



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KIRURGISEN POTILAAN TURVALLINEN KOTIUTUMINEN

Tarkistuslista käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä
ortopedisen kirurgisen potilaan kotiutumiseen

Jaana Dubenko

Xiaoming Jiang

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

DUBENKO JAANA & JIANG XIAOMING:

Kirurgisen potilaan turvallinen kotiutuminen

Tarkistuslista käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen potilaan kotiutumiseen

Opinnäytetyö sivua 71, joista liitteitä 7 sivua

Maaliskuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä tarkistuslista Tampereen yliopistollisen sairaalan Tules 2 osastolle käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen kirurgisen potilaan kotiutumisvaiheeseen. Työn aikana syntyi idea tehdä myös toinen tarkistuslista, joka on potilaita varten. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää mitkä ovat käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen kirurgisen potilaan tarpeet kotiutumisvaiheessa, mitkä tekijät vaikuttavat turvalliseen kotiutumiseen, minkälainen on hyvä potilasohjaus sekä millainen on laadukas tarkistuslista kyseiselle osastolle. Opinnäytetyön tavoitteena oli yhdenmukaistaa potilaan kotiutumiseen liittyviä toimintoja, lisätä potilasturvallisuutta ja parantaa hoidon jatkuvuutta. Lisäksi tavoitteena oli helpottaa sairaanhoitajien työtä kotiutettaessa potilasta kyseisellä osastolla. Opinnäytetyö tehtiin toiminnallista menetelmää käyttäen ja tuotoksena syntyi kolme tarkistuslistaa: kaksi hoitajia ja kolmas potilaita varten.

Opinnäytetyön aihetta tarkasteltiin viiden teoreettisen käsitteen avulla, joita olivat potilasturvallisuus, hoidon jatkuvuus, hyvä potilasohjaus, kotiutumisprosessi ja kotiutumisen tarkistuslista. Potilaan kotiutuminen on prosessi, joka alkaa potilaan tultua sairaalaan hoitoon ja jatkuu potilaan kotiutumisen jälkeen arviointina. Hoidon jatkuvuus on olennaista turvallisen kotiutumisen kannalta. Potilaan ohjaus on ensiarvoisen tärkeä kotiutumisprosessin aikana. Potilasohjausta voi kehittää yhdistämällä siihen teach-back metodia. Potilasohjausta voi kehittää myös laatimalla jäsennetyn tarkistuslistan ohjauksen tueksi. Potilaan läheisillä on merkittävä rooli potilaiden selviytymisessä leikkauksen jälkeen. Heitä on otettava enemmän mukaan potilaan ohjaukseen ja kotiutumisen suunnitteluun. Tuotoksena syntynyt tarkistuslista sisältää kirurgisen potilaan kotiutumisen kannalta yleisimmät kohdat. Lisäksi tarkistuslistaa on täydennetty käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen potilaan erityishuomioilla. Niitä on korostettu eri värein helpottaakseen hahmottamiseksi. Potilaan tarkistuslista sisältää ne tärkeät asiat, jotka auttavat potilasta valmistautumaan kotiin lähtöön.

Tarkistuslistaa tulisi käyttää jokaisen kotiutuvan potilaan kohdalla. Kehittämisehdotuksena on tutkia, millaisia tuloksia tarkistuslistan käyttämisellä on saavutettu, miten potilaan tarkistuslista on vaikuttanut potilaan selviytymiseen kotiutumisen jälkeen sekä millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on tarkistuslistan käyttämisestä. Teach-back metodin käyttämistä voisi laajentaa muille osastoille ja tutkia sen vaikuttavuutta potilasohjaukseen.

ABSTRACT

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

DUBENKO, JAANA & JIANG XIAOMING
Surgical Patients' Safe Discharge Planning
A Discharge Checklist for Plastic, Hand and Orthopaedic Surgical Patient

Bachelor's thesis 71 pages, appendices 7 pages
March 2016

The purpose of this study was to develop a discharge checklist for plastic, hand and orthopaedic surgical patients. The aim was to assist nurses in discharge planning, to ensure safe discharge practices, to promote patient safety and continuity of care. The topic of the thesis came from Tampere University Hospital, ward Tules 2 which is responsible for the postoperative care of plastic, hand and orthopaedic surgical patients.

The study was based on theoretical researches from both Finnish and international nursing field. The theoretical frame consisted of patient safety, patient education, continuity of care, discharge planning and discharge checklist. Discharge planning starts already at admission and continues till the patient is discharged. Teach-back and structured patient education are both effective and evidence-based methods in enhancing patients' health literacy. Patients' next-of-kin should be taken more into consideration in discharge planning.

The study was carried out as a project using both functional and productive approach. Two discharge checklists were produced for nurses: one version with full details, the other compact. A checklist for patients and their next-of-kin was also designed.

The discharge checklist should be put into use in discharge planning of every patient. The future researches can be carried out to study the outcomes of checklists. For example what effects patients' checklists have had on patients' readiness for hospital discharge and coping at home. Also nurses and patients' experiences of using the checklists can also be studied applying qualitative methods. Researches regarding teach-back method in empowering patients are also good topics for future studies.

Key words: patient safety, discharge planning, continuity of care, patient education, checklist.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	OPINNÄYTETYÖAIHEEN TEOREETTINEN RUNKO	8
3.1	Potilasturvallisuus.....	9
3.1.1	Potilasturvallisuuden vaaratapahtumat.....	9
3.1.2	Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät	11
3.1.3	Potilasturvallisuus kotiutumisvaiheessa.....	13
3.2	Hyvä potilasohjaus.....	14
3.2.1	Potilasohjauksen menetelmät	15
3.2.2	Potilasohjauksen kehittäminen.....	16
3.3	Hoidon jatkuvuus	18
3.3.1	Yksilövastuinen hoitotyö hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi	20
3.3.2	Hoitotyön yhteenveto hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.....	20
3.4	Kotiutumisprosessi.....	21
3.5	Käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen potilaan kotiutuminen	23
3.5.1	Plastiikkakirurgiset leikkaukset ja kotiutuminen	24
3.5.2	Käsikirurgiset leikkaukset ja kotiutuminen.....	30
3.5.3	Ortopediset leikkaukset ja kotiutuminen.....	36
3.6	Tarkistuslista hoitotyössä.....	39
3.6.1	Tarkistuslista kotiutumisvaiheeseen	40
3.6.2	Potilaan tarkistuslista	41
4	OPINNÄYTETYÖN PROSESSI.....	42
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	42
4.2	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	43
5	TARKISTUSLISTAN SISÄLTÖ	46
6	POHDINTA.....	49
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	51
6.2	Kehittämisehdotukset.....	53
	LÄHTEET.....	55
	LIITTEET	64
	Liite 1. Tutkimustaulukko	64
	Liite 2. Potilaan tarkistuslista	70

1 JOHDANTO

Tuki- ja liikuntaelimiin kohdistuvat toimenpiteet ovat olleet viime vuosina kaikkein yleisin toimenpideryhmä. Vuonna 2010 niiden hoitajaksoja oli 130275, mikä vastaa 21 % kaikista toimenpiteellisistä hoitajaksoista. (Rautiainen, Pelanteri & Rasilainen 2011, 2-5.) Leikkauksien määrän on ennustettu lisääntyvän tulevaisuudessa väestön ikääntyessä. Leikkauksien määrän lisääntyessä hoitajaksojen määrä kasvaa myös, mutta hoitopäivät lyhenevät ja potilaita kotiutetaan entistä nopeammin. Hoitopäivien määrä on laskenut 22 prosenttia koko 2000-luvun aikana. Hoitajaksojen keskimääräinen kesto on laskenut 4,2 päivästä 3,4 päivään. (Rautiainen, Pelanteri & Rasilainen 2011, 4-5; Remes ym. 2010.) Hoitoajan lyhenemisestä huolimatta potilaan turvallisuus ei saa kärsiä. Potilaan on saatava riittävästi tietoa omasta hoidosta, jotta hänen toipuminen leikkauksesta onnistuu hyvin kotiutumisen jälkeen. (Mattila 2011.) Laadukas potilasohjaus on osa potilaan hyvää hoitoa sekä tärkeä elementti potilasturvallisuuden saavuttamisessa (Lipponen 2014, 13–14; Stokes 2013).

Tarkistuslistojen kehittäminen ja käyttäminen terveydenhoitoalalla on saanut alkunsa lentoliikenteestä. Niin lääketieteessä kuin ilmailussa vaaditaan alan huippuosaamista, teknisten laitteiden hallintaa sekä kommunikointikykyä. Tarkistuslistan avulla voidaan varmistaa jatkuvuus ja turvallisuus suoritettaessa vaativia tehtäviä. Terveydenhuollon tarkistuslistoja on käytetty jo kymmeniä vuosia, mutta niiden käyttö ei ollut systemaattista ja laaja-alaista. (Blomberg & Pauniahho 2013, 275.) Maailman terveysjärjestö (WHO) kehitti ensimmäisen systemaattisen leikkaussalin tarkistuslistan, jonka osoitettu vähentäneen merkittävästi potilasvahinkoja ja kuolemia (WHO 2016). Tarkistuslistojen käyttöä on tutkittu maailmanlaajuisesti ja niiden on todettu parantavan hoidon laatua sekä vähentävän inhimillisten virheiden esiintymistä (Winters ym.2009). Tarkistuslistoja on sovellettu myös potilaiden kotiutumisessa. Tarkistuslistojen on osoitettu vahvistavan moniammatillista yhteistyötä kotiutettaessa potilaita sekä vähentävän hoitovirheitä. Jäsennelty tarkistuslista sairaanhoitajien avuksi auttaa potilaan kotiuttamisessa, lisää potilaiden tyytyväisyyttä omaan hoitoon ja vähentää leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Ben-Morderchai, Herman, Kerzman & Irony 2009). Sairaanhoitajien lisäksi myös potilaat voivat käyttää omaa tarkistuslistaa. Potilaille tarkoitettuja tarkistuslistoja on käytössä mm. Yhdysvalloissa ja Australiassa (Pronovost 2011; Grimmer, Guerin, Moss & Falco 2015). Tarkistuslistojen avulla potilailla on mahdollisuus osallis-

tua aktiivisemmin omaan hoitoon sekä varmistaa, että he ovat saaneet riittävästi ohjausta ja tukea kotiutuessa sairaalasta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tarkistuslista Tampereen yliopistollisen sairaalan Tules 2 osastolle. Tarkistuslista on hoitajia varten potilaiden kotiuttamisen avuksi. Erillinen tarkistuslista tehdään myös potilaita varten. Potilaille tarkoitettu tarkistuslista tukee kotiutumisprosessia.

Tays:n Tules 2 osastolla hoidetaan päivystyksenä ja elektiivisesti käsi-, mikro- ja plastiikkakirurgisia sekä tuki- ja liikuntaelinkirurgisia potilaita. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on noin kahdesta neljään vuorokautta. (Tules 2 osasto 2016.) Kyseisen osaston hoitotyö sekä potilaiden kotiuttaminen vaativat sairaanhoitajilta paljon osaamista ja tietoa käsi-, plastiikkakirurgiselta sekä ortopediseltä alueelta. Tavoitteena on luoda sellainen tarkistuslista, joka auttaa sairaanhoitajia tekemään turvallista ja kokonaisvaltaista potilaiden kotiutumista kaikille osaston potilasryhmille.

Opinnäytetyön aihe on tullut Tays:n Tules 2 osastolta. Opinnäytetyön tekijät ovat suuntautumassa sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön ja ovat kiinnostuneita kirurgisesta toiminnasta. Aihe on ajankohtainen ja siihen halutaan tuoda uutta näkökulmaa opinnäytetyön avulla.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tarkistuslista Tampereen yliopistollisen sairaalan hoitajille käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen potilaan kotiutumisvaiheeseen.

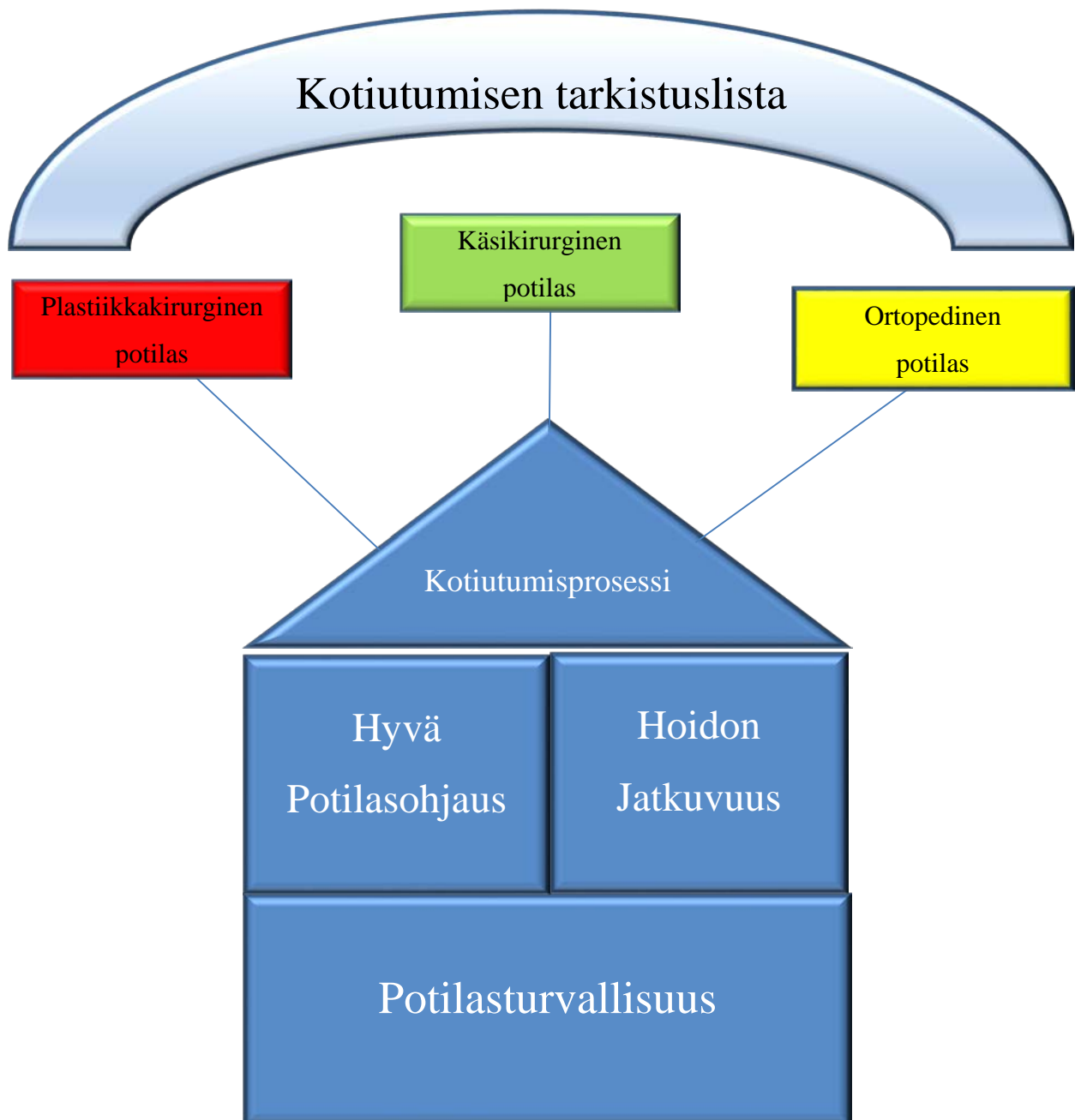
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Minkälaiset ovat käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen potilaan tarpeet kotiutumisvaiheessa?
2. Millaiset tekijät vaikuttavat turvalliseen kotiutumiseen?
3. Minkälainen on hyvä potilasohjaus kotiutumisvaiheessa?
4. Millainen on laadukas tarkistuslista kyseiselle osastolle?

Tavoitteena on yhdenmukaistaa potilaan kotiutumiseen liittyviä toimintoja, lisätä potilasturvallisuutta ja parantaa hoidon jatkuvuutta. Tavoitteena on myös helpottaa sairaanhoitajien työtä kotiutettaessa potilaita kyseisellä osastolla ja lisätä potilaiden tyytyväisyyttä ja osallisuutta omaan hoitoon.

3 OPINNÄYTETYÖAIHEEN TEOREETTINEN RUNKO

Opinnäytetyön tärkeimmät käsitteet ovat potilasturvallisuus, hoidon jatkuvuus, hyvä potilasohjaus, kotiutumisprosessi ja kotiutumisen tarkistuslista.



3.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuutta voidaan määritellä terveydenhuollon työntekijöiden ja potilaiden näkökulmasta. Terveydenhuollon työntekijöiden näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa niitä toimintoja ja periaatteita, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan sekä oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (THL 2014.)

“Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Hyvä terveyden- ja sairaanhoito tarkoittaa sitä, että potilas saa mahdollisimman hyvää hoitoa omaan sairauteensa tai vammaansa. Hyvän hoidon kuuluu olla myös turvallinen. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaan oleellisena osana kuuluu potilasturvallisuuden edistäminen. (Toimintaohjelma 2009–2011.) Potilasturvallinen hoito sekä toiminta ovat sairaanhoidon peruseriaatteita. Potilasturvallisuuteen kuuluvat lääke- ja laiteturvallisuus sekä hoidon turvallisuus. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013.) Lääketurvallisuus tarkoittaa sitä, että lääkevalmisteiden ja niiden käyttö on turvallista potilaalle. Laiteturvallisuus varmistetaan sillä, että laitteet ovat teknisesti kunnossa ja hoitohenkilökunta osaa käyttää niitä oikein. Hoidon turvallisuuteen kuuluu hoidon menetelmien ja hoitamisen turvallisuus. (THL 2011.)

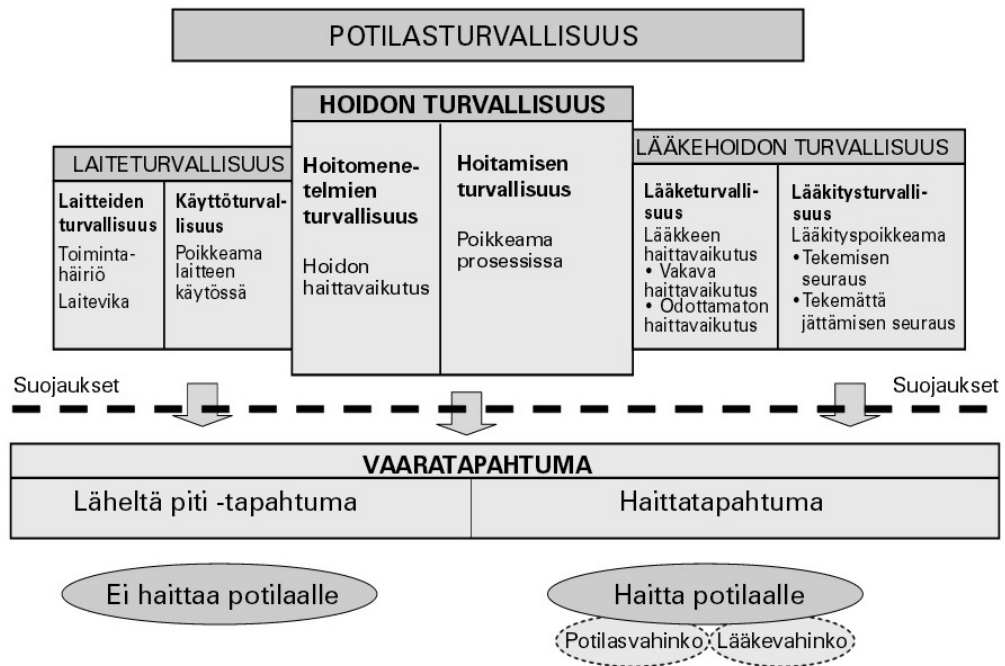
3.1.1 Potilasturvallisuuden vaaratapahtumat

Hoitotyössä potilasturvallisuuden vaaratapahtumat voivat olla läheltä piti -tapahtumia tai häirtatapahtumia. Läheltä piti -tapahtumassa potilaalle ei aiheudu haittaa, koska vaaratilanteen uhkatekijä ehditään huomaamaan. Häirtatapahtuma tarkoittaa hoidosta johtuvaa potilaan vahingoittumista tai komplikaatiota, joka ei liity suoranaisesti hänen sairauteensa. (Peltomaa 2009, 17.) Häirtatapahtumat liittyvät muun muassa lääkkeisiin, nestehoittoon, tiedonkulkuun ja tapaturmaan (Ruuhilehto 2011).

Osa häirtatapahtumista tapahtuu inhimillisten virheiden kautta. Ihmisen toiminta on joustavaa ja hän voi aina oppia uutta. (Helovuori 2009, 99.) Virheistä oppiminen ja niiden välttäminen hoitoalalla on tärkeää, koska näin vältetään potilaiden vahingoittumista ja

menehtymistä. Kansainvälisten julkaisujen mukaan keskimäärin joka kymmenennen potilaan hoidossa tapahtuu poikkeava tapahtuma. Suomessa arvioidaan tapahtuvan noin 700–1700 haittatapahtumaan liittyvää kuolemantapausta vuodessa. (Pasternack 2006.) Haittatapahtumat eivät tuota ainoastaan inhimillistä kärsimystä potilaille vaan myös aiheuttavat merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle (Snellman 2009, 31).

Haittatapahtumia voi ehkäistä potilasturvallisuuden kehittämällä. Maailmassa potilasturvallisuutta kehitetään erilaisten organisaatioiden kautta, kuten Isossa-Britanniassa National Patient Safety Agency (NPSA). Maailman terveysjärjestö (WHO) on perustanut vuonna 2004 organisaation World Alliance for Patient Safety tukeakseen jäsenvaltioiden potilasturvallisuustyötä. (Peltomaa 2009, 20–23.) Suomessa potilasturvallisuuden kehittämiseen on kiinnitetty huomiota aktiivisesti vasta 2000-luvun puolivälin jälkeen (Kinnunen & Peltomaa 2009, 13). Tärkeäksi työkaluksi on muodostunut haittatapahtumien raportointiprosessi (HaiPro), joka on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely. Siinä raportoidaan kaikki läheltä piti- ja vaaratapahtumat yhteiseen tietokantaan. (Ruuhilehto 2011.) HaiPro-järjestelmä on ollut käytössä sosiaali- ja hoitoalalla jo vuodesta 2005 lähtien. Hankkeen ideana on oppia vaaratapahtumista selvittämällä niiden syntyperää, jotta voidaan löytää ennalta ehkäisevät toimenpiteet potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Varis 2011, 9.)



Kuvio 1. Potilasturvallisuuden osatekijät (Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Roh-to 2006).

3.1.2 Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät

Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä voidaan jakaa eri kategorioihin: prosessit ja toimintatavat, fyysinen ympäristö, laitteet ja tarvikkeet sekä dokumentointi ja tiedonkulkua. (Helovu 2011, 63–72.) Hoitovirheiden ja poikkeamien takana on aina jokin vaikuttava tekijä. Esimerkiksi väärän lääkkeen annosteluun on saattanut vaikuttaa lääkehuoneen melu ja huono valaistus. Laitteen käytössä sattuneet virheet voivat olla peräisin puutteellisesta perehdytyksestä tai epäselvästä ohjeistuksesta. (Helovu 2011.)

Prosessien ja toimintatapojen puutteita ovat esimerkiksi ohjeistuksen epäselvyys, tulkinnanvaraisuus, vanhentuneet ohjeet ja epäselvät työprosessit. Fyysisen ympäristön turvallisuus on tärkeä niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnan kannalta. Fyysisen turvallisuuden vaarat näkyvät muun muassa ahtaissa ja puutteellisissa työtiloissa. Myös melu, huono valaistus sekä huono puhtaanapito vaikuttavat potilasturvallisuuden järkkymiseen. Yleisiä vaaratapahtumiin johtavia tekijöitä ovat laitteisiin liittyvät tekijät. Laitteiden toimintahäiriöt, riittämätön laitteiden huolto ja koulutus sekä laitteiden monimutkaisuus tuovat riskejä turvallisuuteen. Hoitohenkilökunnan yksi keskeisimmistä tehtävistä on hyvä dokumentointi, joka varmistaa tiedonkulun potilaan hoidossa. Perus-

teellinen tiedonkulku on tärkeä osatekijä potilasturvallisuudessa. Haittatapahtumat syntyvät, kun tiedonkulku katkeaa tai tulee väärinymmärryksiä. (Helovuo 2011, 72–74.)

Potilasturvallisuutta on kuvattu terveydenhuollon tekijöiden näkökulmasta (Varis 2011, 24). Sairaanhoitajat toivat esille potilasturvallisuutta edistäviä ja heikentäviä tekijöitä. Potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä jaettiin kuuteen yläkategoriaan: riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuki, tilanteiden ennakointi, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen, ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta, työyhteisön hyvä ilmapiiri ja HaiPro-järjestelmä. Potilaan hoitoon liittyvät potilasturvallisuutta heikentävät tekijät jaettiin kahteen luokkaan: potilaan hoitoon liittyvät tekijät ja terveydenhuollon henkilöstöön liittyvät tekijät. Potilaan hoitoa koskevat potilasturvallisuutta heikentävät tekijät olivat potilaiden kirjo, tilojen ja välineistön ongelmat, hoitotilanteiden vaihtelevuus, ylipaikalla olevat potilaat, potilasvalvonnan ongelmallisuus, ohjaukikäytäntöjen epäselvyydet ja puutteellisuudet, potilassiirtoihin liittyvät ongelmat sekä hoitoon pääsyn viivästyminen. Terveydenhuollon henkilöstöön liittyvät potilasturvallisuutta heikentävät tekijät olivat viestintään liittyvät ongelmat, johdon toimintaan liittyvät ongelmat, riittämättömät henkilökuntaresurssit sekä toimimaton yhteistyö. (Varis 2011, 29.)

Paula Kurrosen tekemässä tutkimuksessa (2011) tutkittiin potilasturvallisuutta analysoimalla HaiPro-vaaratapahtumia. Tutkimuksessa oli käsitelty tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä vaaratapahtumailmoituksia HaiPro-järjestelmässä yhdessä sosiaali- ja terveystieteiden kanssa. Vaaratapahtumat liittyivät diagnosointiin, hoitojen, toimenpiteiden ja tutkimusten, potilastiedonhallinnan sekä hoidon järjestelyjen yhteyteen. Potilastietoja ei aina huomattu, tärkeät laboratoriotutkimukset kuten verikokeet ennen leikkaustoimenpidettä jäivät ottamatta ja lääkelistat jäivät päivittämättä (Kurronen 2011, 26–27).

Erään kirjallisuuskatsauksen mukaan jopa 70 % kirurgiassa tapahtuvista virheistä johtuu kommunikoinnista (Gillespie, Chaboyer & Murray 2010). Leikkaussalissa potilaan hoito on tiimityöskentelyä, joka vaatii kommunikaatiotaitoja. Myös terveydenhuollossa tiimityöskentelyllä on tärkeä rooli turvatakseen potilasturvallisuutta. Tutkimuksen mukaan koulutuksella on tilastollisesti merkittävä vaikutus tiimityöskentelyn parantumiseen sekä leikkausten jälkeisten komplikaatioiden vähenemiseen. Koulutus parantaa tiimityötä ja yhteenkuuluvuutta. (Gillespie ym. 2010.)

3.1.3 Potilasturvallisuus kotiutumisvaiheessa

Tuki- ja liikuntaelimiin kohdistuvat toimenpiteet ovat yleisin toimenpideryhmä. Leikkauksien määrä tulee yleistymään tulevaisuudessa. Leikkauksen jälkeinen hoitoaika osastolla on lyhentynyt 2000 luvun aikana. Potilaat kotiutuvat yhä nopeammin. (Rautainen ym. 2011, 2-5; Remes ym. 2010.) Potilasturvallisuus on kuitenkin säilyttävä. Turvallisen kotiutumisen edellytyksenä on hyvä moniammatillinen yhteistyö, potilaan perusteellinen ohjaus ja neuvonta. Potilaan on saatava tietoa omasta hoidosta, jotta hän pystyisi hoitamaan itseään kotona. (Malmberg 2010, 19.)

Potilaiden siirtotilanteet ovat potilasturvallisuuden kannalta haavoittuvaa aikaa. Siirtotilanteilla ymmärretään tässä yhteydessä potilaiden kotiutumista. Potilaan kotiutumisen aikana voi tapahtua monia virheitä, jotka johtavat komplikaatioihin ja potilaan toistuviin hoitojaksoihin. (Kripalani ym. 2007, 831—841.) USA:ssa oli tutkittu potilaan kotiutumista vaarantavia ja edistäviä tekijöitä lääkäriopiskelijoiden näkökulmasta (Block, Morgan-Gouveia, Levenin & Cayean 2014). Turvallisen kotiutumisen esteinä olivat muun muassa puutteellinen potilaan ohjaus kotiutumisvaiheessa sekä riittämätön lääkehoito-ohjaus. Lisäksi lääkärit eivät perehtyneet tarpeeksi potilaiden taustoihin ja kotioloihin kotiuttaessa potilaita. Hoitohenkilökunnan välisen viestinnän puutteellisuus tuo myös riskejä potilaan kotiutumiseen. Kotiutuminen on saatettu tehdä liian aikaisin tai kiireellä, jolloin potilaat ovat joutuneet palaamaan sairaalahoitoon. Kotiutumisprosessia voi edistää esimerkiksi kehittämällä potilaan ohjausta ja parantamalla potilaan perheen sekä hoitohenkilökunnan välistä viestintää. Ohjaukseen pitää antaa enemmän aikaa, jotta kaikkia asioita voi läpikäydä ja potilaalle jää aikaa omille kysymyksille. Lisäksi hoitohenkilökunnan on kartoitettava potilaan kotioloja parhaan kotiutumisen mahdollistamiseksi. On tärkeää tunnistaa mahdolliset kotiutumisen riskit ja ennaltaehkäistä niitä. (Block ym. 2014.)

Australialaisessa tutkimuksessa oli kuvattu potilaiden kokemuksia varhaisesta kotiutumisesta leikkaustoimenpiteiden jälkeen. Monet potilaat kokivat, että eivät saaneet riittävästi ohjausta muun muassa haavan ja katetrioiden hoidosta. Potilaat ja heitä hoitaneet läheiset kokivat epävarmuutta, koska eivät saaneet tarpeeksi tietoa leikkauksen jälkeisestä ajasta. Varhaisen kotiutumisen hyvä puoli oli se, että kotona oli tuttu ja kodikas ympäristö. Toisaalta huonona puolena pidettiin sitä, että hoitotoimenpiteet olivat liian vaikei-

ta tai monimutkaisia potilaiden ja läheisten suoritettaviksi. (Boughton & Halliday 2009.)

Tutkimus osoitti, miten tärkeässä roolissa on potilaan ohjaus ja valmistaminen kotiutumiseen. Ohjauksen puutteellisuus ja huono kotiutumiseen valmistaminen tuovat epävarmuutta ja stressiä niin potilaalle kuin hänen omaisillekin. Potilaat olivat tyytyväisiä, että pääsivät aikaisin kotiin leikkauksen jälkeen. Potilaan oma kotiympäristö on hyväksi potilaan paranemiselle, omatoimisuudelle ja mielialalle. Varhainen kotiutuminen on hyvä vain silloin, kun potilaita on valmistettu kunnolla siihen, annettu kaikki tarpeellinen tieto omasta hoidosta, sosiaalisesta tuesta sekä jatkohoidosta. (Boughton & Halliday 2009.)

3.2 Hyvä potilasohjaus

”Potilasohjaus on tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää potilaan tiedonsaantia sekä tukea häntä terveyteen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa” (Kyngäs, ym. 2007, 25–26). Potilaalla on lakisääteinen oikeus saada riittävästi hoitoonsa liittyvää tietoa (17.8.1992/785). Potilasohjauksen tulee olla potilaskeskeistä ja tukea potilaan voimavaraistumista (Montin 2008, 5).

Laadukas ohjaus on osa potilaan hyvää hoitoa (Lipponen 2014, 13–14). Kääriäinen (2008) kuvaa artikkelissaan potilasohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä. Laadukas ohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja. Siihen vaikuttavat hoitajan filosofiset ja eettiset lähtökohdat sekä hyvät ohjausvalmiudet. Hoitajan on tunnistettava omat ohjausta koskevat lähtökohtansa; mitä ohjaus on ja miten sekä miksi ohjaan. Potilas on aktiivinen toimija, jonka yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä on kunnioitettava (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Hoitajan on tiedettävä myös terveydenhuollon eettisistä periaatteista ja ammattietiikasta (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2014). Hyvät ohjausvalmiudet auttavat hoitajaa ohjauksen toteuttamisessa. Hoitajalla on velvollisuus päivittää tietojaan ja taitojaan ohjausvalmiuksien turvaamiseksi. Laadukas ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin taustatekijöihin, kuten arvoihin, terveydentilaan, sukupuoleen, käyttäytymiseen ja perhetaustaan. Potilaan motivaatiolla on myös merkitystä siinä, omaksuuko hän ohjausta vai ei. Potilaan ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa

suhteessa. Vuorovaikutus rakentuu keskustelun, kohtelun, ymmärtämisen, tukemisen ja yhteistyön avulla. Tasavertaisessa ohjaussuhteessa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja on ohjausprosessin ja hoitotyön asiantuntija. Tasavertaisuus auttaa saavuttamaan ohjauksen tavoitteita. (Kääriäinen 2008.) Potilaan ohjaus on siis aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta, jossa hoitajan lisäksi myös potilaalla on tärkeä rooli.

Terveydenhuollossa potilaan ohjaamisen tavoitteena on tukea potilaan omatoimisuutta, toimintakykyä ja itsenäisyyttä (Eloranta & Virkki 2011, 7–9.) Tules 2 osastolla ohjausta annetaan esim. haavan ja kivun hoidosta, ravitsemuksesta, kuntoutuksesta sekä liikkumisesta.

3.2.1 Potilasohjauksen menetelmät

Ohjausta voidaan antaa monella eri tapaa, suullisesti, kirjallisesti, videoiden, nauhoituksen ja tietokoneohjelmien avulla (Kygäs ym. 2007, 116–117). Tutkimuksen mukaan ihmiset omaksuvat uutta tietoa kuuntelemalla 20 % ja näkemällä 30 %. Kuuntelun, näkemisen, puhumisen ja tekemisen yhdistelemällä ihminen omaksuu tietoa 90 %:sti. (Bonaldi-Moore 2009.) Suullinen ja kirjallinen ohjaus ovat tärkeimmät ohjausmuodot niin perusterveydenhuollossa kuin kirurgisessa erikoissairaanhoidossakin (Lipponen 2014, 59). Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla sekä sisällöltään että kielellisesti sopiva ja selkeä potilaalle. Ohjauksessa ei saa olla liian vaikeita latinankielisiä termejä eikä sairaalasanastoa, jotka vaikeuttavat potilaan ymmärtämistä. Ohjaamisessa tulee myös huomioida potilaan kokonaisuus, eikä pelkästään sairaus ja sen hoito. Ohjaus tulee antaa sopivalla ajankohdalla. Kotihoito-ohjeita tulee antaa jo varhaisessa hoitovaiheessa, jotta potilas ehtii oppimaan ja omaksumaan tärkeitä tietoja. (Kygäs ym. 2007, 125.)

Video-, nauhoitus- ja tietokoneavusteisesta ohjauksesta voivat hyötyä etenkin ne potilaat, joilla on lukuvaikeuksia. Monet ihmiset omaksuvat tietoa paremmin näkemällä ja kuuntelemalla. Erityisesti näkövammaiset tarvitsevat ääniohjausta. (Kygäs ym. 2007, 116–117.)

Hoidon ohjausta voi toteuttaa myös puhelimen kautta. Se on yleistynyt ohjausmuoto terveydenhuollossa. Puhelinohjaus on haasteellinen ohjaustapa, sillä hoitajan on osattava tehdä päätelmiä potilaan tilanteesta pelkän sanallisen viestinnän kautta. Puhelimitse

voi olla vaikeaa arvioida sitä, että potilas on varmasti ymmärtänyt ohjausta. Puhelinohjausta käytetään paljon myös kotiutumisen jälkeisenä ohjausmuotona. (Kyngäs ym. 2007, 117- 118.) Tules 2 osastolla potilaat soittavat usein kotiutumisen jälkeen osastolle omaan hoitoon liittyen. Huolenaiheena on yleensä haavanhoito, johon sairaanhoitajat antavat ohjausta.

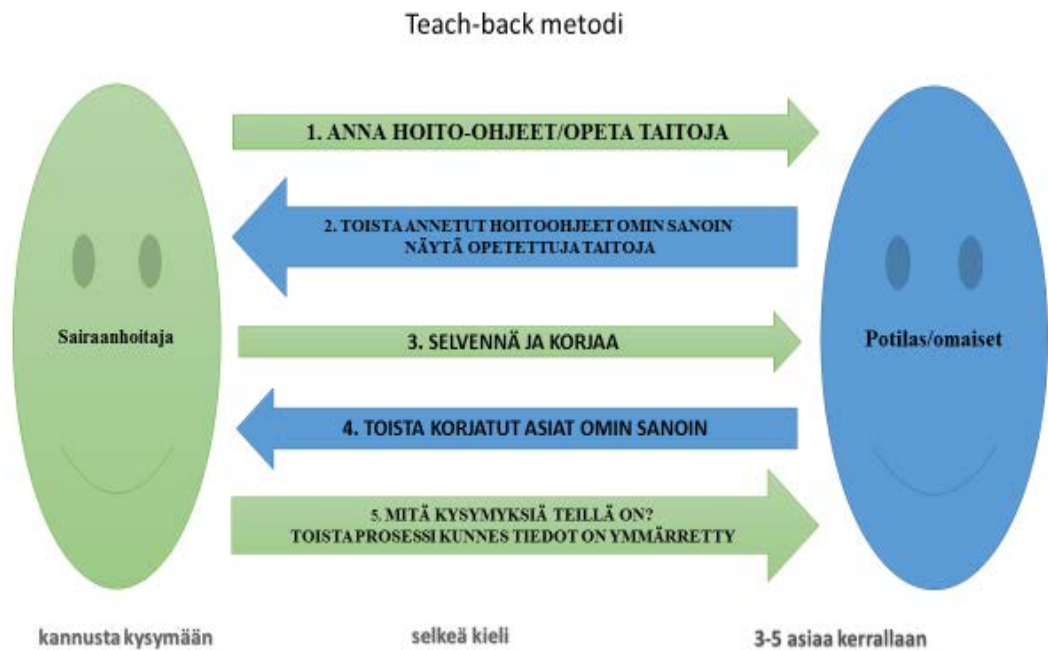
3.2.2 Potilasohjauksen kehittäminen

Hoitoaikojen lyhentyessä potilaita kotiutetaan sairaalasta entistä nopeammin, joten aikaa potilaiden ohjaamiseen on vähemmän. Potilaiden moniongelmaisuus sekä korkea ikä asettavat haasteita potilaiden ohjaukselle. Resurssit potilasohjaukselle ovat osin puutteelliset. Ohjaukseen tulisi kuitenkin panostaa, koska se on tärkeää kansantalouden kannalta. Onnistunut ohjaus vaikuttaa potilaiden ja heidän omaisten terveyteen sekä sen edistämiseen. Ohjauksen tulee olla yhtä laadukasta kuin minkä tahansa muun potilaan hoidon osa-alueen. (Kyngäs ym. 2007, 20.) Tules 2 osastolla potilasohjaukselle haasteita tuovat kolme eri potilasryhmää sekä moninaiset ja yksilölliset toimenpiteet.

Tässä kappaleessa kerrotaan potilasohjauksen kehittämismahdollisuuksista. Tarkoituksena on kuvailla teach-back (opeta takaisin) metodia, strukturoitua tarkistuslistaa sekä läheisten roolia potilaan kotiutuksessa. Sairaanhoitajien ohjaustaitojen kehittämistä mainitaan myös.

Teach-back metodin avulla voidaan kehittää potilaan ohjausta (Block 2014). Sen avulla varmistetaan, että potilas on ymmärtänyt annetut hoito-ohjeet oikein. Teach-back metodia voidaan käyttää ohjaustilanteessa: ohjauksen jälkeen potilasta pyydetään kertomaan omin sanoin saamansa ohjeen. Potilas voi kertoa mm. lääkkeiden oikeasta käytämisestä tai haavan hoidon periaatteet omin sanoin. Teach-back metodia kannattaa käyttää koko sairaalassa olon aikana, ei ainoastaan kotiutumishetkellä. (Block 2014.) Teach-back metodin vaikutusta potilaiden kotiutumisen turvallisuuteen on tutkittu ja todettu sen hyötyjä (Kornburger ym. 2013). Metodi tukee sairaanhoitajia tarkistamaan potilaiden ymmärtämistä, korjaamaan väärinymmärretyt tiedon ja vahvistamaan annettuja hoito-ohjeita sekä taitoja. Teach-back metodi on tärkeä keino hoitovirheiden ja haittatapahtumien ehkäisemisessä. Se myös rohkaisee potilaita ja omaisia oppimisessa ja tukee hei-

dän selviytymistä kotona kotiutumisen jälkeen. Teach-back on tehokas keino antaa ohjausta potilaalle lyhyen sairaalassaolon aikana. (Kornburger ym. 2013.) Kuvio 2 havainnollistaa teach-back metodin käytäntöä.



Kuvio.2 Teach-back metodi (Kornburger, ym. 2013).

Potilasohjausta voidaan kehittää myös strukturoimalla eli jäsentämällä sitä. Israelissa tehdyssä tutkimuksessa (Ben-Morderchai, Herman, Kerzman & Irony 2009) tutkittiin miten strukturoitu potilasohjaus verrattuna tavalliseen ohjaukseen vaikuttaa ortopedisten potilaiden kotiutumisen tuloksiin. Tutkimuksen ensimmäistä potilasryhmää kotiutettiin strukturoitujen ohjeiden mukaisesti ja toista ryhmää kotiutettiin tavallisten ohjeiden avulla. Strukturoidut ohjeet oli koottuna yhteen vihkoon hoitajia varten. Ohjeet sisälsivät olennaiset tiedot potilaan kokonaisvaltaista kotiutumista varten. Siinä oli mm. lääke-, ja haavahoidon, liikkumisen, ravitsemuksen ja kivun hoidon tarkat ohjeet. Tulokset osoittivat, että strukturoidun ohjauksen saaneet potilaat olivat tyytyväisempiä saamaansa ohjaukseen. He kokivat vähemmän kipua ja heidän sitoutuminen kontrollikäynteihin oli parempi. Lisäksi potilaiden arkipäivän liikkumiskyky oli parempi ohjaukseen sisältyneen kuntoutusosion takia. Tutkimuksessa painotettiin miten tärkeää on huomioida jokaisen potilaan yksilöllinen tiedonomauskyky. Pelkästään verbaalinen ohjaus voi olla vain osittain tehokas ja jotkut potilaat unohtavat kuulemansa tai eivät välitä. Esimerkiksi videon ja kuvien näyttäminen voi auttaa ohjauksen omaksumisessa. Hoitajien

on muistettava ottaa huomioon myös potilaiden tunne- ja henkisen tilan huomiointi. Ohjaus saattaa mennä potilaan ohi leikkauksen jälkeisessä tunteiden myllerryksessä. (Ben-Morderchai ym. 2009.)

Omaiset ovat tärkeässä roolissa potilasohjauksen kehittämisessä. Potilaan, sairaanhoitajan ja potilaan perheen välinen yhteistyö lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta ja tyytyväisyyttä kotiutumisvaiheessa. (Sørлие, Busund, Sexton & Sørлие 2005.) Potilaan omaiset auttavat potilasta leikkauksen jälkeisessä toipumisessa. Potilaiden ja heidän läheistensä käsitykset annetusta ohjauksesta kuitenkin poikkeavat toisistaan (Eloranta, Leino-Kilpi & Valkeapää 2014). Potilaan omaisten arviot ohjauksesta ovat potilaiden arvioita kriittisemmät. Läheiset eivät saa yhtä paljon ohjausta kuin toivoisivat. Potilaan läheisillä ei ole mahdollisuutta osallistua ohjaustilanteisiin ja he eivät ole tietoisia potilaille välitetystä tiedosta. Ohjausta on kehitettävä palvelemaan potilaan kokonaisvaltaista kotiutumista ja siihen on otettava mukaan potilaan perheenjäsenet. Läheisten läsnäoloa potilaiden ohjaustilanteissa on lisättävä. Se auttaa potilaita tulkitsemaan ja käyttämään annettua tietoa sekä välttämään väärinkäsityksiä. Se myös lisää läheisten mahdollisuutta auttaa potilasta selviytymään kotona leikkauksen jälkeen. Potilaan omaiset ovat ratkaisevassa asemassa, koska he ovat potilaan ensisijainen fyysinen ja psyykkinen tuki. Läheisten ohjaus on hyvin tärkeää varsinkin sellaisten potilaiden kohdalla, jotka eivät pysty hoitamaan itseään omatoimisesti kotona. (Eloranta ym. 2014.)

Hyvä potilasohjaus on riippuvainen hoitohenkilöstön ammatillisesta ohjausvalmiudesta (Kyngäs ym. 2007). Hoitohenkilöstön on ylläpidettävä ja kehitettävä omia kliinisiä ja ohjauksellisia taitojaan palvelemaan potilaita parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitohenkilökunnalla on velvollisuus kehittää ammattitaitojaan (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2014) ja hoitohenkilöstön johtajien on järjestettävä koulutuksia ja tarjottava erilaisia oppimis- ja kehittymismahdollisuuksia. Hoitotyön kehittäminen on oltava kiinteä osa hoitajan työtä, näin hoitotyö kehittyy käytännön kautta. (Lipponen 2014.)

3.3 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus on tärkeä hoitotyön periaate, jolla varmistetaan, että potilaan hoito on yhtenäistä ja jatkuvaa hoitopaikasta riippumatta. Siirtyessä hoitopaikasta toiseen ja hoitopaikasta kotiin hoidon jatkuvuuden on säilyttävä. (Kassara ym. 2006, 15.) Meleisin

teorian mukaan siirtymä on prosessi yhdestä elämän vaiheesta tai tilanteesta toiseen, jonka aikana terveydentilan muutokset altistavat haavoittumiselle (Meleis ym. 2000). Potilaan kotiutuminen sairaalasta on myös siirtymäprosessi, jossa nähdään kolme eri vaihetta: sairaalatalo-vaihe, jolloin kotiutumisen suunnittelu alkaa, kotiutumisen vaihe, jolloin hoitotuloksia voidaan mitata ja kotiutumisen jälkeinen vaihe, jolloin arvioidaan kotiutumisen onnistumista potilaan näkökulmasta (Weiss ym. 2007,4).

Sairaanhoitajan tehtävänä on välittää potilaan tietoja muuttumattomina hoitohenkilökunnan sisällä työvuorosta ja yksiköstä toiseen. Potilaan kirjallinen hoitotyön suunnitelma turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta. Kotiutumisen siirtovaiheessa tiedon jatkuvuus on myös turvattava. Potilaan hoitoa koskevat tiedot on siirrettävä eteenpäin, jotta potilaan hoito onnistuu saumattomasti. Hoidon jatkuvuutta voi turvata mm. selkeillä kirjallisilla kotihoito-ohjeilla. Potilaan läheisten ohjaus turvaa myös hoidon jatkuvuutta. (Elo-ranta 2006).

Jopa 70 % terveydenhuollon haittatapahtumista johtuu kommunikoinnista (Gillespie ym. 2010). Kommunikaation ongelmat kuten tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset vaikuttavat ratkaisevasti potilasturvallisuuteen. Terveydenhuollossa on otettu käytäntöön ISBAR-raportointimenetelmä (Identify=tunnista, Situation=tilanne, Background=tausta, Assesment=nykytila, Recommendation=toimintaehdotus) parantamaan terveydenhuollon kommunikoinnin tarkkuutta ja tehokkuutta. ISBAR-raportointimenetelmä on peräisin USA:n merivoimista. (Vardaman ym. 2012, 89–90.) ISBAR on tehokas menetelmä, jonka avulla annetaan olennaista informaatiota selkeästi ja tiiviisti. Tieto potilaasta siirtyy terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa yhte-näisesti ja johdonmukaisesti. ISBAR-menetelmä kannustaa sairaanhoitajia kommuni-koimaan enemmän keskenään sekä kehittää kriittisen ajattelun taitoja. (Potilasturvalli-suus 2014.)

Tules 2 osastolla korostuu kommunikoinnin ja raportoinnin merkitys, sillä potilasryh-mät ovat erilaiset ja niiden hoitotyö eroaa toisistaan. ISBAR-menetelmä on hyvä apu-keino raportoinnissa ja lääkäreiden konsultaatioissa. Potilaiden kotiutumistilanteissa on hyvä käyttää ISBAR-raportointimenetelmää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

3.3.1 Yksilövastuinen hoitotyö hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi

Hoidon jatkuvuutta voidaan turvata yksilövastuisen hoitajuuden avulla. Yksilövastuinen hoitotyö (primary nursing) tarkoittaa sitä, että potilaalle nimetään oma hoitaja, joka on vastuussa oman potilaan hoidosta koko hoitajakson ajan. (Eloranta 2006, 14). Yksilövastuinen hoitotyö perustuu potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutussuhteeseen, johon kuuluvat kunnioitus, kannustus ja asianajajuus. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet ovat vastuullisuus, potilaskeskeisyys, koordinointi, jatkuvuus ja autonomia. (Eloranta 2006, 14—21.)

Omahoitajalla on monia vastuualueita ja yksi niistä on potilaan kotiutumisen suunnittelu. Omahoitaja varmistaa, että potilas on valmis lähtemään kotiin, ja että hän on saanut riittävästi ohjausta kotihoitoa varten. Myös perheenjäseniä tai omaisia on ohjattava potilaan hoitoon varmistaakseen potilaan hoidon turvallisuutta ja jatkuvuutta kotona. Omahoitaja suunnittelee potilaan kotiutumista yksilöllisten tarpeiden mukaan. Suunnittelussa pitää ottaa huomioon potilaan kotioloja, perheen tilannetta ja kulttuurisia seikkoja. Potilaan kotiutuessa tukiasuntoon tai palvelukotiin, omahoitajan on oltava yhteydessä siihen hoitohenkilökuntaan. (Manthey 2012, 29—30.) Raportoinnin apuna tulee käyttää ISBAR-menetelmää.

3.3.2 Hoitotyön yhteenveto hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi

Hoitotyön yhteenveto on tärkeä osa potilaan kotiutumisvaihetta, joka turvaa hoidon jatkuvuutta. Turvallisen kotiutumisen yhtenä kulmakivenä on selkeä ja kattava hoitotyön yhteenveto. (McKenna, Keeney, Glenn & Gordon 2000.) Hoitotyön yhteenveto on potilaan hoitoa koskeva dokumentti, joka sisältää potilaan hoidon tarpeita, tavoitteita ja hoitotyön toimintoja sekä tuloksia. Lisäksi siihen on kirjattu annettu hoito ja hoidon keskeiset asiat (Iivanainen & Syväoja 2012, 18). Hoitotyön yhteenveto kirjoitetaan koko hoidon aikana ja annetaan potilaalle sekä jatkohoitopaikkaan kotiutumisen vaiheessa. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 12).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lain tavoitteena on edistää asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä (159/2007). Laki velvoittaa julkiset terveydenhuollon organisaatiot tallentamaan potilastiedot valtakun-

nallisesti keskitettyyn arkistoon, Kanta-arkistoon. Kansallinen potilastiedon arkisto (Kanta) rakentuu vaiheittain koko maassa. Tavoitteena on edistää potilastietojen tietoturvallisuutta, potilaiden tiedonsaantimahdollisuuksia sekä terveydenhuollon palveluiden potilasturvallisuutta. (Potilastiedon arkisto 2015.) Hoitotyön yhteenveto tallennetaan kansalliseen potilastietoarkistoon. Omakanta-verkkopalvelun avulla potilaat pääsevät itse lukemaan omia hoitotietojaan mukaan lukien hoitojakson yhteenvetoa. Myös sähköiset reseptit näkyvät omakanta-palvelussa. Hoitotyön yhteenveto on tärkeä asiakirja potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitoonpaikkaan. Jos potilas tarvitsee uutta sairaalahoitojaksoa, terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyödyntää edellisen sairaalajakson hoitotyön yhteenvetoa, jota saa Kanta-arkiston kautta. Tämä turvaa hoidon jatkuvuutta. Hoitotyön yhteenveto palvelee myös potilasta ja hänen läheisiään oman hoidon ymmärtämisessä, mikä lisää potilaan tietoisuutta ja toiminnallisuutta omassa hoidossa. (Mykkänen & Huovinen 2011.) Omakanta on tarkoitettu jokaiselle täysi-ikäiselle ihmiselle, jolla on suomalainen henkilötunnus. Jotta tietoja voidaan käyttää, siihen on annettava suostumus. Sen voi tehdä omakannassa tai terveydenhuollossa. Omakannassa jokainen voi seurata omia hoitoon liittyviä tietoja, mikä mahdollistaa ihmisten omaa aktiivisuutta. (Kanta 2016.)

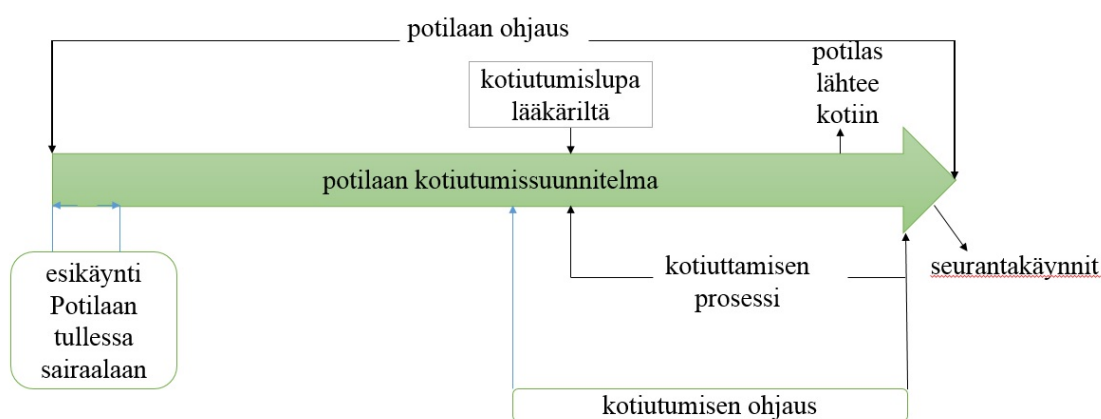
Tules 2 osastolla potilaille annetaan kotiutumisvaiheessa sairaanhoitajan kirjoittama yhteenveto, johon tulee keskeisimmät kotihoito-ohjeet. Potilaat pääsevät tarkastelemaan oman yhteenvedon ja kotihoito-ohjeita myös omakanta-palvelusta, jos he ovat antaneet siihen oman suostumuksensa.

3.4 Kotiutumisprosessi

Sairaalasta kotiutuminen on prosessi, johon kuuluvat neljä eri vaihetta: potilaan kotiutusvalmiuden arvioiminen, kotiutuspäätöksen tekeminen, kotiutuksen organisoiminen ja kotiutusprosessin arvioiminen. Kotiutumisprosessi alkaa heti potilaan tultua sairaalahoitoon ja jatkuu kotiutumisen jälkeen arviointina. (Salomaa 2004.)

Kotiutumisen varhainen ja systemaattinen suunnittelu on ensisijaisen tärkeää onnistuneelle kotiutumiselle. Huonosti suunniteltu kotiutuminen vaarantaa hoidon jatkuvuuden ja riski joutua uudelleen sairaalaan kasvaa. (Shepperd ym. 2013.) Ajoissa suunniteltu

kotiutuminen ja potilaan näkemyksiä kuunnellen laadittu hoitosuunnitelma lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta. Suunnitelman laatiminen edistää erityisesti iäkkään ihmisen kotiutumisen onnistumista. (Grönroos & Perälä 2006, 29.) Kotiutumisen suunnittelussa tulee selvittää potilaan kotitilannetta, jotta voidaan kartoittaa kotiavun tarvetta. Myös tiedottamista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tulee lisätä ja parantaa. (Rantasalo 2007.) Potilaan kotiutuminen on jatkuva prosessi, eikä pelkästään yksittäinen tapahtuma. Kotiutumissuunnitelmassa ja sen toteuttamisessa tulisi olla mukana myös potilas ja hänen omaisiaan. Potilaan ohjausta toteutetaan koko kotiutusprosessin aikana. (Houston 2014.) Potilaan kotiutumissuunnitelmaa kuvastaa kuvio 3.



Kuvio. 3 Kotiutusprosessin malli (Agency for Healthcare Research and Quality 2013).

Kotiutusprosessia on tutkittu sairaanhoitajien näkökulmasta ja todettu, että kotiutusprosessin monia näkökulmia ei oteta huomioon tai laiminlyödään. Hoitohenkilökunnan heikko yhteistyö sekä ajan puute ovat esteitä kotiutusprosessin onnistumiselle. Kotiutusprosessin on oltava systemaattista ja suunnitelmallista työtä moniammatillisessa tiimissä. (Atwal 2002.)

Hollantilaisessa tutkimuksessa (Ubbink ym. 2014) oli tutkittu kotiutumisen kriteereitä lääkäreiden, hoitajien ja potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksien tulokset osoittivat, että potilaiden henkilökohtaista tilannetta ei otettu tarpeeksi huomioon ennen kotiutumista. Lisäksi voimavarojen arviointi ja tukeminen jäivät puutteellisiksi. Kaikista yleisimmät kotiutumiskriteerit olivat lääketieteelliset seikat ja potilaan fyysiset valmiudet selviytyä

kotona. Potilaat kokivat, että eivät saaneet riittävästi ohjeita siitä, mitä on sallittua ja mitä pitää välttää. Lisäksi potilaat eivät saaneet osallistua tarpeeksi omaan kotiutumissuunnitelmaan. Tarvitaan yhtenäiset kotiutumiskriteerit, jotka ottavat enemmän huomioon myös potilaan ja läheisten näkökulman. Tämä parantaisi potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja vähentäisi turhia sairaalapäiviä. (Ubbink ym. 2014.) Tutkimuksien pohjalta voidaan todeta, että hyvän kotiutusprosessin aikaansaamiseksi tarvitaan yhtenäistä työkalua hoitohenkilökunnan avuksi.

3.5 Käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen potilaan kotiutuminen

Tässä kappaleessa kuvaillaan Tays:n Tules 2 osaston yleisempiä leikkauksia, niiden postoperatiivista (leikkauksen jälkeistä) hoitoa sekä potilaiden kotiutumista. Käsi- ja plastiikkakirurgisten sekä ortopedisten leikkauksien tunteminen sekä niiden postoperatiivinen hoitotyö auttaa ymmärtämään niiden kotiutumisen sisältöä sekä potilaiden kotiutumisen tarpeita.

Postoperatiivinen hoitotyö tarkoittaa leikkauksen jälkeistä hoitoa, joka tapahtuu heräämössä, ja sen jälkeen vuodeosastolla. Leikkauksen jälkeen heräämössä tarkkaillaan potilaan hengitystä, verenkiertoa, tajuntaa, tuntoa ja lihasjänteyttä, haavavuotoa, kipuja sekä nestetasapainoa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2003, 68.) Potilaan siirrettyä vuodeosastolle tarkkailun tavoitteena on potilaan optimaalinen toipuminen ja komplikaatioiden ehkäiseminen sekä potilaan tilan huononemisen ennakointi (Holmia ym. 2003, 68; Ahonen ym. 2012, 105). Potilaan postoperatiiviseen hoitoon vuodeosastolla kuuluu edistää verenkiertoa, pitää hengitystiet avoimina, ylläpitää tai korjata neste- ja elektrolyyttitasapaino, huolehtia ravitsemuksesta ja eritystoiminnoista, edistää haavan paranemista, huolehtia riittävästä kivunhoidosta, tukea potilaan omatoimisuutta sekä antaa potilaalle mahdollisuus lepoon ja hyvänolon tunteeseen. (Holmia ym. 2003, 68.) Postoperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu myös potilaan hyvä ohjaus ja neuvonta (Holmia ym. 2003, 80).

Potilaan kotiuttamispäätöksen tekee lääkäri. Potilaan yleisvointi sekä hoidon tarve vaikuttavat siihen päätökseen. Olemassa olevat kotiutuskriteerit on useimmiten käytetty päiväkirurgisissa yksiköissä. Kriteereihin kuuluu mm. potilaan vitaalielintoimintojen vakaus, liikkumisen ja toimintakyvyn sujuvuus, kivun hallinta sekä ruansulatussys-

teemin toimiminen. Lisäksi ennen kotiutusta potilaan on saatava tarvittavat kotihoito-ohjeet. Kriteereihin kuuluu, että potilas on ymmärtänyt ohjeita ja pystyy noudattamaan niitä kotona. (Ahoon, ym. 2012, 125.) Ennen kotiutumista potilaan kotioloja on kartoitettava ja tarvittavaa apua toipumiseen järjestettävä (Criteria for hospital discharge 2015).

3.5.1 Plastiikkakirurgiset leikkaukset ja kotiutuminen

Tules 2 osastolla tyypillisiä plastiikkakirurgisia leikkauksia ovat rinnan uudelleenrakennus syöpähoitojen jälkeen, alaraajavamman jälkeisen kudospuutoksen korjaus ja kroonisen haavan korjaus. Myös melanooma- sekä palovamma- ja paleltumapotilaat kuuluvat kyseisen osaston hoitoon. (Pshp 2015.)

Rekonstrukttiivinen plastiikkakirurgia

Rekonstrukttiivinen eli korjaava plastiikkakirurgia pyrkii palauttamaan ruumiinosia ennalleen ja normaaliin toimintaan esimerkiksi sairauden, kasvaimen, vamman tai kehityshäiriön jäljiltä (Suomen plastiikkakirurgiyhdistys 2015). Rekonstrukttiivinen plastiikkakirurgian avulla korjataan epämuodostumia, kudospuutoksia tai toimintahäiriöitä. Kudospuutokset voivat johtua erilaisista tapaturmista kuten avomurtumat, palo- ja paleltumavammat, infektiosta tai kasvainten poistosta. (Tukiainen, Kuokkanen, Suominen, Rautio 2004, 798.) Rekonstruktiossa kudospuutokset korjataan ensisijaisesti elimistön omista kudoksista valmistetuilla kielekkeillä. Kieleke valitaan niin, että siinä olisi niitä kudskomponentteja, joita puuttuu leikkauskohteesta; ihoa, subkutaanikudosta, faskiaa, lihasta, jännettä, hermoa tai luuta. Lisäksi kudospuutoksen sijainti, koko ja muoto vaikuttavat valintaan. Kudossiirteen tavoitteena voi olla esimerkiksi lihaksen tai janteen toiminnon palauttaminen, infektion torjuminen, luutumisen tai raajan verenkierron parantaminen. Kielekerekonstruktiio on vaativa leikkaus, johon liittyvät komplikaatiot ja riskit kuten tromboosi, vuoto ja infektio. Leikkaustekniikat ovat kehittyneet viime vuosina paljon mikä on parantanut kielekerekonstruktion hoidon tuloksia. Lisäksi anestesia ja postoperatiivinen hoito ja seuranta ovat kehittyneet. Kielekeleikkauksen jälkeen on huolehdittava kudossiirteen verenkierrosta. Kipu, alhainen ruumiinlämpö, matala verenpaine, riittämätön sydämen minuuttitilavuus sekä hyytymishäiriöt altistavat kielekkeen verenkierto-ongelmille ja mahdolliselle menettämiselle. Näistä tekijöistä on huo-

lehdittävä tarkkaan leikkauksen jälkeen. Kielekerekonstruktion tavallisia aiheita ovat rintarekonstruktio, säären avomurtumat, suusyöpä, akillesalue, polviproteesin haava-komplikaatiot, lantion alueen painehaavat, ihosyövät, kasvohermohalvaus ja pehmyt-kudossarkoomat. (Tukiainen & Suominen 2007.)

Rinnan uudelleenrakennus eli rintarekonstruktio tarkoittaa rinnan rakentamista uudelleen rinnan poiston jälkeen (Jahkola, Leidenius, von Smitten ym. 2010, 780). Rintarekonstruktion leikkausmenetelmät jaetaan omakudossiirteisiin ja proteeseihin. Yleisimmät kudossiirteet ovat vatsa-, selkä-, ja reisikieleke sekä vapaan rasvasiirto. Vatsakieleke käsittää alavatsan ihon ja ihonalaisrasvan, joista saadaan rakennettua luonnollisen näköinen ja tuntuinen rinta. Vatsakielekkeen voi rakentaa rinnaksi eri tekniikoilla. Leikkaustekniikka selviää lopullisesti vasta leikkauksen aikana. Kieleke ei aina riitä täyttämään kudospuutosta, jolloin kielekkeen alle asetetaan silikoniproteesi. (Hietanen ym. 2016, 15–25; Jahkola ym. 2010, 780-784.)

Rintarekonstruktion postoperatiiviseen hoitoon kuuluu kielekkeen tarkkailu ja kielekkeen hoito. Myös kielekkeen otto- tai siirtokohtaa on tarkkailtava. Kaikista muutoksista on välittömästi ilmoitettava lääkärille. (Pihlström 2010a, 349.) Rekonstruktiokielekkeen tarkkailussa seurataan kielekkeen väriä, vitaliteettia ja lämpöä tiheästi. Kielekkeen väri on normaalisti vaalea. Hyvän verenkierron merkki on kimmoisa ja hieman turpea kieleke. Kielekkeen lämpöä seurataan iholämpömittarilla, lämpötilan tulisi olla yli 30 astetta. (Pihlström 2010a, 349.) Kielekkeen hoidossa on tärkeää turvata kielekkeen verenkierto. Verenkierron tarkkailua voidaan tehdä mm. dopplerkaikututkimuksella (Tukiainen & Suominen 2007.) Kielekealueelle kertyy kudospuutetta, joka huonontaa verenkiertoa. Leikkauksen lopussa asetetut drenit poistavat ylimääräisen kudospuutteen parantaen verenkiertoa. Riittävä nesteytys ja verenpaine- taso turvataan myös, jotta veren virtaaminen kudoksen läpi on hyvä. Riittävä verenpaine- taso on vähintään 100/60 mmHg. (Pihlström 2010a, 350–351.)

Rintarekonstruktion postoperatiivisessa hoitotyössä kivun hoito ja jännittyneisyyden poistaminen on hyvin tärkeää, jotta ehkäistään verisuonten supistumista. Potilasta peitellään lämpöpeitolla tai avaruuslakanalla, jotta riittävä lämpö säilyy. Hyvä kivunlievitys alaraajojen ja lantion kielekkeissä saadaan epiduraalipuudutuksella. Epiduraalipuudutuksessa puudutusaine ruiskutetaan suoraan selkärangan ja selkäydinkanavan väliseen tilaan. Siitä seuraa tunnottomuuden tunne hermojen tuntoalueella. Kielekkeen päälle

laitetaan pehmeä ilmava sidos, jossa on kurkistusaukko tarkkailua varten. Ensimmäisen sidevaihdon tekee kirurgi. (Pihlström 2010a, 350–351.)

Potilaan asentohoito ja mobilisointi ovat myös tärkeitä osa-alueita rekonstruktioleikkauksen jälkeen. Siinä on huomioitava, ettei kielekkeeseen kohdistu suoraa painetta, kuormitusta, venytystä ja kiristystä. Rintarekonstruktioleikkauksen jälkeen on vältettävä voimakasta ponnistelua ja yskimistä ensimmäisten vuorokausien aikana. Kielekealue on pidettävä kohoasennossa mahdollisimman paljon. Turvotusta on mahdollista ehkäistä asentohoidolla ja mobilisoinnilla. Rintakieleke on tarkkailtava hyvin leikkauksen jälkeen. Kieleke voi mennä nekroosiin eli kuolioon, jos sen verenkiertoon tulee ongelmia. Näin voi tapahtua, jos potilas kokee kipua, ruumiin lämpö on alhainen, verenpaine on matala, huono nesteytys tai tapahtuu hyytymisreaktio. Kieleke on välittömästi leikattava, jos siinä ilmenee ongelmia. (Pihlström 2010a, 350–351.)

Rintarekonstruktion jälkeinen hoitoaika osastolla on noin 5-7 vuorokautta. Kotiutuspäätöksen tekee lääkäri. Kotiutus päätös tehdään potilaan yleisvoinnin ja hoidon tarpeen mukaan. Potilas saa tarvittaessa lääkereseptit sekä sairaslomatodistuksen. Lisäksi sairaanhoitaja huolehtii, että potilas saa niin kirjallisia kuin suullisia kotihoito-ohjeita. Potilaan kotiutuspapereihin kuuluu myös jälkitarkastusaika sekä mahdollisesti matkakorvaustodistus. Rintarekonstruktio-potilaan kotihoito-ohjeisiin kuuluu haavan hoitoon sekä liikkumiseen liittyviä ohjeistuksia. Haavan hoitoon kuuluu haavojen suihkuttaminen kotona. Niitä ei saa kuitenkaan hangata vaan pesu tehdään hellävaraisesti miedolla saippualla. Kuivattaminen on tärkeää ja se tehdään hellästi taputtamalla pyyheliinalla. Saunaan ei suositella mennä ennen kuin haavat ovat täysin parantuneet. Haavateipit pidetään 2-4 viikkoa. Ne irtoavat itsestään esimerkiksi suihkun yhteydessä. Jos haavat erittävät ja teipit likaantuvat, teippi poistetaan varovasti, haavaa suihkutetaan ja siihen vaihdetaan puhdas teippi. Leikkaushaavan ompeleet ovat joko sulavat tai poistettavat. Ompeleiden poisto aika annetaan potilaalle erikseen. On tärkeää ohjata potilaalle haavan tulehtumisen merkkejä. Jos rinnassa tai kielekkeen ottokohdassa esiintyy lisääntyvää kipua, kuumotusta, punoitusta, turvotusta tai haava alkaa erittää pahanhajuista eritettä, kyseessä voi olla haavatulehdus. Silloin potilaan on välittömästi otettava yhteyttä plastiikkakirurgian haavapoliklinikkaan tai osastoon. (Tanttula 2015; Karhunen, Vuorenpää 2015.)

Potilaalle on neuvottava kielekkeen tarkkailua kotona. Kielekkeen ihon väriä ja kimmoisuutta on tarkkailtava. Jos kieleke on otettu vatsakudoksesta, potilas saa vatsatuki-liivin. Sitä suositellaan pidettäväksi yöstä päivää kuuden viikon ajan leikkauksen jälkeen. Rasittavaa liikuntaa ja voimakkaita ponnisteluja on vältettävä. Leikatun puolen yläraajaa saa käyttää vapaasti kolmen päivän päästä leikkauksesta. Rintarekonstruktion jälkeen on tärkeää käyttää tukirintaliivejä. Niitä käytetään yöstä päivää neljän viikon ajan. Vatsakielekerekonstruktion jälkeen on vältettävä vatsallaan makuuta neljän viikon ajan leikkauksesta. Selän kielekeleikkauksen jälkeen on vältettävä kantamista ja nostamista leikatun yläraajan puolella. Lisäksi nukkumista selällään tai leikkaamattoman kyljen puolella vältetään neljän viikon ajan leikkauksesta. (Tanttula 2015; Karhunen, Vuorenpää 2015.)

Liikunnan ohjaamisessa kerrotaan liikkumisen tärkeydestä. Normaali liikkuminen kuten kävely ja kotiaskareet ovat sallittuja ja hyviä, sillä ne edistävät verenkiertoa sekä kohentavat yleiskuntoa. Voimakkaita liikuntamuotoja kuten aerobicia, juoksemista, voimailua, hiihtämistä on vältettävä 4-6 viikon ajan leikkauksesta. Leikkauksen jälkeiset haavadreenit poistetaan yleensä 3-10 päivän kuluttua leikkauksesta. Kudosten saattaa silti kertyä lihaksen ottokohtaan selän puolelle dreniputkien poistamisen jälkeen. Potilaalle pitää ohjata mitä oireita on nesteenkertymisessä. Siinä ilmenee turvotusta, kiristuksen tunnetta ja kipua leikatun alueen hartian ja kainalon seudussa. Nestekertymän yhteydessä on otettava yhteyttä omaan terveyskeskukseen tai plastiikkakirurgian haavapoliklinikkaan nesteen punktoimista varten. (Tanttula 2015; Karhunen, Vuorenpää 2015.)

Rintarekonstruktiossa olleet potilaat ovat yleensä herkällä mielellä. Sairaanhoidajan tulisi kiinnittää huomiota potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Rinnoilla on merkittävä vaikutus naisen minä-kuvaan. Mielialan vaihtelut ja muutokset ovat normaaleja ja yleisiä leikkauksen jälkeen. Henkinen ja fyysinen toipuminen vie aikaa ja voimia. Rekonstruktio ei aina johda toivottuun lopputulokseen, uusi rakennettu rinta on kokonaisuudessaan valmis vasta 1-2 vuoden kuluttua leikkauksesta. Potilaan henkisen hyvinvoinnin tukeminen auttaa luomaan turvallista hoitosuhdetta. Potilaille on hyvä kertoa potilasyhdistyksistä ja vertaistukiryhmistä. (Hietanen ym. 2016; Stermer 2010)

Avomurtumat

Raajojen avomurtumat ovat vaativia leikkauksia, joita hoitavat ortopedi ja plastiikkakirurgi yhteistyössä. Ensin haavaa on puhdistettava kirurgisesti, tehtävä tarvittaessa lihaskalvojen halkaisut eli faskiotomiat ja kiinnitettävä murtuma. Avomurtumien haava jätetään sulkematta, jotta ei kehity kudostuho ja infektio. Haavaa pidetään kosteana ja kielekerekonstruktio tehdään viikon sisällä. Alaraajojen kudospuutoksien rekonstruktioleikkauksen jälkeen tarkkaillaan kielekkeen verenkiertoa, huolehditaan riittävästä kivunhoidosta, lämpötaloudesta sekä neste- ja suolapöytästä. Alaraajan kielekkeissä hyvä kivunlievitys ja verisuonten laajeneminen turvataan epiduraalipuudutuksen avulla. (Pihlström 2010b, 349–350.) Kielekkeen verenkiertoa voidaan parantaa myös iilimadoilla. Iilimadot poistavat kielekkeen kudosturvotusta ja näin edistävät sen verenkiertoa. Veritulppien ehkäisemiseksi aloitetaan kaikkien kielekkeituleikkauksien jälkeen verenohennushoito. Alaraajakielekkeeseen ei saa muodostua turvotusta, joten leikkauksen jälkeisinä viikkoina sitä on pidettävä kohoasennossa. Istumaan voi nousta vasta viidentenä päivänä leikkauksen jälkeen, ja seitsemäntenä päivänä voi yrittää kävelyä kyynärsauvoihin tuettuna. (Koskinen & Majamaa 2012.)

Melanooma

Ihomelanooma on länsimaissa yhä etenevässä määrin yleistynyt syöpä. Vaaratekijöitä sen sairastamiseen ovat auringossa toistuva palaminen, suuri määrä luomia ja isoja luomia. Keskeisintä onkin välttää liiallista auringonottoa ja ihon palamista. Melanoomahoidon tarkoitus on poistaa kasvain mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Melanooman tärkein hoito on kirurginen leikkaus. Tarvittaessa leikkausalueelle tehdään ihonsiirre, jos poistettu alue on iso. Liitännäishoitona käytetään lääkehoitoa melanooman uusiutumisen ehkäisemiseksi. (Ahonen ym. 2012, 777–778.)

Palovammat

Tules 2 osastolla hoidetaan aika ajoin myös palovammapotilaita. Palovamma on seurausta lämmön tai syövyttävän kemiallisen aineen vaikutuksesta kudokseen. Palovammat jaetaan kolmeen asteeseen riippuen kuinka syvä on kudostuho. Ensimmäinen palovamma vastaa auringon polttamaa reaktiota: iho on punainen, pinta on kuiva ja kosketusarka. Toisen asteen palovammalle on tyypillistä rakkulanmuodostus. Tällainen palovamma voi olla pinnallinen, keskisyvä ja syvä dermaalinen vamma. Pinnallinen ja keskisyvä paranee konservatiivisesti ajan kanssa. Syvän palovamman hoidossa käytetään

myös leikkausta. Kolmannen asteen palovammassa kudostuho ulottuu kaikkien ihon kerrosten läpi. Paranemisen edellytyksenä on leikkaushoito. Palovammojen sairaalahoidossa on kolme hoitovaihetta: sokkivaihe, haavavaihe ja kuntoutusvaihe. Sokkivaiheen aikana pidetään huolta potilaan hemodynamiikasta nestehoidolla ja tarvittaessa sydäntoimintaa tukevalla lääkityksellä. Sokkivaiheen tavoitteena on estää haavojen kuivumista ja estää bakteerien pääsy haavaan. Haavavaiheen aikana potilaalle tehdään palaneen ihoalueen poisto- ja ihonsiirtoleikkaus. Kuntoutusvaihe alkaa haavavaiheen jälkeen ja sinä aikana potilas kuntoutuu fysio- ja toimintaterapian avulla. (Forssten & Mutanen 2010, 328–338; Papp & Härmä 2010, 289–296; Castren, Korte & Myllyrinne 2012.)

Syvän palovamman leikkaushoidon tarkoituksena on poistaa palanut kudos ja tehdä ihonsiirre. Siirteenä käytetään omaa ihoa. Ihonsiirteen haavanhoidon tavoitteen on edesauttaa ihonsiirteiden kiinnittymistä alustaansa ja ehkäistä haavainfektio. Ihonsiirtokohta on pidettävä kohoasennossa esimerkiksi tyynyjen, sidoksien ja lastojen avulla. Leikkausalue on pidettävä paikallaan, siihen ei saa tulla painetta eikä liikettä. Jos ihonsiirto on tehty alaraajaan, potilaan on oltava vuodelevossa viiden päivän ajan. Ihonsiirteiden kiinnittymisen kannalta on tärkeää poistaa kaikki hematoomat ja kudosneste ihonsiirteiden alta, sillä ne estävät verenkiertoa. Ihonsiirre muodostaa verenkierron alustaansa noin kahdessa päivässä. Haavansidos auttaa ehkäisemään ihonsiirteen hankautumista ja liikkumista irti alustastaan. Se ehkäisee myös verenvuotoa, kipua ja estää haavaeritteen leviämistä ympäristöön. (Forssten & Mutanen 2010, 328–338; Papp & Härmä 2010, 289–296; Castren ym. 2012; Rantalainen 2010.)

Palovammapotilaan hoitoon kuuluu lisäksi sydämen sähköisen toiminnan tarkkailu, verenpaineen ja sykkeen mittaus, kehon ääreisosien lämmön tarkkailu sekä ravitsemuksen turvaaminen. Haavanhoito on erittäin kivulias palovammapotilaille, joten riittävä kivunhoito on erittäin tärkeä. Palohaavojen päälle levitetään hopeasulfadiatsiinivoidetta ja ilmava kerros sideharsotaitoksia. Palovammat erittävät paljon kudosnestettä alkuvaiheissa, joten sidoksia tulee vaihtaa useasti. Haavaeritteen laatua ja määrää tulee arvioida päivittäin. Puhdistusta tehdään suihkuttamalla tai keittosuolaliuoksella. Palovammapotilaan alkuvaiheen kuntoutus vähentää turvotusta sekä ehkäisee nivelten liikerajoitukset ja virheasennot. (Forssten & Mutanen 2010, 328–338; Papp & Härmä 2010, 289–296; Castren ym. 2012.) Vuodeosastolla palovammahoidossa käytetään hopeaa sisältäviä vaahtosidoksia (mepilex ag). Niitä pidetään noin kolme päivää paikoillaan ennen kuin vaihdetaan uudet sidokset. Ennen sidoksien vaihtoa palovammaa suihkutetaan. Palo-

vamman hoidossa on tärkeää myös turvotuksen hoito. Siihen käytetään painetekstiilejä. (Tankka 2015.)

Ennen kotiutumista palovamma-potilaalle on neuvottava miten palovamma hoidetaan. On tärkeää, että potilas pitää haavasidokset kuivina. Sidoksia voi vaihtaa ja siinä on tärkeää käyttää puhtaita välineitä sekä huolehtia käsihygieniasta. Palovamma-alue suihkutetaan ensin haalealla vedellä. Laitetaan lääkärin määräämä sidos tai palovammavoide. Sen päälle tulee haavasuoja ja reilusti kuivia ilmavia sidetaitoksia, joita kiinnitetään teipein tai sideharsorullalla. Palovammapotilaan on vältettävä saunomista ja uimista niin kauan kuin lääkäri määrää. Yleisiä haavan infektoitumisen merkkejä myös neuvotaan. Kivun hoidossa potilas saa lääkärin määräämiä särkylääkkeitä. Raajaa neuvotaan pitämään koholla, koska näin kipu ja turvotus lieventyvät. On varmistettava, että potilaan tetanusrokotesuoja on kunnossa. Tetanusbakteeri on yleinen maaperässä ja saattaa tarttua palovamman yhteydessä. (Ruuhi 2014.)

3.5.2 Käsikirurgiset leikkaukset ja kotiutuminen

Käsi- ja mikrokirurgian potilaat tulevat sairaalahoitoon päivystyksenä tai kutsuttuina. Osastolla hoidetaan muun muassa yläraajan hermo-, verisuoni- ja jännevammoja sekä luunmurtumia, olkanivelen vammoja ja yläraajan amputaatio- ja monikudosvammoja. (Pshp 2015.) Kädessä olevat infektiot kuten jännetuppitulehdukset ja eläinten puremista tulleet infektiot hoidetaan myös kyseisellä osastolla. Lisäksi osasto on Suomessa toinen replantaatioleikkauksia tekevä yksikkö Helsingin lisäksi. Harvemmin osastolla tehdään plexusvaurio-korjausleikkauksia. (Tankka 2015.)

Käden ja kyynärvarren tapaturmat ovat hyvin yleisiä. Vuosittain tapahtuu arviolta noin 150 000 yläraajan tapaturmaa, joista osa on työperäistä. (Göransson & Vilkki 2010, 471.) Verisuonivammat tapahtuvat yläraajoissa useammin kuin alaraajoissa (Lepäntalo 2004, 207). Verisuoni voi vaurioitua joko vamman (viilto-, pisto-, ampuma-, sirpalevammat) seurauksena tai tukkeutua esimerkiksi huumausaineen vaikutuksesta. Vamman aiheuttama turvotus tai kiristävät ompeleet tai siteet voivat myös huonontaa yläraajan verenkiertoa. Yläraajan verenkierron vaurioituessa normaali punainen väri muuttuu kalpeaksi, jolloin kyseessä on valtimovaurio tai syanoottiseksi, mikä viittaa laskimohäiriöön. Yläraajan verenkiertoa tutkitaan pulssien tunnustelulla, tarkkailemalla väriä, pin-

keyttä sekä lämpötilaa. Tärkeintä on verenvuodon tyrehtyttäminen, vuodon korvaaminen ja nestetasapainon korjaus. Toimenpiteenä on yleensä päivystysleikkaus, jossa tehdään verisuonirekonstruktio (Göransson & Vilkki 2010, 472–473; Lepäntalo 2004, 210–212.)

Jännevammat voi jakaa avoimiin ja umpinaisiin jännevammoihin. Jänneiden avovammat tapahtuvat tyypillisesti viiltovammojen seurauksena. (Tukiainen 2004, 215.) Koukistajajännevammat ovat yleisempiä kuin ojentajajännevammat, sillä käytämme enimmäkseen käden kämmenen puolta tarttumiseen, joten viiltovammat tulevat juuri sille alueelle (Kotkansalo 2010). Koukistajajännevammat jaetaan vyöhykkeiden mukaan. Korjauksen vaikeus vaihtelee vyöhykkeittäin jänneiden lukumäärän ja jännetupen anatomian mukaan. Jännevammojen korjaus on vaativa toimenpide, jossa ratkaisee käsikirurgin kokemus, hyvä anestesia sekä hyvät välineet ja leikkaussaliolosuhteet. Jännevammoja on korjattava ensisijaisesti. Jos primaarikorjaukseen ei ole mahdollisuutta, jännekorjausta on tehtävä 1-2 viikon sisällä, jotta hoitotulokset olisivat hyvät. Myöhäiskorjauksessa korvataan katkennut jänne vapaalla jännesiirteellä. Leikkauksen jälkeinen hoitotyö, ohjaus ja kuntoutus ovat tärkeitä toipumisen kannalta. Umpinaiset eli subkutaaniset jännevammat syntyvät yleensä degeneroituneeseen eli rappeutuneeseen jänteeeseen, joka repeää äkillisessä ponnistuksessa. Jännettä heikentävät mm. reuma, kihti, toistuvat vammat ja jänteeeseen injektoitu kortikosteroidi. Tavallisimpia yläraajojen subkutaanisia jännerepeämiä ovat kiertäjäkalvosimen repeämä, hauisjänteen repeämä sekä peukalon pitkän ojentajan jännerepeämä. (Tukiainen 2004, 215–217, 1005; Göransson & Vilkki 2010, 473.)

Jänneleikkauksen jälkeen potilaan kädessä on väliaikainen kipsilasta sekä käsikirurginen sidos. Haavasidoksia ei vaihdeta ensimmäisenä postoperatiivisena vuorokautena. On muistettava, että ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä haavaa on käsiteltävä steriilisti. 2-3 päivän päästä käsisidos poistetaan ja kipsilasta vaihdetaan muoviseen suojalastaan. Kädessä olevaa haavaa tulee pitää kuivana ja puhtaana. Haavaa saa kuitenkin kastella juoksevan veden alla päivittäin, mutta käsi on pidettävä samassa asennossa kuin lastan kanssa. Huolellinen kuivaus tehdään pyyhkeellä kevyesti painellen eikä hangaten. Haavan hoito-ohjeita sekä lastan käyttöä on ohjattava potilaalle tarkasti. Käden jännevammojen ompeleita poistetaan yleensä vasta 10–14 vuorokauden päästä. (Repo & Rouvinen 2013.)

Käsivammoihin liittyvät yleensä myös hermovammat. Käsikirurgisen tutkimukseen kuuluu olennaisena osana yläraajan hermotoiminnan testaus. On tärkeää tunnistaa mitkä hermot liittyvät ilmeneviin tunto- ja toimintapuutoksiin. (Göransson & Vilkki 2010, 474.) Hermovammojen korjaus vaatii leikkaussalin mikrokirurgisen varustuksen ja lääkäreiden osaamisen. Hermo paranee hyvin hitaasti leikkauksen jälkeen. Hyvän hoitotuloksen edellytyksenä on hermovamman nopea korjaaminen. (Vastamäki 2004, 1006.) Hermon toipumista seurataan kliinisesti tunto- ja lihastestauksella sekä ENMG:llä ja Tinelin testillä. Mikäli toipuminen ei etene odotetulla tavalla, harkitaan uusintaleikkausta. (Göransson & Vilkki 2010, 491.)

Yleisesti käsiptilaan vointia tulee seurata kuten tavallista kirurgista potilasta. Potilaalta mitataan verenpainetta, pulssia, tarkkaillaan hengitystä, tajunnantasoa, diureesia, lämpöä ja erityisesti sormien lämpöä, väriä, tuntuu- ja liikkuvuutta. Tunnon palautumista tulee seurata puudutetusta kädestä. Siihen vaikuttaa yleensä käytetty puuduteaine. Potilas käyttää mitellaa puudutetun käden tukemiseksi. Tarvittaessa leikatusta kädestä otetaan röntgenkuva. Leikattua kättä pidetään kohoasennossa turvotuksien ehkäisemiseksi. Kättä voi pitää tyynyillä tai ripustettuna ylös petrukseen. Jalkeilla ollessa kättä on hyvä pitää sydämen tason yläpuolella eikä alas laskettuna. Postoperatiiviseen hoitoon kuuluu myös haavavuotojen ja dreenuvuotojen seuranta. (Mäkeläinen 2012.)

Käsi-infektiot

Vamman yhteydessä ihon ja limakalvojen suojakerros rikkoontuu ja bakteerit pääsevät helposti läpi, jolloin infektoitumisen riski on suuri. Posttraumaattiset infektiot ovat yleinen ongelma. Laajat palovammat ja suoliston traumat aiheuttavat lähes aina infektoita, mutta myös pienet haavat saattavat olla infektiopesäkkeitä. (Sammalkorpi, K. 2010, 105.) Käden alueen infektiot ovat yleisiä päivystysvastaanotoilla. Yleensä infektion syynä on hoitamatta jäänyt haava. Yleisimmät käden alueen infektiot ovat selluliitti, kynsivallintulehdus, sormen distaalisen pulpan subkutaaninen tulehdus sekä tenosynoviitti. Sairaalahoitoa vaativien käsi-infektioiden taustalla voi olla laseraatio (repeäminen), purema, raapaisu, kirurginen leikkaus, puutarhan hoito, tikku, sirpale, murskavamma, palovamma sekä suonensisäiset huumeet. (Turpeinen 2014.) Käsi-infektioiden tulehduksen ennuste riippuu taudinaiheuttajan virulenssista (taudinaiheuttamiskyky), infektoituneen alueen sijainnista ja syvyydestä sekä henkilön omasta immuniteetista. Infektioille altistavat myös iskemia (kudoksen verettömyys) ja vierasesine, joka voi

johtua traumaattisesta kontaminaatiosta. Haavainfektioille on tyypillistä punoitus, turvotus, kipu ja märkäeritys. Potilaalla voi olla kuumetta ja pahimmillaan septisen sokin oireita kuten verenpaineen laskua. Käsi-infektion diagnosoinnissa otetaan verikokeita ja mikrobiologisia näytteitä haavasta. Röntgen-, magneetti- ja ultraäänitutkimukset auttavat syvien tulehduksien diagnostiikassa. (Turpeinen 2014; Sammalkorpi 2010, 108.)

Käsi-infektion yleisimmät taudinaiheuttajamikrobit ovat *Staphylococcus aureus* sekä streptokokit. Käsi-infektioiden hoitoon kuuluu olennaisena mikrobilääkehoito eli antibioottihoito, jota määrätään bakteeriviljelytuloksien ja herkkyysmääritysten avulla. Mikrobilääkehoito aloitetaan yleensä jo ennen tuloksien saapumista empiirisellä antimikrobihoidolla. Käsi-infektioiden ensisijainen lääke on kefalosporiini. Puremahaavan ensisijainen lääke on amoksisilliini yhdessä klavulaanihapon kanssa. Syvemmissä puremahaavoissa käytetään kefuroksiimia ja metronidatsolia yhdessä. Lisäksi potilas saattaa tarvita jäykkäkouristusrokotteen, B-hepatiitin estohoidon sekä vesikauhuimmunisaation. Jos haava on syvä tai infektio on vakava, hoitona on antibioottien lisäksi kirurginen leikkaus. Leikkauksessa tehdään huolellinen haavan revisio (kirurginen puhdistus), tarvittaessa nekroottisen kudoksen poistamista, märän dreneerausta (valuttamista) sekä vuotojen tyrehdyttämistä. Näin luodaan hyvä pohja haava-infektion paranemiselle. Käsi-infektioiden hoitoon kuuluu myös nestetasapainosta ja ravitsemuksesta huolehtiminen, haavan oikeaoppinen puhdistaminen ja hoitaminen sekä haavan ja potilaan tarkkailu. Aseptiset työotteet ovat ensisijaiset infektioiden torjunnassa. (Turpeinen 2014; Sammalkorpi 2010, 105–109.)

Taysin Tules 2 osastolla tehdyn tutkimuksen mukaan tyypillinen sairaalahoitoa vaativa yläraajainfektio-potilas on yli 50 vuotias oikeakätinen mies, jolla on perinteinen käsi-työläisammatti. Käsi-infektion yleisin aiheuttaja on työtapaturmasta johtuva haava. Nuorten potilaiden infektioiden syynä on yleisesti suonensisäinen huumausaineen käyttö, eläimen purema tai raapaisu. Sairaalahoidon pituus on keskimäärin 6-7 päivää. Hoitomuoto on usein antibiootin ja leikkaushoidon yhdistelmä. (Turpeinen 2014.)

Jännetupen tulehdus

Jänteen ja jännetupen tulehdus liittyy yleensä raajan ylikuormitukseen. Se voi olla pitkään jatkunut samanlainen liike tai äkillinen venytys. Jännetulehdus esiintyy yleensä olkaluun alaosan nivelnastassa, olkanivelen kiertäjäkalvosimessa, reisiluun isossa sar-

vennoisessa ja kantaluun etuosassa. Jännetuppia löytyy jalkaterän ja nilkan sekä käden ja ranteen alueella. Jännetuppitulehduksessa esiintyy kipua ja narinaa. Yleisimmin jännetuppi tulehtuu ranteen ja sormien ojentajajänteissä kyynärvarren alueella sekä koukistajajänteissä sormien alueella. Yleistaudit, nivelreuma, kihti ja diabetes voivat altistaa jännetuppitulehduksille. Ensisijaisena hoitona on lopettaa vamman aiheuttanut rasitus. Tilapäinen tulehduskipulääkkeiden käyttäminen paikallisena voiteena tai suun kautta lievittävät myös tulehduksen kulkua. Rannetuki ja kylmähoito ovat myös hyvät apukeinot. Lääkärin tekemä kortisoni-injektio on harkittu hoitovaihtoehto. Mikäli konservatiivisella hoidolla ei saavuteta paranemista, harkitaan kirurgista leikkausta. (Saarelma 2015.)

Replantaatio

Replantaatio tarkoittaa irronneen raajan osion tai kehon osan uudelleen liittämistä toimivaksi kehon osaksi. Replantaatiota vaativat yleensä käsiin kohdistuvat vammat. (Rantalainen 2009.) Replantaatio on ollut kliinisesti käytössä runsaat 30 vuotta. Nykyisin se on rutiinitoimenpide amputaatiovammojen yhteydessä. Amputaatiovamma tarkoittaa, että kehonosa on täysin irti kehosta. Amputaatiovammoja syntyy Suomessa etenkin maataloudessa ja teollisuuden tapaturmissa. Replantaatio on hyvin tärkeä käsikirurgiasa, sillä sen avulla voidaan estää potilaan invalidisoituminen. Kädestä vammautuvat useimmiten sormet. Replantaatioleikkaus voi olla lyhyt tai pitkä riippuen tapauksesta. Leikkauksen jälkeen potilas tarvitsee tarkkaa valvontaa ensin heräämössä ja sitten vuodeosastolla. (Vilkki 2010, 565–568.) Potilaan hyvä yleisvointi ja tasainen hemodynaamiikka ovat tärkeitä hyvän hapetuksen turvaamiseksi replantaatille (Salmi 2000). Liitetyn raajan lämpötilaa, vitaalireaktiota ja väriä tarkkaillaan tunnin välein ensimmäisinä leikkauksen jälkeisinä päivinä. Istutetun raajan lämpötilan pitää olla noin 32 astetta. Vitaalireaktio arvioidaan painamalla kevyesti istutettua raajaa. Normaali vitaalireaktio on silloin, kun ihon väri ensin kalpenee ja sitten palautuu painannan loputtua. (Rantalainen 2012.)

Potilaan nesteytyksestä, verisuonten vasodilataatiosta ja antikoagulaatitasoista pidetään huolta. Postoperatiiviseen hoitoon kuuluu myös turvotuksen seuraaminen ja reagoiminen siihen. Kohoasento ehkäisee turvotusta. Lisäksi seurataan liitetyn raajan vuotoa ja mahdollisia infektiioireita. Kipu liitettyssä raajassa on merkki tunnon palautumisesta, mutta toisaalta myös komplikaatiosta. Kipu aiheuttaa verisuonien supistumista. Leik-

kauksen jälkeen kipua hoidetaan pitkäkestoisella puudutuksella (esimerkiksi aksillaarinen puudutus), joka kestää noin 96 tuntia leikkauksesta. Se vähentää myös verisuonten supistumista. Lisäksi kivun hoitoon käytetään lihakseen, suun kautta ja laskimon kautta annettavia kipulääkkeitä. Lisäksi potilaille voidaan antaa rauhoittavaa lääkettä, mikäli potilaan käyttäytyminen on sekavaa ja levotonta tapahtuneen johdosta. (Rantalainen 2012.)

Siirteen kudoshappipitoisuutta seurataan erillisellä happisaturaatiomittarilla. (Pihlström 2010b, 347–348.) Jos istutettu raaja muuttuu siniseksi, tai lämpötila laskee, uusintaleikkauksen tarve tulee aiheelliseksi. Noin 10–15 % replantaatio-leikkauksista päättyy uusintaleikkaukseen. Yleisin syy replantaation epäonnistumiseen on valtimoiden vajaatoiminta. (Vilkki 2010, 568.) Haavanhoito on hyvin olennaista replantaatio-leikkauksen jälkeen. Kirurgi vaihtaa sidoksen ensimmäistä kertaa noin 1-3 vuorokauden kuluttua. Tarvittaessa haavaa voi puhdistaa 1-3 %:lla vetyperoksidiliuoksella, huuhdella fysiologisella keittosuolaliuoksella sekä kuivattaa varovasti taputtelemalla. Haavaa suojataan silikoni- tai vaseliinipintaisella verkkosidoksella, jotta sidos ei tartu haavaan. Haavasidokset tulee laittaa kevyesti ja ilmavasti, jotta ne eivät kiristä. On muistettava lämmön säilytys ja raajaa peitellään kevyesti avaruuslakanalla tai lämpölahanalla estäen lämmön hukkaa. (Vilkki 2010, 568–569; Pihlström 2010b, 348–349.)

Kirurgi määrää erikseen asentolastan potilaalle. Raajaa pidetään kohoasennossa ja potilaan on oltava vuodelevossa ensimmäiset neljä vuorokautta leikkauksen jälkeen. Ohjattu toiminnallinen kuntoutus aloitetaan ensimmäisinä päivinä. Toipumisaika on pitkä ja vaativa. Potilas tarvitsee paljon motivointia ja tukea ennen ja jälkeen leikkausta, jotta hän sitoutuu aktiivisesti kuntoutukseensa. (Vilkki 2010, 568–569; Pihlström 2010b, 348–349.) Replantaatio-leikkauksen jälkeinen sairaalahoito kestää keskimäärin 5-6 päivää. Replantaation onnistuminen on noin 80 %, joista 70 % voidaan pitää toiminnallisesti onnistuneena. Replantaation onnistumiseen vaikuttaa olennaisesti se, mikä raajan osa on operoitu ja miten hyvin hermotoiminta lopulta on palautunut. Replantoidun raaja-osan toiminnan palautuminen riippuu myös siitä, minkälainen vammamekanismi on ollut, onko kyseessä monitasovamma, onko haava infektoitunut sekä kudoksen happipuutoksen kesto. Ennusteeseen vaikuttaa myös raajan amputoitumisen tapa. Peukalon replantaatiossa saavutetaan tyydyttävä toiminnallinen tila noin puolessa vuodessa. Muiden sormien kohdalla palautuminen on hitaampaa. Kuntoutuminen on pitkä ja vaativa

prosessi. Toisinaan tarvitaan lisäleikkauksia replantaation jälkeen. (Vilkki 2010, 569, Katajamäki 2010.)

Kotiutumisen yhteydessä potilasta ohjataan haavan hoidossa. Haavasidos ei saa olla liian kiristävä. Haavoja pitää suihkuttaa kevyesti päivittäin kädenlämpöisellä vedellä. Sidoksia tulee käyttää kunnes haava on kuiva. Leikatun kohdan väriä ja lämpöä tulee tarkkailla jatkuvasti. Potilaan on hyvä muistaa pitää kättä kohoasennossa ehkäistäkseen turvotusta ja helpottaakseen kipua. Potilaan on pidettävä kättä sydämen yläpuolella yötä päivää noin kuukauden ajan. Potilaalle jatketaan myös sairaalassa aloitettu antibioottilääkitys. Kuuri tulee syödä loppuun lääkärin ohjeiden mukaisesti yleensä noin 5-7 päivän ajan. Potilaalle määrätään myös verisuonitukoksia ehkäisevää lääkettä (asetyyli-salicyylihapo), jota otetaan kerran päivässä kuukauden ajan. Leikkauksen jälkeen potilas käyttää yksilöllistä suojalastaa. Toipumisen alkuaikoina ei saa ulkoilla kylmässä säässä, sillä se supistaa verisuonia. Saunassa ei saa käydä ennen kuin lääkäri antaa siihen luvan, sillä lämpötilojen vaihtelut eivät sovi kädelle. Tupakointi on kielletty toipumisen aikana, sillä se saattaa aiheuttaa tukoksen verisuonissa ja johtaa käden osan menetykseen. Tupakointi myös hidastaa paranemista. Potilaalle kerrotaan myös milloin otetaan yhteyttä osastoon: käsi on kalpea, sinertävä tai viileä, haavat alkavat kipeytyä (verenkiertohäiriö), punottaa tai erittää ja nousee kuume (infektio), liikeharjoituksen tuottavat ongelmaa sekä suojalasta ei istu kunnolla. (Replantaatiopotilaan kotihoito-ohje 2012.)

3.5.3 Ortopediset leikkaukset ja kotiutuminen

Ortopedisen kirurgian potilaat tulevat pääsääntöisesti elektiivisiin leikkauksiin. Tules 2 osastolla hoidetaan muun muassa jalkaterä-, polvileikkauksia, selkäleikkauksia sekä olkapään proteesileikkauksia. (Pshp 2015; Tankka 2015.) Osastolla hoidetaan myös päivystyksenä tulevia lonkka-, nilkka-, reisi-, sääri-, ranne-, kyynärpää sekä olkapäämurtumia. Niitä osasto hoitaa vain ortopedian ylivuoto-osastona (Tankka 2015.)

Selkärangan luudutusleikkauksen eli spondylodeesin tavoitteena on pysäyttää selkäsairauden etenemistä sekä hermopuristuksen uusiutumista. Leikkauksessa jäykistetään kaksi tai useampia selkänikamia toisiinsa, jolloin luudutettujen nikamien välillä oleva liike loppuu ja kipu lieventyy. Spondylodeesi-leikkausta suunnitellaan pitkittyneen ala-

selkäkivun hoidossa. Luudutusleikkauksen aiheita ovat nikamasiirtymä, välilevyrappeuma, rangan epävakaas ja nikamakaaren katkeama. (Hammar 2011, 338–339.) Luudutusleikkauksessa asetetaan dreeni-letku kudosten poistamiseksi. Kivun hoidossa käytetään yleensä epiduraalipuudutusta. Leikkauksen jälkeen potilas on ensimmäisen vuorokauden vuodelevossa. Sen jälkeen aloitetaan vuoteesta ylös nouseminen ja kävelyharjoitukset. Selän voimakkaita kiertoliikkeitä, raskaiden esineiden nostamista ja rajua räsitystä tulee välttää 3-4 kuukauden aikana. (Lipasti & Polvinen 2009.)

Lannerangan luudutusleikkauksen jälkeen jäykistetyssä nikamavälissä alkaa luutumisprosessi. Se kestää useita kuukausia. Leikkauksen lopullinen onnistuminen edellyttää tätä luutumisprosessia. Sen takia potilaan liikkumista ja toimintaa tulee rajoittaa ensimmäisten kuukausien aikana. Vartalon voimakkaat kierrot, taivutukset ja selän liika kuormittaminen ei ole sallittua. Tupakointia tulee myös välttää, koska se vaikuttaa osaltaan luutumisprosessiin. Alkuvaiheessa ei suositella autolla ajoa, pitkään istumista eikä samassa asennossa olemista. Potilaat kotiutuvat yleensä noin viikon jälkeen. Ennen kotiintuloa potilaiden kanssa läpikäydään liikeharjoitukset, luudutusleikkaukseen liittyvät rajoitteet sekä kartoitetaan apuvälineiden tarve kotona. Lannerangan luudutusleikkauksen jälkeinen kipu on hyvin voimakasta ensimmäisinä päivinä. Säännöllinen kipulääkitys ja tarvittavat vahvat kipulääkkeet hoitavat kipua. Kivun arviointi ja mittaus on hyvin tärkeää luudutusleikkauksen jälkeen. Muita kuin lääkinnällisiä kivun lievityskeinoja ovat kylmäpakkaukset, asentohoito sekä hoitajan läsnäolo. (Lipasti ja Polvinen 2009.)

Nikamakaaren poistoleikkauksen (laminectomy) tarkoituksena on vapauttaa ahtaassa tilassa oleva selkäydin- tai hermokanava. Leikkauksessa poistetaan luuta nikaman taka-kaaresta ja avarretaan selkäydin- tai hermojuurikanava. Tarkoituksena on parantaa hermojen toimintakykyä. Alaraajaoireet, kuten särky, puutuminen, pistely ja tunnottomuus voivat silti jatkua leikkauksen jälkeen tai jäädä pysyviksi, jos hermovaurio on vaikea. (Vsshp 2015.)

Välilevytyräleikkaus tehdään, jos tyrä painaa hermojuurta eikä konservatiivinen hoito auta. Välilevyn pullistuma eli discusprolapsi poistetaan ja puristuksessa ollut hermojuuri vapautetaan. (Vsshp 2015.) Prolapsileikkauksen jälkeen yleisesti liikkuminen on vapaa. Kuitenkin raskaimpia nostoja ja voimakkaita selän taivutuksia vältetään 4-6 viikon ajan. (Kankare, Helenius 2012, 281–283.)

Selkäleikkauksen jälkeen on tärkeää mobilisoida potilasta heti leikkauksen jälkeisenä aamuna. Liikkuminen estää verenkierron komplikaatioita ja edistää toipumista. Postoperatiivisen hoidon tärkeänä osana on kivunhoidosta huolehtiminen. (Pshp 2015.) Ylönousu tapahtuu kyljen kautta. Potilaalle ohjataan pitämään hyvää ryhtiä liikkuessa ja istuessa. Pitkäaikaista istumista pitää välttää pari viikkoa leikkauksen jälkeen. Lisäksi potilaan on parempi istua kovassa tuolissa. Autolla saa ajaa kahden viikon päästä ja kivun sallimissa rajoissa. Pitkiä automatkoja on kuitenkin vältettävä alkuun. Kivun lievitykseen voi käyttää kylmäpakkausta. Hierontaa ei saa tehdä haava-alueella. Selän voimakkaita kiertoliikkeitä ja taivutuksia on varottava neljän viikon ajan leikkauksesta. Raskaita taakkoja ei saa nostaa ja kantaa ensimmäisen kuukauden aikana. Paras yleiskunnan kohentaja on kävely. Kun haava on täysin parantunut ja tikit on poistettu voi alkaa uimista ja vesijuoksua. Potilaan kannattaa kuunnella omaa kehoa ja ei tehdä liikkeitä, jotka sattuvat. Kovat liikuntalajit kuten juokseminen, hyppiminen, pyöräily, soutaminen ja pallopelit ovat kiellettyjä 4-6 viikon ajan leikkauksesta. Myös apuvälineet tuovat helpotusta tarpeen mukaan.(Laaksonen 2015.) Haavan hoidossa ohjeistetaan myös. Haavaa saa kastella ja pestä. Saunaan voi mennä vasta ompeleiden poiston jälkeen. Haavan infektiomerkeistä on tiedotettava potilasta myös. Selkäleikatun potilaan on tärkeää välttää ylipainoa. Terveellinen ja monipuolinen ravinto on hyväksi. (Neva 2015.)

Luunmurtumat

Luunmurtuma tapahtuu silloin, kun luukudos pettää. Luun murtumaherkkyys riippuu luukudoksen kyvystä absorboida energiaa. Lisäksi siihen vaikuttaa luun materiaaliominaisuudet. Terve luu murtuu voimakkaan väkivallan seurauksena. Osteoporoottinen luu voi murtua normaalin fysiologisen kuormituksen yhteydessä. Umpinaisessa luunmurtumassa murtuma ei ulotu ihon läpi. Avomurtuma syntyy voimakkaan väkivallan seurauksena. (Aro & Kettunen 2010, 210–216.)

Luunmurtuman paranemisprosessi voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: inflammaatio-, korjaus- ja uudelleenmuovautumisvaihe. Luunmurtuman keskimääräinen paranemisaika vaihtelee eri murtumilla. Hohkaluun murtuma paranee noin kuudessa viikossa. Yläraajan poikkimurtuma 12 viikossa. Leikkaushoito vaikuttaa eri tavalla murtuman paranemiseen kuin konservatiivinen hoito. Leikkaushoito auttaa parhaiten silloin, kun on enustettavissa hidas murtuman paraneminen. Luunmurtuman paraneminen riippuu mur-

tumatyypistä, potilaan iästä, hoidon onnistumisesta sekä mahdollisista hidastavista tekijöistä. Murtuma katsotaan luutuneeksi, silloin kun se ei enää hetku eikä arista ja raaja kestää kuormitusta. Paranemista tutkitaan myös röntgenin avulla. Avomurtumien hoidossa hoidetaan samanaikaisesti sekä luunmurtumaa että pehmytkudosvauriota. Pehmytkudosrekonstruktio parantaa murtuman paranemismahdollisuuksia ja vähentää infektioriskiä. Murtuma-alueen stabiili fiksaatio edistää pehmytkudosvamman paranemista. (Aro & Kettunen 218–225.)

Luunmurtumien hoidossa tavoitteena on vaurioituneen kehonosan toiminnan nopea palauttaminen. Murtumafragmentit pitää saada hyvään asentoon ja antaa luutua häiriöttä. Jos vammassa on samanaikaisesti pehmytkudosvamma, se on hoidettava nopeasti, jotta vältetään infektiolta. Luunmurtumat hoidetaan konservatiivisesti ja operatiivisesti. Hoidon valintaan vaikuttavat potilaan ikä, murtuman sijainti ja tyyppi, pehmytkudosvaurio, murtuma-alueen verisuonitus sekä murtuman biologiset paranemismahdollisuudet. Murtumat, jotka luutuvat nopeasti, hoidetaan konservatiivisesti. Operatiivisessa hoidossa murtumafragmentit asetetaan paikalleen (reduktio) ja kiinnitetään yhteen (osteosynteesi). Leikkaushoidon avulla tehty luuliitos takaa murtuman liikkumattomuuteen paranemisen ajaksi. Olennaisena osana luunmurtumien hoidossa on toiminnallinen hoito, joka alkaa heti hoidon alussa ja päättyy kun raaja on toimintakykyinen. (Aro & Kettunen 2010, 227.)

3.6 Tarkistuslista hoitotyössä

Tarkistuslistan käyttö on saanut alkunsa ilmailusta. Ensimmäinen tarkistuslista oli kehitelty varmistamaan lentokoneiden lentoturvallisuutta. Maailman terveysjärjestö on sittemmin ottanut mallia ja kehittänyt leikkaustarkistuslistan, jota oli julkaistu vuonna 2009. Leikkaussalitarkistuslista on tutkimuksien mukaan vähentänyt potilaiden kuolleisuutta sekä komplikaatioiden syntyä leikkauksien jälkeen (Helovuori ym. 2011, 209). Tarkistuslistoja kehitetään myös synnytykseen, keskosvauvahoitoon sekä traumahoitoon. (WHO 2015.) Terveystieteiden tutkimuksissa tarkistuslistoja on käytetty jo aiemmin, mutta monet niistä ovat olleet joko yksittäisten ammattilaisten tai yksittäisten sairaaloiden käytössä. Tarkistuslistojen tarve on saanut alkunsa läheltä piti- tilanteista tai sattuneista virheistä. Tarkistuslistoista on todettu olevan hyötyä erityisesti suurta tarkkuutta vaativissa työpisteissä kuten teho-osastoilla ja leikkaussalissa. Tarkistuslistaa on hyödynnet-

ty onnistuneesti myös potilaan kotiutumisvaiheessa. (Blomgren & Pauniaho 2013, 276.)

Tarkistuslistan tavoite on vähentää virheitä, lisätä turvallisuutta, yhdenmukaistaa eri toimintoja ja parantaa laatua. Tarkistuslista on yksinkertainen ja tehokas tapa varmistaa, että kaikki asiat on otettu huomioon. Se sisältää toimintoja ja kriteereitä, joiden toteutuminen tarkistetaan systemaattisesti. Tarkistuslistan tulisi olla helppokäyttöinen ja palvella juuri kyseistä organisaatiota tai yksikköä. Tarkoitus ei ole kuormittaa työntekijöitä, vaan vähentää inhimillisiä virheitä ja helpottaa työtä. Tarkistuslistan hyötyjä voi saavuttaa huolellisella suunnittelulla ja sitoutumisella sen käyttöön. (Helovuo ym. 2011, 208–212.) Tarkistuslista tukee myös kuuntelemista, tiedon jakamista, valppautta ja ryhmähengen luomista. Henkilökunnan keskinäinen kommunikaatio paranee järjestelmällisen tarkistuslistan avulla. (Blomgren & Pauniaho 2013, 284.)

3.6.1 Tarkistuslista kotiutumisvaiheeseen

Potilaan kotiutumisvaihe on potilasturvallisuuden kannalta yksi merkittävimmistä siirtovaiheista (Weiss ym. 2007). Kesken jäänyt kotiutusprosessi voi vaikuttaa potilaan huonoon toipumiseen leikkauksesta tai takaisin palaamiseen sairaalahoitoon (Shepperd ym. 2013). Hoidon jatkuvuus on tärkeää turvata kotiutumisen jälkeenkin. Lyhyen sairaalahoitajakson jälkeen leikkauksesta toipuvan potilaan on muistettava mm. kotihoito-ohjeita sekä osata hoitaa itseään kotona. Kotiutusprosessin vaiheiden yhtenäistäminen ja normittaminen voi auttaa välttämään hoitovirheitä ja lisätä kotiutumisen turvallisuutta. (Ben-Morderchai ym. 2009.) Perusteellinen tarkistuslista on näin ollen hyvä kotiuttamisen apukeino hoitohenkilökuntaa varten.

Erityisesti iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden kotiutuminen sairaalasta on tärkeä siirtovaihe. Erään tutkimuksen tavoitteena oli kehittää tarkistuslista iäkkäiden potilaiden kotiutumiseen (Halasyaman ym. 2006). Kehitelly tarkistuslista keskittyi lääkehoidon turvallisuuteen, potilaiden ohjaukseen ja kontrollien suunnitteluun. Kotiutumisen tarkistuslista on tärkeä keino sairaalan kotiutusprosessin yhtenäistämiseen. Kuitenkin tarkistuslistan tulee muokkautua kunkin osaston tarpeiden ja käytäntöjen mukaisesti. (Halasyaman ym. 2006.)

Toisessa tutkimuksessa oli kehitelty ja analysoitu tarkistuslista, joka oli tarkoitettu hoitajia varten kotiuttaessa ortopedisiä potilaita (Hadjistavropoulos ym. 2009). Kyseinen tarkistuslista oli kehitelty palvelemaan potilaiden hoidon jatkuvuutta. Ortopedisten potilaiden hoidon tarpeet eivät lopu kotiutumisen jälkeen vaan yleensä jatkuvat jopa kuukausien aikana. Saumaton hoidon jatkuvuus eri tahojen välillä on haaste. Kehitetty tarkistuslista paransi niitä normeja, jotka varmistivat hoidon jatkuvuutta. Tarkistuslistan avulla pystyttiin varmistamaan, että kaikki kotiutumistehtävät oli tehty, vaikka itse kotiutumiselle olisi esteitä. Lisäksi tarkistuslista nähtiin hyvänä keinona rohkaista hoitajia ottamaan yhteyttä muihin hoitotahoihin varmistaakseen, että potilaan hoito oli suoritettu loppuun. Hoitajat saivat varmuutta siitä, että potilaan hoidossa ei jäänyt aukkoja tai tekemättä jääneitä asioita. Myös potilaiden tietoisuus omasta hoidosta lisääntyi, sillä he saivat kopion tarkistuslistasta ja pystyivät läpikäymään sitä yhdessä hoitajan kanssa. (Hadjistavropoulos ym. 2009.)

3.6.2 Potilaan tarkistuslista

Potilaslain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (17.8.1992/785). Tutkimukset osoittavat, että potilaiden ja heidän omaistensa osallistuminen kotiutuprosessiin voi parantaa hoidon tuloksia, vähentää ei-suunniteltuja uusia sairaalajaksoja ja lisää potilaiden tyytyväisyyttä (Bauer, Fitzgerald, Haesler & Manfrin 2009; Shepperd ym. 2013). Omaisten huomioiminen ohjauksessa on tärkeää potilaan leikkauksen jälkeisen toipumisen kannalta (Eloranta ym. 2014).

Yhdysvaltojen terveydenhuoltolaitoksessa (U.S. Department of Health & Human Services) on kehitelty opas potilaita ja perheitä varten vahvistamaan hoidon laatua ja turvallisuutta. Tutkittu ja näyttöön perustuva opas sisältää tarkistuslistan, jonka avulla potilas ja hänen omaiset voivat varmistaa, että kaikki olennaiset tiedot on saatu ja tehtävät on suoritettu ennen kotiutumista. Tarkistuslistassa on esitetty kysymyksien muodossa hoidon tärkeimmät seikat, joita pitää varmistaa ennen kotiutumista. Potilas ja hänen läheisensä voivat itse läpikäydä kysymyksiä ja tehdä muistiinpanoja. Näin potilaat voivat osallistua aktiivisemmin omaan hoitoon ja päätöksiensä tekoon. Lisäksi potilaat ja läheiset saavat rohkeutta kysyä asioista ja kokevat, että he pystyvät vaikuttamaan hoidon päätöksiin.

4 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Tämän opinnäytetyön menetelmänä on käytetty toiminnallista menetelmää. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle, ja se tavoittelee ammattitoiminnan ohjeistamista, opastamista, järjestämistä ja järjeistämistä (Vilka & Airaksinen 2003, 9). Tutkimukseksi voidaan nimittää mitä tahansa toimintaa (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2008). Se voi olla esitys, opas, ohjekirja tai kartoitus. Ammattikorkeakoulun opetuksen tarkoituksena on tukea yksilön ammatillista kasvua ja kehittää työelämää (Vilka 2015, 16). Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen. Se tukee ammatillista kasvua, lisää vastuuntuntoa ja opettaa projektihallintaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 17.) Tämän opinnäytetyön aihe on saatu Pshp:lta. Opinnäytetyön tuotos, tarkistuslista on tarkoitettu palvelemaan käsi- ja plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen osaston sairaanhoitajia kotiutettaessa potilaita. Tarkistuslistan on tarkoitus muistuttaa hoitajia kokonaisvaltaisen ja turvallisen kotiutumisen keskeisistä toimintatavoista jokaisen potilaan kohdalla. Opinnäytetyöprosessin aikana syntyi idea erillisestä tarkistuslistasta potilaita varten. Potilaiden tarkistuslista auttaa potilaita aktiivisesti vaikuttamaan omaan kotiutumiseen ja antaa tietoa omasta hoidosta.

Toiminnallinen opinnäytetyö muodostuu kehittävästä tuotteesta tai tapahtumasta ja prosessia kuvailevasta kirjallisesta raportista (Hakala 2004, 28). Kirjallisessa raportissa on osoitettava kykenevänsä pohtimaan alan teorioita (Vilka & Airaksinen 2003, 42–43). Taustatietojen kartoittaminen, tiedonhankinta ja tiedon kokoaminen järjestelmällisesti muodostavat lopulta tulkintakokonaisuuden joko kirjallisena tai tuotoksena tai molempina. Teoriaa voi hyödyntää keinona ja ajatuspohjana omassa tutkimuksessa. (Vilka 2015, 30–31.) Toiminnallisessa opinnäytetyössä raportointi, tutkimuksellisuus ja varsinainen tuotos muodostavat kokonaisuuden: niiden on oltava yhteensopivia ja tasapainossa (Mattila, Ruusunen & Uola 2006, 92). Tässä opinnäytetyössä teorian tiedon avulla haluttiin etsiä keinoja potilaan turvallisen kotiutumisen saavuttamiseksi. Teoriatietoa on käytetty kehitettäessä lopulta tuotos, tarkistuslista. Tavoitteena oli etsiä ajankohtaista näyttöön perustuvaa tietoa, jotta voi kehittää työelämää palvelevaa tarkistuslistaa. Työn teoriaisuus ja käytetyt tutkimukset ovat auttaneet tarkistuslistan kehittämisessä.

Laadukas opinnäytetyö on aiheeltaan ja taustaltaan riittävän perusteltu. Työn aiheen tulee olla ajankohtainen ja tärkeä. (Hakala 2004, 29.) Opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen, sillä tarkistuslistoja otetaan käyttöön yhä enemmän. Tarkistuslistojen hyödyistä on selkeästi näyttöä niin suomalaisissa kuin kansainvälisissä tutkimuksissa (Herring, Caldwell & Jackson 2010; Kotkansalo ym. 2009; Pronovost ym. 2006; Veerdaasdonk, Stassen, Widhiasmara & Dankelman, 2008; Walker, Reshamwalla & Wilson 2012; Winters ym. 2009).

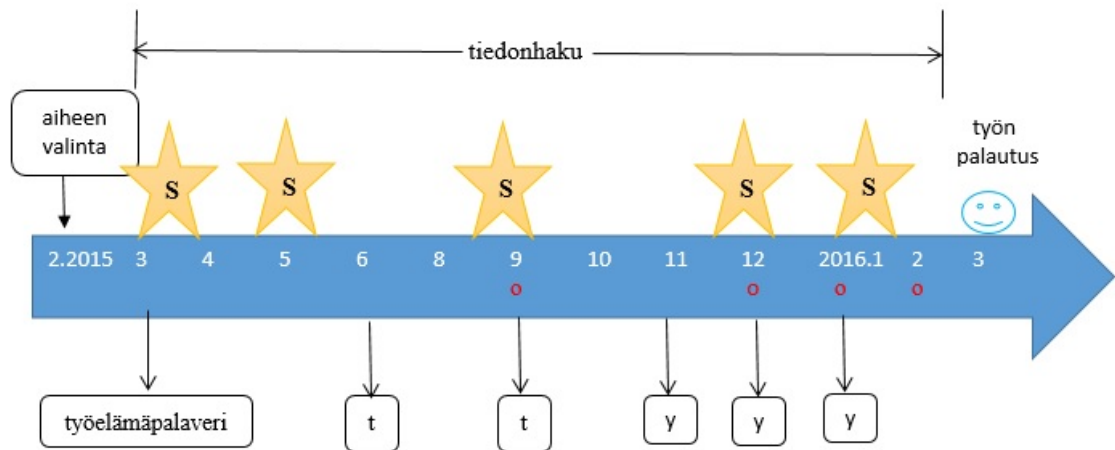
4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2015 aihevalinnasta. Aihe valittiin Pshp:n opinnäytetyöaiheista. Aihe kiinnosti opinnäytetyön tekijöitä, koska se oli ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Aihevalintaa seurasi työelämäpalaveri, jossa tarkasteltiin työn aihe ja työelämän tarve. Työelämätaho esitti omat toivomuksensa tulevan tuotoksen suhteen. Työn aihetta tarkennettiin myös. Opinnäytetyön suunnitelmaa aloitettiin tekemään keväällä ja se saatiin lopulliseen versioon syksyllä. Suunnitelma muokattiin useaan otteeseen ja ideaseminaarissa tuli paljon rakentavaa palautetta sekä muutoksia siihen. Alkukesällä käytiin tutustumassa Tules 2-osastoon. Siellä perehdyttiin osaston toimintaan sekä potilasryhmiin. Ensimmäinen vaikutelma osaston toiminnasta oli epäselvä ja moninainen. Osastolla hoidetaan käsi-, mikro- ja plastiikkakirurgisia sekä tuki- ja liikuntaelinkirurgisia potilaita. Tuntui ihmeelliseltä, että osastolla pystytään hoitamaan monen eri alan leikkauksia. Alkusyksyllä tehtiin toinen osastokäynti ja silloin päästiin seuraamaan kotiutumistilanteita. Osastokäynnin aikana opinnäytetyön tekijät huomasivat, että itse kotiutumistilanne on yksinkertainen ja lyhyt toiminto. Kotiuttaminen ei ole pelkästään potilaan lähettämistä kotiin, vaan kokonaisvaltainen prosessi, joka alkaa jo potilaan tullessa sairaalahoitoon.

Osastokäynnin jälkeen alkoi opinnäytetyön teorian tiedon kerääminen. Alkusyksystä tuli myös varsinainen tutkimuslupa opinnäytetyölle. Samanaikaisesti opinnäytetyön tekijät suorittivat tiedonhakukurssia ja oman opinnäytetyön aihetta oli helppoa liittää siihen. Opinnäytetyön teoriaosuus alkoi rakentumaan syyskuussa. Se oli suuri ponnistusaskel, josta oli helppoa jatkaa eteenpäin. Ajan järjestäminen oli muun opiskelun, harjoittelun sekä perhe-elämän kanssa haasteellista. Joulukuussa oli käsikirjoitusseminaari, jossa esitettiin keskeneräistä opinnäytetyötä ja saatiin hyviä neuvoja työn teoriaosuuteen sekä

tarkistuslistan tekemiseen. Toinen suuri edistymisen askel tuli joulukuun kohdalle. Silloin opinnäytteen teoriaan tuli paljon uutta tekstiä. Tammikuussa 2016 opinnäytetyön teoriaan tuli paljon muutoksia ja sieltä piti poistaa paljon sellaista tekstiä, joka ei suoraan liittynyt opinnäytetyön aiheeseen. Oli vaikeaa luopua tekstistä, sillä se tuntui sillä hetkellä olevan tärkeä osa opinnäytetyötä. Kirjoittaminen on kuitenkin prosessi ja siihen tulee muutoksia matkan varrella. On tärkeää osata rajata opinnäytetyön tekstiä, jotta se pysyy oman aiheen sisällä. Tammikuussa alkoi opinnäytetyön tuotoksen työstäminen. Ensimmäinen versio sairaanhoitajien ja potilaiden tarkistuslistoista lähetettiin työelämäyhteyteen. Työelämäohjaajan kanssa käytyjen palaverien aikana mietittiin yhdessä tarkistuslistojen sisältöä ja ulkoasua. Työelämäohjaaja esitti toiveen lyhyestä ja ytimekkästä tarkistuslistasta, joka olisi taskun kokoinen. Potilaille tarkoitettu tarkistuslista sai kehuja ja idea oli työelämäohjaajan mielestä hyvä. Tarkistuslistoja työstettiin useaan otteeseen ennen lopullista versiota. Tarkistuslistoja tuli lopulta neljä kappaletta. Sairaanhoitajien tarkistuslistoja on kaksi, joista toinen on ensimmäinen pidennetty versio ja toinen on lyhyt taskuun mahtuva. Potilaiden tarkistuslistoja on myös kaksi. Toinen on A4-paperin kokoinen ja toinen on esite-muodossa. Helmikuussa opinnäytetyö saatiin lopulliseen muotoon. Työelämäohjaaja on ollut tärkeä tekijä, jolta opinnäytetyön tekijät saivat konkreettista tietoa osaston toiminnasta ja neuvoja tarkistuslistaa varten. Opinnäytetyön prosessin aikana tekijät ovat käyttäneet hyödyksi ohjaavan opettajan vinkkejä ja ohjeistuksia. Ohjeistuksen avulla opinnäytetyön tekijät ovat pystyneet muokkaamaan omaa opinnäytetyötä jäsentyneempään muotoon.

Opinnäytetyötä kirjoitettiin ahkerasti ja tarkistuslistoja muokkailtiin vielä joulukuun aikana. Teoriaosuuteen kirjoitettiin pohdintaosuus ja tarkistuslistan sisältö. Pohdintaa kirjoittaessa tekijät pohtivat onko opinnäytetyö onnistunut vastaamaan asetettuihin kysymyksiin. Siinä ikään kuin irtauduttiin ulkopuolelle tarkastelemaan oman työn tuloksia.



Kuvio : opinnäytetyön prosessin kuvaus. Oranssit S-kirjaimella merkityt tähdet tarkoittavat seminaareja (ideaseminaari 3.2015, suunnitelmaseminaari 5.2015, väliseminaari 9.2015, käsikirjoitus seminaari 12.2015 sekä väliseminaari 2.2016). O-kirjain tarkoittaa ohjausta ohjaavan opettajan kanssa. T-kirjain tarkoittaa tutustumiskäyntejä osastolla. Y-kirjain tarkoittaa yhteistyö-käyntejä osastolla. 21.3.2016 Opinnäytetyön palautus.

5 TARKISTUSLISTAN SISÄLTÖ

Ennen kuin hoitoalan tarkistuslistaa voidaan kehittää, pitää miettiä mihin tarkoitukseen se on tulossa. Tarkistuslistan käyttötarkoitus määrää sen sisällön. (Checklists to improve patient safety 2013.) Hyvän tarkistuslistan kuuluu olla lyhyt ja helppolukuinen. Termit tulee olla käyttäjien ymmärrettävissä. Tarkistettavat kohdat tulee olla samantyyppisiä, esimerkiksi kysymyksien tai väittämien muodossa. Asiat tulee käydä läpi kronologisessa järjestyksessä. Listan ei tule hidastaa työntekijöiden toimintaa, vaan auttaa työn muistamisessa ja tehtävien läpikäymisessä. (Blomgren & Pauniahon 2013, 288.)

Kyseisen opinnäytetyön tuotoksena syntyi neljä eri tarkistuslistaa, joista kaksi ovat sairaanhoitajia varten ja kaksi on potilaita varten. Tarkistuslistat ovat tarkoitettuja Tules 2 osaston potilaiden kotiutumistilanteeseen. Tarkistuslistan kuuluu perustua tutkittuun tietoon (Blomgren & Pauniahon 2013, 287). Tarkistuslistojen tekemiseen on katsottu mallia israelilaisesta tutkimuksesta, jota on käytetty opinnäytetyön teoriassa (Ben-Morderchai ym. 2009). Tarkistuslistojen sisältö nojautuu opinnäytetyössä käytettyyn teoriaan ja tutkimustietoon.

Ensimmäinen tarkistuslista on alkuperäinen versio, johon kuuluu yleisten pääkohtien lisäksi erilliset osiot käsi-, plastiikkakirurgisen sekä ortopedisen potilaan kotiutumisesta. Blomgrenin sekä Pauniahon (2013, 287) mukaan tarkistuslistan tulee sisältää niitä työtehtäviä, jotka ovat alttiita virheille. Tarkistettaviksi kohdiksi valitaan niitä asioita, joiden laiminlyönti altistaa potilaan haittatapahtumalle. Ympäristön vaihtuminen sekä moninaiset työtehtävät lisäävät virheiden mahdollisuutta. (Blomgren & Pauniahon 2013, 287.) Potilaan kotiutuminen on esimerkki ympäristön vaihtumisesta. Opinnäytetyön tarkistuslista sisältää kotiutumisen kannalta tärkeimmät työtehtävät. Ennen kotiutumista sairaanhoitajan tulee mm. tarkistaa potilaan laboratorio-arvot, leikkaushaavan kunto sekä lääkehoito. Näiden asioiden laiminlyönti saattaa johtaa leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden syntymiseen ja potilaan palaamiseen sairaalahoitoon. Myös potilaan ohjaus on välttämätön tarkistuslistan osa-alue. Esimerkiksi haavan infektoitumisen merkit tulee ohjata potilaalle ennen kotiutumista.

Kotiutumispäätöksen tekee lääkäri, ja sairaanhoitaja järjestää potilaan kotiutumisasiat. Tarkistuslistan avulla sairaanhoitaja varmistaa, että potilas saa kaikki tarvittavat paperit, hänen kyytinsä sairaalasta on järjestetty sekä osastokohtaiset käytännön asiat tehty ku-

ten kotiin lähtevän potilaan nimen laittaminen taululle. Tarkistuslista sisältää kohdat potilaan ja omaisen ohjaamisesta. Keskeisimmät ohjausaiheet ovat haavan hoidosta, lääkehoidosta sekä liikerajoituksista. Plastiikkakirurgian osuus on punaisena, ortopedinen keltaisena ja käsikirurginen osuus vihreänä. Värit on valittu Tules 2 osaston käytännönmukaisesti. Alueet on haluttu erottaa, koska niiden kotiutumishjeet ovat erilaiset. Esimerkiksi plastiikkakirurgisen potilaan kohdalla on tärkeää tarkkailla kielekettä, jos on tehty rekonstruktioleikkausta. Myös liikerajoitukset tulee ottaa huomioon. Ortopedisen potilaan kotiutumisen ohjaukseen huomioidaan kierto- ja taivutuksien välttämistä. Käsikirurgisen potilaan kohdalla on tärkeää ohjata käsisidoksen tekemistä. Käsikirurgisten leikkausten jälkeen käden asentohoito ja suojalastan käyttäminen on tärkeää.

Toinen tarkistuslista on tehty ensimmäisen version mukaisesti ottaen huomioon työelämätahon toiveita. Tarkistuslistaan on jätetty vain tärkeimmät yleiskohdat ja poistettu käsi-, plastiikkakirurginen sekä ortopedinen osuus. Työelämätaho toivoi lyhyttä ja selkeää tarkistuslistaa, joka olisi taskun kokoinen. Tarkistuslistaan tehtiin kaksi eri osiota. Ensimmäinen käsittelee lääkärin kierrolla tulevia asioita ja toinen sisältää kotiuttamistoimenpiteitä.

Potilaille tarkoitettu tarkistuslista on muokattu monesti prosessin aikana. Idea syntyi amerikkalaisesta potilastarkistuslistasta (Liite 2). Opinnäytetyön tekijät halusivat tuoda uutta ajatusta omaan opinnäytetyöhön ja kehittää kotiuttamisen käytäntöä potilaan tarkistuslistan avulla. Potilasohjauksen lähtökohtana tulee olla potilaskeskeisyys (Montin 2008). Kehitetyn potilastarkistuslistan avulla potilaat pääsevät vaikuttamaan omaan hoitoonsa aktiivisesti. Leikkauksen jälkeen potilaat ovat yleensä heikossa kunnossa ja tarvitsevat paljon tukea ja ohjausta. Osastohoito on lyhentynyt ja potilaat saattavat olla kotiutumishetkellä vielä herkässä toipilasvaiheessa. Myös kipulääkkeillä on oma vaikutuksensa potilaiden olotilaan. Kotiutumisvaiheessa potilaan pitää sisäistää tarvittavat kotihoito-ohjeet lyhyessä ajassa. Potilaan oma tarkistuslista toimii apukeinona potilaan kotiutumisprosessissa. Tarkistuslista sisältää eri osioita kuten haavanhoito, kivunhoito, liikkuminen, kuntoutuminen sekä yleiset kotiutumisasiat. Potilaat sekä heidän omaisensa pääsevät tarkistuslistan avulla arvioimaan omaa osaamista ja valmiutta kotiinlähtöön. Tarkistuslista käsittelee esimerkiksi kivunhoidon ja haavanhoidon osaamista sekä liikumisrajoitteiden ja apuvälineiden huomioimista. Potilaan tarkistuslistasta tehtiin vielä lopuksi kaksi versiota: toinen on A4-arkin kokoinen ja toinen taiteltu esite-muodossa.

Potilaan tarkistuslistan kysymyksiä ei eritelty eri terveydenhuollon ammattien mukaisesti, vaan ryhmiteltiin eri teemoihin kuten kivunhoito, haavanhoito ja liikkuminen. Tekijät halusivat tehdä tarkistuslistan potilaslähtöisesti. Potilaan kannalta ei ole tärkeää erottaa eri terveydenhuollon ammatteja, vaan hoidon tulisi olla kokonaisvaltainen. Lääkärit, sairaanhoitajat ja fysioterapeutit hoitavat leikkauksen jälkeen potilasta yhteistyössä. Suomen sosiaali- ja terveystieteiden linjauksien mukaan hoitoa ja palveluita tulee tuottaa asiakaslähtöisesti eri ammattiryhmien välisenä yhteistyönä (Kaste 2008-2011).

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa tarkistuslista, joka auttaisi sairaanhoitajia potilaiden kotiuttamisessa käsi- ja plastiikkakirurgisella sekä ortopedisellä osastolla. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja työelämää kehittävää. Opinnäytetyölle oli asetettu neljä tehtävää, joiden tarkoituksena oli tuottaa tietoa tarkistuslistan luomiseksi. Asetetut tehtävät johdattelivat opinnäytetyön prosessia ja auttoivat aiheen avaamisessa. Muodostetut käsitteet ja viitekehys auttoivat myös muodostamaan kokonaisuuden opinnäytetyön aiheesta. Opinnäytetyö on onnistunut vastaamaan kaikkiin asetettuihin tehtäviin. Työtä auttoi paljon pääkäsitteiden jäsentäminen ja niiden tarkasteleminen työn aikana. Isompana antina oli ajankohtaisten ja kansainvälisten tutkimuksien löytäminen. Tutkimukset toivat näyttöön perustuvaa ja tutkittua tietoa käsittelemistä aiheista. Tutkimuksien lukeminen ja käyttäminen opinnäytetyössä oli antoisaa ja opettavaista. Tutkimukset antoivat uutta näkökulmaa tutkittavien asioihin ja syvensivät tietoa niistä.

Kirjoittaminen on aina prosessi ja valmis työ ei synny heti alusta (Mattila ym. 2006, 93). Opinnäytetyön vaiheet olivat erilaiset. Aloittaminen tuntui vaikealta, koska opinnäytetyön aihe ei vielä selvennyt opinnäytetyön kirjoittajille. Alussa ei ollut helppoa hahmottaa työn kokonaisuutta. Opinnäytetyöstä on jouduttu poistamaan osa tekstistä, joka ei suoranaisesti liittynyt aiheeseen. Opinnäytetyöhön on kuitenkin jätetty teoriaa käsi-, plastiikkakirurgisista sekä ortopedisistä leikkauksista ja niiden postoperatiivisesta hoidosta. Tekijät kokivat tärkeäksi kuvata osaston yleisimpiä leikkauksia ja niiden hoitoa. Osaston toimintaan perehtyminen auttoi tarkistuslistan laatimisessa. Leikkauksiin ja niiden hoitoon perehtyminen auttoi ymmärtämään kotiutuvan potilaan tarpeita. Opinnäytetyön tekijät halusivat tutustua kyseisen osaston toimintaan, jotta voisivat luoda kokonaisvaltaisen kuvan siitä. Eri leikkauksien kuvaileminen oli haasteellista, sillä monet niistä eivät olleet tuttuja ennestään. Kotiutumisprosessi kestää koko sairaalahoidon ajan, joten myös postoperatiivinen hoitotyö liittyy siihen. Jos leikatulla potilaalla ilmenee jotain ongelmia leikkauksen jälkeen, se vaikuttaa myös kotiutumiseen.

Oman haasteensa työhön toi suomen kielen vaikeus, sillä kumpikin opinnäytetyön tekijä on ulkomaalaistaustainen. Opinnäytetyön tekeminen oli kuitenkin antoisa ja opettavainen prosessi, jonka aikana opinnäytetyön tekijöiden tieto aiheesta on syventynyt. Opinnäytetyöprosessin aikana tekijät perehtyivät potilasohjausta käsitteleviin ajankohtaisiin tutkimuksiin. Näyttöön perustuvaa tietoa voi soveltaa myös omassa työkäytännössä.

Esimerkiksi teach-back metodia voi soveltaa omassa työssä potilaiden ohjauksessa. Opinnäytetyön kirjoittajien välinen yhteistyö on sujunut pääosin hyvin, joskin ristiriitajakin on ollut. Sairaanhoidajan yksi tärkeä ominaisuus on pystyä keskustelemaan kollegoiden kanssa ja käsittelemään ristiriitoja. Opinnäytetyö vaatii tekijöiltään omaa aloitteellisuutta, aktiivista, kriittistä ja tavoitteellista toimintaa (Mattila ym. 2006). Opinnäytetyön kirjoittajat ovat tehneet aktiivisesti opinnäytetyötä ja tavoittaneet laadukasta lopputulosta. Opinnäytetyön tekijät ovat tyytyväisiä omaan saavutukseensa ja lopputulokseen.

Tarkistuslistoja on kehitelty paljon ja aiheesta on tehty monia opinnäytetöitä. Tämän opinnäytetyön yhtenä haasteena oli tuoda uutta ajatusta tästä aiheesta. Opinnäytetyön tekijät keskittyivät ajankohtaisten tutkimuksien ja uusien keksintöjen löytämiseen. Potilastarkistuslistan käyttäminen on yleinen esimerkiksi USA:ssa, mutta Suomessa melko tuntematon käytäntö. Opinnäytetyön tekijät halusivat laatia potilastarkistuslistan, koska sillä on todistetusti hyviä vaikutuksia potilasturvallisuuteen ja hoidon onnistumiseen. Opinnäytetyössä on onnistuttu lähestymään aihetta uudesta näkökulmasta. Teoriaosuudessa on korostettu potilasohjauksen tärkeyttä ja tuotu esille potilasohjauksen kehittämismahdollisuuksia. Kotiutumista tarkastellaan prosessina, jossa potilaalla ja hänen omaisillaan on tärkeä vaikuttamisen rooli. Potilaan oma tarkistuslista pohjautuu potilaan oman vaikuttamisen mahdollisuuteen. Opinnäytetyössä kaikki teoreettiset aiheet nivoutuvat yhteen ja luovat pohjan tarkistuslistan luomiselle. Potilasturvallisuus on säilyttävä kotiutumisvaiheessa, jotta potilas siirtyy turvallisesti kotiin eli hoidon jatkuvuus säilyy. Potilaan hyvä ohjaus lisää potilasturvallisuutta ja varmistaa hoidon jatkuvuutta. Tarkistuslista on sairaanhoitajan apukeino hyvän potilasohjauksen tueksi. Viitekehys kuvastaa hyvin käsitteiden yhteenkuuluvuuden.

Opinnäytetyöprosessin aikana tekijät oppivat käyttämään erilaisia tietokantoja sekä lukemaan kansainvälisiä tutkimuksia. Tekijät hyödynsivät Tampereen Yliopiston Arvo-kirjastoa etsiessä maksullisia tutkimuksia. Tekijät oppivat myös arvioimaan tietolähteiden luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön tekijöiden on osattava järjestellä ja analysoida asioita, luoda uusia yhteyksiä asioiden välille ja osoittaa havainnon toistuvan (Mattila ym. 2006, 96). Kyseisessä työssä tekijät ovat onnistuneet järjestelemään teorian ja luomaan yhteyksiä niiden välille. Opinnäytetyön kysymykset kulkevat punaisena lankana koko työn aikana.

Opinnäytetyöprosessi on ollut opettavainen ja ammatillisesti kasvattava. Tutkimukset ovat auttaneet ymmärtämään, miten tärkeää on potilaan kokonaisvaltainen kotiuttaminen. Kotiuttaminen ei ole pelkästään viimeisen hoitopäivän toiminta, vaan koko hoitajakson kestävä prosessi. Prosessin aikana opinnäytetyön tekijät oppivat paljon potilaan ohjauksesta ja sen kehittamisestä. Sairaanhoidtaja toimii opettajana ja tukijana potilaan ohjaamisessa. Potilaan ohjausta voi ja pitää kehittää enemmän potilaslähtöiseksi. Siihen voi lisätä erilaisia metodeja kuten teach-back metodi. Sairaanhoidtajan pitää myös huomioida enemmän potilaan läheisiä ja hyödyntää heidän voimavarojansa potilaan hoidon jatkuvuudessa. Opinnäytetyöprosessin aikana tekijät tutustuivat ulkomaalaisiin kotiutumiskäytäntöihin tutkimuksien kautta. Vaikka kaikkia käytäntöjä ei voi soveltaa suomalaiseen terveydenhuoltoon, periaate on sama – potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden on säilyttävä. Opinnäytetyön tekijät ovat huomanneet, että ulkomailla käytetään potilaille tarkoitettuja tarkistuslistoja. Niiden avulla lisätään potilaan vaikuttamista omaan hoitoonsa. Potilaan tarkistuslista herätti oivallusta opinnäytetyön aikana ja tekijät halusivat soveltaa tätä käytäntöä myös omassa työssään. Ajatusta on puoltanut myös työelämätaho. Opinnäytetyön tekijöiden kliinisen hoitotyön osaaminen on myös lisääntynyt. Yleisimmät käsi-, plastiikkakirurgiset sekä ortopediset leikkaukset ja niiden postoperatiivinen hoitotyö tulivat tutuiksi opinnäytetyöprosessin aikana. Opinnäytetyön tekijät halusivat lisätä niitä opinnäytetyön teoriaan, sillä niiden kautta on helpompi ymmärtää tarkistuslistan sisältöä.

Opinnäytetyö vaatii paljon aikaa. Opinnäytetyöprosessi olisi voitu aloittaa aktiivisemmin jo heti alussa. Silloin osaston tutustumiskäynneistä ja ideaseminaarista olisi saanut enemmän hyötyä. Opinnäytetyösuunnitelman tekeminen venyi turhan pitkäksi aikaa.

Opinnäytetyö oli ensimmäinen laaja kirjallinen työ molemmille tekijöilleen. Prosessin aikana tekijät perehtyivät kirjoittamaan tieteellistä asiatekstiä, laatimaan lähdemerkintöjä ja lähdeluetteloa.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekemiseen kuuluu olennaisena osana eettisten periaatteiden noudattaminen. Tutkimusetiikka kulkee mukana tutkimuksen alusta loppuun. Se tarkoittaa niitä sääntöjä, joita tutkimuksen tekijät noudattavat suhteessa toisiin kollegoihin, tutkimus-

kohteeseen ja yleisöön. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijoiden on noudatettava eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. (Vilkkä 2015, 41–42.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös rehellinen, huolellinen ja tarkka toimintatapa tutkimustyössä. Muiden tutkijoiden työtä on huomioitava ja tehtävä asianmukaiset lähdeviittaukset. Tutkimuksen tekijä vastaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja tutkimuksen rehellisyydestä sekä vilpittömyydestä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132–133.) ”Mitä tarkempaa ja huolellisempaa viittaaminen ja lähdeviitteiden merkitseminen on, sitä paremmin tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä” (Vilkkä 2015, 45). Tässä opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähdeviitteitä on merkitty ja tarkistettu useaan otteeseen.

Tutkimusaiheen valinta on oltava myös eettisesti kestävä. Aiheen on oltava merkityksellinen omalle tieteenalalle sekä yhteiskunnalle. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.) Tämän opinnäytetyön aihe on suoraan Pshp:lta. Tekijät valitsivat kyseisen aiheen, koska halusivat edistää potilasturvallisuuden toteutumista hoitotyössä. Tarkistuslistan käyttöönottoa terveydenhuollossa voi lisätä Suomessa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tarkistuslistan Tules 2 osastolle. Sen lisäksi tekijät halusivat lisätä potilaslähteistä hoitotyötä kehittämällä potilastarkistuslistan.

Opinnäytetyön luotettavuutta voi tarkastella käytettyjen lähteiden arvioinnilla. Lähteiden valinnassa on hyvä huomioida kirjoittajien tunnettuus ja arvostettuus. Tärkeä seikka on myös lähteen ikä ja lähdetiedon alkuperä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2014, 113.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty käyttämään kansainvälisiä ja ajankohtaisia tutkimuksia. Tärkeimmät tutkimukset, joita on käytetty, ovat peräisin luotettavista tieteellisistä lehdistä. Opinnäytetyön tekijät ovat kiinnittäneet huomiota artikkeleiden laatuun ja valinneet vertaisarviointiprosessin läpikäyviä julkaisuja. Tietokantoja on käytetty PubMed, Cochrane library, EBSCOhost, Journal ovid sekä Cinahl. Lähteiden luotettavuutta lisää myös viranomaistiedon käyttäminen. Opinnäytetyössä on hyödynnetty THL:n, Valviran sekä amerikkalaista AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) järjestöä. Suurin osa käytetyistä lähteistä on ajallisesti kymmenen vuoden sisällä. Yksittäiset lähteet ovat 2000-luvun alusta, mutta niiden teoriatieto ei ole muuttunut vuosien aikana. Opinnäytetyön tekijät ovat käyttäneet teoriatietoa kriittisesti ja arvioineet sen soveltuvuutta omaan työhön.

Opinnäytetyöprosessin aikana tehdyt Tules 2 osaston tutustumiskäynnit ja yhteydenpito sähköpostitse työelämätahon kanssa lisäsivät opinnäytetyön luotettavuutta. Osaston potilasryhmät, leikkaukset ja kotiutumiseen liittyvät toimenpiteet tulivat tutuiksi tutustumiskäynneillä. Työelämätaholta on saatu myös arvokasta tietoa osaston toiminnasta. Osaston tutustumiskäynnit auttoivat oivaltamaan, että kotiutuminen on prosessi, joka kestää koko hoitajakson aikana. Opinnäytetyössä on otettu huomioon työelämätahon toivomuksia tarkistuslistan laatimisessa.

Tekijänoikeuslain (8.7.1961/404) mukaan tieteellisen tai kirjallisen teoksen tekijällä on tekijänoikeus omaan teokseen. Tekijänoikeudet koskevat myös kuvia ja piirustuksia. Tässä opinnäytetyössä käytettyjen kuvioiden alkuperää on merkattu asianmukaisesti lähteisiin. Osa kuvioista on tehty itse, joten niiden tekijänoikeudet ovat opinnäytetyön tekijöillä.

6.2 Kehittämisehdotukset

Tulevaisuudessa voisi tutkia, mitä tuloksia tarkistuslistan käyttämisellä on saavutettu. Erityisesti kiinnostaisi miten potilaan tarkistuslista on vaikuttanut potilaan tyytyväisyyteen sairaalahoitoon ja selviytymiseen kotona leikkauksen jälkeen. Tästä voisi tehdä laadullisen tutkimuksen, jossa tutkittaisiin potilaiden tarkistuslistan käyttökokemuksia. Tämä on mielenkiintoinen ja uusi aihe, koska potilaan tarkistuslistaa ei ole aiemmin tutkittu Suomessa. Jatkossa voisi tutkia myös, miten potilaan tarkistuslista on vaikuttanut potilaan kotiutumisvalmiuteen. Tästä voisi tehdä määrällistä tutkimusta selvittämään onko potilaiden palaaminen sairaalaan kotiutumisen jälkeen vähentynyt ja ovatko kotiutumisen jälkeiset soitot osastolle vähentyneet. Sairaanhoidajien kokemuksia tarkistuslistan käytöstä olisi myös mielenkiintoista tutkia. Teach-back metodi on vähäisessä käytössä Suomen terveydenhuollossa. Metodi perustuu näyttöön ja sen on tutkittu auttavan potilaiden ohjauksessa (Kornburger ym. 2013). Teach-back metodin käyttämisestä voisi järjestää koulutusta hoitohenkilökunnalle ja metodia voisi ruveta käyttämään systemaattisesti osastolla.

Tarkistuslista on yksinkertainen, helppokäyttöinen sekä taloudellinen keino potilasturvallisuuden lisäämiseksi (Hadjistavropoulos ym. 2009). Tulevaisuudessa voi tutkia, mitä vaikutusta tarkistuslistan käyttämisellä on erikoissairaanhoidon kustannustehok-

kuuteen. Mielenkiintoista olisi saada tietää, onko potilaiden tyytyväisyys sairaalahoitoon lisääntynyt potilastarkistuslistan myötä.

Tarkistuslista on hyödytön, jos sitä ei käytetä. Työntekijöiden kouluttaminen ja motiivointi on välttämätöntä ja siihen on hyvä panostaa. Jotta tarkistuslista tulisi käyttöön, sen tarkoitusta ja käyttöä on perusteltava hyvin. Tarkistuslistan käyttäminen on ryhmätyötä. Esimiesten tai työyksikössä arvostettujen työntekijöiden julkinen tuki auttavat tarkistuslistan käyttöönotossa. (Blomgren & Pauniahho 2013, 288.) Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyneet tarkistuslistat tulisi ottaa aktiivisesti osaston käyttöön. Hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa ja rohkaista tarkistuslistan käyttämisessä. Sairaanhoidajien vastuulle jää myös potilaiden tarkistuslistan käyttäminen. Sairaanhoidajat voisivat kannustaa potilaita oman tarkistuslistan käyttämisessä koko sairaalahoidon aikana. Potilaan tarkistuslistan käyttöä voisi tulevaisuudessa laajentaa myös muiden osastojen käyttöön.

Tarkistuslistan ylläpito on jatkuva prosessi. Listan kohtia pitää säännöllisesti arvioida ja muuttaa uusimman tiedon mukaisesti. Myös palaute vaikuttaa tarkistuslistan muutokseen. (Blomgren & Pauniahho 2013, 290.) Kyseisen opinnäytetyön tarkistuslistat tulisi tarkistaa ja päivittää osaston käytäntöjen muuttuessa. Ennen tarkistuslistan käyttöä on olennaista, että sairaanhoidajat soveltaisivat sen jokaisen potilaan tarpeisiin. Tarkistuslistan käyttäminen tulisi olla potilaslähtöistä ja yksilöllistä. (Hadjistavropoulos ym. 2009)

LÄHTEET

- Agency for Healthcare Research and Quality. 2013. Viitattu 29.2.2016.
<http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy4/index.html>
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Aro, H. & Kettunen, J. 2010. Luunmurtumat. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.) Traumatologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Atwal, A. 2002. Nurse's perceptions of discharge planning in acute health care: A case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing* 39(5): 450-8.
- Ben-Morderchai, B., Herman, A., Kerzman, H. & Irony, A. 2010. Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 14, 66-74.
- Block, L., Morgan-Gouveia, M., Levine, RB. & Cayea, D. 2014. We Could Have Done a Better Job: A Qualitative Study of Medical Student Reflections on Safe Hospital Discharge. *The American Geriatrics Society* 62, 1147-1154.
- Blomgren, K. & Pauniahho, S.L. 2013. Terveysthuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L.M. & Rosengerg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.
- Bonaldi-Moore, L. 2009. The Nurse's Role in Educating Postmastectomy Breast Cancer Patients. *Plastic Surgical Nursing* 29, 212-219.
- Boughton, M. & Halliday, L. 2009. Home alone: patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse* 33 (1): 30-40.
http://www.researchgate.net/publication/26775318_Home_alone_Patient_and_carer_uncertainty_surrounding_discharge_with_continuing_clinical_care_needs
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., Manfrin, M. 2009. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2539-2546.
- Castren, M., Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Palovammat. *Ensiapuopas. Terveyskirjasto*. Luettu 29.12.2005.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=spr00009
- Checklists to improve patient safety. 2013. Health Research & Educational Trust. Luettu 1.3.2016. http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/CkLists_PatientSafety.pdf
- Criteria for hospital discharge. 2015. American thoracic society. Luettu 18.1.2016.
<http://www.thoracic.org/copd-guidelines/for-health-professionals/exacerbation/definition-evaluation-and-treatment/inpatient/criteria-for-hospital-discharge.php>

Eloranta, A.M. 2006. Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. & Valkeapää, K. 2014. Läheiset tärkeä voimavara leikkauspotilaan ohjauksessa. *Pro terveys* 41 (5-6), 20–21.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Forssten, T. & Mutanen K. 2010. Palovammapotilas. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castren, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim.

Gillespie, BM., Chabover, W. & Murray, P. 2010. Enhancing communication in surgery through team training interventions. A systematic literature review. Luettu 22.9.2015 <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=77f6a176-91f1-4782-8104-ed6be78e3da6%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4106>

Grimmer, K., Guerin, M., Moss, J. & Falco, J. 2015. Discharge planning checklist for patient & carer. University of South Australia. Luettu 15.3.2016 https://www.unisa.edu.au/PageFiles/68218/DCPChecklist_new%20version.pdf

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2006. Kotiutumisen onnistuminen- kotihoidon henkilöstön näkökulma. *Sairaanhoitaja* 3: 28–31.

Göransson, H. & Vilkki, S. 2010. Käsivammat. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.) Traumatologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hadjistavropoulos, H., Garrat, S., Janzen, J-A., Bourgault-Fagnou, M-D. & Spice, K. 2009. Development and evaluating of a Continuity of Care Checklist for improving orthopaedic patient discharge from hospital. *Journal of Orthopaedic Nursing* 13: 183–193.

Hakala, J. T. 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudeamus Kirja

Halasyaman, L., Kripalani, S., Coleman, E., Schipper, J., Van Walraven, C., Nagamine, J., Torcson, P., Bookwalter, T., Budnitz, T. & Manning, D. 2006. Transition of Care for Hospitalized Elderly Patients- Development of a Discharge Checklist for Hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*. Vol.1 (6): 354–360.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki : WSOYpro Oy.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa K. & Pennanen, P. 2011 Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Herring, R., Caldwell, G. & Jackson, S. 2010. Implementation of a considerate checklist to improve productivity and team working on medical ward rounds. *Clinical Governance An International Journal* 16(2):129–136.

- Hietanen, H., Jahkola, T., Kauhanen, S., Kolehmainen, M., Kuokkanen, H., Rosenberg, L., Suominen, S. & Svarvar, C. 2016. Rinnankorjausleikkauksen käsikirja. <http://www.syopapotilaat.fi/potilasoppaat/rinnankorjausleikkauksen-kasikir/>
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13–14. osin uudistettu painos. Keuruu: Otava.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2003. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Houston, G. 2014. The Regulation and Quality Improvement Authority. Luettu 26.11.2015. http://www.rqia.org.uk/cms_resources/Press%20Release%20RQIA%20Discharge%20Review%2027%20Nov%2014%20web.pdf
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: SanomaPro.
- Jahkola, T., Leidenius, M. & von Smitten, K. 2010. Rintarauhanen. Teoksessa Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Kankare, J. & Helenius, I. 2012. Selkä. Teoksessa Kiviranta, I. & Järvinen, M. (toim.) Ortopedia. Helsinki: Kandidaattikustannus.
- Kanta. 2016. Omakanta. Luettu 18.3.2016. <http://www.kanta.fi/3>
- Karhunen, U. & Vuorenperä, A-M. 2015. Rinnan korjausleikkauksen jälkeinen kotihoito-ohje (LD-kieleke). Taysin Intra-ohje.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1. – 2. painos. WSOY.
- Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2008:6.
- Katajamäki, H. 2010. Replantaatiot ja revaskularisaatiot Tays:ssa 01.01.2005-31.05.2008. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Syventävien opintojen kirjallinen työ.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Lukijalle. Teoksessa Kinnunen, M., Peltomaa, K., Snellman, E., Reiman, T., Pietikäinen, E., Oedewald, P., Helovuori, A., Mustajoki, P., Ruuhilehto, K. & Leino-Kilpi, H. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.
- Kornburger, C., Gibson, C., Sadowski, S., Maletta, K. & Klingbeil, C. 2013. Using "Teach-Back" to Promote a Safe Transition From Hospital to Home: An Evidence-Based Approach to Improving the Discharge Process. *Journal of Pediatric Nursing* 28: 282–291.
- Koskinen, L. & Majamaa, J. 2012. Rekonstruktiopotilaan postoperatiivinen hoitotyö. Opetusmateriaalia hoitotyön koulutusohjelmaan. Hoitotyön koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

- Kotkansalo, T. 2010. Käden vammat. Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. Haava 1(13)
- Kotkansalo, A., Takala, R., Katila, A., Peltomaa, K., Aaltonen, R., Savunen, T., Kotilainen, E. & Ikonen, T. 2009. WHO:n tarkistuslistasta hyötyä neurokirurgian leikkauksissa. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 32. Luettu 19.12.2015.
<http://www.soy.fi/files/66.pdf>
- Kripalani, S., Levere, F., Philips, CO., Williams, M-V., Basaviah, P. & Baker, D. 2007. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for patient safety and continuity of care. JAMA 297(8):831–841.
- Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku - Hairpro- vaaratapahtumien analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyöhoitotieteellinen aikakauslehti. 2008(4): 10–14.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17 (5): 250–258.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva Hoitotyö 3 (3): 27–31.
- Laaksonen, R. 2015. Ohjeita selkäleikkauksen (laminectomy) jälkeen. Taysin Intra-ohje.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 159/2007.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Lepäntalo, M. 2004. Raajojen verisuonivammat. Teoksessa Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Luettu 10.2.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1
- Lipasti, M. & Polvinen, M-L. 2009. Lannerangan luudutusleikkauksen postoperatiivisen fysioterapian ohjausmateriaalin kehittäminen Jorvin sairaalassa. Fysioterapian koulutusohjelma. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen ja hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Malmberg, K. 2010. Kotiutusprosessin kehittäminen-Asiakkaan kotiutuminen erikoissairaanhoidosta Raisio-Rusko kotihoidon piiriin. Turun AMK. Opinnäytetyö.
- Manthey, M. 2012. The Practice of Primary Nursing. Minneapolis: Creative Health Care Management.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK-opiskelijalle. Helsinki: WSOY.
- McKenna, H., Keeney, S., Glenn, A. & Gordon P. 2000. Discharge planning: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing* 9 (4): 594-601.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, D.K. & Schumacher, K. 2000. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science* 23 (1): 12-28.
- Montin, L. (toim.) 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Turku: Uniprint Turku.
- Mäkeläinen, M. 2012. Käsidos. Ohje hoitohenkilökunnalle. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Mykkänen, M. & Huovinen, H. 2011. Hoitotyön yhteenveto-osana potilaan turvallista jatkohoitoa. *Tehohoito* 29(1):34–36.
- Neva, M. 2015. Näin hoidat itseäsi selkälökkauksen jälkeen. Taysin Intra-ohje.
- Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 122(20):2459–70.
- Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas- potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa Kinnunen, M., Peltomaa, K., Snellman, E., Reiman, T., Pietikäinen, E., Oedewald, P., Helovuori, A., Mustajoki, P., Ruuhilehto, K. & Leino-Kilpi, H. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.
- Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. *Finnanest* 44(1):18–20.
- Papp, A. & Härmä, M. 2010. Palovammat. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.) *Traumatologia*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Pihlström, K. 2010a. Mikrovaskeleerikiekkheet. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castren, M. (toim.) *Teho- ja valvontahoitotyön opas*. Helsinki: Duodecim.

Pihlström, K. 2010b. Replantaatio. Teoksessa Kaarlola, A., Larmila, M., Lundrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castren, M. (toim.) Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim.

Potilastiedon arkisto. 2015. Kanta. Luettu 24.11.2015. <http://www.kanta.fi/fi/7>

Potilasturvallisuus. 2014. Sairaanhoidajat. Luettu 26.2.2016.
<https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>

Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J. & Goeschel, C. 2006. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. The New England Journal of Medicine 12(355):2725–2732.

Pshp. 2015. Selkäkipu. 16.12.2015. Luettu 15.1.2016. http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Tuki_ja_liikuntaelinsairaudet/Ortopedia_ja_traumatologia/Selkakipu

Rantalainen, T. 2010. Palovammapotilaan haavanhoito. Taysin Intra-ohje.

Rantalainen, T. 2012. Replantaatio. Taysin Intra-ohje.

Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin-Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoiton piiriin kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Rautiainen, H., Pelanteri, S. & Rasilainen, J. 2012. Somaattinen erikoissairaanhoido. 2011. Tilastoraportti. THL. Luettu 10.2.2016.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102856/Tr29_12.pdf?sequence=3

Remes, V. 2010. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa. Suomen Artropiayhdistys. Joensuu: PunaMusta Oy.
http://www.nivel.fi/uploads/pdf/tietoa_nivelista/tekonivelet/tekonivelleikkausten_hoitosuositus_pieni.pdf

Replantaatiopotilaan kotihoito-ohje. 2012. Tules 2-osasto. Taysin Intra-ohje.

Repo, S. & Rouvinen, K. 2013. Käden jännevammojen korjauksen jälkeinen hoito kotona. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Ruuhinen, M-L. 2014. Näin hoidat palovammaa kotona. Taysin Intra-ohje.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro- millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? Duodecim 2011; 127(10): 1003 – 1040

Saarelma, O. 2015. Jännetulehdus ja jännetuppitulehdus. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Luettu 2.1.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00269

Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. 2014. Luettu 12.10.2015.
<https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>

Salomaa, E. 2004. Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa- hoitajien kuvaamana. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Sammalkorpi, K. 2010. Posttraumaattiset infektiot. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.) Traumatologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Shepperd, S., Lannin, N-A., Clemson, L-M., McCluskey, A., Cameron, I-D. & Barras, S-L. 2013. Discharge planning from hospital to home. The Cochrane Collaboration. Luettu 27.11.2015
<http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD000313.pdf>

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen, M., Peltomaa, K., Snellman, E., Reiman, T., Pietikäinen, E., Oedewald, P., Helovuori, A., Mustajoki, P., Ruuhilehto, K. & Leino-Kilpi, H. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007. Luettu 10.10.2015.
https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf

Stermer, C. 2010. Helping your patient after breast reconstruction. Plastic Surgical Nursing 30 (1): 40-45.

Stokes, F. 2013. How nurses can use the teach back method to increase family caregiver and patient comprehension. Luettu 1.1.2016
<http://campaignforaction.org/community-post/how-nurses-can-use-teach-back-method-increase-family-caregiver-and-patient>

Sørliie, T., Busund, R., Sexton, H-C. & Sorlie, D. 2005. Patient satisfaction after hospitalisation for surgery. Tidsskr Nor Laegeforen 125: 756–759.

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Suomen plastiikkakirurgiyhdistys. 2015. Rekonstrukttiivinen eli korjaava plastiikkakirurgia. Luettu 28.12.2015. <http://www.chirurgiplasticifenniae.fi/?page=1032&lang=1>

Tankka, M-A. sairaanhoitaja. 2015. Opparista. Sähköpostiviesti. marianni-ka.tankka@pshp.fi. Luettu 10.12.2015.

Tanttula, K. 2015. Vatsakudoksesta tehdyn mikrovaskulaarisen rinnan jatkohoito-ohjeet (DIEP/TRAM-kieleke). Taysin Intra-ohje.

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404.

THL. 2011. Potilasturvallisuutta taidolla-suunnitelma. Luettu 10.9.2015.
https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf

- THL. 2014. Mitä on potilasturvallisuus. Luettu 28.2.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>
- THL. 2015. Leikkaustiimin tarkistuslista. Luettu 10.2.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>
- Toimintaohjelma 2009-2011. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.
- Tukiainen, E. 2004. Lihasten ja jänteiden vammat. Teoksessa Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Tukiainen, E., Kuokkanen, H., Suominen, S. & Rautio, J. 2004. Plastiikkakirurgia. Teoksessa Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Tukiainen, E. & Suominen, S. 2007. Kudoskielekkeet rekonstruktivisen plastiikkakirurgian arkea. Duodecim. Terveyskirjasto. Luettu 29.12.2015.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96423.pdf>
- Tules 2 osasto. Päivitetty 26.1.2016. http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Kasi_ja_plastiikkakirurgian_vuodeosasto
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turpeinen, T. 2014. Tays:n käsikirurgian osastolla hoidetut käsi-infektiot vuosina 2009-2012. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Syventävien opintojen opinnäyte.
- Ubbink, D-T., Tump, E., Koenders, J-A., Kleiterp, S., Coslings, J-C. & Brölmann, F-E. 2014. Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Valvira 2011. Valvira kannustaa käyttämään leikkaussalien tarkistuslistaa (check-list). Luettu 10.2.2016. <https://www.valvira.fi/-/valvira-kannustaa-kayttamaan-leikkaussalien-tarkistuslistaa-check-list->
- Vardaman, J.M., Cornell, P., Gondo, M.B., Amis, J.M., Townsend-Gervis, M. & Thetford, C. 2012. Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. Health Care Management Review. Vol.37(1):88-97.
http://www3.med.unipmn.it/intranet/papers/2014/LWW/2014-04-14_lww/Beyond_communication__The_role_of_standardized.10.pdf
- Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri- edistävät ja heikentävät tekijät. Sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Vastamäki, M. 2004. Käden ja ranteen kirurgia. Teoksessa Roberts, P.J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Veerdaasdonk, E., Stassen, L, Widhiasmara, P. & Dankelman, J. 2008. Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes. *Surgical Endoscopy* 23:715–726. Luettu 20.12.2015.

<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00464-008-0044-4.pdf>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus

Vilkki, S. 2010. Yläraajan replantaatiot. Teoksessa Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.) *Traumatologia*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Walker, A., Reshamwalla, S. & Wilson, H. 2012. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? *British Journal of Anesthesia*. Luettu 20.12.2015.

<http://bj.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/30/bja.aes175.full>

Weiss, M.E., Piacentine, L.B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J, Gresser, S., Baird, H. S., Toman, S., Toy, A. & Vega-Stromberg, T. 2007. Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. *Clinical Nurse Specialist*. Vol.21(1): 31 – 42.

Winters, B., Gurses, A., Lehmann, H., Sexton, B., Rampersad, C. & Pronovost, P. 2009. Clinical review: Checklists- translating evidence into practice. *Critical Care*. Luettu 21.12.2015.

<http://www.ccforum.com/content/13/6/210>

WHO. 2015. Patient safety. The checklist effect. Luettu 24.11.2015.

<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/background/en/>

WHO. 2016. The checklist effect. Patients safety. Luettu. 30.1. 2016.

<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/background/en/#>

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Opinnäytetyössä käytettyjä tutkimuksia

1 (6)

Tutkimus	Tutkimuksen aihe	Tutkimusmenetelmä otos, osallistujat	Keskeiset tulokset
Atwal, A. 2002. Brunel University UK.	Nurse's perceptions of discharge planning in acute health care: A case study in one British teaching hospital	laadullinen menetelmä 19 hoitajaa haastateltu	Sairaanhoitajien näkökulmasta kotiutusprosessi jäi puutteelliseksi, yhteistyö oli heikkoa ja aikaa oli liian vähän. Kotiutusprosessin on oltava systemaattista ja suunnitelmallista.
Ben-Morderchai, B., Herman, A., Kerzman, H., Irony, A. 2010. Sheba Medical Center Israel.	Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients.	määrällinen kaksi ortopedista potilasryhmää: 1.N=47 2.N=48	Strukturoidun kotiutumisen saaneet potilaat olivat tyytyväisimpiä kotiutusprosessiin verrattuna toiseen ryhmään joka sai tavallisen kotiutusohjeen. He kokivat vähemmän kipuja, sitoutuivat paremmin kontrollinkäynteihin ja heidän liikkumiskyky oli parempi leikkauksen jälkeen.
Block, L., Morgan-Gouveia, M., Levine, RB.,Cayea, D. 2014. USA	We Could Have Done a Better Job: A Qualitative Study of Medical Student Reflections on Safe Hospital Discharge.	laadullinen N= 78, 78 lääkäriopiskelijaa osallistui kotiuttamistaitojen työpajaan, jossa he pohtivat potilaiden kotiutumista.	Lääkäriopiskelijoiden näkökulmasta turvallisen kotiutumisen esteinä oli puutteellinen potilasohjaus, riittämätön lääkehoidon ohjaus. Potilaiden taustatietoihin ja kotiolosuhteisiin ei perehdytty tarpeeksi. Hoitohenkilökunnan välinen viestintä oli puutteellista. Kotiutuminen on saatettu tehdä liian aikaisin tai kiireellä. Potilaan ohjausta ja viestintää potilaan ja perheen välillä on kehitettävä. Lisäksi potilaan kotioloja on kartoitettava parhaan kotiutumisen mahdollistamiseksi.

(jatkuu)

<p>Boughton, M., Halliday, L. 2009 University of Sydney, Australia</p>	<p>Home alone: patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs.</p>	<p>laadullinen 7 kirurgista potilasta, 7 omaista</p>	<p>Tutkimus osoitti puutteita hoidon jatkuvuudessa ja kotiutumissuunnitelmassa. Potilaat kokivat, etteivät saaneet riittävästi kotihoito-ohjausta. Potilaat ja omaiset olivat epävarmoja pärjäämisestä kotona leikkauksen jälkeen. Varhainen kotiutuminen on eduksi potilaalle mutta potilasta ja omaisia on valmistettava hyvin siihen. Tehokas kotiutumissuunnitelma on hyvä keino turvallisen kotiutumisen takaamiseksi.</p>
<p>Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., Manfrin, M. 2009. Australia</p>	<p>Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus: englanninkielistä tutkimusta jotka julkaistu v.1995 jälkeen ja joissa käsiteltiin monisairauksien iäkkäiden potilaiden ja heidän omaistensa kokemuksia.</p>	<p>Potilaiden ja heidän omaisten osallistuminen kotiutuprosessiin voi parantaa hoidon tuloksia, vähentää ei-suunniteltuja uusia sairaalajaksoja ja lisää potilaiden tyytyväisyyttä. Omaisten näkökulma se, miten kotiutumissuunnitelma toteutetaan, tulisi ottaa enemmän huomioon.</p>

(jatkuu)

<p>Eloranta, A.M. 2006. Suomi</p>	<p>Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen so- maattisilla ajanvaraus- poliklinikoilla hoitohen- kilökunnan arvioimana.</p>	<p>Määrällinen tutkimus Perusjoukon muodostivat Tays sydänkes- kuksen, sisätautien sekä keuhko- ja iho- sairauksien toimialu- een, kirurgian, gast- roenterologian ja syövänhoidon toimi- alueen, hermoston, aistinelinten, kuntou- tuksen ja liikuntasai- rauksien toimialueen sekä lasten ja naisten toimialueen vastuu- alueiden poliklinikoi- den vakituksessa tai määräaikaisessa työ- suhteessa oleva hoi- tohenkilöstö . kyselylomakkeita 203 hoitajalle. Palautui N=103/203.</p>	<p>Autonomia toteutui hyvin polikliinisessä hoitotyössä. Jatkuvuus toteutui merkittävä- sti paremmin, kun yksilövastui- nen hoitotyö oli poliklinikan työnjakomuotona Poliklinikalla onnistui potilaan hoidon koordinointi ja hoitotyö niin, että se muodostaa koko- naisuuden. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteu- tumisessa poliklinikalla koros- tui potilaan kirjallisen hoito- suunnitelma. Hoitohenkilökunnan asennoi- tuminen on yhteydessä yksilö- vastuisen hoitotyön toteutumi- seen poliklinikalla.</p>
<p>Eloranta, S., Lei- no-Kilpi, H. & Valkeapää, K. 2014. Suomi</p>	<p>Läheiset tärkeä voima- vara leikkauspotilaan ohjauksessa</p>	<p>Määrällinen tutkimus. Aineisto kerätty kah- den suomalaisen sairaalan ortopedisen leikkauspotilaista (N=300, 69% vas- tausprosentti) sekä heidän läheisistään (N=300, 59% vas- tausprosentti) Aineisto analysoitiin tilastollisilla mene- telmillä.</p>	<p>Henkilökunnan tulisi nähdä läheiset voimavarana ja pyrkiä nykyistä aktiivisemmin kutsu- maan heidät mukaan ohjausti- lanteisiin potilaan hoidon jat- kuvuuden turvaamiseksi. Laa- dukkaan ohjauksen tulisi koh- distua sekä potilaisiin että heidän läheisiinsä, sillä lähei- sillä on tärkeä rooli ortopedisen leikkauspotilaan elämäntilan- teen tuntijoina ja voimavarojen tukijoina.</p>

(jatkuu)

<p>Hadjistavropoulos, H., Garrat, S., Janzen, J-A., Bourgault-Fagnou, M-D. & Spice, K. 2009, Canada</p>	<p>Development and evaluating of a Continuity of Care Checklist for improving or-thopaedic patient discharge from hospital.</p>	<p>Määrällinen sekä laadullinen tutkimus. Aineiston keruumenetelmä oli haastattelu. Kaksi potilaan ryhmää (n1=77, n2=77) oli valittu arvioidessa CCC (hoidon jatkuvuus tarkistuslista):n vaikutusta hoitoon. Heiltä haastateltiin 4 viikon kotiutumisen jälkeen. Yhdelle ryhmälle ei ollut käytetty CCC, toiselle oli. Tuloksia verrattiin keskenään. Tilastollista menetelmiä (mean, SD p-arvo, df, t) käytettiin. 12 sairaanhoitajaa haastateltiin, teemahaastattelu, sisällönanalyysi</p>	<p>Hoidon jatkuvuus tarkistuslistan (CCC) avulla potilaat kokivat, että hoidon ohjeet oli annettu paremmin, he olivat tyytyväisempää saamaansa tukeen sekä hoitoon, he sitoutuivat paremmin seuranta-käynteihin. Tarkistuslista tarjoaa hoitajille käsitteellisen perustan ajatusmallille hoidon jatkuvuudesta eikä vaadi laajoja resursseja saavuttaakseen merkittävän vaikutuksen. Hoitohenkilökunnan kouluttaminen on tärkeää, jotta tarkistuslistaa käytettäisiin mahdollisimman tehokkaasti.</p>
<p>Kornburger, C., Gibson, C., Sadowski, S., Maletta, K. , Klingbeil, C. 2013 Children's Hospital of Wisconsin, Milwaukee, USA</p>	<p>Using "Teach-Back" to Promote a Safe Transition From Hospital to Home: An Evidence-Based Approach to Improving the Discharge Process.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. / tutkittu kyseisen sairaalan kehittämän opetusmateriaalin vaikutusta potilaiden kotiutumiseen. 74 sairaanhoitajaa osallistui "teach-back" projektiin, jolloin heille lähetettiin pre-learning ja post-learning kysymyslomaketa. 58 sh vastasi pre-lomakkeeseen, 53 vastasi post-lomakkeeseen. 35 sh (74) vastasi kysymyslomakkeeseen jotka heille lähetetty vuoden päästä kun "teach-back" projekti aloitti.</p>	<p>Kuvailee teach-back metodin projektin: sen kehitys, käyttöön otto sekä positiivinen vaikutus potilaan turvalliseen kotiutumiseen. Sairanhoitajat käyttivät enemmän "teach-back" metodia ja kokivat sen hyödylliseksi potilaan ohjauksessa. "teach-back" metodin on tärkeä keino vähentää lääkehoitoon liittyviä virheitä. "Teach-back" on selkeä, helpokäyttöinen ja tehokas strategia joka toimii tukena turvallisen ja laadullisen kotiuttamisessa. "Teach-back" metodin käyttö kannustaa ja sitouttaa potilasta ja omaista tietojen oppimisen ja omaksumisen prosessissa.</p>

(jatkuu)

Lipponen, K. 2014. Oulun yliopisto. Suomi	Potilasohjauksen toimintaedellytykset	Määrällinen tutkimus. Aineisto kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella v.2003 kirurgiselta (N=203) ja v.2006 perusterveydenhuollon (N=377) hoitohenkilöstöltä; sekä v.2007 haastatteleamalla kehittämistyöhön osallistunutta hoitohenkilöstöä (N=24).	Potilasohjaustaitojen ylläpito on tärkeää, jotta potilaat saisivat kaikissa hoitokontakteissaan laadukasta ohjausta. Hoitohenkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen edellyttää jatkuvaa tietojen päivittämistä. Ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Ohjaukseen käytettävissä olevassa ajassa, välineistössä ja ohjaustiloissa olisi kehittämistarpeita, joka vaatii motivaatiota ja sitoutumista, yhteistyökykyä, avoimuutta ja keskinäistä arvostusta.
Lipponen, K. 2014. Oulun yliopisto. Suomi	Potilasohjauksen toimintaedellytykset	Määrällinen tutkimus. Aineisto kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella v.2003 kirurgiselta (N=203) ja v.2006 perusterveydenhuollon (N=377) hoitohenkilöstöltä; sekä v.2007 haastatteleamalla kehittämistyöhön osallistunutta hoitohenkilöstöä (N=24).	Potilasohjaustaitojen ylläpito on tärkeää, jotta potilaat saisivat kaikissa hoitokontakteissaan laadukasta ohjausta. Hoitohenkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen edellyttää jatkuvaa tietojen päivittämistä. Ohjausmenetelmien monipuolisempaan käyttöön olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Ohjaukseen käytettävissä olevassa ajassa, välineistössä ja ohjaustiloissa olisi kehittämistarpeita, joka vaatii motivaatiota ja sitoutumista, yhteistyökykyä, avoimuutta ja keskinäistä arvostusta.

(jatkuu)

<p>Sørli, T., Busund, R., Sexton, HC. & Sørli D. 2005 University of Tromsø, Universitetssykehuset Nord-Norge, Norja</p>	<p>Patient satisfaction after hospitalisation for surgery</p>	<p>Määrällinen tutkimus. N=482. Tutkimusaineisto kerätty yhden yliopistosairaalan 482 elektiiiviselta leikkauspotilaalta. Heille annettu kyselylomake ennen leikkausta, kotiutumisasiheessa, 2 ja 4 kuukauden kotiutumisen jälkeen.</p>	<p>Tutkimuksessa kävi ilmi, että vuorovaikutus hoitajan kanssa vaikutti merkittävästi potilaan tyytyväisyyteen. Omaisia voisi enemmän käyttää hyödyksi lisäämään potilaan tyytyväisyyttä hoitoon.</p>
<p>Varis, M., 2011 Itä-Suomen yliopisto</p>	<p>Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri- edistävät ja heikentävät tekijät. Sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi.</p>	<p>Laadullinen tutkimus. Sisällönanalyysi induktiivinen.</p>	<p>Potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä jaettiin kuuteen yläkategoriaan: riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuki, tilanteiden ennakointi, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen, ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta, työyhteisön hyvä ilmapiiri ja HaiPro-järjestelmä. Heikentävät tekijät jaettiin kahteen luokkaan: potilaan hoitoon liittyvät tekijät ja terveydenhuollon henkilöstöön liittyvät tekijät.</p>
<p>Weiss, M.E., Piacentine, L.B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J, Gresser, S., Baird, H. S., Toman, S., Toy, A. & Vega-Stromberg, T. 2007. Wisconsin, USA</p>	<p>Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients</p>	<p>Määrällinen tutkimus Data Potilaan taustat, tuki ja palvelu kotiutumisen jälkeen, kotiutumisen valmiuden ennustajat, selviytymisen vaikeuden ennustajat, soitot, seuranta-käynnit sekä takaisin sairaalaan joutuminen. Tilastollista menetelmiä (SPSS, mean, SD, R²)</p>	<p>Se, miten sairaanhoitaja ohjaa potilasta, yksin asuminen sekä hoidon koordinointi kotiutumisasiheessa on ratkaisevan tärkeää siinä kuinka potilaan kotiutuminen sujuu.</p> <p>Potilaan kotiutuminen sairaalasta voidaan nähdä kolme eri vaihetta: sairaalatuolovaihe, jolloin kotiutumisen suunnittelu alkaa, kotiutumisasihe, jolloin hoitotuloksia voidaan mitata ja kotiutumisen jälkeinen vaihe, jolloin arvioidaan kotiutumisen onnistumista potilaan näkökulmasta</p>

Liite 2. Potilaan tarkistuslista

(Agency for Healthcare Research and Quality)

I know about other help I need at home.

Ask:

- When I get home, what kind of help or care will I need? Should someone be with me all the time?
- Will I need home nursing care? For how long? Who pays for it?
- Will I need physical or occupational therapy for help with exercises or relearning how to do things? For how long? Who pays for it?
- Will I need help eating, bathing, or going to the bathroom? For how long?
- Will I need any equipment, such as crutches or oxygen? Where do I get it? Who pays for it? How do I use it?

My doctors or nurses answered all of my questions.

You may have other questions or concerns that are not in this checklist. Please ask us your questions. Make sure you have your answers **before** you leave.

Tips for Going Home

Patients and families at [insert hospital name] wrote these tips to help you get ready to go home: [Use patient and family advisors to tailor this list to your hospital.]

- Write down what your doctors and nurses say.
- Ask questions until you understand and get the answers you need.
- Make lists of what needs to be done, who can do it, and who can help.
- Talk with someone who has been in your situation to help you prepare and know what to expect.
- Talk to other people in the hospital, such as social workers, chaplains, and other patients, about your care or other help you may need.

Going Home Too Soon?

If you feel that you are going home before you are ready, call [insert name] at [phone number].

Be Prepared To Go Home Checklist

Before you leave the hospital, we want to make sure you feel ready to go home. During your hospital stay, your doctors and nurses will make sure to answer your questions and talk to you about your concerns. We want you to have all the information you need.

Use this checklist to see what information you still need from us as you or your family member prepare to go home. If you cannot check a box, use the questions listed to ask your doctor or nurse about the information you need.



Guide to Patient and Family Engagement

I feel confident that I or someone close to me can take care of me at home.

Ask:

- How do I take care of any wounds, cuts, or incisions? Can you show me how to do this?
- What foods or drinks should I avoid? For how long?
- Are there any activities I should not do like driving, sex, heavy lifting, or climbing stairs? For how long?
- What exercises are good for me? When and how often should I do them?
- What do I need to do to make my home safer?

My family or someone close to me knows I am coming home and knows the next steps in my care.

Ask:

- Will I need help when I get home? If so, who will help me? What do they need to do to get ready?
- What should I do if there is no one at home who can help me?

I know what my medicines are and how to take them.

Ask:

- What medicine(s) do I need to take when I leave the hospital? Do I take the same medicines that I took before I went into the hospital?
- What is the name of this medicine? Is this the generic or brand name?
- Why do I take this medicine?
- When and how do I take this medicine?
- How much do I take?
- What does this medicine look like?
- What are potential side effects of this medicine? What problems do I need to look out for?
- Will this medicine interfere with other medicines, foods, vitamins, or other herbal supplements I take?
- Where and how do I get this medicine?
- What medicines can I take for pain? Upset stomach? Headaches? Allergies?

I know what problems to look for and who to call if I have problems at home.

Ask:

- What problems do I need to watch for when I get home? If I have problems, how do I know when I should call?
- Who do I call if I have questions or problems when I get home?
- If I have questions about my care after I leave the hospital, should
call _____
at _____

I know when my followup appointments are and how to get there.

Ask:

- What appointments do I need after I leave the hospital? Can the hospital help me make these appointments?
- Am I waiting on results of any tests? When should I get the results?
- Are there tests I need after I leave the hospital?