

# Leiko-potilaan preoperatiivinen ohjaus

Kirjallisuuskatsaus

Iida Rekinen

Viivi Luuri

OPINNÄYTETYÖ  
Marraskuu 2021

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitajakoulutus

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitajakoulutus

REKINEN, IIDA & LUURI, VIIVI:  
Leiko-potilaan preoperatiivinen ohjaus  
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 54 sivua, joista liitteitä 13 sivua  
Marraskuu 2021

---

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää minkälaista ohjausta potilas saa tullessaan leikkaukseen kotoa. Tavoitteena oli tuoda esille hyväksi todettuja toimintamalleja leiko-potilaan ohjauksessa ja perehtyä siihen, mitkä tekijät vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella kokosimme yhteen tutkimustuloksia yhdeksästä alkuperäistutkimuksesta.

Kirjallisuuskatsaus osoitti, että preoperatiivisella ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan leikkausta edeltäviin tunnetiloihin ja potilastyytyvyyteen. Selvisi myös, että potilaat saavat preoperatiivisesti tietoa hyvin monella eri tavalla, kirurgin antamasta tiedosta internetistä saatuun tietoon. Myös yksilöllisen hoitopolun ja potilasohjauksen tärkeys nousi tuloksissa selkeästi esiin.

Kirjallisuuskatsauksemme perusteella hyvässä potilasohjauksessa potilaille annetaan potilaan lähtökohtiin ja tiedon tarpeeseen nähden sopiva määrä luotettavaa, asiantuntevaa tietoa. Kirjallisuuskatsausta tehdessä huomasimme, että leiko-toiminnan vaikutusta elektiivisten leikkauspotilaiden potilastyytyvyyteen ei ole tutkittu pitkään aikaan ollenkaan. Tuoreet tutkimukset olisivat tarpeen, sillä leiko-toiminnan kehittämisestä on kulunut jo 15 vuotta.

---

Asiasanat: leiko, preoperatiivinen, potilasohjaus

## **ABSTRACT**

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

REKINEN, IIDA & LUURI, VIIVI:  
Preoperative Councelling of FHTO-patient  
Literature review

Bachelor's thesis 54 pages, appendices 13 pages  
November 2021

---

The thesis was implemented in collaboration with Tampere University of Applied Sciences. The purpose of our thesis was to use a literature review to find out what kind of guidance a patient receives when they come to surgery from home. The aim was to highlight good practice in the management of a surgical patient and to become acquainted with the factors that influence the success of guidance. In a descriptive literature review, we summarized the research findings from nine original studies.

A review of the literature showed that preoperative guidance can affect a patient's preoperative emotional states and patient satisfaction. It was also found that patients receive preoperative information in a wide variety of ways, from information provided by a surgeon to information obtained from the Internet. The importance of individual care pathways and patient guidance was also clearly highlighted in the results.

Based on our literature review, good patient guidance provides patients with an appropriate amount of reliable, expert information in relation to the patient's starting point and need for information. In a literature review, we found that the effect of surgery on patient satisfaction in elective surgery patients has not been studied at all for a long time. Recent research would be needed, as 15 years have passed since the development of the cutting operation.

---

Key words: FHTO, preoperative, patient counselling

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ & TAVOITE .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
	3.1 Leikkaukseen kotoa .....	7
	3.2 Preoperatiivinen hoitotyö.....	10
	3.3 Potilasohjaus.....	11
4	OPINNÄTETYÖN MENETELMÄT .....	13
	4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	13
	4.2 Aineiston keruu .....	14
	4.3 Aineiston analyysi .....	26
5	TULOKSET .....	28
	5.1 Potilaan tunnetilaan vaikuttava ohjaus .....	29
	5.2 Potilaiden kokemus ohjauksesta .....	29
	5.3 Preoperatiivisen esikäynnin ulkopuolinen ohjaus .....	30
	5.4 Preoperatiivisella käynnillä annettava ohjaus.....	30
	5.5 Yksilöllinen hoitopolku ja ohjaus.....	31
6	POHDINTA .....	32
	6.1 Tulosten tarkastelu.....	32
	6.2 Opinnäytetyöprosessi.....	33
	6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	35
	6.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet .....	35
	KATSAUKSESSA KÄYTETYT ALKUPERÄISTUTKIMUKSET .....	37
	LÄHTEET .....	39
	LIITTEET .....	42
	Liite 1. Anestesiariskiluokitus – ASA-luokitus (Aantaa, Alahunta, Olkkola, Reinikainen & Yli-Hankala 2016).....	42
	Liite 2. Aineiston pelkistäminen ja ryhmittely.....	43
	Liite 3. Opinnäytetyön alkuperäinen aikataulusuunnitelma .....	54

## 1 JOHDANTO

Nykyään kotona asumista pyritään tukemaan mahdollisimman pitkään, ja leikkaussaliin tulee vuodeosaston kautta enää lähinnä päivystyksellisiä potilaita (Siimilä 2017). Ne leikkauspotilaat, joiden sairaalajakso on lyhyt, kärsivät vähemmän sairaalahoidosta aiheutuvista haitoista ja heidän potilastyytyväisyytensä on kasvanut. Preoperatiivinen ohjaus on tärkeää, koska onnistunut preoperatiivinen hoito mahdollistaa leikkaukseen liittyvien riskien hallinnan, edistää leikkauksenhoidon onnistumista ja vaikuttavuutta sekä potilastyytyväisyyttä ja -turvallisuutta. (Turunen 2018.)

Opinnäytetyömme on kirjallisuuskatsaus, jonka aiheena on leiko-potilaan preoperatiivinen ohjaus. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä kirjallisuuskatsaus leiko-potilaan preoperatiivista ohjausta käsittelevistä tutkimuksista ja ainestoista. Tavoitteena on tuoda esille hyväksi todettuja toimintamalleja leiko-potilaan ohjauksessa ja perehtyä siihen, mitkä tekijät vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa.

Koska aiomme kummatkin erikoistua sisätauti-kirurgiaan, koimme luonnollisesti aiheen kiinnostavana. Yhdessä tämä termin yleisyys sekä omat mielenkiintomme määrittivät aiheen valinnan.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ & TAVOITE

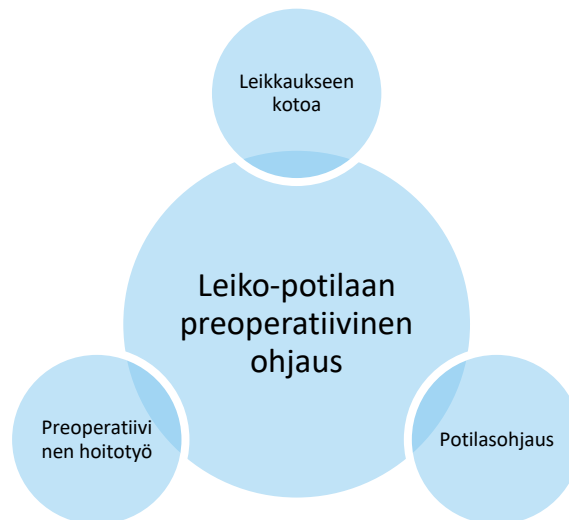
Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka avulla selvitetään aikuisen leiko-potilaan preoperatiivisen ohjauksen toteutumista. Tähän sisältyy myös eri ohjausmenetelmien käytön toteutuminen.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymykseen:

Millaista preoperatiivista ohjausta leiko-potilas saa?

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa ja lisätä tietämystä leiko-potilaan preoperatiivisen ohjauksen toteutumisesta. Opinnäytetyöllämme kartoitamme tämänhetkistä tietoa aiheesta. Viimeisimmästä tiedosta hyötyvät terveydenhuollon organisaatiot, hoitoalan opiskelijat sekä työelämäyhteytemme Tampereen ammattikorkeakoulusta.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT



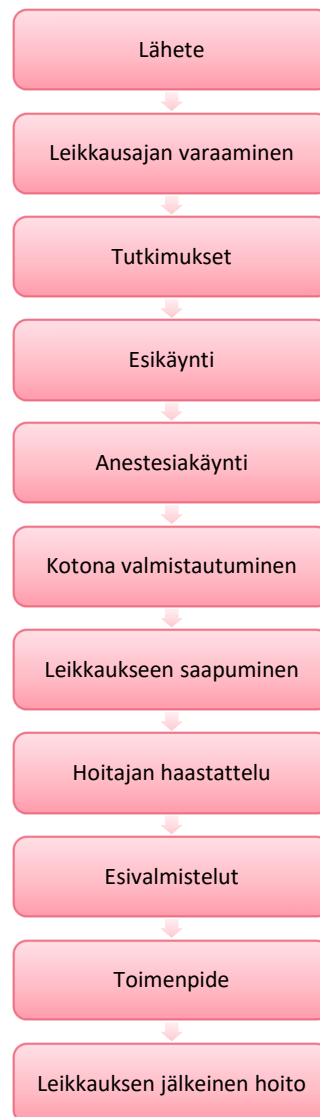
KUVIO 1. Keskeiset käsitteet

#### 3.1 Leikkaukseen kotoa

Leiko on lyhenne, joka tulee sanoista "leikkaukseen kotoa" (kuvio 1). Leiko-menetystä puhuttaessa tarkoitetaan sitä, että potilaat saapuvat sairaalaan leikkaukspäivän aamuna eivätkä vietä leikkausta edeltävää yötä sairaalan vuodeosastolla. Toimenpiteet ovat elektiivisiä eli ennalta suunniteltuja, joihin liittyvät esivalmistelut ovat kotiolosuhteisiin sopeutuvia. (Laisi 2013.) Toimenpiteen soveltuvuus leiko-toimintaan ei kuitenkaan riipu leikkauksen vaativuudesta tai postoperatiivisesta hoidon tarpeesta (Keränen, Tohmo & Soirinsuo 2003). Leiko-toiminta on kehitetty Hyvinkään sairaalassa 2000-luvulla parantamaan leikkaustoiminnan kustannustehokkuutta, vastaamaan yhä kasvavaa potilasmäärää sekä tasaamaan resurssi- ja henkilöstövajetta leikkausyksiköissä. Kustannustehokkuuden lisäksi potilaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu on tutkimusten mukaan parempi leiko-potilailla kuin päiväkirurgisilla potilailla. (Laisi 2013.)

Leiko-toiminnan on todettu olevan kustannustehokkaampaa kuin päiväkirurginen toiminta. Suurimpana vaikuttajana tähän on vuodeosaston välttäminen leikkaukseen asti. (Keränen 2006.) Vuodeosaston välttäminen lyhentää hoitojaksoa, mikä puolestaan vähentää sairaalainfektioita. Keskimääräinen aika sairaalaan tulosta

sairaalainfektion alkuun on 11 vuorokautta. (Kanerva, Ollgren, Virtanen & Lyytikäinen 2008.)



KUVIO 2. Leiko-potilaan hoitopolku

Leiko-potilas aloittaa hoitopolkunsaa eli hoitoprosessinsa saamalla terveydenhoitajan tai lääkärin tekemän läheteen sairaalaan (kuvio 2). Läheteen perusteella lääkäri arvioi potilaan leikkaustarpeen. Tämän jälkeen potilaan kanssa sovitaan leikkausaika (Tampereen yliopistollinen sairaala. N.d.). Lääkäri arvioi leikkausaikaa päätettäessä leikkauksen kiireellisyyttä sekä leikkausjonon pituutta (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 16).

Kun leikkausaika on varattu, potilas saa kutsukirjeen kotiin esikäynnille, jonka liitteenä on mahdolliset läheteet tarvittaviin tutkimuksiin. Potilas varaa ajat ja käy tarvittavissa tutkimuksissa itsenäisesti. (Tampereen yliopistollinen sairaala. N.d.)



Potilas voi saada lähetteen laboratoriotutkimuksiin, jos hänellä on jokin sairaus, joka tarvitsee hoitoa ja jonka hoito vaikuttaa postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. Tutkimuksissa on käytävä myös, jos laboratoriotutkimuksen tulokset vaikuttavat potilaan leikkauksen tarpeen määrittämiseen missään leikkauksen vaiheessa. Rutiininomaisista seulontatutkimuksista ei liene hyötyä leiko-toiminnassa. (Niemi-Murola ym. 2012, 73.)

Mahdollisten tutkimusten jälkeen potilas käy esikäynnillä, missä potilas saa tietoa tulevasta operaatiosta lääkäriltä ja hoitohenkilökunnalta. Potilas saa esikäynnillä valmistautumisohjeet, joiden avulla potilas valmistautuu itsenäisesti tulevaan toimenpiteeseen kotona. Esikäynnin yhteydessä puhutaan myös yleisanestesiasta eli nukutuksesta, siihen valmistautumisesta sekä kaikista siihen liittyvistä asioista, kuten lääkityksestä ja potilaan mahdollisista perussairauksista, jotka voivat vaikuttaa anestesiaan. (Tampereen yliopistollinen sairaala. N.d.) Leikkausta edeltävä polikliininen anestesiologinen arvio on tarpeen vain niille potilaille, jotka ovat suuremmassa riskiluokassa (Laisi 2013). Esikäynnillä varmistetaan myös potilaan leiko-kelpoisuus (Tampereen yliopistollinen sairaala. N.d.).

Potilaan leikkauksekelpoisuus riippuu potilaan fyysisestä suorituskyvystä, mahdollisista sairauksista ja riskejä nostattavista tekijöistä kuten potilaan yleiskunnosta ja leikkauksen suuruudesta (Käypä hoito -suositus 2014). Potilas ei ole leiko-kelpoinen, jos hän ei pysty suoriutumaan esivalmisteluista tai on liikkumisessaan riippuvainen, jos hänellä on insuliinihoitoinen diabetes, Marevan-hoito tai eristystä vaativa sairaus (Tampereen yliopistollinen sairaala N.d.). Lisäksi potilaan tulee ymmärtää ja noudattaa annettuja ohjeita esivalmisteluihin ja jälkihoitoon liittyen. Tämän takia potilaan täytyy olla psyykkisesti vakaa.

Potilas saapuu leikkausaamuna oman sairaalansa leiko-yksikköön. Leiko-yksikkö on tila, jossa hoidetaan potilaan esikäynnit ja josta potilas siirtyy leikkaukseen. Potilaan saapuessa yksikköön hänet kutsutaan sairaanhoitajan haastatteluun. Haastattelussa tarkastetaan potilaan suorittamat valmistelut kuten ravinnosta olo, lääkehoito ja muut ennalta sovitut valmistelut. Tämän jälkeen potilas siirtyy odottamaan esivalmisteluja leiko-yksikköön, kuten esilääkitystä, jonka jälkeen potilas siirtyy toimenpiteeseen. (Tampereen yliopistollinen sairaala. N.d.)

Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy vuodeosastolle tai valvontayksikköön postoperatiiviselle jaksolle, jossa potilas voi viettää tarvittaessa useamman päivän (Keränen, Tohmo & Laine 2004; Keränen ym 2003).

### **3.2 Preoperatiivinen hoitotyö**

Potilaan leikkausprosessia kutsutaan perioperatiiviseksi prosessiksi (kuvio 1). Se kattaa kaikki vaiheet leikkaukseen valmistautumisesta leikkauksen jälkeiseen kotiutumiseen. Perioperatiivinen prosessi koostuu kolmesta vaiheesta; leikkausta edeltävästä, leikkauksen aikaisesta sekä leikkauksen jälkeisestä hoidosta. (Ahonen ym. 2019, 92.) Preoperatiivinen vaihe on leikkauspotilaan hoitopolun ensimmäinen osa, joka alkaa leikkaustarpeen tunnistamisesta ja se päättyy potilaan saapumiseen leikkaussaliin. Tästä alkaa hoitopolun toinen vaihe, intraoperatiivinen vaihe. Intraoperatiivinen vaihe on se, mitä tapahtuu leikkaussalissa. Viimeistä, eli leikkauksen jälkeistä vaihetta kutsutaan postoperatiiviseksi vaiheeksi. (Turunen 2018.)

Leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen vaihe alkaa leikkauspäätöksestä, jonka jälkeen alkaa leikkaukseen valmistautuminen. Tämä voi tapahtua osastolla, päivystysosastolla, poliklinikalla tai potilaan kotona. (Ahonen ym. 2019, 92.) Leikkaukseen valmistelevan hoidon perusteena on potilaan terveydentilan ja elintoimien kohentaminen leikkauksesta palautumisen helpottamiseksi. Erityisesti fyysisen kunnon ja ravitsemuksen parantamisella voidaan minimoida leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Karppinen & Vakkala 2018.) Näiden lisäksi valmisteluvaiheessa paneudutaan potilaan hoidon tarpeeseen liittyviin tekijöihin, kuten päihteiden käyttöön, mahdollisiin pitkäaikaissairauksiin ja lääkitykseen (Ahonen ym. 2019, 92; Karppinen & Vakkala 2018).

Preoperatiivisen hoitotyön tavoitteena on edistää potilaan postoperatiivista toipumista sekä minimoida leikkaukseen liittyvät komplikaatiot. Tämä saavutetaan ohjaamalla ja tukemalla potilasta niin, että hänellä on luottava asenne leikkaussuunnitelmaa, tulevaa leikkausta ja mahdollista anestesiaa kohtaan. Potilaan tulee olla tietoinen kaikista seikoista, jotka vaikuttavat potilaan leikkauksen jälkeiseen

kuntoutumiseen ja komplikaatioiden ehkäisyyn. (Ahonen ym. 2019, 93.) Preoperatiivisen prosessissa tulee toteuttaa potilaskeskeisyyttä potilaan yksilöllisyyttä ja eheyttä kunnioittaen. Prosessin onnistumisen kannalta on myös tärkeää luoda ja ylläpitää turvallista vuorovaikutussuhdetta potilaan kanssa. (Ahonen ym. 2019, 92.)

Potilaan leikkauksen aikana tapahtuviin komplikaatioihin tulee varautua jo preoperatiivisessa vaiheessa (Ahonen ym. 2019, 93). Ennen leikkausta potilaan kanssa täytetään esitieto- ja anestesiakaavake, joiden avulla tehdään anamneesi eli potilaan taustatietojen kartoitus (Ilola ym. 2013; Karma ym. 2016, 54.) Anamneesia tehdessä potilaalta kysytään aikaisemmista sairauksista, käytössä olevista lääkityksistä, aikaisemmista toimenpiteistä ja nukutuksista sekä niihin liittyvistä komplikaatioista, apuvälineistä kuten proteeseista tai kuulolaitteista, allergioista ja yliherkkyyksistä, päihteiden käytöstä, verenvuototaipumuksesta, raskauden mahdollisuudesta sekä potilaan voinnista ja voinnin viimeaikaisista muutoksista. (Karma ym. 2016, 54.)

Leikkauksekelpoisuutta ja riskiarviota voidaan tehdä preoperatiivisesti erilaisten luokitusten avulla. Esimerkiksi potilaan anestesiakelpoisuutta voidaan mitata ASA-luokituksella (liite 1). ASA-lyhenne tulee sanoista American Society of Anesthetologists, ja sen avulla anestesiologi voi mitata potilaan yleistilaa ennen leikkausta. ASA-luokituksen avulla ennakoidaan ja varaudutaan mahdollisiin leikkaus- ja anestesiakomplikaatioihin. (Ahonen ym. 2019, 93.)

### **3.3 Potilasohjaus**

Potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä (kuvio 1). Hyvä ohjaus on edellytys hyvälle hoidolle ja auttaa hoitoon sitoutumisessa. Ohjaustilanteessa sairaanhoitaja antaa potilaalle riittävästi kattavaa tietoa, jonka perusteella potilas kykenee hahmottamaan ja arvioimaan omaa tilannettaan. Potilasohjauksen laadun merkitys kasvaa hoitoaikojen lyhentyessä. (Ahonen ym. 2019, 34.) Taito arvioida yksilöllisesti potilaan tiedontarvetta ja toimivan ohjausmenetelmän valinta on osa sairaanhoitajan ammattitaitoa (Ahonen ym. 2019, 36).

Ohjaustilanteet ovat aina hyvin erilaisia riippuen potilaan tilasta, ohjausmenetelmästä ja ohjausympäristöstä. Kuitenkin tulisi panostaa siihen, että ohjaustilanne olisi rauhallinen, kasvokkain toteutettu ohjaus, jossa ohjaaja olisi kahden kesken potilaan kanssa. Usein suositaan suullisen ohjauksen lisäksi antamaan potilaalle kirjalliset ohjeet tukemaan tiedon ymmärrystä. Ohjausmenetelmät vaihtuvat yhä enemmän audiovisuaalisemmiksi puhelimiten ja internetin ansiosta. (Ahonen ym. 2019, 34.)

Poliklinikalla tapahtuva, leikkausta edeltävä potilasohjaus sisältää tietoa ravitsemuksesta, painonhallinnasta, liikunnasta, tupakasta, päihteistä sekä ihon ja suun terveyden edistämisestä. Potilas saa ohjausta sekä suullisesti että kirjallisesti. Jos leikkauspäätös on tehty lähetteen perusteella, ohje saapuu potilaalle postitse. Potilaan itsenäistä tiedonhakuja tuetaan tarjoamalla tietoa luetettavista internetsivustoista ja sovelluksista, jotka tukevat potilasohjausta. (Turunen 2018.)

Potilaan tiedonsaantioikeuslain 5 §:n mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan ja hoidon merkityksestä terveyteen. Hänellä on myös oikeus tietää vaihtoehtoisista hoitotavoista sekä niiden vaikutuksista. Sairaanhoidajan tulee tarjota ohjausta tarpeeksi ymmärrettävästi, jotta potilas ymmärtää ohjauksen sisällön. (785/1992.) Onnistuneella potilasohjauksella voidaan edistää potilaan ja hänen läheistensä selviytymistä ja erilaisten negatiivisten tuntemusten, kuten ahdistuksen ja pelon hallintaa. Laadukas potilasohjaus voi myös ehkäistä mahdollisia leikkausten peruutuksia. (Turunen 2018.)

## 4 OPINNÄTETYÖN MENETELMÄT

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimustekniikka, jossa kootaan yhteen tutkimustuloksia, jotka ovat perusta uusille tutkimustuloksille. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaan kutsua yleiskatsaukseksi, sillä tarkkojen sääntöjen puutteellisuuden takia ne ovat yleensä laaja-alaisia. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineistojen rajamisessa ei yleensä käytetä metodologisia sääntöjä. (Salminen 2011. 7.)

Kirjallisuuskatsaus voidaan kärjistetysti ryhmitellä kolmeen alaluokkaan: kuvailevaan, systemaattiseen sekä joko määrälliseen tai laadulliseen meta-analyysiin. Riippumatta tyylistä katsauksessa tulisi aina olla kirjallisuuskatsauksen pääpiirteet esillä. Näitä ovat aineiston hakeminen ja sen arviointi, aineistoon perustuvan olettamuksen tekeminen sekä aineiston ja tulosten analysointi. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 8-16.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus pyrkii selittämään jonkin ilmiön aineistoon perustuen. Käytettävä aineisto valitaan niin, että sillä pystytään mahdollisimman hyvin selittämään aiheena olevaa ilmiötä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen, joka muodostuu yleensä alustavan aineistohaun avulla. Tutkimuskysymys on niin sanotusti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ydin, johon katsauksessa pyritään vastaamaan kuvailevasti ja laadullisesti. (Kangasniemi ym. 2013).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kulmakiviin kuuluu tutkimuskysymyksen laatimisen lisäksi aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen sekä tuotetun tuloksen tarkastelu. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta tehdessä pääpaino on eettisyydessä sekä luotettavuudessa. Sekä aineistojen että niistä kerätyn ja esitetyn tiedon täytyy olla eettisesti tuotettu. Niiden täytyy olla tutkimusetiikan mukaan valittu ja perusteltu niin, että haettu tieto ja luotu työ ovat luotettavia. (Kangasniemi ym. 2013).

## 4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyössämme käytimme niitä terveysalan tietokantoja, joihin Tampereen ammattikorkeakoululla on lisenssi tai jotka ovat muutoin ilmaisia. Tutkimusaineistoja etsiessämme käytimme seuraavia tietokantoja: CINAHL, Cochrane, Joanna Briggs Institute ja Medic. Aiheeseen liittyvää tietoa etsimme muista tietokannoista, kuten MeSH, Oppiportti sekä Terveysportti.

Hakusanoina käytimme sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä hakusanoja, sillä näitä kieliä osaamme tulkita ja käyttää opinnäytetyössämme. Käyttämämme hakusanat valikoituivat PICO-rakenteen avulla ja muokkautuivat MOT-sanakirjaa sekä YSO-sanastoa käyttäen. PICO-rakenne on usein kirjallisuuskatsauksissa käytetty työkalu, jonka avulla muodostetaan tutkimuskysymys ja selkiytetään hakusanat (Isojärvi 2011). Näiden menetelmien avulla hakusanoiksi valikoituivat seuraavat: leiko-potilas, potilas, sairaanhoitaja, elektiivinen potilas, preoperatiivinen ohjaus, leikkaukseen kotoa, ohjaus, neuvonta, terveydenhuolto, elektiivinen leikkaus, patient, nurse, elective patient, preoperative care, from home to operation, counseling, health care, elective operations. Hakusanat ovat esitetty PICO-rakenteen mukaisesti taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Hakusanat PICO-rakenteen mukaisesti

	<b>Population</b>	<b>Issue</b>	<b>Context</b>
Suomenkieliset hakusanat	leiko-potilas, potilas, sairaanhoitaja, elektiivinen potilas	leikkaukseen kotoa, preoperatiivinen ohjaus, ohjaus, neuvonta	terveydenhuolto, elektiiviset leikkaukset
Englanninkieliset hakusanat	FHTO-patient, patient, nurse, elective patient	from home to operation, preoperative care, counseling	health care, elective operations

Tutkimusten valintaa varten määrittelimme sisäänotto- ja hylkäämiskriteerit. Hyvillä sisäänotto- ja hylkäämiskriteereillä voidaan ehkäistä tiedonhaun ajautumista liian kauas tutkimuskysymyksestä sekä saada ajankohtaista tietoa. Sisäänotto-kriteereinä käytimme seuraavia: lähde on vuodelta 2010 tai uudempi, lähteessä käsitellään elektiivisiä leikkauksia tai preoperatiivisuutta, lähde on vertaisarvioitua

tietoa sekä kirjoitettu joko suomeksi tai englanniksi ja lähde on saatavilla Tampereen korkeakoulujen kirjastoista tai sähköisistä tietokannoista (taulukko x). Hylkäämiskriteerejä ovat liian vanha eli ennen vuotta 2010 julkaistu lähde, lähteen heikko luotettavuus, lähteen väärä aihealue sekä se, että lähde koskee vain lapsipotilaita (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja hylkäämiskriteerit

Sisäänottokriteerit	Hylkäämiskriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Julkaistu vuosina 2010–2020</li> <li>• Julkaisukieli suomi tai englanti</li> <li>• Kokoteksti saatavilla</li> <li>• Julkaisu on tieteellisesti vertaisarvioitu</li> <li>• Saatavilla maksutta Tampereen korkeakoulujen kirjastoista tai sähköisistä tietokannoista</li> <li>• Lähde on luotettava</li> <li>• Lähteessä käsitellään elektiivisiä leikkauksia</li> <li>• Tutkimus koskee aikuispotilaita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Julkaistu ennen vuotta 2010</li> <li>• Julkaisukieli ei ole suomi tai englanti</li> <li>• Kokoteksti ei ole saatavilla</li> <li>• Julkaisu ei ole vertaisarvioitu</li> <li>• Julkaisu ei ole saatavilla maksutta Tampereen korkeakoulujen kirjastoista tai sähköisistä tietokannoista</li> <li>• Julkaisu ei ole luotettava</li> <li>• Tutkimus ei käsittele elektiivisiä leikkauksia tai aikuispotilaita</li> </ul>

Kirjallisuuskatsaukseen valitsimme yhdeksän vertaisarvioitua alkuperäistutkimusta, jotka vastaavat tutkimuskysymykseemme: “Millaista preoperatiivista ohjausta leiko-potilas saa?”. Näistä yksi oli suomenkielinen, kahdeksan englanninkielistä (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

	<b>Tekijä(t), julkaisuvuosi, maa</b>	<b>Tutkimuksen nimi</b>	<b>Tutkimuksen aihe</b>	<b>Menetelmä ja aineisto</b>	<b>Keskeiset tulokset</b>
1	Vironen, J. & Kunnamo, I. 2014. Suomi.	Yhden py-sähdyksen kirurgia nivustyräleikkauksissa.	Tutkia yhden käynnin kirurgisen toiminnan menetelmän toivuutta ja potilastytyväisyyttä Jorvin sairaalassa.	Määrällinen tutkimus. Vuoden ajan pelkän lähetteen perusteella saapuvilta päiväkirurgisilta potilailta (n=139) tiedusteltiin kyselylomakkeella kokemuksia menetelmästä.	98,6% piti käytäntöä sujuvana ja 87% koki saaneensa tarpeeksi tietoa etukäteen. 8% potilaista olisi halunnut preoperatiivisen käynnin.



2	Laisi, J. 2012. Suomi.	From Home To Operation (FHTO) - preoperative process.	Arvioida leiko-prosessin vai- kutusta ter- veyskeskei- seen elä- mänlaatuun ja leikkauk- sen loppu- tuloksiin sekä anes- tesia esikäynnin roolia leiko- toiminnassa Hyvinkään sairaalassa vuosina 2004-2011. Lisäksi tut- kittiin leik- kausten keskeyttä- misten syitä ja määriä.	Osatutki- muksista ensimmäi- nen oli sa- tunnaistettu vertailukoe, jossa ver- tailtiin kole- kystektomi- aan tullei- den leiko- ja ei-leiko- potilaiden postopera- tiivista toi- pumista ja elämänlaa- tua. Toinen ja kolmas olivat pro- spektiivisia poikittais- tutkimuksia, joissa ver- tailtiin sekä leiko- ja ei- leikopotilai- den pos- toperatii- vista sai- rastavuutta, kuollei- suutta, ja sairaalassa	Ensimmäi- seen tutkimuk- seen osallistu- neen 28 leiko- potilaan elä- mänlaatu pa- rani leikkauk- sen jälkeen, kun taas 19 ei-leiko poti- laan elämän- laatu pysyi en- nallaan. Toi- seen tutkimuk- seen osallistui 592 potilasta vuonna 2006 ja 614 vuonna 2007. Huo- mattavia eroja huomattiin menetetyn ve- ren määrässä ja sairaalassa vietetyssä ajassa, jotka kummatkin oli- vat pienempiä 2007. Kolman- teen tutkimuk- seen osallistui 614 potilasta, joista neljäs- osa (n=152)
---	------------------------	---	--	--	---

				<p>vietettyä aikaa, että anestesiaesikäynnillä käyneiden leikkauksen jälkeisiä muuttujia. Neljännessä tutkimuksessa tarkasteltiin retrospektiivisesti leikkausten peruuntumisia leiko-potilailla.</p>	<p>kävi anestesiaesikäynnillä ja loput 75% (n=462) eivät. Operaatio- ja anestesia-aika olivat pidempiä esikäynteillä käyneillä potilailla. Myös menetetyt veren määrä oli suurempi. Neljenteen tutkimukseen osallistui 12 205 potilasta joista 551 (4,5%) peruuntui. Syitä peruuntumiselle oli operaation hyödyttömyys (n=143), potilaan sopimattomuus toimenpiteeseen (n=86) sekä akuutti infektio (n=79).</p>
--	--	--	--	---	---

3	Venka-traghavan, L., Bharadwaj, S., Au, K., Bernstein, M. & Manninen, P. 2016.	Same-day discharge after craniotomy for supratentorial tumour surgery: a retrospective observational single-centre study.	Tarkastella aikaisen sairaalasta kotiuttamisen yleisyyttä aivokasvainpotilailla, siihen liittyviä perioperatiivisia tekijöitä, anestesia tekniikoita ja niiden komplikaatioita.	Retrospektiivinen tutkimus. Viiden vuoden ajalta kerättiin niiden potilaiden sairaskertomukset, joille sama kirurgi oli suorittanut alle neljä tunnin kestävän aivokasvainleikkauksen (n=329).	198:sta potilaasta, jotka oli preoperatiivisesti arvioitu olevan kelpoisia kotiutukseen leikkauspäivänä, 175 kotiutettiin onnistuneesti. Syitä kotiutumisen epäonnistumiseen oli uudet tai pahenevat neurologiset ongelmat (4,5%), perioperatiiviset kohtaukset (2%), pahoinvointi ja oksentelu (2%) sekä muut syyt (3%).
---	--	---	---	--	---

4	Mahdi, A., Hälleberg Nyman, M. & Wretenberg, P. 2018. Iso-Britannia.	How do orthopaedic surgeons inform their patients before knee arthroplasty surgery? A cross-sectional study.	Selvittää miten polven tekonivelleikkauksia suorittavat kirurgit ohjeistavat potilaita preoperatiivisesti ja minkälaista ohjaus on.	Poikittais-tutkimus. 219 ortopedistä kirurgia, jotka suorittavat polven tekonivelleikkauksia säännöllisesti, vastasivat paperiseen kyselylomakkeeseen.	58% kirurgista antoi potilaille aina kirjalliset ohjeet. 92% ohjeisti potilaita suullisesti aina, 7% usein ja 1% joskus. Suullinen ohjaus sisälsi indikaatiot ja kontraindikaatiot, riskit ja hyödyt, oletetut tulokset sekä ennusteen.
---	--	--	---	--	---

5	Heikkinen, K., Salanterä, S., Leppänen, T., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. 2012. Iso-Britannia.	Ambulatory orthopaedic surgery patients' emotions when using two different patient education methods.	Arvioida polikliinisten ortopedisten potilaiden tunteuksia perioperatiivisen prosessin aikana ja verrata kahden ohjausmenetelmän vaikutusta niihin. Tutkimuksessa arvioitiin pelon, hermostuneisuuden, huolen, kärsimättömyyden, masennuksen, ahdistuksen ja epävarmuuden tunnetta.	Määrällinen tutkimus. 72 potilasta sai ohjausta Internetin välityksellä ja 75 kasvotusten sairaanhoitajalta (n=147). Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa potilas arvioi tunnetensa asteikolla 0-100. Kysely tehtiin 7 kertaa perioperatiivisen prosessin aikana.	Leikkauspäivänä pelon ja hermostuneisuuden tunteiden tasot nousivat, kun taas huolen ja kärsimättömyyden laskivat. Tuloksissa ei havaittu eroja kahden ohjausmenetelmän välillä.
---	---	---	---	--	--

6	Richardson-Tench, M. & Brown, S. 2013. Australia.	Before and after same day surgery: are we responding to anxious patients' needs?	Tutkimuksen aiheena on verrata kahden eritavoin tapahtuvan esikäynnin vaikutuksia potilaan ahdistuneisuuteen.	Havainnointitutkimus, jossa arvioitiin kahdenlaisia leikkausta edeltäviä käyntejä, ja niiden vaikutusta potilaan ahdistuneisuuden määrään: puhelimitse (n=12) ja klinikalla tapahtuvia (n=37) ohjauksia.	Tutkimuksen perusteella potilaiden valmiudessa ja ahdistuneisuuden määrässä ei ollut havaittavissa eroa puhelimitse saadun ja kasvotusten annetun ohjeistuksen välillä.
---	---	--	---	--	---

7	Thurairatnam, R.R., Mathew, G.S., Montgomery, J. & Stocker, M. 2014. Iso-Britannia.	The Role of Patient Satisfaction Surveys to Improve Patient Care in Day Surgery.	Arvioida, voisiko potilaiden käsitys saamaansa palvelusta tarjota lisätietoa kyseisen päiväkirurgisen yksikön hoidon laadun parantamiseksi.	Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin postoperatiivisilla puhelinsoittoilla (n=315). Kerättiin vastauksia tutkimuskysymykseen: "Miten olisimme voineet parantaa päiväkirurgisen leikkauksen kokemustanne?".	Potilaat antoivat pääosin positiivista palautetta saamastaan hoidosta, mutta potilaat antoivat myös täsmällistä rakentavaa palautetta liittyen odotustiloihin ja odotusaikoihin.
---	---	--	---	--	--

8	Garnier, F., Sciard, D., Marchand- Maillet, F., Theissen, A., Mohamed, D, Alberti, C. & Beaussier, M. 2018. Ranska.	Clinical Interest and Economic Impact of Preoperative SMS Reminders before Ambulatory Surgery: A Propensity Score Analysis.	Arvioida preoperatiivisten tekstiviestien etua verrattuna puhelinsoi- ttoihin.	Potilaat, joille oli varattu elekttiivinen leikkaus, jaettiin ajallisesti kahteen ryhmään, joista ensimmäisten 10 viikon ajan potilaat saivat preoperatiiviset ohjeet puhelinsoitolla (n=301) ja jälkimmäisten 10 viikon ajan potilaat saivat samat ohjeet automatisoidulla tekstiviestillä (n=298).	Tekstiviestitse annettu preoperatiivinen ohjeistus ei ole ohjeiden noudattamisen kannalta huonompi, kuin puhelimitse annettu. Potilastyytyväisyys oli molemmissa ryhmissä hyvä. Tekstiviestiryhmästä 9% olisi halunnut mieluummin puhelimitse ohjeistuksen, kun taas puhelinohjeistuksen saaneista 32% olisi mieluummin ottanut ohjeistuksen tekstiviestitse.
---	---	---	---	--	---



9	Pokharel, K., Bhattarai, B., Tripathi, M., Khatiwada, S. & Subedi, A. 2011. Nepal.	Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery.	Määrittää ahdistuksen määrän muutokset ja tiedonsaannin tarve kolmessa eri ajankohdassa preoperatiivisesti. Potilaiden haastattelut tapahtuivat preoperatiivisen käynnin yhteydessä osastolla leikkausta edeltävänä päivänä, puolen tunnin sisällä saapumisesta sairaalaan leikkauksen päivänä ja leikkauksessa.	Laadullinen tutkimus, johon osallistunut potilasmateriaali oli yli 18-vuotiaat aikuiset, jotka kuuluvat ASA-luokituksessa luokkiin 1 tai 2 ja joille oli varattu elektiivinen leikkauksen aika. Aluperin tutkimukseen valituista 210 potilaasta 188 potilaan kohdalla tutkimus saatiin suoritetuksi loppuun asti.	Potilaat olivat kaikkein ahdistuneimpia odottaessaan leikkausta sairaalalla leikkauksen päivänä, jolloin myös tiedonsaannin tarve oli korkeimmillaan. Anestesia oli jännityksen kohteena kaikissa kolmessa ajankohdassa huomattavasti itse kirurgista toimenpidettä enemmän, kun taas tiedontarve oli suurempi kirurgista toimenpidettä kohtaan. Yleisanestesiaa tarvitsevat naissukupuoliset olivat kaikkein ahdistuneimpia. Suurin tiedon-
---	--	---	--	---	--

					tarve oli nuorilla ihmisillä, yleisanestesiaa tarvitsevilla, koulutetuilla ja niillä, joilla ei ollut aiempia leikkauksia.
--	--	--	--	--	--

### 4.3 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoimalla tutkittavasta aiheesta on tarkoitus saada tiivistetty kuva tutkittavasta ilmiöstä. Tätä prosessia kutsutaan sisällönanalyysiksi. Aineiston sisällönanalyysissä etsitään ikään kuin aineiston tarkoitusta ja merkitystä. Sisällönanalyysin haasteena on merkitystä menettämättä tai muuttamatta tiivistää aineistoista kerätty tieto selkeäksi kokonaisuudeksi. Analyysin täytyy tukea kokonaisuuden luotettavuutta. (Tuomi & Sarajarvi 2018).

Sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa aineisto ensin pelkistetään, sitten ryhmitellään ja lopuksi siitä luodaan teoreettisia käsitteitä. Ensimmäinen vaihe, pelkistäminen, aloitetaan turhan tiedon poissululla ja aineiston tiivistämisellä. Tämän jälkeen kerättyä ja pelkistettyä dataa ryhmitellään niin, että samoja asioita kuvaavat pelkistykset jaotellaan ja yhdistetään kokonaisuuksiksi. Näistä kokonaisuuksista syntyy alaluokat. Aineistoa ryhmitellään edelleen, kun etsitään yhtenäisyyksiä alaluokkien välillä. Tällöin alaluokat jaetaan niitä yhdistäviin ja kuvaileviin yläluokkiin. Sisällönanalyysin viimeinen vaihe on pääluokkien abstrahointi, eli pääluokkien käsitteellistäminen. Kun käsitteitä yhdistellään, saadaan vastaus alkuperäiseen tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajarvi 2018).

Etenimme opinnäytetyössämme kuvailevan sisällönanalyysin vaiheiden mukaisesti. Tutustuimme valitsemiimme aineistoihin huolellisesti, mahdollisimman tarkasti ja laajasti. Etsimme kerätystä aineistosta tutkimuskysymystämme tukevat kuvaukset, joista teimme edelleen pelkistykset mahdollisimman tiiviisti niin, että

alkuperäisen kuvauksen tarkoitus pysyi muuttumattomana. Tiivistetyt pelkistykset jaoimme ja ryhmittelimme isommiksi alaluokiksi ja edelleen yläluokiksi, jotka tuivat tutkimuskysymystämme. Sisällönanalyysi on kokonaisuudessaan esitettyä liitteessä 2.

## 5 TULOKSET

Muodostimme keräämästämme aineistosta 12 alaluokkaa: preoperatiivista ahdistuneisuutta lieventävät asiat, preoperatiivista ahdistuneisuutta lisäävät asiat, potilastyytyväisyys, kattavan preoperatiivisen ohjauksen hyödyt, potilaan omatoiminen tiedonkeruu, tekstiviestitse annetun ohjauksen edut, suullinen ohjaus, mukaan annettavat kirjalliset ohjeet, esikäyntien optimointi, eri ohjaustyylien innovatiivisuus, potilaiden yksilölliset lähtökohdat ja tarpeet sekä moniammatillinen ohjaus. Yhdistelimme nämä alaluokat viideksi yläluokaksi: potilaan tunnetilaan vaikuttava ohjaus, potilaiden kokemus ohjauksesta, preoperatiivisen esikäynnin ulkopuolinen ohjaus, preoperatiivisella käynnillä annettava ohjaus sekä yksilöllinen hoitopolku ja ohjaus. Muodostamamme ala- ja yläluokat on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Tulosten ylä- ja alaluokat.

Yläluokka	Alaluokka
Potilaan tunnetilaan vaikuttava ohjaus	Preoperatiiviista ahdistuneisuutta lieventävät asiat
	Preoperatiivista ahdistuneisuutta lisäävät asiat
Potilaiden kokemus ohjauksesta	Potilastyytyväisyys
	Kattavan preoperatiivisen ohjauksen hyödyt
Preoperatiivisen esikäynnin ulkopuolinen ohjaus	Potilaan omatoiminen tiedonkeruu
	Tekstiviestitse annetun ohjauksen edut
	Suullinen ohjaus
Preoperatiivisella käynnillä annettava ohjaus	Mukaan annettavat kirjalliset ohjeet
	Esikäyntien optimointi
Yksilöllinen hoitopolku ja ohjaus	Eri ohjaustyylien innovatiivisuus

	Potilaiden yksilölliset lähtökohdat ja tarpeet
	Moniammatillinen ohjaus

## 5.1 Potilaan tunnetilaan vaikuttava ohjaus

Preoperatiivisella ohjauksella pystytään vaikuttamaan potilaan leikkausta edeltävän ahdistuneisuuden määrään. Leikkausta edeltävää ahdistuneisuutta voidaan lieventää hoitohenkilökunnan kannustavalla asenteella ja antamalla potilaalle tietoa toimenpiteen kulusta (Richardson-Tench & Brown 2013). Preoperatiiviselle osastolle voitaisiin myös lisätä hoitajia ahdistuneiden potilaiden tueksi (Thurairatnam, Mathew, Montgomery & Stocker 2014).

Potilaiden ahdistuneisuutta lisääviä tekijöitä sen sijaan ovat esimerkiksi kieli-muuri, käytettävissä olevan ajan rajallisuus, sukupuolten väliset erot sekä sairaanhoitajan tietotaidon puute (Richardson-Tench & Brown 2013). Tiedonsaantia vältteleville ihmisille liian pikkutarkan tiedon saanti ennen leikkausta voi tuntua ahdistavalta, kun taas epäpätevän tiedon saaminen voi ahdistaa niitä potilaita, joilla on suuri tiedontarve (Pokharel ym. 2011.). Myös sairaanhoitajan kanssa käyty leikkausta edeltävä keskustelu saattaa lisätä joidenkin potilaiden hermostuneisuutta (Heikkinen ym. 2012).

## 5.2 Potilaiden kokemus ohjauksesta

Potilastyytyväisyyttä voidaan parantaa tekemällä odotustiloista mukavampia ja rentouttavampia (Thurairatnam ym. 2014). Potilastyytyväisyyteen ei juurikaan vaikuta ohjaustapa, jolla potilaalle on preoperatiivista ohjausta annettu (Garnier ym. 2018). Vain pieni osa leikkauspotilaista kokee saamansa preoperatiivisen ohjauksen puutteelliseksi (Vironen & Kunnamo 2014).

Kattavan preoperatiivisen ohjauksen ansiosta osa potilaista koki paikan päällä tapahtuvan esikäynnin tarpeettomaksi. Potilaan riittävä tiedottaminen mahdolli-

sista leikkauksen jälkiseurauksista lisää potilaiden myönteisyyttä aiemmalle kotiutumiselle (Venkatraghavan ym. 2016). Potilaiden riittävä preoperatiivinen ohjaus vähentää myös leikkausten potilaasta johtuvia viime hetken peruuntumisia (Laisi 2013).

### **5.3 Preoperatiivisen esikäynnin ulkopuolinen ohjaus**

Potilaat saavat leikkausta edeltävästi tietoa ja ohjausta myös muualta, kuin esikäynniltä. Potilaat keräävät itse tietoa esimerkiksi internetistä, josta sitä on laajasti tarjolla paikasta ja ajasta riippumatta (Heikkinen ym. 2012). Potilaat myös keskustelevat läheisten kanssa ja löytävät tietoa mediasta, mikä muokkaa potilaan odotuksia leikkauksen suhteen (Mahdi, Hälleberg Nyman & Wretenberg 2018).

Preoperatiivinen yhteydenotto tehdään yleensä puhelimitse (Garnier ym. 2018). Suullista ohjausta potilas saa hoitajien lisäksi kirurgeilta. Kirurgeista kuitenkin alle puolet keskustelee aina potilaiden kanssa leikkaukseen liittyvistä odotuksista ja operaation onnistumisprosentista (Mahdi ym. 2018).

Potilaille voidaan antaa tietoa etänä puhelinsoiton lisäksi myös tekstiviestitse. Tekstiviestin käyttö ei ole puhelinsoittoa huonompi yhteydenottotapa, vaan tekstiviestitse annettujen ohjeiden noudattaminen on potilailla jopa puhelinsoittoa parempaa. Tämä johtunee siitä, että tekstiviesti on tekstin muodossa, joten potilas voi tarkistaa ohjeet useita kertoja. Tekstiviestitse annettu ohjaus myös säästää hoitohenkilöstön aikaa ja resursseja. (Garnier ym. 2018.)

### **5.4 Preoperatiivisella käynnillä annettava ohjaus**

Preoperatiiviset käynnit määritellään yksilöllisesti, ja poliklinikka-ajat kannattaa kin varata vain niille potilaille, jotka saattaisivat hyötyä käynnistä. Potilaiden hoito ilman esikäyntiä voi edetä esikäynnillä käyneitä potilaita vastaavasti, kun leikkausta varten tehdyt lähetteet on tehty hyvin. (Vironen & Kunnamo 2014.)

Suullisen ohjauksen lisäksi mukaan annettavat kirjalliset ohjeet, kuten informatiiviset lehtiset, näyttäisivät lisäävän leikkauksen positiivisia lopputuloksia. Kirurgeista yli puolet antaa potilailleen aina kirjalliset ohjeet mukaan. (Mahdi ym. 2018.)

## **5.5 Yksilöllinen hoitopolku ja ohjaus**

Potilaiden lähtökohdat ja tarpeet leikkaukseen liittyen ovat yksilöllisiä. Erilaiset ohjaustyyliä ovat tarpeellisia yksilöllisen hoidon kannalta (Heikkinen ym. 2012). Eri ohjaustapoja ovat esimerkiksi puhelinsoitto, internetin kautta tai kasvotusten annettava ohjaus. Kasvokkain ja puhelimitse annetun ohjauksen välillä ei ole eroa potilaan ahdistuneisuuden määrään. (Richardson-Tench & Brown 2013.) Puhelinsoittoa on pidetty parhaana tapana antaa potilaalle preoperatiivista ohjausta, mutta tekstiviesti voisi olla hyvä vaihtoehto (Garnier ym. 2018).

Potilastietojen tarkka ja laaja kerääminen määrittää potilaan hoitopolkua (Vironen & Kunnamo 2014). Preoperatiivisessa ohjauksessa tulisi aina ottaa huomioon potilaan fyysinen ja psyykinen terveys. Vain yksi kymmenestä ortopedisistä lääkäreistä konsultoi aina tarvittaessa psykiatria. (Mahdi ym. 2018.) Potilaan käynti preoperatiivisella anestesiaklinikalla ennen leikkausta vaikuttaa olevan tarpeen vain korkean riskin potilailla (Laisi 2013).

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Leiko-toimintaa on käytetty sen kehittämisen jälkeen 2000-luvun alkupuolella etenevässä määrin sen kustannustehokkuuden vuoksi. Leiko-toiminnan ei ole todettu olevan leikkauksen lopputuloksen ja siitä toipumisen suhteen yhtään huonompi tapa, kuin että potilas tulisi leikkaukseen vuodeosaston kautta. Myöskään leikkaukskomplikaatioissa tai anestesiaongelmien määrissä ei ole eroa näiden kahden eri tavan välillä. Leiko-toimintaa voidaankin soveltaa suurimmalle osalle elektiiivisen leikkauksen tarpeessa olevista potilaista. (Keränen, J. & Keränen, U. 2011.) Leiko-toiminta onkin kustannustehokkuutensa ja potilastyytyväisyytensä vuoksi erittäin käytännöllinen toimintamalli, mitä myös tämä kirjallisuuskatsaus tukee.

Yksilöllisyys on erityisen tärkeää leiko-toimintaa suunniteltaessa, jotta suuresta potilasmäärästä osataan erottaa ne potilaat, joille leiko-toiminta ei sovi, vaan joiden kannalta on parempi tulla leikkaukseen vuodeosastolta käsin. Yksilöllisen lähtökohdan myötä myös preoperatiiviset poliklinikkakäynnit osataan priorisoida niille potilaille, joiden kohdalla käynti todella on tarpeen. (Vironen & Kunnamo 2014.)

Kirjallisuuskatsauksemme mukaan potilasohjauksessa on hyvä käyttää erilaisia ohjaustapoja, sillä eri ohjaustavat sopivat eri potilaille (Garnier ym. 2018). Kuitenkin tutkimuksen (Lipponen 2014) mukaan eri ohjausmenetelmiä hyödynnetään Suomessa vähän, ja ohjaus tapahtuu yleensä suullisesti tai kirjallisesti.

Kirjallisuuskatsauksessa käyttämissämme tutkimuksissa todettiin hyvän preoperatiivisen ohjauksen parantavan postoperatiivista kuntoutusprosessia, erityisesti osallistumismotivaation lisääntymistä huomattiin niillä, jotka kokivat saavansa hyvää ohjausta. Näin toteaa myös Zombek (2020, 947) tutkimuksessaan, jossa korostuu hyvän preoperatiivisen ohjauksen vaikutus postoperatiivisen kuntoutuksen osallistumiseen. Hänen mukaansa esikäynnillä preoperatiivista ohjausta saa-



neilla potilailla oli parempi ymmärrys postoperatiivisesta kuntoutuksesta. Kirjallisuuskatsaukseen valitsemissamme tutkimuksissa korostui kuitenkin myös, että esimerkiksi tekstiviestillä tai puhelinsoitolla saatu ohjeistus koettiin yhtä hyvänä, ellei tietyissä tilanteissa jopa parempana, kuin kasvatusten tehty esikäynti. Tässä korostuu potilaan yksilöllisen ja omaa oppimistyyliä tukevan ohjauksen tärkeys.

Hoitotiede-lehdessä julkaistussa tutkimuksessa (Lehtonen, Kääriäinen & Elo 2017, 34) potilasohjaus pitää sisällään sairauden ja leikkauksen tiedon lisäämisen, omahoidon edistämisen, haavanhoidon, kivun hoidon sekä postoperatiiviseen palautumiseen ja hoitoon liittyvät kuntoutusasiat. Sen tulisi lisäksi lievittää potilaan omaisten epätietoisuutta. Ohjauksessa paneudutaan myös leikkauksen aiheuttamiin muutoksiin esimerkiksi kehonkuvaan liittyen. Nämä asiat voivat kyseisen tutkimuksen mukaan tuoda potilaalle helpotusta tietoisuuden ja suunnitelmallisuuden kautta. Kirjallisuuskatsauksessamme emme löytäneet tutkimuksia, joissa olisi tarkasteltu preoperatiivisen ohjauksen vaikutuksesta postoperatiiviseen omahoitoon.

Tuloksissamme nousi esiin myös se, että hoitohenkilöstöltä saatu epäpätevä tieto voi lisätä potilaiden ahdistuneisuutta ennen leikkausta. Duodecim terveystieteen julkaisemassa artikkelissa Lipposen väitöskirjaa (2014) koskien kerrotaan, että Suomessa hoitohenkilöstön tiedot ja taidot ovat pääosin hyvää tasoa ja asenteet potilasohjausta kohtaan ovat myönteisiä. Hoitohenkilöstö kokee toteuttavansa ohjausta potilaslähtöisesti ja potilaan tunteet huomioiden. Katsauksemme mukaan preoperatiiviselle osastolle tarvittaisiin lisää hoitajia ahdistuneita potilaita varten ja potilastyytyväisyyttä voitaisiin parantaa paremmilla odotustiloilla. Lipposen tutkimus vuodelta 2014 tukee näitä löydöksiä, sillä Lipposen mukaan riittävän ohjauksen antamiseen tarvitaan riittävästi aikaa ja tiloja.

## **6.2 Opinnäytetyöprosessi**

Aloitimme opinnäytetyön helmikuussa 2020 aiheen valinnalla. Valitsimme aiheen Tampereen ammattikorkeakoulun valmiiksi tarjoamista aiheista. Pyrimme valitsemaan aiheen siten, että se tukisi meidän suuntautumistamme sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön. Kolmen viikon kuluttua aiheen vahvistamisesta osallistuimme

ideaseminaariin, jossa esitimme karkean suunnitelman siitä, mitä opinnäytetyömme tulee käsittelemään. Tämän jälkeen työstimme opinnäytetyön suunnitelmaa, jonka esittelimme suunnitelmaseminaarissa 28.5.2020. Tämän jälkeen ennen käsikirjoitusseminaria meillä oli hieman vaikeuksia löytää tarpeeksi aikaa opinnäytetyön työstämiseen muiden opintojen ohella, joten käsikirjoitusseminaarissa opinnäytetyö oli vielä hyvin kesken, eikä esimerkiksi kirjallisuuskatsaukseen valittuja alkuperäistutkimuksia ollut vielä löydetty. Osallistuimme kuitenkin käsikirjoitusseminariaan 15.12.2020.

Myös kevät 2021 oli aikatauluiltaan haastava, joten valitettavasti alkuperäiseen opinnäytetyön palautuspäivämäärään emme millään ehtineet. Tämä piti olla alkuperäisen suunnitelman mukaan 8.3.2021. Meidän molempien valmistuminen oli kuitenkin muista opinnoista johtuen toteutumassa vasta syksyllä 2021, joten emme kokeneet alkuperäisestä aikataulusta viivästymistä kovinkaan haitalliseksi. Vertaisarvioimme opiskelijatovereidemme opinnäytetyön keväällä 2021 ja osallistuimme heidän opinnäytetyönsä esitysseminariaan. Syksyllä 2021 aloimme toden teolla työstämään opinnäytetyötä, jotta valmistuisimme vielä vuoden 2021 puolella. Opinnäytetyö palautettiin marraskuussa 2021 ja esitimme sen esitysseminaarissa joulukuun 2021 alussa. Kypsyysnäytteen teimme opinnäytetyön palauttamisen jälkeen marraskuussa 2021. Opinnäytetyön alkuperäisen aikataulun suunnitelma on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 3.

Opinnäytetyön tekemisessä koimme haastavaksi löytää vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita, jotka sisäänotto- ja poissulkukriteeteihimme. Erityisesti ongelmaksi muodostui se, että leiko-toiminta on kehitetty Hyvinkään sairaalassa 2000-luvun alkupuolella, joten suurin osa leiko-toimintamallia koskevista tutkimuksista on tehty yli 10 vuotta sitten, hyvin pian leiko-toiminnan kehittämisen jälkeen. Löysimme kuitenkin lopulta kymmenen tutkimusartikkelia, mutta tarkemmin kaikkiin perehdyttyämme huomasimme, että niistä viimeinen ei vastannutkaan tutkimuskysymykseen. Näin ollen jätimme kyseisen tutkimuksen pois kirjallisuuskatsauksestamme, ja teimme kirjallisuuskatsauksen vain yhdeksästä alkuperäistutkimuksesta.

### 6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Toteutamme opinnäytetyömme Tampereen ammattikorkeakoulun eettisten ohjeiden mukaan. Koska teemme kirjallisuuskatsauksen jo tutkitusta tiedosta emmekä tuota uutta tutkimusta, pyrimme olemaan kriittisiä käyttämiemme lähteiden eettisyydestä ja luotettavuudesta. Tämän mahdollistamiseksi käytämme tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Ohjeiden mukaan tutkimuksen täytyy noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta. N.d.). Näihin samoihin arvoihin pyrimme myös omassa työssämme.

Opinnäytetyötä tehdessämme pyrimme noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtaa, jossa määrätään seuraavasti: "Tutkijat ottavat muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon niin, että he kunnioittavat muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla ja antavat heidän saavutuksilleen niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan." (Tutkimuseettinen neuvottelukunta. N.d.) Käytännössä tämä tarkoittaa, että kirjallisuuskatsausta tehdessä olemme puolueettomia, rehellisiä ja avoimia. Viittaamme käyttämiimme lähteisiin asianmukaisesti. Sovimme opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa työnjaosta ja jaamme vastuut ja velvollisuudet tasapuolisesti. Koska opinnäytetyömme metodi on kirjallisuuskatsaus jo julkaistuista artikkeleista, ei ole tarpeen erikseen pohtia tietosuoja-asioita. Opinnäytetyön tekijöillä ei ole sidonnaisuuksia ja he vastaavat itse työhön liittyvistä kustannuksista.

### 6.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Kirjallisuuskatsauksemme perusteella hyvä potilasohjaus on yksilöllistä ja potilaslähtöistä. Hyvässä potilasohjauksessa potilaille annetaan potilaan lähtökohtiin ja tiedon tarpeeseen nähden sopiva määrä luotettavaa, asiantuntevaa tietoa. Hyvä potilasohjaus pitää kirjallisuuskatsauksemme perusteella sisällään muitakin ohjaustapoja, kuin pelkän perinteisen puhelinsoiton potilaalle ennen leikkauksen tuloa.

Jatkossa leiko-toimintaan liittyen voisi tehdä tuoreempia tutkimuksia. Nämä voisivat osoittaa leiko-toiminnan eroavaisuuksia siihen verrattuna, että potilas tulee leikkaukseen vuodeosaston kautta. Kirjallisuuskatsausta tehdessä huomasimme, että leiko-toiminnan vaikutusta elektiivisten leikkauspotilaiden potilastyytyväisyyteen ei ole tutkittu pitkään aikaan ollenkaan. Tuoreet tutkimukset olisivat tarpeen, sillä leiko-toiminnan kehittämisestä on kulunut jo 15 vuotta. Tuoreet tutkimustulokset voisivat erota vanhemmista tutkimuksista, sillä leiko-toiminta on ollut jo pidemmän aikaa käytössä kaikissa Suomen sairaaloissa ja se on vakinaistanut paikkansa elektiivisten potilaiden operatiivisessa hoidossa. Jatkossa kirjallisuudessa voisi myös käsitellä laajemmin potilasohjausta ja erityisesti sitä, mitä hyvä potilasohjaus pitää sisällään konkreettisella tasolla.

## KATSAUKSESSA KÄYTETYT ALKUPERÄISTUTKIMUKSET

Garnier, F., Sciard, D., Marchand-Maillet, F., Theissen, A., Mohamed, D, Alberti, C. & Beaussier, M. 2018. Clinical Interest and Economic Impact of Pre-operative SMS Reminders before Ambulatory Surgery: A Propensity Score Analysis. *Journal of Medical Systems* 42(150). <https://web-s-ebshost-com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=20fc8a59-7cee-4735-bca2-8b5ad9c786d9%40redis>

Heikkinen, K., Salanterä, S., Leppänen, T., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. 2012. Ambulatory orthopaedic surgery patients' emotions when using two different patient education methods. *The Journal of Perioperative Practice*; Harrogate 22(7), 226-31. <https://www-proquest-com.libproxy.tuni.fi/docview/1223515370/fulltextPDF/FC33BA443BC84FFCPQ/1?accountid=14242>

Laisi, J. 2012. From Home to Operation (FHTO) - preoperative process. Kirurgian yksikkö. Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis\\_laisi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37600/thesis_laisi.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mahdi, A., Hälleberg Nyman, M. & Wretenberg, P. 2018. How do orthopaedic surgeons inform their patients before knee arthroplasty surgery? A cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 19(414). <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-018-2345-7>

Pokharel, K., Bhattarai, B., Tripathi, M., Khatiwada, S. & Subedi, A. 2011. Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *Journal of Clinical Anesthesia* 23(15), 372–378. <https://www.proquest.com/docview/1033201625/fulltextPDF/D63C6DDD1630443CPQ/1?accountid=14242>

Richardson-Tench, M. & Brown, S. 2013. Before and after same day surgery: are we responding to anxious patients' needs? *Research Corner* 26(1), 24-28. <https://web-p-ebshost-com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=4f03ace3-198a-4551-a0e0-ffcd3438d2c9%40redis>

Thurairatnam, R.R., Mathew, G.S., Montgomery, J. & Stocker, M. 2014. The Role of Patient Satisfaction Surveys to Improve Patient Care in Day Surgery. *Ambulatory Surgery* 20(1), 16-18. <https://web-s-ebshost-com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=81fb04d1-d35f-4120-a66f-08db7b4545b9%40redis>

Venkatraghavan, L., Bharadwaj, S., Au, K., Bernstein, M. & Manninen, P. 2016. Same-day discharge after craniotomy for supratentorial tumour surgery: a retrospective observational single-centre study. *Canadian Journal of Anesthesia*; Toronto 63 (11), 1245-1257. <https://link-springer-com.libproxy.tuni.fi/article/10.1007/s12630-016-0717-8>

Vironen, J. & Kunnamo, I. 2014. Yhden pysähdyksen kirurgia nivustyräleikkauksissa. *Lääkärilehti* 69(36), 2209–2213. <https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/pdf/2014/SLL362014-2209.pdf>

## LÄHTEET

Aantaa, R., Alahuhta, S., Olkkola, K., Reinikainen, M. & Yli-Hankala, A. 2016. Anestesiariiskiluokitus (ASA-luokitus). *Finnanest* 49(1), 23. [http://www.finnanest.fi/files/nyt\\_asa.pdf](http://www.finnanest.fi/files/nyt_asa.pdf)

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

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

Isojärvi, J. 2011. Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi: PICO-asetelma informaation työkaluna. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. BMF ry:n kevätseminaari 13.4.2011*. Kuopio.

<https://docplayer.fi/16355927-Tutkimuskysymyksesta-hakustrategiaksi-pico-asetelma-informaation-tyokaluna.html>

Kanerva, M., Ollgren, J., Virtanen, M. & Lyytikäinen, O. 2008. Sairaalainfektiot aiheuttavat huomattavan tautitaakan. *Lääkärilehti*. 18-19/2008 vsk 63. S.1698. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/99817/sairaalainf\\_aiheuttavat\\_huomatt\\_tautitaakan.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/99817/sairaalainf_aiheuttavat_huomatt_tautitaakan.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25(4), 291-301. <https://www.proquest.com/docview/1469873650/fulltextPDF/3CCBA1974B2B4F6FPQ/1?accountid=14242>

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

Karppinen, A. & Vakkala, M. 2018. Perusterveydenhuolto voi valmistaa potilasta leikkaukseen. *Lääkärilehti*. 22/2018 vsk 73. s. 1434–1438. <https://www-laakarilehti-fi.libproxy.tuni.fi/pdf/2018/SLL222018-1434.pdf>

Keränen, J. & Keränen, U. From home to operation (FHTO) - a new surgical admission centre: does the comprehensive initialisation of a new process harm surgery outcome? *Scandinavian journal of surgery*. 2011. s. 136-140. <https://journals-sagepub-com.lib-proxy.tuni.fi/doi/pdf/10.1177/145749691110000213>

Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 2006;122(12):1412–4. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/12/duo95807?keyword=leiko>

Keränen, U., Tohmo, H. & Laine, P. 2004. Leikkaukseen kotoa (Leiko) - potilas tyytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. *Lääkärilehti*. Julkaistu 26.11.2004. 48/2004 vsk 59 s. 4739–4743.

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/leikkaukseen-kotoa-leiko-potilastytyvaisuus-hyvinkaan-sairaalassa/>

Keränen, U., Tohmo, H. & Soirinsuo, M. 2003. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) -toiminnan kehittäminen Hyvinkään sairaalassa. Lääkärilehti. Julkaistu 5.9.2003. 36/2003 vsk 58 s. 3559–3563.

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/leikkaukseen-kotoa-leiko-toiminnan-kehittaminen-hyvinkaan-sairaalassa/>

Laisi, J. 2013. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) - preoperatiivinen prosessi. Lääkärilehti. Julkaistu 11.1.2013. 1-2/2013 vsk 68 s. 62.

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/vaitokset/leikkaukseen-kotoa-leiko-preoperatiivinen-prosessi/>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehtonen, K., Kääriäinen, M. & Elo, S. 2017. Suolistosyöpöpotilaan preoperatiivinen ohjaus: ammattilaisen näkökulma. Hoitotiede 29(4), 302-313. <https://web-ebscohost-com.libproxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=41960da3-898f-4848-a10c-fe5143a41efa%40redis>

Leikkausta edeltävä arviointi. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50066>

Lipponen, K. 2014. Onnistunut potilasohjaus vaatii hyviä tietoja ja taitoja. Duodecim terveystietä. Väitöskirja.

[https://terveysportti.mobi/kotisivut/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p\\_arkisto=1&p\\_palsta=24&p\\_artikkeli=uux17268](https://terveysportti.mobi/kotisivut/uutismaailma.duodecimapi.uutisarkisto?p_arkisto=1&p_palsta=24&p_artikkeli=uux17268)

Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junntila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppisiin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Similä, E. 2017. Kotoa leikkaukseen, lisää omaa vastuuta valmistautumiseen. Suomen Sairaalahygienialehti 35: 134–137. [http://sshy.fi/data/documents/lehdet/17\\_3.pdf](http://sshy.fi/data/documents/lehdet/17_3.pdf)

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

Tampereen yliopistollinen sairaala. N.d. Leikkaukseen kotoa (leiko) hoitopolku. Päivitetty 9.12.2019. [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))

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.



Turunen, E. 2018. Preoperatiivisen hoidonsuunnittelumallin vaikutukset elekttiivisten leikkausten peruuntumisiin. Tampere: Juvenes Print.  
[https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20233/urn\\_isbn\\_978-952-61-2838-2.pdf](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/20233/urn_isbn_978-952-61-2838-2.pdf)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. N.d. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK).  
<https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Zombek, L. 2020. The Value of Preoperative Speech-Language Pathology Counseling for Candidates for Cochlear Implants. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups. Vol 5, 946–950. <https://web-s-ebSCOhost-com.lib-proxy.tuni.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=4f28f208-a1c7-48ec-822d-ac349795d95d%40redis>

## LIITTEET

Liite 1. Anestesia- ja riskiluokitus – ASA-luokitus (Aantaa, Alahunta, Olkkola, Reinikainen &amp; Yli-Hankala 2016)

ASA-luokka	Määritelmä	Esimerkkejä (lista ei ole kattava)
<b>ASA I</b>	Terve	Terve, ei tupakoi, ei käytä alkoholia ollenkaan tai käyttää vain vähäisiä määriä.
<b>ASA II</b>	Lievä yleissairaus	Ei rajoita toimintakykyä merkittävästi. Tupakointi, kohtuullinen alkoholinkäyttö, raskaus, lihavuus (BMI 30-40), hyvässä hoitotasapainossa oleva diabetes tai verenpainetauti, lievä keuhkosairaus.
<b>ASA III</b>	Vakava yleissairaus	Rajoittaa toimintakykyä merkittävästi. Yksi tai useampi kohtalainen tai vakava sairaus. Esimerkiksi huonossa tasapainossa oleva diabetes tai hypertensio, keuhkohtaumatauti, sairaaloinen lihavuus (BMI $\geq 40$ ), aktiivinen hepatiitti, alkoholi-riippuvuus tai väärinkäyttö, implantoitu tahdistin, kohtalaisesti alentunut ejektiofraktio, säännöllinen dialyysihoito loppuvaiheen munuaissairauden vuoksi, keskonen, jonka raskauden keston ja syntymän jälkeisen kalenterivuosien summa on alle 60 viikkoa, yli 3 kk sitten sairastettu sydäninfarkti, aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai TIA, yli 3 kk sitten tehty sepelvaltimoiden stenttaus tai sepelvaltimotauti ilman epästabilleja tapahtumia viimeisten 3 kk sisällä.
<b>ASA IV</b>	Jatkuvasti henkeä uhkaava vakava yleissairaus	Akuutti sydänlihasiskemia, vaikea läppävika, matala ejektiofraktio, äskettäin (< 3 kk) sairastettu sydäninfarkti, aivoinfarkti, aivoverenvuoto, TIA tai äskettäin (<3 kk) tehty sepelvaltimoiden stenttaus, sepsis, DIC, ARDS tai loppuvaiheen munuaissairaus ilman säännöllistä dialyysihoitoa.
<b>ASA V</b>	Kuolemansairas potilas, jonka ei odoteta jäävän henkiin ilman leikkausta	Rupturoitunut aortan aneurysma, henkeä uhkaava vamma, kallonsisäinen vuoto, jossa keskiviivasiirtymä, suoli-iskemia ja samanaikainen vakava sydäntauti tai monielinvaurio.
<b>ASA VI</b>	Aivokuollut elinluovuttaja	

Merkintä "E" ASA-luokan perässä tarkoittaa kiireellistä toimenpidettä (päivystys). Päivystyksestä on kyse silloin, kun viive hoidon aloittamisessa lisää merkittävästi kuoleman tai pysyvän vaurion riskiä.

## Liite 2. Aineiston pelkistäminen ja ryhmittely.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
Themes emerging through qualitative data suggest that pre-operative information and a supportive attitude are significant aspects to alleviating anxiety in patients. (6)	Leikkausta edeltävä tieto ja kannustava asenne lievittävät potilaan ahdistusta.	Preoperatiiviista ahdistuneisuutta lieventävät asiat	Potilaan tunnetilaan vaikuttava ohjaus
Specific remarks about improving patient care included “more nurses in pre-operative ward for anxious patients”. (7)	Erityisesti haluttiin lisää hoitajia preoperatiiviselle osastolle ahdistuneita potilaita varten.		
fear can be controlled better via internet-based patient education. (5)	Pelkoa voidaan kontrolloida paremmin internetin kautta toteutettavalla potilasohjauksella.		

<p>the literature suggests that the various concerns such as language difficulties, time available, gender differences and the nurse's knowledge all have an impact on outcomes. (6)</p>	<p>Kielimuuri, käytettävissä oleva aika sekä sukupuolten väliset erot ja sairaanhoitajan tieto vaikuttavat potilaan ahdistuneisuuden määrään ennen leikkausta.</p>	<p>Preoperatiivista ahdistuneisuutta lisäävät asiat</p>	
<p>the discussion with the nurse in the control group, actually increased patients experience of the nervousness. (5)</p>	<p>Sairaanhoitajan kanssa käyty ohjaus lisää potilaiden hermostuneisuutta.</p>		
<p>Receiving detailed information may increase anxiety in blunters while inadequate information may increase anxiety in monitors. (9)</p>	<p>Pikkutarkan tiedon saaminen voi ahdistaa niitä, jotka välttelevät tiedonsaantia. Epäpätevän tiedon saaminen voi ahdistaa niitä potilaita, joilla tiedontarve on suuri.</p>		
<p>The increased number of comments on the prolonged preoperative wait in the 2012 survey is indicative of the fact that we need</p>	<p>Pitkän preoperatiivisen odotuksen vuoksi odotustilojen tulisi olla mukavia ja rentouttavia potilaille. Odotuskokemuksen mukavoittaminen</p>	<p>Potilastyytyväisyys</p>	<p>Potilaiden kokemus ohjauksesta</p>

<p>to implement measures to make the waiting rooms comfortable and relaxing for the patients. Making the waiting experience more enjoyable, results in a higher customer satisfaction level. (7)</p>	<p>kohottaa potilastyytyväisyyttä.</p>		
<p>Kaikkiaan 13 % potilaista olisi kättävannut enemmän informaatiota ennen sairaalaan tuloaan. (1)</p>	<p>Vain pieni osa potilaista koki saamansa ohjauksen puutteelliseksi.</p>		
<p>Patient satisfaction was similar regardless of the method of PI (preoperative instructions) reminders. (8)</p>	<p>Potilastyytyväisyys oli sama riippumatta preoperatiivisen ohjauksen tavasta (tekstiviesti vs puhelinoitto).</p>		
<p>Useimpien mielestä riittää, että leikkausta ja sen aiheita ja riskejä selvittävän materiaalin saa kirjallisenä, puhelimitse tai vasta leikkaukseen tullessa. (1)</p>	<p>Esikäynti koettiin tarpeettomaksi, jos informaatiota annettiin potilaille kattavasti etukäteen.</p>	<p>Kattavan preoperatiivisen ohjauksen hyödyt</p>	

<p>As long as patients are educated about warning signs requiring medical attention, most are pleased to attempt outpatient recovery. (3)</p>	<p>Potilaan tiedottamisen mahdollisista jälkiseurauksista lisää potilaiden myönteisyyttä kotiutua aikaisemmin.</p>		
<p>The majority of cancellations were due to patient related-issues, in particular the situation that the operation no longer was deemed necessary, which emphasizes the need for patient education and the careful establishment of indications for surgery. (2)</p>	<p>Potilaan ohjaus on oleellista leikkausten viime hetken peruuntumisten vähentämiseksi.</p>		
<p>One advantage of using the Internet is the possibility to offer a wider base of knowledge to patients, which they study in their own time and in a</p>	<p>Internetin käytön yksi eduista on sen mahdollisuus tarjota laajasti tietoa potilaalle paikasta ja ajasta riippumatta.</p>	<p>Potilaan omatoiminen tiedonkeruu</p>	<p>Preoperatiivisen esikäynnin ulkopuolinen ohjaus</p>

place of their choosing. (5)			
Reilu kolmannes potilaista oli hakenut tietoa Internetistä. (1)	Suuri osa potilasta hakee itsenäisesti tietoa Internetistä.		
Patient's expectations on the outcome of the TKA are not only based on the information given by the knee surgeons, but rather from discussions with other people like friends, family and from information in media. (4)	Potilaan odotuksia operaatiosta muokkaa kirurgin antaman tiedon lisäksi myös läheisten kanssa käydyt keskustelut ja mediasta löydetty tieto.		
the use of SMS is non-inferior to the telephone call concerning the impact of compliance with the PI. (8)	Tekstiviestin käyttö ei ole puhelinsoittoa huonompi preoperatiivisten ohjeiden noudattamisen kannalta.	Tekstiviestitse annetun ohjauksen edut	

<p>Compared to the telephone call, the use of SMS before ambulatory surgery satisfies the majority of patients, is associated with a better compliance of preoperative instructions and saves time and human resources. (8)</p>	<p>Tekstiviestitse anetuilla ohjeilla ohjeiden noudattaminen on parempi ja säästyy aikaa ja resursseja.</p>		
<p>An SMS has the advantage of improving the understanding of the information because it is written and can be consulted several times. (8)</p>	<p>Tekstiviesti parantaa ohjeiden ymmärtämistä, koska se on tekstin muodossa joten se voidaan tarkistaa useita kertoja.</p>		
<p>In terms of asking about patients' expectations, only 44% of the surgeons always discussed this important issue with their patients. (4)</p>	<p>Alle puolet kirurgeista keskustelivat aina potilaiden kanssa odotuksista.</p>	<p>Suullinen ohjaus</p>	



<p>This preoperative contact with the patient is often carried out by telephone call. (8)</p>	<p>Preoperatiiviinen yhteydenotto tehdään yleensä puhelimitse.</p>		
<p>42% of surgeons in our study always discussed the success rate after TKA surgery, and 10% never discussed this with their patients. (4)</p>	<p>Alle puolet kirurgeista puhuivat aina operaation onnistumisprosentista.</p>		
<p>58% of the knee surgeons always gave written information to their patients. (4)</p>	<p>Yli puolet kirurgeista antoivat potilailleen aina kirjalliset ohjeet.</p>	<p>Mukaan annettavat kirjalliset ohjeet</p>	<p>Preoperatiivisella käynnillä annettava ohjaus</p>
<p>Written information in the form of booklets has been shown to have a positive effect on outcome after TKA. (4)</p>	<p>Informatiiviset lehtiset lisäävät positiivisia lopputuloksia.</p>		

<p>Hyvien läheteiden perusteella suoraan leikkaukseen kutsuttujen potilaiden leikkaussuunnitelmiin ei kokeemuksemme mukaan tullut muutoksia eikä leikkauksia peruuntunut sen enempää kuin potilailla, jotka tulivat poliklinikkakäynnille ennen leikkausta. (1)</p>	<p>Potilaiden hyvät lähteet mahdollistavat hoidon etenemisen ilman esikäyntiä vastaavasti kuin potilailla, jotka kävivät esikäynnillä.</p>	<p>Esikäyntien optimointi</p>	
<p>Poliklinikka-ajat on järkevää varata vain niille potilaille, jotka tosiaan hyötyvät käynnistä. (1)</p>	<p>Esikäynti määritellään yksilöllisesti.</p>		
<p>There are various ways to disseminate this information, telephonically, via the internet or face-to-face. (6)</p>	<p>Leikkausta edeltävästi tietoa voidaan antaa monella tavalla, puhelimitse, netin kautta tai kasvotusten.</p>	<p>Eri ohjaustyylien innovatiivisuus</p>	<p>Yksilöllinen hoitopolku ja ohjaus</p>

<p>Patient contact by telephone the day before ambulatory surgery is considered as a best practice. The Short Message Service (SMS) could be a suitable alternative. (8)</p>	<p>Puhelinsoittoa suunniteltua leikkausta edeltävänä päivänä on pidetty parhaana tapana antaa ohjausta. Tekstiviesti voisi olla hyvä vaihtoehto.</p>		
<p>There are no discernible differences between the outcomes in relation to preparedness for surgery and levels of anxiety for patients that are educationally prepared by telephone or face-to-face interview. (6)</p>	<p>Potilaan leikkaukseen valmistautumisessa ja ahdistuneisuuden määrässä ei ole eroa kasvokkain ja puhelimitse annetun ohjauksen välillä.</p>		
<p>medical and psychiatric illnesses are equally important, and should always be included in preoperative judgment. (4)</p>	<p>Sairaushistorian tulisi tulla aina ilmi preoperatiivisessä ohjauksessa.</p>	<p>Potilaiden yksilölliset lähtökohdat ja tarpeet</p>	

<p>Ilman riittäviä tietoja hoidettavasta sairaudesta ei leikkaushoitoa voi suunnitella eikä leikkausta edeltävän käynnin tarvetta arvioida, ja potilas on arvioitava poliklinikalla. (1)</p>	<p>Tietojen tarkka ja laaja kerääminen määrittää ja muokkaa potilaan hoitopolkua.</p>		
<p>the need for different education methods remain because patients and situations differ; the Internet cannot always replace face-to-face education. (5)</p>	<p>Erilaiset ohjaustyylit ovat tarpeellisia yksilöllisen hoidon kannalta.</p>		
<p>The postoperative discharge destination and the type of anesthesia to be administered—i.e., general anesthesia (GA) vs AC, were initially determined by the surgeon but included consultation with the anesthesiologist in</p>	<p>Potilaalle toteutettavan anestesiatyypin päättämiseen kuuluu anestesiologin konsultaatio.</p>	<p>Moniammatillinen ohjaus</p>	

<p>the preoperative anesthesia clinic. (3)</p>			
<p>only 10% of orthopaedic surgeons always consulted a psychiatrist when they suspected a psychiatric problem. (4)</p>	<p>Vain 10% ortopedisistä kirurgeista konsultoi aina psykiatria tarvittaessa.</p>		
<p>All patients underwent routine assessment in the preoperative anesthesia consult clinic. (3)</p>	<p>Kaikki potilaat tutkittiin preoperatiivisella anestesiakonsultaatioklinikalla.</p>		
<p>Only the high risk patients should be referred to the APEC. There is no need for every patient to be evaluated in the APEC. (2)</p>	<p>Vain korkean riskin potilaat olisi tarpeen tutkia preoperatiivisella anestesiaklinikalla ennen leikkausta.</p>		

## Liite 3. Opinnäytetyön alkuperäinen aikataulusuunnitelma

<b>Opinnäytetyön aikataulusuunnitelma</b>	
Aiheen valinta	vko 10/2020
Aiheen vahvistaminen	vko 11/2020
Työelämäpalaveri	vko 13/2020
Ideaseminaari	vko 14/2020
Opinnäytetyön suunnitelman tekoa	vko 22/2020
Suunnitelmaseminaari	28.5.2020
Opinnäytetyön tekoa	vko 32-33/2020, vko 48-49/2020
Käsikirjoitusseminaari	15.12.2020
Opinnäytetyön viimeistely	vko 2-3/2021
Opinnäytetyön palautus	8.3.2021
Kypsyysnäyte	vko 14-15/2021
Esitysseminaarit	vko 14/2021
Opinnäytetyö Theseukseen	vko 14/2021