



PREOPERATIIVISEN HOIDON

TURVAAMINEN

TARKISTUSLISTAN AVULLA

Mia Hiltunen

Minna Pakka

Opinnäytetyö
Helmikuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HILTUNEN MIA & PAKKA MINNA:
Preoperatiivisen hoidon turvaaminen tarkistuslistan avulla

Opinnäytetyö 45 sivua, joista 10 sivua.
Helmikuu 2013

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä yhtenäinen leikkauspotilaan preoperatiivinen tarkistuslista. Työ tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, mitä pitää huomioida potilaan preoperatiivisessa hoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tarkistuslista työelämässä työskentelevien avuksi. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä olivat preoperatiivinen hoito, potilasturvallisuus ja tarkistuslista. Tärkeiksi asioiksi nousivat myös hoitotyön arvot, yhteistyösuhde, potilaan ohjaus ja opetus.

Opinnäytetyön menetelmä oli toiminnallinen, jonka tuotoksena syntyi tarkistuslista. Työn teoria perustui alan kirjallisuuteen, artikkeleihin ja suosituksiin. Opinnäytetyömme tuloksena syntynyt tarkistuslista sisältää asiat, jotka on huomioitava jokaisen leikkauspotilaan kohdalla. Leikkauspotilaan preoperatiivisessa tarkistuslistassa yhdistyvät kliiniset tutkimukset, potilaan anamneesi, ohjaus, opetus ja yhteistyö potilaan kanssa.

Tarkistuslistan käyttö parantaa potilasturvallisuutta, mutta ei korvaa hoitajan potilaasta tekemiä havaintoja ja arvioita vaan toimii hoitotyön apuvälineenä. Potilaan preoperatiivinen hoitotyö vaatii sairaanhoitajalta laajaa hoitotyön osaamista, koordinoitua sekä tarkkuutta. Tarkistuslista toimii muistin apuvälineenä ja helpottaa sitä kautta sairaanhoitajan hektistä työkuvaa. Jatkossa tarkistuslistaa käyttävä yksikkö voi muokata sitä omia tarpeitaan vastaavaksi ja päivittää tarkistuslistaa käyttäen apuna hoitotyön uusimpia tutkimustuloksia.

Avainsanat: preoperatiivinen hoito, potilasturvallisuus, tarkistuslista

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

HILTUNEN MIA & PAKKA MINNA:

Securing Preoperative Nursing with a Checklist

Bachelor's thesis 45 pages, appendices 10 pages
February 2013

The purpose was to create and provide a consistent preoperative checklist for surgery patients. The work was done in co-operation with Pirkanmaa Hospital District. The objective was to clarify what needs to be taken into account in preoperative nursing of a patient. The target was to create a checklist to help and support nurses' working at the hospital.

The process was functional producing a checklist. The Theoretic part was based on literature, articles and references. A checklist includes all the items that need to be considered with every surgery patient. In a preoperative checklist for surgery patient clinical studies, a patient's anamnesis, guidance, tutoring and co-operation with a patient are combined.

Checklist usage improves the patient safety but it does not replace observations and evaluations made by a nurse from the patient. It rather is a helpful tool in nursing overall. A patient's preoperative nursing requires wide nursing experience, coordination and accuracy from the nurse. Checklist may be a helpful tool to remember and therefore ease the hectic work of a nurse. In the future, a ward using a checklist may modify it to meet unit's own requirements and update the checklist by using the latest study results.

Key words: preoperative nursing, patient safety and checklist

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	7
2.1	Opinnäytetyön tarkoitus	7
2.2	Opinnäytetyön tehtävä.....	7
2.3	Opinnäytetyön tavoite	7
3	LEIKKAUSPOTILAS PREOPERATIIVISESSA VAIHEESSA	8
3.1	Preoperatiivinen hoitotyö	8
3.1.1	Yhteistyösuhde yksilövastuisessa hoitotyössä.....	10
3.1.2	Hoitotyön arvot	11
3.1.3	Potilaan ohjaaminen ja opettaminen	12
3.2	Potilasturvallisuus	13
4	LEIKKAUSPOTILAAN PREOPERATIIVINEN TARKISTUSLISTA	15
4.1	Tarkistuslista	15
4.2	Preoperatiivisen tarkistuslistan sisältö.....	16
4.2.1	Potilaan saapuminen osastolle	16
4.2.2	Potilaan leikkausta edeltävät tutkimukset	19
4.2.3	Välittömät leikkausvalmistelut	22
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	26
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	26
5.2	Tuotoksen kuvaus, sisältö ja ulkoasu	27
5.3	Opinnäytetyön prosessi	27
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	30
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	30
6.2	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	31
6.3	Pohdinta.....	32
	LÄHTEET.....	34
	LIITTEET	37
	Liite 1. Raportoinnin sisältö leikkaussaliin siirtyessä.....	37
	Liite 2. Keskustelun liitteenä käytettävä tarkistuslistan runko.....	38
	Liite 3. Leikkauspotilaan preoperatiivinen tarkistuslista , koekäyttö versio Virhe. Kirjanmerkkiä	
	Liite 4. Leikkauspotilaan preoperatiivinen tarkistuslista Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.	

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on yksi hoitotyön keskeisistä lähtökohdista, jonka kehittäminen on jatkuvasti ajankohtaista niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Potilasturvallisuus ja sen edistäminen ovat osa kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastuulla olevaa toimintaa. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 62-63.)

Leikkausta edeltävä hoito (preoperatiivinen vaihe) alkaa, kun lääkäri ja potilas ovat tehneet yhdessä leikkauspäätöksen ja päättyy, kun vastuu potilaan hoidosta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 466). Opinnäytetyössä, kun puhumme preoperatiivisesta hoidosta, tarkoitamme osastolla tapahtuvaa leikkaukseen valmistavaa hoitotyötä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa järjestämään laadultaan hyvää terveyden ja sairauden hoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan turvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013) ja terveydenhuoltolain mukaan toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua sekä perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Vuonna 2007 WHO:n potilasturvallisuusliitto käynnisti ohjelman leikkaushaittojen vähentämiseksi. Ohjelman tuloksena vuonna 2008 syntyi leikkaustiimin tarkistuslista, jonka avulla on tarkoitus vähentää leikkaushaittoja (WHO, 2009). Leikkausosastoilla tarkistuslistat ovat vakiinnuttaneet paikkansa ja niistä saadut kokemukset ovat osoittaneet tarkistuslistan tarpeelliseksi työkaluksi potilasturvallisuuden lisäämiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä yhtenäinen leikkauspotilaan preoperatiivinen tarkistuslista Pirkanmaan sairaanhoitopiirille (PSHP), jossa tarve oli noussut esiin käytännön hoitotyössä Opinnäytetyön menetelmä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena tehdään tarkistuslista. Tarkoituksena on tehdä tarkistuslista, jonka avulla voidaan turvata preoperatiivisen hoidon onnistuminen ja lisätä potilasturvallisuutta. Leikkauspotilaan preoperatiivinen tarkistuslista on tarkoitettu hoitajille apuvälineeksi ennen leikkausta tapahtuviin valmisteluihin.

Inhimillisiä virheitä sattuu rutiinitehtävissäkin. Syynä voi olla unohdus, jolloin asia mikä oli tarkoitus tehdä, jääkin tekemättä. Syynä ei ole, ettei työtä hallittaisi, vaan keskittyminen tehtävään syystä tai toisesta heikkenee. Tarkistuslistan avulla voidaan vähentää virheiden määrää ja tätä kautta parantaa hoidon turvallisuutta ja laatua sekä yhdenmukaistaa toimintoja. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 88, 208-209.)

Olemme käyttäneet leikkaussalin tarkistuslistaa harjoitteluissamme ja sitä kautta kokeneet sen toimivaksi työkaluksi. Työskennellessämme hoitoalalla olemme huomanneet, että lyhentyneet hoitoajat asettavat hoitajat uusien haasteiden eteen. Hektinen hoitotyö vaatii hyvää muistia, koska hoitajan on suoritettava useita työtehtäviä päällekkäin. Saimme mahdollisuuden tuottaa leikkauspotilaan preoperatiivisen tarkistuslistan yhdessä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Halusimme tarttua aiheeseen, jonka kautta saamme olla kehittämässä uutta toimintatapaa ja joka helpottaa hoitajien työtä. Tarkistuslista toimii helppona ja yksinkertaisena apuvälineenä kiireen keskellä, ja on apuna opiskelijan ohjauksessa sekä uuden työntekijän perehdytyksessä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

2.1 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä yhtenäinen leikkauspotilaan preoperatiivinen tarkistuslista.

2.2 Opinnäytetyön tehtävä

Opinnäytetyön tehtävä on vastata kysymykseen:

Mitä asioita hoitajan pitää huomioida potilaan preoperatiivisessa hoidossa?

2.3 Opinnäytetyön tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tarkistuslista työelämän avuksi ja yhdistää käytänteitä. Tarkistuslistan käytöllä voidaan parantaa leikkauspotilaan hoidon turvallisuutta ja turvata hoidon jatkuvuus.

3 LEIKKAUSPOTILAS PREOPERATIIVISESSA VAIHEESSA

Kirurgisen hoitotyön tavoitteena on, että potilas saa lievitystä tai parantavan hoidon sairauteensa tai oireisiinsa (Iivanainen ym. 2010, 466). Leikkauspotilaan hoitotyössä lähtökohtana on potilaslähtöisyys, jossa korostuu potilaan yksilöllisyyden ja eheyden kunnioittaminen. Hoitotyössä tavoitellaan potilaan ja hoitajan välistä turvallista yhteistyösuhdetta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 59.)

3.1 Preoperatiivinen hoitotyö

Potilaan preoperatiivisen hoitotyön vaihe alkaa kun potilas ja lääkäri ovat yhdessä tehneet leikkauspäätöksen. Leikkaus voidaan suunnitella tehtäväksi elektiivisesti tai päivystysleikkauksena. Elektiiviseen leikkaukseen potilas kutsutaan jonosta, jolloin hoidon arviointi ja suunnitelma on tehty leikkauspäätöksen yhteydessä. Päivystysleikkaus tehdään silloin, kun potilaan toipumismahdollisuudet huonontuisivat tai hän olisi hengenvaarassa, leikkauksen siirryttyä myöhemmäksi ajankohdaksi. (Hammar 2011, 10-14; Holmia ym. 2008, 59; Iivanainen ym. 2010, 466.)

Potilaan saavuttua kirurgiselle vuodeosastolle alkaa välitön leikkaukseen valmistava hoito. Preoperatiivisen hoidon tarkoituksena on edistää potilaan toipumista ja vähentää toimenpiteeseen liittyviä komplikaatioita. Vastaanottotilanne tulee järjestää niin, että potilas kokee itsensä tervetulleeksi ja syntyy luottamuksellinen yhteistyösuhde. Ensivaikutuksella on tärkeä merkitys hoidon onnistumisen kannalta. (Ahonen ym. 2012, 99; Iivanainen ym. 2010, 469.)

Hoitotavoitteen saavuttaminen edellyttää hoitajan ja potilaan liittymistä toisiinsa, tätä kutsutaan yhteistyösuhteeksi (Munnukka & Aalto 2002, 23). Leikkauspotilaan ja hoitajan välinen yhteistyösuhde alkaa tulokeskustelulla, joka voidaan tehdä päivää ennen toimenpidettä tai preoperatiivisella käynnillä 1-3 viikkoa ennen leikkausta. Tulohaastattelussa sairaanhoitaja kertoo potilaalle tulevasta toimenpiteestä ja sen vaikutuksista toipumiseen. Potilaan kanssa käydään läpi leikkaukseen valmistautuminen, leikkauksen ajankohta, leikkaussalin tapahtumat, leikkauksen

jälkeinen kivunhoito ja hoito vuodeosastolla tai päiväkirurgisilla potilailla kotihoito-ohjeet. Potilas tapaa ennen leikkausta anestesia lääkäriä, leikkaavan kirurgin sekä tarvittaessa myös anestesiahoitajan, joilta hän saa myös tietoa leikkauksen kulusta ja toipumiseen liittyvistä asioista. (Ahonen ym. 2010, 30, 100.)

Taustatietojen keruu on tärkeä osa hoidon ja ohjauksen suunnittelua, näin huomataan heti välitön ohjauksen tarve (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 12). Sairaanhoitaja laatii käydyn keskustelun pohjalta yhdessä potilaan kanssa hoitosuunnitelman (Ahonen ym. 2012, 100). Hoitosuunnitelmaa täydennetään potilaan kanssa käytyjen keskusteluiden kautta läpi sairaalajakson (Iivanainen ym. 2010, 470). Sairaanhoitaja suunnittelee hoitotyötä niin, että tarvittava tieto leikkaukseen tulevalta potilaalta saadaan kerättyä. Tiedot potilaan aiemmista sairauksista, leikkauksista, lääkkeiden käytöstä, nykyisen sairauden aiheuttamista oireista, mahdollisista elintoimintojen rajoituksista, allergioista ja ruokavaliosta ovat tärkeitä hoitotyön yksilöllisen toteutumisen kannalta. (Holmia ym. 2010, 59.)

Alasen (2002) tutkimuksen mukaan potilaat pitivät tiedonsaantia sairaalahoidossa tärkeänä. Tärkeimpinä asioina potilaat pitivät tietoja sairaudesta, tutkimuksista ja toimenpiteistä. Puolet potilaista piti myös tärkeänä tietoa lääkkeistä ja toimenpiteeseen liittyvistä riskeistä. Selviytymistä tukevista tiedon alueista kuntoutusta pidettiin tärkeimpänä osa-alueena. Tärkeimpänä tiedonlähteenä toimi hoitohenkilökunta, jolta potilaat toivoivat enemmän aikaa keskustelulle, avoimutta sekä selkeäkielisyyttä. Hoitohenkilökuntaa pidettiin tärkeimpänä tiedon lähteenä. Potilaat toivoivat henkilökunnalta enemmän aikaa keskustelulle, avoimuutta sekä selkeäkielisyyttä. (Alanen 2002, 33-34, 51.)

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeä osa hoitotyötä, tämä tapahtuu kirjallisen ja suullisen tiedonsiirron avulla. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseen tarvitaan tiedonkulku työvuorosta toiseen sekä yksiköstä toiseen. Kirjaamisen merkitys korostuu entisestään lyhentyneiden hoitoaikojen myötä. Sairaanhoitajan tulee kirjata potilaan hoitoa koskevat asiat oikein, selkeästi, kattavasti sekä tuoda selkeästi esiin potilaan tilassa tapahtuneet muutokset. Suullinen tiedottaminen (raportti) tarkoittaa tiedonsiirtoa seuraavan vuoron hoitajalle, jonka tarkoituksena on turvata hoidon jatkuvuus työvuorojen välillä. (Iivanainen ym. 2005, 49-51, 65.) Preoperatiivinen hoito loppuu, kun potilaan

hoitovastuu luovutetaan leikkaussalin sairaanhoitajalle selkeän ja ytimekkään raportin jälkeen (Ahonen ym. 2012, 103).

3.1.1 Yhteistyösuhde yksilövastuisessa hoitotyössä

Hoitaminen perustuu potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyöhön, jonka tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan, käyttämään sekä kehittämään omia voimavarojaan. Sairaanhoitajan antama hoito on hoitotyötä, jota ohjaa hoitotiede, joka on hoitotyön tietoperusta. (Kassara ym. 2006, 10.) Yhteistyösuhteen tarkoituksena on potilaan auttaminen, jolla tavoitellaan hänen terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Yksilövastuisella hoitotyöllä voidaan edistää potilaan ja hoitajan tasavertaista suhdetta. (Holmia ym. 2008, 27, 30.) Yhteistyösuhde määritellään yksilövastuisessa hoitotyössä seuraavasti:

Yksilövastuinen hoitotyö on potilaan ja omahoitajan, kahden yhdenvertaisen ihmisen, yhteistyösuhde, jossa molemmat työskentelevät potilaan senhetkisen terveyden edistämiseksi. Potilas elää ainutlaatuista elämäntilannettaan, ja omahoitaja tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön henkilökohtaisen ammatillisuutensa. Yhteistyösuhteessa potilas voi kokea läheisyyttä, turvautua toiseen ihmiseen ja tulla oikeaan aikaan autetuksi. Kahdenkeskisessä suhteessa potilas voi lisätä tietoisuutta itsestään ja näin avautuvien mahdollisuuksien kautta edistää terveyttään ja saada energiaa, jonka avulla hän voi hallita omaa elämäänsä. Yhteistyö edellyttää aikaa ja jatkuvuutta. (Munnukka 1993, 99.)

Yksilövastuisten hoitotyön periaatteista korostuvat kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, jatkuvuus ja turvallisuus. Potilas ja omahoitaja suunnittelevat yhdessä hoitoa, toteutusta ja arviointia. Omahoitaja koordinoi ja suunnittelee hoitoa huomioiden yhteistyön eri ammattiryhmien sekä omaisten kanssa. Omahoitajalta vaaditaan kykyä priorisoida potilaan ongelmia ja eritellä tilanteen sekä hoidon kannalta oleelliset asiat. Omahoitaja toimii potilaan asianajajana, jos potilas ei pysty tai halua itse tuoda asioita esille muille ammattiryhmille. (Iivanainen ym. 2005, 47-48.)

Munnukan (1993) tutkimuksen mukaan yksilövastuisten hoitotyön etuina oli potilaiden mielestä yksilöllisempi ja kokonaisvaltaisempi hoito. Hoitotyön tavoitteista ja päivittäisistä toiminnoista oli keskusteltu enemmän kuin vertailuosastoilla, joissa työskenneltiin tehtäväkeskeisesti. Ohjausta voitiin tehostaa yksilövastuisten hoitotyön avulla ja tutkimuksen mukaan potilaat olivat saaneet vertailuosastoa enemmän ohjausta. Yksilövastuisessa hoitotyössä omaisten ja läheisten mukana olo onnistui paremmin, kun

omaiset tiesivät kehen voivat ottaa yhteyttä. Omaiset olivat saaneet omahoitajalta tietoja potilaasta, sekä itse tukea, apua ja ohjausta myös omaan tilanteeseensa. (Munnukka 1993, 81, 111-112.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) määritelmän mukaan sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen (Ahonen ym. 2012, 30). Yhteistyösuhteessa sairaanhoitaja on toiminnassaan ensisijaisesti vastuussa niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen hoitoaan. Hän kohtaa potilaat arvokkaina ihmisinä sekä luo hoitokulttuurin, jossa huomioidaan yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoitaja suojelee työssään ihmiselämää ja edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa. Työssään hän kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää hänelle mahdollisuuksia osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Sairaanhoitaja hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin, huomioiden heidän yksilölliset tarpeensa. Hoitoon ei saa vaikuttaa potilaan terveysongelmat, kulttuuri, uskonto, äidinkieli, ikä, sukupuoli, rotu, ihonväri, poliittiset mielipiteet eikä yhteiskunnallinen asema. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Haukkapaasin (2001) tutkimuksessa kirurgiset potilaat ovat arvioineet luottamusta potilaan ja sairaanhoitajan välisessä suhteessa. Tutkimuksen mukaan luottamus potilaan ja sairaanhoitajan välille syntyy, kun sairaanhoitaja on auttamishaluinen, rehellinen ja vuorovaikutustaitoinen. Sairaanhoitajan tulee pystyä toimimaan tilanteenmukaisesti ja keskustelemaan riittävästi potilaan kanssa hoitoon liittyvistä asioista. Luottamuksen syntyminen edellyttää ymmärtävistä ja hyväksyvää ilmapiiriä osastolla. (Haukkapaasi 2001, 46.)

3.1.2 Hoitotyön arvot

Perioperatiiviseen hoitotyöhön on perinteisesti liitetty humanistiset (inhimilliset) ja holistiset (kokonaisvaltaiset) arvot, joita ovat ihmiskäsitys, ihmisarvo, integriteetti, yksityisyys, yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 15). Integriditeetti käsite pitää sisällään ajatuksen ihmiselämän kokonaisuudesta, eheydestä, koskemattomuudesta ja loukkaamattomuudesta. Potilaalle leikkaus merkitsee uhkaa integriditeetin rikkoutumisesta, koska leikkauksessa toimenpide suoritetaan ihmiskehon sisäpuolella. (Holmia ym. 2008, 17.) Leikkaukseen tullessaan omassa elämässä selviävä ja suhteellisen tervekin ihminen muuttuu potilaaksi. Potilaan roolissa

ihminen saattaa muuttua araksi ja nöyräksi sekä kokea, että hänen on pakko suostua kaikkeen. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan koskemattomuutta ja ihmisarvoa sekä toimia potilasta säästämällä ja yksilöllisesti huomioiden. (Lukkari ym. 2007, 15.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittelee potilaan hoitoa. Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos hän kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Lisäksi laki edellyttää, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Löfman (1995) on tutkinut kirurgisen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista hoitotyössä. Itsemääräämisoikeuden koettiin toteutuneen, kun potilaan oma tahto otettiin huomioon hoidossa, sen suunnittelussa ja päätöksenteossa. Potilaat pitivät tärkeimpänä itsemääräämisoikeuteen liittyvänä asiana tiedonsaantia itseään koskevista asioista, joiden he kertoivat vaikuttavan henkiseen hyvinvointiin. Tutkimuksessa nousi esiin potilaiden toive aikaisempaan tiedonsaantiin. Ennen leikkausta saatua tietoa kaivattiin enemmän, koska leikkauksen jälkeinen tokkurainen olo vaikeutti asioiden ymmärtämistä. (Löfman 1995, 48, 53, 56-57.)

3.1.3 Potilaan ohjaaminen ja opettaminen

Potilasohjauksella pyritään edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa omaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa potilas nähdään aktiivisena pulman ratkaisijana. Sairaanhoidajan tehtävänä on tukea häntä päätöksenteossa, välttämällä valmiiden ratkaisuiden esittämistä. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Ohjaustilanteessa kaksi asiantuntijaa kohtaa toisensa; potilas ja hoitaja. Potilas tietää ja tuntee omat tietonsa, taitonsa ja voimavaransa. Sairaanhoidaja on hoitotyön ja potilasohjauksen asiantuntija, joka kykenee tutkitun tiedon ja kokemustensa perusteella arviomaan potilaan tilanteen ja kartoittamaan hänen selviytymistekijöitään. (Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 68.)

Ohjausprosessi on tavoitteellista toimintaa, jonka lähtökohtana ovat potilaan tiedot, taidot sekä psykososiaalisen tuen tarve. Ohjauksen sisältöä määrittää potilaan oppimisen ja tuen tarve, jonka pohjalta suunnitellaan keinot ohjauksen toteutukselle. Hoitajan tulee arvioida ohjauksen jälkeen oppimista ja lisäohjauksen tarvetta. Hoitajan on tärkeää tarkistaa, ymmärsikö potilas ohjauksen ja osaako hän toimia sen mukaisesti. (Lukkari ym. 2007, 33). Hoitosuunnitelmaan kirjataan toteutunut potilasohjaus arviointeineen sekä jatko-ohjaustarpeet. Potilaan oma näkemys ja mahdollisuudet toimia terveyttä tukevalla ja edistävällä toiminnalla tulee myös kirjata hoitosuunnitelmaan. (Lipponen ym. 2006, 15.)

Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on hyvä tapa tehostaa ohjausta. Kirjallinen materiaali antaa potilaalle mahdollisuuden tutustua rauhassa asiaan sekä kerrata ohjauksessa käytyjä asioita uudelleen. Potilaalla on mahdollisuus kirjallisen materiaalin pohjalta miettiä hänelle tärkeitä asioita ja pohtia sen kautta nousevia kysymyksiä. (Hautakangas ym. 2003, 77; Iivanainen ym. 2005, 96.)

Lyhentyneet hoitoajat asettavat ohjaukselle tietyt kriteerit. Ohjauksen on oltava tehokasta ja hyvin annettua, jotta potilaat selviytyvät kotona terveysongelmiensa kanssa ja osaavat toteuttaa itsehoitoa. Ohjaus on merkityksellistä potilaalle leikkaukseen valmistautuessa, leikkauksesta toipumisessa sekä itsehoitoon opeteltaessa. Ohjauksen ja opetuksen tavoitteena on mm. vähentää leikkaukseen kohdistuvia pelkoja sekä ahdistusta, vähentää postoperatiivisia komplikaatioita, lyhentää toipumisaikaa sekä vähentää kipua. (Lukkari ym. 2007, 32-33.) Tutkimusten mukaan potilaan preoperatiivisella ohjauksella on myönteinen vaikutus potilaan toipumiseen. Potilaat, jotka ovat saaneet hyvän ohjauksen pelkäävät tutkimusten mukaan leikkausta muita vähemmän. Heillä on myös todettu olevan vähemmän pahoinvointia ja leikkauskomplikaatioita sekä he kotiutuvat nopeammin kuin vähemmän ohjausta saaneet potilaat. (Ahonen ym. 2012, 100; Holmia ym. 2008, 64.)

3.2 Potilasturvallisuus

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden ja yksiköiden toiminnot ja periaatteet, joiden tarkoituksena on suojata potilasta vahingoittumasta ja varmistaa hoidon turvallisuus (Helovuori ym.

2012, 13). Turvallinen hoito on vaikuttavaa, kun se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).

Potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen. Osa-alueet jakautuvat laiteturvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen ja hoidon turvallisuuteen. Laiteturvallisuuden ja lääketurvallisuuden katsotaan kuuluvaksi osaksi hoidon turvallisuutta, mutta ovat tärkeytensä vuoksi nostettu omiksi osa-alueikseen. Hoidon turvallisuus jaetaan edelleen hoitomenetelmien turvallisuuteen ja hoitamisen turvallisuuteen. (Stakes ja lääkkeen kehittämiskeskus rohto 2006, 5.) Tässä opinnäytetyössä puhuessamme potilasturvallisuudesta käsittelemme potilasturvallisuutta hoidon turvallisuuden näkökulmasta.

Hoidon turvallisuuden varmistamisella tarkoitetaan, että toimintaan sisältyy sellaisia järjestelyjä tai menettelytapoja, joiden tehtävänä ei ainoastaan ole saavuttaa tavoiteltu hoitotulos, vaan myös vahvistaa toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille. Tällainen hyvä menettelytapa on esimerkiksi tarkistusmenettelyt, joiden avulla voidaan tarkistaa, että asiat on tehty oikein tai että ne eivät unohtuneet. Esimerkkinä tästä on WHO:n kirurginen tarkistuslista. (Helovuola ym. 2012, 13.) Suomalainen tutkimus (2009) puoltaa myös tarkistuslistan ja potilasturvallisuuden välistä yhteyttä. Anestesiologit kokivat voineensa vaikuttaa työssään useisiin potilasturvallisuutta lisääviin tekijöihin tarkistuslistan avulla. (Takala ym. 2009.)

4 LEIKKAUSPOTILAAN PREOPERATIIVINEN TARKISTUSLISTA

4.1 Tarkistuslista

Vuonna 2007 WHO:n potilasturvallisuusliitto, World Alliance for Patient Safety (WAPS) käynnisti ohjelman leikkaushaittojen vähentämiseksi. Tavoitteena oli kehittää leikkaustiimin tarkistuslista. Mallia tarkistuslistan luomiseen otettiin ilmailusta, jossa tarkistuslistoja oli käytetty jo pitkään lentoturvallisuuden parantamiseksi. (Ikonen 2010, 78.) Ohjelman lopputuloksena vuonna 2008 WHO julkaisi yhdeksäntoistakohtaisen leikkaustiimin tarkistuslistan, joka kehitettiin työkaluksi kirurgisen leikkauspotilaan leikkausturvallisuuden, tiimityön ja tiedonkulun parantamiseksi. Tarkistuslistan avulla varmistetaan, että potilasta koskevat keskeiset tiedot on huomioitu ja kaikki tarpeelliset toiminnot on tehty ennen seuraavaan työvaiheeseen siirtymistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Ennen laajaa käyttöönottoa tarkistuslistalla tehty pilottitutkimus osoitti, että kirurgisen tarkistuslistan käyttäminen vähentää leikkauskomplikaatioita ja kirurgisia kuolemia kolmanneksella verrattuna tasoon ennen tarkistuslistan käyttöä sekä paransi leikkaustiimin työntekijöiden välistä kommunikaatiota (Haneys ym. 2009, 495-496).

Tarkistuslista on työväline, joka sisältää hoidon turvallisuuden kannalta toimintoja tai kriteerejä, jotka tarkistetaan systemaattisesti joka kerta samalla tavalla. Tarkistuslistan sisällöksi kootaan turvallisuuden kannalta oleellisia toimintoja tai kriteereitä. Terveydenhuollossa tarkistuslistojen tarkoituksena on toimia muistin tukena, prosessien tai menetelmien yhdenmukaistamisessa, arvioinnin työkaluna sekä apuna diagnoosien tekemisessä. Tarkistuslista tulee suunnitella yksikön tarpeiden mukaan, jossa jokaisessa vaiheessa huomioidaan mahdollisuus tarkastaa toiminnan turvallisuus. (Helovuo ym. 2012, 209.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen, Valviran mukaan WHO:n kehittämän tarkistuslistan asianmukainen käyttö varmistaa, että toimintavirheet vältetään. Valvira pitää hyvänä, että tarkistuslistan käyttö on edennyt Suomessa ja suosittaa, että näitä hyväksi todettuja potilasturvallisuuden työkaluja tulee käyttää ja kehittää edelleen. (Valvira 2013.)

Työelämässä tarkistuslistojen kehittämiseen on tartuttu. Kehitettyjen listojen käytön on todettu lisäävän potilasturvallisuutta ja standardoivan toimintaa, koska listojen käytön on todettu vähentävän turhien asioiden tarkistamista, tehden toiminnasta sujuvampaa. (Viitanen 2012, 30.) Parhaaksi tarkistuslistaksi on todettu yksinkertainen ja helposti saatavilla oleva lista (Miettinen 2012, 12).

Helsingin Töölön sairaalan vuodeosastolla 2 on ollut kesästä 2011 lähtien käytössä preoperatiivisen hoitotyön tarkistuslista, joka on syntynyt osastolla työskentelevien hoitajien kehitystyön tuotoksena. Heidän käyttökokemustensa perusteella tarkistuslista on parantanut osaston potilasturvallisuutta. Tarkistuslistan ansiosta on kiinnitetty tarkempaa huomiota potilaiden lääke- ja nestehoitoon sekä tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin. Lisäksi potilaiden yleiskunto on ollut parempi leikkaukseen mentäessä, kun somaattiset oireet on huomioitu ja hoidettu. Tämän tuloksena leikkaussaleissa on huomattu, että sinne saapuneet potilaat ovat paremmassa kunnossa. (Miettinen 2012, 10-13.)

4.2 Preoperatiivisen tarkistuslistan sisältö

Suunnittelemamme tarkistuslista on jaettu kolmeen osa-alueeseen kronologisessa järjestyksessä. Tarkistuslista alkaa potilaan saapumisesta osastolle ja päättyy välittömiin leikkausvalmisteluihin. Kaikkien osa-alueiden alle olemme koonneet hoitotyön kannalta huomioitavia asioita sairaanhoitajan valmistellessa potilasta leikkaukseen.

4.2.1 Potilaan saapuminen osastolle

Potilaan tullessa osastolle tai päiväkirurgiseen yksikköön vastaanottotilanne tulee järjestää rauhallisessa ympäristössä, jotta voidaan keskustella asioista luottamuksellisesti, ilman häiriötekijöitä. Potilas toivotetaan tervetulleeksi ja potilaan ikä huomioiden teititellään häntä. Tärkeätä on luoda potilaalle tunne, että hoitaja on häntä varten ja hänen yksilöllisyyttään kunnioitetaan. Tutkimusten mukaan ensivaikutelmalla on tärkeä rooli hoidon onnistumisen kannalta. Omahoitaja ottaa potilaan vastaan. (Iivanainen ym. 2010, 469; Hautakangas ym. 2003, 83.) Haastattelussa varmistetaan potilaan henkilötiedot, tarkistetaan yhteystiedot, lähiomainen tai

yhteyshenkilö sekä tietojenluovutuslupa. Sairausloman tarvetta varten on tärkeää kysyä potilaan työtiedot ja ammatti. (Iivanainen ym. 2010, 469-470.)

Sairaanhoitaja kartoittaa tulohaastattelussa potilaan lääkityksen ja päiväkirurgisilta potilailta tulee myös tarkistaa onko aamulääkkeet otettu. Leikkaava lääkäri ja anestesialääkäri vastaavat lääkityksestä. He antavat ohjeet lääkkeiden nauttimisesta sekä epäselvissä tilanteissa päättävät kuinka lääkkeiden kanssa toimitaan. Leikkausta edeltävänä iltana voidaan antaa uni- tai rauhoittava lääke, jolla pyritään vähentämään potilaan jännitystä ja pelkoa sekä antamaan potilaalle riittävä yöuni. (Iivanainen ym. 2010, 472; Hautakangas ym. 2003, 83.)

Tulohaastattelussa käydään yhdessä potilaan kanssa läpi mahdolliset perussairaudet, niiden hoito sekä niistä aiheutuvat ongelmat kuten kipu tai vuoto. Potilaan fyysinen kunto ja perussairaudet kuten diabetes, sydän- ja verisuonitaudit, hengityselinsairaudet hoidetaan niin, että riski leikkauskomplikaatioille laskee mahdollisimman pieneksi. Hoitajan tulee kartoittaa aikaisemmat toimenpiteet, leikkaukset ja niissä mahdollisesti esiintyneet ongelmat yhdessä potilaan kanssa läpi. (Iivanainen ym. 2010, 470; Erämies & Kuurne 2012.) Hoitajan tulee tunnistaa ja arvioida potilaan leikkausriskiä lisääviä tekijöitä, joita voivat olla desorientaatio, pelokkuus, levottomuus, yhteistyöhaluttomuus tai päihteiden käyttöön viittaavat oireet (Erämies & Kuurne 2012).

Potilaan ravitsemuksen ja nestetasapainon arviointi tulee tehdä hoidon alussa, koska aliravitsemus, kuivuminen sekä elektrolyyttitasapainon häiriöt lisäävät komplikaatioita ja hidastavat kuntoutumista sekä leikkaushaavan paranemista. Potilalle aloitetaan tarvittaessa enteraalisesti tai parenteraalisesti lisäravitus. Ruokavalio ja ruoka-aineallergiat kysytään potilaalta erikseen. Eritystoiminnasta selvitetään siinä mahdollisesti olevat ongelmat tai avuntarve. Liikerajoitukset tulee selvittää, koska niillä on merkitystä leikkausasetoa suunniteltaessa. Potilaalta kysytään elimistössä olevista vierasesineistä sekä leikkausta edeltävästä omatoimisuudesta. (Holmia ym. 2008, 713; Iivanainen ym. 2010, 470-472.)

Sairaanhoitaja täyttää anestesiaomakkeen osastohoidon osalta. Taulukosta 1 näkyy anestesiakertomukseen tarvittavat potilastiedot (Ahonen ym. 2012, 100.)

TAULUKKO 1. Anestesiakertomukseen tarvittavat tiedot

Potilaan anestesiakertomukseen tarvittavat tiedot

- henkilötiedot
- pituus ja paino
- lääke- ja muut allergiat
- tromboosi- ja antibioottiprofylaksia
- pulssi, verenpaine
- otetut laboratoriotulokset
- lääkitys leikkauspäivänä
- aikaisemmat anestesiat
- potilaan perussairaudet
- kotilääkitys
- onko potilaalla hammasproteesi
- tupakoiko potilas

Potilaan kanssa tulee käydä läpi mitä leikkauspäivän aikana tulee tapahtumaan. Hänen kanssa olisi hyvä käydä läpi aikataulu, toimenpide pääpiirteittäin, anestesian kulku ja siihen valmistautuminen sekä leikkaussalin sijainti, sinne meneminen ja sieltä paluu. (Hautakangas ym. 2003, 82.) Lisäksi potilaan kanssa on hyvä keskustella aiemmista sairaalakokemuksista, toiveista koskien tulevaa leikkausta, peloista ja ennakkokäsityksistä. (Iivanainen ym. 2010, 470). Sairaanhoitaja voi auttaa leikkauspelosta kärsivää potilasta rauhallisella suhtautumisella sekä asiallisella keskustelulla. Keskustelun avulla päästään myös oikaisemaan pelkojen taustalla mahdollisesti olevia virheellisiä ennakkokäsityksiä. (Holmia ym. 2008, 89.)

Ennen leikkausta potilaalle tulisi opettaa hänen kuntoutumisensa kannalta tärkeitä fyysisiä toimintoja. Hengitys- ja yskimisharjoituksilla pyritään ehkäisemään keuhko- ja hengitystieinfektiota, atelektaaseja sekä oikealla hengitystekniikalla voidaan nopeuttaa anestesiakaasujen poistumista elimistöstä. Haavan paranemisen kannalta oikealla hengitys- yskimis- ja liikkumistekniikalla voidaan vaikuttaa haavakipua vähentävästi sekä edistää haavan paranemista. Leikkauksesta riippuen potilaalle opetetaan liikkuminen leikkauksen jälkeen sekä apuvälineiden käyttö. (Holmia ym. 2008, 60-61.) Potilaalle annettavat kirjalliset ohjeet tukevat ohjausta, näin potilas voi kotona tarvittaessa kerrata tarvitsemiaan asioita (Iivanainen ym. 2010, 471).

4.2.2 Potilaan leikkausta edeltävät tutkimukset

Leikkaukset luokitellaan riskinsä mukaan kolmeen ryhmään: pieneen, keskisuureen ja suureen riskiryhmään. Potilaasta johtuvat riskit jaotellaan puolestaan heikoiksi, melko vahvoiksi tai vahvoiksi, sen mukaan mitä ovat potilaan yleiskunto ja perussairaudet ennen leikkausta. (Leikkaukseen valmistautuminen: Käypä hoito -suositus 2009.) Leikkausta edeltävästi tutkimukset määräytyvät potilaan esitietojen, kliinisten löydösten, suunnitellun toimenpiteen ja siihen liittyvien riskitekijöiden perusteella (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito –suositus 2008). Potilaasta tutkitaan tarvittaessa sydämen, keuhkojen ja munuaisten tila, verensokeri, verenpaine sekä muut seikat, joilla on merkitystä potilaan selviytymiselle leikkauksesta sekä leikkauksen jälkeiselle toipumiselle. Preoperatiivisesti tehostetaan myös huonossa tasapainossa olevien perussairauksien hoitoa. Iän myötä elimistön toimintakyky laskee ja sairauksien todennäköisyys nousee, se saattaa nostaa tutkimustarvetta. (Leikkaukseen valmistautuminen: Käypä hoito -suositus 2009.)

Preoperatiivisia seulontatutkimuksia ovat EKG, thoraxröntgenkuvaus sekä hemoglobiinin, kreatiniinin ja elektrolyyttien määritykset. Terveille potilaille pienen riskin leikkauksissa tai hyvän hoitotasapainon omaaville potilaille seulontatutkimuksista ei ole hyötyä. (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito -suositus, 2009.) Seulontatutkimusten tarkoituksena on löytää oireettomat, anestesiassa ja leikkauksissa hoitopäätöksiin vaikuttavat sairaudet ja selvittää perussairauksien hoitotasapaino (Ahonen ym. 2012, 101). Ikä ja leikkauksen laajuus saattavat lisätä lisänäytteiden ja muiden tutkimusten määrää, jolloin otetaan esimerkiksi EKG tai keuhkokuva (Iivanainen ym. 2010, 472).

Sairaanhoitaja tarkistaa potilaskertomuksesta, että tarvittavat tutkimukset on otettu ja vastaukset niistä ovat valmiina. Sopivuuskoe, nestetasapainoarvot ja hemoglobiini määritetään mahdollisimman lähellä leikkausta, veriryhmä saatetaan määrittää aikaisemmin polikliinisesti. (Ahonen ym. 2012, 101; Iivanainen, ym. 2010, 472.) Taulukosta 2 nähdään yleisimmät preoperatiiviset tutkimukset (Ahonen ym. 2012, 102).

TAULUKKO 2. Preoperatiiviset seulontatutkimukset

Veritutkimukset	Virtsatutkimukset	Sydäntutkimukset	Keuhkotutkimukset
<ul style="list-style-type: none"> • veriryhmämääritys • sopivuuskoe • verensokeri • hyytymistekijät • perusverenkuva • maksakokeet • kreatiniini • nestetasapainoarvot 	<ul style="list-style-type: none"> • PLV • bakteeriviljely ja värjäys 	<ul style="list-style-type: none"> • EKG (yleensä yli 50- vuotta täyttäneiltä) 	<ul style="list-style-type: none"> • thoraxröntgenkuvaus

Edellisten seulontatutkimusten lisäksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeen mukaan potilaista otetaan MRSA- seulontanäytteet. Näytteet otetaan kaikista sairaalahoitoon tulevista ja osastolle jäävistä potilaista. Poliklinikkakäynnillä käyviltä lyhki - ja leiko potilailta otetaan MRSA- näyte kuukautta ennen leikkausta. (Tays, infektioyksikkö, 2011.)

Preoperatiivinen hoitotyö sisältää tutkimusten ja laboratoriokokeiden lisäksi anestesia- ja leikkauksekelpoisuuden arvioinnin yhdessä potilaan, anestesia- ja leikkauksen ja sairaanhoitajan kanssa (Ahonen ym. 2012, 99). Anestesia- ja leikkauksen arvioi potilaan leikkauksekelpoisuutta laboratoriotulosten, EKG:n, fysiologisen tilan ja kliinisen tilan sekä American Society of Anesthesiologists eli ASA- luokituksen avulla muodostaen käsityksen potilaan sen hetkisestä fyysisestä kunnosta (ASA- luokitus kuolleisuuden ja komplikaatioiden ennustamisessa (ei sydänkirurgia): Käypä hoito – suositus 2008).

ASA- luokitus on kehitetty kuvaamaan leikkaukspotilaan sairastuvuutta. Sen avulla pyritään ennustamaan anestesiaan ja leikkaukseen liittyviä kuolemia. Luokituksen on todettu olevan helppo, yksinkertainen ja nopea työkalu. Potilaan ASA- luokitus merkitään näkyviin potilasasiakirjoihin ja tietojärjestelmiin. Suomessa käytössä oleva ASA- luokitus (taulukko 3) on kuvaileva ja laajasti käytössä. (Kontinen & Hynynen, 2003, 340.)

TAULUKKO 3. Suomessa käytössä oleva ASA- luokitus

Suomessa käytössä oleva ASA- luokitus

1. Terve alle 65 -vuotias
2. Terve yli 65 -vuotias henkilö
3. Henkilö, jolla vakava yleissairaus, joka rajoittaa toimintaa, mutta ei uhkaa henkeä.
4. Henkilö, jolla vakava, henkeä uhkaava yleissairaus
5. Kuolemasairas potilas, jonka arvioitu elinaika ei ylitä 24h ilman leikkausta

Asa-luokkaa ei ole kehitetty riskinarvioon, mutta se on osoittautunut toimivaksi työkaluksi. Se on helposti saatavilla ja on arvioitu, että lähes jokaisen Suomessa leikattavan potilaan ASA -luokka on arvioitu. (Kontinen & Hynynen, 2003, 340-343 .)

4.2.3 Välittömät leikkausvalmistelut

Välitön leikkaukseen valmistava hoitotyö alkaa potilaan saapuessa vuodeosastolle tai päiväkirurgiseen yksikköön. Potilaan turhaa kolonisoitumista sairaalaympäristön mikrobeille vältetään sillä, että hoitoaika sairaalassa on mahdollisimman lyhyt. Päiväkirurginen potilas ei käy päiväkirurgisessa yksikössä ennen leikkausta. Potilaan tiedottaminen, koskien valmistautumisesta kirurgiseen toimenpiteeseen on tällöin tärkeää. Päiväkirurginen potilas saa kutsun toimenpiteeseen. Kutsusta ilmenee suunniteltu toimenpide, päivä ja kellonaika. Kutsuun liitetään mukaan ohjeet siitä kuinka potilaan tulee valmistautua toimenpiteeseen, ohjeet jälkihoidosta sekä toimenpiteen peruuttamiseen liittyvistä asioista. (Iivanainen ym. 2010, 469, 517.) Holmian ym. (2008, 64) mukaan potilaan välittömät leikkausvalmistelut voidaan jakaa potilaan yleistilan, puhtauden, eritystoiminnan sekä esilääkkeen mukaan hoitotyön osa-alueisiin (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Välittömät leikkausvalmistelut

Potilaan yleistila	Puhtaus ja eritystoiminnot	Esilääke
<ul style="list-style-type: none"> • kiinnitetään tunnistusranneke • ohjataan potilasta pukemaan antiemboliasukat • mitataan potilaan verenpaine, hengitys, pulssi ja syke sekä merkitään ne anestesiaalomakkeelle • toteutetaan lääkärin määräykset koskien lääkitystä, tromboosi- ja antibioottiprofylaksiaa 	<ul style="list-style-type: none"> • huolehditaan potilaan leikkausvaatetuksesta • potilaan ihon kunnon tarkistaminen • suun puhtaudesta huolehtiminen • potilaan pitkät hiukset sidotaan letille • huolehditaan mahdollisten meikkien, kynsilakan ja lävistyskorujen poistamisesta • erityismääräyksistä huolehtiminen; katetrit, veret yms. • varmistetaan, että potilas on ollut ravinnotta (6h) • merkitään anestesiaalomakkeelle milloin potilas on viimeksi 	<ul style="list-style-type: none"> • annetaan potilaalle lääkärin määräämä esilääke ja merkitään lääkkeen anto anestesiakaavakkeelle • potilasta informoidaan esilääkkeen vaikutuksista ja ohjataan pysymään vuoteessa lääkkeen annon jälkeen • hammasproteesit, peruukki, kuulolaite yms. poistetaan vasta leikkaussalissa potilaan integriteetin säilyttämiseksi.

Potilasta ohjataan käymään suihkussa leikkauspäivän aamuna. Suihkussa käymisen tarkoituksena on minimoida infektioriskit ja vähentää ihon bakteeripitoisuutta. Ihon puhdistamiseen riittää tavallinen nestesaippua. Erityisen huolellisesti potilasta kehoitetaan pesemään kainalot, napa, nivustaipeet, ihopoimut ja genitaalialueet. Hiukset voidaan pestä, mutta pitää huolehtia, että ne ovat kuivat ennen leikkauksen alkua, pitkät hiukset huomataan sitoa letille. (Holmia ym. 2008, 64; Iivanainen ym. 2010, 475.)

Napa puhdistetaan silloin kun leikkausviilto tehdään sen lähelle. Puhdistukseen käytetään pumpulipuikkoa ja antiseptista ainetta. Pumpulipuikkoa käytetään vain yhden kerran navan pohjassa pyöräyttäen ja lopuksi vaihdetaan uusi puhdas pumpulipuikko. Meikkien ja kynsilakan poistosta huolehditaan anestesia-alueelta, myös lävistyskorut poistetaan. (Iivanainen ym. 2010, 475.)

Ihokarvojen ajaminen ei ole välttämätöntä leikkausalueelta. Vertailussa ei ole voitu osoittaa, että ihokarvojen poisto päivää ennen tai leikkauspäivänä aiheuttaisi eroja infektioiden esiintymiseen. Jos ihokarvojen poistaminen on välttämätöntä, tulisi se suorittaa karvanpoistoaineella tai hiustenleikkuukoneella. (Erämies & Kuurne 2012.)

Potilasta ohjataan jättämään korut ja arvoesineet osastolle lukolliseen kaappiin. Sormukset kehoitetaan ottamaan pois, koska nestesiirto saattaa aiheuttaa sormiin turvotusta, jolloin sormus joudutaan leikkaamaan pois sormesta. (Iivanainen ym. 2010, 476.) Integriteetin säilyttämiseksi potilaan irtoesineet; hampaat, peruukki, kuulolaite ja silmälasit saavat olla potilaalla leikkaussaliin asti. Piilolinssit saavat olla lyhyen toimenpiteen ajan paikoillaan, mutta ennen leikkausta ne poistetaan. Leikkauksen aikana piilolinssijä säilytetään niille tarkoitetussa nesteessä, jos sitä ei ole saatavilla linssit voidaan laittaa fysiologiseen keittosuolaan. Vasen ja oikea linssi tarvitsee laittaa eri säilytysrasioihin, koska niiden linssit ovat usein erivahvuisia. (Iivanainen ym. 2010, 476-478; Holmia ym. 2008, 64.)

Potilaan ranteeseen laitetaan indentifioinnin vuoksi tunnistusranneke, jossa on potilaan nimi ja syntymäaika sekä osaston numero, jossa häntä hoidetaan. Leikkauspotilaalle ohjataan vaatetuksiksi avopaita, sukat ja housut, jos leikkauksen luonne sen salli. Potilasta ohjataan ja tarvittaessa avustetaan antienboliasukkien pukemisessa, joiden

avulla ehkäistään trombien syntymistä. (Iivanainen ym. 2010, 475, 478; Holmia ym. 2008, 64.)

Antiemboliasukkien lisäksi trombia ehkäistään toteuttamalla leikkaavan lääkärin tai anestesiologin antamia ohjeita koskien tromboosiprofylaksiaa tai lääkkeitä, joita käytetään ennen leikkausta. Päivystysleikkauksen ollessa kyseessä hoitajan tulee tarkistaa lääkärin määräykset, jotka koskevat mahdollista antibioottiprofylaksiaa. Anestesian alussa toimenpiteestä riippuen potilas saa infektioprofylaksian, joka saatetaan uusiksi pitkissä leikkauksissa. (Iivanainen ym. 2010 428, 475, 478; Holmia ym. 2008, 64.) Oikeanlaisen antibioottiprofylaksian käytön on todettu vähentävän postoperatiivisia infektioita jopa 50 % (Rantala 2006, 209).

Esilääkitys annetaan potilaalle noin tuntia ennen leikkausta. Annettu esilääke kirjataan anestesiaalomakkeelle. Esilääkkeiden tarkoituksena on vähentää leikkauspelkoa (anksiolyysi), lievittää jännitystä ja rauhoittaa potilasta sekä vähentää kipua (analgesia). Tavallisia esilääkkeitä ovat bentsodistsepiinit, oksatsepaamit sekä opioidit. Potilaalle kerrotaan, että esilääke saattaa kuivata suuta. Lääkkeen ottamisen yhteydessä potilas saa juoda 150ml nestettä. Lääkkeen annon jälkeen häntä ohjataan pysymään vuoteessa. Potilalle jätetään soittokello saataville, että hän voi pyytää apua. Päiväkirurgiselle potilaalle ei aina tarjota esilääkitystä, paitsi jos hän itse sitä haluaa. Esilääke voidaan korvata potilaan oikein ajoitetulla ohjauksella. (Iivanainen ym. 2010, 478, 518; Holmia ym. 2008, 64.)

Ennen potilaan leikkausosastolle siirtoa sairaanhoitaja varmistaa potilaan saaman esilääkkeen ja lääkkeen antajan, mitatun verenpaineen, pulssin, tiedot muista sairauksista, verivarauksista, lääkehoidosta, erityismääräyksistä sekä potilaan ravinnosta. Aikuisen tulee olla ravinnotta kuusi tuntia ennen leikkausta. Ravinnotta ololla estetään aspiraatiota. Verenpaine ja pulssi mitataan ennen leikkausta, jotta saadaan vertailuarvot intra -ja postoperatiivista hoidon vaihetta varten. Sairanhoitaja ohjaa potilasta käymään wc:ssä ennen esilääkkeen antamista, koska leikkauksen aikana potilasta nesteytetään ja virtsarakko täyttyy. Gynekologisen, suoliston alueen tai pitkän leikkauksen ollessa kyseessä potilaalle laitetaan kestopatruuna nestetasapainon tarkkailun vuoksi ja rakon venyttämisen estämiseksi. (Iivanainen ym. 2010, 472, 478; Holmia ym. 2008, 64, 67.)

Leikkausosastolla potilaan hoitovastuu luovutetaan vastassa olevalle hoitotiimille, joka muodostuu leikkaustiimistä, johon kuuluvat anestesiahoitaja, lääkintävahtimestari ja sairaanhoitaja. Leikkaustiimille annetaan raportti potilaasta (ks. liite 1). Näin huolehditaan potilaan hoidon jatkuvuudesta ja katkeamattomasta hoitoketjusta vuodeosaston ja leikkausosaston välillä. Raportointitilanteessa pyritään siihen, että tilanne on rauhallinen. Sairaanhoitaja puhuu rauhallisesti ja esittää asiat loogisesti. Potilas otetaan mukaan raportointitilanteeseen antamalla hänelle tilaa ilmaista omia toiveitaan ja ajatuksiaan. Potilas on yhteinen ja tiedonsiirto potilaasta lisää yhteistyötä osastojen välillä ja tätä kautta parantaa molempienpuolista työn arvostusta sekä potilaan hoidon turvallisuutta. (Iivanainen ym. 2010, 479, 518; Holmia, ym. 2008, 67.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallista opinnäytetyötä pidetään vaihtoehtona ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen tai toiminnan järjestäminen. Toteutustapana voi olla ohje, ohjeistus, opastus tai jonkin toiminnan järjestäminen. Ammattikorkeakoulun toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistetään käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Vilkan ja Airaksisen (2003) mukaan hyvä opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Työelämästä lähtöisin olevan opinnäytetyön avulla opiskelija pystyy syventämään tietoja ja taitoja opinnäytetyötä koskevasta aiheesta ja tätä kautta kehittämään omaa ammatillista kasvuaan. (Vilka & Airaksinen 2003, 16-17.) Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä tuli toive leikkauspotilaan preoperatiivisen tarkistuslistan tuottamisesta. Ohjauskokemusten mukaan toimeksiannettu opinnäytetyöaihe opettaa opiskelijalle projektinhallintaa ja vastuuntuntoa, joka sisältää suunnitelman tekemisen, aikataulutettua työskentelyä sekä tiimityötä (Vilka & Airaksinen 2003, 17). Pidimme työelämäpalaverin 10.5.2012, jossa oli mukana lisäksi työelämän edustajat ja ohjaava opettajamme. Työelämäpalaverissa sovimme yhtenäisen näkökulman opinnäytetyön aiheelle ja tarkensimme sisältöä avainsanojen kautta. Opinnäytetyömme tarkoituksena ei ollut tuottaa uutta tietoa, vaan tuottaa tuotos työelämään. Menetelmäksi valitsimme toiminnallisen opinnäytetyön, jonka tuotoksena syntyi leikkauspotilaan tarkistuslista.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä toimintasuunnitelma tehdään, koska opinnäytetyön idean ja tavoitteiden tulee olla harkittuja, tiedostettuja sekä perusteltuja. Toimintasuunnitelmassa vastataan kysymyksiin miksi, mitä ja miten tehdään. Kysymysten avulla opiskelija jäsentää itselleen mitä on tekemässä. Toimintasuunnitelman laatiminen osoittaa, että opiskelija kykenee johdonmukaiseen päättelyyn ideoissa ja tavoitteissaan. Suunnitelman avulla opiskelija sitoutuu opinnäytetyön tekemiseen sekä antaa lupauksen siitä mitä aikoo tehdä. (Vilka & Airaksinen 2003, 26-27.)

5.2 Tuotoksen kuvaus, sisältö ja ulkoasu

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena voi olla konkreettinen tuote, kuten kirja, ohjeistus, tietopaketti tai tapahtuma. Raportoinnissa on käsiteltävä tuotoksen saavuttamiseksi käytettyjä keinoja. Opinnäytetyön sisältäessä tekstejä, on ne suunniteltava kohderyhmää palvelevaksi. Tuotoksen tekstiltä vaaditaan erilaisia ominaisuuksia kuin raportin. Raportissa selostetaan prosessia ja omaa oppimista, kun tuotoksessa puhutellaan kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51, 65.)

Opinnäytetyömme tuotos on leikkauspotilaan preoperatiivinen tarkistuslista, jonka tarkoituksena on toimia sairaanhoitajan apuna leikkausvalmisteluissa. Työelämän toivomuksena oli selkeä ja tiivis tietopaketti. Tuotoksen sisältö on kerätty viimeisten suositusten ja oppikirjojen pohjalta, sekä suunnittelun apuna on käytetty tutkimuksia ja artikkeleita. Tarkistuslistan sisältö on jaettu kolmen osa-alueeseen alkaen potilaan saapumisesta osastolle ja päättyen potilaan luovuttamiseen leikkausosastolle. Tarkistuslistan ulkoasu määräytyi työelämän toiveiden pohjalta. Tarkistuslista on yksisivuinen, jossa asiat ovat koottuna luettelomaisesti ja kooltaan A4 (ks. liite 4). Työelämässä tarkistuslistan voi laminoida, mikä lisää käyttömukavuutta listan pitäen listan siistinä. Lisäksi luovutamme tarkistuslistan sähköisesti muistitikulla, jolloin käyttäjä voi muokata sitä omia tarpeitaan vastaavaksi poistamalla tarpeettomia asioita tai lisäämällä tarpeellisia asioita. Tarkistuslistan etuna on myös käytön vapaaehtoisuus, koska sitä ei ole tarkoitettu potilaskohtaiseksi. Hoitaja voi itse päättää haluaako hän käyttää tarkistuslistaa apuna työnsä suunnittelussa ja toteutuksessa.

5.3 Opinnäytetyön prosessi

Alkaessamme työstämään työelämältä tullutta aihetta meistä tuntui heti siltä, että olimme löytäneet oikean aiheen opinnäytetyöllemme. Keskustelimme yhdessä millaisia kokemuksia meillä itsellämme oli tarkistuslistan käytöstä ja millaista tietoa meillä oli potilaan valmistelusta leikkaukseen. Varsinaisen lähtöstartin työmme sai toukokuussa 2012 työelämä palaverissa, jossa keskustelimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä työskentelevien työelämän yhteyshenkilöiden kanssa tarkistuslistan sisällöstä ja aiheen rajaamisesta. Keskustelun jälkeen aloitimme varsinaisen opinnäytetyön suunnitelman

tekemisen. Etsimme tietoa preoperatiivisen hoidon vaiheesta ja tarkistuslistojen käyttökokemuksista. Havaitimme, että aihe on ajankohtainen, mutta tutkittua tietoa aiheesta on vielä niukasti.

Alkusyksyn ajan suunnitelman kirjoittaminen eteni ohjaavan opettajan avulla. Kävimme ohjauksessa ja saimme ohjeita suunnitelman rajaamiseen sekä lähteiden käyttöön ja merkitsemiseen. Kirjallinen suunnitelma ja ulkoasu noudattavat Tampereen ammatti-korkea-koulun asettamia ohjeita (Tampereen ammattikorkeakoulu 2013). Suunnitelman kirjoittamisen myötä opinnäytetyön aikataulu hahmottui valmiiksi. Käsitimme aikataulun rajallisuuden ja sen, että on tärkeää pysyä suunnitelmassa, jonka olimme suunnitelleet. Lähdeaineiston keruu ja lukeminen oli aikavievää ja siihen piti syventyä huolellisesti. Hyväksytyyn suunnitelman lähetimme PSHP:n opetuslihoitajalle ja tutkimusluvan saimme 18.10.2012.

Tutkimuslupahakemuksen saavuttua pidimme työelämäpalaverin 2.11.2012. Palaverin tarkoituksena oli tarkentaa tarkistuslistan sisältöä. Keskustelun pohjana meillä oli kirjallisuuden pohjalta kokoamamme tarkistuslistahahmotelma (ks. liite 2). Keskustelussa tarkentui tarkistuslistan sisältö ja sovimme asioista, jotka haluttiin mukaan tarkistuslistaan ja rajasimme pois niitä joita ei koettu tarpeelliseksi. Toivomuksena oli selkeä ja tiivis tietopaketti. Palaverissa näimme sairaalan käyttämän leikkaussalin tarkistuslistan, joka oli muokattu WHO:n leikkaussalin tarkistuslistan (WHO, 2009) pohjalta. WHO:n leikkaussalien tarkistuslista on selkeä yksisivuinen lista, joka jaettu kronologiseen järjestykseen alkaen alkutarkistuksesta ja päättyen lopputarkistukseen. Työelämäpalaverin jälkeen muotoutui tarkistuslistahahmotelman pohjalta koekäyttöversio (liite 3).

Lähetimme tarkistuslistan (ks. liite 3) koekäyttöön työelämän yhdyshenkilöille 9.1.2013. Koekäytöstä olimme sopineet marraskuussa, kun toinen meistä oli harjoittelussa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla. Koekäyttö kesti viikon, jonka jälkeen pyysimme palautetta tarkistuslistan käyttökokemuksista sähköisesti. Toivoimme käyttäjiltä kommenttia tarkistuslistan sisällöstä, hyvistä ja huonoista asioista sekä ideoita ja ehdotuksia, kuinka voimme tehdä tarkistuslistasta mahdollisimman paljon heidän tarpeitaan vastaavan. Palaute oli rohkaisevaa. Tarkistuslistaa oli käytetty uuden työntekijän perehdytyksessä sekä muistin tukena potilaan leikkausvalmisteluissa. Palautteen mukaan tarkistuslista oli koettu hyödylliseksi ja käyttökelpoiseksi.

Raporttia kirjoittaessamme näkemyksemme leikkauspotilaan preoperatiivsesta hoidosta laajeni ja huomasimme tekemässämme alkuperäisessä tarkistuslistassa paljon puutteita. Leikkausvalmisteluissa hoitajan muistettavia asioita tuli esiin huomattavasti enemmän kuin mitä olimme alun perin ajatelleet. Tämä teki ristiriidan selkeän ja ytimekkään tarkistus-listan sekä kokoamiemme asioiden välille. Halusimme tuoda kaikki tärkeät asiat listalle, vaikka tietomäärä listalla kasvoi alkuperäisestä suunnitelmastamme huomattavasti. Sisällön rajaamisen teki haasteelliseksi se, että tarkistuslista menee käyttöön usealle eri-tyyppiselle osastolle. Emme halunneet lähteä poistamaan tärkeitä asioita, vaikka tiesimme, etteivät kaikki osastot tarvitse kaikkea tietoa. Alkuperäinen ajatuksemme sähköisestä tarkistuslistasta vahvistui, koska näin osastot voivat muokata suunnittelemaamme tarkistuslistaa omia tarpeitaan vastaaviksi.

Raportin kirjoittaminen on kulkenut samaa matkaa valmistuvan tarkistuslistan kanssa. Tarkistuslistan asiasisältö tarkentui ja tärkeät asiat löysivät oikean paikan vasta raportin kirjoittamisen lopussa. Jaoimme tarkistuslistan kolmeen osaan kronologisessa järjestyksessä. Nyt tuntuu että tarkistuslista on valmis, koska tarkistuslistasta löytyy kliinisten tutkimusten lisäksi potilaan ohjaaminen ja opettaminen. Valmistuneen tarkistuslistan myötä myös raportti valmistui. Opinnäytetyön raportin ja tarkistuslistan esittelimme 21.2.2013 Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyön esitysseminaarissa. Työelämään luovutamme raportin ja tarkistuslistan osastotunnilla 19.4.2013.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistetään toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus ja raportointi. Työn toiminnallinen osuus koostuu työelämään suunnatusta ammatillisesta taidonnäytteestä. Teoreettinen osuus sisältää viitekehyksen, jolla tavoitellaan tietoa, jolla tekijä voi perustella toiminnallista tuotosta. Tutkimustietoa ei käytetä suoraan sellaisenaan, vaan tieto siirretään ensin käytäntöön. Tiedon käyttäjät tulkitsevat itse tulokset ja käyttävät niitä päätöksenteon ja ratkaisuiden tukena. (Vilka 2010.)

Tampereen ammattikorkeakoulun tutkimuseettisten ohjeiden mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tekijä noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tekijän tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja antaa niille kuuluva arvo. Opinnäytetyö tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2013.)

Lähdekritiikin avulla tutkija arvioi tiedon luotettavuutta ja punnitsee tämän avulla käyttämäänsä lähdemateriaalia ja sen luotettavuutta. Lähteiden arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota lähteen aitouteen ja alkuperään. (Mäkinen 2006, 128.) Lähdeaineistoa arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota lähteen ikään ja laatuun. Varmana valintana lähteeksi voidaan pitää tekijän tunnettavuutta sekä asiantuntijuutta, jonka käyttämät lähteet ovat tuoreita ja ajantasaisia. Tutkimustieto muuttuu nopeasti ja uudemmat tutkimukset sisältävät aiempien tutkimusten kestäväää tietoa. (Vilka & Airaksinen, 2003, 72-73.)

Opinnäytetyössä olemme käyttäneet lähdekritiikkiä arvioidessamme lähteidemme luotettavuutta. Olemme käyttäneet oppikirjoja, viimeisimpiä suosituksia sekä alan artikkeleita, jotka olemme arvioineet luotettaviksi lähteiksi. Tutkimuksia, joita olemme käyttäneet, olemme sisällön perusteella arvioineet monipuolisiksi ja tekijän nimen mukaan luotettaviksi. Ongelmaksi koimme uusien tutkimusten löytämisen.

Käyttämämme tutkimukset olivat iältään vanhoja, mutta sisällöltään hyviä ja sen vuoksi päädyimme niiden käyttämiseen.

Toisen esittämän sanamuodon, tutkimustulosten tai tekijöiden ideoiden esittämistä omanaan kutsutaan plagioinniksi. Sen merkkeinä pidetään epämääräistä ja puutteellista viittaamista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 122.) Aiempia tutkimustuloksia ja kirjallisuutta on lupa tuoda omaan tekstiin. Tavallisin tapa on referointi, jolla tarkoitetaan, että kirjoittaja tiivistää tekstistä ydinasian ja kirjoittaa sen omin sanoin uudestaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 357.) Opinnäytetyöprosessin aikana luimme kirjallisuutta, tutkimuksia, artikkeleita sekä suosituksia, selvittääksemme, mitä on turvallinen leikkauspotilaan preoperatiivinen hoito. Raportissa olemme merkinneet huolellisesti sekä teksti- että lähdeviitteet ja pyrkineet järjestelmällisesti välttämään asioiden suoraa lainausta.

Saimme luvan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitajalta opinnäytetyön toteuttamiseen lokakuussa 2012. Luvan ehtona oli, että yhteistyötahona mainitaan PSHP, eikä osastoiden nimiä tuoda julki. Ehtona oli, että opinnäytetyön tuotosta ei julkaista Theseus –julkaisuarkistossa, koska tietojen päivittäminen on välttämätöntä ajantasaisen tiedon ylläpitämiseksi, eikä tämä ole Theseuksen kautta mahdollista. Lisäksi opinnäytetyön raportti tulee toimittaa työelämälle sekä esitellä tuotos ja raportti osastotunnilla.

Olemme tehneet yhteistyötä työelämän yhdyshenkilöiden kanssa ja saaneet palautetta prosessin eri vaiheissa. Saamamme palaute on ollut positiivista sekä sisältänyt korjausehdotuksia, jotka olemme huomioineet. Opinnäyteprosessissa olemme toimineet rehellisesti ja läpikäyneet kaikki työmme vaiheet sekä perustelleet tekemämme valinnat. Olemme kuunnelleet ja kunnioittaneet yhteistyötahoamme sekä toimineet heidän ohjeidensa mukaisesti.

6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että tarkistuslista on potilasturvallisuutta parantava työväline. Tarkistuslistan käyttö ei korvaa hoitajan potilaasta tekemiä havaintoja ja arvioita, vaan toimii erinomaisena muistin apuvälineenä. Potilaan preoperatiivinen hoitotyö on haastavaa, se vaatii sairaanhoitajalta

laajaa hoitotyön osaamista, hyvää työn koordinoitua sekä tarkkuutta. Tarkistuslistan avulla voidaan helpottaa sairaanhoitajan joskus kiireistäkin työkuvaa.

Tarkistuslistan sisällön olemme koonneet kirjallisuuden ja työelämän keskusteluiden pohjalta. Ajatuksenamme on, että listaa on hyvä tulevaisuudessa muokata käyttökokemusten pohjalta tarpeita vastaavaksi. Näkisimme sisällön soveltuvan potilaskohtaiseksi tarkistuslistaksi tai ”tasku-malliseksi”, jolloin asiasisältö pysyisi lähes samana, mutta ulkoasua muokkaamalla voisi käyttötarkoitusta vaihtaa. Jatkossa tarkistuslistaa käyttävä yksikkö voi muokata sitä omia tarpeitaan vastaavaksi ja päivittää tarkistuslistaa käyttäen apuna kokemuksiaan ja hoitotyön uusimpia tutkimustuloksia.

6.3 Pohdinta

Olemme tyytyväisiä kehittämäämme tarkistuslistaan, koska siinä yhdistyvät kliininen hoitotyö unohtamatta potilaslähtöisyyttä. Tarkistuslista on monikäyttöinen, koska sitä voidaan käyttää osastotyöskentelyn lisäksi uusien työntekijöiden perehdyttämisessä sekä sairaanhoitaja opiskelijoiden ohjauksen tukena. Opinnäytetyön raportin teoriaosuudesta on hyötyä hoitohenkilökunnalle, koska siinä selvitetään tarkemmin potilaan preoperatiivisen hoidon syitä, tarkoitusta ja tavoitteita.

Olemme halunneet tarkastella opinnäytetyömme aihetta potilaslähtöisestä näkökulmasta, koska tarkistuslista mielletään herkästi hoitaja - ja tehtäväkeskeisyyteen. Tarkistuslista sisältää hyvin konkreettisia asioita siitä, mitä hoitajan tulee tehdä valmistellessa potilasta leikkaukseen. Potilaslähtöistä näkökulmaa toimme esille yksilövastuun hoitotyön, hoitotyön arvojen ja potilasohjauksen kautta. Opinnäytetyöhömmä valitsimme tutkimuksia, joilla saimme tuotua esille potilaan kokemuksia kirurgisesta hoidosta. Tätä kautta saimme potilaan ”äänen” kuuluviin. Nykyaikainen ja nopeampoinen hoitotyö lyhentää leikkauspotilaiden hoitoaikaa. Hyvin ohjatut leikkauspotilaat toipuvat ja kotiutuvat nopeammin, minkä vuoksi on tärkeitä kiinnittää erityishuomiota potilasohjaukseen laatuun ja potilaan kuuntelemiseen.

Opinnäytetyön raportin teoreettisten lähtökohtien osalta potilasturvallisuus ja tarkistuslista nousivat työn suunnitteluvaiheessa keskeiseen asemaan. Hoitotyön

näkemyistä pohditiessamme lähdimme miettimään potilaan hyvän hoidon onnistumiseen vaikuttavia asioita ja sitä kautta saimme tarkennettua preoperatiivisen hoitotyön teoreettista sisältöä. Onnistunut hoitotyö on laaja asia-alue, jonka läpikäyminen tässä työssä ei ollut tarkoituksenmukaista. Tarkastelimme työssämme yhteistyösuhdetta yksilövastuisessa hoitotyössä, koska omahoitajamallin hyödyt ovat kiistattomat. Potilaan ohjaus ja opettaminen ovat keskeinen osa hoitotyötä ja niiden vaikutukset potilaan toipumisprosessiin ovat tärkeässä asemassa. Halusimme nostaa esiin ohjauksen suunnitelmallisena ja tavoitteellisena toimintana. Hoitotyön arvojen kautta halusimme tuoda esiin potilaslähtöisyyttä kirurgisessa hoitotyössä.

Tuotoksessamme yhdistyvät potilaan ohjaus, opetus ja kliiniset tutkimukset. Leikkauspotilaan preoperatiivinen tarkistuslistaista läpikäy potilaan koko preoperatiivisen hoitopolun ja toimii loistavasti muistin apuna. Tavoitteena oli tuottaa tarkistuslista, joka palvelee monen erityyppisen osaston tarpeita. Meille jäi prosessin lopussa tunne siitä, että kaikki osastot eivät hyödy tästä tarkistuslistasta yhtä paljon. Toivomme kuitenkin, että sähköisen päivittämismahdollisuuden kautta jokainen osasto muokkaa tarkistuslistasta omia tarpeitaan vastaavaksi. Mielenkiintoista olisi nähdä tulevaisuudessa, vakiinnuttaako tarkistuslistat paikkansa myös osastotyöskentelyssä, tämä voisi olla hyvä opinnäytetyön aihe muutaman vuoden kuluttua.

Opinnäytetyön tekeminen yhdessä toisen henkilön kanssa on opettanut meille työn ja ajankäytön suunnittelua, tehtävien jakamista sekä toisen mielipiteiden huomioimista. Olemme tyytyväisiä parityöskentelyyn, koska tämä on avannut erilaisia näkökulmia tarkastella hoitotyötä ja uskomme tämän näkyvän työssämme. Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä prosessi, joka opetti meille kärsivällisyyttä ja pitkän tähtäimen suunnitelmallista työskentelyä. Ammatillisesti ajateltuna oma osaamisemme on kasvanut ja olemme saaneet lisää ammatillista herkkyyttä ja ymmärtämystä kirurgisen potilaan hoitotyöstä.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallgvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

ASA -luokitus kuolleisuuden ja komplikaatioiden ennustamisessa (ei sydänkirurgia). 2008. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseura Duodecim ja Tuula Kurki. Luettu 15.9.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

Erämies, T. & Kuurne, S. 2012. Sairaanhoidajan käsikirja. 2012. Preoperatiivinen hoito. Julkaistu 30.11.2012. Luettu 7.2.2013. <http://www.terveysportti.fi>

Hallila, L. (toim.) 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOY.

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

Haukkapaasi, M. 2001. Luottamus sairaanhoidajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa kirurgisten potilaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. 2. painos. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Porvoo: WSOY.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2005. Sisätauti -kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen. Helsinki: Tammi.

Ikonen, T. 2010. Mikä on leikkauspotilaan tarkistuslista? Suomen Sairaalahygienialehti 2010, 28:78- 81.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Kontinen, V. & Hynynen, M. 2003. Mitä ASA- luokka kertoo leikkausriskistä? *Finnanest* 2003/ 36 (4), 340-344. Luettu 1.12.2012 <http://www.finnanest.fi>

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leikkaukseen valmistautuminen. 2009. Suomalaisen lääkärisseura Duodecim ja Tellervo Aho, Jouko Jalonen, Hannu Kokki, Heikki Tikkanen & Tiina Tala. Luettu 15.9.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

Leikkausta edeltävä arviointi. 2008. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomalaisen Lääkärisseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Luettu 15.9.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.).2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri 4/2006.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Löfman, P. 1995. Kirurgisen potilaan itsemääräämisoikeuden kokeminen ja merkitys eettisestä näkökulmasta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Miettinen, V. 2012. Paljon iloa tarkistuslistasta. *Sairaanhoitaja* 1/2012,10-13.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.

Mustajoki, M., Alila, A. & Matilainen, E. 2010. Sairaanhoitajan käsikirja. 5 uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim,

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Rantala, A. 2006. Leikkausalueen infektioiden ehkäisykeinot. *Finnanest*, 2006, 39 (3), 207-210.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 14.1.2013. www.sairaanhoitajaliitto.fi

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Valvira. 2013. Leikkaussalin tarkistuslista. Luettu 8.2.2013. <http://www.valvira.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Potilasturvallisuus. Luettu 8.2.2013. <http://www.stm.fi>

Stakes ja lääkkeen kehittämiskeskus rohto. 2006. Potilasturvallisuussanasto. Luettu 21.9.2012. <http://www.stakes.fi>

Takala, R., Katila, A., Porkkala, T., Aaltonen, R., Pauniahho, S.-L., Kotkansalo A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Ikonen, T. 2009. Leikkaussalin tarkistuslistasta hyötyä anestesiologin työssä. *Finnanest* 42 (4), 363. Luettu 15.11.2013. <http://www.finnanest.fi>

Tampereen ammattikorkeakoulu. 2013. Opinnäytetyö. Tutkimuseettiset ohjeet. Luettu 4.2.2013 <http://wiki.tamk.fi>

Tays, infektioyksikkö, 2011. MRSA -näytteiden otto Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Luettu 25.1.2012. <http://www.pshp.fi>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Leikkaustiimin tarkistuslista. Luettu 10.1.2013. <http://thl.fi>

Valvira. 2012. Leikkaussalin tarkistuslista. Luettu 15.6.2012. <http://www.valvira.fi>

WHO. World Health Organization. 2009. Safe surgery saves lives. Luettu 20.8.2012. <http://www.who.int>

Viitanen, M. 2012. Tarkistuslista päiki - ja lyhkipotilailla. *Pinsetti* 1/2012, 30.

Vilka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. PDF-tiedosto. Luettu 7.1.2013. http://vilka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

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

LIITTEET

Liite 1. Raportoinnin sisältö leikkaussaliin siirtyessä

- ❖ Potilaan nimi ja ikä
- ❖ Suunniteltu toimenpide ja diagnoosi (varmistetaan kehon oikea puoli ja kohta)
- ❖ mahdollinen toimenpide lääkärin piirtämä leikkausviilto
- ❖ muut sairaudet ja niiden hoito esim. insuliinihoitoinen diabetes, insuliinihoito, verensokeri, glukoosi- infuusio, angina pectoris ja sen vaikeus, nitrojen käytön tarve, hypertonia, verenpainelukemat, ja lääkitys
- ❖ ajankohtaiset hoitomääräykset
- ❖ esivalmistelut ja niiden sujuminen
- ❖ nestehoito
- ❖ erityis; katetrit
- ❖ mahdolliset allergiat
- ❖ ihon kunto
- ❖ nivelten liikerajoitukset, reumapotilaat, vanhukset
- ❖ verivaraus
- ❖ esilääke; määrä, antamisajankohta, miten annettu
- ❖ tarkistetaan, että kaikki tarpeellinen on mukana esim. kiilatyynyt

(Iivanainen ym. 2010, 479.)

Liite 2. Keskustelun liitteenä käytettävä tarkistuslistan runko

1(2)

PREOPERATIIVISEN POTILAAN TARKISTUSLISTA

- potilaan henkilötiedot, suostumuslomake, tunnistusranneke
- diagnoosi
- perussairaudet, niiden oireet ja kulku
- suoritettava toimenpide ja toimenpidetapa (puoli!)
- aiemmat leikkaukset – ongelmat esim. anestesiassa
- lääkitys: kotilääkitys, käsikauppalääkkeet, astmasuihkeet, insuliinit, luontaistuotteet, ravintolisät
- allergiat: lääke, ruoka-aine, materiaalit (kumi, lateksi...)
- raskaus?
- tupakointi, alkoholi, huumeet (koska viimeksi käytetty?)
- ruokavalio
- toimintakyky, liikuntakyky
- paino, pituus, ihon kunto (ihottumat, rikkeymät, haavat)
- hampaiden kunto, muut mahdolliset tulehdukset
- proteesit, vieras esineet, tahdistin, liikerajoitukset
- säännöllisen lääkityksen tauottaminen anestesia- ja lääkäriin ohjeen mukaan
- verikokeet: veriryhmämääritys, X-koe (onko voimassa oleva), PVK, K, Na, Krea, CRP, La, ASAT, ALAT, B-Gluk, INR (marevan pot.),
- U-tutkimus 1, 2 tai 3
- EKG, yli 50v
- THX
- anestesiakaavake- täyttö mahdollisimman tarkasti, tarvittaessa röntgenkuvat
- ravinnotta oloaika
- esilääkitys
- antibioottiprofylaksia
- tromboosiprofylaksia, tukisukat, -sidokset?
- kestokatetri, onko tarpeen?
- parenteraalisen nesteytyksen tarve etukäteen?
- RR, pulssi, L, SaO₂
- suihku, hiusten pesu, kynsilakan poisto, korujen riisuminen
- ihokarvojen ajo, navan puhdistaminen, suolen tyhjennys - tarvittaessa
- leikkausvaatetus, puhtaat petivaatteet, ylimääräiset tyynyt
- tekohampaat, kuulolaitteet, silmälasit (poisto vasta leikkaussalissa)
- WC:ssä käynti ennen saliin siirtymistä
- potilaan informointi

(jatkuu)
2(2)

LÄHTEET

Ahonen. O., Blek-Vehkaluoto.M., Ekola. S., Partamies. S., Sulosaari. V., Uski - Tallgvist. T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. 4.-6. painos. Sisätauti, kirurgisten sairauksien ja syöpätautiin hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Tarkistuslista ei ole nähtävillä sähköisessä versiossa.

Liite 5: Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

1(5)

Sukunimi	Alanen
Vuosi	2002
Työn nimi	Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla Pro gradu -tutkielma Hoitotieteen laitos Tampereen yliopisto
Työn tarkoitus, Tehtävät, Tavoite	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden tiedontarpeita ja tiedonsaantia Hyvinkään sairaalan osastoilla. Tutkimuksessa selvitettiin myös potilaiden tietoisuutta sairaalassa toimivasta Potilasoppikeskuksesta. Tutkimuksessa etsittiin lisäksi tietoa potilaiden tiedonsaannin kehittämistarpeista ja tietoteknologisten ratkaisujen käyttökelpoisuudesta kehittämisessä.
Menetelmä	Tutkimukseen osallistui ajalla 7.1 – 3.3.2002 n.855 tutkimusosastoilta kotiutunutta yli 18-vuotiasta potilasta. Aineiston analysoinnissa käytettiin kuvailevia menetelmiä.
Keskeiset tulokset	Potilaat pitivät tiedonsaantia ennen sairaalahoitoa ja sen aikana hyvin tärkeänä. Tärkeänä pidettiin tietoja sairaudesta, tutkimuksista ja toimenpiteistä

Sukunimi	Haynes, Weiser, Berry, Lipsitz, Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, Kibatala, Lapitan, Merry, Moorthy, Reznick, Taylor & Gawande
Vuosi	2009
Työn nimi	A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population
Työn tarkoitus, Tehtävät, Tavoite	Tutkimuksen tavoitteena oli osoittaa, että 19-kohtainen tarkistuslista leikkaussalissa ehkäisee kirurgisia komplikaatioita ja kuolemia
Menetelmä	Tutkimus toteutettiin kahdeksassa sairaalassa ympäri maailman (Kanada, Intia, Uusi-Seelanti, Jordania, Filippiinit, Tansania, Englanti ja Washington). Tiedot kerättiin 3733 potilaasta ennen ja 3955 potilaasta jälkeen tarkistuslistan käyttöönoton. Tutkimusaineisto kerättiin vuosina 2007-2008. Tilastollien analyysi tehtiin käyttäen SAS-tilasto-ohjelmistoa (versio 9.1) ja se analysoitiin SAS-statistiikka tietokoneohjelman avulla.
Keskeiset tulokset	Keskeisin tulos oli, että kirurgiasta johtuvat kuolemat ja komplikaatiot laskivat kolmanneksella.

Sukunimi	Haukkapaasi
Vuosi	2001
Työn nimi ja luonne	Luottamus sairaanhoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa kirurgisten potilaiden arvioimana Pro gradu-tutkielma Hoitotieteen laitos Kuopion yliopisto
Työn tarkoitus, Tehtävät, Tavoite	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kirurgisten potilaiden arvioimana sairaanhoitajan ja potilaan välisen luottamuksen syntymistä. Potilaat arvioivat mitkä sairaanhoitajan ominaisuudet, toimintatavat tai hoitoympäristöön liittyvät tekijät ovat keskeisessä asemassa luottamuksellisen hoitosuhteen synnyssä.
Menetelmä	Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla yhden yliopistosairaalan kirurgisilla vuodeosastoilla hoidossa olleilta 150 aikuispotilaalta
Keskeiset tulokset	Tutkimustulosten perusteella sairaanhoitajan auttamishaluisuus koettiin keskeisimmäksi sairaanhoitajan ominaisuudeksi. Toimintatavoista pidettiin keskeisimpinä asioina tilanteenmukaista toimintaa ja turvallista työskentelyä. Tutkimustulosten perusteella hoito tutkimussairaalassa oli korkeatasoista.

Sukunimi	Löfman
Vuosi	1995
Työn nimi ja luonne	Kirurgisen potilaan itsemääräämisoikeuden kokeminen ja merkitys eettisestä näkökulmasta Tutkielma Hoitotieteen laitos Kuopion yliopisto
Työn tarkoitus, Tehtävät, Tavoite	Tarkoituksena oli kerätä tieto kirurgisten potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta hoitotyössä sekä kuvata itsemääräämisoikeuden kokemista ja merkitystä potilaiden näkökulmasta.
Menetelmä	Tutkimusaineisto koottiin 19 kirurgiselta potilaalta lomakkeella olleella avoimella kysymyksellä jonka jälkeen aineistoa täydennettiin samojen potilaiden teemahaastatteluilta.
Keskeiset tulokset	Keskeisimmäksi tulokseksi nousivat potilaiden kokemukset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta, jonka todettiin liittyvän tiedon saantiin itseä koskevista asioista. Potilaat kokivat itsemääräämisoikeuden toteutuvan hoitotyössä useimmiten.

Sukunimi	Munnukka
Vuosi	1993
Työn nimi ja luonne	Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön Väitöskirja Hoitotieteen laitos Tampereen yliopisto
Työn tarkoitus, Tehtävät, Tavoite	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida, miten tehtävien hoidosta siirrytään yksilövastuiseen hoitotyöhön.
Menetelmä	Tutkimuspaikkana oli kaksi sisätautien ja kaksi kirurgista osastoa. Osastoista kaksi oli tutkimus- ja kaksi vertailuosastoa. Tutkimuksessa on kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen aineisto yhdistettynä. Aineistoa kerättiin useilla menetelmillä. Potilashaastatteluita oli 125. Kyselyihin vastasi 88 hoitotyöntekijää, 17 lääkäriä ja 64 omaista. Osastonhoitajat pitivät päiväkirjaa tutkimuksen ajan, vertailuosastojen osastonhoitajat viikon verran. Muutoksia kuvattiin erilaisten muistioiden, toimintakertomusten ja tilastojen avulla.
Keskeiset tulokset	Yksilövastuiseen hoitotyön avulla voidaan edistää potilaiden hyvää oloa ja terveyttä. Tämä mahdollistuu vain, jos potilaan ja omahoitajan yhteistyösuhde on sellainen, että potilas voi ottaa vastaan turvaa ja läheisyyttä, tulla oikeaan aikaan autetuksi, hallita omaa elämäänsä ja nähdä itselleen uusia mahdollisuuksia.