

Maria Vääräniemi

HERÄÄMOHOIDON SIIRTOKRITEERIEN KÄYTTÖKOKEMUKSET

Kyselytutkimus Oulun yliopistollisen sairaalan keskiryhmän anestesiaosaston ja keskusleikkausosaston heräämöiden sairaanhoitajille

HERÄÄMÖHOIDON SIIRTOKRITEERIEN KÄYTTÖKOKEMUKSET

Maria Vääräniemi
Opinnäytetyö
Kevät 2019
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

Tekijä: Maria Vääräniemi
Opinnäytetyön nimi: Heräämöhoidon siirtokriteerien käyttökokemukset
Työn ohjaajat: Minna Vanhanen ja Anne-Maria Pöyskö
Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: Kevät 2019
Sivumäärä: 79 +4 liitettä

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) julkaisi vuonna 2012 käsikirjan leikkauspotilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Käsikirja sisältää leikkauspotilaan siirtokriteerit. Kriteerien tarkoitus on ohjata potilaan seurantaa ja hoitoa koskevaa päätöksen tekoa heräämön hoitotyössä, auttaa arvioimaan potilaan siirtokelpoisuutta heräämöstä vuodeosastolle hänen toipumiseensa nähden optimaaliseen aikaan ja potilasturvallisuuden parantaminen mahdollisten komplikaatioiden varhaisella tunnistamisella.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan keskiryhmän anestesiaosaston ja keskusleikkausosaston heräämön hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä heräämöhoidon siirtokriteerien käytöstä ja niiden raja-arvojen täyttymisestä potilaan siirtotilanteissa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kriteerien käyttöön liittyvistä mahdollisista haasteista ja koota sairaanhoitajien muutos- ja kehittämisideoita siirtokriteerien edelleen kehittämiseksi.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena, johon sisältyi myös muutama avoin kysymys. Tutkimuksen otannan muodostivat keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä pääsääntöisesti työskentelevät sairaanhoitajat. Aineisto kerättiin lokakuussa 2018. Sekä kysely, että aineiston analyysi suoritettiin Webropol-ohjelmalla. Avoimissa kysymyksissä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia.

Tulosten perusteella sairaanhoitajat kokivat siirtokriteerien käytön tärkeäksi ja ymmärsivät siirtokriteerien merkityksen potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä. Sairanhoitajien näkemysten mukaan siirtokriteerit ovat olennainen osa uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä. Siirtokriteereitä ei koettu liian hitaiksi tai työlääksi käyttää ja osa sairaanhoitajista kertoivat muistavansa siirtokriteerit ulkoa. Tulosten perusteella siirtokriteerejä ja niiden alakohtia ei sairaanhoitajien kokemusten mukaan huomioida säännönmukaisesti jokaisen potilaan kohdalla. Parhaiten siirtokriteereistä otetaan huomioon ja siirtotilanteissa täyttyvät hengityksen, verenkierron, kivun, tajunnan, verenpuodon ja pahoinvoinnin siirtokriteerit, selvästi huonoiten lämpötilan kriteeri. Muutos- ja kehittämisideoina sairaanhoitajat nostivat erityisesti esille, että siirtokriteereissä tulisi paremmin huomioida potilaan yksilöllisyys ja lähtötilanne. Tuloksia voidaan hyödyntää Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston siirtokriteereiden kehittämistyössä. Tuloksia ei voida yleistää muihin työyksiköihin.

Asiasanat: potilasturvallisuus, postoperatiivinen hoitotyö, heräämö, siirtokriteerit, kyselytutkimus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Bachelor of Health Care

Author: Maria Vääräniemi

Title of thesis: User Experiences of Discharge Criterion in Post Anesthesia Care Unit

Supervisors: Minna Vanhanen and Anne-Maria Pöyskö

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2019

Number of pages: 79 + 4 appendices

The Nursing Research Foundation, NFR (HOTUS) published the discharge criterion for Post Anesthesia Care Unit (PACU) year 2012. The purpose of the criteria is to guide nurse in the postoperative patient monitoring and treatment together with help make decisions when patients are ready to move ward. The objective of the discharge criterions are better patient safety.

The commissioner of this study was Oulu University Hospital. The purpose of the study was to aggregate nurse's user experiences of NFR's discharge criteria in their workplace in Surgical Departments and Center Groups Post Anesthesia Care Unit of Oulu University Hospital, describe possible problems in the use of discharge criterion and scout up nurses' development proposals.

The study material was collected in October 2018. The study was made by using a quantitative research method but the questionnaire also included some open-ended questions. The questions base on the discharge criterion and study's assignments. The query and analysis was made with the Webropol Online Survey and Analysis Software. In open-ended questions used content analysed. .

On the basis of the study nurses support the use of criterion and nurses understand that the use of discharge criterion improves patient safety. The study revealed that the discharge criterions are an integral part of mentoring new employees and students. Nurses think that the use of criterion is not too slow or troublesome and some nurses remembered the criteria by heart. On the basis of the study all discharge criterions not be part of every patient care or when patients move to wards. Nurses noticed circulation, breathing, consciousness, pain, nausea and bleeding criteria's and their subsections well, but temperature criteria notice was the worst. Nurses presented that for the discharge criteria should take better account of patient's individuality and baseline.

The results can be used to development the discharge criteria in Surgical Departments and Center Groups Post Anesthesia Care Unit of Oulu University Hospital. These results of this study are not generalized to other hospitals or workplace.

Keywords: patient safety, discharge criteria, postoperative care, post anesthesia care unit,

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	SIIRTOKRITEERIEN KÄYTTÖ OSANA POTILASTURVALLISUUTTA	9
2.1	Oulun yliopistollisen sairaala	9
2.1.1	Keskusleikkausosasto	10
2.1.2	Keskiryhmän anestesiaosasto	10
2.2	Potilasturvallisuus	11
2.3	Näyttöön perustuva toiminta	13
2.4	Perioperatiivinen hoitotyö	16
2.4.1	Postoperatiivisen potilaan seuranta heräämössä	17
2.4.2	Potilasturvallisuuden haasteita heräämöhoidotyössä	29
2.5	Siirtokriteerit	30
2.5.1	Verenkierto	31
2.5.2	Hengitys	32
2.5.3	Tajunta	32
2.5.4	Liiketoiminnot	32
2.5.5	Kipu	33
2.5.6	Pahoinvointi	33
2.5.7	Lämpötila	34
2.5.8	Virtsaneritys	34
2.5.9	Verenvuoto	34
2.5.10	Jatkohoito-ohjeet	35
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT/TUTKIMUSTEHTÄVÄT	36
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	37
4.1	Tutkimusmetodologia	37
4.2	Tutkimuksen perusjoukko ja vastaajien valinta	37
4.3	Tutkimusmenetelmä ja esitestaaminen	38
4.4	Aineiston keruun toteuttaminen ja aineiston analyysi	39
5	TUTKIMUSTULOKSET	41
5.1	Keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöjen sairaanhoitajien kokemuksia ja mielipiteitä siirtokriteerien käyttämisestä	41

5.2	Keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöjen sairaanhoitajien kokemuksia siirtokriteerien käyttämisestä siirtokelpoisuuden arvioinnissa ja kriteerien täytymisestä potilaan siirtotilanteissa	45
5.3	Keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajien esille tuomia muutos- ja kehittämis ehdotuksia siirtokriteereihin.....	56
6	TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	59
6.1	Kokemuksia ja mielipiteitä siirtokriteerien käyttämisestä	59
6.2	Siirtokriteerien käyttäminen potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa	60
6.3	Siirtokriteerien täytyminen potilaan siirtotilanteissa heräämöstä vuodeosastolle.....	63
6.4	Muutos ja kehittämis ideat	64
6.5	Johtopäätökset	65
7	POHDINTA	67
7.1	Luotettavuus.....	67
7.2	Eettisyys.....	69
7.3	Tutkimusprosessin eteneminen ja oppimiskokemukset.....	71
7.4	Yleistettävyys	72
7.5	Jatkotutkimusaiheet.....	73
	LÄHTEET.....	74
	LIITTEET	78

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä ja toimintaympäristössä tapahtuu jatkuvia muutoksia. Lääketiede ja teknologia kehittyvät nopeasti. Eri ammattiryhmien työnjakoa ja vastuita uudistetaan ja tehokkuutta korostetaan. Potilailla lisääntyy vapaus valita hoitopaikkansa, mikä omalta osaltaan asettaa vaatimuksia hoidon laadulle ja sen parantamiselle. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 8.) Näiden rakenteellisten muutosten yhteydessä on kiinnitettävä huomiota palvelujen sisällölliseen kehittämiseen, jotta asiakkaille ja potilaille voidaan turvata turvalliset, vaikuttavat ja laadukkaat palvelut, riippumatta heidän asuinpaikastaan tai hoitavasta yksiköstä. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 7.) Kansallisen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian 2017–2021 tavoitetilana vuoteen 2021 mennessä on potilas- ja asiakasturvallisuuden näkyminen rakenteissa ja käytännön toiminnassa niin että palvelut olisivat vaikuttavia ja turvallisia. Strategian tavoitetilana on myös potilaiden ja asiakkaiden yhdenvertainen toimijuus palveluprosessissa ja sen suunnittelussa, ja että jokainen voi vaikuttaa, valita ja ottaa vastuuta potilas- ja asiakasturvallisuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§ velvoittaa, että toiminta on ammatillista ja tieteellisesti asianmukaista, perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin ja että toiminta on laadukasta ja turvallista (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:8 §). Potilasturvallisuus on perusta hoitotyön laadulle (Karma ym. 2016, 8). Osana hoidon laatua ovat vaikuttavat hoitomenetelmät ja potilasturvallisuuden perustan muodostaa näyttöön perustuva toiminta. Näyttöön perustuvan toiminnan juuret ovat alkujaan lääketieteestä. Hoitotyössä näyttöön perustuvasta toiminnasta on alettu puhumaan jo 1990-luvun loppupuolella mutta käytännön hoitotyössä näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisessa on edelleen haasteita ja toteutumisessa vaihtelevuutta eri maiden ja organisaatioiden, sekä yksittäisten ammattilaisten välillä. Tämä vaihtelevuus lisää hoitotyön haittavaikutuksen riskiä, nostaa kustannuksia tehottomien hoitomenetelmien vuoksi ja asettaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat ja potilaat eriarvoiseen asemaan. (Korhonen ym. 2018, 7.)

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) julkaisi vuonna 2012 käsikirjan leikkauspotilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Käsikirja sisältää leikkauspotilaan heräämöhoidon siirtokriteerit. (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012.) Käsikirjan tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen heräämöhoidon liittyvien mahdollisten komplikaatioi-

den varhaisella tunnistamisella sekä sujuva hoitoketju, jolloin potilas siirretään vuodeosastolle hänen toipumiseensa nähden optimaalisena ajankohtana. Käsikirjassa esitetään yksityiskohtaisesti postoperatiivisesti tarkkailtavat hoidon osa-alueet potilasturvallisuuden ja komplikaatioiden varhaisen tunnistamisen näkökulmasta. (Karma ym. 2016, 194.) Käsikirja koskee aikuista leikkauspotilasta, jonka kirurgista toimenpidettä vaativa ongelma on ollut jokin muu kuin sydän- tai neurokirurginen tai korva-, silmä-, tai naistentauteihin liittyvä ongelma. Käsikirjan aineisto ei myöskään kata päiväkirurgista toimintaa. (Lukkarinen ym. 2012, 6.) Oulun yliopistollisen sairaalan heräämöissä on käytettävissä kyseiset vuonna 2012 laaditut heräämöhoidon siirtokriteerit, joihin opinnäytetyöni perustuu (Sivonen, keskustelu 10.10.2017).

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata keskiryhmän anestesiaosaston ja keskusleikkausosaston heräämön sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä heräämöhoidon siirtokriteerien käytöstä ja niiden raja-arvojen täyttymisestä potilaan siirtotilanteissa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kriteerien käyttöön liittyvistä mahdollisista haasteista ja koota sairaanhoitajien muutos- ja kehittämisideoita siirtokriteerien edelleen kehittämiseksi. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena oli myös tuoda esille siirtokriteerien käytön merkitystä potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä ja tukea ammatillista kasvua kehittäen alan asiantuntijuutta postoperatiivisen hoitotyön, siirtokriteerien käyttämisen ja potilasturvallisuuden osalta.

Tutkimuksen ensisijaiseksi lähestymistavaksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen lähestymistapa. Määrällisen lähestymistavan lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin myös laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Lähestymistapoihin vaikuttavia tekijöitä olivat tutkittava ilmiö, tutkittava perusjoukko ja ajankäytölliset syyt. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40–41.) Kuvailevalla tutkimuksella pyrittiin muodostamaan kattava kuvaus tutkittavien sairaanhoitajien siirtokriteerien käyttökokemuksista kyseisillä osastoilla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 139). Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena.

2 SIIRTOKRITEERIEIN KÄYTTÖ OSANA POTILASTURVALLISUUTTA

Postoperatiivisessa heräämöhoidossa potilas kokee nopean siirtymisen anestesia-aineiden vaikutuksen alaisuudesta elintoimintojen palautumiseen ja itsenäiseen selviytymiseen. Potilaan heräämön seuranta ja vuodeosastolle siirtyminen ovat hoidon kriittisiä vaiheita, sillä komplikaatioriskit ovat silloin korkeimmillaan. Seurannan heräämössä päättää päätöksenteko potilaan siirtämisestä vuodeosastolle. Siirron tulee olla turvallinen ja potilaan toipumiseen nähden oikein ajoitettu. Hoitotyön tutkimussäätiön kehittämät tiettyjen elintoimintojen palautumiseen perustuvat siirtokriteerit on luotu sairaanhoitajien tueksi arvioimaan potilaan siirtokelpoisuutta. Kriteerien tavoitteena on potilasturvallisuuden edistäminen. (Lukkarinen ym. 2012, 4-5.)

Potilasturvallisuus-käsite on valtavan laaja ja moniulotteinen. Jotta työ pysyy selkeänä ja johdonmukaisena, avataan ensin potilasturvallisuutta yleisellä tasolla ja tarkemmin niitä potilasturvallisuuden liittyviä osa-alueita postoperatiivisessa heräämöhoidotyössä, jotka ovat yhteydessä siirtokriteerien käyttämiseen. Luvun aluksi esitellään lyhyesti opinnäytetyön tilaajan ja työyksiköt, joissa tutkimukseni toteutettiin.

2.1 Oulun yliopistollisen sairaala

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP) on Suomen viidestä yliopistollisesta sairaanhoitopiiristä pohjoisin. Sairaanhoitopiiriin kuuluu 29 jäsenkuntaa ja kaksi sairaalaa, Oulaskankaan sairaala ja Oulun yliopistollinen sairaala (OYS). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairanhoidon palvelut tuotetaan pääosin Oulun yliopistollisessa sairaalassa. OYS antaa keskussairaala-tasosta hoitoa oman sairaanhoitopiirin väestölle ja erityistason sairaanhoitoa koko erityisvastuu-alueelleen. Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualue (OYS-erva) on viidestä erityisvastuu-alueesta maantieteellisesti alueeltaan maan laajin kattaen koko Pohjois-Suomen, mukaan lukien Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirit sekä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän. Asukkaita Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella on noin 400 000 ja Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella noin 740 000. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2018, viitattu 12.10.2018.)

2.1.1 Keskusleikkausosasto

Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisella leikkausosastolla, keskusleikkausosastolla, tehdään noin 10 000 leikkausta vuosittain. Lähes puolet leikkauksista on päivystysluonteisia. Keskusleikkausosastolla toimitaan ympärivuorokautisesti kaikkina viikonpäivinä. Potilaat tulevat pääosin sairaalan kirurgian klinikasta. Päivystysaikana osastolla hoidetaan myös pienten lasten leikkauksia vuoden iästä ylöspäin. Keskusleikkausosaston henkilökuntaan kuuluu noin 200 henkilöä useista eri ammattiryhmistä. Hoitotyön lisäksi henkilökunnan työtehtäviin kuuluu eritasoisten lääketieteen- ja sairaanhoidon opiskelijoiden ohjaaminen ja perehdyttäminen sekä avustaminen tieteellisten tutkimusten tekemisessä. Osastolla on 18 leikkaussalia ja anestesiatoimenpidehuone. Heräämöitä osastolla on kaksi, anestesiavalvonta (Aneva) ja heräämö, joissa potilaspaikkoja yhteensä 27. Anestesiavalvonta toimii ympärivuorokautisesti, toinen heräämö aamusta ilta kahdeksaan asti. Anestesiavalvonnassa hoidetaan pitempiaikaista (yli 3h) ja vaativaa postoperatiivista valvontaa tarvitsevia potilaita. Lisäksi kahtena päivänä viikossa Urologian heräämössä on toiminnassa 3 potilaspaikkaa. (Keskusleikkausosasto 2018, viitattu 10.10.2018; Seppälä, Laurila & Hiivala 2013, viitattu 27.1.2019.)

2.1.2 Keskiryhmän anestesiaosasto

Keskiryhmän anestesiaosastolla henkilökunta hoitaa potilaiden anestesian- ja kivunhoidon leikkausten sekä hoito- ja tutkimustoimenpiteiden yhteydessä sairaalan keskiklinikan alueella. Keskiklinikan alueeseen kuuluvat naistentautien leikkausosasto, korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkausosasto, silmäleikkausosasto sekä radiologian ja gastroenterologian poliklinikka. Keskiryhmän anestesiaosastolla toimitaan pääosin virka-aikana, poikkeuksena iltaheräämötoiminta naistentautien leikkausosaston heräämössä kaikkien kolmen keskiklinikan leikkausosaston potilaille. Leikkauksia ja anestesiaa vaativia toimenpiteitä keskiryhmän anestesiaosastolla tehdään vuosittain noin 12 000. Leikkauksista yhä suurempi osa tehdään päiväkirurgisina. Leikkausosastojen lisäksi keskiryhmän anestesiaosaston henkilökuntaa toimii myös muissa Oulun yliopistollisen sairaalan yksiköissä, joissa tehdään erilaisia anestesiaa vaativia toimenpiteitä. (Keskiryhmän anestesiaosasto 2018, viitattu 10.10.2018.)

Naistentautien leikkausosastolla on yksi sektiosali, 3 leikkaussalia, toimenpidehuone ja kahdeksan paikkainen heräämö (Naistentautien leikkausosasto 2018, viitattu 10.10.2018). Korva-, nenä- ja

kurkkutautien leikkausosastolla on käytössä 5 leikkaussalia ja oma 8-paikkainen heräämö (Korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkausosasto 2018, viitattu 10.10.2018). Silmäleikkausosastoon kuuluu neljä leikkaussalia sekä viiden potilaspaikan heräämö (Silmäleikkausosasto 2018, viitattu 12.10.2018).

2.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on varmistaa potilaan hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan turvallinen hoito edellyttää hyvää kliinistä osaamista, mutta hyvät kliiniset taidot eivät yksin takaa, että kaikki potilasturvallisuutta edistävät asiat otetaan huomioon. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 8-12.) Potilasturvallisuuteen kuuluu osaava henkilökunta, tilojen, laitteiden ja välineiden asianmukaisuus, lääkkeiden tarpeenmukaisuus ja oikea käyttö sekä dokumentoinnin ja tiedonkulun turvallisuus. Potilaan näkökulmasta katsottuna potilasturvallisuus tarkoittaa, että potilaan saama hoito, hoiva ja palvelut edistävät hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan, aiheuttaen mahdollisimman vähän haittaa. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, toteutuu oikeaan aikaan ja oikealla tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, viitattu 9.10.2018.)

Potilasturvallisuuden kokonaisvastuu on organisaation johdolla, mutta potilasturvallisuus on yhteinen asia kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaiden kesken. Johdon täytyy korostaa potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassa ja varmistaa hyvät työolot turvallisen hoidon toteuttamiselle. (Karma ym. 2016, 9.)

Terveydenhuollon toiminnassa ja kulttuurissa korostetaan huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta, eikä virheitä hyväksytä. Tästä on seurannut ajattelutapa, jonka mukaan virheet johtuvat huolimattomuudesta, välinpitämättömyydestä tai asenneongelmasta. Potilasturvallisuuden edistämisessä on tärkeää oivaltaa, että turvallisuus ei muodostu ainoastaan yksittäisen henkilön, ympäristön, laitteen tai yksikön toiminnasta, vaan se on tulos kaikkien järjestelmän osien vuorovaikutuksesta. Henkilön tekemän virheen tapahtuessa toiminnan arvioinnin ja tuomitsemisen sijaan lähtökohtana tulisi pyrkiä ymmärtämään, mikä sai henkilön toimimaan kyseisellä tavalla ja miltä virheeseen johtanut tilanne näyttäytyi hänelle sillä hetkellä. Yksittäisen potilasturvallisuutta uhkaavan virheen taustalla voi olla useita tekijöitä. Esimerkiksi jonkin tietyn laitteen käytössä sattuvan virheen taustalla voi olla

yksittäin tai yhtä aikaa puutteellinen perehdytys, epäselvä ohjeistus tai huonosti suunniteltu käyttöliittymä. Nämä tekijät taas voivat tulla seurauksena taustalla vaikuttavista prosesseista, kuten perehdytyksen seurannasta ja suunnittelusta, ohjeistuksen ylläpitämisestä ja laitteiden hankinta- ja käyttöönottopäätöksistä. (Helovuori ym. 2011, 14, 63–64, 75–76.)

Ihmisten tiedonkäsittelyprosessissa on rajoituksia, kuten tarkkaavaisuuden tai muistikapasiteetin rajallisuudet. Monet inhimillisten virheiden muodot, kuten unohdukset ja erehdykset ovat näiden rajoitusten seurauksia. Emme pysty samanaikaisesti käsittelemään suuria määriä asioita, vaan aivomme ovat ennemminkin kehittyneet rajoittamaan käsiteltävän tiedon määrää. Tiedonkäsittelyprosessi on altis erilaisille ulkoapäin tuleville häiriötekijöille ja kaikki asiat, joita aistimme havaitsevat, kuormittavat tiedonkäsittelyämme ja vievät huomiota pois varsinaisesta tehtävästä. Usein myös ympäristömme on altis häiriöille ja keskeytyksille, jolloin joudumme siirtämään tarkkavaiuuttamme pois käynnissä olevasta tehtävästä. Vireystilalla on vaikutusta suorituskyykyyn, sillä aivojen toiminta ja tiedonkäsittelyprosessi on altis vireystilan vaihteluille. Liiallinen työkuorma, stressi ja väsymys laskevat keskittymis- ja tarkkavaiuuskyykyä. Turvallisen toiminnan lähtökohtana on varmistaa mahdollisimman hyvät suoritumisedellytykset lukuisista tiedonkäsittelytehtävistä. On epärealistista odottaa, että rauhattomassa työympäristössä, kiireessä ja useiden yhtäaikaisten vaatimusten keskellä asiat tulisivat tehdyiksi ainoastaan muistin varassa. Kiireessä työmuistin raja ylitty nopeasti ja asioita unohtuu, ellei muistamista tueta. (Helovuori ym. 2011, 77–80.)

Erilaisia tarkistuslistoja työkaluina on käytetty terveydenhuollossa muistin tukena jo kymmeniä vuosia. Tarve listojen kehittämiseksi ja käyttämiseksi on saanut usein alkunsa sattuneista virheistä tai tilanteista, joissa virheen riski on käynyt korkealla. Tarkistuslistoista on todettu olevan hyötyä erityisesti työpisteissä, joissa vaaditaan suurta tarkkuutta, nopeaa työtahtia ja monien asioiden yhtäaikaista hallintaa sekä esimerkiksi potilaan siirtyessä kotiin tai toiselle osastolle. Tarkistuslistojen lisäksi potilasturvallisuuden parantamiseksi ja ylläpitämiseksi on kehitelty ja julkaistu myös monenlaisia muita ns. työkaluja kuten esimerkiksi analyysi- ja selvitysmenetelmiä ja erilaisia hoitotyönkriteerejä. Potilasturvallisuuden parantamistavoitteen lisäksi kaikille työkaluille on jokin erityinen käyttöalueensa, kuten toiminnan tarkistus, haittojen syiden tutkiminen tai potilasturvallisuuskulttuurin arviointi. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 16, 275–276.)

Yksi potilasturvallisuutta edistävä tekijä on myös yhtenäiset toimintatavat. Yhtenäisillä toimintatavoilla voidaan osaltaan taata potilaille tasalaatuinen hoito, riippumatta kuka on työvuorossa. (Rauta 2017, 11.) Yhtenäisten toimintatapojen kautta potilasturvallisuuteen liittyvät riskit ovat paremmin

tunnistettavissa ja hallittavissa (Helovuo ym. 2011, 64). Etenkin monimutkaisista ja vaikeista, suuria potilasryhmiä koskevista hoidoista tai isoja resursseja vaativista hoitokokonaisuuksista on suositeltavaa laatia yksikkökohtaiset selkeät toimintaohjeet, joita kaikkien hoitoon osallistuvien on noudatettava ja joista poiketaan vain harkiten. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 16–19.) Epäselvien toimintaprosessien ja työnjaon selkiyttäminen, eri toimijoiden välinen yhteistyön sujuvuuden ja tiedonkulun parantaminen ja lisäävät usein sekä toiminnan tehokkuutta, että turvallisuutta. Hoitoprosesseja tulee yksinkertaistaa poistamalla kaikki turhat ja epäolennaiset vaiheet, sillä toimijoihin ja prosesseihin liittyvien solmukohtien ja kontaktipintojen vähentyessä myös virheen mahdollisuus vähenee. Hoitoprosesseissa täytyy kuitenkin olla riittävästi varmistavia vaiheita, joiden aikana mahdolliset poikkeamat voidaan huomata ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. (Helovuo ym. 2011, 63.)

Kansallisen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategian 2017–2021 tarkoitus on auttaa kehittämään suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuuskulttuuria yhteneväisemmäksi sekä edistää sen toteutumista. Turvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan yksilöiden ja yhteisöjen tapaa toimia potilaiden ja asiakkaiden saamien palveluiden turvallisuuden varmistamiseksi. Strategian tavoitteilana vuoteen 2021 mennessä on potilas- ja asiakasturvallisuuden näkyminen rakenteissa ja käytännön toiminnassa niin, että palvelut olisivat vaikuttavia ja turvallisia. Strategian tavoitteilana on myös potilaiden ja asiakkaiden yhdenvertainen toimijuus palveluprosessissa ja sen suunnittelussa, ja että jokainen voi vaikuttaa, valita ja ottaa vastuuta potilas- ja asiakasturvallisuudesta. Yksinä tavoitteina on, että palveluprosessit ja toimintatavat olisivat turvallisia sekä suojaisivat potilaita ja asiakkaita vaaratapahtumilta. Avoin turvallisuuskulttuuri ja vastuun kantaminen ovat avainsanoina tavoitteisiin pääsemisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

2.3 Näyttöön perustuva toiminta

Terveydenhuollon lainsäädäntö edellyttää, että toiminta on ammatillista ja tieteellisesti asianmukaista, perustuu näyttöön, sekä hyviin hoito ja kuntoutuskäytäntöihin ja että toiminta on laadukasta ja turvallista (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:8 §). Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on perusteettomasti vaihtelevien käytäntöjen yhtenäistäminen parhaaseen mahdolliseen tietoon perustuviksi, yhteisiksi käytännöiksi ja edistää näin hoidon laatua. (Korhonen ym. 2018, 17.)

Näyttöön perustuvalla toiminnalla pyritään siihen, että potilaiden hoidossa hyödynnetään tutkimuksilla tehokkaiksi osoitettuja menetelmiä, ja vältetään, ettei potilaalle tarjota jo hyödyttömiksi tutkittuja hoitotyönmenetelmiä, tai sellaisia, jotka voivat jopa olla potilaalle haitallisia. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018, viitattu 26.9.2018.) Mikäli hoitomenetelmien odotettavissa olevien hyötyjen ja haittojen suhde on potilaalle epäedullinen, niiden aiheuttamat kustannukset tarpeettomia tai hoitomenetelmä on tutkitusti huonompi kuin vaihtoehtoisesti käytettävissä oleva hoitomuoto, voidaan hoitomenetelmä katsoa vaikuttamattomaksi ja menetelmä tulisi poistaa terveydenhuollon käytöstä. (Duodecim 2017, viitattu 2.10.2018.)

Näyttöön perustuvalla tiedolle tyypillinen piirre on sen uusiutuvuus tieteellisen tiedon lisääntyessä (Duodecim 2017, viitattu 2.10.2018). Näytön uusiutuvuus vaatii organisaatiolta aktiivista tutkimusnäytön seuranta ja yhtenäisten näyttöön perustuvien käytäntöjen sekä niihin liittyvien paikallisten työohjeiden säännöllistä päivittämistä. (Korhonen ym. 2018, 110.) Paras ajantasainen näyttöön perustuva tieto on luotettavaa tieteellistä tutkimustietoa, tai luotettavaksi arvioitua tietoa. Hyödynnetäessä tutkimusnäyttöä on otettava huomioon näytön vahvuus, mikä voi vaihdella tutkimusasetelman tai laadun mukaan. Vahvinta tutkimusnäyttöä ovat järjestelmälliset katsaukset ja luotettavaan tutkimusnäyttöön perustuvat suositukset. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018, viitattu 26.9.2018.) Yksittäisiin tutkimuksiin liittyvät artikkelit antavat työntekijöille tietoa ammattitaitonsa ylläpitämiseksi ja ymmärrystä siitä, millaisia tutkimuksia omalla alalla on meneillään. Se voi toimia apuna silloin, kun tiivistettyä tutkimusnäyttöä aiheesta ei ole saatavilla. Yksittäiset tutkimusartikkelit ovat toimivia herättämään ajatuksia työntekijöissä ja parhaimmillaan innostavat tarkastelemaan olemassa olevia toimintatapoja. Artikkelin tarjoaman tiedon hyödyntäminen käytännössä edellyttää työntekijältä harvintaa sekä arviointikykyä tutkimuksen menetelmällisestä luotettavuudesta. (Korhonen ym. 2018, 110.)

Keskeistä näyttöön perustuvassa toiminnassa on, miten näyttöä hyödynnetään asiakkaiden ja potilaiden hoitoa tai palveluiden järjestämistä koskevassa päätöksen teossa. Potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa tutkimusnäytön lisäksi tarvitaan myös muun tyyppistä tietoa, sillä muun tyyppinen tieto mahdollistaa tutkimusnäytön ymmärtämisen ja soveltamisen sekä potilaan kokonaistilanteen huomioimisen. Muun tyyppistä tietoa ovat esimerkiksi hoitotyöntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvä hitaasti muuttuva tai tarkentuva perustieto (esimerkiksi anatomiaan, fysiologiaan tai farmakologiaan liittyvä tieto), kliininen kokemus, potilaalta saatava tieto sekä resursseihin,

olosuhteisiin ja toimintaympäristöön liittyvä tieto. Kliinisen kokemuksensa avulla hoitotyöntekijä koostaa yhteen tutkimusnäytön ja muista lähteistä saadun tiedon ja yhdistää ne yhdessä potilaan kanssa potilaan tarpeita vastaavaksi päätökseksi. (Korhonen ym. 2018, 110, 112–115.)

Muun tyyppisen tiedon luotettavuuden arviointi on vaikeaa. Turvallisen ja laadukkaan hoidon turvaamiseksi tulee tunnistaa eri tiedonlähteisiin liittyviä vahvuuksia ja rajoitteita. Päätöksenteon kohteena oleva kysymys on ratkaisevana tekijänä, millaista ja mistä lähteistä tietoa hankitaan päätöksenteon tueksi. Tämä edellyttää tuntemusta eri tilanteissa tarvittavasta tiedosta ja sen luotettavuudesta, sekä ymmärrystä, milloin oman ammattitaidon ja kokemuksen kautta tullut tieto on riittävää ja asianmukaista. Päätöksen teossa tarvitaan tuntemusta työyksikön käytössä olevista näyttöön perustuvista toimintaohjeista ja toimintamalleista, sekä tuntemusta tilanteista, milloin näyttöön perustuvasta käytännöstä ja hoitosuosituksesta on tarkoituksenmukaista ja perusteltua poiketa. Omaan ammatillisen kokemuksen hyödynnettävyyteen päätöksenteossa vaikuttavat työkokemus, sen pituus ja laatu. Jos ammattilaiselle on kertynyt paljon kokemusta omalta alaltaan, on hänelle väistämättä kertynyt sellaista kokemuksellista tietoa, jota hän voi tutkimusnäytön lisäksi hyödyntää päätöksenteossa. (Korhonen ym. 2018, 110, 114–115.)

Tavanomainen tiedonlähde käytännön hoitotyössä on kollegojen konsultointi ja heiltä saatu hiljainen kokemuksellinen tieto, mitä tutkimusten mukaan sairaanhoitajat arvostavat ja suosivat enemmän kuin tutkimusnäyttöä. Haasteellista kollegojen välisessä konsultoinnissa on se, miten tunnistaa ajantasaista tietoa omaavan kollegan. (Korhonen ym. 2018, 111.) Sairaanhoitajapäivillä 2017 työssäkäyville sairaanhoitajilta kysyttäessä kollega tunnistettiin luotettavaksi tiedonlähteeksi, jos kollegalla on ajantasainen koulutus, pitkä ja vankka työkokemus ja organisaatiossa asiantuntija-asema. Luotettavuutta sairaanhoitajien vastausten perusteella lisäsi myös kollegan työskentelyssä näkyvä asiantuntijuus, se että kollega pystyy monipuolisesti perustelemaan asiansa näyttöä käyttäen tai hän on kehittämismyönteinen ja hänen asenteensa on myönteinen näyttöön perustuva toimintaa kohtaan. (Oikarinen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018, viitattu 15.10.2018.) Kollegan konsultointi on merkittävä tiedon lähde silloin, kun kollega on aiheeseen perehtynyt asiantuntija ja hänellä on hallussaan uusin tutkimusnäyttö. Parhaimmillaan kollegoiden välinen yhteinen pohdinta on keino sekä tutkimusnäytön että kokemuksellisen tiedon välittämiseksi työyhteisössä, jota voidaan hyödyntää myös uusia työntekijöitä perehdyttäessä. Konsultointi voi myös innostaa konsulttina toimivaa asiantuntijaa osaamisensa ylläpitämisessä. (Korhonen ym. 2018, 111.)

Vaatus näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisesta koskee koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa, sekä kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia heidän asemastaan tai tehtävästään riippumatta. Näytön käyttöönotto ei kuitenkaan etene ainoastaan hoitosuosituksia julkaisemalla tai hallinnollisella päätöksellä, vaan se edellyttää ammattilaisten keskinäistä vuorovaikutusta sekä hoitoon liittyvien prosessien sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön yhteydessä olevien tekijöiden tunnistamista. Hoitosuosituksesta käytäntöön siirtyminen edellyttää, että hoitosuosituksesta laaditaan konkreettiset, käytännön toimintaa ohjaavat organisaatio tai työyksikkö kohtaiset työohjeet. Muutos vaatii aikaa, sillä työntekijöiden sitoutuminen muutoksiin tapahtuu vähitellen ja yksilöinä eritahtisesti. Sitoutuminen vaatii työntekijöiden tukemista, kannustusta, osaamisen ja näytön käytön varmistamista sekä palautetta suoriutumisesta. (Korhonen ym. 2018, 10–12.)

2.4 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivinen hoitotyö tarkoittaa operaation, eli leikkauksen, ympärillä leikkaus- ja anestesiaosastoilla työskentelevän hoitohenkilökunnan tekemää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Potilaan perioperatiivinen hoitotyön prosessi alkaa leikkauuspäätöksestä ja loppuu leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen päättymiseen. (Karma ym. 2016, 8.)

Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan kolmeen alakäsitteeseen, pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoitotyöhön. Preoperatiivinen hoito on leikkausta ennen tapahtuvaa hoitoa, joka alkaa leikkauuspäätöksestä sekä potilaan valmistautumisesta leikkaukseen ja loppuu kunnes leikkaussalin henkilökunta vastaanottaa potilaan. Intraoperatiivinen hoito alkaa, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle ja päättyy toimenpiteen jälkeen potilaan siirtämiseen leikkaussalista anestesia- ja hoitoon. Postoperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan hoitotyötä, joka alkaa leikkauksen jälkeen anestesia- ja hoitoon ja jatkuu siihen asti, kunnes potilas ei enää tarvitse leikkaukseen liittyvää hoitotyötä. (Karma ym. 2016, 8, 178.) Perioperatiivinen hoitotyön prosessin eri vaiheissa on useita potilasturvallisuuden vaarantumisen riskejä ja niiden välttämiseksi perioperatiivisella henkilökunnalla on velvollisuus huolehtia potilaan turvallisesta hoidosta jokaisessa hoidon vaiheessa. (Karma ym. 2016, 11.)

2.4.1 Postoperatiivisen potilaan seuranta heräämössä

Tavallisimmin perioperatiivisen hoitotyön kolmas vaihe, eli postoperatiivinen hoito, alkaa leikkauksen jälkeen leikkaussalin välittömässä läheisyydessä olevassa hoitotilassa, postoperatiivisessa anestesiavalvontayksikössä, josta käytetään myös ammattilaisille ja potilaille tuttua termiä ”heräämö”. Postoperatiivisen hoidon ensimmäinen vaihe voidaan aloittaa kriittisesti sairailta potilailla myös suunnitellusti tai leikkauksessa ilmenneiden komplikaatioiden takia teho-osastolla. (Karma ym. 2016, 178.) Heräämöhoidotyöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä leikkauksen jälkeistä, heräämössä tapahtuvaa hoitotyötä, joka päättyy potilaan siirtymiseen vuodeosastolle.

Heräämöhoidotyöllä on kaksi tavoitetta; seurata potilaan toipumista anestesian vaikutuksista anestesiaa edeltäneelle tasolle ja potilaan voinnin tarkkailu mahdollisten leikkauskomplikaatioiden varalta (Niemi-Murola 2016, viitattu 7.11.2018). Potilaan heräämövaiheen seurannan keskeisiä osaluonteita ovat hengityksen, verenkierron, nestetasapainon ja virstanerityksen seuranta, tajunnan tason ja lihastoiminnan seuranta, leikkaushaavan ja vuodon seuranta, potilaan lämpötilan seuranta, kivun seuranta, pahoinvoinnin seuranta sekä potilaan voinnin kirjaaminen ja raportointi (Lukkarinen ym. 2012, 7).

Potilaan heräämöhoidoon osallistuvat anestesia lääkäri, leikkaava kirurgi ja hoitohenkilökunta (Suomen anestesiologiyhdistys 2016, viitattu 10.1.2019). Heräämössä työskentelevä hoitohenkilökunta on pääsääntöisesti perioperatiiviseen toimintaan, postoperatiiviseen valvontatehtävään ja kivunhoitoon perehdytettyjä ja erikoiskoulutettuja sairaanhoitajia. Osa perioperatiivisista sairaanhoitajista työskentelee vakituisesti heräämössä mutta tavallista on, että leikkaussalilla ja heräämöllä on osittain sama henkilökunta, eli sairaanhoitajat vuorottelevat työsuunnittelun mukaan sekä heräämössä, että leikkaussaleissa. Anestesia lääkärit eivät työskentele kokoaikaisesti heräämössä, vaan käyvät säännöllisesti sekä tarvittaessa katsomassa hoidettavina olleiden potilaidensa vointia ja toimenpiteestä toipumista. (Lukkari ym. 2015, 364.)

Leikkauksen loppuvaiheessa heräämön sairaanhoitaja saa leikkaussalista ilmoituksen saapuvasta potilaasta, jonka perusteella heräämössä järjestetään tarvittava potilaspaikka valmiiksi. Potilaspaikalla tarvittavien laitteiden määrä vaihtelee perusmonitoroinneista laajoihin invasiivisiin, eli elimistön sisälle ulottuviin menetelmiin, kuten arteriapaineen ja keskuslaskimopaineen mittauksiin. Perusvarusteluna jokaisella potilaspaikalla potilasvuoteen lisäksi on nesteensiirtoteline, tarkkailumonitori, johon on kytkettävissä happisaturaation, verenpaineen ja EKG:n eli sydänfilmin seuranta

sekä hapenantomahdollisuus ja imuysikkö. Lisäksi jokaiselle potilaalle täytyy olla nopeasti saatavilla tekohengityspalje ja happinaamari, valmius ylipaineella annettavaan nesteensiirtoon, elvytyskärky defibrillaattoreineen ja elvytyslääkkeineen, intubaatiovälineet, pleuradreenin laittovälineet ja pleuraimuvälineet, valmius suoraan valtimopaineen mittaamiseen sekä mahdollisuus potilaan lämmönmittaukseen ja lämmittämiseen. (Lukkari ym. 2015, 366; Suomen anesthesiologiyhdistys 2016, viitattu 10.1.2019.) Heräämössä täytyy olla tarvittaessa myös mahdollisuus välittömiin röntgen- ja laboratoriotutkimuksiin (Suomen anesthesiologiyhdistys 2016, viitattu 10.1.2019).

Potilaan saapuessa heräämään hänelle laitetaan leikkaussalin anestesiahoitajan ja valvojan sairaanhoitajan avustamana seurantalaitteet, joita ovat vähintään happisaturaatiomittari, lisähappi joko viiksillä tai maskilla, verenpaineenmittaus samaa menetelmää käyttäen kuin leikkauksalissa sekä EKG. (Vainionpää 2018, viitattu 16.10.2018; Lukkari ym. 2015, 354.) Invasiivisten mitausten anturit asetellaan potilaasta katsoen oikealle korkeudelle ja nollataan luotettavien mittaus tulosten takaamiseksi. Potilaan välittömien vitaalitoimintojen tarkistuksen jälkeen tarkistetaan potilaan oikea asento, leikkaualue ja infuusioliokset. Mahdolliset potilaasta tulevat laskuputket ja katetrit huomioidaan ja niiden keräyspussit ja -laitteet asetetaan kiinni potilaan sänkyyn omilla telineillä tai kiinnitysmekanismeillaan. (Lukkari ym. 2015, 367.)

Postoperatiivisen hoitotyön pohjana ovat pre- ja intraoperatiivisten hoitovaiheiden tiedot potilaasta. Osan tiedoista heräämön sairaanhoitaja saa leikkausohjelmasta ja anestesiatietojärjestelmästä mutta suurin osa tiedoista välittyy suullisten raporttien yhteydessä, kun potilas vastaanotetaan heräämään. Potilaan saapuessa heräämään ja hoitovastuun siirtyessä vastaanottavalle sairaanhoitajalle leikkaussalin anestesiahoitaja antaa raportin potilaan perustiedoista ja voinnista toimenpiteen ja anestesian aikana sekä välittömässä leikkauksen jälkeisessä vaiheessa. Tarvittaessa anestesia lääkäri tiedottaa heräämön sairaanhoitajalle potilaan tarkkailussa huomioitavista anestesiologisista yksityiskohdista, potilaskohtaisista yksilöllisesti hyväksyttävistä tarkkailun viitearvoista ja jatkohoitomääräyksistä. (Lukkari ym. 2015, 105, 367, 370; Suomen anesthesiologiyhdistys 2016, viitattu 10.1.2019.) Leikkaustyyppin mukaisesti leikkaava kirurgi voi esittää toiveita seuranta-ajan pituudesta sekä heräämössä potilaalle tehtävistä laboratorio- tai kuvantamistutkimuksista (Niemi-Murola 2016). Raportin antava anestesiaryhmänjäsen ei saa poistua potilaan luota ennen kuin heräämön vastaanottava sairaanhoitaja on tyytyväinen saamaansa raporttiin (Suomen anesthesiologiyhdistys 2016, viitattu 10.1.2019).

Hengityksen seuranta

Ensimmäisenä potilaan vitaalinelintoiminoista tarkistetaan hengitystoiminnot sekä pään asento ilmateiden auki pysymiseksi. Hengityksen seuranta jatketaan koko potilaan heräämöhoidon ajan. (Lukkari ym. 2015, 367.) Useimmiten potilas on herätetty ja extuboitu leikkaussalissa mutta potilas voi tulla heräämään myös intubaatioputken tai larynxmaskin kanssa. Potilas voidaan extuboida, eli hengityksen apuväline voidaan poistaa, kun hän on täysin hereillä ja reagoi kehotuksiin. Joissakin tilanteissa potilas voi olla edelleen nukutettuna heräämään siirtyessään ja hänet voidaan tilapäisesti kytkeä hengityskoneeseen. Esimerkiksi jos leikkaus on ollut pitkä tai potilaan lämpötila on jäähtynyt leikkauksen aikana, voidaan potilaan herättämistä pitkittää. Tällöin potilas saa herätä rauhassa ja hänet voidaan lämmittää normaalilämpöiseksi, jotta herääminen olisi miellyttävämpää. (Vainionpää 2018, viitattu 16.10.2018.)

Hengityksen seurannassa kiinnitetään huomiota potilaan hapettumiseen, hengitystapaan ja hengitystiheyteen, rytmiiin, syvyyteen sekä hengitysääniin. Seurannassa huomioidaan myös hengitysteiden eritteet sekä ihon, huulien ja limakalvojen väri. Potilaan hapettumista mitataan happisaturatiomittarilla ja ventilaatiota, eli keuhkotuuletusta, mittaamalla uloshengityksen tai valtimoveren hiilidioksidipitoisuutta. (Vainionpää 2018, viitattu 16.10.2018; Lukkarinen ym. 2012, 12–13.) Hapettumisen ongelmia hoidetaan lisähapella, eritteiden poistamisella hengitysteistä sekä oireenmukaisesti anestesia-ääkärin ohjeiden mukaan. (Vainionpää 2018, viitattu 16.10.2018.) Lisähapetta annetaan yleensä kaikille nukutetuille potilaille, sillä lisähapen hengittäminen auttaa anestesiakaasujen poistumista elimistöstä. Hengitystä ja hengitysteiden auki pysymistä voidaan helpottaa asennolla, kuten sängynpäätä nostamalla, kivun, leikkauksen ja anestesiamenetelmän sallimissa rajoissa sekä tarvittaessa nieluputken tai nenänieluputken käytöllä. (Lukkari ym. 2015, 367–368, 380.)

Lieväkin hengityksen vajaatoiminta voi hoitamattomana johtaa henkeä uhkaavaan tilanteeseen. Kliinisen tarkkailun löydöksillä on taipumus ennakoida mittareissa näkyviä heikentyneitä arvoja. Postoperatiivisten potilaiden hengitysvaikeudet johtuvat yleisimmin ylä- ja alahengitysteiden ahtaumisesta, hypoksemiasta tai hypoventilaatiosta. Hengitysvaikeuksien riskiä nostaa potilaalle tehdyn toimenpiteen luonne, esimerkiksi päivystysleikkaus tai vatsanalueen leikkaus, ja toimenpiteen pitkä kesto mutta myös anestesia-aineet ja opioidit voivat lamata potilaan hengitystä, sillä ne ovat herkkiä heikentämään keskushermoston hengityskeskusten toimintaa. Lihaskalantit voivat ai-

heuttaa hengityslihasten toiminnan vajausta. Hengityksen ja hapettumisen ongelmien riskiä nostavat myös potilaan yksilölliset ominaisuudet ja leikkausta edeltävä fyysinen tila, ylipaino, korkea ikä, tupakointi tai lihas- ja keuhkosairaudet, mitkä tulee ottaa huomioon potilaan hoidossa ja seurannassa. (Lukkari ym. 2015, 372, 380–381; Lukkarinen ym. 2012, 13–14.)

Verenkierron seuranta

Äkilliset muutokset verenpaineessa, sydämen lyöntitiheydessä ja rytmissä ovat heräämössä kaiken ikäisillä esiintyviä tavallisia komplikaatioita, joiden taustalla voi olla useita syitä. Heräämöseurannassa pitää tunnistaa erityisesti ne potilaat, joilla on ikänsä, perussairautensa tai heille tehdyn toimenpiteen takia kohonnut riski kardiovaskulaarisiin ongelmiin, eli sydämeen ja verisuoniin liittyviin ongelmiin. Syyt verenpaineen muutoksiin tulee selvittää ja hoitaa kaikilta potilailta mahdollisimman nopeasti, sillä sekä hypertensiosta, eli liian korkeasta verenpaineesta, että hypotensiosta, liian matalasta verenpaineesta, voi seurata potilaalle vakavia ongelmia. Hoitamattomana hypertensio voi johtaa sydämen rytmihäiriöihin, akuuttiin sydämen pumppausvajaukseen sekä aivoverenkierron häiriöihin. Potilaan hypotensio voi kertoa potilaan hypovolemiaasta, eli riittämättömästä verenmäärästä. Hypotensio ja äkillinen takykardia, eli sydämen tiheälyöntisyys, voivat viitata postoperatiiviseen verenvuotoon. Nuorien ja terveiden potilaiden rytmihäiriöt eivät välttämättä vaadi seurannan lisäksi erityistä hoitoa. Läkäreiden ja potilaiden, joilla on jo tiedossa sydämeen ja verisuoniin liittyvä sairaus, rytmihäiriöt tulee tutkia ja hoitaa tehokkaasti. (Lukkarinen ym. 2012, 8-9; Lukkari ym. 2015, 330, 380–383.)

Välittömässä postoperatiivisessa vaiheessa heräämössä potilaan verenpainetta ja sykettä mitataan vähintään 15 minuutin välein (Lukkarinen ym. 2012, 8-10). Sykkeestä tarkkaillaan sydämen syketaajuutta ja sykkeen säännöllisyyttä. Potilaan verenkierron tarkkailussa kiinnitetään huomiota myös sydänsähkökäyrään (EKG) ja siinä mahdollisesti tuleviin muutoksiin sekä verrataan potilaan leikkausta edeltävään tilaan. (Vainionpää 2018, viitattu 16.10.2018.)

Anestesia lääkäri asettaa potilaan perussairaudet, lääkityksen ja tehdyn toimenpiteen huomioon ottaen verenpaineen ja sykkeen tavoiterajat, joissa potilaan hoidossa pyritään pysymään (Seppälä ym. 2013, viitattu 26.1.2019). Riittävä kipulääkitys, potilaan lämpötilan normalisoiminen, potilaan ventilaation ja hapettumisen turvaaminen, nestetasapainon ja kiertävän verimäärän vajauksen kor-

jaaminen sekä tarvittaessa verenkiertoelimistöön vaikuttavan lääkehoidon toteuttaminen ovat peruseriaatteita potilaan verenpaineen ja sykkeen muutoksien hoidossa (Lukkari ym. 2015, 381–383).

Nestetasapainon seuranta

Tarkkaillaessa potilaan nestetasapainoa arvioidaan elimistöön tulevien ja elimistöstä poistuvien nesteiden määrää ja niiden välistä tasapainoa. Tavoitteena on potilaan normovolemia, eli veren normaali tilavuus elimistössä. Nestetasapainon arvioinnissa otetaan huomioon potilaan saamat neste- ja lääkeinfuusiot, juomat ja ruokailut, virtsaneritys, haihtuminen, verenvuoto haavasta ja laskuputkista sekä tarkkaillaan potilaan janontunnetta, suun ja limakalvojen kuivumista, levottomuutta, kipua, verenpainetta ja turvotusta. (Lukkari ym. 2015, 369; Lukkarinen ym. 2012, 9-10; Vainionpää 2018, viitattu 16.10.2018; Seppälä ym. 2013, viitattu 27.1.2019.) Invasiivisista mittauksista CVP:n eli keskuslaskimopaineen mittausta antaa tietoa potilaan nestetasapainosta (Lukkari ym. 2015, 381). Annettujen ja menetettyjen nesteiden ja eritteiden määrä kirjataan (Lukkari ym. 2015, 369). Neste- ja elektrolyttitasapainon arvioinnin tukena käytetään myös erilaisia potilaan verestä nähtäviä arvoja kuten esimerkiksi hemoglobiini, hematokriitti, kalium, natrium, kreatiniini ja verikaasuanalyysi (Lukkarinen ym. 2012, 10).

Tajunnantason seuranta

Postoperatiivisten potilaiden levottomuus ja sekavuus on yleistä potilaiden heräämisvaiheessa ja ennen anestesia-aineiden poistumista elimistöstä. Heräämössä tajunnantason seurannassa korostuvia asioita ovat potilaan nukutuksesta toipuminen, kouristukset ja sekavuus. Leikkauksen jälkeistä tajunnan tasoa verrataan ennen leikkausta tehtyihin havaintoihin. (Vainionpää 2018, viitattu 16.10.2018.) Hereillä olevan potilaan tajunnan tasoa arvioidaan puhuttelemalla potilasta. Puhuttelemalla potilasta arvioidaan potilaan heräämisen tasoa, yksikertaisten ohjeiden ja kehotusten noudattamista sekä orientoitumista aikaan ja paikkaan. (Lukkari ym. 2015, 368.) Neurokirurgisten ja tarvittaessa myös muiden potilaiden tajunnantason arvioinnissa käytetään Glasgow'n kooma-asteikon GCS-pisteytystä (Lukkarinen ym. 2012, 17). Sedatoitujen ja relaksoitujen potilaiden tajunnan tasoa arvioidaan seuraamalla potilaan pupillien kokoa ja valoreaktiota sekä raajojen liike- ja tunto-vasteita ja voimaa (Ritmala-Castren, Lönn, Lundgren-Laine, Meriläinen & Peltomaa 2017, 260–261). Sairaanhoidaja tarkkailee myös mahdollisia kouristeluja tai nykiviä lihasliikkeitä potilaan raajoissa tai kasvoilla (Lukkari ym. 2015, 368).

Potilasturvallisuuden varmistamiseksi ahdistuneet ja sekavat potilaat vaativat sairaanhoitajan jatkuvaa läsnäoloa ja turvallisuuden tunteen välittämistä potilaalle. Sairaanhoitaja huolehtii potilaan ilmäteiden auki pysymisestä, lisähapen saannista ja hengityksen sujuvuudesta. Potilaan turvallisuuden kannalta sekavien potilaiden kohdalla voi olla myös syytä varmistaa, että sängyn laidat ovat ylhäällä. (Lukkari ym. 2015, 381, 368.) Tokkuraisuuden ja sekavuuden taustalla olevat syyt tulee arvioida ja sekavien ja ahdistuneiden potilaiden verenpaineet ja hapetus tulee tarkistaa ennen vuodeosastolle siirtymistä, sillä hämmennyksen ja sekavuuden aiheuttajana voi olla hapenpuute tai madaltunut kallonsisäinen läpivirtaus. Myös esimerkiksi anestesia-lääkkeiden vaikutus, alhainen tai korkea verensokeri, ali- tai yllämpö, äkillinen kipu ja potilaan taustatekijät, kuten lääkitys, alkoholin käyttö tai diagnosoitu uniapnea voivat aiheuttaa potilaalle tokkuraisen tai sekavan olotilan. Yleisimpiä syitä potilaan pitkittyneeseen heräämiseen ovat potilaan kotilääkitys tai ennen leikkausta ja leikkauksen aikana annetut lääkkeet. (Lukkari ym. 2015, 368; Lukkarinen ym. 2012, 15–17.)

Lihastoiminnan seuranta

Seuraamalla postoperatiivisen potilaan lihasvoimaa ja toimintaa arvioidaan lääke- ja puudutusaineiden poistumista ja lihasvoiman palautumista. Tavoitteena on potilaan lihastoiminnan palautuminen leikkausta edeltävälle tasolle.

Hereillä olevan potilaan lihasten toimintaa ja voimaa seurataan arvioimalla potilaan kykyä nostaa päätä ja puristaa kättä, sekä seuraamalla potilaan hengityslihasten toimintaa hengitystapaa ja rytmii arvioimalla. Anestesioidun potilaan lihasjännitystä seurataan TOF-stimulaatiolla (the repeatability of train-of-four). Spinaali- ja epiduraali puudutuksesta toipuvia potilaita pyydetään liikuttamaan jalkateriään tai koukistamaan ja nostamaan alaraajojaan. (Lukkarinen ym. 2012, 17; Lukkari ym. 2015, 369.)

Kivun seuranta

Leikkauksen jälkeisen kivun voimakkuuden ja riittävän kipulääkityksen huomioiminen on olennainen osa postoperatiivista hoitoa, koska leikkauksen jälkeinen kipu on väistämätöntä. Kipu aiheuttaa potilaalle monia fysiologisia haittoja, jotka voivat pidentää potilaan toipumisaikaa leikkauksesta.

Kipu aktivoi sympaattista hermostoa, nostaa sykettä ja verenpainetta sekä lisää sydämen työmäärää ja hapenkulutusta. Kipu voi hidastaa potilaan haavan paranemista, sillä kipu supistaa verisuonia, mikä voi huonontaa kudosten hapensaantia. Voimakas postoperatiivinen kipu voi pahimmillaan hoitamattomana aiheuttaa potilaalle henkistä kärsimystä, akuutteja psyykkisiä kriisejä, pitkäkestoisia tunneperäisiä muutoksia ja kivun kroonistumista. (Lukkari ym. 2015, 373, 375; Lukkarinen ym. 2012, 27.) Kipu voi vaikeuttaa potilaan hengittämistä ja yskimistä, mikä voi altistaa keuhkokuumeelle. Kivuliaan potilaan glukoositasapaino voi häiriintyä, sillä kipu lisää stressihormonin, kuten kortisolin erittymistä ja potilaan tukosriski voi suurentua, mikäli kipu vaikeuttaa potilaan liikkumista. (Karma ym. 2016, 184.) Hyvällä kivunhoidolla voidaan edistää potilaan toipumista ja tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon, nopeuttaa potilaan ylösnousua, ehkäistä hoidon komplikaatioita ja kivun kroonistumista sekä lyhentää potilaan sairaalassaoloaika (Lukkari ym. 2015, 375).

Anestesia- ja kivunlääkäri suunnittelee potilaan leikkauksen jälkeisen kivun hoidon potilaan tilan, toimenpiteen ja mitatun kivun mukaisesti. Heräämön sairaanhoitaja aloittaa potilaan kivun arvioinnin ja hoidon heti potilaan saavuttua heräämön, ja kivun hoito jatkuu aktiivisena koko potilaan hoidon ajan. (Lukkari ym. 2015, 373, 375; Lukkarinen ym. 2012, 27.) Kivun hoidossa käytetään ennakoivaa työotetta ja kivun hallinta on tasapainottelua optimaalisen kivuttomuuden ja kivunhoidon haittavaikutusten välillä. Kivun hoitomuodoissa yhdistyy sekä lääkkeellisten että ei-lääkkeellisten kivunhoitojen menetelmiä. (Lukkari ym. 2015, 373, 375.) Lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä ovat erilaiset puudutteet sekä suonensisäisesti, epiduraalitaalaa ja lihaksen sisäisesti ja suun kautta annosteltavat kipulääkkeet. Lääkkeettöminä kivunhoidon menetelminä voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia asentoja, rentoutusta, lämpö-kylmähoitoa sekä keskustelua ja psyykkistä tukemista. (Vainionpää 2018, viitattu 16.10.2018; Lukkarinen ym. 2012, 29; Karma ym. 2016, 182.) Kivunhoidon onnistumista arvioidaan mittaamalla ja kirjaamalla kivun voimakkuus ennen kivun lievittämistä, sekä sen jälkeen (Lukkari ym. 2015, 375).

Kivun kokemisessa on yksilöllisiä eroja ja potilas on kipunsa paras asiantuntija. Sairaanhoitaja on heräämön ammattiryhmistä eniten vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, ja kivun arviointi perustuu kin potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyöhön. (Lukkari ym. 2015, 373; Lukkarinen ym. 2012, 27.) Kivun arvioinnin tukena voidaan käyttää erilaisia kivunarvioinnin työkaluja, kuten sanallisia, numeerisia tai visuaalisia kipuasteikkoja, joiden avulla potilas voi tuoda esille kokemaansa kipua. Valittaessa kivunarvioinnin työkalua otetaan huomioon potilaan ikä, kieli, koulutus ja sosioekonominen asema sekä potilaan kognitiivinen tila. Jotta kivun arviointi on luotettavaa ja vertailukelpoista, kun-

kin potilaan kohdalla käytetään vain yhtä mittaria, eivätkä eri potilaiden kipukuvaukset ole vertailukelpoisia keskenään. (Lukkari ym. 2015, 372–373.) Kivun voimakkuuden lisäksi heräämössä sairaanhoitaja arvioi säännöllisin väliajoin kivun laatua, sijaintia, kestoa ja esiintymistiheyttä (Lukkarinen ym. 2012, 28).

Myös intuboitu ja rauhoituslääkettä saanut potilas tarvitsee postoperatiivista kivunhoitoa, sillä potilas on leikkauksen jälkeen kipeä, vaikka hän ei sitä itse pystyisi ilmaisemaan. Postoperatiivisella potilaalla voi olla kipua myös muualla kuin leikkausalueella, johtuen esimerkiksi hankalasta leikkauksen asennosta, kroonisesta kivusta, traumasta, rakon venymisestä tai intubaatioputken mekaanisesta ärsytyksestä kurkussa. (Lukkarinen ym. 2012, 25, 27–28.) Poikkeuksellisen kova kipu voi kertoa leikkauskomplikaatiosta, kuten vuodosta, johon liittyy myös epävakaata hemodynaamiikkaa (Niemi-Murola 2016, viitattu 7.11.2018). Kivusta kertovia merkkejä voi olla esimerkiksi leikkausalueen varominen tai hierominen, vartalon jännittäminen, kasvojen huolestunut ilme tai kasvolihasten ry pistely, pinnallinen hengitys, ihon hikisyys, mustuaisten laajeneminen, levottomuus sekä valittaminen tai ääntely (Lukkarinen ym. 2012, 26; Lukkari ym. 2015, 373).

Pahoinvoinnin seuranta

Jopa puolet postoperatiivista potilaista potevat pahoinvointia ja oksentelua ensimmäisen postoperatiivisen päivän aikana. Välitöntä leikkauksen jälkeistä pahoinvointia esiintyy noin 20 % potilaista ja oksentelua 5 %:lla. (Karma ym. 2016, 192.) Pahoinvoinnin ennaltaehkäisyyn ja hoitoon onkin perioperatiivisessa hoitotyössä kiinnitetty paljon huomiota. Syynä pahoinvoinnille voi olla leikkauksen aikainen matala verenpaine, tekonivelleikkauksissa käytetty luusementti ja suoliston motoriikan kiihtyminen puudutusvaikutusten poistuessa. (Lukkari ym. 2015, 377.) Postoperatiivisen pahoinvoinnin riskiä lisäävät anestesian pitkä kesto, anestesiassa käytetyt lääkeaineet, opioidipohjainen kipulääkitys, laajat puudutukset sekä vatsan ja suoliston alueelle kohdistuneet toimenpiteet. Potilaskohtaisista riskitekijöistä tärkeimpiä ovat naissukupuoli, aiemmin esiintynyt postoperatiivinen pahoinvointi, tupakoimattomuus sekä taipumus migreeniin tai matkapahoinvointiin. (Karma ym. 2016, 192.) Pahoinvointia voidaan ennaltaehkäistä anestesiamenetelmän valinnalla sekä antisemiittisillä eli oksentelua hillitsevillä lääkevalmisteilla jo anestesiaa edeltävästi (Lukkari ym. 2015, 377).

Anestesian jälkeen pahoinvoivalla ja oksentelevalla potilaalla on vaara aspiraatioon, sillä anestesiasta johtuen nielun normaalit suojarefleksit eivät vielä toimi kunnolla. Aspiraatio voi johtaa äkilliseen ilmasteiden tukkeutumiseen ja vaikeuttaa hengitystä merkittävästi. Mahansisällön joutuminen

hengitysteihin voi aiheuttaa myöhemmässä vaiheessa keuhkokuumeen tai atelektaasin, eli keuhkon tai sen osan ilmattomuuden. Pahoinvointi voi nostaa potilaan verenpainetta, mikä lisää vuoto-riskiä. Runsaasta pahoinvoinnista kärsivän potilaan leikkaushaava voi aueta oksentamisen aiheuttaessa painetta leikkausalueelle. Voimakas pahoinvointi voi aiheuttaa potilaan kuivumista ja muuttaa elektrolyyttitasapainoa. Postoperatiivinen pahoinvointi voi myös aiheuttaa potilaalle uupumusta, jättää pelkoja ja epämiellyttäviä muistikuvia leikkauksesta sekä tyytymättömyyden ja häpeän tunteita. (Lukkarinen ym. 2012, 25.)

Heräämössä seurataan potilaan pahoinvoinnin ilmenemistä ja voimakkuutta, pahoinvoinnin fyysisiä ja psyykkisiä vaikutuksia potilaan vointiin sekä seurataan hoitotyötoimenpiteiden ja lääkityksen vaikutuksia pahoinvoinnin lievittymiseen. Jos ensimmäinen pahoinvointia helpottava lääke ei auta, kokeillaan toista valmistetta. Potilaan pahoinvoinnin ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi tärkeää lääkityksen lisäksi on hengityksen, hapetuksen, nesteityksen, asento- ja kivunhoidon toteuttaminen sekä potilaan rauhallinen liikuttelu. (Lukkarinen ym. 2012, 24–25; Seppälä ym. 2013, viitattu 27.1.2019.)

Pahoinvoinnin oireita on mahdollista helpottaa välttämällä opioidien käyttöä postoperatiivisessa kivun hoidossa ja mahdollisuuksien mukaan hoitamalla kipua muilla lääkkeillä (Karma ym. 2016, 194). Pahoinvoinnin hoito on sekä pahoinvointia ehkäisevää, että potilaan voimavaroja tukevaa. Neste- ja elektrolyyttitasapaino tarkistetaan ja turvataan riittävällä suonensisäisellä nestehoidolla. Suun kautta nautittavien nesteiden antamista vältetään pahoinvoinnin riskipotilaille, suuta voidaan kuitenkin kostuttaa. Lisähapen antaminen usein lievittää pahoinvoinnin tuntemuksia. Unelias potilas ei välttämättä kykene ilmaisemaan pahoinvointiaan ajoissa ja potilas voi selkääasennossa herkästi aspiroida oksennustaan. Aspiraaation ehkäisemiseksi potilas käännetään rauhallisesti kylkiasentoon, ellei potilaalla ole siihen esimerkiksi leikkauksesta tai asentorajoituksesta johtuvaa estettä. (Lukkarinen ym. 2015, 377, 379.)

Lämpötilan seuranta

Anestesian ja puudutuksen aikana potilaan ydinlämpö laskee 1-3 astetta. Potilaan jäähtyminen, hypotermia, altistaa potilaan erilaisille komplikaatioille sekä hidastaa anestesiasta toipumista ja haavan paranemista sekä pidentää potilaan hoitoaikaa heräämössä. Hypotermia voi pidentää myös lihasrelaksanttien ja anestesia- ja analgeettien vaikutusaikoja, sillä ydinlämmön laskiessa

munuaisten väkevoitymyskyky ja aineenvaihdunta heikkenevät. Tärkeintä potilaan leikkauksen jälkeisen hypotermian ehkäisemisessä on leikkauksen ja anestesian aikainen hypotermian ehkäisy mutta potilaan ydinlämpötilan seuranta ja hoitoa jatketaan myös heräämössä. Leikkauspotilaan ydinlämpö voi vielä laskea heräämöhoidon aikana, vaikka potilas olisi välittömästi leikkauksen jälkeen ollut normaalilämpöinen, sillä ydinlämpötilan laskeminen pysähtyy anestesian jälkeen noin 3-5 tunnin kuluttua. Ydinlämpöä mitataan esimerkiksi korvasta, nenänielusta, rakosta, ohimovaltimon kohdalta tai keuhkovaltimokatetrin avulla. Tarkin menetelmä potilaan ydinlämpötilan seurannassa on invasiivinen lämmönmittaus mutta postoperatiivisesti paras menetelmä on elektroninen suusta tehtävä lämmönmittaus. Jos heräämössä ei ole muita menetelmiä käytössä, voidaan mitata potilaan kainalolämpö, josta saadaan laskennallinen ydinlämpö vähentämällä kainalolämmöstä noin 0,5-1 astetta. Alilämpöiseltä potilaalta ydinlämpö mitataan 15 minuutin välein, kunnes potilaan ydinlämpötila on normaali. Heräämössä potilaan lämmittämiseksi ja lämpötasapainon ylläpitämiseksi käytetään lämmitettyjä peittoja, lämpöpuhallinpeittoja, lämmitettyjä infuusioita ja nesteenlämmittimiä. (Lukkarinen ym. 2012, 19–21; Lukkari ym. 2015, 383.)

Potilaan lämmittämisen ansiosta potilaan lämpötila nousee, perifeeriset verisuonet laajenevat ja verenpaine laskee, jolloin voi tulla tarve potilaan lisänesteytykselle. Hypotermiasta johtuvaa tärinää hoidetaan myös lääkkeillä. Tärisevälle potilaalle on annettava aina lisähappea, sillä lihasvärinä lisää elimistön hapenkulutusta ja hiilidioksidin tuottoa. Tärinä on huomioitava ja hoidettava huolellisesti, sillä lisääntyneen hapenkulutuksen lisäksi tärinä nostaa verenpainetta sekä riski sepelvaltimotukoksille ja sydänkomplikaatioille lisääntyy. Aina tärinä ei kerro potilaan alilämmöstä, eivätkä kaikki alilämpöiset potilaat välttämättä tärise. Alilämmön lisäksi tärinää voi aiheuttaa myös elimistön happo-emästasapainon häiriöt, hypoksemia, sympaattinen yliaktiivisuus tai nopea spinaalipuudutuksen poistuminen. Leikkauksen jälkeinen palelu ja lihasvärinä voivat jäädä potilaalle epämiellyttäväksi kokemuksiksi ja muistikuviksi perioperatiivisesta hoidosta, myös siksi potilaan lämpötasapainon turvaaminen ja tärinän hoito ovat osa laadukasta hoitotyötä. (Lukkarinen ym. 2012, 19–21; Lukkari ym. 2015, 383.)

Virtsanerityksen seuranta

Usein heräämössä leikkauspotilailla on virtsakatetri, josta virtsanerityksen seuranta on helppoa (Vainionpää 16.10.2018). Virtsasta arvioidaan virtsan määrää ja väriä. Tumma väri voi kertoa potilaan kuivumisesta ja virtsan erityksen niukkuudesta eli oliguriasta ja vaalean keltainen väri polyu-

riasta, eli runsasvirtaisuudesta. Katetroidulla potilaalla virtsan määrä arvioidaan tunnin välein. Katetroimattomalla potilaalla virtsarakon täyteyttä voidaan arvioida ultraäänellä tai alavatsaa palpoidamalla. (Lukkarinen ym. 2012, 8-11.)

Virtsanerityksen ongelmat voivat liittyä eri syistä aiheutuvaan munuaisten vajaatoimintaan mutta myös kirurginen toiminta ja anestetit voivat muuttaa, tai vaikeuttaa, potilaan normaalia virtsaneritystä. Esimerkiksi spinaali- ja epiduraalipuudutetut potilaat eivät välttämättä tunne rakon venytymistä ja virtsaamisen tarvetta, tai heillä saattaa esiintyä ohimenevää virtsanpidätyskyvyttömyyttä. Epätavallinen ympäristö ja puutteellinen yksityisyyden suoja, vuodelepo selkäasennossa, kipu ja ahdistuneisuus sekä uneliaisuus ja tokkuraisuus voivat olla heräämössä olevan potilaan virtsaamisvaikeuksien taustalla. Potilaan ohjaaminen ja avustaminen sekä yksityisyyden suojaaminen ovat oleellisia asioita virtsaamisvaikeuksien helpottamiseksi. (Lukkari ym. 2015, 383.) Potilaille on pidettävä yllä riittävä munuaisten perfuusiopaine, jolla varmistetaan munuaisten toimintaan riittävä verenvirtaus (Seppälä ym. 2013, viitattu 27.1.2019). Runsasvirtaiselta potilaalta tarkistetaan elektrolyytitasapaino, josta etenkin kalium ja natrium. Diureetteja, eli virtsaneritystä lisääviä lääkkeitä, käytetään varovaisesti, sillä isoina annoksina ne voivat aiheuttaa verenkierron romahtamisen. (Lukkarinen ym. 2012, 10.)

Leikkaushaavan ja vuodon seuranta

Leikkauksen jälkeen potilaan leikkaushaava rauhoitetaan 24 tunniksi (Lukkarinen ym. 2012, 19). Heräämössä leikkaushaavaa, haavan ympäristöä ja verenvuotoa seurataan tarkkailemalla haavasidoksiin ja vuodevaatteisiin erittyvän veren tai kudoseritteiden määrää, potilaan haava-alueella aistimaa haavakipua, kutinaa, venytystä tai kireyttä sekä haavaympäristön turvotusta, ihon lämpöä, väriä ja tuntoa havainnoimalla (Lukkari ym. 2015, 369). Mikäli potilaalla on 24 tunnin sisällä vuotoa tai kudoseritystä on niin runsaasti, että se läpäisee haavasidoksen, sidos vaihdetaan steriilisti infektioiden estämiseksi, sillä veri ja kudokset ovat hyviä kasvualustoja taudinaiheuttajille. Avoimeksi jätettyä haavaa tarkkaillaan havainnoimalla haavasidosten imukykyä ja paikallaan pysymistä, seuraamalla haavassa ja haavaympäristössä tapahtuvia muutoksia sekä havainnoimalla haavaeritteen määrää, koostumusta, hajua ja väriä. Heräämössä tarkkaillaan myös mahdollisten potilaalle toimenpiteen yhteydessä asennettujen laskuputkien ympäristöä, sekä niistä tulevan erityksen määrää. Haava-alueen hyvän verenkierron ylläpitämiseksi ja painehaavojen synnyn ehkäisemiseksi heräämöhoidossa huolehditaan myös potilaan asentohoidosta. (Lukkarinen ym. 2012, 17–19, Lukkari ym. 2015, 369.)

Potilaan voinnin kirjaaminen ja raportointi

Potilaan heräämöhoidotyö, kuten koko potilaan perioperatiivinen hoito, kirjataan ja allekirjoitetaan potilasasiakirjoihin hoitotyön suositusten ja kriteerien mukaisesti. Kirjaamista voidaan tehdä käsin tai sähköisesti. (Lukkarinen ym. 2012, 30–31.) Yleisesti perioperatiivisessa hoitotyössä täytetään anestesiakertomusta sekä leikkauspotilaan hoidon seurantaan tarkoitettua lomaketta. Yhä useammin anestesiakertomus on sähköisessä muodossa ja osa potilaan seurantamonitoreista saatavista seurannan määreistä siirtyvät anestesiakertomukseen automaattisesti. Koska hoito on intensiivistä, myös kirjaamisen on oltava systemaattista, kokonaisvaltaista ja tiheää. (Vainionpää 2018, viitattu 13.11.2018.)

Kirjaamisella edistetään potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, hoidon jatkuvuutta sekä tiedonvälitystä potilaan voinnista. Hyvän kirjaamisen laadullisina kriteereinä ovat kirjaamisen loogisuus, selkeys ja ymmärrettävyys, hoidon vaikuttavuuden seuranta ja potilaalle oleellisten asioiden esille tuominen. Kirjauksien tulee antaa selkeä kuva potilaan hoitotyön tavoitteista, saavutetuista tuloksista, hoidollisista ongelmista ja hoitoa koskevista päätöksistä. Hoitotyön kirjaaminen on tärkeää myös potilaan oikeusturvan ja tiedonsaantioikeuden kannalta. Kirjaaminen on todiste, mitä päätöksiä potilaan hoitotyössä on tehty, kuka on päätöksen takana ja milloin ja miksi päätökset on tehty. (Lukkari ym. 2015, 105–106.) Leikkauspotilaan potilasasiakirjoista tulee ilmetä hoitajien tai lääkäreiden merkitsemät oleelliset tapahtumat leikkaussalissa ja heräämössä sekä postoperatiiviset ohjeet vuodeosastolle (Lukkarinen ym. 2012, 30).

Potilaan siirtyminen vuodeosastolle

Postoperatiivisen potilaan hoito ja seuranta heräämössä kulminoituu päätöksen tekoon potilaan siirrosta vuodeosastolle. Siirto vuodeosastolle täytyy olla turvallinen ja oikein ajoitettu suhteutettuna potilaan toipumiseen. Liian nopea siirto heräämöstä vuodeosastolle lisää riskiä mahdollisten leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden esiintymiselle vuodeosastolla. Vuodeosastolla ei ole heräämön tapaan mahdollisuuksia leikkauspotilaan välittömään valvontaan, joten komplikaatioihin reagoiminen voi viivästyä. (Lukkarinen ym. 2012, 4-5.) Vuodeosastolle siirtyvältä potilaalta lopetetaan ylimääräiset infuusionesteet, poistetaan tarpeettomat kanyylit ja seurantalaitteet ja tarkistetaan anestesiakertomuksesta, että kirjaukset on tehty riittävästi, asiallisesti ja tarkasti (Vainionpää 2018, viitattu 16.10.2018).

Kun potilas on todettu siirtokelpoiseksi, sairaanhoitaja soittaa vuodeosastolle ja pyytää heitä noutamaan potilaan. Siirron yhteydessä heräämön sairaanhoitaja raportoi vastaanottavalle sairaanhoitajalle potilaan koko perioperatiivisesta hoidosta ja toipumisesta. (Karma ym. 2016,194.) Raportoinnin tulee olla järjestelmällistä, loogista, etukäteen suunniteltua ja olennaisiin tietoihin keskittyvää (Lukkarinen ym. 2012, 31). Yksilöllisellä ja yksityiskohtaisella raportoinnilla huolehditaan potilaan hoidon jatkuvuudesta ja turvallisuudesta, mitään potilaan hoitoon olennaisesti liittyvää asiaa ei jätetä avoimeksi. Raportoinnissa ratkaisee vastaanottavan sairaanhoitajan tyytyväisyys saamaansa informaatioon. (Karma ym. 2016, 194.) Potilaan siirtoaika merkitään sähköiseen potilaskertomukseen tai anestesiaalomakkeeseen (Suomen anestesiologiayhdistys 2016, viitattu 10.1.2019).

2.4.2 Potilasturvallisuuden haasteita heräämöhoidotyössä

Välittömän leikkauksen jälkeisen hoitotyön toteuttaminen heräämössä on usein haastavaa. Sairaanhoitajat ovat luonnehtineet heräämöjen hoitoympäristöjä ajoittain levottomiksi ja ylikuormiteuiksi, jossa heiltä vaaditaan hyvää stressinsietokykyä. Heräämöhoidotyö on potilaiden jatkuvaa valvontaa ja tarkkailua, mikä tarkoittaa hoitajan aistien jatkuvaa kuormittumista. (Lukkari ym. 2015, 364.) Potilasturvallisuuden vaalimiseksi anestesiahoitajien hallittava ja ylläpitää ammattitaitoaan turvallisessa lääke-, laite- ja verensiirtohoitossa sekä infektioiden torjunnassa. Sairaanhoitajien täytyy myös osata ennaltaehkäistä ja tunnistaa poikkeus- ja vaaratilanteita, hallita vaaratahtumien ilmoituskäytännöt sekä ymmärtää ja huomioida työssään tietosuoja-asiat. (Suomen anestesiahoitajat ry 2017, viitattu 15.11.2018.) Heräämössä työskentelevillä sairaanhoitajilla täytyy olla tietoa ja osaamista potilaiden toipumisen arvioimisesta. Myös sairaanhoitajien päätöksentekotaidot korostuvat, sillä hoitotyö voi sisältää nopeitakin hoidontarpeen muutoksia. (Lukkari ym. 2015, 364.)

Postoperatiivisessa tarkkailussa komplikaatoriski on yhtä suuri kuin intraoperatiivisessa vaiheessa, minkä vuoksi tarkkailun on oltava välitöntä, asiantuntevaa ja luotettavaa (Vainionpää 2018, viitattu 9.10.2018). Leikkaukseen ja anestesiaan liittyvät komplikaatiot voivat ilmetä yllättäen, tai pikkuhiljaa kehittyen potilaille, jotka silmämääräisesti arvioituna näyttäisivätkin hyväkuntoisilta ja hoitoon tyytyväisiltä. Vaikka komplikaatiot ovat suhteellisen harvinaisia, ne voivat saada potilaan tilan epämiellyttäväksi ja jopa vaaralliseksi. (Lukkari ym. 2015, 372.) Potilaiden heräämövaiheen

aikana ilmentyvät ongelmat liittyvät useimmiten potilaan hengityksen ja verenkierron häiriöihin, pahoinvointiin ja oksentamiseen, leikkauksen jälkeiseen kipuun, uneliaisuuteen, alilämpöisyyteen sekä lääkevirheisiin (Lukkarinen ym. 2012, 4). Komplikaatoriskiä lisääviä tekijöitä ovat potilaan ikä, sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, muut sairaudet ja allergiat, lääkehoidot, potilaan psyykkinen tai fyysinen vammaisuus sekä kirurgisen toimenpiteeseen kulunut hoitoaika ja sen laatu (Lukkari ym. 2015, 372). Komplikaatioiden esiintyminen liittyy usein leikkauksen aikaisen anestesian syvyyteen, nukutetuilla potilailla esiintyy enemmän komplikaatioita kuin puudutetuilla potilailla. Heräämöhöhoito voi pitkittyä, mikäli komplikaatioihin ei reagoida tarpeeksi nopeasti ja hoitoa aloiteta ajoissa. Pitkittynyt heräämöhöhoito voi aiheuttaa ongelmia hoitoprosessin sujuvuudessa ja nostaa kustannuksia. (Lukkarinen ym. 2012, 4.)

Potilaiden yleistila ja muiden sairauksien vaikutukset potilaan heräämöhoidon tarkkailun ja hoidon kokonaisuuteen huomioidaan potilaan tarkkailussa tarvittavien sairaanhoitajien määrään. Esimerkiksi yhden sairaanhoitajan tarkkailtavana ja hoidettavana voi olla samanaikaisesti useampikin perustervettä pienessä toimenpiteessä ollutta potilasta, kun taas yksi, esimerkiksi hengityskoneeseen kytketty potilas, voi tarvita kahdenkin sairaanhoitajan jatkuvan huomion. Potilaiden hoito- ja tarkkailuajat heräämössä vaihtelevat huomattavasti riippuen potilaan voinnista, tilasta anestesian aikana sekä anestesian ja leikkauksen laajuudesta. Osaa potilaista tarkkaillaan vain hetken, kun taas osaa hoidetaan ja tarkkaillaan useampia tunteja ennen jatkohoitopaikkaan siirtämistä. Potilaiden keskimääräisesti lyhyet hoitoajat ja jatkuva potilasvaihto lisäävät osaltaan työn kuormittavuutta. Työn kuormittavuutta, potilaiden postoperatiivista hoitoisuutta ja heräämöhöhoitotyön resursoinnin tarvetta työsuunnittelussa voidaan osoittaa hoitoisuusluokituksilla. Luokituksissa arvioidaan esimerkiksi potilaiden valvonta-ajan kesto, vitaalisten elintoimintojen tarkkailun intensiivisyys, pahoinvoinnin ja kivunhallinnan hoidon vaativuus, emotionaalisen ja selviytymisen tuen tarvetta, eli sairaanhoitajan läsnäolon tarvetta potilaan vierellä ja potilaan ohjaamiseen käytettyä aikaa. (Lukkari ym. 2015, 364–365.)

2.5 Siirtokriteerit

Heräämöhoidon historiassa potilaan siirtovalmius vuodeosastolle on perustunut pääsääntöisesti kullekin potilasryhmälle valmiiksi määritellyyn hoitoaikaan. Koska potilaan toipuminen on hyvin yksilöllistä ja siihen vaikuttavat monet tekijät, on nykyinen suuntaus kohti näyttöön perustuvien siirto-

kriteerien käyttöä. Siirtokriteerien käytöstä löytyy hyviä tutkimustuloksia, joiden mukaan siirtokriteerien käytön myötä toiminta on tehostunut ja potilaiden hoitoajat heräämössä ovat lyhentyneet. Tutkimusten mukaan hoidon laatu on parantunut eikä komplikaatioiden ja muiden haittatapahtuminen ole todettu lisääntyneen. (Clifford 2014, 159–160; Dwyer 2013, 15; Lukkarinen ym. 2012, 5.)

Hoitotyön tutkimussäätiön (HOTUS) vuonna 2012 valtakunnalliseen käyttöön julkaiseman potilaan heräämöseurannan käsikirjan yhteydessä olevat siirtokriteerit on luotu heräämössä työskentelevien sairaanhoitajien jokapäiväiseksi työkaluksi leikkauspotilaan postoperatiivisessa hoidossa. Käsikirja kriteereineen on näyttöön perustuva, kirjallisuuskatsauksen perusteella luotu teos, jossa käytettyjen tieteellisten artikkeleiden laatu on ensin arvioitu luotettaviksi ennen niiden hyväksymistä käsikirjan lähteiksi. Kyseisten kriteerien käyttö on näyttöön perustuvaa toimintaa heräämöhoidotyössä. Ennen julkaisemista siirtokriteerien toimivuutta on testattu Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian klinikan heräämössä vuonna 2008 ja korjattua versiota vuonna 2010. (Lukkarinen ym. 2012, 4-6, 35, liite 1)

Kriteerien tarkoitus on ohjata potilaan seuranta ja hoitoa koskevaa päätöksen tekoa heräämön hoitotyössä ja auttaa arvioimaan potilaan siirtokelpoisuutta heräämöstä vuodeosastolle. Siirtokriteerilomaketta apuna käyttäen sairaanhoitaja voi arvioida, hoitaa, hyväksyä sekä kirjata kaikki heräämöhoidon osa-alueet ennen potilaan siirtoa vuodeosastolle. Päävastuu siirtokriteerien täyttymisen ja potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnista on kuitenkin aina anestesia lääkäriillä. (Lukkarinen ym. 2012, 4-6.)

Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisemissa siirtokriteereissä on kymmenen kohtaa: 1. Verenkierto, 2. Hengitys, 3. Tajunnantaso, 4. Liiketoiminnot, 5. Kipu, 6. Pahoinvointi, 7. Lämpötila, 8. Virtsaneritys, 9. Verenvuoto, 10. Jatkoahoito (Lukkarinen ym. 2012, 32–33). Avaan nämä kymmenen kriteeriä ja niiden tavoitteet omissa alaotsikoissaan.

2.5.1 Verenkierto

Jotta potilas on verenkierron suhteen siirtokelpoinen, potilaan keskiverenpaineen (MAP) tulee olla välillä 65–120 ja syke välillä 50–100. Sydänsähkökäyrässä (EKG) potilaalla näkyy sinusrytmi tai muu potilaalle aiemmin tyypillinen rytmi. Mikäli MAP, syke tai EKG ei täytä kriteerejä potilas ei ole siirtokelpoinen, ellei anestesia lääkäri erikseen arvioi siirtokelpoiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 32.)

Tavoitteena on, että ennen vuodeosastolle siirtymistä potilaan verenkierto on vakaa ja lähellä leikkausta edeltävää tasoa. (Lukkarinen ym. 2012, 7.)

2.5.2 Hengitys

Jotta potilas on hengityksen suhteen siirtokelpoinen, potilaan hengityksen tulee olla vaivatonta, happisaturaatio (SpO₂) happilisällä on yli 95 % ja hengitystiheys (HT) on välillä 9-20 krt/minuutissa. Siirtokelpoisella potilaalla ei ole hiilidioksidikertymää eli mikäli potilaalta on otettu verikaasuanalyysi veren hiilidioksidiosapaine (pCO₂) on alle 6,5 kPa. Mikäli hengitys on vaivalloista, happisaturaatio happilisän kanssa on alle 95 % ja hengitystiheys alle 9 tai yli 20 kertaa minuutissa potilas ei ole siirtokelpoinen, ellei anestesia lääkäri erikseen arvioi siirtokelpoiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 32.)

Tavoitteena on, että ennen vuodeosastolle siirtymistä potilaan hengitys on vaivatonta ja esteetöntä. Potilaan perussairaudet ja hengityksen leikkausta edeltävä taso otetaan huomioon. (Lukkarinen ym. 2012, 11.)

2.5.3 Tajunta

Jotta potilas on tajunnan suhteen siirtokelpoinen, potilas vastaa puhutteluun asiallisesti tai herää puhuteltaessa. Mikäli potilas ei herää puhutteluun, potilas ei ole siirtokelpoinen, ellei anestesia lääkäri erikseen arvioi siirtokelpoiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 32.)

Tavoitteena on, että ennen vuodeosastolle siirtymistä potilas on helposti herätettävissä ja tajuisaan, orientoitunut paikkaan, aikaan ja tilanteeseen sekä pystyy noudattamaan yksinkertaisia ohjeita (Lukkarinen ym. 2012, 14.)

2.5.4 Liiketoiminnot

Jotta potilas on liiketoiminnoiltaan siirtokelpoinen, potilaan kehonhallinta on leikkausta edeltävällä tasolla tai hän pystyy kannattelemaan päätään. Puudutuspotilaille potilaan alaraajojen liike ja tunto

ovat lähes kokonaan palautuneet. Mikäli potilas ei pysty nostamaan päätään tai alaraajat ovat laajasti puutuneet, potilas ei ole siirtokelpoinen, ellei anestesia lääkäri erikseen arvioi siirtokelpoiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 32.)

Tavoitteena on, että ennen vuodeosastolle siirtymistä potilas kykenee nostamaan päänsä tyynystä, yskimään ja hengittämään syvään ja pystyy pyydettäessä liikuttelemaan raajojaan leikkausta edeltävän tilanteen mukaisesti (Lukkarinen ym. 2012, 14).

2.5.5 Kipu

Jotta potilas on kivun suhteen siirtokelpoinen, potilaan mitattu kipu on lievää tai hoidettavissa suunnitellulla kipulääkityksellä. Mikäli potilaan kipu on lievää korkeampaa eikä suunniteltu kipulääkitys riitä, potilas ei ole siirtokelpoinen, ellei anestesia lääkäri erikseen arvioi siirtokelpoiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 32.)

Tavoitteena on, että ennen vuodeosastolle siirtymistä potilaan leikkauksen jälkeinen kipu on tunnistettu, tehokkaasti hoidettu, huolellisesti kirjattu ja potilaan hyväksymällä tasolla (Lukkarinen ym. 2012, 25).

2.5.6 Pahoinvointi

Pahoinvoinnin suhteen siirtokelpoisella potilaalla on vain lievää pahoinvointia. Mikäli potilas on oksenteleva ja pahoinvointi vaatii jatkuvaa hoitoa, potilas ei ole siirtokelpoinen, ellei anestesia lääkäri erikseen arvioi siirtokelpoiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 33.)

Tavoitteena on, että vuodeosaostolle siirtyessään potilaan pahoinvointi on korkeintaan lievää (Lukkarinen ym. 2012, 23).

2.5.7 Lämpötila

Lämpötilan suhteen siirtokelpoisen potilaan ydinlämpötila on 36–38 °C. Siirtokelpoinen potilas voi olla lievästi alilämpöinen (35–35,9 °C) tai ylilämpöinen (38–38,5 °C), mikäli se on huomioitu hoidossa. Mikäli potilaan ydinlämpötila on alle 35 °C tai yli 38,5 °C potilas ei ole siirtokelpoinen, ellei anestesialääkäri erikseen arvioi siirtokelpoiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 33.)

Tavoitteena on, että ennen vuodeosastolle siirtymistä potilaan ruumiinlämpö on normaali tai korkeintaan lievästi ali- tai ylilämpöinen (Lukkarinen ym. 2012, 19).

2.5.8 Virtsaneritys

Jotta potilas on virtsaneritykseltään siirtokelpoinen, katetroidun potilaan virtsaneritys heräämössä on ollut yli 0,5-1 ml/kg/h. Katetroimattoman potilaan virtsarakon tilavuus on tarkistettu käsin tai ultraäänellä, ellei potilas ole virtsannut heräämössä ollessaan. Mikäli virtsaneritys vaatii heräämössä tarkkailua tai hoitoa, potilas ei ole siirtokelpoinen, ellei anestesialääkäri erikseen arvioi siirtokelpoiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 33.)

Tavoitteena on, että ennen vuodeosaostolle siirtymistä potilaan virtsaneritys on arvoitu yksilöllisesti ja nesteytys on tarkistettu. Jos potilas ei ole virtsannut heräämössä ollessaan potilaan aiempi virtsaamisajankohta ja rakon täytyminen on tarkistettu. (Lukkarinen ym. 2012, 7.)

2.5.9 Verenvuoto

Verenvuodon suhteen siirtokelpoisen potilaan leikkaushaava tai laskuputki ei vuoda tai vuoto on korkeintaan vähäistä. Mikäli potilaan leikkaushaavan tai laskuputken vuoto on lisääntynyt tai vuoto on jatkuvaa, potilas ei ole siirtokelpoinen, ellei anestesialääkäri erikseen arvioi siirtokelpoiseksi. (Lukkarinen ym. 2012, 33.)

Tavoitteena on, että ennen vuodeosastolle siirtymistä potilaan leikkaushaavalla olevat sidokset ovat siistit, haavan- ja laskuputken tai vastaavan vuoto on vähäistä ja vuodon määrä sekä haavasidosten siisteys on kirjattu. Jos vuoto on jatkuvaa tai lisääntyvää, konsultoidaan potilaan jatkohoidosta anestesialääkäreitä tai kirurgia. (Lukkarinen ym. 2012, 17.)

2.5.10 Jatkohoito-ohjeet

Jatkohoito-ohjeiltaan siirtokelpoisen potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu, neste- ja lääkehoidon ohjeet on kirjattu, johtoputket sekä laskuputket tai vastaavat on kirjattu, asentoon sekä liikkumiseen liittyvät ohjeet on kirjattu ja potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu. (Lukkarinen ym. 2012, 33.)

Tavoitteena on, että potilaan hoito heräämössä kirjataan ja allekirjoitetaan potilasasiakirjoihin selkeästi ja huolellisesti. Raportoinnin tavoitteena on varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus. Raportointi tulee olla järjestelmällistä ja keskittyä olennaiseen tietoon potilaan perioperatiivisesta hoidosta, sisältäen potilaan jatkohoito-ohjeet. (Lukkarinen ym. 2012, 30.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT/TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Oulun yliopistollisen sairaalan keskiryhmän anestesiaosaston ja keskusleikkausosaston heräämön hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä vuonna 2012 laadittujen heräämöhoidon siirtokriteerien käytöstä ja niiden raja-arvojen täyttymisestä potilaan siirtotilanteissa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kriteerien käyttöön liittyvistä mahdollisista haasteista ja koota sairaanhoitajien muutos- ja kehittämisideoita siirtokriteerien edelleen kehittämiseksi.

Tietoperustan sekä tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden pohjalta laadin seuraavat tutkimusongelmat:

1. Millaisia kokemuksia ja mielipiteitä sairaanhoitajilla on siirtokriteerien käyttämisestä?
2. Miten keskiryhmän anestesiaosaston ja keskusleikkausosaston heräämöiden sairaanhoitajat kokevat siirtokriteerejä heidän työyksiköissään käytettävän potilaan siirtokelpoisuutta arvioitaessa?
3. Millaisia kokemuksia ja näkemyksiä sairaanhoitajilla on siirtokriteerien raja-arvojen täyttymisestä potilaan siirtotilanteissa heräämöstä vuodeosastolle?
4. Millaisia muutos- ja kehittämisideoita sairaanhoitajilla on siirtokriteereihin?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusmetodologia

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusote mutta tutkimuksessa hyödynnettiin myös kvalitatiivisen, eli laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Määrällisen tutkimusmenetelmän ominaispiirteitä ovat tiedon käsitteleminen ja esittäminen numeerisesti, tiedon strukturointi ja mittaaminen, mittarin käyttö, suuri tutkittavien joukko, tutkijan puolueettomuus ja tutkittavien ja tutkijan etäinen suhde prosessin aikana. Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksia on joko kuvailla, selittää, kartoittaa, ennustaa tai vertailla ihmisiä koskevia asioita ja ominaisuuksia tai luonnon ilmiöitä. (Vilka 2007, 13–19.) Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään kohteen ominaisuuksia, laatua ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti, jotta saataisiin syvempi käsitys tutkittavasta ilmiöstä (Jyväskylän yliopisto 2015, viitattu 28.2.2019).

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä heräämöhoidon siirtokriteerien käytöstä keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä, eli saada kuvailevaa ja kartoittavaa tietoa laajasta kohderyhmästä. Tutkimus on kuvaileva poikittais-tutkimus, koska aineisto kerättiin vain kerran, eikä tarkoituksena ole tarkastella samaa tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen etenemiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42).

4.2 Tutkimuksen perusjoukko ja vastaajien valinta

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa yksi painopistealueista on otoksen suhde perusjoukkoon, eli väestöryhmään johon tutkimuksen tulokset halutaan yleistää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 79). Otos on tutkimuksen perusjoukon osa, jolla voidaan saada kokonaiskuva koko kohderyhmästä, eli otos edustaa perusjoukkoa (Vilka 2007, 52). Tutkimuksen perusjoukko on keskiryhmän anestesiaosaston ja keskusleikkausosaston heräämöissä työskentelevät anestesiaosaston sairaanhoitajat. Osastoilla työskentelee yhteensä reilu sata anestesiaosaston sairaanhoitajaa, joista osa työskentelee vuorotellen sekä heräämöissä, että leikkaussaleissa (Sivonen 2017). Aluksi tutkimus oli tarkoitus tehdä kokonaistutkimuksena, eli teettää kysely koko tutkimuksen perusjoukolle mutta heräämöiden henkilökunnan vaihtelevuuden vuoksi perusjoukko oli vaikea määrittää ja päädyttiin tekemään

otantatutkimus. Otoksen muodostivat kolmekymmentä Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosastojen sairaanhoitajaa, jotka pääsääntöisesti työskentelevät kyseisten osastojen heräämöissä. Rajaamalla otosjoukon pääsääntöisesti heräämöissä työskenteleviin sairaanhoitajiin pyrittiin varmistamaan, että kyselyyn vastaajilla olisi mahdollisimman paljon kokemuksia ja näkemyksiä heräämöhoidon siirtokriteerien käytöstä ja täten tutkimustulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Huomioitavaa kuitenkin on, että otoksesta saadut tiedot pätevät vain tietyllä todennäköisyydellä tutkimuksen perusjoukkoon, eikä otos milloinkaan täysin kuvaa perusjoukkoa (Vilkkä 2007, 57).

4.3 Tutkimusmenetelmä ja esitestaaminen

Määrällisessä tutkimuksessa käytettäviä mittareita ovat kysely-, haastattelu- ja havainnointilomake. Mittarilla saadaan määrällinen tieto tai määrälliseen muotoon muutettava sanallinen tieto tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2007, 14.) Tutkimuksen mittarina käytettiin sähköistä Webropol-ohjelmalla luotua kyselylomaketta. Kysely sisälsi 19 erilaista kysymystä, jotka olivat muodoltaan valinta-, monivalinta- ja asteikkokysymyksiä sekä 5 avointa kysymystä. Kyselyssä kysymysten muoto vakioitiin, eli kaikilta kyselyyn vastaavilta kysyttiin samat asiat, samalla tavalla ja samassa aikajärjestyksessä (Vilkkä 2007, 27).

Kyselyn luomisen tärkeimmät vaiheet ovat kyselylomakkeen suunnittelu ja huolellinen kysymysten muotoilu sekä kyselylomakkeen testaus. Esitestaaminen on tärkeää, koska virheitä ei voi korjata enää aineiston keräämisen jälkeen. Esitestaamalla arvioidaan mittarin toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan, mittaavatko kysymykset sitä mitä on tarkoitus mitata, ovatko kysymykset selkeitä ja yksiselitteisiä, puuttuuko kyselystä olennaisia kysymyksiä, onko kyselyssä tarpeettomia kysymyksiä ja ovatko vastausohjeet selkeitä. Esitestaamalla arvioidaan myös, onko kyselylomakkeen pituus ja vastaamiseen menevä aika kohtuullisia. (Vilkkä 2007, 78–79.) Kysely esitestattiin kuudella tutkittavalla. Tutkimuksen yhteyshenkilö keskusleikkausosastolta välitti valitsemilleen henkilöille sähköpostitse esitestauksen saatekirjeen (liite 3) kyselylinkkeineen sekä antoi heille osastolle toimitetut esitestauksen palautelomakkeet (liite 4). Esitestaukseen osallistuvat vastasivat kyselylomakkeeseen, arvioivat mittarin toimivuutta ja kertoivat mielipiteensä mittarin soveltuvuudesta tutkimukseen palautelomakkeen avulla. Esitestauksesta tuli hyvää palautetta mittarin toimivuudesta, selkeydestä, tarkoituksenmukaisuudesta, eikä vastaamiseen mennyt liikaa aikaa. Osa palautteesta oli tulkittavissa enemmän tutkimustuloksiksi, kuin arvioksi mittarin toimivuudesta. Kaikki eivät olleet

tulleet esitestauksen saatekirjeessä tietoisiksi, että kyseessä on juuri hoitotyön tutkimussäätiön luomat siirtokriteerit. Esitestauksen perusteella ei tarvinnut tehdä muutoksia mittariin mutta tutkimuksen saatekirjeeseen tarkennettiin siirtokriteerien alkuperää.

4.4 Aineiston keruun toteuttaminen ja aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisen Webropol- kyselylomakkeen avulla. Esitestaamisen jälkeen apulaisosastonhoitaja välitti sähköpostitse linkin kyselylomakkeeseen saatekirjeineen 30 heinäkuussa työskentelevälle sairaanhoitajalle syyskuun lopussa 2018. Aluksi kyselyn vastaamisaika oli kaksi viikkoa ja puolessa välissä vastausaika sairaanhoitajia muistutettiin kyselyyn vastaamisesta. Kahden viikon aikana vastauksia tuli hyvin keskusleikkausosastolta mutta keskiryhmän anestesiaosastolta vain muutamia. Vastaamisaikaa jatkettiin vielä viikolla ja kolmannen viikon aikana saatiin lisää vastauksia myös keskiryhmältä.

Määrällisessä tutkimuksessa aineiston käsittely voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on lomakkeiden tarkistus, toinen vaihe aineiston muuttaminen numeraaliseen muotoon ja viimeinen vaihe tallennetun aineiston tarkistus. Olennaisen numerotiedon tutkija tulkitsee ja selittää sanallisesti ja kuvailee millä tavalla eri asiat liittyvät tai eroavat toisistaan. (Vilkka 2007, 14, 105.)

Kyselyyn vastaamisen määräajan umpeuduttua aloitettiin aineiston analysointi tarkistamalla aineisto. Tarkistuksessa käytiin läpi kaikkien vastaajien täyttämät lomakkeet kysymys kysymykseltä. Tarkistuksen tärkein asia on arvioida tutkimuksen kato, eli puuttuvien tietojen määrä ja onko otos kadosta huolimatta kokonaan edustava vai osittain edustava. Puutteellisesti täytettyjä lomakkeita ei voi käyttää tutkimuksessa, jossa käytetään tilastollisia menetelmiä. (Vilkka 2007, 60, 107.) Kysely välitettiin 30 sairaanhoitajalle, joista 21 vastasi kyselyyn. Lopullisen vastausprosentin ollessa 70 % otosta voitiin pitää edustavana kadosta huolimatta. Vastausten tarkistuksessa kiinnitettiin huomiota vastausten laatuun sekä mahdollisiin puutteellisesti tai asiattomasti täytettyihin lomakkeisiin. Kaikki vastaajat olivat täyttäneet kyselylomakkeen asiallisesti ja huolellisesti, eikä puutteellisesti täytettyjä lomakkeita ollut. Tarkistuksen jälkeen aineisto ei pienentynyt lainkaan, sillä ainuttakaan lomaketta ei tarvinnut poistaa.

Aineisto analysoitiin Webropol – ohjelmalla. Analysoidessa pohdittiin tulosten merkityksellisyyttä ja tarkasteltiin tuloksia eri ehtojen vallitessa. Analysoinnissa vertailtiin muun muassa koulutuksen ja

työskenneltävän osaston vaikutuksia vastauksiin. Saadut tutkimustulokset esitetään prosenttilukuina ja erilaisilla havainnollistavilla taulukoilla ja graafisilla kuvioilla, kuten pylväs- ja piirakkakuviolla. (ks. Vilka 2007, 118–139.)

Tulosten analysoinnissa hyödynnettiin myös aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä, sillä tutkimuksessa oli myös muutamia avoimia kysymyksiä ja tutkittavista asioista ei ollut aikaisempaa tietoa. Sisällönanalyysillä pyrittiin tuottamaan yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia tavoittelemalla tutkittavien asioiden merkityksiä ja sisältöjä. Tutkimustehtävien ohjaamana avointen kysymysten kautta saadut aineiston sanat ja lauseet luokiteltiin niiden teoreettisten merkityksen pohjalta. Induktiivisessa sisällön analysoinnissa pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus huomioimalla, etteivät aikaisemmat havainnot, teorit tai tiedot ohjaisi analyysia. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133–137.)

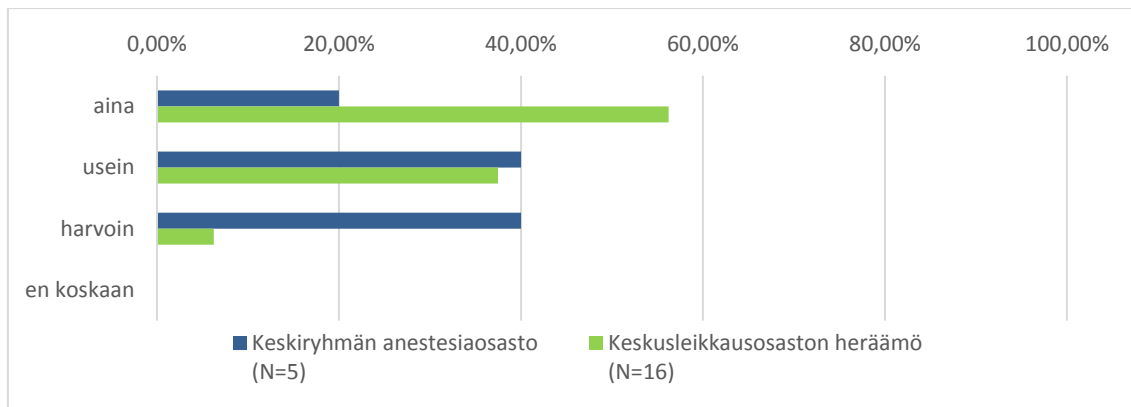
5 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyön kyselyyn vastasi 21 sairaanhoitajaa (N=21), joista 76,2 % (N=16) työskenteli keskusleikkausosaston heräämöissä ja 23,8 % (N=5) työskenteli keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä. Vastaajista 81 % oli naisia ja 19 % miehiä. Kaikki (100 %) vastaajat keskiryhmän anestesiaosastolta olivat koulutukseltaan ammattikorkeakoulupohjaisia sairaanhoitajia. Keskusleikkausosaston vastaajista 62,5 % oli sairaanhoitajia ammattikorkeakoulusta ja 37,5 % koulutukseltaan erikoissairanhoitajia. Kyselyyn vastaajia oli 20-vuotiaista yli 60-vuotiaisiin kaikkien vastaajien keskiarvon ollessa 42,7 vuotta. Työkokemusta sairaanhoitajina perioperatiivisesta hoitotyöstä vastaajille oli kertynyt keskimäärin 14,4 vuotta ja sairaanhoitajina heräämöhoidotyössä keskusleikkausosaston tai keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä 10,5 vuotta. Työkokemukset vaihtelivat alle vuodesta yli 40 vuoteen.

5.1 Keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöjen sairaanhoitajien kokemuksia ja mielipiteitä siirtokriteerien käyttämisestä

Kaikki kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat (N=21) molemmissa työyksiköissä löytävät siirtokriteerit työyksiköstään kirjallisessa muodossa ja reilu puolet (57 %) vastaajista löytää siirtokriteerit myös sähköisessä muodossa. Suurin osa molempien työyksiköiden sairaanhoitajista koki, että siirtokriteerit ovat helposti käytettävissä (100 %:a keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajista ja 75 %:a keskusleikkausosaston sairaanhoitajista).

Noin puolet (47,6 %) kaikista kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (N=21) käytti siirtokriteereitä aina, 38,1 %:a käytti usein ja 14,3 %:a vastaajista käyttivät kriteerejä harvoin. Keskusleikkausosaston sairaanhoitajista (N=16) reilu puolet (56,3 %) ja keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajista (N=5) viidesosa (20 %) käytti kriteerejä aina potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa. (Kuvio 1.)



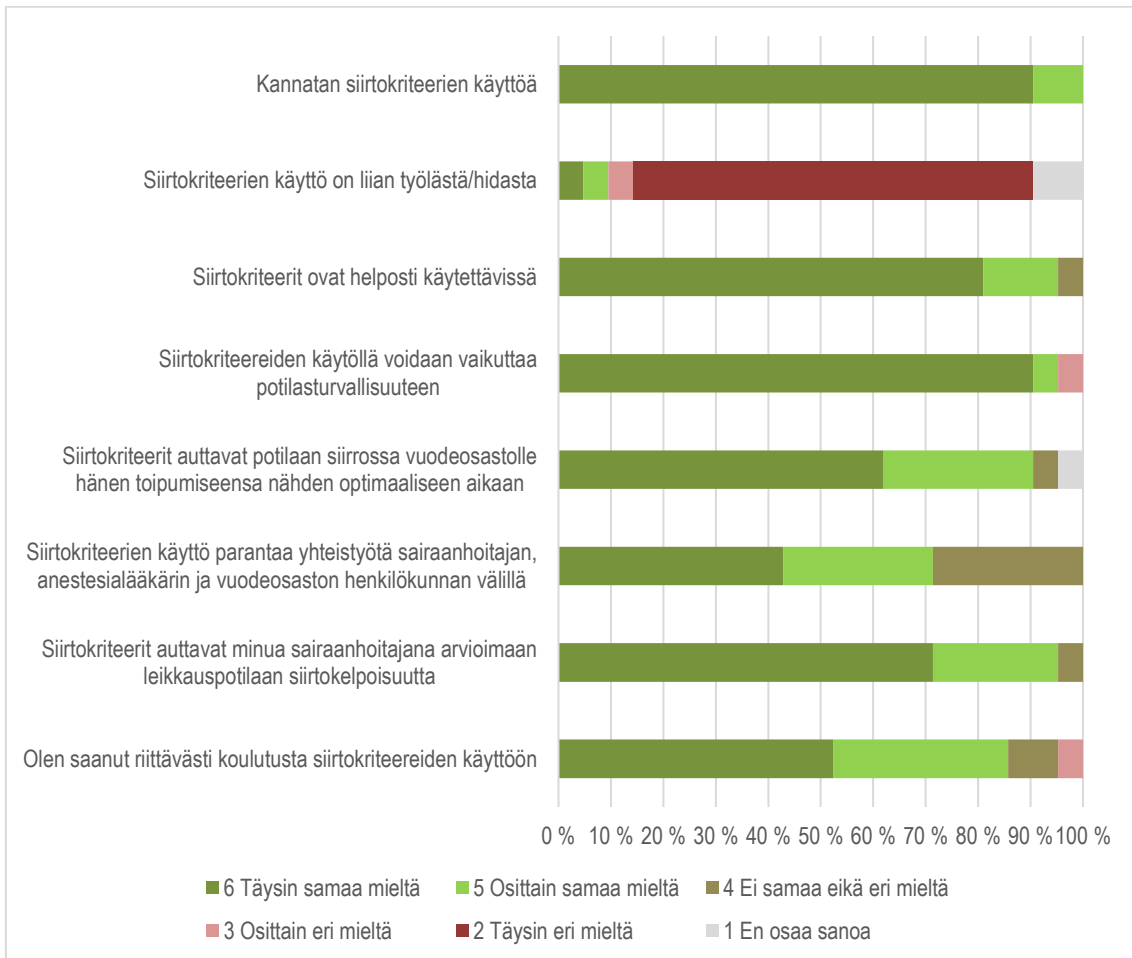
KUVIO 1. Siirtokriteerien käyttäminen potilaan siirtokelpoisuutta arvioitaessa

Puolet (52,4 %) kaikista vastaajista (N=21) ilmoittivat olevansa täysin samaa mieltä, että on saanut riittävästi koulutusta siirtokriteerien käyttöön, kymmenes osa (9,5 %) ei ollut samaa eikä eriä mieltä. Keskiryhmän sairaanhoitajista (N=5) suurin osa (80 %) oli joko täysin samaa mieltä (40 %) tai osittain samaa mieltä (40 %), että ovat saaneet riittävästi koulutusta siirtokriteerien käyttöön. 20 %:a keskiryhmän vastaajista eivät olleet samaa, eikä eriä mieltä asiasta. Keskusleikkausosaston erikoissairaanhoitajista (N=6) kaikki (100 %) ja ammattikorkeakoulupohjaisista sairaanhoitajista (N=10) kaksi viidesosaa (40 %) oli täysin samaa mieltä, että ovat saaneet riittävästi koulutusta siirtokriteerien käyttöön. Pieni osa keskusleikkausosaston ammattikorkeakoulupohjaisista sairaanhoitajista (10 %) oli osittain eri mieltä väitteestä.

Suurin osa (76,2 %) kaikista vastaajista (N=21) ilmoitti, ettei siirtokriteerien käyttäminen ole liian työlästä tai hidasta. Kuitenkin yhteensä vajaa kymmenesosa vastaajista oli joko täysin sitä mieltä (4,8 %) tai osittain sitä mieltä (4,8 %), että siirtokriteerien käyttö on liian hidasta tai työlästä.

Lähes kaikki (90,5 %) vastaajat (N=21) kannattivat siirtokriteerien käyttöä. Myös lähes kaikkien (90,5 %) vastaajien mielestä siirtokriteerien käytöllä voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen, eikä yksikään vastaajista ollut täysin eriä mieltä. Valtaosa (71,4 %) sairaanhoitajista koki, että siirtokriteerien käyttö auttaa heitä arvioimaan leikkauspotilaan siirtokelpoisuutta. Suurin osa vastaajista (61,9 %) koki, että siirtokriteerien käyttö auttaa potilaan siirrossa hänen toipumiseensa nähden optimaaliseen aikaan. Valtaosa sairaanhoitajista oli täysin samaa mieltä (42,9 %) tai osittain samaa mieltä (28,6 %) että siirtokriteerien käyttö parantaa yhteistyötä sairaanhoitajan, anestesia lääkäriin ja vuodeosaston henkilökunnan välillä mutta huomattava osa (28,6 %) vastaajista ei ollut samaa eikä eriä mieltä asiasta.

Kokosin kaikkien keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä pääsääntöisesti työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia siirtokriteerien käyttämisestä yhteen kuvioon, josta tulee tarkemmin esille sairaanhoitajien vastausten jakautuminen eri vastausvaihtoehtojen kesken (kuvio 2.)



KUVIO 2. Keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä pääsääntöisesti työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia siirtokriteerien käyttämisestä

Vastaajia pyydettiin perustelemaan vastauksiaan siirtokriteerien käyttämiseen liittyvään kysymykseen (kuvio 2) avoimella kysymyksellä. Siirtokriteerien käyttö koettiin tärkeäksi ja kriteerit koettiin helpokäyttöisiksi. Laminoitua versiota keuhuttiin. Useampi sairaanhoitaja toi esille, että siirtokriteerit ovat ja tulee olla kaikilla sairaanhoitajilla niin hyvin muistissa, ettei siirtokriteereitä aina tarvitse potilaan siirtotilanteissa ottaa erikseen esille. Kokemuksen tuomaa arviointikykyä myös korostettiin.

" - jokainen hyvä hoitaja käyttää näitä, vuosien varrella ei enää tarvitse paperista versiota vaan tämä on hoitajalla ydinjatkeessa "

" - itsellä nämä jo asiat jo "takaraivossa" - - mutta edelleen silloin tällöin saatan siirtokriteereitä tsekata esim. jos jokin asia vaivaa, epävarma tms. "

" - tulisi olla jokaisella sairaanhoitajalla päässä ja muistissa - -"

" - mielestäni kokemuksen tuoma arviointikyky on myös tärkeä."

Useat vastaajat toivat ilmi myös siirtokriteerien tärkeyttä ja hyödyllisyyttä uusien työntekijöiden perehdytyksessä ja opiskelijoiden ohjauksessa.

" - heräämöperehdytyksessä suuresti huomioitava asia - -"

" - erinomainen työkalu, jota pitäisi jokaisen oppia käyttämään ihan jokapäiväisessä potilaan hoidossa."

Kaikki vastaajat eivät olleet täysin samaa mieltä, että siirtokriteerien käyttö parantaisi yhteistyötä sairaanhoitajan, anestesia lääkäriin ja vuodeosaston välillä. Eräs eriä mieltä oleva vastaaja perusteli, ettei siirtokriteerien käyttö vaikuta sairaanhoitajan ja anestesia lääkäriin yhteistyöhön, koska sairaanhoitaja työskentelee heräämössä pääosin itsenäisesti. Siirtokriteerien käytön koettiin takaavan tasaisempaa hoidon laatua ja hoidon yhtenäisyyttä eri yksiköissä.

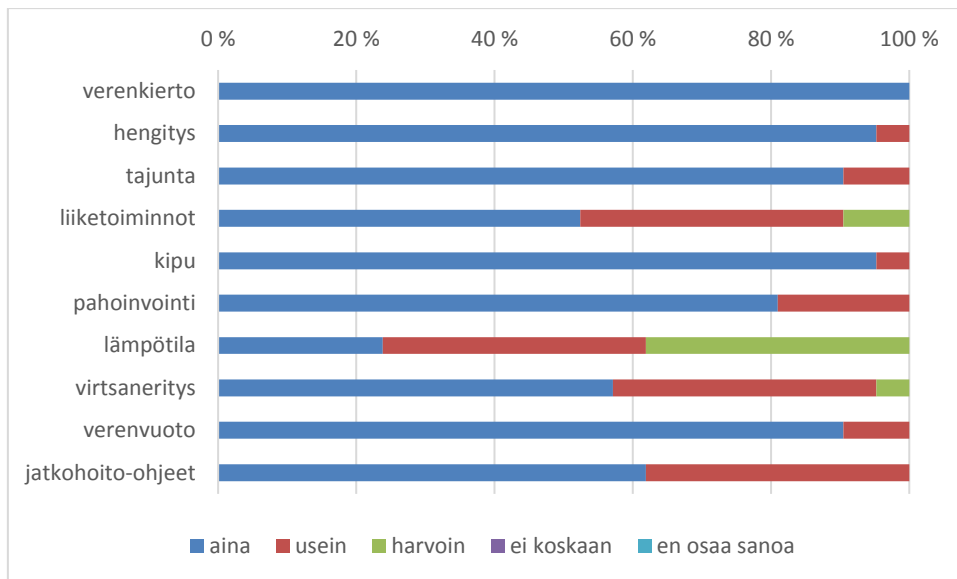
" - sairaanhoitaja työskentelee itsenäisesti - - anestesia lääkäri ottaa kantaa hoitoon lähinnä ongelmatapauksissa, siksi siirtokriteerien käyttö itsessään ei mielestäni vaikuta sairaanhoitajan ja anestesia lääkäriin yhteistyöhön."

"siirtokriteerit ovat samalla tae tasaisemmasta hoidon laadusta ja hoidon yhtenäisyydestä eri yksiköissä "

5.2 Keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöjen sairaanhoitajien kokemuksia siirtokriteerien käyttämisestä siirtokelpoisuuden arvioinnissa ja kriteerien täyttymisestä potilaan siirtotilanteissa

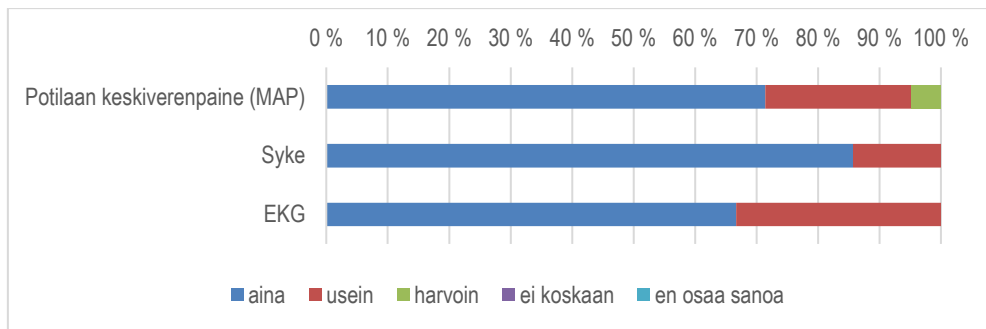
Vastausten perusteella ennen potilaan siirtymistä vuodeosastolle sairaanhoitajat kokivat parhaiten varmistettavan potilaan siirtokelpoisuus verenkierron (100 %), hengityksen (95,2 %), kivun (95,2 %) tajunnan (90,5 %), verenvuodon (90,5 %) ja pahoinvoinnin (81 %) kriteerien suhteen. Selvästi heikoiten varmistetaan sairaanhoitajien kokemusten mukaan potilaan siirtokelpoisuus lämpötilan (23,8 %) kriteerien suhteen. (Kuvio 3) Potilaan siirtokelpoisuuden varmistamisessa eri kriteerien suhteen vastaukset olivat suurimmalta osin hyvin samansuuntaisia molemmissa työyksiköissä mutta lämpötilan (keskusleikkausosasto 31,3 %, keskiryhmä 0 %) ja virtsanerityksen (keskusleikkausosasto 68,8 %, keskiryhmä 20 %) kriteerien varmistaminen jakoi vastaajien kokemuksia työyksiköiden välillä.

Keskusleikkausosastolla erikoissairaanhoitajien ja ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoitajien välillä vastaajien koulutuksella vaikuttaa olevan liiketoimintojen, lämpötilan ja jatkohoito-ohjeiden kriteerien kohdalla merkitystä, miten vastaajat kokivat siirtokriteerien varmistamisen tapahtuvan potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa. Keskusleikkausosastolta kaikki (100 %) erikoissairaanhoitajat (N=6) kokivat, että potilaan siirtokelpoisuus liiketoimintojen kriteerien suhteen varmistetaan aina, kun taas ammattikorkeakoulupohjaisista sairaanhoitajista (N=10) näin koki vain kolmasosa (30 %). Puolet (50 %) erikoissairaanhoitajista koki, että potilaan siirtokelpoisuus lämpötilan kriteerin suhteen varmistetaan aina, kun taas ammattikorkeakoulupohjaisista sairaanhoitajista näin koki viidesosa (20 %). Erikoissairaanhoitajat kokivat myös jatkohoito-ohjeiden siirtokriteerin varmistettavan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat (erikoissairaanhoitajat 83,3 %, ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat 50 %).



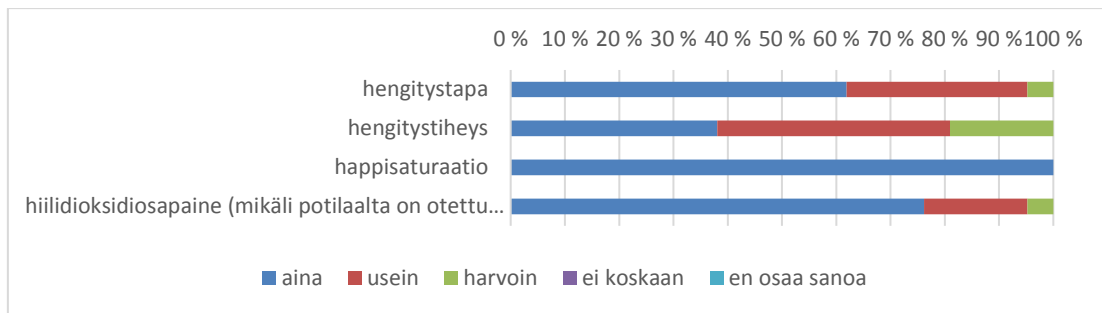
KUVIO 3. Potilaan siirtokelpoisuuden varmistaminen eri kriteerien suhteen

Potilaan siirtokelpoisuutta verenkierron suhteen arvioidessa keskusleikkausosaston heräämöiden sairaanhoitajista (N=16) 87,5 %:a ja keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajista (N=5) 80 %:a koki, että syke otetaan huomioon heidän työyksiköissään aina. Kaikista vastaajista (N=21) valtaosan mukaan potilaan keskiverenpaine (71,4 %) ja EKG (66,7 %) otetaan huomioon aina arvioidessa potilaan siirtokelpoisuutta verenkierron suhteen. Keskusleikkausosaston vastaajista reilu kaksi kolmasosaa (68,8 %) koki, että potilaan keskiverenpaine huomioidaan aina ja neljäsosan (25 %) mukaan usein. EKG huomioidaan keskusleikkausosaston sairaanhoitajista melkein kahden kolmasosan (62,5 %) mukaan aina ja reilun kolmasosan (37,5 %) mukaan usein. Keskiryhmän anestesiaosaston vastaajista valtaosa (80 %) sairaanhoitajista koki, että potilaan keskiverenpaine ja EKG huomioidaan aina, ja loput kokivat, että keskiverenpaine ja EKG huomioidaan keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä ”usein”. Kaksi kolmasosaa (66,7 %) kaikista vastaajista (N=21) koki verenkierron siirtokriteerin täyttyvän raja-arvoineen erittäin hyvin (keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajista 80 %, keskusleikkausosaston sairaanhoitajista 62,5 %) (kuvio 12).



KUVIO 4. Potilaan siirtokelpoisuuden arviointi verenkierron suhteen

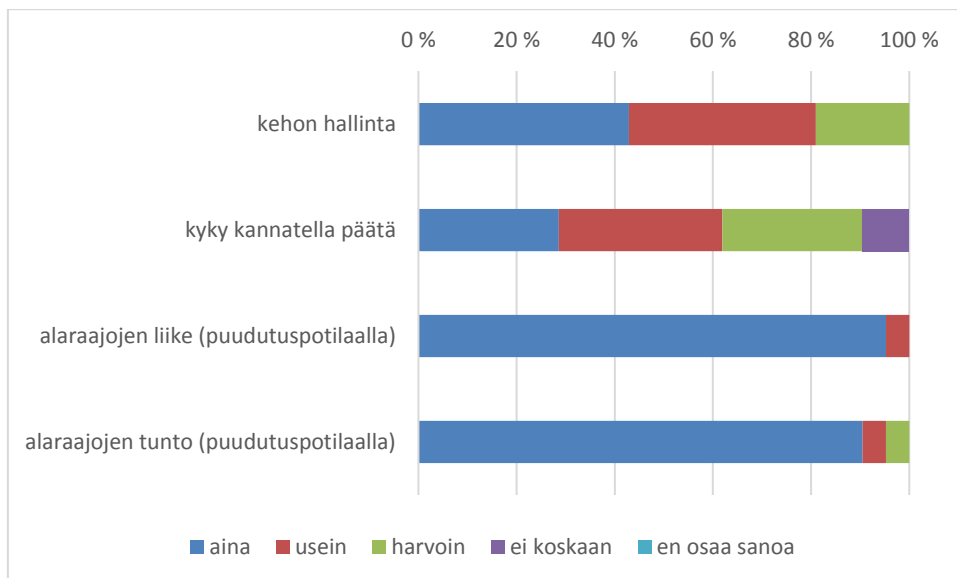
Kaikki vastanneet (N=21) kokivat, että arvioidessa siirtokelpoisuutta hengityksen suhteen potilaan happisaturaatio huomioidaan heidän työyksiköissään aina (100 %) (kuvio 5). Reilu puolet (56,3 %) keskusleikkausosaston kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (N=16) koki, että potilaan hengitystapa huomioidaan potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa aina, reilun kolmasosan (37,5 %) mukaan usein ja 6,3 %:a vastasi ”harvoin”. Keskiryhmän kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (N=5) neljä viidesosaa (80 %) koki, että hengitystapa huomioidaan aina ja viidesosa (20 %) vastasi ”usein”. Kysymykseen hengitystiheyden huomioinnista potilaan siirtokelpoisuuden suhteen, koki hieman suurempi osa kaikista kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista, että hengitystiheys huomioidaan usein (42,9 %) kuin aina (38,1 %) ja noin viidennes (19,1 %) sairaanhoitajista vastasi tähän kysymykseen vaihtoehdon ”harvoin”. Kokemukset hengitystiheyden huomioimisesta olivat hyvin samansuuntaisia sekä keskusleikkausosaston, että keskiryhmän kyselyyn vastanneilla sairaanhoitajilla. Mikäli potilaalta on otettu hiilidioksidiosapaine, otetaan potilaan hiilidioksidiosapaine huomioon siirtokelpoisuuden arvioinnissa lähes kaikkien sairaanhoitajien mukaan aina (76,2 %). Keskiryhmän kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (N=5) viidesosa (20 %) koki, että potilaan hiilidioksidiosapaine huomioidaan harvoin. Hengityksen siirtokriteeri täyttyy potilaan siirtotilanteissa tulosten perusteella varsin hyvin, sillä 42,9 %:a kaikista vastaajista arvioi kriteerin täyttyvän erittäin hyvin ja reilu puolet (57,1 %) kaikista kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (N=21) vastasi ”hyvin” (kuvio 12).



KUVIO 5. Potilaan siirtokelpoisuuden arviointi hengityksen suhteen

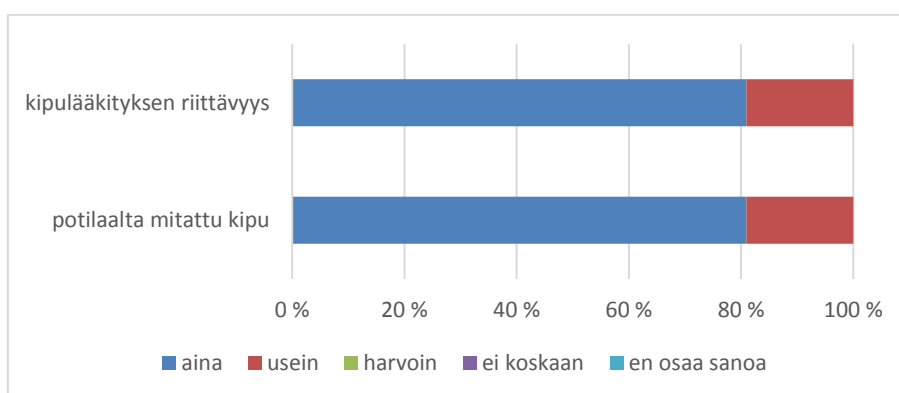
Vastausten perusteella potilaan siirtokelpoisuutta tajunnan suhteen arvioitaessa huomioidaan potilaan reagoiminen puhutteluun lähes aina (90,5 %). Kaikista vastaajista (N=21) kymmenesosa (9,5 %) vastasi "usein". Keskiryhmän anestesiaosastolta (N=5) kaikki (100 %) ja keskusleikkausosastolta (N=16) suurin osa (87,5 %) vastaajista koki, että potilaan reagoiminen puhutteluun huomioidaan aina. Kaksi kolmasosaa (66,6 %) kaikista vastaajista (kuvio 12) ja kaikki (100 %) keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajista koki, että tajunnan siirtokriteeri raja-arvoineen täyttyy potilaan siirtotilanteissa erittäin hyvin. Keskusleikkausosaston sairaanhoitajista puolet (50 %) koki tajunnan kriteerin täyttyvän erittäin hyvin, 43,8 %:n mukaan hyvin ja 6,3 %:n mielestä ei hyvin eikä huonosti.

Kaikkien vastausten perusteella (N=21) arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta liiketoimintojen suhteen potilaan kehon hallinta huomioidaan paremmin (42,9 %) kuin potilaan kyky kannatella päätään (28,6 %) ja sairaanhoitajien kokemuksissa oli näiden suhteen vaihtelevuutta. Puudutuspotilailta alaraajojen liike (95,2 %) ja tunto (90,5 %) huomioidaan hyvin. (Kuvio 6.) Keskiryhmän anestesiaosastolla (N=5) yleisempää oli, että potilaan kyky kannatella päätä huomioidaan harvoin (40 %) kuin aina (20 %). Kaksi viidesosaa (40 %) keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajista koki, että potilaan kehon hallinta huomioidaan heidän työyksikössään aina mutta yhtä suuri osa (40 %) keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajista koki, että kehon hallinta huomioidaan harvoin (40 %) Keskusleikkausosaston sairaanhoitajista (N=16) taas hieman suurempi osa koki, että potilaan kyky kannatella päätä huomioidaan usein (37,5 %) kuin aina (31,8 %). Potilaan kehon hallinta huomioidaan keskusleikkausosaston sairaanhoitajista 43,8 %:n mukaan aina mutta yhtä suuren osan (43,8 %) mukaan usein. Keskiryhmän anestesiaosastolta vastanneista sairaanhoitajista viidesosa (20 %) ja keskusleikkausosaston sairaanhoitajista 6,3 %:a ilmoitti, että potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa liiketoimintojen suhteen potilaan kykyä kannatella päätä ei huomioida koskaan. Kuitenkin melkein kaikki vastaajat kokivat liiketoimintojen siirtokriteerin täyttyvän raja-arvoineen potilaan siirtotilanteissa joko erittäin hyvin (42,8 %) tai hyvin (47,6 %) (kuvio 12).



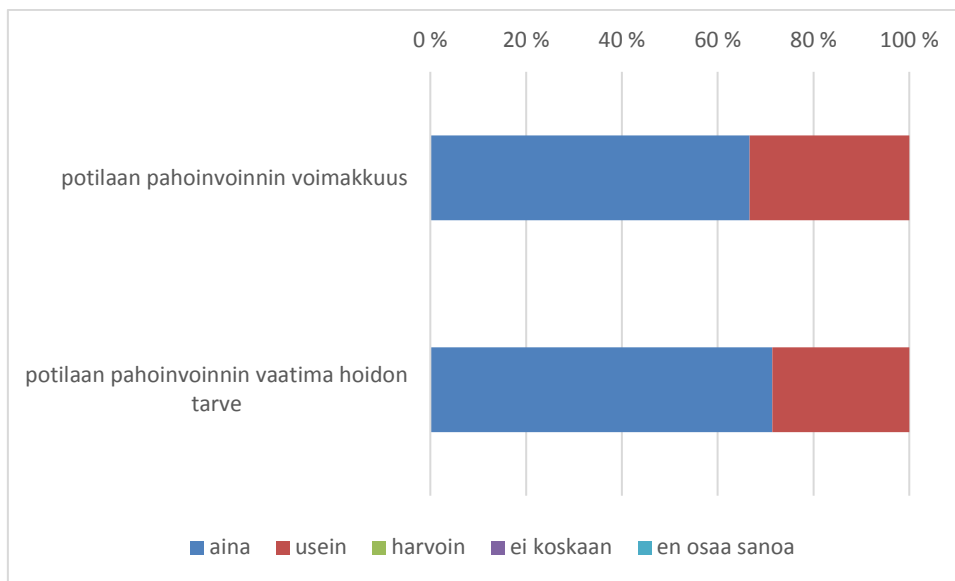
KUVIO 6. Potilaan siirtokelpoisuuden arviointi liiketoimintojen suhteen

Kaikkien vastausten perusteella (N=21) arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta kivun suhteen potilaalta mitattu kipu sekä kipulääkityksen riittävyys huomioidaan lähes aina (81 %) (kuvio 7). Kaikki (100 %) keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajista (N=5) ja valtaosa (75 %) keskusleikkausosaston sairaanhoitajista (N=16) koki, että potilaalta mitattu kipu sekä kipulääkityksen riittävyys huomioidaan aina ja neljäsosa (25 %) keskusleikkausosaston sairaanhoitajista vastasi ”usein”. Kivun siirtokriteeri raja-arvoineen potilaan siirtotilanteissa täyttyy lähes kaikkien vastaajien mukaan erittäin hyvin (66,7 %) tai hyvin (28,6 %) mutta pieni osa sairaanhoitajista (4,8 %) koki kivun siirtokriteerin täyttyvän huonosti (kuvio 12).



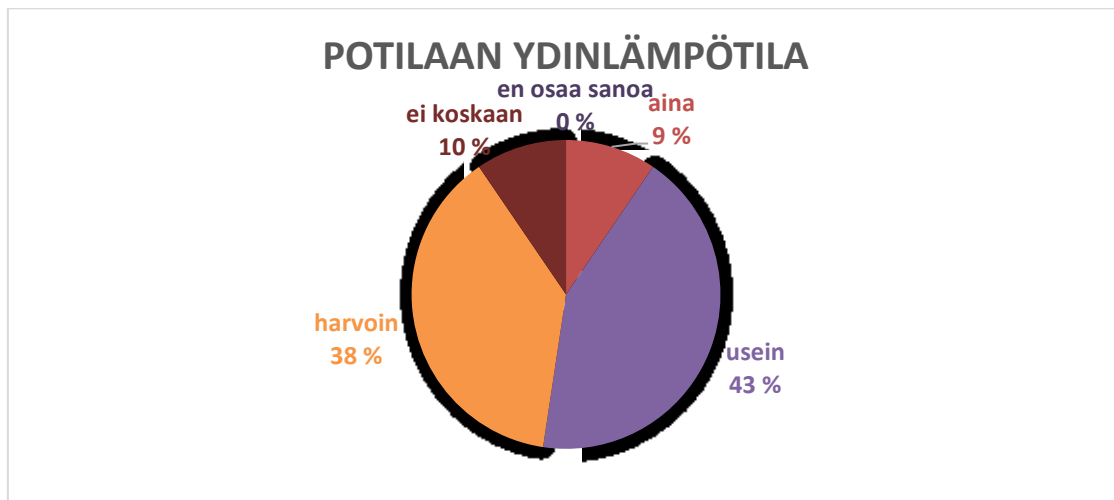
KUVIO 7. Potilaan siirtokelpoisuuden arviointi kivun suhteen

Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta potilaan pahoinvoinnin suhteen potilaan pahoinvoinnin voimakkuus ja pahoinvoinnin vaatima hoidon tarve huomioidaan tulosten perusteella lähestulkoon aina (pahoinvoinnin voimakkuus 66,7 %, pahoinvoinnin vaatima hoidon tarve 71,4 %) (kuvio 8). Vastaukset olivat samansuuntaisia molemmissa työyksiköissä (pahoinvoinnin voimakkuus: keskiryhmä 80 %, keskusleikkausosasto 62,8 % ja pahoinvoinnin vaatima hoidon tarve: keskiryhmä 80 %, keskusleikkausosasto 68,6 %). Valtaosa (71,4 %) kaikista vastaajista koki pahoinvoinnin siirtokriteerin täyttyvän raja-arvoineen erittäin hyvin potilaan siirrossa heräämöstä vuodeosastolle. (Kuvio 12.)



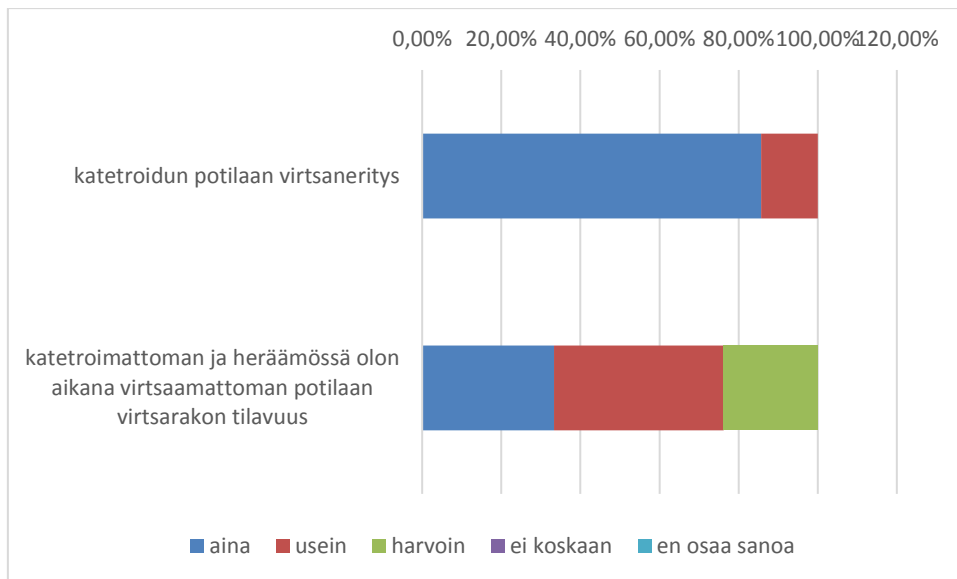
KUVIO 8. Potilaan siirtokelpoisuuden arviointi pahoinvoinnin kriteerin suhteen

Arvioidessa potilaan siirtokelpoisuutta lämpötilan suhteen kaikista vastaajista (N=21) vain vajaa kymmenesosan (9,5 %) mukaan potilaan ydinlämpötila huomioidaan aina (kuvio 9). Kukaan (0 %) keskiryhmän vastaajista (N=5) ei vastannut "aina", vaan valtaosa (60 %) keskiryhmän kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista koki, että potilaan ydinlämpötila huomioidaan harvoin ja kaksi viidesosaa (40 %) koki, ettei potilaan ydinlämpötilaa huomioida koskaan arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta lämpötilan suhteen. Keskusleikkausosaston kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (N=16) reilu kymmenesosan (12,5 %) mukaan ydinlämpötila huomioidaan aina, reilu puolet (56 %) keskusleikkausosaston sairaanhoitajista vastasi "usein" ja 31,3 %:a "harvoin". Kuitenkin suurin osa kaikista vastaajista oli sitä mieltä, että lämpötilan siirtokriteeri raja-arvoineen täyttyy potilaiden siirtotilanteissa joko erittäin hyvin (33,3 %) tai hyvin (33,3 %). Vain yksittäiset vastaajat kokivat, että lämpötilan siirtokriteeri täyttyy huonosti (4,8 %) tai erittäin huonosti (4,8 %). (kuvio 12.)



KUVIO 9. Potilaan ydinlämpötilan huomioiminen siirtokelpoisuuden arvioinnissa lämpötilan suhteen

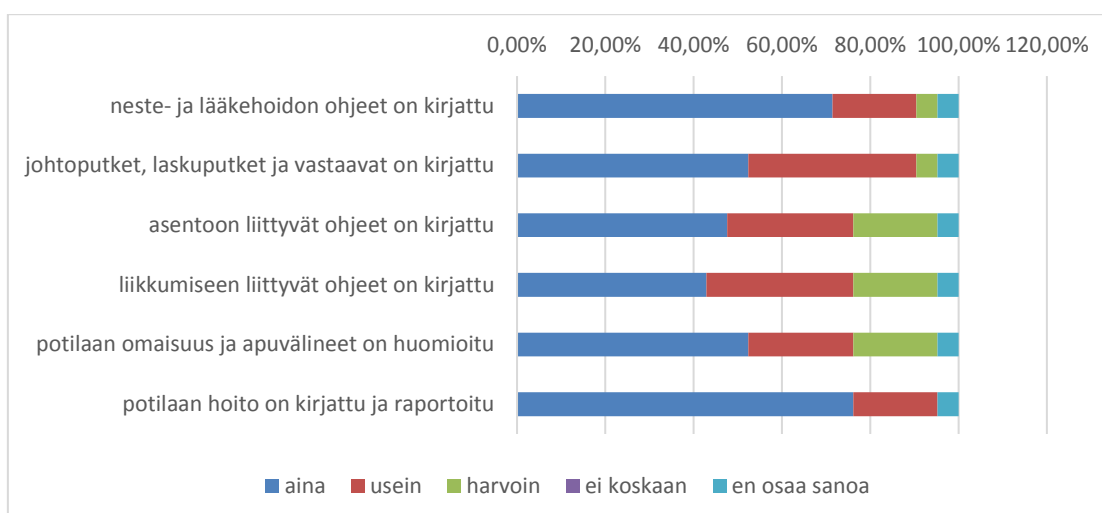
Yli puolet (57,1 %) kaikista kyselyn vastaajista (N=21) koki, että potilaan siirtokelpoisuus virtsanerityksen kriteerien suhteen varmistetaan aina (kuvio 3). Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta virtsaerityksen suhteen, katetroidun potilaan virtsaneritys huomioidaan kaikkien vastausten perusteella aina lähestulkoon aina (85,7 %) (kuvio 10) ja katetroidun potilaan virtsanerityksen huomioimiseen liittyvät vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia molemmissa työyksiköissä (keskiryhmä 80 %, keskusleikkausosasto 87,50 %) Katetroimattoman ja heräämössä olon aikana virtsaamatta olleen potilaan virtsarakon tilavuus huomioidaan vastausten perusteella yleisimmin (42,86 %) usein, kolmasosan (33,3 %) mukaan aina. (kuvio 10.) Keskiryhmän anestesiaosaston kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (N=5) kukaan (0 %) ei kokenut, että katetroimattoman ja heräämössä virtsaamattoman potilaan virtsarakon tilavuus huomioitaisiin aina, vaan suurimman osan (80 %) mukaan se huomioidaan harvoin. Keskusleikkausosaston kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (N=16) 43,8 % koki, että katetroimattoman ja heräämössä virtsaamattoman potilaan virtsarakon tilavuus huomioidaan aina ja puolet (50 %) olivat sitä mieltä, että se huomioidaan usein. Kuitenkin valtaosa (71,4 %) kaikista vastaajista koki, että virtsanerityksen siirtokriteeri raja-arvoineen täyttyy joko erittäin hyvin (33,3 %) tai hyvin (38,1 %) ja vajaa kolmasosan (28,6 %) mukaan ei hyvin eikä huonosti (kuvio 12).



KUVIO 10. Potilaan siirtokelpoisuuden arviointi virtsanerityksen suhteen

Arvioidessa potilaan siirtokelpoisuutta verenvuodon suhteen potilaan leikkaushaavan vuoto huomioidaan tulosten perusteella erittäin hyvin. Kaikista vastaajista (N=21) melkein kaikki (95,2 %) ilmoitti, että potilaan leikkaushaavan vuoto huomioidaan aina ja vain pieni vähemmistö (6,3 %) keskusleikkausosaston sairaanhoitajista (N=5) koki, leikkaushaavan vuoto huomioidaan usein. Suurin osa kaikista (80,7 %) vastaajista koki myös, että mahdollisten laskuputkien vuoto huomioidaan aina mutta noin viidesosa (18,8 %) keskusleikkausosaston sairaanhoitajista (N=16) vastasi ”usein”. Kaikista vastaajista kaksi kolmasosaa (66,7 %) vastaajista koki verenvuodon siirtokriteerin täyttyvän raja-arvoineen erittäin hyvin ja loput kolmasosa (33,3 %) koki kriteerin täyttyvän hyvin (kuvio 12).

Jatkohoito-ohjeiden kriteerien suhteen potilaan siirtokelpoisuus varmistetaan kaikista vastaajista (N=21) vajaan kahden kolmasosan (61,9 %) mukaan aina ja reilun kolmasosan (38,1 %) mukaan usein. Kaikkien vastausten perusteella potilaan siirtokelpoisuutta jatkohoito-ohjeiden suhteen arvioidessa parhaiten huomioidaan, että potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu (76,1 %) ja että neste ja lääkehoidon ohjeet on kirjattu (71,4 %) ja heikoiten huomioidaan asentoon- ja liikkumiseen liittyvien ohjeiden kirjaaminen (asentoon liittyvien ohjeiden kirjaaminen 47,6 %, liikkumiseen liittyvien ohjeiden kirjaaminen 42,9 %). Puolet (52,4 %) vastaajista koki, että siirtokelpoisuutta arvioidessa huomioidaan aina, että potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu ja laskuputket ja muut vastaavat on kirjattu. Kaikista vastaajista viidesosan mukaan (19,1 %) asentoon- ja liikkumiseen liittyvien ohjeiden kirjaukset sekä potilaan omaisuus ja apuvälineet huomioidaan harvoin potilaan siirtokelpoisuutta arvioidessa. (Kuvio 11.)



KUVIO 11. Kaikkien keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston kyselyyn vastanneiden kokemuksia, miten jatkohoito-ohjeiden siirtokriteerin alakohtat huomioidaan potilaan siirtokelpoisuutta arvioitaessa jatkohoito-ohjeiden suhteen

Keskiryhmän ja keskusleikkausosaston kyselyyn vastanneiden kokemuksissa jatkohoito-ohjeiden siirtokriteerien alakohtien huomioimisessa oli eroavaisuuksia. Esimerkiksi asentoon liittyvien ohjeiden kirjaukset huomioidaan kaikkien (100 %) keskiryhmän anestesiaosastolta vastanneiden sairaanhoitajien mukaan aina ja keskusleikkausosaston sairaanhoitajista vain vajaa kolmasosa (31,3 %) vastasi ”aina”. Keskiryhmän ja keskusleikkausosaston heräämöiden sairaanhoitajien kokemuksen jakautuminen jatkohoidon siirtokriteerin alakohtien huomioimisen suhteen näkyy tarkemmin taulukoissa 1 ja 2.

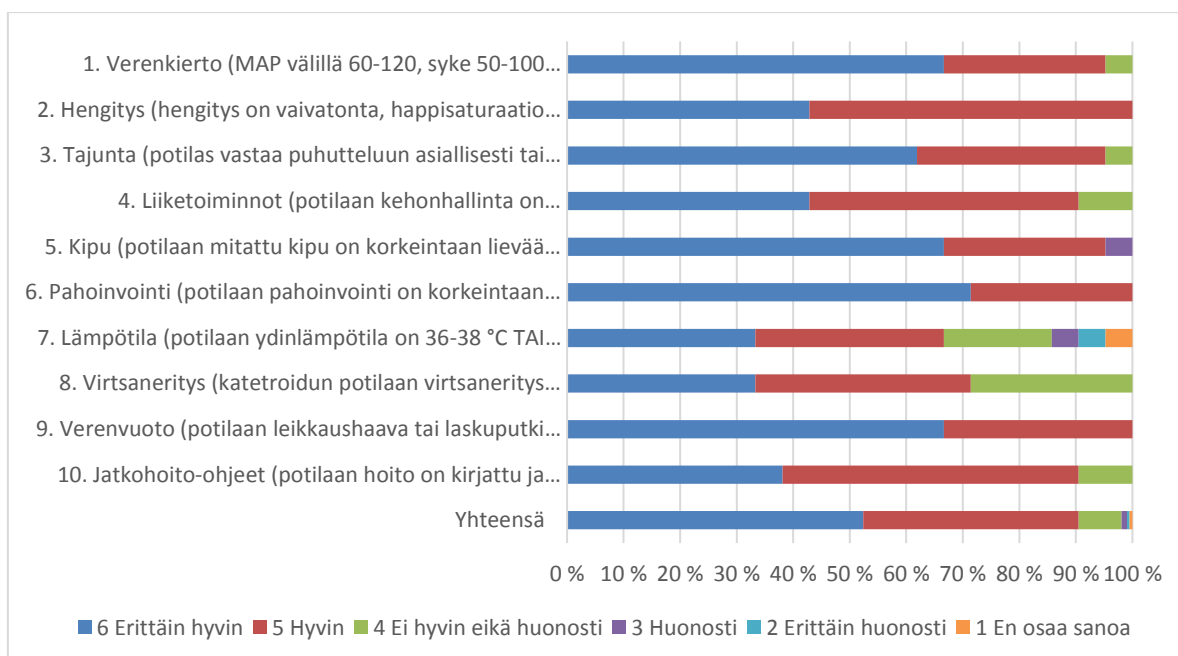
TAULUKKO 1. Keskiryhmän anestesiaosastolta kyselyyn vastanneiden kokemuksia (N=5) jatkohoito-ohjeiden siirtokriteerin alakohtien huomioimisesta potilaan siirtotilanteessa

Keskiryhmän anestesiaosasto	aina	usein	harvoin	ei koskaan	en osaa sanoa	N
neste- ja lääkehoidon ohjeet on kirjattu	60 %	40 %	0 %	0 %	0 %	5
johtoputket, laskuputket ja vastaavat on kirjattu	60 %	40 %	0 %	0 %	0 %	5
asentoon liittyvät ohjeet on kirjattu	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5
liikkumiseen liittyvät ohjeet on kirjattu	80 %	0 %	20 %	0 %	0 %	5
potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu	40 %	60 %	0 %	0 %	0 %	5
potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu	60 %	40 %	0 %	0 %	0 %	5

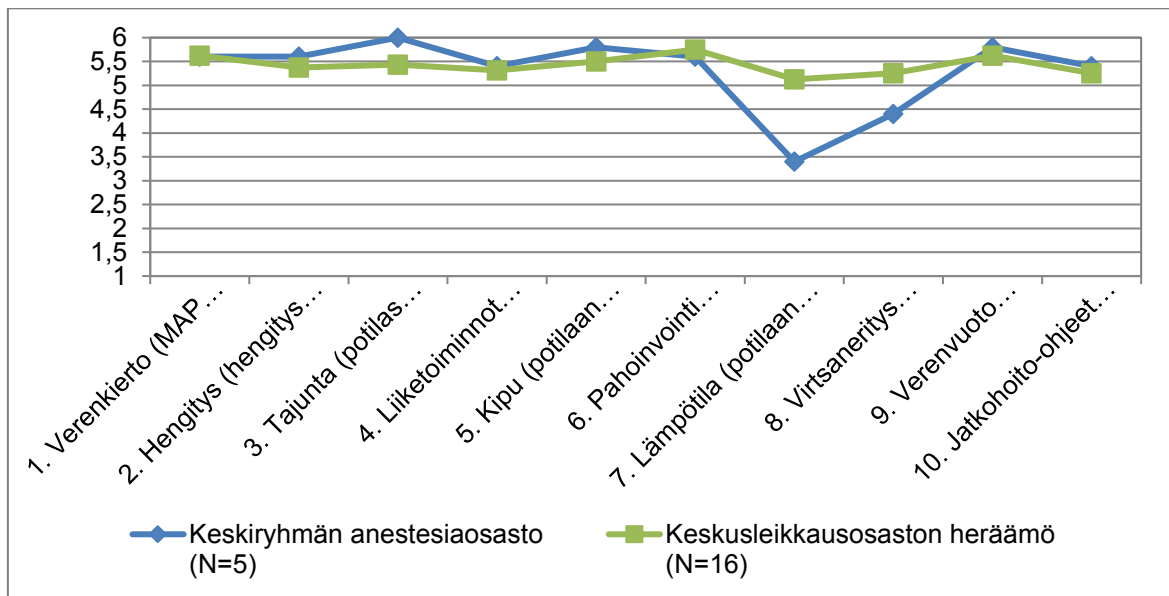
TAULUKKO 2. Keskusleikkausosastolta kyselyyn vastanneiden kokemuksia (N=16) jatkohoito-ohjeiden siirtokriteerin alakohtien huomioimisesta potilaan siirtotilanteissa

Keskusleikkausosasto	aina	usein	harvoin	ei koskaan	en osaa sanoa	Yhteensä
neste- ja lääkehoidon ohjeet on kirjattu	75 %	12,5 %	6,3 %	0 %	6,3 %	16
johtoputket, laskuputket ja vastaavat on kirjattu	50 %	37,5 %	6,3 %	0 %	6,3 %	16
asentoon liittyvät ohjeet on kirjattu	31,3 %	37,5 %	25 %	0 %	6,3 %	16
liikkumiseen liittyvät ohjeet on kirjattu	31,3 %	43,7 %	18,8 %	0 %	6,3 %	16
potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu	56,3 %	12,5 %	25 %	0 %	6,3 %	16
potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu	81,3 %	12,5 %	0 %	0 %	6,3 %	16

Puolet (52,4 %) kaikista vastaajista (N=21) koki, että jatkohoito-ohjeiden siirtokriteeri raja-arvoineen täyttyy potilaan siirtotilanteissa hyvin ja reilu kolmasosa (38,1 %) vastasi ”erittäin hyvin”. Vastaukset jatkohoidon siirtokriteerin täyttymisestä olivat hyvin samansuuntaisia molemmissa työyksiköissä. Kuviosta 12 ilmenee tarkemmin, miten kaikkien vastaajien kokemukset jakautuvat kunkin siirtokriteerin ja niiden raja-arvojen täyttymisestä potilaan siirtotilanteissa heräämöstä vuodeosastolle. Kuviosta 13 näkyy keskusleikkausosaston ja keskiryhmän sairaanhoitajien vastausten keskiarvot kokemuksista siirtokriteerien täyttymisestä.



KUVIO 12. Keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosastolta kyselyyn vastanneiden (N=21) kokemuksia, miten siirtokriteerit raja-arvoineen täyttyvät potilaan siirtotilanteissa heräämöstä vuodeosastolle



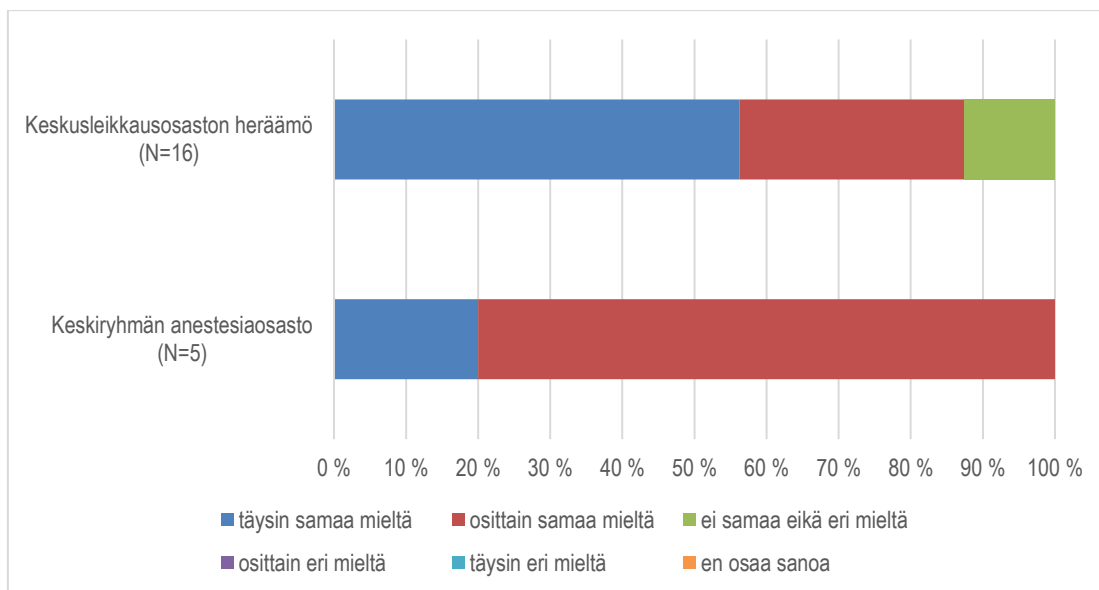
KUVIO 13. Keskiarvot vastauksista, miten keskiryhmän anestesiaosaston (N=5) ja keskusleikkausosaston (N=16) kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat kokevat siirtokriteerien täyttyvän potilaan siirtotilanteissa heräämästä vuodeosastolle (6=Erittäin hyvin, 5=Hyvin, 4=Enemmän kuin hyvin eikä huonosti, 3=Huonosti, 2=Erittäin huonosti 1=En osaa sanoa)

Keskusleikkausosastolla vastaajien koulutuksella voidaan huomata olevan vaikutusta sairaanhoitajien kokemuksiin tiettyjen siirtokriteerien alakohtien huomioimisesta potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa. Hengityksen kriteerin kohdalla erikoissairaanhoitajien (N=6) mukaan potilaan hengitystiheys huomioidaan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoitajien mukaan (N=10) (erikoissairaanhoitajat 66,7 %, ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat 20 %). Liiketoimintojen kriteerin kohdalla erikoissairaanhoitajista 83,3 %:a koki, että potilaan kehonhallinta huomioidaan aina, kun taas ammattikorkeakoulupohjaisista sairaanhoitajista näin koki viidesosa (20 %). Erikoissairaanhoitajien mukaan myös potilaan pään kyky kantatella päätä huomioidaan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoitajien mukaan (erikoissairaanhoitajat 66,7 %, ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat 10 %). Lämpötilan kriteerin kohdalla suurin osa (83,3 %) erikoissairaanhoitajista koki, että potilaan ydinlämpötila huomioidaan usein, kun taas ammattikorkeakoulupohjaisista sairaanhoitajista viidesosa (20 %) vastasi ”aina”, kaksi viidesosaa (40 %) ”usein” ja toiset kaksi viidesosaa (40 %) ”harvoin”.

Keskusleikkausosastolla myös virtsanerityksen kriteerin kohdalla erikoissairaanhoitajien mukaan katetroimattoman ja heräämössä virtsaamatta olleen potilaan virtsarakon tilavuus huomioidaan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoitajien mukaan (erikoissairaanhoitajat 83,3 %, ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat 20 %). Jatkoahoito-ohjeiden kriteerien useassa alakohtassa erikoissairaanhoitajat kokivat kirjausten tapahtuvan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoitajien mukaan. Eroa oli johtoputkien, laskuputkien tai vastaavien kirjausten (erikoissairaanhoitajat 83,3 %, ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat 30 %), asentoon liittyvien ohjeiden kirjausten (erikoissairaanhoitajat 66,7 %, ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat 10 %), liikkumiseen liittyvien ohjeiden kirjausten (erikoissairaanhoitajat 66,7 %, ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat 10 %) sekä potilaan apuvälineiden ja omaisuuden huomioinnin kohdalla (erikoissairaanhoitajat 83,3 %, ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat 40 %).

5.3 Keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajien esille tuomia muutos- ja kehittämisehdotuksia siirtokriteereihin

Noin puolet (47,6 %) kaikista vastaajista (N=21) koki, että siirtokriteerit raja-arvoineen ovat sellaisenaan toimivat ja soveltuvat heräämöissään hoidettaville potilaille, eikä kukaan ollut täysin eriämieltä. Keskusleikkausosaston sairaanhoitajista (N=16) yli puolet (56,3 %) oli täysin samaa mieltä, että siirtokriteerit ovat toimivat ja soveltuvat heräämööidensä potilaille ja keskiryhmän sairaanhoitajista (N=5) suurin osa (80 %) oli osittain samaa mieltä (kuvio 14).



KUVIO 14. Keskusleikkausosastolta ja keskiryhmän anestesiaosastolta kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien mielipiteitä väitteeseen ”mielestäni nykyiset siirtokriteerit raja-arvoineen ovat toimivat ja soveltuvat sellaisenaan heräämössäni hoidettaville potilaille”

Toisella avoimella kysymyksellä tarjottiin vastaajille mahdollisuus tuoda esille muutos- ja kehittämissuhteita siirtokriteereihin. Vastaukset luokiteltiin ensin osastokohtaisesti, jonka jälkeen vastaukset jaettiin kriteereittäin. Muutos- ja kehittämissuhteita vastaajat toivat esille verenkierron, hengityksen, kivun ja lämpötilan kriteereihin. (Kuvio 15.) Useat vastaajat korostivat, ettei osa siirtokriteereistä välttämättä lähtökohtaisesti täyty kaikkien potilaiden kohdalla vaan potilaiden yksilöllisyys ja lähtötilanne on otettava huomioon. Esimerkiksi jos potilaalla on jo tulotilanteessa ollut kroonista kipua, voi se olla heräämössä hankala saada lievälle tasolle ennen vuodeosastolle siirtymistä.

” - esimerkiksi pulssin kohdalla, joillakin potilailla on pulssi normaalistikin alle 50 - - ”

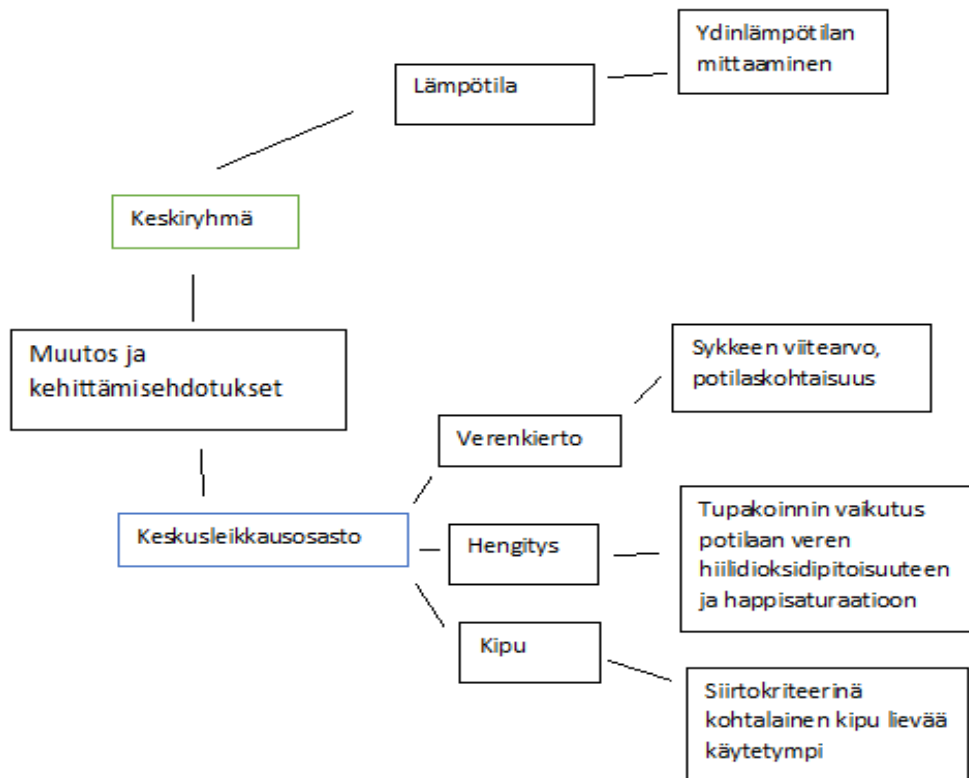
”CO2 voi olla tupakoitsijoilla korkea normaalisti sekä spo2 kroonisen tilanteen vuoksi huono.”

”Potilailla voi olla kroonista kipua - - hankala saada lievälle asteikolle. ”

” - - siirtokriteerinä käytetty kohtalaista - - jonka potilaat ovat kokeneet siedettäväksi. ”

Keskiryhmän sairaanhoitaja toi esille, ettei potilaan ydinlämpötilaa mitata keskiryhmän anestesiaosastolla muualla kuin leikkaussalissa.

” - - ainakaan keskiklinikalla ei mitata ydinlämpötilaa kuin leikkaussalissa.”



KUVIO 15. Muutos- ja kehittämisehdotuksia siirtokriteereihin

6 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen tuloksia tutkimustehtävien mukaisesti ja tuodaan esille aiempien tutkimusten tuloksia. Tutkimustulosten vertailu oli haastavaa, sillä samankaltaisia tutkimuksia juuri hoitotyön tutkimussäätiön julkaisemien siirtokriteerien käytöstä ja siirtokriteerien täytymisestä on hyvin vähän. Kyseiset hoitotyön tutkimussäätiön julkaisemat siirtokriteerit ovat Oulun yliopistollisen sairaalan lisäksi olleet käytössä ainakin Helsingin yliopistollisessa sairaalassa (HUS) ja Seinäjoen keskussairaalassa, joissa niitä on muokattu organisaatioon sopivammiksi (Rauta 2017, 11–12; Kallio-Kujala 2015, viitattu 19.1.2019). Tuloksia tarkastellessa on huomioitava aineiston pieni koko ($N < 30$) ja se, että keskiryhmän anestesiaosaston heräämöistä vastanneita sairaanhoitajia oli huomattavasti vähemmän suhteessa keskusleikkausosastoon, joten tulokset työyksiköiden välillä eivät ole täysin vertailukelpoisia.

6.1 Kokemuksia ja mielipiteitä siirtokriteerien käyttämisestä

Tulosten perusteella keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajat ovat ymmärtäneet siirtokriteerien käytön merkityksen potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä ja siirtokriteerien käyttöä kannatetaan. Tulosten mukaan valtaosa sairaanhoitajista ei koe siirtokriteerien käyttöä liian työlääksi tai hitaaksi. Siirtokriteerien laminoidusta versiosta tykätään.

Tulosten mukaan siirtokriteerit auttavat sairaanhoitajia arvioimaan potilaan siirtokelpoisuutta ja potilaan siirrossa vuodeosastolle hänen toipumiseensa nähden optimaaliseen aikaan. Siirtokriteerien käytöllä ei vastanneiden kokemusten mukaan ole aivan selkeää parantavaa vaikutusta yhteistyöhön sairaanhoitajan, anestesia lääkäriin ja vuodeosaston henkilökunnan välille, vaikka kukaan sairaanhoitajista ei ollut täysin eriäkään mieltä.

Molemmissa työyksiköissä kaikki vastanneet sairaanhoitajat tietävät, mistä siirtokriteerit löytyvät ja ne ovat helposti käytettävissä. Noin joka toinen sairaanhoitajista löytää siirtokriteerit myös sähköisessä muodossa. Tulosten mukaan useat sairaanhoitajat muistavat jo siirtokriteerit ulkoa eikä heidän tarvitse ottaa kriteerejä erikseen esille potilaan siirtokelpoisuutta arvioitaessa.

Siirtokriteerien käyttöä pidetään yhtenä heräämössä työskentelevän sairaanhoitajan perustaitona mutta myös kokemuksen tuomaa arviointikykyä potilaan siirtokelpoisuudesta arvostetaan. Tulosten mukaan siirtokriteerit ovat keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä olennaisena osana uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Tuloksista kävi ilmi, että vastaajat olivat saaneet koulutusta siirtokriteerien käyttöön mutta kaikki eivät koe koulutuksen määrää täysin riittäväksi. Keskusleikkausosastolla erikoissairaanhoitajat kokevat koulutuksen riittävyyden paremmaksi kuin ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoitajat kokivat.

6.2 Siirtokriteerien käyttäminen potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa

Tulosten perusteella kaikki vastaajista ovat joskus käyttäneet siirtokriteerejä potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa. Noin puolet (47,6 %) kaikista vastaajista (N=21) käyttää siirtokriteereitä aina arvioidessaan potilaan siirtokelpoisuutta vuodeosastolle. Seuraavissa kappaleissa tarkastelen siirtokriteerien käyttöä kriteereittäin.

Verenkierto

Tutkimuksen tulosten perusteella keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä potilaan siirtokelpoisuus verenkierron kriteerin suhteen varmistetaan jokaiselta potilaalta. Molemmissa työyksiköissä parhaiten verenkierron kriteerin alakohdista huomioidaan potilaan syke mutta myös potilaan keskiverenpaine ja EKG otetaan huomioon potilaan siirtokelpoisuutta arvioitaessa lähes jokaisen potilaan kohdalla.

Hengitys

Tulosten perusteella keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosastolla potilaan hengitys huomioidaan hyvin ja hengityksen siirtokriteerin suhteen siirtokelpoisuus varmistetaan molemmissa työyksiköissä jokaiselta potilaalta. Tulosten perusteella siirtokelpoisuutta arvioitaessa hengityksen kriteerin suhteen molemmissa työyksiköissä huomioidaan aina potilaan happisaturaatio (100 %). Myös potilaan hiilidioksidiosapaine, mikäli se potilaalta on otettu, otetaan hyvin huomioon. Hengitystapa huomioidaan molemmissa työyksiköissä lähes kaikilta potilailta, kun taas potilaan

hengitystiheys huomioidaan enemmän usein kuin aina. Keskusleikkausosastolla potilaan hengitystiheys huomioidaan erikoissairaanhoidajien mukaan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoidajien mukaan.

Tajunta

Tulosten perusteella potilaan siirtokelpoisuus tajunnan kriteerin suhteen varmistetaan sekä keskusleikkausosaston, että keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä jokaiselta potilaalta. Siirtokelpoisuutta tajunnan kriteerin suhteen arvioitaessa huomioidaan aina potilaan reagoiminen puhutteluun.

Liiketoiminnot

Tulosten perusteella potilaan siirtokelpoisuutta liiketoimintojen kriteerin suhteen ei kummassakaan yksikössä varmisteta kaikilta potilailta, vaan ennemminkin usein. Molemmissa työyksiköissä siirtokelpoisuutta liiketoimintojen kriteerin suhteen arvioitaessa potilaan kehon hallinta huomioidaan usein, kun taas potilaan kyky kannatella päätä huomioidaan tulosten mukaan keskusleikkausosastolla usein ja keskiryhmän anestesiaosastolla harvoin. Keskusleikkausosastolla erikoissairaanhoidajien mukaan potilaan kehonhallinta ja kyky kannatella päätä huomioidaan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoidajien mukaan. Arvioitaessa puudutettujen potilaiden siirtokelpoisuutta liiketoimintojen kriteerin suhteen, molemmissa työyksiköissä huomioidaan jokaiselta potilaalta alaraajojen liike. Tulosten keskiarvojen perusteella myös alaraajojen tunto huomioidaan molemmissa työyksiköissä jokaiselta potilaalta mutta viidesosa (20 %) keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoidajista kokee, että potilaan alaraajojen tunto huomioidaan heidän työyksikössään harvoin.

Kipu

Tulosten perusteella potilaan siirtokelpoisuus kivun siirtokriteerin suhteen varmistetaan molemmissa työyksiköissä jokaiselta potilaalta. Sekä kivun voimakkuus, että kipulääkityksen riittävyys huomioidaan potilaan siirtokelpoisuutta arvioitaessa aina.

Pahoinvointi

Pahoinvoinnin kriteerin suhteen potilaan siirtokelpoisuus varmistetaan tulosten perusteella molemmissa yksiköissä lähes kaikilta potilailta. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta pahoinvoinnin siirtokriteerin suhteen molemmat kriteerin alakohdat, pahoinvoinnin voimakkuus ja pahoinvoinnin vaatima hoidontarve, huomioidaan molemmissa yksiköissä lähes aina.

Lämpötila

Tulosten perusteella potilaan siirtokelpoisuutta lämpötilan siirtokriteerin suhteen ei varmisteta kummassakaan työyksikössä kovin säännönmukaisesti, keskusleikkausosastolla usein ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä vain harvoin. Tuloksista kävi ilmi, että keskusleikkausosaston heräämöissä arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta lämpötilan siirtokriteerin suhteen potilaan ydinlämpö huomioidaan usein, muttei kaikilta potilailta. Erikoissairaanhoidajien mukaan potilaan ydinlämpötila huomioidaan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoitajien mukaan.

Keskiryhmän anestesiaosaston tuloksista kävi ilmi, että arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta lämpötilan siirtokriteerin suhteen potilaan ydinlämpötila huomioidaan vain harvoin, jos koskaan. Avoimen kysymyksen kautta kävi ilmi, että heidän työyksikössään potilaan ydinlämpötila mitataan vain leikkaussalissa. Keskusleikkausosaston heräämöissä potilaan ydinlämpötila huomioidaan usein, muttei kaikilta potilailta.

Virtsaneritys

Virtsanerityksen kriteerin suhteen potilaan siirtokelpoisuus varmistetaan tulosten perusteella keskusleikkausosastolla lähes aina ja keskiryhmän anestesiaosastolla usein. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta virtsanerityksen kriteerin suhteen katetroidun potilaan virtsan eritystä huomioidaan molemmissa työyksiköissä lähes aina mutta potilaan virtsarakon tilavuutta, heräämössä olon aikana virtsaamattomilta potilailta, ei huomioida kummassakaan työyksikössä kaikilta potilailta. Keskusleikkausosastolla erikoissairaanhoidajien mukaan heräämössä virtsaamattoman potilaan virtsarakon tilavuus huomioidaan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoitajien mukaan.

Verenvuoto

Tulosten perusteella molemmissa työyksiköissä potilaan siirtokelpoisuus varmistetaan verenvuodon kriteerin suhteen aina. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta verenvuodon kriteerin suhteen sekä leikkaushaavan vuoto että mahdollisten laskuputkien vuoto huomioidaan kaikilta potilailta. Vain pieni osa keskusleikkausosaston sairaanhoitajista koki, että leikkaushaavan ja mahdollisten laskuputkien vuoto huomioidaan useimmilta potilailta.

Jatkohoito-ohjeet

Ennen vuodeosastolle siirtymistä, potilaan siirtokelpoisuus jatkohoito-ohjeiden siirtokriteerin suhteen varmistetaan tulosten perusteella lähes aina. Tuloksista voi kuitenkin päätellä, että jatkohoito-ohjeiden siirtokriteeri alakohtineen ei kokonaisuudessaan täyty kummassakaan yksikössä säännömukaisesti kaikkien potilaiden kohdalla, vaan ennemminkin useimmiten. Kriteerin alakohtien huomioimisessa on nähtävissä eroa keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöjen välillä. Tulosten perusteella keskiryhmän anestesiaosastolla osastolla parhaiten jatkohoidon siirtokriteerin alakohdista huomioidaan asentoon ja liikkumiseen liittyvien ohjeiden kirjaaminen, kun taas keskusleikkausosastolla ne huomioidaan huonoiten. Keskusleikkausosastolla parhaiten huomioidaan, että potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu ja neste- ja lääkehoidon ohjeet on kirjattu. Keskusleikkausosaston erikoissairaanhoitajien mukaan johtoputkien, laskuputkien ja vastaavien kirjaukset, asentoon liittyvien ohjeiden kirjaukset, liikkumiseen liittyvien ohjeiden kirjaukset ja potilaan apuvälineet ja omaisuus huomioidaan paremmin kuin ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoitajien mukaan.

6.3 Siirtokriteerien täytyminen potilaan siirtotilanteissa heräämöstä vuodeosastolle

Tulosten perusteella suurin osa siirtokriteereistä täyttyy molemmissa työyksiköissä potilaan siirtotilanteissa vähintään hyvin. Potilaan siirtotilanteissa parhaiten täyttyvät verenkierron, kivun, pahoinvoinnin ja verenvuodon siirtokriteerit, joiden koetaan täyttyvän molemmissa työyksiköissä erittäin hyvin. Jatkohoidon ja liiketoimintojen siirtokriteerit täyttyvät tulosten perusteella molemmissa työyksiköissä hyvin. Muiden siirtokriteerien täyttymistä koskevissa tuloksissa oli nähtävissä jonkin verran eroavaisuuksia keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöiden välillä.

Keskusleikkausosastolla myös kaikkien muiden siirtokriteerien, eli hengityksen, tajunnan, virtsanerityksen ja lämpötilan siirtokriteerien koetaan täyttyvän potilaan siirtotilanteissa hyvin. Keskiryhmän anestesiaosastolla hengityksen ja tajunnan siirtokriteerit täyttyvät tulosten perusteella erittäin hyvin. Virtsanerityksen siirtokriteeri ei keskiryhmän tulosten keskiarvon perusteella täyty hyvin, muttei myöskään huonosti. Lämpötilan siirtokriteeri täyttyy keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä potilaan siirtotilanteissa huonosti.

6.4 Muutos ja kehittämisideat

Tulosten perusteella osa vastaajista pitää siirtokriteereitä hyvinä ja selkeinä mutta valtaosa vastaajista ei ollut täysin samaa mieltä, että siirtokriteerit raja-arvoineen olisivat sellaisenaan toimivat ja soveltuvat heräämöönsään hoidettaville potilaille. Suoria muutos- ja kehittämisideoita tuli kuitenkin vähän verraten siirtokriteerien käyttöä ja täyttymistä koskevien kysymysten tuloksiin, joiden perusteella siirtokriteerien käytössä ja täyttymisessä on puutteita.

Keskusleikkausosaston sairaanhoitajien muutos- ja kehittämisideoina siirtokriteereihin tuli potilaan yksilöllisyyden ja lähtötilanteen huomioiminen etenkin verenkierron, hengityksen, kivun ja tajunnan siirtokriteereissä. Esimerkkeinä vastaajat toivat esille, että verenkierron siirtokriteerin kohdalla potilaan syke voi olla potilaan siirtotilanteissa alle 50, vaikka kriteerin sykkeen raja-arvo on 50–100, jos se on potilaalle ominainen syke. Hengityksen siirtokriteerin kohdalla tupakoivilla potilailla potilaan arvot, kuten happisaturaatio, veren happiosapaine tai hiilidioksidipitoisuus, eivät aina välttämättä vastaa viite-arvoja. Siirtokriteerien pohjalla oleva heräämöhoidon käsikirja tukee vastaajien näkemystä, että potilaan yksilöllisyys ja lähtötilanne tulee aina ottaa huomioon potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa, sillä esimerkiksi tupakoitsija tai ahtauttavaa keuhkosairautta sairastava potilas on tottunut normaalia matalampaan happitasoon ja liiallinen hapenanto voi hidastaa potilaan hengitystiheyttä, jolloin myös keuhkotuuletus harvenee ja hiilidioksidia kertyy elimistöön liikaa. Potilaan yksilöllisyyden ja lähtötilanteen huomioimista ei kuitenkaan mainita varsinaisissa verenkierron ja hengityksen siirtokriteereissä. (Lukkarinen ym. 2012, 11–13.)

Erään vastauksen perusteella kivun siirtokriteerinä keskusleikkausosastolla käytetään kohtalaista kipua, koska kohtalaisen kivun potilaat tuntevat vielä siedettäväksi. Vastauksista tuli myös esille, että jos potilaalla on kroonista kipua, voi olla vaikea saada potilaan kipua lievälle tasolle. Myös

heräämöhoidon käsikirjassa mainitaan, että potilas on siirtokelpoinen, mikäli potilas itse arvioi kipunsa siedettäväksi ja VAS-kipumittarilla arvoituna kipu on luokkaa 0-4. Näitä seikkoja ei kuitenkaan mainita varsinaisissa kriteereissä. (Lukkarinen ym. 2012, 28, 32)

Keskiryhmän anestesiaosaston heräämön sairaanhoitaja toi muutos- ja kehittämisideana esille, ettei heidän työyksikössään potilaan ydinlämpötilaa mitata kuin leikkaussalissa. Tuloksista ei selvinnyt, millä tavalla potilaan lämpötila keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä ydinlämpötilan mittaamisen sijaan huomioidaan.

Tuloksissa on paljon samankaltaisuutta Seinäjoen keskussairaalan leikkausosaostolla vuonna 2013 samoihin hoitotyön tutkimussäätiön siirtokriteereihin pohjautuvan opinnäytetyön kanssa, joissa muun muassa verenkierron, hengityksen ja tajunnan kriteereitä muokattiin lisäämällä henkilökunnan toivomuksesta kohdat potilaan yksilöllisyyden ja lähtötilanteen huomioimiseksi. Lämpötilan siirtokriteerin kohdalla Seinäjoen keskussairaalassa koettiin, että lämmön numeerista mittamista oleellisempaa on kuunnella postoperatiivisen potilaan omaa subjektiivista kokemusta lämpötilastaan. (Kallio-Kujala 2015, viitattu 27.1.2019.) Myös Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Leikkaussalit, teho- ja kivunhoito tuloyksikössä (ATeK) hoitotyön tutkimussäätiön siirtokriteerejä on sovellettu heidän työyksikkönsä sopivammiksi ja enemmän potilaan yksilöllisyyden huomioiviksi. Muun muassa hengityksen siirtokriteerien kohdalla saturaation tavoitearvo on poistettu ja tilalle on laitettu ”vastaa tulotilanteen saturaatiota”, sykkeen viitearvon ala-arvoa on laskettu 50:stä 40:n kertaan minuutissa ja potilaan lämpötila mitataan vain tarvittaessa. Kivun siirtokriteeriin on lisätty vaihtoehto ”kipu on korkeintaan lievää tai siedettävää” (Rauta 2017, 11–12.)

6.5 Johtopäätökset

Johtopäätöksinä siirtokriteerien käyttämisestä voidaan todeta, ettei siirtokriteerien käyttö, niin että kaikki kriteerit alakohtineen huomioitaisiin jokaisen potilaan kohdalla, toteudu kummassakaan työyksikössä säännönmukaisesti. Parhaiten potilaan siirtokelpoisuutta arvioitaessa otetaan huomioon potilaan verenkierron, hengityksen, kivun, tajunnan, verenvuodon ja pahoinvoinnin siirtokriteerit alakohtineen. Kuitenkin kaikkien kriteereiden alakohdista vain happisaturaatio huomioidaan 100 %:sti kaikilta potilailta molemmissa työyksiköissä. Selvästi heikoiten huomioidaan lämpötilan siirtokriteeri, mutta myös virtsanerityksen, liiketoimintojen ja jatkohoidon siirtokriteerien huomioimisessa on selviä puutteita. Keskusleikkausosastolla vastaajien koulutuksella näyttää olevan vaikutusta,

miten osaa siirtokriteereitä koetaan varmistettavan ja niiden alakohtia huomioitavan, sillä erikois-sairaanhoidajat kokevat niiden huomioimisen paremmaksi kuin ammattikorkeakoulupohjaiset sairaanhoidajat kokevat. Tähän ilmiöön ei löytynyt tuloksista selittävää syytä.

Potilaan siirtyessä vuodeosastolle suurin osa siirtokriteereistä täyttyy molemmissa siirtotilanteissa vähintään hyvin. Keskiryhmän anestesiaosastolla virtsanerityksen ja lämpötilan siirtokriteerien täytymisessä on aihetta parantamiseen, sillä virtsanerityksen siirtokriteeri ei vastanneiden sairaanhoidajien mukaan täyty hyvin eikä huonosti ja lämpötilan siirtokriteeri täyttyy huonosti. Tuloksia tarkastellessa voi havaita pientä ristiriitaa sairaanhoidajien kokemuksista siirtokriteerien käytön ja siirtokriteerien täyttymisen välillä. Ristiriitaa on esimerkiksi siinä, miten esimerkiksi keskusleikkausosastolla lämpötilan ja liiketoimintojen siirtokriteerit voivat täytyvät potilaan siirtotilanteissa hyvin, jos siirtokriteerejä ei varmisteta ja niiden raja-arvoja ei kokonaisuudessaan huomioida kaikkien potilaiden kohdalla.

Puutteet siirtokriteerien käyttämisessä eivät johdu siitä, etteivätkö sairaanhoidajat tiedä, mistä siirtokriteerit löytyvät, eikä siitä, että siirtokriteerien käyttö olisi sairaanhoidajien mielestä liian työlästä, hidasta tai turhaa. Osittain keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä puutteet siirtokriteerien käyttämisessä ja täyttymisessä voi johtua jo siitä edellä mainitusta seikasta (s.6), ettei siirtokriteerien pohjalla olevan käsikirjan aineisto kata sydän- ja neurokirurgisia ongelmia, korva-, silmä-, tai naistentauteihin liittyviä ongelmia eikä myöskään päiväkirurgista toimintaa, jota etenkin keskiryhmän anestesiaosastolla on paljon.

Siirtokriteerejä tulee kehittää keskusleikkausosastolle ja keskiryhmän anestesiaosastolle paremmin soveltuvimmiksi, jotta kaikki heräämöhoidon osa-alueet tulisi potilaan siirtokelpoisuutta arvioitaessa jokaisen potilaan kohdalla huomioitua ja jokaisen potilaan olisi turvallista siirtyä vuodeosastolle toipumiseensa nähden optimaaliseen aikaan. Sairaanhoitajien esille tuomien muutos- ja kehittämisehdotusten mukaan keskusleikkausosastolla siirtokriteereitä tulisi kehittää potilaan yksilöllisyyden ja lähtötilanteen paremmin huomioivammiksi etenkin verenkierron, hengityksen, kivun ja tajunnan siirtokriteereissä. Tutkimuksen perusteella keskiryhmän anestesiaosastolla tulee selvittää, miten lämpötilan siirtokriteeri heidän potilaidensa kohdalla ydinlämpötilan mittaamisen sijaan huomioidaan tai minkä tavan potilaan lämpötilan huomioimiseksi sairaanhoidajat kokisivat heidän työyksikössään ydinlämpötilan mittaamista soveltuvammaksi. Henkilökunnan lisäkoulutukselle siirtokriteerien käytöstä voi olla tarvetta, sillä kaikki sairaanhoidajat eivät pitäneet samaansa koulutusta täysin riittäväksi.

7 POHDINTA

Työn tarkoituksena oli kuvailla Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston sairaanhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisemista heräämöhoidon siirtokriteerien käyttämisestä ja täyttymisestä potilaan siirtotilanteissa heräämöstä vuodeosastolle. Tarkoituksena oli myös selvittää mahdollisia siirtokriteerien käyttöön liittyviä ongelmia sekä koota muutos- ja kehittämisideoita siirtokriteerien kehittämistyötä varten.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusote mutta tutkimuksessa hyödynnettiin myös kvalitatiivisen, eli laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena ja tutkimuksessa käytetty mittari laadittiin siirtokriteerien pohjalta. Mittarin avulla sairaanhoitajat arvioivat tarkistuslistan eri kohtien toteutumista työyksiköissään osana perioperatiivista hoitotyötä, kuvasivat kokemuksiaan tarkistuslistan käytöstä sekä toivat esille kehittämisideoitaan. Tutkimus antoi vastauksia kaikkiin laadittuihin tutkimusongelmiin mutta osa tuloksista oli hie-man ristiriitaisia keskenään, eikä syitä ristiriidoille löytynyt.

Tässä luvussa käsitellään teorialla perustellen, miten huomioitiin tutkimuksen luotettavuuteen ja luotettavuuteen liittyvät asiat, kerrotaan tutkimusprosessin etenemisestä ja oppimiskokemuksista sekä lopuksi pohditaan tutkimuksen yleistettävyyttä ja jatkotutkimusaiheita.

7.1 Luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat reliaabelius ja validius. Tutkimuksella on hyvä kokonaisluotettavuus, kun otos edustaa tutkimuksen perusjoukkoa ja mittaamisessa ilmenee mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. (Vilka 2007, 152.) Määrällisen tutkimuksen tulokset ovat yhtä luotettavia kuin tutkimuksessa käytetyt mittarit (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207). Otosjoukon valinnalla keskusleikkausosastolla ja keskiryhmän anestesiaosastolla pääsääntöisesti työskenteleviin sairaanhoitajiin pyrittiin takaamaan tutkimuksen luotettavuutta, jotta otosjoukolla olisi mahdollisimman paljon kokemusta ja näkemystä juuri heräämöhoidotyöstä. Suurimmalla osalla vastaajista olikin useiden vuosien, jopa kymmenien vuosien, kokemus heräämöhoidotyöstä juuri kyseisissä työyksiköissä. Otoksesta saadut tiedot pätevät kuitenkin aina vain tietyllä todennäköisyydellä tutkimuksen perusjoukkoon, eikä tutkimuksen tulokset milloinkaan kuvaa

täysin tutkimuksen perusjoukkoa, kaikkia heräämössä työskenteleviä sairaanhoitajia (Vilkkä 2007, 57).

Reliaabeliuksella tarkoitetaan tutkimuksen kykyä antaa epäsattumanvaraisia tuloksia eli reliaabeliuksella arvioidaan tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen. Jotta tutkimus on tarkka ja luotettava, toistetussa mittauksessa voidaan saada sama tulos, vaikka tutkija olisi eri. (Vilkkä 2007, 149.) Arvioidessa mittarin reliabiliteettia voidaan kiinnittää huomiota mittarin pysyvyyteen, vastaavuuteen ja sisäiseen johdonmukaisuuteen. Pysyvyydellä tarkoitetaan mittarin herkkyyttä ulkopuolisille tekijöille, vastaavuudella tarkoitetaan mittaustulosten samanlaisuuden astetta ja sisäisellä johdonmukaisuudella eri mittarin osien kykyä mitata samaa asiaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209–2010) Tutkimuksen reliabiliteettia varmistettiin tutkimuksen luonteeseen soveltuvan tutkimusmenetelmän valinnalla, luotettavan mittarien laatimisella ja huolellisella aineiston käsittelytavalla. Reliabiliteettia varmistettiin myös riittävän pitkällä vastausajalla ja vastausajan sijoittamisella kesälomakauden ulkopuolelle. Kvantitatiivisen tutkimustyön vaiheet ovat yksinkertaisemmin toistettavissa, kuin laadullisen tutkimuksen vaiheet. Toisaalta tuloksista ilmeni pientä ristiriitaa kysymysten vastausten väliltä ja hyödyntämällä enemmän laadullisia tutkimusmenetelmiä, kuten haastatteluja, olisi voitu löytää syitä ristiriidoille mutta ajankäytöllisistä syistä pitäydettiin kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä ja kyselylomakkeessa.

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä sen tulisi mitata eli kuinka hyvin tutkija on onnistunut siirtämään tutkimuksessaan käyttämän teorian käsitteet ja kokonaisuuden tutkimuksen mittariin. Validiutta arvioidessa arvioidaan myös, onko kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoilu ja sisältö onnistunut, onko valittu asteikko toimiva ja millaisia epätarkkuuksia mittari sisältää. Tutkijan ja tutkittavan täytyy ymmärtää kysymykset samalla lailla. (Vilkkä 2007, 150.) Luodessa tutkimuksen tietoperustaa määriteltiin keskeiset käsitteet täsmällisesti. Tutkimuksen validiteettia varmistettiin luomalla selkeä ja tarkoituksen mukainen, tietoperustaan ja siirtokriteereihin pohjautuvan mittari, joka vastasi tutkimusongelmiin. Mittarin esitestaamisella on suuri rooli myös mittarin validiteetin arvioinnissa (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207). Tutkimuksen validiteettia varmistettiin esitestaamalla kysely muutamalla tutkittavalla ennen varsinaista tutkimusta ja luomalla selkeät ja yksiselitteiset kyselyohjeet. Mittaria luodessa pyrittiin minimoimaan ulkopuoliset virhetehtäjät kohtuullisella kyselyn pituudella ja vastaamiseen menevällä ajalla sekä sillä, että kysymykset olivat helposti ymmärrettävissä, yksiselitteisiä ja niiden järjestys oli johdonmukainen. Esitestaajia

pyydettiin arvioimaan kysymysten yksiselitteisyyttä ja sitä, mittasiko kysely aiottuja asioita. Esitestauksen perusteella mittari oli toimiva ja selkeä, eikä siihen tarvinnut tehdä korjauksia ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista.

7.2 Eettisyys

Tutkimuseettiset kysymykset on usein jaettu kahteen ryhmään, joita ovat tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaan liittyvät asiat ja tutkijan vastuuseen tulosten soveltamisesta. Hoitotieteessä, lääketieteessä ja yhteiskunta- ja käyttäytymistieteissä tutkimuseettiset kysymykset ovat erityisen tärkeitä, sillä näissä tutkimustieteissä tutkitaan ihmisiä ja inhimillistä toimintaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26.)

Tutkimuseettisestä näkökulmasta korostuu tutkimuksen huolellinen suunnittelu. Määrällisessä tutkimuksessa huolellisuutta vaativat erityisesti operationalisointi, kyselylomakkeen suunnittelu eli kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoilu, tietojen käsittely mitattavaan muotoon, itse mittaukset sekä tulosten esittäminen ja raportointi. Tutkija on vastuussa tutkimukseni tuottamasta tutkimustiedosta sekä tutkimuksen virheistä ja puutteista. (Vilka 2007, 101.) Määrällisessä tutkimuksessa virheitä tutkijan huolimattomuuden lisäksi voivat aiheuttaa myös, jos tutkimusongelma on jäänyt tutkijalle epäselväksi ja se on liian laaja sisältäen useita alakysymyksiä tai jos tutkija ei tunne riittävästi kohdejoukkoaan, joka voi johtaa siihen, että perusjoukon määrittely, otantamenetelmän valinta ja aineistonkeruu tapa eivät ole sopusoinnussa keskenään. Myös saadun tiedon riittämättömyys voi olla määrällisen tutkimuksen virheitä aiheuttavana tekijänä. Saadun tiedon riittämättömyyden takana on usein mittarin epäonnistuminen, saatekirjeen puutteellisuus, vastanneiden määrän vähäisyys tai lomakkeissa on puuttuvia tietoja. (Vilka 2007, 101.) Kyselyn vastausprosentti oli hyvä ja mittari oli kattava. Kaikki lomakkeet olivat huolellisesti täytettyjä, eikä yhtään vastausta tarvinnut poistaa. Esitestauksen yhteydessä huomattiin saatekirjeessä olevan puutteita, jonka perusteella saatekirjetä täydennettiin ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista ja saatekirjeen lähettämistä kaikille tutkittaville.

Pohtiessaan tutkimuksen eettisiä kysymyksiä tutkijan täytyy ottaa huomioon myös seuraavia asioita: tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti, tutkimuksen lähtökohtana täytyy olla tutkimuksen hyödyllisyys, tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee olla huomattavasti merkittävämpi kuin haitan sekä tutkimukseen osallistuminen täytyy olla tutkimukseen

osallistuville vapaaehtoista ja he voivat keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.) Tutkimuksen osallistumisen täytyy perustua tietoiseen suostumukseen, mikä tarkoittaa, että tutkittavien on tiedettävä, mikä on tutkimuksen luonne, tutkijan eettinen vastuu sekä miten aineisto säilytetään ja tulokset julkaistaan. Nämä edellä mainitut asiat yleensä mainitaan tutkittaville saatekirjeessä. Kyselytutkimuksessa voidaan tulkita kyselyyn vastaaminen tutkittavan tietoiseksi suostumukseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178.)

Tutkimuksen lähtökohtana oli yhteistyökumppanin pyyntö selvittää heräämöhoidon siirtokriteereiden käyttöä ja käyttökokemuksia keskiryhmän anestesiaosaston ja keskusleikkausosaston heräämöissä. Tutkimustuloksista on hyötyä yhteistyökumppanille toiminnan kehittämisessä. Tutkimusongelmat rajattiin kattamaan monipuolisesti, muttei liian laajasti, esitettyä tutkimuksen tarvetta. Tutkimukseen osallistuminen oli tutkittaville täysin vapaaehtoista ja heillä oli halutessaan mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa. Tutkittaville lähetettiin saatekirje, joka sisälsi tietoa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta, eli mihin vastaajien antamia tietoja käytetään, sekä miten aineistoa säilytettiin ja tulokset julkaistaan. Saatekirjeen perusteella sairaanhoitajat saivat päättää osallistuivatko tutkimukseen vai ei.

Tutkija on velvollinen huolehtimaan tutkittavien anonymiteetin säilymisestä ja tietosuojasta (Vilkkä 2007, 95). Tutkijalla on pysyvä vaitiolovelvollisuus, joka koskee kaikkea tutkimukseen liittyvää sekä tutkimuksen valmistumisen jälkeistä aikaa. Koska kysely välitettiin keskusleikkausosaston yhteyshenkilön kautta, ei tutkija tule missään vaiheessa olemaan tietoinen Webropol-kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien henkilöllisyydestä. Tiedetään vain, että nämä kolmekymmentä sairaanhoitajaa, joille yhteyshenkilö kyselyn välitti, työskentelivät pääsääntöisesti keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä. Kyselylomakkeessa ei kysytty muita henkilötietoja kuin vastaajan ikä ja sukupuoli, joihin vastaaminen oli vapaaehtoista. Anonymiteetin varmistamiseen kuuluu myös, että tutkija on velvollinen varmistamaan, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuolella olevalle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179). Tutkimusaineisto säilytetään tietokoneella salasanalla suojattuna ja huolehditaan siitä, ettei tutkimustietoa tulla luovuttaman tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Tutkimuksessa ei hyödynnetty tutkijan omakohtaista tietoa siirtokriteereiden käytöstä.

Tutkimuksen eettisyyttä tukeviin asioihin kuuluu myös tutkimusluvan hankkiminen (Vilkkä 2007, 99). Kun oppilaitos oli hyväksynyt tutkimussuunnitelman kyselylomakkeineen, anottiin tutkimuslupa opinnäytetyön tekemiselle Oulun yliopistollisesta sairaalasta heidän tutkimuslupalomakkeellaan. Tähän lomakkeeseen täytettiin muun muassa tutkimuksen luonteen, tutkimuspaikan, tutkimuksen toteutusajan ja tutkimuksesta aiheutuvat kustannukset. Tutkimuslupahakemukseen liitettiin tutkimussuunnitelma ja kyselylomake. Tutkimus ei tarvinnut eettisen toimikunnan lausuntoa, sillä tutkimus ei kajonnut tutkittavien fyysiseen tai psyykkiseen koskemattomuuteen (Mäkinieniemi 2017, viitattu 7.2.2018).

7.3 Tutkimusprosessin eteneminen ja oppimiskokemukset

Opinnäytetyön aihe löytyi syksyllä 2017 yliopistollisen sairaalan opinnäytetyöaihepankista. Tutkija kiinnostui aiheesta, koska oli halukas oppimaan lisää keskeisiä asioita potilaan postoperatiivisesta hoidosta ja seurannasta, sekä turvallisesta jatkohoitopaikkaan siirtymisestä. Yhteistyöpalaverissa rajattiin tutkimus kohdistumaan keskiryhmän anestesiaosaston ja keskusleikkausosaston heräämöissä työskenteleviin anestesiahoitajiin, jotta tutkimuksesta ei tulisi kokonaisuudessaan liian laaja yksin tehtäväksi.

Syksyllä 2017 aloitettiin tutkimussuunnitelman, tietoperustan ja kyselylomakkeen luomineen. Tavoitteena oli saada tutkimussuunnitelma kyselylomakkeineen ja saatekirjeineen valmiiksi ja tutkimuslupa haettua maaliskuun 2018 loppuun mennessä, jotta aineisto ehdittäisiin kerätä ennen hoitajien kesälomaa mutta aikataulu hieman viivästyi. Tutkimuslupa myönnettiin huhtikuussa 2018, jonka jälkeen kyselylomake esitettiin ennen kesälomakauden alkamista. Varsinaisen tutkimus suoritettiin lokakuussa 2018, jonka jälkeen aineisto analysoitiin ja kirjoitettiin loppuraportti. Opinnäytetyö valmistui keväällä 2019, muutaman kuukauden myöhässä opinnäytetyön tavoitteellisesta valmistumisesta joulukuussa 2018. Aikataulua venyttivät muut opinnot, harjoittelut ja perhesyyt. Yhteistyökumppania pidettiin ajan tasalla aikataulun muutoksista. Ohjaus ja yhteydenpito yhteistyökumppanin kanssa suunnittelupalaverin jälkeen toteutuivat sähköpostin välityksellä. Opettajien ohjaus tapahtui sähköpostin välityksellä, tapaamisissa ja opinnäytetyön työpajoissa.

Opinnäytetyötä pyrittiin alusta asti tekemään järjestelmällisesti, jotta työ säilyisi selkeänä eikä tarvitsisi myöhemmin korjata aikaisemmin kirjoitettua tekstiä. Välillä oli tarkoituksenmukaisia pieniä taukoja opinnäytetyön työstämisestä, jotta mielenkiinto säilyisi tasaisena. Prosessin etenemisen

huomaaminen oli palkitsevaa. Kyselylomakkeen luominen Webropol-ohjelmalla oli sujuvaa ja mielekästä. Kyselylomake toimi ongelmitta sekä esitestauksessa, että varsinaisessa tutkimuksessa.

Aineiston analyysi vaihe oli koko opinnäytetyöprosessin hitain ja työläin vaihe, vaikka vastausten tarkastelu olikin hyvin mielenkiintoista. Myös aineiston analyysissä käytettiin Webropol-ohjelmaa, jossa tulosten tarkastelu ja ristiintaulukointi oli yksinkertaista. Kuviot ja taulukot laadittiin Excel-ohjelmalla. Avoimien kysymysten analysoinnissa hyödynnettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Opinnäytetyön prosessi oli opettavainen monellakin tapaa. Tekijällä ei ollut aikaisempaa kokemusta tutkimuksen suorittamisesta ja aluksi jo erilaisiin tutkimusmenetelmiin tutustuminen vei aikansa. Prosessin aikana eri tutkimuksen vaiheet ja teoreettiset asiat tulivat tutuiksi. Prosessin aikana ja tutkimuksen tietoperustaa luodessa tuli lisää oppia tiedonhausta ja lähdekriittisyydestä. Tietoa haettiin monipuolisesti eri lähteistä ja aiheeseen perehdyttiin huolellisesti. Tiedon haussa auttoi myös kirjaston henkilökunta. Opinnäytetyön prosessi tuki tekijän ammatillista kasvua monipuolisesti ja osaaminen syventyi mm. potilasturvallisuudesta, näyttöön perustuvasta toiminnasta, postoperatiivisesta hoidosta ja potilaan heräämöhoidotyöstä, joita voi sairaanhoitajana hyödyntää työskentelinpä tulevaisuudessa missä työyksikössä tahansa. Ohjaajilta ja vertaisarvioijilta saadut kommentit ja korjausehdotukset lopulliseen opinnäytetyön raporttiin olivat rakentavia ja auttoivat katsomaan opinnäytetyötä ja koko opinnäytetyöni prosessia ulkopuolisen silmin. Työssä onnistuttiin hyvin tuomaan esille siirtokriteerien merkitystä potilasturvallisuuden edistämisessä.

7.4 Yleistettävyys

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää käytäntöön Oulun yliopistollisen sairaalan keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöissä. Tuloksia ei voida yleistää keskusleikkausosaston ja keskiryhmän anestesiaosaston heräämöjen ulkopuolelle.

Tulokset tarjoavat suuntaa antavaa tietoa siirtokriteerien käytöstä ja kriteerien täyttymisestä potilaan siirtotilanteissa molemmissa työyksiköissä sekä tarjoavat hyvän pohjan siirtokriteerien kehittämistyölle. Tiettyjen kriteerien kehittäminen soveltuvimmiksi työyksiköiden käyttöön ja potilaan yksilöllisyyden paremmin huomioiviksi vaatii vielä lisätutkimuksia ja moniammatillista keskustelua sairaanhoitajien, anestesia- ja lääkärien, kirurgien välillä.

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksenaiheena voisi selvittää, mistä keskusleikkausosastolla erikoissairaanhoidajien ja ammattikorkeakoulupohjaisten sairaanhoitajien kokemusten välillä siirtokriteerien käytöstä ja täyttymisestä johtuvat. Jatkotutkimuksena voitaisiin myös selvittää vuodeosaston henkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä siirtokriteerien täyttymisestä potilaan siirtyessä heräämöstä vuodeosastolle.

Mielenkiintoista olisi myös tutkia, miten muissa sairaaloissa, Oulun, Seinäjoen ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan lisäksi, Hoitotyön tutkimussäätiön vuonna 2012 julkaisemia siirtokriteereitä käytetään tai sovelletaan sekä millainen merkitys juuri kyseisten siirtokriteerien käytöllä on ollut komplikaatioiden ilmaantumiseen nyt, kun siirtokriteerien julkaisemisesta on kulunut seitsemän vuotta.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.

Clifford, T. 2014. Length of Stay–Discharge Criteria. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 29 (2), 159–160. Saatavana Elsevier SD Freedom Collection – tietokannasta.

Duodecim. 2017. Hoitosuositusryhmien käsikirja. Vältä viisaasti-suositukset. Viitattu 2.10.2018, http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00040.

Dwyer, S. 2013. An audit of the time spent by patients in the post anesthetic care unit before and after the introduction of a discharge criteria scoring system at Tygerberg Academic hospital. Stellenbosch: University of Stellenbosch. <http://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/86635>.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 26.9.2018, <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>.

Jyväskylän yliopisto. 2015. Laadullinen tutkimus. Viitattu 28.2.2019, <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>.

Kallio-Kujala, M. 2015. Heräämöhoidotyön kehittäminen leikkauspotilaan siirtokriteerien avulla Seinäjoen keskussairaalassa. Seinäjoen sosiaali ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulu. Kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö. Viitattu 27.1.2019, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/91208/Kallio-Kujala_Maija.pdf?sequence=1.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Keskiryhmän anestesiaosasto. 2018. Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 10.10.2018, <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Leikkaus%20ja%20anestesia/Keskiryhman-anestesiaosasto/Pages/default.aspx>.

Keskusleikkausosasto. 2018. Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 10.10.2018, <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Leikkaus%20ja%20anestesia/Keskusleikkausosasto/Pages/default.aspx>.

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen A. 2018., Näyttöön perustuva toiminta tarpeesta tuloksiin. Skhole Oy.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkausosasto. 2018. Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 10.10.2018, <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Korva-,nena-ja-kurkkutaudit/Korva-,nena-ja-kurkkutautien-leikkausosasto/Pages/default.aspx>.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte R. 2015. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala K., Savo M. & Salomäki T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle (online). Hoitotyön tutkimussäätiö. http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoito.pdf.

Mäkinieniemi, M. 2017. Tutkimuslupakäytännöt Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Viitattu 7.2.2018, <https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Kehitys%20ja%20tutkimus%20sisllytys/Tutkimuslupak%20A4yt%20A4nn%20B6t.pdf>.

Niemi-Murola, L. 2016. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Postoperatiivinen hoito. Duodecim oppiportti. Viitattu 7.11.2018, <http://www.oppoportti.fi/op/atd00039/do>.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Oikarinen, A., Siltanen, H., Korhonen A. & Holopainen A. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Raportti 2/2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 15.10.2018, http://www.hotus.fi/system/files/TIEDONLA%20CC%88HTEET_Raportti_DIGI_0.pdf.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulun yliopistollinen sairaala. 2018. Viitattu 12.10.2018, <https://www.ppsHP.fi/Sairaanhoitopiiri/Pages/default.aspx>.

Rauta, S. 2017. Siirtokriteerit heräämöstä vuodeosastolle. *Spirium* 52 (3), 11–12.

Ritmala-Castren, M., Lönn, M., Lundgren-Laine, H., Meriläinen, P. & Peltomaa, M. 2017. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Seppälä, H., Laurila, S. & Hiivala, K. 2013 Postoperatiivisen hoidon yleisohjeet. OYS Aneva/Heräämö. Viitattu 26.1.2019, https://sash.fi/wp-content/uploads/archived-files/images/Syyskoulutuspa%CC%88iva%CC%88t_2013/Heraamohoidon_ohjeet.pdf

Silmäleikkausosasto. 2018. Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 12.10.2018, <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Silmataudit/Silmaleikkausosasto/Pages/default.aspx>.

Sivonen, P. 2017. Oulun yliopistollinen sairaala. Keskustelu 10.10.2017. Oulun yliopistollinen sairaala.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Viitattu 9.10.2018, http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf.

Suomen anestesiasairaanhoitajat ry. 2017. Osaamisvaatimukset. Viitattu 15.11.2018, <https://sash.fi/julkaisut/osaamisvaatimukset/>.

Suomen anesthesiologiayhdistys. 2016. Suomen anesthesiologi yhdistyksen anestesiavalvontaa koskevat suositukset. Viitattu 10.1.2019, https://www.say.fi/application/files/1814/8796/7686/SAYn_anestesiavalvontaa_koskevat_suosituksset.pdf.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 27.9.2018, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Potilasturvallisuus. Viitattu 8.1.2018, <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>.

Vainionpää, J. 2018. Perioperatiivinen hoitotyö. Terveystieteiden tutkimuskeskus Skhole. Viitattu 9.10.2018, <https://app.skhole.fi/kurssit/perioperatiivinen-hoitotyö/>. Vaatii käyttöoikeuden.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Heräämöhoidon siirtokriteerien käyttökokemukset

Tervetuloa vastaamaan opinnäytetyöni kyselyyn!

Kysymyksiä on 24. Aikaa vastaamiseen menee noin 10–15 minuuttia.

Kysely sisältää valintakysymyksiä, asteikkokysymyksiä, monivalintakysymyksen sekä muutamia avoimia kysymyksiä.

Toivon että vastaat huolellisesti kaikkiin kysymyksiin.

1. Sukupuoli

- nainen
- mies
- muu

2. Ikä

–

3. Koulutus *

- Sairaanhoitaja AMK
- Sairaanhoitaja ylempi AMK
- Erikoissairaanhoitaja
- Muu, mikä?
-

4. Työyksikkösi *

- Keskiryhmän anestesiaosasto
- Keskusleikkausosaston heräämö

5. Työkokemuksesi sairaanhoitajana perioperatiivisessa hoitotyössä vuosina*

6. Työkokemuksesi sairaanhoitajana keskiryhmän anestesiaosastolla ja/tai keskusleikkausosaston heräämöissä vuosina *

Siirtokriteereiden käyttö

7. Löydän siirtokriteerit työyksiköstä *

voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon

kirjallisena

sähköisenä

en tiedä

8. Käytän heräämöhoidon siirtokriteerejä arvioidessa potilaan siirtokelpoisuutta vuodeosastolle *

aina

usein

harvoin

en koskaan

Siirtokriteerien käyttö. Vastaa kysymyksiin *niin kuin ne mielestäsi toteutuvat työyksikössäsi* keskiryhmän anestesiaosastolla tai keskusleikkausosaston heräämössä.

9. Ennen potilaan siirtämistä vuodeosastolle varmistetaan potilaan siirtokelpoisuus seuraavien kriteerien suhteen *

verenkierro aina usein harvoin ei koskaan en osaa sanoa

hengitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tajunta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
liiketoiminnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kipu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pahoinvointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lämpötila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
virtsaneritys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verenvuoto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkohoito-ohjeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Siirtokriteerien käyttöön liittyvät kysymykset jatkuvat. Vastaa kysymyksiin *niin kuin ne mielestäsi toteutuvat työyksikössäsi* keskiryhmän anestesiaosastolla tai keskusleikkausosaston heräämössä.

10. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta verenkierron suhteen huomioidaan potilaan *

aina usein harvoin ei koskaan en osaa sanoa

Potilaan keskiverenpaine (MAP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EKG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta hengityksen suhteen huomioidaan *

	aina	usein	harvoin	ei koskaan	en osaa sanoa
hengitystapa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hengitystiheys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
happisaturaatio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hiilidioksidiosapaine (mikäli potilaalta on otettu verikaasuanalyysi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta tajunnan suhteen huomioidaan *

	aina	usein	harvoin	ei koskaan	en osaa sanoa
potilaan reagoiminen puhutteluun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta liiketoimintojen suhteen huomioidaan potilaan *

	aina	usein	harvoin	ei koskaan	en osaa sanoa
kehon hallinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kyky kannatella päätä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alaraajojen liike (puudutuspotilaalla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alaraajojen tunto (puudutuspotilaalla)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta kivun suhteen huomioidaan *

	aina	usein	harvoin	ei koskaan	en osaa sanoa
potilaalta mitattu kipu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kipulääkityksen riittävyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta pahoinvoinnin suhteen huomioidaan *

	aina	usein	harvoin	ei koskaan	en osaa sanoa
potilaan pahoinvoinnin voimakkuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan pahoinvoinnin vaatima hoidon tarve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta lämpötilan suhteen huomioidaan *

	aina	usein	harvoin	ei koskaan	en osaa sanoa
potilaan ydinlämpötila	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta virtsanerityksen suhteen huomioidaan *

	aina	usein	har- voin	ei kos- kaan	en osaa sanoa
katetroidun potilaan virtsaneritys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
katetroimattoman ja heräämössä olon aikana virtsaamattoman potilaan virtsarakon tilavuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta verenvuodon suhteen huomioidaan *

	aina	usein	harvoin	ei koskaan	en osaa sanoa
leikkaushaavan vuoto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mahdollisten laskuputkien vuoto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Arvioitaessa potilaan siirtokelpoisuutta jatkohoito-ohjeiden suhteen huomioidaan että *

	aina	usein	har- voin	ei kos- kaan	en osaa sa- noa
neste- ja lääkehoidon ohjeet on kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
johtoputket, laskuputket ja vastaavat on kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
asentoon liittyvät ohjeet on kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
liikkumiseen liittyvät ohjeet on kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Valitse kustakin potilaan hoidon osa-alueesta mielestäsi sopivin vaihtoehto miten siirtokriteerit raja-arvoineen heräämösi potilaiden siirrossa yleensä täyttyvät. Kriteerien raja-arvot näkyvät suluissa. *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto. 6=Erittäin hyvin 5=Hyvin 4=Ei hyvin eikä huonosti 3=Huonosti 2=Erittäin huonosti 1=En osaa sanoa

	6	5	4	3	2	1
Verenkierto (MAP välillä 60–120, syke 50–100 krt/min, sinusrytmi tai muu potilaalle aiemmin tyypillinen rytmi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hengitys (hengitys on vaivatonta, happisaturaatio happilisällä >95 %, hengitystiheys 8-20 krt/min)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tajunta (potilas vastaa puhutteluun asiallisesti tai herää puhuteltaessa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liiketoiminnot (potilaan kehonhallinta on leikkausta edeltävällä tasolla tai pystyy kannattelemaan päätään, puudutuspotilailla alaraajojen liike ja tunto lähes kokonaan palautuneet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipu (potilaan mitattu kipu on korkeintaan lievää tai on hoidettavissa suunnitellulla kipulääkityksellä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pahoinvointi (potilaan pahoinvointi on korkeintaan lievää eikä vaadi jatkuvaa hoitoa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lämpötila (potilaan ydinlämpötila on 36–38 °C TAI potilas on vain lievästi alilämpöinen (35–36 °C) tai yلیلämpöinen(38–38,5 °C), mikäli se on huomioitu potilaan hoidossa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Virtsaneritys (katetroidun potilaan virtsaneritys heräämössä on ollut yli 0,5-1 ml/kg/h TAI katetroimattoman potilaan virtsarakon tilavuus on tarkistettu käsin tai ultraäänellä, ellei potilas ole virtsannut heräämössä ollessaan)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verenvuoto (potilaan leikkaushaava tai laskuputki ei vuoda TAI vuoto on korkeintaan vähäistä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jatkohoito-ohjeet (potilaan hoito on kirjattu ja raportoitu, neste- ja lääkehoidon ohjeet on kirjattu, johtoputket sekä laskuputket tai vastaavat on kirjattu, asentoon ja liikkumiseen liittyvät ohjeet on kirjattu sekä potilaan omaisuus ja apuvälineet on huomioitu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Mielestäni nykyiset siirtokriteerit raja-arvoineen ovat toimivat ja soveltuvat sellaisenaan heräämössäni hoidettaville potilaille *

- täysin samaa mieltä
- osittain samaa mieltä
- ei samaa eikä eri mieltä
- osittain eri mieltä
- täysin eri mieltä
- en osaa sanoa

22. Tähän voit kirjata siirtokriteereihin liittyviä muutos- tai kehittämisehdotuksia

23. Kokemuksiani ja mielipiteitäni siirtokriteereiden käytöstä *

Valitse mielipidettäsi vastaava vaihtoehto. 6=täysin samaa mieltä 5=osittain samaa mieltä 4=ei samaa eikä eri mieltä 3=osittain eri mieltä 2=täysin eri mieltä 1=en osaa sanoa

	6	5	4	3	2	1
Olen saanut riittävästi koulutusta siirtokriteereiden käyttöön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siirtokriteerit auttavat minua sairaanhoitajana arvioimaan leikkauspotilaan siirtokelpoisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siirtokriteerien käyttö parantaa yhteistyötä sairaanhoitajan, anestesia lääkäriin ja vuodeosaston henkilökunnan välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siirtokriteerit auttavat potilaan siirrossa vuodeosastolle hänen toipumiseensa nähden optimaaliseen aikaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siirtokriteereiden käytöllä voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siirtokriteerit ovat helposti käytettävissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siirtokriteerien käyttö on liian työlästä/hidasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kannatan siirtokriteerien käyttöä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Tähän voit perustella vastauksiasi 23. kysymyksen kohtiin

Suurkiitos vastauksistasi!

Lähetä

Hyvä Oulun yliopistollisen sairaalan keskiryhmän anestesiaosastolla tai keskusleikkausosaston heräämössä työskentelevä sairaanhoitaja. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) julkaisi vuonna 2012 valtakunnallisen käsikirjan leikkauspotilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle sisältäen heräämöhoidon siirtokriteerit. Teen opinnäytetyötä näiden heräämöhoidon siirtokriteerien käyttökokemuksista Oulun yliopistollisen sairaalan keskiryhmän anestesiaosaston tai keskusleikkausosaston heräämöissä. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Oulun ammattikorkeakoulun ja Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa.

Työni tarkoituksena on kuvailla kokemuksianne heräämöhoidon siirtokriteerien käyttämisestä, miten siirtokriteereitä käytetään heräämön hoitotyössä ja potilaan siirtotilanteissa heräämöstä vuodeosastolle. Tavoitteena on selvittää mahdollisia siirtokriteerien käyttöön liittyviä ongelmia, koota kehittämisideoitanne, tuoda esille siirtokriteerien käytön merkitystä potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä sekä tarjota mahdollisuus heräämöillenne siirtokriteerien kehittämiseksi ja tarvittaessa antaa lisäkoulutusta kriteerien käyttöön.

Tutkimukseen osallistuminen on sinulle täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu nimettömästi internetissä Webropol-alustalla. Vastaukset käsittelem täysin anonyymisti ja luottamuksellisesti. Opinnäytetyön tavoiteltu valmistumisaika on syksyllä 2018. Työn valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisella tavalla eikä sitä tulla käyttämään muuhun tarkoitukseen. Oulun yliopistollisen sairaalan keskiryhmän anestesiaosastolla ja keskusleikkausosaston heräämöillä on oikeus hyödyntää raporttoimiani tutkimustuloksia toimintansa kehittämisessä. Kyselyyn vastaamalla ja kokemuksiesi esille tuomisella sinulla on mahdollisuus osallistua siirtokriteerien kehittämiseen ja kohdentamiseen juuri sinun työyksikköosi sopiviksi. Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 10–20 minuuttia. Vastausaikaa on 17.- 30.9.2018. Vastaamaan pääset alla olevasta linkistä.

Vastauksesi ja kokemuksesi ovat tärkeitä tutkimuksen onnistumisen ja luotettavuuden kannalta. Mikäli sinulla ilmenee kysyttävää tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiisi.

Ystävällisin terveisin,

Maria Vääräniemi
Oulun ammattikorkeakoulu, Hoitotyö
sähköposti

Hyvä Oulun yliopistollisen sairaalan keskiryhmän anestesiaosaston tai keskusleikkausosaston heräämössä työskentelevä sairaanhoitaja. Teen opinnäytetyötä heräämöhoidon siirtokriteerien käytökokemuksista Oulun yliopistollisen sairaalan keskiryhmän anestesiaosaston tai keskusleikkausosaston heräämöissä. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Oulun ammattikorkeakoulun ja Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa.

Työni tarkoituksena on kuvailla kokemuksianne heräämöhoidon siirtokriteerien käyttämisestä, selvittää miten siirtokriteereitä käytetään heräämön hoitotyössä sekä miten siirtokriteerit raja-arvoineen täyttyvät potilaan siirtyessä heräämöstä vuodeosastolle. Tavoitteena on selvittää mahdollisia siirtokriteerien käyttöön liittyviä ongelmia, koota kehittämisideoitanne, tarjota mahdollisuus heräämöillenne siirtokriteerien kehittämiseksi ja tarvittaessa antamaan lisäkoulutusta kriteerien käyttöön sekä tuoda esille siirtokriteerien käytön merkitystä potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä.

Esitetaan tutkimuksessani käytettävän mittarin eli kyselylomakkeen muutamalla tutkittavalla ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista. Esitestauksen tarkoituksena on arvioida mittarin soveltuvuutta suhteessa tutkimusongelmiin, ymmärrettävyyttä, sisältöä ja vastaamiseen tarvittavaa aikaa. Esitestaamiseen osallistuminen on sinulle täysin vapaaehtoista.

Osallistuessasi pyydän sinua vastaamaan kyselylomakkeen kysymyksiin niin kuin itse koet siirtokriteerien käytön omassa yksikössäsi. Vastatessasi toivon sinua kiinnittämään huomiota mittavaatko kysymykset sitä mitä on tarkoitus mitata, ovatko kysymykset selkeitä ja yksiselitteisiä, puuttuuko kyselystä olennaisia kysymyksiä, onko kyselyssä tarpeettomia kysymyksiä sekä ovatko vastausohjeet selkeitä. Arvioi myös sitä, onko kyselylomakkeen pituus ja vastaamiseen menevä aika kohtuullisia. Vastaamisen jälkeen haluaisin kuulla mielipiteesi mittarista palautelomakkeen kysymysten avulla. Palautteenne perusteella teen tarvittavat muutokset mittariin ennen varsinaisen tutkimuksen toteuttamista. Käsittelen vastauksesi täysin anonymisti ja luottamuksellisesti. Olisin kovin kiitollinen osallistumisestasi sekä mielipiteistäsi ja näkemyksistäsi luomaani mittaria kohtaan.

Ystävällisin terveisin,

Maria Vääräniemi
Oulun ammattikorkeakoulu, Hoitotyö
sähköposti

Esitestauksen palautelomake

1. Olivatko mittarin vastausohjeet selkeitä?

a. kyllä

b. ei, miksi? _____

2. Olivatko kysymykset selkeitä ja yksiselitteisiä?

3. Antavatko mittarin kysymykset mielestäsi vastauksia tutkimukseni tarkoituksiin ja tavoitteisiin?

4. Oliko mittarissa tarpeettomia kysymyksiä tai puuttuiko mittarista jokin olennainen kysymys?

5. Paljonko oli vastaamiseen kulunut aika? _____ minuuttia

Kuluiko vastaamiseen mielestäsi liikaa aikaa?

a. kyllä b. ei

6. Vinkkejä ja kommenttejasi mittariin

Kiitokset vastauksistasi ja osallistumisestasi esitestaukseen!