEN, Risto ja PIETARINEN Juhani (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus.

RODRIGO, Chandra 2000. The Effects of Cigarette Smoking on Anesthesia [verkkoaineisto]. [Viitattu 2014-03-24]. Saatavissa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2149030/pdf/anesthprog00224-0031.pdf>

RUOTSALAINEN, Miia 2014-01-04 Päiväkirurgiksen leikkausyksikön osastonhoitaja.[Tapaaminen]. Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.

SAIRAANHOITAJAN OSAAMISTAVOITTEET 2012. Hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelma [verkkojulkaisu]. Savonia ammattikorkeakoulu [viitattu 2015-01-06]. Saatavissa:

<https://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=KS&krtid=362&tab=2>

STM 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä - Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013 [verkkoaineisto]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. [viitattu 2015-01-04]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2760-5>

SJÖROOS, Jaana ja TAKALA, Hanna-Maija 2012. Leikkaukseen suoraan kotoa, LEIKO-toiminnan vaikutuksia leikkauspotilaan hoitotyöhön. Spirium 47 (2), 22–23.

TENGVALL, Erja 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillinen pätevyys - Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. [Viitattu 2015-01-04]. Saatavissa: Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2014a. Potilasturvallisuutta taidolla: haittatapahtumat [verkkoaineisto]. [Viitattu 2014-02-06]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haittatapahtumat

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2014b. Leikkaustiimin tarkistuslista. [verkkoaineisto]. [Viitattu 2015-02-18]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>

TOHMO, Harri 2010. Miten LEIKO-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? FINNANEST 43 (4) [digilehti]. [Viitattu 2014-11-12]. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/tohmo_miten.pdf

TUOMI, Jouni ja SARAJÄRVI, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

VILLMAN, Maarit 2014. Leiko-toiminnan käynnistyminen. SPIRIUM 49 (1), 22–24.

LIITE 1: PUHELINSOITTO 2

(Halonen ja Miettinen 2013, 29.)

(Päivää ennen tai edellisenä arkipäivänä, kun toimenpideaika on suunniteltu leikkausyksikön aikatauluun.)

- Yhteystietojen varmistaminen ja päivitys
- Leikkausajan ja paikan varmistaminen (varmistetaan, että potilas osaa saapua oikeaan paikkaan.)
- Onko terveydentilassa tapahtunut muutoksia?
- Toimenpidealueen ihon kunto
- Aiemmin saatujen ohjeiden kertaus

Lääkitys

Paasto

Nesteet

Alkoholi

- Varmistetaan, että potilas tietää minne ottaa yhteyttä mikäli kysymyksiä ilmenee.
- Tarkistetaan, jäikö potilaalle kysyttävää leikkauksesta, leikkauspäivän kulusta tai saadusta ohjeistuksesta.

LIITE 2: HAASTATTELULOMAKE II-VAIHEEN TARKISTUSLISTASTA

1. Millainen oli tarkistuslistan:
 - toimivuus?
 - käytettävyys?
 - rakenne?
 - ymmärrettävyys?
 - selkeys?

2. Oliko tarkistuslistassa otettu huomioon kaikki olennaisimmat asiat, joita tulee käydä läpi n. päivää ennen leikkausta?
 - Oliko jotain jäänyt huomioimatta?
 - Onko jotain poistettavaa?
 - Onko jotain muutettavaa?

3. Mitkä asiat olivat listassa hyviä?

4. Mitkä asiat olivat listassa huonoja?

5. Mitä potilasasiatietoihin liittyvää listasta puuttui?
 - Onko lisättävää?
 - Onko poistettavaa?
 - Onko jotain muutettavaa?