



LAUREA

Potilasturvallisuus päiväkirurgisessa hoitotyössä



Virnes, Annukka

2010 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Potilasturvallisuus päiväkirurgisessa hoitotyössä **Systemaattinen kirjallisuuskatsaus**

Virnes Annukka
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu 2010

Virnes Annukka

Potilasturvallisuus päiväkirurgisessa hoitotyössä

Vuosi 2010 Sivumäärä 34

Opinnäytetyöni kuuluu Laurean ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) operatiivisen toimialan hoitotyön laadunkehittämishankkeeseen vuosina 2007-2012. Perioperatiivisen potilaan hoitotyön kehittämisen ala-hanke jatkaa Peijaksen sairaalan päiväkirurgian osastolla 1990-luvulla alkanutta potilasohjauksen evidenssiperustaista kehittämistä ja havainnollistamista sekä aloittaa aseptisen toiminnan evidenssiperusteisten suositusten laatimisen ja havainnollistamisen. Peijaksen sairaalan hoitotyön kehittämishankkeen kohteeksi päiväkirurgisella osastolla on valittu turvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä. Omassa opinnäytteessäni käsittelen potilasturvallisuutta päiväkirurgisessa hoitotyössä.

Projektiryhmään kuuluivat opinnäytetyön tekijä, yliopettaja Teija-Kaisa Aholaakko sekä Peijaksen sairaalan päiväkirurgisen yksikön osastonhoitaja Maria Janhonen. Ryhmän tapaamisissa muotoilimme projektia osaston tarpeiden sekä alkuperäisen suunnitelman mukaiseksi ja arvioimme työn edistymistä tasaisin väliajoin.

Potilasturvallisuuden edistäminen on 2000-luvulla noussut maailmanlaajuisesti potilasturvallisuusliikkeeksi. Potilasturvallisuuteen sisältyy terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden erilaisia toimintoja ja periaatteita, joiden tarkoituksena on taata hoidon turvallisuus. Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus.

Päiväkirurgialla tarkoitetaan leikkaussalissa tehtävää suunniteltua eli elektiivistä toimenpidettä, jossa käytetään laskimosedaatiota, laajaa puudutusta tai yleisanestesiaa. Potilas ei viivy sairaalassa toiminnan tai hoidon vuoksi yli 12 tuntia. Päiväkirurgisen toiminnan tavoitteena on taloudellisten kustannusten pienentäminen hoidon laatua huonontamatta. Jaan työnsäni päiväkirurgisen prosessin pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoitotyön vaiheisiin.

Peijaksen sairaalan päiväkirurgiselta osastolta tuli projektin aikana esille tarve kehittää potilaan kokemaa turvallisuuden tunnetta hoitotyössä.

Asiasanat Potilasturvallisuus, päiväkirurgia

Virnes Annukka

Patient safety in day surgery

Year 2010 Pages 34

This thesis is part of the 2007 - 2012 quality development programme of Laurea University of Applied Sciences and the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS) for the nursing staff. This subprogram to develop perioperative patient care continues to develop and elaborate the evidence-based patient guidance program started in Peijas hospital in the 1990s, and it gives evidence-based guidelines and elaborations on aseptic practice. The focus of the patient care development program in the day surgery unit of Peijas hospital is safety in perioperative care. This thesis focuses on patient safety in day surgery care.

Project team members were the author of this thesis, Principal Lecturer Teija-Kaisa Ahola-akko, and Head Nurse of the day surgery unit at Peijas hospital Maria Janhonen. In project meetings, the project was formulated to fit the needs of the unit and the original plan.

Furthering patient safety has become a world-wide movement in the 2000s. Patient safety consists of different practices and principles of health organizations and units which are meant to guarantee the safety of health care. There are three areas of patient safety; safe equipment, safe care, and safe medicine.

Day surgery is planned, i.e. elective, surgery performed in the operating room, where intravenous sedation, local anesthesia or general anesthesia are used. The patient leaves the hospital at least in 12 hours. The aim of day surgery is to reduce costs without compromising the quality of care. In this thesis, the day surgery process is divided into pre-, intra-, and postoperative care.

The need to develop the feeling of safety for the patients became apparent during the project in Peijas hospital's day surgery unit. There is room for development in that area, and it offers an opportunity for further study.

Key words Patient safety, day surgery

Sisällys

1	PROJEKTIN TAUSTA.....	6
1.1	Potilasturvallisuus	7
1.2	Päiväkirurgia	9
2	PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	11
3	PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	11
3.1	Projektiympäristö ja yhteistyön aikataulu.....	11
3.2	Projektiorganisaatio.....	11
3.3	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	12
4	PROJEKTIN TUOTOS	16
4.1	Potilasturvallisuus	16
4.2	Potilasturvallisuus päiväkirurgisessa hoitotyössä	19
4.2.1	Preoperatiivinen potilasturvallisuus	19
4.2.2	Intraoperatiivinen potilasturvallisuus.....	21
4.2.3	Postoperatiivinen potilasturvallisuus	25
5	PROJEKTIN ARVIOINTI.....	28
	LÄHTEET	31

1 PROJEKTIN TAUSTA

Opinnäytetyöni kuuluu Laurean ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) operatiivisen toimialan hoitotyön laadunkehittämishankkeeseen vuosina 2007-2012. Perioperatiivisen potilaan hoitotyön kehittämisen ala-hanke jatkaa Peijaksen sairaalan päiväkirurgian osastolla 1990-luvulla alkanutta potilasohjauksen evidenssiperustaista kehittämistä ja havainnollistamista sekä aloittaa aseptisen toiminnan evidenssiperusteisten suositusten laatimisen ja havainnollistamisen. (Liljeblad 2007)

HUS:n ja Laurea-ammattikorkeakoulun yhteistyönä toteutetussa hoitotyön kehittämistoiminnassa toteutuvat sekä opiskelijoiden että henkilökunnan jatkuva oppiminen ja kehittäminen. Hankkeen pedagogisina lähtökohtina toimivat Laurea ammattikorkeakoulun Learning by Developing-kehittämistyön strategioitten kohtaamista aidossa työelämäkontekstissa. Hankkeessa tavoitellaan työhyvinvoinnin parantumista oman työn kehittämisen avulla ja se toimii työvoiman rekrytoinnin tukena. Tavoitteet ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin vuosiksi 2006 - 2012 hyväksytyt strategian mukaiset. (Liljeblad 2007)

Hoitotyön kehittämistä voidaan pitää tarpeellisena, koska sosiaali- ja terveydenhuollon työssä tarvittavien kvaifikaatioitten saavutettavuuteen, henkilökunnan riittävyteen, henkilökohtaisiin ja ammatillisiin voimavaroihin, hoitotyön laadun kehittämiseen ja erityisesti ammattitaidon ylläpitämiseen on viime vuosina kiinnitetty erityistä huomiota. Kokonaisvastuu laadukkaasta hoitotyöstä on esimiehillä, moniammatillisilla työryhmillä, terveydenhuoltoalan henkilön työskennellessä yksin, vastuu on yhä enemmän myös yksityisillä toimijoilla. Näyttöön perustuva laadukas toiminta edellyttää kirjattujen, mitattavissa olevien ja yhteisesti hyväksyttävien toimintakriteereitten olemassaoloa. (Liljeblad 2007)

Peijaksen sairaalan hoitotyön kehittämishankkeen kohteeksi päiväkirurgisella osastolla on valittu turvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä. (Opinnäytetyön ideakokous 2009) Opinnäytetyössäni käsittelemäni aihetta potilasturvallisuus päiväkirurgisessa hoitotyössä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla.

Turvallisuus on perioperatiivisessa hoidossa ehkä eniten korostettu periaate. Turvallisuudella tarkoitetaan sekä potilaan kokemaa turvallisuuden tunnetta, että sitä turvallisuutta, joka ilmenee aseptiikan, teknisten laitteiden ja välineiden käytön, toimenpiteen yksityiskohtaisen tarkkuuden sekä nopeiden ratkaisujen ja moniammatillisen yhteistyön hallintana. Turvallisuuden tunnetta lisää osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta. (Lämsä 2005) Turvallisessa hoitoyksikössä otetaan huomioon sekä potilaan että hoitohenkilöstön turvallisuus. Turvallisuuden kehittäminen ja riskienhallinta edellyttää hyvin toimivaa organisaatiota ja laitteiden hallintaa. (Knuuttila & Tamminen 2004)

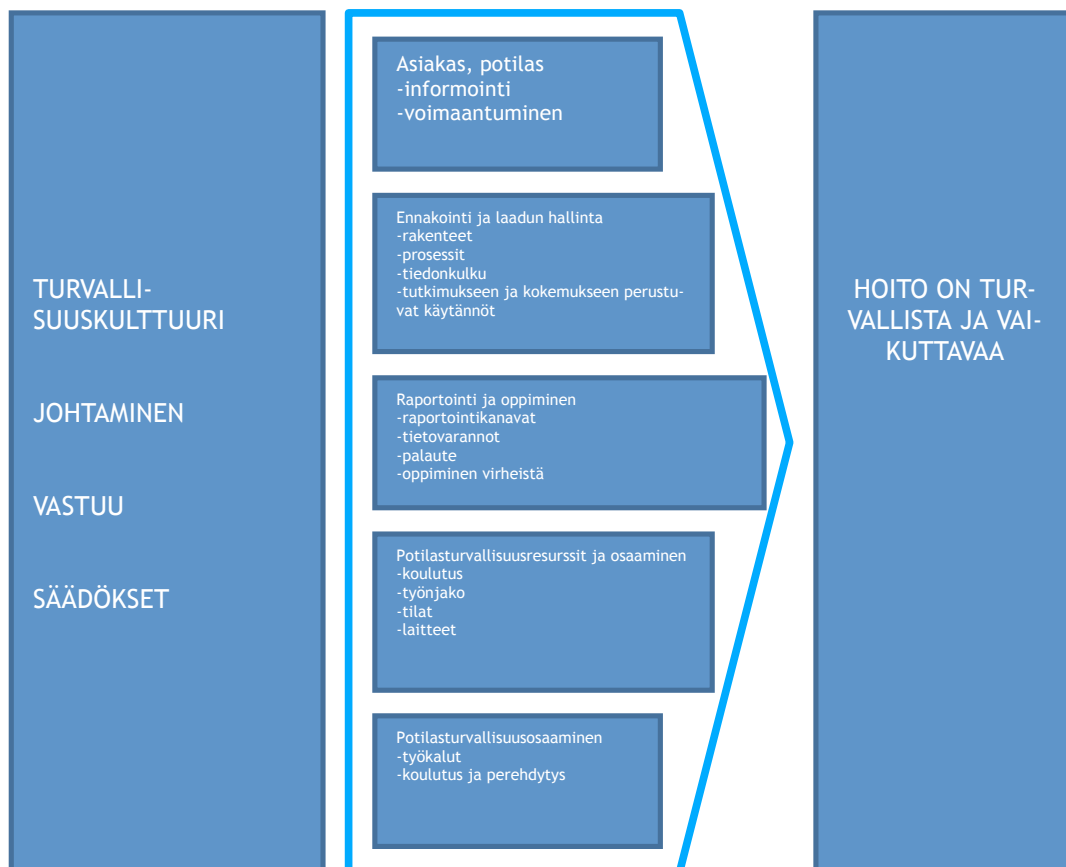
1.1 Potilasturvallisuus

Kaikilla potilailla on oikeus hyvään ja turvalliseen hoitoon. Heidän ei tarvitse ottaa riskiä vahingoittumisesta, joka olisi vältettävissä. Viime vuosina turvallinen työskentely hoitotyössä on saanut voimakkaan huomion. Hoitovirheet aiheuttavat paljon kärsimystä ja kuluttavat paljon taloudellisia resursseja, jotka voitaisiin käyttää tehokkaammin. (Svensk sjuksköterskeförening 2009 mukailten)

Potilasturvallisuutta kohtaan tunnetaan kasvavaa kiinnostusta kaikkialla maailmassa. (Doupi 2009) Potilasturvallisuuden edistäminen on 2000-luvulla noussut maailmanlaajuisesti potilasturvallisuusliikkeeksi, jossa on toimijoina terveystieteellisiä päättäjiä ja vaikuttajia, terveydenhuollon ammattilaisia, tutkijoita ja potilasjärjestöjä. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008) Useissa maissa suoritettujen lukuisten tutkimusten perusteella on todettu, että noin kymmenen prosenttia sairaalahoitoa saavista potilaista kokee jonkinlaisen haittatapahtuman hoidon aikana. (Doupi 2009)

WHO on käynnistänyt ohjelman ”World Alliance for Patient safety”. Euroopan neuvostossa asiaa on valmisteltu terveyskomitean asettamassa potilasturvallisuutta käsittelevässä asiantuntijatyöryhmässä. EU:ssa potilasturvallisuus on ollut esillä muun muassa komission terveyspalveluita ja sairaanhoitoa käsittelevässä korkean tason ryhmässä. Lisäksi EU:n komissio on loppuvuodesta 2008 antanut ehdotuksen suositukseksi potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta. OECD:n ja pohjoismaisen ministerineuvoston laaturyhmät kehittävät indikaattoreita potilasturvallisuuden seuraamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009)

Potilasturvallisuudella on Suomessa lainsäädännön suoja, ja hoitokäytäntöjä ohjataan arvioituun tutkimustietoon perustuvilla kansallisilla hoitosuosituksilla. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:4) Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuoden 2005 lopussa toimet potilasturvallisuus-tapahtumien koordinoimiseksi ja strategisesti ohjaamiseksi kansallisella tasolla. (Doupi 2009) Sosiaali- ja terveysministeriö asetti potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän kolmivuotiskaudeksi 11/2006-10/2009. Ryhmä on valmistellut kansallisen potilasturvallisuusstrategian. KUVIO 1 Lisäksi ohjausryhmä ja sen alaiset työvaliokunnat ovat luoneet pohjaa kansalliselle potilasturvallisuustyölle arvioimalla, kehittämällä ja edistämällä Suomeen soveltuvia, potilasturvallisuutta edistäviä hyviä toimintakäytäntöjä, poikkeamien raportointia ja niistä oppimista sekä vaikuttamalla potilasturvallisuuskulttuuriin ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3)



Kuvio 1: Potilasturvallisuusstrategia
(Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3 mukailten)

Potilasturvallisuuskulttuuri sisältää potilaiden turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintatavan sekä sitä tukevan johtamisen, arvot ja asenteet. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3)

Organisaation *johtamiseen* kuuluu näkyvä vastuunotto potilasturvallisuudesta ja sen edellytyksistä toimintayksikössä. Tätä vastuuta johto ei voi delegoida. Johto korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassa ja varmistaa työolosuhteet sellaisiksi, että hoito voidaan toteuttaa turvallisesti. Johto varmistaa, että organisaatiossa on riittävästi henkilökuntaa ja että työntekijöillä on riittävä osaaminen työnsä toteuttamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3)

Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla. Potilasturvallisuus on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja potilaiden yhteinen asia. Ammatillisuuteen kuuluu keskeisesti jokaisen työntekijän ja kunkin ammattiryhmän vastuu potilasturvallisuudesta sekä sitoutuminen sen edistämiseen arvioimalla ja kehittämällä omaa

työtään, osaamistaan ja toimintaansa turvallisemmaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3)

Terveydenhuollon *lainsäädäntö* edellyttää, että toiminnan on oltava ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista, näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. Haittatapahtumien seuranta kehitetään valtakunnan ja toimintayksiköiden tasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3)

Potilasturvallisuuteen liittyvät käsitteet on määritelty Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus-sanastossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttöön on luotu myös konkreettisia työkaluja haittatapahtumien ehkäisyyn. Esimerkkejä näistä ovat lääkehoitosuunnitelma opas verensiirroista ja malli hoitoyksiköiden riskienhallintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:4)

Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tapahtuu poikkeamia ja virheitä sekä niiden seurauksena usein haittoja potilaille. Poikkeamien ja virheiden taustalla on usein järjestelmään ja toimintaprosesseihin liittyviä heikkouksia. Potilaalle koituvista haitoista valtaosa olisi esitettävissä. Näin ollen terveydenhuollon toimintayksiköissä johdon ja henkilöstön tulee sitoutua potilasturvallisuuden edistämiseen kehittämällä toimintaa turvallisemmaksi ja varmistamalla henkilöstön osaaminen. Potilasturvallisuus tulee ottaa osaksi laadunhallinta- ja seurantajärjestelmiä, ja potilasturvallisuuden vastuutuksen ja organisoinnin tulee olla selkeät. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:4)

Potilasturvallisuuden edistäminen edellyttää koko organisaation sitoutumista, organisaation ylimmästä johdosta kaikkiin työntekijöihin asti, ja potilasturvallisuuden edistämistyö on organisoitava toimintayksikön kaikki osa-alueet kattavasti. Organisaation turvallisuus-kulttuuriin kuuluvat myös avoin ja syyllistämätön ilmapiiri poikkeaminen käsittelyssä ja systemaattiset osaamisen varmistamiskäytännöt. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008)

1.2 Päiväkirurgia

Päiväkirurgiaa voidaan määritellä suppeasti ja laajasti. Suppeamman määrittelyn mukaan päiväkirurginen toimenpide on hoitajakso, joka käsittää suunnitellun toimenpiteen ja jonka aikana potilas ei toiminnan tai hoidon vuoksi viivy sairaalassa yli 12 tuntia. Laajemman määrittelyn mukaan päiväkirurginen hoitoprosessi alkaa lähetteen kirjoittamisesta ja päättyy päiväkirurgisen toimenpiteen suorittamisen jälkeen palautteeseen lähettävälle lääkärille ja/tai jälkitarkastukseen. (Rauhasalo 2003)

Päiväkirurgisen toiminnan tavoitteena on taloudellisten kustannusten pienentäminen hoidon laatua huonontamatta. Kustannussäästöihin päästään, koska päiväkirurgia mahdollistaa lyhyemmän pre- ja postoperatiivisen hoitoajan sairaalassa. Toimenpidettä edeltävä sairausloma lyhenee tai poistuu kokonaan, koska potilas pääsee entistä nopeammin hoitoon. Tehokkaasti toimiva päiväkirurgia on siis kustannustaloudellista, koska pystytään hoitamaan suurempi potilasmäärä samoilla resursseilla. (Heino 2005)

Päiväkirurgialla ymmärretään tarkoittavan leikkaussalissa tehtävää suunniteltua eli elektiivistä toimenpidettä, jossa käytetään laskimosedatiota, laajaa puudutusta tai yleisanestesiaa. Päiväkirurgisesti voidaan tehdä elektiivisesti monia yleiskirurgisia, gynekologisia, ortopedisia, urologisia, lastenkirurgisia, plastiikkakirurgisia, otorinolaryngologisia ja oftalmologisia toimenpiteitä. Päiväkirurgiaan sopii huonosti toimenpiteet joihin liittyy riski suuresta verenvuodosta, tulehdusriski, voimakas postoperatiivinen kivun ja pahoinvoinnin todennäköisyys. Yleisanestesiassa käytetään mahdollisimman lyhytvaikutteisia lääkkeitä, jotta potilaat toipuisivat nopeasti anestesiasta. Päiväkirurgiaan ei kuulu ilman anestesiaa, sedaatiota tai laajaa puudutusta tehtävät diagnostiset toimenpiteet, polikliiniset infiltraatio- tai johtopuudutukset eikä päivystystoiminta (Niemimaa 2006)

Päiväkirurgiassa on kiinnitettävä huomiota potilasvalintaan, preoperatiiviseen potilaiden ohjaukseen ja tutkimiseen. Päiväkirurgisella potilaalla on oltava koti ja siellä seuranaan vastuullinen aikuinen henkilö, joka saattaa potilaan sairaalasta kotiin ja on seuraavan yön potilaan kanssa. Osa jälkihoidosta jää potilaan omahoidon, omaisten antaman avun sekä muun sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluiden varaan. (Niemimaa 2006) (LIITE 1)

Päiväkirurgisessa hoitoprosessissa on Leino-Kilven ja Suomisen (1997, 18-19) mukaan erotettavissa seuraavat ajanjaksot: 1) aika ennen hoitokontaktia ja toimenpidettä, 2) varsinainen hoitokontakti ja 3) toimenpiteen jälkeinen aika. (Niemimaa 2006)

Päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessin käynnistää terveysongelman tai oireiden alkaminen. Potilas itse ratkaisee ajankohdan ja paikan, johon hän hakeutuu ongelmansa kanssa. Eri päiväkirurgisissa yksiköissä on erilaisia käytäntöjä siitä miten ja kuinka paljon potilaaseen otetaan yhteyttä ennen toimenpiteeseen kutsua. (Niemimaa 2006)

Itse hoitokontakti sairaalassa on lyhyt, tehokas, täynnä uusia tapahtumia ja asioita. Potilas kotiutuu toimenpiteen jälkeen tai tilanteen niin vaatiessa vasta seuraavana päivänä. Päiväkirurgisen potilaan selviytyminen jaetaan aikaan välittömästi toimenpiteen jälkeen (2-3 päivää) ja aikaan, jolloin terveydentila on palautunut entiselle tasolle tai paremmaksi ja potilas on omakohtaisesti tietoinen, että asia on kunnossa hänen kohdaltaan. (Niemimaa 2006)

2 PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämiprojekti kuuluu perioperatiivisen potilaan hoitotyön kehittämisen ala-hankkeeseen Peijaksen sairaalassa, jonka tarkoituksena on kehittää perioperatiivisen potilaan turvallista hoitotyötä. Opinnäytetyöni tavoitteena on koota systemaattisesti haettua tietoa päiväkirurgisen perioperatiivisen potilaan hoitotyön kehittämiseksi.

Opinnäytetyössäni pyrin etsimään vastauksen seuraavaan kysymykseen:

Mitä on potilasturvallisuus päiväkirurgisessa hoitotyössä?

3 PROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

3.1 Projektiympäristö ja yhteistyön aikataulu

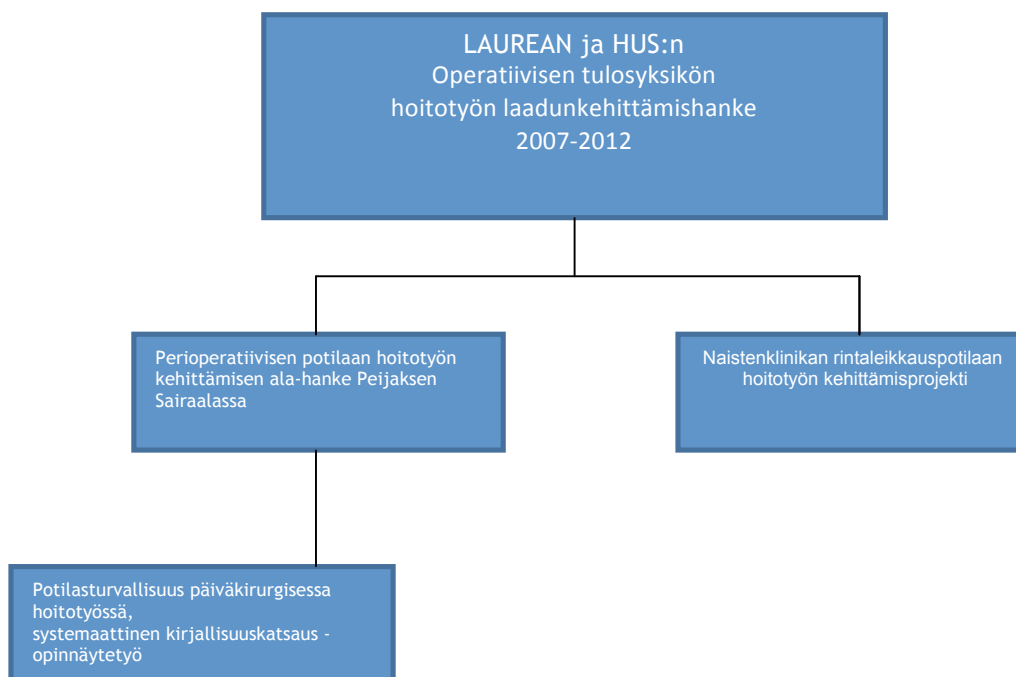
Projektin kehittämiskohdetta määritettäessä hahmottelimme yliopettaja Teija-Kaisa Aholaakon kanssa opinnäytetyöni koskevan päiväkirurgisen hoitotyön perioperatiivista potilasturvallisuutta. Tarkensimme projektin suunnitelmapalaverissa Peijaksen päiväkirurgisen yksikön osastonhoitajan Maria Janhosen ja yliopettaja Aholaakon kanssa aihetta niin, että käsittelisin kirjallisuudesta esille tulevat asiat pre-, intra- ja postoperaativisesta turvallisesta hoitotyöstä. Kehittämistoiminnan menetelmäksi valittiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

Marraskuussa välitapaamisessa päiväkirurgisen yksikön osastonhoitajan kanssa keskustelimme aiheen laajentamisesta potilaan kokemaan turvallisuuden tunteeseen päiväkirurgisessa hoitotyössä. Aikataulun ja aiheen laajuuden vuoksi päädyin käsittelemään aihepiiriä potilasturvallisuuden näkökulmasta. Projektin julkaisujankohdaksi sovimme vuoden 2010 alun.

3.2 Projektioorganisaatio

Peijaksen sairaalan päiväkirurginen osasto kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) operatiiviseen tulosityksikköön HYKS-sairaanhoitoalueella. Peijaksen päiväkirurginen osasto on toiminut vuodesta 1990. Aluksi osasto oli toimenpideyksikkö, jossa hoidettiin myös pienkirurgisia- ja tähestyspotilaita. Osasto muuttui viralliseksi päiväkirurgian osastoksi tammi-kuussa 2001. Osasto on auki klo 7.00-18.30 ja siellä käytössä kahdeksan leikkaussalia. Heräämössä on 14 vuodepaikkaa ja II-vaiheen heräämössä viisi lepotuolia kotiutumista odottaville potilaille. Henkilökuntaa osastolla on seuraavasti: yksi osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, 40 sairaanhoitajaa ja kolme sihteeriiä sekä 4 laitoshuoltajaa ja yksi välinehuoltaja. Osastolla hoidetaan neljän erikoisalan potilaita; käsikirurgisia, ortopedisia, yleiskirurgisia ja urologisia. Vuonna 2009 päiväkirurgisia toimenpiteitä tehtiin yhteensä 3774 kpl. (HUS, Peijas, päiväkirurginen osasto)

Yhteistyökumppaneina hankkeessa ovat Laurea-ammattikorkeakoulun henkilökunta ja opiskelijat, sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-sairaanhoitoalueen Peijaksen sairaalan potilaat ja henkilökunta. (Liljeblad 2007). Projektiryhmään kuuluvat Peijaksen sairaalan päiväkirurgiselta osastolta osastonhoitaja Maria Janhonen, Laurea-ammattikorkeakoulun puolesta lehtori Teija-Kaisa Aholaakko ja opiskelija Annukka Virnes.



Kuva 2 Projektiorganisaatio

3.3 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

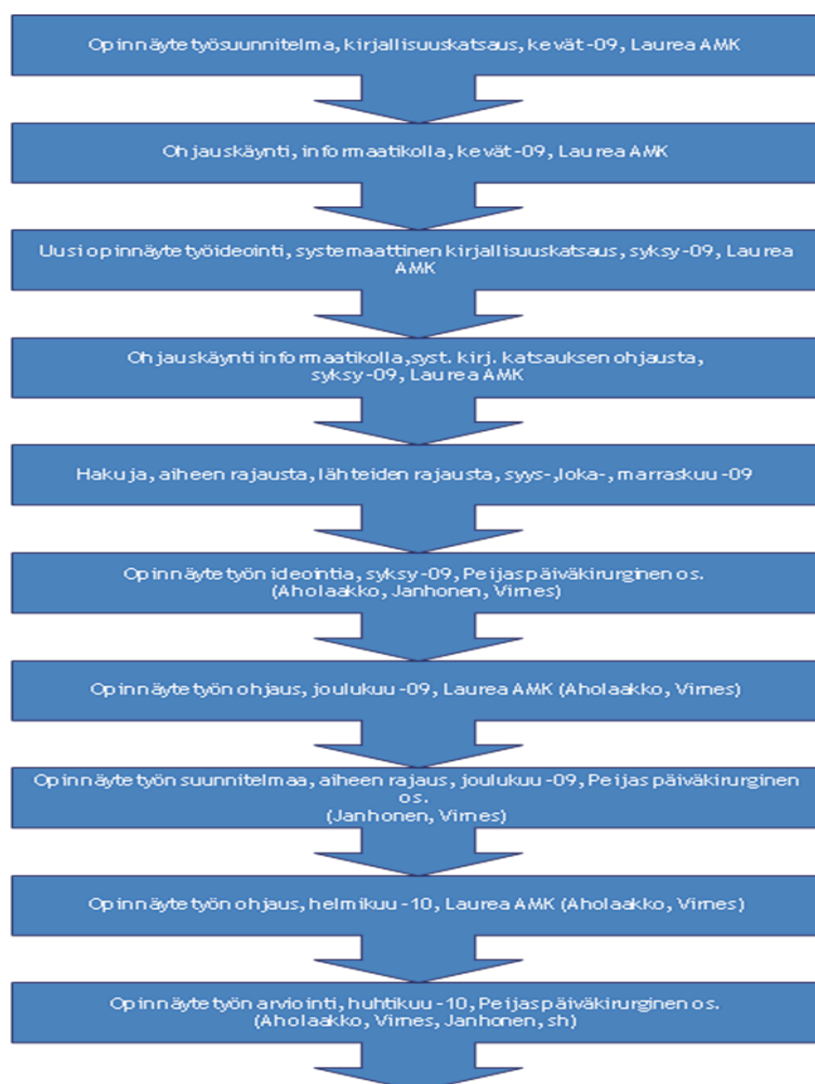
Käsittelen systemaattista kirjallisuuskatsausta Hoitotiede-lehden julkaiseman Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä-artikkelin (Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006.) sekä Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaiseman Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen-raportin (Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007) pohjalta.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa identifioidaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä retrospektiivisesti ja kattavasti. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella voidaan myös perustella ja tarkentaa valittua tutkimuskysymystä sekä tehdä luotettavia yleistyksiä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimussuunnitelmaan, on toistettavissa ja pyrkii vähentämään systemaattista harhaa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusprosessi, joka rakentuu kumulatiivisesti. Vaiheet ovat nimettävissä ja jokainen vaihe rakentuu järjestelmällisesti edeltävään vaiheeseen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet voidaan karkeasti jaotella myös kolmeen vaiheeseen; ensimmäinen vaihe sisältää katsauksen suunnittelun, toinen vaihe katsauksen tekemisen hakuineen, analysointineen sekä synteeseineen ja kolmas vaihe katsauksen raportoinnin. (Axelin ym. 2007)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja tärkein vaihe on yksityiskohtaisen tutkimussuunnitelman laatiminen. Se ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä, vähentää systemaattista harhaa ja varmistaa tieteellistä täsmällisyyttä. Tutkimussuunnitelmassa määritetään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat alkuperäistutkimusten keräämiseksi sekä sisäänottokriteerit, joilla alkuperäistutkimukset valitaan. (Kääriäinen & Lahtinen 2006)

Opinnäytetyön ideointivaiheessa keväällä 2009 valitsimme aiheeksi opinnäytteeseen potilaan kokeman subjektiivisen turvallisuuden tunteen lisäämisen ja pelon vähentämisen päiväkirurgisessa hoitotyössä. Menetelmäksi valitsimme kirjallisuuskatsauksen. Aloitin opinnäytetyön lähteiden etsimisellä sekä käytettävien käsitteiden hahmottelulla. Syksyllä 2009 opinnäytetyön ohjaajan vaihtuessa keskustelimme aiheen vaihtamisesta tällä hetkellä maailmanlaajuisesti esillä olevaan potilasturvallisuuteen hoitotyössä. Potilasturvallisuudesta kirurgiassa oli runsaasti uutta tutkimustietoa, mutta kiinnostuksen kohteeksi nousi päiväkirurginen potilasturvallisuus. Vaihdoimme menetelmäksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen.



Kuva 3 Projektin aikataulu

Tutkimuskysymyksissä määritetään ja rajataan se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Tutkimuskysymysten perusta on kirjallisuuskatsauksen tekijän taustatiedoissa, aikaisemmassa tiedossa aiheesta sekä tutkimusintressissä. Koko prosessin suuntaamisessa on olennaista, että tutkimuskysymykset määritetään selkeästi. (Kääriäinen & Lahtinen 2006)

Opinnäytetyön intressinä toimivat omakohtaiset kokemukset päiväkirurgiassa. Pitkä urheilu-ura päättyi polven tähytystoimenpiteeseen, jonka aikana mieleeni nousi kysymyksiä sekä potilaan kokemasta turvallisuuden tunteesta että potilasturvallisuudesta päiväkirurgisessa hoitotyössä. Lopulliseksi aiheeksi valitsin potilasturvallisuuden päiväkirurgisessa hoitotyössä, koska tämä aihe on tarkkailun kohteena maailmanlaajuisesti.

Tutkimuskysymyksiin perustuva alkuperäistutkimusten haku tehdään systemaattisesti ja kattavasti. Tämä tarkoittaa sitä, että haut kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Jotta haku olisi riittävän kattava, alkuperäistutkimuksia haetaan sekä sähköisesti eri tietokannoista että manuaalisesti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006)

Aluksi suoritin hakuja käsitteiden perusteella, jonka jälkeen kävimme yliopettaja Aholaakon kanssa keskustelua ja pohdintaa lähteiden valinnasta. Rajasin lähteitä saatavuuden perusteella. Opinnäytteessäni ei ole käytössä rahoitusta, joten rajasin myös pois kaikki ne lähteet, joiden saatavuus oli kiinni rahoituksesta.

Aineistoa opinnäytetyöhön keräsin vuoden 2009 aikana Laurea-ammattikorkeakoulun tietokannan kautta yksittäis- ja yhdistelmähuilla, manuaalisesti ammattikorkeakoulujen sekä lääketieteellisistä kirjastoista, Tampereelta, Helsingistä, Vantaalta ja Hämeenlinnasta. Tietokannoista käytössäni on ollut Medic, Linda, Terveysportti, SveMed, PubMed ja EBSCO (Cinahl).

Hakujen yhteydessä käytetyt sanat ovat määritelty opinnäytetyöni mukaisesti. Asiasanastoina olen käyttänyt YSAa ja FinMesh-sanastoa. Hakusanoina käytin päiväkirurgia-/lyhytkirurgia/day care/day surgery/ambulatory surgery, turvallisuus/safety, potilasturvallisuus/patientsafety, kirurgia/surgery ja potilasvalinta -sanoja yhdistelmä- ja katkaisuhauilla.

Sana/sanat (Medic 2000-2009)	Löytyneet	Käytetyt
Safety (MeSH) or Turvallisuus (Fin MeSH)	583	4
Potilasturvallisuus	32	3
Patient (MeSH) and Safety (MeSH)	26	3
Päiväkirurg*(FinMeSH) or ambulator*	320	6
Päiväkir* ja Potilasturv*	0	0
Vaaratapah*	5	0
Päiväkir* ja Turv*	2	0
Riskienhalli* (FinMeSH)	52	1

Sana/Sanat (Linda 2000-2009)	Löytyneet	Käytetyt
Potilasturval* (YSA)	94	4
Potil* (YSA) and Turvall* (YSA)	33	1
Päiväkirurg* or lyhytkirurg*	83	4
Päiväkirurg* and potilasturv*	0	0
Vaaratapah*	9	0
Päiväkirurg* and turv*	6	0
Riskienhall*	22	0

Kuva 4 Tiedonhaun tulokset hakusanoittain ja tietokannoittain

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimuksen valinnassa kiinnitetään erityistä huomiota kirjallisuuskatsauksen tekijän subjektiivisen valikoitumisharhan minimoimiseen. Valikoitumisharhaa pyritään vähentämään sekä sisäänottokriteerien tarkalla rajauksella että sillä, että alkuperäistutkimuksen valinnan tekee vähintään kaksi arvioijaa toisistaan riippumattomasti ja itsenäisesti. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kiinnitetään huomio myös alkuperäistutkimuksen laatuun. Laatukriteerit vaihtelevat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaan. Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti, mutta myös ymmärrettävästi ja selkeästi tutkimuskysymyksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006)

Alkuperäistutkimuksen valintaan osallistui opiskelijan lisäksi yliopettaja Aholaakko, koska tein opinnäytetyön yksin. (Liite 3)

4 PROJEKTIN TUOTOS

4.1 Potilasturvallisuus

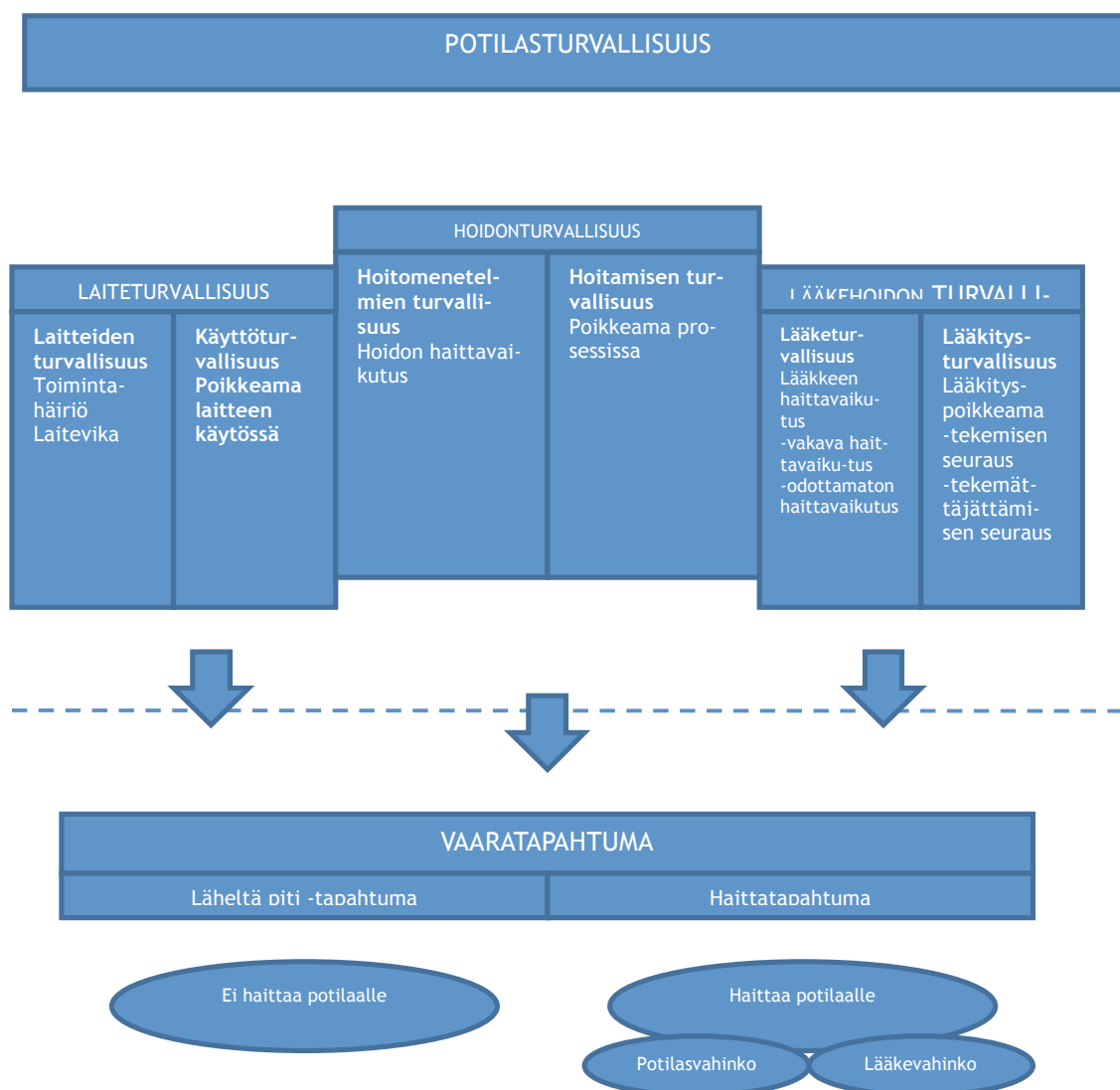
Useissa maissa suoritettujen lukuisten tutkimusten perusteella on todettu, että noin kymmenen prosenttia sairaalahoitoa saavista potilaista kokee jonkinlaisen haittatapahtuman hoidon aikana. Yhdessä prosentissa tapauksista seuraukset ovat vakavia tai jopa kuolemaan johtavia. Korkeaa laatua tavoittelevalle nykyaikaiselle terveydenhuoltojärjestelmälle nämä luvut ovat niin kärsimysten kuin kustannustenkin kannalta kestämättömiä. Tilanteen parantamiseen on selkeä tarve. (Doupi 2009)

Potilasturvallisuuteen vaikuttavat terveydenhuoltojärjestelmään, terveyspalveluiden laatuun, tuotteisiin sekä terveydenhuollon ympäristöön liittyvät tekijät. (Peltomaa 2008) Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Terveyden- ja sairaanhoito on monisyistä ja vaativaa. Vaaratapahtumat ovat mahdollisia, vaikka henkilökunta on ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta ja toiminta varsin säädeltyä. Syynä poikkeamiin on usein työntekijästä riippumattomat puutteet, häiriöt toimintatavoissa, työprosesseissa tai järjestelmissä. Huomattava osa potilaille aiheutuneista haitoista voidaan estää selvittämällä niiden syitä ja ottamalla poikkeamista oppia. (Holi 2007)

Toimintayksikössä potilasturvallisuudella tarkoitetaan niitä periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa. Kokemuksen mukaan potilasturvallisuus taataan parhaiten siirtämällä huomio yksittäisistä työntekijöistä ja virheistä potilaille aiheutuvien haittojen vähentämiseen sekä arvioimalla ja tutkimalla palvelujärjestelmää ja poistamalla siellä olevia riskejä. (Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3)

Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaaseen mahdollisesti kohdistuvilta potentiaalisilta vaaratilanteilta tai epätarkoituksenmukaisilta toimenpiteiltä suojaavaa tekijää. Potilasturvallisuuden sisältyy terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden erilaisia toimintoja ja periaatteita, joiden tarkoituksena on taata hoidon turvallisuus. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Yli-Villamo 2008)

Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen. Potilasturvallisuuden karkeat osa-alueet ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus. Laiteturvallisuus ja lääkehoidon turvallisuus sisältyvät periaatteessa hoidon turvallisuuteen, mutta tärkeytensä vuoksi ne on nostettu itsenäisiksi osa-alueiksi. (Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus 2006)



Kuva 5 Potilasturvallisuus (Stakes, Työpapereita 2006 mukaillen)

4.2 Potilasturvallisuus päiväkirurgisessa hoitotyössä

4.2.1 Preoperatiivinen potilasturvallisuus

Päiväkirurgisen toiminnan ehdoton edellytys on tarkka, huolellinen ja onnistunut potilasvalinta. Yksi tärkeimpiä valintakriteereitä on potilaan suostumus päiväkirurgiseksi potilaaksi. (Heino 2005) Potilaalta edellytetään omatoimisuutta, mahdollisuuksia hoitaa itsenään kotona ennen ja jälkeen toimenpiteen sekä halukkuutta tulla päiväkirurgiseen hoitoon. (Rauhasalo 2003) Potilaan suostumuksen laajuuteen ja riittävyteen voidaan vaikuttaa ainoastaan riittäväällä ja laadukkaalla tiedonannolla. Potilaan tulee siis ymmärtää, mitä päiväkirurgisesti suoritettavalla toimenpiteellä tarkoitetaan. Tietoinen suostumus perustuu keskeisesti autonomian kunnioittamiseen sekä luottamukseen vuorovaikutussuhteessa. Tietoinen suostumus merkitsee sitä, että potilas saa riittävästi tietoa hoidosta, terveyttä edistävästä menettelystä ja vastaisen perusteella päättää vapaaehtoisesti suostumuksestaan. (Heino 2005)

Nopeassa, päiväkirurgisessa hoitoprosessissa ohjauksen merkitys korostuu laadukasta hoitoa tavoiteltaessa. Potilaan ohjaus suunnitellaan huolellisesti kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa siten, että jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva tietää oman osuutensa ja on sisäistänyt ohjauksen tavoitteet. (Heino 2005) Ohjauksikäynti järjestetään 1-3 viikkoa ennen suunniteltua leikkausta tai toimenpidettä. Potilas tapaa kirurgin ja sairaanhoitajan, tarvittaessa myös anestesia- ja lääkäriin. (Terveysportti, päiväkirurgisen potilaan hoito) Ohjauksessa huomioidaan potilaan pre-, intra- ja postoperatiivista hoitoa ja kotiutumista koskevat asiat. Preoperatiivisen ohjauksen tavoitteena on valmistaa potilas fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti toimenpiteeseen. Ohjauksen tarkoituksena on auttaa potilasta valmistautumaan toimenpiteeseen siten, että hän hallitsee kaikki asiaankuuluvat toimenpiteeseen liittyvät valmistelut. (Heino 2005)

Päiväkirurgisessa hoitotyössä perheenjäsen on potilaan taustalla, jolloin potilas yksilönä on hoidossa ensisijaisena mielenkiinnon kohteena. Potilaalta tulee varmistaa, missä määrin hän haluaa perheenjäsenen mukanaoloa. Potilaan suostumuksella perheenjäsenelle annetaan tietoa totuudenmukaisesti potilaan sairaudesta, sen ennusteesta ja valituista ratkaisuista. Suostumus on aina hoitojaksokohtainen. Hoitohenkilökunnan on kunnioitettava potilaan tahtoa sen suhteen, mitä perheenjäsenelle kerrotaan ja miten hänet otetaan huomioon hoidossa, sitä koskevassa suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Heino 2005)

Preoperatiivisessa ohjauksessa huomioidaan potilasta eniten huolestuttavat asiat, kuten anestesia ja leikkaus ja siihen mahdollisesti liittyvät kivut. Potilas tarvitsee ennen toimenpidettä tietoa hoitoon liittyvistä asioista, leikkausta edeltävistä valmisteluista, esilääkityksestä, toimenpiteestä, anestesiasta sekä lääkkeitä ja niiden sivuvaikutuksista. Lisäksi potilas haluaa

saada tietoa hoitosuunnitelmasta, sairaudesta ja postoperatiivisesta toipumisesta. (Heino 2005)

Anestesian kannalta preoperatiivisia tutkimuksia ei yleensä tarvita, jos potilas on muutoin terve. Joissakin päiväkirurgisissa yksiköissä potilailta mitataan hemoglobiinipitoisuus, yli 40 -vuotiailta lisäksi veren tai virtsan sokeri- ja kreatiiniarvot. Yli 40-vuotiailta miehiltä ja yli 50-vuotiailta naisilta otetaan EKG. Potilaalle tehtäviä liiallisia laboratorio- ja radiologiatutkimuksia vältetään päiväkirurgiassa. Tarve riippuu potilaan iästä, sukupuolesta ja yleisestä terveydentilasta sekä tehtävästä toimenpiteestä. Hoidon kannalta rutiininomaisista tutkimuksista ei ole hyötyä terveille ihmisille. (Heino 2005)

Oikealla potilasvalinnalla pyritään minimoimaan henkeä uhkaavat anestesiakomplikaatiot ja kirurgiset ongelmat sekä kotiutumisen jälkeiset vakavat sairastumiset ja kuolemat, jotka ovatkin päiväkirurgiassa harvinaisia. Leikkausarviossa potilaat jaetaan fyysisen kunnon mukaan ns. ASA-luokkiin (American Society of Anesthesiologists). Parhaiten päiväkirurgiaan soveltuvat potilaat kuuluvat anestesiaryhmiin ASA I ja ASA II, tai anestesiaryhmään ASA III, jolloin potilaan yleissairaus on parhaassa mahdollisessa hoidossa preoperatiivisesti. (Niemimaa 2006) Potilaan korkea ikä tai monet yleissairaudet eivät enää ole vasta-aiheita päiväkirurgialle. On tärkeää huomioida, että ASA-luokitukset III tai jopa IV eivät ole sellaiseen este päiväkirurgialle, jos potilaan yleissairaus on hyvin hoidettu ja vakaa. Päiväkirurgiaan valittujen ASA III-luokan potilaiden postoperatiivisten komplikaatioiden riski ei liene suurempi kuin ASA-luokkien I ja II. (Kangas-Saarela 2005) (Liite 4)

Kotimatkan pituutta tärkeämpi valintaperuste on monissa tapauksissa kodin etäisyys lähimmästä sairaalasta tai hoitopaikasta. Päiväkirurgisesti hoidetulla potilaalla tulee kotiutuessa ja ensimmäisen vuorokauden aikana olla vastuullinen aikuinen tukihenkilö seuranaan. (Kangas-Saarela 2005) Päiväkirurgisen toimenpiteen esteenä ovat huomattava ylipaino, etenkin jos siihen liittyy jokin perussairaus (esim. verenpainetauti, uniapnea, diabetes) alkoholin, huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttö psyykkinen sairaus. (Terveysportti, päiväkirurgisen potilaan hoito, viitattu 20.11.2009.)

Käynnin yhteydessä huomioidaan potilasvalintaan liittyvät seikat, mm. potilaan muut sairaudet, potilaan sosiaaliset olot, anestesiamuodon valinta, leikkausmenetelmän valinta, leikkauksen ajoitus potilaan työpäivän ohjelmaan. Mikäli potilas on estynyt saapumasta ohjauskäynnille lähetetään yksityiskohtainen kirjallinen ohjausmateriaali etukäteen. Tarvittaessa tietoja täydennetään puhelinhaastattelulla. Potilasturvallisuus varmistetaan esitietolomakkeella, jota potilas täyttää kotona ja sairaalassa. Lomakkeesta ilmenevät mm. potilaan käyttämä säännöllinen lääkitys sekä allergiat, sairaudet, aiemmat leikkaukset ja anestesiamuodot. Suullista ja

kirjallista ohjausta voidaan täydentää toimenpiteestä kertovilla videoilla. (Terveysportti, päiväkirurgisen potilaan hoito)

4.2.2 Intraoperatiivinen potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä on monen tekijän summa. Se vaatii toteutuakseen panostusta kaikilta intraoperatiiviseen vaiheeseen suoraan tai välillisesti osallistuvilta tahoilta aina hallinnosta lähtien. (Peltomaa 2008)

Hallinnon tulee taata optimaalinen resursointi henkilökunnan, materiaali- ja laitehankintojen sekä aikatauluttamisen osalta. Organisaatioissa tulee myös seurata potilasturvallisuuden toteutumista kiinnittämällä huomiota kliinisten järjestelmien ja prosessien toimintaan, ja tarvittaessa puuttua aktiivisesti mahdollisiin epäkohtiin. Potilasturvallisuustyön edistämässä johdon sitoutumisen ja toimenpiteiden merkitystä ei voi aliarvioida. (Peltomaa 2008)

Intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä lähtökohta on anestesiahoitajien peruskoulutus. Anestesiahoitotyön peruskoulutuksen puuttuessa työpaikoilla suoritettavan perehdytyksen merkitys korostuu uusien sairaanhoitajien määrän lisääntyessä. Anestesiahoitajilla jatkuvan kouluttautumisen tarve on edellytys laadukkaaseen ja turvalliseen hoitotyön toteuttamiseen, koska anestesiahoito on dynaaminen ja kehittyvä erikoisala. (Peltomaa 2008)

Kirjaaminen on tiedonkulun peruspilari terveydenhuollossa. Kirjaamisen tulee olla yhdenmukaista, totuudenmukaista, kattavaa ja helppoa, oli kirjattava dokumentti missä muodossa tahansa. Kuitenkaan suullisen raportoinnin merkitystä ei saa unohtaa, vaan sitä tulisi kehittää entistä yhdenmukaisemmaksi. (Peltomaa 2008)

Leikkausasento tulisi asentaa potilaan sekä salitiimin kanssa. Tukia ja pehmusteita tulee käyttää sekä kaikki valmistelut ja tarkistukset toimenpiteen aikana kirjata. Anatomisesti oikeaoppisten asentojen tulisi sisältyä koulutukseen ja perehdytykseen, ja huomioitavaa on sekä nukutetun että puudutetun potilaan yhtä tärkeä valvonta. (Peltomaa 2008)

Aseptiikan ylläpito vaatii herpaantumattomaa aseptista omatuntoa. Potilasturvallisuus vaarantuu myös silloin, jos yksikin terveydenhuollon ammattilainen potilaan hoitoprosessissa on ymmärtänyt esimerkiksi MRSA-eristys ohjeet väärin. Huolimattomuus ja kiire lisäävät aseptiikassa tapahtuvia erehdyksiä. (Peltomaa 2008)

Potilasopetuksella voidaan potilaan asemaa potilasturvallisuuden edistäjänä vahvistaa. Potilaille tulee kertoa muun toimenpiteeseen liittyvän informaation lisäksi mitkä tiedot ovat turvallisen hoidon osalta oleellisia asioita, sekä kannustaa kertomaan niistä avoimesti. Aikaa oh-

jaukseen on vähän ja ohjaustilanne saattaa olla rauhaton, joten preoperatiivisen vaiheen merkitys potilasopetuksen ajankohtana on tärkeä. (Peltomaa 2008)

Lääkehoidon merkitys potilasturvallisuudessa on suuri. Etenkin anestesiahoitotyössä potilaalle annettavat lääkeaineet vaikuttavat elimistön toimintaan nopeasti ja voimakkaasti. Lääkehoidon turvallinen toteutus edellyttää kouluttautumista ja perehdyttämistä, joita tulisi olla tarjolla sekä vastavalmistuneille sairaanhoitajille että kokeneelle henkilökunnalle. Erilaiset varmistusmenetelmät kuten lääkehoidossa kaksoistarkistukset tiimin sisällä lisää potilaan turvallisuutta. Lääkettä määrätessä kirjallinen määräys on turvallisin. Potilasturvallisuuteen vaikuttaa myös salitiimin vaihtuminen. Lääkehoitoon liittyy myös avoimen työilmapiirin ja potilasturvallisuuskulttuurin merkitys. (Peltomaa 2008)

Leikkaussaliympäristö vaikuttaa potilasturvallisuuteen antamalla anestesiahoitotyön toteuttamiselle puitteet. Anestesiahoitotyössä käytettävät laitteet, anestesiakone, ruiskupumput sekä monitorit parantavat potilaan turvallisuutta oikein käytettynä. Laitteille tulisi olla selkeät käyttöohjeet sekä riittävä koulutus myös vikatilanteiden varalle. Anestesiahoitajan on henkilökohtaisesti tarkistettava laitteiden toimivuus ennen potilaaseen yhdistämistä. Hankintoja tehtäessä myös anestesiahoitajien käyttökokemuksia tulisi kuunnella, jotta anestesiahoitotyön toteuttamiseen saatavat työvälineistöt olisivat tarkoituksenmukaisia. (Peltomaa 2008)

WHO:n potilasturvallisuusallianssi WAPS aloitti viime vuonna maailmanlaajuisen ohjelman leikkaustoimenpiteisiin liittyvien potilasturvallisuusriskien vähentämiseksi. Kirurgian turvallisuuden lisäämiseksi on otettu mallia ilmailusta. Kansainvälisen asiantuntijaverkoston kehittämä tarkistuslista (WHO Surgical Safety Checklist) on yksinkertainen ja halpa keino lisätä kirurgisen hoitoprosessin laatua. (Ikonen, T., Aarnio, P., Ikonen, T., Kangasmäki, E., Karjalainen, K., Kontsas, T., Kujala, R., Pauniah, S-L., Saario, I., Savunen, T., Sivula, H., 2009) Ryhmä on identifioinut kymmenen tärkeää tavoitetta turvallista kirurgiaa varten. Nämä on koottu WHO:n turvallisen kirurgian tarkistuslistaksi. (Gawande, A. ym., WHO Guidelines for safe surgery 2009) Anestesia- ja kirurgiseen käytäntöön, aseptiikkaan ja tiedonkulkuun kohdentuvan tarkistuslistan avulla varmistetaan, että potilasturvallisuuden kannalta elintärkeät seikat on huomioitu ennen toimenpiteen aloitusta ja että leikkauksen jälkeen on tiedotettu potilaan seurantavaiheen riskit. Odottamattoman haittatapahtuman taustalla on usein inhimillinen tekijä: ongelma tiedonkulussa tai puute toimintaprosessissa. (Ikonen ym. 2009) (Liite 5)

Seuraavaksi WHO:n kansainvälisen asiantuntijaverkoston kymmenen tärkeää turvallista kirurgiaa lisäävää tavoitetta ja niiden tärkeimpiä suosituksia.

1. Leikkausryhmä operoi oikeaa potilasta oikeasta paikasta
 Ennen anestesiaa leikkausryhmän jäsenen tulisi varmentaa, että potilas on indentifioitu oikeaksi henkilöksi, yleensä suullisesti potilaan tai hänen perheenjäsenen kanssa ja potilasrannekkeesta tai muulla asianmukaisella fyysisellä tunnistamisella. Henkilöllisyys tulisi tarkistaa myös muutoin kuin nimellä. (esim. potilaan syntymäaika, osoite, sairaalanumero)
 Leikkausryhmän jäsenen tulisi varmentaa potilaan kanssa, että tämä on suostunut toimepiteeseen ja että kyseessä on oikea sijainti sekä toimenpide.
 Leikkaavan lääkärin tulisi merkitä toimenpidepuoli niissä tapauksissa, joissa on mahdollisuus eripuolisuuteen tai monisuuntaisuuteen tai eri lukumääriin (esim. sormet, varpaat, selkänikamat)
 Sekä anestesiologin että sairaanhoitajan tulisi tarkistaa toimepiteen sijainti varmistaakseen, että leikkaava lääkäri on merkinnyt sen ja tarkistaa tiedon yhteneväisyys potilasasiakirjoista.
 Viimeisimpänä tarkistuksena leikkausryhmän tulisi varmentaa kollektiivisesti potilas, toimenpide ja sen sijainti ”aikalisällä” tai tauolla juuri ennen ensimmäistä leikkausviiltoa.

2. Leikkausryhmä käyttää menetelmiä estääkseen anestesia-aineiden käytön haitat huolehtien samalla potilaan kivun ehkäisystä
 Ensimmäinen ja tärkein osatekijä anestesiahoitossa on tarkkaavaisen ja ammattitaitoisen anestesiologin jatkuva läsnäolo.
 Lisähapen tulisi olla tarjolla kaikille yleisanestesiassa oleville potilaille.
 Kudoshapetusta ja nesteperfuusiota tulisi monitoroida jatkuvasti riittävällä äänen voimakkuudella käyttäen happisaturaatiomittaria, jonka äänenkorkeus muuttuu pulssin mukaan.
 Ilmatien ja ventilaation riittävyttä tulisi valvoa taukoamatta havainnoimalla sekä kuuntelemalla.
 Verenkiertoa tulisi havainnoida taukoamatta kuuntelemalla tai palpoimalla pulssi tai seuraamalla sydänmonitorista tai happisaturaatiomittarista.
 Valtimoverenpaine tulisi selvittää viiden minuutin välein tai useammin, jos se on määritelty kliinisesti.
 Ruumiinlämmön mittaamiseen tarvittavat välineet tulisi olla saatavilla ja niitä tulisi käyttää, mikäli siihen on kliininen tarve.
 Anestesian syvyys tulisi arvioida usein.

3. Leikkausryhmä huomioi ja valmistautuu tehokkaasti uhkaavaan ilmatien menetykseen tai hengityksen lakkaamiseen
 Kaikkien potilaiden ilmatiet tulisi tutkia täsmällisesti tulevaa anestesiaa varten mahdollisten ilmatievaikeuksien vuoksi, vaikka intubaatio ei olekaan odotettavissa.
 Anestesiologilla pitäisi olla suunnitelma ja valmius onnistuneeseen ilmatieyhteyteen, vaikka ilmatien menettäminen ei olekaan odotettavissa.
 Anestesiologin odottaessa vaikeaa ilmatieyhteyttä avustajan pitäisi olla välittömästi käytettävissä induktion yhteydessä ja anestesiologin varasuunnitelma täytyisi olla selkeästi määritelty.
 Vaihtoehtoinen anestesia tulisi huomioida, mikäli potilaille ei voi taata turvallista ilmatieyhteyttä.
 Kaikkien anestesiologioiden tulisi ylläpitää intubointitaitoja sekä olla perehtyneitä ja päteviä moninaisiin strategioihin vaikeiden ilmatieyhteyksien osalta.
 Intuboinnin jälkeen anestesiologin pitäisi aina varmentaa intubaation sijainti kuunnellen hengitysäänet sekä mahalaukku ja monitoroida hapetus pulssioksimetrilla.
 Potilaan tulisi paastota suunniteltua toimenpidettä ennen.

4. Leikkausryhmä huomioi ja valmistautuu tehokkaasti suuren verimäärän menetyksen riskiin

Anestesiologin tulisi ottaa huomioon mahdollinen suuren verimäärän menetys ennen anestesiaa, sekä valmistautua huolellisesti mikäli riski on suuri.

Ennen aloitusviiltoa leikkausryhmän tulisi keskustella suuren verimäärän menetyksen riskistä ja mikäli se on merkittävä varmistetaan asianmukainen laskimoyhteys.

5. Leikkausryhmä välttää aiheuttamasta allergista tai vahingollista lääkeainereaktiota
Anestesiologin tulisi ymmärtää täysin määräämänsä ja käyttämänsä lääkityksen farmakologia ja toksisuus. Lääkitsijän tulisi ensin identifioida selkeästi ja täsmällisesti jokainen potilas, jolle annostelee lääkettä. Potilaan lääkitystiedot, lääkeaineallergiat ja -yliherkkyydet tulisi hankkia ennen kuin lääkettä on annosteltu potilaalle.
Lääkitys tulisi olla asianmukaisesti merkitty, vahvistettu ja uudelleen tarkistettu ennen annostelua, erityisesti jos ne on vedetty ruiskuun.
Terveydenhuollon henkilöiden tulisi kommunikoida selkeästi lääkkeen indikaatiosta, vasta-aiheista tai muusta asiaankuuluvasta informaatiosta sekä ymmärtää toisiaan, ennen kuin potilasta on lääkitty.
6. Leikkausryhmä käyttää johdonmukaisesti menetelmiä, joiden tiedetään pienentävän leikkausinfektoriskiä
Kaikki välineet pitäisi steriloida rutiinomaisesti, jotta voidaan olla varmoja kirurgisten instrumenttien, laitteiden ja materiaalien steriiliydestä. Sairaanhoidajan tai muun henkilökuntaan kuuluvan leikkausvalmisteluita tekevän tulisi varmistaa toimenpidevälineiden steriiliys indikaattoreilla ja kommunikoida leikkaavan lääkärin tai anestesiologin kanssa asiasta.
Profylaktisen antibiootin uusimista pitäisi harkita mikäli toimenpide kestää yli neljä tuntia tai jos on todisteita liiallisesta intraoperatiivisesta vuodosta.
Profylaktisen antibiootin tulisi keskeytyä 24 tunnin kuluessa toimenpiteestä.
Ihokarvoja ei tulisi poistaa ellei ne häiritse toimenpidettä. Mikäli ihokarvoja poistetaan se tulisi tehdä kaksi tuntia ennen leikkausta.
Kirurgisten potilaiden tulisi saada lisähapetta läpi perioperatiivisen jakson yksilöllisten tarpeiden mukaan. Mittauksia tulisi suorittaa läpi perioperatiivisen jakson, pitäen sisällään myös ydinlämpötilan mittaamisen. Kaikkien kirurgisten potilaiden iho täytyy puhdistaa asianmukaisella antiseptisellä aineella ennen toimepidettä.
Kirurginen käsienvesu tulisi varmistaa antimikrobisella saippualla.
Käsiä ja kyynärvarsia tulisi puhdistaa 2-5 minuuttia.
Leikkausryhmän tulisi peittää hiukset ja käyttää steriilejä leikkausvaatteta sekä steriilejä hanskoja leikkauksen ajan.
7. Leikkausryhmä ehkäisee instrumenttien ja sidosten huolimattonta säilyttämistä leikkaushaavoissa
Peritoneaalisen, retroperitoneaalisen, lantion tai rintakehän ontelot läpäisyä vaativien toimenpiteiden yhteydessä tulisi kaikkien taitosten, neulojen, veitsien, instrumenttien ja tarvikkeiden olla näkyvillä ja lukumäärä selvillä.
Leikkaavan lääkärin täytyisi suorittaa systemaattinen haavan tarkistaminen ennen minkään anatomisen ontelon tai kirurgisen alueen sulkemista.
Instrumenttien ja muiden välineiden lukumäärä pitäisi ilmaista nimen ja sijainnin mukaan selkeästi leikkaukselle lääkärille.
8. Leikkausryhmä varmistaa ja tunnistaa täsmällisesti kaikki näytepalat
Kaikki kirurgiset näytepalat tulisi merkitä täsmällisesti potilaan henkilötiedoilla, näytepalan nimellä ja sijainnilla (näytteenotto kohta ja puoli) yhden leikkausryhmän jäsenen lukiessa ääneen näytepalan tiedot ja toisen suullisesti vahvistaen tämän.

9. Leikkausryhmä kommunikoi tehokkaasti ja vaihtaa kriittistä tietoa turvallisuudesta käyttäytymisestä toimenpiteessä

Ennen ihoviiltoa leikkaavan lääkärin tulisi varmistaa, että ryhmän jäsenet, erityisesti sairaanhoitajat, anestesioitajat ja muu leikkaussalin avustava henkilökunta ovat tietoisia tulevan toimenpiteen kriittisistä vaiheista, suuren verenmenetyksen riskeistä, tarvittavista erikoismenetelmistä (esim. instrumentit, implantit, intraoperatiivinen kuvantaminen) ja mistä tahansa todennäköisistä poikkeamista rutiinitoimenpiteissä. Leikkaavan lääkärin tulisi informoida muuta leikkausryhmää suunnitellun toimenpiteen muutoksista, mahdollisista ongelmista postoperatiivisessa vaiheessa ja oleellisista postoperatiivisista suunnitelmista. Anestesiologin tulisi vetää yhteen potilaan tila leikkauksen aikana sekä antaa tarvittavat ohjeet varmistaakseen potilaan turvallisen toipumisen. Sairaanhoitajan tulisi huomauttaa leikkausryhmää havaitsemistaan lisähuolista leikkauksen aikana tai toipumisen yhteydessä.

Leikkauksessa tulisi ylläpitää tarkkaa, yhtenäistä ja allekirjoitettua leikkaussuunnitelmaa.

Leikkaavan lääkärin tulisi kirjata vähintään toimenpiteen nimen, sekä kaikki toissijaiset toimenpiteet, kaikkien avustajien nimet, toimenpiteen yksityiskohdat sekä intraoperatiivisen vuodon suuruuden. Sairaanhoitajien tulisi kirjata taitokset, neulat, veitset ja instrumenttien lukumäärän, laskijan nimi ja asema, instrumentit ja taitokset, jotka on jätetty potilaan sisälle sekä syy, jos laskuja ei ole suoritettu.

10. Sairaaloiden ja julkisen terveydenhuollon tulisi vakiinnuttaa rutiinitarkastus leikkauksen kapasiteetista, leikkausmääristä ja leikkaustuloksista

WHO:n jäsenmaiden tulisi koota systemaattisesti tietoa kansalliselta tasolta leikkausvalvonnalla.

WHO:n jäsenmaiden tulisi koota systemaattisesti tietoa sairaaloiden ja ammatinharjoittajien tasolta.

(WHO Guidelines for safe surgery 2009 -mukaillen)

4.2.3 Postoperatiivinen potilasturvallisuus

Nopea toipuminen ja oikein ajoitettu kotiuttaminen ovat päiväkirurgian onnistumisen avaintekijöitä. Anestesiasta toipuminen on jatkuva prosessi, joka voidaan jakaa kolmeen päävaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa, jolloin potilaat heräävät, suojarefleksit palaavat ja motoriset toiminnot alkavat palautua. Toisessa vaiheessa potilaat ovat valmiita kotiutettaviksi, ja kolmannessa vaiheessa he ovat toipuneet täydellisesti, mikä tarkoittaa, että kaikki anestesian jäännösvaikutukset ovat hävinneet ja toimintakyky on yhtä hyvä kuin ennen päiväkirurgiaa. (Korttila 2005)

Aikaisemmin useimmissa päiväkirurgisissa yksiköissä kotiuttamisen edellytyksenä oli, että potilaiden oli pystyttävä juomaan ja virtsaamaan. Nykyään tätä ei vaadita kaikilta potilailta, mutta erityistarkkailu saattaa olla tarpeen spinaali- tai epiduraalipuudutuksen yhteydessä sekä urologisten tai anorektaalisten toimenpiteiden jälkeen. Vastuullisen saattajan on saatettava potilas kotiin, ja saattajan tai jonkun muun vastuullisen henkilön vietettävä ensimmäinen leikkauksen jälkeinen yö potilaan luona. (Korttila 2005) Mikäli potilaan vointi toimenpiteen jälkeen ei ole riittävän hyvä, hänen on syytä ottaa sairaalaan seurantaan. (Heino 2008) Yksinäiset ihmiset ja sosiaalisesti rajoitteiset henkilöt eivät kuulu päiväkirurgiaan ns. sosiaalisen verkon puuttumisen johdosta. Osa jälkihoidosta jää potilaan omahoidon, omaisten antaman avun sekä muun sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluiden varaan. (Niemi 2006)

Kotihoidon ohjaamisen taito päiväkirurgisessa heräämössä on erittäin tärkeää, sillä potilas joutuu ottamaan nopeasti vastuun itsestään ja potilaalle on annettava perusteellinen ohjaus kotona selviämiseen sekä suullisesti että kirjallisesti. Kotihoito-ohjeiden selkeä antaminen on tärkeää potilaan jatkohoidon turvaamisen kannalta. Ohjaamisella on suuri merkitys potilaan selviytymiseen kotona. Potilaita kehoitetaan yhteydenottoon päiväkirurgiaan, mikäli jokin askarruttaa mieltä. Puhelinsoittoja saattaa tulla heräämöhön vielä viikkojen tai kuukausienkin päästä leikkauksesta. Potilaille myös soitetaan usein seuraavana päivänä ja tarkistetaan miten kotona on selvitty. (Haapala 2009)

Ohjaus on tärkeää autettaessa potilasta ja perheenjäsentä selviytymään postoperatiivisesta hoidosta. Ohjauksen tavoitteena on potilaan postoperatiivisen toipumisen nopeuttaminen. Ohjauksella pyritään auttamaan potilasta ja perheenjäsentä selviytymään itsenäisesti tähtäyksen jälkeisestä hoidosta, ennakoimaan toimenpiteen aiheuttamat muutokset päivittäisessä elämässä, käsittelemään kotihoitoon liittyviä mahdollisia ongelmia ja löytämään omat selviytymiskeinonsa. (Heino 2005)

Kotiuttamistilanne on merkittävä vaihe päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Lääketieteen ja hoitotyön asiantuntijoiden yhdessä laatimia kotiutus kiteereitä pidetään keskeisinä asioina. Kotiutusprosessin aikana asiakkaan voimavarat arvioidaan realistisesti ja niitä verrataan suunnitellun kotiutumispaikan vaatimuksiin. Lisäksi järjestetään tarvittaessa riittävän aikaisessa vaiheessa kotiapu, apuvälineet ja tarpeelliset kodin muutostyöt, joiden turvin kotiutettavan on mahdollista selviytyä. (Rauhasalo 2003) Liian aikainen kotiuttaminen voi johtaa ongelmiin kotimatalla tai kotona, jolloin komplikaatoriski kasvaa ja potilas voi joutua uudelleen sairaalaan. (Heino 2008) Potilaan turvallinen kotiutus vaatii kriittistä ajattelua, harkintaa ja asioiden varmistamista. (Haapala 2009)

Sairaanhoitajien tulee hallita tietoa monelta eri osa-alueelta, jotta päiväkirurginen heräämöhoido voidaan toteuttaa turvallisesti. Sairaanhoitajalla on oltava perusteellinen tieto leikkauksen kulusta, jotta hän kykenee kertomaan potilaalle tarkasti mitä hänelle on tehty. Ammatilliseen pätevyyyteen postoperatiivisesti kuuluu toteuttaa potilaan kivun hoitoa tehokkaasti ja ennakoivasti. Hyvä kivunhoito on tärkeä päiväkirurgisen heräämöhoidon tavoite. (Haapala 2009)

Uusista lyhytvaikutteisista anestesia-aineista ja muista lääkkeistä huolimatta potilaiden ei pidä ajaa autoa eikä käyttää koneita 24 tuntiin anestesian jälkeen. Postoperatiivinen kipu sekä pahoinvointi ja oksentelu (PONV) saattavat lykätä kotiuttamista. Sekä kivun että PONV-oireiden tehokas ehkäisy ja hoito on siis tärkeää päiväkirurgiassa. Ratkaisevan tärkeää on myös, että potilaalle kerrotaan näistä haittavaikutuksista ja niiden osuudesta päiväkirurgiassa. (Korttila 2005) (Liite 6)

Sairaanhoitajalta edellytetään oman asiantuntijuuden ylläpitämistä ja tiedon soveltamista. Kehittääkseen omaa asiantuntijuuttaan sairaanhoitajat tarvitsevat uutta tietoperustaa ja tiedon hankintataitoja. Päiväkirurgiassa tulee paljon uusia ja erilaisia tilanteita, jossa erityistä tietämystä tarvitaan. Tietoa on osattava hakea kirjallisuudesta, lääkeoppaista ja internetistä. Asenne uuden oppimiselle on oltava myös myönteinen. (Haapala 2009)

WHO:n yhdeksän ehdotusta potilasturvallisuuden parantamiseksi

WHO:n ehdotus tuo tietoisuuteen potilasturvallisuuden ja parhaimmat käytännöt potilasturvallisuusriskin vähentämiseksi. Se sisältää toimenpiteet ja käytännöt, jotka ovat yhtäällä maapallolla auttaneet potilasturvallisuusongelmien ratkaisemisessa. Ratkaisut on saatettu muotoon, jossa ne ovat laajasti kaikkien käytettävissä ja ymmärrettävissä.

WHO:n esittämisen ratkaisujen tarkoitus on ohjata suunnittelemaan hoitoprosessit sellaisiksi, että ne ehkäisevät inhimillisestä erehdyksistä potilaille koituvia haitallisia seurauksia.

Yksittäinen ratkaisuehdotus esittelee ongelman, ratkaisua tukevan näytön, mahdolliset esteet ratkaisun käyttöönotolle, ratkaisun odottamattomien seurausten vaaran, potilaan ja tämän omaisten roolin ratkaisun toteuttamisessa sekä lähdetiedot.

Ratkaisut löytyvät kokonaisuudessaan [www-osoitteesta](http://www.osoitteesta) www.jcpatientsafety.org/24725.

Yhdeksän ongelmaa, joihin työkalu tarjoaa ratkaisuja:

1) Samannäköiset ja samalta kuulostavat lääkkeiden nimet

Lääkkeiden nimessä erehtyminen on yksi yleisimmistä syistä lääkityspoikkeamille, ja se on maailmanlaajuinen ongelma. Kun markkinoilla on kymmeniä tuhansia lääkkeitä, riski lääkkeen kaupanimen, lääkeaineen nimen sekä pakkausten sekoittumiselle on merkittävä.

2) Potilaiden tunnistaminen

Virheet potilaan tunnistamisessa saattavat johtaa siihen, että potilaalle suoritetaan toiselle potilaalle tarkoitettuja tutkimuksia tai toimenpiteitä tai annetaan toiselle potilaalle tarkoitettuja lääkkeitä.

3) Tiedonkulku potilaita siirrettäessä

Katkokset tiedonkulussa potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen sekä potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden välillä saattavat aiheuttaa vakavia puutteita hoidon jatkuvuudessa, tarpeettomia tutkimuksia ja hoitoja ja näin ollen myös haittaa potilaalle.

4) Oikean toimenpiteen ja leikkauskohdan varmistaminen

Väärän toimenpiteen suorittaminen potilaalle sekä toimenpiteen suorittaminen väärälle puolelle tai väärään kohtaan ovat täysin estettävissä. Tällaiset virheet johtuvat suurelta osin tiedonkulun puutoksista tai puutteellisesta tai virheellisestä tiedosta. Merkittävä altistava tekijä tämän kaltaisille virheille on vakioidun, toimenpidettä edeltävän prosessin puuttuminen.

5) Elektrolyyttiliuosten oikean konsentraation varmistaminen

Vaikka kaikille lääkkeille, rokotille ja varjoaineille on määritelty tietty riskiprofiili, on tärkeää huomioida, että injektioissa käytetyt elektrolyyttiliuokset ovat erityisen vaarallisia.

6) Oikean lääkityksen varmistaminen hoitopaikan muutosten yhteydessä

Lääkityspoikkeamat tapahtuvat useimmin potilaan hoitopaikan muutosten yhteydessä. Lääkityspoikkeaminen estämiseksi suositellaan vakioidun lääkityslistan ylläpitoa sekä huolehtimista siitä, että terveydenhuollon toimintayksiköillä on käytössään selkeät ja yhtenäiset menettelytavat potilaan oikean lääkeyksityksen varmistamiseksi.

7) Katetrien ja letkujen väärinkytentöjen välttäminen

Käytössä olevien katetrien, letkujen ja ruiskujen muodot mahdollistavat huolimattomalla ja virheellisellä yhdistämisellä sen, että potilaalle annetaan lääkettä tai nesteitä väärällä tavalla tai väärää antoreittiä käyttäen.

8) Injektiopistostarvikkeiden kertakäyttö

Yksi suurimmista maailmanlaajuisista huolenaiheista on HI-viruksen, B-hepatiittiviruksen ja C-hepatiittiviruksen leviäminen käytettyjen injektioneulojen kautta.

9) Hyvän käsihygienian noudattaminen hoitoon liittyvien tartuntojen ehkäisyssä

On arvioitu, että joka hetki yli 1,4 miljoonaa ihmistä maailmanlaajuisesti kärsii sairaalassa saamastaan infektiosta. Hyvä käsihygienia on sairaalainfektioiden ehkäisyssä ensisijaisen tärkeää.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-8798.pdf

5 PROJEKTIN ARVIOINTI

WHO:n ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi koskettaa päiväkirurgisessa toimenpiteessä suurelta osin intraoperatiivista vaihetta. Turvallisessa päiväkirurgisessa hoitoprosessissa ensimmäinen vaihe on potilasvalinta ja potilaan informointi mitä päiväkirurgisella toimenpiteellä tarkoitetaan. Oikealla potilasvalinnalla minimoidaan henkeä uhkaavat kirurgiset ongelmat sekä kotiutumisen jälkeiset vakavat sairastumiset ja kuolemat.

Potilaan ja hänen perheensä ohjaaminen pre-, intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa takaa potilasturvallisuuden toteutumisen päiväkirurgisessa hoitotyössä. Potilasta, ja tarvittaessa omaisia, informoidaan toimenpiteeseen liittyvistä seikoista, valmistautumisesta, itse toimenpiteestä ja sen jälkihoidosta, joilla kaikilla on osa laadukkaan ja turvallisen hoitoprosessin takamisessa.

Intraoperatiivisessa vaiheessa potilasturvallisuusriskin vähentäminen on monen tekijän summa. WHO:n yhdeksän ehdotusta kiteyttää tärkeimpiä vaikuttimia tavoiteltaessa laadukasta hoitoa. Tuotoksessani esille noussut lähtökohta potilasturvallisuudelle oli sairaanhoitajien jatkuva kouluttautuminen ja uusien sairaanhoitajien perehdyttäminen.

Turvallinen lääkehoito, sen toteuttaminen ja dokumentointi vaatii koulutusta jatkuvasti muuttuvien lääkkeiden kauppanimien ja kehittyvän alan vuoksi. Kirjaaminen on tiedonkulun peruspilari, jonka puuttuminen saattaa aiheuttaa vakavaa haittaa potilaalle.

Potilaan tunnistaminen ja oikean toimenpiteen suorittaminen kuuluu korkeaa laatua tavoittelevalle hoitoyksikölle. Tuotoksessani ei käy ilmi, miten eri yksiköissä varmistetaan tämä merkittävä tekijä. Kirjallisuuskatsausta tehdessäni potilaan henkilötietojen varmistaminen jäi hieman taka-alalle teknisten ja taidollisten asioiden korostuessa.

Infektioiden ehkäisy, leikkausasennon ja laite- sekä sähköturvallisuuden osalta lähteitä oli niukasti koskien päiväkirurgisia toimenpiteitä. Näillä kolmella osa-alueella on varmasti suuri laadullinen vaikutus potilaan hoidossa. Infektioiden torjunnasta sairaalassa on kattavasti tietoa, mutta sen merkityksestä ja näkyvyydestä päiväkirurgiassa vähän. Leikkausasennoilla lisätään huomattavasti potilasturvallisuutta toimenpiteen aikana sekä ehkäistään komplikaatioiden syntyä. Hakuja tehdessäni vastaan tuli pelkästään artikkelikatsauksia aiheesta, joita en hyväksynyt lähteiksi tähän työhön.

Ammattimaisten käyttäjien velvollisuus on huolehtia käytössään olevien laitteiden toimintakunnosta, käyttöohjeiden saatavuudesta, käyttökoulutuksesta ja tuotteiden jäljitettävyyden varmistamisesta. (Valvira, Terveystieteiden tutkimuskeskus, tulostettu 4/2010) Lääkelaitoksen Turvallinen hoitoyksikkö -julkaisu (2004) on luonut näkökohtia riskien arvioinnissa huomioitaviksi terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden turvallisuudessa.

Laite- ja sähköturvallisuus jäi tässä työssä lähteiden vähäisen tarjonnan vuoksi suppeaksi, mutta jatkossa aihetta voisi hyödyntää opinnäytetyössä.

Prosessin arviointia käytetään apuna, kun selvitetään mitä tapahtuu projektia toteuttaessa. Se pitää sisällään myös sen, miten projekti toteutetaan ja toimiiko se niin kuin on suunniteltu. (Robson 2001) Arvioinnin tarkoituksena on palvella kyseistä projektia ja sen jälkeen tulevia hankkeita. (Hyttinen 2006) Näyttöön perustuvien käytänteiden tulosten tulisi näkyä käytännössä hoitotyön systemaattisena toteuttamisena, mikä lisää potilaiden terveydentilan ja käyttäytymisen positiivisia muutoksia. Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa oikeiden asioiden tekemistä oikeille henkilöille oikeina aikoina. (Lauri 2003)

Prosessin jälkeinen seuranta, jossa tarkastellaan sitä, miten tavoitteet ja tarkoitus on saavutettu voi perustua esimerkiksi tarkistuslistoihin, joiden avulla selvitetään ja seurataan esiintyykö tietty ominaisuus vai ei. (Robson 2001)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan kritisoida tietokantojen epäyh-teneväisyyden vuoksi, koska se vaikeuttaa relevanttien alkuperäistutkimusten löytymistä (Kääriäinen & Lahtinen 2006). Projektin aikana tämä ilmeni käyttäessäni Medic- ja Linda -tietokantoja. Tutkimusten ja tutkimusartikkeleiden löytämisessä esiintyi puutteita tietokantojen välillä. Ohjauksen ohjaaja koulun informaation luona lisäsi hakujen luotettavuutta, koska sain yksityiskohtaista ohjausta ja asiantuntevaa opastusta tietokantojen käytöstä.

Omassa työssäni käsittelin potilasturvallisuutta päiväkirurgisessa hoitotyössä hoitotyöntekijän näkökulmasta. Tulevien projektin tekijöiden opinnäytetyön aiheena voisi olla potilaan kokema potilasturvallisuuden toteutuminen päiväkirurgisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyön työstäminen oli haasteellista ja hankalaa, koska kävin samalla kolmivuorotyössä ja tein projektia yksin. Aluksi työn aihe suuntautui enemmän koskemaan potilaan näkö-

kulmaa, mutta opinnäytetyön ohjaajan vaihduttua aihe muotoutui enemmän hoitotyöntekijöiden näkökulmaksi. Kävin henkilökohtaisissa ohjaustilanteissa pidemmän matkan päästä, joten nekin pyrittiin pitämään minimissä. Yhteyttä pidimme enimmäkseen sähköpostitse, mikä toi haasteita työn valmistumiselle. Jälkeen päin ajateltuna olisi ollut parempi päästä useampaan henkilökohtaiseen ohjaukseen, mutta aikataulujen yhteensovittaminen työssäkäyville ihmisille oli hankalaa.

Työssäni ei ollut rahoitusta, mikä hankaloitti lähteiden saantia. Käytin projektissani pääasias-
sa suomalaisia lähteitä ja teoksia, koska ulkomaiset olivat joko maksullisia tai muuten saavut-
tamattomissa. Yksin tehty opinnäytetyö asetti omat haasteensa. Toisaalta yksin tehtynä pro-
jekti ei vaatinut joka kerta sovittua aikataulua.

Tuotoksen teossa käyttämäni potilasturvallisuus -kaavio oli tukena potilasturvallisuuden jäsen-
telyssä päiväkirurgisessa hoitotyössä. Prosessin alussa suunnittelemani ajatuskartta olisi voi-
nut tukea työtäni vielä paremmin, mikäli olisin käyttänyt potilasturvallisuuskaaviota alusta
lähtien. Oman oppimisen kannalta järkevintä olisi ollut suunnitella ja jäsenellä prosessin
kulku etukäteen vielä tarkemmin. Huolellisemman suunnittelun avulla projektin eteneminen
olisi ollut sujuvampaa. Projektin tekemisestä tulee olemaan tulevassa työssäni hyötyä luotet-
tavan tiedon hankkimiseen ja sen jäsentelyyn. Tuotosta tehdessäni sain paljon uutta ja tar-
peellista informaatiota potilasturvallisuudesta.

LÄHTEET

Aarnio, P., Ikonen, T., Kangasmäki, E., Karjalainen, K., Kontsas, T., Kujala, R., Pauniahho, S-L., Saario, I., Savunen, T., Sivula, H., 2009, Tarkistuslista vähentää virheitä leikkaussaleissa, Suomen Lääkärilehti, vsk 64, vol.6

Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007, Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, tutkimuksia ja raportteja, A:51/2007. Digi-paino-Turun yliopisto

Doupi, P., 2009, National Reporting Systems for Patient Safety Incidents, Gummerrus printing, Jyväskylä

Gawande, A., 2009, WHO Guidelines for safe surgery 2009

Haapala, M., 2009, Anestesiahoitajien ammatillisen pätevyyden avaintekijät päiväkirurgiassa, Pro Gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Heino, T., 2005, Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta, akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampereen Yliopistopaino Oy

Holi, T., 2007, Virheiden käsittely mahdollistaa potilasturvallisuuden parantamisen, Suomen Lääkärilehti vsk 62, vol. 32, 2927

Hyttinen, N. 2006. Arviointi avuksi projektityöhön. Helsinki: Trio-Offiset Oy.

Kangas-Saarela, T., 2005, Kenelle päiväkirurgia sopii?, Finnanest 2005, 38 (5)

Knuuttila, J. & Tamminen, A., Turvallinen hoitoyksikkö - Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan, Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/2004

Korttila, K., 2005, Voiko kotiuttaminen tai toipuminen olla este päiväkirurgialle?, Finnanest, vol. 38 (5)

Kääriäinen, M., Lahtinen, M., 2006, Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä, Hoitotiede vol. 15, no 1

Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys ja tulevaisuuden haasteet. Juva: WS Bookwell oy.

Liljeblad, T-K., 2007, HYKS - Sairaanhoidoalueen kirurgian toimialan ja LAUREA - ammattikorkeakoulun hoitotyön laadunkehittämishanke vuosille 2007-2012

Martikainen, M., 2002, Day-case anaesthesia in adult knee arthroscopy, akateeminen väitöskirja, Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Oulu University Press

Niemimaa, O., 2006, Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan selviytymisestä, Pro gradu - tutkielma, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Peltomaa, K., 2008, Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä, Pro Gradu-tutkielma, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Rauhasalo, A., 2003, Hoitoaika lyhenee - koti kutsuu, akateeminen väitöskirja, Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, Jyväskylä University Printing House

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tampere: Tammer-Paino oy.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2009, Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, 2009:3

Stakes ja lääkeshoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkeshoidon turvallisuussanasto. Stakesin työpapereita 2006:28. Helsinki: Valopaino Oy

Svens sjuksköterskeförening, 2009, Säkerhet i vård och omsorg, [WWW-dokumentti]
http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/nr%2087,%2016%20juni,%20OM%20Säkerhet_2,%20hela%20pdf.pdf (Viitattu 13.8.2009)

Tuominen, M., 2008, Päiväkirurgisen potilaan hoito. Terveysportti. Sairaanhoitajan tietokannat. Kustannus Oy Duodecim. [WWW-dokumentti].
<http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/shk/koti?p_haku=p%E4iv%E4kirurgia> (Viitattu 5.11.2009)

Yli-Villamo, R., 2008, Pro gradu-tutkielma, Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajan kokemana, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Liite 1

Päiväkirurgiaan soveltumattomia potilaita

Kirurgia soveltumaton

- Leikkaus, joka kohdistuu vatsa- tai rintaonteloon tai kallon sisälle (laparoskooppista tai tyräkirurgiaa lukuun ottamatta)
- Leikkaus, jossa odotetaan tarvittavan verensiirtoja

Potilaan yleistila soveltumaton

- Epävakaa ASA-luokituksestaan III tai IV luokan potilas
- Maligni hypertermia
- Liiallinen ylipaino ja samanaikainen toinen systeemisairaus
- Akuutti alkoholin tai lääkeaineiden väärinkäyttö

Psykososiaalisesti soveltumaton

- Potilas kieltäytyy päiväkirurgiasta
- Potilas, joka ei pysty/halua noudattamaan ohjeita
- Potilas, jolla ei ole saattajaa kotimatkaa tai seuraavaa yötä varten

Kenelle päiväkirurgia sopii?, Tuula Kangas-Saarela, Finnanest 2005, 38 (5)

Liite 2

Päiväkirurginen prosessikuvaus

Liite 3
Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, tutkijan taulukko

Tutkimuksen tekijät, tutkimuspaikka ja -vuosi	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Doupi, P., Jyväskylä, 2009	Potilasturvallisuuden raportointijärjestelmien tarkastelu	Raportit ja potilasturvallisuusjulkaisut	Raportointijärjestelmiä on käytössä, mutta se on uusi asia
Heino, T., Tampere, 2005	Kuvaa potilaan ohjausta päiväkirurgisessa hoitotyössä potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta	Potilaat = 173, omaiset = 161, kysely	Omaiset harvoin mukana ohjauksessa, osa piti ohjausta tarpeettomana. Kotiutumisen jälkeinen yhteydenotto harvinaista.
Rauhasalo, A., Jyväskylä, 2003	Tutkia vanhusten kokemuksia päiväkirurgisesta hoitotyöstä	Potilaat = 22 68-87 -vuotiaita, haastattelu	Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen päiväkirurgisessa hoitotyössä. Uusi ohjausmenetelmien käyttömahdollisuudet.
Yli-Villamo, R., Tampere, 2008	Sairaanhoidajan kokemuksia potilasturvallisuuden toteutumisesta päivystyspoliklinikalla	N = 15, haastattelu	Ennaltaehkäisevän ja kehittämistoiminnan välttämättömyys potilasturvallisuudessa päivystyspoliklinikalla
Niemimaa, O., Tampere, 2006	Perheen kokemus päiväkirurgisen potilaan toipumisvaiheesta kotona	N = 22, haastattelu	Tiedon puute aiheuttaa epätietoisuutta ja huolta elämässä. Ohjausta kehittämällä ja tehostamalla voidaan auttaa perheitä.
Martikainen, M., Oulu, 2002	Löytää kelvollisin, tyydyttävän ja taloudellisin anestesia aikuiselle polventähystyspotilaalle	N = 233, haastattelu	Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä jokaiseen anestesiamenetelmään. Taloudellisia säästöjä tehdään käyttäessä lyhytvaikutteisia yleisanesteetiteja.
Peltomaa, K., Turku, 2008	Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä	Tutkimukset, Intensium Oy:n tietokanta, Potilasturvallisuuskeskuksen potilastapaukset, focus group-haastattelu	Potilasturvallisuutta vaarantavat laitteet, elektroninen potilastietojärjestelmä, työrauhan puute, kommunikaatioon liittyvät ongelmat ja aseptiikka. Kiire, tietojen salaaminen ja potilasohjauksen väärin ymmärtäminen vaaransi potilasturvallisuutta. Myös päivystysaika, puutteellinen kirjaaminen ja anestesiahoitajan yksin jättäminen koettiin vaarantavan potilasturvallisuutta.

Liite 4
ASA-luokat

Luokka	Potilaan yleiskunto
1	Terve, alle 65-vuotias
2	Terve, yli 65-vuotias henkilö tai henkilö, jolla on lievä yleissairaus
3	Henkilö, jolla on vakava yleissairaus, joka rajoittaa toimintaa, mutta ei uhkaa henkeä
4	Henkilö, jolla on vakava, henkeä uhkaava yleissairaus
5	Kuolemansairas potilas, jonka arvioitu erlinaika ei ylitä 24:ää tuntia ilman leikkausta

Kontinen, V., Hynynen, M., 2003, Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä?, Finnanest, vol 36 (4)

Liite 5 Leikkaustiimin tarkistuslista

<i>Ennen anestesian aloitusta</i>	<i>Ennen viiltoa</i>	<i>Ennen leikkauksalista poistumista</i>
Sisäänkirjautuminen	Aikalisä	Uloskirjautuminen
Potilaalta on varmistettu <input type="checkbox"/> Henkilöllisyys <input type="checkbox"/> Leikkausalue <input type="checkbox"/> Toimenpide <input type="checkbox"/> Suostumus	<input type="checkbox"/> Tiimin jäsenet ovat esittäytyneet toisilleen (nimi ja tehtävä)	Hoitaja varmistaa suullisesti: <input type="checkbox"/> Toimenpiteen nimi on kirjattu <input type="checkbox"/> Instrumenttien, taitosten ja neulosten lukuäärä täsmää <input type="checkbox"/> Näytteet merkitty (potilaan tiedot) ja valmiina lähetettäväksi <input type="checkbox"/> Mahdolliset välineistöä koskevat ongelmat, jotka on korjattava
<input type="checkbox"/> Leikkausalue (-puoli) merkitty / Ei sovellettavissa	<input type="checkbox"/> Kirurgi, anestesioologi ja hoitaja varmistavat suullisesti <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan • Leikkauskohteen • Toimenpiteen 	<input type="checkbox"/> Kirurgi, anestesiatimi ja hoitajat käyvät läpi potilaan toipumiseen ja jatkohoitoon liittyvät määräykset ja riskit
Onko anestesiavalmistelut tehty? <input type="checkbox"/> Anestesiavälineistö tarkistettu <input type="checkbox"/> ASA-luokka varmistettu <input type="checkbox"/> Preoperatiivinen lääkitys <input type="checkbox"/> Tromboosiprofylaksi <input type="checkbox"/> Vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet <input type="checkbox"/> Omat peruslääkkeet <input type="checkbox"/> Laboratoriovastaukset huomioitu <input type="checkbox"/> Perussairaudet tiedossa	Käydään suullisesti läpi mahdolliset kriittiset tekijät: <input type="checkbox"/> Kirurgi: Leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen oletettu kesto, arvioitu verenvuoto? <input type="checkbox"/> Anestesiatiimi: Erityiset potilaskohdattaiset huolenaiheet? <input type="checkbox"/> Hoitajat: Steriliteetti varmistettu? Välineistö, instrumentit ja lääkeaineet saatavilla?	
<input type="checkbox"/> Pulssioksimetri asennettu ja toimii	Onko antibioottiprofylaksi annettu edeltävän 60 min sisällä? <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei tarvita	
Onko potilaalla: Tiedossa oleva allergia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? Vaikea ilmatie? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä ja välineet saatavilla aspiraation vaara? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä ja välineet saatavilla Riski > 500 ml verenvuotoon (lapsilla 7ml/kg)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, ja riittävä suoniyhitys sekä vuodon korvaus suunniteltu	Ovatko tarvittavat radiologiset kuvat esillä? <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei tarvita	

Sosiaali- ja terveysministeriö, Potilasturvallisuusstrategia 2006-2009, Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä

Liite 6 Päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerit

1. Vakaat vitaalitoiminnot
 2. Potilaan on
 - oltava orientoitunut aikaan ja paikkaan
 - pystyttävä kävelemään ilman tukea
 - pystyttävä pukeutumaan itse
 - pystyttävä tarvittaessa juomaan ja virtsaamaan
 3. Potilaalla ei saa esiintyä
 - liiallista pahoinvointia tai oksentelua (= lääkitys ei auta)
 - liiallista kipua (= tarvitsee injisoitavia kipulääkkeitä)
 - verenvuotoa tai tihkumista haavasta
 4. Anestesia lääkäri ja/tai kirurgi kotiuttavat potilaan tai sen voi tehdä myös sairaanhoitaja tiukkojen kotiuttamiskriteerien (esim. tämän taulukon ohjeiden) perusteella. Potilaalle on annettava sekä kirjalliset että suulliset ohjeet kotiuttamisen jälkeistä aikaa varten. Ohjeiden pitää sisältää tiedot mm. 24 tunnin autonajokiellosta ja siitä, mihin potilas voi tarvittaessa ottaa yhteyttä (lääkärin tai sairaalan puhelinnumero).
 5. Potilaalla on oltava vastuullinen saattaja kotimatkaa varten ja kotona ensimmäisen leikkauksen jälkeisen yön ajan.
- (Martikainen, M., 2002, Day-case anaesthesia in adult knee arthroscopy, akateeminen väitöskirja, Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Oulu University Press)