

**Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin  
toteutumisen arviointi ja kehittämis ehdotukset mallin  
implementoinnin tehostamiseksi**

**PROJEKTIRAPORTTI**

Mari Siiskonen  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Terveystieteet, Hoitotiede  
Syventävä projektityö  
Syksy 2017

# Sisällysluettelo

<b>1. Projektin tausta</b> .....	3
1.1 Projektin tarve	
1.2 Tupakoinnin aiheuttamat riskit leikkauspotilailla	
1.3 Terveyden edistämisen näkökulma tupakoivilla leikkauspotilailla	
1.4 Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli	
<b>2. Projektin tarkoitus ja tavoitteet</b> .....	6
<b>3. Projektioorganisaatio ja vastuut</b> .....	6
<b>4. Projektin toteutus</b> .....	7
4.1 Projektin toteutuminen ja aikataulu	
4.2 Projektin tiedottaminen	
4.3 Projektin kustannukset	
4.4 Projektin riskienhallinta	
<b>5. Projektin tuotos</b> .....	9
5.1 Projektin aineisto	
5.2 Projektin tulokset	
5.3 Pohdintaa tuloksista	
5.4 Projektin kehittämisehdotukset	
<b>6. Projektin tuloksista tiedottaminen</b> .....	11
<b>7. Projektin arviointi</b> .....	12
<b>8. Lähteet</b> .....	16

Liite 1. Projektin vaiheet, vastuut ja päivittäin toteutuneet tunnit

Liite 2. Lomake potilastietomerkintöjen läpi käymiseen

Liite 3. Projektin tulokset

Liite 4. Kehittämisehdotukset ja keinot mallin implementoinnin tehostamiseksi

## 1. PROJEKTIN TAUSTA

Tupakoimattomuus on yksi tärkeimpiä väestön terveyttä edistäviä ja parantavia tekijöitä. Vuonna 2015 suomalaisista 20–64-vuotiaista noin 17 prosenttia tupakoi päivittäin. Miehistä tupakoi päivittäin 19 prosenttia ja naisista 15 prosenttia. Eläkeikäisistä 65–84-vuotiaista tupakoi päivittäin 8 prosenttia. (THL 2015.) Tupakoitsijoista noin 80 prosenttia on huolissaan tupakoinnin vaikutuksista terveyteensä ja noin 50 prosenttia haluaisi lopettaa tupakoinnin (Lääkärilehti 2017a).

Tupakoinnin vähentyminen väestötasolla näkyy tupakointiin liittyvien sairauksien vähenemisenä. Tupakoinnin lopettaneilla henkilöillä sepelvaltimotaudin riski puolittuu vuodessa, keuhkosityövän riski pienenee, keuhkojen toiminta paranee, yskä ja liman nousu vähenevät 4–8 viikon kuluessa ja unen laatu paranee. (Käypä hoito 2012, THL 2017.)

Tupakoivilla potilailla on enemmän leikkauskomplikaatioita ja leikkausten tulokset ovat huonommat kuin tupakoimattomilla. Tupakointi huonontaa kehon immunologisia puolustusmekanismeja ja heikentää ihon sekä haavan alueen verenkiertoa. Tupakointi hidastaa haavan alueen ja kirurgisten saumojen paranemista sekä luukudoksen luutumista. Tupakoivilla potilailla on jopa kuusinkertainen riski leikkaushaavan tulehduksiin. Tämän takia kaikille tupakoiville potilaille suositellaankin lopettamista sekä komplikaatioriskien pienentämiseksi että leikkaustulosten parantamiseksi. (Kyrö 2017, 185–188.)

Sairaanhoitopiireistä 80 prosentilla on käytössään tai käynnistymässä leikkauspotilaan tupakoimattomuuteen tähtäävä toimintamalli (Lääkärilehti 2017b). Tampereen yliopistollisessa sairaalassa on otettu käyttöön Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli kiireettömään hoitoon vuonna 2015. Toimintamallia voidaan soveltaa sekä terveyskeskuksessa että sairaalassa. (Tays 2016.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä savuttoman leikkauksen nykytilaa alettiin kartoittaa toukokuussa 2014. Tällöin perustettiin Savuton leikkaus -työryhmä sekä selvitettiin savuttoman leikkauksen toteutumista erikoisalojen ylilääkäreiltä. Tietoja kartoitettiin erikoisaloilta: tuki- ja liikuntaelinkirurgia, käsikirurgia, plastiikkakirurgia, gastroenterologinen kirurgia, korva-, nenä- ja kurkkutautien kirurgia, suu- ja leukakirurgia, rintaelinkirurgia, urologia sekä gynekologia. (Savuttomuus -työryhmä 2017.)

Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallia alettiin kehittää vuonna 2014 ja mallin pilotointi toteutettiin Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa (Sotesi). Toimintamallin käyttöä laajennettiin Valkeakosken terveyskeskukseen vuonna 2015.

### 1.1. Projektin tarve

Tässä projektissa organisaatiosta (Tays) tuli tarve arvioida Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteutumisen nykytilanne. Valkeakoskella henkilökunnan koulutus ja tupakasta vieroitusohjaksi kouluttautuminen alkoi syksyllä 2015. Tällöin Valkeakosken terveyskeskuksesta tehtiin tutustumiskäynti Sotesiin, jossa malli oli otettu käyttöön aiemmin vuoden 2015 aikana. (Savuttomuus-työryhmä 2017.) Tästä syystä Valkeakosken terveyskeskus otettiin tarkasteluun mallin toteutumisen arvioinnissa.

Tämä projekti toteutettiin kahtena erillisenä projektina, joissa terveystieteiden maisteriopiskelija Mari Siiskonen selvitti toimintamallin toteutumista Valkeakosken terveyskeskuksesta tulevilta leikkauspotilailta ja terveystieteiden maisteriopiskelija Tuija Vuolle selvitti toimintamallin toteutumista Sotesi:sta tulevilta leikkauspotilailta.

Tämä projekti kuului Tampereen yliopiston maisterivaiheessa suoritettavaan hoitotieteen johtamisopin kokonaisuuteen. Hoitotieteellisen tiedon hyödyntäminen johtamisessa ja opettamisessa: syventävä projektityön 10op -kurssin tavoitteena oli suunnitella, toteuttaa, arvioida ja raportoida sekä johtaa projektia projektiryhmän kanssa. Lisäksi tuli soveltaa hoitotieteellistä ja muuta tieteellistä tietoa sekä tuottaa johtamisen kehittämisessä tarvittavaa tietoa. (Tampereen Yliopisto 2017.)

### 1.2. Tupakoinnin aiheuttamat riskit leikkauspotilailta

Tupakointi on yhdistetty liitännäissairauksien, haavainfektioiden, muiden infektioiden, keuhkokomplikaatioiden ja neurologisten komplikaatioiden sekä tehohoidon tarpeen lisääntyneeseen riskiin. Plastiikkakirurgiassa tupakointi on liitetty heikompiin leikkaustuloksiin, komplikaatioiden lisääntymiseen ja kirurgisten jatkotoimenpiteiden lisääntyneeseen tarpeeseen. (GrønkJær ym. 2014, Mills ym. 2011, Coon ym. 2013. ) Keuhkojen immunologisen puolustuskyvyn heikentymisen takia tupakoivat potilaat ovat erityisen alttiita postoperatiivisille keuhkotulehduksille. Vertailtaessa tupakoivia ja ei-tupakoivia, tupakoivilla oli lisääntynyt

hengityselinten ja paikallisen haavainfektion postoperatiivinen komplikaatoriski kaikilla kirurgisilla erikoisaloilla. (Hawn ym. 2011, Puura 2000.) Tupakoinnin lopettamisella voidaan vähentää komplikaatioita 30–40 prosenttia (Lääkärilehti 2017b).

### 1.3 Terveyden edistämisen näkökulma tupakoivilla leikkauspotilailla

Tupakoinnin lopettaminen viimeistään 4–8 viikkoa ennen leikkausta edistää haavan paranemista ja vähentää leikkauksenjälkeisiä ongelmia. Leikkausta edeltävä tupakasta vieroitus auttaa myös pysyvään tupakoimattomuuteen. Tupakoinnin lopettamista voidaan tukea mm. nikotiinikorvaushoidolla, vieroituslääkkeillä ja henkilökohtaisella neuvonnalla. Ennen leikkausta potilas on yleensä hyvin vastaanottavainen lääkärin ohjeille, myös tupakoinnin lopettamisesta. (Duodecim 2016, Kyrö 2017, 185–194.)

Tupakoinnin lopettaneilla henkilöillä sepelvaltimotaudin riski puolittuu vuodessa, keuhkosityövän riski pienenee, keuhkojen toiminta paranee, yskä ja liman nousu vähenevät 4–8 viikon kuluessa ja unen laatu paranee. Kyrön (2017) mukaan komplikaatioiden määrää on saatu vähenemään tupakoinnista vieroituksella traumatologiassa ja ortopediassa, neurokirurgiassa, vatsan alueen kirurgiassa, sydän- ja verisuonikirurgiassa sekä plastiikkakirurgiassa. Tupakoinnin lopettaminen pienentää sairastumisen ja kuoleman riskiä kaiken ikäisillä. Motivoiva keskustelu ja lyhyt puuttuminen tupakointiin ovat vaikuttavaa vieroitusta. (Kyrö 2017, 185–194, Käypä hoito 2012. )

Leikkauksen ajankohta tarjoaa hoitohenkilökunnalle hyvän tilaisuuden puuttua tupakointiin. Ennen leikkausta annettu interventio ja nikotiinikorvaushoito saattaa vähentää postoperatiivista sairastavuutta. 4–8 viikkoa ennen leikkausta aloitettu interventio säännöllisillä tapaamisilla yhdistettynä nikotiinikorvaushoitoon oli tehokkain menetelmä sekä komplikaatioiden vähentämiseen että tupakoinnin pitkäaikaiseen lopettamiseen. (Thomsen ym. 2014, Jung ym. 2015)

Tupakoinnin lopettaminen missä tahansa vaiheessa ennen kirurgista toimenpidettä on hyödyllistä, mutta hyvin lähellä leikkausta lopetettaessa ei välttämättä ehditä saada täyttä hyötyä lopettamisesta. On siis tärkeää tunnistaa tupakoivat leikkauspotilaat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Song ym. 2015.) Leikkauspotilailla lopettamispäätökseen vaikuttavat sekä lääkärin antama kehoitus lopettamisesta että tieto tupakoinnin haitoista. Lisäämällä

leikkauspotilaiden tietoisuutta riskeistä ja lääkäreiden puheeksi ottamista, on mahdollista lisätä tupakoinnin lopettavien määrää ennen leikkausta. (Webb ym. 2013.)

Bottorfin ym. (2015) tutkimuksen mukaan suuri osa leikkauspotilaista ei ole tietoisia tupakoinnin yhteydestä lisääntyneeseen leikkauskomplikaatoriskiin. Myös suuri osa potilaista jää vaille hoitohenkilökunnan antamaa interventiota. (Bottorf ym. 2015.) Intervention saaneet leikkauspotilaat vähensivät todennäköisemmin tupakointia ja olivat tietoisempia tupakoinnin riskeistä (Bottorf ym. 2016).

#### 1.4 Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli

Mallin mukaisesti toimittaessa: lääkäri lähettävässä yksikössä (perusterveydenhuolto, työterveyshuolto) tekee potilaalle lähetteen operatiivista arviota varten ja kartoittaa potilaan tupakointitiedot. Lääkäri kannustaa potilasta lopettamaan tupakoinnin viimeistään kahdeksan viikkoa ennen leikkausta. Lähetteeseen kirjataan potilaan tupakointitiedot sekä suunniteltu interventio. Lääkäri välittää tiedon hoidon tarpeesta tupakasta vieroitusohjaukselle, joka ottaa yhteyttä potilaaseen ja kutsuu hänet vastaanotolle. Sairaalassa lähetteen käsittelevä lääkäri tarkistaa tupakointitiedot lähetteestä. Mikäli potilas tupakoi, on tupakointiin puututtava ennen kuin potilas tulee poliklinikalle tai toimenpiteeseen. Jos tupakointitiedot puuttuvat, lähete voidaan palauttaa tai pyytää siihen täydennystä. Kirurgian ensikäynnillä lääkäri tarkistaa tupakointitiedot, kehottaa potilasta lopettamaan ja kirjaa tiedot potilaskertomukseen. Ensikäynnillä tupakointi otetaan puheeksi ja annetaan vieroitusohjaus, tehdään riippuvuustesti sekä räätälöidään nikotiinikorvaushoito. Tiedot kirjataan potilastietoihin. (Tays 2016.)

## **2. PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Projektin tarkoituksena oli kuvata Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteutumista Valkeakosken kirurgisten potilaiden hoidossa. Mallin toteutumista selvitettiin potilastietojärjestelmään tehdyistä tupakointikirjauksista.

Projektin tavoitteena oli tuottaa arviointitietoa toimintamallin toteutumisesta ja tehdä tulosten pohjalta kehittämisehdotuksia mallin implementoinnin tehostamiseksi.

## **3. PROJEKTIN ORGANISAATIO JA VASTUUT**

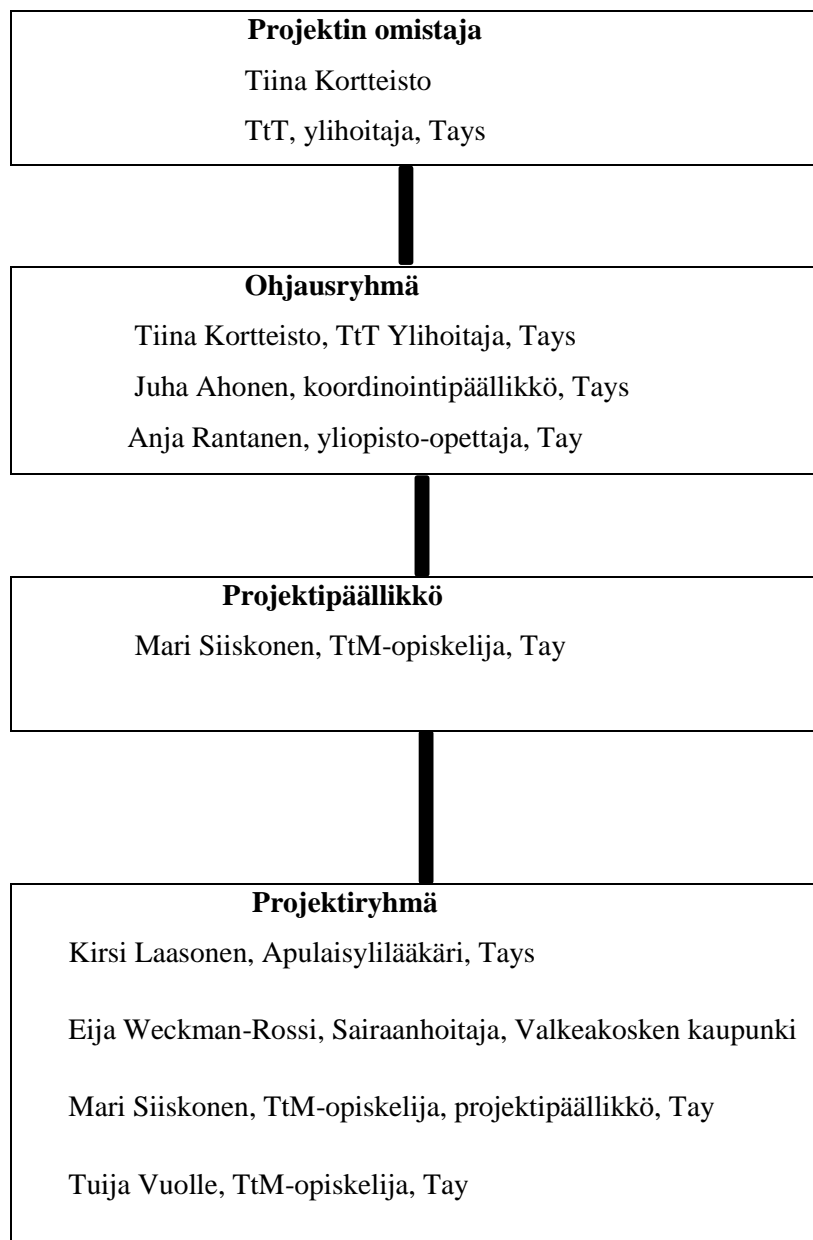
Projektin omistaja ylihoitaja Tiina Kortteisto käynnisti projektin ja kokosi sekä ohjaus- että projektiryhmän. Hän myös vastasi projektin tulosten käyttöönotosta ja hyödyntämisestä sekä päätti projektin.

Ohjausryhmään kuuluivat TtT, ylihoitaja Tiina Kortteisto (Tays), koordinointipäällikkö Juha Ahonen (Tays) ja yliopisto-opettaja Anja Rantanen (Tay). Ohjausryhmä valvoi ja ohjasi projektin edistymistä ja arvioi tuloksia sekä tuki projektipäällikköä suunnittelussa ja päätöksenteossa. Ohjausryhmä myös hyväksyi projektisuunnitelman ja projektin loppuraportin sekä mahdolliset muutokset liittyen projektin toteutukseen ja tavoitteisiin. Ohjausryhmä kokoontui projektin aikana kaksi kertaa. Ohjausryhmä oli yhteinen TtM-opiskelija Tuija Vuolteen kanssa. Hän teki vastaavanlaisen projektin koskien Sastamalan seudun sosiaali- ja terveyspalvelujen kirurgisia potilaita.

Projektipäällikkönä toimi TtM-opiskelija Mari Siiskonen. Projektipäällikkö vastasi projektin johtamisesta, siihen liittyvästä päätöksenteosta ja yhteydenpidosta projektin ohjaus- ja projektiryhmään. Projektipäällikkö osallistui projektin konkreettiseen tekemiseen ja kävi läpi potilastietomerkinnot potilastietolistojen mukaisesti Tays:n tiloissa. Projektipäällikkö myös laati projektisuunnitelman, käynnisti ja ohjasi projektiryhmän työskentelyä sekä teki projektin loppuraportin.

Projektiryhmään kuuluivat apulaisylilääkäri Kirsi Laasonen, sairaanhoitaja Eija Weckman-Rossi ja TtM-opiskelija Tuija Vuolle. Tämän projektiryhmän tehtäviin kuului osallistua potilastietojen keräämiseen käytettävän lomakkeen suunnitteluun, projektiryhmän kokouksiin, projektin etenemiseen liittyvään sähköpostikommentointiin ja projektin tulosten pohjalta laadittaviin

kehittämisehdotuksiin. Projektiryhmä kokoontui projektin aikana kolme kertaa. Kuviossa 1 on kuvattu projektin organisaatio.



Kuvio1. Projektion organisaatio



## 4. PROJEKTIN TOTEUTUS

### 4.1 Projektin toteutuminen ja aikataulu

Tämä projekti aloitettiin tammikuun lopulla Tampereen yliopiston opiskelijoiden ja opettajien yhteisessä tapaamisessa. Seuraava tapaaminen järjestettiin helmikuussa 2017 Tampereen yliopistolla, jossa mukana oli sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin että Tampereen yliopiston edustajia. Aihe tuli organisaation tarpeesta kartoittaa Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin nykytilanne potilastietojärjestelmään kirjattujen tupakointitietojen perusteella. Projektin aihetta tarkennettiin maaliskuussa ohjausryhmän tapaamisessa.

Tupakoimattomana leikkaukseen -työryhmän kokouksessa päädyttiin siihen, että projektissa käydään läpi Valkeakosken terveyskeskuksesta Tays:n tiettyihin kirurgisiin yksiköihin lähetettyjen ja näissä yksiköissä maaliskuun 2016 - helmikuun 2017 välillä leikattujen potilaiden lähete- ja ensikäynnin merkintöjä potilastietojärjestelmästä. Valkeakosken terveyskeskus valittiin, koska Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli oli otettu käyttöön vuoden 2015 aikana. Tarkastelun kohteena olivat seuraavat Tays:n kirurgiset yksiköt: ortopedia ja traumatologia, käsi- ja plastiikkakirurgia, neurokirurgia, korva-, nenä- ja kurkkukirurgia sekä suu- ja leukakirurgia, gastroenterologia, verisuonikirurgia, urologia sekä gynekologia.

Tavoitteena oli löytää kirjausten perusteella vähintään 20 tupakoivaa leikkauspotilasta. Ennen potilastietokirjausten tarkastelua sairaanhoitaja Tuija Kolu Tays:n keuhkosairauksien poliklinikalta perehdytti projektipäällikön Tays:n Uranus-tietokantoihin.

Projektipäällikkö kävi läpi potilastietomerkintöjä 79 kappaletta saadun potilastietolistan mukaisesti. Tupakoivia leikkauspotilaita oli aineistossa 19. Projektin omistajan päätöksellä tyydyttiin tähän määrään. Erikoisalojen vertailua ei tehty.

Potilastietomerkinnät käytiin läpi erillisen lomakkeen avulla (Liite 2), jonka mukaisesti kerättiin aineistosta tarkasteltavat asiat. Lomake laadittiin yhteistyössä ohjaus- ja projektiryhmän sekä Tuplei -työryhmän kanssa.

Projektiryhmä kokoontui ensimmäisen kerran 13.4., jolloin tarkennettiin ja viimeisteltiin potilastietokirjaamisten läpikäymiseen laadittava lomake. Samalla käytiin läpi projektisuunnitelma sekä projektin tuleva aikataulu. Projektiryhmän kokous oli kestoaltaan noin 1,5 tuntia.

Ohjausryhmä hyväksyi projektisuunnitelman 19.4., jonka jälkeen käynnistettiin projektin lupaprosessi. Lupa potilastietojen käsittelyyn haettiin yhdessä TtM-opiskelija Tuija Vuolteen kanssa, joka toimi projektipäällikkönä vastaavassa projektissa Sotesi:ssa.

Projektiryhmä kokoontui toisen kerran 6.6, jolloin suunnitelman mukaisesti oli tarkoituksena käydä läpi alustavat tulokset kerätystä aineistosta. Lupa potilastietojen käsittelyyn viivästyi joten kokouksessa ei ollut käytettävissä alustavia tuloksia. Kokous pidettiin siitä huolimatta ja käytiin läpi projektin aikataulua sekä arvioitiin projektin sujumista. Lupahakemus hyväksyttiin 31.5. ja potilastietolistat saatiin käyttöön 6.6.

Projektipäällikkö kävi läpi potilastietomerkinnot 10–11.6 Tays:n tiloissa Uranus-potilastietojärjestelmästä tietohallinnolta saadun henkilölistan mukaisesti. Projektipäällikkö tarkisti tietoja lisäksi 23.6 oikeiden tietojen varmistamiseksi. Projektipäällikkö toimitti saadun henkilötunnuslistan tiedekeskukseen säilytettäväksi aineiston keruun jälkeen opetusylihoitaja Susanna Teuhon ohjeistuksen mukaisesti.

Kerätyt tiedot päädyttiin kuvailemaan excel-ohjelmiston avulla. Projektipäällikkö lähetti alustavat tulokset sekä projekti- että ohjausryhmälle. Tarkemmat tulokset lähetettiin projekti- ja ohjausryhmälle kommentoitavaksi ennen projektiryhmän seuraavaa tapaamista 22.8.

Projektiryhmän viimeinen tapaaminen järjestettiin 22.8., jolloin käytiin läpi projektin tarkennetut tulokset, saatiin projektiryhmän kommentit ja tuki tulosten esittämiseen valitulla tavalla sekä muodostettiin tulosten pohjalta kehittämissuhteet projektin tuotoksena Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin implementoinnin tehostamiseksi. Viimeisen projektiryhmän jälkeen projektipäällikkö lähetti lähes valmiin projektiraportin kommentoitavaksi sekä projekti- että ohjausryhmälle. Projektin lopullinen tuotos ovat yhteistyössä muodostetut kehittämissuhteet toiminnan kehittämiseksi. Ohjausryhmän toinen tapaaminen suunniteltiin syyskuun alkuun 7.9. Ohjausryhmän tapaamisen jälkeen projektiraporttia tarkennettiin ja ohjausryhmä hyväksyi projektiraportin.

Valmis projektityö esiteltiin opiskelijoiden yhteisessä seminaarissa Tampereen yliopistolla 19.9.2017, johon oli kutsuttu mukaan sekä ohjaus- että projektiryhmä. Apulaisylilääkäri Kirsi Laasonen esitti projektin tulokset ja tuotoksen TupLei -työryhmän kokouksessa ja sairaanhoitaja Eija Weckman-Rossi Valkeakosken terveyskeskuksen kokouksessa syksyn 2017 aikana.

Projektin aikataulu pyrittiin luomaan mahdollisimman joustavaksi ja realistiseksi. Suunnittelun edetessä projektin aikataulu täsmentyi. Projektisuunnitelman laatimiseen oli varattu eniten aikaa, mutta siihen varatut tunnit hiukan ylittyivät. Suunnitelma laadittiin ja hyväksyttiin aikataulun mukaisesti.

Kirjallisuuden hakuun ja työn suunnitteluun meni hiukan arvioitua enemmän aikaa. Myös tulosten analysointiin ja loppuraportin kirjoittamiseen varattu aika ylittyi. Työn esittämiseen seminaareissa ja alueellisessa Tupakoimattomuus -koulutuksessa suunniteltu aika ylittyi. Potilastietokirjausten läpi käymiseen varattu aika riitti hyvin. Myös sähköpostiviestittelyyn sekä projekti- että ohjausryhmän kanssa varattu aika riitti hyvin. Eniten aikaa kului lupahakemukseen liittyvään sähköpostiviestittelyyn.

Projektisuunnitelman hyväksymisen jälkeen lupahakemus potilastietojen käsittelyyn laitettiin vireille. Lupahakemus tehtiin 4.5 ja lupa sekä potilastietolista saatiin käyttöön 6.6. Projektipäällikkö kävi läpi potilastietokirjaukset kesäkuun aikana. Potilastietomerkintöjen läpi käyminen oli suunnitelmassa ajoitettu huhti–kesäkuulle. Lupaprosessin aloitus oli ajoitettu huhtikuulle, mutta se viivästyi projektiryhmän kokoon saamisen viivästyessä.

Projektiryhmän kokoaminen aloitettiin maaliskuussa ohjausryhmän kokouksessa ja ensimmäinen projektiryhmän kokous oli 13.4. Lomake potilastietokirjaamisten läpi käymiseen laadittiin aikataulussa. Projektin vaiheet, suunnitellut tunnit ja kuukausittain toteutuneet tunnit on kuvattu taulukossa 1. Projektin vastuut, työvaiheet ja päivittäin toteutuneet tunnit on kuvattu liitteessä 1.

Taulukko 1. Projektin aikataulu

Projektin vaiheet	01	02	03	04	05	06	07	08	09	Suunnitellut tunnit	Toteutuneet tunnit
Projektin aloitusseminaari	4									4h	4h
Aloituspalaveri yliopistolla		4								4h	2h
Kirjallisuuden hakua, suunnittelua		10	15	13						38h	45h
Projektiryhmän kokoaminen ja yhteydenotot		1	2	2						5h	3h
Projektisuunnitelman laatiminen		20	25	25						70h	81h
Potilaskirjaamisten läpi käymiseen laaditaan lomake			4	6						10h	8h
Ohjausryhmän kokoukset ja viestittely		2	2	2					2	8h	6h
Projektiryhmän kokoukset				5	5				5	15	6h
Osallistuminen Tuplei -työryhmän kokouksiin ja Tupakoimatta leikkaukseen - koulutukseen			3	4						7h	7h
Lupahakemus potilastietojen käsittelyyn				2						2h	3h
Potilaskirjaamisten kartoittaminen ja perehdytys tietokantoihin				10	10	5				25h	24h
Tulosten analysointi					15	10				25h	30h
Loppuraportin kirjoittaminen						10	5	10		25h	52h
Projektin arviointi			2	2	2	2		2		10h	5h
Työn esittäminen ja osallistuminen seminaareihin									20	20h	24h
<b>TUNNIT KUUKAUSITTAIN/ YHTEENSÄ</b>	<b>01 4h</b>	<b>02 37h</b>	<b>03 53h</b>	<b>04 71h</b>	<b>05 32h</b>	<b>06 27h</b>	<b>07 5h</b>	<b>08 12h</b>	<b>09 20h</b>	<b>yhteensä: 270h</b>	<b>yhteensä: 300h</b>

## 4.2 Projektin tiedottaminen

Projektissa pyrittiin viestimään oikea tieto oikeille henkilöille. Projektipäällikkö otti huomioon sen, kuka tarvitsee projektiin liittyvää tietoa ja koska, mitä tietoa tarvitaan ja mitä kanavia käytetään. Viestintä painottui projektin aikana eri asioihin. Sähköposti todettiin parhaaksi välineeksi tiedottamisessa ja sitä käytettiin aktiivisesti. Osan sähköposteista olisi voinut kohdentaa vain tietyille henkilöille esimerkiksi lupahakemukseen liittyen, mutta toisaalta laajalla jakelulla kaikki pysyivät ajan tasalla projektin etenemisestä.

Projektipäällikkö tiedotti säännöllisesti ohjausryhmää projektin etenemisestä ja sen eri vaiheista. Ohjausryhmää tiedotettiin siitä, mitä on jo tehty ja mitkä asiat ovat kesken tai tekemättä. Ohjausryhmään oltiin yhteydessä sähköpostitse ja se kutsuttiin koolle kaksi kertaa.

Ennen ohjausryhmän kokouksia projektipäällikkö toimitti ohjausryhmälle esityslistan sähköpostitse viikkoa ennen tapaamisia. Ohjausryhmään oltiin yhteydessä liittyen projektisuunnitelman laatimiseen, lupahakemuksen, potilastietolistojen ja tunnusten saamiseksi potilastietojärjestelmään sekä kokousten sopimiseksi. Lupahakemuksen laatimisesta oltiin yhteydessä myös opetusylihoitaja Susanna Teuhoon sähköpostitse ja hakemukset toimitettiin hänelle henkilökohtaisesti. Uranustunnusten saamiseksi oltiin sähköpostitse ja puhelimitse yhteydessä ylihoitaja Tiina Kortteistoon, joka toimitti tunnukset projektipäällikölle. Projektipäällikkö laati yhteisen lupahakemuksen TtM-opiskelija Tuija Vuolteen kanssa.

Projektipäällikkö kutsui koolle projektiryhmän, laati esityslistan ennen kokousta ja toimitti sen projektiryhmälle viikkoa ennen tapaamista sekä laati muistion kokouksista. Muistio projektiryhmän kokouksista lähetettiin sekä projekti- että ohjausryhmälle viikon kuluessa. Projektipäällikkö tiedotti projektin alustavista ja lopullisista tuloksista projektiryhmää ja ohjausryhmää sekä sähköpostilla että tapaamisissa.

Projektiraportti toimitettiin organisaation käyttöön. Sekä projekti- että ohjausryhmä tiedottivat projektin tuloksista ja tuotoksesta muulle organisaatiolle. Projektipäällikkö tiedotti projektin tuloksista ja tuotoksesta alueellisessa Tupakoimattomuus -koulutuksessa.

### 4.3 Projektin kustannukset

Tässä projektissa opiskelija toimi projektipäällikkönä ja vastasi projektin kustannuksista. Työtunteja projektiin laskettiin yhteensä 270, joka vastaa 10:tä opintopistettä. Projektin toteutuneet tunnit olivat yhteensä 300 tuntia. Projektipäällikön tuntipalkaksi arvioitiin 30e/h kuntatyönantajien palkkatilaston mukaisesti (KT Kuntatyönantajat 2016.) Projektiryhmäläisillä kokoukset sisältyivät työaikaan.

Projekti toteutettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan ja Tampereen yliopiston laitteilla ja ohjelmilla sekä opiskelijan omalla tietokoneella ja internetyhteydellä. Tietokoneen ja internetyhteyden hinnaksi muodostui 10e/kk. Muistitikun hinnaksi tuli 15e. Tulosteet opiskelija maksoi itse, joiden hinta oli noin 0,10e/tuloste. Tulosteita otettiin mahdollisimman vähän. Projektisuunnitelma ja projektiraportti toimitettiin ohjaus- ja projektiryhmälle sähköisenä, samoin esityslistat ja muistiot. Opettajalle toimitettiin sekä projektisuunnitelma että projektiraportti kirjallisena. Potilastietokirjaamisen läpi käymiseen tulostettiin liitteitä (liite 2.) 79 kappaletta.

Projekti- ja ohjausryhmän tapaamiset toteutettiin Tampereen yliopistollisen sairaalan tiloissa. Kokoukset toteutuivat suunnitellusti tapaamisilla. Projektisuunnitelmassa huomioitua Lync-yhteyttä ei tarvittu, koska tapaamiset kasvojen saatiin järjestymään. Projektiryhmä kokoontui kolme kertaa ja tapaamisten kesto oli noin 1,5 tuntia. Projektin ohjausryhmä kokoontui kaksi kertaa ja tapaamisten kesto oli noin 1,5 tuntia. Lisäksi opiskelija osallistui alueelliseen Tupakoimattomuuskoulutukseen kaksi kertaa ja Tuplei -työryhmän kokoukseen yhden kerran Tays:ssa. Projektipäällikkö kävi läpi potilastietokirjaukset Tays:n tiloissa 3 kertaa sekä toimittamassa projektin lupahakemuksen yhden kerran.

Projektipäällikön matkakulut muodostuivat oman auton käytöstä, mahdollisista pysäköintikuluista ja linja-autolipusta. Oman auton käyttö arvioitiin 5 euroa/käynti sisältäen mahdollisen pysäköintimaksun. Bussilipun hinta laskettiin kertamaksun mukaisesti 3 euroa/kerta.

Projektiryhmäläisten matkakulut muodostuivat bussilipun kertamaksusta Tampereen seudun joukkoliikenteessä ja bussilipusta Valkeakoskelta Tampereelle 2 kertaa 7,40 euroa suunta. Muut kulut koostuivat tarjottavista projektiryhmän kokouksiin. Taulukossa 2 kuvataan projektin toteutunut budjetti.

Taulukko 2. Projektin budjetti euroina

	tammi	helmi	maalis	huhti	touko	kesä	heinä	elo	syys	Yhteissumma
<b>Palkka-kulut</b>										
Projekti-päällikkö	120	816	1662	2250	42	1710	960	510	930	9000
<b>Laitteet</b>										
Tieto-kone ja internet	10	10	10	10	10	10	10	10	10	90
<b>Materiaalit</b>										
Tulostaminen	0	3	2	3	2	9,9	2	2	2	25,9
Muistitikku	15	0	0	0	0	0	0	0	0	15
<b>Matka-kulut</b>										
Bussilippu/Siiskonen				6	6					12
Oman auton käyttö/Siiskonen				10	0	15		10	5	40
Bussilippu Vuolle				6				6	6	18
Bussilippu Weckman-Rossi				14,8				14,8		29,6
<b>Muut kulut</b>										
Tarjottavat projektiryhmään	0	0	0	10	0	10		10	0	30
<b>Kokonaiskustannukset</b>	145	829	1674	2309,8	60	1754,9	972	562,8	953	9260,5

#### 4.4 Riskienhallinta

Projektin vaikeudet johtuvat yleensä puutteellisesta suunnittelusta ja heikosta organisoinnista. Projektin asiantuntijat ovat yleensä tehtäviensä tasalla, mutta projektiryhmä ei toimi kokonaisuutena eikä projekti onnistu toivotulla tavalla. Ongelmia voidaan kuitenkin ennakoida ja välttää oikein sovelletulla projektin hallinnalla. Huolellinen ennakointi vähentää projektin aikana ilmeneviä ongelmia ja niiden haitallisia vaikutuksia. (Ruuska 2007, 41–53, Mäntyneva 2016, 131–133.)

Projektin aikataulu viivästyi lupahakemuksen ja potilastietolistojen saamisessa. Lupahakemus laitettiin vireille 4.5 ja lupa saatiin käyttöön 6.6, jolloin samalle päivälle oli sovittu projektiryhmän tapaaminen. Tapaamisessa oli tarkoitus käydä läpi potilastietokirjausten tuloksia, mutta tämä ei ollut mahdollista, koska lupa ja potilastietolistat saatiin käyttöön samana päivänä. Projektiryhmä päätettiin kuitenkin toteuttaa, koska kesäloma-ajan takia oli vaikea sopia uutta ajankohtaa. Projektiryhmän tapaaminen oli hyödyllinen tässä vaiheessa, koska tällöin oli mahdollisuus arvioida projektin etenemistä ja suunnitella jatkoa sekä tiedottaa ryhmää projektin etenemisestä. Ryhmässä tehtiin myös pienimuotoinen väliarviointi.

Projektipäällikkö ei päässyt tarkastelemaan tarvittavia potilastietoja suunnitelman mukaisesti, koska Uranus-järjestelmään pyydyt tunnuksot oli luotu väärin. Projektipäällikkö oli yhteydessä projektin omistajaan, joka hoiti asian ja potilastietojen tarkastelua päästiin tekemään. Riskien minimoimiseksi on tärkeää laatia aikataulu erittäin joustavaksi.

Projektipäällikön vähäinen kokemus projektityöskentelystä lisäsi projektipäällikön omaa työtä ja aiheutti yhdessä projektiryhmän kokouksessa vähäistä sekaannusta. Projektisuunnitelmaan tehtiin muutoksia liian tiheästi, jonka seurauksena projektiryhmän 1. kokouksessa ryhmällä oli hieman eri versio projektisuunnitelmasta kuin projektipäälliköllä. Tästä opittiin se, että muutoksia tehdään harkitusti vasta kun kaikki jäsenet ovat kommentoineet.

Projektiryhmän 2. tapaamiseen yksi osallistujista ei päässyt mukaan, mutta varmistettiin, että hän sai tiedon projektiryhmän sisällöstä. Seuraava ryhmä toteutettiin ajankohtana, jolloin hän pääsi mukaan kokoukseen. Taulukossa 3 on esitetty projektin riskienhallintasuunnitelma.



Taulukko 3. Riskienhallinta

Riski	Todennäköisyys	Varautuminen	Riski toteutui/ ei toteutunut
Projektipäällikön vähäinen kokemus projektityöskentelystä esim. tiedottaminen viivästyy tai epäonnistuu	2	Huolellinen perehtyminen projektikirjallisuuteen, ohjausryhmän tuki ja avun pyytäminen tarvittaessa.	<b>Riski toteutui osittain:</b> Projektisuunnitelmaan tehtiin muutoksia liian tiheästi. Projektin tiedottaminen sujui hyvin, projektipäällikkö perehtyi projektikirjallisuuteen ja pyysi apua tarvittaessa ohjausryhmältä
Aikataulu viivästyy: Projektin ei pysy sovitussa aikataulussa esim. lupahakemuksen viivästyminen	2	Joustavaa suunnittelua, seuranta ja arviointia projektin edetessä	<b>Riski toteutui:</b> Lupahakemus viivästyi. Lupahakemus tehtiin 4.5. ja lupa saatiin 6.6
Projektiryhmän jäsenten osallistuminen estyy esim. muiden työtehtävien takia	3	Jäsenten motivointi, oikeiden henkilöiden löytäminen ryhmään, kokousten sopiminen hyvissä ajoin	<b>Riski toteutui:</b> Yksi projektiryhmän jäsen ei päässyt kokoukseen 6.6, mutta kokous pidettiin siitä huolimatta. Varmistettiin, että hän pääsee seuraavaan kokoukseen.
Tekniset ongelmat: Kokousten järjestäminen esim. lync- yhteydellä ei toimi	2	Laitteiden testaaminen etukäteen, tukihenkilö	<b>Riski ei toteutunut:</b> Lync-yhteyttä ei käytetty.
Potilaskirjaamisten tarkastelu epäonnistuu: tarkastelun tulkinta on virheellinen, perehtyminen sairaalan potilastietojärjestelmään epäonnistuu.	1	Tukihenkilöltä apua kirjaamisten tarkasteluun, perehdyttäminen Tays:n tietokantoihin	<b>Riski ei toteutunut:</b> Perehdytys tietokantoihin saatiin sh Tuija Kolulta. Oli myös mahdollisuus kysyä apua tarvittaessa.
Ennakoimattoman riskin ilmeneminen	1	Projektisuunnitelman säännöllinen tarkastaminen, ongelmiin puututaan nopeasti, selkeät vastuujao	<b>Riski toteutui:</b> Aluksi Uranus-tunnukset oli pyydetty väärin eli tarvittaviin tietoihin ei päästy.

Riskin todennäköisyys 1-3: 1=matala, 3=korkea

## 5. PROJEKTIN TUOTOS

### 5.1 Projektin aineisto

Projektissa käytetty aineisto kerättiin Tays:n Uranus -potilastietojärjestelmästä tarkastelemalla Valkeakosken terveyskeskuksesta Tays:n valituille klinikoille lähetettyjä ja Tays:ssa leikattuja potilaita maaliskuun 2016 - helmikuun 2017 välillä. Tarkastelun kohteena olivat seuraavat Tays:n kirurgiset yksiköt: ortopedia ja traumatologia, käsi- ja plastiikkakirurgia, neurokirurgia, korva-, nenä- ja kurkkukirurgia sekä suu- ja leukakirurgia, gastroenterologia, verisuonikirurgia, urologia sekä gynekologia. Tietohallinnolta pyydettiin lista, jonka hakukriteerit olivat seuraavat: lähete Valkeakosken terveyskeskuksesta Tays:n edellä mainituille klinikoille ajanjaksolla 1.3.2016–28.2.2017.

Potilastiedoista tarkasteltiin potilaiden taustatietoja kuten ikä, sukupuoli, tupakointistatus, tupakoinnin määrä, kesto ja askivuodet. Tarkastelun ulkopuolelle jätettiin lapset (6) ja potilas, joka oli listalla kaksi kertaa (1). Tietoja tarkasteltiin seuraavista kohdista: potilaan pysyväistiedot, esitiedot, kuviin skannatut esitietolomakkeet sekä lähettävän yksikön ja kirurgian ensikäynnin tekstit. Aineiston keruussa käytettiin apuna tulostettua lomaketta (Liite 2), johon merkittiin manuaalisesti tarkasteltavat tiedot. Tiedot siirrettiin tämän jälkeen excel -ohjelmistojärjestelmään. Manuaalisesti kerätyt liitteet tuhottiin tarkastelun jälkeen.

Excel -ohjelmistojärjestelmään laadittuun taulukkoon vietiin aluksi seuraavat taustatiedot: kirurginen yksikkö, ikä, sukupuoli, tupakoi (kyllä/ei/ei tietoa), tupakkamäärä, tupakoinnin kesto ja askivuodet. Seuraavaksi vietiin tiedot Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteutumisesta. Jokaiseen kohtaan oli vaihtoehtona vastaus: kyllä/ei/ei tietoa. Pääasiassa vastattiin joko kyllä tai ei, mutta osaan kohdista vastattiin: ei tietoa. Ei tietoa -merkintää käytettiin seuraavissa kohdissa: tupakointistatusta ei ollut merkitty taustatiedoissa tai lähettävän yksikön lähetetekstissä, jolloin ei tiedetty onko tupakointiin puututtu lähettävässä yksikössä. Mikäli tupakointistatusta ei ollut merkitty lähettävässä yksikössä tai kirurgian tekstissä, niin vastattiin -ei tietoa seuraaviin kohtiin: potilas on lopettanut tupakoinnin intervention jälkeen, lääkäri on kehottanut lopettamaan kirurgisessa yksikössä, lääkäri on kirjoittanut lääkeresepin, lääkäri on ohjannut hoitajalle, hoitaja on aloittanut intervention ja hoitaja on ohjannut jatkohoitoon.

Tupakoimattomilla potilailla vastattiin taustatietoihin ja potilasta koskeviin kohtiin. Kohdat, jotka eivät koskeneet tupakoimatonta potilasta, jätettiin tyhjiksi, jotta tilastot eivät excel-ohjelmistojärjestelmässä vääristy. Tupakoivilla potilailla merkittiin tiedot jokaiseen kohtaan ja samoin potilailla, joilla ei ollut tietoa tupakoinnista eli tupakointimerkintöjä ei löytynyt lainkaan.

## 5.2 Projektin tulokset

Potilastietomerkintöjä käytiin läpi 79:n potilaan tiedoista. Kirurgian erikoisalaja oli yhteensä 10. Kirurgian erikoisalajat olivat seuraavat: urologia (n=16), verisuonikirurgia (n=9), käsikirurgia (n=6), ortopedia (n=10), plastiikkakirurgia (n=16), gastroenterologinen kirurgia (n=4), neurologinen kirurgia (n=4), gynekologia (n=6), korvakirurgia (n=5) ja suukirurgia (n=3). Potilaiden ikä luokiteltiin tuloksissa viiteen luokkaan. Vähiten oli 24–34-vuotiaita ja eniten 63–83-vuotiaita.

Tupakointitieto oli merkitty läheteeseen kaikista potilaista 13 prosentilla (n=10) ja tupakoivista potilaista 47 prosentilla (n=9). Vain kolmella tupakoivalla potilaalla tupakointiin oli puututtu lähettävässä yksikössä. Kirurgisessa yksikössä tupakointitieto oli merkitty 18 prosentilla kaikista potilaista (n=14) ja 58 prosentilla (n=11) tupakoivista potilailla. Kirurgisessa yksikössä lääkäri oli kehottanut lopettamaan tupakoinnin 11 prosentille (n=5) tupakoivista potilaista ja kirjoittanut lääkereseptin 5 prosentille (n=1). Yhtäkään potilasta ei ohjattu jatkohoitoon vieroitushoitajalle. Projektin tarkemmat tulokset on kuvattu liitteessä 3.

## 5.3 Pohdintaa tuloksista

Tuloksista voidaan päätellä, että Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin jalkauttamista tulee kehittää. Aineistoa tarkasteltaessa projektipäällikkö mietti, kuinka moni on tietoinen toimintamallista, koska tupakointitietojen kirjauksia puuttui melko paljon. Saattaa olla, että tupakointi on otettu useammin puheeksi, mutta kirjausten puuttuessa sitä ei voida todentaa. Puutteellisia merkintöjä saattaa myös selittää henkilökunnan vaihtuvuus ja ajanpuute. Tämä ei kuitenkaan saisi olla syynä siihen, että tupakointitietoja ei kirjata.

Potilaiden tupakointitiedot oli merkitty vaihtelevasti eri kohtiin, joka hiukan vaikeutti tietojen löytämistä. Ohjeistuksen mukaisesti tupakointitieto tulisi kirjata pysyväistietoihin, mutta vain muutama tupakointitieto löytyi pysyväistiedoista. Osa tupakointimerkinnöistä oli kirjattu

esitietoihin ja suurin osa tupakointitiedoista löytyi kuviin skannatuista esitietolomakkeista. Kaikilta potilailta ei löytynyt skannattua esitietolomaketta. Tupakointia ei ollut merkitty riskitietoihin, johon sitä on suunniteltu merkittäväksi Savuttomuus -työryhmässä. Tieto tulisi olla helpommin löydettävissä. Huomiona myös, että Fagerströmin pisteitä ei ollut merkitty yhdellekään potilaalle.

Projektipäällikkö huomasi myös, että mikäli tupakointi oli huomioitu ja kirjattu lähettävässä yksikössä niin se oli yleensä huomioitu myös kirurgian tekstissä. Kirurgian tekstissä tupakointi oli huomioitu yleisesti hiukan paremmin, mutta merkittävää eroa ei kuitenkaan ollut. Yhtäkään lähetettä ei ollut kirjausten mukaan palautettu tai pyydetty täydennystä tupakointitietojen puuttuessa. Läheteiden aktiivinen palauttaminen saattaisi myös lisätä toimintamallin käyttöä. Tays:n keuhkosairauksien poliklinikalta sairaanhoitaja Tuija Kolu kertoi, että palautetut lähetteet näkyvät järjestelmässä noin kuukauden ajan joten on mahdollista, että tietoja ei ollut enää löydettävissä. Tämä on kuitenkin epätodennäköistä.

Tuloksissa ei eritelty tupakointimääriä, koska se ei tuonut lisäarvoa. Lähettävässä yksikössä kolme tupakoivaa potilasta oli saanut intervention eikä kukaan potilaista lopettanut tupakointia. Mikäli tupakoivat olisivat lopettaneet tupakoinnin intervention jälkeen, olisi ollut hyödyllistä eritellä tupakkamääriä.

Kirurgisessa yksikössä tupakointiin oli puututtu viiden potilaan kohdalla ja yhdelle oli kirjoitettu lääkeresepti. Yhdenkään potilaan kohdalla ei löytynyt merkintää siitä, että olisi ohjattu interventioon hoitajalle. Potilastiedoista tarkistettiin, että samana tai lähipäivinä lääkärikäynnin kanssa ei löytynyt hoitajan tekstiä interventiosta.

Aineisto (n=79) ei ole kovin suuri, mutta tulokset olivat samansuuntaisia vastaavaa projektia Sotesin osalta tekevällä TtM-opiskelijalla Tuija Vuolteella, jonka aineisto oli hiukan laajempi (n=124). Valkeakosken terveyskeskuksessa toimintamallin käyttöönottoa aloitettiin syksyllä 2015. Syyskuussa 2015 Valkeakoskella sairaanhoitaja Eija Weckman-Rossi kouluttautui vieroitushoitajaksi. Samaan aikaan Valkeakoskelta tehtiin tutustumiskäynti Sotesiin, jossa toimintamalli oli jo paremmin käytössä. Keväällä 2016 toimintamallin käyttö on Valkeakoskella ollut vielä melko alussa joten on mahdollista, että tupakointimerkintöjä puuttuisi osittain tästä syystä.

Tällä hetkellä vieroitushoitajalle ohjataan jo enemmän potilaita kuin Tuplei -mallin käyttöä aloitettaessa, mutta suurin osa ei ole leikkauspotilaita. Toimintamalli on todennäköisesti jo paremmin käytössä kuin toimintaa aloitettaessa.

#### 5.4 Kehittämisehdotukset

Projektissa selvitettiin Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteumista Valkeakosken leikkauspotilaiden hoidossa käymällä läpi potilastietokirjauksia Valkeakosken terveystieteiden keskukselta Tays:n valituille erikoisaloille lähetettyjen potilaiden potilastietomerkinnöistä. Projektin tulosten ja projektiryhmän keskustelujen pohjalta projektiryhmä muodosti ehdotuksia toimintamallin implementoinnin tehostamiseksi.

Tärkeintä on tupakoivien potilaiden systemaattinen tunnistaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekä puuttuminen tupakointiin. Myös kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen nousi esille. Tupakointimerkinnät löytyivät vaihtelevista kohdista, joka vaikeutti tiedon löytämistä. Selkeä ohjeistus tupakointitietojen merkinnästä tiettyyn kenttään järjestelmässä on tarpeen. Lisäksi tupakointitietojen huomiointi tulisi laatia tietojärjestelmään niin, että lähetteen teossa ei pääse etenemään ennen kuin tupakointi on huomioitu. Mallin mukaisesti myös aktiivista lähetteen palauttamista kirurgisesta yksiköstä lähettävään yksikköön tulisi toteuttaa tupakointitietojen puuttuessa.

Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen edellyttää sitä, että henkilökunta tietää toimintamallista ja sen tärkeydestä. Koulutusta voisi lisätä velvoittamalla osallistumaan verkkokurssille, joka käsittelee Tuplei -toimintamallia. Toimintamallin tärkeys tulisi ehdottomasti huomioida johtotasolta lähtien, jolloin voitaisiin myös keskittyä jokaisen yksikön konkreettisiin toimiin. Jatkuva koulutus Tuplei -mallista on tarpeen. Tuplei -malliin ja tupakasta vieroitukseen tulisi määritellä vastuuhoidaja ja lääkäri, jotka tiedottaisivat mallin käytöstä säännöllisesti.

Tuplei -toimintamalli tulisi myös lisätä uusien työntekijöiden perehdytyslistalle yksikkökohtaisesti. Jokaisen leikkauspotilaan kohdalla tupakointitietojen systemaattinen tarkistus ja tietojen lisääminen leikkauksen tarkistuslistaan tulisi tehdä. Tuplei -toimintamallia tulisi myös aktiivisesti markkinoida eri yksiköille.

Kehittämis ehdotukset ja keinot toimintamallin implementoinnin tehostamiseksi on kuvattu tarkemmin taulukossa (Liite 4).

## **6. TULOKSISTA TIEDOTTAMINEN**

Valmis projektityö esiteltiin opiskelijoiden yhteisessä seminaarissa Tampereen yliopistolla 19.9.2017, johon oli kutsuttu mukaan sekä ohjaus- että projektiryhmä. Apulaisylilääkäri Kirsi Laasonen esitti projektin tulokset ja tuotoksen TupLei -työryhmän kokouksessa Tays:ssa ja sairaanhoitaja Eija Weckman-Rossi Valkeakosken terveyskeskuksen kokouksessa.

Projektipäällikkö esitteli projektin tulokset ja tuotoksen alueellisessa Tupakoimattomana leikkaukseen -koulutuksessa 3.11.2017. Tuloksia implementoidaan TupLei -työryhmän kautta. Tulokset ja projektiraportti annettiin Tuplei -työryhmän käyttöön ja niitä hyödynnetään jatkokehittämisessä. Suositeltavaa on, että vastaava kartoitus toteutettaisiin uudelleen esimerkiksi kahden vuoden kuluttua, jolloin olisi mahdollisuus seurata ja arvioida Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteutumista. Vastuu tuloksien hyödyntämisestä siirtyi TupLei -työryhmälle projektin päättyessä.

## **7. PROJEKTIN ARVIOINTI**

Projektin arviointi on systemaattista toimintaa. Arvioinnilla selvitetään projektin onnistumista. Arviointi on myös toiminnan kehittämistä, jolloin se toimii impulssina päätöksenteolle. Arviointi tarjoaa arvokasta tietoa projektin toteutumisesta, ongelmista ja hyvistä puolista. Arviointia voidaan toteuttaa ennakoarviointina, toimeenpanon aikaisena arviointina ja jälkiarviointina. Ennakoarviointi keskittyy projektin riskeihin, projektin tavoitteen tärkeyden ja tarkoituksenmukaisuuden arviointiin. Toimeenpanon aikana tapahtuvaan arviointiin kuuluu mm. toimintatapojen arviointi, jonka avulla on mahdollista kehittää projektin toimintaa. Jälkiarviointi keskittyy saavutettujen tulosten ja niiden vaikutusten arviointiin. Arvioinnin tavoitteena on myös analysoida epäonnistumisia ja tuoda esiin oppimiskokemuksia. (Paasivaara ym. 2008, 139–144, THL 2012.)

Tässä projektissa arviointiin osallistui koko projektiorganisaatio. Projektin arviointia toteutettiin vaiheittain sekä projektiryhmän että ohjausryhmän kokouksissa. Projektipäällikkö teki myös itsearviointia huomioiden miten eri vaiheissa on toimittu ja mitä olisi voinut tehdä paremmin.

Ennakoarviointia toteutettiin ennakoimalla projektin mahdollisia riskejä. Projektin aikataulu pyrittiin laatimaan mahdollisimman joustavaksi ja se olikin tarpeen. Aikataulu viivästyi useammassa kohdassa projektia, mutta aikataulun väljyyden vuoksi projekti kuitenkin toteutui aikataulussa. Toimeenpanon aikana arvioitiin esimerkiksi projektiryhmän tapaamisia, ryhmädynamiikkaa, aikataulun, tiedotuksen ja kustannusten toteutumista.

Projektiryhmän tapaamiset toteutuivat suunnitellusti. Ryhmän dynamiikka koettiin hyväksi ja tapaamisten kesto oli riittävä. Projektipäällikkö oli valmistautunut kokouksiin ja lähettänyt esityslistan ryhmälle viikkoa ennen tapaamisia. Myös tapaamisten muistiot projektipäällikkö lähetti sekä projekti- että ohjausryhmälle viikon kuluessa. Projektin kustannukset hiukan ylittyivät, joka liittyi projektin työtuntien ylittymiseen. Muilta osin kustannukset pysyivät suunnitelman mukaisina.

Projektipäällikkö toteutti itsearviointia koko projektin ajan. Projektipäällikön vähäinen kokemus projektityöstä vaikutti ryhmän toimintaan yhdessä kokouksessa, jolloin projektipäälliköllä oli hiukan eri versio suunnitelmasta kuin ryhmällä. Projektipäällikkö sai tästä arvokasta oppia ja jatkossa muutokset suunnitelmaan sekä raporttiin tehtiin harkinnan mukaisesti vasta kaikkien saatujen kommenttien jälkeen. Projektin tiedotus sujui hyvin ja siihen oltiin tyytyväisiä. Projektiryhmältä pyydettiin palautetta. Ryhmä oli tyytyväinen projektipäällikön toimintaan, sovitut asiat oli hoidettu aikataulussa ja asioiden esitystapaan oltiin tyytyväisiä. Myös projektipäällikkö oli tyytyväinen projektiryhmän toimintaan ja osallistumiseen.

Ohjausryhmältä saatu palaute oli kannustava. Projekti toteutui aikataulussa ja tavoitteisiin päästiin. Ohjausryhmä oli tyytyväinen tiedottamiseen ja projektin etenemiseen suunnitellusti. Kokouskäytännöt olivat sujuvat. Ohjausryhmä totesi, että tuotos vastaa tilaajan tarpeita. Projektipäällikkö toimi myös projektiryhmän jäsenenä TtM-opiskelija Tuija Vuolteen vastaavassa projektissa Sotesin osalta. Projektit olivat hyvin samanlaiset ja oli mahdollisuus saada tärkeää vertaistukea.

Arvioinnin kohteena olivat myös projektin toteuttaminen ja tulokset. Projektissa käytettävä lomake potilastietomerkintöjen läpikäymiseen (liite 2) laadittiin yhteistyössä projekti- ja ohjausryhmän sekä

Tuplei -työryhmän kanssa. Lomakkeen käytössä huomattiin joitakin ongelmia aineiston käsittelyssä. Erityisessä lomakkeen kohdassa -ei tietoa oli tärkeää miettiä miten kohtaa käytetään. Asia ratkaistiin niin, että etukäteen päätettiin kohdat, joissa merkintää käytetään. Sama asia otettiin huomioon myös aineiston analysoinnissa joten lomake toimi kohtuullisen hyvin.

Projektipäällikkö keräsi itse projektin aineiston. Tietojärjestelmiin saatu perehdytys olisi voinut olla pidempi, mutta jälkikäteen oli mahdollisuus tarkistaa asioita perehdyttäjältä. Näin toimittiin ja saatiin tarvittavat vastaukset. Aineistoa kerättiin kolmena erillisenä päivänä. Tietojärjestelmä oli projektipäällikölle täysin vieras joten aluksi tietojen löytämiseen meni aikaa. Mahdollisesti järjestelmästä saadut tiedot olisi saatu nopeammin tai luotettavammin, jos sen olisi tehnyt tietokannat tunteva henkilö.

Projekti toteutui suunnitellussa aikataulussa ja tavoitteet saavutettiin. Projektin vertaisarviointia toteutettiin Tampereen yliopiston seminaareissa ja opponoinnin yhteydessä.



## 8. LÄHTEET

Bottorff, J. L., Seaton, C. L., Viney, N., Stolp, S., Krueckl, S., & Holm, N. (2016) The stop smoking before surgery program: Impact on awareness of smoking-related perioperative complications and smoking behavior in northern canadian communities. *Journal of Primary Care & Community Health*, 7(1) 16–23.

Bottorff, J. L., Seaton, C. L., & Lamont, S. (2015) Patients' awareness of the surgical risks of smoking: Implications for supporting smoking cessation. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 61(12) .

Coon, D., Tuffaha, S., Christensen, J., & Bonawitz, S. C. (2013) Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 131(2) 385.

Duodecim 2016. Leikkaukseen valmistautuminen.

Saatavilla: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00089](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089)

Luettu 13.2.2017

Grønkjær, M., Eliassen, M., Skov-Ettrup, L. S., Tolstrup, J. S., Christiansen, A. H., Mikkelsen, S. S., Flensburg-Madsen, T. (2014) Preoperative smoking status and postoperative complications: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgery*, 259(1) 52-71.

Hawn, M. T., Houston, T. K., Campagna, E. J., Graham, L. A., Singh, J., Bishop, M., & Henderson, W. G. (2011) The attributable risk of smoking on surgical complications. *Annals of Surgery*, 254(6) 914-920.

Jung, K. H., Kim, S. M., Choi, M. G., Lee, J. H., Noh, J. H., Sohn, T. S., Kim, S. (2015) Preoperative smoking cessation can reduce postoperative complications in gastric cancer surgery. *Gastric Cancer*, 18(4) 683–690.

KT Kuntatyöntajat 2016. Palkkatilastot.

Saatavilla: <https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/palkkatilastot>

Luettu: 9.9.2017

Käypä hoito 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus

Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi40020>

Luettu 27.3.2017

Kyrö A. 2017. *Tupakasta vieroitus leikkauspotilailla*. Teoksessa: Heloma A, Kiianmaa K, Korhonen T & Winell K (toim.) *Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus*. Duodecim, Helsinki.

Lääkärilehti 2017a. Tupakkavalistus on olennainen osa leikkauksen valmistelua.

Saatavilla: [www.laakarilehti.fi/helios.uta.fi/ajassa/paakirjoitukset/tupakkavalistus-on-olennainen-osa-leikkauksen-valmistelua/](http://www.laakarilehti.fi/helios.uta.fi/ajassa/paakirjoitukset/tupakkavalistus-on-olennainen-osa-leikkauksen-valmistelua/)

Luettu 20.8.2017

Lääkärilehti 2017b. Tupakasta vieroitus ennen leikkausta

Saatavilla: <http://www.laakarilehti.fi/helios.uta.fi/pdf/2017/SLL52017-286.pdf>

Luettu 20.8.2017

Mills, E., Eyawo, O., Lockhart, I., Kelly, S., Wu, P., & Ebbert, J. O. (2011) Smoking cessation reduces postoperative complications: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Medicine*, 124(2) 144–154.

Mäntyneva M. 2016. *Hallittu projekti. Jäntevästä suunnittelusta menetykselliseen toteutukseen*. Kauppakamari

Paasivaara L, Suhonen M, Nikkilä J. 2008. *Innostavat projektit*. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki.

Puura A. 2000. *Tupakka ja anestesia*

Saatavilla: [http://www.finnanest.fi/files/a\\_puura.pdf](http://www.finnanest.fi/files/a_puura.pdf)

Luettu 27.3.2017

Ruuska K. 2007. *Pidä projekti hallinnassa*. 6. painos. Talentum. Helsinki.

Savuton leikkaus -työryhmä 2017. Diasarja. Tiina Kortteisto.

Song, F., Brown, T. J., Blyth, A., Maskrey, V., McNamara, I., & Donell, S. (2015) Identifying and recruiting smokers for preoperative smoking cessation--a systematic review of methods reported in published studies. *Systematic Reviews*, 4(1) 157.

Tampereen yliopisto 2017. Opinto-oppaat 2016–2017.

Saatavilla: <https://www10.uta.fi/opas/opintojakso.htm?rid=10221&idx=1&uiLang=fi&lang=fi&lvv=2016>

Luettu: 10.9.2017

Tays. 2016. Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli kiireettömään hoitoon.

[http://www.pshp.fi/fi-](http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Leikkaus_ja_anestesiatoiminta/Tupakoimattomana_leikkaukseen_toimintama(52663)/13.2.2017)

[FI/Palvelut/Leikkaus\\_ja\\_anestesiatoiminta/Tupakoimattomana\\_leikkaukseen\\_toimintama\(52663\)/13.2.2017](http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Leikkaus_ja_anestesiatoiminta/Tupakoimattomana_leikkaukseen_toimintama(52663)/13.2.2017)

THL 2017. Tupakka.

Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka>

Luettu 13.2.2017

THL 2015. Tupakkatilasto.

Saatavilla: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/tupakka>

Luettu 24.3.2017

THL 2012. Näkökulmia arviointiin - Kaste-ohjelman valtionavustushankkeet

Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/90811>

Luettu 10.4.2017

Thomsen, T., Villebro, N., Møller, A. M., Kliniskt Centrum för Hälsöfrämjande Vård, Medicinska fakulteten, Department of Health Sciences, Lund University. (2014) Interventions for preoperative smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3)

Webb, A. R., Robertson, N., & Sparrow, M. (2013) Smokers know little of their increased surgical risks and may quit on surgical advice. *ANZ Journal of Surgery*, 83(10) 753–757.

Liite 1.

Taulukko 4. Projektin vaiheet, vastuut ja päivittäin toteutuneet tunnit

<b>Projektin vaiheet ja vastuut</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>Toteutuneet tunnit yhteensä</b>
Projektin aloitusseminaari 30.1.2017 klo 12-16	4									4h
Aloituspalaveri yliopistolla: opettajat ja opiskelijat 8.2: 2h (ennen palaveria keskustelua aiheesta yh Marita Saaren kanssa ja palaverin jälkeen vastaavaa projektia tekevän TtM-opiskelija Tuija Vuolteen kanssa)		2								2h
Kirjallisuuden hakua ja suunnittelua: Projektipäällikkö: 9.2. 8h 12.2. 8h 3.3. 8h 10.3. 8h 1.4. 7h 3.4. 8h		15	15	15						45
Projektiryhmän kokoaminen ja yhteydenotot: Ohjausryhmä, projektipäällikkö: sähköpostiviestit ohjausryhmän kanssa 15.2. 20min 16.2. 20min 17.2. 20min 27.2. 20min 6.3. 20min 7.3. 20min 8.3. 15min 23.3. 30min 24.3. 15min		1h 20min	1h 40min							3
Projektisuunnitelman laatiminen: Projektipäällikkö 9.2. 4h 13.3. 8h 7.3. 8h 24.3. 8h 31.3. 8h 3.4. 8h 5.4. 6h 6.4. 7h 10.4. 6h 13.4. 4h 18.4. 6h 27.4. 8h		4	32	45						81
Potilaskirjaamisten läpi käymiseen laaditaan lomake: Projektipäällikkö, projektiryhmä, ohjausryhmä,			4	4						8

Tuplei-työryhmä (lomakkeen laatiminen, keskustelu kokouksissa) 29.3. 4h 13.4 3h 9.4. 1h 8.4. 1h									
Ohjausryhmän kokoukset ja viestittely: Ohjausryhmä, projektipäällikkö: 16.2.30min 17.2.30min 3.3 2h	1	2						3	6
Projektiryhmän kokoukset: Projektiryhmä, projektipäällikkö: (esityslistan ja muistion laatiminen ja valmistelu 2h) 13.4. 2h 6.6. 2h 22.8. 2h			2		2		2		6
Osallistuminen Tuplei-työryhmän kokoukseen ja Tupakoimatta leikkaukseen -koulutukseen: Projektipäällikkö: 13.4. 4h (Tuplei -työryhmän kokous ja esityksen valmistelu kokoukseen) 19.4. 3h (alueellinen koulutus)			7						7
Lupahakemus potilastietojen käsittelyyn: Yh Susanna Teuho, projektipäällikkö: viestittely liittyen lupahakemukseen ja hakemuksen toimitus 27.4. 1h (lupahakemuksen laatiminen) 28.4. 20min:viestit 2.5. 15min:viestit 4.5. 30min:viestit 5.5. 35min:luvan toimitus Susanna Teuholle			1h 20min	1h 20min					2h 40min
Potilastietokirjaamisten kartoittaminen ja perehdytys tietokantoihin: Projektipäällikkö ja sh Tuija Kolu (alkuvalmistelut ja kirjaukset järjestelmästä) 2.6: 2h 10.6. 8h 11.6 8h 23.6 6h					24				24
Tulosten analysointi: Projektipäällikkö 5.7. 8h 13.7. 8h 18.7. 6h					22	8			30

18.8. 8h										
Loppuraportin kirjoittaminen: Projektipäällikkö 28.6. 8h 29.6. 2h 5.7. 8h 18.7. 6h 19.7. 5h 20.7. 7h 14.8. 6h 16.8. 2h 18.8. 8h						9	24	16		<b>49</b>
Projektin arviointi: Projektipäällikkö, projektiryhmä, ohjausryhmä: työn arviointia ryhmien kokouksissa ja itsearviointia työn edetessä: 10.3. 2h 13.4. 1h 6.4. 1h 22.8. 1h 7.9. 2h			1	1				1	2	<b>5</b>
Työn esittäminen ja osallistuminen seminaareihin: Projektipäällikkö 18.9. 7h 19.9 7h 25.9 7h Alueellinen tupakoimattomuuskoulutus syksy 3h									24	<b>24</b>
<b>TUNNIT KUUKAUSITTAIN/ YHTEENSÄ</b>	<b>01 4h</b>	<b>02 27h 20min</b>	<b>03 55h 40min</b>	<b>04 75h</b>	<b>05 1h 40min</b>	<b>06 57h</b>	<b>07 32h</b>	<b>08 19h</b>	<b>09 29h</b>	<b>300h</b>

## Liite 2. Lomake potilastietomerkintöjen läpikäymiseen

Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteutuminen Valkeakosken leikkauspotilaiden hoidossa

### Taustatiedot

Kirurginen yksikkö: \_\_\_\_\_

Ikä: \_\_\_\_\_

Sukupuoli: nainen \_\_\_\_\_ mies \_\_\_\_\_

Tupakoi: kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

Tupakkamäärä: \_\_\_\_\_ Tupakointiaika: \_\_\_\_\_

Askivuodet: \_\_\_\_\_

### Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamallin toteutumiseen liittyvät kysymykset

Onko tupakointitottumukset merkitty lähetetekstiin? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

Onko tupakointiin puututtu lähettävässä yksikössä (kannustettu lopettamaan, aloitettu interventio, tehty lääkeresepti)? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

Onko tupakointitottumukset merkitty kirurgisen yksikön tekstiin? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

Onko lähete palautettu, jos tupakointitottumuksia ei ole merkitty? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

TAI

Onko läheteeseen pyydetty täydennystä? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

Onko potilas lopettanut tupakoinnin lähettävän yksikön intervention jälkeen? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

Onko tupakointi huomioitu kirurgisessa yksikössä?

1) Onko lääkäri kehottanut lopettamaan? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

2) Onko lääkäri kirjoittanut lääkereseptin? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

3) Onko lääkäri ohjannut hoitajan luokse? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

4) Onko hoitaja aloittanut intervention? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

5) Onko hoitaja ohjannut jatkohoitoon? kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_ ei tietoa \_\_\_\_\_

### Liite 3. Projektin tulokset

#### *Potilaiden taustatiedot ja tupakointitietojen merkintä*

Miehiä (51 %, n=40) ja naisia (49 %, n=39) oli lähes saman verran. Potilaiden keski-ikä oli 67 vuotta. Ikä luokiteltiin tuloksissa viiteen luokkaan. Potilaista 53 % oli ikäluokassa 63–83 ja 6 % ikäluokassa 24–34. Tupakoivia potilaita oli neljäsosa (n=19), lähes puolet ei tupakoinut (n=37) ja 29 %:n tupakoinnista ei ollut tietoa (n=23). Tupakoivien tupakkamäärä oli merkitty 74 %:lla (n=14) ja tupakoinnin kesto oli merkitty neljäsosalla (n=5) tupakoivista potilasta. Askivuosia ei ollut merkitty yhdenkään tupakoivan potilaan kohdalla. Potilaiden taustatiedot ja tupakointitietojen merkintä on kuvattu taulukossa 5.

Taulukko 5. Potilaiden taustatiedot ja tupakointitietojen merkintä (N=79)

Muuttuja	n	%
<b>Sukupuoli (n=79)</b>		
miehet	40	51
nainen	39	49
<b>Ikä (n=79)</b>		
24–34-vuotiaat	5	6
35–49-vuotiaat	6	8
50–63-vuotiaat	12	15
63–83-vuotiaat	42	53
Yli 83-vuotiaat	14	18
<b>Tupakointi (n=79)</b>		
kyllä	19	24
ei	37	47
ei tietoa	23	29
<b>Tupakkamäärä on merkitty tupakoivilla potilailla (n=19)</b>		
kyllä	14	74
ei	5	26
<b>Tupakointiaika on merkitty tupakoivilla potilailla(n=19)</b>		
kyllä	4	21
ei	15	79
<b>Askivuodet on merkitty tupakoivilla potilailla (n=19)</b>		
kyllä	0	0
ei	19	100



*Tupakointitietojen merkintä ja tupakointiin puuttuminen lähettävässä yksikössä*

Tupakointitieto oli merkitty läheteeseen kaikista potilaista 13 prosentilla (n=10) ja tupakoivista potilaista 47 prosentilla (n=9). Tupakointitiedot oli merkitty lähetetekstiin vain yhdellä tupakoimattomalla potilaalla. Tupakointiin oli puututtu lähettävässä yksikössä vain kolmella potilaalla tupakoivista potilaista. Tupakointitiedon merkintä ja tupakointiin puuttuminen lähettävässä yksikössä on kuvattu tarkemmin taulukossa 6.

Taulukko 6. Tupakointitietojen merkintä ja tupakointiin puuttuminen lähettävässä yksikössä (N=79)

Muuttuja	n	%
<b>Tupakointitiedot on merkitty lähetetekstiin kaikilla potilailla (n=79)</b>		
kyllä	10	13
ei	69	87
<b>Tupakointitiedot on merkitty lähetetekstiin tupakoivilla potilailla(n=19)</b>		
kyllä	9	47
ei	10	53
<b>Tupakointitiedot on merkitty lähetetekstiin -ei tupakoivilla potilailla (n=37)</b>		
Kyllä	1	2
ei	36	98
<b>Tupakointiin on puututtu lähettävässä yksikössä tupakoivilla potilailla (n=19)</b>		
kyllä	3	16
ei	6	31
ei tietoa	10	53

*Tupakointitietojen merkintä ja tupakointiin puuttuminen kirurgisessa yksikössä sekä tieto tupakoinnin lopettaneista potilaista lähettävän yksikön intervention jälkeen*

Kirurgisessa yksikössä tupakointitieto oli merkitty 18 prosentilla kaikista potilaista (n=14) ja 58 prosentilla (n=11) tupakoivista potilailla. Kirurgisessa yksikössä lääkäri oli kehottanut lopettamaan tupakoinnin 11 prosentille (n=5) tupakoivista potilaista ja kirjoittanut lääkereseptin 5 prosentille (n=1).

Yhdenkään potilaan kohdalla kirurgisessa yksikössä lähetettä ei ollut palautettu tai siihen ei ollut pyydetty täydennystä tupakointitottumusten puuttuessa. Yksikään potilas ei ollut lopettanut tupakointia lähettävän yksikön intervention jälkeen. Tupakoimattomien potilaiden tupakointitieto oli merkitty vain kolmella potilaalla. Hoitajalle interventioon ei ollut kirjausten mukaan ohjattu yhtäkään potilasta. Hoitaja ei ollut aloittanut yhtäkään interventiota tai ohjannut potilasta jatkohoitoon. Tupakointitavan merkintä ja tupakointiin puuttuminen kirurgisessa yksikössä ja tieto lähettävän yksikön intervention jälkeen tupakoinnin lopettaneista potilaista on kuvattu tarkemmin taulukossa 7.

Taulukko 7. Tupakointitietojen merkintä ja tupakointiin puuttuminen kirurgisessa yksikössä sekä tieto tupakoinnin lopettaneista potilaista lähettävän yksikön intervention jälkeen

<b>Muuttuja</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tupakointitiedot on merkitty kirurgisessa yksikössä kaikilla potilailla (n=79)</b>		
kyllä	14	18
ei	65	82
<b>Tupakointitiedot on merkitty kirurgisessa yksikössä tupakoivilla potilailla (n=19)</b>		
kyllä	11	58
ei	8	42
<b>Tupakointitieto on merkitty kirurgisessa yksikössä tupakoimattomilla potilailla (n=37)</b>		
Kyllä	3	8
Ei	34	92
<b>Lähetete on palautettu, jos tupakointitietoa ei ole merkitty (n=23)</b>		
kyllä	0	0
ei	23	100
<b>Läheteteeseen on pyydetty täydennystä, jos tupakointitietoa ei ole merkitty (n=23)</b>		
kyllä	0	0
ei	23	100
<b>Potilas on lopettanut tupakoinnin lähettävän yksikön intervention jälkeen (n=3)</b>		
kyllä	0	0
ei	3	100
<b>Lääkäri on kehottanut lopettamaan tupakoinnin kirurgisessa yksikössä (n=11)</b>		
kyllä	5	45
ei	6	55
<b>Lääkäri on kirjoittanut lääkeresepin (n=11)</b>		
kyllä	1	9
ei	10	91
<b>Lääkäri on ohjannut hoitajalle (n=11)</b>		
kyllä	0	0
ei	11	100
<b>Hoitaja on aloittanut intervention (n=11)</b>		
kyllä	0	0
ei	11	100
<b>Hoitaja on ohjannut jatkohoitoon (n=11)</b>		
kyllä	0	0
ei	11	100

Liite 4. Kehittämisehdotukset ja keinot mallin implementoinnin tehostamiseksi

<b>Kehittämisehdotus</b>	<b>Keinot</b>
<b>Tupakoitsijoiden systemaattinen tunnistaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tupakoinnin lopettamisessa tukeminen.</b>	<p>Tupakoinnista kysyminen kaikilta asiakkailta ja potilailta.</p> <p>Henkilökunnan kouluttaminen mini-intervention pitämiseen.</p> <p>Kysytään tupakoinnista -teemapäivät.</p> <p>Tiivis yhteistyö perusterveydenhuollon ja apteekkien kanssa, kuten yhteiset palaverit ja tupakoinnin lopettamiseen liittyvät yleisötilaisuudet.</p>
<b>Kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen.</b>	<p>Henkilökunnan koulutus ja ohjeistaminen yhteisesti sovittuun paikkaan kirjaamisesta.</p> <p>Tupakoimattomuuden kirjaaminen.</p> <p>Tupakkamäärän ja tupakointiajan täsmällisempi kirjaaminen kaikkien tupakoitsijoiden kohdalla.</p> <p>Kirjaamiskäytäntöjen seuranta.</p>
<b>Johtotason sitouttaminen TupLei-toimintamalliin.</b>	<p>Tapaamiset yksiköiden johdon kanssa TupLei-toimintamalliin liittyen.</p> <p>Yksiköiden johdon sitoutuminen henkilökunnan kouluttamiseen.</p>
<b>Vastuulääkärin- ja hoitajan nimeäminen tupakasta vieroitukseen ja TupLei-toimintamalliin liittyen.</b>	<p>Vastuulääkärin ja -hoitajan nimeäminen jokaisessa yksikössä.</p> <p>Varahenkilöiden nimeäminen.</p> <p>Vastuuhenkilöiden velvollisuus pitää itseään ja yksikköä ajan tasalla tupakasta vieroituksesta ja TupLei-toimintamallista.</p>
<b>Tupakointitiedot tietoteknisesti pakolliseksi täydennettäväksi kohdaksi lähetteen teossa.</b>	<p>Asian sopiminen potilastietojärjestelmää päivittävän tahon kanssa.</p>
<b>Toimiminen TupLei -toimintamallin mukaisesti tupakointitietojen puuttuessa lähetteestä.</b>	<p>Lähetteen palauttaminen tai täydentämisen pyytäminen, mikäli tupakointitiedot puuttuvat.</p> <p>Koulutus TupLei -toimintamallista.</p>

<p><b>TupLei -toimintamallin verkkokurssi.</b></p>	<p>TupLei -toimintamalliin liittyvän verkkokurssin kehittäminen internetiin ja verkkokurssin markkinointi.</p> <p>Henkilökunnan, joka työskentelee leikkausläheteitä tekevissä yksiköissä tai potilaita leikkaavissa yksiköissä, velvoittaminen verkkokurssin suorittamiseen.</p>
<p><b>TupLei -toimintamallin lisääminen perehdytyslistaan.</b></p>	<p>TupLei -toimintamallin lisääminen uusien työntekijöiden perehdytyslistalle yksikkökohtaisesti.</p>
<p><b>Tupakointitietojen tarkistus ennen leikkausta.</b></p>	<p>Tupakointitietojen systemaattinen tarkistus jokaisen leikkauspotilaan kohdalla.</p> <p>Tupakointitietojen lisääminen sähköiseen tai paperiseen tarkistuslistaan.</p>
<p><b>TupLei -toimintamallin täsmäkoulutus.</b></p>	<p>TupLei -toimintamallin koulutuksen markkinointi eri yksiköille.</p>