



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# TARKISTUSLISTA KIRURGISEN GASTROEN- TEROLOGISEN POTILAAN KOTIUTUKSEEN

Ulla Kannisto

Jenny Kaukanen

Mira Koivunen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2018  
Sairaanhoitajakoulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

KANNISTO ULLA, KAUKANEN JENNY & KOIVUNEN MIRA:  
Tarkistuslista kirurgisen gastroenterologisen potilaan kotiutukseen

Opinnäytetyö 34 sivua, joista liitteitä 2 sivua  
Toukokuu 2018

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tarkistuslista eräälle TAYS Hatanpään osastolle kirurgisen gastroenterologisen potilaan lääkärin kierrolle työvälineeksi potilaan kotiutuksessa tai siirtyessä jatkohoitoon. Tarkistuslistan toivottiin helpottavan hoitajien työtä osastolla ja lisäävän potilasturvallisuutta. Osastolla hoidetaan gastroenterologisia ja gynekologisia potilaita. Työ rajattiin gastroenterologisiin potilaisiin, koska suurin osa osaston potilaista kuuluu tähän potilasryhmään. Tarkoituksena oli selvittää, mitä tarkoitetaan kirurgisella gastroenterologisella potilaalla, mitä erityispiirteitä gastroenterologisen potilaan hoidossa on huomioitava ja mikä on tarkistuslista. Työ toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä.

Tuotoksena päätettiin tuottaa taskukokoinen tarkistuslista, joka kulkisi helposti hoitohenkilökunnan mukana lääkärinkierrolla. Hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin heidän toiveitaan tarkistuslistan sisällöstä ja mitä he kokevat hoitotyön haasteiksi lääkärinkierrolla. Tarkistuslista koostettiin näiden toiveiden ja tutkitun tiedon mukaisesti. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, onko tarkistuslista tuonut toivotun parannuksen hoitohenkilökunnan työhön ja tarkistuslistan voisi laajentaa kattamaan myös gynekologiset potilaat.

---

Asiasanat: tarkistuslista, gastroenterologia, potilaan kotiuttaminen, hoitotyö, potilasturvallisuus

## **ABSTRACT**

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

KANNISTO ULLA, KAUKANEN JENNY & KOIVUNEN MIRA:  
Checklist for the release of a surgical gastroenterological patient

Bachelor's thesis 34 pages, appendices 2 pages  
May 2018

---

The purpose of the thesis was to produce a checklist for one department of TAYS Hatanpää to provide a tool for the surgical gastroenterological patient's rounds for when a patient is released or transferred to further treatment and to improve patient safety. Gastroenterological and gynecological patients are treated at the department. The scope of the thesis was limited to gastroenterological patients, as they are the bulk of the patients that inhabit the department. The purpose of the thesis was to find out what is meant by the term gastroenterological patient, what one must consider when giving medical care to a gastroenterological patient and what is a checklist. The work was carried out as a functional thesis.

As throughout, it was decided to produce a pocket-size checklist that would be easy to carry. The nursing staff were asked their wishes about the content of the checklist and what they experience as nursing challenges during patient's rounds. The checklist was compiled in accordance with these wishes and the information being researched. A further study would be to find out if the checklist provided the desired improvement to the care of the nurses and the checklist could be extended to include gynecological patients.

---

Key words: checklist, gastroenterology, patient release, patient safety

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	KIRURGISEN GASTROENTEROLOGISEN POTILAAN HOITOTYÖ .....	8
	3.1 Kirurginen gastroenterologinen potilas .....	8
	3.2 Lääkehoito .....	9
	3.3 Haavanhoito .....	12
	3.4 Ravitseminen.....	16
	3.5 Potilaan kotiutus .....	18
4	POTILASTURVALLISUUS .....	19
5	TARKISTUSLISTA HOITOTYÖSSÄ.....	20
6	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	22
7	TOTEUTTAMINEN .....	23
	7.1 Tuotoksen lähtökohdat.....	23
	7.2 Tuotoksen toteutus .....	25
	7.3 Tuotoksen kuvaus .....	26
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	27
	8.1 Eettisyys ja luotettavuus .....	27
	8.2 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset.....	28
	8.3 Pohdinta .....	28
	LÄHTEET.....	30
	LIITTEET .....	33
	Liite 1. Tarkistuslista.....	33
	Liite 2. Tiedonhaun taulukko .....	34

## 1 JOHDANTO

Tarkistuslistat ovat enenemissä määrin käytössä hoitotyössä. Tarkistuslistat helpottavat usein hektistä hoitotyötä ja ne toimivat käytännöllisinä muistilistoina. WHO kehitti leikkaustyöhön tarkistuslistan apuvälineeksi vähentämään leikkauskomplikaatioita ja potilas-kuolleisuutta. Tarkistuslistaa pilotoitiin kahdeksassa maassa ja sen huomattiin vähentävän sekä komplikaatioita että kuolleisuutta. WHO:n tarkistuslistan myötä erilaiset tarkistuslistat ovat tulleet käyttöön hoitotyössä, tällaisia ovat esimerkiksi eri osastojen soveltamat tarkistuslistat. WHO:n tuottaman tarkistuslistan jälkeen myös tarkistuslistan vaikutuksia potilasturvallisuuteen on tutkittu ja listan ollaan todettu lisäävän potilasturvallisuutta. (Ikonen 2010.) Hyvin jäsenneily tarkistuslista ohjaa toimintaa tarkasti sen sijaan, että toimittaisiin vain muistin varassa (Verdaasdonk, ym. 2008.)

TAYS Hatanpään sairaalan eräällä osastolla hoidetaan gastroenterologian ja gynekologian kirurgisia potilaita (Tampereen yliopistollinen sairaala, N.d.) Opinnäytetyössä tuotetaan tarkistuslista lääkärinkierrolle potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitoon. Työssä tuodaan esiin osaston hoitohenkilökunnan tarpeet ja toiveet tarkistuslistasta, joiden pohjalta tarkistuslista on tuotettu. Tarve tarkistuslistasta on herännyt osastolla, jotta kotiuttaminen tai jatkohoitoon siirtyminen olisi mahdollisimman turvallista ja yhtenäistä. Potilasturvallisuus on tärkeää turvata monin tavoin ja tarkistuslistalla on tarkoitus auttaa hoitohenkilökuntaa turvaamaan potilaiden hoidon sujuvuus ja yksityiskohtaisuus.

Opinnäytetyö on rajattu koskemaan kirurgisia gastroenterologisia potilaita, koska gastroenterologia sisällyttää suurimman osan osaston potilaista. Valmiiksi tuotokseksi valikoitu taskukokoinen tarkistuslista. Taskukokoinen tarkistuslista on helppo kantaa mukana lääkärinkierrolla, jolloin varmistuu, että kaikki potilaan kotiutumisen kannalta olennaiset asiat tulee huomioitua ja potilaan siirtyminen kotiin tai jatkohoitoon on turvallista. Työssä tuodaan esille, mitä tarkoitetaan gastroenterologisella kirurgisella potilaalla ja kerrotaan, mitä tarkistuslistan sisältämät käsitteet tarkoittavat gastroenterologisen kirurgisen potilaan kohdalla.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tarkistuslista hoitohenkilökunnan käyttöön potilaan kotiutukseen tai jatkohoitoon siirtymiseen. Tarkistuslistan on tarkoitus olla apuvälineenä turvaamassa potilasturvallisuutta, jotta kaikki olennaiset asiat potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitoon tulisi huomioitua. Osastolla on herännyt tarve tarkistuslistaa varten, sillä hoitohenkilökunnan tulee huolehtia usean potilaan asioista samanaikaisesti ja potilaat saattavat olla entuudestaan vieraita.

Lääkärinkierrolla on tärkeää tarkistaa kaikki potilaan kotiutumiseen tai jatkohoitoon siirtymiseen liittyvät asiat, sillä lääkärit kiertävät osastolla vain kerran päivässä. Kiireessä esimerkiksi jokin potilaalle ohjattava asia saattaa unohtua, kuten lääkityksen ohjaus, ravitsemus ja haavanhoito. Tarkistuslistan uskotaan tuovan helpotusta hoitotyöhön, jotta kaikki potilaan kotiutumisen kannalta oleelliset asiat tulisi tehtyä.

Tarkistuslistan tavoitteena on turvata potilasturvallisuus ja helpottaa hoitajien työtä niin osastolla, kuin potilaan jatkohoitopaikassa (Kuvio 1). Tarkistuslistan tavoitteena on myös yhtenäistää hoitoa, sillä aina ei voida taata saman hoitajan jatkavan potilaan hoitoa seuraavassa vuorossa. Tarkistuslistan avulla osasto voi myös yhtenäistää rakenteista kirjaimista potilaasta ja tarkistuslista antaa viitteitä oleellisimmista kirjattavista asioista.



Kuvio 1. Käsitteet.

Opinnäytetyön tehtävät ja tarkoitus:

- Mitä tarkoitetaan kirurgisella gastroenterologisella hoitotyöllä? Mitä erityispiirteitä kuuluu kirurgisen gastroenterologisen potilaan hoitotyöhön?
- Millaiset asiat korostuvat kirurgisen gastroenterologisen potilaan kotiutus- tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen vaiheessa?
- Mikä on tarkistuslista ja miten sen avulla voidaan lisätä potilasturvallisuutta kotiutusvaiheessa?

### 3 KIRURGISEN GASTROENTEROLOGISEN POTILAAN HOITOTYÖ

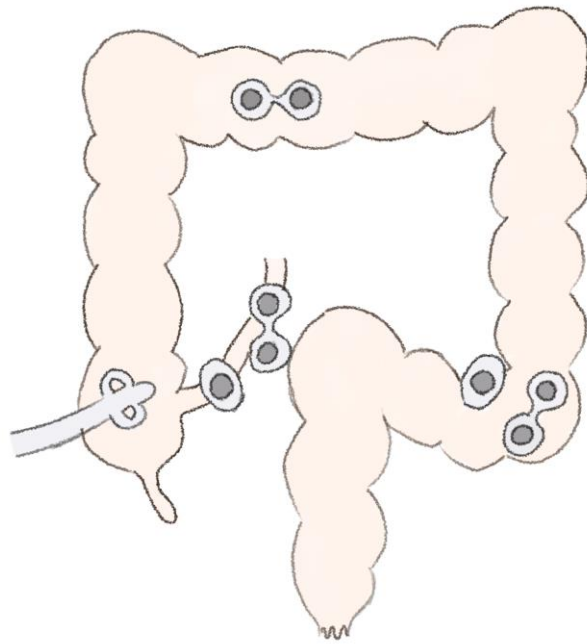
#### 3.1 Kirurginen gastroenterologinen potilas

Terveysportin lääketieteen terminologian kirjasto määrittelee kirurgian lääketieteen alueena, joka hoitaa sairauksia leikkauksilla ja kajoavilla hoitomenetelmillä. Gastroenterologinen kirurgia eli vatsaelinkirurgia on ruokatorven ja vatsan sairauksien kajoavan hoidon erikoisala. Gastroenterologia on ruokatorven ja ruoansulatuselinten sairauksia tutkiva ja hoitava lääketieteen erikoisala (Lääketieteen termit n.d.). Ruoansulatuselimistö muodostuu mahasuolikanavasta, haimasta, maksasta ja sappirakosta. Ruoansulatuskanavaan sen sijaan kuuluvat suuontelo, nielu, ruokatorvi, mahalaukku, ohutsuoli, paksusuoli, peräsuoli sekä peräaukko. (Hammar 2011, 41.)

Yleisimpiä gastroenterologisia vaivoja, joita voidaan hoitaa kajoavin toimenpitein ovat esimerkiksi paksusuolen syöpä, jonka kirurgisen hoidon tarkoituksena on poistaa kasvain jättäen sen kummallekin puolelle riittävä terveen kudoksen marginaali. Myös ohutsuolen ja peräsuolen syöpiä hoidetaan kirurgisesti poistamalla kasvaimia ja osia suolistosta. Gastroenterologian osa-alueeseen kuuluu myös haima, maksa ja sappirakko. Haimasyövän ja maksan etäpesäkkeiden hoitona käytetään kirurgista poistoa (Scheinin 2018.) Sappirakon poisto on oireisen sappikivitaudin yleisin hoitomuoto, sappirakko voidaan poistaa laparoskooppisesti eli tähystämällä (Grönroos & Kylänpää 2018).

Kirurgisia toimenpiteitä gastroenterologian osa-alueella ovat esimerkiksi erilaiset suo-liavanteet eli stomiat. Avanteella tarkoitetaan maha-suolikanavan yhteyttä iholle. Tavallisimpia syitä avanteelle ovat haavainen koliitti, Crohnn taudin koliitti ja esimerkiksi multipeli paksusuolen syöpä. Avanne tehdään viemällä katetri ihon läpi suoleen ja nostamalla suolen mutka tai pää iholle. Avanteen sijainti suunnitellaan siten, että se ei sijaitse ihopoimussa eikä leikkausarven epätasaisuuksien vierellä. (Scheinin 2018) (KUVA 1).





KUVA 1. Paksusuolen avannekohtia. (Kannisto 2018)

### 3.2 Lääkehoito

Kotiin tai jatkohoitoon siirryttäessä hoitohenkilökunnan tulee antaa potilaalle riittävästi tarpeellista tietoa tämän hetkisestä lääkehoidosta, jotta sen turvallinen jatkuminen voidaan taata. Yksinkertaisuudessaan potilaan tulisi tietää, mitä lääkkeitä hän käyttää, miten hän niitä käyttää ja miksi hän niitä käyttää. Potilaalle tulisi antaa tarvittavat lääkehoidon ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti. Hyvässä lääkehoidon ohjauksessa on arvoitu ihmisen kyky oppia ja omaksua asioita. Potilaalle tulisi myös tarjota mahdollisuus esittää kysymyksiä ja oikaista epäselvyydet. Potilasta tulisi myös ohjeistaa, miten ongelmatilanteissa toimitaan ja keneen otetaan yhteyttä. Kotiutusvaiheessa potilaan tulisi saada mukaan tulostettuna lääkekortti, josta löytyvät selkeät ja ajantasaiset merkinnät, sekä tarvittavat reseptit. Myös erityisluvut tulee potilaalle varmistaa. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 308.)

Potilaan hoitoon sitoutumista tulisi tukea luomalla luottamuksellista ja myönteistä ilmapiiriä potilaan ja hoitajan välille. Tätä tukee se, että potilasta ei syyllistetä hoitoon sitoutumattomuudesta. Hoidon seurantakäynneillä voidaan arvioida muutosvalmiutta, epämuokavuuden sietokykyä sekä kykyä noudattaa annettuja hoito-ohjeita. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 147.)

Ohjaustilanteessa potilasta tulisi opastaa lääkkeiden oikeaan käyttöön, jossa lääke vaikuttaa nimenomaan hoidettavaan sairauteen tai oireeseen. Lääkkeen alikäyttöön voi johtaa esimerkiksi lääkkeen ottamisen laiminlyönti, jolloin potilas ei saa tarvitsemaansa annosta. Liikakäyttö sen sijaan voi johtua tilanteesta, jossa potilas ei koe saavansa helpotusta lääkkeestä ja ottaa tätä enemmän. Turhassa käytössä sen sijaan on kyse siitä, että potilaan lääkitystä on jatkettu pidemmälle kuin on tarkoituksenmukaista. Väärinkäyttötilanteita voi syntyä, jos potilas ottaa lääkkeen väärää antoreittiä tai käyttää lääkettä väärään tarkoitukseen. Myös haitallisesta yhteiskäytöstä tulisi informoida potilasta, useat samanaikaiset kipulääkkeet voivat aiheuttaa maha-suolikanavan ärsytystä tai yliannostusta. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 148–151.)

Antitromboottisilla lääkeaineilla pyritään vähentämään suoniin muodostuvia tukoksia, estämään jo muodotuneiden tukosten kasvua sekä liuottamaan hyytymiä. Antitromboottiset lääkeaineet voidaan niiden vaikutuksen mukaan jakaa veren hyytymistä estäviin eli antikoagulantteihin, verihiutaleiden eli trombosyyttien toimintaa estäviin lääkeaineisiin sekä verihyytymiä liuottaviin eli trombolyyttisiin lääkeaineisiin. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 186.)

Veren hyytymistä estäviä lääkkeitä eli antikoagulantteja käytetään mm. laskimotukoksen, keuhkoveritulpan ja aivoveritulpan ehkäisyyn ja hoitoon. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 186) Oraalisia antikoagulantteja ovat varfariini, dabigatraani sekä rivaroksabaani (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 356). Näistä yleisimmin käytetty on varfariini, joka estää k-vitamiinista riippuvaisten hyytymistekijöiden synteesiä. Varfariini -lääkehoidon seurantaan kuuluu INR -arvon (International Normalized Ratio) mittaus verikokein säännöllisesti. Tavoiteltu INR -tulos riippuu hoidon syystä, mutta yleinen tavoitearvo laskimotromboosin ja keuhkoembolian ehkäisyssä ja hoidossa on 2,0–3,0. Hoidon aluksi INR -arvoa mitataan 1–2 viikon välein, jonka jälkeen sitä voidaan harventaa hoitotasapainon löytymisen jälkeen. INR -arvon pieneneminen on viite tukosriskin suurentumisesta ja arvon suureneneminen taas viittaa vuotoriskiä. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 186.)

Hepariini on antikoagulantti, joka estää veren aktivoituneiden hyytymistekijöiden toimintaa. Hepariinia käytetään keuhkoveritulpan eli keuhkoembolian ja verisuonitukosten hoidossa. Pienimolekyyliset hepariinit, toiselta nimeltään minihepariinit ovat ihon alle annettavia pistoksia, joita käytetään laskimo- ja valtimotukosten ehkäisyssä ja hoidossa. Tällaisia ovat enoksapariini, daltepariini ja tintsapariini. Minihepariinilääkkeen teho on

vähäisempää kuin hepariinin, joten lääkkeen käytössä säännöllistä laboratorioseurainta ei välttämättä tarvita, mutta potilaan vuototaipumukseen tulee kiinnittää huomiota. Mini-hepariinin käyttö kirurgisten toimenpiteiden yhteydessä verisuonitukosten ehkäisyyn on suositeltavaa etenkin sepelvaltimotautia sairastavilla potilailla. (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 358–359.)

Mikrobilääke eli antibiootti on mikrobeja tappava tai niiden kasvua ja lisääntymistä hidastava tai estävä lääke (Saano & Taam-Ukkonen 2015, 419). Antibioottiprofylaksialla tarkoitetaan infektion ennaltaehkäisyä antibiootin avulla. Leikkausta ennen tai sen aikana annettavan antibioottiprofylaksian tarkoitus on ehkäistä bakteerien leviämistä sekä leikkauksen jälkeistä tulehdusta. Antibioottien tarvetta profylaksiana tulee punnita moniresistenttien bakteerien lisääntyessä jatkuvasti. Tieteellistä näyttöä kuitenkin on, että ainakin paksu- ja peräsuolen sekä avointen mahalaukun leikkausten yhteydessä, mukaan lukien myös tähytysleikkaukset kuten umpilisäkkeen poisto, on todettu antibioottiprofylaksia-asta olevan enemmän hyötyä kuin haittaa. Kerta-annos ennen toimenpidettä on todettu tehokkaimmaksi tavaksi ehkäistä infektion syntymistä (Swedish Council on Health Technology Assessment 2010.) Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan antibioottiprofylaksia tulisi antaa 1–2 ennen toimenpidettä suun kautta tai 10–15 minuuttia ennen laskimon sisäisesti.

Nykyinen leikkauskivun hoito perustuu niin sanottuun multimodaaliseen analgesiaan, jossa tarkoituksena on käyttää eri vaikutusmekanismeilla toimivia menetelmiä, jotta yksittäisen menetelmän haittoja voidaan vähentää ja tehoa lisätä. Osana tässä menetelmässä käytetään yhdessä tulehduskipulääkkeitä, parasetamolia, opioideja, puudutuksia ja adjuvantti- eli lisälääkkeitä. Leikkauskivun kroonistumista on todettu edesauttavan esimerkiksi ylipaino, naissukupuoli, edellinen krooninen kiputila, uusintaleikkaus, nuori ikä, ärtyvä paksusuoli tai psykologiset tekijät. Riskitekijöihin huomion kiinnittäminen jo ennen leikkausta ja useiden eri kivunhoitomenetelmien tarjoaminen voi mahdollisesti estää kivun kroonistumista. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016.)

Kipu on voimakkaimmillaan juuri leikkauksen jälkeen, mutta kivun voimakkuuteen ja jatkumiseen vaikuttaa leikkausviillon kohta. Rintaontelo-, ylävatsa- ja munuaisleikkaukset ovat tutkimusten mukaan kivuliaimpia. Myös polvi- ja lonkkaproteesien asennukseen liittyy usein voimakasta kipua. Puudutuksen käyttö leikkausmuotona vähentää potilaan

postoperatiivista kipua huomattavasti enemmän kuin yleisanestesiassa käytettävät inhoitavat ja nopeasti haihtuvat anesteetit. Tutkimuksissa on esitetty, että ennen leikkaustraumaa annettava kipulääke voi vaikuttaa selkäydintason herkistymiseen ja tällöin vähentää postoperatiivisen kivunhoidon tarvetta. (Salomäki & Laurila 2014.)

### 3.3 Haavanhoito

Haava syntyy, kun terve ehyt iho tai ihonalaiskudos rikkoutuu (Juutilainen & Hietanen 2013, 12). Tarkoituksenmukaisesti terävällä kirurgisella veitsellä viillettyä haavaa kutsutaan leikkaushaavaksi, toiselta nimeltään kirurgiseksi haavaksi (Hammar 2011, 22). Leikkaussalissa käytetyimmät haavan sulkumateriaalit ovat ompeleet ja haavahakaset (Karma ym. 2016, 169). Haavan sulkemisessa voidaan käyttää lisäksi haavaliimaa tai haavansulkuteippejä. Ompeleita on olemassa sulavia sekä sulamattomia. Yleensä haavan sulussa ihon alle jäävät ompeleet ovat sulavia ja iho suljetaan päältä sulamattomilla ompeleilla tai haavahakasilla (Juutilainen & Hietanen 2013, 219 ; Karma ym. 2016, 169–170.) Leikkauksen päätyttyä hoitaja puhdistaa haava-alueen sekä asettaa steriilisti haavasidoksen, jonka tehtävä on suojata haavaa mikrobeilta, antaa tukea haavalle sekä imeä vuotoa eli pitää haava kuivana. Sidoksen valintaan vaikuttaa leikkausalue eli haavan sijainti (Karma ym. 2016, 170.)

Leikkaushaava pidetään toimenpiteen loputtua seuraavat 24 tuntia steriilinä. Tänä aikana leikkaushaavan ylimääräistä koskettelua tulisi välttää (Juutilainen & Hietanen 2013, 220.) Leikkaushaavan erittäessä runsaasti sidos vaihdetaan 24 tunnin aikana, koska bakteerit ja mikrobit viihtyvät lämpimän kosteassa ympäristössä. Jos sidos vaihdetaan 24 tunnin sisällä, vaihto tapahtuu steriilisti steriilien käsineiden kanssa. Haavan hoidossa yleensäkin tulee noudattaa hyvää käsihygieniaa ja aseptiikkaa. Haavasidokset voidaan kokonaan poistaa yleensä noin vuorokauden kuluttua leikkauksesta, työpaikkakohtaisten ohjeiden mukaan. Lähes kaikkia leikkaushaavoja voidaan suihkuttaa normaalien pesujen yhteydessä jopa vuorokauden kuluttua leikkauksesta (Iivanainen & Syväoja 2008, 187, 342.)

Haavaa tulee seurata säännöllisin väliajoin leikkauksen jälkeen. Seurannassa tulee tarkkailla haavan paranemista ja ulkonäköä (Iivanainen & Syväoja 2008, 341.) Haavan paranemisessa on eroteltavissa kolme eri vaihetta: tulehdus-, korjaus- ja kypsymisvaihe. Tu-

lehdusvaiheessa verenvuoto loppuu, sillä verihiutaleet kerääntyvät vuotokohtaan ja muodostavat hyytymän. Tulehdusvaiheen läpikäynnissä valkosolut puhdistavat haavan ylimääräisestä solukosta ja bakteereista. Tulehdusreaktio kestää yleensä muutaman päivän ajan (Iivanainen & Syväoja 2008, 341 ; Juutilainen & Hietanen 2013, 31.) Korjausvaiheessa menetetty kudos on korvaantunut soluväliaineella. Ajan myötä soluväliaineeseen kasvaa verisuonistoa ja haavan pinta saa epiteelisolusta peitteen. Vaihe kestää viikosta neljään viikkoa (Iivanainen & Syväoja 2008, 341; Juutilainen & Hietanen 2013, 33.) Kypsymisvaihe on haavan paranemisen kannalta pisin vaihe, se kestää jopa kuukausista vuosiin. Kypsymisvaiheessa kudos muuttuu muotoaan arveksi. Vaiheen aikana arven punainen väri hälvenee ja lopulta arpi jää vaaleammaksi kuin muu iho (Iivanainen & Syväoja 2008, 341.)

Paranemisvaiheiden lisäksi tulee leikkaushaavan seurannassa huomioida monia erilaisia asioita. Potilaalta voidaan kysyä kivusta, kivun luonteesta ja sen muutoksista aiempaan, sillä leikkaushaavalla lisääntyvä kipu voi olla merkki paranemisen häiriintymisestä. Haavan erittämistä tulee seurata ja määrää tulee arvioida erilaisin menetelmin. Mahdollisessa infektiossa haavan vuoto voi lisääntyä. Erite voi olla verta, kudostenestettä tai muuta haavan eritettä. Eriteestä tulee myös havainnoida mahdolliset hajumuutokset, sillä samea kevyesti haiseva erite viittaa infektiin. Ompeleiden tai hakasten kireyttä tulee myös arvioida, sillä liiallinen kiristys haavalla voi aiheuttaa potilaalle kipua, haavan turvotusta ja heikentää alueen verenkiertoa. Haava voi myös sulkumenetelmistä huolimatta aueta. Tällöin aukileen osa mitataan sekä arvioidaan, kuinka syvälle haava on auennut. Haavan reunojen ja haavaa ympäröivän ihon väriä seurataan, sillä ihon punoitus ja kuumotus voivat olla merkki infektiosta. Ihon turvotuksia, väriä, lämpöä tarkkaillaan haavan paranemisen yhteydessä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 344 ; Juutilainen & Hietanen 2013, 61–62.)

Ompelein tai haavahakasin suljetulla leikkaushaavalla ei suositella saunassa käyntiä tai uimista, sillä lämpö voi lisätä haava-alueen turvotusta ja uimavedessä saattaa olla haavalle haitallisia bakteereja. Jos haavassa ei esiinny vuotoa, voi sidoksen yleensä ottaa vuorokauden kuluttua toimenpiteestä pois, sillä ilma parantaa haavaa parhaiten. Jos haavalla on vuotoa, voi sen päälle laittaa hengittävän puhtaan sidoksen. Haavan kotihoidossa tulee kiinnittää huomio käsihygieniaan. Haavaa tulisi käsitellä vain puhtailla ja pestyillä käsillä. Kun ompeleet tai hakaset on poistettu, vuorokauden kuluttua voi mennä saunaan ja uimaan. (Juutilainen & Hietanen 2013, 189 ; TAYS 2017.)

Leikkaushaavassa haavan reunat ovat tarkkaviivaiset ja siistit, jolloin ne haavan sulkemisen yhteydessä kiinnittyvät hyvin toisiinsa (Hammar 2011, 24). Sulkutavasta riippumatta, haavan sulkenut lääkäri antaa jatkohoitoon liittyvät määräykset, josta käy ilmi, milloin ompeleet tai hakaset tulee poistaa. Poisto tapahtuu pääsääntöisesti 5–14 vuorokauden kuluessa toimenpiteestä. Poistoajankohtaan vaikuttaa haavan sijainti, ympäröivän ihon kunto ja haavan paraneminen. Ompeleet tai hakaset voi poistattaa omalla terveysasemalla hoitajan vastaanotolla (Lumio 2017.) Ompeleiden poistamiseen tarvitaan pinsetit tai alat, pienet ompeleen katkaisuun tarkoitettut sakset tai katkaisuterän sekä muutaman taitosliinan. Erilaisten ompeleiden kanssa käytetään erilaista poistotaktiikkaa. Haavahakasten poistoon on olemassa oma hakastenpoistaja, jonka avulla hakasten poisto on helppoa ja potilaalle kivutonta (Juutilainen & Hietanen 2013, 222.)

Haavadreeni eli haavaimu on leikkauksen yhteydessä asennettava putki tai liuska, jota pitkin haavan sisäinen erite valuu kehon ulkopuolella olevaan keräyspussiin. Dreenin tarkoitus on poistaa haavan sisälle kertyvä kudoserite ja veri, jotka lisäävät infektoita sekä pitkittävät potilaan leikkauksesta toipumista. Haavadreeni on vierasesine, jotka yleensä ottaen lisäävät infektion riskiä. Kirurgi tekee yksilöllisen päätöksen dreenin laittamisesta potilaalle (Karma ym. 2016, 171.) Tavallinen haavadreeni kiinnitetään iholle ompeleella, joka pitää dreenin putken paikallaan. Ihon sisäpuolelta tuleva dreenin ulostulo kohta iholle tulee suojata. Suojaukseen voidaan käyttää erilaisia haavasidosta tai muita pehmeitä sidoksia niin kauan kuin dreeniaukko erittää (Juutilainen & Hietanen 2013, 222.)

Dreenin kanssa voi käydä suihkussa, mutta ulostuloaukko tulee huolellisesti suojata kelmulla. Vettä ei tule laskettaa tai suihkuttaa suoraan dreeniä kohden. Dreenin kanssa ei tule käydä saunassa, kylvyissä tai uimassa. Kirurgi antaa ohjeen dreenin poistossa, jonka tekee hoitaja. Poistoon tulee varata ompeleenpoistoon tarvittavat välineet sekä mahdollisesti haavasidos ihon suojaksi. Haavaimun poistaminen aloitetaan varovasti irrottamalla haavasidokset dreenin ympäriltä. Tämän jälkeen poistetaan kiinnipitävä ommel dreenin juurelta. Hitaasti vetäen putken tulisi irrota. Kun putki on poistettu, aukko peitetään pienellä haavasidoksella (Juutilainen & Hietanen 2013, 223.)

Alipaineimuhoito on haavaan paikallisesti kohdistettu haavanhoitomenetelmä, jossa haavan päälle laitetaan imevä haavasieni sekä tiivis läpinäkyvä kalvo. Haavassa olevaan ime-

vään haavasieneen johdetaan imuletku, jonka avulla haavaan voidaan johtaa alipaine. Alipainetta voidaan pitää haavalla jatkuvana tai sitä voidaan säädellä annettavaksi eripituisissa jaksoissa. Alipaine lisää haavan verenkiertoa ja näin auttaa haavan paranemisessa. Haavasta erittyy myös eritettä, joka kerääntyy alipaineimun säiliöön. (Juutilainen 2009.)

Käytettävä alipainetaso vaihtelee haavan ja laitteen mukaan yleensä 50–125 mmHg:n välillä (Juutilainen & Hietanen 2013, 125). Alipaineimuhoissa käytettävät sidokset tulee vaihtaa yleensä 1–2 vuorokauden välein. Sidosvaihdossa vaihdetaan haavalla oleva haavasieni, kalvo ja imuletkustot (Juutilainen 2009.) Imuysikkö tulee säilyttää kuivissa olosuhteissa. Laite irrotetaan suihkussa käynnin ajaksi ja imuletkun päähän laitetaan tulppa. Jos hoito keskeytyy yli kahdeksi tunniksi, tulee ennen käyttöä kaikki haavasidokset vaihtaa uusiin. Kotihoidossa olevat potilaat käyvät yleensä sidevaihdossa sairaalassa tai terveyskeskuksessa. Potilaita ohjataan olemaan yhteydessä hoitavaan tahoon, mikäli laite hälyttää tai ei toimi niin kuin kuuluu. Potilaan tulee myös omatoimisesti seurata hoidon aikana eritteen koostumusta, väriä ja määrää. Lisäksi hoidon aikana potilas seuraa turvotuksia, mahdollista kipua sekä ympäröivän ihon kuntoa ja väriä. Uiminen ja saunominen ovat alipainehoidon aikana kiellettyjä. (Juutilainen & Hietanen 2013, 189–200.)

Maha-suolikanavan avanne on leikkauksella aikaansaatu ulosteen portti vatsalla, josta erite kerääntyy suoraan aukolle kiinnitettyyn keräyspussiin (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi 2010, 459). Avanteen vuoksi ulostemassa liikkuu vatsalla olevaa porttia kohden ja täten vähentää suolistossa olevaa painetta (Hammar 2011, 165). Avanne voidaan suunnitella potilaalle väliaikaiseen tarpeeseen tai sen tarve voi olla potilaalle pysyvä (Roberts ym. 2010, 460 ; Hammar 2011, 165). Avanne voidaan tehdä suoliston eri kohtiin. Avanne voidaan tehdä paksu- tai ohutsuoleen. Paksusuoliavanne toimii yleensä yhdestä kahteen kertaan vuorokaudessa, tasaisin väliajoin (Hammar 2011, 166–167.) Paksusuoliavanteen toimintaa voidaan myös opettaa, jolloin se oppii säännölliseksi (Roberts ym. 2010, 460). Ulostamisen väliajoilla keräyspussi voidaan poistaa ja avanteen pää voidaan suojata. Avannepussin poistaminen hetkellisesti mahdollistaa monipuoliset liikuntaharrastukset kuten uimisen. Ohutsuoletta erittyvä uloste on löysähköä ja avanteen kanssa tulee aina käyttää keräyspussia. (Hammar 2011, 166–168.) Ohutsuoliavanteesta erittyvä löysä uloste ärsyttää ihoa, jonka vuoksi avanteen pohjalevy tulee kiinnittää huo-

lellisesti ja tiiviisti iholle, joka suojaa ihoa ärsyntyemiseltä. Avanteen hoito on helpompaa, jos ohutsuoliavanteessa suolenpää on kahdesta neljään senttimetriin koholla iholta, silloin uloste valuu suoraan keräyspussiin (Roberts ym. 2010, 459.)

Avanne on muutos potilaan kehossa, joka vaatii tarkkaavaista hoitamista. Erityisen tärkeässä roolissa avanteen hoidossa on ihon kunnan seuranta ja sen hoito (Juutilainen & Hietanen 2013, 212.) Avanteen paikka suunnitellaan tarkasti ennen leikkausta, sillä sen tulee sijaita niin, että potilas voi itse nähdä sen ja pystyä hoitamaan avannetta. Paikan suunnittelussa tulee huomioida myös potilaan kunto ja toimintakyky mahdollisesti avanteen hoitoon liittyen. (Hammar 2011, 166.)

Avannetta ympäröivän ihon ärsyntyminen on erittäin yleistä, sillä uloste ärsyttää ihoa. Ihon ärsyntymistä lisää myös liian taajaan vaihdetut avannesidokset. Sidoksia suositellaan vaihdettavaksi 2–3 kertaa viikossa. Vaihtopäivinä avanteen pohjalevy poistetaan iholta varovasti toisella kädellä tukien, sillä se on kiinni voimakkaalla liimalla ihossa. Iho suihkutetaan haalean lämpöisellä vedellä. Pesussa ei suositeta pesuaineita, sillä ne kuivatavat avanteen ympäröivää ihoa ja näin ärsyttävät ihoa. Suihkun jälkeen avanne kuivataan pehmeällä pyyhkeellä töpöttäen. Avanteelle suositellaan annettavaksi ilmakylpyä. Avannesidoksien alle jäävät ihokarvat voidaan ajaa partahöylällä ja ympäröivä iho voidaan rasvata rasvattomalla voiteella. Voide annetaan kuivua kunnolla ennen uuden pohjalevyn laittamista. Pohjalevyyn leikataan reikä, josta avanne mahtuu ulos. Pohjalevystä poistetaan tarransuojus ja pohjalevy kiinnitetään avanteen juuresta napakasti ja tämän jälkeen muu pohjalevy kiinnitetään iholle. Keräyspussi painetaan pohjalevyyn kiinni ja varmistetaan, että pussi on varmasti pohjalevyssä kiinni. Avanteen kanssa voi käydä suihkussa ja sauna kevyissä lämpötiloissa. (Juutilainen & Hietanen 2013, 212–214.)

### **3.4 Ravitsemus**

Yleisesti ottaen avanne ei vaikuta potilaan ruokavalioon ja potilas voi pysyä samassa ruokavaliossa, kuin ennen avanteen laittoa, mikäli kirurgi tai avannehoitaja ei ole ohjeistanut toisin. Ruokavalion tulee olla monipuolista ja ruoka tulee syödä hitaasti, hyvin pureskellen sekä juoda nesteitä aterian jälkeen. Hoitohenkilökunta antaa potilaalle ohjeistuksen leikkauksen jälkeiseen ruokavalioon. Ruokavaliolla pyritään ehkäisemään suolitukoksen



ja kaasujen muodostumista. Helposti sulava, pehmeä ruoka auttaa kehoa toipumaan leikkauksen jälkeen. Ensimmäisten 2–4 viikon aikana leikkauksen jälkeen ruokailu kannattaa aloittaa syömällä useita pieniä ja mietoja annoksia päivän aikana. Ruokahalu ei välttämättä ole leikkauksen jälkeen ennallaan, joten proteiini- ja energiajuomat ovat hyvä lisä ruokavaliassa, kunnes ruokahalu palautuu. (Coloplast n.d.)

Avannepotilaalla ei ole kiellettyjä ruoka-aineita, mutta jotkin ruoat ja juomat saattavat aiheuttaa enemmän suolikaasujen muodostumista ja potilas saattaa haluta välttää tällaisia tuotteita. Uusia ruokia kannattaa kokeilla vähän kerrallaan ja katsoa, aiheuttavatko ne ikäviä oireita (Coloplast, n.d.). Pienten, usein nautittujen aterioiden lisäksi suolitukosta voidaan ehkäistä syömällä hitaasti, pureskelemalla ruoka hyvin ja juomalla 2–3 litraa nesteitä vuorokaudessa. (Aalto 2017). Suoli sopeutuu sietämään myös huonommin sulavia ruokia 1–2 vuoden aikana. (Torpström 2015).

Kasviksia voi nauttia yleisen suosituksen mukaisesti. Suolistoavanteen kanssa on hyvä välttää suuria annoksia raakoja kasviksia. Kasvikset olisi hyvä nauttia keitettyinä, soseutettuina, smoothienä tai uunissa kypsennettyinä. Jotkin kasvikset tai kasviksen osat ovat huonosti sulavia, joten niitä tulee nauttia pieninä annoksina kerrallaan, jotta suolitukoksen riski vältetään. Tällaisia ovat esimerkiksi sitrushedelmien kalvot, tomaatti, kova-kuoriset marjat ja kuivatut hedelmät (Aalto 2017.) Suolitukoksen riski on suurimmillaan leikkauksen jälkeisten ensimmäisten kuukausien aikana. (Torpström 2015).

Vitamiini- tai kivennäisainelisiä ei tarvita, mikäli potilas voi syödä riittävästi monipuolista ruokaa. Lääkäri, avannehoitaja tai ravitsemusterapeutti ohjeistavat potilasta näiden käytössä tarpeen mukaan. Mikäli potilaalla on pysyvä ohutsuoliavanne tai leikkauksesta on aiheutunut imeytymishäiriö, hän on oikeutettu saamaan 35% Kela-korvauksen reseptillä ostetuista täydennysravintojuomista. (Torpström 2015.)

### 3.5 Potilaan kotiutus

Puhuttaessa potilaan kotiutumisesta sairaalasta, voidaan suomen kielessä käyttää termejä kotiutus tai kotiuttaminen (Rauhasalo 2003). Potilaan kotiutumisen perustana tulee olla lääketieteellisen arvion lisäksi myös potilaan oma tahto kotiutua (Ahonen 2002, 128). Kotiutuksen tulee olla suunnitelmallista, sillä se sisältää useita käytännön hoitotoimia. Potilasta kotiuttaessa on myös huomioitava potilaan omaiset sekä heidän mielipiteen kotiutumisesta ja tuen tarpeesta (Rauhasalo 2003.) Jokainen kotiutustilanne on yksilöllinen, joten kotiuttaminen tulee aina toteuttaa potilaan elämäntilanne huomioiden (Ahonen 2002, 128).

Potilaan kotiutuminen hoitolaitoksesta voidaan mieltää prosessiksi, joka sisältää erilaisia hoitotoimia, jotka helpottavat potilaan siirtymistä toiseen ympäristöön. Potilaan kotiuttamisen suunnittelu ja valmistelu aloitetaan mahdollisimman pian potilaan tullessa osastolle (Rauhasalo 2003). Turvallinen kotiutus on oikea-aikaista. Varhainen kotiutus saattaa johtaa uuteen hoitajaksoon ja liian myöhäinen kotiutus voi heikentää potilaan toimintakykyä ja aiheuttaa potilaalle stressiä. (Koski 2017). Mahdolliset apuvälineet ja kotiapu tulee olla huolehdittuna riittävän ajoissa ennen potilaan kotiutumista (Rauhasalo 2003). Kotiutuksen suunnittelussa potilaan kotiutusta arvioidaan moniammatillisesti ja lääkäri tekee lopullisen päätöksen kotiutumisesta. (Ahonen 2002, 129).

Kotiutusprosessin aikana selvitetään potilaan tarve apuvälineille. Apuvälineiden käyttö ohjeistetaan potilaalle ennen kotiutumista ja potilaalla tulee olla riittävästi aikaa harjoitella apuvälineiden käyttöä ennen kotiutumista. Potilaalla tulisi olla omahoitaja, joka huolehtii kotiutukseen liittyvien asioiden hoidosta. Hoitajan tulee huolehtia, että potilaan epikriisi, reseptit, lääkärintodistukset sekä lähetteet jatkotutkimuksiin on tehty. Lisäksi hoitaja huolehtii potilaan kuljetuksen järjestämisestä. (Ahonen 2002, 130 – 131.) Riippuen siitä, millainen leikkaus potilaalle on tehty, hänen jatkotutkimuksensa voivat sisältää tähytys- ja kuvantamistutkimuksia sekä laboriokokeita. Esimerkiksi paksu- ja peräsuolisyyöpöpotilaiden seurannassa tehdään kolonoskopiatutkimukset 1,3 ja 5 vuoden kuluessa leikkauksesta. Laboriokokeista mitattava albumiini kuvastaa potilaan ravitsemuksen tilaa. Tämän lisäksi myös PVK eli perusverenkuva ja CEA eli karsinoembryonaalinen antigeeni ovat seurannan kannalta tärkeitä. (Hyöty 2016 & Eskelinen 2016). CEA on hyödyllinen tutkimus seurattaessa syöpähoitojen tehokkuutta (Fimlab, n.d).

## 4 POTILASTURVALLISUUS

Opinnäytetyön tärkeänä teemana on potilasturvallisuuden parantaminen tarkistuslistan avulla. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2018) määrittää potilasturvallisuuden siten, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta koituu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (2014) sivuilta löytyy määritelmä potilasturvallisuudesta, joka on muuten samankaltainen, mutta siihen on lisätty hoidon, lääkitys- ja laiteturvallisuuden kattavuus. Potilasturvallisuus tarkoittaa kaikkia terveydenhuollossa toimivia ammattihenkilöitä sekä heidän toimintayksiköitään ja kaikkia organisaation periaatteita ja käytäntöjä. Käytännöllä tässä tapauksessa tarkoitetaan kaikkia niitä ohjeita, joilla varmistetaan palveluiden turvallisuus. Potilaan turvallisuus tässä tapauksessa tarkoittaa myös sairauksien ehkäisyä, diagnosointia, hoitoa ja kuntoutusta koskevaa turvallisuutta. (THL 2011, 6).

Hoidon laadun keskeisenä tekijänä on potilasturvallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.) Potilasturvallisuutta määrittää hoidon näyttöön perustuvuus, lääketieteellinen vaikuttavuus, potilaskeskeisyys, saatavuus, kustannusvaikuttavuus ja saatavuuden oikeudenmukaisuus. Potilasturvallisuuden lisääminen ja virheiden vähentäminen perustuvat hoidossa tapahtuvien virheiden kirjaamiseen, syiden selvittämiseen sekä niiden ehkäisyyn ja sen toteutumiseen. Hoidossa tapahtuvista virheistä seuraa usein haittatapahtumia. Haittatapahtumia voi olla esimerkiksi lääkityksen antamatta jättäminen tai väärän lääkkeen antaminen. Haittatapahtumia ovat myös ei-toivotut seuraukset toimenpiteistä tai niiden tekemättä jättämisestä. (THL 2011, 6).

Vastuu potilasturvallisuudesta kuuluu koko toimintayksikölle ja jokaiselle potilasta hoitavalle henkilölle. Myös terveydenhuollon ammattihenkilö on ihminen ja erehdyksiä sekä unohduksia sattuu jokaiselle. Virhe on harvoin yhden ihmisen toiminnasta riippuvainen, vaan se on useimmiten usean myötävaikuttavan tekijän sattumaa. Hyvää potilasturvallisuutta on virheiden ja mahdollisten erehdysten ennakointi ja niiden ennaltaehkäisy (THL 2011, 6). Myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin (2014) mukaan hoitovirhe on harvoin työntekijästä lähtöisin, vaan siihen vaikuttaa usein häiriö toimintatavoissa tai järjestelmässä. Virheiden ilmoittamisella voidaan ennaltaehkäistä tulevia haittatapahtumia ja luoda toimintamalleja, joilla niitä voidaan ehkäistä. Ehkäisevänä toimintamallina voisi toimia esimerkiksi tarkistuslista.

## 5 TARKISTUSLISTA HOITOTYÖSSÄ

Tarkistuslistat ovat rantautuneet hoitotyöhön ilmailualan kautta, jossa on käytetty tarkistuslistaa lentoturvallisuuden lisäämiseksi (Pesonen, 2011). Ilmailuala on verrattavissa hoitotyöhön: se edellyttää jonkinlaista huippuosaamista sekä erilaisten teknologisten koneiden ja laitteiden yhtäaikaista hallitsemista. Ilmailualalla tarkistuslistoja on alettu kehittää jo vuonna 1935, kun taas hoitotyön käyttöön tarkistuslistat ovat saapuneet myöhemmin. Hoitotyössä tarkistuslistojen maailmanlaajuinen kehittäminen ja käyttöön ottaminen selvästi viivästyi, sillä on ajateltu, että kirurgiseen toimintaan kuuluu omanlainen komplikaatoriski ja se olisi hyväksyttävää. (Blomgren & Pauniah, 2014.)

Kun voidaan myöntää mahdollisuus virheisiin, voidaan helpommin puuttua niihin ja ehkäistä niitä. Erilaisten tarkistuslistojen kehittäminen saa alkunsa usein läheltä piti- tilanteesta tai jo sattuneesta erehdyksestä. Tarkistuslistat on havaittu hyödylliseksi sellaisissa hoitotyön ympäristöissä, joissa tulee hallita lukuisia asioita samanaikaisesti, tulee työskennellä erittäin tarkkaavaisesti sekä työ suoritetaan nopeatempoisesti. (Blomgren & Pauniah, 2014.)

Tarkistuslistan tarkoitus on vähentää potilasturvallisuudessa tapahtuvia inhimillisiä virheitä sekä selkiyttää johdonmukaista toimintaa. WHO on luonut kolmivaiheisen tarkistuslistan leikkaussalikäyttöön, jonka tarkoitus on ehkäistä virheitä leikkaussalissa. Helmiön (2015) väitöskirjassa arvioidaan ja analysoidaan Potilasvakuutuskeskuksen korvaamat potilasvahingot korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalta vuosilta 2001-2011. Analysoinnin yhteydessä arvioitiin olisiko vahingot voitu estää käyttämällä tarkistuslistaa. WHO:n tarkistuslista leikkaussalikäyttöön on otettu pilottikäyttöön neljässä suomalaisessa sairaalassa vuonna 2009. Tarkistuslista oli parantanut leikkaustiimin kommunikointia korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkaustyössä. Sen myös koettiin olevan helppo eikä se hidastanut työntekoa. Sisältö oli myös osaston tarpeisiin sopiva, mutta osaan leikkauksista olisi kaivattu ytimekkäämpää listaa. (Helmiö 2015, 5.)

Hyvän tarkistuslistan tarkoitus on helpottaa hoitohenkilökunnan työtä, sillä työntekijän ei siten tarvitse luottaa vain omaan muistiinsa. Tarkistuslistan käyttö parantaa potilaalle annetun ohjauksen laatua ja yhtenäistää potilaan saamaa hoitoa. Hyvä tarkistuslistan käyttö tapahtuu kuitenkin potilaan yksilölliset ohjaukselliset tarpeet huomioiden. Hyvän tarkis-

tuslistan ominaisuuksiin kuuluu johdonmukaisuus ja selkokielisyys. Potilas tulee tarkistuslistan käytön alussa tunnistaa. Hyvä tarkistuslista ohjaa myös oikeaoppiseen ja strukturoituun kirjaamiseen. (Härkönen, S. 2013).

Eräissä tutkimuksissa seurattiin kahdeksaa sairaalaa, kahdeksassa eri kaupungissa ja hyvin erilaisissa ympäristöissä. Tutkimus oli osana WHO:n Safe Surgery Saves Lives -ohjelmaa, jossa tutkittiin potilaita WHO:n Surgical Safety Checklist -tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen. Tutkimusaineistossa käsiteltiin yhteensä 3955 potilasta. Kuolleisuus prosentti ennen tarkistuslistan käyttöönottoa oli 1,5% ja jälkeen käyttöönoton kuolleisuus oli 0,8%. Myös komplikaatioiden ilmentyminen oli ennen listan käyttöönottoa 11% ja taas listan käyttöönoton jälkeen vain 7%. (Haynes, ym. 2009).

Suomen Lääkärilehdestä löytyi kirjallisuuskatsaus WHO:n Safe Surgery Saves Lives -ohjelmasta. Katsauksessa todettiin että, kirurgisten toimenpiteiden tarkoituksena yleisesti on potilaan elämänlaadun parantaminen tai potilaan elämän pelastaminen, mutta leikkaus voi myös tehdä merkittävää haittaa ja vahinkoa potilaalle. Yhden vuoden aikana Yhdysvalloissa tehdään tutkitusti 1500–2500 leikkausta väärälle puolelle potilasta. Lisäksi teollisuusmaissa raportoidaan merkittäviä leikkauskomplikaatioita 3–22%:ssa leikkauksista, sekä pysyvän vamman tai kuoleman riski on 0,4–0,8%. Tämä tarkoittaa vuodessa miljoonaa leikkauksesta aiheutuvaa kuolemaa ja 7 miljoonaa pitkäkestoista haittaa aiheuttavaa komplikaatiota. Puolet kaikista sairaalaolosuhteissa tapahtuvista haittatapahtumista liittyy kirurgiaan. Safe Surgery Saves Lives -ohjelman tarkoituksena on keskittyä neljään kirurgian keskeiseen osa-alueeseen, jotka ovat: turvallinen anestesia, leikkausinfektoiden vähentäminen, tiimityö leikkaussalissa ja kirurgian tulokset. Katsauksessa tuliaan selvästi päätelmään, jonka mukaan kirurgisen tarkistuslistan käytöstä on olemassa myönteinen vaikutus leikkauspotilaan riskien hallinnassa ja haittatapahtumien ehkäisyssä. Tarkistuslistan systemaattinen käyttö on vähentänyt leikkauskomplikaatioiden määrää merkittävästi. Tarkistuslistan käyttö vähentää myös inhimillisten virheiden aiheuttamia kärsimyksiä ja kustannuksia. Tarkistuslistan käytöstä ei ole todettu haittoja. (Pauniahho, ym. 2009).

## 6 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi vaihtoehto ammattikorkeakoulussa tehtävälle tutkivalle opinnäytetyölle. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on työympäristön konkreettinen ohjaaminen, opastus tai toiminnan järjestäminen. Toiminnallisuuden vuoksi tulee opinnäytetyölle hankkia työelämäyhteys. Työelämäyhteys on usein opinnäytetyön tilaaja, jolloin opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen eli lähtöisin käytännön työelämän tarpeista. Työelämäyhteyden avulla voidaan kehittää työelämää, opettaa tiimityötä, lisätä opiskelijoiden sitoutumista sekä harjaantua aikataulujen noudattamisessa. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 16,17.)

Työelämäyhteyslähtöisessä opinnäytetyössä on myös vaaran mahdollisuus, että opinnäytetyö laajenee suuremmaksi kuin omat ja ammattikorkeakoulun asettamat tavoitteet, joten tulee tarkoin pohtia opinnäytteen aihetta ja sen rajausta. On hyvä miettiä kohderyhmä tarkasti, jolloin se sulkee pois mahdollisuuksia työn liialliselle laajenemiselle. Tarkoin suunniteltu kohderyhmä auttaa pysymään työlle varatussa aikataulussa. Lopullisen työn rajaus on perusteltua omien resurssien, työelämäyhteyden toiveiden, valitun kohderyhmän tarpeiden sekä ammattikorkeakoulun asettamien vaatimusten välillä. (Vilkka & Airaksinen 2003, 18, 40, 56, 57.)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu toiminnallisen osuuden lisäksi teoreettinen tieto, jotka yhdessä tukevat toisiaan. Teoreettisen tiedon avulla tulee perustella toiminnallisen osuuden erilaisia ratkaisuja ja valintoja. Ammattikorkeakouluopintojen ajatuksena on kasvattaa taitoa yhdistää konkreettista eli käytännön taitoa teoreettisten tietojen kanssa. (Vilkka & Airaksinen 2003, 41–42.)

## 7 TOTEUTTAMINEN

### 7.1 Tuotoksen lähtökohdat

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi Hatanpään sairaalan erään kirurgisen osaston tilaaman opinnäytetyön. Aiheen otsikko oli tuolloin Tarkistuslista kirurgisen potilaan lääkärinkierrolle. Aihe herätti mielenkiinnon, sillä halusimme toteuttaa tuotokseen painottuvan opinnäytetyön. Allekirjoittaneet suuntautuvat perioperatiiviseen hoitotyöhön, joten kirurgisen potilaan hoitopolun tunteminen on ammatillisen kasvun kannalta tärkeää. Tiedossamme oli myös WHO:n leikkaussaliin tehdyn tarkistuslistan hyödyistä potilasturvallisuuteen, joten koimme tarkistuslistan merkityksen hoitotyölle suureksi.

Työelämäpalaverissa tarkentui, millaisia kirurgisia potilaita osastolla hoidetaan. Osasto potilaat koostuvat gastroenterologisista ja gynekologisista potilaista. Gastroenterologia on aiheena laaja, joten gynekologiset potilaat päätettiin rajata pois. Suurin osa osaston potilaista lukeutuu gastroenterologisiin potilaisiin, joten oli luontevaa rajata opinnäytetyö käsittelemään tätä potilasryhmää.

Tarkistuslistan muodosta esitettiin erilaisia toiveita. Tulostettava paperiversio nähtiin hyvänä muotona, jotta hoitaja voisi tehdä omat merkintänsä listaan, mutta toisaalta tuotiin esille pyrkimys vähentää paperijätettä. Sähköisen tarkistuslistan ajateltiin olevan käytännöllinen potilastietoja kirjatessa, mutta sellaista ei voitaisi kuljettaa mukana lääkärinkierrolla. Kestävää kehitystä painotetaan paljon työelämässä, joten tuotoksen muodoksi valittiin laminoitu taskukokoinen tarkistuslista, joka kulkisi helposti mukana ja jota voitaisiin käyttää useamman potilaan kohdalla.

Tiedonhaku aloitettiin opinnäytetyön aiheen tarkennuttua, jolloin pystyttiin määrittämään hakusanasto. Tietoa haettiin erilaisin hakusanoin useista eri tietokannoista (Liite 2). Tiedonhaku oli haastavaa, sillä tässä vaiheessa työtä allekirjoittaneilla ei vielä ollut konkreettista käsitystä siitä, miten lääkärinkierto osastolla toteutuu ja millaisia asioita potilaan hoidossa tulisi huomioida potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitoon.

Opinnäytetyön työstäminen aloitettiin osallistamalla osaston lääkärintierolle 27.9.2017. Tarkoituksena oli selvittää, miten lääkärintierto toteutuu osastolla ja tehdä huomioita hoitotyön haasteista lääkärintierron aikana. Tämän jälkeen, 17.10.2017, opinnäytetyön aihe ja toteutussuunnitelma esiteltiin osaston osastotunnilla. Osastolle jätettiin paperiarkki, johon hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus kirjoittaa omia toiveitaan ja huomioitaan lääkärintierron haasteista. Hoitohenkilökunnalla oli viikko aikaa kirjoittaa toiveitaan, jotta työvuoroista riippumatta mahdollisimman monilla oli mahdollisuus esittää toiveensa ja hoitohenkilökunnalla olisi myös aikaa miettiä omia tarpeitaan tarkistuslistan suhteen.

Hoitohenkilökunta esitti toiveena potilaiden lääkityksestä huolehtimisen. Hoitohenkilökunta koki haasteelliseksi huolehtia uusien lääkkeiden reseptien päivittämisestä ja uusien lääkkeiden ohjaamisen potilaalle. Tämän lisäksi tulee huomioida tauotettujen lääkkeiden aloittaminen uudelleen ja päivittää potilaan lääkelista. Myös esimerkiksi Marevan-lääkitykseen liittyvä seuranta tulee ohjata potilaalle.

Potilaiden jatkohoidosta huolehtimisessa on myös paljon asioita, jotka kuormittavat hoitohenkilökuntaa. Jokaisen potilaan kohdalla tulee yksilöllisesti huomioida, että potilas saa tiedon jatkossa otettavista laboratoriotutkimuksista, mahdollisista kuvantamistutkimuksista ja jälkitarkastuksista ja että potilaalla on jatkotutkimuksiin tarvittavat lähetteet. Jatkotutkimuksiin liittyen potilaan lääkityksiä saatetaan joutua uudelleen tauotta ja näihin hoitohenkilökunnan tulee saada lääkärin määräys, jotta he osaavat ohjeistaa potilaan oikein. Potilaalle tulee myös ohjeistaa leikkaushaavan hoito ja ompeleiden tai hakasten poiston ajankohta. Lisäksi potilaalle on annettava lääkärin ohjeistuksen mukaan ruokavalio-ohjeet.

Mikäli potilaalla on tarvetta apuvälineille tai hoitotarvikkeille, tulee hoitohenkilökunnan huolehtia niiden saatavuus ja käyttöohjeistus potilaalle ennen kotiutumista. Hoitohenkilökunnan tulee myös varmistaa, että potilaalle on tehty epikriisi, sekä hoitajan kirjoittama loppuarvio, jotta siirtyminen toiseen hoitolaitokseen tai kotiin voidaan toteuttaa. Hoitohenkilökunnan tulee myös huolehtia potilaan kuljetuksesta ja arvioida, minkä tasoisen kuljetuksen potilas tarvitsee. Myös potilaan omaisille täytyy ilmoittaa potilaan siirtymisestä.



## 7.2 Tuotoksen toteutus

Opinnäytetyön toteutuksessa pyrittiin kunnioittamaan hoitohenkilökunnan toiveita ja tarpeita tarkistuslistan suhteen, jotta työ palvelisi heidän tarpeitaan mahdollisimman hyvin. Osastolla on aiemmin ollut käytössä tarkistuslista, joka sisälsi kaikki tärkeät asiat potilaan kotiutumisen kannalta. Lista oli lähes kaksi sivua pitkä, jonka vuoksi hoitohenkilökunta ei kokenut sitä kovin käytännölliseksi. Tarkistuslistalta toivottiin selkeyttä ja helppoluokisuutta, jotta se helpottaisi myös sijaisten työskentelyä.

Hoitohenkilökunnan toiveiden ja tarpeiden selkiytyttyä aloitettiin tarkistuslistan suunnittelu (Kuvio 2.). Apuna käytettiin tutkittua tietoa tarkistuslistoista ja niiden käytöstä. Tarkistuslista pohjautuu toiveiden ja tarpeiden kautta etsittyyn tutkittuun tietoon kirurgisen gastroenterologisen potilaan hoidosta. Tarkistuslistan sisällön luokittelu oli haastavaa, sillä listaan tuli tiivistää useita hoidon kannalta merkityksellisiä asioita. Termien luokittelu ja listaaminen loogiseksi jatkumoksi ei ollut niin sujuvaa, kuin alussa ajattelimme. Osittain myös tutkitun tiedon löytäminen oli haastavaa, sillä emme löytäneet aluksi sopivia hakusanoja. Teoreettisen lähdeaineiston kertyessä aloitettiin tarkistuslistan tuottaminen.

Valmis tuotos esitellään hoitohenkilökunnalle osastotunnilla keväällä 2018. Osastolle annetaan oikeudet muokata ja päivittää tarkistuslistaa, esimerkiksi kattamaan kaikki osaston potilaat. Emme vastaa tarkistuslistaan mahdollisesti tehdyistä muutoksista. Tuotamme malliversion tarkistuslistasta (Liite 1.) osastolle, jotta osasto voi itsenäisesti tuottaa tarvittavan määrän osaston hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö julkaistaan valmiina Theseuksessa tuotoksen kanssa.



Kuvio 2. Opinnäytetyön eteneminen.

### 7.3 Tuotoksen kuvaus

Saatuamme osaston hoitohenkilökunnan omat toiveet tarkistuslistan sisällöstä ja kerättyämme teoreettista tietoa, aloitimme tarkistuslistan työstämisen. Tarkistuslistan tuli sisältää kirurgisen gastroenterologisen potilaan hoidossa tärkeimmäksi koetut asiat kotiutuksen kannalta, joista poimimme lääkehoidon, haavanhoidon sekä ravitsemuksen. Myös kotiutukseen liittyvät erilaiset asiat, kuten kotihoidon ja apuvälineiden tarpeen määrittämiseen tulisi kiinnittää huomiota.

Päätimme käyttää erisävyisiä taustoja, jotta tarkistuslista olisi helpommin luettavissa ja aiheet erottuisivat selkeästi (Liite 1). Tarkistuslistan ulkoasussa kiinnitimme huomiota erityisesti tarkistuslistan ytimekkyyteen ja selkeyteen. Käytettävyydeltään tarkistuslistan tulisi olla helppo ja vähentää hoitohenkilökunnan muistin taakkaa. Suunnittelimme tarkistuslistaa myös siltä kannalta, millaisen itse kokisimme helppokäyttöiseksi.

Tarkistuslistan käyttö vaatii sen, että käyttäjällä on käsitystä ja pohjatietoja kirurgisesta gastroenterologisesta potilaasta. Raportissa kuvataan, mitä tarkistuslistan käsitteet tarkoittavat, mutta itse tarkistuslistassa on ytimekkäästi yksittäiset käsitteet, joiden merkitys kirurgisen gastroenterologisen potilaan kohdalla tarkistuslistan käyttäjällä tulee olla tiedossa.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on julkaissut ohjeistuksen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja ammattikorkeakoulut ovat sitoutuneet noudattamaan näitä ohjeita (Arene 2018.) Hyvässä tieteellisessä käytännössä toimitaan rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tiedonhankinta toteutetaan eettisesti, vastuullisesti ja tutkimustoiminta tehdään avoimesti. Aiemmat tutkimukset huomioidaan kunnioittavasti ja tarvittavat tutkimusluvut tulee olla hankittuna. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

Opinnäytetyölle on hankittu tarvittava tutkimuslupa ajallaan ja tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistusta on noudatettu työssä. Tarkistuslistan sisältö perustuu tutkittuun tietoon ja kirjallinen työ sisältää asianmukaiset lähdeviitteet. Lähteiden luotettavuutta on arvioitu ja huomioitu käytettyjen lähteiden julkaisuvuosi. Työssä on käytetty lähteitä, jotka ovat yli 10 vuotta vanhoja, joten se heikentää työn luotettavuutta. Tämän kyseisen työn kannalta vanhoja lähteitä ei ole koettu ongelmaksi, sillä tarkistuslista koostuu pitkältä hoitohenkilökunnan henkilökohtaisesta tarpeesta ja työ on koostettu avuksi juuri kyseisen osaston hoitohenkilökunnan työhön. Eri lähteistä on myös löytynyt samaa tietoa, joten käytettyjä lähteitä voidaan pitää luotettavina. Työ lähetetään tutkittavaksi plagiaattintunnistusjärjestelmään, jotta voidaan todentaa, ettei työssä ole tehty plagiointia (Arene 2018.)

Työssä on kunnioitettu potilaiden oikeudenmukaista vaitiolovelvollisuutta, eikä työssä tuoda esille 27.9.2017 lääkärintierrolla kuultuja potilastietoja. Lääkärintierrolla potilaille on kerrottu tutkimustyön tarkoituksesta ja heillä on ollut mahdollisuus kieltää lääkärintierrolle osallistuminen. Potilaat antoivat suostumuksensa lääkärintierrolle osallistumiseen.

## 8.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Olemme tuottaneet tarkistuslistan hoitohenkilökunnan toiveiden mukaisesti. Tarkistuslistaan on sisällytetty heidän esittämänsä asiat, jotka ovat olennaisia gastroenterologisen kirurgisen potilaan kotiutuksessa. Raportissa tuomme esille tutkitut perusteet sille, miksi nämä asiat ovat merkittäviä kotiutusvaiheessa. Hoitohenkilökunta esitti toiveen myös sähköisesti tarkistuslistasta. Tähän toiveeseen emme valitettavasti kyenneet vastaamaan, mutta uskomme tarkistuslistan olevan avuksi myös potilastietojen kirjaamisessa ja täten helpottavan raportointia sekä hoitohenkilökunnan keskinäistä tiedonvälitystä.

Tässä opinnäytetyössämme olemme rajanneet tarkistuslistan koskemaan gastroenterologisia potilaita, joten eri potilasryhmiin keskittyneet tarkistuslistat ovat mielestämme käytännöllisiä jatkotutkimuskohteita. Toisaalta myös laaja, eri potilasryhmät sisältävä tarkistuslista voisi olla jatkotutkimuksen aiheena. Annamme osaston henkilökunnalle valtuudet muokata tarkistuslistaa ja sen sisältöä. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi myös, onko hoitajien työskentely helpottunut tarkistuslistan myötä ja onko tarkistuslistan käyttö ollut heille mielekästä. Hoitotyö kehittyy jatkuvasti, joten tarkistuslistan ajoittainen tarkistaminen ja tarpeen mukainen päivittäminen on huomioitava.

## 8.3 Pohdinta

Tarkistuslistojen käyttö hoitotyössä yleistyy jatkuvasti. Hoitotyö on entistä vaativampaa ja hoitohenkilökunnalla on useita asioita huolehdittavana kerrallaan. Tarkistuslistan avulla kaikki potilaan hoidon kannalta merkittävät asiat tulee huolehdittua, jolloin potilasturvallisuus lisääntyy. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, mitä tarkoitetaan kirurgisella gastroenterologisella hoitotyöllä, mitä erityispiirteitä siihen kuuluu, millaiset asiat korostuvat kirurgisen gastroenterologisen potilaan kotiutus- tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen vaiheessa sekä mikä on tarkistuslista ja miten sen avulla voidaan lisätä potilasturvallisuutta kotiutusvaiheessa. Näiden kysymysten pohjalta olemme koostaneet tarkistuslistan ja keränneet tietoa kirurgisen gastroenterologisen potilaan hoitotyöstä. Rajamalla työmme koskemaan kirurgisia gastroenterologisia potilaita olemme saaneet tuotettua ytimekkään ja käytännönläheisen tuotoksen hoitotyöhön.

Olemme tyytyväisiä tuottamaamme tarkistuslistaan ja uskomme sen vastaavan hoitohenkilökunnan tarpeisiin. Oleellisten asioiden sisällyttäminen tarkistuslistaan oli haastavaa, mutta mielestämme onnistuimme tiivistämään asiat helppolukuisiksi ja loogiseksi listaksi. Tarkistuslistan sisältämien tietojen varmistaminen ja kirjaaminen ovat tärkeitä potilasturvallisuuden kannalta ja uskomme tarkistuslistan olevan hyödyllinen apuväline raportoinnin helpottamisessa ja potilasturvallisuuden toteutumisessa.

Opinnäytetyön työstäminen on kehittänyt osaamistamme tiedonhaussa ja kirjallisessa raportoinnissa. Olemme kartuttaneet tietoaamme kirurgisista gastroenterologisista potilaista ja tarkistuslistojen merkityksestä hoitotyölle. Suunnitelmallisuus ja aikatauluttaminen ovat olleet tärkeitä opinnäytetyön edistymisen kannalta, mutta ne ovat osoittautuneet ajoittain myös haasteiksi. Aikataulujen sovittaminen yhteen muiden opintojen ja töiden kanssa on ajoittain tuntunut lähes mahdottomalta, mutta se on motivoinut meitä työskentelemään tehokkaasti, kun olemme yhteistä aikaa löytäneet. Olemme pyrkineet työllämme helpottamaan hoitohenkilökunnan työtaakkaa ja parantamaan potilasturvallisuutta, sillä potilas on kuitenkin aina kaiken hoitotyön ydin.

## LÄHTEET

Aalto, I. Korpela, J. Rosenberg, L. Nykänen, S. 2017. Luettu 11.3.2018. Avanneopas. Tietoa avanteesta, J–pussista ja anaali–inkontinenssista. Finnilco ry. Painotalo Plus Digital Oy. Lahti.

Ahonen, S., Ahvo, L. & Käyhty, M. 2002. Kotoa laitokseen ja takaisin – onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P, Vaarama, M., Backman, K., Paasi-vaara, L., Eloniemi–Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2005. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. 2018. Luettu 14.4.2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset.

Blomgren, K. & Pauniaho, S–L. 2014. Terveystarkistukset. Duodecim oppiportti. Luettu 10.01.2018. Vaatii käyttöoikeuden.

Coloplast. N.d. Luettu 11.3.2018. Mitä voit syödä ja juoda, kun sinulla on ohutsuoliavanne tai paksusuoliavanne. Ruokavalio-ohjeistusta henkilöille, joilla on avanne.

Eskelinen, S. 30.6.2016. Luettu 19.3.2018. Perusverenkuva. Duodecim. Terveyskirjasto.

Fimlab. N.d. Luettu 19.3.2018. Karsinoembryonaalinen antigeeni. Fimlab laboratoriot Oy.

Grönroos, J. Kylänpää, L. Päivitetty 7.3.2018. Luettu 15.3.2018. Kirurgia: Sappikivitauti. Duodecim Oppiportti.

Hammar, A–M. 2011. Kirurgian perusteet. WSOY Pro Helsinki.

Haynes, A. Weiser, T. Berry, W. Lipsitz, S. Breizat, A-H. Dellinger, P. Herbosa, T. Joseph, S. Kibatala, P. Lapitan, M. Merry, S. Moorthy, K. Reznick, R. Taylor, B. & Gawande, A. 2009. Prospective Study: A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine 360 (5), 491–499.

Helmiö, P. 2015. Towards better patient safety: The WHO Surgical Checklist in Otorhinolaryngology. Luettu 10.1.2017. Helsingin yliopisto: Lääketieteen yksikkö. Väitöskirja. Helsinki.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Sairaanhoidajaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyöty, M. Kholová, I. Kokko, R. Niemeläinen, S. Yms. 28.6.2016. Luettu 19.3.2018. Ruoansulatuskanavan syövät. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Lääkärin tietokannat. Terveysportti.

Härkönen, S. 2013. Tarkistuslista -sairaanhoitajan työkalu potilaan kotiutustilanteen lääkehoidon ohjauksen kehittämisessä. YAMK Opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu. Terveysalan koulutusohjelma.

- Ikonen, T. Pauniahho, S. 2010. Luettu 19.3.2018. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest.
- Juutilainen, V. 2009. Haavan alipaineimuhoido, toimintaperiaate ja toteutus. Käypä hoito. Luettu 03.03.2018
- Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) 2013. Haavanhoidon periaatteet. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Karma, A. Kinnunen, T. Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Potilasturvallisuus. Julkaistu 21.3.2014. Päivitetty 10.11.2015. Luettu 23.10.2017.
- Koski, J. 2017. Luettu 19.3.2018. Sairaalasta kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämistä lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro-gradu tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.
- Käypä hoito. Päivitetty 23.6.2014. Luettu 2.4.2018. Leikkausta edeltävä arviointi.
- Lumio, J. 2017. Ommellun haavan hoito kotona. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 09.03.2018.
- Lääketieteen termit. N.d. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 22.10.2017. Vaatii käyttöoikeuden.
- Pauniahho, S-L. Lepojärvi, M. Peltomaa, K. Saario, I. Isojärvi, J. Malmivaara, A. & Ikonen, T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilas turvallisuutta. Halo-katsaus. Suomen lääkirilehti 64 (49), 4249–4254.
- Pesonen, E. 2011. Safe surgery saves lifes, Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuden. Finnanest. Luettu 22.10.2017.
- Rauhasalo, A. 2003. Luettu 12.3.2018. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Jyväskylän yliopisto.
- Roberts, P. Alhava, E. Höckerstedt, K. Leppäniemi, A. (toim.) 2010. Kirurgia. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2015. Lääkehoidon käsikirja. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Scheinin, T. Päivitetty 7.3.2018. Luettu 15.3.2018. Kirurgia: Gastroenterologinen kirurgia. Duodecim Oppiportti.
- Salomäki, T. & Laurila, P. 2014. Anestesiologia ja tehohoito: Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Duodecim: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. Potilasturvallisuus. Luettu 22.10.2017.

Swedish Council on Health Technology Assessment. 8/2010. Antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp. Luettu 2..4.2018.

TAYS. 2017. Ommellun haavan kotihoito. Luettu 10.03.2018

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelma. Luettu 04.10.2017.

Torpström, J. 2015. Luettu 8.4.2018. Ravitsemusterapeutti Jaana Torpström. FinnILCO 1/2015.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Luettu 14.4.2018. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

Verdaasdonk, E. Dankelman, J. Stassen, L. Widhiasmara, P. 18.7.2008. Luettu 14.4.2018. Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.



## LIITTEET

### Liite 1. Tarkistuslista

<b>Tarkistuslista B3-osastolle</b>
<b>Lääkehoito:</b> reseptit, ohjeistus, kontrollit, uusien lääkkeiden käyttö
<b>Antikoagulaatiohoito:</b> INR-arvot, kontrollit, ohjaus, jatkuva lähete, minihepariini
<b>Jatkohoito:</b> lab-kokeet, ompeleiden/hakasten poisto, tutkimukset
<b>Jälkitarkastukset:</b> näyttö, ajanvaraukset, soittoaika, PAD-vastaus
<b>Ruokavalio-ohjeet:</b> avannepotilas
<b>Kotihoito-ohjeet:</b> haavanhoito, avanteen hoito
<b>Kotihoidon, apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden kartoitus:</b> haavanhoitotuotteet
<b>Siirtyminen kotiin/jatkohoitoon:</b> ePotku, taksi, hoitotaso/perustaso ambulanssi
<b>Jatkohoitopaikkaan siirtyminen:</b> raportti, lääkelista, epikriisi
<b>Potilaalle:</b> epikriisi, reseptit, hoitotyön yhteenveto, läheteet, lääkelista

Liite 2. Tiedonhaun taulukko

	<b>Käsite 1</b>	<b>Käsite 2</b>	<b>Käsite 3</b>
<b>Hakusana suomeksi (ns. oma sana)</b>	kirurginen potilas gastroenterologia kirurgia	tarkistuslista	Lääkärintarkastus Potilaskierto osastokierros
<b>YSA</b>	kirurginen hoito potilasturvallisuus gastrologia	tarkastus	hoitosuhde lääkärintarkastus
<b>MeSH (englanniksi)</b>	patient safety risk management gastrology	checklist	morning rounds
<b>FinMeSH (suomeksi)</b>	Endokriiniset sairaudet Ruoansulatusjärjestelmän sairaudet Ravitsemus- ja aineenvaihduntasairaudet	tarkistuslista	Potilashoito
<b>Hoidokki</b>	-	-	Kierros
<b>Hakusana englanniksi</b>	Patient care Surgical Gastroenterology	Checklist	ward rounds patient rounds doctor rounds