

HYVÄN HOIDON KRITEERIT PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

Emilia Autto

Opinnäytetyö, kevät 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Autto, Emilia. Hyvän hoidon kriteerit perioperatiivisessa hoitotyössä. Kevät 2016, 39 s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kansainväliseen kirjallisuuskatsaukseen perustuen perioperatiivisen hoitotyön hyvän hoidon kriteerit operatiiviselle tulosalueelle. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää perioperatiivista hoitotyötä.

Tulosten mukaan perioperatiivisten sairaanhoitajien hyvän hoidon kriteerit täyttyvät perioperatiivisissa hoitotyön tehtävissä. Sairaanhoitajien tehtävinä ovat preoperatiivisessa vaiheessa riskien kartoitus ja niiden ehkäisy sekä potilaan tukeminen ja ohjaus. Intraoperatiivisessa vaiheessa huolehditaan potilaan fysiologisesta tasapainosta, lääkehoidosta, aseptiikasta ja leikkausasennosta. Postoperatiivisessa vaiheessa keskitytään jatkohoitoon liittyviin seikkoihin ja raportointiin.

Jatkossa voisi olla hyvä syventyä yhteen aihepiiriin enemmän, esimerkiksi kirjallisuuskatsaus leikkaustiimin yhteishengestä perioperatiivisen hoidon laadun kannalta. Myös potilaiden ja sairaanhoitajien kokemuksia voisi kartoittaa esimerkiksi laadullisella tutkimuksella leikkausjännityksen helpottamisesta.

Asiasanat: hyvä hoito, perioperatiivinen hoitotyö, kuvaileva kirjallisuuskatsaus, leikkaushoitaja, anestesiahoitaja

ABSTRACT

Autto, Emilia. Assessment of good care in perioperative nursing. Spring 2016, 39 p., 1 appendix. Language: Finnish.

Diaconia University of Applied Science, Degree programme in health care. Option in nursing. Degree: Registered Nurse.

The purpose of this thesis was describe the assessment of good care in a perioperative environment using an international literature review. The thesis was made in co-operation with Oulu University Hospital, Finland. The data was analysed using content analysis. The objective of this thesis was to develop perioperative nursing.

The results of this thesis showed that the assessment of good care in perioperative environment is fulfilled through nurses' daily assignments. In preoperative care it is important to take into account different risks and prevent them as well as support and guide the patient. Intraoperative care includes the patient's physiological balance, pharmacological treatment, asepsis and surgery positioning. In postoperative nursing the focus is on further treatment and reporting.

Further research could focus more on one particular theme, for example on a literature review on the impact of atmosphere on a surgical team's quality of perioperative nursing. Patient's and nurse's experience about relieving surgical anxiety could also be researched, for example through qualitative research.

Key words: good care, perioperative nursing, descriptive literature review, operating room nurse, anaesthetic nurse

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 HYVÄN HOIDON KRITERIT PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ.....	6
2.1 Hyvä hoito.....	6
2.2 Perioperatiivinen hoitotyö.....	7
2.3 Hyvän hoidon kriteeristön järjestelmät hoitotyön laadun osoittajana.....	8
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	10
4 KIRJALLISUUSKATSAUS HYVÄN HOIDON KRITEREISTÄ.....	11
4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	11
4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmät	11
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	14
5.1 Preoperatiivinen vaihe.....	14
5.2 Intraoperatiivinen vaihe	17
5.3 Postoperatiivinen vaihe	23
6 POHDINTA	25
6.1 Tulosten tarkastelu	25
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus	28
6.3 Opinnäytetyön eettisyys	29
LÄHTEET.....	31
LIITTEET	35
LIITE 1 Tutkimusaineiston analysointi	35

1 JOHDANTO

Oulun yliopistollisessa sairaalassa toimii kolme leikkausosastoa sekä lisäksi useita poliklinikoita. Tämä opinnäytetyö keskittyy leikkausosastojen toimintaan. Operatiivisen tulosalueen leikkausosastot ovat PKS -leikkausosasto, Avohoitotalon leikkausosasto sekä Keskusleikkausosasto. Suurin näistä on Keskusleikkausosasto, jossa tehdään noin 10 000 toimenpidettä vuosittain. Lähes puolet leikkauksista ovat päivystysluonteisia. Osasto on toiminnassa ympäri vuorokauden kaikkina viikonpäivinä. Hoitotyön lisäksi osaston henkilökunta ohjaa ja perehdyttää lääketieteen ja hoitotyön opiskelijoita. Keskusleikkausosastoon kuuluu 18 leikkaussalia sekä anestesiatoimenpidehuone. Heräämöitä on osaston yhteydessä kaksi. Osastolla työskentelee noin 200 henkilöä eri ammattiryhmistä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri A i.a.)

Hoitohenkilöstö luo omat hyvän hoidon kriteerinsä. Hyvän hoidon kriteeristö on ajankohtainen ja tärkeä aihe OYS:n leikkausosastojen siirtyessä RAFAELA™ -järjestelmän piiriin. Hyvän hoidon kriteeristö auttaa henkilökuntaa antamaan yhdenmukaista ja laadultaan tasaista hoitoa potilaille. Opinnäytetyössä käydään läpi sairaanhoitajien työtä leikkaussaliympäristössä pre-, intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kansainväliseen kirjallisuuskatsaukseen perustuen perioperatiivisen hoitotyön hyvän hoidon kriteerit operatiiviselle tulosalueelle. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada vastaus kysymykseen, mitkä ovat perioperatiivisen hoitoprosessin keskeiset hyvän hoidon kriteerit. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää perioperatiivista hoitotyötä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen kanssa.

2 HYVÄN HOIDON KRITEERIT PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

2.1 Hyvä hoito

Potilaalla on oikeus saada subjektiivisesti ja objektiivisesti hyvää hoitoa. Objektiivisesti hyvä hoito tarkoittaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Subjektiivisesti hyvä hoito on asiakkaiden ja omaisten kokemukseen perustuva käsitys hoidon laadusta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.) Suomen laissa todetaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä olevan oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito tulee järjestää siten, ettei potilaan ihmisarvoa loukata sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Näyttöön perustuvan toiminnan perimmäinen tarkoitus on tarjota potilaalle mahdollisimman hyvää hoitoa. Edellytys tälle on ajantasaisen ja laadukkaiden tutkimusten hyödyntäminen hoitotyössä. (Elomaa & Mikkola 2010, 6.)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri kehittää hoitotyötä valtakunnallisiin terveystieteisiin linjauksiin ja voimassaolevaan lainsäädäntöön perustuen. Kehitystyön avuksi on luotu Tavoitteena terveyttä -strategia, jonka pohjalta on määritelty hoitotyön painopistealueet. Yksi painopisteistä on asiakasnäkökulma. Asiakasnäkökulman tarkoituksena on kehittää hoitotyön toimintatapoja yhteistyössä potilaiden kanssa. Hoitotyön tulee perustua tutkittuun ja ajantasaiseen tietoon ja kaikkien työntekijöiden tulee hallita tehtävänsä sekä tuntea vastuunsa ja valtuutensa. Työntekijöiden osaamista pidetään yllä järjestämällä koulutusta sekä ohjaamalla henkilöstöä toimimaan näyttöön perustuvasti. Hoitotyössä hyviä näyttöön perustuvan tiedon lähteitä ovat muun muassa hoitotyön suositukset ja koko organisaation yhtenäiset käytännöt. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri B i.a.)

Hoitotyön laatua ja turvallisuutta arvioidaan systemaattisesti ja sairaanhoitopiirissä on käytössä yhtenäinen potilaspalautejärjestelmä. Haittatapahtumien käsittelyyn kehitetään yhtenäistä toimintamallia, jota on tarkoitus käyttää koko organisaatiossa.

Erikoissairaanhoidon ja potilaan välisen kommunikoinnin tulee olla mahdollisimman saumatonta. Kommunikointia helpottavat toimivat ja helppokäyttöiset kommunikointikanavat. Eri ammattiryhmien työnjakoa uudistetaan, esimerkiksi hoitajavastaanottojen lisäämisellä. Potilaiden informoinnissa ja ohjauksessa hyödynnetään erilaisia tiedonvälityskanavia ja -tapoja. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri B i.a.)

2.2 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivinen hoitotyö koostuu pre- intra- ja postoperatiivisesta hoitotyöstä. Preoperatiivinen toiminta alkaa, kun potilaan leikkauspäätös on tehty ja jatkuu siihen asti, kun vastuu potilaasta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. Preoperatiivisen hoitotyön keskeisiä tehtäviä on potilastietojen kerääminen, leikkausta ja anestesiasta edeltävien tutkimusten tekeminen sekä potilaan tapaaminen ja hänen ohjaaminen. Tähän vaiheeseen sisältyy leikkaussalihenkilöstön valmistautuminen leikkaukseen; tutustuminen potilastietoihin sekä toimenpiteessä tarvittavan välineistön ja tilojen valmistelu asianmukaisiksi. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20.)

Intraoperatiivinen toiminta kestää potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle aina hänen valvontayksikköön luovuttamiseensa asti. Intraoperatiivisen hoidon aikana potilas saa tarvitsemansa kirurgisen hoidon asianmukaisessa anestesiassa. Keskeisiä hoitotyön piirteitä ovat potilaan henkinen tukeminen, turvallinen siirto leikkauspöydälle ja takaisin, hyvän leikkausasennon löytäminen, potilaan voinnin ja tajunnantason jatkuva seuraaminen, aseptiikasta huolehtiminen sekä toimenpiteen kulun tarkka kirjaaminen ja raportointi. (Lukkari ym. 2007, 20.)

Postoperatiivinen hoitotyö alkaa potilaan vastaanottamisesta valvontayksikköön ja päättyy, kun potilas ei enää tarvitse leikkaukseen liittyvää hoitoa. Valvontayksikössä seurataan potilaan toipumista leikkauksesta ja anestesiasta. Tarkoituksena on potilaan elintoimintojen vakiinnuttaminen, jotta hän voi siirtyä jatkohoitoon osastolle,

jatkohoitoyksikköön tai kotiin. Osastolla seurataan potilaan kotiutumisedellytyksiä. Ennen kotiutumista potilaan on virtsattava, juotava, syötävä sekä kipujen oltava hallinnassa. Potilaan tukeminen ja mahdollisten jatkohoito-ohjeiden anto ovat myös tärkeitä piirteitä postoperatiivisessa hoitotyössä. (Lukkari ym. 2007, 21–22.)

Leikkausvaiheen työskentelyä kutsutaan perioperatiiviseksi hoitoprosessiksi, joka jaotellaan edellä mainitusti pre- intra- ja postoperatiiviseen toimintaan. Perioperatiivinen hoitoprosessi on osa kirurgisen potilaan hoitoprosessista, joka suoritetaan leikkausosastolla. (Lukkari ym. 2007, 22.)

2.3 Hyvän hoidon kriteeristön järjestelmät hoitotyön laadun osoittajana

RAFAELA™ -järjestelmä on FCG:n (Finnish Consulting Group Oy) hallinnoima ja Kuntaliiton omistama hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Järjestelmän tarkoitus on mitata toteutunutta hoitotyötä suhteessa käytettävissä olevaan hoitohenkilöstön määrään (Finnish Consulting Group 2013.) RAFAELA™ -järjestelmä muodostuu mittareista, jotka ovat OPC (Oulu Patient Classification) ja PAONCIL (Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level). Järjestelmässä on kolme vaihetta, joiden avulla saadaan tietoa potilaiden hoitoisuudesta ja hoitajien työmäärästä. Ensimmäisessä vaiheessa hoitajat luokittelevat päivittäin jokaisen potilaan OPC:n avulla. Toisessa vaiheessa tieto päivittäisestä hoitotyöstä kerätään talteen. Kolmannessa vaiheessa saatuja tuloksia verrataan PAONCIL:n optimaaliseen hoitoisuustasoon. (Rauhala 2008, 65.) OPCq- mittari on käytössä vuodeosastoilla ja tehostetussa palveluasumisessa. Leikkaus- ja anestesiatyössä on käytössä OPCq:ta vastaava PERIHOIq -mittari. (Finnish Consulting Group 2013.)

Tutkimusten mukaan hyvän hoidon laatutasoa on kuvattu RAFAELA™ hoitoisuusmittarin käyttöön liittyvän optimaalisen hoitoisuuden määrittelyssä akuuttiosaston ja kotisairaalan käyttöön toiminnallisen tutkimuksen avulla (Turunen 2014, 6–7). Keuhkosairauksien vuodeosastolle ja neurologian poliklinikalle on laadittu

hyvän hoidon periaatteet, jotka luokiteltiin RAFAELA™ hoitoisuusmittareissa olevien kuuden otsakkeen alle. (Heinonen & Olenius 2010, 18–19.) Kirjallisuuskatsaukseen perustuen on päivitetty hoito -käsikirjaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin operatiivisessa tulosityksikössä. (Malm & Enäjärvi 2014, 6.).

Hoitoisuusluokituksen kehittäminen aloitettiin vuonna 1991 Oulun Yliopistollisessa sairaalassa. Tavoitteena oli kehittää hoitoisuuden mittari, sillä saatavilla olevat mittarit eivät soveltuneet suomalaiseen erikoissairaanhoidon. Mallin pohjana käytettiin kanadalaista alkuperää olevaa HSSG:n mallia (PCS). PCS:n heikkoutena pidettiin potilaan fyysisten tarpeiden ja niiden ylikorostaminen. Projekti johti OPC -mittarin kehittämiseen. OPC -mittaria jatkokehitettiin Vaasassa, jonka seurauksena syntyi PAONCIL -mittari. Näiden mittareiden yhdistelmästä luotiin RAFAELA™ - luokitusjärjestelmä. (Rauhala 2008, 37.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kansainväliseen kirjallisuuskatsaukseen perustuen perioperatiivisen hoitotyön hyvän hoidon kriteerit operatiiviselle tulosalueelle. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada vastaus seuraavaan kysymykseen:

Mitkä ovat perioperatiivisen hoitoprosessin keskeiset hyvän hoidon kriteerit?

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää perioperatiivista hoitotyötä. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa.

4 KIRJALLISUUSKATSAUS HYVÄN HOIDON KRITEREISTÄ

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastattiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen kautta. Kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus jo olemassa oleviin tarkasti rajattuihin tutkimuksiin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Tavoitteena oli tuottaa valitun aineiston perusteella kuvaileva, laadullinen vastaus tutkimuskysymykseen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen työvaiheita ovat: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. (Kangasniemi, Utriainen & Ahonen 2013, 291.)

Kirjallisuuskatsauksen suunnitteluvaiheessa tarkastellaan aiheesta jo tehtyjä tutkimuksia, määritellään katsauksen tarve sekä tehdään tutkimussuunnitelma. Kysymysten määrittämisen jälkeen valitaan katsauksen tekoon vaadittavat menetelmät. Menetelmiin sisältyy hakutermin sekä käytettävien tietokantojen pohtiminen ja valinta. Pitävän kirjallisuuskatsauksen tekoon vaaditaan vähintään kaksi tutkijaa, jotta aineiston valinnan ja käsittelyn katsotaan olevan luotettavaa. (Johansson 2007, 5–6.) Tällä opinnäytetyöllä on vain käytännön syistä vain yksi tekijä, mikä tulee ottaa huomioon tutkimuksen luotettavuudessa.

4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmät

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa valitaan aineisto tutkimuskysymyksen pohjalta. Aineiston valinta ja analyysi ovat aineistolähtöistä ja ne tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Aineistoa tarkastellaan tutkimuskysymyksen pohjalta ja aineistoksi kelpuutetaan kysymykseen vastaavat tutkimukset. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Kirjallisuuskatsauksessa käytettävä aineisto kerättiin syksyn 2015 aikana. Hakukoneina

käytettiin Cinahl-, ProQuest- ja Medic -viitekantoja. Medic-viitetietokannasta ei löytynyt sisäänottokriteerien mukaisia valideja tutkimuksia. Aineistonhaku suoritettiin monessa osassa, joissa käytettiin eri hakusanoja. Hakusanoja olivat: *perioperative period, perioperative care, perioperative nurse, planning, classification, care coordination, organize, physiology, monitoring, analgesic, asepsis, surgical positioning, patient guidance ja anxiety* (Kaavio 1).

	CINAHL	ProQuest
<i>perioperative period AND planning AND classification</i>	n=26, hyväksytyjä 2	-
<i>perioperative period AND care coordination AND organize</i>	-	n=77, hyväksytyjä 2
<i>perioperative care AND physiology AND monitoring</i>	n=293, hyväksytyjä 1	-
<i>perioperative nurse AND analgesic</i>	n=45, hyväksytyjä 3	-
<i>perioperative nurse AND asepsis</i>	n=48, hyväksytyjä 3	-
<i>perioperative nurse AND surgical positioning</i>	n=50, hyväksytyjä 4	n=23, hyväksytyjä 2
<i>perioperative nurse AND guidance AND anxiety</i>	n=189, hyväksytyjä 1	-

(Kaavio 1)

Analysoitavaksi hyväksyttiin tutkimukset, jotka on julkaistu 2010–2015 välisenä aikana, kielenä on suomi tai englanti, tutkimus on saatavana kokonaisuudessaan maksuttomana Nelliportaalin kautta ja tutkimus liittyy opinnäytetyön tutkimusongelmaan. Näiden kriteerien sisällä löytyi 23 tutkimusta, joista analysointivaiheessa hylättiin 5 tutkimusta irrelevantteina. Lopullinen aineistomäärä oli 18 tutkimusta.

Aineisto analysoitiin deduktiivisen eli teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla. Teorialähtöisyys tarkoittaa aineiston analysointia tietyn mallin tai teorian kautta, joka on kuvailtu tutkimuksessa. Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin käyttäen OPC:n pohjalta määriteltyjä tarvealueita, joita ovat: *perioperatiivisen hoidon suunnittelu ja järjestäminen, fysiologinen tasapaino, lääkehoito, kipu ja pahoinvointi, aseptiikka, aktiviteetti/lepo, liikkuminen ja asento, tuki, ohjaus ja jatkoahoito sekä näytteet ja tutkimukset*. Aineisto käytiin läpi opinnäytetyön tutkimuskysymyksen kautta ja saadut tulokset merkittiin ylös. Tulokset luokiteltiin deduktiivisen sisällönanalyysin ohjeiden mukaisesti pää-, ylä- ja alaluokkiin (Kaavio 2). Pääluokka on opinnäytetyön tutkimuskysymys, jonka alla on kolme yläluokkaa. Yläluokkien alla on alaluokat, joihin analyysissa saadut tulokset on luokiteltu. Analysoidut tutkimukset ja analyysin tulokset löytyvät kaaviomuodossa opinnäytetyön lopusta (Liite 1).

Hyvän hoidon kriteerit

Preoperatiivinen vaihe

Potilaan tukeminen ja ohjaus

Riskien kartoitus

Hyvän hoidon turvaaminen

Intraoperatiivinen vaihe

Fysiologisesta tasapainosta huolehtiminen

Lääkehoidon toteuttaminen

Aseptiikasta huolehtiminen

Hyvä leikkausasento

Postoperatiivinen vaihe

Raportointi

Jatkohoito

(Kaavio 2)

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Preoperatiivinen vaihe

Preoperatiivinen vaihe on jaoteltu kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat: potilaan tukeminen ja ohjaus, riskien kartoitus sekä hyvän hoidon turvaaminen. Alla olevassa kaaviossa (Kaavio 3) tulokset ovat jaoteltu osa-alueiden mukaan.

Potilaan tukeminen ja ohjaus	Potilaan ystävällinen vastaanotto, luottamuksen herättäminen, yksilöllisyyden huomioiminen
	Empatia, potilaan kehonkielen ymmärtäminen, katsekontakti ja äänenpaino, hoitaja saatavilla
	Toimenpiteen kulusta kertominen, keneltä voi kysyä lisätietoa
	Oman musiikin kuuntelu ennen operaatiota vähentää jännitystä
	Potilaiden tiedonsaanti, kommunikointi läheisten (puolison) kanssa
Riskien kartoitus	Väärä alue, väärä potilas tai väärä toimenpide
	Leikkausvälineiden jääminen potilaaseen
	Lääkevirheet ja instrumenttien epäonnistunut desinfektio
	Ei tarpeettomia vammoja (sähkö, kemikaalit, kuljetus, laser)
Hyvän hoidon turvaaminen	Tarkistuslistojen käyttö (ongelmat ja ratkaisut)
	Hoidon jatkuvuus, hoidon dokumentointi ja kirjaaminen
	Leikkaustiimin yhteistyö, hyvä valmistelu, operaation kulun tunteminen → tehokas yhteistyö kirurgin kanssa, jatkuva kommunikointi

(Kaavio 3)

Leikkaussali ja leikkaus itsessään voi olla potilaalle pelottava kokemus, jota sairaanhoitaja voi toiminnallaan helpottaa. Potilaan ystävällinen vastaanotto ja

ajatustenvaihto potilaan ja sairaanhoitajan kesken helpottaa jännitystä. On tärkeää, että potilaan hoito on yksilöllistä ja arvostavaa. Luottamuksellisen ympäristön luominen helpottaa ajatustenvaihtoa ja mahdollisten kysymysten esittämistä. Jännitys voi vaikeuttaa potilaan verbaalista kommunikointia, joten sairaanhoitajan tulee olla herkkä ymmärtämään potilaan kehonkieltä ja eleitä. Jännitystä voi lievittää empaattisella suhtautumisella, katsekontaktilla sekä äänenpainoilla. Hoitajan jatkuva läsnäolo ja vapaus kysymysten esittämiseen lievittää myös jännitystä. (Kilvered, Öhlén, & Åkesdotter Gustaffson 2011, 451–452.)

Hoidon yksilöllisyyteen sisältyy myös potilaan mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa. Mahdolliset toiveet hoidon suhteen tulee huomioida, mutta hoidon tulee silti olla kaikille tasa-arvoista. (Lamberg, Salanterä & Junttila 2013, 178.) Potilaiden kommunikointi läheisten, erityisesti puolison kanssa vähentää leikkaukseen liittyvää jännitystä (Rauta, Salanterä, Nivalainen & Junttila 2012, 1396). Tiedon lisääminen vähentää myös jännitystä, mutta kaikki potilaat eivät halua kuulla leikkaukseen liittyviä yksityiskohtia. Sairaanhoitajan on hyvä arvioida ennakkoon potilaan kyky ja halu vastaanottaa tietoa. Potilaalle on tärkeää antaa mahdollisuus esittää täydentäviä kysymyksiä ja ilmaista mahdollinen huolensa. Musiikkiterapia eli potilaan itse valitseman musiikin kuuntelu kuulokkeista puoli tuntia ennen leikkaukseen lähtöä vähentää merkittävästi leikkaukseen liittyvää jännitystä. Sairaalan puolesta potilaille annettavat soittimet ovat ongelmallisia erityisesti kustannussyistä. (Bailey 2010, 454.)

Leikkaussalihenkilökunnan tulee olla tietoinen potilaaseen kohdistuvista riskeistä. Suurimmat riskit potilasturvallisuudelle ovat väärä alue, väärä potilas ja väärä toimenpide -virheet sekä leikkausvälineiden jääminen potilaaseen. Myös lääkevirheet ja instrumenttien epäonnistunut desinfektio ovat huomioitavia riskejä. (Steelman, Graling & Perkhounkova 2013, 407.) Potilasta tulee suojella tarpeettomilta vammoilta, joita voi aiheutua muun muassa sähköstä, kemikaaleista, laserista sekä potilaskuljetuksesta ja -siirroista (Lamberg ym. 2013, 178).

Tarkistuslistojen tarkoitus on helpottaa leikkaussalihenkilökunnan työtä sekä parantaa potilasturvallisuutta. Tarkistuslistojen käyttöön liittyy myös ongelmia. On epäselvää, milloin listaa käytetään, henkilökunnalla ei ole motivaatiota käyttää listaa ja lista koetaan yhdeksi ”uudeksi tehtäväksi”, jolloin aikaa jää vähemmän muille tehtäville. Sairaanhoidtajia huolestuttaa myös ammatillisen ja sosiaalisen hyväksynnän saaminen tiimissä. Tarkistuslistan läpikäyminen koetaan vaikeaksi ja leikkaustiimin yhteishenkeä huonontavaksi asiaksi. (Wæhle, Haugen, Søfteland & Hjälmhult 2012, 4.)

Tarkistuslistojen käytöstä seuraavista huonoista kokemuksista voi tulla pettymyksen ja turhautumisen tunteita. Erityisesti kirurgien negatiivinen suhtautuminen tai jopa täysi huomiotta jättäminen vaikeuttaa tarkistuslistan käytön ehdottamista. Osa hoitajista on luopunut listan käytöstä, tai he välttelevät tarkistusilanteita ja pyrkivät olemaan herättämättä huomiota. Lista voidaan myös vain lukea läpi ylimalkaisesti, jolloin listan seuraaminen on vaikeaa. Osa hoitajista lähestyy listaa tiedonsiirron näkökulmasta, jolloin lista käydään vain osittain läpi tai vain tiettyjen henkilöiden välillä. (Wæhle ym. 2012, 4–5.)

Yksi hoitajien käyttämistä keinoista on tilanteen haltuunotto ja aikalisän pito. Tätä keinoa käyttävät hoitajat tiedostavat listan käyttötarkoituksen ja pitävät listan käyttöä tärkeänä apuvälineenä. Listan läpikäynnissä auttaa kuuluva ääni, peräänantamattomuus sekä näkyvälle paikalle asettuminen. Listan jokaiseen kohtaan odotetaan vastaus ennen kuin jatketaan eteenpäin. (Wæhle ym. 2012, 6.)

Kirjaamisella ja suunnittelulla pyritään turvaamaan potilaan hoidon jatkuvuus ja välttämään hoitovirheitä (Rauta ym. 2012, 1396). Suunnitteluun sisältyy myös tarvittavien välineiden ja laitteiden käyttövalmiiksi saattaminen sekä toimenpiteen kulun tunteminen. Hyvä valmistautuminen nopeuttaa ja helpottaa toimenpiteen kulkua sekä luo hyvää ilmapiiriä leikkaussaliin. Jatkuva kommunikointi lisää tiimin keskinäistä varmuutta sekä parantaa potilasturvallisuutta. (Kolvered ym. 2011, 452–453.)

5.2 Intraoperatiivinen vaihe

Intraoperatiivisessa vaiheessa sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu fysiologisesta tasapainosta, aseptiikasta ja leikkausasennosta huolehtiminen sekä lääkehoidon toteuttaminen (Kaavio 4).

Fysiologisesta tasapainosta huolehtiminen	Hengityksestä, verenkierrosta, kehonlämmöstä ja nestetasapainosta huolehtiminen
	Normaaliin ruumiinlämpöön pyrkiminen, eri lämmityskeinojen vertailu
	Hyvä suunnittelu, tehokas leikkausalueen desinfektio, erilaiset lämmitystekniikat
Lääkehoidon suorittaminen	Turvallinen lääkitys, riittävä kivunhoito
	Lääkevirheet ja niiden välttäminen
	Esilääkitys
	Kivunhoito heräämetyössä
Aseptiikasta huolehtiminen	Valmisteluihin liittyvä aseptiikka, välineiden steriiliyden tarkistaminen
	Steriili pukeutuminen, kirurginen käsidesinfektio ja tuplahanskojen käyttö
	Leikkausalueen desinfektio, ihon kunnon tarkastus, ei aiheuteta pesulla lisävahinkoa (esim. traumapotilaat)
	Leikkauksen aikana tapahtuva tarkkailu, riskien minimointi (salissa kulkemisen rajoittaminen)
	Steriiliydestä huolehditaan myös haavan sulun aikana, turvallinen leikkausalueen purku
Hyvä leikkausasento	Turvallinen leikkausasento, tarvittavien tukien ja pehmusteiden käyttö
	Leikkausasennon yksilöllisyys, esimerkiksi potilaan liikerajoitukset
	Leikkausasennon jatkuva tarkkailu ja arviointi, leikkaustiimille hyvä työskentely-ympäristö
	Painehaavojen ja hermovaurioiden välttäminen, painehaavojen syntyyn vaikuttavat tekijät

(Kaavio 4)

Potilaan hengityksen, verenkierron, ruumiinlämmön ja nestetasapainon tarkkailu ja säätely kuuluvat kiinteästi perioperatiivisen sairaanhoitajan työnkuvaan (Rauta ym. 2012, 1397). Normaalin ruumiinlämmön säilyttämisessä auttaa leikkausalueen desinfektion

hyvä suunnittelu ja tehokas toteuttaminen. Etukäteen tulisi valita parhaiten tilanteeseen sopiva lämmitysmenetelmä. Desinfektio ja potilaan peittely steriileillä liinoilla tulisi tehdä mahdollisimman lähellä leikkauksen alkua potilaan viilenemisen välttämiseksi. Myös leikkauksen kulun hyvä suunnittelu vähentää jäähtymistä. (Kilvered ym. 2011, 453.) Aktiivisiin lämmityskeinoihin sisältyy muun muassa leikkausvaatteet, joissa kiertää lämmin vesi, sekä lämpimällä ilmalla täytettävät peitteet. Kiertävällä vedellä toimivat ovat tehokkaampia kuin ilmalla toimivat. Aktiiviset lämmittämiskeinot ovat tehokkaampia kuin passiiviset, esimerkiksi peitteet. (Galvão, Liang & Clark 2010, 1203.)

Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä. Potilaan tulee saada asiaankuuluva lääkitys turvallisesti annettuna (Lamberg ym. 2013, 178). Erityisesti päiväkirurgisella osastolla työskentelevät sairaanhoitaja kokevat lääkevirheet suureksi riskiksi potilasturvallisuudelle (Steelman ym. 2013, 407). Sairaanhoitajan tulee tutustua potilaan hoitohistoriaan ja muun muassa mahdollisiin allergioihin (Rauta ym. 2012, 1395).

Lääkitykseen kuuluu anestesiassa käytettävien lääkkeiden lisäksi myös postoperatiivisen kivun sekä pahoinvoinnin ennaltaehkäisevä hoito (Rauta ym. 2012, 1397). Lääkehoito intraoperatiivisessa vaiheessa on useimmiten anestesia- ja -hoitajan vastuulla. Jo ennen toimenpiteen alkua valmistaudutaan potilaan postoperatiiviseen hoitoon määräämällä kipu- ja pahoinvointilääkkeet sekä antamalla esilääke. Esilääkityksenä COX-2 inhibiittorit ja gabapentiini ovat tehokkaita, mutta muut tulehduskipulääkkeet eivät tutkimuksen mukaan merkittävästi vähennä postoperatiivista kipua (Penprase, Brunetto, Dahmani, Forthoffer & Kapoor 2015, 101).

Intraoperatiivisesti annettu kivunlievitys lievittää myös postoperatiivista kipua. Esimerkiksi tramadoli toimenpiteen aikana suonensisäisesti annettuna vähentää postoperatiivista kipua merkittävästi lumelääkkeeseen verrattuna. Heräämötöyössä kivunhoito on sairaanhoitajan tärkeimpiä tehtäviä potilaan hengityksen turvaamisen lisäksi. (Howard, Finn Davis, Phillips, Ryan, Scalford, Flynn-Roth & Ely 2013, 10.)

Aseptiikka ja aseptiset toimintamallit perioperatiivisessa ympäristössä ovat potilaan turvallisuuden kannalta kriittisen tärkeä osa-alue. Hyvä aseptiikka pienentää leikkausinfektioiden riskiä. (Rauta ym. 2012, 1396; Kelvered ym. 2011, 453.)

Ennen leikkausta sairaanhoitajan tulee tarkastaa käytettävien nesteiden käyttökelpoisuus. Tähän liittyy viimeisen käyttöpäivän ja nesteen läpinäkyvyyden tarkastaminen. Tarvittavat lääkkeet ja nesteet valmistellaan käyttökuntoon mahdollisimman lähellä käyttöä. Suodatinneulaa tulisi käyttää tarvittaessa. Steriiliyttä osoittavat indikaattorit tarkastetaan eikä kosteita pakkauksia saa käyttää. Jos indikaattorialue on epäselvä tai laatikon steriiliys on muuten epävarmaa, tulee laatikko nostaa sivuun ja noutaa varastosta uusi. Kosteus laatikon sisällä tarkoittaa, ettei desinfektioaine ole täysin kuivunut ja sterilisaatio on näin epäonnistunut. Kertakäyttöisissä pakkauksissa on tärkeää tarkastaa pakkauksen ehjyys sekä viimeinen käyttöpäivä. Etukäteen avattuja pakkauksia ei myöskään käytetä. (Aholaakko & Metsälä 2015, 676.)

Erityisesti suuren riskin leikkauksiin tulisi valita indikaattorihanskat (Aholaakko & Metsälä 2015, 676). Indikaattorihanskat ovat tuplahanskat, joiden sisimmäiset hanskat ovat eriväriset. Punktion sattuessa päällimmäisen hanskan läpi voi erottaa helpommin mahdollisen reiän. Tuplahanskat ovat vahvemmat ja suojaavat sekä potilasta, että hanskojen käyttäjää. Sairaanhoitajan tulisi suosia tuplahanskoja hyvän aseptiikan toteutumiseksi ja riskien pienentämiseksi. Hanskat tulisi vaihtaa kahden tunnin välein. (Maqbali 2014, 1118–1119.)

Steriili alue pitäisi luoda tunnin sisällä leikkauksen alkamisesta. Tutkimuksessa oli sairaanhoitajien puolelta eriäviä mielipiteitä steriilin alueen luomisajankohdasta. Tutkijat olivat päättäneet pitää kohdan sitä tukevien tutkimusten perusteella. Jos steriili alue luodaan etukäteen, se tulisi peittää aseptisten sääntöjen mukaan steriilillä liinalla. (Aholaakko & Metsälä 2015, 676).

Yleisesti leikkauksissa käytettävät suojat ovat pää- ja suu-nenäsuojus. Instrumentoiva hoitaja pukeutuu lisäksi steriiliin takkiin sekä hanskoihin. Kädet desinfectoidaan

kyynärvarsia myöten, jonka jälkeen instrumentoiva hoitaja pukeutuu muihin tarvittaviin suojuksiin aseptisten sääntöjen mukaisesti. Steriilisti pukeutuneen henkilön tulee olla tarkka ympäristöstään ja kontaminaatoriskeistä. Kädet on hyvä pitää hieman ylhäällä ja irti vartalosta. (Adams, Korniewicz & El-Masri 2011, 21.)

Ennen leikkausalueen desinfektiota on tärkeää tarkastaa potilaan ihon kunto, jonka jälkeen desinfektioaine levitetään leikkausalueelle. Erityisesti traumapotilaiden kohdalla on tärkeää huomioida ihossa olevat vieraat partikkelit ja kudonsvauriot. Desinfektion tarkoitus on luoda paras mahdollinen ympäristö haavan paranemiselle ja leikkauksesta toipumiselle. Leikkausalueen puhdistus ja desinfektio eivät saa tuottaa lisävahinkoa potilaalle. Leikkauksen aikana haava pidetään puhtaana kuivuneesta verestä, luunkappaleista sekä muista jäämistä, jotka voivat haitata haavan paranemista. Leikkausaluetta on hyvä huuhdella usein steriilillä fysiologisella suolaliuoksella. Huuhtelu ennaltaehkäisee solujen kuivumista ja parantaa näkyvyyttä leikkausalueelle. (Kolvered ym. 2011, 454.)

Steriiliä aluetta pitää tarkkailla jatkuvasti kontaminaatioiden varalta. Jokaisella leikkaustiimin jäsenellä on vastuu omasta toiminnastaan, mutta vastaava sairaanhoitaja on vastuussa yleisestä aseptiikasta. Steriili alue voi kontaminoitua huomaamatta varsinkin kokemattomilla henkilöillä. (Aholaakko & Metsälä 2015, 676; Kolvered ym. 2011, 454.) Aseptisen omantunnon tulisi olla niin vahva, että oman käytöksen tarkkailun lisäksi voi puuttua myös työtovereiden käyttäytymiseen ja tarvittaessa huomauttaa virheistä. Epästeriili henkilö ei saa kulkea kahden steriilin alueen välissä (Aholaakko & Metsälä 2015, 676).

Leikkausalueen ovet tulisi pitää kiinni toimenpiteen ajan ja mahdollinen kommunikaatio salin ulkopuolelle hoitaa puhelimen välityksellä. Leikkaussalissa olevien ihmisten määrää tulisi myös rajoittaa mahdollisuuksien mukaan. (Aholaakko & Metsälä 2015, 676.) Salissa voi olla useita ylimääräisiä henkilöitä yhden leikkauksen aikana. Hoitotyön ja lääketieteen opiskelijat seuraavat leikkauksia ja joskus myös osallistuvat niihin. Opiskelijoiden määrää tulisi yhdessä salissa pyrkiä rajoittamaan ja jakamaan opiskelijoita

tasaisemmin kaikkien salien kesken. Valvovan sairaanhoitajan on hyvä tarkkailla opiskelijoita, jotka kokemattomuuttaan voivat lisätä infektioriskiä tai jopa kontaminoida jotakin (Kolvered ym. 2011, 454). Valvovan sairaanhoitajan tulisi pysyä leikkaussalissa toimenpiteen ajan infektioriskin pienentämiseksi (Aholaakko & Metsälä 2015, 676). Kommunikaatio leikkauksen aikana on tärkeää, mutta turhaa keskustelua tulisi välttää. Steriilin henkilöstön keskustelu voi lisätä infektioriskiä, mutta sairaanhoitajat suhtautuivat tähän väitteeseen epäilevästi. (Aholaakko & Metsälä 2015, 676).

On tärkeää pitää steriili alue steriilinä koko haavansulun ajan (Aholaakko & Metsälä 2015, 676). Steriiliä aluetta aletaan purkaa vasta, kun haavan päälle on steriileillä hanskoilla aseteltu steriili haavalappu. Kiire ei saa vaikuttaa purun aikaiseen aloittamiseen, vaan työ tulee hoitaa rauhassa loppuun saakka. Aluetta purkaessa tulisi käyttää hanskoja, eikä verisiä hanskoja pidä riisua leikkaussalin ulkopuolella (Aholaakko & Metsälä 2015, 676). Purussa avustavan henkilön tulee käyttää myös hanskoja sekä varoa peitteiden osumista omiin vaatteisiinsa. Leikkausliinoissa on usein eritteitä, joilta henkilöstön pitää suojautua. Instrumentoiva hoitaja poistaa veriset hanskat salissa, ennen kuin lähtee viemään instrumenttipöytää välinehuoltoon. Mikäli aseptiikassa on jotakin huomautettavaa, tulisi asia kirjata ylös (Aholaakko & Metsälä 2015, 676).

Hoitajien vastuulla on asetella potilas parhaaseen mahdolliseen leikkausasentoon turvallisesti. Tavoitteena on välttää painehaavojen ja hermovaurioiden syntyä. Potilaan yksilöllisyys tulee ottaa huomioon myös leikkausasennon saralla, esimerkiksi potilaan mahdolliset liikerajoitteet huomioiden. Potilas voidaan tukea turvallisesti leikkausasentoon käyttämällä erilaisia tukia ja pehmusteita. Leikkausasentoa tulee seurata säännöllisesti toimenpiteen aikana. (Kolvered ym. 2011, 453; Chitlik 2011, 44–45.)

Hyvään leikkausasentoon sisältyy myös hyvän työympäristön turvaaminen. Leikkaukseen osallistuvalla henkilöstöllä tulee olla esteetön pääsy potilaan luo, jotta toimenpide voisi onnistua parhaalla mahdollisella tavalla. Hoitajat voivat nopeuttaa leikkauksen kulkua hyvällä suunnittelulla ja ennakoimisella. Tiimin jäsenten keskinäinen

kommunikointi on tärkeää toimenpiteen sulavan kulun turvaamiseksi. Valvova sairaanhoitaja seuraa tiimin jäsenien toimintaa ja tarvittaessa huomauttaa, mikäli potilaaseen nojataan tai tuet siirtyvät. (Kilvered ym. 2011, 453; Chitlik 2011, 44–45.)

Hoitajista 40 % kokee painehaavojen ehkäisyn yhdeksi tärkeimmistä leikkaushenkilöstön tehtävistä. Erityisesti yliopistollisissa ja suurissa sairaaloissa työskentelevät hoitajat olivat tätä mieltä. Potilaaseen liittyvät riskitekijät, monimutkaiset leikkausasennot ja pitkät toimenpiteet lisäävät painehaavojen riskiä. (Steelman ym. 2013, 415.) Painehaavojen syntyyn liittyvistä tekijöistä on ristiriitaista tietoa. Kosteutta pidetään yhtenä tärkeimmistä painehaavojen syntyyn liittyvistä riskeistä. Muita syitä ovat ylipaino, mobiliteetti, kitka ja hankaumat sekä leikkauksen pituus. (Munro 2010, 282–283.)

Anestesiamuoto ja leikkausasento ovat kytköksissä painehaavojen syntyyn; pitkät yleisanestesiassa suoritettavat leikkaukset ovat suurempi riskitekijä kuin lyhyet, puudutuksessa suoritettavat leikkaukset. Braden -asteikossa paljon pisteitä saaneet potilaat ovat suuremmassa riskissä saada painehaavoja. (Shaw, Chang, Lee, Kung & Tung 2014, 1.) Matala verenpaine huonontaa kudosten hapenottoa, jonka seurauksena myös painehaavat lisääntyvät. Aika, jolloin diastolinen verenpaine on alle 50 mmHg sekä anestesian pituus vaikuttavat siis myös painehaavojen syntyyn. (Connor, Sledge, Bryant-Wiersema, Stamm & Potter 2010, 290.) Leikkausasento vaikuttaa myös perioperatiivisen hypoksemian syntyyn. Erityisesti vatsa-, selkä- ja gynekologinen asento eli vaakatasossa suoritettavat leikkaukset huonontavat kudosten happeutumista. Vaakatasossa leikattavien potilaiden keskuudessa esiintyi enemmän myös keuhkoaspiraatiota sekä siihen liittyviä komplikaatioita, muun muassa keuhkokuumetta. (Dunham, Hileman, Hutchinson, Chance & Huang 2014, 5.)

5.3 Postoperatiivinen vaihe

Postoperatiivisessa vaiheessa sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu raportointi ja jatkohoidon järjestäminen (Kaavio 5). Leikkaussalista poistuessa anestesiahoitaja antaa raportin jatkohoidosta. Raportin on hyvä sisältää hoidon kannalta merkittävät seikat potilashistoriasta, esimerkiksi perussairaudet ja edelliset leikkaukset. Lääkeaine- ja ruoka-allergiat ovat tärkeitä raportoitavia niistä aiheutuvien vaaratilanteiden välttämiseksi. Hengitykseen ja intubaatioon liittyvät ongelmat on myös hyvä mainita raportissa. Nestehoidon kannalta on tärkeää tietää leikkauksen aikana menneet nesteet ja niiden määrät, tuntidiureesi sekä verenvuoto. Lääkehoidosta erityisesti opioidien anto on tärkeä mainita yliannostusten ja hengityslaman välttämiseksi. Myös tehty toimenpide sekä siihen liittyvät jatkohoito-ohjeet, esimerkiksi asentoon ja haavanhoitoon liittyen, ovat tärkeitä mainita. Jatkohoitoa helpottaa myös tieto suonensisäisistä ja mahdollisista muista invasiivisista reiteistä, esimerkiksi valtimokanyylista. (Wright 2013, 228.)

Raportointi	Potilashistoria, perussairaudet, allergiat ja tehdyt leikkaukset
	Hengitykseen ja intubaatioon liittyvät ongelmat
	Nestehoidon kannalta merkittävät asiat: menneet nesteet, tuntidiureesi ja verenvuoto
	Annetut lääkkeet ja lääkeaineallergiat
Jatkohoito	Tiedonanto, luottamuksellisen suhteen luominen
	Jatkohoito-ohjeiden kertaaminen
	Lapsipotilaille tietoa kehitysvaiheen ja ymmärryksen mukaisesti

(Kaavio 5)

Jatkohoidon toteutumisen kannalta on tärkeä antaa potilaalle tietoa sekä pre- että postoperatiivisesti. Ennen leikkausta saadut jatkohoito-ohjeet voivat jännityksen vuoksi unohtua tai jäädä epäselviksi. Esimerkiksi kivunhoitoon liittyvät jatkohoito-ohjeet on hyvä kerrata potilaan kanssa ennen kotiutumista. Lapsipotilaiden kanssa tarkat ohjeet ja

leikkaukseen liittyvät seikat käsitellään vanhempien kanssa, mutta lapselle tulee silti antaa leikkauksesta tietoa tämän kehitysvaiheen ja ymmärryksen mukaisesti. Luottamuksellisen suhteen luominen helpottaa tiedon ymmärtämistä ja omaksumista sekä helpottaa kysymysten esittämistä. (Howard, Finn Davis, Phillips, Ryan, Scalford, Flynn-Roth & Ely 2013, 11.)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Preoperatiivisessa vaiheessa tärkeiksi osa-alueiksi nousivat riskien kartoitus, hyvän hoidon turvaamisen keinot sekä potilaan tukeminen ja ohjaus. Riskien kartoituksessa on ensisijaisen tärkeää, että sairaanhoitajalla on riittävästi tietoa leikkauksiin liittyvistä riskitekijöistä. Riskitekijät tulee siis tiedostaa, jotta niitä voi ennaltaehkäistä. Riskien kartoitukseen ja hyvän hoidon turvaamiseksi on kehitetty erilaisia tarkistuslistoja. Tarkistuslistojen huolellinen läpikäyminen vähentää inhimillisiä virheitä, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Esimerkiksi verivarausten tilaaminen voi unohtua, jolloin listan läpikäymisen aikana virhe huomataan, ja veret ehditään tilata ajoissa.

Potilaalle annettava tuki ja ohjaus liittyvät kaikkiin perioperatiivisen hoidon vaiheisiin, mutta tulosten perusteella se sopi tässä opinnäytetyössä parhaiten preoperatiivisen vaiheen alle. Tavoitteena on helpottaa potilaan mahdollista leikkaukseen liittyvää jännitystä lisäämällä tietoa ja tarjoamalla henkistä tukea muun muassa olemalla läsnä ja kuuntelemalla. Musiikkiterapian on huomattu vähentävän leikkaukseen liittyvää jännitystä. Jokaiselle potilaalle tarjottava oma soitin olisi sairaalaympäristössä vaikeaa ja jopa mahdotonta toteuttaa jo pelkästään kustannussyistä. On kuitenkin hyvä tiedostaa musiikin rentouttava vaikutus jännityksestä kärsivien potilaiden hoidossa. Potilaalle voi ehdottaa musiikin kuuntelua ennen leikkaukseen lähtöä, mikäli potilaalla on oma soitin. Puudutettujen potilaiden kohdalla leikkaussalissa soivaa musiikkia voi mahdollisuuksien rajoissa vaihtaa potilaan toiveiden mukaan.

Intraoperatiivisessa vaiheessa korostuu sairaanhoitajan kliininen tieto ja taito. Potilaan hengityksen, verenkierron, ruumiinlämmön ja nestetasapainon tarkkailu ja säätely vaatii sairaanhoitajalta riittävää koulutusta ja kokemusta. Leikkaustiimin saumaton yhteistyö ja kommunikointi vaikuttavat leikkauksen kulkuun ja vähentävät leikkaukseen liittyviä riskejä. Kommunikoinnin kannalta hyvä työilmapiiri on ensisijaisen tärkeä.

Hyväksyvässä ja luottamuksellisessa työilmapiirissä kaikkien on helppo tuoda omat ajatuksensa ja huolenaiheensa ilmi.

Erityisesti anestesiahoitajan työnkuvaan sisältyvässä lääkehoidossa vaaditaan tarkkuutta ja asiantuntijuutta. Turvalliseen lääkehoitoon sisältyy potilaan historiaan ja muun muassa allergioihin tutustuminen ja niihin asiaankuuluvalla tavalla reagoiminen. Hyvä käytäntö on tarkistaa lääkkeet kahden eri hoitajan toimesta ennen niiden antoa. Lääkärit yleensä määrävää potilaalle annettavat lääkkeet ja sairaanhoitajat ovat vastuussa lääkehoidon toteuttamisesta. Määräyksiin on hyvä suhtautua tietyllä varauksella ja pitää silmällä mahdollisia virheitä määräyksissä.

Leikkaushoitajien intraoperatiivisessa työskentelyssä korostuu aseptiikan merkitys. Infektiot lisäävät potilaan sairaalassaoloaika, kustannuksia sekä tuottavat inhimillistä kärsimystä. Aseptiseen omatuntoon liittyy oman toiminnan tarkkailun lisäksi myös toisten toiminnan tarkkailu. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävästi rohkeutta huomauttaa asiallisesti myös muille epäkohtien ilmetessä. Palautteen tulee olla rakentavaa ja se tulee antaa ystävällisesti. Julkinen nolaaminen tai selän takana puhuminen eivät kuulu ammatilliseen käytökseen. Ammatilliseen käytökseen kuuluu myös rakentavan palautteen vastaanottaminen asiallisesti.

Aseptinen käytös alkaa jo leikkausvalmisteluissa. Pakkausten kunnan voi tarkastaa välineitä kerättäessä, kun toimenpiteen alkuun on vielä aikaa. Mikäli pakkaus on vioittunut tai välineet ovat esimerkiksi kosteita, niitä ei saa käyttää. Tavoitteena on suorittaa alkuvalmistelut niin hyvin, ettei toimenpiteen aikana tule tarvetta kulkea salin ulkopuolelle eikä näin lisätä infektoriskiä. Tuloksien mukaan puhumisen rajoittaminen leikkauksen aikana on yksi infektioiden torjuntakeino. Hyvä kommunikaatio kuitenkin parantaa potilasturvallisuutta, sillä se helpottaa koko tiimin tilanteen tasalla olemista ja leikkauksen kulkua. Sinällään tarpeeton keskustelu voi myös keventää leikkaussalin ilmapiiriä ja parantaa työviihtyvyyttä. Mikäli aseptisessä ketjussa tapahtuu katkos, on asia hyvä kirjata jatkohoitoa ajatellen. Kirjausmerkinnän avulla voidaan ennakoida infektion syntyä sekä tarkkailla mahdollisia infektion merkkejä.

Postoperatiivinen vaihe liittyy läheisemmin anestesia- kuin leikkaushoitajien työnkuvaan. Jatkohoito-ohjeiden kirjaaminen on pääasiassa anestesiahoitajan vastuulla, kuin myös raportin antaminen heräämössä tai esimerkiksi teho-osastolla. Sairaaloissa suullinen raportti on suurissa määrin korvautunut hiljaisella raportilla, eli hoitaja hankkii tarvittavat tiedot potilaasta itsenäisesti tutustumalla tämän potilasasiakirjoihin. Suullisen raportin taito on silti hyvä pitää kunnossa muun muassa mahdollisten tietoteknisten ongelmien vuoksi.

Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset olivat hyvin laajalta alueelta, vaikka osa pureutuikin johonkin sairaanhoitajan työn osa-alueeseen hyvinkin tarkasti. Eri tutkimuksista saatujen tulosten arviointi keskenään oli siksi haastavaa. Tulokset menivät pääasiassa limittäin, eivätkä sulkeneet toisiaan pois. Tässä opinnäytetyössä ainoa ilmi tullut ristiriitaisuus liittyi painehaavojen syntyyn vaikuttaviin riskitekijöihin. Yhdessä tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät yleisesti hyväksytyt riskitekijät, muun muassa kosteus ja ylipaino, yksinään aiheuta painehaavoja. Tulosten mukaan matala verenpaine ja pitkä leikkausaika ovat merkittävimpiä riskitekijöitä painehaavojen synnyssä (Connor ym. 2010, 290.) Yksittäisinä riskitekijät eivät siis välttämättä aiheuta potilaalle painehaavaumia. Huomionarvoista painehaavojen synnyssä on kuitenkin monien riskitekijöiden kasautuminen ja niiden välttäminen mahdollisuuksien mukaan.

Tuloksista käy ilmi perioperatiivisen sairaanhoitajan työn monet eri vaiheet. Opinnäytetyötä hyödynnettiin OYS:n leikkausosastoilla hyvän hoidon kriteerien luonnissa. Tulokset olivat pääosin hyvin käytännönläheisiä ja niitä voi helposti soveltaa leikkaussalityössä. Opinnäytetyötä voivat käyttää myös esimerkiksi opiskelijat tutustuessaan leikkaussalityöhön sairaanhoitajan näkökulmasta.

Tämä opinnäytetyö keskittyy perioperatiivisen hoitotyön hyvän hoidon kriteereihin yleisellä tasolla, eikä mihinkään yksittäiseen osa-alueeseen ole syvennytty muita enempää. Jatkossa voisi olla hyvä tehdä johonkin yhteen aiheeseen enemmän syventyvä kirjallisuuskatsaus, esimerkiksi leikkaustiimin yhteishenki perioperatiivisen hoidon

laadun kannalta. Myös potilaiden ja sairaanhoitajien kokemuksia voi kartoittaa esimerkiksi laadullisella tutkimuksella leikkausjännityksen helpottamisesta.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kirjallisuuskatsausta tehdessä on tärkeää valikoida aineisto kriittisesti ja asianmukaisesti. Opinnäytetyössä käytettävät tutkimukset tulee olla tieteellisiä sekä luotettavilta sivustoilta. Aineistonhaussa on käytetty Nelliportaalin kautta löytyviä ProQuest- ja CINAHL-tietokantoja. Aineistoksi hyväksyttiin vain tieteellisissä julkaisuissa julkaistut vertaisarvioidut tutkimukset. Analyysin tuloksia on myös verrattu useaan kertaan alkuperäisaineistoon virheiden välttämiseksi.

Luotettavuuden kannalta on tärkeää käydä läpi tiedonhaun prosessi. Tähän sisältyvät muun muassa hakusanojen listaus, perustelut tiettyjen artikkeleiden valintaan sekä tarkka lähteiden kirjaaminen. Kirjallisuuskatsauksen tulisi olla mahdollisuus toistaa tutkimuksessa esitetyillä tiedoilla. Haut suoritettiin monessa osassa ja eri hakusanoilla tutkimuskysymyksen laajuuden vuoksi.

Tällä opinnäytetyöllä on vain yksi tekijä, mikä tulee ottaa huomioon opinnäytetyön luotettavuudessa. Aineiston valinta olisi hyvä tehdä vähintään kahden henkilön toimesta ja vertailla näitä tuloksia keskenään. Eriävästä aineiston valinnasta voidaan näin ollen käydä keskustelua ja arvioida kriittisesti aineiston sopivuutta. Yhden tekijän kirjallisuuskatsauksessa jää tärkeä vertaisarviointi siis puuttumaan. Koska tällä opinnäytetyöllä on vain yksi tekijä, luotettavuutta on pyritty lisäämään muun muassa tarkkojen sisäänottokriteerien määrittämisellä.

Aineiston valintaa helpotti sisäänottokriteerien määrittely ja niiden tarkka noudattaminen. Sisäänottokriteerit yhtenäistivät aineiston valintaa, sillä haku suoritettiin monessa osassa, eri hakusanoilla ja kolmessa tietokannassa. Yhtenä sisäänottokriteerinä oli aineiston

saatavuus Nelli-portaalin kautta. Aineiston saatavuuden vuoksi merkittäviä tutkimuksia on voinut jäädä huomiotta. Myös julkaisuvuoden rajausta on voinut vaikuttaa merkittävien tutkimusten sivuuttamiseen. Julkaisuvuoden rajausta toisaalta lisää luotettavuutta, sillä riski vanhentuneen tiedon sisäänottoon vähenee.

Hyvä hoito -käsite on kulttuuriin, aikaan ja ympäristöön sidonnainen käsite, joka vaihtelee ympäri maailman. Ulkomaisiin lähteisiin tuleekin suhtautua tietyllä varauksella ja pohtia tulosten sopivuutta suomalaiseen yhteiskuntaan. Analysoiduista tutkimuksista kolme oli Suomessa tehtyjä, mutta kansainvälisissä julkaisuissa julkaistuja. Loput tutkimuksista olivat ulkomaisia. Pääasiassa tulokset olivat hyvin samansuuntaisia ympäri maailman. Erityisesti aseptiikkaan liittyneitä tutkimuksia oli paljon eri maista, mutta tulokset olivat silti samanlaisia. Tuloksissa hoitajien perustehtävät tulivat monessa eri tutkimuksessa esille, joten saturoitumisaste on saavutettu. Osa tutkimuksista paneutuu opinnäytetyössä käsiteltyihin aiheisiin syvemmin, jolloin vastaava tieto toisista tutkimuksista jää puuttumaan.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusten tekoa ohjaa tutkimuseettisen neuvottelukunnan ja suomalaisen tiedeyhteisön yhteistyönä laadittu tutkimuseettinen ohjeistus. Ohjeistuksen tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen vaikuttaa keskeisesti tutkimuksen luotettavuuteen ja etiikkaan. Tutkimuksen teossa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4,6.) Tutkimusaineiston keruussa ja analyysissä on pyritty huolellisuuteen ja tarkkuuteen suorittamalla useita tarkistuksia tuloksien ja alkuperäisen aineiston välillä.

Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset tulee huomioida käyttämällä asianmukaisia ja tarkkoja lähdeviitteitä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Kirjallisuuskatsauksessa lähteitä kertyy prosessin aikana paljon. Lähdeviitteet ja luettelo on laadittu Diakonia-ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan tarkasti ja helppolukuisesti.

Tavoitteena oli helpottaa lukijan pääsyä alkuperäisille lähteille. Tarvittavat tutkimusluvut ja joissain tapauksissa eettisen ennakoarvioinnin tulee olla kunnossa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimuslupa haettiin ja saatiin syksyn 2015 aikana. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään jo julkistettuja tutkimuksia, eikä tutkimuksen kannalta ole tarpeellista käsitellä mitään salaista tai vaitiolovelvollisuuden piirissä olevaa. Tutkimuslupaa ei ollut tarpeellista hyväksyttää eettisessä toimikunnassa.

Opinnäytetyön aihe on neutraali, eikä aiheeseen liity ennako-oletuksia, jotka voisivat vaikuttaa aineiston valintaan tai käsittelyyn. Aineistoa valitessa ei ole kiinnitetty huomiota sisäänottokriteerien ulkopuolisiin seikkoihin, esimerkiksi maahan, jossa tutkimus on tehty. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ovat pääosin kansainvälisiä. Tutkimusten alkuperämaat on merkitty ylös niissä olevien tietojen mukaan (Liite 1). Kaikissa tutkimuksissa ei ilmaistu maata ollenkaan. Analysoitujen tutkimusten otantaa on tarkasteltu kriittisesti peilaamalla niitä käytettyihin menetelmiin ja sitä kautta otannan luotettavuuteen. Sisäänotossa ei ole kiinnitetty huomiota otoksen sukupuoleen, ikään tai etnisyyteen.

LÄHTEET

- Adams, Jeanette; Korniewicz, Denise & El-Masri, Maher 2011. A descriptive study exploring the principles of asepsis techniques among perioperative personnel during surgery. *Canadian Operating Room Nursing Journal* 29 (4), 6–24.
- Aholaakko, Teija-Kaisa & Metsälä, Eija 2015. Aseptic practice recommendations for circulating operating theatre nurses. *British Journal of Nursing* 24 (13), 670-678.
- Bailey, Laila 2010. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN Journal* 92 (4), 445–460.
- Dunham, Michael; Hileman, Barbara; Hutchinson, Amy; Chance, Elisha & Huang, Gregory 2014. Perioperative hypoxemia is common with horizontal positioning during general anesthesia and is associated with major adverse outcomes: A retrospective study of consecutive patients. *BMC Anesthesiology* 14. Viitattu 27.4.2015. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2253-14-43>
- Chitlik, Amanda 2011. Safe positioning for robotic-assisted laparoscopic prostatectomy. *AORN Journal* 94 (1), 37–48.
- Connor, Tom; Sledge, Jennifer A.; Bryant-Wiersema, Laurel; Stamm, Linda & Potter, Patricia 2010. Identification of pre-operative and intra-operative variables predictive of pressure ulcer development in patients undergoing urologic surgical procedures. *Urologic nursing* 30 (5), 289–305.
- Elomaa, Leena & Mikkola, Hannele 2010. Näytön jäljillä – Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. 5. uudistettu painos. Viitattu 9.5.2015. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>
- Finnish Consultin Group 2013. Finnish Consulting Group. RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Viitattu 6.5.2015. <http://www.rafaela.fi/>

- Galvão, Cristina Maria; Liang, Yuanyuan & Clark, Alexander M. 2010. Effectiveness of cutaneous warming systems on temperature control: meta-analysis. *Journal of advanced nursing* 66 (6), 1196–1206.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. Hyvä hoito ja kohtelu. Viitattu 9.5.2015. http://www.hus.fi/potilaalle/potilaan_oikeudet/hyva_hoito_ja_kohtelu/Sivut/default.aspx
- Howard, Dekeisha; Finn Davis, Katherine; Phillips, Eileen; Ryan, Eileen; Scalford, Deborah; Flynn-Roth, Regina & Ely, Elizabeth 2013. Pain management for pediatric tonsillectomy: An integrative review through the perioperative and home experience. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 19 (2014) 5–16.
- Johansson, Kirsi 2007. Kirjallisuuskatsaukset – Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, Kirsi; Axelin, Anna; Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turku: Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007. 3–9.
- Kangasniemi, Mari; Utriainen, Kati & Ahonen, Sanna-Mari 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenneltyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301.
- Kelvered, Monica; Öhlén, Joakim & Äkesdotter Gustaffson, Birgitta 2011. Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 449–457.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/ 17.8.1992/785. Viitattu 9.5.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>
- Lamberg, Eija; Salanterä, Sanna & Junttila, Kristiina 2013. Evaluating perioperative nursing in Finland: an initial validation of perioperative nursing data set outcomes. *AORN Journal* 98 (2), 172–185.
- Lukkari, Liisa; Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2007. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Maqbal, Mohammed Abdullah Al 2014. Using double gloves in surgical procedures: a literature review. *British Journal of Nursing* 23 (21), 1116–1122.
- Munro, Cassandra 2010. The development of a pressure ulcer risk-assessment scale for perioperative patients. *AORN Journal* 92 (3), 272–287.
- Penprase, Barbara; Brunetto, Elisa; Dahmani, Eman; Forthoffer, Jola Janaqi & Kapoor, Samantha 2015. The efficacy of preemptive analgesia for postoperative pain control: a systematic review of the literature. *AORN Journal* 101 (1), 94–105.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri A i.a. Poliklinikat ja osastot. Anestesiologia, leikkaus- ja tehohoito. Keskusleikkausosasto. Viitattu 17.8.2015.
https://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime101/prime103.aspx
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri B i.a. Ammattilaisille, Hoitotyö. Viitattu 24.3.2016. <https://www.ppsHP.fi/ammattilaiset/prime101.aspx>
- Rauhala, Auvo, 2008. The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing, Case of the RAFAELA System. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet no. 159. Viitattu 8.2.2016.
<http://www.rafaela.fi/sites/default/files/Rafaela/Rauhalan%20v%C3%A4it%C3%B6s.pdf>
- Rauta, Satu; Salanterä, Sanna; Nivalainen, Jarmo & Juntila, Kristiina 2012. Validation of the core elements of perioperative nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1391–1399.
- Shaw, Ling Fu; Chang, Pao-Chu; Lee, Jung-Fen; Kung, Huei-Yu & Tung, Tao-Hsin 2014. Incidence and predicted risk factors of pressure ulcers in surgical patients: experience at a medical center in Taipei, Taiwan. *BioMed Research International*. Article ID 416896. Viitattu 28.10.2015.
<http://dx.doi.org/10.1155/2014/416896>
- Steelman, Victoria M.; Graling, Paula R. & Perkhounkova Yelena 2013. Priority patient safety issues identified by perioperative nurses. *AORN Journal* 97 (4), 402–418.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 28.4.2015.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Wæhle, Hilde Valen; Haugen, Arvid Steinar; Søfteland Eirik & Hjälmhult, Esther 2012. Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. BMC Nursing. 11:16. Viitattu 27.4.2015.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/11/16>

Wright, Suzanne M. 2013. Examining transfer of care processes in nurse anesthesia practice: introducing the PATIENT protocol. AANA Journal 81 (3), 225–232.

LIITTEET

LIITE 1 Tutkimusaineiston analysointi

Tekijät, maa, julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tulokset
1 Aholaakko, Metsälä Suomi 2015	Valvovien sairaanhoitajien aseptisten suositusten testaaminen käytännössä	Arviointityökalun kehittäminen, kyselytutkimus kahteen yliopistolliseen sairaalaan n=73	VALMISTELU Steriiliyden varmistus indikaattoreista, indikaattorihanskojen käyttö, eräpäivien tarkastus, pakkausten ehjyys, nesteiden läpinäkyvyyden tarkastus, ei käytetä kosteita steriilejä pakkauksia eikä avattuja, lääkkeitä ja nesteet valmistellaan juuri ennen käyttöä, suodatinneulat, steriili alue valmis < 1 h ennen leikkausta YLLÄPITO steriilin alueen jatkuva tarkkailu, ovet kiinni, läsnä olevien lukumäärän rajoittaminen, aseptisten virheiden dokumentointi, ei liikettä kahden steriilin alueen välissä, valvova sairaanhoitaja pysyy salissa, intraoperativinen keskustelu vähäistä PURKU hanskojen käyttö, veristen hanskojen riisuminen salissa, steriili alue haavansulun aikaan
2 Wæhle, Haugen, Søfteland & Hjälmhult, Norja, 2012	Check –listojen hyödyntäminen, ongelmia ja ratkaisuja.	Laadullinen tutkimus (grounded theory), aineisto kerätty tarkkailemalla, yksilöhaastattelulla sekä ryhmäkeskusteluilla	ONGELMAT epävarmuus listan käytöstä, huonon ilmapiirin kehittyminen ja motivaation puute, ajankäyttö RATKAISUT etäännyttäminen = listan hylkääminen tai suurpiirteinen läpikäyminen, toivotaan johtoportaan ohjeistusta

			hyvän ilmapiirin kehittäminen, kuuluva ääni ja ”ohjien ottaminen” listan läpikäynnissä
3 Rauta, Salanterä, Nivalainen, Junttila, Suomi, 2012	Perioperatiivisen hoitotyön keskeisten elementtien määrittely	Kuvaileva katsaus (Delphi –tekniikka) n=55	Potilaiden tiedonsaanti, kommunikointi läheisten (puolison) kanssa Turvallisuus: aseptiikka, leikkausasennot, hoidon jatkuvuus, hoidon dokumentointi ja kirjaaminen Fysiologia: Hengitys, verenkierto, kehonlämpö, nestetasapaino, kipu, pahoinvointi, lääkitys
4 Galvão, Liang & Clark, 2010	Ihonulkoisten lämmitysjärjestelmien vertailu kehon lämmön valvonnassa elektiivisen leikkauksen aikana	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, meta-analyysi n=23	Leikkausvaatteet, joissa kiertää vesi ovat paremmat kuin ilmalla (puhaltavat lämpöpeitteet) toimivat. Kummatkin ovat paremmat kuin passiiviset lämmityskeinot (esim. peitteet)
5 Bailey, 2010	Strategioita perioperatiivisen jännityksen vähentämiseen	Kirjallisuuskatsaus n=10	Vaikuttavimmat keinot ovat tiedon lisääminen ja musiikkiterapia. Operaation kulusta kertominen, keneltä voi kysyä lisätietoa (kaikki eivät halua kuulla) oman musiikin kuuntelu ennen operaatiota vähentää jännitystä
6 Maqbali, 2014	Tuplahanskojen käytön hyödyt	Kirjallisuuskatsaus	Tuplahanskat pienentävät riskejä, sillä sisimmäinen hanska säilyy ehjänä ja ne suojaavat paremmin vereltä ja eritteiltä Indikaattorihanskat lisäävät punktion huomaamista Hanskat tulisi vaihtaa kahden tunnin välein

7 Lamberg, Salanterä, Junttila, Suomi, 2013	PDSN:n (Perioperative nursing data set) käytettävyys Suomessa	Kuvaileva, kaksiosainen paneeli n=39	Hyväksytyt aiheet: Turvallinen lääkitys, leikkausasento, ei tarpeettomia vammoja (sähkö, kemikaalit, kuljetus, laser) riittävä kivunhoito, normotermia, nesteytys ja happo-emäs – tasapaino, verenkierron turvaaminen Potilaalle riittävästi tietoa (kaavio) yksityisyys, hoito yksilöllistä, mahdollisuus vaikuttaa, tasa-arvoista
8 Kelvered, Öhlén & Äkesdotter Gustaffson, Ruotsi, 2011	Leikkaushoitajien kokemuksia potilaslähtöisestä intraoperatiivisesta hoitotyöstä	Kvalitatiivinen parikeskusteluja n=6 yksilöhaastatteluja n=4	Potilaan ystävällinen vastaanotto, ajatustenvaihto, potilas saa olla yksilö, luottamuksen herättäminen empatia, potilaan kehonkielen ymmärtäminen, katsekontakti ja äänenpaino, hoitaja saatavilla leikkaustiimin yhteistyö, hyvä valmistelu, operaation kulun tunteminen → tehokas yhteistyö kirurgin kanssa leikkausasento, painehaavojen ja hermovaurioiden välttäminen, leikkaustiimille hyvä ympäristö jatkuva kommunikointi aseptiikka, jatkuva seuraaminen leikkausalueen desinfektio, ihon kunnon tarkastus, ei aiheuteta lisävahinkoa (esim. traumapotilaat) leikkaushaavan puhtaanapito esim. kuivuneesta verestä Kudosten kostutus keittosuolalla ja kosteilla räteillä, myös näkyvyys paranee Normotermia, hyvä suunnittelu, tehokas leikkausalueen desinfektio, erilaiset lämmitystekniikat

9 Wright, Yhdysvallat, 2013	Potilassiirrossa käytettävän check-listan tärkeimmät sisällöt anestesiahoitajien näkökulmasta	Kyselykaavake n=302	Yli 50% mielestä: Potilashistoria, sairaudet, leikkaukset Allergiat Ventilaatio/ intubaatio-ongelmat Nestetasapaino, td, verenvuoto Opioidien anto Operaatio iv- ja muut invasiiviset reitit
10 Steelman, Graling & Perkhounkova, Yhdysvallat, 2013	Suurimmat riskit potilasturvallisuudelle perioperatiivisten hoitajien näkökulmasta	Kuvaileva, kysely n=3137	Suurimmat riskit väärä alue/potilas/toimenpide leikkausvälineiden jäänti potilaaseen painehaavat välinehuollon virheet (instrumenttien desinfektio) lääkevirheet
11 Dunham, Hileman, Hutchinson, Chance & Huang, Yhdysvallat, 2014	Perioperatiivinen hypoksemia ja sen vaikutukset	Takautuva, määrällinen tutkimus n=500	Vaakatasossa leikattavilla potilailla merkittävät POH ja POPA tasot POH liittyy suoraan akuuttiin traumaan, BMI, glykopyrroonin antoon ja leikkauksen pituuteen POPA liittyy kalleleikkauksiin, vatsa-asentoon, ASA –luokkaan, leikkauksen kesto, extubaation epäonnistumiseen leikkaussalissa, pitkään postoperatiiviseen intubaatioon POPA lisää kuolleisuutta ja sairaalapäiviä
12 Penprase, Brunetto, Dahmani, Forthoffer & Kapoor, 2015	Preoperatiivisen kivunhoidon vaikutus postoperatiiviseen kivunhallintaan	Kirjallisuuskatsaus n=14	Esilääkityksenä COX-2 inhibiittorit ja gabapentiini ovat tehokkaita Muut NSAID –tyypin lääkkeet eivät auta esilääkityksenä postoperatiiviseen kipuun
13 Munro, Yhdysvallat, 2010	Painehaavojen riskitekijöiden kartoitus	Arviointityökalun kehittäminen kysely (Delphi – tekniikka) n=12	Tärkeimmät riskitekijät: Kosteus, BMI, mobiliteetti (pre, intra ja post) kitka/hankauma, leikkauksen kesto

14 Connor, Sledge, Bryant-Wiersema, Stamm & Potter, Yhdysvallat, 2010	Painehaavojen riskitekijät perioperatiivisessa ympäristössä urologisilla potilailla	Kuvaileva korrelatiivinen tutkimus n=498	Anestesian pituus Aika, kun diastolinen paine on alle 50 mmHg
15 Shaw, Chang, Lee, Kung & Tung, Taiwan, 2014	Leikkauspotilaiden painehaavojen riskitekijöiden kartoitus	Kohorttitutkimus n=297	Potilaan korkea ikä, yleisanestesia, leikkausasento (vatsa-asento), operaatio (ortopediset) korkeat pisteet Braden –asteikolla
16 Adams, Korniewicz & El-Masri, Kanada, 2011	Perioperatiivisen henkilöstön aseptiset käytännöt	Poikittaistutkimus n=87	Käsien ja kyynärvarsien desinfektio ennen steriilejä hanskoja, pääsuojan (hatun) käyttö, kädet ylhäällä ja irti vartalosta
17 Chitlik, Yhdysvallat, 2011	Turvallinen leikkausasento robotti – avusteisessa laparoskooppisessa prostatektiomiassa	Tapaustutkimus n=1	Hoitajille tietoa asennoista (robottileikkauksissa), riittävä valmistautuminen, hoitajilla vastuu huolehtia potilaan turvallisuudesta, leikkausasentoon asettelu huolellisesti ja yksilöllisesti Leikkauksen kulun sulavoittaminen (aika lyhenee → vähemmän painehaavoja) Oikea leikkausasento, tarvittavat tuet ja pehmusteet, jatkuva asennon tarkkailu ja arviointi
18 Howard, Finn Davis, Phillips, Ryan, Scalford, Flynn-Roth, & Ely, 2013	Kivunhoidon käytännöt nielurisaleikkausten yhteydessä lapsilla	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Potilaalle (vanhemmalle ja lapselle) tietoa operaatiosta, intraoperatiiviset tekniikat kivunhallintaan, postoperatiivinen kivunhoito, lääkkeellinen ja ei-lääkkeellinen kivunhoito heräämössä ja kotona, luottamussuhteen luominen