

SAIRAALAKOHTAISET HOITOKÄYTÄNNÖT LEIKKAUSOSATOILLA

Suomen endoproteesihoitajat ry:n koulutusristeilyn pienryhmätyöskentelyn yhteenveto 26–28.4. 2006

Leikkausosaston hoitajat jakautuivat kahteen pienryhmään vertailemaan vapaamuotoisesti tekonivelpotilaan leikkaushoitoon liittyviä käytäntöjä. Ohessa ”yhteenvetoa” ryhmien esityksistä. Mainittakoon, että aika, joka ryhmätöille oli varattu, osoittautui liian lyhyeksi. Monta ”tärkeää” asiaa pystyttiin vain hieman raapaisemaan.

Yhdelläkään talolla ei ollut käytössä *leikkaushoitajan preoperatiivista tapaamista*. Erilaisia käytäntöjä mm. anestesiahoitajan tapaaminen pyynnöstä oli kokeiltu, mutta resurssien puutteessa lopetettu.

Taloilla oli käytössä sekä sähköisiä että manuaalisia sairauskertomuksia, mutta *tietoa potilaasta ja suunnitellusta leikkauksesta* mm. proteesivalinnoista viikkolistalla tuntui olevan liian niukasti ennakoon.

Potilaan vastaanottoon leikkausosastolle osallistuttiin eri taloissa eri tavoin; joko anestesiahoitaja yksin tai parhaimmillaan koko tiimi.

Potilaat puudutettiin taloissa vaihtelevasti joko salissa tai heräämössä henkilökuntamäärästä riippuen.

Potilaat kuljetettiin saliin joko omalla sängyllä tai siirrettiin leikkaustasolle jo ennen salia.

Potilaille asetettiin *kestokatetri* vaihtelevasti joko valmiiksi vuodeosastolla, heräämössä ennen puudutusta tai salissa puudutettuna. Valtaosa katetroi potilaan salissa puudutettuna. Yhdessä talossa ei kestopatenttia asetettu vaan potilaat kertakatetroitiin tarvittaessa.

Mikäli *potilaan lämpötiloudesta* huolehtimiseen käytettiin lämpöpuhallinta, laitettiin se päälle vasta peittelyn jälkeen. Osassa taloista oli käytössä sähköpeitto jonka voi laittaa päälle jo ennen peittelyä.

Hoitajien työkierto vaihteli osaston luonteen mukaan paljon. Päivystysosastoilla toimivat hoitajat kiersivät i-hoitajina useimmilla erikoisaloilla. Joissakin pienemmissä taloissa kaikki hoitajat tekivät i-hoitajan lisäksi myös anestesiatyötä. Elektiiiviseen tekonivelkirurgiaan erikoistuneissa yksiköissä hoitajat saivat pääsääntöisesti keskittyä omaan erikoisalaansa.

Hoitajia tekonivelleikkauksissa oli pääsääntöisesti kolme, revisioleikkauksissa oli usein lisäksi ”ylimääräinen” passari. Lääkintävahtimestareita oli hyvin vaihtelevia määriä. 15 salia kohti löytyi 4 lääkintävahtimestaria ja 16 kohti 6, pienin miehitys oli 9 salia kohti 2 lääkintävahtimestaria. Kaikki lääkintävahtimestarit osallistuivat asennon laittoon.

Leikkauspöydät valmistettiin hyvin vaihtelevasti. Erillinen i-hoitaja ja i-huone olivat käytössä yhdessä talossa. Aamun ensimmäiset pöydät valmisteltiin salissa ennen potilaan tuloa ja seuraavat erilaisissa varasto/i-huoneissa. Mikäli pöydät valmisteltiin salissa, valmisteltiin ne pääsääntöisesti ennen potilaan tuloa, yhdessä talossa potilaan valmistelun aikana.

Kirurginen käsienvesu suoritettiin vaihdellen joko ainoastaan ennen ensimmäistä leikkausta tai ennen jokaista toimenpidettä. Kaikissa taloissa oli käytössä kertakäyttötakit. *Kypärien käyttö* vaihteli talokohtaisesti paljon, osalla kypärät koko leikkaustiimillä, osalla ei hoitajilla ja yhdessä talossa ei kypärää käytetty lainkaan.

Leikkausalueen pesussa käytettiin yhtä taloa lukuun ottamatta tehdaspuhdasta pesua. Lonkkaleikkauksissa yhdessä talossa pestiin myös varpaat. Vain yhdellä talolla oli käytössä jalkateline pesujen aikana ja muissa taloissa jalkaa kannatteli hoitaja, lääkintävahtimestari tai lääkäri.

Läpileikkauksikalvoa käytettiin vaihtelevasti. Jos kalvoa käytettiin, oli se jodi-kalvo. Kalvon käyttö määräytyi joko yksittäisen lääkärin mukaan tai kalvo laitettiin kaikille potilaille.

Painepesuri oli käytössä kaikissa taloissa eikä missään käytetty ab huuhtelunesteessä.

Haavan peittelymateriaalit vaihtelivat paljon, yleisimmin käytössä oli Aquacel + kalvo.

Vastuuhoitajille ei missään talossa ollut resursoitu riittävästi *u-aikaa*, vaan kaikissa taloissa jouduttiin hoitamaan varaston täydennykset, instrumentaatioiden tilaamiset ym. oman työn ohessa. Komponenttien tilaamisessa käytännöt vaihtelivat paljon.

Yhteistyö muiden hoitoon osallistuvien kanssa vaihteli talokohtaisesti paljon. Osassa taloista järjestettiin yhteisiä tapaamisia ja yhdessä tiedonvälitys vuodeosaston kanssa oli järjestetty reissuvihon välityksellä. Löytyi myös taloja, joissa moniammatillinen yhteistyö tarkoitti ortopedin ja leikkaushoitajan yhteistyötä.