

ANESTESIAHOITAJIEN TIETOPERUSTA
ELINSIIRTOPOTILAAN POSTOPERATIIVISEEN
SUULLISEEN RAPORTOINTIIN

Mari Vitikainen

Opinnäytetyö, kevät 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Vitikainen, Mari. Anestesiahoitajien tietoperusta elinsiirtopotilaan postoperatiiviseen suulliseen raportointiin. Helsinki, kevät 2010, 31 s, 2 liitettä.

Diakonia- ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millainen tietoperusta ohjaa anestesiahoitajan suullista raportointia elinsiirtopotilaan siirtyessä leikkaussalista teho-osastolle. Tuottamalla tietoa suullisesta raportoinnista, jota voidaan hyödyntää hoitotyön toteutuksessa.

Tutkimus on laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kuutta leikkaus- ja anestesiaosastolla työskentelevää anestesiahoitajaa, jotka ovat antaneet postoperatiivista raportointia elinsiirtopotilaasta. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan anestesiahoitajat tarvitsevat elinsiirtopotilaan leikkauksen jälkeiseen suulliseen raportointiin tieteellistä, hyväksi havaittua sekä kokemuksellista tietoa. Tieteellisestä tiedosta tarvittiin teoreettista tietoa sekä erikseen postoperatiivisessa raportoinnissa tarvittavaa tietoa. Hyväksi havaitusta tiedosta tarvitaan työyhteisön suosituksia sekä potilaan tarpeista lähteviä tietoja. Kokemuksellisesta tiedosta tarvitaan potilaan tiedot sekä hoitajan tiedot. Tutkimustuloksissa ilmenivät myös raportoinnin kehittämishaasteet, joina pidettiin yhtenäistä kirjaamista, selkeää ja järjestyksellistä suullista ulosantia, potilaan huomiointia sekä tiedonantolomaketta.

Asiasanat: raportointi, tiedonvälitys, postoperatiivinen hoito

ABSTRACT

Vitikainen, Mari.

The Knowledge of Anesthetic Nurse for Give to Oral Patient Reports in after Transplantation Surgery.

31 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this study was to find out what kind of knowledge anesthetic nurses need for oral patient reports when transplantation surgery patient is transferred from operating theatre to the intensive care unit. A further goal of this study was to give more information about oral patient reports for the professional employees in the health care.

The research method was qualitative. Research data was gathered using the theme interviews with six anesthetic nurses. All anesthetic nurses who were interviewed were working in operating theatre and they had experience on giving oral patient reports after transplantation surgery. All interviewees were interviewed individually. The data was analysed by using content analysis method.

According to the research results anesthetic nurses need scientific information, a good detected information and experiential information for oral patient reports after transplantation surgery. The scientific information needs information of theory and information of postoperative oral patient reports. The good detected information consists of recommendation by the work community and information based on patient's needs. The experiential information includes information of both patient and anesthetic nurse. In addition, the results of this study revealed development challenges of the oral patient reports. The oral patient reports need consistent documentation, clear and organized output, taking the patient into consideration and information form.

Keywords: report, communication, postoperative care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
1.1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus	6
1.2 Tutkimustehtävät	7
2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TIETO	8
2.1 Hoitotieteen tieto.....	8
2.1.1 Tieteellinen tieto	8
2.1.2 Hyväksi havaittu tieto	10
2.1.3 Kokemuksellinen tieto	11
2.2 Suullinen raportointi	11
2.3 Elinsiirtoleikatun potilaan voinnista tiedottamisen erityisyys	12
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	13
3.1 Tutkimusympäristön kuvaus.....	13
3.2 Aineiston hankinta ja analysointi.....	13
3.2.1 Aineiston hankinta.....	13
3.2.2 Aineiston analyysi	14
4 TUTKIMUSTULOKSET	15
4.1 Tieteellinen tieto	15
4.2 Hyväksi havaittu tieto	18
4.3 Kokemuksellinen tieto	19
4.4 Kehittämishaasteet	21
5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	23
5.1 Tutkimustulosten tarkastelu	23
5.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	25
5.3 Eettiset kysymykset	26
5.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	27
5.5 Oman prosessin pohdinta.....	28
LÄHTEET.....	29

LIITTEET	31
Liite 1 Teemahaastattelurunko.....	31
Liite 2 Saatekirje	32

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Nykyään useissa hoitotyön työyhteisöissä on käytössä hiljainen raportointi, jonka tarkoituksena välittää tietoa pääasiassa kirjaamisen avulla, mahdollisimman vähäisellä suullisella ohjeistuksella. Raportointimallissa korostuu hyvä kirjaaminen, vähentäen suullisen raportoinnin merkitystä. Tämä ei kuitenkaan toimi kaikkialla, kuten leikkaus- ja teho-osastoilla, joissa potilaan tila vaatii välitöntä, katkeamatonta tiedon siirtoa ja potilaan hoitoa. Hoitajalla ei ole välttämättä mahdollisuutta jäädä lukemaan potilaspapereita, vaan ”akuutti hoito” annetaan lyhyen suullisen raportoinnin avulla, kunnes hoitajalla on aikaa tutustua paremmin potilaan papereihin.

Opinnäytetyön aihevalinnan lähtökohtana oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vuonna 2006 esittämä pyyntö Diakonia-ammattikorkeakouluun opinnäytetyöstä elinsiirtopotilaan ohjauksesta. Kiinnostuin kohderyhmästä, mutta halusin kuitenkin muokata aihetta potilasraportointiin. Postoperatiivinen, eli leikkauksen jälkeinen raportointi kiinnitti huomioni ollessani työharjoittelussa leikkaus- ja anestesiaosastolla, jossa havaitsin miten tärkeä leikkauksen jälkeinen raportointi on potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta. Varmuuden opinnäytetyön aiheen tärkeydestä antoi haastateltava työyhteisö, joka piti aihetta tärkeänä sekä työyhteisöä kehittävänä.

Opinnäytetyössä käsitellään elinsiirtopotilaan hoitotietojen suullista tiedottamista anestesiahoitajan näkökulmasta. Elinsiirtopotilaan hoidon tarkkailu on valittu toimenpiteen harvinaisuuden ja haastavan leikkauksen jälkeisen valvonnan takia. Haastavaksi valvonnan tekee mahdollinen hylkimisreaktio. Potilaan hyvän hoidon jatkuvuus on turvattava riittävällä tiedonvälityksellä, johon kuuluu kirjallisen dokumentoinnin lisäksi laadukas suullinen raportointi.

Tutkimuksessa kuvataan anestesiahoitajan antamaa suullista potilasraportointia teho-osaston sairaanhoitajalle elinsiirtopotilaan leikkauksen aikaisesta hoidosta potilaan siirryessä teho-osastolle. Tutkimus tuotti tietoa, jota voidaan hyödyntää raportointikäytäntöjen kehittämisessä.

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan operatiivisen tulosyksikön kanssa. Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen, ja sen aineisto on kerätty teemahaastattelulla. Tutkimus analysoitiin sisällön analyysimenetelmällä.

Tutkimuskysymyksillä selvitettiin, miten suullinen potilasraportointi tukee anestesia- ja tehohoidon jatkuvuutta. Tutkitun tiedon sisältöä tarkastellaan hoitotieteen tiedonlajien näkökulmasta. Opinnäytetyön tärkeyttä vahvistaa Tampereen yliopistollisen sairaalan vuonna 1998 julkaisema tutkimus, jonka mukaan elinluovutuspotilaan hoidossa mukana olleista leikkausosaston hoitajista osalla oli ollut yhteistyöongelmia anestesiaosaston teho-osaston kanssa, johtuen ennen kaikkea tiedonsiirrosta (Friberg, Kivitalo, Peltonen, Pessi, Salonen & Simola 1998, 16). Tämän opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää raportointikäytäntöjen ja hoidon jatkuvuuden kehittämisessä.

1.2 Tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millainen tietoperusta ohjaa anestesiahoitajan suullista raportointia elinsiirtopotilaan siirtyessä leikkaussalista teho-osastolle. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa suullisesta raportoinnista uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä suullisen raportoinnin toteutuksessa.

Tutkimuskysymyksenä ovat:

- a) Millaiseen teoreettiseen tietoon suullinen raportointi perustuu?
- b) Millainen hyväksi havaittu toiminta ohjaa suullista raportointia?
- c) Millainen kokemuksellinen tieto ohjaa anestesiahoitajan suullista raportointia?
- d) Miten suullista raportointia voitaisiin kehittää?

2 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TIETO

2.1 Hoitotieteen tieto

Hoitotyö perustuu hoitotieteeseen. Tästä käytetään nimitystä näyttöön perustuva hoitotyö, eli evidence based nursing. Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hankitaan tutkimustietoa, jonka käyttö on järjestelmällistä, kriittistä ja harkittua. Ajanmukaista tutkimustietoa voidaan hyödyntää kehittämällä potilaan hoitotyötä (Hallila 2005, 10) ja siten edistää potilaan terveyttä ja hyvinvointia. (Eriksson ym. 2008, 118.)

Näyttöön perustuva hoitotyö muodostuu kolmesta pääluokasta: tieteellisesti havaitusta tutkimusnäytöstä, hyväksi havaitusta toimintanäytöstä sekä kokemukseen perustuvasta näytöstä. Tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö on tutkijoiden tuottamaa tieteellistä tutkimusnäyttöä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta. Hyväksi havaittu toimintanäyttö on esimerkiksi ammattilaisten lausunnoista saatua luotettavaa tietoa laadunarvioinnista tai kehittämisestä. Hoitoalalla kokemukseen perustuvaa näyttöä voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta, hoitoalan ammattilaisen tai potilaan näkökulmasta. Hoitajan kokemukseen perustuva näyttö on toimintaa, joka pohjautuu aikaisempiin erilaisiin hoitotyön kokemuksiin. Hoitaja käyttää itselleen selvää toimintamallia, joka takaa parhaimman tuloksen, kykenemättä kuitenkaan erittelemään toimintansa syytä tai kyseenalaistamaan sitä olosuhteiden muuttuessa. Potilaan kokemukseen perustuva näyttöä ovat hänen omakohtaiset kokemuksensa saamastaan hoidosta, sen vaikuttavuudesta sekä sen vastaavuudesta omiin tarpeisiinsa. Näihin vaikuttaa myös kokemus hoidon toteutumisesta. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7–9.)

2.1.1 Tieteellinen tieto

Tieteellisesti havaittua tutkimusnäyttöä on tieteellistä tutkimusnäyttöä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 8), jota kuvaavat Oksasen (1999) ja Kaukilan (1998) tutkimukset. Näissä tutkimuksissa kuvataan elinsiirtopotilaan leikkauksen jälkeiseen suulliseen raportointiin tarvittavaa tietoa, joissa kuvataan perioperatiivisen hoitotyön ja anestesiahoitajan osaamisvaatimuksia. Lisäksi tarkastellaan Herttualan

(2005) ja Tiusanen, Junttila, Leinonen ja Salanterä (2009), tekemiä tutkimuksia joissa on kuvattu perioperatiivista kirjaamista.

Oksasen (1999, 2, 31–40) tutkimuksen mukaan perioperatiivisessa hoitotyössä asiantuntijaksi eteneminen vaatii perioperatiivisen hoitotyön opintoja, vuosien perioperatiivista työkokemusta sekä jatkuvaa täydennyskoulutusta. Tämän lisäksi perioperatiivisen hoitotyön asiantuntijalta odotetaan henkilökohtaisia ominaisuuksia, kuten kykyä nopeaan päätöksentekoon, kokonaistilanteen hallintaan, oman hoitotyön alueen hallintaan, hoitotyön laaduntarkkailuun, tiimityöskentelyyn, luovuuteen, sekä tekniikan ja kädentaitojen hallintaan. Tämän lisäksi tarvitaan laajaa yleistietoa, yksityiskohtaista tietoa muilta tieteenoiltoilta sekä kykyä etsiä ja soveltaa tietoa perusteltuun toimintaan.

Kaukkilan (1998, 28–35, 52) tutkimuksessa tulokset olivat osittain yhtenevät Oksasen kanssa. Kaukkilan tutkimuksen mukaan ammattitaitoiselta anestesiahoitajalta odotetaan laaja-alaista tieto- ja taitopohjaa. Anestesiahoitaja tarvitsee interpersoonallisia, älyllisiä, teknisiä sekä moraalisia tietoja ja taitoja. Anestesiahoitajan interpersoonallisia eli vuorovaikutukseen vaikuttavia tietoja ovat potilaan perustiedot, tieto potilaan kokemuksista, tieto miten luoda potilaalle turvallisuuden tunne, tieto yhteistyötahoista, tieto toiminnasta sekä yleistieto. Interpersoonallisia taitoja ovat kyky kommunikoida potilaan kanssa, huomioida potilaan ainutkertaisuus, luoda potilaalle turvallisuuden tunne, toimia yhteistyötahojen kanssa sekä toiminnalliset taidot ja yleistaidot.

Anestesiahoitajan älyllisiä tietoja ovat tieto anatomiasta ja fysiologiasta, farmakologiasta, anestesiologiasta, kirurgiasta, aseptiikasta, toimenkuvasta, dokumentoinnista, sairaalan toimintaperiaatteista ja – tavoista, fysiikasta ja tekniikasta, uskonnosta, kulttuurista, pedagogiasta, matematiikasta sekä psykologiasta. Älyllisiä taitoja ovat erityistaidot potilaan hoitamiseen, päätöksentekoon, kokonaistilanteen hahmottamiseen ja hallintaan, neuvontaan ja avustamiseen, ammattitaidon ylläpitämiseen sekä perustaidot. (Kaukkila 1998, 35–42, 52.)

Anestesiahoitajan moraaliset tiedot ovat tieto potilaan taustatekijöistä ja oikeuksista, toimintaan vaikuttavista säädöksistä, hoitokäytännössä vaikuttavista tekijöistä sekä ihmiskäsityksistä ja hoitomoraalista. Moraalisia taitoja ovat taidot potilaan asianajajana

toimimiseen, hyvään potilaskohteluun, työtovereiden toiminnan seuraamiseen sekä omien työskentelytapojen huomioimiseen. (Kaukkila 1998, 47–52.)

Anestesiahoitajan teknisiä tietoja ovat tieto erilaisista laitteista, anestesiatoimenpiteiden teknisestä suorittamisesta sekä työympäristön teknis-kemiallisista tekijöistä. Teknisiä taitoja ovat taidot erilaisten laitteiden käyttämiseen, anestesiatoimenpiteiden suorittamiseen, työympäristön mekaanisten osien käyttämiseen sekä yleiset tekniset taidot. (Kaukkila 1998, 42–46, 52.)

Herttulan (2005, 53–55) tutkimuksen mukaan suomalaisten leikkaushoitotyössä kirjattavat asiat keskittyivät potilaan fyysisen turvallisuuden ylläpitämiseen. Herttulan mukaan leikkaushoitotyön lomakkeisiin kirjattiin pääasiassa hoitotyön tarpeen määrittely, hoitotyön toteuttaminen ja arviointi sekä potilaan perustiedot. Vastaavanlaiseen tutkimustulokseen päätyivät myös Tiusanen, Junttila, Leinonen ja Salanterä (2009, 269), jotka tutkivat perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen laatua. Heidän mukaansa eniten kirjattiin hoidon toteutuksesta, johon kuuluvat potilaan lääkityksestä sekä fyysisen tilan muutoksista kirjaaminen.

2.1.2 Hyväksi havaittu tieto

Hyväksi havaittua toimintänäyttöä on lausunnoista saatua luotettavaa tietoa laadunarvioinnista tai – kehittamisestä (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 9), jota kuvaa Ruuskanen (2007) tutkimus, jonka mukaan selkeässä suullisessa raportoinnissa kerrotaan lyhyesti ja ytimekkäästi faktatiedot potilaasta, keskittyen vain olennaisiin asioihin. Raportoinnilla on olennaista kertoa potilaan esitiedot, eli nimi, ikä, diagnoosi, hoitoisuus sekä mitä hoitotoimia on viimeisimmin tehty ja mitä asioita hoitamisessa on erityisesti huomioitava. Vaikka raportointi perustuu potilaasta dokumentoituun tietoon, ei raportoinnin ole silti tarkoitus kuitenkaan toistaa sanasta sanaan kaikkea kirjoitettua tietoa. (Ruuskanen 2007, 29–30.)

2.1.3 Kokemuksellinen tieto

Kokemukseen perustuva näyttö on tutkittavan aikaisempiin samankaltaisiin kokemuksiin perustuvaa toimintaa (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 9), jota kuvaa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehty tutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää elinluovuttajan laadukasta hoitoa, selvittämällä ja ratkaisemalla tehohoidon elinsiirtotoimintaan liittyviä ongelmia. Työryhmään kuului anestesiayksikön teho-osastossa työskenteleviä sairaanhoitajia, jotka vastasivat erikoistyönään elinsiirtopotilaan hoidosta, sekä anestesiayksikön teho-osaston osastonhoitaja ja anestesia lääkäri. Tutkimuksessa haasteltiin leikkausosastolla ja teho-osastolla elinluovutuspotilaita hoitaneita sairaanhoitajia. Tutkimuksen mukaan leikkausosastolla elinluovutuspotilaan hoidossa mukana olleista hoitajista noin puolella oli ollut yhteis-työongelmia anestesiayksikön teho-osaston kanssa. Yhteistyöongelmat johtuivat ennen kaikkea tiedonsiirrosta, kuten epäselvyyksistä näytteiden ostoista ja vastuusta soittaa lääkäreitä paikalle, sekä puutteellisista merkinnöistä kudoksenirrotuspöytäkirjoissa ja epävarmuuksina poistettavista elimistä. Yhteistyöongelmiin vaikutti osaltaan tietomäärä, sillä tehohoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla osalla oli mielestään ollut liian vähän tietämystä elinluovutuksesta, vaikka valtaosa vastanneista piti elinluovutuskansion ohjeita selkeinä ja oli hoitanut elinsiirtopotilasta. (Friberg ym. 1998, 3, 7, 10–11,16.)

2.2 Suullinen raportointi

Suullisessa raportoinnissa hoitaja välittää tietoa potilaan voinnista, tutkimuksista ja hoidosta siirtäen vastuun näiden tarkkailusta ja toteutuksesta seuraavaan työvuoroon tulevalle ja potilaan hoidosta vastaavalle hoitajalle. Raportointitilaisuuksia voidaan pitää osaston kansliassa hoitajien kesken tai potilashuoneessa vuoteenvierusraporttina, jolloin potilaalla on mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun vointinsa mukaan. (Junes & Solvin 1995, 1,11.)

Suullisella raportoinnilla pyritään antamaan kokonaiskuva potilaasta tiedottamalla perus- ja erikoishoidon välittömästä hoitotyöstä, eli päivittäisten toimintojen toteutumisesta ja sairauten liittyvästä toiminnasta, sekä välillisestä hoitotyöstä, eli potilaan hoitamisesta kokonaisuutena, johon sisältyy potilasta koskevan hoitotyön lisäksi, osaston toi-

minta ja hoitajan oma ammatillisuus (Hyytiäinen & Holmen 2003). Tavoitteista huolimatta raportoinneilla korostuvat yleensä potilaan fyysiset tarpeet, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden jäädessä vähäisiksi (Riikola 1990, 67, 91).

2.3 Elinsiirtoleikatun potilaan voinnista tiedottamisen erityisyys

Elinsiirto on toimenpiteenä harvinainen ja siksi haastava. Haastavuutta lisää myös potilaan tarkka valvonta leikkauksen jälkeen mahdollisen hylkimisreaktion takia, joten hyvä hoidon jatkuvuus on turvattava riittävällä tiedonvälityksellä. (Jalonen, Hynynen, Erkola & Valanne 1999, 955.) Elinsiirtopotilaiden leikkauksen jälkeisessä hoidossa on erityisen tärkeää tarkkailla hylkimisreaktiota, joka syntyy vieraasta elimestä (Höckerstedt, Sippinen, Sairanen, Vuola & Kivioja 2006, 1017–1018).

Elinsiirtopotilas siirretään leikkauksen jälkeen valvontaan teho-osastolle, anestesiahoitajan ja mahdollisesti anestesia lääkäriin saattelemana. Siirrossa teho-osaston hoitajille annetaan potilaan potilasasiakirjojen lisäksi suullinen raportointi potilaan anestesiasta, toimenpiteestä sekä senhetkisestä tilanteesta. Tiedonsiirto päättyy, kun raportoinnin vastaanottava hoitaja kokee kykenevänsä vastaamaan potilaan leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Tähän kuuluu tarkka seuranta hapetuksesta, sydämen toiminnasta, tajunnasta, kivusta, lääkityksestä, leikkausalueesta, pahoinvoinnista, lihasvoinnista, lämpötilasta sekä muista käytettävissä olevista valvontasuureista. (Jalonen ym. 1999, 955.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

3.1 Tutkimusympäristön kuvaus

Opinnäytetyön tutkimuskohteena ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) erään leikkaus- ja anestesiaosaston anestesiahoitajat, jotka ovat hoitaneet elinsiirron saanutta potilasta. Haastateltavilla tuli olla kokemusta elinsiirtopotilaan postoperatiivisesta suullisesta raportoinnista teho-osastolle. Tutkimustilanteen kuvaus eli leikkauksen jälkeinen suullinen raportointi toteutetaan teho-osaston tiloissa, jossa potilas kytetään heti valvontalaitteisiin.

3.2 Aineiston hankinta ja analysointi

3.2.1 Aineiston hankinta

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus olettaa tavoittavan todellisuuden kokemusten kautta. Näin ollen kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kuvaamaan, selittämään ja ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, tiedustellen ihmisten kokemuksia. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 20.) Tämä opinnäytetyön päätettiin toteuttaa kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, sillä opinnäytetyössä haluttiin selvittää anestesiahoitajien omakohtaisia kokemuksia suullisen raportoinnin toteuttamiseen tarvittavista tiedoista.

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla käyttämällä teemahaastattelumenetelmää. Haastattelua pidetään parhaimpana tiedonkeruumenetelmänä, kun halutaan selvittää tutkittavan kokemuksia ja mielipiteitä, kuten tässä opinnäytetyössä. Haastattelussa tutkija on suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, ja ohjaa keskustelun aiheen tutkimukselle olennaisiin asioihin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 193.) Haastattelumenetelmänä käytetty teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmää, jossa kaikille haastateltaville on sama näkökanta, aihepiiri tai tema-alue.

Teemahaastattelu etenee yksityiskohtaisten kysymysten sijaan tiettyjen keskeisten teemojen varassa, korostaen haastateltavan elämysmaailmaa ja hänen määritelmänsä tilanteesta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.)

Opinnäytetyön tutkimushaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Yksilöhaastattelumenetelmä valittiin ryhmähaastattelun sijasta, koska siten uskottiin saavutettavan haastateltavat varmemmin paikalle ja osallistumaan avoimesti keskusteluun, kun mahdollinen ryhmän valtahierarkia ei ole vaikuttamassa haastateltavan puhumiseen (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63).

Tutkimuksessa haastateltiin anestesiahoitajia, jotka ovat olleet osallisena elinsiirtopotilaan leikkauksen aikaiseen hoitotyöhön sekä antaneet leikkauksen jälkeistä suullista raporttia elinsiirtopotilaasta teho-osaston hoitajille. Haastateltavana oli kuusi anestesiahoitajaa. Haastattelun keston varattiin 45 minuuttia kerrallaan. Jokaista haastateltavaa haastateltiin kerran. Haastattelut tallennettiin äänittämällä kahdelle kasettinauhurille. Lisäksi haastattelutilanteessa tehtiin kirjallisia muistiinpanoja.

3.2.2 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysimenetelmällä, jossa sisältö analysoidaan aineistolähtöisesti. Analysointiprosessi etenee aineiston pelkistämisestä ryhmittelyyn, päätyen teoreettisten käsitteiden luomiseen (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110–116.)

Laadullinen sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöinen, teoriaohjaava tai teorialähtöinen. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen sisältö analysoitiin aineistolähtöisesti, eli induktiivisesti, ja teoreettiset käsitteet luotiin aineistosta. Aineistolähtöinen analysointi eroaa teoriaohjaavasta ja teorialähtöisestä analyysitavasta, jotka perustuvat valmiiseen teoriaan. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmevaiheinen prosessi, johon kuuluu aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Aineisto pelkistetään karsimalla epäolennainen tiivistäen tai pilkkoen aineistoa osiin. Ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisia käsitteitä, jotka tiivistetään ryhmittelemällä luokiksi. Teoreettisten käsitteiden luomisessa hyödynnetään alkuperäisinformaatiota johtopäätös-

ten muodostamisessa. Käsitteitä etsitään yhdistelemällä luokituksia saadakseen vastauksen tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110–116.)

Sisällön analyysissä teksti järjestetään litteroinnin jälkeen, teemojen esiintymisen mukaan, ja niistä pyritään nostamaan pääteemoja. Opinnäytetyön haastatteluaineisto analysoitiin kuuntelemalla äänitteet ja kirjaamalla äänitteet sanatarkaksi tekstiksi. Tämän jälkeen haastattelut luettiin tarkasti läpi, perehtyen niiden sisältöön. Sisällöstä etsittiin suoria ilmauksia, joista alleviivattiin ja listattiin pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, joita yhdistämällä saatiin muodostettua alaluokkia. Alaluokkia yhdistämällä saatiin muodostettua yläluokkia. Yläluokkia yhdistämällä saatiin muodostettua kokoava käsite eli pääluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 111.)

4 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusaineiston analysoinnin tuloksena saatiin tutkimustulokseksi neljä pääluokkaa, joihin anestesiahoitajan leikkauksen jälkeinen suullinen raportointi perustuu. Nämä pääluokat ovat **Tieteellinen tieto**, **Hyväksi havaittu tieto**, **Kokemuksellinen tieto** ja **Kehitettäviä asioita**.

4.1 Tieteellinen tieto

Tutkimustuloksissa ilmeni, että tieteellinen tieto muodostuu teoreettisesta tiedosta sekä postoperatiiviseen raportointiin tarvittavasta tiedosta. Teoreettinen tieto muodostuu anestesiahoitajan tietotaustasta, työympäristön välittämästä tiedosta sekä toimenpiteen antamista tiedoista. Postoperatiivisessa raportoinnissa tarvittava tieto muodostuu hoidon jatkuvuuden suunnittelusta, potilaan taustatiedoista, toimenpiteen antamista tiedoista, lääkärin antamista tiedoista sekä hoitajan tietotaustasta.

Teoreettinen tieto

Anestesiahoitajan tietotausta muodostuu koulutuksesta saadusta tiedosta, kokemuksen avulla saadusta tiedosta sekä hoitajan henkilökohtaisista tiedonkäsittelytaidoista.

Koulusta saadulla tiedolla tarkoitetaan sairaanhoitajakoulutusta sekä mahdollisista sairaanhoitajan erikoistumisopinnoista saatuja tietoja. Koulutuksesta saatuun tietoon kuuluu muun muassa tutkimustieto hoito- sekä lääketieteestä sekä erilaisten hoitotyön mallien oppiminen.

*Silloin siinä amk-tutkinrossa, tavallaan siitä tulikin ahaa-elämyksiä..
Kun mä päivitin ton amk:n, niin silloin siellä tuli näitä teorioita paljon.
Kaikki mitä me tehdään perustuu näyttöön, ja tieteelliseen näyttöön, tieteellisesti tutkittuun näyttöön.
Kaikessa mitä potilaalle tehdään, kaikki perustuu faktatietoon, eikä tietoa ole vedetty hihasta.*

Kokemuksen avulla saatu tieto on henkilökohtaisesti opittua tietoa, joka on todettu toimivaksi käytännössä.

*Varmaan siellä siis jotakin mitä mä en osaa nimetä on toki taustalla ja mitä on hyväksi havaittuna.
Varmaan on jotain iän ikuisia osaamisia, niistä raportointi malleista mitä on siirtynyt.*

Hoitajan kykyyn käsitellä tietoa vaikuttaa, mitä asioita hän itse kokee tärkeäksi kerrottavaksi potilaan hoidosta. Raportointi on henkilökohtainen kädenjälki, johon jokainen hoitaja lisää persoonallisesti tärkeäksi katsomansa tiedon. Näin ollen hoitajan kykyyn käsitellä tietoa vaikuttaa myös kyky välittää tietoa.

*Jokainen lisää persoonallisesti tärkeäksi katsomansa tiedon.
Henkilökohtainen työn jälki, käden jälki.*

Työympäristön välittämällä tiedolla haastatteluissa tuli ilmi ennen kaikkea uuden työntekijän perehdytyksessä välittyvä tieto. Perehdytyksessä työyhteisö kertoo toimintatavat ja sen perusteet sekä antaa toiminnalle puitteet. Työympäristön ainutkertaiset puitteet, kuten harvinaiset toimenpiteet, vaikuttavat siihen ettei ympäristö voi olla uudelle työntekijälle täysin ennalta tuttua.

*Mikä käytäntö talossa on kerrotaan myös perehdytyksessä. Tällä tavalla toimitaan.
Käytetään menetelmiä jotka on hyväksytyjä, laillisia. Kaikki on testattu viimeisen päälle.*

Toimenpiteen antamalla tiedoilla tarkoitetaan leikkauksen ja anestesian kulkua sekä mahdollisia komplikaatioita.

Yksikkö kertoo. Yksikkö antaa siihen (suulliseen raportointiin) tietynlaiset puitteet..plus sit se.. toimenpide...

Kaikki potilaat ovat niin yksilöllisiä, ja kaikilla on yksilöllinen se kulku.. anestesian kulku ja leikkauksen kulku.

Leikkauksen jälkeiseen raportointiin tarvittava tieto

Leikkauksen jälkeisessä eli postoperatiivisessa raportoinnissa korostuvat **hoidon jatkuvuuden suunnittelu**, sillä raportoitavan tiedon tulee välittyä osastohoitoon asti, ja mahdollisesti pidemmällekin.

Kaikesta on tietysti osastolle mentävä tieto.

Kaikki häneen (potilaaseen) liittyvä tieto ja hänen hoidon jatkuvuuteen, että se tulis turvattua.

(Postoperatiivinen raportointi) perustuu tietysti siihen mahdollisimman hyvään potilaan hoitoon leikkauksen jälkeen, ja mikään tieto ei jäisi huomioita sieltä sitten potilaan jatkohoidon kannalta.

Potilaan taustatiedoista tulee tietää potilaan henkilötiedot, lääkitykset, aikaisemmat sairaudet, allergiat, viimeisimpien laboratoriotulokset sekä röntgenkuvat. Laboratoriotuloksista kerrotaan etenkin ne, jotka on otettu leikkauksen aikana, leikkaus- ja anestesiaosaston omalla Astrup-koneella.

Se on yhteenvetoraportti, joka alkaa potilaan taustatiedoista, joista kerrotaan lyhyesti tärkeimmät asiat: potilaan lääkitys, potilaan mahdolliset muut sairaudet, yliherkkyydet.. Kaikki ne joilla on merkitystä potilaan leikkauksen jälkeiseen hoitoon.

Toimenpiteen antamiin tietoihin kuuluvat tieto tehdystä toimenpiteestä sekä tieto toimenpiteen aikaisesta hoitotyöstä, potilaan leikkauksesta konkreettisesti, eli mitä on tehty, ja miten se vaikuttaa potilaan postoperatiiviseen hoitoon.

Kaikki potilaat ovat niin yksilöllisiä, ja kaikilla potilailla on yksilöllinen anestesian ja leikkauksen kulku.

Lääkärin antamat tiedoilla tarkoitetaan leikkaavan kirurgin ja anestesia­lääkärin antamia määräyksiä potilaan hoidosta. Postoperatiivisessa raportoinnissa käytettävä tieto pohjautuu lääkäreiden lausuntoihin. Kirurgi antaa ohjeet postoperatiiviseen hoitoon sekä kirjaa anestesiakaavakkeelle lääkemääräykset: miten lääkitys jatkuu ja mihin aikaan se annetaan. Anestesia­lääkäri menee leikkauksen jälkeen teho-osastolle antamaan omat

määräyksensä ja ohjeet potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon, jossa huomioidaan mm. toimenpiteen jälkeinen asento. Vaikka anestesia lääkäri tulee itse teho-osastolle, niin silti anestesiahoitaja kertoo raportilla anestesia lääkärin tekemästä hoidon jatkosuunnitelmista. Anestesia lääkärin määräykset löytyvät tehokaavakkeesta.

Kirurgi sitte kirjoittaa ne jatko lääkitykset ja nämä hyljinnän esto lääkitykset, niin... ne on niin kuin hyvin tarkat..

Kirurgi antaa ohjeita leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Hän kirjaa sinne erinäiset lääkemääräykset, että mitenkä ne jatkuu, ja kellon aikoineen.

Hoitajan tietotaustalla tarkoitetaan kykyä hahmottaa hoidon jatkuvuus sekä omaa ammattitaitoa ja kliinisten tietojen hallintaa. Kykyyn hahmottaa hoidon jatkuvuus kuuluu hoidon jatkuvuuden suunnittelu, sillä leikkauksen jälkeistä raportointia annettaessa tulisi potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta ajatella pidemmälle kuin heräämöhöhoitoon. Hoitajalla tulee olla tuntemusta postoperatiivisesta hoidosta osatakseen kertoa asiat niin, että tieto välittyisi vuodeosastolle asti. Anestesiahoitajan henkilökohtaiseen ammattitaitoon ja kliinisten tietojen hallintaan kuuluvat ymmärrys anatomiasta, fysiologiasta, lääkkeistä, sairauksista, diagnooseista, erilaisista leikkauksista sekä mitä tulee huomioida postoperatiivisessa hoidossa paranemisen edistämiseksi. Lisäksi anestesiahoitajan tulee pystyä huomioimaan potilaan yksilölliset tarpeet ja hoidon.

Täytyy ymmärtää anatomiasta, fysiologiasta, potilaan leikkauksesta ihan konkreettisesti.

Täytyy ymmärtää.. anestesian aikana käytettävien lääkkeiden vaikutus postoperatiivisesti

4.2 Hyväksi havaittu tieto

Hyväksi havaitun tiedon yläluokiksi ilmenivät **työyhteisön suositukset** sekä **potilaan tarpeista lähtevät tiedot**.

Työyhteisön suositukset

Työyhteisöllä ei ole suosituksia tai kirjallisia ohjeita suulliseen raportointiin. Ainoat työyhteisön suosituksista ovat Suomen anestesia sairaanhoitajien suositukset, joissa kerrotaan anestesiahoitajan osaamisvaatimukset. Sen lisäksi sairaanhoitajaliitolla on jotain yleisiä ohjeistuksia sairaanhoitajille. Ohjeita saisi haastateltavien mielestä kuitenkin selkeyden vuoksi olla. Suullisen raportoinnin malli opitaan työhön perehdytyksessä,

jossa kerrotaan uusille työntekijöille mitä asioita pitää kertoa eteenpäin. Ainakin sen tulisi kuulua perehdytykseen, mutta se aina toteudu.

Ei ole varsinaisia kirjallisia ohjeita raportointiin, mutta siinä perehdytys vaiheessa annetaan selkeästi raamit.

Sairaanhoitajaliitolla on myös jotakin, mutta ne koskee myös sairaanhoitajia

Raportin antaminen ja tiedotettavien asioiden rajaaminen on hyvin henkilökohtaista, sillä raportilla voi käydä anestesiakaavaketta kohta kohdalta läpi tai antaa raportilla lyhyen yhteenvedon potilaan taustoista ja leikkauksen kulusta. Tärkeintä on, että kaikki potilaan postoperatiiviseen hoitoon vaikuttavat tiedot tulee välitettyä niin, että raportin saaja pystyy sisäistämään saadun tiedon ja jatkamaan saumattomasti potilaan hoitoa.

Potilaan tarpeista lähtevät tiedot

Haastateltavien mielestä potilaan tarpeista lähteviin tietoihin kuuluivat tieto potilaan sairauksista, toimenpiteestä saatu tieto sekä tieto potilaan voinnista leikkauksen yhteydessä. **Tiedot potilaan sairauksista** sisältää potilaan taustatiedot, joihin kuuluvat perussairaudet, yliherkkyydet sekä aikaisemmat toimenpiteet. **Toimenpiteestä saatu tieto** sisältää tiedon kirurgiasta, hoidosta, leikkauksen kulusta ja potilaan voinnista sen aikana. On tärkeää tietää koko leikkausprosessi: leikkauksen kesto, suoritettu toimenpide, leikkauksen aikana potilaalle käytetyt anestesia-aineet ja lääkkeet sekä muut mahdolliset erityisohjeet ja laboratoriokokeiden tulokset. **Tieto potilaan voinnista leikkauksen yhteydessä** sisältää tiedot potilaan voinnista leikkauksen yhteydessä: anestesia, hemodynamiikka, vitaalielintoiminnot, diureesi, nesteytys, verensiirrot ja mahdolliset vuodot.

Jos potilas tulee (leikkaukseen) teholta, ei hänestä tarvii enää kertoa taustoja niin tarkkaan, ennemminkin mitä on toimenpiteessä tehty, ja mitä siinä on tapahtunu.

Kerrotaan nesteistä, sillä teholla aletaan laskea tarkemmin nestetasapainoa.

4.3 Kokemuksellinen tieto

Kokemuksellisen tiedon yläluokiksi ilmenivät **potilaan tiedot** sekä **hoitajan tiedot**.

Potilaan tiedot

Haastateltavien mukaan teho-osasto tarvitsee potilaan tiedoista tietoa potilaan taustatiedoista sekä toimenpiteen aikaiset potilastiedot. **Taustatietoihin** kuuluvat: nimi, ikä, perussairaudet, käytettävät lääkkeet, allergiat ja yliherkkyydet, äidinkieli, jos se on muu kuin suomi sekä sosiaaliset suhteet, kuten lähiomaisen yhteystiedot. **Toimenpiteen aikaisista potilastiedoista** kerrotaan hemodynaamiikasta, käytetyistä anesteeteista, leikkauksen aikaisista laboratorionkokeista, anestesian loppuvaiheen kokonaisvuodosta sekä lääkehoidosta. Lääkehoidosta kerrotaan mitä potilas on saanut ennen leikkausta, mitä lääkkeitä on laitettu tauolle ja mitkä ovat lääkehoidon jatkosuunnitelmat, esimerkiksi hyljinnänestolääkitys. Lisäksi teho-osasto tarvitsee tietoa potilaan voinnista ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen, lääkärin määräyksistä ja herätyksestä, jos potilas herätetään sekä tiedon heräämisestä. Lisäksi kerrotaan, jos on ollut mahdollisia poikkeamia tai jotain erityistä anestesian tai leikkauksen kulussa.

Nämä potilasta koskevat tiedot saadaan potilaspapereista, sähköisestä potilastietojärjestelmästä, anestesiakaavakkeesta sekä heräämökaavakkeesta eli anestesiakaavakkeen kakkososasta ja sisätautilehdestä; sillä monilla elinsiirtopotilailla on paljon perussairauksia. Tärkeitä ovat kaikki erikoisalojen lausunnot, joissa potilas on käynyt, tutkimukset, henkilötiedot ja potilaan itsensä (tai lähiomaisen) huolella täyttämä esitietokaavake. Raportoinnin tueksi ei kuitenkaan ole aina saatavilla kattavia potilastietoja, sillä muualta Suomesta tulevalta elinsiirtopotilaalta ei usein ole tiedossa kuin hoitolähete, josta näkyy vain lähettänyt sairaala ja diagnoosi.

Hoitajan tiedot

Hoitajan kokemukselliset tiedot muodostuvat tutkimuksen mukaan **työkokemuksesta, ammatillisuudesta, tiedoista ja taidoista, persoonallisuudesta** sekä **henkilökohtaisista tiedonkäsittelytaidoista**.

Henkilökohtaisiin tiedonkäsittelytaitoihin kuuluu vain tarvittavien asioiden kertominen, joilla tarkoitetaan olennaisen tiedon rajaamista, taustatietoihin tutustumista sekä hoidon jatkuvuuden hahmottamista. Tietoihin ja taitoihin kuuluu, että hoitaja osaa henkilökohtaisesti saadun kokemuksellisen tiedon avulla tietää, mikä tekee suullisesta raportoinnista hyvän ja mikä huonon, mitä kannattaa kertoa ja mitä ei. Hyvä raportti perustuu siihen, että on myös itse saanut hyvän raportin sekä, että hoitajalla on ollut aikaa lukea potilas-

papereita leikkauksen aikana, tarkistaakseen tiedot potilaasta. Suullisen raportin tarkoituksena on auttaa hoitotyön alkuun, ennen kuin hoitajalla on aikaa lukea potilaspapereita tarkemmin. Raportissa tulisi olla kerrottuna kaikki olennainen tieto lyhyesti ja ytimekkäästi ja hoitajan tulee tietää mistä voi etsiä lisätietoa. On kuitenkin parempi kertoa liian paljon kuin liian vähän. Muuten saattaa huomata, että jokin asia jäi sanomatta, jolloin teho-osastolta tulee palautetta. Jos raportointitilanteessa ei jotain muista sanoa, niin tehohoitaja osaa kysyä asiaa. Raportointi on molemminpuolista keskustelua potilaasta. Huono raportti sisältää vain ne tiedot, jotka jokainen voi itse lukea paperista.

*...kantapään kautta on oppinut, että mitä pitää kertoa.
...ehdottomasti palautteen avulla, sitä on niin kuin virheiden avulla oppinut.. sitä että tuota ei voikkaan tehdä tuolla tavalla.. se kannattaa tehdä tuolla toisella tavalla. Tästä pitää mainita, ja ehkä nuo jutut eivät ole niin oleellisia.*

4.4 Kehittämishaasteet

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan suullisen raportoinnin kehittämishaasteina ovat tiedonantolomake, yhtenäinen kirjaaminen, selkeä ja järjestyksellinen suullinen ulosanti sekä potilaan huomiointi.

Haastateltavat toivoivat selkeää **tiedonantolomaketta**, jossa olisi ohjeet siitä mitä tulee huomioida leikkauksen jälkeisessä suullisessa raportoinnissa.

Voisi olla sellaiset selkeät ohjeet, että mitä asioita erityisesti tulee muistaa sanoa.

Ohjeita toivottiin myös **yhtenäiseen kirjaamiseen**, sillä epäselvät kirjaamiset vaikeuttivat tekstin ymmärtämistä ja siten myös suullista raportointia.

Kirjaaminen samankaltaiseksi ja laadukkaaksi.

Haasteeksi oli koettu **selkeä ja järjestyksellinen suullinen raportointi**. Sitä pidettiin kuuluvana hoitajan persoonaan sekä työkokemukseen. Kokemuksen kasvaessa koulutuksen ja perehdytyksen avulla myös suullisen raportoinnin pitäminen kehittyy paremmaksi ja raportoinnin ajankäyttö tehostuu.

Raportin kertominen merkillisessä järjestyksessä, vaikka kertoo tarvittavat asiat... siitä koko asiasta tulee epämääräinen.

Potilaan huomiointia haluttiin kehittää huomioimalla potilaan hoitoympäristö sekä potilaan oma tietämys terveydestään. Raportointiympäristön huomioiminen on tärkeää potilaan henkilötietosuojan turvaamiseksi. On huomioitava, ettei potilaan henkilötietoja sanota kuuluvalla äänellä tilassa, jossa on läsnä ulkopuolisia ihmisiä, kuten muita potilaita tai omaisia, vaan näytetään henkilötiedot ja todetaan henkilö samaksi. Potilaan omaa tietämystä terveydestään tulisi hyödyntää aina kun se on mahdollista.

Perehdytysvaiheessa uusi työntekijä harjoittelee suullista raportointia kokeneen hoitajan ohjaamana. Kokenut hoitaja kuuntelee miten raportointi toteutetaan ja tarvittaessa muistuttaa unohtuneista asioista, jottei olennaista tietoa jää mainitsematta. Kokenut hoitaja seuraa, että raportti etenee selkeässä ajallisessa ja anestesiakaavakkeen mukaisessa järjestyksessä, jotta raportin saaja voi hahmottaa tiedon paremmin. Vaikka raportilla olisi kaikki tarpeellinen tieto, tulee koko asiasta epämääräinen ja tietoa pystyttyä sisäistämään, jos se kerrotaan merkillisessä järjestyksessä. Olennaisten asioiden muistamiseen auttaisi suullisen raportoinnin selkeä runko: mitä asioita erityisesti pitää muistaa kuitenkin jättämättä olennaista kertomatta ja karsimalla turhaa kerrottavaa pois.

.. että perehdytysvaiheessa sais harjotella sitä (suullista raportointia) aina kokeneen hoitajan vierellä sillai, että hän kuuntelee että miten mä sitä raporttia annan.

Saa sillai ohjatusti aluksi aika kauan aikaa antaa sitä raporttia, ettei sitten sieltä jää mitään olennaista pois.

Teho-osaston tarvitsemien tietojen hahmottamiseksi olisi haastateltavien mukaan hyvä saada **enemmän palautetta** suullisen raportoinnin toteutuksesta, jotta omaa toimintaa voi kehittää.

kokeneen hoitajan vierellä... ja sitten sanoo, että niin se juttu vielä, se juttu pitää sanoa kans.

Tietenkin palaute on aina, oli se sitten hyvää tai huonoa palautetta, se on aina tärkeä.

Se on tärkeä, että jos mä vaikka annan sinne huonon raportin, niin mie toivoisin, että jos joku kokee sen huonoksi niin siitä tulee sit sanomaan joku, että ois parannettavaa.

Virheiden välttämiseksi hoitajilla tulisi myös olla hyvä kielellinen osaaminen, sillä raportoinnin osapuolilla voi olla eri äidinkieli ja asian oikein ymmärtäminen siksi hankaloitua.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuskysymykset pohjautuivat näyttöön perustuvan hoitotyön tiedon hankinta tapoihin eli tieteelliseen tietoon, hyväksi havaittuun tietoon sekä kokemukseen perustuvaan tietoon. Nämä tiedon lajit tulivat ilmi myös opinnäytetyön tutkimusaineiston analysoinnin tuloksena yhdessä kehittämishaasteiden kanssa, muodostaen neljä pääluokkaa, joihin anestesiahoitajan leikkauksen jälkeinen suullinen raportointi perustuu.

Tieteellinen tieto

Opinnäytetyön tulosten mukaan anestesiahoitaja tarvitsee tieteellisestä tiedosta teoreettista tietoa sekä postoperatiiviseen raportointiin tarvittavaa tietoa. **Teorettinen tieto** muodostuu anestesiahoitajan tietotaustasta, työympäristön välittämästä tiedosta sekä toimenpiteen antamista tiedoista. Opinnäytetyön tuloksien mukaan **anestesiahoitajan tietotausta** muodostuu koulutuksesta saadusta tiedosta, kokemuksen avulla saadusta tiedosta sekä hoitajan henkilökohtaisista tiedonkäsittelytaidoista. Oksasen (1999, 2, 31–40) tutkimus tukee näitä opinnäytetyön tutkimustuloksia anestesiahoitajan tietotaustasta, sillä hänen mukaansa perioperatiivisen hoitotyön asiantuntijaksi eteneminen vaatii myös koulutusta, kokemusta sekä henkilökohtaisia ominaisuuksia. Tuloksien mukaan **työympäristön välittämä tieto** muodostuu uuden työntekijän perehdytyksessä välittyvästä tiedosta. Kaukkilan (1998, 47–52) tutkimus tukee osaltaan opinnäytetyön tutkimustulosta, sillä hänen mukaan anestesiahoitajan tietopohjaan kuuluu moraalinen tieto, johon kuuluu tiedot toimintaan vaikuttavista säädöksistä, hoitokäytännössä vaikuttavista tekijöistä sekä hoitomoraalista. Nämä tiedot opitaan perehdytyksessä kehittämällä samalla moraalisia taitoja eli työtovereiden toiminnan seuraamista sekä omien työskentelytapojen huomioimista. Tuloksien mukaan **toimenpiteen antamat tiedot** muodostuvat leikkauksen ja anestesian kulusta sekä mahdollisista komplikaatioista. Kaukkilan (1998, 28–35, 52) tutkimus tukee osaltaan opinnäytetyön tutkimustulosta, sillä hänen mukaan ammattitaitoiselta anestesiahoitajan tietopohjaan kuuluu hoitajan interpersoonalliset eli vuorovaikutukseen vaikuttavat tiedot, joihin kuuluvat potilaan perustiedot, tieto potilaan kokemuksista sekä tieto toiminnasta.

Postoperatiivisessa raportoinnissa tarvittava tieto muodostuu hoidon jatkuvuuden suunnittelusta, potilaan taustatiedoista, toimenpiteen antamista tiedoista, lääkärin antamista tiedoista sekä hoitajan tietotaustasta. **Hoidon jatkuvuuden suunnittelua** tukee Suomen Anestesiayhdistyksen anestesiatoimintaa koskevat suositukset, joiden mukaan elinsiirron harvinaisen ja haastavan toimenpiteen takia, hoidossa korostuu potilaan tarkka valvonta leikkauksen jälkeen mahdollisen hylkimisreaktion takia. Tämän vuoksi hoidon jatkuvuus on turvattava riittävällä tiedonvälityksellä. (Jalonen, Hynynen, Erkola & Valanne 1999, 955.) **Tieto potilaan taustatiedoista** muodostuvat potilaan henkilötiedoista, lääkityksestä, viimeisimmistä laboratoriotuloksista sekä röntgenkuviista. Tätä opinnäytetyön tulosta tukee osaltaan Ruuskasen (2007, 29–30) tutkimus, jonka mukaan raportoinnilla kerrotaan potilaan esitiedot, diagnoosi, hoitoisuus sekä mitä hoitotoimia on viimeisimmin tehty ja mitä asioita hoitamisessa on erityisesti huomioitava. **Toimenpiteen antamiin tietoihin** kuuluvat tieto tehdystä toimenpiteestä sekä tieto toimenpiteen aikaisesta hoitotyöstä, potilaan leikkauksesta konkreettisesti, eli mitä on tehty, ja miten se vaikuttaa potilaan postoperatiiviseen hoitoon. Tätä opinnäytetyön tulosta tukee osaltaan Herttulan (2005, 53–55) tutkimuksen mukaan suomalaisten leikkaushoitotyössä kirjattiin paljon hoitotyön tarpeen määrittelyä, toteuttamista ja arviointia. Vastaavanlaiseen tutkimustulokseen päätyivät myös Tiusanen, Junttila, Leinonen ja Salanterä (2009, 269), joiden mukaan perioperatiivisessa hoidossa kirjattiin eniten hoidon toteutuksesta, kuten lääkityksestä sekä fyysisen tilan muutoksista. **Lääkärin antamat tiedot** muodostuvat leikkaavan kirurgin ja anestesia­lääkärin antamista määräyksiä potilaan hoidosta. Tämän tuloksen tärkeyttä tukevat kirjallisuus lähteiden mukainen tieto, elinsiirron toimenpiteen haastavuudesta sekä leikkauksen jälkeisestä tarkasta valvonnasta (Jalonen ym. 1999, 955). **Hoitajan tietotausta** muodostuu kyvystä hahmottaa hoidon jatkuvuus sekä oman ammattitaidon ja kliinisten tietojen hallinnasta. Tätä opinnäytetyön tulosta tukee Kaukkilan (1998, 35–42, 52) tutkimus, jonka mukaan anestesiahoitaja tietopohjaan kuuluu älylliset tiedot, johon kuuluu tiedot anatomiasta ja fysiologiasta, farmakologiasta, anestesiologiasta, kirurgiasta, aseptiikasta, toimenkuvasta, dokumentointikäytännöstä, sairaalan toimintaperiaatteista ja – tavoista sekä fysiikasta ja tekniikasta, uskonnosta ja kulttuurista, pedagogiasta, matematiikasta ja psykologiasta.

Anestesiahoitaja tarvitsee **hyväksi havaitusta tiedosta** työyhteisön suositukset sekä potilaan tarpeista lähtevät tiedot. Potilaan tarpeista lähtevät tiedot muodostuvat potilaan sairauksista, toimenpiteestä sekä potilaan voinnista leikkauksen yhteydessä. Tätä tulosta

tukee osaltaan Ruuskasen (2007, 29–30) tutkimus, jonka mukaan raportoinnilla kerrotaan potilaan esitiedot, eli nimi, ikä, diagnoosi, hoitoisuus sekä mitä hoitotoimia on viimeisimmin tehty ja mitä asioita hoitamisessa on erityisesti huomioitava.

Anestesiahoitaja tarvitsee opinnäytetyön tulosten mukaan **kokemuksellisesta tiedosta** potilaan tiedot sekä hoitajan tiedot. Kokemuksellisen tiedon tärkeyttä kuvataan useammassa tutkimuksessa työkokemuksena, ja sen avulla saatuna ammatillisuutena. Haastateltavista anestesiahoitajista suurin osa kertoi, etteivät he ainakaan tietoisesti käytä mitään teoriamallia suullisen raportoinnin perustana. Tiedostamattomana tietona he käyttivät kokemuksellista ja hyväksi havaittua tietoa, kuten koulutusta ja työhön perehdytystä.

Anestesiahoitajien suullisen raportoinnin **kehittämishaasteita** ovat opinnäytetyön mukaan tiedonantolomake, yhtenäinen kirjaaminen, selkeä ja järjestyksellinen suullinen ulosanti sekä potilaan huomiointi. Näitä tuloksia tukee osaltaan Fordellin (2002) sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan tekemät tutkimukset, jotka myös vahvistavat opinnäytetyön aiheen tärkeyttä. Tampereen yliopistollisen sairaalan (1998) tekemän tutkimuksen mukaan elinluovutuspotilaan hoidossa mukana olleista leikkausosaston hoitajista osalla oli ollut yhteistyöongelmia anestesiayksikön teho-osaston kanssa, johtuen ennen kaikkea tiedonsiirrosta (Friberg ym. 1998, 16). Samankaltaiseen tutkimustulokseen päätyi myös Fordell (2002, 95), joka tutki leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjua ja huomasi, että potilaan hoito- ja palveluketjun saumattomuutta estivät yhteistyön ja tiedonkulun ongelmat, joita esiintyi etenkin ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen.

5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella arvioimalla tutkimusaineiston keräämistä, aineiston analysointia sekä tutkimuksen raportointia (Nieminen 1998, 216).

Tutkimusaineiston kerättiin luotettavasti, hakemalla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä tutkimuslupaa opinnäytetyön toteutukseen, tiedustelemalla tutkimusympä-

ristöstä kiinnostusta opinnäytetyön toteutukseen, olemalla yhteistyössä tutkimusympäristön lähiesimiehen eli osastonhoitajan kanssa sekä kohtelemalla tutkittavia tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti. Tutkittavat olivat vapaaehtoisia sekä osastonhoitajan valitsemia. Opinnäytetyön tekijä ei vaikuttanut haastateltavien valintaan muuten kuin pyytämällä tietyn määrän tietyn ammattitaidon omaavia ammattilaisia.

Haastattelukysymykset ovat luotettavia, sillä kuten laadulliseen tutkimukseen kuuluu, kysymykset olivat aiheeseen johdattavia, mutteivät vastauksia rajoittavia. Tutkimuksessa pyrittiin käyttämään mahdollisimman laadukkaita lähdemateriaaleja tutustumalla muihin hoitotieteen tutkimuksiin. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset.

Tutkimuksen luotettavuus voidaan tarkistaa kahden arvioijan samankaltaisen tuloksen avulla tai jos tutkimuskohdetta on tutkittu eri tutkimuskerroilla ja saatu tutkimustulos on sama. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta ei voida näin ollen varmistaa aikaisempien saman aiheen tutkimuksien puuttuessa. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta ei suositella vanhoja lähteitä. Tässä opinnäytetyössä on käytetty muutamaa vanhaa lähdettä, mutta niiden käyttöä vahvistaa lähteen tärkeys, ja uudemman tiedon puuttuminen, jolloin voidaan olettaa asian pysyneen muuttumattomana.

5.3 Eettiset kysymykset

Tutkimusaineistoa kerätessä tutkittavia tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti, huomioiden tutkittavien oikeudet. Tutkittavilla on oikeus tutkimusta koskevaan tietoon, esittää selventäviä kysymyksiä, tietoiseen suostumukseen, tutkimuksen keskeyttämiseen sekä tietoon tutkimustuloksista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 290–291.) Opinnäytetyön tutkittavia kohdeltiin rehellisesti ja kunnioittavasti huomioiden, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltaville ilmoitettiin, että tiedot tullaan käsittelemään luottamuksellisesti, haastateltavien jäädessä tunnistamattomiksi. Haastateltavien anonymiteetti pysyikin koko ajan turvattuna, eikä missään vaiheessa haastateltavista käytetty tunnistettavia tietoja, kuten nimiä. Haastattelussa saadut ääninauhat ja muut

kirjalliset tiedot käsiteltiin luottamuksellisesti ja nimettömästi, ja tietoja käytettiin vain tähän opinnäytetyöhön. Tiedot hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Tutkittavien oikeus tutkimusta koskevaan tietoon huomioitiin siten, että tutkimuskohteeseen lähetettiin tutkimussuunnitelma opinnäytetyöstä, jossa kerrottiin tutkimuksen tausta ja tarkoitus, teoreettiset perusteet sekä suunnitelma toteutuksesta. Tutkittavien tietoinen suostumus huomioitiin lähettämällä tutkimuskohteeseen saatekirje (Liite 2), jossa pyydettiin saada haastatella anestesiahoitajia, jotka ovat antaneet leikkauksen jälkeistä suullista potilasraportointia teho-osaston sairaanhoitajalle elinsiirtopotilaan leikkauksen aikaisesta hoidosta. Saatekirjeessä kerrottiin lyhyesti myös tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustulosten luottamuksellinen käyttö vain kyseiseen tutkimukseen. Tutkittavilla oli halutessaan mahdollisuus esittää selventäviä kysymyksiä haastattelutilanteen aikana sekä muina aikoina, haastattelijan yhteystietojen ollessa saatekirjeessä.

Tutkittavilla oli kokoajan mahdollisuus keskeyttää tutkimus, kenenkään sitä käyttämättä. Haastattelu ajankohdissa joustettiin, sopimalla haastattelu ajat haastateltavien työkiireisiin sopiviksi. Tutkittavien oikeus saada tietoa tutkimustuloksista, tullaan huomioimaan lähettämällä tutkimusympäristöön valmis opinnäytetyö.

5.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön avulla voidaan kehittää hoitotyötä tutkimuskohteessa, kehittäen tutkimustulosten avulla suullisen raportoinnin toteutukseen ohjeet, joita voidaan hyödyntää muun muassa uuden työntekijän perehdytyksessä. Tutkimuskohteen lisäksi tutkimusta voidaan hyödyntää muissa postoperatiivista raporttia antavissa yksiköissä. Tutkimuksesta voi olla hyötyä myös muissa kuin operatiivisen hoitotyön yksiköissä, joissa halutaan kehittää suullista raportointia.

Suullinen raportointi muodostuu useista osa-alueista tieteellisestä tiedosta, hyväksi havaitusta tiedosta, sekä kokemuksellisesta tiedosta, joista syntyy oma raportointi tapa eli ”henkilökohtainen kädenjälki”.

5.5 Oman prosessin pohdinta

Aloitin opinnäytetyön aiheen ideoinnin ja suunnittelun jo syksyllä 2006, josta lähtien työskentely on tapahtunut ryhmäohjauksen tukemana. Tutkimuksen etenemistä ovat hidastaneet tutkinnolliset ja henkilökohtaiset syyt, mistä johtuen tutkimusaikatauluni on ollut hyvin tiukka. Lokakuussa 2009 esitin tutkimussuunnitelman ja pyysin haastattelulupaa, leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitajalta. Marraskuussa haastattelin anestesiahoitajia. Joulutammikuussa 2009 purin haastattelut. Tammi-maaliskuussa työstin opinnäytetyötä valmiiksi. Opinnäytetyön jätin esitarkastukseen 6.4.2010. Työ luovutetaan valmiina 3.5.2010 ja valmistun 28.5.2010.

Ammatillisesti olen oppinut tutkimustyön avulla etsimään luotettavaa tieteellistä tietoa ja sen miten sitä voi hyödyntää käytäntöön. Henkilökohtaisesti sain tutkimustyöstäni paljon uutta tietoa, sillä kokemukseni perioperatiivisesta hoitotyöstä oli hyvin rajallinen. Opinnäytetyöprosessin haastavimpina asioina koin tutkimussuunnitelman tekemisen sekä haastatteluaineiston analysoinnin. Lisäksi koin haastavaksi opinnäytetyön yksin tekemisen, sillä en pystynyt tiedustelemaan työparilta mielipidettä tutkimuksen päätöksen tekoon. Toki sain paljon tukea opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta.

Haastattelutilanteet menivät luontevasti keskustellen. Monet haastateltavat olivat tutustuneet lähettämäni tutkimussuunnitelmaan ja miettineet valmiiksi mitä asioita he halusivat kertoa. Haastatteluympäristö oli rauhallinen, eikä keskeytyksiä pahemmin tullut. Kuitenkin haasteena koin apukysymysten ennalta miettimisen.

Tutkimuksen edetessä pohdin olisiko haastateltavien työkokemuksen määrällä vaikutusta tuloksiin. Tulisiko haastateltavat rajata ammatitaitoiisiin, eli vuosia työskennelleisiin hoitajiin. Mielestäni tällä asialla ei kuitenkaan ollut tähän tutkimukseen vaikutusta, sillä halusin saada mahdollisimman laaja-alaisen näkemyksen aiheesta. Haastatteluissa ilmeni, että haastateltavien näkemykset erosivat hieman toisistaan sen mukaan miten kauan oli ollut työelämässä. Vähemmän aikaa työssä olleiden työntekijöiden vastauksissa korostui koulutuksen ja perehdytyksen suuri merkitys. Pitkään töissä olleiden työntekijöiden vastauksissa korostui toiminnan itsestään selvyys ja vaikeus perustella toiminnan lähtökohtia.

LÄHTEET

- Eriksson, Katie; Isola, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino-Kilpi, Helena; Lindström, Unni Å.; Paavilainen, Eija; Pietilä, Anna-Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2008. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY.
- Friberg, Pirkko; Kivitalo, Marja; Peltonen, Eija; Pessi, Kyllikki; Salonen, Terhi & Simola, Pia 1998. *Elinluovuttajan laadukkaan hoidon kehittäminen*. Loppuraportti 1997. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/98: Tampere.
- Fordell, Merja 2002. *Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun tarkastelua*. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos. Pro-Gradu-tutkielma.
- Hallila, Liisa 2005. Johdanto. Teoksessa Liisa Hallila (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi, 10–12.
- Herttuala, Niina 2005. *Leikkaushoitotyön kirjaamisen sisältö: Intraoperatiivisen hoitotyön lomakkeiden analyysi Suomessa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2005. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hyytiäinen, Elina & Holmen, Karin 2003. (Ammatti)korkeakouluopiskelijoiden käsityksiä tulevasta työstään sairaanhoitajana Suomessa ja Ruotsissa. *Kevertverk-kolehti* 1/2003. Viitattu 22.1.2010. <http://ojs.seamk.fi/index.php/kevert/article/view/700/549>
- Höckerstedt, Krister; Sipponen, Jorma; Sairanen, Heikki; Vuola, Jyrki & Kivioja, Aarne 2006. *Elinsiirrot*. Teoksessa Peter J. Roberts; Esko Alhava; Krister Höckerstedt & Eero Kivilaakso (toim.) *Kirurgia*. Helsinki: Duodecim, 1017–1028.
- Jalonen, Jouko; Hynynen, Markku; Erkola, Olli & Valanne, Jukka 1999. Suomen Anestesiayhdistyksen anestesiatoimintaa koskevat suositukset. Teoksessa Per Rosenberg; Seppo Alahuhta; Jussi Kanto & Jukka Takala (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Helsinki: Duodecim, 949–955.

- Junes, Ritva & Solvin, Raakel 1995. Vuoteenvierusraportointi potilaan kokemana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.
- Kaukkila, Hanna-Sisko 1998. Anestesiahoitajan kompetenssi intraoperatiivisessa hoitotyössä. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Leino-Kilpi, Helena & Lauri, Sirkka 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Sirkka Lauri (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 7–20.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2006. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Nieminen, Heli 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215–221.
- Oksanen, Niina 1999. Asiantuntijuudesta perioperatiivisessa hoitotyössä Marian sairaalan leikkausosastolla. Helsingin yliopisto. Tutkielma.
- Riikola, Liisa 1990. Peruskartoitus suullisen potilastiedotuksen sisällöstä ja tiedotukseen käytetystä ajasta. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma.
- Ruuskanen, Susanna 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen: kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Tiusala, Teija; Junttila, Kristiina; Leinonen, Tuija & Salanterä, Sanna 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. *Hoitotiede* 21 (4), 269–281.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri & Paunonen, Marita 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen lähtökohdat: Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Marita Paunonen & Katri Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 14–25.

LIITTEET

Liite 1 Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Millainen tietoperusta ohjaa anestesiahoitajan suullista raportointia elinsiirtopotilaan siirtyessä leikkauksen jälkeen leikkaussalista teho-osastolle:

1. Millaiseen teoreettiseen tietoon suullinen raportointi perustuu?
 - a) Mitä teoriaa/ tietopohjaa henkilökohtaisesti käytätte suullisen raportoinnin tukena?
 - b) Mihin anestesiahoitajan suullinen raportointi perustuu?
 - c) Mihin tietoon suullinen postoperatiivinen raportointi perustuu?
2. Millainen hyväksi havaittu toiminta ohjaa suullista raportointia?
 - a) Millaisia työyhteisön suosituksia teillä on suulliseen raportointiin?
Vai onko niitä?
 - b) Mitä tietoja teho-osasto tarvitsee suullisesta raportista, elinsiirtopotilaan hoitoon?
3. Millainen kokemuksellinen tieto ohjaa anestesiahoitajan suullista raportointia?
 - a) Millaista henkilökohtaisesti saamaa kokemuksellista tietoa hyödynnätte elinsiirtopotilaan suullisessa raportoinnissa?
 - b) Millaisia henkilökohtaisia kokemuksia teillä on elinsiirtopotilaan suullisen raportoinnin toteutuksesta?
4. Millä tavalla suullista raportointia voitaisiin kehittää?

Liite 2 Saatekirje

Hoitohenkilökunta

SAATE

Leikkaus- ja anestesiaosasto

Kirurginen sairaala

2.10.2009.

ARVOISA HAASTATELTAVA

Olen sairaanhoitaja-opiskelija Diakonia-ammattikorkeakoulusta Helsingin toimipaikasta. Tutkintooni liittyvän opinnäytetyöni aiheena on Anestesiahoitajan raportointi elinsiirtopotilaasta teho-osastolle. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata anestesiahoitajan antamaa suullista potilasraportointia teho-osaston sairaanhoitajalle elinsiirtopotilaan leikkauksen aikaisesta hoidosta. Tutkimuksessa pyrin selvittämään anestesiahoitajien kokemuksia elinsiirtopotilaan suullisen raportoinnin tiedon käyttöä.

Sinä, joka työskentelet anestesiahoitajana leikkausosastolla ja olet antanut leikkauksen jälkeistä suullista raporttia elinsiirtopotilaasta siirtyessä teho-osastolle, voisitko osallistua haastatteluuni ja kertoa raportointikokemuksiasi.

Tutkimusaineisto kerätään 23.10.09 mennessä haastattelemalla kahdenkeskisesti. Haastattelumuotona käytän teemahaastattelua, jossa esitän valmiita, avoimia kysymyksiä. Haastattelun kesto on noin 45 minuuttia. Haastattelumateriaali tallennetaan äänikasetille. Haastattelussa saatavat tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömästi, käyttäen tietoja vain tähän tutkimukseen.

Avustasi kiittäen!

Mari Vitikainen

mari.vitikainen@student.diak.fi

puh. XXX-XXXXXX