

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2018

Maria Kunelius

KOTOA PÄIVÄKIRURGIAAN

– Narratiivinen kirjallisuuskatsaus päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevan potilaan valmistautumisesta

Maria Kunelius

KOTOA PÄIVÄKIRURGIAAN

- Narratiivinen kirjallisuuskatsaus päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevan potilaan valmistautumisesta

Leikkaukseen valmistautuminen on tarkkaa toteuttaa oikein turvallisuussyistä. Preoperatiivinen hoitaja ohjeistaa potilaan ennen leikkausta ja usein antaa myös kotia kirjallisena ohjeet. Mutta tutkimuksissa on todettu, että silti potilaat jättävät tulematta tai ovat väärin valmistautuneet toimenpiteisiin ohjeista huolimatta. Leikkauspäivänä tapahtunut peruuntuminen on kallista sairaalalle ja aiheuttaa resurssihukkaa.

Opinnäytetyö käsittelee päiväkirurgisen potilaan valmistautumista leikkaukseen peruuntumisien kautta. Tutkimuksissa on käsitelty potilaista johtuvien peruuntumisten syitä ja sitä kautta lähdetty tutkimaan, miten potilas voisi valmistautua paremmin. Tarkoitus oli selvittää, millaisia puutteita valmistautumisessa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen saapuvilla potilailla on, sekä mitä ohjauksessa tulisi painottaa niiden välttämiseksi. Tavoite on kerätä tietoa kirjallisuuskatsauksena potilaiden päiväkirurgiaan valmistautumisen yleisimmistä ongelmista, jotta potilasta ohjaavat sairaanhoitajat sekä leikkaustiimin jäsenet pystyisivät kehittämään päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan potilaan valmistautumista paremmaksi ja potilaalle helpommin ymmärrettäväksi. Työ on toteutettu narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, jotta tutkimuksia ja tuloksia pystyisi tulkitsemaan vapaasti. Tuloksien raportoimiseen on käytetty sisällönanalyysiä selkeyttämään tuloksien tulkintaa. Tutkimuksia on valittu (n=10) ja ne on haettu sähköisistä tietokannoista, kuten Cinahl, Medic ja Pubmed.

Tuloksien pääluokkana on yleisimmät potilaslähtöiset syyt peruuntumiselle. Se jakautuu potilaan leikkauksekelpoisuuteen ja potilasohjauksesta johtuviin syihin. Näistä nousi esiin kolme yleisintä syytä elektiivisen toimenpiteen peruuntumiselle. Ensimmäisenä ja yleisimpänä syynä elektiivisten toimenpiteen peruuntumiselle oli, ettei potilas saapunut toimenpide päivänä sairaalalle. Toisena syynä oli väärin toteutettu preoperatiivinen valmistautuminen. Kolmantena potilaan akuutti sairastuminen. Tutkimuksien mukaan parempi preoperatiivinen potilasohjaus sekä potilaalle soitto leikkausviikolla pystyisi vähentämään leikkauspäivänä tapahtuvia peruutuksia, joka aiheuttaisi kustannustehokkuutta. Olisi tärkeä selvittää jatkossa, miksi potilas jättää tulematta leikkaukseen sekä, mikä preoperatiivisessä ohjauksessa on epäselvää potilaalle.

ASIASANAT:

Päiväkirurgia, Preoperatiivinen valmistautuminen, Potilasohjaus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2018 | 31 pages, 1 appendices

Maria Kunelius

FROM HOME TO DAY SURGERY

- Narrative literature review of patient preparation for a Day surgery operation

For safety reasons it is important to prepare well for a surgical operation. The Preoperative nurse gives a patient instructions before the cutting and also gives the patient written instructions to take home. However research have shown that despite instructions, patient either miss or have prepared incorrectly for the operation. The cancelling which has taken place during the cutting day is expensive to the hospital and cause the resources lose.

The thesis deals whit getting ready of the day surgical patient thru cancellings. In the studies the reasons for the cancellings caused by the patients have been dealt with and how patients can prepare better for day surgery. The purpose of the thesis was to investigate what kind of shortages the patient preparation for day surgery operations contain and what information the instructions should emphasize to avoid them. The goal of the literary review was to gather information about the most common problems that appear in preparation for outpatient surgery, so nurses who guide the patients and the surgical team can develop patient preparation and make it more comprehensible. The thesis has been executed as a narrative literary review so the research and results can be freely interpreted. Content analysis has been used to report the results for the clarity of result interpretation. Ten studies from different digital databases, like Cinahl, Medic and PubMed, has been used.

The results contains most common patient-centered reasons for a surgical operation cancellation. The main reasons are patient's eligibility for an operation and reasons caused by the patient control. Three most common reasons why elective surgeries are cancelled are first and most common reason is patient's absence on operation day. The second reason is incorrectly executed preoperative preparation. Third reason is the patient suddenly getting sick. According to studies better perioperative patient guidance and a phone call to the patient during operation week could decrease cancellations that happen on operation day. It would be important to clarify in the future why patients miss a surgical operation and what information in the perioperative guidance is unclear to them.

KEYWORDS:

Day surgery, Preoperative preparation, Patient education

SISÄLTÖ

| | |
|--|-----------|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 PÄIVÄKIRURGINEN HOITOTYÖ | 7 |
| 2.1 Asa-luokitukset | 8 |
| 2.2 Preoperatiivinen käynti | 8 |
| 2.3 Leikkaukseen valmistautuminen kotona | 9 |
| 3 KIRURGISEN POTILAAN OHJAUS | 11 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA | 14 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 15 |
| 5.1 Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineiston haku | 15 |
| 5.2 Aineiston analysointi | 20 |
| 6 TULOKSET | 21 |
| 6.1 Potilasohjauksesta johtuvat syyt | 21 |
| 6.2 Potilaan leikkauskelpoisuus | 23 |
| 7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS | 24 |
| 8 POHDINTA | 26 |
| LÄHTEET | 29 |

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

KUVIO

Kuvio 1. Yleisimmät potilaslähtöiset syyt peruuntumiselle: pääluokasta alaluokkaan 21

TAULUKOT

| | |
|--|----|
| Taulukko 1. Potilaan anestesiaariskin ja suorituskyvyn arvioiminen (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 131). | 8 |
| Taulukko 2. Tiedonhaku taulukko | 17 |
| Taulukko 3. Valitut tutkimukset | 17 |

1 JOHDANTO

Päiväkirurgia on kasvanut voimakkaasti vuodesta 1990 lähtien (Pihlava 2012). Potilas tulee sairaalaan päiväkirurgiseen toimenpiteeseen sovittuna päivänä ja lähtee samana päivänä, jolloin potilaan sairaalassaoloajaksi jää alle 12 tuntia (Hammar 2011, 11). Päiväkirurgia on todettu hyvin toimivaksi, kustannustehokkaaksi sekä potilaat ovat kokeneet sen miellyttäväksi (Vehmanen 2009). Leikkauksia joudutaan perumaan potilaiden väärinlaisen valmistautumisen, sairastumisen infekioon tai leikkauksen tarpeettomuuden takia. Suomalaisessa tutkimuksessa oli (n=13000) elektiiviseen toimenpiteeseen tulevaa potilasta, joista 4,5 % peruuntui. Niistä 70% oli potilaasta johtuvan syyn takia. (Laisin 2012.) Brasilialaisessa yliopistollisessa sairaalassa 2015-2016 välisenä aikana oli leikkauspotilaita (n=9648), joista 30,6% peruuntui eli (n=2956) kappaletta. Potilaasta johtuvan syyn takia peruuntui (n=896) kappaletta. Syitä peruuntumisille oli: potilas ei saapunut toimenpideaamuna, paastosi väärin, peruutti toimenpideaamuna tai akuutti sairastuminen. (Moraes, Pachêco, Souza e Silva & Silva 2017.)

Opinnäytetyö on narratiivinen kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoitus oli selvittää, millaisia puutteita valmistautumisessa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen saapuvilla potilailla on, sekä mitä ohjauksessa tulisi painottaa niiden välttämiseksi. Tavoite on kerätä tietoa kirjallisuuskatsauksena potilaiden päiväkirurgiaan valmistautumisen yleisimmistä ongelmista, jotta potilasta ohjaavat sairaanhoitajat sekä leikkaustiimin jäsenet pystyisivät kehittämään päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan potilaan valmistautumista paremmaksi ja potilaalle helpommin ymmärrettäväksi.

2 PÄIVÄKIRURGINEN HOITOTYÖ

Päiväkirurgiassa potilas tulee toimenpiteeseen aamulla ja pääsee palamaan kotia samana päivänä, jolloin sairaalassaoloajaksi jää alle 12 tuntia. Jopa 53 prosenttia elektiivisistä toimenpiteistä on jo päiväkirurgisia. Joissakin aluesairaaloissa luku saattaa olla jo lähemmäs 70 prosenttia. (Hammar 2011,12.) Vuonna 2016 suunniteltuja päiväkirurgisia toimenpiteitä oli tehty 176 859 kappaletta (THL 2016). Päiväkirurgiaksi määritellään vain elektiiviset toimenpiteet, jotka vaativat laskimosedaatton, laajan puudutuksen tai yleisanestesian. Käsitteeseen ei lasketa anestesiassa tehtyjä tähystyksiä, päivystyksen kautta tulleita potilaita tai johtopuudutuksella tehtyjä pientoimenpiteitä. (Valanne 2005.) Päiväkirurgisiin toimenpiteisiin soveltuu pieniriskiset toimenpiteet muun muassa tyräsappileikkaukset, kaihi, karsastus, abortti, nielurisojen leikkaus, hampaan poistot, naisen endoskooppinen sterilisaatio, peräsuolesta hyvälaatuisen kasvaimenpoisto, rintojen korjausleikkaus, ympärileikkaus, korvaleikkaukset, eturistisiteen korjaus, kiveksen poisto, rannekanavan leikkaus ja luuimplantin poisto. (Valanne 2005; Hammar 2011,12.)

Toimenpide toteutetaan leikkaussalissa yleisanestesiassa, laskimosedaatiossa tai laajassa puudutuksessa. Potilas saapuu leikkaukseen kotoa, hoitolaitoksesta tai sairaalan vuodeosastolta. (Leikkausta edeltävä arviointi 2014.) Potilas arvioidaan, soveltuuko hän päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Päätökseen vaikuttaa toimenpiteen laajuus, kesto, kohde ja mahdolliset komplikaatiot sekä ASA-luokitus. Muita vaikuttavia asioita on potilaan nykyinen lääkitys, paino ja yleissairaudet sekä psykososiaalinen soveltuvuus päiväkirurgiseksi potilaaksi. Psykososiaalinen soveltuvuus tarkoittaa suostumusta toimenpiteeseen, huumeitten käyttöä, kyky seurata ohjeistusta ja omaa vastuullisen saattajan. Potilas siirretään elektiivisen toimenpiteen jälkeen heräämöhön tai valvomoon. Potilaan tilasta riippuen hänet siirretään lopuksi seurantahuoneeseen. Seurantahuoneesta potilas kotiutetaan, kun kaikki vaaditut kotiutuskriteerit ovat täyttyneet. (Hammar 2011, 11.)

Kotiutuskriteerit heräämöstä kotia lähtemiselle on tarkat. Potilaan tulee olla sellaisessa kunnossa, että hän pärjää kotona. Näitä kriteerejä, joita seurataan heräämössä, on verenkierto, hengitys, tajunnantaso, kipu, pahoinvointi, syöminen ja juominen, liikkuminen, virtsaaminen sekä tunnollinen hakija, joka pystyy olemaan potilaalle seurana seuraavan 24 tuntia. Ehtona kotiutumiselle on, että potilaan pulssi ja verenpaine ovat olleet ainakin tunnin stabiilit. Potilaan tajunnantaso on oltava normaali ja hän kykenee ottamaan vastaan ohjeita. Kivun täytyy olla hallittua ja hoidettavissa kotona otettavilla kipulääkkeillä. Pahoinvointia ei saisi esiintyä. Potilas pystyy syömään ja juomaan normaalisti sekä

virtsaamaan. Liikkuminen tulisi onnistua vähintään kävelysauvojen turvin. Jos nämä kriteerit eivät toteudu, ei potilas ole kotiutuskunnossa. (Essote 2018; Terveyskylä 2018a.)

2.1 Asa-luokitukset

Päiväkirurginen potilas luokitellaan anestesiaariskin mukaan ASA-luokkiin. ASA tulee sanoista American Society of Anesthesiologists ja se on jaettu yhdestä viiteen. Suomessa ASA riskiluokituksessa on myös huomioitu potilaan ikä. Luokitukset merkitään Suomessa aina anestesiaalomakkeelle tai perioperatiivisiin tietoihin tietojärjestelmään. Päiväkirurgisesti hoidettava on yleensä ASA 1 tai ASA 2 kuntoinen, joka tarkoittaa alle 65 vuotiasta perustervettä tai lievästi yleissairasta henkilöä. Harvoissa tapauksissa ASA 3 luokitettua potilasta hoidetaan päiväkirurgisesti. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 131.) Katso Taulukko 1.

Taulukko 1. Potilaan anestesiaariskin ja suorituskyvyn arvioiminen (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 131).

ASA-LUOKKA KUVAUS

| | |
|--------------|---|
| ASA 1 | Potilas on terve ja iältään alle 65-vuotias. Lukuun ottamatta hoidettavaa vammaa tai sairautta. |
| ASA 2 | Potilas on yli 65-vuotias tai hänellä on lievä yleissairaus. |
| ASA 3 | Potilas, jolla on vakava yleissairaus. |
| ASA 4 | Potilas, jolla vakava tai henkeä uhkaava yleissairaus. |
| ASA 5 | Potilas, jolla elinaikaa alle 24 tuntia ilman toimenpidettä. |

2.2 Preoperatiivinen käynti

Potilaan hakeuduttua terveysaseman tai yksityisen lääkäriaseman kautta lääkäri tekee lähetteen elektiiviselle leikkaukselle tai toimenpiteelle. Potilaalle sovitaan preoperatiivinen käynti sairaanhoitajalle. Sairaanhoitajalla käydään läpi tarvittava ennakkotietoa tulevasta toimenpiteestä ja sen jälkeisestä hoidosta. Edeltävälle käynnille kutsutaan 1-2

viikkoa ennen toimenpidettä. Potilas täyttää ennakkoon esitietokaavakkeen, jossa tulee ilmi kaikki tarvittava tieto sen hetkisestä terveydentilasta, lääkityksestä sekä toimenpiteeseen vaikuttavista muista asioista. Potilaan kanssa keskustellaan myös omasta jaksamisesta ja peloista, jotka tuleva toimenpide aiheuttaa. (Terveyskylä 2018b.) Da'ar ja Al-Mutairin (2018) tutkimuksessa, jossa elektiivisen toimenpiteen peruutuksia tapahtui (n=440) kappaletta leikkauspäivänä, niistä osa johtui potilaan terveydentilan vuoksi. Syitä, jotka olisi voitu estää hyvällä potilasohjauksella oli potilaan liian korkea verenpaine, verensokeri oli hoitamattomalla tasolla toimenpideaamuna ja potilas oli syönyt aspiriinia toimenpideaamuna (Da'ar & Al-Mutairi 2018).

Potilas saa lähetteen ennen toimenpidettä käydä laboratoriossa lääkärin määräämissä tutkimuksissa. Tutkimukset määräytyvät esitietojen, kliinisten löytöjen, toimenpiteen ja riskitekijöiden mukaan. Käynnillä käydään läpi valmistautuminen toimenpiteeseen, toimenpiteen kulkua ja toimenpiteestä toipumista. (Leikkausta edeltävä arviointi 2014.) Viimeistään 6 tuntia ennen toimenpidettä potilaan tulee aloittaa paastoaminen ja käydä suihkussa edeltävänä iltana tai toimenpideaamuna. Lääkärin määräyksestä lääkkeet tulee tauottaa ja potilaalla pitää olla saattaja kotia sairaalasta. (Terveyskylä 2018b.)

2.3 Leikkaukseen valmistautuminen kotona

Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen valmistautuminen on tärkeä tehdä oikein, jotta toimenpidettä ei jouduta perumaan (Leikkausta edeltävä arviointi 2014). Toimenpiteeseen valmistautumiseen kuuluu aina paastoaminen, lääkityksen tarkastaminen, hygienia, näytteiden otto ja saattaja (TYKS 2017). Potilaan tulee myös olla terve, flunssa voi olla este toimenpiteelle (Leikkausta edeltävä arviointi 2014).

Paastoamisella vähennetään vatsan sisällön määrää, jolla pienennetään sen riskiä joutua ruokatorveen ja keuhkoihin (aspiraatio) anestesian aikana sekä jälkeen. Paastoamisen pituus riippuu toimenpiteestä, mutta yleinen määräys on olla ravinnotta keskiyön jälkeen eli minimissään 6 tuntia ennen toimenpiteen alkua. Kirkkaita nesteitä kuten vettä saa nauttia pieniä annoksia, kunnes jäljellä on 2 tuntia leikkaukseen. Tämä on jopa suositeltavaa, jotta liian suurta kehon kuivumista ei tapahdu. Tietyissä tilanteissa esimerkiksi ylipaino, raskaus ja diabetes vaativat toisenlaista valmistautumista leikkaukseen. Myöskään tupakkatuotteita tai purukumia ei saa käyttää enää kahta tuntia ennen sairaalaan menoa. Alkoholia ei saa nauttia 24 tuntia ennen toimenpidettä. Useimpia lääkkeitä saa

käyttää normaalisti, mutta jotkut lääkkeet on syytä tauottaa. Tautuksesta vastaa lääkäri ja usein arvio on tapauskohtainen. (Leikkausta edeltävä arviointi 2014; TYKS 2017.)

Yleisterveeltä ihmiseltä ei ole tarvetta ottaa sydänsähkökäyräfilmiä, keuhkoröntgenkuvia tai muita perusteellisia tutkimuksia, ellei toimenpide vaadi lisätietoa. Yleisterveen potilaan esitietolomakkeen tiedot, haastattelu ja perusverenkuva riittävät tutkimuksiksi, riippuen toimenpiteestä. (Leikkausta edeltävä arviointi 2014.) Potilaan on käytävä suihkussa edeltävänä iltana tai toimenpide aamuna. Ihon tulee olla siisti ja terve leikkaukseen mennessä. Kaikki ihorikot lisäävät tulehdusriskiä. Ihokarvoja ei saa poistaa itse viikkoon ennen leikkausta. Kynsilakka tulee olla poistettu ja kaikki korut otettuna pois. Myöskin auringonottoa tulisi välttää ennen leikkausta, jottei iho ole herkistynyt. Rasvaaminen on tärkeää edeltävällä leikkausviikolla, mutta toimenpide aamuna ihoa ei saa rasvata. Jokaiselle päiväkirurgiselle toimenpiteelle on kriteerinä, että potilaalla on saattaja mukana, joka pystyy olemaan seuraavan yön myös potilaan kanssa. (TYKS 2017.)

Tupakoinnin vaikutuksia terveyteen on tutkittu paljon ja siitä on paljon näyttöä, että se heikentävän haavan paranemista ja saattaa aiheuttaa komplikaatioita herkemmin. Tupakassa käytetyt aineet heikentävät ääreisverenkiertoa sekä pintaverenkiertoa ja haittaavat lymfosyyttien toimintaa. Kudoksien saadessa happea huonosti se hidastaa haavan paranemista ja suurentaa infektioriskiä. (McDaniel & Browning 2014.) Tupakointi olisi siis hyvä lopettaa 4-8 viikkoa ennen leikkausta (Leikkausta edeltävä arviointi 2014).

3 KIRURGISEN POTILAAN OHJAUS

Ihmiset usein pelkäävät, kun he joutuvat elektiiviseen toimenpiteeseen. Potilasohjaus on todettu olevan erittäin merkittävässä roolissa nopeamman parantumisen kannalta. Potilaan tulisi kokea luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Sitä saattaa olla vaikea luoda leikkausosastolla, kun kiireen keskellä ei välttämättä ole aikaa tavata potilasta. Potilas kokee tilanteen turvallisempaan, jos on tavannut ennen toimenpidettä preoperatiiviset hoitajat. (Lukkari ym. 2015, 131.)

Potilaan voimavaraistaminen on oleellinen osa potilaan hoitoa (Rauta 2006). Raudan (2006) tutkimuksessa oli haastateltu päiväkirurgista (n=19) potilasta, siitä minkä he kokivat voimavaraistamisessa tärkeäksi. Potilaille oleellista tietoa on toimenpidepäivän kulku, aikataulu ja valmistautuminen kotona. Sekä myös, miten tuleva operaatio tehdään. Valmistautumiseen liittyvät tiedot kuten paastoaminen ja lääkkeiden tauottaminen ovat potilaille tärkeä asia käydä hyvin läpi hoitajan kanssa. Monelle potilaalle toimenpideamuna tulee jännitys anestesiaamuodosta ja se olisi tärkeä keskustella jo preoperatiivisellä käynnillä. Potilaat eivät aina osaa kysyä niistä, ennen kuin se tulee vastaan. (Rauta 2006.)

Hoitotyön onnistumisen kannalta on tärkeä, miten hoitaja kohtaa potilaan (Kettu 2007). Kettu (2007) toteaa tutkimuksessansa, jossa oli haastateltu (n=168) sairaanhoitajaa, että tärkeimpänä olisi hyvät ja rauhalliset tilat ohjata potilasta. Myös potilaan motivaatio omaa hoitoa kohtaan on tärkeä tekijä ja se saa myös sairaanhoitajan kokemaan työnsä tärkeänä. (Kettu 2007). Jokaiseen potilaaseen tulisi suhtautua tasavertaisesti ja vastavuoroisesti. Vaikka hoitoalan koulutuksessa on opintojakso potilaan kohtaamisesta, ei se takaa vuorovaikutustaitoja. (Lundgren-Laine 2008.) Nämä usein syntyvät ammattitaidon myötä ja parantavat preoperatiivista potilasohjausta (Kettu 2007). On osattava lukea tilannetta ja potilasta. Se vaatii omanlaisen herkkyyden potilaan kanssa kommunikoidessa. Vuorovaikutusta on puheen lisäksi kosketus, eleet ja ilmeet. Nämä ovat tärkeä osa kokonaisvaltaista vuorovaikutusta. (Lundgren-Laine 2008.) Tärkeäksi koetaan myös saatavilla olevat kirjalliset materiaalit potilaalle. Niillä pystytään tukemaan potilaalle kerrottua asiaa (Kettu 2007).

Potilaille tärkeää perioperatiivisessa ohjauksessa on hoitajan kiireettömyys ja aito vuorovaikutus, kuten Rajalan ym. (2016) tutkimuksessa käy ilmi. Tutkimuksessa oli haastateltu (n=600) päiväkirurgistapotilasta. Hoitajan tulisi huomioida paremmin pelokkaita

potilaita, koska heidän on vaikea sisäistää kuulemaansa tai esittää kysymyksiä. Jännityneelle potilaalle usein saattaa jäädä hämmentynyt olo tilanteesta, joka voi johtaa väärin ymmärryksiin. (Rajala ym. 2016.) Oikein valmistautumiseen ei vaikuta vain hyvä preoperatiivinen potilasohjaus vaan kuinka pitkä aika on ohjeistuksen ja itse toimenpide päivän välillä. Tutkimuksessa (n=13) potilaat kokivat pitkän välin heikentävän kykyä muistaa valmistautumisohjeita. (Kaukonen 2010.)

Leikkauspelko on yleistä ja siihen usein vaikuttavat sukupuoli, ikä, koulutustaso, siviilisääty, henkinen tasapaino ja taloudellinen tilanne. Preoperatiivisellä käynnillä tulisi huomata ja kuunnella potilaan toiveita leikkauksesta. (Lumio 2011.) Potilaat kokevat, että heidän pelkoa ja jännitystä ei oteta tarpeeksi huomioon preoperatiivisellä käynnillä. Pelkoa saattaisi helpottaa tarkka tieto leikkauksesta ja leikkaussalin tapahtumista. (Kaukonen 2010.) Pelko syntyy aivojen talamuksen manteliumakkeesta, joka siirtyy keskushermostosta kaikkialle kehoa ja laukaisee stressitilan (Lumio 2011). Se johtaa kehon hormonaalisiin muutoksiin ja saa ihmisen valppaammaksi. Reaktio laukaisee monia muutoksia kuten ihmisen pupillit laajenevat, syke nopeutuu, keuhkoputket laajenevat, peristaltiikka heikkenee, glukoosia vapautuu vereen, verisuonet supistuvat ja hien erityis lisääntyy. Pelko hankaloittaa anestesiaa, potilas kokee kivun voimakkaampana, kipulääkityksen tarve on suurempi ja toipuminen saattaa pitkittyä. Usein pelko potilas kokee myös enemmän tyytymättömyyttä hoitoonsa. (Kiviniemi 2006.)

Potilas vastaanotetaan leikkausosastolle vastaanottotilassa tai muussa siihen tarkoitettussa tilassa (Lukkari ym. 2015, 11). Potilaan rauhallisuutta lisää hyvä perioperatiivinen haastattelu, jossa on kerrottu päivän tapahtumaketju sekä salin tapahtumat (Rauta 2006). Tavoitteena on saada potilas sovitulla ajalla saliin, koska odottelu lisää potilaan pelkoa ja turhautumista. Sairaanhoitaja saattaa potilaan leikkaussaliin varmistettua, että valmistautuminen on tapahtunut kuten ohjeistettu. Vastaanottotilan tulee olla rauhallinen ja potilaan yksityisyyttä turvaava. Rauhallinen tila ja keskustelu lisäävät potilaan luottamusta ja tukevat positiivista kokemusta. Ihanteellista olisi, että kaikki kolme perioperatiivista hoitajaa olisivat valmiina potilasta vastassa vastaanottotilassa tai salissa, mutta se ei aina ole mahdollista. Tätä haittaavat keskeneräiset salivalmistelut ja taukojen yhteensovittelut. (Lukkari ym. 2015, 131.)

Potilaan tavatessa sairaanhoitajan hän luo kuvan hoitajasta ensihetkestä alkaen. Koko tapaamisen ajan sairaanhoitajan tulee olla sympaattinen ja vakuuttava potilaan luottamuksen säilyttämiseksi. Perioperatiiviselta hoitajalta toivotaan avuliaisuutta ja

tilannetajua. Anestesiahoitaja arvioi jatkuvasti vuorovaikutusta ja potilasohjauksen sujuvuutta leikkaussalissa. (Lukkari ym. 2015, 131.)

Potilas voi itse siirtyä leikkauspöydälle, jos kykenee. Hänelle annetaan lämmitetty peitto ja tyynyjä mukavuutta parantamaan. Potilaalle asetetaan perifeerinen kanyyli, verenpainemittaus mansetti, veren happisaturaatiota mittaavan anturin ja mahdollisesti sydämen toimintaa seuraavat laitteet. Potilaan nukkuessa tai hereillä ollessa hänelle laitetaan tarvittaessa lisää perifeerisiä kanyyleita ja virtsakatetri tarpeen mukaan. Anestesiahoitaja antaa potilaalle anestesiaa ja samanaikaisesti hoitaja takaa potilaan hapensaannin antaen tälle lisähapetta. Potilas herätetään joko salissa tai tehovalvonta osastolla. (Terveyskylä 2018c.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Tarkoituksena oli selvittää, millaisia puutteita valmistautumisessa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen saapuvilla potilailla on, sekä mitä ohjauksessa tulisi painottaa niiden välttämiseksi.

Tavoite on kerätä tietoa kirjallisuuskatsauksena potilaiden päiväkirurgiaan valmistautumisen yleisimmistä ongelmista, jotta potilasta ohjaavat sairaanhoitajat sekä leikkaustien jäsenet pystyisivät kehittämään päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan potilaan valmistautumista paremmaksi ja potilaalle helpommin ymmärrettäväksi.

Tutkimuskysymys:

1. Mitkä ovat yleisimpiä potilaslähtöisiä syitä päiväkirurgisen leikkauksen peruuntumiselle leikkauspäivänä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Leikkaukseen valmistautuminen on tärkeä ohjata tarkasti, jotta potilas on psyykkisesti ja fyysisesti valmistautunut tulemaan kotoa leikkaukseen. Se lyhentää hoitajaksoja ja sairaalassaoloaika. Tärkeää on potilasohjauksessa rauhallinen ja kiireetön tilanne, jotta potilas sisäistää ohjeet hyvin. (Saarela 2013.) Päiväkirurgian yleistyttyä potilaita tulee kotoa leikkaukseen yhä useammin (Pihlava 2012; Potilashoidon vuosikertomus TOTEK 2016). Tästä syystä myös leikkauksia joudutaan perumaan valmistautumisvirheiden takia (Laisin 2012).

5.1 Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineiston haku

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui narratiivinen kirjallisuuskatsaus, joka tarkoittaa kirjallisuuskatsaustyyppiä, jolla halutaan kuvailla tietyn aihealueen tutkimuksia. Siinä tutkija valitsee tutkimuksista keskeisimmät ja itselleen kiinnostavimmat tulokset. (Hirsijärvi ym., 139.) Narratiivisen katsauksen kysymykset saavat olla laajoja ja tekijällä vapaus rajata alue oman mielenkiintonsa mukaan. Tyypillistä katsaukselle on tarkastella tutkimuksien tekstiaineistoa taulukoidussa muodossa. Tällä tavoin pystytään osoittamaan tutkimuksen kontribuutiota. Narratiivisella tutkimustavalla kootaan tietoa yhteen tehdyistä tutkimuksista ja saadaan kokonaisvaltaisempi kuva tutkittavasta aiheesta. (Stolt ym. 2015, 9.) Tutkimustapa määräytyi pyynnöstä saada kattavasti tietoa kirurgisten potilaiden väärin valmistautumisesta leikkaukseen.

Opinnäytetyö on toteutettu narratiivisellä kirjallisuuskatsauksella. Tämä tapa antoi mahdollisuuden koota tietoa syistä miksi elektiiviset operaatiot peruuntuvat yllättäen toimenpiteena. Tiedon avulla pystyttäisiin jatkossa tekemään säästöjä ja pystyttäisiin hyödyntämään leikkaussaliresurssit maksimiin. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus oli hyvä tapa koota jo tutkittua tietoa laajaksi kokonaisuudeksi tässä työssä. Se antoi vapauden etsiä monenlaista aineistoa tukemaan tulosta.

Opinnäytetyön ensimmäinen vaihe oli kymmenen valitun tutkimuksen järjestely taulukoon. Taulukossa 3. käy ilmi kirjoittajat, julkaisuvuosi, julkaisumaa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma ja aineistonkeruumenetelmät. Siitä käy ilmi myös kohdejoukot, otos ja oleelliset päätulokset tiivistettynä. Toisessa vaiheessa tutkimuksien tulokset jaettiin kategorioihin ja luotiin soljuva kokonaisuus päätelmistä. Tulos osiossa on vastaus

tutkimuskysymykseen, joka oli yleisimpiä potilaslähtöisiä syitä päiväkirurgisen toimenpiteen peruuntumiselle leikkauspäivänä. Opinnäytetyöhön on kerätty ajankohtaista tietoa potilas ohjauksesta päiväkirurgiassa ja sen parannettavuudesta. Tietokantoja, joista tutkimuksia on valittu Medic, Cinahl ja PubMed. Sekä käytettyjä hakukoneita oli Google ja Google Scholar. Hakusanoina oli käytössä: päiväkirurgia, potilas ohjaus, operat* AND cancel, elek* AND peru* sekä poti* AND ohjaus AND kir*. (Taulukko 2.) Valittujen tutkimuksien kriteerinä oli katsastella potilaiden tai sairaanhoitajien kokemuksista preoperatiivisesta potilasohjauksesta sekä tutkimuksia, joissa oli listattu syitä elektiivisten toimenpiteiden peruuntumiselle. Hakukriteereinä on kieli, tutkimusmaa, kohderyhmä ja aika jolloin tutkimukset oli tehty. Tutkimukset ovat maksimissaan 10 vuotta vanhaa tutkimuspohjaista aineistoa eli julkaistu vuosina 2008-2018 välisenä aikana. Niiden saatavuus tuli olla, joko suomen- tai englanninkielisinä. Kohderyhmä tutkimuksessa oli elektiiviseen kirurgiaan tulevat potilaat. Hakukriteerinä tekstin saatavuudesta oli alkuperäisenä ja full-text muodossa.

Tämä työ alkoi helmikuussa 2018 aiheen päättämällä. Huhtikuuhun mennessä tutkimuskysymykset oli päätetty ja työhön valikoitunut 5 tutkimusta. Työn edetessä tutkimuksia valikoitui viisi kappaletta lisää eli 10 tutkimusta yhteensä. Nämä 10 tutkimusta täyttävät aikaisemmin mainitut mukaanottokriteerit. Tutkimuksista 3 on Suomesta ja 7 kansainvälistä. Kaikissa tutkimuksissa oli selvästi kerrottu tutkimuksen tekijän tai tekijöiden nimet, sekä missä se oli tehty (Taulukko 3). Tutkimuksien lähdeluettelot olivat näkyvillä ja niissä oli käytetty ajankohtaisia tutkimuksia tukemaan tutkittua asiaa. Myös potilaan sekä haastateltavien yksityisyys oli suojattu hyvin. Työt painottuivat potilasohjaukseen, päiväkirurgiaan ja elektiivisten leikkausten peruuntumiseen.

Taulukko 2. Tiedonhaku taulukko.

| Haku-kone | Hakusanat | Kriteerit | Osumia | Valittujen tutkimuksien määrä |
|---------------|----------------------------------|-----------------|--------|-------------------------------|
| Cinahl | Operati* AND Cancel* AND reaso* | Full text 08-18 | 9 | 3 |
| Cinahl | cancell* AND patient rela* | Full text 08-18 | 20 | 1 |
| Medic | Elek* AND peruu* | Full text 08-18 | 2 | 2 |
| Medic | poti* AND ohajus* AND kir* | Full text 08-18 | 45 | 1 |
| PubMed PMC | Reasons of cancellation elective | Full text 08-18 | 25 | 2 |
| Manuaali haku | Google | | | 1 |
| Yhteensä | | | | 10 |

Taulukko 3. Valitut tutkimukset.

| Tekijä, vuosi, maa | Tarkoitus | Otos n= keitä | Menetelmä | Keskeiset tulokset |
|--|--|---|------------------------------------|---|
| Ahmed, Khan ja Khan 2009 Pakistan | Tutkia syitä elekttiivisten toimenpiteiden peruuntumiselle ja pystyttäisiinkö niihin vaikuttamaan. | n=810 potilasta, joista peruutuksia oli n=55. | Prospektiivinen tarkastuskertomus. | Potilaasta johtuvia peruuntumisia oli 58% kaikista. Yleisin syy (40%) oli, ettei potilas saapunut leikkauspäivänä sairaalalle, toinen potilaslähtöisenä syynä oli potilas kieltäytyi, kolmantena potilaan taloudellinen tilanne esti leikkaukseen saapumisen ja neljäntenä akuutti sairastuminen. |
| Haufler ja Harrington 2011 Yhdysvallat | Vähentää elekttiivisten toimenpiteiden peruuntumista potilaasta johtuvista syistä soittamalla heille kolme päivää aikaisemmin. | n= 6564 leikkausta joista n=395 peruuntui. Kakkosiossa n=2124 potilasta, joista n=94 peruuntui. | Tupla sokko vertaisarviointi. | Ennen tutkimusta potilaasta johtuvia peruuntumisia oli 6% ja kokeiltua potilaille soittamista kolme päivää aikaisemmin peruuntumiset laski 4,43%:tiin. Tuloksena huomattiin, että on hyödyllistä tehdä preoperatiivinen soitto pari päivää aikaisemmin potilaille. |

Taulukko 3. jatkuu.

| Tekijät, vuosi, maa | Tarkoitus | Otos N=keitä | Menetelmä | Keskeiset tulokset |
|--|---|---|---|---|
| Mattila 2010 Suomi | Katsaus päiväkirurgiasta Suomessa. | (n=14) osasto. Päiväkirurgia (n=6659) potilaita. | Prospektiivinen tutkimus jossa käytetty satunnaistettua kaksoissokkoutettua tekniikkaa ja potilastiedoista selvitetty tieto. Viisi osainen tutkimus. | Päiväkirurgisista toimenpiteistä peruuntui 5,6%. Yleisimpänä syynä akuutti sairastuminen (n=88), ei leikkausindikaatiota (n=62), ei anestesi/leikkauskelpoinen (n=54) ja potilaan päätös (n=27). |
| Moraes, Pachêco, Souza e Silva, Silva 2017 Brasilia | Tutkia eri syitä, jotka aiheuttavat elektiivisen toimenpiteen peruuntumisen. | n=9648 leikkausta, joista n= 2956 peruutusta. | Menetelmä on kuvaileva, yleiskatsaus sekä asiakirjoihin perustuva tutkimus. | Vuoden aikana elektiivisiä toimenpiteitä oli suunniteltu n=9648 kappaletta, joista peruuntui jopa n=2956 kappaletta. Yleisin syy oli potilaan saapumatta jättäminen n=683 kappaletta. Toisena syynä oli potilaan tila ja kolmantena potilaasta johtuvana syynä oli, ettei potilas ollut paastonnut (n=18). |
| Kaddoum, Fadlallah, Hitti, EL-Jardali ja El Eid 2016 Yhdysvallat | Syitä elektiivisten toimenpiteiden peruuntumisesta toimenpide päivänä. | n=5929 leikkausta, joista n=261 peruttua. | Prospektiivinen tutkimus. | Kaikista peruutuksista (n=261 kappaletta), joista potilaasta johtuvia oli 17,6% (f=46 kappaletta). Näitä syitä oli potilas ei saapunut leikkaus aamuna paikalle (n=29), potilas muutti mielensä (n=7), potilas siirsi toimenpidettä (n=2), potilas kieltäytyi viime hetkellä (n=7), potilaan perhe kieltäytyi (n=2), potilas sai paniikkikohtauksen (n=1) ja potilas poistui leikkauksesta vasten lääkärin suositusta (n=1). Myös (n=1) potilaalle virheellisesti kerrottu preoperatiiviset ohjeet. |
| Kumar ja Gandhi 2012 Intia | Selvittää leikkauksen päivänä tapahtuvien elektiivisten toimenpiteiden peruuttusyyitä. | n=7272 elektiivistä potilasta, joista peruuntui n=1286. | Prospektiivinen aineiston katsaus. | Yleisin potilaasta johtuva syy peruuntumiselle oli potilaan saapumatta jättäminen 19% (f=244), terveydellisistä syistä 11,6% (f= 149) ja potilas ei ollut valmis 2,1% (f=28). Suurin syy peruuntumisille oli sairaalan sisäisiä ongelmia. |
| Laisi 2012 Suomi | Selvitetty kotoa leikkaukseen kustannustehokkuutta, anestesiapoliklinikan toimintaa sekä leikkausten peruuntumisen määrää ja syytä. | 1. (n=28) ja (n=19), 2. (n=592) ja (n=614) ja 3. (n=152) ja (n=462) 4. (n=12205). | 1 satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, 2 ja 3 tutkimukset prospektiivinen poikkileikkaus tutkimus ja 4 tutkimuksessa retrospektiivinen aineistoanalyysi. | Peruutuksia tapahtui 4,5% joista 72,4% oli potilaasta johtuvan syyn takia. Tutkimuksessa suurimmaksi syyksi operatiivisen peruuntumiselle oli, ettei (n=143) potilas tarvitse enää leikkausta, toisena (n=86) potilas ei ollut leikkauksessa tai pystytty toteuttamaan anestesiaa (n=42) ja kolmantena yleisimpänä syynä akuutti sairastuminen (n=79). Muita listattuja syitä oli: ei saapunut, kieltäytyi toimenpiteestä, toimenpide tehty jo muualla sekä muusta syystä. |

Taulukko 3. jatkuu

| Tekijä, vuosi, maa | Tarkoitus | Otos n=keitä | Menetelmä | Keskeiset tulokset |
|---|---|---|--|--|
| Mesmar, Shatnawi, Faori ja Khader 2011 Israel | Tutkia elekttiivisten toimenpiteitten peruutuksien syitä ja määriä. | n=10485 elekttiivistä potilasta, joista peruuntui (n=382) | Prospektiivinen katsaus leikkaustiedoista | Tutkimusaineisto on 12 kuukauden ajalta ja elekttiivisiä leikkauspotilaita tuona aikana oli n=10485 kappaletta. Peruutuksia potilaasta johtuvasta syystä oli (n= 215). Yleisin syy peruuntumiselle oli, ettei potilas (n=120) saapunut toimenpiteeseen (23%). Toisena oli, ettei (n=88) potilas leikkauspäivänä halunnutkaan leikkausta ja kolmantena (n=10) potilas oli syönyt. Myös potilaan terveydentilasta johtuvia syitä peruuntumiselle oli kaikkiaan 38,2%. Näihin kuului äkillinen sairastuminen (n=8), korkea verenpaine(n=42), keuhkokuume (n=49), laboratorio arvojen tulokset terveydentilasta (n=7) ja potilas (n=5) oli ottanut aspiriinia. Päiväkirurgisia potilaita jätti tulematta enemmän (n=64 kappaletta), kuin osastopotilaista, mutta peruuntumisia terveys syistä oli vain n=24 kappaletta kun osastopotilaista heitä oli jopa n=122 kappaletta. |
| Saarela 2013 Suomi | Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana | n=16 asiantuntijasairaanhoidajaa | Induktiivinen sisällönanalyysi. Asiantuntijasairaanhoidajien vastaamana essee kirjoitelmien avulla. | Tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat potilaan kokonaisvaltaisen voimavaraistamisen erittäin tärkeäksi. Kokonaisvaltaiseen voimavaraistamiseen kuuluu potilaan konkreettiset, henkiset, sosiaaliset ja tiedolliset voimavarat. Potilaat ymmärtävät ohjeistuksen paremmin, kun saavat tuntea sairaanhoidajan kiireettömyyden ja aidon läsnäolon potilasta varten. |
| Turunen 2018 Suomi | Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutuksia elekttiivisten leikkausten peruutuksiin. | Ensimmäisen vaiheen elekttiiviset potilaat (n=12307) ja toisen vaiheen (n=11105). | Monimedotimetelmä (integroitu kirjallisuuskatsaus, kvassikokeellinen tutkimus, semistrukturoitu seurantalomake ja tilastollinen analysointi. | Yleisin syy peruuntumiselle oli potilaan puutteellinen tila leikkaukselle (n=164 ja n=203), potilas (n=139 ja n=104) ei tarvinnut enää leikkausta ja potilas (n=79 ja n=24) ei saapunut toimenpide päivänä. Hyvä hoidonsuunnittelija pystyi parantamaan merkittävästi potilaiden saapumista toimenpiteeseen, vähentämään leikkausten peruuntumista ja hallitsemaan kustannuksia. Potilaan (n=79) saapumatta jättäminen laski parannetusta potilasohjauksesta (n=24) 13,4%:sta 4,4%:iin. Hyvä ohjeistus ja suunnittelu laski muista syistä johtuvia perutuksia myös 11,3%:sta 6,6%:iin. |

5.2 Aineiston analysointi

Narratiivinen sisällönanalyysi kerää tutkimuksista asioiden yhtenäisyyttä ja sisältöä yhteneväksi kokonaisuudeksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 72). Tarkoitus on luokitella aineisto jäsentelemällä ja ryhmittelemällä tietynlaiseksi kokonaisuudeksi. Tämä tapa tuottaa tuloksesta teoreettisen ilmiön. Kuvailevan analyysin ydin ei ole näytön aste vaan kokonainen ilmiö. Tässä tavassa tärkeimpänä on keskeinen sanoma ja yhtäläisyydet. Analysointi etenee siten, että ensimmäisenä valitaan analysoitavat tutkimukset, niihin tutustutaan tarkemmin ja luotettavuutta analysoidaan, tutkimustuloksia pelkistetään ja tulkitaan, jonka jälkeen tehdään niistä yhteenveto. Koko luokittelu muutetaan kuvio tai taulukkomuotoon ja siinä esitetään tiivistetty tulos. Sillä voi myös tulkita aineiston tyypillisiä näkemyksiä tai havaita ilmiöiden välisiä suhteita. (Stolt ym. 2015, 88-89.) Analysointi tapahtuu koko opinnäytetyön ohessa, se tapahtuu samaan aikaan kun aineistoa kerätään (Hirsjärvi ym. 2009).

Narratiivinen sisällönanalyysi menetelmä antoi mahdollisuuden analysoida erilaisia tutkimuksia ja samalla kuivalla niitä laajalti. Tämä oli paras tapa yhdistää tutkimuksia yhtenäiseksi teoriaksi. Opinnäytetyössä käytettäviä tutkimuksia oli monenlaisia ja tällä analyysi tavalla niistä sai kokonaisuuden, miten potilas valmistautui elektiiviseen operaatioon väärin.

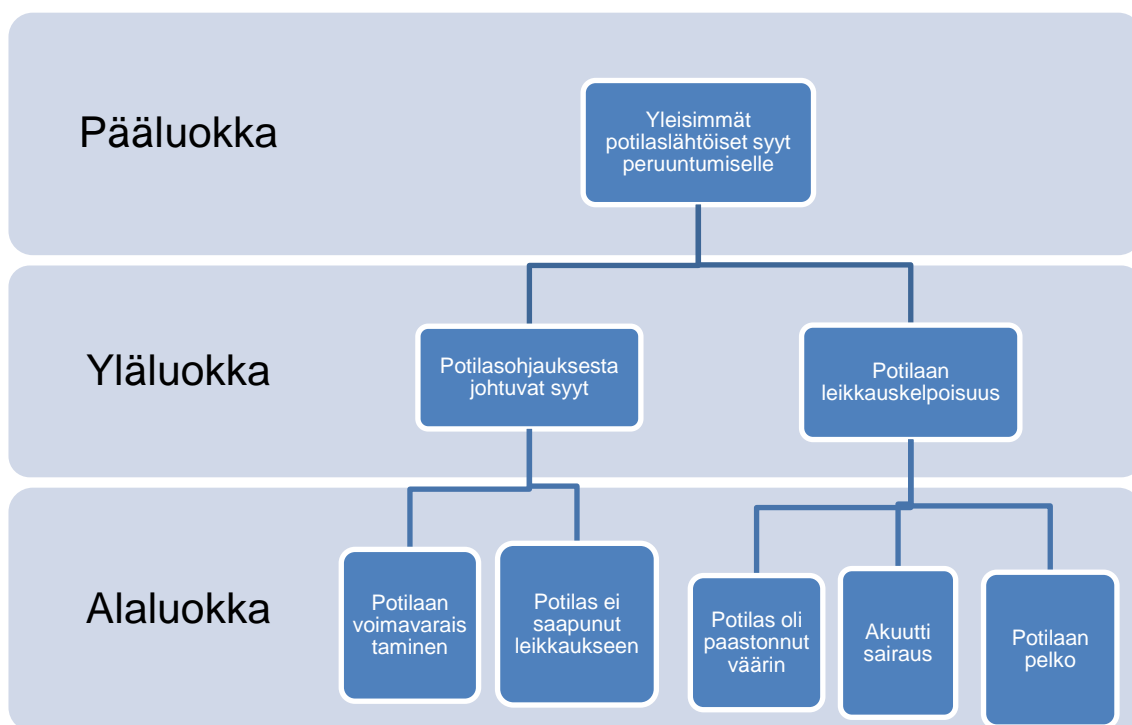
Sisällönanalyysi menetelmän ideana on lähestyä tutkimuksia järkevästi ja muodostaa asioista kategorioita ja yhdistää asioita. Siinä pystytään näkemään samojen kontekstien esiintyvyyttä eri tutkimuksissa. Se antaa mahdollisuuden tarkastella tutkimuksia laajalti ja esittää ne tiivistettynä tietopakettina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 72, 166-169.)

Opinnäytetyötä selvennettiin sisällönanalyysi menetelmällä. Tutkimus tuloksien luokat esitetään kuviossa selkeästi. Tutkimusongelmaan pystyttiin vastamaan jakaen ongelma pääluokkaan, yläluokkaan ja alaluokkaan. Pääluokka oli yleisimmät potilaslähtöiset syyt peruutuksille. Yläluokka oli jaettu kahteen: potilaan leikkauskelpoisuus ja potilasohjauksesta johtuvat syyt. Alaluokkaan tuli viisi yleisintä syytä elektiivisen toimenpiteen peruuntumisesta. Näin tutkimuksen tulos syntyi järjestelmällisesti luettavaksi. Siinä on selkeä polku, jota seurata. Sisällönanalyysi mahdollisti selkeän yhteenvedon tutkimuksien välille ja yhdisti niitten yhteisiä tuloksia.

Opinnäytetyö valmistui Marraskuussa 2018 ja se julkaistaan Theseuksessa.

6 TULOKSET

Tutkimuksessa tarkastellaan yleisimpiä syitä päiväkirurgisten leikkausten peruuntumiselle leikkauspäivänä. Tulokset jakautuvat pääluokkaan, yläluokkaan ja alaluokkaan (Kuvio 1). Potilasohjauksesta johtuvia syitä löytyi kaksi kappaletta ja potilaan leikkaukseen liittyviä kolme. Alaluokat avaavat tarkemmin syyn peruuntumiselle.



Kuvio 2. Yleisimmät potilaslähtöiset syyt peruuntumiselle: pääluokasta alaluokkaan.

6.1 Potilasohjauksesta johtuvat syyt

Potilaan voimavaraistaminen koettiin Saarelan (2013) tutkimuksessa asiantuntijasairaanhoitajien mielestä tärkeimmäksi. He kokivat oleelliseksi rauhassa tehdyn leikkaukseen arviointitapaamisen potilaan kanssa. Se heijasti suoraan potilaan voimavaroihin ja leikkauksen onnistumisen kannalta. Potilaat, jotka olivat saaneet hyvän ohjauksen, suoriutuivat paremmin koko hoitajaksosta. Kokonaisvaltainen potilaan voimavaraistamiseen kuuluu potilaan konkreettinen, henkinen, sosiaalinen ja tiedollinen voimavara. Myös Moraes ym. (2017) olivat pohtineet tutkimuksessansa, onko kirurgisten

potilaiden ohjeistus tarpeeksi intensiivistä, koska potilaista johtuvia peruuntumisia on paljon. Pohdinnassa lopputuloksena oli, että hyvällä ohjeistuksella pystyttäisiin vähentämään potilaasta johtuvia peruuntumisia, joka tuottaisi säästöjä sairaalalle (Moraes ym. 2017). Potilas ymmärsi parhaiten leikkaukseen valmistautumisen, jos ohjaustapaaminen tapahtui noin 2 viikkoa ennen toimenpidepäivää Saarelan (2013) tutkimuksessa käy ilmi. Se oli asiantuntijasairaanhoitajien mielestä oleellisin asia (Saarela 2013). Turunen (2018) tutkimuksessansa toteaa myöskin, että potilasohjaus oli puutteellista ja se huomattiin vasta leikkaussuunnittelun jälkeen, kun 67% peruuntumista oli potilaasta johtuvista syistä. Yhtä kokoaikaista hoidonsuunnittelijaa kohti oli suuri määrä potilaita ja se näytti suurentavan peruutusten määrää. Tutkimuksessa todettiin, että perusteellisempi hoidonsuunnittelumallin toteuttaminen vähensi leikkauspäivän peruutuksia. (Turunen 2018.)

Huono kommunikaatio henkilökunnan ja potilaan välillä johti suoraan 13 peruuntumista. Näitä syitä oli, ettei potilaalle informoitu tarkasta operaatio ajasta tai sen siirtämisestä. (Kaddoum ym. 2016.)

Potilaan saapumatta jättäminen toimenpidepäivänä oli ehdottomasti yleisin syy elekttiivisen toimenpiteen peruuntumiselle. Tämä todettiin kahdeksassa tutkimuksessa. (Ahmed ym. 2009, Haufler & Harrington 2011, Mesmar ym. 2011, Kumar ym. 2012, Laisi 2012, Kaddoum ym. 2016, Moraes ym. 2017 ja Turunen 2018.) Turunen (2018) tutkimuksessa kolmanneksi yleisin peruuntumisen syy oli, ettei (n=103) potilas saapunut sairaalaan toimenpideaamuna. Amerikkalaisessa sairaalassa elekttiivisen toimenpiteen peruuntumisen yleisin syy oli potilaan saapumatta jättäminen toteaa Haufler ja Harrington (2011).

Kaddoum ym. (2016) tutkimuksessa syynä peruuntumiselle oli, ettei potilas saapunut. Tuloksena oli, että potilaalle soittaminen ennen toimenpidettä vähentäisi peruuntumisia (Kaddoum ym. 2016).

Amerikkalaisessa sairaalassa kokeiltiin vähentää leikkauspäivänä tapahtuvia peruuntumisia soittamalla potilaille kolme päivää ennen toimenpidettä. Haufler ja Harrington (2011) raportoivat peruutuksien laskeneen, jopa 1.58% siitä mitä se oli aikaisemmin (6.01%). Tutkimus tuloksena tuli ilmi, että potilaan ohjeistukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta vältyttäisiin peruuntumisilta. Siksi soitto kolme päivää aikaisemmin antoi mahdollisuuden vielä puhua seurauksista, jos ei noudata preoperatiivisia valmistautumisohjeita. (Haufler & Harrington 2011.)

6.2 Potilaan leikkauskelpoisuus

Paastoaminen oli myös yleinen ongelma. Kuudessa tutkimuksessa potilas ei ollut noudattanut perioperatiivista ohjetta paastoamisesta, joka johti leikkauksen peruuntumiselle. (Ahmed ym. 2009, Mesmar ym. 2010, Laisi 2012, Kumar ja Gandhi 2012, Haufler & Harrington 2011, Kaddoum ym. 2016, Moraes ym. 2017. Väärin paastoaminen oli yksi yleisimmistä syistä Hauflerin & Harringtonin (2011) sekä Turusen (2018) tutkimuksessa. Potilaalle oli preoperatiivisessä ohjeessa kerrottu, ettei ruokaa saisi syödä 8 tuntia ennen leikkausta, mitään nesteitä kuusi tuntia ennen sekä kirkkaita nesteitä kaksi tuntia ennen. Tutkimuksessa soitettiin kolme päivää ennen toimenpidettä ja toistettiin paastoamisen tärkeys ja muut valmistautumiseen liittyvät ohjeet. Potilaille painotettiin, että toimenpide tulee peruuntumaan, jos ohjeita ei noudata oikein. Soitto kolme päivää aikaisemmin laski tutkimuksessa potilaista johtuvia peruuntumisia. (Haufler & Harrington 2011.) Turusen (2018) tutkimuksessa kokeiltiin noudattaa preoperatiivista hoidonsuunnittelu mallia tarkemmin, mutta se ei merkittävästi pienentänyt potilaasta johtuvia peruuntumisia. Kaddoum ym. (2016) tutkimuksessa käy myös ilmi, että potilaalle ei oltu tarpeeksi selvästi kerrottu paastoamisesta ja tästä syystä toimenpide peruuntunut. Leikkauskelpoisuus Turusen (2018) tutkimuksessa yleisin syy peruuntumiselle kahden 9 kuukauden tutkimusjakson aikana oli, ettei (n=164/ n=203) potilas ollut leikkauskuntoinen sairaalaan saapuessaan. Kaddoum ym. (2016) tulivat myös siihen tulokseen, että potilaan heikko leikkauskunto oli este toimenpiteelle tai potilaan terveydentila oli huonontunut leikkauksen sopimisen ja leikkauspäivän välillä. Tarkemmin eriteltynä leikkauskuntoon sisältyi poikkeavat laboratoriotulokset, preoperatiivisia ohjeita seurattu väärin ja sairaudenkuvan muuttuminen (Kaddoum ym. 2016).

Akuutti sairastuminen oli yleinen ennalta ehkäisemätön tekijä, todetaan yhdeksässä tutkimuksessa (Ahmed ym 2009, Mattila 2010, Mesmar ym. 2010, Haufler & Harrington 2011, Kumar & Gandhi 2012, Laisi 2012, Kaddoum ym. 2016, Moraes ym. 2017 ja Turunen 2018).

Potilaan pelko oli myös viime hetken peruuntumisen syy. Potilas muutti toimenpide aamuna mieltänsä (n=7), sai paniikkikohtauksen (n=1) ja potilas kieltäytyi viime hetkellä (n=4). (Kaddoum ym. 2016.) Laisin (2012) tutkimuksessa myös (n=6) potilasta kieltäytyi leikkauksesta äkillisesti. Kaddoum ym. (2016) epäilivät poissa jättäytymisen syiksi viime hetken pelkoa ja epävarmuutta.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus yhdistää viimeaikaisia tutkimuksia tietystä aihealueesta. Sillä pystytään yhdistämään tutkimustuloksia kuvailevasti, joka antaa tutkijalle vapautta tulkintaan. Sitä kutsutaankin tarinankertomistavaksi, jossa tutkijaa saa vapauden yhdistää tiedosta kokonaisuuden. Narratiivinen- eli kuvailevakirjallisuuskatsaus sisältää prosessin, jossa hankitaan materiaali, tutkimuksien systemaattisen taulukoinnin, keskeisien tutkimustuloksien taulukoinnin sekä analyysin tutkimus tuloksesta. Tällä tavalla käsitellään hallitusti aikaisempia tutkimuksia, niiden laajuutta ja määrää. Narratiivisenkirjallisuuskatsauksen kysymykset saavat olla laajoja ja tutkijan määrittelemiä. (Stolt ym. 2015, 9.)

Tutkimusetiikka jaetaan tieteen sisäiseen ja ulkopuoliseen. Sisäisellä etiikalla ajatellaan totuudenmukaisuuteen. Siinä mietitään tutkimuksen tavoitetta ja vaikutusta kohteeseen. Perusvaatimuksena on, että tutkimus on aito. Suomessa on sitouduttu noudattamaan Helsingin julistusta. Se on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.) Opinnäytetyö on toteutettu noudattaen tieteellisen toiminnan yleisiä sääntöjä. Niitä on universaalisuus, yhteisöllisyys, puolueettomuus ja järjestelmällisen epäilyn periaate (Hirsjärvi ym. 2009, 21). Työ on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää, kun työssä on analysoitu taulukkomuotoon tärkein sisältö tutkimuksista. Näitä tietoja on kirjoittajat, julkaisuvuosi, -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruun menetelmästä kertominen, otos ja päätulokset (taulukko 3). Toisena taulukkona on tehty systemaattisesti toistettava tiedonhaku (taulukko 2). Hakukoneita oli luotettavat lähteet kuten Cinahl, Medic ja PubMed. Hakusanat olivat yksinkertaistettuja, jotta aineistoa löytyisi laajasti. Tuloksia tulkittaessa tulee huomioida, että tuloksia oli kerätty Suomesta ja seitsemästä muusta maasta. Eurooppalaisia tutkimuksia ei löytynyt edes englanniksi, joka johti niiden pois jäämiseen. Tutkimuksia oli kolme kappaletta Suomesta, joka antaa yleistävämpää tietoa Suomalaisten sairaaloiden elektiivisten toimenpiteiden peruuntumisesta. Myös työhön valikoidut muut tutkimukset olivat selvästi hyvä tasoista sairaaloista. Kehitysmaat oli tarkoituksella jätetty pois ja myös tutkimukset, joissa potilassuoja oli heikkoa. Potilaan tiedonsuoja on opinnäytetyössä käytetyissä tutkimuksissa hyvä. Tutkimuksia karsiutui matkalla, kun potilassuoja oli välttävä tai kyseenalainen. Vaikuttavia tekijöitä aineiston analyysin luotettavuudelle on, että opinnäytetyö on tehty yksin ja suurin osa tutkimuksista oli englanninkielellä. Nämä molemmat

vaikuttavat aineiston analysoimiseen siten, että analysoiminen on ollut ainoastaan yhden henkilön tulkinnanvaraista. Yhden henkilön tuloksia tulkittaessa on pohdintaa tehty usein ja tarkastelua on toistettu monena päivänä peräkkäin. Tutkimukset on koottu taulukkoon, jonka jälkeen tulososiossa on katsasteltu vastaukset tutkimuskysymykseen. Hyvä taulukko takaa jokaiseen tutkimukseen syvän perehtymisen ja töiden oleellisen tiedon tiivistämisen. Työn lopullista luotettavuutta olisi voinut lisätä, jos olisi löytynyt enemmän suomenkielisiä lähteitä.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millaisia puutteita valmistautumisessa päiväkirurgiseen toimenpiteeseen saapuvilla potilailla on, sekä mitä ohjauksessa tulisi painottaa niiden välttämiseksi. Tavoite on kerätä tietoa kirjallisuuskatsauksena potilaiden päiväkirurgiaan valmistautumisen yleisimmistä ongelmista, jotta potilasta ohjaavat sairaanhoitajat sekä leikkaustiimin jäsenet pystyisivät kehittämään päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan potilaan valmistautumista paremmaksi ja potilaalle helpommin ymmärrettäväksi. Tyhjäät salit viime hetken peruuntumisen takia ovat resurssien haaskaamista ja aiheuttavat suuria kustannuksia sairaaloille. Joten narratiivinen opinnäytetyö kooste peruuntumisten syistä on ajankohtainen asia. Tällä tyylillä on pystytty yhdistämään monien tutkimusten kokonaisuus helppolukaiseen muotoon.

Tuloksesta käy ilmi, että yleisimmät syyt päiväkirurgisen leikkauksen peruuntumiselle leikkauspäivänä johtuivat potilaan ohjauksesta ja potilaan leikkauksekelpoisuudesta. Potilaan ohjeistuksesta johtuneita peruuntumisia oli liian vähäinen potilaan voimavaraistaminen ja potilaan saapumatta jättäminen. Kun taas potilaan leikkauksekelpoisuuteen liittyvät peruuntumisiin johtaneet tekijät olivat, väärin paastoaminen, pelko ja akuutti sairastuminen. Teoreettinen viitekehys käsittelee tätä työtä tukien potilaan hyvän ohjeistamisen ja voimavaraistamisen. Aineiston analysoinnissa Saarelan (2013) tutkimuksessa asiantuntija sairaanhoitajat kokivat rauhassa tehdyn potilasohjauksen tärkeimmäksi asiaksi potilaan voimavaraistamisesta. Kuten myös kirjallisessa viitekehyksessä käy ilmi, että elektiiiviseen toimenpiteeseen tulevista potilaista kokivat hyvän preoperatiivisen ohjeistuksen yhdeksi tärkeimmistä osioiksi valmistautumista (Rauta 2006). Sekä Moraes ym. (2017) toteavat, että hyvä potilasohjaus vähentäisi turhia peruuntumisia toimenpide päivänä. Preoperatiivisen käynnin aika mietitytti joitain potilaita. Jos ohjaus käynti olisi maksimissaan kaksi viikkoa ennen elektiiivistä toimenpidettä, pysyisi tieto paremmin mielessä. (Saarela 2013.) Rauhassa tehty potilasohjaus leikkaukseen koettiin asiantuntija sairaanhoitajien toimesta tärkeimmäksi asiaksi. Se näkyi myös suoraan potilaan voimavaroissa ja leikkauksen onnistumisen luvuissa. Potilaat, jotka olivat saaneet hyvän potilasohjauksen, suoriutuivat muita paremmin koko hoitajaksosta. (Saarela 2013.) Joten tuloksia tarkastellen itse potilaat ja sairaanhoitajat haluaisivat toteuttaa preoperatiivisen ohjauskeskustelun rauhassa ja lähempänä itse toimenpidepäivää. Ohjaus on onnistuneen elektiiivisen toimenpiteen perusta ja tämän voi nähdä analysoiduista tutkimusta, joita teoreettinen viitekehys tukee.

Kuten teoreettisessä viitekehyksessä käydään läpi pelkoa, oli se myös analysoitujen tutkimuksien yksi peruuntumisien aiheuttava syy. Potilaan pelko on sidoksissa sukupuoleen, ikään, siviilisäätyyn, koulutustasoon, henkiseen tasapainoon ja taloudelliseen tilanteeseen. Viitekehyksessä ilmenee, että potilaat kokevat, ettei heidän pelkoja oteta tarpeeksi vakavasti ja se vaikeuttaa hoitopolkua. (Kaukonen 2010; Lumio 2011.) Potilaan tulisi saada hoitajalta aitoa välittämisen tunnetta ja kokea tulleensa kuulleeksi.

Teoreettinen viitekehys on rakennettu tukemaan tämän opinnäytetyön tuloksia. Se avaa mielestäni tulososiossa analysoitujen tutkimustuloksien teoreettista pohjaa ja selkeyttää tämän työn asioita. Suurimpana syynä elektiivisen toimenpiteen peruuntumiselle oli, ettei potilas saapunut toimenpidepäivänä paikalle. Aineistoa analysoidessa se ilmeni kahdeksassa tutkimuksessa ja oli yllättävää, ettei sitä oltu tutkittu sen tarkemmin. Tulos yllätti minut ja se olisi varmasti säästöjen kannalta oleellinen asia tutkia perusteellisesti. Yleinen aineistosta nouseva asia oli myös väärin paastoaminen ja muutenkin vääränlainen valmistautuminen. Oikea tapa käsitellään teoreettisessä viitekehyksessä, johon kuuluu paastoaminen, määrättyjen lääkkeitten tauottaminen, hyvä hygienia, määrätty laboratorio kokeet ja saattaja kotia (TYKS 2017). Mielestäni tämä olisi asia johon sairaanhoitajat voisivat vaikuttaa enemmän. Potilaille tulisi kertoa selkeästi, että toimenpide peruuntuu, jos et seuraa ohjeita ja niiden laiminlyöminen on vaaraksi sinulle itsellesi. Ohjeitten tarkkaa syytä ei tulisi välttämättä kertoa niin rutiininomaisesti. Akuutti sairastuminen on myös este toimenpiteelle (käypä hoito- suositus 2014) ja on yleinen ennaltaehkäisemätön tekijä, mutta myös harmillisen usein elektiivisen toimenpiteen peruuntumisen syy. Akuutti sairastuminen nousi esille yhdeksässä tutkimuksessa (Ahmed ym 2009, Mattila 2010, Mesmar ym. 2010, Haufler & Harrington 2011, Kumar & Gandhi 2012, Laisi 2012, Kaddoum ym. 2016, Moraes ym. 2017 ja Turunen 2018).

Opinnäytetyö oli ensimmäinen elämässäni. Koko työhön meni hieman alle vuosi monen henkilökohtaisen muuttujan vuoksi. Tarkoitus oli tuottaa kokonaisuus, josta voidaan nähdä elektiivisten toimenpiteiden peruuntumisien syitä. Tällä tavalla pystytään tekemään taloudellisia säästöjä, kun tiedostetaan turhien peruuntumisien syitä. Tätä narratiivista kirjallisuuskatsausta pystyy hyödyntämään preoperatiiviset sairaanhoitajat sekä leikkausalihoitajat. Tässä työssä on tarjolla syitä, miksi peruuntumisia tulee ja sen tiedon avulla voidaan kehittää elektiivisen potilaan ohjeistamista. Tätä opinnäytetyötä voi käyttää tietoperustana katsastaessa syitä miksi tyhjiä saleja on ja kehittää siten potilasohjausta. Tämä opinnäytetyö kuitenkin osoittautui haastavaksi tutkimusaineiston puuttumisen vuoksi ja johti tutkimuskysymyksen muuttamiseen useaan otteeseen. Lopulta

tarjolla oleva tieto ja tutkimuskysymys kohtasivat. Teoreettista viitekehystä täytyi vielä työn ollessa jo loppuvaiheessa muuttaa hieman, jotta se palvelisi paremmin tutkimuksen syytä.

Jatkossa olisi hyvä tehdä tarkka tutkimus syistä, miten potilas on väärin valmistautunut. Tutkimuksia etsiessä ei löytynyt aineistoa tarkoista syistä, miksi ja miten potilas oli väärin valmistautunut. Useassa tutkimuksessa oli todettu vain, että perioperatiivinen toimenpide peruuntui potilaasta johtuvasta syystä. Jotta pystyttäisiin kehittämään tätä olisi hyvä tehdä tutkimus Suomessa potilaista, jotka valmistautuivat väärin. Heiltä olisi hyvä kysyä ohjauksesta ja miksi he toimivat siten, että elektiivinen toimenpide peruuntui. Tai toinen oiva tutkimus olisi pyytää salihenkilökuntaa kirjaamaan tarkan syyn peruuntumiselle.

LÄHTEET

- Admed, T.; Khan, M.; Khan, F.A. 2009. Cancellation of surgery in patients attending the preoperative anaesthesia assessment clinic: a prospective audit. *J Pak Med Assoc* 2009; 59(8): 547-50. Tutkimus. PubMed. Viitattu 4.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19757703>.
- Da'ar, O.B. & Al-Mutairi, T. 2018. How do patient demographics, time-related variables, reasons for cancellation, and clinical procedures affect frequency of same-day operating room surgery cancellation? A maximum likelihood method. *BMC Health Services Research* 18:454. Tutkimus. Viitattu 4.11.2018. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3247-y>.
- Essote. 2018. Päiväkirurgia. Viitattu 27.2.2018. <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/terveyspalvelut/kirurgia/paivakirurgia/>.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Haufler & Harrington. 2011. Using Nurse-to-Patient Telephone Calls to Reduce Day-of-Surgery Cancellations. *PubMed. Aorn Journal*, 94, (1), 19-26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21722768>.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Kaddoum, R.; Fadlallah, R.; Hitti, E.; EL-Jardali, F. & El Eid, G. 2016. Causes of cancellations on the day of surgery at a Tertiary Teaching Hospital. Tutkimus. *BMC Health services research* 16:259. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/detail/detail?vid=6&sid=aa624724-a61c-4632-98e8-d6e8c6eada0c%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=116873788&db=ccm>.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaukonen, J. 2010. Päiväkirurgisessa kaiholeikkauksessa olleiden iäkkäiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Pro Gradu -tutkielma. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.
- Kettu, H. 2007. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus sairaanhoitajan näkökulmasta. Pro Gradu -tutkielma. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.
- Kiviniemi, K. 2006. Pelokkaan potilaan kohtaaminen- tutkitun tiedon hyödyntäminen pelokkaan potilaan hoidossa. VSSHP.TYKS. Turun yliopisto. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Viitattu 28.9.2018. <https://docplayer.fi/18586875-Pelokkaan-potilaan-kohtaaminen-tutkitun-tiedon-hyodyntaminen-pelokkaan-potilaan-hoidossa-ylihoitaja-apulaisopettaja.html>
- Kumar, R. & Gandhi, R. 2012. Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. *Journal of Anesthesiology Clinical Pharmacology* 28(1): 66-69. PubMed PMC. Viitattu 28.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275976/>.
- Laisi, J. 2012. From home to operation – a preoperative process. Väitöskirja. Leikkausosasto Helsingin yliopistollinen sairaala. Helsinki: University of. Viitattu 22.03.2018. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis_laisi.pdf?sequence=1.
- Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito - suositus. 2014. Suomalainen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Viitattu. 2.3.2018. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50066.pdf>.
- Lukkari, L; Kinnunen, T. & Korte, R. 2015. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lundgren-Lukkari, H. 2008. Hoitotyö on kohtaamista. Artikkel. Turun yliopisto julkaistu 24.10.2008. Viitattu 21.9.2018. <http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/Uutiset/arkisto/hoitoty.html>.

McDaniel, J.C. & Browning K.K. 2014. Smoking, Chronic Wound Healing and Implications for Evidence-based Practice. College of Nursing, The Ohio state University, Columbus. The Journal of the Pakistan Medical Association Aug;59(8):547-50. PMC4241583. Viitattu 27.9.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241583/#R61>.

Mattila, K. 2010. Day surgery at Finland. Väitöskirja. Anestesiologian ja tehohoidon osastot. Jorvi Helsingin yliopistollinen sairaala. Helsinki: Helsingin yliopisto. Helda. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22566/daysurge.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mattila, K. 2010. Päikikutkimus tuloksia. <http://www.vshp.fi/suopa/download/P%C3%84IKI-tutkimus%20yhteenvedo%20ppt.pdf>.

Mesmar, M; Shatnawi, N. J.; Faori, I.; Khader, Y. S. 2011. Reasons for cancellation of elective operations at a major teaching referral hospital in Jordan. Ortopedian kirurginen osasto. King Abdullah yliopistollinen sairaala. Jordanian tieteiden ja teknologian yliopisto. Cinahl. Tutkimus. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=29265a89-59ab-4eef-928e-a4153354f845%40sessionmgr4009>.

Moraes, P. G. S.; Pachêco, N. M. D.; Souza e Silva, R. G. & Silva, P. C. V. 2017. Clinical and organizational factors related to cancellation of surgical procedures. Journal of Nursing. ISSN:1981-8963. Viitattu 23.3.2018. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=febaf63-5f8e-4692-abba-1d156ec43198%40sessionmgr104>.

Pihlava, M. 2012. Päiväkirurgian osuus kasvaa yhä. Medi uutiset 26.4.2012. Viitattu 26.2.2018. <https://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/paivakirurgian-osuus-kasvaa-yha-6081964>.

Potilashoidon vuosikertomus 2016 Totek. 2016. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Totek-phvk-2016.pdf>.

Rajala, M.; Kaakinen, P.; Fordell, M. & Kääriäinen, M. 2016. The Quality of Patient Education in Day Surgery by Adult Patients. American Society of PeriAnesthesia Nurses. Volume 33(2):177-187. Viitattu 27.9.2018. https://ac-els-cdn-com.ezproxy.turkuamk.fi/S1089947216304270/1-s2.0-S1089947216304270-main.pdf?tid=f01b33ab-010e-48dd-ae19-cf46fb64d119&acdnat=1538040890_f73ee9478c1d4bc1b2d90b70f3d03caa.

Rauta, S. 2006. Päiväkirurgista potilasta voimavaraistava tieto ja tiedollista voimavaraistumista edistävät ja estävät tekijät. Pro Gradu- tutkielma. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Renholm, M. 2015. Continuity of patient care in day surgery. Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteet. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 20.10.2018. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/117215/AnnalesD1199Renholm.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Pro gradu- tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 20.03.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Stolt, M; Axelin, A & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Turku: Turun yliopisto.

THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Somaattinen erikoissairaanhoito. Tilastoraportti 45/2017, 30.11.2017. Viitattu 5.8.2018. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/somaattinen-erikoissairaanhoito>.

Terveyskylä. 2018a. Kotiutuminen. Potilas ohje. Viitattu 29.10.2018. <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/leikkauksen-j%C3%A4lkeen/kotiutuminen>.

Terveyskylä. 2018b. Leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen käynti. Potilas ohje. Viitattu 18.3.2018. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivokasvaimet/aivokasvainpotilaan-hoitopolku/leikkausta-edelt%C3%A4v%C3%A4-k%C3%A4ynti>.

Terveyskylä. 2018c. Mitä tapahtuu leikkausosastolla. Potilas ohje. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivokasvaimet/aivokasvainpotilaan-hoitopolku/leikkaus/mit%C3%A4-tapahtuu-leikkausosastolla>.

Turunen, E. 2018. Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elektiivisten leikkausten peruuntumisiin. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Medic. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2838-2/urn_isbn_978-952-61-2838-2.pdf.

TYKS. Ennen leikkautta. 2.1.2017. Potilasohje. <http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukseen-valmistautuminen/Sivut/ennen-leikkausta.aspx>.

Valanne, J. 23.11.2005. Johdatus laadukkaaseen päiväkirurgiaan. Operatiiviset päivät 23.11.2005. http://www.vshp.fi/suopa/download/valanne_231105.pdf.

Vehmanen, M. 2009. Päiväkirurgiaa vara lisätä. Lääkärilehti. 11/2009 vsk64:997. Viitattu 7.11.2018. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/paivakirurgiaa-varaa-lisata/>.

Toimeksiantosopimus

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

1

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus

1. Osapuolet

Opiskelija

| | |
|-----------------------------|--|
| Nimi: Maria Kunelius | S-posti: maria.kunelius@edu.turkuamk.fi |
| Osoite: \ | Puhelin: |
| Koulutus: Sairaanhoitaja | |

Toimeksiantaja

| | |
|--|---|
| Yhteys henkilön nimi: Marjale von Schantz | Organisaatio: Turun ammattikorkeakoulu |
| Osoite: Ruiskatu 8 20720 Turku | |
| S-posti: marjale.vonschantz@turkuamk.fi | Puhelin: 0449075460 |

Turun ammattikorkeakoulu Oy

| | |
|---|------------------------|
| Yhteys henkilö/ohjaaja: Tiina Pelander | Puhelin: 0449075486 |
| S-posti: tiina.pelander@turkuamk.fi | |

2. Ohjaus ja vastuut

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta ja arvioinnista oppimistehtävänä. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

3. Oikeudet

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu sen tekijälle eli opiskelijalle. Jos ohjaajan osuus opinnäytetyön tulosten aikaansaamiseksi on ollut poikkeuksellisesti niin luova ja omaperäinen, että se on tekijänoikeudellisesti suojattu muodostamatta kuitenkaan opiskelijan työstä erotettavissa olevaa itsenäistä osaa, on opiskelijalla ja ohjaajalla teokseen yhteinen tekijänoikeus, jonka ehtoista asianomaiset sopivat tarvittaessa erikseen. Muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa, kyseistä oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

4. Työsuhte ja kustannukset

Turun ammattikorkeakoulu Oy
Joukahaisenkatu 3 A
20520 Turku
puh. (02) 263 350
www.turkuamk.fi

Y-tunnus
2528160-3

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä (opinnäytetyöstä) mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja, opinnäytetyön tekijä ja ammattikorkeakoulu sopivat erikseen.

5. Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus

Opiskelija laatii Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukaisen dokumentaation opinnäytetyöstä, jonka hän luovuttaa toimeksiantajalle ja toimittaa kansitettuna kirjaston lainakokoelmaan tai Open Access -julkaisuna Theseus-tietokantaan.

Opiskelija laatii opinnäytetyön julkistettavan aineiston siten, ettei se sisällä toimeksiantajan liike- tai ammatillisalaisuuksia eikä mahdollisia muita salassa pidettäväksi sovittuja tietoja tai aineistoja, eikä myöskään julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja. Edellä tarkoitetut tiedot ja aineisto jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkistettava että salassa pidettävä osa.

Tämän sopimuksen osana noudatetaan Turun AMK:n opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen salassapitoehtoja. (Rasti ruutuun, mikäli salassapitoehtojen noudattamisesta sovitaan.) Salassapitoehtoja sovellettaessa on niiden edellyttämä salassapitovelvollisuus voimassa viisi (5) vuotta toimeksiantosopimuksen voimaan astumisesta.

Opiskelija toimittaa toimeksiantajan yhteyshenkilölle julkistettavan opinnäytetyön tutustumista ja lausunnon antamista varten viimeistään 14 päivää ennen aiotua työn julkistamisajankohtaa. Toimeksiantaja toimittaa opiskelijalle lausunnon opinnäytetyöstä ennen sen ilmoitettua julkistamisajankohtaa ja määrittelee launnossaan tarvittaessa työhön mahdollisesti sisältyvät julkistamatta jätettävät tiedot ja aineistot.

Ellei toimeksiantaja toimita opiskelijalle lausuntoa ennen ilmoitettua julkistamisajankohtaa tai ei launnossaan esitä luottamuksellisuuden vuoksi poistettavaksi tietoja opinnäytetyön julkistettavaksi aiotusta aineistosta, katsotaan toimeksiantajan hyväksyneen opinnäytetyön julkistamisen opiskelijan sille toimittamassa muodossa.

Opinnäytetyö on julkistettavissa kokonaisuudessaan. Se ei sisällä luottamuksellista tietoa. (Rasti ruutuun, mikäli asia on tiedossa jo toimeksiantovaiheessa.)

Opinnäytetyön aihe:Kotoa päiväkirurgiaan - Päiväkirurgisen leikkaukseen tulevan potilaan valmistautuminen.

Seuraavia opinnäytetyön sisältämiä aineistoja ja tietoja ei julkisteta:

6. Sopimuksen voimassaolo ja allekirjoitukset

Tämän sopimuksen osapuolina allekirjoittaneet hyväksyvät edellä esitetyt ehdot ja sitoutuvat toimimaan opinnäytetyön toteutuksessa niiden mukaisesti. Tämän sopimuksen allekirjoituksin Turun ammattikorkeakoulu Oy hyväksyy edellä yksilöidyn opinnäytetyön aiheen. Tämä sopimus astuu voimaan, kun kaikki osapuolet ovat sen allekirjoittaneet, ja voimassaolo lakkaa

automaattisesti kolmen (3) vuoden kuluttua voimaan astumisesta tai sitä ennen opinnäytetyön valmistuttua.

13,4 /2018 (pp.kk.vvvv)

(Paikka)
Toimeksiantajaorganisaatio

Turun AMK
Marjale von Schantz

Nimen selvennys/ titteli
Marjale von Schantz

Tikkekieski 3,4 /2018 (pp.kk.vvvv)

(Paikka)
Opiskelija

Maria Kunelius

Nimen selvennys, opiskelija
Maria Kunelius

13,4,18 (pp.kk.vvvv)

(Paikka)
Turun ammattikorkeakoulu Oy

Marjale von Schantz

Nimen selvennys, KT-päällikkö/KT-päällikön
valtuuttamana
Marjale von Schantz

LIITTEET

Opinnäytetyösuunnitelma
Salassapitoehdot

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUKSEN SALASSAPITOEHDOT

1. Nämä ehdot on tarkoitettu sovellettavaksi osana Turun AMK:n opinnäytetyön toimeksiantosopimusta ja ovat sellaisenaan päteviä vain osapuolten sovittua toimeksiantosopimuksessa niiden soveltamisesta.
2. Luottamuksellista tietoa on kaikki sellainen luovuttavan osapuolen kohdassa 4 kuvatussa tarkoituksessa toiselle osapuolelle luovuttama informaatio ja muu aineisto, joka koskee esimerkiksi luovuttajan liike- tai ammatillisalaisuuksia, teknisiä salaisuuksia tai kaupallisia tai rahoitustietoja ja jotka luovuttaja on merkinnyt luottamuksellisiksi.
3. Mikäli luottamuksellista tietoa luovutetaan suullisesti, on tiedon luovuttajan huomautettava vastaanottajalle tiedon luottamuksellisuudesta sitä luovutettaessa ja vahvistettava kirjallisesti tiedon luottamuksellisuus seitsemän (7) vuorokauden kuluessa suullisen tiedon antamisesta. Muussa tapauksessa suullisesti annettua tietoa ei katsota luottamukselliseksi.
4. Osapuolet luovuttavat luottamuksellista tietoa toiselle osapuolelle vain opinnäytetyön laatimisen, tekemisen tai muunlaisen aikaansaamisen tarkoituksessa.
5. Luottamuksellista tietoa vastaanottava osapuoli sitoutuu pitämään luovuttavalta osapuolelta saamansa luottamuksellisen tiedon salassa ja olemaan luovuttamatta ja paljastamatta sitä kolmannelle osapuolelle ilman luovuttajan kirjallista lupaa ja käyttämään sitä vain opinnäytetyön toteuttamis- tai ohjaamistarkoitukseen.
6. Turun AMK:lla ja opiskelijalla on oikeus edellä kohdassa 5 todetun estämättä luovuttaa toimeksiantajan luottamuksellista tietoa opinnäytetyön ohjaukseen osallistuvalla opettajalle ilmoitettuaan tälle tiedon olevan salassa pidettävää.
7. Salassapitovelvollisuus ei koske aineistoa ja informaatiota,
 - a) joka on yleisesti saatavilla tai muuten julkista tai tulee julkiseksi salassa pidettävän tiedon luovuttamisen jälkeen,
 - b) joka oli oikeutetusti tiedonsaajan hallussa ennen tiedon luovuttamista,
 - c) jonka tiedonsaaja on kehittänyt itsenäisesti tai yhdessä kolmannen kanssa,
 - d) joka tiedonsaajan on luovutettava lain, tuomioistuimen päätöksen tai viranomaisen antaman määräyksen mukaisesti.
8. Turun ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön toimeksiantosopimuksessa osapuolena olevan opiskelijan mahdollisesta salassapitovelvoitteen rikkomisesta toimeksiantajalle aiheutuneiden vahinkojen korvaamisesta. Muutoin Turun ammattikorkeakoulun vahingonkorvausvastuu mahdollisen salassapitovelvoitteen rikkomisesta toimeksiantajalle aiheutuneista vahingoista rajoittuu 10.000 euroon.