

Sydän- ja keuhkoleikkaukseen tulevan potilaan laadukas preoperatiivinen ohjaus esikäynnillä

Tarkastuslista ohjauksen tueksi sairaanhoitajille

Hanna Hongisto

Janita Lehtonen

OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2020

Sairaanhoitajatutkinto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

HONGISTO, HANNA & LEHTONEN, JANITA:
Sydän- ja keuhkoleikkaukseen tulevan potilaan laadukas preoperatiivinen ohjaus
esikäynnillä
-Tarkastuslista ohjauksen tueksi sairaanhoitajille

Opinnäytetyö 70 sivua, joista liitteitä 1 sivua
Syyskuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa sähköinen tarkastuslista sairaanhoitajien tueksi keuhko- ja sydänleikkauspotilaan esikäynnille. Sen tavoitteena oli lisätä näyttöön perustuvaa tietoa sydän- ja keuhkoleikkaukseen tulevan potilaan laadukkaasta preoperatiivisesta ohjauksesta ja sen avulla kehittää preoperatiivisen ohjauksen laatua sekä sairaanhoitajien ammatillista osaamista liittyen potilasohjaukseen leikkausta edeltävällä esikäynnillä. Opinnäytetyön tehtävien avulla selvitettiin, millainen on laadukas sydän- ja keuhkoleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivinen ohjaus esikäynnillä sekä millainen on laadukas preoperatiivinen tarkastuslista sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnillä. Opinnäytetyön työelämätahona toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteydessä toimiva Sydänsairaala.

Laadukas potilasohjaus esikäynnillä on vuorovaikutteista, tavoitteellista ja potilaslähtöistä. Siinä tulee huomioida potilas kokonaisvaltaisesti. Ohjauksen tulee olla myös riittävää. Ohjauksessa korostuu tiedon antaminen potilaalle ja toisaalta tietojen saaminen potilaalta. Potilaan saama tieto lievittää leikkausta edeltävää ahdistusta ja huolta. Preoperatiivisen tarkastuslistan tulee olla mahdollisimman lyhyt, ytimekäs ja selkeä ja siinä tulee olla kaikki tieto, joka tarvitaan leikkauksen onnistumisen varmistamiseksi.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi tarkastuslista sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnille. Tarkastuslistaa tehtiin yhteistyössä työelämätahon kanssa ja sitä muokattiin saadun palautteen perusteella. Tarkastuslista on jaettu 14:ään kohtaan eri aihealueittain. Numerointi selkeyttää tarkastuslistaa, sekä auttaa ohjausta etenemään johdonmukaisesti. Tarkastuslista toimii sairaanhoitajan ohjauksen tukena esikäynnillä. Siten esikäyntien ohjaus yhtenäistyy ja potilasturvallisuus lisääntyy.

Kehittämisehdotuksena esitetään, että potilaille voisi suunnitella erillisen tarkastuslistan kotiin annettavaksi. Jatkotutkimusaiheiksi esitetään esimerkiksi tarkastuslistan toimivuuden sekä potilaiden kokemusten tutkiminen saamastaan ohjauksesta esikäynnillä.

Asiasanat: potilasohjaus, sydänleikkaus, keuhkoleikkaus, thoraxleikkaus, tarkastuslista, esikäynti

ABSTRACT

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

HONGISTO, HANNA & LEHTONEN, JANITA:
Quality Education for a Patient at the Pre-admission Clinic before Cardio- or Thoracic Surgery- A checklist for Nurses to Support Patient Education

Bachelor's thesis 70 pages, appendices 1 page
September 2020

The aim of this study was to collect the evidence-based data of quality patient education on the pre-admission clinic the day before the cardio- or thoracic surgery. The evidence-based data improves the professional skill of the nurses concerning the education of the patients. The purpose of this study was to create a checklist for the nurses at the pre-admission clinic to support the patient education. The main study questions were: what is quality patient education like and what is quality checklist like.

The study was conducted using a functional method. The checklist was done in collaboration with University Hospital of Tampere, Sydänsairaala. The checklist's content is based on the studies and the interviews of the nurses and the physician working at the preadmission clinic and also on the lecture at the hospital. The checklist was modified based on the feedback from the nurses. A quality checklist requires experimental use and after that it can be modified again if needed.

The results revealed that quality patient education consists of patient centered, goal-directed and interactive education. It also requires overall care of patients. Cardio-thoracic patients may have anxiety before the surgery. Information given by the nurses relieves anxiety. A quality checklist is as informative and short as possible. It supports the nurses by ensuring that all the necessary tasks are being taken care of before the surgery. Thus it ensures patient safety. By using the checklist the patient education is more integral between the nurses. The conclusion of this study is that a checklist improves the quality of patient education before the surgery.

Key words: patient education, cardio surgery, thoracic surgery, checklist, pre-admission

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	KÄSITTEELLINEN VIITEKEHYS	8
3.1	Sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan laadukas ohjaus	8
3.1.1	Preoperatiivinen vaihe	9
3.1.2	Sydän- ja keuhkoleikkaus	10
3.1.3	Laadukas potilasohjaus	12
3.1.4	Sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan preoperatiivinen ohjaus	17
3.2	Preoperatiivinen ohjaus esikäynnillä	20
3.2.1	Preoperatiivinen esikäynti	25
3.2.2	Potilaan hoitopolku	26
3.2.3	Leikkausta edeltävä potilaan terveydentilan arviointi	28
3.2.4	Tutkimukset ennen leikkausta	30
3.2.5	Lääkitys ennen leikkausta	32
3.2.6	Suun ja hampaiden terveys	33
3.2.7	Elintavat ja kuntouttava toiminta ennen leikkausta	34
3.2.8	Kivun hoito	37
3.2.9	Psyykinen tila	38
3.2.10	Leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus	38
3.3	Leikkaukseen valmistautuminen ja siihen liittyvä ohjaus	39
3.3.1	Ravinnotta olemisen ohjeet ja lääkkeisiin liittyvä ohjeistus	39
3.3.2	Infektioiden torjunta	40
3.3.3	Tukisukkien käytön ohjaus	42
3.3.4	Sairaalaan mukaan otettavat tavarat	42
3.4	Tarkastuslista esikäynnillä	43
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	46
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	47
4.2	Tuotoksen toteuttaminen	48
4.3	Valmis tarkastuslista sairaanhoitajien ohjauksen tueksi	50
4.4	Tiedonhaku	52
5	POHDINTA	54
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	56
5.2	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	58
	LÄHTEET	61
	LIITTEET	70
	Liite 1. Tarkastuslista sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnillä	70

1 JOHDANTO

Sydän- ja verisuonisairaudet kuuluvat suomalaisten kansantauteihin ja niillä on merkittävä osuus suomalaisten kuolleisuudessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019a). Keuhkosityövän uusia tautitapauksia esiintyi Suomessa miehillä ja naisilla kolmanneksi eniten kaikista syöivistä vuonna 2017 (Malila, Pitkäniemi & Virtanen 2019). Vuonna 2018 sepelvaltimoiden ohitusleikkauksia tehtiin Suomessa 1920 kappaletta, keuhkon osien poistoja 475 kappaletta, keuhkolohkon poistoja 541 kappaletta ja koko keuhkon poistoja 41 kappaletta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019b). Tampereen yliopistollisen sairaalan (Tays) yhteydessä toimivan Sydänsairaalan kirurgi kertoo, että siellä tehdään vuosittain noin 600 avosydänleikkausta ja se on eräs yleisimpiä leikkauksia Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Tays Sydänsairaala 2019b).

Ennen leikkausta annettava preoperatiivinen ohjaus ja arviointi on tärkeä osa leikkausprosessin onnistumista ja potilasturvallisuutta. Preoperatiivisen ohjauksen tarkoitus on, että leikkaus voidaan suorittaa turvallisesti ja että mahdolliset leikkauskomplikaatioita aiheuttavat riskitekijät ovat tiedossa. Lisäksi se auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa ja lievittämään hänen ahdistustaan ja pelkoa. Preoperatiivinen ohjaus on myös tärkeää leikkauksen jälkeisen kuntoutumisen kannalta. (Ilola ym. 2013, 6, 18, 20, 24.) Mahdollisimman hyvän leikkaustuloksen kannalta on siis tärkeää, että preoperatiivinen ohjaus on laadukasta.

Sydänsairaalan esikäynnillä työskentelevän sairaanhoitajan mukaan, preoperatiivisen haastattelun eräs tärkeimpiä merkityksiä on potilasturvallisuuden varmistaminen. Potilaan preoperatiivisella haastattelulla voidaan estää leikkauksen peruuntuminen ja varmistaa huolellinen valmistautuminen leikkaukseen. Preoperatiivinen haastattelu luo myös mielenrauhaa potilaalle ja hänen läheisilleen, ja lisäksi haastattelulla saadaan ja annetaan tietoa potilaalle ja hänen läheisilleen. Tarkastuslista lisää turvallisuutta ja estää asioiden unohtamista, sekä yhtenäistää ohjausta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa preoperatiivinen sähköinen tarkistuslista, mikä tulee työelämätahon saataville intranettiin. Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä tietoa preoperatiivisesta ohjauksesta ja sen avulla kehittää sairaanhoitajien ammattitaitoa sekä preoperatiivisen potilasohjauksen laatua. Työelämätahona toimii Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteydessä toimiva sydänsairaala ja siellä preoperatiivista haastattelua tekevät sairaanhoitajat. Työelämätahon toiveena on, että tarkistuslista tukee sairaanhoitajaa työssään hänen tehdessään preoperatiivista haastattelua ja ohjausta sekä elektiivisten että päivystysleikkausten esikäynneillä. Opinnäytetyömme aihe valikoitui myös aiheen kiinnostavuuden perusteella ja aiheen koetaan kehittävän tekijöiden ammattitaitoa.

Käsite potilasohjaus on rajattu koskemaan sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäyntiä tai sairaalan osastolla tehtävää preoperatiivista ohjausta. Tässä opinnäytetyössä preoperatiivinen esikäynti koskee sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäyntiä. Elektiivinen leikkaus tarkoittaa etukäteen suunniteltua leikkausta (Ahonen ym. 2019, 92).

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa sähköinen tarkastuslista sairaanhoitajien tueksi ja avuksi heidän tehdessään preoperatiivista haastattelua ja ohjausta sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan tullessa leikkausta edeltävälle esikäynnille.

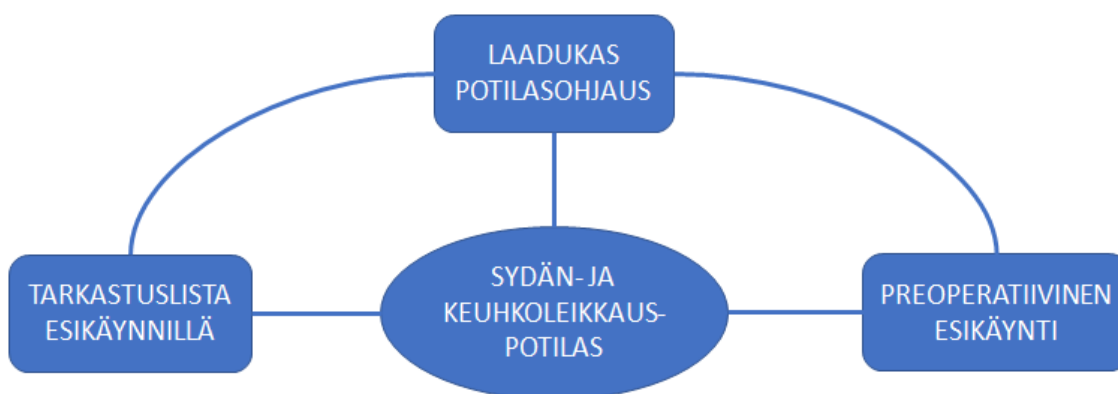
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Millainen on laadukas sydän- ja keuhkoleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiivinen ohjaus esikäynnillä?
2. Millainen on laadukas preoperatiivinen tarkastuslista sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnillä?

Tavoitteena on lisätä näyttöön perustuvaa tietoa sydän- ja keuhkoleikkaukseen tulevan potilaan laadukkaasta preoperatiivisesta ohjauksesta ja sen avulla kehittää preoperatiivisen ohjauksen laatua sekä sairaanhoitajien ammatillista osaamista liittyen potilasohjaukseen leikkausta edeltävällä esikäynnillä.

3 KÄSITTEELLINEN VIITEKEHYS

Tutkijan täytyy olla työssään tietoinen siitä, mitä käsitteitä hän käyttää, millaisia merkityksiä ja arvoja niihin sisältyy ja mitä hän käsitteillä täsmällisesti tarkoittaa. Käsitteiden määrittelemine on olennainen osa tutkimusta. (Koppa 2015.) Opin- näytetyömme pääkäsitteitä ovat laadukas potilasohjaus, preoperatiivinen tarkis- tuslista, sydän- ja keuhkoleikkauspotilas ja preoperatiivinen esikäynti. Preopera- tiivinen jakso alkaa siitä, kun potilas saa ajan leikkaukseen ja loppuu siihen, kun potilas siirtyy leikkaukseen (Patton & Danko 2018, 229).



KUVIO 1. Pääkäsitteet

3.1 Sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan laadukas ohjaus

Laadukas ohjaus vaikuttaa potilaiden asennoitumiseen, vastuunottoon sairauden hoidosta, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen (Kääriäinen 2007, 133). Myös Ka- kisen (2013, 69) tutkimuksessa laadukas ohjaus vaikutti pitkäaikaissairaiden asenteisiin ja itsehoitoon. Ohjaus lisää potilaan omahoitoa ja toimintakykyä, mikä edistää potilaan terveyttä. Ohjauksen avulla edistetään potilaan elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsenäistä päätöksentekoa sekä annetaan tietoa sairauden hoidosta. Ohjaus vähentää sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä, mistä seuraa kansantaloudellista säästöä. (Kääriäinen 2007, 112.) Fredericks & Yau:n (2017) mukaan yksilöllisellä potilasohjauksella voidaan

tehokkaasti vähentää sairaalaan palaamista sydänleikkauksen jälkeen, vähentää ahdistusta ja masennusta sekä edistää omahoitoa ja kognitiivisia toimintoja.

Potilaiden kanssa kommunikointi ja ohjaus vähentää masennusta ja edistää toipumista. Ohjaus vaikuttaa sekä fyysisiin että psykologisiin ongelmiin ja mielen-terveyteen. Avoin sydänleikkaus on eräs sydänpotilaan suurimpia stressin aiheuttajia. Useissa tutkimuksissa on todettu monilla potilailla masennusta tai muita psyykkisiä häiriöitä ennen sydänleikkausta. Preoperatiivinen ohjaus voi ehkäistä leikkauksen jälkeistä masennusta, komplikaatioita ja jopa kuoleman. Se myös helpottaa leikkauksesta toipumista. Kirurgisen osaston hoitajien yksi tärkeimpiä tehtäviä on ohjata potilasta hänen omahoidossaan ja keskustella heidän kanssaan. (Loghmani & Monfared 2018, 2, 5.) Sydänleikkausta edeltävä potilaan ohjaaminen vähentää potilaan ahdistusta ja huolta ennen leikkausta sekä leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Kalogianni ym. 2016, 447).

3.1.1 Preoperatiivinen vaihe

Potilaan valmistautuminen leikkaukseen on erittäin tärkeää leikkauksen onnistumisen kannalta. Preoperatiivinen hoito keskittyy varmistamaan potilaan turvallisuuden. Se sisältää potilaan tiedon ja ohjaamisen tarpeen määrittämisen. Leikkausta edeltävät toimet vähentävät ahdistusta ja komplikaatioita sekä edistävät potilaan hoitomyöntyvyyttä leikkauksen jälkeen. (Patton & Danko 2018, 229.) Ohjaukseen kuuluu myös leikkaukseen valmistautumiseen liittyvä ohjaus (Erämies 2017b; Turunen 2018, liite 5/6; Patton & Danko 2018, 229).

Preoperatiiviseen vaiheeseen liittyy laaja arviointi tai perusteellinen konsultaatio preoperatiivisella klinikalla. Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu myös potilas-kohtaisten riskien tunnistaminen ja minimoiminen liittyen leikkaukseen ja anestesiaan. Potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan leikkausta edeltävä lääkitys ja potilaan kroonisen lääkityksen ylläpitäminen. Myös potilaan suostumus leikkaukseen varmistetaan. Ennen leikkausta tehdään standardoituja tutkimuksia sekä annetaan ohjausta, painotetaan potilaan sitoutumista hoitoonsa ja voimaantumista. (Vetter ym. 2013.)

Preoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu esitietojen kerääminen ja tarvittavien tutkimusten tekeminen. Hoidon tavoitteena on, että potilas tietää leikkaussuunnitelman ja kokee turvallisuutta anestesiamuotoa, leikkausta sekä jatkohoidon järjestymistä kohtaan. Potilaan toipumista leikkauksesta ja anestesiasta edistää ennen leikkausta tehtävä fyysisen suorituskyvyn ja leikkausriskin arviointi, leikkauskelpoisuutta heikentävien sairauksien optimaalinen hoito ja potilaan informointi. (Erämies 2017b.)

3.1.2 Sydän- ja keuhkoleikkaus

Yleisimpiä sydänkirurgisia toimenpiteitä ovat sepelvaltimoiden ohitusleikkaus, läppäleikkaukset ja aortan korjausleikkaukset (Helsingin yliopistollinen sairaala n.d.). Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteydessä toimivan sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan sydänleikkauspotilaille tehdään aortta- ja mitraaliläppäleikkauksia, ohitusleikkauksia ja nousevan aortan leikkauksia.

Avosydänleikkauksessa potilaan rintakehä avataan ja rintalasta halkaistaan yleensä pitkittäissuunnassa. Potilas kytketään sydänkeuhkokoneeseen ja on nukutettuna toimenpiteen ajan. Sydänkeuhkokone hapettaa elimistöstä onttolaskimoita pitkin palaavan veren, kun se kiertää sydänkeuhkokoneen läpi ja pumppaa sen takaisin elimistöön. Sydänkeuhkokoneella voidaan korvata keuhkojen ja sydämen toimintaa muutamien tuntien ajaksi. Sydänleikkaukset voivat kestää useita tunteja, jolloin sydänkeuhkokone on tärkeä leikkauksen onnistumisen kannalta. Potilaan oma sydän pysäytetään, kun potilas kytketään sydänkeuhkokoneeseen. Joitain sydänleikkauksia voidaan tehdä myös ilman sydänkeuhkokonetta. (Hippeläinen 2014.) Pääosa ohitusleikkauksista tehdään kuitenkin niin, että sydän on pysäytetty ja silloin potilas on kytketty sydänkeuhkokoneeseen (Tays Sydänsairaala 2019b).

Läppäleikkauksista aorttaläpän leikkaus on yleisin. Läppä voi vuotaa tai olla ahtautunut. Joskus tehdään usean läpän leikkaus samaan aikaan. Ahtautunut tai vuotava läppä voi aiheuttaa sydämen vajaatoimintaa, hengenahdistusta ja jaksamattomuutta. Läppäleikkauksissa voidaan laittaa läppäproteesi tai tehdä läpän

muovausleikkaus. Aorttakirurgiassa tehdään elektiivisesti aneurysman, eli valtimopullistuman, leikkauksia ja päivystyksellisesti aortan dissekaation, eli aortan sisäkalvon repeämän, leikkauksia. Tyypillisesti tehdään nousevan aortan leikkaus. Tavallisin sydänleikkauksen komplikaatio on eteisvärinä, joka voi jäädä pysyväksi. (Tays Sydänsairaala 2019b.)

Mini-invasiiviset sydänleikkaukset eli tähystysleikkaukset tai verisuoniteitse tehtävät toimenpiteet ovat yleistyneet paljon viimeisten vuosien aikana. Esimerkiksi aorttaläpän ongelmat pystytään nykyään korjaamaan verisuonta pitkin asetettavalla proteesilla. Tällaista leikkausta kutsutaan Tavi-toimenpiteeksi. Nämä mini-invasiiviset toimenpiteet mahdollistavat turvallisemman leikkaushoidon myös suuren riskin leikkauspotilaille sekä lyhentävät toipumisaikaa. (Savontausta ym. 2016.)

Keuhkoleikkauksen yleisin syy on kasvaimen poistaminen keuhkoista. Kasvain keuhkoissa voi olla hyvän- tai pahanlaatuinen ja joskus viimeinen keino varmistaa kasvaimen laatu on leikkaus. Keuhkojen kasvaimet poistetaan yleensä tähystysleikkauksella kyljen kautta. (Sydänsairaala n.d.a.) Tällöin potilaalle tehdään usea pieni leikkaushaava kylkeen, joiden kautta on mahdollista tehdä leikkaus videoavusteisesti. Tähystysleikkauksen etuna on lyhyempi toipilasaika ja leikkauksen mahdollistaminen myös niille potilaille, jotka eivät kestä avoleikkausta. (Nykänen, Räsänen, Salo & Sihvo 2014.)

Joskus tähystysleikkaus ei kuitenkaan ole mahdollinen, jolloin on tarpeen tehdä avoleikkaus. Tähystysleikkaus voidaan myös joutua muuttamaan avoleikkaukseksi kesken leikkauksen. (Nykänen ym. 2014.) Tällaista rintaontelon avausta kylkiviillosta nimitetään torakotomiaksi (Tays. Sydänsairaala 2019a). Avoleikkauksessa kylkiluiden kylkiväli avataan ja levitetään. Tästä syntyy isompi haava kuin tähystysleikkauksessa, jolloin toipilasaika on pidempi. Keuhkoista poistetaan yleensä koko keuhkolohko, missä kasvain on. Jos kasvain on levinnyt useampaan keuhkolohkoon, voi olla tarpeen poistaa koko keuhko. (Nykänen ym. 2014.)

Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan Sydänsairaalassa tehtäviä keuhkoleikkauksia ovat kylkiluiden leikkaus, hermo- tai verisuonipinneleikkaus, torakotomia,

kuopparintaleikkaus, mediastinotomialeikkaus, skopiat ja tos-leikkaukset. Mediastinotomialeikkaus tarkoittaa välikarsinan leikkausta (Duodecim. Terveyskirjasto 2020b). Tos (thoracic outlet -oireyhtymä) tarkoittaa erilaisia hermo-verisuoniperäisiä puristustiloja kaularangan ja kainalon välisellä alueella. Tällaisten tilojen kirurgista hoitoa kutsutaan Tos-leikkaukseksi. (Sydänsairaala n.d.b.) Tos-leikkauksessa poistetaan kylkiluu tai vapautetaan hermoja ja verisuonia puristavat pehmytkudokset (Varsinaissuomen sairaanhoitopiiri n.d.).

Tampereen Yliopistollisen sairaalan anestesia- ja kardiologiikan mukana yleisimpiä sydänleikkauksesta johtuvia komplikaatioita on verenvuoto, kipu, sydäninfarkti, tamponaatio ja aivoverenkiertohäiriö. Muita komplikaatioita ovat rytmihäiriöt, infektiot ja sekavuus (Ahonen ym. 2019, 215).

3.1.3 Laadukas potilasohjaus

Laadukas potilasohjaus on potilaslähtöistä (Kääriäinen 2007, 133; Kaakinen 2013, 69). Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan laadukas potilasohjaus vastaa potilaan tiedon ja muihin tarpeisiin. Hänen mukaansa se on myös kiireetöntä, jotta on aikaa keskustella mieltä askarruttavista asioista. Sydänsairaalan sairaanhoitaja kertoo laadukkaasti ohjauksen luovan turvallisuuden tunteen potilaalle ja sen avulla potilas tietää, mitä häneltä odotetaan, esimerkiksi olemaan ravinnotta ennen leikkausta. Potilasohjauksen tulee olla yksilöllistä (Svavasdottir, Sigurdardottir & Steinsbekk 2016; Fredericks & Yau 2017; Hwang 2018.)

Laadukas ohjaus on vuorovaikutteista (Kääriäinen 2007, 133; Kaakinen 2013, 69). Vuorovaikutteisuuden sisältö kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö (Kääriäinen 2007, 116). Maria Kääriäisen (2007, 134) väitöskirjan mukaan ohjaus määritellään aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa potilas ja hoitohenkilöstö ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. On tärkeää, että potilas on aktiivisesti mukana ohjausprosessissa (Kääriäinen 2007, 134; Hwang ym. 2018). Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi (2014, 63) tutkimuksen mukaan ohjauksen tuloksellisuuden arviointi oli hoitotyöntekijöiden mielestä heikentynyt. Potilaalla tulee olla mahdollisuus kertoa käsityksensä ohjauksen tavoitteista ja niiden

saavuttamisesta. Eloranta ym. (2014, 63, 70) ja Sihvola ym. (2019, 212.) ehdottavat, että ohjaustilanteessa pidetään lyhyt palautetuokio, jossa arvioidaan yhdessä potilaan kanssa hänen oppimistaan sekä tiedollisten ja taidollisten taitojen kehittymistä.

Potilasohjauksessa tulee huomioida potilaan henkinen hyvinvointi. Potilaskeskeinen ja tavoitteellinen ohjaus edellyttää myös potilaan tunne-elämän ohjauksen tarpeiden tunnistamista sekä hänen perheensä ohjauksellisten tarpeiden tunnistamista. Ohjauksessa asetetaan yksilöllinen tavoite sekä ohjaukselle että toipumiselle. (Rajala, Kaakinen, Fordell & Kääriäinen 2018, 183, 184.) Elorannan ym. (2014, 70) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät arvioivat, että potilaiden ohjaus, ohjaustarpeen arviointi ja ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen olivat heikentyneet. Hyvä ohjaaja huomioi sekä henkisen että fyysisen hyvinvoinnin ja potilaan perheen. Hyvä ohjaaja on läsnä ja hänellä on aikaa, hän on ystävällinen ja kuuntelee potilasta. Hän kunnioittaa potilaan näkemyksiä ja toiveita sekä osoittaa ymmärtämystä. (Svavasdottir ym. 2016.)

Ohjauksessa tulee huomioida potilaan elämäntilanne, koska potilas on oman elämänsä asiantuntija. Häntä tulee rohkaista kyselemään ja kertomaan sairaudestaan, jotta voidaan antaa juuri hänelle tärkeää ohjausta. Päiväkirurgisessa potilasohjauksessa tulee kiinnittää enemmän huomiota potilaan perheenjäseniin ja antaa heille mahdollisuus osallistua aktiivisemmin ohjaukseen. Ohjauksessa täytyy toistaa tärkeimpiä asioita, koska ohjausta on paljon ja se on jatkuvaa. Jotta potilasohjaus olisi toimivaa ja johtaisi hyvään hoitoon, täytyy ohjauksen sisältää riittävästi tietoa ja sen tulee tukea tavoitteeseen pääsemistä sekä potilaan omahoitoa. (Rajala ym. 2018 183–184, 185, 186.)

Sihvolan ym. (2019) tutkimuksen mukaan ohjauksessa tulee huomioida paremmin potilaan yksilölliset toiveet, odotukset ja omaiset. Ohjauksen tulee olla suunnitelmallisempaa ja siinä tulee varmistaa psykososiaalisen tuen riittävyys. Omaisten tiedonsaanti oli ollut puutteellista ja vähiten ohjaus oli edistänyt potilaan hyvinvointia ja mielialaa. Ohjauksessa oli huomioitu jaettu päätöksenteko, mikä on potilaslähtöistä. Toisaalta siinä ei aina huomioitu yksilöllistä tiedon ja tuen tarvetta, mikä taas ei ole potilaslähtöistä ohjausta. (Sihvola ym. 2019, 212, 213.)

Kirurgisen hoitohenkilöstön tulee kehittää tietojaan potilaiden toipumisajasta, hoito- ja kuntoutusvaihtoehdoista ja sosiaalietuuksista ja ohjata potilasta käyttämään vertaistukea sekä huomioida myös omaisten ohjaaminen. (Lipponen 2014, 77.) Hoitajien mukaan ohjauksessa korostuu tieto preoperatiivisesta ohjauksesta, anestesiasta, leikkauksen yksityiskohdista ja postoperatiivisista odotuksista. Lee & Lee (2012) mukaan leikkausta edeltävästi annettiin eniten tietoa leikkaukseen valmistautumisesta ja leikkauksen jälkeisistä odotuksista.

Sairaanhoitajat voisivat kysyä potilaalta hänen tiedon tarpeistaan, jotta hänelle ei anneta liikaa tietoa tai ettei jotain asiaa laiminlyödä. (Lee & Lee 2012, 2556, 2558.) Ohjauksessa tulee huomioida potilaan ohjauksen tarpeet (Hwang 2018; Sihvola ym. 2019, 212). Ohjauksessa esikäynnillä tulee Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan miettiä, pystyykö potilas tekemään kaikki pesut, muistaako ottaa lääkkeet ja ravinnotta olon. Lisäksi hän kertoo, että potilaalle annetaan mukaan tukisukat tai pesuaineet ja varmistetaan, että hän osaa käyttää niitä.

Keskeiset tiedot tulee antaa tiivistetysti (Hwang ym. 2018). Harris ym. (2020) tutkimuksen mukaan potilaat haluavat tarkkaa ja ajantasaista leikkaukseen liittyvää tietoa internet-sivustolta ja ohjausta internetin käyttämiseen. He myös haluavat, että heille painotetaan tiedon lukemisen tärkeyttä. Potilaat olivat lukeneet tietoa googlestä ja siitä aiheutui hämmennystä ja pelkoa. (Harris ym. 2020, 6.)

Farahanin ym. (2011) mukaan kommunikoinnin vaikeuksia hoitohenkilöstön ja potilaiden välillä olivat empatian puute, ammatillisen sanaston käyttö puheessa, potilaan kokema yksityisyyden ja luottamuksen puute, epätarkka viestintä koskien diagnoosia, ennustetta ja sairaalahoidon jälkeistä hoitoa sekä väärinkäsitykset. Näitä vaikeuksia ilmaisivat sekä potilaat että hoitajat mutta eivät lääkärit. Empatian puute oli ilmennyt nonverbaalisena viestintänä, esimerkiksi mekaanisena kommunikointina. Se näkyi myös vihaisuutena tai kärsimättömyytenä potilasta kohtaan. Ammattikielen sanoja ei aina selitetty potilaille riittävän hyvin, mikä aiheutti hämmennystä. (Farahani ym. 2011, 325.) Hyvä ohjaaja huomioi ymmärtääkö potilas ohjauksessa saamansa tiedon ja selittää asioita maallikkokielellä (Svavasdottir ym. 2016). Hoitajan on tärkeää käyttää kommunikoinnissa helposti ymmärrettäviä termejä (Fredericks & Yau 2017).

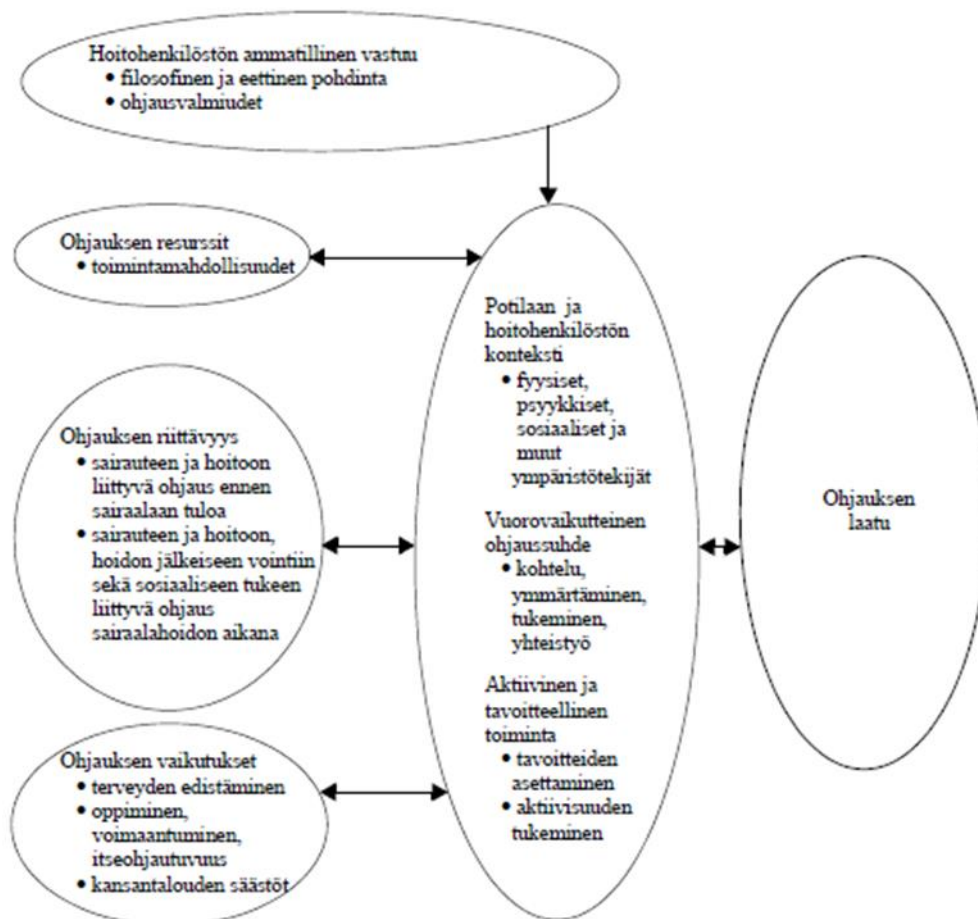
Kulttuuriset ja kielelliset seikat vaikuttivat kommunikointiin ja ohjaukseen potilaiden ja hoitohenkilöstön välillä. Niihin liittyi häpeän ja nolostumisen tunteita. Samoja tunteita esiintyi, kun puhuttiin lääkkeiden vaikutuksesta seksuaalisuuteen. Riittämättömän tulkkauksen puute aiheutti ahdistusta, hämmennystä ja tyytymättömyyttä ohjaukseen. (Farahani ym. 2011, 326.) Hwang ym. (2018) tutkimuksessa eräs ohjauksen pätevyyden mittareista on empatian osoittaminen potilasta kohtaan. Potilaan yksityisyydestä tulee huolehtia ohjaustilanteessa (Svavasdottir ym. 2016; Hwang 2018).

Ohjaamiseen vaikuttavat tekijät

Ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin. Siihen kuuluvat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ja muut ympäristötekijät (kuvio 2) (Kääriäinen 2007, 117, 134.) Fyysisiin tekijöihin kuuluu ikä, sukupuoli ja terveys. Psyykkisiin tekijöihin sisältyy oppimisvalmiudet- ja tyyli, motivaatio, kognitio, tarpeet, käsitykset, kokemukset, odotukset ja selviytymistyyli. Sosiaalisiin tekijöihin kuuluvat tekijät ovat kulttuuri, etnisuus, sosiaalisuus ja selviytymistyyli. Muihin ympäristötekijöihin sisältyy ohjausympäristö. (Kääriäinen 2007, 110.)

Laadukas ohjaus edellyttää asianmukaisia resursseja (Kääriäinen 2007, 133; Lee & Lee 2012, 2557). Lee & Lee (2013, 2557) mukaan monet hoitajat sanoivat, että he eivät ole kertoneet kaikkea välttämätöntä preoperatiivista tietoa potilaalle ja se liitettiin ajan vähyyteen sekä tiukkoihin leikkausaikatauluihin. Potilaslähtöinen toiminta ja riittävä ohjaus ovat yhteydessä ohjauksen vaikutuksiin. (Kääriäinen 2007, 133.)

Ohjaus edellyttää ammatillista vastuuta (kuvio 2). Ammatilliseen vastuuseen liittyviä asioita ovat yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä yksityisyyden tukeminen. Muita siihen liittyviä seikkoja ovat henkilökohtaisten ja ammatillisten arvolähtökohtien tunnistaminen. Ohjausvalmiuksiin kuuluu tieto ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista, ohjausmenetelmistä ja vuorovaikutus- sekä johtamisen taidot. (Kääriäinen 2007, 112, 134.) Potilaan oppimisen tyyli tulee selvittää (Hwang ym. 2018).



KUVIO 2. Hypoteettinen malli ohjauksen laadusta (Kääriäinen 2007, 117)

Ohjaamisen menetelmiä

Potilaalle tulee antaa sekä kirjalliset ohjeet että suullista ohjausta (Turunen 2018, Liite 5/6; Batchelora ym. 2019). Lipposen (2014) mukaan hoitohenkilöstön tulisi kiinnittää enemmän huomiota monipuolisten ohjausmenetelmien käyttöön sekä potilaan ohjaustarpeisiin perustuvan menetelmän valintaan. Uudempien ohjaustapojen, kuten audiovisuaalisen ohjauksen, käytöstä tarvitaan lisää koulutusta. (Lipponen 2014, 77–78.) Eri ohjausmenetelmiä, esimerkiksi videoita, tulee käyttää preoperatiivisessa ohjauksessa (Friedman ym. 2011, 19; Lee & Lee 2012, 2559; Rajala ym. 2018, 185). Suullisen ohjauksen rinnalla tulee aina olla jotakin muutakin ohjausta. Tietokoneen avulla opetus, kuuntelunauhut, kirjallinen materiaali ja luennot sekä havainnollistaminen vaikuttavat positiivisesti potilaan tietämykseen, vähentävät ahdistusta ja lisäävät tyytyväisyyttä. (Friedman ym. 2011, 19.)

Ohjeiden tulee olla saatavilla kirjallisena eri kielillä ja niissä pitää olla tietoa preoperatiivisesta valmistautumisesta sekä postoperatiivisesta hoidosta. Tarvittaessa tulisi käyttää tulkkia apuna opetuksessa. Nykyään myös internetin avulla voidaan opettaa potilaalle leikkausta edeltäviä asioita. Hoitajien tulee ohjata potilasta internetin käyttöön. Lisäksi potilaiden läheisiä tulee rohkaista osallistumaan potilaan preoperatiiviseen ohjaukseen. (Lee & Lee 2012, 2559.) Sosiaalisen median mahdollisuudet tulee hyödyntää paremmin, kun kehitetään potilasohjausmenetelmiä. Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa esimerkiksi potilaan kyky omaksua asioita. Haasteena on kehittää yksilöllisiä ratkaisuja, joiden avulla potilas hallitsee tarvitsemansa tiedon. (Eloranta ym. 2014, 70.) Ohjauksessa tulee käyttää monipuolisesti erilaisia oppimisen strategioita ja sopivia oppimisen apuvälineitä (Hwang ym. 2018).

Erilaiset sovellukset voivat sitouttaa potilasta hoitoonsa ja edistää ohjeiden mukaan toimimista. Sovellukset on kehitetty lisäämään ennalta ehkäisevää hoitoa ja kannustamaan potilaita tekemään fyysistä harjoittelua. Niiden avulla voidaan lisätä tietoa, vähentää ahdistusta, kohentaa terveyttä ja yhtenäistää hoitoa. (Engelman ym. 2019.)

3.1.4 Sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan preoperatiivinen ohjaus

Sydänleikkaus on yhä monen potilaan hoito, vaikka mini-invasiivisia toimenpiteitä tehdäänkin. Sydänleikkaus vaikuttaa potilaisiin myös emotionaalisella tasolla. Leikkauksen monimutkaisuus ja potilaan kriittinen tila aiheuttavat stressiä, ahdistusta ja masennusta. Sairaanhoidajilla on tärkeä rooli potilaan jännityksen vähentämisessä ennen leikkausta. Tiedon antaminen vähentää potilaan pelkoja ja huolia. Ensimmäiseen sydänleikkaukseen menevillä potilailla on todettu masennusta ja ahdistusta. Ajoissa toteutettu masennuksen ja ahdistuksen hoito helpottaa leikkauksen jälkeistä psykososiaalista kuntoutumista ja fyysistä palautumista. (Kazitani ym. 2018, 2,6.) Pelko ja ahdistuneisuus oli tutkimuksen mukaan yleisintä ohitusleikkauksen odottamisvaiheessa, jolloin puolet potilaista tunsi melko voimakasta pelkoa ja ahdistuneisuutta. Eniten pelotti sairaus ja sen hoito. (Koivula 2002, 77.)

Sydänpotilaiden ohjausta voidaan kehittää tehostamalla ohjausta sairauden emotionaalisesta vaikutuksesta, liikunnasta, riskitekijöistä ja omaisten tiedon- saannista erityisesti ohitusleikkauksen odottamisen vaiheessa. Ohjausta tulee saada kaikilta moniammatillisen ryhmän jäseniltä, koska se auttaa potilasta ymmärtämään leikkaukseen liittyvää hoitoa ja edistää turvallisuuden tunnetta. (Koivula 2002, 76.)

Ahdistusta ja huolta aiheuttavia tekijöitä

Gomesin & Bezerran (2017) mukaan kipu, sairaus, kärsimys sekä anestesia, leikkaus ja komplikaatiot vaikuttavat eniten leikkausta edeltävää ahdistusta lisäävästi. Potilasohjaus ja psykologinen tuki, jotka sisältävät selviytymisen strategioita, voivat vähentää ahdistusta. Leikkausta edeltävä ahdistus oli yhteydessä leikkauksen jälkeiseen kipuun ja lisääntyneeseen kipulääkkeiden käyttöön. Ahdistus ja masennus eivät olleet yhteydessä teho-osastolla kuolleisuuteen, mutta niillä oli yhteys pidentyneeseen sairaalassaoloaikaan. (Gomes & Bezerra 2017, 424.)

Hernandez-Palazon ym. (2015) tutkimuksen mukaan ahdistusta eniten aiheuttivat sydänleikkaus, leikkauksen jälkeinen kipu ja anestesian aikainen tietoisuuden tunne sekä huoli anestesiasta heräämisestä. Myös tietämättömyys leikkauksen onnistumisesta lisää ahdistusta. (Hernandez-Palazon ym. 2015, 3.) Kalogiannin ym. (2016) tutkimuksessa potilaat olivat olleet ahdistuneita tai huolestuneita intubaatioputkesta, mikä heillä on herätessä. Sydänleikkauspotilaat olivat huolestuneita leikkauksen kestosta, leikkauksen tuloksista ja he kyselivät, voisivatko välttää leikkauksen. (Kalogianni ym. 2016, 449.)

On suotavaa arvioida ja määrittää sydänleikkaukseen menevän potilaan ahdistusta. (Hernandez-Palazon ym. 2015, 2.) Myös Koivulan (2002, 76) väitöskirjan mukaan ohitusleikkauspotilaiden pelokkuutta ja ahdistuneisuutta tulee systemaattisesti arvioida, jotta hyvin pelokkaat ja ahdistuneet potilaat saisivat tehokkaampaa tukea hoitohenkilökunnalta.

Ahdistusta ja huolta lievittäviä tekijöitä

Potilasohjauksen tulee olla laaja ja yksityiskohtainen ja siinä tulee olla tietoa leikkauksesta, sairaudesta sekä leikkauksen syystä (Goodman 2009, 483). Ennen

sydänleikkausta potilaan tukeminen ja tiedon antaminen toteutetaan sydänleikkauspotilaille järjestettävillä tunneilla, kotikäynneillä ja puhelimesta. Potilaat ovat yksilöitä, jotka tarvitsevat erilaista ohjausta. Potilaalla pitäisi olla myös henkilökohtainen tapaaminen hoitohenkilöstön kanssa. Käynnin yhteydessä voidaan samalla arvioida potilaan terveydentilaa. (Goodman 2009, 487.) Leikkausta edeltävästi potilaalle annetaan tietoa ja vastataan hänen kysymyksiinsä (Goodman 2009, 487; Hernandez-Palazon ym. 2015, 5.)

Preoperatiivinen ohjaus voidaan antaa myös ryhmätunneilla ja vertaisryhmissä (Goodman 2009, 487; Tays Sydänsairaala n.d.c, 9). Tays Sydänsairaalassa järjestetään ryhmämuotoisia tiedotustilaisuuksia ennen sydänleikkausta ja sen jälkeen. Niissä luennoivat sydän- ja rintaelinkirurgi, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, seksuaalineuvoja ja vertaistukihenkilö. Tilaisuudessa kerrotaan eri leikkauksista, fysioterapiasta sairaalassa, mielialasta ennen ja jälkeen leikkauksen, kuntoutuksesta, hoidosta vuode- ja teho-osastolla sekä vertaistuesta. (Tays Sydänsairaala n.d.c, 9.) Eräs tilaisuuden tarkoituksista on pelkojen lievittäminen (Tays Sydänsairaala 2019b). Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan potilas voi halutessaan osallistua vuodeosastolla viikoittain järjestettävään vertaistukiryhmään leikkauksen jälkeen.

Potilasohjaus sisältää usein tietoa, mitä hoitajat olettavat potilaan tarvitsevan, sen sijaan, että potilaalta kysytään, mitä tietoa hän tarvitsee. Potilailla on yleensä huolia, jotka liittyvät leikkaukseen valmistautumiseen. Heillä voi myös olla ymmärtämättömyyttä ja väärinkäsityksiä, jotka liittyvät leikkaukseen ja sydänsairauteen. Potilaan pitäisi voida puhua terveyteen liittyvistä uskomuksista ja odotuksistaan liittyen leikkaukseen, jotta mahdollisista väärinkäsityksistä ja epärealistisista näkemyksistä voidaan keskustella. Terveyteen liittyviä tietoja ja arvioita voidaan käyttää leikkauksen jälkeen kuntoutuksessa. (Goodman 2009, 487.) Ohjauksessa kerrotaan toimenpiteestä ja tavoitteista, koska se lievittää pelkoa, väsymystä, epämukavaa oloa sekä edistää palautumista ja aikaistaa kotiutumista (Engelman 2019 ym.).

Preoperatiivinen ohjaus ennen keuhkoleikkausta auttaa potilasta käsittelemään leikkaukseen ja anestesiaan liittyviä asioita. Lisäksi se vähentää väsymystä ja

kipua, helpottaa kuntoutumista sekä lyhentää sairaalassaoloaikaa. Suullinen ohjaus, lehtiset ja multimedian kautta saatava tieto, jossa kerrotaan toimenpiteestä vähentävät kipua, pahoinvointia ja ahdistusta leikkauksen jälkeen. Myös videon kautta saatava tieto ja päiväkirjan pitäminen ennen leikkausta vaikuttaa kivun hallintaan. Potilaan ja hänen läheisensä tulisi tavata ennen leikkausta kirurgi, anestesiahoitaja ja sairaanhoitaja. On suositeltavaa, että potilaat menevät preoperatiiviseen ohjaukseen ennen keuhkoleikkausta. (Batchelora ym. 2019.)

Ohjaus vähentää leikkaukseen liittyvää pelkoa (Flynn & Silvay 2012, 18; Batchelora ym. 2019). Eräs tärkeimpiä leikkausta edeltäviä tavoitteita on lisätä potilaan tyytyväisyyttä. Potilaan taakkaa stressaavana aikana voidaan vähentää tekeillä kaikki testit ja konsultaatiot yhden päivän aikana. Vaikka huomio kiinnittyy tutkimuksiin, hoitohenkilöstön pitäisi muistaa empatia potilasta kohtaan ja keskustella sydänleikkauksesta potilaan kanssa. Potilaalle kerrotaan laskimo- ja keskuslaskimoyhteyksistä sekä intubaatioputkesta heidän ollessaan teho-osastolla. Siten potilaalle muodostuu käsitys tulevasta. (Flynn & Silvay 2012, 18.)

3.2 Preoperatiivinen ohjaus esikäynnillä

Toimenpidekohtaisessa preoperatiivisessa ohjauksessa potilaalle kerrotaan leikkauksen aihe ja valmistelut, leikkaavan lääkärin nimi ja leikkauksen arvioitu ajankohta, leikkaussalin tapahtumat sekä anestesiamenetelmä. Hänelle kerrotaan myös leikkauksen jälkeisestä hoidosta, tarkkailusta heräämössä ja osastolle siirtymisestä. (Erämies 2017b.) Leikkausta edeltävä ohjaus kohdistuu yleisterveyden edistämiseen ennen leikkausta ja leikkaukseen valmistautumisen ohjaamiseen (taulukko 1). Potilaiden valmistautumiseen kuuluu, että he tietävät leikkauspäivään liittyvät asiat (Harris ym. 2020, 7).

Sairaanhoitaja aloittaa preoperatiivisen kokonaistilanteen kartoittamisen esikäyntipoliklinikalla, missä selvitetään fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja lääketieteellinen tila. Niiden lisäksi katsotaan henkilökohtaiset tiedot, kuten henkilöllisyys ja omaisten yhteystiedot (taulukko 1.) Esikäynnillä potilaalle kerrotaan suunnitellusta toimenpiteestä, varmistetaan, että hän soveltuu leiko-potilaaksi ja annetaan

leikkauksen valmistautumisohjeet. Potilas tapaa esikäynnillä myös anestesiahoitajan ja mahdollisesti anestesia­lääkärin. Esikäynnillä käydään läpi asioita, jotka voivat vaikuttavaa anestesiaan. Niitä ovat esimerkiksi perussairaudet ja lääkitykset. Leiko tarkoittaa, että potilas tulee leikkaukseen omasta kodistaan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2019.)

TAULUKKO 1. Leikkaukseen valmistautuminen, potilaan kokonaistilanteen kar-
toittaminen ja potilasohjaus ennen leikkausta (Turunen E. 2018, liite 4/6–5/6)

	Väitöskirja Turunen, Elina
Leikkaukseen valmistautuminen	Ravinnotta olo
	Peseytyminen
	Potilaalla yhteystiedot sairaalaan
	Ihon kunto ja eheys ja sen tarkkailu
	Preoperatiivisten tutkimustulosten kertominen potilaalle
	Lääketauotukset
Potilaalle annettava tieto	Kivun mittaaminen leikkauksen jälkeen
	Postoperatiivinen hoito ja kuntoutuminen
	Leikkauspäivä, hoitava lääkäri, leikkausprosessi
	Lääkitysasiat sairaalassa ollessa
	Omaisuuuden säilytys sairaalassa, kyytiasiat, potilashotelli, itseilmoittautuminen, leikkausaamun näytteenotto, vaatteiden vaihto, puhelimen käyttö
Fyysisen tilan selvitys	Laboratoriotutkimukset, näytteet, EKG, röntgen
	Apuvälineet
	Suun terveys
	Tupakointi, päihteet
	Perussairauksien hoitotasapaino, suorituskyky (rintakipu, hengenahdistus, liikkuminen) kirurgisen vaivan tilanne
	Liikunta
	Ravitsemustila/ruokavalio
	Painonhallinta
	Ihon kunto
Lääketieteellisen tilan selvitys	Sairaudet, lääkitys, luontaistuotteet, allergiat, riskitiedot, aiemmat leikkaukset
Sosiaalisen tilan selvitys	Asuinolot, perhetilanne
Psyykkisen tilan selvitys	Pelot ja huolet, aikaisemmat kokemukset, henkiset voimavarat
	Kyky omaksua ja noudattaa ohjeita
Henkilökohtaiset tiedot	Henkilöllisyys, omaisten yhteystiedot, äidinkieli, tulkin tarve
Yleisterveysten edistäminen	Perussairauksien hoitotasapaino, suun terveys, ravitsemus, painonhallinta, liikunta, tupakka, päihteet

Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan sydänsairaalassa potilaan esikäynti on leikkausta edeltävänä päivänä. Tays Sydänsairaalassa tehtävällä esikäynnillä potilas tapaa leikkaavan lääkärin, anestesia­lääkärin ja sairaanhoitajan. He haastattelevat potilasta ja ohjaavat myös leikkauksen jälkeisiä asioita. Esikäynnille saa osallistua potilaan luvalla hänen läheisensä. (Tays Sydänsairaala n.d.c,16.) Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan esikäynnillä ennen leikkausta käydään paljon asioita läpi (taulukko 2). Hänen mukaansa läpikäytäviä asioita ovat esimerkiksi pysyväistiedot, esitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, toimintakyky, yhteystiedot, läheiset ja lupa-asiat.

Esikäynnillä käydään läpi esitietokaavake ja puhutaan sairaalassaoloajasta, sekä tarkastetaan ja tarvittaessa päivitetään potilaan riskitiedot (Tays Sydänsairaala 2019b; Tays n.d.a). Riskitiedot ovat tietoja, jotka tulee ottaa huomioon potilaan hoidossa, koska niiden huomiotta jättäminen voi vaarantaa potilaan tai henkilökunnan terveyden. Riskitietoihin kuuluvat esimerkiksi lääkeainereaktiot ja -allergiat, muut allergiat, tietyt riskisairaudet ja hoidot, verituotteiden annossa huomioidtavat asiat, erityishuomiointia vaativat hoidot, siirretyt kudokset ja keinomateriaalit, mikrobit ja eristystarve, hoidon rajaukset, käyttäytymiseen liittyvät riskit sekä muut riskit. (Jokinen & Virkkunen. 2018, 64.)

TAULUKKO 2. Sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan ohjaus asiat esikäynnillä (Tays Sydän-sairaalan n.d.a.) (Tays Sydänsairaala n.d.b) (Tays Sydänsairaala n.d.d) (Sydänsairaalan sairaanhoitaja)

	Tays Sydänsairaala	
Henkilökohtaiset tiedot	Henkilötietojen tarkistus, myös läheisen yhteystiedot tarkastetaan, rannekeen tekeminen.	
Taustatiedot	Nykyiset ja aiemmat sairaudet, tutkimukset ja hoidot.	
Terveyteen vaikuttavat tekijät	Allergiat, ruokavalio, erityis, ihon kunto, alkoholi, tupakointi.	
Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät	Liikkuminen, hampaat, näkö, kuulo, sairauden oireet.	
Elämäntilanne	Nukkuminen, asuminen, olosuhteet kotona, kotiavun tarve.	
Lääkitys ennen leikkausta	Lääkkeiden tautus ja tarkistus, kirjalliset ja suulliset ohjeet, leikkausaamun lääkkeet kirjallisena.	
Riskitiedot	Riskitietojen tarkastaminen ja päivitys.	
Tehtävät tutkimukset	Laboratoriotulosten katsominen, EKG, Thorax-röntgen (katsotaan, onko otettu) tarvittaessa MRSA-näytteen ottaminen erillisen ohjeen mukaan.	
Mittaukset	Pituus, paino, verensokeri, happisaturaatio, lämpö, RR, syke	
Suostumukset	Opiskelijoiden osallistumiseen hoitoon, E-resepti suostumus, tietojenluovutus ja hankkiminen, sairaanhoitopiirin yhteisrekisteri-, ja potilastiedon arkistointi suostumukset, Fimlab- suostumus	
Ulkomailla olosta kysyminen	Jos potilas ollut ulkomailla sairaalassa viimeisen vuoden aikana, otetaan MRSA-näyte.	
Leikkauksen valmistautumisen ohjeet	Sydänleikkaus	Keuhkoleikkaus/rintakehän alueen leikkaus
	Ei tukisukkia	Tukisukat mukaan ja niiden käytön ohjaus
	Peseytyminen Erisept desinfektiope-suaineella edellisenä iltana. Pesun jälkeen puhtaat vaatteet ja petivaatteet. Aamulla kasvojen ja hampaiden pesu sekä alapesu	Peseytyminen edellisenä iltana, pesun jälkeen puhtaat vaatteet ja petivaatteet. Aamulla kasvojen ja hampaiden pesu sekä alapesu.
	Sieraimiin Bactroban Nasal 2% voiteen käyttö	
	Partaa ei saisi olla leuan alapuolella eikä kaulalla.	
	Tupakointi kielletty leikkauispäivän aamuna.	
	Ravinnotta klo 24 jälkeen, sen jälkeen vain suun kostuttaminen, hampaiden pesu ja lääkkeen kanssa vettä.	
	Sairaalaan mukaan otettavat tavarat.	
	Korut, meikit, lävistyksset, kynsilakka, rakennekynnet pois ennen leikkausta. Ei hajusteita.	
	Tulo-ohjeet: paikka ja kellonaika, sairaalan yhteystiedot.	
Muita ohjausasioita	Kerrotaan hoitopolusta, kipulääkityksestä, kivun arvioinnista, leikkauksen jälkeisistä ongelmista, kirurgin soitosta omaiselle, jos sydänleikkaus.	
	Annetaan kirjalliset ohjeet leikkauksen valmistautumisesta ja potilasohjeet kuntoutumisesta.	
	Jos potilas osastolla, näytetään tiloja, annetaan vaatteet, ohjataan puhelimen käytössä.	

3.2.1 Preoperatiivinen esikäynti

Turusen (2018) preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin mukaan poliklinikan sairaanhoitaja kartoittaa potilaan kokonaistilanteen esikäynnillä, joka on puoli vuotta ennen leikkausta tai myöhemmin. Hän antaa potilasohjeet jonotusajalle, käyttää hoitotyön mittareita ja seuloja sekä antaa henkistä tukea. Yhdestä kahteen viikkoa ennen leikkausta tehdään vielä erillinen esikäynti. (Turunen 2018, 11–12.) Tarvittaessa ennen leikkausta vaadittava esitarkastus tehdään perusterveydenhuollossa noin kolme viikkoa ennen leikkausta (Erämies 2017a).

Esikäynti voidaan suorittaa myös leikkausta edeltävänä päivänä. Esikäynnillä potilas tapaa tarvittaessa sairaanhoitajan lisäksi anestesia- ja leikkauslääkärin. Käynnin tavoitteena on lisätä potilaan turvallisuuden tunnetta, lisätä hoitoon sitoutumista ja potilastyytyväisyyttä sekä vastata potilaan tuen ja tiedon tarpeeseen. (Ilola ym. 2013, 22–23.) Suurin osa potilaista menee kotiin tai potilashotelliin leikkausta edeltäväksi yöksi. Kymmenen prosenttia potilaista jää osastolle esikäynnin jälkeen (Tays Sydänsairaala 2019b). Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan potilas tapaa esikäynnillä fysioterapeutin vain poikkeustapauksissa.

Esitietoihin kuuluvat perussairaudet, lääkitys, aiemmat leikkaukset ja allergiat. Esitietojen avulla voidaan valmistautua leikkaukseen oikein ja mietitään leikkausta edeltävä lääkitys. Potilaan leikkauksekelpoisuus sekä tarvittavat tutkimukset arvioidaan osittain esitietojen mukaan. (Terveyskylä 2019c.) Esikäyntipoliklinikalla varmistetaan, että potilas on valmistautunut leikkaukseen ja sairaalassa olemiseen ennen sairaalaan tulemistä. Sillä on tärkeä rooli myös sujuvan kotiutumisen varmistamisessa tai siirtymisessä jatkohoitopaikkaan. (Hea ym. 2018.)

Leikkausta edeltävällä poliklinikkakäynnillä tehdään potilaan fyysinen tutkimus ja arviointi sekä laboratorio- ja muita tutkimuksia. Lisäksi tehdään potilaan hoitosuunnitelma ja annetaan leikkaukseen liittyvää ohjausta. Siellä myös vastataan potilaan kysymyksiin, katsotaan lääkitystä ja näytetään tiloja potilaalle. Potilaalle näytetään hänen halutessaan myös opetuksellinen video sydänleikkauksesta.

Leikkausta edeltävänä iltana sairaanhoitaja soittaa potilaalle ja puhelussa käydään läpi lääke- ja muut leikkaukseen liittyvät ohjeet ja annetaan sairaalaan tuloaika. (Saint Francis Hospital 2019, 18, 22.)

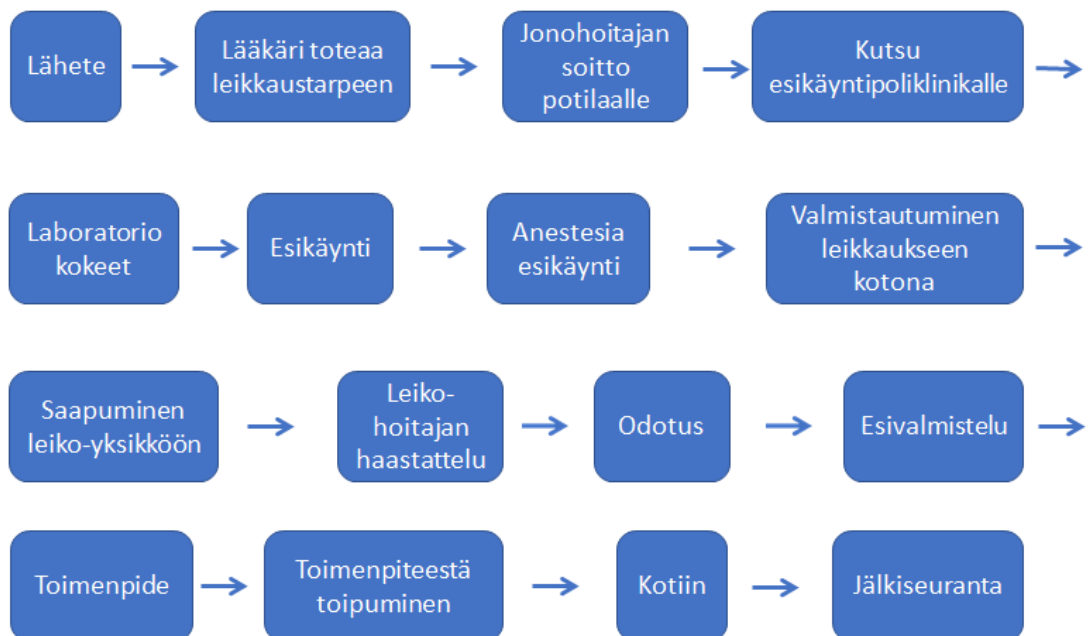
Useat tutkimukset osoittavat, että anestesiapoliklinikat vähentävät leikkauksen viivästymiä, peruutuksia, komplikaatioita, sairaalassaoloaika ja kustannuksia. Anestesiapoliklinikat vähentävät liiallisia laboratorio- ja diagnostisia testejä sekä konsultaatioita. Viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että anestesiapoliklinikat lisäävät potilaan tyytyväisyyttä ja vähentävät potilaan ahdistusta. Mitä suurempi riski leikkauksessa ja mitä monimutkaisempi leikkaus on kyseessä, sitä enemmän on hyötyä preoperatiivisella poliklinikalla tehtävästä arviosta. Sydän- ja suurien verisuonien kirurgiaan erikoistunut anestesiapoliklinikka edistää turvallisuutta ja tehokasta hoitoa. (Flynn & Silvay 2012, 14,15, 23.)

3.2.2 Potilaan hoitopolku

Ennen leikkausta potilas tapaa sydänkirurgin ja anestesia lääkäriä, joka katsoo potilashistorian, tehdyt tutkimukset sekä tutkii potilaan. Sen jälkeen potilas menee leikkausjonoon. (Malik ym. 2014, 77.) Leikkausta edeltävälle anestesiakäynnille menevät vain korkean riskin potilaat. Korkean riskin potilailla on yleensä lisäsairauksia, he menevät vaativaan leikkaukseen tai heillä on odotettavissa leikkauksen jälkeisiä ongelmia. Heillä on yksi vakava sairaus, useita lievempiä sairauksia tai psykososiaalisia syitä, joiden perusteella he menevät anestesiapoliklinikakäynnille. (Laisi 2012, 17, 46.) Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan kiireetöntä leikkausta edeltävä ensimmäinen lääkärin tapaaminen on kahdesta kolmeen kuukautta ennen leikkausta ja kiireellistä leikkausta edeltävä lääkärin tapaaminen kuusi viikkoa ennen leikkausta. Potilas on leikkausjonossa kahdesta kolmeen kuukauteen. Hän saa kutsukirjeen kotiin viimeistään viikkoa ennen leikkausta. Kutsukirjeessä on esitietokaavake, joka tulee myös sähköisenä. Kirjeessä on myös ohjeet lääkkeiden tauotukseen. (Tays Sydänsairaala 2019b.)

Leiko- hoitopolussa lääkäri toteaa leikkaustarpeen (kuvio 2). Jonohoitaja saattaa soittaa potilaalle ja varmistaa, että sovittu leikkausaika sopii potilaalle. Potilas saa

kutsun toimenpiteeseen. Kutsun mukana tulee laboratoriolähete, valmistautumisohje ja kutsu esikäyntipoliklinikalle. Laboratoriokokeet tehdään ennen esikäyntiä. Esikäynnin jälkeen potilas menee kotiin ja valmistautuu siellä leikkaukseen. Potilas tulee leikkauspäivän aamuna sairaalaan ja siellä hänet haastattelee leiko-hoitaja, joka varmistaa, että potilas on noudattanut leikkaukseen valmistautumisen ohjeita. Toimenpiteen jälkeen potilas toipuu leikkauksesta heräämössä ja sen jälkeen joko vuodeosastolla tai tehovalvonnassa. Kotiin pääsyn jälkeen potilaan jälkiseuranta tapahtuu joko sairaalaan lähettäneen lääkärin luona tai jälkitarkastuksessa sairaalan poliklinikalla. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2019.) Leiko-prosesiin on tutkimuksissa yhdistetty parempi leikkauksen jälkeinen elämänlaatu. Se myös lyhentää leikkauksen jälkeistä sairaalahoidon aikaa. (Laisi 2012, 55.)



KUVIO 2. Leiko eli leikkaukseen kotoa hoitopolku (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2019, muokattu)

Yleisesti potilaan leikkausta edeltävä arvio tehdään viikkoja tai jopa vain päiviä ennen leikkausta. Leikkausta edeltävän hoitopolun tarkoitus on varmistaa, että leikkauspäätös on ollut oikea ja varmistaa, että potilas on niin valmis leikkaukseen kuin mahdollista. Nämä asiat mahdollistuvat sitä paremmin, mitä aiemmin potilas tapaa lääkärin hoitopolun aikana. Internet-sovellusta voidaan käyttää selvittäessä potilaan elintapoja ja lisäsairauksia mahdollisimman aikaisin ennen leikkausta. Potilaat luokitellaan matalan, keski- ja korkean riskin mukaan. Joille-

kin potilaille tehdään tarvittaessa sydämen ja keuhkojen toiminnan tutkimus. Kyselyiden ja testien avulla saadaan tietoa potilaasta ennen leikkauspäätöksen tekemistä. Tässä uudessa hoitopolkumallissa korostuu yhteistyössä tehtävä päätöksenteko potilaan kanssa. Riittävän ajoissa tehtävä yhteistyö potilaan kanssa mahdollistaa elämäntapojen muutoksen, lisäsairauksien hallinnan ja henkisen valmistautumisen ennen leikkausta. (Grocott ym. 2017.)

3.2.3 Leikkausta edeltävä potilaan terveydentilan arviointi

Potilaan leikkausta edeltävän arvioinnin tarkoitus on vähentää leikkausten peruuntumisia varmistamalla, että potilas on valmis leikkaukseen sekä selvittämällä mitä tutkimuksia täytyy tehdä (Pritchard 2012). Myös Emanuel & Mac Pherson (2013) mukaan leikkausta edeltävän poliklinikan toiminta vähentää leikkausten peruuntumisia. Leikkausta edeltävän arvioinnin merkitystä painotetaan. Se tähtää vähentämään potilaan ahdistusta ja parantamaan leikkauksen jälkeistä terveydentilaa. Sen avulla varmistetaan, että potilas on sekä lääketieteellisesti että henkisesti valmis leikkaukseen. Jos arvioinnissa huomataan asioita, mitä pitää parantaa ennen leikkausta, voidaan ne tunnistaa ja hoitaa. Siten minimoidaan kustannuksia sekä vähennetään potilaan stressiä. (Pritchard 2012.)

Leikkausta edeltävän arvioinnin tarkoitus on tunnistaa potilaan lääketieteelliset ongelmat, määrittää riskien taso leikkauksessa, selvittää mahdollisten lisätutkimusten tarve ja selvittää sopivin lääkehoito leikkauksen aikana. Arvioinnin avulla voidaan tunnistaa sairauksia, jotka voivat aiheuttaa komplikaatioita, ja siten niitä voidaan ehkäistä. Tällaisia sairauksia ovat uniapnea, sydän- ja verisuonisairaudet, reaktiiviset hengitystiesairaudet kuten astma ja ylipainoisuus. Ennen leikkausta pitäisi selvittää potilaan allergiat ja herkkyudet, alkoholin käyttö ja todennäköisyys alkoholin vieroitusoireille anestesian jälkeen. (Allison & George 2014, 366, 367, 368.) Leikkauksen riskitekijöitä ovat tupakointi, ylipaino ja keuhkoah- taumatauti (Tays Sydänsairaala 2019b).

Potilaan arviointi tehdään systemaattisesti näyttöön perustuvien ohjeistuksien kautta ja sen avulla vältetään sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Kaikki tutkimukset

tulee tehdä oikea-aikaisesti, jotta vältetään viivästyksiltä ja peruuntumisilta. Potilaalle annettavat ohjeet ja suositukset tulee antaa henkilökohtaisesti ja potilasasiakirjojen tulee olla ajan tasalla ja kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla. (Tariq ym. 2016.)

Ennen leikkausta on tärkeää, että pitkäaikaissairaudet ovat mahdollisimman hyvässä hoitotasapainossa, joten hoitoa on syytä tehostaa hyvissä ajoin. Lisäksi diagnosoimattomat sairaudet tulee selvittää. (Karppinen & Vakkala 2018, 1437.) Potilaan tullessa sydänleikkaukseen on tärkeää, että hän kertoo sekä menneistä että nykyisistä sairauksistaan, mahdollisista sairauden oireista ja muista asioista, jotka voivat vaikuttaa hoitoon ja kuntoutumiseen. (Tays Sydänsairaala n.d.c, 3.)

Potilaan sairauskertomus, potilaan tutkiminen ja haastattelu tulee tehdä osana potilaan arviointia. Potilashistorian selvittämiseen, tutkimukseen ja haastatteluun kuuluu seuraavien asioiden arviointi: ASA-luokitus, ikä, sukupuoli ja leikkauksen tyyppi. Lisäksi tulee selvittää mahdollinen vaikea ilmatie, refluksitauti, nielemisvaikeus, ruoansulatuselimistön häiriö tai metabolinen häiriö kuten diabetes, jotka lisäävät oksentamisen ja aspiraation vaaraa. (Apfelbaum ym. 2017.)

ASA-luokitus on American society of Anesthesiologists -yhdistyksen tekemä fyysisen tilan luokitus, jonka tarkoituksena on kuvata potilaiden samanaikaiset lääketieteelliset sairaudet ja tilat. ASA-luokitus yhdessä muiden tekijöiden kanssa voi auttaa potilaan leikkausriskin arvioimisessa. ASA-luokka jaetaan kuuteen osaan, jossa ASA1 tarkoittaa tervettä potilasta, ASA 2 tarkoittaa potilasta, jolla on lievä yleissairaus, ASA 3 tarkoittaa potilasta, jolla on vakava yleissairaus, ASA 4 tarkoittaa potilasta, jolla on vakava jatkuvasti henkeä uhkaava yleissairaus, ASA 5 tarkoittaa potilasta, joka on kuoleman sairas, eikä hänen odoteta selviävän ilman leikkausta, ja ASA 6 tarkoittaa aivokuollutta elinluovuttajaa. (American society of Anesthesiologists 2014.)

Sydänsairaalan anestesialääkärin mukaan leikkausriskin arvioinnissa käytetään sydänpotilailla NYHA-luokitusta. NYHA (The New York Heart Association Functional Classification) kertoo sydämen vajaatoiminnan oireiden vaikeusasteen asteikolla 1-4. NYHA 1 kertoo lievästä vajaatoiminnasta, jossa oireet eivät rajoita päivittäistä elämää ja NYHA 4 kertoo vaikeasta vajaatoiminnasta, jossa oireita on

jo hyvin lievässä rasituksessa tai jopa levossa. Luokitusta käytetään sydämen vajaatoimintapotilaan ennusteen arvioinnissa. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017; Ahonen ym. 2019, 238–239.)

Potilaan terveydentilan arvioiminen ennen leikkausta on tärkeää. Jos potilaalla on diabetes, korkea verenpaine, sydän- tai verisuonisairaus, parantumattomia haavoja tai muu krooninen terveydentilan häiriö, jota ei ole kontrolloitu kuukausiin, pitäisi se hoitaa ennen leikkausta. Harrisin ym. (2020) tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö ei usein saanut tärkeää tietoa potilaan terveydentilasta, koska potilas ei pitänyt tietoa tärkeänä tai unohti kertoa siitä. Joskus taas hoitohenkilöstö unohti kysyä terveydentilaan liittyviä tietoja. Hoitohenkilöstö ilmaisi, että on tärkeää, että potilas kertoo hänelle tehtävistä tutkimuksista ja jos hän on ollut flunssa tai infektio leikkausta edellisellä viikolla. Näistä asioista kertomatta jättäminen voi siirtää tai peruuttaa leikkauksen. (Harris ym. 2020, 6.)

3.2.4 Tutkimukset ennen leikkausta

Leikkauksen peruuntumisen syy voi olla laboratoriokokeiden poikkeavien tulosten huomaamattomuus tai poikkeaviin tuloksiin puuttumattomuus (Emanuel & Mac Pherson 2013). Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan sydän- ja keuhko-leikkausta edeltävällä esikäynnillä lääkäri tarkistaa laboratoriotulokset. Hänen mukaansa veriarvot katsotaan, jotta leikkaus voidaan suorittaa turvallisesti.

Laboratoriokokeet otetaan yleensä yhdestä kahteen viikkoa ennen leikkausta. Ristiverikoe eli X-koe mahdollista verensiirtoa varten otetaan aikaisintaan viisi päivää ennen leikkausta. X-koetta ei oteta kaikissa leikkauksissa. Verenhyytymisarvoa mittaava INR-koe otetaan viikkoa ennen leikkausta ja leikkauspäivän aamuna. Verenhyytymisarvon perusteella arvioidaan potilaan kelpoisuus leikkaukseen ja puudutukseen. (Terveyskylä 2019c.)

Anemia ennen keuhkoleikkausta voi aiheuttaa sairastuvuutta ja kuolleisuutta leikkauksen jälkeen. Siksi se pitää tunnistaa ja hoitaa ennen leikkausta. Anemian korjaamiseen tulisi ensisijaisesti käyttää rautaa. (Bachelora ym. 2019.) Sydän- ja

verisuonileikkausta edeltävän puhjenneen anemian vuoksi voi tulla lisätutkimuksia (Flynn & Silvay 2012, 16). Leikkausta edeltävä pitkäaikaissokerin eli Hemoglobiini A1c:n kontrolli tulisi tehdä (Meka ym. 2016; Engelman ym. 2019). On havaittu, että hemoglobiini A1c- taso vaikuttaa haavojen infektioiden, hapenpuutteen ja muiden syiden aiheuttamiin komplikaatioiden syntymiseen. Sydänleikkausta edeltävästi tulisi mitata seerumin albumiinitaso. Albumiinin tason lasku on yhteydessä leikkauksen jälkeisen akuutin munuaisvaurion, infektioiden, pidentyneen hengityskoneessa oloajan, pidemmän sairaalassa oloajan ja kuolleisuuden kanssa (Engelman ym. 2019.)

EKG eli sydänsähkökäyrä otetaan ennen leikkausta (Meka ym. 2016; Saint Francis Hospital 2019, 18). Preoperatiivisella käynnillä otetaan myös verikokeita ja rintakehän röntgenkuva (Saint Francis Hospital 2019,18). Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan ennen sydän- tai keuhkoleikkausta potilas menee laboratoriotutkimuksiin yleensä edellisenä päivänä ennen leikkausta. Hän kertoo, että peruslaboratoriotutkimuksiin kuuluvat B-PVK eli perusverenkuva, P-CRP, Pt-GFRe, fb-Urea, P-Krea, P-Na, P-K, veriryhmämääritys, X-koe eli veren sopivuuskoe ja veriryhmän vasta-aineet. Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan tarvittaessa otetaan INR ja mahdollisia muita lääkärin määräämiä kokeita. Hän kertoo, että MRSA-näyte otetaan erillisen ohjeen mukaan ja että potilaalle tehdään verivärväys sekä tilataan jääplasma- ja punasolutuotteet.

Peruslaboratoriotutkimuksiin kuuluvat myös maksa-arvoja kuvaavat P-Asat, P-Alat ja P-Afos, veren hyytymisarvoja kuvaavat P-INR, P-TT ja AP-TT sekä veren glukoosipitoisuus (P-Gluk). Myös muita tutkimuksia voidaan ottaa, jos se on tarpeellista potilaan perussairaudet huomioon ottaen. (Tiala 2013, 382; Ahonen Ym. 2019, 214.) Riippuen potilaan lisäsairauksista lääkäri voi määrätä lisätutkimuksia, joilla selvitetään kestäkö potilas leikkauksen (Allison & George 2014, 368).

Potilaalta mitataan verenpaine, syke ja happisaturaatio (Erämies 2017). Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan verensokeri ja lämpö mitataan esikäynnillä. Ennen keuhkoleikkausta voidaan potilaalle tehdä erilaisia keuhkojen toimintakykyä kuvaavia tutkimuksia. Tällaisia tutkimuksia ovat esimerkiksi spirometria-tutkimukset. (Rauhala & Yli-Panula 2013, 406–407.) Lisäksi saatetaan tehdä radiologisia tutkimuksia kuten ultraäänitutkimus (Allison & George 2014, 368; Saint

Francis Hospital 2019,18). Sydänsairaalan sairaanhoitaja kertoo myös, että hampaita voidaan tarvittaessa kuvata pantomografialla.

3.2.5 Lääkitys ennen leikkausta

Joidenkin lääkkeiden yhtäkkinen keskeyttäminen saattaa lisätä leikkauksen riskejä. Osa lääkkeistä ja luontaistuotteista saattaa aiheuttaa ongelmia leikkauksen yhteydessä esimerkiksi laskemalla verenpainetta tai lisäämällä verenvuotoriskiä. Tämän takia on tärkeää, että esitiedoissa oleva lääkelista on ajan tasalla. (Terveyskylä 2019c.) Rutiininomaisesti käytettävillä lääkkeillä voi olla yhteisvaikutuksia leikkauksen aikaisten lääkkeiden kanssa. (Allison & George 2014, 368.) Potilaan olisi hyvä ottaa lääkelista mukaan esikäynnille (Tays Sydänsairaala 2019b). Leikkausta edeltävässä vaiheessa potilaalle kerrotaan suonensisäisestä lääkityksestä ja kysytään potilaan suostumus niiden käyttöön leikkauspäivänä (Vetter ym. 2013).

Harrisin ym. (2020) tutkimuksen mukaan päivittämätön lääkelista sairaalaan tulovaiheessa voi pahimmillaan aiheuttaa leikkauksen siirtymisen tai peruuntumisen. Joskus potilailla ei ollut tietoa omasta lääkityksestään ja he eivät aina tietäneet, käyttivätkö he antikoagulantteja, eivätkä he olleet lopettaneet kaikkia verta ohentavia lääkkeitä. Hoitajien mielestä virheitä voisi vähentää kannustamalla potilaita opettelemaan, mitä lääkkeitä heillä on, miltä ne näyttävät ja mihin tarkoitukseen ne ovat. (Harris ym. 2020, 6.)

Eräs yleisemmistä syistä leikkauksen peruuntumiseen johtuu siitä, että potilas ei noudata ohjeita liittyen lääkitykseen. Vaikka lääkeohjeet on annettu sekä kirjallisesti että suullisesti, on potilailla silti vaikeuksia niiden noudattamisessa. Siksi selkeät kirjalliset ohjeet lääkityksestä tulee antaa potilaalle. (Emanuel & Mac Pherson 2013.) Uusia lääkkeitä aloittaville potilaille oli Harrisin ym. (2020, 7) tutkimuksen mukaan kerrottu ainoastaan suullisesti ja kiireellä lääkityksestä ja niin, että he eivät ymmärtäneet tai muistaneet tärkeitä asioita lääkkeistä.

Aspiriinin ja verta ohentavien luontaistuotteiden tai lääkkeiden käyttö pitää lopettaa ennen leikkausta. Diabeetikon lääkityksessä huomioitavaa on, että suun

kautta otettavien lääkkeiden käyttö tauotetaan, sen sijaan insuliinin käyttöön annetaan ohjeet annosteluun ja lääkkeen ottoaikaan. (Allison & George 2014, 369–370.) Rauhoittavien lääkkeiden käyttöä tulisi välttää ennen keuhkoleikkausta, koska niiden välttäminen edistää leikkauksesta toipumista, kun taas lääkkeettömien keinojen käyttöä leikkausta edeltävään ahdistukseen tulee suosia. (Bachelora ym. 2019.) Potilas voi tarvittaessa saada unilääkkeen kotiin leikkausta edeltävänä iltana (Tays Sydänsairaala 2019b).

3.2.6 Suun ja hampaiden terveys

Suun ja hampaiden terveys on erityisesti sydänpotilaalle tärkeää. Jos edellisestä hammaslääkärin tarkastuksesta on kulunut yli vuosi, on leikkausta odottaessa hyvä varata aika hammaslääkäriin. Ennen sydänleikkausta on hoidettava kaikki suussa olevat tulehduspesäkkeet. Usein niiden toteamiseksi tarvitaan röntgenkuvaus hampaistosta ja niiden juurista. (Terveyskylä 2019a.) Huono hampaiden terveys voi johtaa plakkikertymien muodostumiseen valtimoissa ja aiheuttaa trombien muodostumista. Hampaiden tulehdus voi aiheuttaa hampaiden irtoamista intubaation aikana ja infektion bakteerien mennessä verenkiertoon. (Flynn & Silvay 2012, 16–17.)

Hampaissa oleva tulehdus voi aiheuttaa tulehduksen sydämeen. Todistus tehdystä hammastarkastuksesta tulee ottaa mukaan sairaalaan. (Tays Sydänsairaala n.d.c, 7; Tays Sydänsairaala 2019b.) Erityisesti ennen sydämen läppäleikkausta on tärkeää tarkastaa hampaiden kunto. Hammaslääkärillä käynti voi estää leikkauksen komplikaatioita. (Harris ym. 2020, 6.) Sydänläppäleikkauksen jälkeen potilaalla on riski saada sydänlähän infektio. Hyvä suun hygienia ehkäisee sydämen lähän tulehtumista. Siksi hampaat tulee hoitaa hyvin ja käydä hammaslääkärissä säännöllisesti. (Saint Francis Hospital 2019, 16.)

3.2.7 Elintavat ja kuntouttava toiminta ennen leikkausta

Väestön ikätason noustessa ovat sydänsairaudet lisääntyneet iäkkäillä heikkokuntoisilla potilailla, joille tehdään monimutkainen sydäntoimenpide. Yhä useammilla potilailla on lisäsairauksia. Ne altistavat iäkkäät ja heikkokuntoiset potilaat heikommille leikkauksen tuloksille ja siitä toipumiselle. Lisäksi iäkkäillä heikkokuntoisilla potilailla on heikentynyt kyky pärjätä päivittäisissä toiminnoissa. Leikkauksen odotusajalla sydänoireet ja ahdistus aiheuttavat aktiivisuuden vähene mistä, mikä taas lisää fyysiseen ja henkisen tilan heikkenemistä. Leikkausta edeltävä kuntouttava toiminta on merkityksellistä, koska sen avulla leikkauksen jälkeinen toiminnallinen kapasiteetti ja toipuminen paranevat. (Arora ym. 2018.) Aroran ym. (2018) mukaan potilaan henkisen tilan kohentuminen on parantanut leikkauksen jälkeisiä tuloksia ja toipumista leikkauksesta. Fyysisen tilan kohentuminen parantaa leikkauksen ennustetta (Arora ym. 2018; Karppinen & Vakkala 2018, 1434.)

Leikkauksesta toipumista edistää tupakoinnin ja alkoholin käytön lopettaminen, fyysisen kunnon kohottaminen, aliravitsemustilan korjaaminen tai tarvittaessa laihduttaminen ennen leikkausta. Perusterveydenhuollon ammattilaiset voivat motivoida potilasta näihin muutoksiin. Elintapojen muutosten seurauksena avuntarve leikkauksen jälkeen vähenee, toipuminen nopeutuu, tehohoidon tarve vähenee ja sairaalahoidon kesto lyhenee. Aika lähetteen laatimisesta leikkaukseen on otollinen terveyden kohentamiselle. (Karppinen & Vakkala 2018, 1437.)

Kuntouttava toiminta

Leikkausta edeltävä kuntouttava toiminta on suositeltavaa potilaille, joilla on useita lisäsairauksia tai merkittävästi heikentynyt fyysinen kunto. Leikkausta edeltävä fyysinen harjoittelu vähentää sympaattista ylivilkkautta, parantaa insuliinin vaikutusta ja vähentää rasvan määrää kehossa. Se myös parantaa fyysistä ja psykologista valmiutta leikkaukseen ja vähentää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Engelman ym. 2019.) Leikkausta edeltävä kuntouttava fyysinen harjoittelu voi lyhentää sairaalassaoloaikaa keuhkoleikkauksen jälkeen ja leikkauksen jälkeisiä keuhkojen komplikaatioita. Potilaiden, joilla on keuhkojen toiminnan tai fyysisen kapasiteetin heikkenemistä tulisi tehdä fyysistä harjoittelua ennen

leikkausta. (Bachelora ym. 2019.) Kaikkien potilaiden tulee tehdä kävelyharjoituksia kuuden viikon ajan ennen leikkausta (Meka ym. 2016).

Sydänleikkausta edeltävän kuntouttava toiminta sisältää ohjausta, ravitsemuksen optimointia, fyysistä harjoittelua, sosiaalista tukea ja ahdistuksen lievitystä. Kolmessa ei-sydänleikkaukseen liittyvässä tutkimuksessa on huomattu kolmesta neljään viikkoa ennen leikkausta kestäneen kuntouttavan toiminnan olleen hyödyllistä. (Engelman ym. 2019.) Tutkimuksessa Harris ym. (2020) potilaat sanoivat, etteivät tieneet elämäntapojen muutoksen ehkäisevän leikkauksen komplikaatioita. Suurin osa potilaista ajatteli, että on liian myöhäistä muuttaa tapojaan vain kuukausia tai viikkoja ennen leikkausta. (Harris ym. 2020, 6.)

Tays Sydänsairaalassa on kuntoutussuunnittelija, jonka potilas voi tavata ennen leikkausta. Hän arvioi potilaan kuntoutustarvetta, auttaa kuntoutumiseen hakeutumisessa ja antaa tietoa ammatillisesta kuntoutumisesta. Fyysinen aktiivisuus edistää leikkauksen jälkeistä kuntoutumista (Tays Sydänsairaala 2019b; Tays Sydänsairaala n.d.c, 10,15). Ennen leikkausta liikunnan tulee olla mahdollisimman aktiivista, mutta rauhallista niin, että siitä ei aiheudu oireita, kuten rintakipua tai hengenahdistusta (Tays Sydänsairaala 2019b).

Ennen leikkausta tapahtuva hengityslihasten harjoittelu vähentää leikkauksen jälkeisten keuhkokomplikaatioiden syntymistä esimerkiksi lisäämällä maksimaalisen hengityspaineen suuruutta varhaisessa vaiheessa leikkauksen jälkeen sekä parantamalla hengityslihasten toimintaa. Suurempi maksimaalinen hengityspaine helpottaa keuhkojen laajentumista leikkauksen jälkeen ja siten nopeuttaa keuhkojen palautumista leikkauksesta. (Mans, Reeve & Elkins 2015, 435–437; Neto, Martinez, Reis & Carvalho 2017.) Hengityslihasten harjoittelu lyhentää sairaalassaoloaikaa leikkauksen jälkeen. (Snowdon, Hainesb & Skinner 2014; Neto ym. 2017.) Myös leikkauksen jälkeisestä hengityslihasten harjoittelusta on näyttetty olevan hyötyä (Neto ym. 2017).

Tupakointi ja alkoholin käyttö

Tupakointi ja haitallinen alkoholin käyttö tulee selvittää ennen leikkausta, sillä ne ovat riskitekijöitä ja voivat aiheuttaa leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. Niiden käyttöön liittyy hengitystie-, haava-, vuoto-, metabolisia ja infektiokomplikaatioita.

Alkoholin käyttö ja tupakointi selvitetään käyttämällä validoituja mittareita. (Engelman ym. 2019.) Haavojen paraneminen hidastuu tupakoinnin vuoksi. Lisäksi liman erityis lisääntyy, veritulppariski suurenee ja veren hapenkuljetuskyky heikkenee. (Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä 2015.) Rungas alkoholin käyttö on haitallista, koska se voi lisätä rytmihäiriöriskiä ja aiheuttaa leikkauksen jälkeistä sekavuutta (Tays Sydänsairaala n.d.c, 7). Potilaille tulee tehdä alkoholin käytön arvio käyttämällä erilaisia kyselyitä kuten audit-c kyselyä (Meka ym. 2016).

Tupakointi ja alkoholin käyttö lisäävät keuhkoleikkauksen jälkeistä sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Tupakointi ja alkoholin väärinkäyttö tulee lopettaa vähintään neljä viikkoa ennen leikkausta. Tupakointi aiheuttaa erityisesti keuhkojen toiminnan komplikaatioita. (Batchelora ym. 2019.) Tupakoinnin lopettamisen interventio tulisi tehdä kaikille leikkaukseen meneville potilaille kuudesta kahdeksaan viikkoa ennen leikkausta (Meka ym. 2016). Tupakointi leikkauspäivän aamuna on kielletty (Saint Francis Hospital 2019, 19; Tays Sydänsairaala n.d.b.).

Ravitsemustila

Potilaan ravitsemustila ja painonlasku pitäisi selvittää ennen leikkausta. Jos potilaalla on ravitsemukseen liittyvä ongelma, tulee hänelle antaa aktiivista ravitsemuksellista tukea. (Meka ym. 2016; Batchelora ym. 2019.) Aliravitsemus aiheuttaa komplikaatioita ja on merkittävä riskitekijä suuren leikkauksen jälkeen. Vatsan alueen leikkauksissa on huomattu, että suun kautta otettavat ravintoainetuotteet ennen tai jälkeen leikkausta voivat vähentää leikkauksen jälkeistä painonlaskua, parantaa ravitsemustilaa ja lihasvoimaa sekä vähentää komplikaatioita. (Batchelora ym. 2019.) Suun kautta käytettävien ravintoainevalmisteiden käyttöä tulisi harkita ennen leikkausta, jos potilas on alipainoinen (WHO 2020).

Leikkausta edeltävällä ravitsemustilan korjaamisella on vaikutusta, jos se aloitetaan seitsemästä kymmeneen päivään ennen leikkausta. Se voi vaikuttaa infektioita vähentävästi. Jos albumiinin taso on alentunut, voi seitsemästä kymmeneen päivää ennen leikkausta aloitettavalla ravitsemushoidolla olla myönteinen vaikutus sydänleikkauksen jälkeiseen tilaan. Myös leikkausta edeltävä suun kautta otettava hiilihydraattitankkaus voi olla hyödyllinen. (Engelman ym. 2019.) Ennen

sydänleikkausta potilaan tulisi syödä terveellisesti ja ravinnon tulisi sisältää riittävästi proteiineja ja vitamiineja sekä energiaa (Meka ym. 2016; Saint Francis Hospital 2019, 29).

3.2.8 Kivun hoito

Leikkausta edeltävällä poliklinikkakäynnillä potilaille kerrotaan kivun hoidosta (Vetter ym. 2013; Kalogianni ym. 2016, 28; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2019; Saint Francis Hospital 2019, 28). Kivun hoidon eri vaihtoehdoista puhutaan sekä tehdään yksilöllinen kivun hoidon suunnitelma, jossa huomioidaan potilaan käyttämät kipulääkkeet ja opioidit. Pyrkimys on saavuttaa ennalta ehkäisevä kipulääkitys ja vähentää kroonista leikkauksen jälkeistä kipua. Preoperatiivisessa vaiheessa potilaalle kerrotaan suonensisäisestä kipulääkityksestä ja sen eri muodoista. (Vetter ym. 2013.) Tutkimuksessa Kalogianni ym. (2016, 449) sydänleikkauspotilaat olivat kyselleet ennen leikkausta eniten kivun kestosta ja teho-osastolla olemisesta. Ennen leikkausta potilaalle kerrotaan kipulääkkeistä ja kivun arviointiasteikosta 0-10, jossa nolla tarkoittaa ei ollenkaan kipua ja kymmenen tarkoittaa pahinta mahdollista kipua. (Saint Francis Hospital 2019, 28.)

Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen keskustelu ja tieto kivun hoidon mahdollisuuksista lievittävät leikkauskipuun liittyvää pelkoa ja jännitystä. Potilaan kannattaa varata kotiin ilman reseptiä saatavia kuume- tai tulehduskipulääkkeitä. On tärkeää, että potilas kertoo leikkaukseen liittyvästä pelosta ja saa siihen tarvittaessa keskusteluapua ja apua psykiatriselta sairaanhoitajalta. (Terveyskylä 2019c.)

3.2.9 Psyykinen tila

Leikkauksiin liittyvä pelko on yleistä. Jopa 85 prosenttia leikkaukseen tulevista kokee pelkoa tulevaa toimenpidettä kohtaan. Potilaan on tärkeää puhua pelostaan, jännityksestään tai ahdistuksestaan liittyen tulevaan leikkaukseen. Silloin hoitohenkilökunta voi huomioida sen hoidon aikana. Potilaan kokemaa pelkoa ja ahdistusta lievittää tiedon saaminen leikkaukseen liittyvistä tapahtumista etukäteen. (Terveyskylä 2019b.) Potilaan mieliala voi vaihdella ennen suurta leikkausta ja hänellä voi olla esimerkiksi unettomuutta, alavireisyyttä, väsymystä ja haluttomuutta. Vakava sairaus voi aiheuttaa kriisireaktion. Sairaalassa voi saada keskusteluapua hoitohenkilökunnalta. (Tays Sydänsairaala n.d.c, 4.) Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan sekä hoitajien että lääkäreiden tulee vastata potilaan psyykkisiin tarpeisiin ja esikäynnillä esiinnousseet potilaan huolet tai murheet tulee hoitaa. Hänen mukaansa voidaan tarvittaessa pyytää pastoria tai psykiatrista sairaanhoitajaa avuksi.

3.2.10 Leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus

Kuntoutuminen leikkauksen jälkeen alkaa mahdollisimman pian. Varhainen ylösnousu tehostaa hengitystä ja verenkiertoa. Siten myös toipuminen leikkauksesta edistyy. Kävelyharjoitukset aloitetaan yleensä toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Rintalastan kuormittumisen vähentämiseksi vuoteesta noustaankylkitekniikalla leikkauksen jälkeen kahden kuukauden ajan. Vuodelepo ja nukutusaineet hidastuttavat verenkiertoa, jonka takia potilaalle ohjataan verenkiertoa vilkastuttavia liikkeitä. (Tays Sydänsairaala n.d.c, 17, 20.) Sydänleikkauspotilaalle ohjataan hengitysharjoituksia, sängystä nousemisen tekniikkaa ja nousemisen ajankohtaa, jalkojen harjoittelua, yskimistä ja käsien liikuttelua (Kalogianni ym. 2016, 449).

Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan potilas saa esikäynnillä ennen keuhko- ja sydänleikkausta kirjalliset ohjeet, joissa kerrotaan, miten hän kuntoutuu leikkauksesta. Keuhkopotilaan ohjeissa on hengityksen helpottamiseen ja tehostamiseen liittyviä ohjeita. Lisäksi niissä kerrotaan vuoteesta ylösnousemisesta, liikkumisesta ja yskimisestä. (Tays Sydänsairaala 2020.) Sydänleikkauspotilaalle

annetaan kirjallisia ohjeita, joissa on pulloon puhaltamisen ja yskimisen ohjeet (Tays Sydänsairaala 2018). Pulloon puhallusharjoitusten avulla hengitys tehostuu ja liman nouseminen helpottuu (Tays Sydänsairaala n.d.c, 19).

Sydänleikkauksen jälkeen potilas tekee hengitysharjoituksia, joiden avulla keuhkot pysyvät auki. Ne vahvistavat hengitysilhaksia ja estävät leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Saint Francis Hospital 2019, 27.) Hengitysharjoitukset laajentavat keuhkoja ja ehkäisevät keuhkokuumetta. Yskeminen poistaa limaa. Sydänleikkauksen jälkeen potilas lähtee mahdollisimman pian liikkeelle, istumaan ja kävelemään. Se ehkäisee esimerkiksi keuhkokuumetta, ysköksiä ja ihorikkoja. (Saint Francis Hospital 2019, 27, 28.)

Potilaiden on tärkeää suunnitella kotiutumisasiat ennen leikkausta, jotta heillä on joku kotona ensimmäisenä yönä leikkauksen jälkeen. Myös kotiavun tarvetta tulisi arvioida ennen leikkausta. (Harris ym. 2020, 6.) Potilaat, joita oli informoitu hyvin etukäteen ja jotka olivat suunnitelleet kotiutusasiat, tunsivat Harris ym. (2020, 7) mukaan olevansa paremmin valmistautuneita leikkaukseen.

3.3 Leikkaukseen valmistautuminen ja siihen liittyvä ohjaus

Potilaan leikkaukseen sopivuuden arvioinnin jälkeen aloitetaan potilaan ohjausprosessi. Opetus ja kommunikointi ja samalla tiedonsaanti vaikuttavat merkittävästi potilaan kokemusten laatuun. Kommunikoinnin avulla ehkäistään haittatekijöitä kuten leikkauksien viivästyminen, potilaan ja henkilökunnan tyytymättömyyttä ja jopa leikkauksen peruuntuminen. Keskeisimmät ohjeet sisältävät ravinnotta olemisen ohjeet ja lääkitykseen liittyvät ohjeet. Lisäksi sairaalaan mukaan otettavat tavarat ja mahdolliset peruuntumiset pitäisi käsitellä leikkausta edellisellä päivänä. (Allison & George 2014, 369.)

3.3.1 Ravinnotta olemisen ohjeet ja lääkkeisiin liittyvä ohjeistus

Ravinnotta olon ohjeiden noudattamattomuus voi aiheuttaa leikkauksen peruuntumisen tai viivästyksen (Allison & George 2014, 369; Harrison ym. 2020, 6).

Yleisin syy leikkauksien peruuntumiselle oli tutkimuksen mukaan ei-ehkäistävissä oleva kuten hengitystieinfektio. Toiseksi yleisin syy johtui joko siitä, että potilas ei noudattanut ravinnotta olemisen ohjeita tai ohjeita liittyen lääkitykseen. (Emanuel & Mac Pherson 2013.)

Kiinteää ravintoa pitää olla syömättä kuusi tuntia ennen leikkausta, koska se estää oksentamisen kesken nukutuksen ja mahalaukun sisällön joutumisen keuhkoihin. Kuusi tuntia ennen leikkausta ei saa syödä edes purukumia, suuta voi purskuttaa vedellä mutta sitä ei saa nielaista. Kirkkaiden nesteiden osalta on olemassa yksikkökohtaisia ohjeita. Diabeetikoilla, alle vuoden ikäisillä lapsilla ja normaalia pidempää paastoa vaativilla leikkauksilla on omat ohjeensa. (Terveyskylä 2019b.)

Ravinnotta olon pituus ja kirkkaiden nesteiden nauttimisen raja vaihtelee riippuen tutkimuksista. Jotkut tutkimukset osoittavat, että kirkkaita nesteitä voi nauttia neljästä kahteen tuntia ennen sydänleikkausta (Engelman ym. 2019). Potilaalle tulee kertoa ravinnotta olemisesta ja sen syystä. Kirkkaita nesteitä, joissa ei ole alkoholia, voi ottaa kaksi tuntia ennen leikkausta. Kirkkaisiin nesteisiin kuuluvat vesi, hedelmämehu ilman hedelmälihaa, hiilihydraattituotteet, tee ja kahvi mustana. Kevyen aterian voi syödä kuusi tuntia ennen leikkausta. Jos potilas on syönyt paistettuja tai rasvaisia ruokia tai lihaa, tulisi ravinnotta olon aika olla vähintään kahdeksan tuntia. Ruoan määrä ja laatu vaikuttavat ravinnotta olo ajan pituuteen. (Apfelbaum ym. 2017.) Saint Francis Hospital ja Sydänsairaala ohjeistavat potilasta olemaan syömättä ja juomatta puolen yön jälkeen leikkausta edeltävänä päivänä (Saint Francis Hospital 2019,19; Tays Sydänsairaala n.d.b).

3.3.2 Infektioiden torjunta

Ennen sairaalaan tuloa tulee käydä suihkussa ja pestä hiukset. Jos leikkaus kohdistuu navan alueelle, napa ja nivustaipeet pitäisi puhdistaa huolellisesti. Kynsilakka poistetaan, samoin geelikynnet. Meikki tulee poistaa ja voimakkaita hajusteita välttää. Metalliset lävistykset poistetaan leikkausalueelta ja sen lähellä olevalta alueelta, samoin suusta. Hoitamattomat ihoinfektiot leikkausalueella tai muut yleisinfektiot voivat lisätä leikkauksen jälkeisen infektion riskiä. (Terveyskylä

2019c.) Sydänsairaalan sairaanhoitajan mukaan potilaan ihon pitää olla ehyt, koska ihorikot voivat aiheuttaa leikkauksen peruuntumisen. Potilasta ohjataan peseytymään antiseptisellä vartalon pesuaineella ja pesemään hampaat ennen sydänleikkausta (Kalogianni ym. 2016, 450). Ennen joitakin leikkauksia saateen antaa tulehdusta ehkäiseviä antibiootteja (Saint Francis Hospital 2019, 16; WHO 2020).

Leikkauksen jälkeisten infektioiden torjumiseksi käytetään nenän sieraimiin laitettavaa bakteereja poistavaa rasvaa ennen sydänleikkausta (Engelman ym. 2019). Leikkauksen jälkeinen infektio on eräs yleisimpiä terveydenhuoltoon liittyviä infektioita. *Stafylococcus aureus*- bakteeri on yksi yleisimpiä kirurgisen infektion aiheuttajia ja sen kantajilla on lisääntynyt riski saada infektio leikkauksen jälkeen. Tutkimusten mukaan Mupirocin on tehokkain *Stafylococcus aureus*- bakteeria tuhoava tuote, tosin sen vastustuskyky on johtanut muiden tuotteiden kehittämisen tarpeisiin. Uusien tuotteiden käyttö vaatii vielä lisätutkimuksia. Potilaiden tutkiminen *Stafylococcus aureus*- bakteerien osalta ennen leikkausta vähentää sen aiheuttamia leikkausten jälkeisiä infektioita sydän- ja ortopedisissä leikkauksissa. (Septimus 2019.) Jos potilas on ollut ulkomailla hammashoidossa tai muuten potilaana tai työssä sairaalassa tai poliklinikalla viimeisen vuoden aikana, on tärkeää ottaa näyte moniresistentistä bakteeritutkimusta varten (Harris ym. 2020, 6).

Who:n (2016) raportin mukaan peseytyminen ennen leikkausta vähentää leikkauksen jälkeisen infektion riskiä tekemällä ihosta mahdollisimman puhtaan ja vähentämällä bakteerikuormitusta iholla. Antiseptisen pesuaineen vaikutuksesta leikkauksen jälkeisen infektion vähentämisessä verrattuna tavalliseen saippuaan ei ole vielä tarpeeksi laadukasta näyttöä. Antiseptisen pesuaineen käytöstä ei kuitenkaan todettu olevan haittaa. (WHO 2016, 58–60.) Kloorihexidiini-gluconaatia (CHG) sisältävällä pesuaineella peseytyminen tulisi tehdä leikkauspäivän aamuna ennen sydänleikkausta. Se on saippua, joka vähentää bakteereita iholla. Leikkausta edeltävänä iltana tulee peseytyä käyttämällä tavallista saippuaa ja laittaa sen jälkeen puhtaat vaatteet sekä vaihtaa puhtaat vuodevaatteet. Iholle ei saa laittaa mitään rasvaa, hajusteita tai muita tuotteita suihkun jälkeen. Ihon kuivaamisessa tulee käyttää puhdasta pyyhettä. (Saint Francis Hospital 2019, 22, 23.)

Ihokarvojen poistaminen ihokarvojen poistoterällä voi lisätä riskiä saada leikkauksen jälkeinen infektio, koska se aiheuttaa pieniä haavaumia iholle. Tämän takia ihokarvojen poistoa leikkausalueelta ei suositella mutta jos se on pakollista, suositellaan ihokarvojen leikkaamista tai ajamista sähköisellä ihokarvaleikkurilla. (WHO 2016, 82–84; Engelman ym. 2019.) Ihokarvojen poisto tulee tehdä mahdollisimman lähellä leikkausajankohtaa (Engelman ym. 2019). Saint Francis Hospital (2019, 19) ohjeistaa, että ihokarvoja ei tule ajaa viikkoa ennen sydänleikkausta niskasta alaspäin.

3.3.3 Tukisukkien käytön ohjaus

Esikäynnillä potilas saa mukaansa tukisukat, jotka puetaan jalkaan leikkaukseen tullessa (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2019). Tukisukkien käyttö estää tehokkaasti laskimotukoksia sairaalassa hoidettavilla potilailla, jotka ovat olleet yleis- tai ortopedisessä leikkauksessa. Syvä laskimotukos on veritulppa, joka syntyy yleensä jalassa tai lantion laskimoissa. Esimerkiksi lisääntynyt liikkumattomuus ja suuri leikkaus voivat aiheuttaa tukoksia. Erityisesti sairaalapotilaat, joilla on useita riskitekijöitä tukoksen muodostumiselle, ovat vaarassa saada laskimon tukoksen heti leikkauksen jälkeen. (Sachdeva, Dalton & Lees 2018.)

Syvä laskimotukos voi aiheuttaa keuhkoembolian leikkauksen jälkeisenä komplikaationa. 20-50 prosenttia ihmisistä, joilla on laskimotukos saa keuhkoembolian. Korkean asteen tutkimusnäyttö tukisukkien käyttämisen vaikutuksesta keuhkoembolian estämiseen on puutteellinen ja vaatii lisätutkimuksia. (Azirar S. ym. 2019, 1, 2.) Tukisukkien käytölle on esteenä esimerkiksi valtimoverenkierron vajavuus sekä äkillinen sydämen vajaatoiminta (Terveyskylä fi. Ihotautitalo.fi n.d., 2).

3.3.4 Sairaalaan mukaan otettavat tavarat

Mahdolliset apuvälineet kannattaa hankkia hyvissä ajoin terveystieteisestä ja ottaa mukaan sairaalaan. Sairaalaan otetaan mukaan myös ajan tasalla oleva

lääkelista, erityisvalmisteiset sekä inhalaattori muotoiset lääkkeet. Arvoesineet on hyvä jättää kotiin. (Terveyskylä 2019c.) Sairaalaan otetaan mukaan kuvallinen henkilöllisyystodistus, vakuutus- tai apteekkikortti, päivitetty lista lääkkeistä, joissa on mainittu luontaistuotteet sekä reseptivapaat lääkkeet, silmälasit, kuulolaite, CPAP-laite, potilaan läheisen yhteystiedot ja tekohampaat. (Saint Francis Hospital 2019, 19.) CPAP tarkoittaa jatkuvaa ylipainehengitystä (Finto 2018d).

3.4 Tarkastuslista esikäynnillä

WHO:n kirurginen turvallisuus -tarkistuslista kehitettiin vähentämään virheitä, haitallisia tapahtumia sekä lisäämään tiimityöskentelyä ja kommunikointia leikkauksessa. Sen käyttö on vähentänyt kuolleisuutta ja sairastuvuutta ja sitä käytetään maailmanlaajuisesti kirurgiassa. (WHO 2019.) Yksi tehokas keino ehkäistä erityisesti inhimillisistä erehdyksistä ja unohduksista johtuvia potilasvahinkoja on käyttää tarkistuslistoja. Terveystieteiden tutkimuskeskus on ottanut mallia ilmailualalta, jossa tarkistuslistat ovat jo pitkään olleet rutiininomaisessa käytössä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa kaikkein käytetyimpiä tarkistuslistat ovat kirurgisessa toiminnassa. Leikkaussalin tarkistuslistan käyttäminen on osa hyvää hoitokäytäntöä ja sen käyttämättä jättäminen huomioidaan, kun potilasvakuutuskeskus arvioi, onko hoito annettu asianmukaisesti. (Potilasvakuutuskeskus 2017.)

Turusen väitöskirjan mukaan eräs preoperatiiviseen hoitoon liittyvä keskeinen komponentti on potilas- ja perhekeskeisyyden ja ihmisen kokonaisvaltaisen kohtaamisen lisäksi preoperatiivista toimintaa tukeva tarkastuslista, jonka avulla varmistetaan turvallinen ja laadukas elektiivinen leikkausprosessi. (Turunen 2018, 29, 45.) Tarkastuslista tehtiin Turusen (2018, 23) mukaan tasalaatuisen ja turvallisen hoitotyön tekemisen toteuttamiseksi.

Vaativilla aloilla kognitiiviset toiminnot voivat vaarantua stressin ja väsymyksen vuoksi. Tarkastuslista vähentää virheitä, parantaa turvallisuutta ja leikkauksen jälkeisiä tuloksia. Sen käyttö johtaa myös taloudellisten ja muiden voimavarojen tehokkaampaan käyttöön. (Hales & Pronovost 2006.) Tarkastuslistan avulla varmistetaan, että kaikki tarvittavat asiat on tehty potilaalle ennen leikkausta (Lee & Lee 2013, 2557).

Tarkastuslistoja voivat käyttää hoitohenkilökunnan lisäksi potilaat (Fernando, Shapiro & Urman 2015, 5; Harris ym. 2020, 6). Potilaiden käyttämien tarkastuslistojen avulla tehdään potilasohjausta, saavutetaan potilasosastoista hoitoa ja tuetaan potilaiden aktiivista osallistumista hoitoonsa. Sekä potilaat että hoitohenkilöstö hyötyvät tarkastuslistan käytöstä. Potilaan käyttämä tarkastuslista kannustaa häntä kyselemään enemmän hoidostaan ja siten osallistumaan enemmän hoitoonsa. Potilaiden mukaan tarkastuslistan käyttö vähentää huolta tai ahdistusta ja antaa heille tietoa enemmän sekä auttaa keskittymään asioihin. Fernandon tutkimuksen (2015) mukaan potilaat ehdottivat, että tarkastuslistassa olisi asioita esimerkiksi leikkauksen riskeistä, leikkauksesta toipumisesta, tutkimuksista ennen leikkausta ja sairaalassa esiintyvien infektioiden ehkäisemisestä. Siinä myös muistutettaisiin potilasta kertomaan hoitohenkilöstölle kaikista lääkkeistä, vitamiineista ja luontaistuotteista. Tarkastuslistassa olisi huomioitu, mitä tulee odottaa tulevalta leikkaukselta ja sen jälkeisiltä seuraavilta päiviltä. (Fernando ym. 2015, 5, 8, 9.)

Potilaan tarkastuslistan avulla varmistetaan, että potilas on saanut ja ymmärtänyt saamansa tiedot. Se auttaa heitä valmistautumaan leikkaukseen ja sen jälkeisiin asioihin. Harris ym. (2020) tutkimuksessa potilaat halusivat, että heille tehdyssä tarkastuslistassa olisi syömisen ja juomisen lopettamisen kellonaika ennen leikkausta. Potilailla oli vaikeuksia tietojen muistamisessa ja annetun tiedon ymmärtämisessä ennen leikkausta. Hoitajat ja potilaat toivat esille, että tarvitsevat jonkin työkalun asioiden muistamisen helpottamiseksi. Hoitajat ehdottivat potilaalle tarkoitettua tarkastuslistaa tehtäväksi. Sen käyttö rohkaisisi potilaita kyselemään ja antamaan hoitohenkilöstölle tärkeitä tietoja, jotka voivat estää leikkauksen peruuntumisen, komplikaatioita ja virheitä. (Harris ym. 2020, 3, 6, 8.)

Harrisin ym. tutkimuksessa (2020) potilaat halusivat sairaalan yhteystiedot, jotta voivat kysyä tarvittaessa asioita. Potilaat kertoivat olevansa usein epävarmoja, mitä heidän pitää tehdä valmistautuessaan leikkaukseen, unohtivat täyttää kaavakkeita ja tuoda läheisen mukaan tapaamisiin. He sanoivat, että heitä auttaisi lista, mihin he merkkaisivat jo tekemänsä tärkeimmät valmistautumisen ohjeet. (Harris ym. 2020, 3, 6, 8.)

Tarkastuslistan tulee Gawanden (2010) mukaan mahtua yhdelle sivulle. Tarkastuslistan tulee olla selkeä ja ytimekäs. Selkeyttä tulee esimerkiksi siitä, että fontti on riittävän iso. Väreinä käytetään tummaa tekstiä vaalealla pohjalla. Tarkastuslistan tekemisen vaiheet ovat kehittäminen, laatiminen ja validointi. Tarkastuslistassa käytetään peruskieltä ja sillä tulee olla aina jokin tavoite. Tarkastuslistassa tulee näkyä sen laatimis- tai päivityspäivämäärä. (Gawande 2010, 200.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tays Sydänsairaalan kanssa. Sen tarkoituksena oli tuottaa sähköinen tarkastuslista preoperatiivisen potilashaastattelun ja ohjaamisen tueksi sairaanhoitajille sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnillä. Sydänsairaalan esikäynnillä ei ollut tarkastuslistaa käytössä. Tarkastuslistan edelleen kehittämiseksi pyysimme työelämätahon palautetta ja arviointia. Tämä tarkoittaa vuorovaikutteista yhteistyötä työelämätahon kanssa. Työelämätahon kanssa käytävä dialogi sekä reflektointi olivat läsnä koko opinnäytetyön prosessin ajan. Tarkoituksena oli myös saada palautetta valmiiksi tehdystä ja koekäyttöön otetusta tarkistuslistasta ja siitä, miten se on toiminut sekä vaikuttanut käytännön työssä.

Opinnäytetyömme prosessi alkoi aihevalinnalla (kuvio 3). Työelämätahomme ehdotti meille muutamia aiheita, joista valitsimme mielenkiintoisimman sekä aiheen, josta ajattelimme olevan eniten hyötyä työelämätaholle. Ajattelimme työn olevan hyödyllinen, koska työelämätaholla ei vielä ollut tarkastuslistaa kyseisestä aiheesta. Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui toiminnallinen menetelmä, koska tarkoituksemme oli tuottaa sähköinen tarkastuslista hoitajille.



KUVIO 3. Opinnäytetyön prosessi

Työelämäpalaverin pidimme syyskuussa 2019. Palaverissa kokoontuimme työelämätahon sekä opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa yhteen. Siinä keskustelimme työelämätahon toiveista ja tarpeista opinnäytetyötä ja sen tuotosta varten. Työelämäpalaverissa saimme käsityksen, millainen opinnäytetyömme tulisi olemaan. Opinnäytetyömme aiheen esittelimme ideaseminaarissa työelämä-

palaverin jälkeen. Aloimme tämän jälkeen työstämään opinnäytetyön suunnitelmaa, jonka esittelimme suunnitelmaseminaarissa marraskuussa 2019. Suunnitelman tekoon kuului esimerkiksi teoriatiedon etsiminen aiheesta, opinnäytetyön aikataulun tekeminen, viitekehysten hahmottelu, sekä opinnäytetyömme tarkoituksen, tavoitteiden ja tutkimustehtävien valmistelu. Lähetimme opinnäytetyön lupahakemuksen yhdessä opinnäytetyön suunnitelman kanssa marraskuussa 2019. Opinnäytetyön tutkimusluvan saimme joulukuussa 2019.

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö perustuu työelämälähtöiseen toimeksiantoon. Siinä tuotetaan tuotos tai tuloksia sekä kehittämis ehdotuksia toimeksiantajalle. Opinnäytetyön tulee täyttää opinnäytetyölle asetetut kriteerit ja se on osoitus opiskelijan asiantuntijuudesta ja korkeakoulutasoisesta osaamisesta. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyön määritelmän mukaisesti toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee näkyä opiskelijan itsenäinen työskentely, kehittävä, kriittinen ja tutkiva työote. Toiminnallinen opinnäytetyö on luokiteltavissa tutkimus- tai kehittämishankkeeksi. Toiminnallinen opinnäytetyö on näyte opiskelijan viestintäosaamisesta. (Jamk 2019.)

Toiminnallisen opinnäytetyön lopullisena tuloksena on aina jokin konkreettinen tuote kuten ohjeistus, tietopaketti tai tapahtuma (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51). Tekstiä sisältävä toiminnallinen osuus tulee olla kohderyhmää palveleva ja tekstin ilmaisu tulee mukauttaa tekstin sisältöä, tavoitteita, vastaanottajaa, viestintätilannetta ja tekstilajia palvelevaksi. Opinnäytetyön ensisijaisia kriteerejä ovat tuotteen uusi muoto, käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiassällön sopivuus kohderyhmälle, tuotteen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 53.) Tämän opinnäytetyön lopputuloksena syntyi tarkastuslista, joten opinnäytetyö on toiminnallinen.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos kohdistuu aina jollekin, joten kohderyhmän miettiminen ja rajaaminen on tärkeä osa opinnäytetyön prosessia. Kohderyhmää rajatessa huomioon voidaan ottaa esimerkiksi ikä, koulutus, ammattiasema ja so-

sioekonominen asema. Kohderyhmä vaikuttaa paljon tuotoksen sisällöllisiin ominaisuuksiin. Lisäksi kohderyhmä auttaa rajaamaan työn, niin ettei se paisu liian suureksi. (Vilka & Airaksinen 2003, 38–40.) Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä toimivat keuhko- ja sydänleikkaukseen tulevien potilaiden esikäynneillä toimivat sairaanhoitajat.

Jottei toiminnallisen opinnäytetyön arviointi jäisi subjektiiviseksi, on tuotoksesta hyvä pyytää kirjallista palautetta, kun sitä on ensin käytännössä testattu. Tuotteen käytettävyydestä ja ammatillisesta merkittävydestä voi saada paremman kuvan kohderyhmältä saadun palautteen jälkeen. (Vilka & Airaksinen 2003, 40,157.) Saadaksemme tarkastuslistamme hyödystä ja helppokäyttöisyydestä käytännössä paremman kuvan, annoimme tarkastuslistan koekäyttöön ennen sen varsinaista käyttöönottoa.

4.2 Tuotoksen toteuttaminen

Opinnäytetyötä tehdessämme haastattelimme kahta sydän- ja keuhkoleikkaukseen menevän potilaan esikäyntihaastattelua tekevää sairaanhoitajaa. Haastattelu tapahtui helmikuussa 2020. Haastattelu äänitettiin ja litteroitiin. Litteroitu haastattelu hyväksyttiin vielä haastateltujen osapuolten toimesta. Haastattelun jälkeen tuli muutama lisäkysymys, johon saimme vastaukset lisähaastattelussa puhelimitse huhtikuussa 2020 ja sähköpostiviesteillä. Lisäksi kävimme seuraamassa esikäyntiin kuuluvaa sairaanhoitajan, kirurgin ja anestesia lääkäriin tekemää haastattelua ja samalla haastattelimme myös anestesia lääkäriä. Tämä haastattelu tapahtui kesällä 2020. Valmiin opinnäytetyön ja tuotoksen esitimme esitysseminaarissa syyskuussa 2020. Lisäksi esitämme valmiin tuotoksen ja opinnäytetyön työelämätaholle osastotunnilla.

Tarkastuslistan suunnittelu alkoi työelämäpalaverissa, jossa meille alkoi hahmotua, millainen tuotoksestamme tulisi. Gawanden mukaan (2010, 200) tarkastuslistan laatimisen vaiheet ovat sen kehittäminen, laatiminen ja validointi. Tarkastuslistan laatimiseen kuuluu sen suunnittelu (Harris 2020, 9). Syksyllä 2019 aloimme kerätä tarkastuslistan tekoon tarvitsemaamme tietoa teoreettisten läh-

tökohtien pohjalta. Keväällä 2020 aloimme suunnittelemaan varsinaista tarkastuslistaa keräämämme teorian tiedon, asiantuntijahaastattelujen ja työelämäyhteyden toiveiden mukaan.

Tarkastuslistan tiedollisena pohjana on tutkimustiedon ohella käytetty Sydänsairaalan esikäynnillä käytettävää sairaanhoitajan haastattelun ohjeistusta, potilaan opasta ja ohjeita sekä potilaan esitietokaavaketta. Tarkastuslistaa tehdessä olemme katsoneet mallia WHO:n Surgical Safety Checklist- tarkastuslistasta. Tarkastuslistan toteutuksen ja suunnittelun pohjana ovat olleet laadukas potilasohjaus ja preoperatiiviseen ohjaukseen liittyvät tiedolliset asiat. Suunnittelun pohjana ovat olleet myös opinnäytetyön tehtävät eli laadukas ohjaus ja laadukas tarkastuslista. Tarkastuslistan ensimmäinen versio muokkaantui moneen otteeseen ja viimeisin versio valmistui kesällä 2020. Tarkastuslistaa on lähetetty sen teko- vaiheessa työelämäyhteydelle arvioitavaksi ja sitä on muokattu heidän toiveidensa mukaan.

Työelämäyhteys hyväksyi tarkastuslistan kesällä 2020, jonka jälkeen se annettiin koekäyttöön. Gawanden (2010, 200) ja Harris ym. (2020, 9) mukaan tarkastuslista tulee validoida ennen sen varsinaista käyttöä. Tarkastuslistan validointi tarkoittaa sitä, että sitä kokeillaan käytännössä tai simulaatiossa. Sitä muokataan kokeilujen jälkeen ja mietitään, miten se soveltuu työhön ja huomataanko sen avulla virheitä. (Gawande 2010, 200.) Jotta tietää tarkastuslistan vaikutukset, tulee sen käyttö testata (Harris ym. 2020, 9).

Koekäytön jälkeen tarkastuslistaa muokattiin siinä esiin nousseiden kehitysehdotusten ja muun palautteen mukaan. Työelämäyhteys voi jatkossa muokata tarkastuslistaa omien tarpeidensa mukaan. Koekäytössä nousi esiin muun muassa, että tarkastuslista on hyvä sairaanhoitajille, joille ei ole kehittynyt rutiinia esikäynnin tekemisestä, sillä tarkastuslistassa on hyvin laajasti asioita. Kokeneemmat sairaanhoitajat olivat taas toivoneet hyvin yksinkertaistettua listaa.

Tarkastuslistasta muokattiin palautteen perusteella joitakin kohtia tiiviimmäksi ja joitakin sanamuotoja muutettiin. Tiiviimmäksi listaa muutettiin esimerkiksi muuttamalla useita sanoja sisältäviä kohtia yhdellä sanalla ilmaistavaksi. Lisäksi lis-

taan lisättiin työelämätahon toiveesta kohta, jossa muistutetaan potilaan käynnistä anestesia lääkäriä ja kirurgilla. Koekäytössä nousi esiin myös se, että yksi tarkastuslistan otsikoista oli hieman harhaanjohtava ja se saatettiin tarkastuslistaa nopeasti vilkaistaessa hypätä yli. Tämä otsikko oli kohta yhdeksän: ”leikkauksen jälkeen”, ja se muutettiin muotoon ”leikkauksen jälkeiset asiat”. Lisäksi Tarkastuslistaan lisättiin antiseptisen pesuaineen nimi. Tarkastuslistaan lisättiin joidakin suostumuksia, koska työelämätaho halusi niiden olevan siinä. Olimme laittaneet yhdeksi kohdaksi vitamiinit ja luontaistuotteet, mutta vitamiinien ja luontaistuotteiden tilalle tuli työelämätahon toiveesta vain omega 3- valmisteet. Ennen tarkastuslistan ja opinnäytetyönraportin julkaisemista ne menevät Sydänsairaan tiedotuspäällikön hyväksyttäväksi.

4.3 Valmis tarkastuslista sairaanhoitajien ohjauksen tueksi

Laatimamme tarkastuslistan tavoitteena oli, että se tukee sairaanhoitajan tekemää ohjausta esikäynnillä niin, että hän voi sen avulla käydä läpi kaikki potilasturvallisuuden ja hyvän hoidon sekä ohjauksen kannalta tarpeelliset ja keskeiset asiat ennen sydän- tai keuhkoleikkausta. Tarkastuslistalla tulee olla selvä ja ytimekäs tavoite ja siinä olevien kohtien tulee olla tärkeä turvallisuuden kannalta ja helposti unohdettavissa ilman listaa (Gawande 2010, 200).

Olemme teoriaan pohjautuen laatineet tarkastuslistasta lyhyen, selkeän, ytimekkään ja helppolukuisen. Tämä oli myös työelämätahon toive. Siksi jaoimme tarkastuslistan useampaan osaan niin, että missään osassa ei ole liian montaa kohtaa. Gawande:n (2010, 200) mukaan, tarkastuslistan missään osiossa ei saa olla yli kymmentä kohtaa. Tarkastuslistamme jakaantuikin 14: ään osaan eri aihealueittain ja kussakin osassa on enintään yhdeksän kohtaa. Lisäksi fontin tulee olla riittävän iso, jotta teksti on selkeää (Gawande 2010, 200). Fonttikooksi valittiin lopulta 11 ja fontiksi Arial. Fonttikoko määräytyi sen perusteella, että teksti mahtuu yhdelle sivulle mutta on kuitenkin helposti luettavissa.

Gawanden (2010, 200) mukaa tarkastuslistan tulee mahtua yhdelle sivulle. Telemämme tarkastuslista mahtui yhdelle sivulle, mikä tekee siitä ytimekkään ja selkeän. Otsikot lihavoitiin, jotta ne jakaisivat tarkastuslistaa paremmin. Tämän

takia otsikoihin valittiin myös eri väri, kuin muuhun tekstiin. Otsikoiden väriksi valitsimme punaisen, koska se erottuu hyvin valkoisesta pohjasta ja on myös yhteistyökumppanimme teemaväri. Muun tekstin väriksi valittiin musta. Tarkastuslistan pohjaväriksi valittiin valkoinen, jotta teksti erottuu siitä hyvin. Myös Gawande (2010, 200) kertoo, että tumman fontin tulisi olla vaalealla pohjalla.

Tarkastuslistaan tulivat ruudut jokaisen yksittäisen osion kohdalle, jotta ruutuun voi tarvittaessa merkata kohdat tehdyiksi. Gawande (2010, 200) mainitsee, että tarkastuslistassa tulee olla yksinkertaisia lauseita ja siinä tulee käyttää peruskieltä. Tarkastuslistan kohderyhmänä olivat kuitenkin sairaanhoitajat, joten peruskielen lisäksi pystyimme käyttämään lyhenteitä ja ammattisanastoa. Siten saimme ilmaista asian lyhyesti ja ytimekkäästi.

Tarkastuslistassa olevat osiot koostuvat taulukoiden 1 ja 2 mukaisista asioista. Tarkastuslistan sisältöön laitoimme kaikki tarvittavat tiedot, mitä esikäynnillä tulisi muistaa. Gawanden (2010, 200) mukaan tarkastuslistan otsikoilla tulee olla jokin tavoite. Laatomme tarkastuslistan otsikoiden tavoitteena oli, että sairaanhoitaja kysyy potilaalta ja ohjaa häntä otsikoiden mukaisesti niin, että potilas on valmistautunut leikkaukseen hyvin. Tarkastuslistan 14:n osan otsikoiksi muodostuivat henkilötiedot ja ranneke, mikä leikkaus, leikkaussali ja ajankohta, taustatiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, toimintakykyyn vaikuttavat tekijät ja elämänlaatuun vaikuttavat tekijät. Lisäksi otsikoiksi tulivat tehtävät tutkimukset, leikkauksen jälkeiset asiat, suostumukset, muut asiat, huolia, odotuksia ja toiveita leikkaukseen liittyen, onko kysymyksiä sekä nähnyt anestesia- ja kirurgin.

Laitoimme tarkastuslistan osiot järjestykseen siten, että järjestys olisi mahdollisimman johdonmukainen. Alussa varmistetaan potilaan henkilöllisyys ja lopussa varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt asiat, kysymällä jäikö hänelle jotain kysymyksiä. Lisäksi tarkastuslista etenee ajallisesti loogisesti niin, että ensin käydään läpi nykytilanne, jonka jälkeen ohjataan leikkaukseen valmistautumiseen liittyvät asiat ja sitten leikkauksen jälkeiset asiat. Tarkastuslistan järjestyksen suunnittelun pohjana käytettiin aluksi myös myös ISBAR- menetelmää. Isbar tulee sanoista identify eli tunnista, situation eli tilanne, background eli tausta, assessment eli nykytilanne ja recommendation eli toimintaehdotus (Ahonen ym. 2019, 100). Myös Gawande (2010, 200) mainitsee, että tarkastuslistassa tulisi

olla looginen, selkeä ja yksinkertainen muoto. Tarkastuslistaan laitettiin päiväys, milloin se on laadittu tai päivitetty.

Potilasta tulee motivoida keskustelemaan ja kyselemään (Svavasdottir ym. 2016). Teoriatiedon perusteella listaan lisättiin kohta ”Onko kysymyksiä?”. Sen tarkoituksena on myös varmistaa, onko potilas omaksunut saamansa tiedon. Kääriäisen (2007, 117) ja Turusen (2018, Liite 4/6–5/6) väitöskirjojen mukaan potilaan laadukkaassa ohjauksessa tulee huomioida myös psyykkiset tekijät. Potilaan tulee voida keskustella leikkaukseen liittyvistä odotuksista (Goodman 2009, 487). Kohta ”Huolia, odotuksia, toiveita” laitettiin tarkastuslistaan, koska sen avulla huomioidaan potilaan psyykinen tila ohjaustilanteessa. Kohdan ”Haluatko tavata sairaala pastorin tai psykiatrisen sairaanhoitajan?” avulla huomioidaan, että potilas saattaa haluta puhua psykiatriselle sairaanhoitajalle pastorin sijaan. Lisäksi psykiatrisen sairaanhoitajan mukaan ottaminen listaan liittyy psyykkisen tilan huomioimiseen ohjaamistilanteessa. Sairaalapastori on mainittu potilaan esitietokaavakkeessa.

4.4 Tiedonhaku

Teoriatietoa aiheestamme aloimme etsiä jo opinnäytetyön suunnitelmaa tehdessä. Etsimme tietoa useista eri hakukoneista kuten Cinahl ja Medic, Joanna Bricks Institut, Pubmed ja Andor. Esimerkkejä tiedon hausta on taulukossa 3. Rajasimme hakua enintään kymmenen vuotta vanhoihin teoksiin mutta harkinnan mukaan käytimme myös yli kymmenen vuotta vanhoja teoksia lähteinä, jos niiden tiedot eivät olleet vanhentuneet. Lisäksi hakuehtona oli, että koko teksti tulee olla saatavilla ilmaiseksi. Haulla löysimme paljon kotimaisia mutta myös kansainvälisiä lähteitä. Työhömme valitsimme lähteitä, joiden asiakieli oli joko suomi tai englanti. Löysimme lähteitä paljon myös muiden teosten lähdeluetteloista. Teoriatietoa saimme myös asiantuntijahaastatteluilla, Sydänleikkaus tulossa- luennolta ja sairaalan materiaaleista kuten oppaista potilaille. Suuri osa lähteistä oli tutkimusartikkeleita. Lisäksi käytimme jonkin verran kirjoja ja luotettavia internet lähteitä.

Pyysimme hakujen tekemiseen Tampereen ammattikorkeakoulun informaation apua. Asiasanoina tiedonhaussa käytimme esimerkiksi avosydänleikkaus, thoraxkirurgia, preoperatiivinen ohjaus, esikäynti, tuloaastattelu, thorax surgery, preoperative care ja preoperative guidance, Asiasanojen muodostamisessa käytimme apuna Mesh- ja Finnmesh- sekä YSA- asiasanahakua.

Varsinaisiksi hakusanoiksi tulivat lopulta potilasohjaus, sydänleikkaus, keuhkoleikkaus, thoraxleikkaus, esikäynti ja tarkastuslista. Englanninkielisiksi hakusanoiksi muodostuivat patient education, cardio-thoracic surgery, preadmission ja checklist. Hakuja tehdessä tuli useita satoja tuloksia ja niistä karsittiin otsikoiden ja tiivistelmien perusteella monia pois. Esimerkeissä olevien hakulausekkeiden lisäksi olemme käyttäneet lukuisia eri hakulausekkeita, koska aiheemme on laaja, ja sisältää täsmällistä tietoa eri aihealueista, kuten leikkaukseen valmistautumisesta.

TAULUKKO 3. Tiedonhaku

Tietokanta	Hakulauseet	Haun rajaukset	Tuloksia/ kpl	Käytetty
Medic	tuloaastattelu* esikäyn* "preoperatiivi* käyn*" AND preoperative* preoperatiivi* "leikkausta edeltävä**"	2010-koko teksti	110	3
	"preoperative care" OR potilasohj* AND "thoracic surgery" OR "thoracic surgical"	2010-	397	6
Cinahl	"Preoperative education" AND "cardiac surgery"	2010-vertaisarvioitu koko teksti	16	1
	"preoperative care" AND "cardiac surgery" OR pre-op	2010-vertaisarvioitu koko teksti	173	3
Pubmed	"patient education" AND "cardiac surgery"	2010-koko teksti vertaisarvioitu	21	1
Joanna Bricks	"patient education" AND "cardiac surg**"	2010-	14	0

5 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoitteena oli lisätä tietoa laadukkaasta preoperatiivisesta ohjauksesta sydän- ja keuhkoleikkaukseen tulevan potilaan esikäynnillä ja siten lisätä sairaanhoitajien ammattitaitoa ja kehittää potilasohjauksen laatua. Haimme näyttöön perustuvaa tietoa kaikista esikäyntiin liittyvistä osa-alueista. Olemme myös selvittäneet eri tutkimuksista ja haastattelemalla, mitä laadukas potilasohjaus tarkoittaa ja millainen on laadukas tarkastuslista. Olemme oppineet paljon preoperatiivisesta haastattelusta ja sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan ohjaamisesta ennen leikkausta. Menemme erikseen sovittavana ajankohtana esittelemään tuotoksen ja opinnäytetyön raportin työelämätahon osastotunnille, jolloin viemme saamamme tietoa sairaanhoitajien käyttöön. Opinnäytetyön prosessin kautta olemme vaikuttaneet esikäynnillä tehtävän ohjauksen laadun kehittämiseen ja myös työelämätahon sairaanhoitajien tekemän ohjauksen tukemiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tarkastuslista sairaanhoitajien ohjaamisen tueksi sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnille. Teoriatiedon ja haastatteluiden perusteella olemme laatineet tarkastuslistan, joka on annettu työelämätahon koekäyttöön. Laatimassamme tarkastuslistassa on koottuna kaikki tarvittavat asiat, jotka tulee tarkastaa ja huomioida sydän- ja keuhkoleikkausta edeltävänä päivänä. Sen laatimisessa on huomioitu laadukkaasti tarkastuslistan kriteerit ja niiden perusteella lista on mahdollisimman lyhyt, ytimekäs ja selkeä sekä visuaalisesti että sisällöllisesti.

Tarkastuslistassa olemme pyrkineet huomioimaan kokonaisvaltaisesti potilaan tilanteen, joten sen suunnittelun lähtökohtana on ollut potilaan lääketieteellinen, fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen tila ja niihin liittyvien asioiden ohjaaminen. Esikäynnillä tehtävä ohjaus ja sen apuna käytettävä tarkastuslista voi estää leikkauksien peruuntumisen ja näin ollen sillä on myös vaikutusta kustannuskuluihin. Tarkastuslistan kehittäminen on jatkuva prosessi, koska tarkastuslistaa tulee muokata ja arvioida tiedon muuttuessa ja työelämän muuttuvien tarpeiden mukaiseksi.

Tarkastuslista annettiin koekäyttöön työelämätahon esikäynneille. Saamamme palautteen perusteella tarkastuslistaa on muokattu työelämätahon toiveiden ja tarpeiden mukaisesti. Tarkastuslistan tekemisen prosessissa tuli esille, että kokeneemmat sairaanhoitajat kertoivat hyötyvänsä enemmän lyhyestä tarkastuslistasta, kun taas vähemmän kokemusta omaavat hyötyivät enemmän pidemmästä ja perusteellisemmasta tarkastuslistasta. Tarkastuslistan tarkoituksena on kuitenkin varmistaa, että kaikki tarvittavat asiat on tehty ennen leikkausta ja estää inhimilliset virheet. Siksi laatimassamme tarkastuslistassa olemme laittaneet kaikki teorian tiedon mukaan tarpeelliset asiat leikkauksen onnistumiseksi. Tarkoituksena oli myös tehdä sellainen tarkastuslista, mikä palvelee kaikkia, myös vähemmän preoperatiivisesta haastattelusta kokemusta omaavia sairaanhoitajia.

Tarkastuslistaa ja opinnäytetyön raporttia olemme työstäneet sekä yksin, että yhdessä. Jaoimme raportin kirjoittamista osiin, jotta erillisestä työskentelystä tulisi helpompaa. Yhdessä opinnäytetyötä olemme tehneet kasvotusten, puhelimitse ja viestien avulla. Lisäksi olemme muokanneet opinnäytetyötä Word online -sovelluksella, joka mahdollistaa, sen että molemmat ovat pysyneet ajan tasalla opinnäytetyön etenemisestä, sekä olemme pystyneet lukemaan ja muokkaamaan toistemme kirjoittamaa tekstiä. Yhteistyö sujui hyvin sekä opinnäytetyön tekijöiden että työelämätahon kanssa. Olimme tiiviissä yhteistyössä Sydänsairaalalan sairaanhoitajien kanssa koko prosessin ajan.

Teimme kattavan ja tarkan tarkastuslistan, joka on selkeä sekä luettavuudeltaan että visuaalisesti. Haastavaa opinnäytetyön tekemisessä oli tiedon hakeminen ja löydetyn tiedon muokkaaminen, koska suurin osa lähteistä oli englanninkielisiä ja aihe oli laaja. Tuotoksen tekemisessä haastavaa oli saada kaikki tarvittavat asiat tarkastuslistaan niin, ettei siitä tulisi liian pitkä. Haastavaa oli myös se, että tarkastuslista palvelee työelämätahon tarpeita mahdollisimman hyvin mutta samalla siinä on kaikki teorian tietoon pohjautuva tieto.

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan (2012, 6) mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden noudattaminen niin tutkimustyössä, kuin sen tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä arvioinnissa. Tässä opinnäytetyössä on noudatettu näitä hyvän tieteellisen käytännön keinoja. Olemme kunnioittaneet ja ottaneet huomioon muut tutkimusten tekijät viittaamalla muihin tutkimuksiin ja teoksiin huolellisesti sekä merkinneet lähdeviitteet tarkasti. Lähteiden merkitsemisessä olemme toimineet Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin oppaan mukaan.

Etsiessämme aiheesta tietoa, suhtauduimme lähteisiin kriittisesti teosten luotettavuuden arvioinnissa. Työssä on käytetty pääosin alle 10 vuotta vanhoja teoksia. Harkinnan varaisesti olemme kuitenkin myös käyttäneet yli 10 vuotta vanhoja teoksia, mutta näiden lähteiden kohdalla olemme tarkastaneet niiden sisällön paikansapitävyyden. Yhtenä hakuehtona meillä on ollut teosten vertaisarviointi, joka lisää näiden tutkimusten luotettavuutta. Kaikkia opinnäytetyön lähteinä olevia tutkimuksia ei kuitenkaan ole vertaisarvioitu. Opinnäytetyön raporttiin olemme lisänneet tiedonhakua kuvaavan taulukon (taulukko 3). Tämä lisää työmme tiedonhakuprosessin avoimuutta.

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisäävät monipuoliset ja myös kansainväliset lähteet, mutta koska molempien opinnäytetyöntekijöiden äidinkieli on suomi, on opinnäytetyön luotettavuutta arvioidessa otettava huomioon mahdolliset käännösvirheet. Käännösvirheitä olemme kuitenkin pyrkineet estämään huolellisella käännösten tekemisellä sekä luotettavien kielenkäännös lähteiden, kuten Mot-sanakirjan käytöllä. Lisäksi olemme arvioineet kansainvälisten lähteiden tutkimusten tulosten sopivuutta suomalaiseen terveydenhuoltoon.

Toissijaisten lähteiden käyttö ei ole suositeltavaa opinnäytetyössä, koska toissijaisen lähteen tekijä on jo itse tulkinnut ensisijaista lähdeä. Tästä syystä esimerkiksi oppikirjojen käyttöä tulisi välttää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 73.) Opinnäytetyössämme olemme ensisijaisesti käyttäneet tutkimusartikkeleita, mutta tarkan harkinnan mukaan olemme myös ottaneet esimerkiksi joistain oppikirjoista tietoa täydentämään ja tukemaan muualta löytämäämme tietoa.

Työssämme olemme käyttäneet lähteinä asiantuntijahaastatteluita, jotka lisäävät työmme luotettavuutta. Olemme kunnioittaneet haastattelemiemme asiantuntijoiden toiveita, emmekä julkaisseet heidän nimiään raportissa. Tämä kuitenkin heikentää työn luotettavuutta. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin. Äänitteet ja litteroitu haastattelu on pidetty salassa ulkopuolisilta henkilöiltä, sekä hävitetty työn valmistuttua. Haastattelemamme sairaanhoitajat hyväksyivät litteroidun haastattelun. Olemme saaneet luvan käyttää työelämätahon organisaation nimeä Tays Sydänsairaala Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitajalta ja Sydänsairaan palvelupäälliköltä. Valmis tarkastuslista menee tiedotuspäällikön tarkastettavaksi sekä työelämätahon yhteishenkilöiden hyväksyttäväksi.

Tutkimuksessa tulee noudattaa avoimuutta ja vastuullisuutta tuloksia julkaistaessa (Tenk 2012, 6). Avoimuutta opinnäytetyön prosessissa olemme osoittaneet esimerkiksi esittämällä opinnäytetyötämme suunnitelma-, käsikirjoitus- ja esityseminaarissa. Lisäksi olemme opinnäytetyön raportissa kertoneet opinnäytetyön prosessin etenemisestä.

Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu tutkimusluvan hakeminen (Tenk 2012, 6). Olemme laatineet opinnäytteestämme tutkimussuunnitelman, joka liitettiin tutkimuslupahakemukseen. Tutkimusluvan saimme joulukuussa 2019 Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Vasta tutkimusluvan saatuaamme aloimme tekemään varsinaista opinnäytetyötä.

Tekijänoikeudet siirtyvät aina teoksen tekijälle, joten opinnäytetyön tekijöillä on opinnäytetyön tuotoksen tekijänoikeudet (Vilkkä & Airaksinen 2003, 162). Olemme kuitenkin antaneet työelämäyhteydelle luvan muokata tuotostamme, jotta heidän on mahdollista päivittää tarkastuslistan tiedot ajantasaiseksi. Siten varmistamme, että se pysyy käyttökelpoisena tutkitun tiedon muuttuessa. Opinnäytetyön tekijöillä ei ole minkäänlaisia sidoksia työn tilaajaan, emmekä ole saaneet palkkaa opinnäytetyön teosta. Opinnäytetyöstä syntyneet kustannukset olemme maksaneet itse.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tehtävinä olivat, millainen on laadukas preoperatiivinen ohjaus sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnillä ja millainen on laadukas preoperatiivinen tarkastuslista sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnillä. Johtopäätöksenä esitetään, että laadukas potilasohjaus esikäynnillä koostuu leikkaukseen valmistautumisen ohjaamisesta, tiedon antamisesta potilaalle ja toisaalta potilaan tietojen kartoittamisesta. Siihen sisältyy myös eri mittauksia ja ohjeiden antamista sekä suullisesti että kirjallisesti. Potilas on esikäynnillä saamansa ohjauksen jälkeen valmistautunut leikkaukseen sekä henkisesti että fyysisesti. Laadukkaan ohjauksen avulla varmistetaan leikkauksen onnistuminen seuraavana päivänä ja potilasturvallisuus. Sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan ohjaaminen ennen leikkausta vaikuttaa myös potilaan psyykkiseen hyvinvointiin. Potilaan ohjaamisella voidaan vähentää potilaan pelkoa (Flynn & Silvay 2012, 18; Kazitani ym. 2018, 6; Batchelora ym. 2019). Se vähentää myös ahdistusta ja huolta (Kalogianni ym. 2016, 447).

Teoriatiedossa ilmeni laajasti erilaisia laadukkaan ohjaamisen kriteereitä. Monissa lähteissä toistuivat ohjauksen potilaslähtöisyys, vuorovaikutteisuus ja tavoitteellisuus. Ne mainitaan esimerkiksi Kääriäisen (2007, 133) väitöskirjassa. Vuorovaikutteisessa ja potilaslähtöisessä ohjauksessa potilasta kuunnellaan ja hänen hyvinvointinsa ja tarpeensa määrittelee ohjaamisen tavoitteita. Sairaanhoidajalta vaaditaan ohjaamisessa ammatillisen tietotaidon lisäksi hyviä vuorovaikutustaitoja, jotta nämä kriteerit täyttyisivät. Hwangin ym. (2018) mukaan potilas on aktiivisesti mukana ohjausprosessissa. Silloin sairaanhoitaja käy vuorovaikutteista keskustelua potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

Eri lähteiden mukaan potilaan yksilöllisyys tulee esille monin eri tavoin. Esimerkiksi siinä, että ohjauksessa selvitetään potilaan yksilöllisten tiedon ja ohjauksen tarve. Näin toteavat esimerkiksi Hwang (2018) ja Sihvola (2019, 212). Yksilöllisten tietojen selvittäminen edellyttää sitä, että sairaanhoitaja kyselee potilaalta hänen ajatuksiaan ja toiveitaan siitä, missä asioissa hän tarvitsee tukea, tietoa ja ohjausta.

Yksilöllisyys nousee esiin potilaan tietojen kartoittamisessa. Tietoja tulee selvittää kokonaisvaltaisesti huomioiden potilaan yksilöllinen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi ja elämäntilanne. Potilaan kokonaisvaltaisesta huomioimisesta potilaan ohjauksessa ovat kertoneet lähteissään esimerkiksi Kääriäinen (2007, 117) ja Turunen (2018, liite 4/6–5/6).

Ohjauksen yksilöllisyys korostuu myös ohjausmenetelmän valinnassa. Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttaa esimerkiksi potilaan kyky omaksua asioita (Eloranta ym. 2014). Potilaan ohjauksessa käytetään monipuolisesti eri menetelmiä (Lee & Lee 2013, 2559; Rajala ym. 2018, 185). Nykyään internetin käytön yleisyyttä tulee hyödyntää myös potilasohjauksen toteuttamisessa. Internettiä voi käyttää preoperatiivisen ohjauksen välineenä (Eloranta ym. 2014, 70). Internettissä voi esimerkiksi olla leikkaukseen valmistautumisen ohjeet tai potilaan oma tarkastuslista. Ne auttavat potilasta asioiden muistamisessa ja osallistavat häntä omaa hoitoaan koskevissa asioissa.

Monien lähteiden kuten Rajala ym. (2018, 183, 184) mukaan laadukkaaseen ohjaamiseen kuuluu potilaan läheisten huomioiminen ohjaustilanteessa. Läheiset antavat potilaalle henkistä tukea ennen leikkausta ja voivat auttaa potilaan valmistautumisessa leikkaukseen. Tämä edellyttää, että sairaanhoitaja ottaa läheiset aktiivisesti mukaan ohjaustilanteeseen.

Gawanden (2010, 200) mukaan laadukas preoperatiivisen tarkastuslista on mahdollisimman lyhyt, ytimekäs ja selkeä. Ulkomuodon lisäksi siinä tulisi olla kaikki tarvittava tieto ja ohjeet, joiden avulla varmistetaan leikkauksen onnistuminen. Laadukas tarkastuslista varmistaa potilasturvallisuuden sekä potilaan kokonaisvaltaisen valmistautumisen leikkaukseen. Laadukas tarkastuslista tukee sairaanhoitajan tekemää ohjausta. Sydänsairaalan esikäynnillä toimivan sairaanhoitajan mukaan tarkastuslistan käyttäminen yhtenäistää ohjausta. Ohjauksen yhtenäistyminen tapahtuu tarkastuslistan avulla mutta se edellyttää, että kaikki sairaanhoitajat käyttävät samaa listaa haastattelun tukena. Yhtenäiset toimintatavat kehittävät laatua, joten saman tarkastuslistan käyttäminen kehittää myös potilasohjauksen laatua.

Tarkastuslista toimii muistin ja tiedonkulun apuvälineenä (Turunen 2018, liite 4/6–5/6, 23). Tarkastuslistan käyttäminen tukee ohjaamista, koska sairaanhoitaja käyttää sitä muistin tukena sekä tiedon siirtämisen apuvälineenä, mutta se voi tehostaa ohjausta myös ajankäytöllisesti. Varsinkin esikäynnillä aloitteleva sairaanhoitaja hyötyy tiedoiltaan kattavasta tarkastuslistasta mutta inhimillisiä virheitä voi tapahtua kokeneemmillekin sairaanhoitajille. Tarkastuslista estää virheitä (WHO 2019; Potilasvahinkokeskus 2019).

Laadukas tarkastuslista syntyy koko työyhteisön yhteistyön tuloksena ja se edellyttää jatkuvaa validointia, arviointia ja uudistamista (Gawande 2010, 200). Sen laatiminen ja kehittäminen vaatii työyhteisöltä suunnitelmallisuutta ja järjestelmällistä toimintatapaa sekä ajantasaisen tiedon selvittämistä ja ylläpitämistä.

Kehittämisehdotuksena esitetään, että potilas saa oman tarkastuslistan kotiin jo aiemmin ennen leikkausta, johon hän voi merkata kaikki muistettavat asiat. Se lisää potilaan osallisuutta leikkaukseen valmistautumisessa. Lisäksi potilaan tarkastuslista ja leikkaukseen valmistautumisen ohjeet voisivat olla internetissä saatavilla. Jatkotutkimusaiheena voisi olla, miten potilaat kokevat esikäynnillä tehtävän ohjauksen ja millaista ohjausta he toivovat saavansa esikäynnillä. Olisi myös mielenkiintoista selvittää, miten eri sairaaloiden esikäynneillä haastatellaan potilaita. Toinen jatkotutkimusaihe on, että tarkastuslistan toimivuutta tutkitaan esimerkiksi haastattelemalla sairaanhoitajia, kun se on ollut käytössä kauemmin.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S. & Sulo-saari, V. 2019. *Kliininen hoitotyö*. 8. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Allison, J. & George, M. 2014. Using Preoperative Assessment and Patient Instruction to Improve Patient Safety *AORN Journal*. Vol 99 No 3. 366, 367, 368, 369–370. Luettu 1.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://aornjournal-onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/epdf/10.1016/j.aorn.2013.10.021.pdf>

American society of Anesthesiologists. 2014. *ASA Physical Status Classification System*. Julkaistu: 15.10.2014. Luettu: 31.8.2020. file:///C:/Users/janit/Downloads/asa-physical-status-classification-system%20(1).pdf

Apfelbaum, J. L., Agarkar, M., Schaumburg, M.P.H., Connis, R. T., Coté, C. J., Nickinovich D. G. & Warner, M.A. 2017. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures. *Anesthesiology*. v126. no3, Luettu 1.8.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/126/3/376/19733/Practice-Guidelines-for-Preoperative-Fasting-and>

Arora, R.C., Brown, C.H., Sanjanwala R.M. & McKelvie R. 2018. "NEW"Prehabilitation: A 3-Way Approach to Improve Postoperative Survival and Health-Related Quality of Life in Cardiac Surgery Patients. *Canadian Journal of Cardiology* 34 (7), Luettu 12.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S0828282X18302563?via%3Dihub>

Azizar S., Appelen D., Prins MH., Neumann MHAM., de Feiter ANP., Kolbach DN. Compression therapy for treating post-thrombotic syndrome. 2019. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 9. Art. No.: CD004177. 1, 2. Luettu 2.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-cochranelibrary-com.libproxy.tuni.fi/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004177.pub2/epdf/full.pdf>

Batchelora, T.J.B., Rasburnb N.J., Abdelnour-Berchtoldc, E., Brunellid A., Cerfolioe R.J., Gonzalezc, M., Ljungqvistf O., Peterseng W.M., Popescuh P.D. & Slingerian P. N. 2019. Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERASVR) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 55. 2019. Luettu 4.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://academic-oup-com.libproxy.tuni.fi/ejcts/article/55/1/91/5124324>

Duodecim. Terveyskirjasto. 2020a. Lääketieteen sanasto. Luettu 1.9.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=ltt00198&p_teos=ltt

Duodecim. Terveyskirjasto. 2020b. Lääketieteen termit. Luettu. 3.9.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-terveysportti-fi.libproxy.tuni.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q//mediastinotomia>

Eloranta, S., Katajisto J. & Leino-Kilpi H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede*. 26 (1). 63, 70.

Emanuel, A. & Mac Pherson, R. 2013. The anaesthetic pre-admission clinic is effective in minimising surgical cancellation rates. *Anaesthesia and Intensive Care Journal*. Volume 41. Issue 1. Luettu 20.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://aaic.net.au/document/?D=20120511>

Engelman, D.T., Ali W.B., Reddy, V.S., Arora, R.C., Roselli, E.E., Khoynzhad, A. Gerdisch, M., Levy, J.H., Lobdell, K., Fletcher, N., Kirsch, M., Nelson, G., Engelman, R.M., Gregory, A.J. & Boyle, E.M. 2019. Guidelines for Perioperative Care in Cardiac Surgery. Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations. *JAMA Surgery*. 154(8), Luettu 20.4.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://jamanetwork-com.libproxy.tuni.fi/journals/jamasurgery/fullarticle/2732511>

Erämies, T. 2017a. Sairaanhoidajan käsikirja. Leikkaukseen odottavan potilaan ohjaus. *Terveysportti*. Julkaistu 27.10.2017. Luettu 9.10.2019. Vaatii käyttöoikeuden. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=preoperatiivinen%20hoitoty%C3%B6

Erämies, T. 2017b. Sairaanhoidajan käsikirja. Preoperatiivinen hoito. *Terveysportti*. Julkaistu 28.10.2017. Luettu 9.10.2019. Vaatii käyttöoikeuden.

https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=preoperatiivinen%20ohjaus
Farahani, MA. Sahragard, R. Carroll, JK. & Mohammadi E. 2011. Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives. *International Journal of Nursing Practice*. 17. 325, 326. Luettu 22.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/epdf/10.1111/j.1440-172X.2011.01940.x.pdf>

Finto. Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu. 2018d. Muokattu 11.10.2018. Luettu 6.9.2020. <http://finto.fi/mesh/fi/page/D045422>

Fernando, R.J., Shapiro, F.E. & Urman, R.D. 2015. Survey Analysis of an Ambulatory Surgical Checklist for Patient Use. *AORN J*. Vol. 102. No. 3. 5, 8, 9, 19. Luettu 1.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://aornjournal-onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/epdf/10.1016/j.aorn.2015.07.013.pdf>

Flynn B.C. & Silvay G. 2012. Value of Specialized Preanesthetic Clinic for Cardiac and Major Vascular Surgery Patients. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 79. 14, 15, 16, 18, 23. Luettu 2.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/epdf/10.1002/msj.21293.pdf>

Fredricks, S. & Yau, T. 2017. Clinical effectiveness of individual patient education in heart surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 65. Luettu 14.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748916302103?via%3Dihub>

Friedman, A.J., Cosby, R., Boyko, S., Hatton-Bauer J. & Turnbull G. 2011. Effective Teaching Strategies and Methods of Delivery for Patient Education: A Systematic Review and Practice Guideline Recommendations. *J Canc Educ*.

26. Luettu 11.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1007/s13187-010-0183-x>

Gawande, A. 2010. The checklist manifesto: How to get things right. 1. painos. New York NY. Metropolitan Books.

Gomes, E.T. & Bezerra, S.M.M.S. 2017. Anxiety and depression in the preoperative period of cardiac surgery. *Rev Rene*. 18 (3), 424. Luettu 12.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <http://web.b.ebscohost.com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=5fdf2f7f-aa83-42ed-89e3-1fb7bca22480%40sessionmgr103.pdf>

Goodman, H. 2009. Patient education around cardiac surgery. *Clinical British journal of Cardiac Nursing*. Vol 4 No 10, 483, 487. Luettu 1.2.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <http://web.b.ebscohost.com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=5fdf2f7f-aa83-42ed-89e3-1fb7bca22480%40sessionmgr103.pdf>

Grocott, MPW., Plumb, JOM., Edwards, M., Fecher-Jones, I. & Levett, DZH. Re-designing the pathway to surgery: better care and added value. 2017. 6:9. Luettu 30.3.20. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ncbi-nlm-nih-gov.libproxy.tuni.fi/pmc/articles/PMC5477682/>

Hales, B.M. & Pronovost, P.J. 2006. The checklist—a tool for error management and performance improvement. *Journal of Critical Care*. Vol. 21, Iss. 3, Luettu 1.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-proquest-com.libproxy.tuni.fi/docview/1033233786?accountid=14242>

Harris, K., Søfteland E., Moi, A-L., Harthug, S., Storesund, A., Jesuthasan, S., Sevdalis, N. & Haugen, A.S. 2020. Patients' and healthcare workers' recommendations for a surgical patient safety checklist—a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 20:43. 3, 6, 7, 8, 9. Luettu 20.6.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <http://web.b.ebscohost.com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=5fdf2f7f-aa83-42ed-89e3-1fb7bca22480%40sessionmgr103.pdf>

Hea, J., Gallegob, B., Stubbsa, C., Scotta, A., Dawsona, S. & Kennedy, K. F. C. 2018. Improving patient flow and satisfaction: An evidence-based pre-admission clinic and transfer of care pathway for elective surgery patients. *Collegian*. 25. Issue 2. Luettu 1.4.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S1322769617300914?via%3Dihub>

Helsingin yliopistollinen sairaala. n.d. Sydänkirurgia. Luettu: 11.10.2019. <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sydansairaudet/sydankirurgia/Sivut/default.aspx>

Hernández-Palazón J., Fuentes-García D., Falcón-Araña L., Rodríguez-Ribó A., García-Palenciano C., Roca-Calvo, M.J. 2015. Visual Analogue Scale for Anxiety and Amsterdam Preoperative Anxiety Scale Provide a Simple and Reliable Measurement of Preoperative Anxiety in Patients Undergoing Cardiac Surgery.

Int Cardiovasc Res J. 9(1,) 2,3,5. Luettu 12.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <http://web.b.ebscohost.com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=a9680239-035a-4370-884c-c786b5bc43e0%40pdc-v-sessmgr02.pdf>

Hippeläinen, M. 2014. Ohitusleikkauksen kulku. Kustannus Oy Duodecim. Julkaistu: 16.6.2014. Luettu: 11.10.2019. https://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00187

Hwang, H-L., Kuo, M-L. & Tu C-T. 2018. Health education and competency scale: Development and testing. J Clin Nurs. 27. Luettu 12.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.libproxy.tuni.fi/29052274/>

Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jamk. fi. n.d. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Luettu 14.10.2019. <https://oppi-materiaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistoiminta/projekti-tyo-vs-ns-toiminnallinen-tutkimuksellinen-kehittamishanke-opinnaytetyo/>

Jokinen, T. & Virkkunen, H. (toim.) 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luettu: 6.8.2020. <https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1+++final+2018.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77>

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Lääketieteen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 1214. Väitöskirja.

Kalogianni, A., Almpani, P., Vastardis, L., Baltopoulos, G., Charitos, C., & Brokalaki, H. 2016. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 15(6). 28, 447, 449, 450. Luettu 13.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://journals-sagepub-com.libproxy.tuni.fi/doi/pdf/10.1177/1474515115602678.pdf>

Karppinen, A. & Vakkala, M. 2018. Perusterveydenhuolto voi valmistaa potilasta leikkaukseen. *LääkäriLehti*. 73 (22), 1434, 1437.

Kazitani, B. S., Furuya, R.K., Aparecida R., Dantas, S. Aparecida C. & Dessotte M. 2018. Preoperative anxiety and depression: differences among patients submitted to the first cardiac surgery. *Rev Rene*.19 (1). 2, 6. Luettu 11.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <http://web.a.ebscohost.com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=a6d3bccf-4c01-4556-aac5-e24f34a680e2%40sessi-onmgr4007-.pdf>

Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelko, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampereensis 875. Väitöskirja.

Koppa. Jyväskylän yliopisto. 2015.Toimintatutkimus. Päivitetty 23.4.2015. Luettu 15.10.2015. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/toimintatutkimus>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Väitöskirja.

Laisi, J. 2012. From Home To Operation (FHTO) – a preoperative process. University of Helsinki. Helsinki University Print. Väitöskirja.

Lee, C-K. & Lee, I. F.-K. 2012. Preoperative patient teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 22 (17), 2556, 2558, 2557, 2559. Luettu 22.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2012.04345.x.pdf>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1236. Väitöskirja.

Loghmani, L., Monfared, M. 2018. The effect of preoperative training on postoperative depression in patients undergoing open heart surgery. *Electronic Journal of General Medicine*. 15 (3). 2, 5. Luettu 12.9.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi.org/10.29333/ejgm/85680.pdf>

Malik M., Panchal A.M. & Dev K. K. 2014. Preanesthesia assessment clinic for cardiac surgery by cardiac anesthesiologist: A practice statement. *Annals of Cardiac Anaesthesia*. Vol. 17:1, Luettu 12.3.2020.77. Vaatii käyttöoikeuden. <http://web.a.ebscohost.com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=fea4e25b-d0cc-482a-978d-a53b85cf2c1c%40sessionmgr4007.pdf>

Mans, C., Reeve, J. & Elkins, M. 2015. Postoperative outcomes following preoperative inspiratory muscle training in patients undergoing cardiothoracic or upper abdominal surgery: a systematic review and meta analysis. *Clinical Rehabilitation*. 29 (5), 435–437. Luettu 11.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://journals-sagepub-com.libproxy.tuni.fi/doi/pdf/10.1177/0269215514545350.pdf>

Meka AP, Okoro U, Jaffe TA, Cron D, Semaan DZ, Hwang C, Papin,J., Palazzolo W. & Barrett.M. 2016. What Should Pre operative Clinics Do to Optimize Patients for Major Surgery? *Michigan journal of medicine*. Vol 1. Issue1. Luettu 1.8.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://quod.lib.umich.edu/m/mjm/13761231.0001.114/--what-should-pre-operative-clinics-do-to-optimize-patients?rgn=main;view=fulltext>

Neto, M., Martinez, B. Reis, H. & Carvalho, V. 2017. Pre- and postoperative inspiratory muscle training in patients undergoing cardiac surgery: systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*. 2017; 31(4), Luettu 12.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. https://journals-sagepub-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1177/0269215516648754?url_ver=Z39.88-

2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Nykänen, A., Räsänen, J., Salo, J. & Sihvo, E. 2014. Keuhkosyövän tähytyskirurgia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2014, 130 (2). 145–151. https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/2/duo11447_.pdf

Patton, R. & Danko, C. 2018. Care of Preoperative Patients. Teoksessa Ignatavicius, D. Workman, M. & Rebar C. (toim.) Medical-Surgical Nursing. 9 th edition. volume 1. Amsterdam. Elsevier.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tays. Leikkaukseen kotoa (leiko) hoitopolku. 2019. Päivitetty 9.12.2019. Luettu 20.4.2020. [https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Kirurgia/Leikkaukseen_kotoa/Leikkaukseen_kotoa_leiko_hoitopolku\(64958\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Kirurgia/Leikkaukseen_kotoa/Leikkaukseen_kotoa_leiko_hoitopolku(64958))

Potilasvakuutuskeskus. 2017. Potilasturvallisuus terveydenhuollon näkökulmasta. Julkaistu 23.12.2017. Luettu 15.10.2019. <https://www.pvk.fi/fi/potilasturvallisuus/turvallisen-terveydenhuollon-perusteet/>

Pritchard, M.J. 2012. Pre-operative assessment of elective surgical patients. Nursing Standard. 26(30), Luettu 1.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.proquest-com.libproxy.tuni.fi/docview/1000411711?accountid=14242>

Rajala, M., Kaakinen P., Fordell M. & Kääriäinen M. 2018. The Quality of Patient Education in Day Surgery by Adult Patients. Journal of Peri Anesthesia Nursing. Vol 33, No 2. 183, 184, 185, 186. Luettu 1.2.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfi-fe2017103050359.pdf>

Rauhala, M. & Yli-Panula, A. 2013. Keuhkokirurgia. Teoksessa Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sachdeva, A. Dalton, M. Lees, T. 2018. Graduated compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;11(11):CD001484. Luettu 11.2.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.libproxy.tuni.fi/pmc/articles/PMC6477662/>

Saint Francis Hospital. Trinity Health. The Hoffman Heart and Vascular Institute of Connecticut. 2019. A Preoperative Guide to Cardiac Surgery for Patients and their Families. Your Heart is in the Right Place. 9, 16–19, 22–23, 27, 28, 29. Luettu 10.3.2020. http://www.stfranciscare.org/documents/StFrancis/71019_preoperative_guide_to_cardiac_surgery_update.pdf

Savontausta, M., Ikonen, T., Niemelä, M., Isojärvi, J., Saijonkari, M. & Keränen, T. 2016. Aorttaläppäproteesin asennus katetrin avulla-TAVI. Lääkärilehti. Julkaistu: 2.12.2016. Luettu: 18.10.2019. <https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/tieteessa/katsausartikkeli/aorttalappaproteesin-asennus-katetrin-avulla-ndash-tavi/>

Septimus, E. J. 2019. Nasal decolonization: What antimicrobials are most effective prior to surgery? American Journal of Infection Control. 47. Luettu 12.2.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S0196655319301415?via%3Dihub>

Sihvola, S., Lahtinen, M., Kaakinen, P. & Kääriäinen, M. 2019. Ohjauksen laatu sydänhoitajan vastaanotolla pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioimana: poikkileikkaustutkimus. *Hoitotiede*. 31 (3), 212, 213.

Snowdon, D., Hainesb, T.B. & Skinner, E. H. 2014. Preoperative intervention reduces postoperative pulmonary complications but not length of stay in cardiac surgical patients: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. Volume 60, Issue 2, Luettu 13.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S183695531400037X?via%3Dihub>

Svavarsdóttir M. H., Sigurdardóttir A. K. & Steinsbekk A. What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. 2016. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol.15(7), Luettu 12.8.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://journals-sagepub-com.libproxy.tuni.fi/doi/10.1177/1474515115618569#articleCitationDownloadContainer>

Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2017. (viitattu 30.8.2020). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50113#s25>

Sydänsairaala. n.d.a. Rintaelinten diagnostiset toimenpiteet ja leikkaushoidot. Luettu 11.10.2019. <https://www.sydansairaala.fi/potilaana/rintaelinten-diagnostiset-toimenpiteet-ja-leikkaushoidot/>

Sydänsairaala n.d.b. Tos-toimenpidepotilaan fysioterapia. Luettu: 1.9.2020. <https://www.sydansairaala.fi/potilaana/tos-toimenpidepotilaan-fysioterapia/>

Tariq, H., Ahmed, R., Kulkarni, S., Hanif, S., Toolsie, O., Abbas, H. & Chilimuri, S. 2016. Development, Functioning, and Effectiveness of a Preoperative Risk Assessment Clinic. *Health Services Insights*. 9:(S1). Luettu 11.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.libproxy.tuni.fi/pmc/articles/PMC5090289/>

Tays. Sydänsairaala. n.d.a. Haastateltavan hoitajan työnkuva.

Tays. Sydänsairaala. n.d.b. LEIKO: Leikkaukseen kotoa.

Tays. Sydänsairaala. n.d.c. Potilaan kotiohje sydänleikkaukseen tulevalle.

Tays. Sydänsairaala. n.d.d. Sydänleikkaukseen tulo kotoa. (LEIKO).

Tays. Sydänsairaala. 2018. Potilasohje. Näin kuntoudut sydänleikkauksesta. 20.12. 2018.

Tays. Sydänsairaala. 2019a. Rintaontelon leikkaus (torakotomia). Potilasohje. Päivitetty: 30.12.2019. Luettu: 28.4.2020. [https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Sydansairaudet/Rintaontelon_leikkaus_torakotomia\(91271\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilasohjeet/Sydansairaudet/Rintaontelon_leikkaus_torakotomia(91271))

Tays. Sydänsairaala. 2019b. Sydänleikkaus tulossa. Luento. 19.11. 2019. Tays. Sydänsairaala.

Tays. Sydänsairaala. 2020. Potilasohje. Näin kuntoudut keuhkoleikkauksesta. 27.2.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Sydän ja verisuonitaudit. Päivitetty 4.7.2019. Luettu 31.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuo-nitaudit>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Toimenpiteiden lukumäärät vuosittain. Päivitetty 16.9.2019. Luettu 30.10.2019. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/thil/perus01/fact_thil_perus01

Terveyskylä.fi. 2019a. Sydänleikkaukseen valmistautuminen. Päivitetty 6.9.2019. Luettu 25.3.2020. <https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tutkimus-ja-hoito/syd%C3%A4nleikkaukset/syd%C3%A4nleikkaukseen-valmistautuminen>

Terveyskylä.fi. 2019b. Jos leikkaukseen tuleminen jännittää. Julkaistu 8.4.2019. Luettu 25.3. 2020. <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/ajankohtaista/jos-leikkaukseen-tuleminen-j%C3%A4nnitt%C3%A4%C3%A4>

Terveyskylä.fi. 2019c. Leikkaukseen valmistautuminen etukäteen. Päivitetty 24.6.2019. Luettu 25.3.2020 <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/ennen-leikkausta/leikkaukseen-valmistautuminen-etuk%C3%A4teen>

Terveyskylä.fi. 2019d. Aortan dissekaatio eli sisäkalvon repeämä. Päivitetty 14.10.2019. Luettu 6.9. 2020. <https://www.terveyskyla.fi/sydansairaudet/tietoa-syd%C3%A4nsairauksista/aortan-sairaudet/aortan-dissekaatio-eli-sis%C3%A4kalvon-repe%C3%A4m%C3%A4>

Terveyskylä.fi. Ihotautitalo.fi n.d. Lääkinnälliset hoitosukat. Luettu 1.8.2020. https://www.terveyskyla.fi/ihotautitalo/Documents/hoitosukka_potilasohje.pdf

Tiala, T. 2013. Sydänkirurgia. Teoksessa. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J.(toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Turunen, E. 2018. Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elekttiivisten leikkausten peruuntumisiin. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. n.d. Kirurginen hoito (TOS). Potilasohje. Luettu: 1.9.2020. <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSH/Kirurgiseen%20hoitoon%20tulevalle%20TOS.pdf>

Vetter, T. R., Goeddel, L. A., Boudreaux, A. M., Hunt, T. R., Jones, K. A. & Pitet, J-F. 2013. The Perioperative Surgical Home: how can it make the case so everyone wins? Anesthesiology. 13:6. Luettu 20.3.2020. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.libproxy.tuni.fi/pmc/articles/PMC3605191/>

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.–2. painos. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

WHO. 2016. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Luettu 20.4.2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250680/9789241549882-eng.pdf?sequence=8> pdf.

WHO. 2019. WHO Surgical checklist. Luettu 30.10.2019. <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/>

WHO. 2020. Surgical site infection prevention recommendations. Luettu 11.3.2020. https://www.who.int/infection-prevention/tools/surgical/PREOP_WEB.pdf?ua=1. pdf

LIITTEET

Liite 1. Tarkastuslista sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnillä



Tarkastuslista sydän- ja keuhkoleikkauspotilaan esikäynnillä

- 1. Henkilötiedot + ranneke**
- 2. Mikä leikkaus, leikkaussali ja ajankohta**
- 3. Taustatiedot**
 - Sairaudet, tutkimukset, hoidot/aikaisemmat leikkaukset
 - Yleisvointi
 - Rintakipu ja/tai hengenahdistus
 - Riskitiedot
 - Lääkkeet, Omega 3-valmisteet
 - Proteeseja/metallia kehossa?
 - Ulkomailla viimeisen 12kk aikana?
- 4. Terveysteen vaikuttavat tekijät**
 - Ruokavalio
 - Allergiat ja aiemmat reaktiot anestesia-aineille?
 - Alkoholi, huumausaineet, tupakka
 - Eritys, virtsaus/vatsantoiminta
 - Ihon kunto
- 5. Toimintakykyyn vaikuttavat tekijät**
 - Hampaiden ja suun terveys, proteesit/omat hampaat
 - Näkö/kuulo
 - Liikkuminen
 - Apuvälineet?
- 6. Elämänlaatuun vaikuttavat tekijät**
 - Nukkuminen
 - Asuminen/kotiavun tarve
 - Läheiset ja heidän yhteistietonsa
- 7. Tehtävät tutkimukset**
 - Laboratoriotutkimukset (tarv. INR)
 - Verivaraus ja veriryhmämääritys/x-koelaboratoriotutkimukset (tarv. INR)
 - Verivaraus ja veriryhmämääritys/x-koelaboratoriotutkimukset (tarv. INR)
 - thorax-rtg (Ei keuhkopotilailta)
 - EKG
 - RR, syke, lämpö, SPO2, vs
 - Paino ja pituus
 - MRSA-näyte tarvittaessa kts. hygienia-ohje
- 8. Leikkaukseen valmistautuminen**
 - Ravinnotta olo
 - Peseytyminen. sydänleikkaus: Erisept
 - Sydänleikkaus: Bactroban
 - Korut, hiustuotteet, meikki, lävistyksiset, piilolinssit, kynsilakka, tekokynnet pois
 - Karvojen ajelu
 - Keuhkoleikkaus: tukisukat
 - Mitä mukaan sairaalaan
 - Tauotettavat lääkkeet
 - leiko/leiho -ohje
- 9. Leikkauksen jälkeiset asiat**
 - Sydänleikkaus: lääkäri soittaa läheiselle
 - Kivunhoito: lääkkeet, kivun arviointi
 - Post. op. hoito ja kuntoutuminen
 - Hoitopolku, kotiutuminen
 - Anna potilasohjeet
- 10. Suostumukset**
 - Tietojenluovutus ja hankkiminen
 - Sairaanhoidopiiriin yhteisrekisteri
 - Potilastiedon arkistointi
 - Opiskelijoiden osallistuminen hoitoon
 - E-resepti
 - Fimlab-suostumus
- 11. Muut asiat**
 - Haluaako tavata sairaalapastorin/psykiatrisen sairaanhoitajan/sosiaalityöntekijän
 - Anna sairaalan yhteystiedot
- 12. Huolia, odotuksia, toiveita leikkaukseen liittyen?**
- 13. Onko kysymyksiä?**
- 14. Nähnyt anelääkärin ja kirurgin?**