

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

TOIMENPIDEPOTILAIEN KOKEMUKSIA LEIKKAUSSALISSA TAPAHTUVAN HOITOTYÖN TURVALLISUUDESTA

Irja Hyvönen & Sinikka Johansson

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

KEMI 2012

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden
Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

IRJA HYVÖNEN & SINIKKA JOHANSSON

TOIMENPIDEPOTILAIEN KOKEMUKSIA LEIKKAUSSALISSA TAPAHTUVAN
HOITOTYÖN TURVALLISUUDESTA

Opinnäytetyö, 59 sivua ja 6 liitettä

Ohjaajat: Aija Lämsä & Marianne Sliden

19.3.2012

Asiasanat: Toimenpidepotilas, vuorovaikutus, intraoperatiivinen hoito, potilasturvallisuus.

Länsi-Pohjan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla otettiin vuonna 2010 käyttöön leikkaustoiminnan tarkistuslista potilasturvallisuutta varmistamaan. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa toimenpidepotilaiden kokemuksia hoitotyön turvallisuudesta intraoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimuksen tavoitteena oli potilaiden näkökulmasta tuotetun tiedon avulla kehittää perioperatiivisen hoitotyön laatua ja lisätä tietoisuutta potilasturvallisuutta vaarantavista sekä edistävistä tekijöistä.

Tutkimuskohteena olivat aikuiset toimenpidepotilaat. Tutkimuksessa keskityttiin leikkauksen aikaiseen vaiheeseen ja tutkimuskohde rajattiin puudutettuihin aikuispotilaisiin, koska he pystyvät seuraamaan turvallisuuden toteutumista toimenpiteen aikana. Tutkimuksessa käytettiin mittarina kyselylomaketta, jolla kartoitettiin aikuispotilaiden kokemuksia toimenpiteen aikana. Kvantitatiivinen surveytutkimus tehtiin ryväsotannalla toukokuussa 2011.

Toimenpidepotilaat, joilla oli aikaisempia leikkauskokemuksia pelkäsivät enemmän toimenpidettä kuin potilaat joilla ei ollut aikaisempia leikkauskokemuksia. Kaikki potilaat tiesivät ennakolta, millainen toimenpide heille oli suunniteltu tehtäväksi. Potilaat olivat saaneet ohjausta ennen toimenpidettä selkeällä ja ymmärrettävällä kielellä ja heitä pidettiin ajan tasalla toimenpiteen kulusta. Henkilökunnan työskentely oli ystävällistä ja rauhallista. Henkilökunta esittäytyi potilaalle ja kysyi potilaan vointia toimenpiteen aikana. Potilaat tunsivat olonsa turvalliseksi toimenpiteen aikana ja he saivat kipulääkettä. Kipulääkityksestä huolimatta lähes puolet vastaajista olivat olleet kipeitä leikkauksen jälkeen.

Potilaiden mielestä joitakin anestesia- ja leikkausturvallisuuteen liittyviä kohtia ei tarkistettu riittävästi. Käytännön hoitotyössä lyhentyneet hoitoajat ja tehokkusvaatimus luovat haasteita potilaan ohjaukselle. Luottamuksellisen suhteen luominen potilaaseen edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja, joita opitaan käytännön hoitotyössä ja itsensä kehittämällä.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

SINIKKA JOHANSSON & IRJA HYVÖNEN

SURGICAL PATIENTS EXPERIENCES OF PATIENT SAFETY IN THE
OPERATING ROOM

Bachelor's Thesis, 59 pages and 6 appendices

Advisors: Marianne Sliden and Aija Lämsä

19.3.2012

Keywords: Treatment patient, interaction, intraoperative care, patient safety.

In 2010 the operating room at Central Hospital of Kemi had started to use the Surgical Safety Checklist for benefit patient safety. The purpose of this thesis was to investigate patient's experiences of safety during the intraoperative care. The objective of this thesis was to identify from the patients' perspective areas for quality improvement during intraoperative care.

Research subjects were adult patients. The study concentrated on the surgical stage and limited to numbed patients because they are awake and able to follow the implementation of safety during the operation. Questionnaire surveyed the patients experience during the procedure. The quantitative survey study was carried as a cluster sample in May 2011.

Patients with previous surgical experience feared more the procedure than the patients who had no previous surgical experiences. All patients knew their elective surgery. Patients had received counseling before the procedure in a clear and understandable language, and they were kept informed throughout the operation. The staff worked friendly, calmly, and they introduced themselves to the patient and asked the patient's condition during the operation. Patients felt safe and comfortable, and they get pain medication, but in spite of the analgesic nearly half of the patients were painful after the surgery.

Patients considered that some of anesthesia and surgical safety items were not checked enough. Shorter treatment times and efficiency in the health care challenges the patient's guiding. Confidential relationship with the patients requires good communication skills, which are learned in practice and self education.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 POTILASTURVALLISUUS INTRAOPERATIIVISESSA VAIHEESSA	7
3 VUOROVAIKUTUS PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ	21
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	26
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	26
4.2 Tutkimusmenetelmä	26
4.3 Tutkimusaineiston kohdejoukko ja tutkimusaineiston keruu	27
4.4 Tutkimusaineiston analysointi	29
5 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	31
5.1 Toimenpidepotilaiden kokemuksia leikkaussalissa tapahtuvan hoitotyön turvallisuudesta Alkutarkistuksen aikana	31
5.2 Toimenpidepotilaiden kokemuksia leikkaussalissa tapahtuvan hoitotyön turvallisuudesta Aikalisän aikana	36
5.3 Toimenpidepotilaiden kokemuksia leikkaussalissa tapahtuvan hoitotyön turvallisuudesta Lopputarkistuksen aikana	39
5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista ja johtopäätökset	43
6 POHDINTA	47
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	47
6.2 Tutkimuksen eettisyys	49
6.3 Yleispohdintaa ja jatkotutkimushaasteita	52
LÄHTEET	55
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa turvallisuus tarkoittaa yksilöiden ja organisaation näkökulmasta hoidon turvallisuutta ja potilaan suojaamista vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuudella tarkoitetaan, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu hänelle mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden, laiteturvallisuuden ja on osa hoidon laatua. Terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää, että toiminnan on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoitokäytäntöihin perustuvaa, laadukasta sekä turvallista. Potilasturvallisuus on vaikuttavaa, kun hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Potilaan hoito ei aina suju toivotulla tavalla, vaan tapahtuu inhimillisiä erehdyksiä ja virheitä. Potilas ja toimintayksikön koko henkilöstö eri tehtävissä vaikuttavat yhdessä potilasturvallisuuteen. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 15, 20; Potilasturvallisuutta Taidolla – Ohjelma 2011–2015; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Helovuoto & Kinnunen & Peltomaa & Pennanen 2011, 13–14.)

Leikkaussali on haasteellinen ympäristö sekä potilaalle että henkilöstölle. Arvioiden mukaan jopa lähes puolet kaikista haittatapahtumista (hoidon sivuvaikutus, lisätauti tai jälkitauti) tapahtuu itse leikkaussalissa. Näistä yli puolet olisi ehkäistävissä. Maailman terveysjärjestö WHO: n potilasturvallisuusliitto WAPS (World Alliance for Patient Safety) käynnisti vuonna 2007 ohjelman leikkaushaittojen vähentämiseksi, koska inhimilliset tekijät vaikuttavat komplikaatioihin ja potilaskuolemiin suuressa määrin. Kansainväliset, eri alojen asiantuntijaryhmät paneutuivat neljään keskeiseen osa-alueeseen: leikkausinfektioiden vähentämiseen, turvalliseen anestesiaan, tiimityöhön leikkaussalissa sekä kirurgian tulosten seurantaan. Kirjallisuuteen ja klinikkojen kokemukseen perehtymällä syntyi Safe Surgery Saves Lives -ohjeistus. Ohjelman yksi tavoite oli leikkaustiimin tarkistuslistan (WHO Surgical Safety Checklist) kehittäminen, testaaminen ja käyttöönotto maailmanlaajuisesti. Leikkaustiimin tarkistuslista on yhdelle sivulle mahtuva 19 kohdan tarkistuslista. (Pelkonen 2003, 281; Kinnunen & Peltomaa 2009, 94; Implementation manual WHO surgical safety checklist (First Edition) 2008; Leikkaustiimin tarkistuslista 2010; Helovuoto 2011, 208–211.)

Länsi-Pohjan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla on vuonna 2010 otettu käyttöön leikkaustiimin tarkistuslista potilasturvallisuutta varmistamaan. Tarkistuslistan pohjana on Sosiaali- ja terveysministeriön sivuilta löytyvä valmis leikkaustiimin tarkistuslista. Listan eri kohtien huomioiminen perioperatiivisessa hoitotyössä varmistaa potilasturvallisuutta ja leikkaustiimin yhteistyötä. Tarkistuslista liitetään heräämössä potilaan anestesiakertomukseen ja säilytetään potilasasiakirjassa. (Liite 1.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa toimenpidepotilaiden kokemuksia hoitotyön turvallisuudesta intraoperatiivisessa vaiheessa (leikkaussalissa tapahtuva hoitotyö). Tutkimuksen tavoitteena on potilaiden näkökulmasta tuotetun tiedon avulla kehittää perioperatiivisen hoitotyön laatua ja lisätä tietoisuutta potilasturvallisuutta vaarantavista sekä edistävästä tekijöistä.

2 POTILASTURVALLISUUS INTRAOPERATIIVISESSA VAIHEESSA

Kirurginen potilas määritellään henkilöksi, joka on tilanteessa, jolloin parantava tai korjaava toimenpide on todennäköinen tai välttämätön, sairauden tai äkillisen sairastumisen vuoksi. Potilaan sairauden laatu ja persoonallisuus vaikuttavat siihen, miten hän suhtautuu toimenpiteeseen. Kirurgisen hoidon odotetaan parantavan potilaan sairauden ja myös elämänlaadun. (Holmia & Murtonen & Myllymäki & Valtonen 2006, 16–17.)

Kirurgisen potilaan hoitotyö pohjautuu kokonaisvaltaiseen eli holistiseen näkemykseen ihmisestä ja perustuu humanistiseen ihmiskäsitykseen. Humanistinen ihmiskäsitys korostaa ihmisyyttä, yksilön ainutlaatuisuutta, yksilön elämän merkityksellisyyttä ja laatua sekä yksilön valinnan vapautta. Humanistinen ihmiskäsitys näkyy siten, että yksilöllä on oikeus päättää itseensä kohdistuvasta hoidosta ja saada tietoa eri hoitovaihtoehdoista. Humanismin mukaan yksilön tulee myös ottaa itse vastuuta omasta hoidostaan ja terveydestään. Tärkeää on tukea potilasta selviytymään anestesia- ja toimenpidekokemuksesta. (Eriksson 1995, 28; Korte & Rajamäki & Lukkari & Kallio 2000, 418.)

Perioperatiivinen hoitotyö käsittää pre-, intra- ja postoperatiivisen hoitotyön vaiheet. Preoperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan välittömästi ennen toimenpidettä toteutettavaa hoitotyötä, intraoperatiivisella toimenpiteen aikaista leikkaussalissa tapahtuvaa hoitotyötä ja postoperatiivisella välittömästi toimenpiteen jälkeen toteutuvaa hoitotyötä. Intraoperatiivista hoitotyötä ohjaa etukäteen suunniteltu leikkausohjelma eli leikkauslista. Suunnittelun tavoitteena on elektiivisten eli suunniteltujen toimenpiteiden tasainen jakautuminen arkipäiville. Tämä vaatii toimivaa yhteistyötä vuodeosastojen ja poliklinikoiden kanssa. Toimenpiteiden suunnittelu etukäteen varmistaa sen, että potilas saa hoitonsa suunnitellusti ja leikkaukseen on riittävästi henkilökuntaa ja siihen tarvittavia leikkauslaitteita ja -välineitä. Muutoksia suunniteltuun päiväohjelmaan aiheuttavat päivystysleikkaukset. Leikkauslistan suunnittelevat leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja ja jonohoitaja yhteisissä viikoittaisissa tapaamisissa. Jonohoitaja informoi potilasta toimenpideajankohdasta. Hän valmistele toimenpiteeseen tulevien potilaiden asioita, leikkauslistan suunnittelua ja työskentelee yhteistyössä kirurgien, leikkausosaston, ajanvarauspoliklinikan ja vuodeosastojen henkilökunnan kanssa. (Lukkari & Kinnunen & Korte 2007, 20–25, 53–55.)

Intraoperatiiviseen vaiheeseen sisältyy potilaalle tehtävä toimenpide ja sen vaatima anestesia. Anestesiolla tarkoitetaan nukutusta tai puudutusta. Intraoperatiivinen hoitotyö alkaa, kun potilas vastaanotetaan leikkaussaliin, missä aloitetaan anestesiavalmistelut ja se loppuu potilaan siirtyessä jatkohoitoon heräämöseurantaan, kirurgiselle osastolle, teho-osastolle tai potilas kotiutuu. Anestesiavalmisteluihin kuuluvat ennen toimenpidettä potilaalle annettavien lääkkeiden ja verikokeiden määrääminen ja verikokeiden tulosten tarkastaminen sekä veren hyytymistä estävän lääkehoidon tarpeellisuuden arviointi. Potilaan lääkeaineallergiat huomioidaan ja varmistetaan lämpöpeiton, anestesiaan tarvittavien lääkkeiden ja suoneen annettavien nesteiden saatavuus. Toimiva anestesiavälineistö, testattu anestesiakone ja toimivat toimenpideinstrumentit ja – välineistö ovat osa turvallisuustarkistuksia. Turvallinen ympäristö ja potilaan perus- ja erityistarpeiden tyydyttäminen kuuluu intraoperatiiviseen hoitotyöhön, joka sisältää potilaan henkisen tukemisen, turvallisen siirron potilasvuoteesta leikkauspöydälle, turvallisen leikkausasennon ja potilaan voinnin arvioinnin. Intraoperatiivinen hoitotyö sisältää myös anestesian toteutuksen ja leikkauksen hoitoteknologian ja -menetelmien hallinnan, aseptiikan, hoidon kulun kirjaamisen ja raportoinnin. (Panelius & Varisto 1990, 12; Korte ym. 2000, 20 -21; Lukkari ym. 2007,10–14, 20–26,127-139; Käypä hoito 2008; Kinnunen & Peltomaa. 2009, 94- 95.)

Yleisanestesiassa annostellaan unilääkettä, kipulääkettä ja lihasrelaksantia (luustolihasia rentouttava aine) potilaan tarpeen mukaan, jotta potilas on unessa, kivuton ja liikkumaton toimenpiteen aikana. **Puudutuksessa** tehdään jokin kehon osa tai alue tunnottomaksi estämällä hermojen toimintaa toimenpiteen ajan puudutelääkevalmisteen avulla. Potilaan omat toivomukset esimerkiksi anestesiamuodon valinnan suhteen otetaan huomioon, joten potilaan haastattelu ennen leikkausta on tärkeää. Potilaalle kerrotaan anestesiaan liittyvistä riskitekijöistä ja toimenpiteen jälkeisestä kivunhoidosta, mikä lisää potilaan turvallisuuden tunnetta. Intraoperatiiviseen vaiheeseen osallistuu useita ammattiryhmiä joko välillisesti (väline- ja siivoushuolto, tekninen huolto) tai välittömästi (anestesiologi, anestesiasairaanhoitaja, kirurgi, instrumentoiva sairaanhoitaja, valvova sairaanhoitaja). (Wattwill 2005, 321; Zetterström 2005, 342- 343; Lukkari ym. 2007, 10–26, 127–139, 249, 271; Hamlin & Richardson-Tench & Davies 2009, 132–149.)

Anestesia­lääkäri arvioi anestesia­riskin potilaan yleiskunnon perusteella **ASA-luokkien** (1–5) mukaisesti (ASA = American Society of Anesthesiologists) (Taulukko 1.). ASA-luokitus on yksinkertainen tapa kuvata toimenpiteeseen tulevan potilaan sairastavuutta. Anestesiologisen arvioinnin tavoitteena on selvittää anestesiaan ja toimenpiteeseen liittyvät riskit ja vähentää niitä. Riskit muodostuvat potilaan fyysisestä ja psyykkisestä kunnosta, kirurgisesta taudista ja sen hoidosta sekä tarvittavasta anestesiasta. Anestesiamuoto valitaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti ja siihen vaikuttavat myös potilaan ikä, sairaudet, kotilääkitys, mahdolliset allergiat ja toimenpide sekä sen kesto. (Rosenberg & Alahuhta & Hendolin & Jalonen & Yli-Hankala 2002, 11; Halldin & Lindahl 2005, 169; Karinen & Ali-Melkkilä 2006, 288; Bachmann & Pere 2009.)

Taulukko 1. ASA-luokitus. (mukaellen Rosenberg 2002, 11.)

Luokka 1	Terve alle 65-vuotias ja yli 1-vuotias (joskus yli 1 kk)
Luokka 2	Yli 65-vuotias tai henkilö, jolla on lievä yleistauti (esim. komplisoitumaton, tasapainossa oleva verenpainetauti).
Luokka 3	Henkilö, jolla on vakava mutta ei henkeä uhkaava yleissairaus (esim. insuliinidiabeetikko, jolla on myös verenpainetauti).
Luokka 4	Henkilö, jonka sairaus on hengenvaarallinen (esim. huonossa tasapainossa oleva diabetes, epästabili sydänperäinen rintakipu)
Luokka 5	Kuolemansairas, jonka elinikä ilman leikkausta on alle 24 t.

Perioperatiivinen sairaanhoitaja toimii leikkaus- ja anestesiaosastolla joko anestesia­sairaanhoitajana tai leikkausryhmässä instrumentoivana sairaanhoitajana tai leikkauksessa avustavana sairaanhoitajana, valvovana sairaanhoitajana. Perioperatiiviseen hoitotyöhön osallistuu anestesiologi (nukutuslääkäri), anestesia­sairaanhoitaja, instrumentoiva sairaanhoitaja ja valvova sairaanhoitaja yhteistyössä leikkaavien lääkäreiden kanssa. Länsi-Pohjan keskussairaalan keskusleikkausosastolla on viisi leikkaussalia ja endoskopiesali (sali, jossa tehdään tähystys endoskoopilla eli tähystimellä elimistön luonnollisen aukon kautta esimerkiksi virtsaputken tähystys) sekä heräämö. Muualla sairaalassa käytössä ovat korva-, silmä- ja sektiosalit (keisarinleikkauksiin tarkoitettu sali). (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin Internet-sivu; Lukkari ym. 2007, 303–354.)

Anestesia sairaanhoitajahoitaja työskentelee leikkaussalissa ja heräämössä. Länsi-Pohjan keskussairaalassa anestesia sairaanhoitaja käy korva-, silmä- ja synnytysosastolla ja tarvittaessa muualla sairaalassa antamassa anestesiapalveluja. Anestesia sairaanhoitajan tehtävänä on ennen leikkausta valmistella toimenpiteeseen tarvittava anestesiavälineistö ja vastaanottaa potilas. Anestesia sairaanhoitaja työskentelee anestesia lääkärin työparina anestesian aloituksessa, ylläpidossa ja päättämisessä sekä kirjaa hoidon aikaiset tapahtumat ja raportoi leikkaussalissa tapahtuneesta hoidosta hoitovastuun siirtyessä heräämön, vuodeosaston tai teho-osaston sairaanhoitajalle. Hän tarkkailee, lääkitsee, nesteyttää ja huolehtii potilaan turvallisuudesta anestesian aikana. Toimenpiteen jälkeen hän siirtää potilaan jatkohoitoon ja kunnostaa salin käytön jälkeen seuraavaa potilasta varten. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin Internet-sivu; Lukkari ym. 2007, 303–354 ; Hamlin ym. 2009, 5-7.)

Kivunhoito on osa turvallista anestesiamenetelmää. Potilaan esitiedot (perussairaudet, verikoevastaukset, ASA-luokitus, esilääkitys) vaikuttavat kivunhoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Potilaan fysiologisia muutoksia tarkkaillaan monitorin avulla, mikä antaa tietoa potilaan kivusta. Itse toimenpiteen eteneminen aiheuttaa potilaalle kipua ja anestesia sairaanhoitaja pyrkii ennalta varautumaan tähän antamalla potilaalle kipulääkettä anestesia lääkärin ohjeiden mukaan. **Kivun kokemukseen** vaikuttavat potilaan emotionaaliset tekijät, kuten ahdistus, pelko, jännittyneisyys ja masennus. Näiden asioiden perusteella potilailla voi olla suuria eroja kivun kokemisessa. Esimerkiksi potilaan ikä on merkittävä tekijä kivunhoidon suunnittelussa. Kalson ja Vainion (2002) mukaan vanhuksille tarvitaan vähemmän kipulääkettä, koska vanhuksilla lääkeaineen imeytyminen verenkiertoon on hitaampaa johtuen aineenvaihdunnasta ja perussairauksista, jotka vaikuttavat kipulääkkeen tehoon. Munuaisen toiminnan heikkeneminen, keskushermoston sairaudet ja muu lääkitys on otettava huomioon kipulääkkeitä määrättäessä. Leikkauksen jälkeistä kipua vanhuksille sietävät ja hyväksyvät nuorempia paremmin. Syy tähän on vanhusten erilainen asenne leikkauksipuun. (Korte ym. 2000, 319, 322–323; Kalso & Vainio 2002, 225–226.)

Erilaisilla kipuasteikoilla voidaan selvittää potilaan kokeman kivun voimakkuutta. Yleisimmin käytetty mittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS (visual analogue scale). Alkuperäisessä muodossaan se on 10 cm pitkä vaakasuora jana. Kipujan vasen ääripää kuvaa potilaan täydellistä kivuttomuutta, oikea ääripää pahinta mahdollista kivun tuntemusta. Käytössä on myös numeroasteikollisia kipujanoja (0-10) ja sanallisen kuvauksen sisältäviä kipumittareita. Kipuun liittyviä tulkintavirheitä voidaan vähentää antamalla potilaalle mahdollisuus itse tulkita kipuaan. Toimenpiteen aikana puudutetulta potilaalta voidaan kysyä suullisesti hänen kokemastaan kivusta, jotta saadaan selville vaikuttaako puudutus vielä ja onko potilaalle annettu kivunhoito riittävää. Hereillä olevan puudutetun potilaan sanallisen ja sanattoman viestinnän tulkinta on oleellista kivunhoidon kannalta. (Korte ym. 2000, 326; Kalso & Vainio 2002, 41.)

Ennen toimenpidettä **instrumentoiva sairaanhoitaja** varaa saliin leikkauksessa tarvittavan välineistön. Hän valmistelee potilaan leikkauskuntoon yhdessä anestesia- ja valvovan sairaanhoitajan kanssa. Instrumentoiva sairaanhoitaja peittelee leikkausalueen ja hänen vastuullaan on steriilien työskentelyolosuhteiden luominen, valvominen ja ylläpito. Toimenpiteen aikana hän nimensä mukaan instrumentoi eli avustaa kirurgia toimenpiteessä, esimerkiksi ojentamalla kirurgille instrumentteja ja ylläpitämällä toimenpidealueella näkyvyyttä. Toimenpiteen päätyttyä instrumentoiva sairaanhoitaja huolehtii käytetyt toimenpidevälineet välinehuoltoon. Hän avustaa potilaan siirrossa ja kunnostaa leikkaussalin käytön jälkeen seuraavaa potilasta varten. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin Internet-sivu; Lukkari ym. 2007, 303–354; Hamlin ym. 2009, 5-7.)

Valvovana sairaanhoitajana voivat toimia lääkintävahtimestarit ja sairaanhoitajat. Valvova sairaanhoitaja valmistelee leikkaussalin toimenpidettä varten. Hän vastaanottaa potilaan yhdessä anestesia- ja sairaanhoitajan kanssa ja auttaa tarkkailulaitteiden asentamisessa potilaaseen ja valmistelee potilaan toimenpiteeseen (leikkausasennon laitto, leikkausalueen pesu). Toimenpiteen aikana valvova sairaanhoitaja huolehtii toimenpiteeseen tarvittavien laitteiden kytkemisestä toimintaan (esimerkiksi eritteiden imulaitteen kytkeminen sähkövirtaan ja paineilmaan), leikkausvälineiden ja sidetarvikkeiden saatavuudesta ja annosta instrumentoivalle sairaanhoitajalle. Hän laskee ja kirjaa käytetyt leikkausvälineet ja sidetarvikkeet yhdessä instrumentoivan sairaanhoitajan kanssa. Valvova sairaanhoitaja huolehtii toimenpiteessä otettujen näytteiden käsittelystä ja lähettää ne tutkittaviksi patologian osastolle tai laboratorioon. Toimenpiteen jälkeen hän avustaa anestesian päättämisessä ja potilaan siirrossa

jatkohoitoon sekä kunnostaa salin käytön jälkeen seuraavaa potilasta varten. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin Internet-sivu; Lukkari ym. 2007, 303–354; Hamlin ym. 2009, 5-7.)

Toimenpidealueen infektioiden syntymisen ehkäisy perustan muodostavat huolellinen kirurginen tekniikka, tarkka aseptinen työskentely ja oikeat toimintatavat toimenpiteen aikana sekä oikea-aikaisesti annettu antibioottiprofylaksia. (Kaavio 1.) Näiden seikkojen huomioiminen on osa anestesioologista hoitoa ja se tapahtuu perioperatiivisessa vaiheessa. Toimenpiteen aikana toteutettu hyvä kudospesuus (veren virtaaminen solujen/soluväliaineen läpi) ja riittävä hapentarjonta, hyvä sokeritasapaino ja elimistön oikea lämpötila ennaltaehkäisevät infektioiden syntymistä. Potilaan lämpimänä pitäminen parantaa kudosten hapetusta ja leikkaushaavan parantumista. Perioperatiivisessa vaiheessa, anesthesiologisessa työssä, on mahdollisuus vaikuttaa infektioiden ennaltaehkäisyyn ja siksi toiminnan tehostaminen on tärkeää. (Rantala 2006, 207–210.)



Kaavio 1. Leikkausalueen infektioiden ennaltaehkäisy. (mukaellen Rantala 2006.)

Turvallisuus on perioperatiivisessa hoidossa tärkeä periaate. Turvallisuus jaetaan **sisäiseen** ja **ulkoiseen** turvallisuuteen. Turvallisuudentunne tarkoittaa sitä, että ihminen tuntee olevansa suojassa ympäristön vaaroilta ja että hänen tulevaisuutensa on järjestyksessä ja ennakoitavissa. Turvallisuuden tarve on konkreettisten fyysisten tarpeiden ohella ratkaisevan tärkeä ihmisen kasvun ja kehityksen osatekijä. Turvallisuuskokemus toimenpiteessä on toipumisen kannalta keskeinen tekijä. (Byfält & Eriksson & Leijonqvist & Nyberg & Uuspää 1987, 23; Panelius & Varisto 1990, 16- 17; McGarvey & Chambers & Boore 2000,1097; Lukkari ym. 2007, 20.)

Sisäinen turvallisuus pohjautuu elämäkokemukseen, mikä vaikuttaa luottaako ihminen itseensä ja toisiin ihmisiin. Humanistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen ajattelee, tuntee, toivoo, tahtoo ja pelkää. Anderssonin (1984) fenomenologisen tutkimuksen mukaan sisäinen turvallisuus kehittyy lapsuudessa, mutta vahvistuu aikuisuudessa koettujen kriisien kautta. Sisäinen turvallisuus on subjektiivinen eli henkilökohtainen kokemus. (Panelius & Varisto 1989, 18–19; Panelius & Varisto. 1990, 17; Korte ym. 2000, 418.)

Keskeisiä terveydenhuollon periaatteita ovat elämän kunnioittaminen, hyvän tekeminen, vahingoittamisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus, potilaan **itsemääräämisoikeuden**, elämän arvokkuuden korostaminen. Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu **yksilöllisyys**. Tämä tarkoittaa hoitotyössä keskittymistä kulloinkin hoidettavana olevaan potilaaseen ja perehtymistä potilastietoihin, potilasasiakirjojen ja raportin avulla. Toimenpiteen loputtua raportoidaan eli välitetään tietoa osaston sairaanhoitajalle potilaalle tehdystä toimenpiteestä sekä suullisesti että kirjallisesti hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden takaamiseksi. Potilaan riittävä informointi toimenpiteeseen liittyvistä seikoista suunnitteluvaiheesta aina kotiutusvaiheeseen saakka edesauttaa turvallisuutta. Potilaalla on oikeus saada tämä tieto ymmärrettävällä kielellä. Potilaalle luodaan tunne siitä, että hän voi ja uskaltaa ilmaista itseään hoitotilanteessa. Potilaalle tulee kertoa, että jos hän huomaa puutteita potilasturvallisuudessa, hänellä on oikeus ottaa asia puheeksi hoitohenkilöstön kanssa. (Lindqvist 2001, 8; Lukkari ym. 2007, 16 – 18, 124; Potilaan käsikirja 2011, 10.)

Yksilöllisessä hoitotyössä huomioidaan jokainen ihminen ainutkertaisena ja jokaisella potilaalla on oikeus saada tarvitsemaansa hoitoa ja hyvää kohtelua. Potilaan hoidossa otetaan huomioon hänen sen hetkinen tilanteensa. Potilasturvallisuus on henkilökunnan, potilaan ja hänen läheistensä yhteinen päämäärä. Potilas tai potilaan omainen voi omalta osaltaan edistää potilasturvallisuutta varmistamalla, että henkilökunnalla on hänestä ja hänen sairauksistaan oikeat tiedot esimerkiksi lääkeaineallergioista. Ammattitaitoinen henkilökunta, ammatillinen ote ja keskittyminen potilaaseen ovat perustana asialliselle työskentelylle. (Potilaan keskeisimmät oikeudet; Potilaan käsikirja 2011.)

Potilasta on hoidettava **yhteisymmärryksessä** hänen kanssaan. Potilaalla on mahdollisuus kieltäytyä hänelle ehdotetusta hoidosta tai toimenpiteestä ja häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla, johon hän suostuu. Tämä tarkoittaa, että hoitohenkilöstön on selvitettävä potilaan mielipide ennen hoidon aloittamista. Yksi esimerkki itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta on hoidossa käytettävän lääkkeen valinta silloin, kun vaihtoehtoja on useita. Potilas voi haluta esimerkiksi käyttää alkuperäislääkettä rinnakkaislääkkeen sijasta tai potilas voi kieltäytyä suunnitellusta spinalipuudutuksesta (selkäydinpuudutus) ja haluta nukutuksen tulevaan leikkaukseensa. (Potilaan keskeisimmät oikeudet 2011, Potilaan käsikirja 2011; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Potilaalle leikkaussali on ympäristönä outo ja pelottavakin. **Leikkauspelkoa** voi aiheuttaa turvattomuuden kokemus, tekninen ympäristö, kipu, anestesia, itse toimenpide tai aikaisemmat leikkauskokemukset. Toimenpidettä odottavilla potilailla kivun pelko on hyvin yleinen. Nukutusta tai puudutusta koskeva pelko on luonnollista, inhimillistä ja se liittyy itsesuojeluvaistoon. Potilaan aikaisemmat kokemukset toimenpiteen yhteydessä koetusta kivusta vaikuttavat potilaan odotuksiin. Aikaisemmat kokemukset joko lisäävät tai vähentävät luottamusta hoitohenkilökunnan kykyyn hoitaa potilaan kipua. Leikkauspelon ehkäisyssä on ammatillisella ja asiallisella työskentelyllä keskeinen merkitys. Ammattitaitoinen ja pätevä, ystävällinen, rauhallinen ja yhteistyökykyinen leikkaustiimi luo potilaalle turvallisuuden tunteen. (Panelius & Varisto 1990, 19; Holmia ym. 2006, 17; Kiviniemi 2006, 124–130; Lukkari ym. 2007, 239–240; Kinnunen & Peltomaa 2009, 175.)

Ulkoinen turvallisuus tarkoittaa turvallista leikkaussaliympäristöä, joka sisältää toimivat rakenteelliset olosuhteet esimerkiksi leikkaussalin lattiamateriaalin on kyettävä purkamaan staattisen sähkön varaukset, leikkaussalissa on oltava kattokeskus hapelle, paineilmalle ja ilokaasulle. Sairaalakaasuille on käytössä erilaiset värimerkinnät ja pikaliittimet, jotta estetään väärään kaasulinjaan kytkeminen. Leikkaussalissa on oltava riittävä ja turvallinen sähköistys myös sähkökatkon varalta. Turvallinen leikkaussali sisältää ajanmukaiset välineelliset olosuhteet esimerkiksi steriilit toimenpidevälineet, toimivan, testatun ja huolletun potilasmonitorin ja anestesiatyöaseman, jossa on anestesiaventilaattori eli hengityskone. Samanlaiset tekniset laitteet ja laitteiden käyttökoulutus parantavat potilasturvallisuutta. Ulkoiseen turvallisuuteen sisältyy myös henkilökunnan ajan tasalla oleva palo- ja pelastuskoulutus ja yhtenäinen katastrofisuunnitelma. (Pitkänen 1993, 31–82; Karhumäki & Jonsson & Saros 2010, 71–80; Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 1.7.2010/629.)

Hoidon turvallisuus jaetaan **hoitomenetelmien turvallisuuteen ja hoitamisen turvallisuuteen**. (Luettelo 1.) Perioperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu potilaan turvallinen siirto ja asettelu leikkauspöydälle haattatapahtumien ehkäisemiseksi. Haattatapahtuma on tahaton, hoidosta tai toimenpiteestä aiheutuva tapaturma tai komplikaatio, joka johtaa vammaan, kuolemaan tai sairaalajakson pidentymiseen. Se aiheuttaa normaalin hoitoon verrattuna objektiivista lääketieteellistä haittaa potilaalle, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. (Panelius & Varisto, 1990, 12–19; Lukkari ym. 2007, 20; Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 21; Helovuo ym. 2011, 14.)

Luettelo 1. Potilasturvallisuuden osa-alueet ja poikkeamat/haittavaikutukset. (Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006; Helovuori ym. 2011, 14.)

<p>1. Hoidon turvallisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoitomenetelmien turvallisuus - hoidon haittavaikutus • Hoitamisen turvallisuus - poikkeama prosessissa <p>2. Lääkehoidon turvallisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääketurvallisuus - Lääkkeen haittavaikutus - Vakava haittatapahtuma- Odottamaton haittavaikutus • Lääkitysturvallisuus - Lääkityspoikkeama <p>3. Laiteturvallisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laitteiden turvallisuus - Toimintahäiriö – Laitevika • Käyttöturvallisuus - Poikkeama laitteen käytössä

Perioperatiivisessa hoitotyössä **haittatapahtuma** voi olla esimerkiksi se, että leikkaustaitos tai toimenpideväline on jäänyt leikkauksessa haavan sisälle. Anestesiahoitossa haittatapahtumia ovat esimerkiksi hypotermia, liiallinen sedaatio, ilman kipulääkitystä jääminen, huomaamatta jäänyt potilaan hengityslama, riittämätön potilasmonitorointi, hypotensio, runsas verenvuoto ja tulehdukset tai potilaalle kehittynyt syvä laskimoveritulppa. (Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585; Kinnunen & Peltomaa 2009, 94 - 95.)

Potilaan näkökulmasta lääkehoitoa koskevassa lainsäädännössä keskeisellä sijalla ovat potilaan asemaa ja oikeutta koskeva laki (785/1992). Lääkelain ja sen yksityiskohtia tarkentavan lääkeasetuksen (693/1987) tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta, sekä varmistaa niiden asianmukainen valmistus ja saatavuus. Lääkehoito on terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa riippumatta siitä, kuka lääkehoitoa toteuttaa. Potilasturvallisuussanaston (2007) mukaan **lääkitysturvallisuus** on lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta. Se kattaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta. Ammattitaitoisella hoitohenkilökunnalla on lääkehoitoon tarvittavat luvat ja koulutus.

Hoitohenkilökunnalla täytyy olla voimassa oleva kirjallinen lupa antaa lääkkeitä potilaalle ja toteuttaa nestehoitoa sekä hyväksytyt näyttökoe (käytännön käden taidot ja aseptinen työskentely). (Turvallinen lääkehoito 2006, 20–24; Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006, 9; Lukkari ym. 2007, 20; Panelius & Varisto 1990, 12–19.)

Sairaanhoitajan (AMK) osaamiskuvausten mukaan sairaanhoitajakoulutuksen aikana täytyy opiskelijan saada laaja-alaiset valmiudet eritasoisen lääkehoidon toteuttamiseksi. Sairaanhoitajan tulee hallita lääkehoidon toteuttaminen lääkärin määräysten mukaisesti eri lääkeannostelureittejä käyttäen. Hänen tulee osata toteuttaa suonensisäinen neste-, lääkehoito ja verensiirto. Sairaanhoitajan tulee hallita perifeerisen laskimon kanylointi ja annettavan lääkkeen käyttökuntoon saattaminen lääkkeen valmistajan ja toimittajan antamien kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Sairaanhoitajien tulee osata seurata potilaan tilaa, oireita ja lääkehoidon vaikuttavuutta hoidon toteuttamisen aikana ja sen jälkeen. Lisäksi sairaanhoitajien tulee hallita lääkelaskut ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät keskeiset toimenpiteet, kuten injektioiden antaminen. Tärkeän kokonaisuuden muodostavat lisäksi potilaan ohjaukseen ja itsehoidon tukemiseen liittyvät taidot. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2001, 69.)

Suomen Anestesia- ja sairaanhoitajat on laatinut anestesia- ja sairaanhoitajan osaamisvaatimukset IFNA:n (International Federation of Nurse Anesthetists) anestesia- ja sairaanhoitajan osaamiskriteereiden pohjalta. Osaamisvaatimukset on määriteltävä anestesia- ja sairaanhoitajan ammatti-identiteetin kehittymisen tueksi. Anestesia- ja sairaanhoitaja toimii moniammatillisen työryhmän jäsenenä, hoitotyön edustajana, omaten siihen tarvittavat vuorovaikutustaidot. Anestesia- ja sairaanhoitaja huomioi ihmisen ruumiillisen, henkisen ja sielullisen puolen ja hänen ihmiskuvansa on ihmisarvoa kunnioittava. Anestesia- ja sairaanhoitaja huolehtii perioperatiivisen hoitajakson aikana potilaan hyvinvoinnista, jotta hän tuntisi olonsa turvalliseksi ja tasa-arvoiseksi. (Anestesia- ja sairaanhoitajan osaamisvaatimukset 2006, 1-4.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) on laatinut **nelivuotisohjelman**, jonka tarkoituksena on puolittaa haattatapahtumien määrä vuoteen 2020 mennessä.(Kuva 1.) Tämä Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma jakautuu useampaan osioon. Yhteinen tavoite on tukea kokonaisvaltaisesti potilasturvallisuuden ymmärtämistä ja edistämistä. Yleisiä periaatteita ovat syylistämätön ja avoin keskustelu potilasturvallisuudesta käytännönläheisesti niin ammattihenkilön kuin potilaan näkökulmasta. (Milen & Peltomaa 2011, 18–19.)



Kuva 1. Potilasturvallisuutta Taidolla Ohjelman osiot. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Potilasturvallisuuden edistämisen työkaluna perioperatiivisessa hoitotyössä on käyttöön otettu leikkaustiimin **tarkistuslista**. Tarkistuslistan tavoitteena on tukea hyväksytyjä turvallisuuskäytäntöjä ja vahvistaa parempaa tiedotusta ja tiimityötä kliinisten erikoisalojen välillä. Tarkistuslista tukee leikkausturvallisuuden toteutumista ja sisältää anestesia- ja leikkausturvallisuuden kannalta keskeisiä kohtia, jotka leikkaustiimi käy läpi vaiheittain koko perioperatiivisen hoidon ajan. Tarkistuslistassa huomioidaan muun muassa vaikea ilmatie eli hengitystie, mikä sisältää intubaatioputken eli hengityspotken eli kurkunpääputken henkitorveen viemisen yhteydessä ilmenevät

ongelmat esimerkiksi muutokset kurkussa, nielussa tai äänihuulitasolla. Tarkistuslistassa huomioidaan verituotteiden varaus ja suuren verenvuodon riski, jolloin sairaalan verikeskus varaa sopivuusverikokeen jälkeen potilaan veriryhmän mukaiset punasolut tai trombosyytit. Tarkistuslistassa varmistetaan leikattava alue esimerkiksi leikataanko vasen tai oikea jalka, antibioottiprofylaksian antaminen, mahdolliset allergiat ja potilaasta ennen toimenpidettä otettujen näytteiden oikea kirjaaminen. (Käypä hoito 2008; Pauniahon ym. 2009, 4249–4254; Ikonen & Pauniahon 2010, 108–111.)

Tarkistuslista jakautuu toimenpiteen kulun mukaan **kolmeen eri vaiheeseen**: Alkutarkistus (Signe in) ennen anestesiaa, Aikalisä (Time out) ennen viiltoa ja Lopputarkistus (Signe out) ennen potilaan siirtoa heräämään. Listan läpikäyminen vie aikaa vain muutaman minuutin ja lista lisää osaltaan toimenpiteen sujuvuutta. Suomesta osallistui asiantuntijoita WHO:n tarkistuslistan Euroopan alueen käyttöönottokokoukseen Lontoossa 2009 ja kokouksen jälkeen Suomessa aloitettiin tarkistuslistan käyttö. Tarkistuslista ohjeineen on käännetty suomeksi ja aineisto on saatavilla sosiaali- ja terveysministeriön Internet-sivuilla. (Surgical safety checklist 2008; Pauniahon ym. 2009, 4249–4254; Ikonen & Pauniahon 2010, 108–111.)

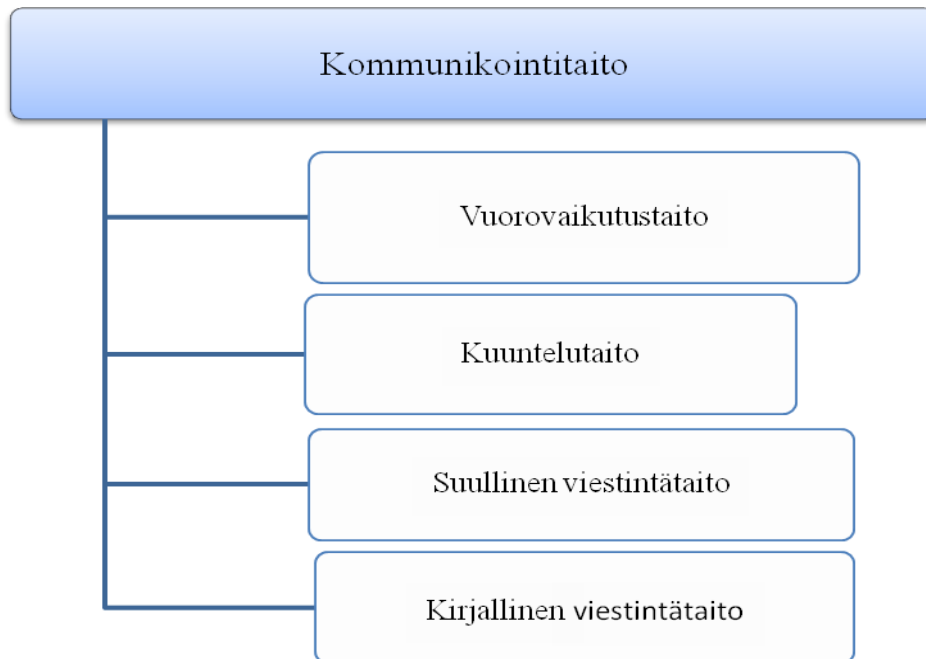
Hallinnollisilla ratkaisuilla luodaan edellytykset turvalliseen hoitotyöhön ja kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla. Organisaation johtamiseen kuuluu vastuunotto potilasturvallisuudesta jota ei voi delegoida eteenpäin. Johdon pitäisi korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassaan ja varmistaa työolosuhteet sellaisiksi, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti varmistamalla henkilökunnan riittävyys ja ammattitaito. Jokaisella työntekijällä on vastuu potilasturvallisuudesta sekä sen edistämisestä arvioimalla ja kehittämällä omaa työtään, osaamistaan ja toimintaansa turvallisemmaksi. Kaikissa päätöksissä (myös taloudellisissa) on huomioitava potilasturvallisuus. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 13–15.)

Fyysiseen turvallisuuteen sisältyy oikeus koskemattomuuteen ja hoitajan läsnäolo eli potilasta ei jätetä yksin. **Psyykkiseen** turvallisuuteen sisältyy sairaanhoitajan aito läsnäolo, joka koostuu hyvästä tiedottamisesta ja potilaan ja hänen mielipiteiden kunnioittamisesta. Psyykkiseen turvallisuuteen vaikuttaa potilaan kokemus, levollisuus, luottamus toimenpiteestä selviämiseen ja hoitohenkilökunnan ja omaisten antamaan apuun. Psyykkinen turvallisuus syntyy hoitajan riittävästä huomiokyvystä, valppaudesta, levollisuudesta ja onnistuneesta vuorovaikutuksesta potilaan kanssa. (Kneedler & Dodge 1987, 2-3; Lukkari ym. 2007, 11, 17, 51; Vilen & Leppimäki & Ekström 2008, 52-78, 119, 120.)

3 VUOROVAIKUTUS PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Holistinen ihmisenäkemyks lähtee siitä ajatuksesta, että ihmisen tarpeita, elämää ja vaikeuksia voidaan tarkastella monista näkökulmista ja vuorovaikutuksen avulla saadaan näistä paljon tietoa. Onnistunut vuorovaikutustilanne ja potilaan kohtaaminen ihmisenä vaikuttaa potilaan psyykkiseen turvallisuuteen positiivisesti. esimerkiksi palautteen kysyminen. Palautteen antamisen avulla mahdollistuu potilaalle tuntemus arvostetuksi tulemisen kokemuksesta. Maailman terveysjärjestö WHO ohjeistaa potilaan huomioon ottamista ja potilaan aktivoimista osallistumaan potilasturvallisuuden edistämiseen. (Vilen ym. 2008, 33; 120; Mäkisalo-Ropponen 2011, 37; Helovuom ym. 2011, 34.)

Vuorovaikutustaidot kuuluvat sairaanhoitajan ammattitaitoon ja potilas-hoitajasuhteeseen. (Kaavio 2.) Vuorovaikutus määritellään ihmisten väliseksi, jatkuvaksi ja tilannesidonnaiseksi tulkinnaksi, jonka aikana viestitään tärkeitä asioita muille, vaikutetaan heihin, luodaan yhteyttä toisiin ja saadaan palautetta toiminnasta. Vuorovaikutus on ajatusten ja tunteiden jakamista ja peilaamista, yhdessä tekemistä ja yhdessä olemista. Vuorovaikutuksesta voidaan erottaa kaksi ilmaisullista muotoa; **sanaton ja sanallinen viestintä**. Sanattomaan viestintään liittyy ilmeet, eleet ja oheisviestintä. Sanattomasta oheisviestinnästä voidaan erottaa äänenkäyttöön liittyvät keinot, kuten äänneet, painotus, sointi ja korkeus sekä muut kielenulkoiset keinot. Sanaton viestintä tukee ja täydentää tai kumoaa sanallista viestintää. Mattilan (2001) mukaan potilas voi kokea hoitajan keskittyvän juuri häneen (hoitaja aidosti läsnä, katsekontakti potilaaseen), vaikka vuorovaikutukseen käytetty aika olisi lyhyt, jos sanaton viestintä tukee sanallista viestintää. Ääni viestii kuulijalle monenlaisia asioita esimerkiksi puhujan sukupuolen, tunnetilan asenteen, iän ja kulttuuritaustan. Sanallinen eli verbaalinen vuorovaikutus liittyy puhuttuun ja kirjoitettuun kieleen ja sen ymmärtämiseen. Kieli on oleellinen osa inhimillistä käyttäytymistä ja ihmisenä olemista. Sanallinen viestintä edustaa vain pientä osaa vuorovaikutuksessa ja sen vuoksi on tärkeää kiinnittää huomio sen selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. (Mattila 2001, 107; Vilen ym. 2008, 18–20; Lipponen & Kyngäs & Kääriäinen 2006, 25–26.)



Kaavio 2. Kommunikointitaito. (mukaellen Lukkarila 2007, 51.)

Suullinen ja kirjallinen viestintä eli raportointi sekä vuorovaikutus ja kuuntelutaito ovat kommunikointia. Vuorovaikutus terveysalalla tähtää ihmisen tukemiseen, ihmisen terveyden, elämänhallinnan ja hyvinvoinnin kasvamiseen potilaan tarpeiden pohjalta huomioimalla hänen voimavaransa. Hoitotyöntekijä oppii vuorovaikutustaitoja kohtaamalla ihmisiä ja oppimalla omista onnistumisista ja epäonnistumisista. Hoitajalle keskeinen taito on kyky tavoitteelliseen vuorovaikutukseen eli hoitajan kyky kuulla, nähdä ja havainnoida sekä sanallista että ei-sanallista viestintää (liikkeet, eleet, äänensävy, reviiiri, hiljaisuus, kosketus). (Kneedler & Dodge, 1987, 2-3; Lukkari ym. 2007,11, 17, 51; Vilen ym. 2008, 52, 119, 120.)

Ammatillinen vuorovaikutus sisältää tiedottamista, neuvomista ja opettamista. Työntekijän ote on silloin ohjaavampaa ja aktiivisempaa kuin asiakkaan. Vuorovaikutuksellisessa tukemisessa (counselling) on tilaa myös kysymyksille, hiljaisuudelle, tekemiselle sekä asiakkaan tunteille ja ajatuksille. Tämä on vuorovaikutusta, joka pyrkii potilaan ymmärtämiseen ja tukemiseen. Potilas kokee, että hänen voimansa lisääntyvät omien oivallusten ja kokemusten kautta (voimaantuminen). Potilaan viestin ymmärtäminen vaatii hoitajalta tarkkaavaista kuuntelutaitoa ja että hän

kykenee ottamaan huomioon kuulemansa. Isaacsin (2001) tutkimuksen mukaan uransa alussa olevat puhuvat liikaa ja kuuntelevat vähemmän kuin kokeneet hoitajat. Mattilan (2001) mukaan potilaat arvostivat hoitajan keskittymistä potilaaseen ja vuorovaikutuksen vapautuneisuutta. (Mattila 2001, 61; Vilen ym. 2008, 11 – 18; Kyngäs & Kääriäinen & Poskiparta & Johansson & Hirvonen & Renfors 2007, 79; Väisänen & Niemelä & Suua 2009, 19.)

Potilaiden hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet huomattavasti ja sen vuoksi henkilökohtaiseen ohjaukseen on käytettävissä vähemmän aikaa. **Kirjallisten ohjeiden** käyttäminen onkin noussut tärkeään osaan, jotta potilas saisi tarvitsemansa tiedot ennen hoitoa ja hoidon jälkeen. Kirjallisilla ohjeilla pyritään vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin. Ohjeiden tarkoituksena on antaa potilaalle ohjeita sairauteensa liittyvissä asioissa, valmistamaan tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä auttamaan sopeutumaan sairauteensa. Potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu, kun hänellä on kaikki olennaiset tiedot terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksesta. Tiedot annetaan ymmärrettävällä kielellä, avoimesti ja rehellisesti ottaen huomioon potilaan mahdolliset aistivammat tai potilaan kielitaito. Väestön ikääntyminen asettaa myös uusia haasteita terveydenhuollolle ja se on otettava huomioon kirjallisen ohjausmateriaalin kehittämisessä. Sairaanhoitajan tulee osallistua aktiivisesti eri ohjausmenetelmien kehittämiseen. (Lipponen ym. 2006, 65 – 67, Lukkari ym. 2007, 33.)

Lyhentyneet hoitoajat edellyttävät tehokasta ohjausta, jotta potilaat, heidän perheensä ja läheisensä selviytyvät kotona terveysongelmiensa kanssa ja osaavat itsehoidon. He tarvitsevat tietoa ja ohjausta sairaudesta, tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä hoidon kaikissa vaiheissa. Sairaanhoitajalla tulee olla tietoa siitä, miten onnistunut ohjausprosessi suunnitellaan ja toteutetaan. Ohjaukseen valitaan häiriötön ympäristö ja sopiva ajankohta. **Ohjausprosessissa** määritellään ensin ohjauksen tarve, suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistuminen (Kaavio 3). Potilasohjauksen perustana on potilaan ja omaisten tarpeiden mukainen ohjaus. Ohjaus voi sisältää demonstraation suullisten ja kirjallisten ohjeiden tueksi. Ohjaus voidaan antaa pienissä erissä ja loogisesti etenevänä jatkumona. On tärkeää huomioida potilaan sairauden kesto ja mitä tietoa hänellä on sairaudestaan. Sairastunut potilas voi olla kriisivaiheessa, jolloin hänen vastaanottokykynsä ohjauksessa ei ole paras mahdollinen ja silloin omaisilla on merkittävä vaikutus potilaan hyvinvointiin.

Potilaan ja hänen omaistensa mielipide ja suostumus on otettava huomioon tutkimuksia ja toimenpiteitä suunniteltaessa. Tiedon saaminen ja ohjaus rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon, edistää valmiuksia itsensä hoitamiseen sekä vähentää ahdistusta ja pelkoa. Potilasohjauksen jatkuvuus varmistetaan kirjaamalla ohjausprosessi hoitosuunnitelmaan hoidon jokaisessa vaiheessa. (Lipponen ym. 2006., 10 – 14; Lukkari ym. 2007, 32 – 35.)



Kaavio 3. Potilasohjaus prosessi (Lipponen ym. 2006, 10.)

Hoitotakuulain (2004) myötä on terveydenhuollon palveluiden kysyntä kasvanut. **Puhelinohjauksen** avulla potilaat saavat nopean ensikontaktin terveydenhuollon yksikköön, vaikka lääkäriaikaa ei heti järjesty. Puhelinohjauksen perustana on hoitotyön päätöksenteon prosessi. Hoitotyön päätöksenteon prosessi sisältää neljä vaihetta; hoidon tarpeiden määrittely, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja arviointi. Puhelinohjausta käytetään myös leikkauksen jälkeisessä potilaan toipumisen ja selviytymisen arvioinnin seurannassa. Puhelinohjaus vaatii hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja kuuntelutaitoa. Hoitajan tulee osata tehdä arvioita ja päätöksiä potilaan haastattelun ja kuuntelemisen perusteella. (Lipponen ym.2006, 77 – 79; Lukkari ym. 2007, 35.)

Tiedonsiirto ja raportointi kuuluvat tärkeänä osana potilaan turvallisen hoidon ja jatkuvuuden periaatteeseen. Potilasasiakirjoihin kirjataan hoidon suunnittelun, toteuttamisen ja jatkohoidon turvaamisen kannalta oleellinen ja tarpeellinen tieto ymmärrettävällä ja virheettömällä tavalla. Tiedot ovat arkaluonteisia ja salassa pidettäviä, jonka takia terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevien käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin määritellään tarkoin ja niiden käyttöä seurataan. Tietoja käyttävät muun muassa valvovat viranomaiset ja vakuutusyhtiöt ratkaistessaan heille tulleita potilaan asemaan tai etuuksiin liittyviä kysymyksiä. Kaikki potilaan

hoitoon liittyvät asiat kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään ja kaikilla ammattihenkilöillä on kirjaamisvastuu. Perioperatiivinen kirjaaminen turvaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, hoidon jatkumista ja tiedon välittymistä potilaan voinnista ja hoidosta. Kirjaaminen on tärkeää tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan varmistamiseksi sekä hoitajan että potilaan kannalta. Leikkaussalissa kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen tietoa potilaan hoidosta ja toteutuksesta ja sitä käsitellään tietotekniikan avulla. Anestesiatietojärjestelmä on ohjelmisto- ja tietokantakokonaisuus, joka kerää, käsittelee ja tallentaa anestesian aikaiset tiedot sähköisesti. Potilaan hyvään hoitoon kuuluu, että potilasasiakirjamerkinnät ja tarvittavat lausunnot, lähetteet ja todistukset tehdään viivytyksettä. (Potilasasiakirja-asetus 8 §; Lukkari ym. 2007, 18, 105–108, 118; Karstinen & Keskihannu & Manner & Mäkeläinen & Peurasaari & Vilmi- Johansson 2010,13.)

Perioperatiivisen hoitotyön onnistuminen edellyttää leikkausosaston henkilökunnalta hyviä vuorovaikutustaitoja sekä vaatii hyvää ja saumatonta yhteistyötä eri henkilöstöryhmien välillä. Anestesiahoitajan, anestesiologin, instrumentoivan sairaanhoitajan, valvovan sairaanhoitajan ja kirurgin (leikkaustiimi) kommunikaation ja yhteistyön sujuminen lisää potilaan anestesian ja toimenpiteen onnistumista ilman haittatapahtumia. Sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden yhtenä osa - alueena ovat **yhteistyö- ja tiimitaidot** ovat välttämättömiä. Tiimi määrittellään kiinteäksi ryhmäksi ihmisiä, joilla on yhteisesti sovittu päämäärä. Jokaisella tiimin jäsenellä on oma työroolinsa, osaamisensa ja vastuunsa työsuorituksistaan. Tiimi tarvitsee yhteistyökykyisiä ihmisiä, koska tiimin jäsenet ovat riippuvaisia toistensa työsuorituksista. Tiimin jäsenten tulee pohtia ja päättää, miten he tekevät työtä yhdessä esimerkiksi leikkaustiimin tarkistuslistan läpikäyminen lisää henkilökunnan yhteistyötä ja potilasturvallisuutta leikkaussalissa. Perioperatiivisen hoitotyön tiimeissä korostuvat ammatillinen osaaminen ja jäsenten vuorovaikutustaidot. Tiimityö mahdollistaa selkeän ja joustavan työnjaon sekä työn kehittämisen. Hyvä tiimityö näkyy nopeina potilaiden vaihtoina ja tehokkaana leikkaussaliajan käyttönä sekä hyvänä ja turvallisena leikkauksen aikaisena hoitona. (McGarvey 1999, 348; Heikkilä 2002, 16–19; Silen-Lipponen 2004, 188; Lukkari ym. 2007, 48.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa toimenpidepotilaiden kokemuksia hoitotyön turvallisuudesta intraoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimuksen tavoitteena on potilaiden näkökulmasta tuotetun tiedon avulla kehittää perioperatiivisen hoitotyön laatua ja lisätä tietoisuutta potilasturvallisuutta vaarantavista sekä edistävästä tekijöistä. Tässä tutkimuksessa kartoitamme ja etsimme uusia näkökulmia leikkauspotilaan turvallisuudesta.

Tutkimusongelma ja siihen liittyvä teorian pohjalta rakennettu viitekehys ohjaavat tutkimuksen empiiristä työtä. Tutkija voi viitekehuksesta johtaa erilaisia hypoteeseja tutkittavien tekijöiden vuorovaikutussuhteesta eli esittää teoreettiset vastukset tutkimuskysymyksiin. (Heikkilä 2004, 142–143.)

Tutkimusongelma: Miten potilaan turvallisuutta huomioidaan intraoperatiivisessa vaiheessa potilaiden kuvaamana?

4.2 Tutkimusmenetelmä

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien (mitattavat ominaisuudet) välisistä suhteista ja eroista. Muuttujat voivat olla riippumattomia eli selittäviä (ikä, sukupuoli) tai riippuvia eli selitettäviä (vastaajan tyytyväisyys kivunhoitoon). Määrällinen tutkimusmenetelmä tarkoittaa, että tutkittavia asioita käsitellään numeroiden avulla ja se vastaa kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Numeraaliset vastaukset tulkitaan sanallisesti millä tavalla eri asiat liittyvät toisiinsa tai eroavat toisistaan. Tutkimusmenetelmäksi valittiin survey-tutkimus, koska tarkoituksena oli kuvailla potilaiden kokemuksia ja tunteita potilasturvallisuudesta. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2007, 182; Vilka 2007, 13–14; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 41–42.) Kyselylomakkeen valmiit vastausvaihtoehdot olivat helppoja kyselyyn vastaajille ja kysely oli edullinen tapa hankkia tietoa. Survey-tutkimus tehtiin itse laaditulla ja esitestatulla kyselylomakkeella.

4.3 Tutkimusaineiston kohdejoukko ja tutkimusaineiston keruu

Tutkimuskohteena olivat Länsi-Pohjan keskussairaalan keskusleikkaussalin aikuiset potilaat (vähintään 18 vuotta). Tutkimuksessa keskityttiin leikkauksen aikaiseen vaiheeseen ja tutkimuskohde rajattiin puudutettuihin potilaisiin, koska he eivät ole nukutettuna ja pystyvät seuraamaan turvallisuuden toteutumista leikkaussalissa.

Mittarin laadinnan pohjana on käytetty Länsi – Pohjan keskussairaalan leikkaus – ja anestesiaosaston käytössä olevaa leikkaustiimin tarkistuslistaa (Liite 1.), jonka tarkoituksena on varmistaa, että leikkaustiimi noudattaa tiettyjä turvallisuustoimia. Kyselylomake esitettiin terveydenhuollon ammattihenkilöihin kuulumattomilla, jotta saatiin luotettava kuva kyselylomakkeen soveltuvuudesta potilaille. Esitestauksen perusteella teimme pieniä muutoksia kyselylomakkeeseen (kieliopillisia, kysymysten ymmärtämiseen liittyviä lisäyksiä/tarkennuksia). Näin testasimme validiutta eli pätevyyttä, mikä tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Kysely tuotti monipuolista tietoa potilaiden kokemuksista ja tuntemuksista. (Hirsjärvi ym. 2007, 216; Vilka 2007, 150; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152.)

Opinnäytetyön mittarina oleva kyselylomake oli puolistrukturoitu postikysely. Puolistrukturoitu tarkoittaa sitä, että lomakkeessa on avoimia kysymyksiä ja valmiita vastausvaihtoehtoja. Kyselyssä oli ikä-kysymys avoin ja muissa kysymyksissä oli vaihtoehdot. Kyselyssä kysymysten muoto oli standardoitu eli vakioitu. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikilta tutkimukseen osallistuneilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla kyselylomakkeella. Mittaamalla opinnäytetyön tekijä ryhmittelee, järjestää tai luokittelee tutkittavan muuttujan. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat havaintoyksikkö, muuttuja ja arvo. Havaintoyksikkö viittaa kyselyn vastaajaan eli toimenpidepotilaaseen. Muuttujat ovat yksilöstä mitattavia ominaisuuksia esimerkiksi turvallisuus tunteena. Arvot tarkoittavat muuttujien luokkia esimerkiksi samanmielisyyssasteikolla (Likert-asteikko) 1-5, jossa yksi tarkoittaa täysin eri mieltä ja viisi täysin samaa mieltä. (Hirsjärvi ym. 2007, 182–193; Vilka 2007, 62–64; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 101; Metsämuuronen 2009, 70.)

Keväällä 2011 tutkimuslupa-anomus ja tutkimussuunnitelma vietiin johtajaylilääkärille Länsi-Pohjan keskussairaalaan. Tutkimusluvan (Liite 2.) myöntämisen jälkeen otanta rajattiin ja leikkausosaston anestesiaomakkeista haettiin toukokuun 2011 aikana puudutetut osastojen 3B ja 4B toimenpidepotilaat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 77.) Toimenpiteessä käyneet potilaat olivat hoidossa ortopedisellä (luukirurgiset - ja trauma- eli onnettomuuspotilaat) osastolla 3B ja kirurgisella osastolla 4B, jonne kuuluvat maha- ja suolistopotilaat, keuhko- ja verisuonipotilaat, urologiset potilaat (virtsaateiden- ja sukupuolielinten taudit), rintasyöpäpotilaat, plastiikkakirurgiset potilaat (vaurioita ja vammoja korjaava kirurgia) ja edellä mainittujen erikoisalojen syöpäpotilaat. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin Internet-sivu.)

Tutkimuslupa haettiin riittävän pitkälle ajalle, jotta aikataulun mahdollisen venymisen vuoksi ei tarvitse hakea uutta lupaa. Opinnäytetyö tehdään usein ansiotyön ohessa, joten aikataulua ei kannata arvioida liian tiukaksi. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 77.) Tutkimuslupa saatiin touko- heinäkuulle 2011 ja kyselyyn mukaan otettiin toukokuussa toimenpiteessä käyneet potilaat. Tutkimusaika rajattiin toukokuulle 2011 ajankäytön ja kustannusten takia.

Opinnäytetyön tekijä määrittelee tutkimuksen perusjoukon ja valitsee edustavan otoksen. Katsoimme anestesia raportista potilaiden perussairaudet ja tutkimuksen ulkopuolelle rajattiin muistisairaot potilaat, koska heidän ei oletettu kykenevän vastaamaan kyselyyn. Kysely tehtiin ryväsotannalla tietyin kriteerein toukokuussa 2011. Ryväsotannassa perusjoukon alkiot ryhmitellään ryppäisiin, joista osa ryppäistä pääsee mukaan otokseen. Survey-tutkimus on kyselyn muoto, jossa aineisto kerätään standardoidusti ja jossa kohdehenkilöt muodostavat näytteen tai otoksen perusjoukosta. Tutkimus oli objektiivinen eli puolueeton, koska tutkittaviin henkilöihin ei ollut suoraa kontaktia ja tutkimuksen vastauksiin tutkijat eivät ole voineet vaikuttaa. Kysely tehtiin yhden kerran eli kyseessä oli poikittaistutkimus. (Hirsjärvi ym. 2007, 125; Vilkkä 2007, 13–17; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 42, 80; Metsämuuronen 2009, 63.) Potilastietojärjestelmästä haettiin potilaiden osoitetiedot ja kyselylomakkeet lähetettiin potilaiden kotiin. Kyselylomakkeessa oli mukana tutkimuksesta tietoa antava saatekirje potilaalle (Liite 3.), jonka perusteella potilaalla oli mahdollisuus päättää osallistumisestaan tutkimukseen. (Vilkkä 2007, 80.) Kyselylomakkeita lähetettiin 45 kappaletta. Kirjekuoressa oli mukana vastauskuori postimerkkeineen. Saatekirjeessä kyselylomakkeet pyydettiin palauttamaan heinäkuun 2011 loppuun mennessä.

4.4 Tutkimusaineiston analysointi

Analyysin, tulkinnan ja johtopäätösten teko kerätystä aineistosta on tutkimuksen keskeisin asia ja siihen tähdätään tutkimusta aloitettaessa. Analyysivaiheessa saadaan vastauksia esitettyihin ongelmiin. Aineiston analyysin ensimmäinen vaihe on tietojen tarkistus. Aineistosta tulee huomioida, onko siinä selviä virheellisyyksiä ja puuttuvia tietoja. Esimerkiksi, jos tutkimuksessa on käytetty postikyselyä, on päätettävä hylätäänkö joitakin lomakkeita. Aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analyysiä varten. Kyselylomakkeiden vastaukset syötettiin SPSS- ohjelmaan (Statistical Package for Social Sciences), joka on yleisimmin käytetty tilasto-ohjelma hoitotieteellisen aineiston analysoinnissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 216; Vilka 2007, 105–117; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 100- 105.) Aineiston analysointi aloitettiin käymällä läpi kaikki vastaukset. Kyselylomakkeet numeroitiin ennen SPSS- ohjelmaan siirtämistä ja yksi vastaus, joka oli potilasvahinkoilmoitus, hylättiin. Tämä valitus lähetettiin potilasasiamiehelle. Kyselylomakkeiden numerointi helpotti tietojen korjaamista ja tarkistamista.

Määrällisessä tutkimuksessa kerätty tutkimusaineisto muutetaan tilastolliseen muotoon. Tiedot syötetään ja tallennetaan tilastolliseen muotoon tietokoneelle, jotta tietoa voidaan tutkia numeraalisesti taulukko- ja tilasto-ohjelmia apuna käyttäen. Syötetyt tiedot käsitellään niin, että saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin ja tutkimustehtävä tulee ratkaistua. Matriisi on taulukko, jossa vaakarivit vastaavat tilastoyksiköitä ja pystysarakkeet muuttujia. Yhdellä rivillä on siis yhden potilaan tiedot ja yhdessä sarakkeessa kaikilta potilailta samaa asiaa koskevat tieto eli yhden kysymyksen vastaus. Muuttujien saamia arvoja voidaan kuvailla frekvenssijakaumalla, joka ilmoittaa vastaajien lukumäärän tutkituissa muuttujissa sekä perusarvoina että prosentteina. Se, että ilmoitetaanko tulokset frekvenssijakaumissa pelkästään absoluuttisina lukumäärinä tai prosenttilukuina, riippuu siitä mitä taulukoilla halutaan esittää. Ristiintaulukoinnilla voidaan selvittää kahden tai useamman muuttujan välistä yhteyttä ja millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa. Muuttujat esitetään samassa taulukossa siten, että toinen asettuu sarakkeille ja toinen riveille. Sarakemuuttujaksi valitaan selittävä eli riippumaton muuttuja esim. sukupuoli tai ikä. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 52; Heikkilä 2004, 123–126, 142 -146, 210.)

Vastaukset syötettiin matriisille numeraalisessa muodossa ja vastaamatta jätetyille kysymyksille laitettiin oma muuttuja; ei vastausta/epäselvä. Tarkastamisen jälkeen muuttujat syötettiin SPSS- ohjelmaan datalomakkeelle/matriisille aineiston käsittelyä varten. Tuloksista muodostettiin frekvenssi- ja prosenttitaulukoita. Muokkauksen jälkeen siirsimme frekvenssitaulukot Microsoft Office Excel- taulukkolaskentaohjelmaan, koska taulukot olivat selkeitä tässä ohjelmassa. Teimme taulukkolaskentaohjelmassa kysymyksistä graafisia kuvioita. Vertailimme ristiintaulukoinnin avulla vastauksien vaikutusta toisiinsa nähden. Kaikkia taulukoita ei ole julkaistu, mutta taulukoista saatu tieto auttoi tutkijoita tekemään johtopäätöksiä tutkimustuloksista. (Rasi & Lepola & Muhli & Kanninen 2006, 7-85; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 100- 105.)

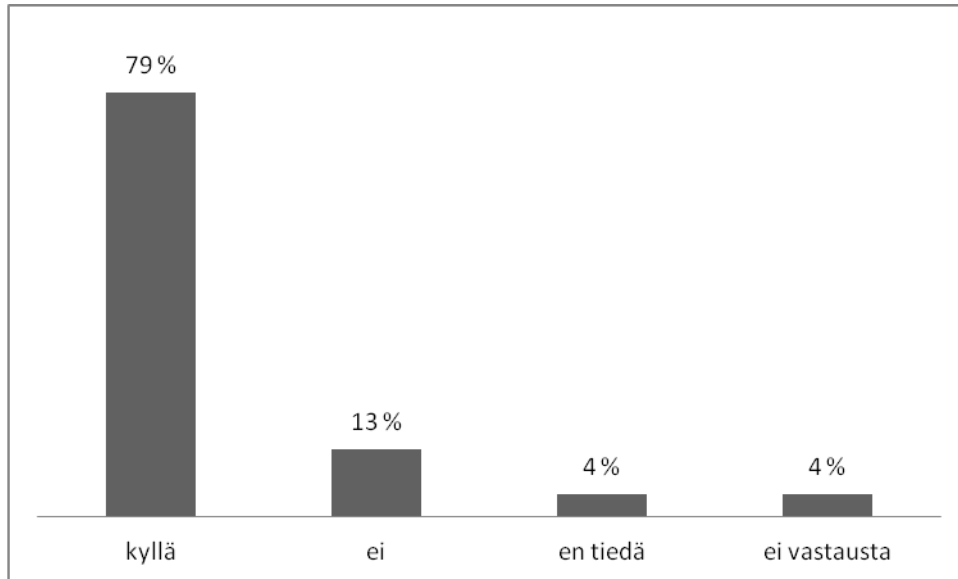
5 TUTKIMUSTULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kyselylomakkeita lähetettiin 45 kappaletta ja vastauksia saatiin 25 kappaletta. Vastaajista hylättiin yksi, joka oli lähettänyt potilasvahinkoilmoituksen kyselylomakkeen sijaan. Yksi vastaajista ei ilmaissut taustatietoja lainkaan (ikä, sukupuoli, aikaisemmat leikkauskokemukset). Yksi potilas ei ilmoittanut ikäänsä. Vastausprosentti oli 53,3 %. Vastaajista 75 %:lla oli aikaisempia leikkauskokemuksia ja yksi potilas jätti vastaamatta kysymykseen. Vastaajista 21 %:lla ei ollut leikkauskokemuksia. Kyselyyn osallistujista 14 oli naisia ja kahdeksan miestä. Vastaajat olivat iältään 61- 85-vuotiaita.

5.1 Toimenpidepotilaiden kokemuksia leikkaussalissa tapahtuvan hoitotyön turvallisuudesta **Alkutarkistuksen** aikana.

Alkutarkistuksessa, ennen anestesian aloitusta, tarkistuslistasta vastaava henkilö varmistaa potilaalta henkilöllisyyden (jos mahdollista) ja hän varmistaa että on oikea leikkaus (leikkauksen luonne) ja leikkausalue on merkitty. Tässä vaiheessa varmistetaan, että leikkauspäätös on tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja tämä on kirjattu sairauskertomukseen. Potilaan vuotoriski, hengitystieongelmat, allergiat ja anestesian turvallisuusriskit huomioidaan ennen toimenpiteen alkua. (Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2009; 4; Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer 2009, 12.)

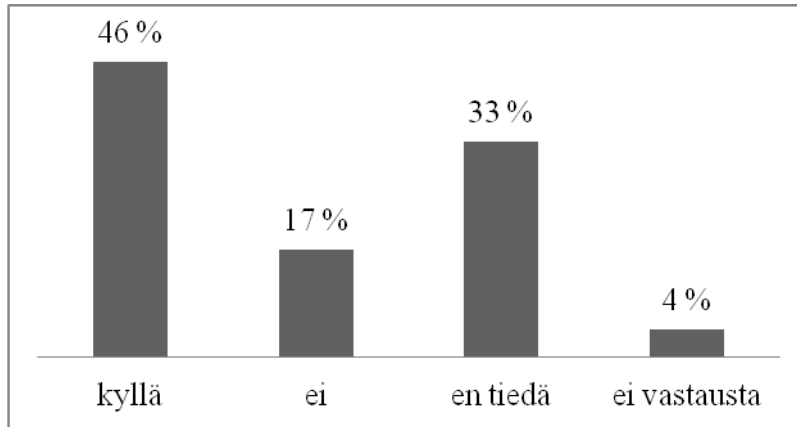
Kuviosta 1. käy ilmi, että potilaan henkilöllisyys tarkistettiin 79 %:lta potilaista. Vastaajista 13 % ilmoitti, ettei henkilöllisyyttä tarkistettu. Vastaajista neljä prosenttia ei tiennyt tarkistettiinkö henkilöllisyys ja neljä prosenttia ei vastannut kysymykseen.



KUVIO 1. Henkilöllisyyden tarkistus.

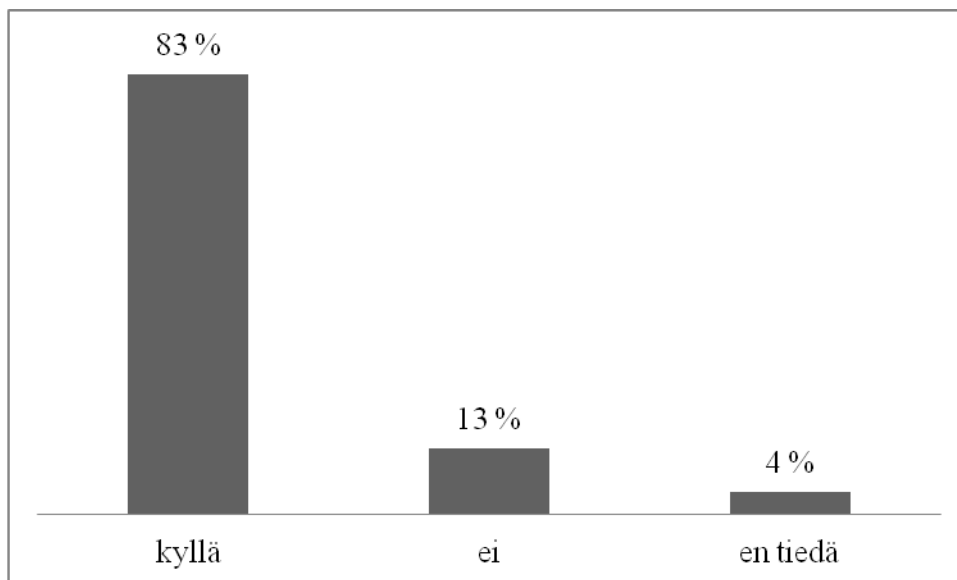
Kaikki potilaat tiesivät suunnitellun toimenpiteen. Suostumus toimenpiteeseen kysyttiin 75 %:lta vastaajista ja noin 21 %:lta ei kysytty suostumusta ja neljä prosenttia ei tiennyt kysyttiinkö suostumusta. Asentonsa leikkauspöydällä koki mukavaksi 71 % potilaista. Lähes samaa mieltä asennosta oli 13 % potilaista. Lähes eri mieltä oli kahdeksan prosenttia potilaista ja asiaa ei osannut sanoa neljä prosenttia vastaajista ja vastausta ei saatu neljältä prosentilta potilaista.

Leikattava alue merkittiin noin 46 %:lle potilaista, noin 17 % potilaista ilmoitti, ettei leikkausalue merkitty ja noin 33 % ei tiennyt oliko leikattava alue merkitty. Neljä prosenttia potilaista ei vastannut kysymykseen (Kuvio 2).



KUVIO 2. Leikattavan alueen merkkkaus ennen toimenpidettä.

Kuviosta 3. ilmenee, että 83 %:lta potilaista tarkistettiin, ovatko he olleet syömättä ja juomatta ennen toimenpidettä. Potilaista 13 % ilmoitti, ettei asiaa oltu tarkistettu ja neljä prosenttia ei tiennyt vastausta.

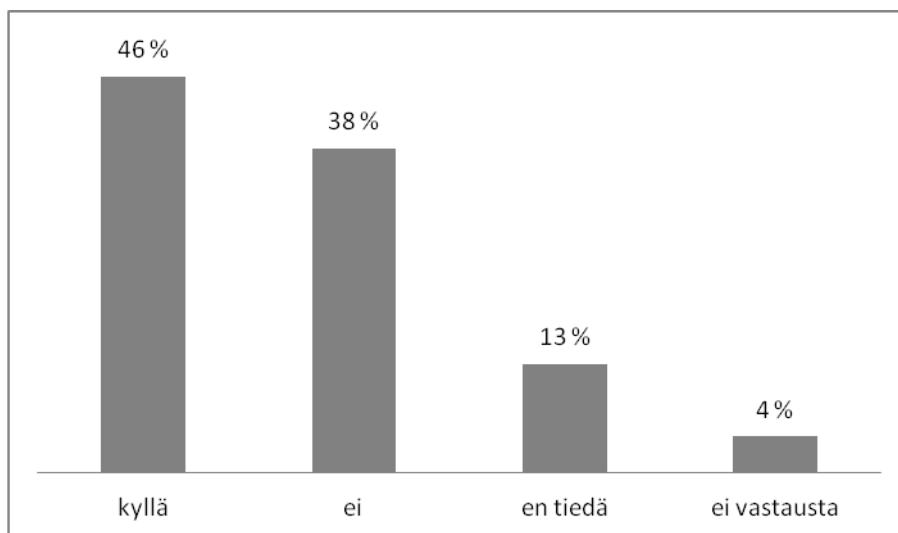


KUVIO 3. Ravinnotta olon tarkistus.

Potilailta kysyttiin, onko verikokeita otettu ja vastaajista 46 % oli sitä mieltä, että asia tarkistettiin ja 42 % vastaajista ilmoitti, ettei asiaa oltu kysytty. Potilaista kahdeksan prosenttia ei tiennyt vastausta ja neljä prosenttia jätti vastaamatta kysymykseen.

Napapiikin aloituksen varmistamista kysyttiin noin 42 %:lta potilaista ja noin 34 % ei kysytty sen aloitusta ja noin 17 % ei tiennyt asiasta ja kysymykseen ei vastannut kahdeksan prosenttia potilaista. Tukisukkien laitton tarkistus tehtiin noin 30 %:lle potilaista ja asiaa ei tarkistettu noin 30 %:lta potilaista ja noin 34 % vastaajista ei tiennyt asiasta ja kysymykseen ei vastannut noin yhdeksän prosenttia.

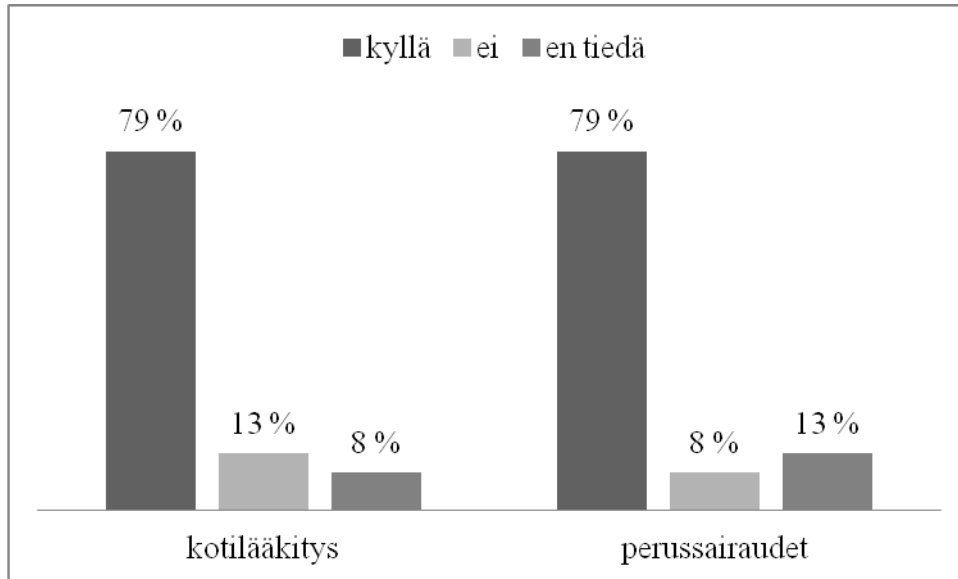
Kuviosta 4. käy ilmi, että 46 %:lta potilaista tarkistettiin verenvuototaipumusta. Vastaajista 38 % ilmoitti, ettei asiaa tarkistettu ja 13 % ei tiennyt vastausta ja neljä prosenttia ei vastannut kysymykseen.



KUVIO 4. Verenvuototaipumuksen tarkistus

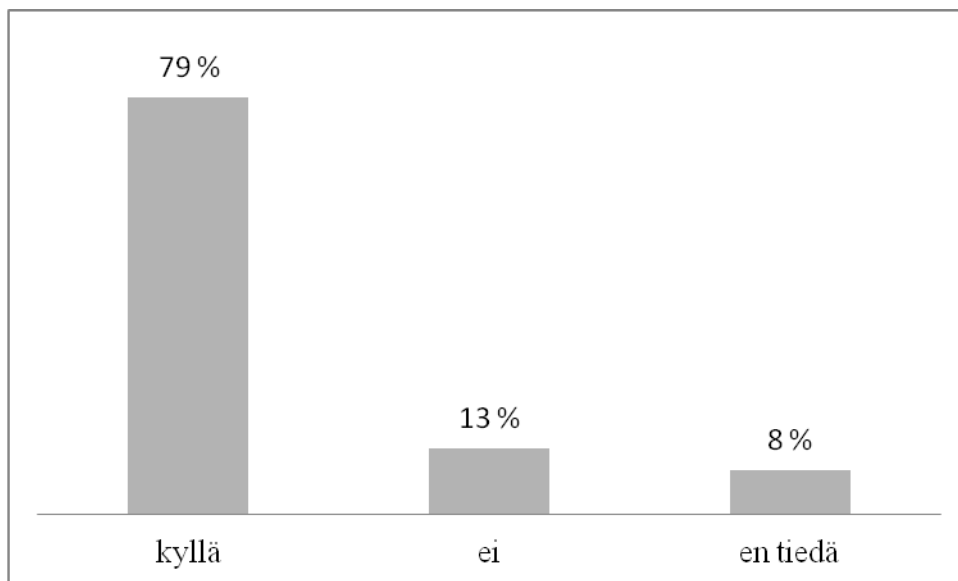
Aikaisemmat verensiirrot tarkastettiin 21 %:lta potilaista ja 63 %:lta jäi asia kysymättä. Potilaista kahdeksan prosenttia ei tiennyt vastausta verensiirron tarkistuksesta ja kahdeksan prosenttia potilaista ei vastannut kysymykseen.

Kuvion 5. mukaan 79 %:lta potilaista tarkistettiin kotilääkitys ja perussairaudet. Kotilääkitystä ei tarkistettu 13 %:lta potilaista ja perussairauksia ei tarkistettu kahdeksalta prosentilta vastaajista. Kotilääkityksen tarkistuksesta ei tiennyt kahdeksan prosenttia potilaista ja perussairauksien tarkistuksesta ei tiennyt 13 % potilaista.



KUVIO 5. Kotilääkityksen ja perussairauksien tarkistus ennen toimenpidettä.

Kuvion 6. mukaan 79 %:lta potilaista tarkistettiin heidän allergiansa. 13 % potilaista ilmoitti, ettei allergioita tarkistettu ja kahdeksan prosenttia ei tiennyt allergioiden tarkistuksesta.

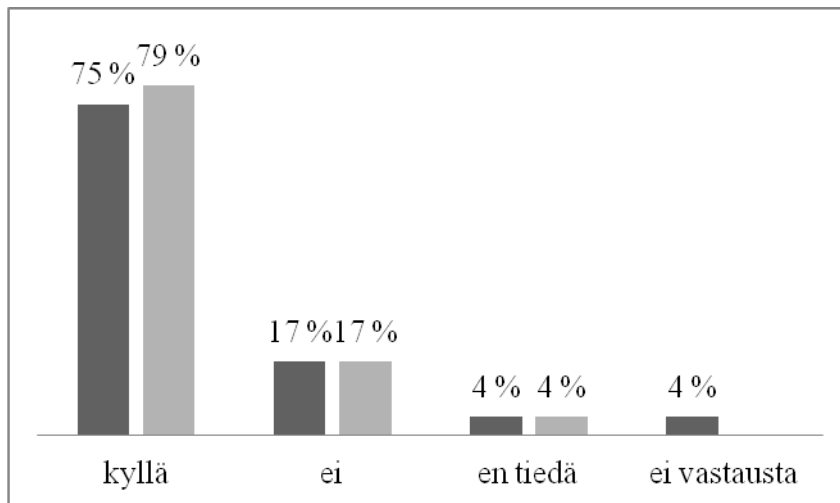


KUVIO 6. Allergioiden tarkistus.

5.2 Toimenpidepotilaiden kokemuksia leikkaussalissa tapahtuvan hoitotyön turvallisuudesta **Aikalisän** aikana.

Aikalisä vaiheessa jokainen tiimin jäsen esittäytyy ja kertoo tehtävänsä toimenpiteessä. Tässä vaiheessa varmistetaan, että huoneessa olijat tuntevat toisensa. Tiimi pysähtyy hetkeksi juuri ennen ensimmäisen viillon tekemistä todetakseen ääneen, että tehdään oikea leikkaus oikealle potilaalle oikeaan kohteeseen. Tiimi käy läpi leikkauksen kriittiset vaiheet, käyttäen tarkistuslistan kysymyksiä. Varmistetaan myös, että antibioottiprofylaksi on annettu sekä oleelliset kuvat ja tutkimustulokset ovat esillä. (Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2009, 4; Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer 2009, 15.)

Kuvion 7. mukaan 75 % hoitajista ja 79 % lääkäreistä esittäytyi potilaalle. 17 % hoitajista ja lääkäreistä eivät esittäytyneet. Vastausta ei osanneet sanoa neljä prosenttia potilaista ja vastausta ei antanut neljä prosenttia potilaista.

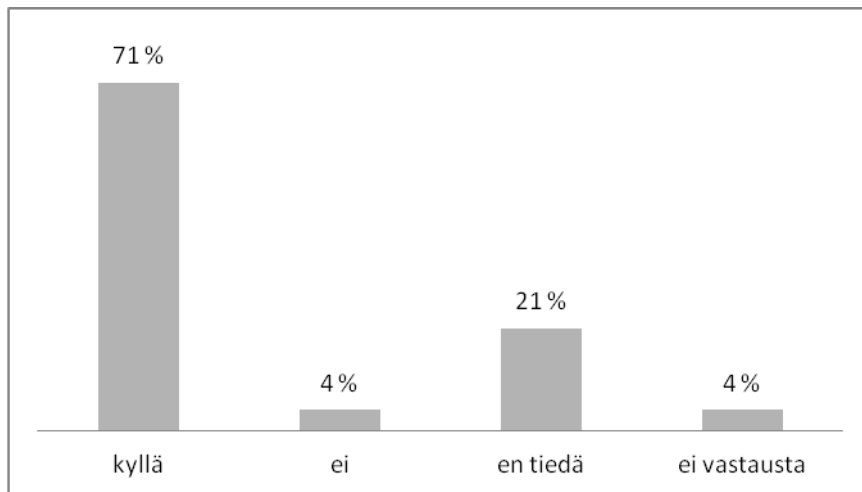


KUVIO 7. Lääkärien ja hoitajien esittäytyminen. (Hoitajat tummempi ja lääkärit vaaleampi pylväs.)

Leikkaussalin tarkkailulaitteista kerrottiin 42 %:lle potilaista. Tarkkailulaitteiden esittely jäi kertomatta 42 %:lle potilaista. 12,5 % potilaista ei tiennyt vastausta ja neljä prosenttia ei vastannut kysymykseen.

Kirkkaat valot häikäisivät neljää prosenttia potilaista, lähes samaa mieltä oli kahdeksan prosenttia vastaajista, lähes eri mieltä oli 17 % vastaajista ja täysin eri mieltä oli 54 % vastaajista. Kovat äänet leikkaussalissa häiritsivät neljää prosenttia potilaista ja lähes samaa mieltä kovista äänistä oli neljä prosenttia potilaista. Lähes eri mieltä kovista äänistä oli 17 % vastaajista ja täysin eri mieltä oli 50 % vastaajista.

Kuviosta 8. näkyy, että 71 % vastaajista tiesi, että leikattava alue tarkistettiin. Vastaajista neljä prosenttia oli sitä mieltä, ettei leikkausaluetta tarkistettu. Vastaajista 21 % ei tiennyt tarkistettiin leikattava alue ja neljä prosenttia vastaajista ei vastannut kysymykseen.



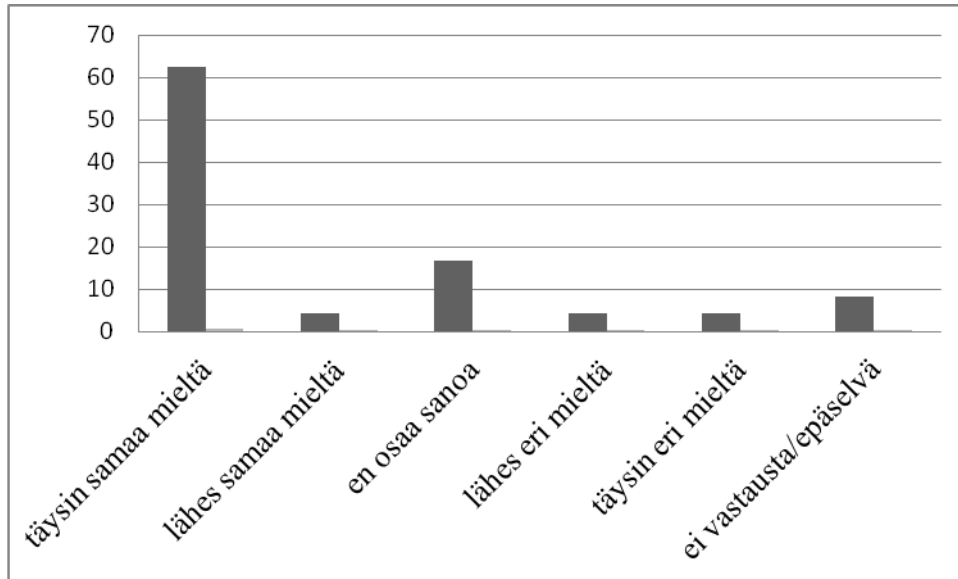
KUVIO 8. Leikattavan alueen tarkistus.

Potilaista 21 %:lla oli kipuja ennen toimenpidettä ja kivuttomia heistä oli 42 %. Toimenpiteen aikana kipuja oli kahdeksalla prosentilla potilaista ja kivuttomia heistä oli 58 %. Leikkauksen jälkeen kipuja oli 17 %:lla potilaista ja lähes samaa mieltä oli vastausten perusteella 25 % potilaista ja kivuttomia heistä oli 25 %.

Potilaille oli annettu kipulääkettä 80 % ja lähes samaa mieltä oli 17 % potilaista. Kukaan potilaista ei vastannut, ettei olisi saanut lääkettä kivunhoitoon.

Potilaista 30 % sai pahoinvointiin lääkettä, kun taas 25 % vastaajista oli asiasta eri mieltä. Jännityksen lieventämiseen annettiin lääkettä 67 % potilaista ja eri mieltä oli kahdeksan prosenttia potilaista.

Kuviosta 9. käy ilmi lämpöpeiton käyttö potilaan lämpimänä pitämiseksi toimenpiteen aikana. Potilaista 63 % kertoi lämpöpeiton lämmittäneen toimenpiteen aikana. Potilaista 17 % ei osannut sanoa lämpöpeiton käytöstä ja neljä prosenttia oli lähes eri mieltä ja neljä prosenttia potilaista vastasi, ettei lämpöpeitto ollut käytössä.



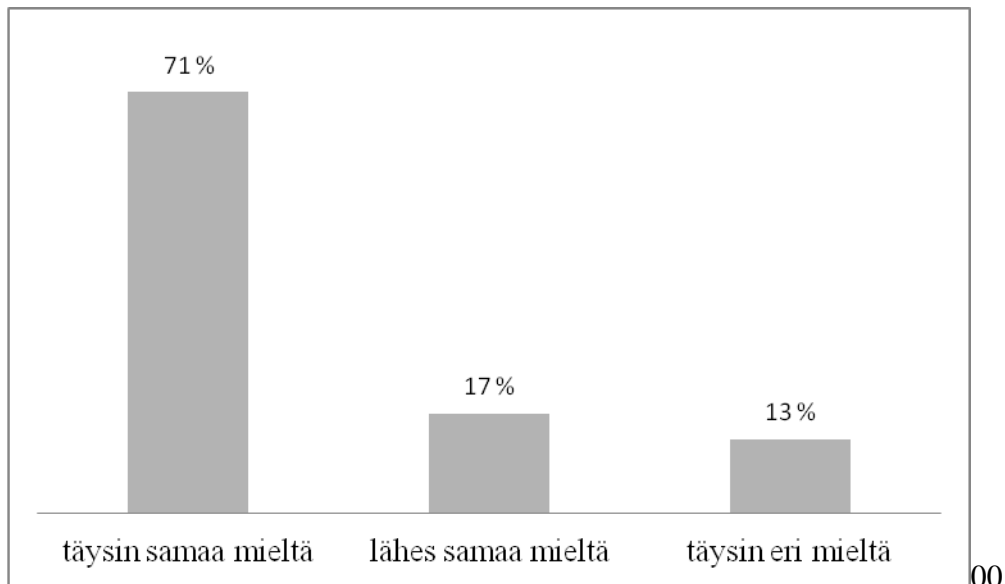
KUVIO 9. Lämpöpeitto lämmitti toimenpiteen aikana.

5.3 Toimenpidepotilaiden kokemuksia leikkaussalissa tapahtuvan hoitotyön turvallisuudesta **Lopputarkistuksen** aikana.

Lopputarkistusvaiheessa leikkaustiimi käy yhdessä läpi tehdyn leikkauksen, side- ja välinelaskennan, näytteiden merkitsemisen ja mahdolliset epäkohdat leikkauksen aikana. Ennen potilaan siirtämistä leikkaussalista käydään läpi pääkohdat ja huolen aiheet postoperatiivisessa hoidossa ja toipumisessa. (Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2009, 5; Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer 2009, 18.)

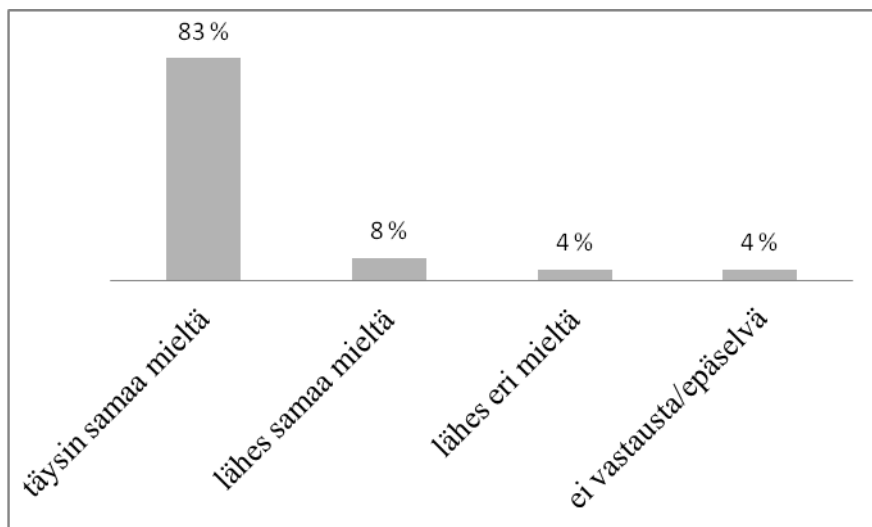
Potilaista 21 % oli sitä mieltä, että heitä rohkaistiin kysymään leikkaussalissa tapahtuvasta hoidosta ja lähes samaa mieltä oli 25 % potilaista. Täysin eri mieltä oli 38 %:ia potilaista ja 12,5 % potilaista ei osannut vastata kysymykseen. Kysymykseen jätti vastaamatta neljä prosenttia potilaista.

Kuviossa 10. potilaat olivat 71 % täysin samaa mieltä siitä, että henkilökunta informoi potilaita toimenpiteen kulusta ymmärrettävällä kielellä. Potilaista 17% oli lähes samaa mieltä asiasta ja 13 % oli eri mieltä henkilökunnan tiedottamisesta ymmärrettävällä kielellä.



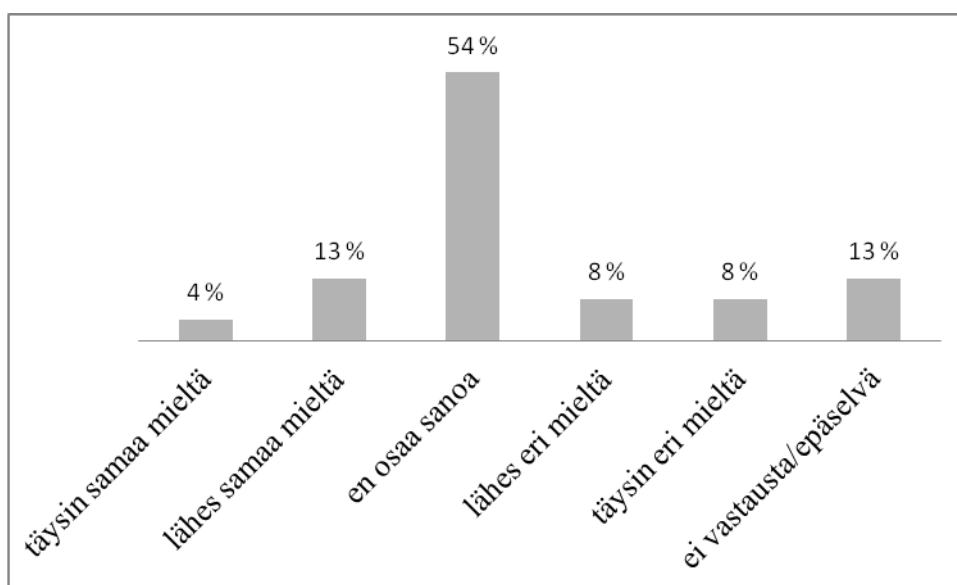
KUVIO 10. Henkilökunnan informointi toimenpiteen kulusta ymmärrettävällä kielellä.

Kuviosta 11. näkee, että 83 % potilaista tunsivat olonsa turvalliseksi toimenpiteen aikana, kahdeksan prosenttia potilaista oli lähes samaa mieltä asiasta ja neljä prosenttia potilaista oli lähes eri mieltä siitä.



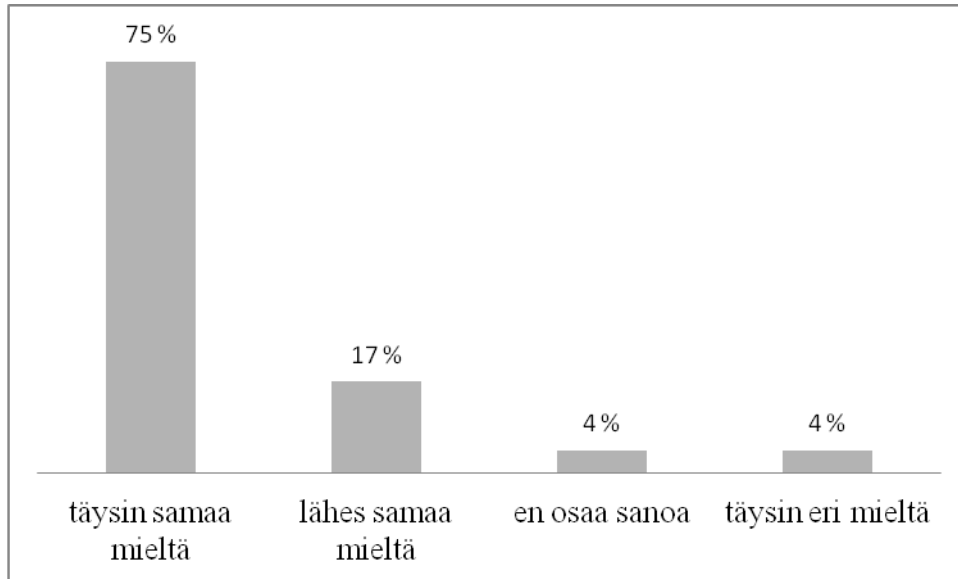
KUVIO 11. Potilaan turvallisuuden tunne toimenpiteessä.

Kuvio 12. kertoo potilaiden mahdollisuuksista vaikuttaa leikkaussalissa tapahtuvaan hoitoon. Potilaista neljä prosenttia tunsivat saaneensa vaikuttaa hoitoon ja 13 % olivat lähes samaa mieltä asiasta. 54 % potilaista ei osannut sanoa pysyvätkö he vaikuttamaan hoitoonsa ja kahdeksan prosenttia oli lähes eri mieltä asiasta ja kahdeksan prosenttia vastaajista tunsivat, ettei ole pystynyt vaikuttamaan hoitoonsa.



KUVIO 12. Potilaan tuntemus hoitoon vaikuttamismahdollisuudesta.

Kuvio 13. osoittaa, että 75 % potilaista piti henkilökunnan työskentelyä luottamusta herättävänä. Potilaista 17 % oli lähes samaa mieltä luottamusta herättävästä työskentelystä, neljä prosenttia ei osannut sanoa asiasta mitään ja neljä prosenttia oli sitä mieltä, ettei henkilökunnan työskentely ollut luottamusta herättävää.



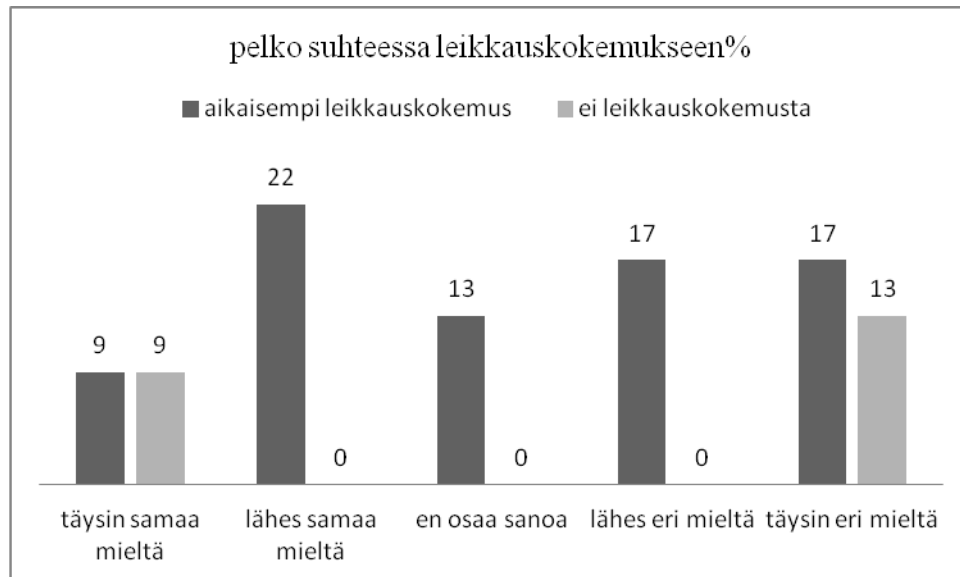
KUVIO 13. Potilaan tuntemus henkilökunnan luottamusta herättävästä työskentelystä.

92 % potilaista piti henkilökuntaa ystävällisenä. Kysymykseen ei osannut vastata neljä prosenttia vastaajista ja neljä prosenttia potilaista jätti vastaamatta kysymykseen. Vastaajista 33 % oli sitä mieltä, että henkilökunnan työskentely oli kiireistä ja 38 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei henkilökunta ole kiireistä. Kysymyksessä, oliko henkilökunnan työskentely rauhallista, vastaajista 88 % ilmoitti sen olevan rauhallista ja vain neljä prosenttia oli eri mieltä asiasta. Potilaista 67 % ilmaisi, että anestesiahoitaja kysyi vointia useasti toimenpiteen aikana ja eri mieltä asiasta oli 12,5 % potilaista.

Ennalta tehtävistä hoidon turvallisuustarkistuksista 50 % potilaista tiesi tarkastuksista ja 33 % ei tiennyt turvallisuustarkistuksista. Tarkistuksista ei osannut sanoa 13 % ja neljä prosenttia ei vastannut kysymykseen. Potilaan oikeuksista tiesi 67 % potilaista ja 21 % ei tiennyt potilaan oikeuksista. Kysymykseen potilaan oikeuksista ei osannut vastata 13 % vastaajista.

Kysymykseen pelottiko tuleva toimenpide, täysin tai lähes samaa mieltä vastasi 42 % potilaista. Lähes tai täysin eri mieltä asiasta oli 46 %:a potilaista. Vastausta ei tiennyt 12 %:a potilaista. Vastaajista 75 % oli aikaisempia leikkauskokemuksia ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Noin 21 %:lla vastaajista ei ollut leikkauskokemuksia. Leikkauksen onnistuminen jännitti etukäteen 21 % potilaista ja lähes samaa mieltä oli 33 %:a potilaista. 29 %:a potilaista oli täysin eri mieltä etukäteen jännittämisestä ja lähes eri mieltä etukäteen jännittämisestä oli 13 % potilaista. Kysymykseen jännittämisestä ei osannut vastata neljä prosenttia potilaista.

Kuvio 14. kertoo potilaan pelosta ennen leikkausta verrattuna aikaisempaan leikkauskokemukseen. Potilaat, joilla oli aikaisempia leikkauskokemuksia pelkäsivät enemmän toimenpidettä kuin potilaat joilla ei ollut aikaisempia leikkauskokemuksia.



KUVIO 14. Pelko suhteessa leikkauskokemukseen.

5.4 Yhteenveto tutkimustuloksista ja johtopäätökset

Leikkaustiimin tarkistuslistan tarkoituksena on tarkistaa potilaaseen liittyvät tiedot suullisesti ja tukea koko leikkaustiimin toimintaa, jotta hoitovirheen mahdollisuus vähenee. Sosiaali- ja terveysalan lupavirasto Valvira pitää hyvänä tarkistuslistan käytön edistymistä Suomessa ja hyväksi havaittua potilasturvallisuuden työkalua tulee käyttää ja kehittää edelleen. Valviraan tulee ajoittain käsiteltäväksi toimenpiteisiin liittyviä tapauksia, joissa tarkistuslistan asianmukainen käyttö olisi todennäköisesti estänyt virheellisen toiminnan. (Leikkaussalin tarkistuslista 2012.)

Potilaan hoidon turvallisuutta ja laatua lisäävät tarkistustoimenpiteet. Potilasturvallisuus on vaikuttavaa, kun hoito toteutetaan oikein. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009, 15, 20; Potilasturvallisuutta Taidolla – Ohjelma 2011–2015; Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326; Helovuori ym. 2011, 13–14.) Potilaiden mielestä henkilökunnan suullisessa tarkistamisessa oli puutteita esimerkiksi henkilöllisyyden tarkistamisessa. Tarkistuslistan käyttö Länsi-Pohjan keskussairaalassa on uusi asia ja vaatii henkilökunnalta harjaantumista. Tarkistustoimenpiteet edellyttävät että tarkistetaan suullisesti, että kyseessä on oikea potilas ja että leikkausalue ja – puoli ovat oikeat. Henkilökunnalla on kuitenkin mahdollisuus tarkistaa potilaan tietoja sähköisistä ja kirjallisista potilasasiakirjoista. Esimerkiksi potilaan henkilöllisyyden voi tarkistaa nimimerkistä ja potilaan sängyn päätylapusta. Sahlströmin (2011) tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista piti tärkeänä sitä, että henkilöllisyys tarkistetaan vielä kysymällä, vaikka potilaalla olisikin nimimerkki kädessä. (Sahlström 2011, 52.) Johtopäätöksenä voidaan olettaa, että potilaiden mielestä henkilöllisyyden tarkistaminen myös suullisesti lisää potilasturvallisuutta.

Kaikki kyselyyn vastanneet potilaat tiesivät heille suunnitellun toimenpiteen. Potilaat olivat saaneet kiitettävästi ohjausta juuri ennen toimenpidettä selkeällä ja ymmärrettävällä kielellä. Henkilökunnan työskentely oli ystävällistä ja henkilökunta kysyi potilaan vointia toimenpiteen aikana. Käytännön hoitotyössä lyhentyneet hoitoajat ja tehokkusvaatimus luovat haasteita potilaan ohjaukselle ja luottamuksellisen suhteen luominen potilaaseen edellyttää hyviä vuorovaikutustaitoja. Tutkimustulokset olivat Mattilan väitöskirjan mukaiset. Mattilan (2001) väitöskirjassa käy ilmi, että potilaat

arvostivat hoitajan keskittymistä potilaaseen ja vuorovaikutuksen vapautuneisuutta. Onnistunut ohjaus edellyttää hoitajalta riittäviä vuorovaikutustaitoja joita pidetään yllä täydennyskoulutuksella ja itsensä kehittämisellä. Kuunteleminen on myös tärkeä vuorovaikutustaito. Isaacs (2001) mukaan uransa alussa olevat hoitajat puhuvat liikaa ja kuuntelevat vähemmän kuin kokeneet työntekijät. (Mattila 2001, 61; Lipponen ym. 2006, 30; Väisänen ym. 2009, 19; Hönninen & Kuorelahti & Holmstedt & Heiskanen & Hinkkanen & Kultti, Uusipaasto & Virtanen 2011, 5, 8.)

Leikkaussali voi tuntua potilaasta turvattomalta paikalta. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden esittäytymisessä ja oman työtehtävän kertomisessa potilaille on vielä kehitettävää. Leikkaussalin tarkkailulaitteiden esittelyssä ja niiden merkityksen kertomisessa potilaalle toimenpiteen aikana on parantamisen varaa, koska hoidossa käytettävistä laitteista kertominen oli tutkimuksen mukaan puutteellista. Lähes samaan tulokseen on tullut Sahlström (2011) omassa Pro gradu – tutkielmassaan Itä-Suomen Yliopistossa. Samassa tutkimuksessa tutkija tuli siihen tulokseen, että potilaiden mielestä hoitavan henkilökunnan tehtävänä on kertoa potilaalle hänen hoidossaan käytettävistä laitteista. (Sahlström 2011, 49, 64.)

Potilaat saivat kipulääkettä, mutta kipulääkityksestä huolimatta lähes puolet vastaajista olivat olleet kipeitä leikkauksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa vastaajat olivat suhteellisen iäkkäitä (61–85-v.) ja kokivat kivun ongelmaksi. Tutkimustulokset eivät olleet samanlaiset kuin Kalson ja Vainion tutkimuksessa. Kalson ja Vainion (2002) mukaan vanhuksat tarvitsevat vähemmän kipulääkettä ja vanhuksat sietävät ja hyväksyvät leikkauskivun nuorempia paremmin. Kivun kokemukseen vaikuttavat psyykkiset tilat, kuten masennus, ahdistus, pelko ja jännittyneisyys. Kivun aistiminen on yksilöllistä, joten potilaiden kokeman kivun välillä voi olla suuria eroja. Toimenpiteellä on vaikutusta potilaan elämänlaatuun ja mielialaan, esimerkiksi ortopedinen korjausleikkaus verrattuna pahanlaatuisen syöpäkasvaimen leikkaukseen. Toimenpiteeseen liittyy jonkinasteinen kipu ja se on luonnollinen asia. (Kalso & Vainio 2002, 225–226 ; Korte ym. 2000, 370–371.)

Tutkimuksen tulosten mukaan vain noin puolet potilaista oli saanut rohkaisua kysyäkseen omasta hoidostaan. Tämän tutkimuksen tulokset poikkeavat Sahlströmin tutkimustuloksista. Sahlströmin (2011) tutkimuksessa suurin osa potilaista oli sitä mieltä, että heitä rohkaistiin kysymään epäselvistä asioista. Potilasta tulee rohkaista kysymään häneltä askarruttavista asioista. Kun potilaalle kerrottiin toimenpiteen kulusta ymmärrettävällä kielellä, hän tunsikin olonsa turvallisiksi toimenpiteen aikana. Hoitohenkilökunnan täytyy huomioida, että potilaille puhutaan heille ymmärrettävällä kielellä ammattisanastoa välttäen ja heitä tulee kannustaa kysymään hoidostaan. (Helovuori ym. 2011, 178; Sahlström 2011, 69.)

Toimenpidettä odottavilla potilailla kivun pelko on hyvin yleinen. Tässä tutkimuksessa potilaat, joilla oli aikaisempia leikkauskokemuksia pelkäsivät enemmän toimenpidettä kuin potilaat, joilla ei ollut aikaisempia leikkauskokemuksia. Tutkimustulokset olivat samansuuntaiset verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin. Turun Yliopistossa tehdyn tutkimuksen mukaan (Kiviniemi 2006) potilaan aikaisemmat kokemukset toimenpiteen yhteydessä koetusta kivusta vaikuttavat potilaan odotuksiin. Aikaisemmat kokemukset joko lisäävät tai vähentävät luottamusta hoitohenkilökunnan kykyyn hoitaa kipua. (Kiviniemi 2006, 124–130.)

Kyselytutkimuksen tuloksissa ilmeni ristiriitaisuutta kysyttäessä potilailta kokemuksia henkilökunnan kiireestä ja rauhallisesta työskentelystä. Kolmannes potilaista koki henkilökunnan kiireiseksi ja lähes kaikki potilaat kokivat työskentelyn olevan rauhallista. Rauhallinen ja varma työskentely luo luotettavan kuvan henkilökunnasta potilaalle. Kiireessäkin työskentelyn täytyy olla rauhallista potilaan turvallisuuden tunteen varmistamiseksi. Henkilökunnan kiireetön ja rauhallinen työskentely edesauttaa potilaan toipumista. Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhtenevät Kurjen (2007) saamiin tuloksiin, jossa potilaat kokivat hiljaisen osastoympäristön edesauttavan paranemista. (Kurki 2007, 70.)

Laki Potilaan oikeuksista ja asemasta (17.8.1992/785) velvoittaa henkilökunnan ottamaan potilaan mukaan hoidon suunnitteluun. Esimerkiksi potilas voi vaikuttaa anestesiaimuodon valintaan. Tutkimustuloksissa vain pieni osa potilaista tunsikin saaneensa vaikuttaa hoitoonsa leikkaussalissa ja puolet potilaista ei osannut sanoa vaikutusmahdollisuuksistaan. Tutkimukseen vastanneet iäkkäät potilaat eivät olleet kokeneet voineensa vaikuttaa hoidon suunnitteluun, josta voidaan päätellä tiedon

puutteen olevan syynä siihen. Tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneviä Sahlströmin ja Kurjen tutkimuksien kanssa. Sahlströmin (2011) tutkimuksessa nuoremmat ja keski-ikäiset potilaat kokivat saaneensa vaikuttaa hoitoonsa vanhempia potilaita enemmän. Sahlström pohti tutkimuksessaan terveydenhuollon hierarkian, aikapaineen, totuttujen tapojen ja lääkärin valta-aseman vaikutuksia iäkkäiden potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksiin hoitoon osallistumisesta. Kurjen (2007) tutkimuksessa potilaat kokivat voivansa osallistua hoitoonsa, mutta kokivat tiedon puutteen esteeksi ja tietämättömyyden missä määrin voivat osallistua hoitohenkilökunnan rinnalla hoidon suunnitteluun. (Kurki 2007, 77; Sahlström 2011, 86.)

Potilaan vaikuttamismahdollisuudet leikkaussalissa tapahtuvaan perioperatiiviseen hoitotyöhön ovat rajalliset, koska kliinisessä leikkaussalissa asiantuntemus toimenpidepotilaan hoidosta on hoitavalla henkilökunnalla. Intraoperatiivista hoitotyötä ohjaa etukäteen suunniteltu leikkausohjelma eli leikkauslista. Tavoitteena on suunniteltujen eli elektiiivisten toimenpiteiden tasainen jakautuminen arkipäiville mahdollisimman tehokkaasti päivän aikana. Leikkausten suunnittelu etukäteen varmistaa sen, että potilas saa hoitonsa suunnitellusti, leikkaukseen on riittävästi henkilökuntaa ja siihen tarvittavia laitteita ja välineitä sekä sen että leikkaussalit kuormittuvat tasaisesti. (Lukkari ym. 2007, 25, 53–55.)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta on pohdittava tutkimuksen kaikissa vaiheissa, koska virhe mahdollisuuksia löytyy läpi tutkimusprosessin. Luotettavuutta tarkistellaan validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa mitattu juuri, sitä mitä oli tarkoituskin mitata eli onko teoreettiset käsitteet pystytty luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 216; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152 – 154.) Tutkimuksessa valittiin mittariin potilaan niin sisäiseen kuin ulkoiseen turvallisuuteen liittyviä asioita. Pohjana kysymysten laadinnassa on käytetty Länsi-Pohjan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston käytössä olevaa leikkaustiimin tarkistuslistaa ja lisäksi on kattavasti perehdytty aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Mittarin luotettavuutta ja toimivuutta esitestattiin sairaalan henkilökuntaan kuulumattomilla henkilöillä, joilta saatiin palautetta mittarin kysymyksiä selvytyteen. Leikkaustiimin tarkistuslistasta on tehty uusi versio leikkaus- ja anestesiaosastolla, mistä voidaan päätellä, että lista elää ja muotoutuu käyttökokemusten myötä.

Tutkimuksen ulkoinen **validiteetti** tarkoittaa sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuolisiin perusjoukkoihin eli kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 216; Vilkkä 2007, 150; Kankkunen ym. 2010, 158.) Poissulkukriteerinä tässä tutkimuksessa olivat muistisairaot potilaat eli otosta edusti ulkopuolinen perusjoukko. Kyselyn vastausprosentti oli 53 % eli vastauksia saatiin hieman yli puolet takaisin. Uusintakyselyllä olisi mahdollisesti saatu korkeampi vastausprosentti, mutta potilaita ei haluttu painostaa, koska tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. On mahdollista, että potilaat eivät ole jaksaneet terveydellisistä syistä vastata kyselyyn tai potilaat olivat väsyneet vastaamaan kyselyihin. Käytetyllä otantamenetelmällä saatiin validi tulos tutkimukseen.

Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen. Mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tätä voidaan arvioida mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmasta. Johdonmukaisuus tarkoittaa, että kukin osamittarin muuttuja mittaa samaa asiaa ja korreloi keskenään voimakkaasti. Mittarin pysyvyys viittaa sen kykyyn tuottaa sama tulos eri mittauskerroilla. Mittarin vastaavuus tarkoittaa kahden eri mittaajan samaa yhteneväistä mittaustulosta. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 216: Vilkka 2007, 149: Kankkunen ym. 2010, 156 -157.) Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen kysymykset kysyvät johdonmukaisesti potilaan kokemuksia ja tunteita toimenpiteeseen ja turvallisuuteen liittyen. Tutkimuksessa tutkijoita on kaksi ja molemmat saivat samanlaiset mittaustulokset. Tutkimuksessa arvioitiin tutkimuksen luotettavuutta koko tutkimusprosessin ajan.

Länsi-Pohjan keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitajan pyynnöstä tehtiin hankkeistettu opinnäytetyö leikkaus- ja anestesiaosaston hoitotyön kehittämiseksi. Toinen tutkijoista oli työkierrossa 2009 - 2010 leikkaussalissa anestesiahoitajana. Hänen kehittämiskeskustelussaan sovittiin, että tuleva opinnäytetyö tehdään leikkaus- ja anestesiaosaston tarpeisiin, kun hänen sairaanhoitajan tutkintonsa päivittäminen Kemi-Tornion ammattikorkeakoulussa tuli ajankohtaiseksi. Tällä tutkimuksella on merkitystä potilaiden turvallisuuden parantamisessa ja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää päivittäisessä perioperatiivisessa hoitotyössä.

Parhaiten potilaat ja omaiset voivat osallistua hoitoon antamalla palautetta hoidosta hoitohenkilökunnalle osastolla käytössä olevan tavan mukaisesti esimerkiksi täyttämällä palautelomake tai vastaamalla tutkijoiden kyselyyn. Osallistumalla potilaat ja omaiset voivat vaikuttaa potilasturvallisuuden ja organisaation toiminnan ja hoitotyön laadun kehittämiseen. (Helovuori ym. 2011, 179.)

Potilaiden rooli on tärkeä turvallisen hoidon kehittämisessä, koska he ovat läsnä hoitoprosessin kaikissa vaiheissa ja hyötyvät turvallisesta hoidosta. Opinnäytetyön tulosten perusteella potilaat tiesivät kiittävästi sekä turvallisuustarkistuksista että potilaan oikeuksista. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut esitteen Potilaan oikeudet (esitteitä 2005:5), jossa on lyhyesti esitelty potilaan oikeuksia

terveydenhuollossa ja lisäksi STM:n Internet-sivuilla on Potilaan käsikirja. Tämän oppaan tarkoituksena on tukea aikuisen potilaan turvallista hoitoa sairaalassa. Pohjois-Suomen sairaanhoitopiirien potilasasiamiehistä koostuva työryhmä on vuonna 2007 tehnyt täydentävän oppaan, jota voi hyödyntää päivittäisessä potilastyössä. Julkaisun sisällön lähtökohtana ovat olleet erityisesti ne asiat, jotka ovat tulleet esille päivittäisessä potilasasiamiestyössä. (Potilaan oikeudet 2005; Karstinen ym. 2010; Helovuo ym. 2011, 177; Länsi-pohjan sairaanhoitopiirin Internet-sivut.) Potilaita tulee informoida jo toimenpiteeseen kutsuttaessa, miten he voivat osallistua oman hoitonsa turvallisuuteen. Kutsukirjeessä voisi esimerkiksi kertoa Internetistä löytyvästä potilaan muistilistasta, jossa on huomioitavat asiat turvallisen hoidon takaamiseksi. Muistilista auttaa potilasta huomioimaan, että hän tarkistaa oikeat tiedot henkilöllisyydestä, sairauksista, lääkityksistä ja allergioista. Muistilista kehottaa potilasta antamaan palautetta hoidosta ja mahdollisista potilasturvallisuuspuutteista.

Tutkimus tehtiin koulun virallisten kirjallisten opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti, joten työn ulkoasu on selkeä ja luotettava. Yhteistyö oli tiivistä opinnäytetyön ohjaajien kanssa ja heidän toiveitaan ja ohjeitaan kuunneltiin työn eri vaiheissa. Ohjaajien arviointi auttoi luotettavuuden toteutumisessa. Lähteitä käytettiin monipuolisesti ja lähteiksi valittiin enimmäkseen viime vuosina julkaistuja teoksia.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Etiikan tehtävänä on hakea vastauksia kysymyksiin, joissa pohditaan hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa muiden kanssa. Etiikka auttaa ihmisiä tekemään valintoja ja tutkimaan toimintansa perusteita antamatta valmiita tai yleispäteviä ratkaisuja. Terveysthuollossa etiikkaa perustellaan suhteessa hyvään tapaan elää ja toimia. Tutkimus on tapa hankkia tietoa terveydenhuollon toiminnasta ja siten myös yksittäisen yksikön toiminnasta ja tarpeista. (Leino- Kilpi & Välimäki 2003, 253- 257.)

Tutkimus on inhimillistä, arvoperustaista ja sillä pyritään löytämään totuus tieteellisesti hyväksytyillä menetelmillä. Tutkimuksessa on lähteiden todenperäisyys eettisesti ja luotettavuuden kannalta oleellista ja tutkijat ovat tutkimustyöstä vastuussa koko yhteiskunnalle, itselleen ja toisille yhteisöille. Eettiseen näkökulmaan kuuluu ihmisarvon kunnioittaminen riippumatta potilaan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntautumisesta tai vakaumuksesta vaan se on taattava kaikille. Hyvä tutkimusetiikka pyrkii turvaamaan tutkittavien itsemääräämisoikeuden, vahingoittumattomuuden sekä yksityisyyden. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 284- 285; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172 – 184; Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010, 1.) Tutkimustyössä noudatettiin sairaanhoitajan vaitiolovelvollisuutta ja yleisesti hyväksytyjä hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tutkimustyön prosessin aikana noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimustulokset julkaistaan avoimesti.

Hoitotyön tutkimuksen periaatteet julkaisi mm. ANA eli American Nurses Associations (Amerikan Sairaanhoitajaliitto) ja Helsingin Julistus (1964) ja sen päivitetty versio hyväksyttiin Suomen Lääkäriliiton hallituksessa 28.5.2009. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta Etene käsittelee potilaan oikeuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta. (Helsingin julistus 2001; Lindqvist 2001, 4-14; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287- 290; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010, 173 – 177.) Neuvottelukunta toimii Sosiaali- ja terveysministeriössä ja tekee aloitteita, antaa lausuntoja, suosituksia ja tarjoaa asiantuntija-apua sekä välittää tietoa sosiaali- ja terveysalan eettisistä kysymyksistä. Suomen Potilasliitto on terveyspoliittinen potilasjärjestö, jonka tavoitteisiin kuuluu muun muassa edistää potilaan oikeuksien toteutumista seuraamalla, että potilaat saavat mahdollisimman tasa-arvoisen ja hyvän hoidon sekä asiallisen kohtelun. Liitto antaa myös neuvontaa ja tarjoaa vertaistukea. (Potilasliitto 2009.)

Tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta ja sillä yhteiskunnallinen merkitys. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseksi. Hyvän tutkimusaiheen kriteereihin kuuluvat ajankohtaisuus ja kiinnostavuus. Yhteiskunnallisesti voidaan tutkimustuloksilla edistää potilaan hyvinvointia ja vähentää terveydenhuollon menoja pitkällä aikavälillä. Opinnäytetyössä on selkeästi tuotava esille miltä osin saadut tulokset vahvistavat aikaisempia tutkimustuloksia. (Pölkki 2010,

3.)Tämän opinnäytetyön aihe on mielenkiintoinen ja hyödyllinen yhteiskunnallisesti. Nämä asiat motivoivat työn etenemisessä. Aihe on ajankohtainen ja potilasturvallisuutta lisäävä. Haittatapahtumat aiheuttavat merkittäviä kustannuksia terveydenhuollolle ja tarkistuslistan käytöstä on selvää hyötyä leikkaussalissa tapahtuvien haittatapahtumien ehkäisyssä. Siksi aiheen valinta on eettisesti onnistunut. Aikaisempia tutkimustuloksia vertailtiin avoimesti saatuihin tutkimustuloksiin. Tutkimuksessa saatu tieto voidaan hyödyntää Länsi-Pohjan keskussairaalan leikkausosaston perioperatiivisen hoidon laadun kehittämisessä.

Aineistonkeruulupa haettiin johtavalta ylilääkäriltä ja luvasta ilmoitettiin leikkausosaston osastonhoitajalle. Leikkausosastolla osastonhoitajalta saatiin lupa hakea toukokuussa leikattavien potilaiden henkilötiedot ja osoitteet, joihin lähetimme kyselylomakkeet. Osoitetietoja hakiessa ja käsiteltäessä täytyy ottaa huomioon ihmisarvon kunnioitus, tutkittavien anonymiteetti ja lainsäädäntö perusoikeudesta yksityiselämän suojaamiseksi. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2010, 2.) Saatekirjeessä tiedotettiin salassapitovelvollisuudesta ja tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Saatekirjeessä oli opinnäytetyön tekijöiden nimet ja maininta opiskelupaikasta, jos potilas haluaa saada lisätietoja tutkimuksesta. Kun kyselylomakkeet lähetettiin tutkittaville potilaille, annettiin heille oikeus päättää osallistuvatko he tutkimukseen.

Eettisestä näkökulmasta on keskeistä, että analyysi tehdään koko kerätystä aineistosta. Ei ole hyväksyttävää jättää kyselylomaketutkimuksessa analysoimatta tietty kysymys, jos vastaajat ovat siihen vastanneet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290–295; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172 – 184; Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2010, 3.) Tutkimustietoa on koko tutkimuksen ajan säilytetty asianmukaisesti tietokoneella salasanaan suojattuna. Molemmilla tutkijoilla on tutkimus kopioituna omalla muistitikulla ja kiintolevyllä. Tutkimuksen valmistuttua ja kun tutkimuksen oikeellisuus on tarkistettu, aineisto hävitetään asianmukaisesti lain ohjeistuksen mukaan. Tutkimusaineistossa ei ole potilaiden henkilötunnuksia eikä nimitietoja, siksi tutkittavat henkilöt pysyvät anonyymeinä.

Tekijänoikeus on tutkimuksen teossa tärkeää niin lainsäädännöllisesti kuin tutkimuseettisesti. Tieteessä on viitattava asianmukaisesti kaikkiin käytettyihin lähteisiin, myös julkaisemattomiin. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2006, 3.) Opinnäytetyössä on käytetty paljon sekä suomalaisia että ulkomaalaisia lähteitä. Kaikki lähteet on merkitty opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti.

6.3 Yleispohdintaa ja jatkotutkimushaasteita

Potilasturvallisuus on ajankohtainen aihe Suomessa ja maailmanlaajuisesti. Tohtori Atul Gawande Havard Medical Schoolista Bostonista on johtanut laajaa, maailmanlaajuista pilottitutkimusta, jossa tutkitaan tarkistuslistan toimivuutta. Kaikissa tutkituissa sairaaloissa komplikaatioiden määrä väheni merkittävästi leikkaussalin tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen. Leikkauskuolleisuus laski etenkin kehitysmaissa. (Haynes & Weiser & Berry & Lipsitz & Breizat & Dellinger & Herbosa & Joseph & Kibatala & Lapitan & Merry & Moorthy & Reznick & Taylor & Gawande 2009, 491–499; Pesonen 2011, 18–20.) Suomessa Turun ja Tampereen Yliopistosairaaloiden ja Vaasan keskussairaalan leikkausryhmien jäsenille on tehty kyselytutkimus tarkistuslistan käytöstä ja sen vaikutuksista. Tulosten mukaan tarkistuslistan käyttöönotto lisäsi potilaan henkilöllisyyden varmistamista. Sairaanhoitajat tiesivät leikattavan puolen useammin ja kirurgit varmistivat useammin, että leikkaustiimi tiesi toimenpiteen. Myös riskikeskustelua käytiin useammin ennen leikkausta. Anestesiaalääkärin tietoisuus potilaan asentoajoituksista, allergioista, perussairauksista ja lääkkeistä lisääntyi. Kirurgin leikkauksen jälkeisten määräysten kirjaaminen tehostui ja potilaan leikkausvuoto arvioitiin ja kirjattiin useammin. Lääkinnällisten tukisukkien käyttöönotto lisääntyi tarkistuslistan myötä. Suomessa potilasturvallisuutta ei ole juuri lainkaan tutkittu potilaan näkökulmasta. Suomessa syksyllä 2011 käynnistynyt Potilasturvallisuutta taidolla – ohjelma kiinnittää huomiota potilasturvallisuuden ymmärtämiseen ja edistämiseen. (Pauniahho & Ikonen 2010, 333–335.) Tutkimustulosten mukaan potilaat tiesivät hyvin potilaan oikeuksista, mutta turvallisuuden tietämyksessä oli puutteita. Suomessa potilasturvallisuustietoutta tulee tuoda esille enemmän.

Oppimiskokemuksena tutkimuksen teko on ollut antoisaa, vaativaa ja aikaa vievää. Opinnäytetyön tekeminen on ollut ajankäytöllisesti erittäin haasteellista, koska molemmat tutkijat ovat tehneet sitä sairaanhoitajan työn ohessa. Tutkimustulosten analysointi SPSS for Windows-ohjelmalla oli haasteellista, koska riittävän selkeitä käyttöohjeita ei heti löydetty eikä ohjelman käytöstä ollut kokemusta etukäteen. Haimme Internetistä ohjeet ja niiden perusteella teimme kyselylomakkeiden vastauksista matriisit ja frekvenssitaulukot luottaen siihen, että ymmärsimme ohjeet oikein. Myöhemmin löysimme kirjallisuutta aiheeseen liittyen. Lisäksi saimme ATK-opettajalta tukea ja ohjausta, jotta dokumentointi eteni oikein.

Tutkimustuloksia havainnoitiin mahdollisimman selkeillä taulukoilla ja kuvioilla. Ristiintaulukoinnin avulla saatiin vaikeasti luettavia taulukoita, joista osa päätettiin jättää pois lopullisesta työstä. Naisten ja miesten vastauksia verrattaessa oli otettava huomioon naispuolisten vastaajien suurempi määrä ja sukupuolten välinen luotettava vertailu ilman monimutkaisia laskutoimituksia oli mahdotonta, joten vertailusta luovuttiin. Tilastotiedettä ja tilastojen käsittelyä olisi pitänyt olla opetussuunnitelmassa enemmän. Informaation etsiminen, lähteiden käsittely, tieteellisen tekstin tuottaminen ja viimeistely tulivat tutuiksi opinnäytetyön teon aikana. Sosiaalisista taidoista yhteistyökyky ja joustavuus kasvoivat. Opinnäytetyön tekeminen on laaja oppimiskokemus ja mahdollisen seuraavan tutkimuksen tekeminen onkin jo helpompaa.

Jatkotutkimusaiheita löysimme useita. Esittäisimme tutkittavaksi lääkitysturvallisuuteen liittyviä kokemuksia hoitajilta teho-osastolla ja päivystyksessä. Potilasturvallisuustietoa tulee sisällyttää perehdytysohjelmiin sairaalan osastoille ja perusterveydenhuollon toimipisteisiin. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää tarkistuslistan käyttökokemuksia henkilökunnan kokemana teemahaastattelun keinoin. Jatkotutkimuksen yhtenä aiheena voisi selvittää haattatapahtumien raportoinnin (HaiPro) vaikutusta hoitotyön turvallisuuteen.

Hoitotyön tehokkuusvaatimukset kasvavat ja siksi projektityö esim. potilaan hoito-ohjeista Fast track- hoitomallin mukaan kehittäisi prepoliklinikoiden toimintaa. Fast track on uudenlainen hoito-aikaa lyhentävä ja tehokkuutta lisäävä hoitomalli, jonka on kehittänyt tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet työryhmineen. Hoitomalli perustuu potilaan aktiivisuuteen ja riittävään ohjaukseen ja nopeaan toipumiseen kirurgisesta toimenpiteestä (optimihoitoaika 3-5 vrk). Lisäksi potilaat tarvitsisivat lisää tietoa

mahdollisuuksista ja keinoista vaikuttaa omaan turvalliseen hoitoonsa. (Hönninen ym. 2011, 5, 8.)

Väestön ikääntyminen, monikulttuurinen yhteiskunta ja työelämän, globalisaation ja elinympäristön muutokset haastavat etsimään uusia vaihtoehtoja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Tulevaisuudessa voisi projektin muodossa tutkia, miten potilaat – kokemusasiantuntijoina - potilasliitoissa järjestäytyneen toiminnan avulla kehittäisivät terveydenhuoltoa.

Opinnäytetyön loppuun laitettiin liitteenä potilasturvallisuuteen liittyviä lakeja ja säädöksiä sekä potilasturvallisuuteen liittyviä Internet-sivustoja. (Liitteet 5. ja 6.)

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2001. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Opetusministeriö.. www.minedu.fi.

Anestesia- ja sairaanhoitajan osaamisvaatimukset 2006. Suomen Anestesia- ja sairaanhoitajat RY. www.sash.fi

Bachmann M & Pere P 2009. Leikkauskelpoisuuden arviointi ja leikkaukseen valmistaminen. Lääkärin käsikirja. www.terveysportti.fi

Bruksanvisning för checklista för säkerhet vid operationer 2009. Säker kirurgi räddar liv. Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. www.safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/sw._manual.pdf.

Byfält H & Eriksson K & Leijonqvist G & Nyberg K & Uuspää B 1987. Hoitotaito. SHKS. Helsinki.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä 2009: suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki. www.stm.fi

Eriksson K 1995: Vårdprocessen. Graphic Systems AB. Göteborg.

Halldin M & Lindahl S 2005. Anestesi. Liber AB. Stockholm.

Hamlin M & Richardson-Tench & Davies M 2009. Perioperative nursing An introductory text. Elsevier. Australia

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

Heikkilä K 2002. Tiimit-avain uuden luomiseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Heikkilä T 2004. Tilastollinen tutkimus. Edita Oy. Helsinki.

Helsingin julistus. 2001. Vahvistettu 16.4.2009. Päivitetty 28.5.2009. www.laakariliitto.fi.

Helovuori A & Kinnunen M & Peltomaa K & Pennanen P 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Edita Prima Oy. Helsinki.

Hirsjärvi S & Remes P & Sajavaara P 2007. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Hoitotakuulaki 17.9.2004/855 www.finlex.fi

Holmia S & Murtonen I & Myllymäki H & Valtonen K 2006. Sisätautien, Kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOY. Porvoo.

Holopainen M & Pulkkinen P 2002. Tilastolliset menetelmät. WSOY. Helsinki.

Hönninen H & Kuorelahti R & Holmstedt A & Heiskanen M & Hinkkanen S & Kultti V & Uusipaasto K & Virtanen A 2011. Fast Track – hoitomallin kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalassa vatsakirurgian osastolla. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Jyväskylä.

Ikonen T & Pauniahho S 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest 2010 (43), 108-111.

Implementation manual WHO surgical safety checklist (First Edition) 2008. World Health Organization. www.who.int.

Kalso E & Vainio A 2002. Kipu . Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kankkunen P & Vehviläinen- Julkunen K 2010. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY pro OY. Helsinki.

Karhumäki E & Jonsson A & Saros M 2010. Mikrobit hoitotyön haasteena. Edita Prima Oy. Helsinki.

Karinen J & Ali-Melkkilä T 2006. Potilaan valmistelu anestesiaan ja esilääkitys Toim. Rosenberg P & Alahuhta S & Lindgren L & Olkkola K & Takkunen O. Anestesiologia ja tehohoito. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Karstinen S & Keskihannu I & Manner H & Mäkeläinen P & Peurasaari S & Vilmi-Johansson L 2010. Tietoa potilaan oikeuksista ennen hoitoa, hoitotilanteessa ja hoidon päättymisen jälkeen. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin Internet-sivut.

Kinnunen M & Peltomaa K 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009.

Kiviniemi K 2006. Are anxious, afraid or tense? Perioperative Anxiety and Empowering Nursing Prior, During and after Planned Caesarean Delivery. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Turun Yliopisto.

Kneedler J.A & Dodge G.H 1987. Perioperative patient care: the nursing perspective. Blackwell Scientific Publications Inc.St.Louis.

Korte R & Rajamäki A & Lukkari L & Kallio A 2000. Perioperatiivinen hoito, 2.painos WSOY. Porvoo.

Kurki L 2007. ”...Väliaikaisesta majoituspaikasta turvalliseen kotipesään...”. Leikkauspotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta ja siirtymisestä heräämöstä vuodeosastolle. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun Yliopisto.

Kyngäs H & Kääriäinen M & Poskiparta M & Johansson K & Hirvonen E & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY. Helsinki.

Käypä hoito 18.4.2008. Leikkausta edeltävä arviointi. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. www.terveysportti.fi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. www.finlex.fi.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 1.7.2010/629.

Leino- Kilpi H & Välimäki M 2003. Etiikka Hoitotyössä. WS Bookwell Oy. Juva.

Leikkaussalin tarkistuslista 2012. Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto. www.valvira.fi

Leikkaustiimin tarkistuslista 2010. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. www.stm.fi.

Lipponen K & Kyngäs H & Kääriäinen M 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja, Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District 4/2006. Oulu.

Lindqvist M 2001. ETENE- julkaisuja 1. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Helsinki. www.etene.fi

Lukkari L & Kinnunen T & Korte R 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin Internet-sivu. www.lpshp.fi.

Mattila L. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemusten jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen Yliopisto.

McGarvey H & Chambers M & Boore J 1999. Exploratory study of nursing in an operating department: preliminary findings on the role of the nurse. *Intensive and Critical Care Nursing* 1999 15 (6), 346-356.

McGarvey H. & Chambers M & Boore J 2000. Development and definition on the role of the operating department nurse: a review. *Journal on Advanced Nursing* 2000 (32), 1092-1100.

Metsämuuronen J 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Milen A & Peltomaa K 2011. Erehtyminen on inhimillistä, mutta usein estettävissä. Tesso 2011 6, 18–19.

Mäkisalo-Ropponen M 2011. Vuorovaikutustaidot Sosiaali- ja terveysalalla. Kariston Kirjapaino. Hämeenlinna.

Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön 2009. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. www.stm.fi.

Panelius M & Varisto H 1989. Perioperativ vårdlära. Studentlitteraturen. Lund.

Panelius M & Varisto H 1990. Perioperatiivisen hoito-opin perusteet. WSOY. Juva.

Pauniahho S & Lepojärvi M & Peltomaa K & Saario I & Isojärvi J & Malmivaara A & Ikonen T 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti 2009 64(49), 4249- 4254

Pauniahho S & Ikonen T 2010. Kaikki kunnossa valmiina viiltoon. Duodecim 2010 126(4), 333–335.

Peltomaa K 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Pelkonen R 2003. Viisas oppii virheistä. Duodecim. 119 (4), 281-3.

Pitkänen P 1993. Turvallinen sairaalatekniikka. TekPlus. Kuopion Yliopistollinen sairaala.

Potilaan keskeisimmät oikeudet. Valvira 2011. www.valvira.fi.

Potilaan käsikirja. Potilaan opas turvalliseen hoitoon sairaalassa. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Potilaan oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:5. Sosiaali- ja terveysministeriö. www.stm.fi

Potilasasiakirja-asetus 8 §. www.finlex.fi.

Potilasliitto 2009. www.potilasliitto.fi.

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2006. Stakes. Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Julkaistu 6.10.2006, Päivitetty 3.9.2007
<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T28-2006-VERKKO.pdf>.

Potilasturvallisuutta Taidolla –Ohjelma 2011–2015. www.thl.fi.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585.

Pölkki T 2010. Hyvän tutkimuksen kriteerit. Tutkiva hoitotyö (4), 3.

- Rantala A 2006. Leikkausalueen infektioiden ehkäisykeinot – tieto perioperatiivisten toimien merkityksestä lisääntyy. *Finnanest* 39 (3) 207 – 210. www.finnanest.fi
- Rasi I & Lepola E & Muhli A & Kanninen A 2006. *SPSS 14.0 for Windows Perusteet*. Oulun Yliopistopaino. Oulu.
- Rosenberg P & Alahuhta S & Hendolin H & Jalonen J & Yli-Hankala A 2002. *Anestesiaopas*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Sahlström M 2011. Potilaiden arvioit potilasturvallisuudesta – kyselytutkimus yleisistä näkemyksistä ja viimeisimmästä hoitajaksosta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen Yliopisto.
- Silen-Lipponen M & Tossavainen K & Turunen H 2004. Käsitemuunnos tiimistä – sovelluksena leikkaushoitoajan tiimi. *Hoitotiede* 2006 16(4) 188 – 200.
- Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. www.stakes.fi.
- Surgical safety checklist (First Edition) 2008. World Health Organization. www.who.int.
- Terveystieteellinen tutkimuslaitos 2010.30.12.2010/1326.
- Terveystieteiden tutkimuslaitos 2011-www.thl.fi.
- Turvallinen lääkehoito 2006. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Helsinki.
- Vilen M & Leppimäki P & Ekström L 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Uudistettu painos 2008.
- Vilkka, H 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Väisänen L & Niemelä M & Suua P 2009. *Sanat työssä: vuorovaikutus ammattitaitona* Kirjapaja.
- Vuori H 1993. *Terveystieteiden tutkimuslaitoksen laadunvarmistus*. Vammalan Kirjapaino Oy. Helsinki.
- Wattwill M 2005. Spinal-, epidural och sakralanestesi. Teoksessa Halldin AB & Lindahl S GE (toim) *Anestesi*. Liber AB. Stockholm, 321.
- Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2006. Tutkimusten etiikka ja elinkaari. Päivitetty 4.4.2006. www.fsd.uta.fi
- Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010. Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää. Päivitetty 21.7.2010. www.fsd.uta.fi
- Zetterström H 2005. Att välja anestesi. Teoksessa Halldin M AB & Lindahl, S GE(toim.)*Anestesi*. Liber AB. Stockholm, 342.

Leikkaustiimin tarkistuslista

<i>Ennen anestesian aloitusta</i>	<i>Ennen viiltoa</i>	<i>Ennen leikkauksalista poistumista</i>
Aikutarkistus	Aikalisä	Lopputarkistus
Potilaalta on varmistettu <input type="checkbox"/> Henkilöllisyys <input type="checkbox"/> Leikkausalue <input type="checkbox"/> Toimenpide <input type="checkbox"/> Suostumus ja luupankkilupa <input type="checkbox"/> Ei tarvita <input type="checkbox"/> Ravinnotta	<input type="checkbox"/> Tiimin jäsenet ovat esittäytyneet toisilleen (nimi ja tehtävä)	Hoitaja varmistaa suullisesti: <input type="checkbox"/> Diagnoosi ja toimenpide on kirjattu <input type="checkbox"/> Instrumenttien, taitosten ja neulojen lukumäärä täsmää <input type="checkbox"/> Näytteet merkitty (potilaan tiedot) ja valmiina vietäväksi <input type="checkbox"/> Näytteitä ei tarvita <input type="checkbox"/> Mahdolliset välineistöä koskevat ongelmat, jotka on korjattava
<input type="checkbox"/> Leikkausalue (-puoli) merkitty <input type="checkbox"/> Ei sovellettavissa	<input type="checkbox"/> Kirurgi, anestesiologi ja hoitaja varmistavat suullisesti <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan • Leikkauskohteen • Toimenpiteen 	<input type="checkbox"/> Kirurgi, anestesiatiimi ja hoitajat käyvät läpi potilaan toipumiseen ja jatkohoitoon liittyvät määräykset ja riskit
Onko anestesiavalmistelut tehty? <input type="checkbox"/> Anestesiavälineistö tarkistettu <input type="checkbox"/> ASA-luokka varmistettu <input type="checkbox"/> Preoperatiivinen lääkitys tarkistettu <input type="checkbox"/> Tromboosiprofylaksia <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Ei tarvita <input type="checkbox"/> Antiromboosisukat <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> Mahdolliset vuotoa aiheuttavat lääkkeet huomioitu <input type="checkbox"/> Omat peruslääkkeet huomioitu <input type="checkbox"/> Laboratoriovastaukset huomioitu <input type="checkbox"/> Perussairaudet tiedossa	Käydään suullisesti läpi mahdolliset rutiinista poikkeavat tekijät <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kirurgi, leikkauksen oletettu kesto, arvioitu verenvuoto? <input type="checkbox"/> Anestesiatiimi: Informoitu potilaskohtaiset huolenaiheet? <input type="checkbox"/> Hoitajat: Steriliteetti varmistettu <input type="checkbox"/> Välineistö saatavilla ja toimii <input type="checkbox"/> Instrumentit ja lääkkeaineet saatavilla <input type="checkbox"/> Leikkausasento tarkistettu 	
<input type="checkbox"/> Pulssioksimetri asennettu ja toimii <input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> EKG ja käyränäyte	Onko antibioottiprofylaksia annettu edeltävän 60 min sisällä? <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei tarvita	
Onko potilaalla: Tiedossa oleva allergia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? Vaikea ilmatie? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä ja välineet saatavilla Aspiraation vaara? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä ja välineet saatavilla Riski > 600 ml verenvuotoon (lapsilla 7ml/kg)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, ja riittävä suonihteys sekä vuodon korvaus suunniteltu <input type="checkbox"/> X – veri otettu <input type="checkbox"/> verivaraus tehty	Ovatko tarvittavat radiologiset kuvat esillä? <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei tarvita	Mitä opittiin? Mitä voi tehdä paremmin seuraavalla kerralla?

Liite 12



SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveyden toimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

Toimeksiantajatiedot: *Länsi-pohjan keskus sairaala*

Toimeksiantajan nimi ja osoite: *Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Kauppakatu 25*

Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja: *Leikkaus- ja anestesiaosasto*

34100 KEMI

Yhdyshenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot: *010-243111*

Oppilaitostiedot:

Oppilaitoksen nimi ja osoite: *Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulu*

Opinnäytetyön tekijä(t) ja yhteystiedot: *Sinikka Johansson puh. 044-5415198, Irja Hyvönen*

puh. 040-5098142

Opinnäytetyön ohjaava(t) opettaja(t) ja yhteystiedot:

Marianne Sliden puh. 010-3835328, Lämsä Aija puh. 010-3835593

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:

Opinnäytetyön nimi/aihe: *Leikkauspotilaiden kokemuksia leikkaussalissa tapahtuvan hoidon*

Työn aikataulu: *Aineiston keruu kesällä 2011, Työ valmistuu joulukuussa 2011, turvallisuudesta*

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: *omakustanteinen*

Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa: *sairaalan käyttöön*

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: *Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti käsittelyn jälkeen*

Työn ohjaajina toimivat: *Marianne Sliden ja Aija Lämsä*

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus: *Ei korvausta.*

Korvaussumma:

Korvauksen saaja:

Korvauksen maksun ajankohta:

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 3 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: *Kemi*

Aika: *16.5.2011*

Sigge Kämppi / Marianne Sliden

Irja Kuu *JOHTAJA YLLÄPÄÄN*

AMK:n edustaja

Toimeksiantajan edustaja

Irja Hyvönen

Sinikka Johansson

Opiskelija

Opiskelija

Irja Hyvönen

Sinikka Johansson, teho-osasto

Opiskelija

Opiskelija

puh. 040-5098142

puh. 044-5415198

ARVOISA POTILAS

Olemme opintoja päivittäviä sairaanhoitajia. Opiskelemme Kemi-Tornion Ammattikorkeakoulussa. Tutkintoomme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Teemme tutkimuksen aikuisten leikkauspotilaiden kokemuksista leikkaussalissa tapahtuvan hoitotyön turvallisuudesta.

Tutkimusaineisto kerätään kesällä 2011 Länsi-Pohjan keskussairaalassa leikatulta aikuisilta potilailta (osasto 3B ja 4B). Tiedon keruun menetelmänä käytämme kyselylomaketta, johon toivomme Teidän vastaavan heinäkuun 2011 loppuun mennessä. Ohessa on kirjekuori postimerkkeineen. Voitte laittaa kyselyn postin kuljetettavaksi maksutta.

Lomakkeen avulla keräämme aineistoa opinnäytetyöhömmme. Tutkimustulosten avulla kehitämme leikkaussalissa tapahtuvan hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta. Kaikki kyselylomakkeet käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Yksittäisten henkilöiden vastauksia ei voi tunnistaa. Opinnäytetyötä tehdessämme noudatamme sairaanhoitajan vaitiolovelvollisuutta ja yleisesti hyväksytyjä hoitotieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita.

Kunnioittavasti,

Sinikka Johansson
Sairaanhoitaja 5AMKAK22

Irja Hyvönen
Sairaanhoitaja 5AMKAK22

Ikä _____

Sukupuoli

A) mies

B) nainen

Onko Teillä aikaisempia leikkauskokemuksia?

a) kyllä

b) ei

Seuraavien väittämien avulla Teidän odotetaan arvioivan kokemuksia leikkaussalissa.

	1=kyllä	2=ei	3=en tiedä
1. Henkilökunta tarkisti henkilöllisyyteni leikkaussalissa	1	2	3
2. Leikattava alue tarkistettiin leikkaussalissa	1	2	3
3. Tiesin suunnitellun toimenpiteen	1	2	3
4. Minulta kysyttiin suostumus toimenpiteeseen	1	2	3
5. Minulta varmistettiin ravinnotta olo ennen toimenpidettä	1	2	3
6. Leikattava alue merkittiin ennen toimenpidettä	1	2	3
7. Minulta varmistettiin ”napapiikin”(hepariinin) aloitus	1	2	3
8. Minulta tarkistettiin oliko tukisukat laitettu	1	2	3
9. Minulta kysyttiin verenvuototaipumuksesta	1	2	3
10. Minulta kysyttiin aikaisemmista verensiirroista	1	2	3
11. Kotilääkitys tarkistettiin	1	2	3
12. Minulta kysyttiin, onko verikokeet otettu	1	2	3
13. Perussairaudet tarkistettiin	1	2	3
14. Minulle kerrottiin leikkaussalin tarkkailulaitteista	1	2	3
15. Minulta kysyttiin allergioista	1	2	3

	1=kyllä	2=ei	3=en tiedä
16. Lääkäri esittäytyi ennen leikkausta	1	2	3
17. Hoitajat esittäytyivät ennen toimenpidettä	1	2	3
18. Henkilökunta oli ystävällistä	1	2	3
19. Henkilökunta oli kiireistä	1	2	3
20. Tiesin hoidon turvallisuustarkastuksista ennalta	1	2	3
21. Tiedän potilaan oikeuksista	1	2	3

Seuraavien väittämien avulla Teidän odotetaan arvioivan tuntemuksia leikkaussalissa.

1=täysin samaa mieltä 2=lähes samaa mieltä
 3=en osaa sanoa 4=lähes eri mieltä
 5=täysin eri mieltä

22. Tunsin oloni turvalliseksi leikkaussalissa	1	2	3	4	5
23. Minulla oli mahdollisuus vaikuttaa hoitoon leikkaussalissa	1	2	3	4	5
24. Minua pelotti tuleva toimenpide	1	2	3	4	5
25. Leikkauksen onnistuminen jännitti etukäteen	1	2	3	4	5
26. Minulle annettiin tarpeeksi jännitystä lievittävää lääkettä	1	2	3	4	5
27. Anestesiahoitaja kysyi vointiani useasti toimenpiteen aikana	1	2	3	4	5
28. Asento leikkauspöydällä oli mukava	1	2	3	4	5
29. Leikkaussalin kirkkaat valot häikäisivät	1	2	3	4	5
30. Kovat äänet häiritsivät	1	2	3	4	5
31. Lämpöpeitto lämmitti leikkauksen aikana	1	2	3	4	5
32. Minulla oli kipuja ennen toimenpidettä	1	2	3	4	5
33. Minulla oli kipuja leikkauksen aikana	1	2	3	4	5
34. Leikkauksen jälkeen olin kipeä	1	2	3	4	5
35. Minulle annettiin kipulääkettä	1	2	3	4	5

Luettelo säädöksistä ja laeista

Suomen perustuslaki 731/1999

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Potilasvahinkolaki 585/1986

Henkilötietolaki 523/1999

Hoitotakuulaki 855/2004

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 2010.1.7/629.

Lääkelaki 10.4.1987/395

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 2004/298

Lääkeasetus 24.7.1987/693

Potilasasiakirja-asetus 1§- 24 §

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Lainsäädännön lisäksi valtioneuvoston hyväksymässä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelmassa (KASTE) todetaan, että potilasturvallisuustyön vaikuttavuuden seuranta ja systemaattinen kehittäminen on Stakesin vastuulla (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008 – 2011, 2008, 34, 39.)

Potilasturvallisuuden liittyviä internet-sivustoja

ec.europa.eu

www.haiopro.fi

www.finlex.fi

www.finnanest.fi

www.rohto.fi

www.socialstyrelsen.se

www.stm.fi

www.thl.fi

www.valvira.fi

www.who.int/patientsafety