

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Pauliina Hola

PÄIVÄKIRURGISEN KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOITOPOLKU
TYKS:N SILMÄKLINIKASSA

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2006

PÄIVÄKIRURGISEN KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOITOPOLKU TYKS:N SILMÄKLINIKASSA

Hola, Pauliina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Joulukuu 2006
Tarja Heino, TtT
YKL: 59.59
Sivumäärä: 50

Avainsanat: päiväkirurgia, ohjaus, vanhuudenkaihi, kaihileikkaus, hoitopolku, vanhus potilaana.

Tämän projektin tarkoituksena on kuvata kaihileikkauspotilaan hoitopolkua julkisella sektorilla sellaisena kuin se toteutuu TYKS:n silmäklinikassa. Tavoitteena on kuvata kaihileikkauspotilaan hoitopolku mahdollisimman tarkkaan TYKS:n silmäklinikan sisällä ja korostaa moniammatillisen yhteistyön, tiedon kulun ja vuorovaikutuksen tärkeyttä kaihileikkauspotilaan ohjauksessa päiväkirurgisessa kaihileikkauksessa.

Kaihi on etenkin vanhemman väestön sairaus. Arkipäivän toimintoja kaihin kehittymisen iäkkäälle ihmiselle voi vaikeuttaa paljonkin. Se saattaa jopa estää kotona pärjäämisen ja omatoimisen arjen pyörittämisen. Kaihileikkausten lukumäärä on kasvanut viime vuosina runsaasti ja tarvetta leikkausmäärän lisäämiseen tuntuu edelleen olevan. Tähän osaltaan vaikuttaa leikkaustekniikan kehittyminen, leikkauksen jälkihoidon helpottuminen ja yleensä erittäin hyvä tulos, joka näkyy potilaan arkipäivässä nopeasti. Tämän vuoksi halukkuus kaihileikkaukseen pääsyyn on kasvanut ja potilaat hakeutuvat entistä nopeammin silmälääkärille ja sitä kautta kaihileikkausjonoon.

Päiväkirurginen kaihileikkaus toiminta on vaatinut suuria muutoksia hoitotyön osa-alueella. Potilaskontakti on lyhyt ja intensiivinen. Potilas tarvitsee kuitenkin paljon tietoa ja ohjausta lyhyen hoitosuhteen aikana selvitäkseen itsehoidosta kotona. Päiväkirurginen kaihileikkaus vaatii potilaan omatoimisuutta niin leikkaukseen valmistautumisessa kuin leikkauksen jälkihoidossakin. Potilaan ohjaukselle lyhyt aikainen hoitosuhde on asettanut suuria vaatimuksia, sillä ihminen pystyy vastaanottamaan tietoa kerralla rajallisen määrän. Kaihileikkauksen ollessa kyseessä usein potilaana on iäkäs ihminen, joka myös luo lisähaastetta ohjaukselle, sillä iäkkään ihmisen muisti, kyky seurata nopeasti muuttuvia tilanteita ja mahdollisesti kuulo voi olla heikentynyt. Ohjausta annettaessa tulee myös muistaa, että kyseessä on aina henkilö, jonka näkökyky on heikentynyt. Tämä vaikeuttaa potilaan liikkumista ja lukemista. Kirjallisten ohjeiden tulee olla selkeitä.

Kaihileikkauspotilaan ohjaukseen ja hoitoon osallistuu hoitopolun aikana monia eri hoitohenkilökunnan jäseniä. Ohjauksen yhdenmukaisuus on tärkeää. Tästä syystä päiväkirurgisen kaihileikkauspotilaan hoitopolun kuvaus on hyvä apuväline hoitohenkilökunnalle hahmottamaan potilaan kokonaihoitoa TYKS:n silmäklinikassa.

NURSING COMPARTMENT IN CATARACTA PATIENT'S DAY SURGERY IN TURKU UNIVERSITY CENTRAL HOSPITAL

Hola, Pauliina
Satakunta University of Applied Sciences
School of Social Services and Health Care, Pori
Health Care Studies
Degree programme in Nursing
December 2006
Tarja Heino, PhD
PLC: 59.59
Pages: 50

Key words: Day Surgery, cataracta, patient counselling, nursing compartment, old person as a patient.

The aim of this project was to describe cataracta patient's nursing compartment in public sector, the way it's carried out in Turku University Central Hospital. Project's intention was to describe cataracta patient's nursing as accurately as possible inside the TYKS eyeclinic and underline the importance of multi professional teamwork, information and interaction in cataracta patient's counselling.

Cataracta is especially the elderly people's disease. Development of cataracta can make everyday living much more difficult for the old person. It can even prevent managing at home and independent living. The number of cataracta surgeries has increased a lot in recent years and it seems that there is still need for more operations. Development in operations technique, facilitation of postoperative treatment and usually very good result after the operation have a contributory influence on need for cataracta surgeries. Here is a reason why willingness to cataracta surgery is increased and why people seek one's way to eye doctor and wants into cataracta operation.

Day surgery in cataracta treatment has changed a lot of patient nursing and counselling. Contact with a patient is short and intensive. Day surgery requires patient's independent initiative also in preparations as in after care of surgery. Patient needs lots of information in a short period of time. This requires good and explicit instructions orally and in writing. Cataracta patient is often old person who memory and ability to follow the fast changing situations and hearing can be deteriorated. Old person capabilities must take into consideration in counselling. Also nursing staff have to remember that cataracta patient is always weak-eyed. Poor sight hampers patient movement and reading. That's why written guidelines must be explicit.

Uniformity of counselling is important. Every member of the nursing staff has to know the contents of counselling. That's why the description of the nursing compartment is a good help for the staff. They can have good overall picture of the cataracta patient's nursing in TYKS eyeclinic.

SISÄLLYSLUETTELO:

1. PROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	5
2. PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3. PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1 Päiväkirurginen kaihileikkaus	7
3.1.1 Silmän rakenteesta	8
3.1.2 Vanhuudenkaihi (cataracta senilis)	9
3.1.3 Silmän puudutus	10
3.1.4 Vanhuudenkaihipotilaan tutkiminen ja kaihileikkaus	12
3.2 Päiväkirurgisen kaihileikkauspotilaan ohjaus	14
3.2.1 Päiväkirurginen hoitotyö	15
3.2.2 Kaihileikkauspotilaan ohjaus	17
3.2.3 Vanhus päiväkirurgisena kaihileikkauspotilaana	20
3.2.4 Tiedon merkitys potilasohjauksessa	22
3.2.5 Hoitotyötä ohjaavia periaatteita	24
3.3. Hoitopolku ja hoitotakuu	25
3.3.1 Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH)	27
3.3.2 Kaihipotilaan leikkauskriteerit	29
4. PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	30
4.1 Aikataulu	30
4.2 Resurssit	30
4.3 Projektin toteutus	31
5. PÄIVÄKIRURGISEN KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOITOPOLKU TYKS:N SILMÄKLINIKASSA	31
5.1 Lähetä ja kutsukirje	32
5.2 Esitutkimuskäynti	33
5.3 Päiväkirurginen kaihileikkauspäivä	34
6. PROJEKTIN ARVIOINTI	36
6.1 Tulosten tarkastelu	37
6.2 Ehdotus tuleviksi projekteiksi	38
LÄHDELUETTELO:	
LIITTEET:	

1. PROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Tämä opinnäytetyö on toteutettu projektina. Projektin tarkoituksena on tuottaa tarkka kuvaus TYKS:n silmäklinikan päiväkirurgisen kaihileikkauspotilaan hoitopolusta. Toimeksianto tuli TYKS:n silmäklinikan silmäleikkausosaston osastonhoitajalta, toimeksianton tavoite on tuottaa sanallinen tarkka kuvaus ja kaavio päiväkirurgisen kaihileikkauspotilaan hoitopolusta. Päiväkirurgisen kaihileikkauspotilaan hoitopolkua on tarkasteltu hoitotyön näkökulmasta kirjallisuuden, tutkimusten ja TYKS:ssä voimassaolevien hoitokäytänteiden pohjalta. Lähtökohta projektille on hoitotakuun voimaan astuminen maaliskuussa 2005 ja kaihileikkaustekniikan nopea kehittyminen viimeisen kymmenen vuoden aikana. Nämä edellä mainitut seikat ovat sekä vaatineet että mahdollistaneet suuria muutoksia kaihileikkauspotilaan hoitopolussa.

Suomalaisella erikoissairaanhoidolla on väestön vankka tuki ja kannatus. Erilaisissa tutkimuksissa on toistuvasti osoitettu, että terveydenhuollon epäkohdista huolimatta väestö luottaa erikoissairaanhoidon työntekijöihin ja heidän ammattitaitoonsa. Erikoissairaanhoitoa pidetään arvokkaana. Oftalmologia eli silmätautien hoito on saanut kansan ja potilaiden tuen. Kaihileikkausten suuri lukumäärä on tuonut tämän erittäin hyödyllisen toimenpiteen kaikkien ulottuville. Siitä on tullut kansankirurgiaa. Potilas saattaa itse havaita näkökyvyn paranemisen heti hoidon jälkeen. Ei tarvita mitään selityksiä. (Aarnisalo 2005, 9.)

Jokaisella ihmisellä mykiö samenee ja tiivistyy iän myötä. Kaihista (cataracta) puhutaan silloin kun mykiön samentuminen haittaa näön tarkkuutta. Samasta sairaudesta käytettiin aikaisemmin termiä harmaakaihi. Tavallisin syy mykiön samentumiseen on ikääntyminen. Kaihia ei voida ehkäistä, mutta vähentämällä ylipainoa, tupakointia ja runsasta alkoholin käyttöä vähennetään kaihin kehittymisen riskiä. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005,76; Teräsvirta & Saari 2001, 206.)

Suomen hyvätasoinen terveydenhuollon koulutusjärjestelmä antaa valmiudet toimia hoitotyössä ja kehittää sitä. Kehittyminen varsinaiseen asiantuntemukseen tapahtuu kui-

tenkin vasta työkokemuksen ja siihen liittyvän ammatillisen kasvun myötä. Hoitotyön ammatillinen kehittyminen määritellään elämän pituiseksi aktiiviseksi prosessiksi, joka auttaa kehittymisessä ja säilyttää jatkuvan pätevyyden, parantaa ammatillista käytäntöä ja tukee saavuttamaan ammatin päämääriä. Asiantuntijuuteen liittyvä taitopohja muodostuu tiedon analyyttisestä käytöstä ja tuottamisesta, ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidoista sekä moniammatillisesta työotteesta. Ammatillinen kasvu on sekä työyhteisön että yksittäisen työntekijän kasvua ja kehittymistä työssä kohti asiantuntijuutta. Korkeatasoisen ammatillisen osaamisen ylläpitäminen vaatii hoitajaa itseään ottamaan vastuun jatkuvasta oppimisestaan ja opitun soveltamisesta työhönsä. Ammatillisella osaamisella on tärkeä merkitys myös työkykyyn ja henkiseen töissä jaksamiseen. (Kaskinen 2005, 12- 13.)

2. PROJEKTIN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän projektin tarkoituksena on kuvata päiväkirurgisen kaihileikkauspotilaan hoitopolkua julkisella sektorilla sellaisena kuin se toteutuu TYKS:n silmäklinikassa. Tarkoituksena on luoda kaavio potilaan hoidon kulusta TYKS:n silmäklinikan sisällä.

Projektin tavoitteena on kuvata päiväkirurgisen kaihipotilaan hoitopolkua TYKS:n silmäklinikalla, korostaa yhteistyön ja kommunikaation tärkeyttä eri osastojen, hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä. Tavoitteena on parantaa hoitohenkilökunnan tietoutta ja ymmärrystä toisen työpisteen tekemästä työstä, sekä korostaa yhteisvastuullisuutta hoitohenkilökunnan kesken potilaan hoidon onnistumiseksi.

Projektityö on ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Henkilökohtaisena tavoitteenani on saada kokemusta projektin toteuttamisesta ja uuden materiaalin tuottamisesta. Tavoitteena on oppia ymmärtämään projektin vaatimat työskentelytavat; suunnittelu, toteutus, arviointi ja toiminnan hallinta, aikarajat, yhteistyö projektiin liittyvien tahojen kanssa ja suunnitelmallinen työskentely kohti selkeää päämäärää. Projekti omalla kohdallani lisää myös tietoutta ja ymmärrystä oman työpaikkani toimintaan liittyvistä hallinnollisista vaatimuksista.

3. PROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Päiväkirurginen kaihileikkaus

Silmätautiopin viimeaikainen kehitys tuntuu sitä läheltä seuranneista olleen poikkeuksellisen vinhaa. Kansanterveyden kannalta silmätautiopin suurimpia saavutuksia on ollut tekomykiökaihikirurgia. Silmän sisään asetettavan tekomykiön kehitti englantilainen silmäkirurgi Harold Ridley jo vuonna 1947. Tekomykiöiden laitto kaihileikkauksen yhteydessä yleistyi kuitenkin vasta 1983, jolloin menetelmää ryhdyttiin uudelleen kehit-

tämään. Tärkeä osuus kaihileikkausten nopeasti lisääntyvään kysyntään on leikkaustekniikan kehityksellä. 1980- luvulla alkoi tekomykiöiden käyttö kaihileikkausten yhteydessä ja 1990- luvulla fakoemulsifikaatiota apuna käyttävä fakotekniikka on tullut valitsevaksi menetelmäksi. Fakotekniikalla kaihileikkaus voidaan tehdä aiempaa lyhyemmästä viillosta, mikä puolestaan lisää leikkauksen turvallisuutta ja lyhentää leikkausaikaa. Taipuisasta materiaalista valmistettuja tekomykiöitä käyttämällä kaihiviillon pituutta on voitu edelleen lyhentää. (Kivelä 1998, 271; Laatikainen 1998, 273.)

3.1.1 Silmän rakenteesta

Silmä on luisen silmäkuopan etuosassa sijaitseva, keskimäärin 24 mm läpimittainen pallo (Liite1). Silmän etuosaan kuuluvat sarveiskalvo, etukammio, värikalvo, sädekehä, takakammio, mykiö ja mykiön ripustinsäikeet. Takaosaan kuuluvat kovakalvo, suonikalvo, verkkokalvo, lasiainen ja näköhermo. Silmän apuelimiä ovat silmäluomet, sidekalvo ja kyynelelimet, jotka suojaavat sitä vammoilta ja varmistavat sen hyvinvoinnin ja häiriöttömän toiminnan. Silmän seinämä on kolmikerroksinen. Uloin, silmää tukeva kerros muodostuu läpinäkyvästä sarveiskalvosta ja valkeasta kovakalvosta. Keskimmäinen, silmää ravitseva kerros eli suonikalvosto muodostuu värikalvosta, sädekehästä ja suonikalvosta. Sisin, näkevä ja kammiovettä erittävä kerros muodostuu värikalvon ja sädekehän neuroepiteelistä ja verkkokalvosta. Silmää verhoaa sen ulkopuolella sidekudoksen Tenonin kotelo. (Kivelä 2001, 12.)

Silmän **etukammio** (camera anterior) rajoittuu edessä sarveiskalvoon, sivulla kammikulmaan ja sädekehään sekä takana värikalvoon ja mykiön mustuaisaukossa sijaitsevaan etupintaan. Kaukotaittoinen silmä on lyhyt suhteessa mykiön kokoon ja sen etukammio on matala, pitkän likitaitteisen silmän etukammio on puolestaan syvä. Etukammion täyttää sädekehän ulokkeiden takakammioon erittämä kammiovesi, joka virtaa siihen mustuaisaukon kautta värikalvon ja mykiön välistä. Kammiovesi ylläpitää normaalia silmänpainetta, verisuoneton mykiö ja sarveiskalvo saavat sen välityksellä ravinnon ja hapen, ja se osallistuu valon taittumiseen silmän sisällä. Kammiovettä erittyy keskimäärin 2,4 mikrolitraa minuutissa. (Kivelä 2001, 18.)

Rengasmainen liikkuva **värikalvo** (iris) erottaa silmän etukammion takakammioista. Värikalvo säätelee silmän sisään pääsevän valon määrää samoin kuin kameran himmennin, ja se myös estää valon heijastumisen silmän sisällä. Mustuaisen supistuminen lähelle katsottaessa parantaa silmän syvyysterävyttä. Edessä värikalvo rajoittuu etukammioon ja takana takakammioon ja mykiön etupintaan, jota vastaan sen keskiosa painautuu saaden tukea. Tyvestään värikalvo kiinnittyy sädekehään ja sen keskellä on mustuainen (pupilla). (Kivelä 2001, 19.)

Mykiö (lens la., phakos kr.) on silmän etuosassa värikalvon takana oleva kaksoiskupera ja läpinäkyvä, nuorella ihmisellä kimmoisa linssi, jonka taittovoima on noin kolmannes (18 diopteria) silmän koko taittovoimasta ja paksuus nuorilla henkilöillä 3,5- 4,0 mm ja 80–90- vuotiaille noin 5 mm. Mykiön tärkein ominaisuus on sen läpinäkyvyys. Tämä perustuu mykiötä muodostavien säikeiden rakenteeseen ja järjestykseen. Muutokset jommassakummassa johtavat läpinäkyvyyden menetykseen eli kaihen syntyyn. Toinen mykiöön liittyvä erikoisominaisuus on sen kyky muuttaa paksuuttaan, jolloin sen taittovoima samalla muuttuu. Mykiön etupinta on heti mustuaisen takana, nuoren ihmisen mykiö on niin kirkas, ettei se erotu ilman rakoalomikroskooppia. Iän myötä mykiö muuttuu kellertäväksi ja myöhemmin kaihin (cataracta senilis) vuoksi ruskehtavaksi tai harmahtavaksi, jolloin se on nähtävissä mustuaisaukossa paljain silminkin. Mykiön etupinta on keskikohdiltaan painautunut värikalvoon kiinni ja tukee sitä. Jos mykiö on pois paikaltaan, värikalvo väreilee silmän liikkeessä. Mykiötä pitävät paikallaan sädekehän sivulta säteittäisesti tulevat hennot ripustinsäikeet (zonula lentis). Mykiön takana on lasiainen, joka omalta osaltaan tukee mykiötä. (Kivelä 2001, 23; Teräsvirta & Saari 2001, 203.)

3.1.2 Vanhudenkaihi (cataracta senilis)

Kaihi (cataracta) voidaan määritellä yleisesti mykiösamentumaksi, käytännönläheisempi määritelmä rajaa kaihen sellaisiin mykiösamentumiin, jotka alentavat näöntarkkuutta. Fysiologisenä ilmiönä mykiössä tapahtuu iän lisääntyessä läpinäkyvän liuenneen valkuaisen denaturoitumista. Suolojen, erityisesti kalsiumin, määrä lisääntyy, minkä seurauk-

sena nestettä imeytyy mykiöön. Tämä tekee sen kuperammaksi ja lisää sen taittovoimaa likitaitteiseen suuntaan. (Teräsvirta & Saari 2001, 206- 208.)

Kaihen kehittyessä mykiö paksuuntuu ja sen taittavat pinnat muuttuvat kuperammiksi, jolloin mykiön taittovoima muuttuu likitaitteiseen suuntaan. Tästä seuraa, että aikaisemmin lukulaseja käyttänyt henkilö saattaa havaita näkevänsä lähelle paremmin ilman laseja. Samanaikaisesti kuitenkin kaukonäkö heikentyy ja pian myös lukeminen vaikeutuu. Tärkein kaihen aiheuttama subjektiivinen oire onkin näöntarkkuuden aleneminen. Se on lähes aina molemminpuolinen, vaikka se saattaa kehittyä toiseen silmään joskus vasta vuosi toisen jälkeen. Kaihi alentaa kontrastiherkkyttä. Tämän vuoksi kaihipotilaan voi olla vaikea lukea matalakonstrastista tekstiä, erottaa ihmisten ilmeitä tai tuntea tuttavilla kadulla varsinkin hämärässä. Häikäisy on yleinen oire kaihipotilaalla, mikä johtuu mykiön samentumien aiheuttamasta valon hajonnasta. Häikäisy heikentää edelleen näöntarkkuutta ja kontrastiherkkyttä. Kaihipotilaan värinäkö muuttuu. Potilas näkee maailman kellertävän ruskean tuman lävitse ikään kuin hän käyttäisi ruskeita aurinkolaseja. Keskeiset mykiösamentumat voivat jakaa näköakselin siten, että muodostuu monokulaarinen diplopia. Tällöin potilas näkee kaksoiskuvia, vaikka toinen silmä on peitetty. Kipu, särky ja punoitus eivät normaalisti kuulu kaihen aiheuttamiin oireisiin, ellei poikkeustapauksessa ole kyse ylikypsän kaihen aiheuttamasta sekundaarisesta glaukoomasta eli silmänpainetaudista tai uveitista eli silmänsisäisestä tulehduksellisesta sairaudesta. (Teräsvirta & Saari 2001, 209- 210; Saari 2001, 176.)

3.1.3 Silmän puudutus

Suurin osa kaihileikkauksista tehdään puudutuksessa. Puudutuksen etuja yleisanestesiaan nähden ovat vähempi rasitus potilaalle, perussairaudet pysyvät paremmin tasapainossa ja aiheuttavat vähemmän ongelmia leikkauksen aikana ja potilas on nopeasti osasto/kotiutus kelpoinen. (Huha & Maunuksela 2002, 269.)

Pintapuudutus silmän side- ja sarveiskalvolle puudutustipoilla (oksibuprokaiini, tetrakaiini) ja lidokaiinigeelillä riittää nykyaikaisen fakotekniikalla tehtävän kaihileikkauksen puudutukseksi. Sidekalvo ja sarveiskalvo puutuvat; silmä ja silmäluomet jäävät täysin

liikkuviksi. Myös silmän sisäiset rakenteet tuntevat paineen ja venytyksen. Silmän puudutustippoja voidaan lisätä toimenpiteen aikana tarvittaessa useastikin. Tämän puudutusmenetelmän käyttö edellyttää kokenutta silmäkirurgia ja yhteistyökykyistä ja rauhallista potilasta. (Huha 1997, 97; Maunuksela 1999, 671; Huha & Maunuksela 2002, 269.)

Peri- ja retrobulbaaripuudutuksen avulla silmä saadaan liikkumattomaksi, kivuttomaksi ja luometkin puutuneiksi. Se on johtopuudutus, jossa silmän takana lähellä toisiaan kulkevat motoriset, sensoriset ja autonomiset hermot puutuvat. Sillä saadaan aikaan koko silmäkuopan sisällön kivuttomuus sekä motorinen, sympaattinen ja parasympaattinen blokki. Ennen puudutusta täytyy selvittää silmän pituus, joka kaihileikkaukseen tulevilla potilailla on jo valmiiksi mitattu, sillä potilaan silmään asetettavan linssin vahvuus määräytyy osittain silmän pituuden mukaan. Puudutuksen tekemiseen tarvitaan ohut neula (G27- 30), pituus korkeintaan 30mm, 5 ml:n ruisku ja puuduteaine. Vähiten komplikaatioalttiit pistokohdat ovat silmän sisä- ja ulkoalanurkka, näitä pistokohtia voi käyttää yksinään tai yhdessä. Ennen peri- tai retrobulbaaripuudutusta tehdään pintapuudutus puudutustipoilla. Erittäin tärkeää puudutuksen laitton yhteydessä on ensinnäkin jo etukäteen kertoa potilaalle tulevista tapahtumista ja korostaa silmän paikallaan pysymisen tärkeyttä. Silmän asento on tärkeä, jotta puudutusneula ja -aine saadaan oikeaan paikkaan. Puudutusaineen laitton jälkeen silmää painetaan muutamia minutteja, jotta puudutusaine leviää tasaisesti ja silmänpaine saadaan laskemaan. Oikein tehty silmänpuudutus tarjoaa hyvät leikkausolosuhteet ja soveltuu hyvin iäkkäille ja monisairaille potilaille ja mahdollistaa potilaan päiväkirurgisen hoidon. (Huha 1997, 88; Maunuksela 1999, 672; Huha & Maunuksela 2002, 270; Ripart, Nouvellon & Chaumeron 2005, 73-74.)

Vasta-aiheita silmänpuudutukselle ovat silmän pituus (aksiaalimitta yli 26mm) eli silmä on hyvin pitkä tai kyseessä on potilaan ainoa silmä. Potilaan ainoan silmän ollessa kyseessä voidaan harkita puudutusta jos kokenut anestesia-ääkäri puuduttaa. Potilaalla on penetroiva eli sarveiskalvon läpäisevä silmävamma tai silmäinfektio. Potilas on lapsi tai nuori. Potilas voi myös kieltäytyä puudutuksesta, hän voi olla yhteistyökyvytön (esimerkiksi dementiapotilas), potilaalla voi olla runsasta vapinaa, joka estää puudutuksen, potilaalla saattaa olla yskä, jota hän ei pysty hallitsemaan tai vuotohäiriö, kuten Marevan- hoito tai yliherkkyys puudutteille. (Huha 1999, 95; Huha & Maunuksela 2002, 269- 270.)

3.1.4 Vanhuudenkaihipotilaan tutkiminen ja kaihileikkaus

Kaihipotilaan tilannetta eli statusta tutkittaessa tärkeimmät tutkimusmenetelmät ovat näöntarkkuuden tutkimus, punaheijastetutkimus, mykiön tutkiminen fokaalivalaistuksessa oftalmoskooppia tai biomikroskooppia käyttäen ja silmänpohjien tarkastelu. **Näöntarkkuus** on tärkeää tutkia hyvässä huonevalaistuksessa, jotta saadaan todellinen tilanne selville näöntarkkuuden suhteen. Liian hämärä tutkimuhuone saattaa vääristää tutkimustulosta, sillä hämärässä mustuainen laajenee ja potilas saattaa nähdä keskeisen samentuman ohi, jolloin näkö vaikuttaa paremmalta kuin onkaan. Hoidon kannalta merkittävintä on se, missä määrin kaihi hämärtää näköä, mikä tavallisesti sanelee leikkauksen ajankohdan. Potilas ei pysty lukemaan tavallisilla lukulaseilla kunnolla, mikäli näöntarkkuus on huonompi kuin 0,3. Siten näöntarkkuuden heikentyminen kaihipotilaalla tasoon 0,2 tai huonommaksi on selvä kaihileikkausindikaatio. Ajokorttivaatimuksissa vaaditaan näöntarkkuudeksi vähintään 0,5. Mikäli kaihipotilas ei saavuta tätä näöntarkkuusarvoa, on kaihileikkaus aiheellinen. Monissa ammateissa ja harrastuksissa tarvitaan vieläkin parempaa näöntarkkuutta, mikä on huomioitava kunkin potilaan kohdalla kaihileikkaustarvetta ratkaistaessa. (Teräsvirta & Saari 2001, 205, 210- 211.)

Käyttökelpoinen ja yksinkertainen tutkimusmenetelmä on tarkastella oftalmoskoopilla silmän **punaheijastetta**. Kirkas punaheijaste poissulkee väliainesamentumat, myös kaihen. Punaheijasteen puuttuminen tai siinä esiintyvät tummat varjot kertovat väliainesamentumista. Mikäli **fokaalivalaistuksessa** (oftalmoskoopin valo suunnataan mustuaisaukkoon hieman sivulta ja mustuaisaukkoa tutkitaan suoraan edestä) todetaan mustuaisaukossa harmaa tai harmaan valkea samentuma on kyseessä kortikaalinen kaihi tai kypsä kaihi. Mikäli mustuaisaukon takana nähdään himmeän ruskehtava tai vihertävä samentuma, joka aiheuttaa punaheijasteeseen keskeisen tumman varjon, on kyseessä tumakaihi. Takakapselin alainen kaihi tulee esiin selvästi syvemmillä mustuaisaukon takana. **Silmänpohjien** tarkastelu voi onnistua laajennetun mustuaisen ja alkavan kaihen lävitse. Pieni mustuainen ja kypsä tai ylikypsä kaihi estävät näkyvyyden silmänpohjaan. Vaikka silmänpohjarappeuma (makuladegeneraatio) ei olekaan vasta-aihe kaihileikkaukselle, on eduksi, että kaihipotilaalle leikkausta edeltävässä tarkastuksessa anne-

taan myös jonkinasteinen ennuste leikkausta todennäköisesti seuraavasta näöntarkkuudesta. (Teräsvirta & Saari 2001, 205, 210- 211.)

Kaihi hoidetaan aina kirurgisesti. 1990- luvun alusta on kaihileikkauksissa käytetty pääasiallisesti ns. **fakoemulsifikaatiotekniikkaa**, joka mahdollistaa turvallisen leikkauksen kulun ja nopean toipumisen. Leikkaushaava tehdään noin kolmen millimetrin levyisenä ja vähintään kahden millimetrin mittaisena sarveiskalvon sisäisenä tunnelina, joka leikkauksen jälkeen on sellaisenaan vesitiivis. Mykiön kapselin etupintaan avataan pyöreä aukko (capsulorhexis) ja kapselin alle ruiskutetun nesteen avulla irrotetaan mykiön tumma liikkuvaksi (hydrodissektio), jonka jälkeen kapselin sisusta eli kaihimykiö poistetaan fakoemulsifikaattorilla. Tämä instrumentti on yksinkertaistettuna neula, joka liikkuu ultraäänitaajuisesti pituusakselinsa suuntaisesti frekvenssin ollessa useita kymmeniä tuhansia/ sekunti. Neulaan on yhdistetty imu, jonka avulla irrotettu materiaali poistetaan silmästä. Neulan ympärillä on infuusiokanava, jonka avulla silmä pysyy paineistettuna leikkauksen aikana. Kaihimykiö paloitellaan kapselipussin sisällä ja palat poistetaan emulsifioituneina. Jäljelle jäävä kuorikerros poistetaan imulla, minkä jälkeen kapselipussin sisään asennetaan silikoni- tai akryylimuovinen tekomykiö, jonka vahvuus on etukäteen määritetty sellaiseksi, että se korvaa oman mykiön taittovoiman. Leikkaus suoritetaan joko pinta- tai neulapuudutusta käyttäen. Fakoemulsifikaatioleikkaus voidaan tehdä valtaosalle potilaista. (Teräsvirta & Saari 2001, 211- 213.)

Fakoemulsifikaatioleikkauksen tavallisin komplikaatio on instrumentilla kapselin takaseinämään aiheutettu aukko, josta mykiömateriaali voi joutua lasiaistilaan. Mikäli kappale on suuri, se aiheuttaa tulehduksen ja paineen nousun, kappale on tällöin poistettava lasiaisenpoistoleikkauksen (vitrektomia) avulla. Pelätyin, joskin harvinaisin, komplikaatio on leikkauksen jälkeinen silmän sisäosien bakteeritulehdus eli endoftalmiitti. Tämä on seurausta joko bakteerin kulkeutumisesta leikkauksen aikana silmään tai haavakomplikaatiosta. Ensisijainen hoito on antibioottien ruiskuttaminen kovakalvon seinämän läpi lasiaistilaan tai, mikäli tämä ei riitä, vitrektomia, jossa infektoitunut lasiainen poistetaan silmästä. Näöntarkkuus jää näissä tapauksissa yleensä pysyvästi alentuneeksi. Myöhäiskomplikaationa esiintyy jälkikaihta. Kyseessä on kapselipussiin jääneiden epiteelisolujen proliferaatio ja siirtyminen kapselin takapinnalle tekomykiön taakse. Oireet ja löydökset muistuttavat primaaria kapselinalaista harmaakaihia. Hoitona on keskeisen

kapseliosan poisto YAG- laserilla. Akryylimuovista tekomykiöitä käytettäessä jälkikaihien esiintyminen on vähentynyt. (Teräsvirta & Saari 2001, 214- 215.)

3.2 Päiväkirurgisen kaihileikkauspotilaan ohjaus

Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa asiakas- ja potilaslähtöisyys liitetään usein tilanteisiin, joissa halutaan muuttaa hoitotyön käytäntöjä ja työnjakomalleja siten, että potilaan tarpeet ohjaavat hoitopalvelujen tarjontaa. Tehtäväkeskeisen hoitotyön, rutiinien ja hierarkisen toimintakulttuurin on nähty estävän asiakas- ja potilaslähtöisyyttä. Siksi on haluttu siirtyä työskentelymalliin, jossa hoito järjestetään joustavasti potilaan tilanteen mukaan, laaditaan yksilölliset hoitosuunnitelmat ja – tavoitteet, viestintä ja tiimityöskentely sujuu ja potilaiden arvostaminen yksilöinä näkyy käytännön työskentelyssä. Tavoitteena toiminnanmuutoksella on yleensä hoitopalvelujen tehokkuuden lisääminen, palvelujen laadun parantaminen ja kustannusten pienentäminen. Arvomaailmaltaan asiakas- ja potilaslähtöisen hoitotyön katsotaan perustuvan ihmisarvoon, yhdenvertaisuuteen, ihmisen kunnioittamiseen ja rehellisyyteen. Se perustuu holistiseen ihmiskäsitykseen: asiakas on persoona, jolla on oma yhteisönsä, kulttuurinsa ja jäsenyytensä yhteiskunnassa. Hänellä oletetaan olevan vahvuuksia ja voimavaroja. Asiakas- ja potilaslähtöisessä yhteistyösuhteessa hoitotyöntekijä on asiantuntija ja ihminen, tässä yhteistyösuhteessa työ toteutuu vuoropuheluna. Asiakas- ja potilaslähtöisen toiminnan mahdollistavana hoidon järjestämistapana voidaan pitää esimerkiksi yksilövastuista hoitotyötä. Yksilövastuinen hoitotyö on sekä hoitotyön filosofia että organisatorinen malli. Hoitotyön filosofiana se vaatii asiakas- tai potilaskeskeisyyttä. Organisaatiomallina se vaatii jokaisen potilaan koordinoitua ympärivuorokautista ja kattavaa hoitoa. Yksilövastuisen hoitotyön peruspiirteitä ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. (Karttunen 2005, 10- 12; Kaskinen 2005, 8.)

Hoitotieteelliset kansalliset tutkimukset päiväkirurgisesta hoitotyöstä ovat lisääntyneet erityisesti 1990- luvulla. Tutkimukset osoittavat tiedon tarpeen hyvin yksilölliseksi ja eri potilaiden kohdalla erilaiseksi. Potilaat haluavat vaikuttaa omiin asioihinsa. Tiedon merkitys koetaan tärkeäksi ja se lisää turvallisuuden tunnetta. Ohjaus tukee itsemääräämistä, turvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta. Asiallisella ja riittävällä ohjauksella vähen-

netään pelkoja. Tärkeää olisi kertoa potilaalle ennalta mahdollisista kotona esiintyvistä ongelmista. Potilaat arvostavat huolehtimiseen ja neuvoja hoitoon antavaan perustuvaa hoitosuhdetta. Päiväkirurginen hoitopolku vaatii potilaalta aktiivista roolia ja kykyä itsehoitoon. Tämä merkitsee hoitotyöntekijöille tarvetta kehittää hoidossa käytettävää vuorovaikutussuhdetta kohti yhteistoiminnallisempia muotoja. Sairaanhoitajalta vaadittavat taidot korostuvat perioperatiivisen ohjauksen aikana. Ohjaus edellyttää hoitajalta hyvää asiasisällön tuntemista, tietoa ja asiantuntemusta monelta eri alalta, asiakaspalvelukykyä ja potilaan ystävällistä kohtelua. Potilaan ohjaus päiväkirurgisessa yksikössä suunnitellaan huolellisesti kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa siten, että jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva tietää oman osuutensa ja on sisäistänyt ohjauksen tavoitteet. Yhteistyö eri hoitohenkilöiden välillä takaa, että potilaan ohjaus on samansuuntaista. Hoitoaikojen lyhentyminen aiheuttaa sen, että potilasopetukselle jää sairaalassa yhä vähemmän aikaa. Ihminen pystyy kuitenkin prosessoimaan vain rajallisen määrän tietoa samanaikaisesti. Kerralla omaksuttavaksi tarjottavan tiedon määrä saattaa olla suurempi kuin potilaan omaksumiskyky tai potilaan mielentila sen kaltainen, että hän ei kykene vastaanottamaan tietoa tai painamaan sitä mieleensä. (Raappana 2001, 22; Alanen 2002, 18; Heino 2005, 21.)

3.2.1 Päiväkirurginen hoitotyö

Päiväkirurginen prosessi on luonteeltaan lyhytaikainen ja intensiivinen. Päiväkirurginen potilas tulee leikkaussalissa tehtävään toimenpiteeseen aamulla, ei yövy sairaalassa vaan kotiutuu vielä saman päivän aikana. Päiväkirurgiaan lasketaan kuuluvaksi ne leikkaussalissa tehtävät suunnitellut toimenpiteet, joissa käytetään joko laskimosedaatiota, laajaa puudutusta tai yleisanestesiaa. Polikliiniset toimenpiteet ja päivystystoiminta eivät kuulu päiväkirurgisen toiminnan piiriin. Päiväkirurgisessa hoidossa tavoitteena on potilaan aktiivisuuden ja turvallisuuden tunteen tukeminen sekä asiakastyytyväisyyden takaaminen. Hoito toteutetaan yhden päivän aikana siten, että se on tehokasta ja taloudellista. Valmistautuminen toimenpiteeseen ja suuri osa toimenpiteen jälkeisestä hoidosta on potilaan ja hänen läheistensä vastuulla. Päiväkirurginen toiminta katsotaan onnistuneeksi, jos se aiheuttaa mahdollisimman vähän häiriötä potilaan jokapäiväiseen elämään. Huolellinen potilasvalinta on edellytys onnistuneelle päiväkirurgiselle hoidolle. Potilas-

valintaa tehtäessä tarkastellaan paitsi leikkauksen, niin myös potilaan yleistä ja psykososiaalista soveltuvuutta päiväkirurgiaan. (Alho & Nylund 2002, 8- 9; Yli- Kovanen 2003, 3.)

Päiväkirurgian katsotaan soveltuvan yhä useammalle potilaalle ja sitä voidaan soveltaa entistä vaativampiin leikkauksiin. Päiväkirurgisen potilaan hoito eroaa perinteisestä kirurgisesta hoidosta siinä, että potilaat on hyvin tarkoin valittu etukäteen ja he täyttävät päiväkirurgisen potilaan soveltuvuusstandardit. Korkea ikä tai monet yleissairaudet eivät ole enää vasta- aiheita päiväkirurgialle. Päiväkirurginen hoito voidaan samoin kuin muukin perioperatiivinen hoitoprosessi jakaa kolmeen peräkkäiseen vaiheeseen. Preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe katsotaan alkavaksi siitä hetkestä kun potilaan leikkauspäätös on tehty ja päättyneeksi, kun vastuu potilaan hoitamisesta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. Tämän vaiheen aikana toteutetaan potilastietoihin perustuva hoidon suunnittelu, joka sisältää leikkausta ja anestesiaa edeltävien tutkimusten tekemisen sekä potilaan opettamisen ja ohjaamisen. Preoperatiivista vaihetta seuraa intraoperatiivinen eli leikkauksenaikainen vaihe. Tämä vaihe alkaa potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle ja päättyy, kun potilas vastaanotetaan heräämöhön. Intraoperatiivisessa vaiheessa hoitotyölle on ominaista intensiivinen moniammatillinen ryhmätö. Kolmantena perioperatiivisen hoitoprosessin vaiheena päiväkirurgiassa on postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe, joka alkaa siitä, kun potilas on vastaanotettu heräämöhön, ja päättyy kun potilas ei enää tarvitse leikkaukseen liittyvää hoitotyötä. Tälle vaiheelle on ominaista potilaan tilan arviointi. Tavoitteena on elintoimintojen vakiinnuttaminen niin, että potilas voidaan siirtää kotiin tai tarvittaessa esimerkiksi intervallipaikalle terveyskeskuksen vuodeosastolle muutamaksi päiväksi potilaan tilanteen niin vaatiessa. Potilaan terveydentila ja erilaiset sairauksiin liittyvät tekijät, potilaan omatoimisuus ja ikä, mahdollisuudet hoitaa itseään ja halukkuus tulla päiväkirurgiseen hoitoon vaikuttavat hoitotyön onnistumiseen. Keskeiseksi seikaksi nousee se, että potilas ymmärtää oman osuutensa hoidossa ja sen merkityksen terveydentilalleen ja vaivansa paranemiselle. (Alho & Nylund 2002, 9; Yli- Kovanen 2003, 4.)

3.2.2 Kaihileikkauspotilaan ohjaus

Pystyäkseen vastaamaan hoidostaan päiväkirurginen potilas tarvitsee perusteellisempaa tietoa ja ohjausta kuin vuodeosastolla hoidettava kirurginen potilas. Potilaan ohjaaminen on olennaista tarkasteltaessa hoidon onnistumista ja potilaan tyytyväisyyttä. Ohjauksen tulee olla suullista ja kirjallista ja vastata yksilöllisesti potilaan tarpeisiin. Tällöin potilas kokee osallistuvansa oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Hänen luottamuksensa hoidon tasoa ja hoitohenkilökuntaa kohtaan lisääntyy. Ohjauksella vähennetään potilaan kokemaa toimenpiteeseen liittyvää pelkoa ja ahdistusta. Suullisella etukäteisohjauksella ja potilaalle annettavalla kirjallisella materiaalilla on keskeinen merkitys. (Raappana 2001, 20.)

Kaihileikkaukset tehdään pääsääntöisesti päiväkirurgisesti, jolloin potilas tulee ennalta sovitusti kaihileikkausta varten sairaalaan ja kotiutuu sieltä samana päivänä. Päiväkirurgisen toiminnan onnistuminen perustuu tarkkaan etukäteissuunnitteluun, jota varten potilas yleensä kutsutaan tutkimuskäynnille. Tällöin arvioidaan päiväkirurgisen vaihtoehdon toteutumismahdollisuudet potilaan ja leikkauksen osalta. Taustatietoina ovat potilaan, mahdollisesti avustajan kanssa, kotona täyttämät esitietolomakkeet. Kaihileikkauksen aiheuttamien riskien ja saavutettavan hyödyn arvioimiseksi esitutkimuksessa selvitetään myös potilaan aikaisemmat silmäsairaudet, - vammat, - leikkaukset ja - toimenpiteet. Biomikroskopiassa tarkastetaan silmän etuosat, mitataan puudutetulta sarveiskalvolta silmänpaine ja tutkitaan laajennetun mustuaisaukon kautta silmänpohjan tila. Mikäli potilas käyttää lääkitystä silmiin tai perussairauksiinsa, arvioidaan niiden vaikutus toimenpiteeseen. Jotta voitaisiin määritellä leikkauksessa asetettavan tekomykiön vahvuus, mitataan potilaan silmän pituus ja sarveiskalvon kaarevuus. Potilaan kanssa yhdessä sovitaan leikkauksen ajankohta sekä päätetään, kumpi silmä leikataan ensin ja mikä on toisen silmän tilanne. Etukäteen sovitaan myös, korjataanko toimenpiteessä leikattava silmä näkemään lähelle vai kauas. Potilaan kanssa keskustellaan jo ennen leikkausta todennäköisestä leikkauksella saavutettavasta hyödystä, jotta välttytään mahdollisilta pettymyksiltä leikkauksen jälkeen. (Hiltunen, Suominen & Katajisto 1996, 2- 3; Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 77- 78.)

Potilaan kanssa yhdessä tehtävään hoitosuunnitelmaan kartoitetaan myös itsehoitovalmiudet. Potilaalle kerrotaan koko hoitopolku ja siihen liittyviä asioita, joista potilaan tulee suoriutua itsenäisesti kotona. Tavoitteena on, että potilas pystyy varautumaan myös järjestelyihin, joita hän tarvitsee kuljetusten, lääkkeiden hankinnan ja annostelun sekä kotiasioiden järjestämiseksi. Tutkimuskäynnillä saa ohjeet ja lähetteet mahdollisiin leikkausta edeltäviin laboratoriotutkimuksiin. Tällaisia tutkimuksia ovat esimerkiksi EKG, INR (tromboplastiiniaika verenhennushoitoa (Marevan) käyttäviltä potilailta, jonka perusteella mahdollinen verenhennushoidon keskeytys päätetään), MRSA (metisilliinille resistentti staphylococcus aureus) ja VRE (vancomyciinille resistentti enterokokki), jotka ovat tarpeen hoitoa suunniteltaessa. Kirjallinen tieto leikkaukseen valmistautumisesta, silmätippojen käytöstä ja leikkauksen jälkihoidosta käydään suullisesti läpi potilaan ja potilaan luvalla myös mahdollisesti mukana olevan saattajan kanssa. Vaikka kaihileikkaukseen liittyvillä sairaalakäynneillä hoitaja antaa ohjeita suullisesti ja kirjallisesti, on asioiden kertaus tarpeen. Kertaus on tarpeen etenkin silloin kun potilaan vastaanottokyky on ikääntymisen vuoksi hidastunut ja jännitys, ympäristön levottomuus ja tiedon suuri määrä vielä vaikeuttavat tilannetta. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 78.)

Potilaan sosiaalinen tukiverkosto otetaan mukaan ohjaukseen. Tällöin potilaan läheisten leikkaukseen kohdistama ahdistuneisuus sekä epätietoisuus vähenee ja kyky tukea potilasta paranee. Ohjauksen ajankohta ja tiedon yksilöllisyys on aina mietittävä. Ohjausta voidaan antaa kirjallisesti, suullisesti ja audiovisuaalisesti. Demonstrointi ja suullinen ohjaus ovat taitojen opettamisessa kirjallista materiaalia tehokkaampia. Kirjallisen ohjauksen etu on potilaalle annettava mahdollisuus syventyä rauhassa asiaan ja tarvittaessa kerrata sitä. Kirjallisen materiaalin on oltava selkeää sanastoltaan ja kieleltään. Lääketieteen termien ja erilaisten väittämien sijasta annetaan tietoa ymmärrettävästi selkeillä arkimaailman käsitteillä ja esimerkeillä, jolloin potilaalle annettava ohjaus on asiallista. Kirjallista materiaalia ei käytetä korvaamaan vuorovaikutusta, vaan tuetaan vuorovaikutustilanteessa tapahtuvaa ohjausta. Potilaiden opetuksessa käytetään jonkin verran videomateriaalia ja niiden vaikuttavuudesta on selvää näyttöä. Video- opetus on todettu vaikuttavaksi menetelmäksi potilaiden apuna hoitovaihtoehtoista päättämiseen, potilaiden huolestuneisuuden vähentämisessä ennen stressaavia kliinisiä toimenpiteitä ja itsehoitoaktiivisuuden lisäämisessä. Tiedon ja konkreettisten toimintamallien yhdistäminen helpottaa esitetyn asian omaksumista. Potilaat tarvitsevat usein sekä konkreettista apua

että henkistä tukea arjessa selviytymiseen. Potilaita voidaan ohjata joko yksin tai ryhmässä ja ohjaus voi olla suunniteltua tai tilanteen vaatimaa. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus onnistuu parhaiten luomalla positiivinen oppimisilmapiiri ja käyttämällä useita oppimismenetelmiä rinnakkain. Ohjaustilanteita tulisi järjestää useita kertoja päiväkirurgisen hoitajakson aikana. Potilaan läheisten ohjaus parantaa potilaankin tiedonsaantia, sillä läheiset voivat toimia jonkinlaisena potilaan ”lisämuistina”. Perhe ja yhteisö tulisikin ymmärtää itsehoidon toimijoiksi eikä vain kontekstiksi, jossa itsehoitoa toteutetaan. (Raappana 2001, 21; Alanen 2002, 9- 10, 18; Heino 2005, 16, 37; Isola 2005, 12.)

Potilas kohtaa sairaalassa hyvin monia eri ammattihenkilöitä, jotka osallistuvat hänen hoitoonsa ja antavat hänen sairauttaan koskevaa tietoa, kukin oman ammattinsa viitekehystä. Monen eri ammattihenkilön yhteistoimintaan liittyy ongelmia, sillä ajoittain heidän antamansa tieto saattaa vaikuttaa ristiriitaiselta ja tiedonantaminen hajanaiselta. Päiväkirurginen hoito vaatii entistä tiiviimpää yhteistyötä ammattihenkilöiden kesken ja selkeää työnjakoa tiedonantamisen suhteen. Potilas voi jäädä vaille jotakin tietoa, kun oletetaan jonkun toisen huolehtineen tiedon antamisesta. Potilas ei myöskään välttämättä ole selvillä kunkin henkilön tarkasta asiantuntemuksen alueesta eikä tiedä keneltä kysyä mitään asiaa. Kirjallinen informaatio muun potilasopetuksen tukena mahdollistaa asioiden tarkistamisen silloin, kun potilas tietoa tarvitsee. Kirjallista materiaalia käytetäänkin varsin runsaasti, sillä se on suhteellisen edullista, helppoa käyttää ja sen sisältämä tieto on pysyvää. Kirjalliseen informaatioon liittyy kuitenkin tiettyjä ongelmia, sillä kirjallisen ohjeen sisältämä tieto on usein vastaanottajasta riippumaton eikä siten joustaa vastaanottajan tarpeiden mukaan. Usein potilaat kaipaavat kirjallisen materiaalin lisäksi mahdollisuutta keskustella saamastaan tiedosta myös henkilökohtaisesti ja näin ollen pelkkä kirjallinen informaatio on harvoin riittävä. Potilaat ovat toivoneet kirjallista materiaalia erityisesti leikkaukseen valmistautumisen ja kotihoidon tueksi. (Alanen 2002, 16- 17.)

3.2.3 Vanhus päiväkirurgisena kaihileikkauspotilaana

Potilaalla on oikeus saada itseään ja hoitoaan koskevaa tietoa, tämä oikeus määritellään laissa (Liite 2) ja se on osa terveydenhuollon ammatillista etiikkaa. Tietojen antamiseen kytkeytyy läheisesti sen varmistaminen, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon ja että hän on saanut riittävästi tietoa antaakseen tietoisesti suostumuksensa oman hoitonsa toteuttamiseen. Vanhuspotilaan ja hänen läheistensä ohjaus potilaan terveydentilasta tai lääkityksessä tapahtuvista muutoksista on keskeistä muun muassa tapaturmien ehkäisyssä. Sairauden, vaivojen ja oireiden tuleminen ei välttämättä tarkoita sitä, että vanhus olisi kyvytön toimimaan ja elämään itsenäistä elämää ja tekemään itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Hyvän vuorovaikutussuhteen syntyminen on keskeistä vanhusten hoitotyössä. Hoitotyössä pidetään tärkeänä käytöstä ja tapaa, jolla hoitaja lähestyy potilasta, koska sillä on merkitystä hoitosuhteen onnistumisen kannalta. Ammatillisessa hoitotyössä hoitaja- potilas suhteen tulisi rakentua hoivaamisen ja huolenpidon lisäksi oikeudenmukaisuuteen ja ihmisen kunnioittamiseen. Hoitosuhde voidaan kuvata yhteistyösuhteeksi, jossa työskennellään potilaan senhetkisen terveyden edistämiseksi. Tässä suhteessa potilas voi kokea läheisyyttä ja turvautua toiseen ihmiseen sekä tulla oikeaan aikaan autetuksi. Hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksessa keskeistä on aitous, avoimuus, rehellisyys ja kunnioittaminen. Hoitotyön tulee olla myös potilaan itsemääräämistä ja autonomiaa kunnioittavaa. Hoitosuhteessa on tärkeää hoitajan kyky tulkita potilaan kommunikaatiosignaaleja, esimerkiksi ilmeitä, ja ymmärtää hänen toiveitaan. (Mäöhönen 2001, 13- 14; Raappana 2001, 20; Hassinen 2003, 28- 29.)

Hyvässä hoitotyössä hoitaja on pätevä teoreettisella että kliinisellä tasolla ja hänellä on vahva tietotaito- ja arvoperusta. Jatkuvasti muuttuva hoitotyö asettaa hoitotyöntekijän osaamiselle vaatimuksia. Erikoistuminen on tulevaisuudessa välttämätöntä, mutta lisäksi tarvitaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Kokonaisvaltainen hoitotyö edellyttää teoreettista tietoperustaa ihmisestä ja hänen fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista osa-alueistaan. Hoitotieto ja hoitajan oma hoitotyön kokemus yhdistyvät hänen hoitotaidoissaan. Tärkeää on, että hoitajalla on riittävästi tietoa vanhuudesta, ihmisen ikääntymisestä ja vanhenemisesta, persoonallisuuden kehittymisestä eri ikävaiheiden kautta vanhuuteen, elämänkulun merkityksestä vanhalle ihmiselle sekä elämän tarkoituksen ja elämänhalun lähtökohdista. Iäkkään potilaan ja hänen läheistensä ohjaus on erityinen haas-

te päiväkirurgiselle hoitotyölle. Kiireinen ja kaoottinen ympäristö voi hämmentää iäkkäitä ihmisiä. Iäkkään potilaan näkö ja kuulo saattavat olla heikentyneet ja lyhytaikaismuisti on ehkä huonontunut. Oppimista voivat vaikeuttaa myös aivoperäiset muutokset, psykososiaaliset tekijät sekä itsetunnon heikkeneminen. Iäkkäät potilaat ovat varovaisia eivätkä tee muutoksia. Iäkkäille potilaille päiväkirurginen leikkaus ja siihen liittyvät itsehoitotarpeet ovat suuri ja arkipäivän mullistava asia. Iäkäs potilas tarvitsee enemmän konkreettista apua ja tukea itsehoidon toteutukseen kuin nuorempi potilas. (Hiltunen, Suominen & Katajisto 1996, 11; Kaskinen 2005, 10- 12.)

Dementia on yksi yleisimmistä vanhuksilla tavattavista muistia heikentävistä ja persoonaa muuttavista sairauksista. Kaihipotilaista suuriosa on vanhuksia, joista monella on perussairautena dementiaa aiheuttava sairaus. Tähän asiaan tulee kiinnittää huomiota ohjausta leikkaukseen ja jälkihoitoon annettaessa. Dementia on usein etenevä oireyhtymä, johon liittyy laaja- -alainen älyllisten kykyjen heikentyminen. Siitä aiheutuu sosiaalista haittaa ja vaikeuksia selviytyä jokapäiväisestä elämästä. Dementoiviin sairauksiin liittyy myös käyttäytymisen muutoksia ja psykologisia oireita. Eri sairaudet aiheuttavat erilaisia dementiaoireita, joten potilaiden taidot säilyvät eriasteisesti. Dementoituvan haasteellisen käyttäytymisen syitä voivat olla muun muassa sairaudet, aistien heikentynyt toiminta, dementoituvan persoonallisuus, elinympäristö ja kanssaihmissen asenteet. Keskeisin selittävä tekijä on dementoiva sairaus ja sen vaikeusaste. Tutussa ja turvallisuudessa ympäristössä haasteellinen käyttäytyminen on yleensä vähäisempää. Sen sijaan vaikeasti hahmotettava ympäristö, melun ja ympäristön aiheuttamat virhetulkinnat, liiallinen ärsykkeiden määrä sekä jatkuvasti vaihtuvat ihmiset lisäävät haasteellisen käyttäytymisen esiintymistä. Päiväkirurginen kaihileikkaus ja siihen liittyvä esitutkimuskäynti ovat dementiapotilaalle suuri rasitus. Sairaalaolosuhteet, vaihtuvat dementiapotilaalle vieraat ihmiset ja tilat aiheuttavat sekavuutta ja epävarmuutta. Tutkimusten mukaan ajan antaminen, rauhallinen keskustelu ja kuuntelu ovat ammatillisia tapoja kohdata dementoituva henkilö. Keskustelussa dementoituvalla voi olla vaikeuksia ymmärtää sanojen merkityksiä ja ilmaista itseään sanoilla. Dementoituvan kanssa keskusteltaessa on tärkeää olla kärsivällinen ja kohdata hänet tunteiden tasolla. Hänen on aina hyvä nähdä keskustelukumppaninsa kasvot. Näin hän oivaltaa, että juuri hänelle puhutaan. Dementoituva tarvitsee aikaa kuuntelemiseen, ymmärtämiseen ja vastaamiseen. Päiväkirurgiseen kaihileikkaukseen liittyvä ohjaus tulee antaa niin potilaalle kuin potilaan läheiselle tai potilasta hoitavalle hoitopaikalle. Ohjausta annettaessa on kuitenkin tärkeää huomioida

aina itse potilas ja keskustella asioista potilaan itsensä kanssa. (Kanala & Leinonen 2001, 8- 10, 15; Mähönen 2001, 10.)

3.2.4 Tiedon merkitys potilasohjauksessa

Terveydenhuoltohenkilöstö on potilaiden merkittävin tietolähde niin potilaiden kuin henkilöstönkin arvioiden mukaan. Tiedon antaminen sisältyy jossain muodossa lähes kaikkiin potilaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön välisiin kohtaamisiin. Potilaiden on siis yleensä turvaututtava toisten asiantuntemukseen oman terveytensä suhteen. Henkilöstöllä on koulutuksensa, kokemuksensa ja myös tutkimustiedon kautta omaksuttuja käsityksiä siitä, millaista tietoa potilaat todennäköisesti tarvitsevat. Henkilöstön ja potilaiden näkemykset hyvästä hoidosta ja potilaiden tiedontarpeista eivät tutkimusten mukaan kuitenkaan ole yhtenevät. Tiedonantamisen oikea ajankohta ja sopiva tiedon määrä on arvioitava jokaisessa tilanteessa erikseen, koska yksittäisen potilaan tiedontarpeita ei voida tarkasti ennakoida. Tiedontarpeen selvittäminen edellyttää potilaan kiireetöntä ja hänen asiantuntijuuttaan korostavaa kohtaamista sekä rohkaisemista kysymysten esittämiseen. Tutkimukset ovat osoittaneet, että potilasopetuksella on kiistattomia positiivisia vaikutuksia potilaiden tietoihin sairauksista ja niiden hoidosta, hoitomyönteisyyteen, terveyskäyttäytymiseen sekä terveydentilaan. (Alanen 2002, 7, 16.)

Tieto sairaudesta ja terveydentilasta sekä hoitotoimenpiteistä ovat potilaiden tiedontarpeista keskeisimmät, koska ne muodostavat perustan, jolta potilas voi alkaa jäsentää oma tilannettaan. Potilaat haluavat tietää siitä, mitä heille on tapahtunut sekä siitä, mitä sairauden hoitamiseksi voidaan tehdä. Potilaat tarvitsevat tietoa hoitovaihtoehdoista päätöksenteon tueksi sekä valmistautuakseen hoitotoimenpiteisiin, joka etenkin kirurgisten potilaiden kohdalla on tärkeää. Kirurgisten potilaiden tiedontarve anestesiasta ja leikkauksen jälkeisestä voinnista on suuri, sillä varsin monet potilaat suhtautuvat anestesiaan pelon sekaisin tuntein. Potilaita kiinnostaa myös se, mitä leikkauksessa konkreettisesti tehdään sekä millainen heidän vointinsa leikkauksen jälkeen todennäköisesti on. (Alanen 2002, 13; Koponen 2003, 16.)

Potilaan sairauttaan koskevan tiedon määrän ja hoitohenkilöstöltä saadun tiedon määrän on havaittu olevan yhteydessä koettuihin epävarmuuden tuntemuksiin. Pääsääntöisesti tiedonsaanti vähentää epätietoisuutta ja epävarmuuden tuntemuksia ja lisää hallinnan tunnetta. Tieto auttaa hallinnan tunteen kehittymisessä, sillä tieto sairaudesta ja sen hoidosta auttaa ymmärtämään, miksi tietyt asiat hoidossa ovat tärkeitä ja miksi ne tehdään tietyllä tavalla. Potilaan monipuolinen tiedonsaanti ja päätöksentekoon osallistuminen on tärkeää, sillä tutkimusten mukaan itsemääräämisoikeuttaan käyttänyt potilas pyrkii toteuttamaan oman osansa hoitosopimuksesta mahdollisimman hyvin. Tiedonsaamisella voidaan luoda edellytykset luottamukselliselle hoitosuhteelle ja hoitoon sitoutumiselle silloinkin, kun potilaat haluavat ammattilaisten tekevän päätökset. (Alanen 2002, 7- 9.)

Hoitoaikojen lyhentyminen on siirtänyt myös monille muille kuin kroonisesti sairaille potilaille yhä enemmän vastuuta sairautensa hoidosta. Erityisesti lyhyt- ja päiväkirurgisten leikkausten yhteydessä potilaat tarvitsevat runsaasti tietoa niin leikkaukseen valmistautumiseksi kuin jatkohoidosta selviytymiseksi. Hoitoa odottavilla potilailla on hyvää aikaa rauhassa paneutua siihen, mitä tulee tapahtumaan ja mitä hän voi itse tehdä saadakseen kaiken sujumaan joustavasti. Riittävästi tietoa etukäteen saaneet potilaat ovat kokeneet myös hoidon laadun paremmaksi kuin tiedonsaantinsa riittämättömäksi kokeneet. Kotiutumisen jälkeen potilaan odotetaan selviytyvän jatkohoidosta saamiensa tietojen ja taitojen varassa. Kun potilaalla on hyvät tiedot leikkauksen jälkeisen toipumisen kulusta, hänen terveydentilansa on osoitettu paranevan nopeammin ja tarpeen uusintakäynteihin olevan pienempi kuin tiedon puutteelliseksi kokeneilla. (Alanen 2002, 9-10.)

Potilaat osallistuvat monenlaisten hoitotoimenpiteiden toteuttamiseen. Lyhyt- ja päiväkirurgisten leikkausten lisääntyessä potilaiden vastuu ohjeiden mukaisesta leikkaukseen valmistautumisesta samoin kuin leikkauksen jälkeen jatkohoidosta kotona korostuu. Potilaat tarvitsevat kotiutumisvaiheessa monia jatkohoitoon liittyviä tietoja. Potilaat tarvitsevat tietoa muun muassa siitä, kuka ja missä vastaa heidän jatkohoidostaan ja mihin he voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä. Tiedonsaanti jatkohoidoista on kuitenkin koettu usein puutteelliseksi. Hoitoaikojen lyheneminen on myös lisännyt potilaiden vastuuta sairautensa hoidossa. Potilaat haluavatkin tietää, millaisiin oireisiin heidän tulisi kiinnittää huomiota tai miten heidän tulisi toimia oireiden pahetessa. Potilaiden itsehoitovalmiuksien tukeminen on tärkeää, mutta ongelmallista. Potilaat eivät välttämättä sai-

raalassa ollessaan tiedä, millaista tietoa he tulevat kotona tarvitsemaan. Mahdolliset puutteet tiedoissa potilaat saattavat huomata vasta, kun he ovat olleet jonkin aikaa kotona. (Alanen 2002, 13- 15; Heino 2005, 24.)

3.2.5 Hoitotyötä ohjaavia periaatteita

Yksilöllisyyden periaate on keskeisimpiä hoitotyön periaatteita. Sen perusajatuksena on jokaisen ihmisen synnynnäinen arvo ja ainutlaatuisuus. Jokaisen potilaan ihmisarvoa ja oikeuksia kunnioitetaan riippumatta iästä, uskonnosta, rodusta, kansallisuudesta, yhteiskunnallisesta asemasta, terveydentilasta tai tavoista ja tottumuksista. Periaatteen noudattaminen vanhustyössä merkitsee potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, hänen oikeuttaan elää omaa elämäänsä ja olla osallisena kaikissa häntä koskevissa ratkaisuisissa. Potilaan tunteet, toiveet, mielipiteet, odotukset, ongelmat ja valinnat tulee ottaa huomioon sekä miettiä potilaan kanssa yhdessä, mikä tapa sopii juuri hänelle. (Kaskinen 2005, 11.)

Jatkuvuuden periaate hoitotyössä merkitsee tiedon välittymistä henkilöltä toiselle, työvuorosta ja työyksiköstä toiseen muuttumattomana. Jatkuvuus edellyttää eri hoitoyksiköiden ja ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja toiminnan koordinoitua ja sitä parantaa ja systematisoi hoitotyön päätöksentekoprosessi. Potilaan kanssa tehtyjä sopimuksia ja hoitosuunnitelmaa on noudatettava ja jatkohoitajärjestelyjen huolellinen suunnittelu ja toteuttaminen ovat välttämättömiä jatkuvuuden turvaamiseksi. (Kaskinen 2005, 11.)

Turvallisuuden periaate tarkoittaa fyysistä ja henkistä turvallisuutta. Sekä hoidon että hoitoympäristön tulee olla turvallinen ja toimiva. Lisäksi turvallisuuteen kuuluvat päivittäisten hoitorutiinien, ruokailun ja peseytymisen suorittamisen mahdollisuus, hoitajien ammattitaito ja huolenpito sekä tekniset apuvälineet. Laadukas vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä ja hoitajan aito läsnäolo tuovat potilaalle turvallisen olon. Riittävä tiedonsaanti, yksityisyyden suojan kunnioittaminen ja yksilöllinen hoito, jota ammattitaitoinen ja luotettava henkilöstö antaa, edistävät turvallisuuden luomista hoidossa. (Kaskinen 2005, 11- 12.)

3.3. Hoitopolku ja hoitotakuu

Hoitopolku muodostaa yhden organisaation sisällä tapahtuvan asiakkaan palvelukokonaisuuden ja saattaa sisältää useita rinnakkaisia tai peräkkäisiä työprosesseja (eri yksiköt, toimipisteet, työntekijät yhdessä potilaan kanssa tai ilman). Määritetään tietyn taudin ja oireyhtymän hoito ja hoidon järjestäminen sekä moniammatillinen työnjako organisaation sisällä. Tilanteessa jossa ohjeessa määritellään vain työnjako ja potilaan kulku, puhutaan myös hoitopolusta.

(Fordell 2002, 20; http://www.rohto.fi/doc/esitykset/mantyranta_050531.pdf.)

Stakesin sivuilla käytetään termiä hoitolinja, joka määritellään terveydenhuollon organisaatioyksikön määrittämäksi tavaksi toteuttaa tietyt samankaltaisina toistuvat hoitoprosessit ja niihin liittyvät hoitotoimet. Hoitolinja voidaan kuvata hoitotoimintaa tukeväksi hoitoprosessien suunnitelmien rungoksi, jota voidaan käyttää pohjana laadittaessa asiakkaan yksilöllistä hoitosuunnitelmaa. Työssäni olen käyttänyt termiä hoitopolku kuvaamaan tätä potilaan hoidon kulkua organisaation sisällä.

(<http://www.stakes.fi/oske/terminologia/kaaviot/kasite02.htm>.)

Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki muuttuivat vuoden 2005 maaliskuun alusta siten, että niissä säädetään, missä ajassa potilaan on viimeistään päästävä kiireettömään hoitoon terveyskeskukseen tai sairaalaan. Nämä muutokset edellyttävät, että erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta terveydenhuollon toiminta yksikköön sekä lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun erikoissairaanhoitoon on päästävä viimeistään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Hoitoon pääsy turvataan silloin, kun kyse on lääketieteellisesti perustellusta hoidosta, joka määrittyy muun muassa kansallisista hoitosuosituksista tai vakiintuneen hoitokäytännön perusteella. Hoidon saatavuuden turvaamisen keskeisenä arvoperustana on oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden lisääminen hoitoon pääsyssä.

(<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hoitoonpaasy/koulutus.htx>;

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/is1106141552319/dokumentti.pdf>; <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856>.)

Hoitokäytännöissä on esiintynyt suuria vaihteluita eri puolilla maata, ja hoitopäätöksiä on tehty erilaisin perustein. Joissakin sairaaloissa esimerkiksi tiettyjä leikkauksia on tehty asukasmäärään suhteutettuna moninkertaisesti joihinkin muihin sairaaloihin verrattuna. Niin suuret erot eivät selity väestön terveyseroilla. Tavoitteena on, että ihmiset hoidetaan tasapuolisesti asuinpaikasta riippumatta. Sosiaali- ja terveysministeriön asettamat asiantuntijaryhmät ovat valmistelleet valtakunnalliset suositukset siitä, millä perusteilla sairauksia hoidetaan. Hoidon perusteita koskevia suosituksia on tehty useille kymmenille sairauksille. Lääkäri arvioi hoidon tarvetta selvittämällä potilaan kanssa esimerkiksi sitä, kuinka kovaa kipua sairaus aiheuttaa, miten paljon ja missä tilanteissa se vaikeuttaa potilaan päivittäistä elämää, miten hyvin tai huonosti potilas pystyy liikumaan tai silmäsairauksissa näkemään. Eri sairauksia varten ovat omat kysymykset, joilla potilaan terveydentilaa arvioidaan.

Lääkäri ottaa myös potilaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioon hoitopäätöstä tehdessään. Sairaanhoidopiirit ja terveyskeskukset arvioivat ja seuraavat suositusten toimitusta, ja niitä kehitetään tarpeen mukaan.

(<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/is1106141552319/dokumentti.pdf>.)

Lääkäri päättää potilaan hoidosta, kuten tähänkin saakka. Hän ottaa päätöstä tehdessään kuitenkin huomioon asiantuntijaryhmien suositukset. Lääkäri keskustelee potilaan kanssa eri hoitovaihtoehdoista, mutta potilaalla ei ole oikeutta saada jotain tiettyä hoitoa, ellei lääkäri katso sitä tarpeelliseksi. Potilaalla on oikeus myös kieltäytyä hoidosta. Potilaalle ilmoitetaan missä ja milloin hänet hoidetaan. Jos hoitoaika tai hoitopaikka muuttuu, hänelle ilmoitetaan muutoksen syy sekä uusi hoitoaika ja hoitopaikka. Terveyskeskusten ja sairaaloiden odotusaikoja voi myös seurata, sillä niitä koskevat tiedot ovat julkisia. Hoitopaikka tiedottaa jonotilanteesta esimerkiksi internetissä tai paikallisessa sanomalehdessä vähintään puolen vuoden välein. Jonotiedoissa ei julkaista mitään yksittäisiä potilaita koskevia tietoja. Jos oma terveyskeskus tai sairaala ei pysty hoitamaan potilasta määräajassa, sen on järjestettävä hoitomahdollisuus muualla, toisessa kunnassa tai yksityisessä terveydenhuollossa. Potilas maksaa tästä saman kulun kuin omassa sairaalassa tai terveyskeskuksessa. Esimerkiksi ylimääräisiä matkakuluja ei potilaalle tule. Potilas ei voi tutkimusten tai hoidon viivästymisen takia itse hakeutua hoitoon muualle.

kuin oman kuntansa terveyskeskukseen tai sairaalaan. Sairaanhoidopiiri järjestää tarvittaessa hoidon muualla. Jos potilas käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluita, sairausvakuutus korvaa osan kustannuksista. Hoitotakuu on lisännyt tasa-arvoa terveyspalvelujen saamisessa. Potilaat pääsevät hoitoon sujuvammin ja oikea-aikaisemmin kuin ennen eri puolilla Suomea. Muutos on sysännyt liikkeelle toimintatapojen uudistamisaallon, joka hyödyttää sekä asiakkaita, kuntia ja kuntayhtymiä että veronmaksajia.

(<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/is1106141552319/dokumentti.pdf>; <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/6085/index.htm>; <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856>.)

3.3.1 Varsinais- Suomen sairaanhoidopiiri (VSSHP)

Varsinais- Suomen sairaanhoidopiiri (VSSHP) on kuntayhtymä, johon kuuluu 56 kuntaa ja kaupunkia sekä Turun yliopisto. Piirin alueella toimii 26 terveyskeskusta ja elää lähes 460.000 asukasta. Sairaanhoidopiiri tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluja yliopistollisessa keskussairaalassa ja neljässä aluesairaalassa, joissa on yhteensä 1.600 sairaansijaa. Sairaanhoidopiirillä on runsaat 5.700 virkaa ja tointa. Piirin sairaaloissa toteutetaan yli 600.000 avohoitokäyntiä, noin 425.000 hoitopäivää ja 45.000 leikkaustoimenpidettä vuodessa (arvio 2006). VSSHP järjestää laissa säädetyt erikoissairaanhoidon palvelut omalla toimialueellaan. Lisäksi VSSHP huolehtii lain mukaisten erityistason sairaanhoidopalvelujen saatavuudesta erityisvastuualueellaan, johon Varsinais- Suomen lisäksi kuuluu Satakunta. Sairaanhoidopiiri myy sairaanhoidopalveluita muillekin asiakkaille. VSSHP:n sairaaloita käytetään myös opetukseen ja tieteelliseen tutkimukseen.

(<http://www.vsshp.fi/fi/esittely/yleiskuvaus/>.)

VSSHP:llä on viisi sairaalaa, jotka ovat Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS), Loimaan aluesairaala, Salon aluesairaala, Vakka-Suomen sairaala ja Turunmaan sairaala – Åbolands sjukhus. TYKS:n sairaalayksiköt ovat Kantasairaala, Kirurginen sairaala, Paimion sairaala ja Raison sairaala. Turunmaan sairaalasta tuli liikelaitos vuoden 2006 alusta ja siihen kuuluu myös Paraisilla sijaitseva Turunmaan mielenterveyskeskus. Lisäksi sairaanhoidopiirillä on kolme piirin laajuista palveluyksikköä: laboratorioliikelaitos Tykslab, Varsinais- Suomen kuvantamiskeskus ja VSSHP:n psykiatrian tulosalue.

Sairaanhoidopiirin ja sen liikelaitosten yhteiset vuotuiset toimintakulut ovat noin 416 miljoonaa ja toimintatuotot noin 442 miljoonaa euroa, josta jäsenkuntien osuus on noin kolme neljäsosaa (talousarvio 2006). Muut tulot saadaan palveluiden myynnistä muille asiakkaille, potilasmaksuista ja valtionavuista. Investointeja varten on varattu 41 miljoonaa vuodelle 2006, 52 miljoonaa vuodelle 2007 ja vuosille 2008 – 2009 yhteensä noin 114 miljoonaa euroa. Suurin investointikohde on TYKS:in uusi T- sairaalarakenus, jonka ensimmäinen osa otettiin käyttöön marraskuussa 2003 ja toisen vaiheen on suunniteltu valmistuvan 2010. ([http://www.vsshp.fi/fi/esittely/yleiskuvaus/.](http://www.vsshp.fi/fi/esittely/yleiskuvaus/))

Sairaanhoidopiirin ylintä päätösvaltaa käyttää 108- jäseninen kuntayhtymän valtuusto, johon jäsenkuntien valtuustot valitsevat kunnan koon mukaan 1- 5 ja Turun yliopisto kaksi edustajaa. Valtuusto on siirtänyt osan päätösvalloistaan kuntayhtymän hallitukselle, johon kuuluu 19 jäsentä. Jäsenistä 17 nimeää kuntayhtymän valtuusto ja kaksi Turun yliopisto. Sairaaloilla (osavastuualueilla) ja liikelaitoksilla on omat johtokunnat, jotka päättävät tietyistä niiden toimintaan kuuluvista asioista. TYKS:n johtokuntana toimii kuntayhtymän hallitus. Virkamiestasolla sairaanhoidopiirin toimintaa johtavat sairaanhoidopiirin johtaja, johtajaylilääkäri, hallintoylihoitaja ja talousjohtaja. Sairaanhoidopiirin johtajalla on apunaan johtoryhmä. Aluesairaaloitten (osavastuualueitten) johdosta vastaavat johtava lääkäri, johtava ylihoitaja ja hallintojohtaja.

([http://www.vsshp.fi/fi/esittely/yleiskuvaus/;](http://www.vsshp.fi/fi/esittely/yleiskuvaus/) <http://www.vsshp.fi/fi/hallinto/hallinto.>)

TYKS:ssa operatiiviseen toimenpiteeseen odottavien lukumäärä oli vuoden 2003 lopussa 6. 093 potilasta. Vuoden 2004 alusta jonoon yhdistettiin kirurgiseen sairaalaan 1. 172 potilaan jono. Elokuun lopussa 2004 jono oli 7. 468 potilasta, mikä on 1. 375 potilasta vuoden 2003 lopun tilannetta enemmän. Kun kirurgisen sairaalan jono otetaan huomioon, oli vertailukelpoinen jonon kasvu 203 potilasta (3,3 %). Päiväkirurgisia toimenpiteitä suoritettiin TYKS:ssa 5. 037, joka on 48,4 % talousarviosta ja 6,7 % edellisvuotista vähemmän. Tähän vaikutti osaltaan jonopurkuprojektin loppuminen, joka vähensi leikkaustoimintaa. Kaihileikkausten määrän vähenemisellä jonopurkuprojektin loppumisen myötä oli suuri vaikutus päiväkirurgisten toimenpiteiden lukumäärään. Kaihileikkauksen hinta on 660 euroa vuonna 2006. (<http://www.vsshp.fi/fi/hinnat/16989.>)

3.3.2 Kaihipotilaan leikkauskriteerit

Lähteessä edellytettävät tiedot: lähteessä tulee olla tieto näöntarkkuudesta ja muista leikkaushoidon perusteista. On varmistettava, että potilaan näkövaikeudet eivät johdu puuttuvista tai sopimattomista silmälaseista tai muusta silmäsairaudesta.

Hoidon perusteena on kaihesta johtuva näköhaitta, joka estää esimerkiksi ajokortin saamisen tai häiritsee lukemista. Leikkaushoidon aiheellisuus perustuu aina yksilölliseen arvioon. Kiireettömän leikkaushoidon edellytyksenä tulee olla vähintään yksi alla luetelluista tekijöistä:

- Näöntarkkuus potilaan paremmassa silmässä on parhaalla lasikorjauksella 0,5 tai heikompi.
- Jos paremman silmän näöntarkkuus on parempi kuin 0,5, heikomman silmän leikkauskriteerinä on näöntarkkuus 0,3 tai heikompi (parhaalla lasikorjauksella).
- Selviytyminen päivittäisistä toiminnoista on kaihen vuoksi muuten merkittävästi vaikeutunut.
- Ensimmäisen silmän leikkauksen jälkeen on syntynyt potilasta haittaava silmien eritaitteisuus (yli 2 diopteria)
- Potilaalla on kaihesta johtuva muu oleellinen haitta (esimerkiksi kaihi estää diabeetikon silmänpohjan laserhoidon).

Näiden perusteiden olemassaolosta huolimatta leikkausta ei kuitenkaan tehdä, jos siitä ei ole odotettavissa hyötyä potilaan liitännäissairaudet ja muut tekijät huomioiden. (<http://www.kaypahoito.fi/>. Aikuisiän harmaakaihi.)

4. PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

4.1 Aikataulu

Projektin aiheen kehittäminen alkoi jo alustavasti keväällä 2005. Tällöin keskustelimme TYKS:n silmäklinikan leikkausosaston osastonhoitajan kanssa mahdollisesta aiheesta, joka edistäisi silmäklinikan toimintoja. Itse työskentelen silmäleikkausosastolla sairaanhoitajana, joten tästäkin syystä halusin aiheen liittyvän silmäklinikan toimintaan. Varsinaisen aiheen tarkentuminen tapahtui elokuussa 2005. Aiheen suunnittelu ja kehittäminen eteni vaiheittain rauhallisesti. Aihe sai hyväksynnän Satakunnan ammattikorkeakoulun, sosiaali- ja terveysalan ohjaavalta opettajalta Tarja Heinolta joulukuussa 2005. Alkukevät 2006 oli materiaalin hakua ja karsintaa. Materiaalin hankintaa helpotti suuresti Uudenkaupungin kirjaston avulias henkilökunta ja toimiva kaukolainasysteemi. Tämän vuoksi sain melko helposti käyttööni monia hoitotieteen Pro Gradu- tutkielmia ja väitöskirjoja. Projektisuunnitelma oli valmis maaliskuun lopussa 2006. Maaliskuusta lähtien teorian kirjoittaminen, muokkaaminen ja tarkan hoitopolun kuvauksen laatiminen oli pääasiallinen tehtävä. Koko tämän ajan olin yhteydessä sekä leikkausosaston osastonhoitajaan että Tarja Heinoon Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Alustavan hyväksynnän työlleni sain 5.6.2006. Syksyllä 2006 tapahtuu lopullinen työn arviointi.

4.2 Resurssit

Teen opinnäytetyön yksin, koska tämä tapa on minulle helpoin järjestää. Olen tällä hetkellä kotona hoitovapaalla omasta työstäni. Aikaa työn tekemiseen on siis rajallisesti ja hyvin epäsäännöllisesti. Suuri tuki minulle ovat ohjaajani Tarja Heino, osastonhoitajamme Marjaana Kettu ja oma perheeni.

Opinnäytetyön laajuus on 15 opintopistettä, joka vastaa noin 400 tuntia. Tämän projektin kohdalla suunniteltu tuntimäärä ylittyi jonkin verran. Aikataulu venyi melko paljon henkilökohtaisista syistä.

Materiaalikustannukset olen varautunut kustantamaan itse. Kaukolainakustannuksia kertyi noin 50€ muita kuluja tulevat olemaan työn monistamiseen ja kansittamiseen liittyvät kustannukset, cd- levyt työn tallentamista varten sekä matkakulut Uudestakau-pungista Poriin ja Turkuun.

4.3 Projektin toteutus

Projekti perustuu projektisuunnitelmaan, jonka laadin helmi- maaliskuun 2006 aikana ja se hyväksyttiin maaliskuun lopussa 2006. Projektisuunnitelmasta käy ilmi projektin lähtökohdat, tarkoitus, tavoitteet ja kohderyhmä. Projektisuunnitelmassa on selvitetty myös lyhyesti teoreettista taustaa. Projektia olen vienyt eteenpäin suunnitelman mukaisesti. Aikataulu on jonkin verran pettänyt työn edetessä odottamattomien viivästyksien vuoksi. Toteutin projektin laatimalla päiväkirurgisen kaihileikkauspotilaan hoitopolun tarkan kuvauksen ja laatimalla tästä kuvauksesta kaavion (Liite3). Projektin toteutin yhteistyössä silmäleikkausosaston osastonhoitajan ja ohjaavan opettajan kanssa.

5. PÄIVÄKIRURGISEN KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOITOPOLKU TYKS:N SILMÄKLINIKASSA

TYKS sairaalana on tiloiltaan suuressa muutoksessa. Vuonna 2004 käyttöön otettiin uusi T- sairaala ja jo nyt on suunnitelmissa T2- sairaala, jonka valmistumisen jälkeen silmäklinikkallakin olisi mahdollisuus saada uudet tilat A- sairaalasta. Tämä uusien tilojen saaminen mahdollistaisi silmäklinikan eri yksiköiden toimintojen suorittamista lähempänä toisiaan, jopa mahdollisesti samassa kerroksessa. Uusien tilojen myötä potilaiden siirtyminen yksiköstä toiseen muuttuisi hyvin paljon ja tämä mahdollistaisi monien asioiden muutoksen haluttuun suuntaan.

TYKS:n silmäklinikan tilat sijaitsevat U- sairaalassa. Silmäpoliklinikka (520) on pääsisäänkäynti aulassa 3. kerroksessa, silmäleikkausosasto (550) on 2. kerroksessa ja silmävuodeosasto (510) on 10. kerroksessa. Päiväkirurgisten kaihileikkauspotilaiden esitutkimusyksikkö (510/Päiki) sijaitsee korvaosasto 516:n kanssa samoissa tiloissa 11. kerroksessa. Erikseen on vielä karsastuspoliklinikka, jonka fyysiset tilat ovat vanhassa puutalossa U- sairaalan kupeessa. Silmä- ja korvaklinikan hallinto sijaitsee 4. ja 10. kerroksessa. Silmäklinikka on siis todella hajallaan ympäri U- sairaalaa.

Kaihipotilaan hoitopolku (Liite 3) on jonkin verran muuttunut ajan kuluessa. Tällä hetkellä esitutkimuksia tekee yksi erillinen oma yksikkö 510/Päiki. Kaihileikkauksia suoritetaan edelleen vanhalla tavalla, eli silmäpoliklinikan leikkaussalissa ja silmäleikkausosastolla, jossa on kolme leikkaussalia. Hallinnollisesti leikkaussalit kuuluvat yhteen, vaikka fyysisesti erillään sijaitsevatkin. Silmäpoliklinikan leikkaussali toimii itsenäisesti, joka tarkoittaa, että potilaat tulevat silmäpoliklinikan leikkaussalin heräämöönsuoraan kotoa ja lähtevät heräämöstä kotiin jälkitarkkailun jälkeen. Silmäleikkausosastolla hoidettavat potilaat taas tuodaan silmäosastolta 510 ja heidät haetaan leikkauksen jälkeen osastolle jälkitarkkailuun, josta he sen jälkeen kotiutuvat.

5.1 Lähete ja kutsukirje

Kaihipotilaan lähete saapuu Turun yliopistollisen keskussairaalan silmäpoliklinikalle yksityissilmälääkäriltä, Salon aluesairaalan, Vakka- Suomen aluesairaalan ja Turun kaupunginsairaalan silmäpoliklinikoilta. Terveyskeskuksesta, saapuva yleislääkärin lähete käsitellään ensin poliklinikka käyntinä ja potilas käy poliklinikalla tutkimuksissa. Nykyisen läheteiden käsittely järjestelmän ansiosta on mahdollista, että klinikassa hoidossa oleva potilas voidaan asettaa kaihileikkausjonoon suoraan TYKS:n silmälääkärin toimesta. Silmäpoliklinikalla lähete kirjataan saapuneeksi ja tallennetaan koneelle, jonka jälkeen silmälääkäri arvioi lähetteen ja toimenpiteen kiireellisyyden (1-2), kirjaa tiedot koneelle ja hyväksyy lähetteen. Tämän jälkeen potilas on kaihileikkausjonossa. Jonohoitaja vastaa potilaiden kutsumisesta oikeassa järjestyksessä kaihileikkaukseen. Ensin potilas saa kirjeitse tiedon lähetteen saapumisesta ja potilaan kirjaamisesta kaihileikkausjonoon, sekä tiedon leikkauksen arvioidusta ajankohdasta. Jonohoitaja kutsuu poti-

laan esitutkimuskäynnille, samalla hän lähettää potilaalle esitietolomakkeen, jossa kysytään perussairauksia, mahdollisia allergioita, käytössä olevia lääkkeitä, lähiomaista ja avun saantia kotona. Tämä kaavakkeen potilas täyttää ennen esitutkimuskäynnille saapumista ja ottaa sen käynnille mukaan. Samassa kirjeessä on mukana myös kartta sairaalan alueesta, joka helpottaa oikean talon löytymistä. (E. Kummala, osastosihteeri os. 520 ja M. Virtanen, jonohoitaja, henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.)

5.2 Esitutkimuskäynti

Potilaalta tutkitaan esitutkimuskäynnillä molemmat silmät. Mustuaista laajentavia silmätippoja laitetaan heti potilaan saapuessa sairaalaan. Käynnillä tehtäviä tutkimuksia ovat: kaihin kypsyysasteen määrittäminen, silmänpohjien tarkastus, silmänpaineen mittaaminen, keratometriarvot ja silmän pituus, näiden tietojen pohjalta määritetään alustavasti teko- mykiön vahvuus. Potilaan tilanne arvioidaan ja määritetään hänen valmiutensa päiväki- rurgiseen kaihileikkaukseen. Silmälääkäri kertoo leikkauksesta ja arvioi todennäköistä saavutettavaa tulosta. Sovitaan leikattava silmä, jos potilaalla molemmat silmät vielä leikkaamatta, valitaan alustavasti puudutusmuoto ja annetaan potilaalle puhdistustippa- resepti, yleensä kortisoniantibioottitippaa (Dexa- Chlora). Sovitaan leikkauspäivämäärä ja osastolle saapumisaika. Sairaanhoidajan työhön esitutkimuspäivänä kuuluu: potilaan haastattelu ja tiedon kerääminen. Tärkeää potilaan käyttämistä lääkkeitä on huomioida verenohennuslääkkeet, glaukooma- eli silmänpainetta alentavat lääkkeet ja eturauhas- lääkkeistä Omnic ja Expros. Lääkkeistä Marevan on johtopuudutuspotilailla kaksi päi- vää tauolla ennen leikkausta ja P- INR kontrolloidaan esitutkimuspäivänä ja leikkaus- päivän aamuna. Laboratorio käyntien selvittäminen potilaalle on erittäin tärkeää, koska leikkaus voi peruuntua verikoearvon puuttuessa. Silmätippojen laitto opetetaan potilaal- le ja kerrotaan miten hän tippoja laittaa ennen leikkauspäivää. Potilaalle annetaan mu- kaan kirjallinen ohje leikkaukseen valmistautumisesta (Liite 4). Sairaanhoidaja selvittää leikkauspäivän tapahtumia ja leikkaukseen liittyviä asioita potilaalle ja saattajalle. Ker- rotaan, että saattaja voi poistua leikkauksen ajaksi osastolta. Leikkauksen jälkeen koti- hoito- ohjeet annetaan mielellään sekä potilaalle, että saattajalle jos mahdollista. Alusta- vasti kerrotaan mitä kotihoito vaatii leikkauksen jälkeen, jotta potilas voi valmistautua

tuleviin tapahtumiin ja järjestää tarvitsemansa avun. (M. Symes, sairaanhoitaja os.510, henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.)

5.3 Päiväkirurginen kaihileikkauspäivä

Potilaat saapuvat silmäosastolle 510 porrastetusti 7.30- 12.00. Potilaan tullessa osastolle hänelle esitellään osaston tilat, odotushuone, wc ja tila vaatteiden vaihtoon ja omien vaatteiden säilytykseen. Potilas vaihtaa päälleen sairaalan paidan ja halutessaan kengät. Potilasta päivän hoitava sairaanhoitaja varmistaa leikattavan silmän ja puhdistustippojen ohjeen mukaisen laitton. Tämän jälkeen leikattavaan silmään tiputetaan mustuaista laajentavia silmätippoja. Silmätipat ovat Syklo, Metaoksedrin ja Voltaren Ophta. Silmätippoja laitetaan kolmasti leikattavaan silmään ennen potilaan leikkausosastolle viemistä. Leikkausosastolle kutsuttaessa sairaanhoitaja saattaa potilaan heräämöö. (P. Jokinen, apulaisosastonhoitaja os.510, henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.)

Heräämössä hoitovastuun ottaa heräämöhoitaja. Hän varmistaa potilaalta leikattavan silmän ja suunnitellun puudutusmuodon. Aluksi puudutetaan leikattavan silmän pinta puudutusaine tipoilla (Obucain). Seuraavaksi potilaalle avataan suonyhteys, kanyyli laitetaan mahdollisuuksien mukaan vasemman käden kämmenselkään. Tippapuudutuksen ollessa kyseessä potilas istuu tuolissa ja odottaa pääsyä leikkaussaliin, puudutustippoja lisätään leikattavaan silmään säännöllisin väliajoin. Johtopuudutuksen laittoa varten potilas ohjataan makuulle puudutustasolle ja anestesia lääkäri laittaa leikattavaan silmään parabolbaaripuudutuksen. Silmäluomi suljetaan huolellisesti ja asetetaan painosidos puudutetun silmän päälle 10 minuutiksi. Silmän puudutuksen onnistuminen tarkistetaan ja tarvittaessa lisätään puudutetta. Heräämössä sairaanhoitaja mahdollisuuksien mukaan kertoo potilaalle leikkaussalin tapahtumista. (S. Tenhunen, sairaanhoitaja os.550, henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.)

Anestesiahoitaja hakee potilaan leikkaussaliin. Hoitovastuu siirtyy heräämöhoitajalta anestesiahoitajalle. Leikkaussalissa potilas asetetaan leikkausasentoon. Leikattava silmä ja silmän seutu puhdistetaan. silmään tiputetaan Betadine 5% puhdistustippa, jonka annetaan vaikuttaa muutama minuutti ja huuhdotaan pois. Silmän seutu puhdistetaan tai-

tosten avulla. Johtopuudutuksessa lisäksi Betadinen poishuuhtelun jälkeen puhdistetaan luomien alta pumpulitikuilla. Pesunesteenä Hibitane 0,005%- liuos. Tämän jälkeen luodaan steriili leikkausalue. Silmälääkäri tulee saliin kaiken ollessa valmista. Leikkauksen kesto on silmälääkäristä riippuen noin 10- 30 minuuttia. Leikkauksen jälkeen leikattuun silmään tiputetaan silmänpainetta alentava silmätippa ja asetetaan silmän suojaksi läpinäkyvä kilpi tai taitokset ja läpinäkyvä kilpi. Potilas saatetaan heräämään. Potilasta tullaan hakemaan silmäosastolta ja hoitovastuu siirtyy silmäosaston sairaanhoitajalle. (S. Tenhunen, sairaanhoitaja os.550, henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.)

Silmäosastolla potilasta seurataan leikkauksen jälkeen noin yhden tunnin verran. Potilas saa tarkkailun aikana halutessaan kahvia/ teetä ja voileipiä. Leikatun silmän jatkohoidosta potilaalle kerrotaan ennen kotiutumista. Potilas katsoo osastolla kotihoito- ohjevideon, ohjeista keskustellaan hänen kanssaan suullisesti ja hänelle annetaan ohjeet mukaan kirjallisena (Liite 5). Pääsääntöisesti TYKS:n silmäklinikassa ei jälkitarkastusta tehdä, vaan potilas käy jälkitarkastuksessa yhden kuukauden kuluttua omalla silmälääkärillä. Tästä poikkeuksena potilaat, joilla perussairautena glaukooma tai uveiitti, sekä potilaat, joilla leikkauksen aikana ongelmia leikkauksen kulussa. Nämä potilasryhmät käyvät ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä kontrollissa TYKS:n silmäklinikalla. Hoito TYKS:n silmäklinikassa päättyy. Tilanteessa, jossa potilas tulee toisen silmän kaihileikkaukseen kuukauden kuluttua ensimmäisen silmän leikkauksesta, potilas käy leikkausten välissä omalla silmälääkärillä 2- 3 viikon kuluttua leikkauksesta ja tuo mukanaan tiedon tulevasta lasivahvuudesta toisen silmän leikkaukseen tullessaan. (P. Jokinen, apulaisosastonhoitaja os.510, henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.)

Kaihileikkauksia tehdään myös kaihileikkausyksikössä 550/Päiki. Potilas tulee aamulla suoraan leikkaussalin heräämään, jossa tapahtuvat leikkausvalmistelut, leikattavan silmän puudutus ja leikkauksen jälkeinen tarkkailu. Heräämön vieressä on yksi leikkaussali, jossa kaihileikkauksia tehdään. Potilas kotiutuu suoraan leikkaussalin heräämästä kotiutus kriteerien täytyessä.

6. PROJEKTIN ARVIOINTI

Kaikilla työyhteisön jäsenillä tulee olla mahdollisuus henkilökohtaiseen kehittymiseen. Työn tulee olla itsenäistä, vastuullista, sopivan vaativaa ja monipuolista. Työssä on saatava käyttää kykyjään ja taitojaan, sillä se lisää työtyytyväisyyttä ja motivaatiota. Ammatillinen pätevyys kehittyy parhaiten työyhteisössä, jossa työ on monipuolista, mielenkiintoista ja kannustavaa ja jossa työntekijä saa työskennellä itsenäisesti, tehdä itsenäisiä päätöksiä ja ottaa vastuuta. Nykypäivän hoitotyössä korostuvat arviointi ja kehittäminen. Hoitotyön asiantuntijat pystyvät reflektiiviseen käytäntöön eli arvioimaan omaa toimintaansa suhteessa asetettuihin kriteereihin ja kehittämään sitä tämän arvioinnin pohjalta. Hoitotyöntekijän itsearviointi ja reflektointi ovat oman työn kehittämiseksi tärkeitä. Jos hoitotyöntekijä ei tietoisesti reflektoi omaa toimintaansa ja tunteitaan, hän ei pysty ehkä auttamaan asiakastaan. (Kaskinen 2005, 13- 14)

Päiväkirurgian vallatessa alaa hoitohenkilökunnan itsearviointi ja kriittinen oman työn tarkastelu korostuu, sillä potilaskontakti on päiväkirurgisen leikkauksen yhteydessä lyhyt ja intensiivinen. Potilaan tulee kuitenkin saada riittävä määrä tietoa ja tukea itsehoitoa varten. Ohjauksen tulee olla asiallista, kattavaa ja selkeää. Tänä päivänä myös potilaat ovat tiedon haluisia ja hyvin tietoisia omista oikeuksistaan. Potilaat ottavat osaa oman hoitonsa päätöksentekoon ja he osaavat olla kriittisiä oman hoitonsa asiantuntijoita. He osaavat vaatia tietoa ja perustelua hoitoaan koskevista ratkaisuista. Tästä johtuen hoitohenkilökunnan tulee olla asiantuntevaa, ajan tasalla hoitokäytänteistä ja valmiita perustelemaan hoitoon liittyviä ratkaisuja.

Päiväkirurginen kaihileikkaus on nykyään arkipäivää, leikkauksia tehdään useita päivässä ja tarvetta leikkausmäärän lisäämiseen tuntuu olevan. Leikkausten suuresta määrästä huolimatta on tärkeää muistaa jokaisen potilaan yksilöllisyys ja ainutlaatuisuus. Potilaille leikkaus on aina ainutkertainen ja jännittävä tapahtuma. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida tämä työskentely tavoissaan. Tärkeää on varma, rauhallinen ja asiantunteva ote omaan työhön ja potilas kontaktiin. Jokainen potilas kokee leikkaustilanteen

yksilöllisellä tavalla ja sitä hoitohenkilökunnan tulee kunnioittaa. Potilas on oman tilanteensa ja olonsa asiantuntija, jota tulee kuunnella tarkkaavaisesti.

6.1 Tulosten tarkastelu

Projektin lähtökohtana oli TYKS:n silmäklinikan pyyntö saada päiväkirurgisen kaihipotilaan hoitopolusta tarkka kuvaus ja kaavio. Aluksi oli tärkeää saada riittävä määrä informaatiota kaihileikkauspotilaan kulusta silmäklinikassa. Tätä tietoa keräsin usealta klinikan työntekijältä. Hoitopolkua tehdessä vastaan tuli monia tilanteita, joissa toimintatapa riippui paljon potilaan tapauksesta ja hoitavasta lääkäristä. Tämä vaikeutti hoitopolun kokoamista, sillä tärkeää on, että kuvaus on tarkka ja selkeä. Oli siis tarkasteltava tilannetta monelta eri suunnalta. Oli selvitettävä, mikä toimintatapa on yleinen ja paljon käytetty. Projektin edetessä huomasin myös, että aiheenrajaus on todella tärkeää. Aihe lähtee helposti ”rönsyilemään”. Tässä aiheen tarkennuksessa isona apuna oli ohjaava opettajani. Nyt mielestäni aiheen rajaus ovat hyvät.

Projektin tekeminen on opettanut paljon. Aineiston hankinta on vastuullista ja vaativaa työtä. On pyrittävä varmistamaan lähteiden luotettavuus ja tietojen todenmukaisuus. Olen käyttänyt paljon Pro Gradu- tutkielmia ja väitöskirjoja työni lähteinä. Olen hakenut aineistoa internetistä esimerkiksi yliopistojen sivuilta, internetistä suoraan otettujen tietojen kohdalla olen pyrkinyt varmistamaan tietojen olevan luotettavilta sivuilta. Olen käyttänyt mahdollisimman uusia lähteitä, jossa mielestäni onnistuin hyvin. Projekti on auttanut minua ymmärtämään oman työpaikkani organisaatorakennetta paljon aiempaa paremmin. Olen pystynyt syventämään tietojani silmäklinikan toiminnasta ja potilaan hoidon vaiheista silmäklinikassa.

Projektina tuotettu hoitopolku on tarkka kuvaus potilaan hoidon vaiheista TYKS:n silmäklinikassa. Tämä kuvaus lisää hoitohenkilökunnan tietoa ja ymmärrystä potilaan hoidosta, hänen hoitokäynneistään silmäklinikassa ja mahdollisesta hoitoon odotusajasta. Projektissa tuotettu kaavio hoitopolusta on tehty mahdollisimman selkeäksi ja kattavaksi. Tarkoitus on, että kaaviota pystyy muokkaamaan tilanteen kehittyessä ja hoitolinjojen mahdollisesti muuttuessa. Kansiota päivitetään määrätysin väliajoin.

6.2 Ehdotus tuleviksi projekteiksi

Uusia projekteja voisivat olla tarkka hoitopolun kuvaus karsastusleikkauspotilaan, verkkokalvoirtaumapotilaan tai sarveiskalvosiirtopotilaan hoidosta. Tehtyä projektia voisi jatkaa kehittämällä kaihileikkauspotilaan hoitopolkua tilanteessa jossa silmäklinikan toimintaa selkeästi jouduttaisiin muuttamaan, esimerkiksi uusien toimintatilojen myötä.

TYKS:n silmälinikassa tullaan ottamaan käyttöön uusi leikkaustoimintojen ohjausjärjestelmä nimeltään Opera. Ohjelma otetaan käyttöön vuoden 2007 alussa pilottina kantasairaalassa. Tämä Opera- ohjelman käyttöönotto vaatii nimenomaan tarkkaa hoitopolkuajattelua ja toiminnan suunnittelua sen pohjalta. Tekemäni projekti on apuna ohjelman käyttöönotossa.

LÄHDELUETTELO:

- Aarnisalo, E. 2005. Korkeatasoista oftalmologiaa tulevaisuudessa – millä edellytyksillä? *Silmähoitaja* 14 (3), 8- 9.
- Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Alho, S. & Nylund, A. 2002. Päiväkirurgisen potilaan kirjalliset hoito- ohjeet. Pro Gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotyön opettamisen koulutusohjelma. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Fordell, M. 2002. Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun tarkastelua. Pro Gradu – tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos. Terveystieteellinen tiedekunta.
- Hassinen, T. 2003. Iäkkään potilaan voimavaroja tukevat hoitotyön auttamismenetelmät. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Hietanen, J., Hiltunen, R. & Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Hiltunen, R., Suominen, T. & Katajisto, J. 1996. Miten päiväkirurgisen kaihipotilaan omaisen ohjaus toteutuu? Hoitotyön julkaisusarja A:17. Turku. Turun yliopistollinen keskussairaala.
- Huha, T. 1997. Silmäpuudutukset. Teoksessa Tuominen, M., Alahuhta, S., Haasio, J., Hendolin, H., Huha, T., Kokki, H., Pitkänen, M., Rosenberg, P. & Vuorinen, E. (toim.) Puudutus ja kivunhoito. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 88- 98.
- Huha, T. & Maunuksela E-L. 2002. Silmäanestesian erityispiirteet. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Hendolin, H., Jalonen, J. & Yli- Hankala, A. (toim.) Anestesiaopas. Rauma: Kirjapaino Oy West Point, 267- 274.
- Isola, A. 2005. Palvelujen laatu paranee potilasta ohjaamalla. *Silmähoitaja* 14 (4), 12.
- Jokinen, P. 2006. Apulaisosastonhoitaja, Turun yliopistollinen keskussairaala, silmäkliinikka, osasto 510. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.

Kanala, A. & Leinonen, P. 2001. Dementoituvan haasteellinen käyttäytyminen ja siihen liittyvä hoitajan toiminta yksityisissä ja kunnallisissa laitoksissa. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Hoitotiede: Terveystieteiden opettajan koulutus.

Karttunen, T. 2005. Asiakaslähtöisten toimintamallien arviointi – kansainvälisen ja kansallisen hoitotieteellisen tutkimuksen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Kaskinen, M-S. 2005. Henkilöstökoulutus vanhusten hoitotyön kehittämisessä – kotihoidon ja vanhustyön hoitotyöntekijöiden arviointia omahoitajakoulutuksesta. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Preventiivinen hoitotiede. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Kivelä, T. 1998. Silmät auki. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 114 (3), 271–272.

Kivelä, T. 2001. Silmän rakenne ja toiminta. Teoksessa Saari, K.M. (toim.) Silmätautioppi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 12- 35.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kummala, E. 2006. Osastonsihteri, Turun yliopistollinen keskussairaala, silmäklinikka, osasto 520. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.

Laatikainen, L. 1998. Vanheneva väestö ja kehittyvä tekniikka: kaihikirurgian siunaus ja kirous. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 114 (3), 273- 274.

Maunuksela, E-L. 1999. Silmäpotilaan anestesia. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 666- 673.

Mähönen, T. 2001. Hoitotyön menetelmät dementoituvien vanhusten haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Terveystieteiden opettajan koulutus.

Raappana, M. 2001. Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Hoitotiede: Preventiivisen hoitotieteen koulutus.

Ripart, J., Nouvellon, E. & Chaumeron, A. 2005 Regional anesthesia for eye surgery. Regional anesthesia and pain medicine 30 (1), 72- 82.

Saari, K. M 2001. Suonikalvosto ja sen sairaudet. Teoksessa Saari, K.M. (toim.) Silmätautioppi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 176.

Tenhunen, S. 2006. Sairaanhoitaja, Turun yliopistollinen keskussairaala, silmäklinikka, osasto 550. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.

Teräsvirta, M. & Saari, K.M. 2001. Mykiö ja sen sairaudet. Teoksessa Saari, K.M. (toim.) Silmätautioppi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 202- 216.

Virtanen, M.2006. Jonohoitaja, Turun yliopistollinen keskussairaala, silmäklinikka. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 27.4.2006.

Yli- Kovanen, A. 2003. Päiväkirurgisen potilaan pelkoja. Pro Gradu - tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/6085/index.htm>

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/3129/index.htm>

<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hoitopaasy/koulutus.htm>

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856>

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/is1106141552319/dokumentti.pdf>

<http://www.vsshp.fi/fi/esittely/yleiskuvaus/>

<http://www.vsshp.fi/fi/hallinto/hallinto>

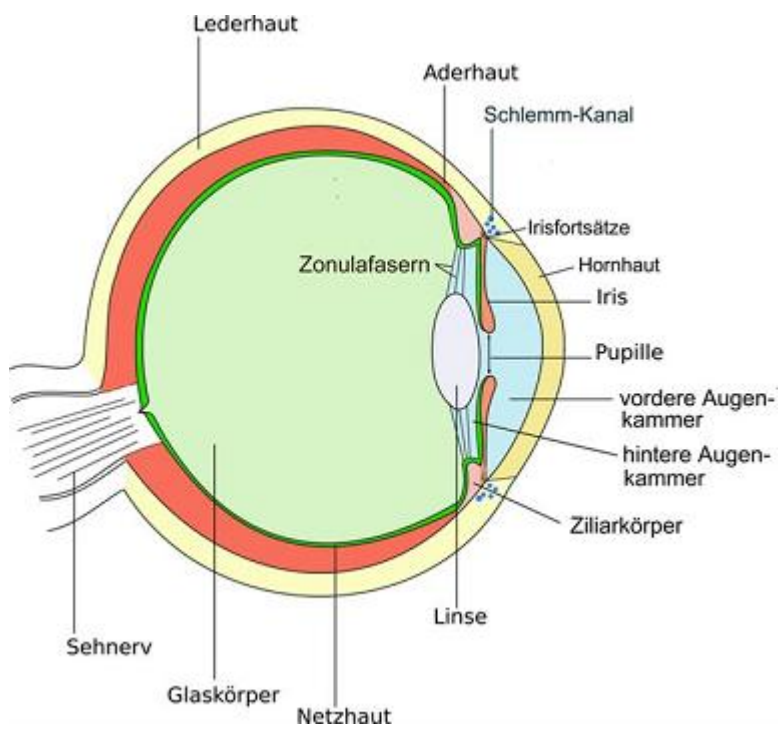
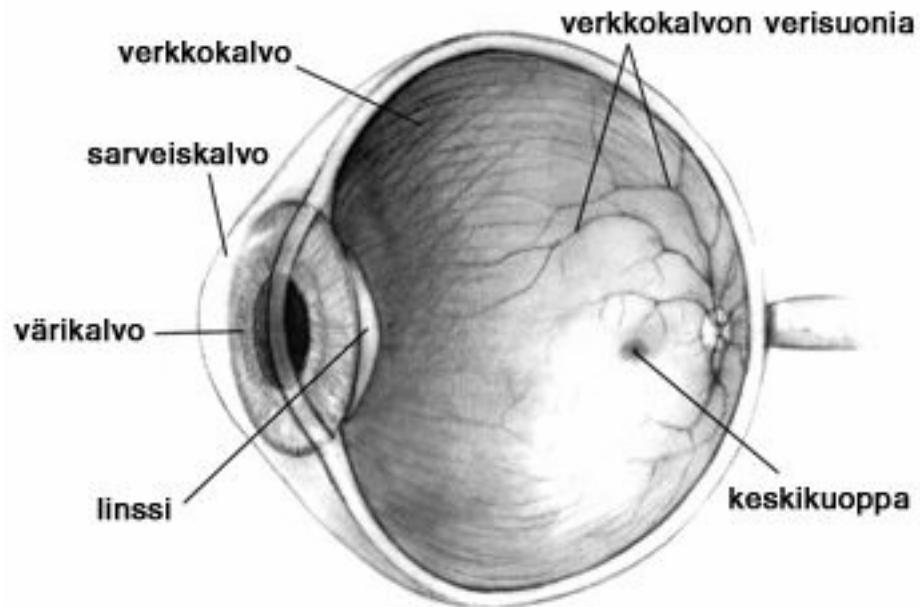
<http://www.vsshp.fi/fi/hinnat/16989>

<http://www.kaypahoito.fi/>. Aikuisiän harmaakaihi.

http://www.rohto.fi/doc/esitykset/mantyranta_050531.pdf

<http://www.stakes.fi/oske/terminologia/kaaviot/kasite02.htm>

LIITTEET:



Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

2 LUKU

«Potilaan» oikeudet

3 §

«Oikeus» hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on «oikeus» ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Suomessa tilapäisesti oleskelevien henkilöiden oikeudesta hoitoon on voimassa, mitä siitä erikseen säädetään tai valtioiden välillä vastavuoroisesti sovitaan. Kunnan ja valtion velvollisuudesta järjestää terveydenhuollon palveluja on lisäksi voimassa, mitä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoitolaissa, tartuntatautilaissa ([583/1986](#)), mielenterveyslaissa ([1116/1990](#)), vankeinhoitolaitoksesta annetussa asetuksessa sekä terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa säädetään. ([30.6.2000/653](#))

Potilaalla on «oikeus» laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

«Potilaan» äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

«Potilaan» oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimintuskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kielisiä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain ([423/2003](#)) 10, 18 ja 20 §:ssä. Kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja suomen ja ruotsin kielellä säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. ([6.6.2003/429](#))

4 §

Pääsy hoitoon

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Hoitoon pääsyttä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. ([17.9.2004/857](#))

Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle henkilölle annettavasta avusta ja hoitoon ottamisesta on voimassa, mitä niistä kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 2 kohdassa, erikoissairaanhoitolain 30 §:n 2 momentissa ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 §:ssä säädetään. ([30.6.2000/653](#))

4 a § [\(17.9.2004/857\)](#)***Tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma***

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä [«potilaan»](#) hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä [«potilaan»](#), hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

5 §**«Potilaan» tiedonsaantioikeus**

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. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin [«potilaan»](#) tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa [«potilaan»](#) hengelle tai terveydelle.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa [«potilaan»](#) käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

[«Potilaan»](#) oikeudesta tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot on voimassa, mitä henkilötietolain ([523/1999](#)) 26–28 §:ssä säädetään. [«Potilaan»](#) oikeudesta tietojen saantiin on lisäksi voimassa, mitä siitä säädetään viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain ([621/1999](#)) 11 ja 12 §:ssä. ([30.6.2000/653](#))

6 §**«Potilaan» itsemääräämisoikeus**

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, [«potilaan»](#) laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi [«potilaan»](#) tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

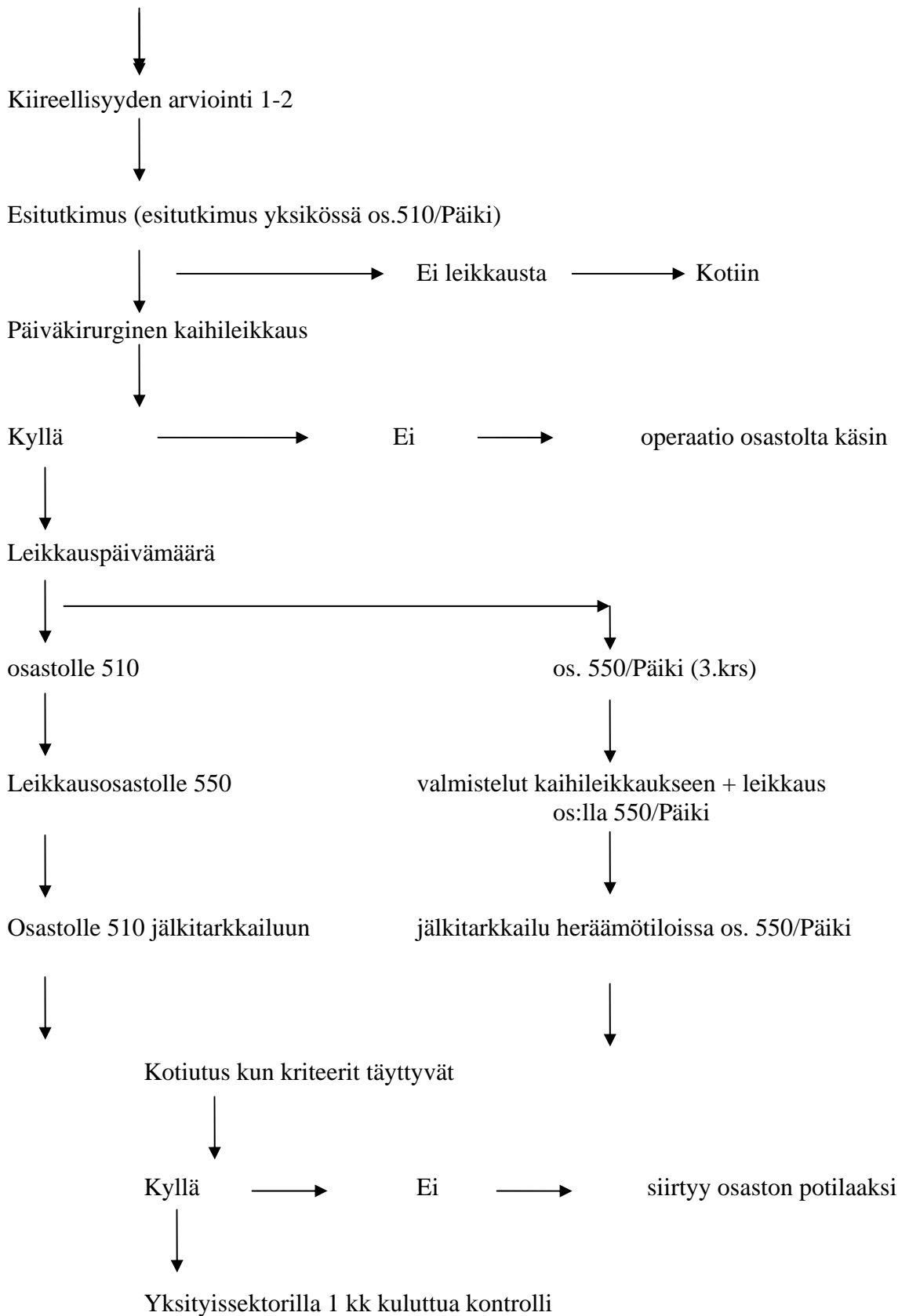
Tapauksissa, joita 2 momentissa tarkoitetaan, tulee hoitoon saada [«potilaan»](#) laillisen edustajan taikka lähimaisen tai muun läheisen suostumus. Laillisen edustajan, lähimaisen ja muun läheisen tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon [«potilaan»](#) aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen

etunsa. Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumisesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. ([9.4.1999/489](#))

«Potilaan» tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on voimassa, mitä siitä mielen-terveyslaissa, päihdehuoltolaissa ([41/86](#)), tartuntatautilaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa ([519/77](#)) säädetään.

KAIHIPOTILAAN HOITOPOLKU TYKS:N SILMÄKLINIKASSA

Lähetä TYKS:n silmäkl:lle



Kaihileikkaukseen valmistautuminen (1)

Potilasohje / e / Silmätaudit / T520kaihiva/2004.1f
på svenska

Leikkausta edeltävänä päivänä

- Käyttäkää silmän puhdistustippoja leikkausta edeltävänä päivänä nukkumaan menoon asti reseptin ohjeen mukaisesti.
- Silmätippaa tiputtaessanne pitäkää tippapullo muutaman sentin päässä silmästä. Voitte vetää alaluomea alaspäin ja kallistaa päätä taaksepäin tiputtamisen helpottamiseksi.
- Illalla on hyvä pestä koko vartalo ja hiukset. Älkää laittako meikkiä silmien ja kasvojen alueelle. Varatkaa aamuksi puhtas vaatekerta (mielellään kaksiosainen asu, josta yläosa on helposti riisuttavissa). Yöksi voitte tarvittaessa ottaa unilääkkeen. Alkoholin nauttiminen on kielletty.

Leikkauspäivänä

- Voitte syödä normaalisti.
- Ottakaa kaikki käytössä olevat lääkkeenne tavalliseen tapaan kotona, ellei muita ohjeita ole annettu. Ottakaa päivälääkkeenne mukaan sairaalaan.
- Sairaalamaksun voitte suorittaa käteisellä tai pankkisiirrolla.
- Jättäkää korut kotiin.

Paikka _____ puh. _____
 _____ / _____ 20 _____ klo _____

Leikkaukseen voitte tulla yleisellä kulkuneuvolla, oman auton kyydissä tai taksilla.

Leikkaus ja jälkiseuranta

Leikkaus suoritetaan puudutuksessa. Leikkauksen jälkeen vointianne seurataan vielä 1-2 tuntia ennen kotiutusta. Tänä aikana hoitaja antaa kotihoito-ohjeet.

Suosittelemme, että kotiutuessanne Teillä on mukanaan saattaja.

Yleensä silmä pidetään suojattuna ensimmäiseen jälkitarkastukseen asti.

Ensimmäinen jälkitarkastus

Paikka _____
 _____ / _____ 20 _____ klo _____

Mikäli leikattuun silmäänne tulee vaivaa kuukauden kestävä jälkihoidon aikana, ottakaa yhteys silmäpoliklinikkaan puh. 313 1520.

Kaihileikkauksen jälkeen (T)

Potilasohje / e / Silmätaudit / T520kaihijäl2004.tif
på svenska

Peskää kätenne aina ennen silmän hoitamista!

Silmän puhdistaminen

- Puhdistakaa leikattu silmä tarvittaessa puhtaaseen veteen kostutetulla pumpulilla ensimmäisen viikon aikana.
- Välttäkää silmän hieromista ja painamista.

Käyttäkää silmälääkkeitä reseptissä annetun ohjeen mukaan.

Silmätippaa tiputtaessanne pitäkää tippapullo muutaman sentin päässä silmästä. Voitte vetää alaluomea alaspäin ja kallistaa päätä taaksepäin tiputtamisen helpottamiseksi.

Silmän suojaaminen

- Käyttäkää silmän suojakilpeä öisin viikon ajan.
- Päivisin silmää ei tarvitse suojata, mutta halutessanne voitte käyttää entisiä silmälaseja.

Peseytyminen

- Välttää ensimmäisen viikon aikana pesuveden pääsyä leikattuun silmään, muuten voitte peseytyä normaalisti.
- Hiusten pesu on sallittu viikon kuluttua leikkauksesta.
- Saunan löylyä on syytä välttää kaksi viikkoa.

Liikkuminen ja ulkoilu

- Voitte ulkoilla normaalisti.
- Silmää ei tarvitse peittää ulkona.
- Saatte kumartua, mutta välttää yli viiden kilon taakkojen nostamista ja kantamista viikon ajan.
- Voitte katsoa televisiota ja lukea normaalisti.

Erityistä huomioitavaa

Tilatkaa aika yksityiselle silmälääkärille kuukauden päähän leikkauksesta lopputarkastusta ja silmälasien määrittystä varten.

Pieni roskantunne, lievä silmän vetistys ja punoitus ovat leikkauksen jälkeen alkuvaiheessa asiaan kuuluvia. Hoidon jatkuessa nämä vaivat häviävät.

Jos leikattuun silmään ilmaantuu särkyä, valonarkuutta, näön heikkenemistä tai muuta poikkeavaa, ottakaa yhteyttä silmäpoliklinikkaan puh. 313 1520.