



Janne Siira
Maria Wilén

Anestesia­sa­iraa­hoi­ta­jan näyt­toon perus­tuva päätöksenteko

Kirjallisuus­katsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
01.11.2010

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Janne Siira, Maria Wilén Anestesiahoitajan näyttöön perustuva päätöksenteko 49 sivua + 3 liitettä 01.11.2010
Tutkinto	Sairaanhoidaja (AMK)
Koulutusohjelma	Terveys- ja hoitoala
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Terveystieteiden tohtori, yliopettaja Anneli Sarajarvi
<p>Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kartoittaa anestesiahoitajan näyttöön perustuvaa päätöksentekoa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää anestesiahoitajan anestesiahoitotyössä. Kirjallisuuskatsauksen tutkimustehtävänä oli selvittää 1) Miten anestesiahoitaja perustaa päätöksentekonsa; miten tieteelliseen tietoon perustuva näyttö näkyy päätöksenteossa, miten asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedonkäyttö näkyy päätöksenteossa ja miten työympäristön mahdollisuuksiin perustuva tiedonkäyttö näkyy päätöksenteossa sekä miten asiakkaan toiveisiin ja tarpeisiin perustuva tiedonkäyttö näkyy päätöksenteossa?</p> <p>Tämä kirjallisuuskatsaus on osa suurempaa kehittämisprojektia "Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä", joka toteutetaan yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun ja Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosastojen kanssa. Kirjallisuuskatsauksen lähestymistapa on kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin tieteellisistä artikkeleista ja tutkimuksista (n=18). Aineisto on analysoitu deduktiivisella sisällön analyysillä. Kirjallisuuskatsaus tehtiin noudattaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita.</p> <p>Tulosten mukaan anestesiahoitajan päätöksenteossa näkyy näyttöön perustuvan hoitotyön osa-alueet. Tieteellisen tiedon käyttö näkyy päätöksenteossa anestesiaa toteutettaessa ja valvonnassa. Tähän kuuluu tieteellinen tieto eri tieteen aloilta, kuten lääketieteestä. Asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedon käyttö näkyy päätöksenteossa elintoimintojen tarkkailussa, toimintatavoissa ja päätöksentekoprosesseissa. Työympäristön mahdollisuuksiin perustuva tiedon käyttö näkyy päätöksenteossa heikosti. Tutkimusaineistosta ei noussut esille ympäristön mahdollistamaa tieteellisen tietoon perehtymistä, sen käyttöä ja soveltamista. Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuva tiedon käyttö päätöksenteossa näkyi vahvasti tutkimusaineistossa. Anestesiahoitaja huomioi asiakkaan toiveet, tarpeet, kokemuksellisuuden ja yksilöllisyyden. Asiakkaalle mahdollistetaan oman hoitonsa asiantuntijuus.</p> <p>Anestesiatoimintaa voidaan kehittää lisäämällä koulutusta ja tuottamalla anestesiahoitotyöhön näyttöön perustuvia katsauksia. Näyttöön perustuvan hoitotyön ympäristön mahdollisuuksia voidaan kehittää työyksikön johdon tuella. Työyksikön johto voisi järjestää hoitotyöntekijöille mahdollisuuksia perehtyä tieteellisiin julkaisuihin ja tutkimuksiin. Koulutuksen avulla voitaisiin mahdollistaa tieteellisten tutkimusten lukemisen opettaminen ja niiden käytäntöön soveltaminen.</p>	
Avainsanat	Näyttöön perustuva hoitotyö, anestesiahoitotyö, heräämöhoidotyö, kirjallisuuskatsaus

Author(s)	Janne Siira, Maria Wilén
Title	The Evidence based decision making of an anesthetic nurse
Number of Pages	49 pages + 3 appendices
Date	1 November, 2010
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation	Nursing
Instructor(s)	Anneli Sarajärvi, PhD
<p>The purpose of this literature review is to survey the evidence based decision making of an anesthetic nurse. The results of this literature review can be used in anesthesia work. The research assignment of this literature review was to find out 1) Where does an anesthetic nurse base decision making; how does the scientific knowledge show in the decision making, how does the experience of an expert show in the decision making, how does knowledge provided by the environment show in the decision making and also how does the patient's needs and hopes show in the decision making?</p> <p>This literature review is a part of a larger development project, Development of competence in evidence-based nursing practice, which is carried out together with Metropolia university of applied sciences and acute wards of Helsinki health centre. The approach to this literature review was qualitative and the research data consists of scientific studies and articles (n=18). The research data was analyzed with deductive content analysis. The literature review was made following the principles by systematic literature review.</p> <p>According to the results, evidence based nursing does show in the decision making by anesthetic nurse. The scientific evidence does show in the decision making when carrying out anesthesia and observing it. This consists of scientific evidence of many areas of science such as medicine. Evidence based on expert's experience shows in the decision making when observing vital facts of a patient, in principles and in decision making processes. Evidence based on environment shows weakly in the decision making. In the research data there was no marking of possibilities to study scientific research materials and use them in anesthesia work. Evidence based in patients needs and hopes in the decision making showed strongly in the research data. Anesthetic nurse took notice of patient's needs, hopes, experience and individuality. Patients were given a possibility to be the expert of their own health care.</p> <p>Anesthesia work can be developed by increasing education and producing evidence based reviews for anesthesia work. Evidence based on environment can be developed with the support of ward manager. The ward manager could organize possibilities for workers to study scientific researches. With education it could be possible to teach employees to read researches and to use the knowledge provided by these researches in the everyday work.</p>	
Keywords	Evidence based nursing, anesthesia nursing, recovery room nursing, literature review

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1. JOHDANTO	1
2. NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ	2
2.1 Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävän toimintamallin pääkäsitteet	3
2.2 Tieteellisen tiedon käyttö	4
2.3 Asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedon käyttö	5
2.4 Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö	6
2.5 Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö	6
2.6 Päätöksenteko	7
2.7 Hoitotyön päätöksentekoteoria	7
3. HOITOTYÖ YLEISANESTESIAN JA HERÄÄMÖHOIDON AIKANA	8
3.1 Yleisanestesian komponentit	10
3.2 Anestesiatoimintaa koskevat suositukset	11
3.3 Potilaan tarkkailu heräämöhoidon aikana	13
3.4 Potilaan ohjaus perioperatiivisessa hoitotyössä	15
4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	16
5. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	17
5.1 Kirjallisuuskatsaus	18
5.2 Aineiston hakuprosessi	19
5.3 Aineiston analyysi deduktiivisella sisällönanalyysillä	23
6. TULOKSET	26
6.1 Tieteelliseen tietoon perustuvan tiedon käyttö anestesia sairaanhoitajan päätöksenteossa	27
6.2 Asiantuntija kokemukseen perustuvan tiedon käyttö anestesia sairaanhoitajan päätöksenteossa	30
6.3 Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö anestesia sairaanhoitajan päätöksenteossa	35
6.4 Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö anestesia sairaanhoitajan päätöksenteossa	36
7. POHDINTA	39
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua	40
7.2 Eettiset lähtökohdat ja luotettavuus	41
7.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	
Liite 1 Analyysirunko osa 1	
Liite 2 Analyysirunko osa 2	
Liite 3 Analyysikehys	

1. JOHDANTO

Anestesiahoitajan näyttöön perustuvaa päätöksentekoa on tutkittu hyvin vähän vaikka näyttöön perustuvan hoitotyön osa-alueet näkyvätkin hoitotyön toiminnoissa. Esimerkiksi leikkaussali ympäristönä on tehty mahdollisimman aseptiseksi, mikä perustuu tieteelliseen tietoon. Lisäksi anestesiahoitajan toimintatavat perustuvat usein asiantuntijan kokemukseen ja työympäristön mahdollisuuksiin sekä asiakkaan tarpeisiin.

Perioperatiivisen hoitotyön tutkimus ei ole Suomessa yleistä yliopistollisissa opinnäytetöissä. Yleensä tehdyt tutkimukset kohdistuivat yleisemmin potilaiden kokemuksiin ja ohjaukseen ja perioperatiivisen hoitotyön johtamiseen. (Nivalainen – Junttila – Kiviniemi – Leinonen 2009:304.) Nivalaisen ym. katsauksessa oli tarkoituksena kuvata 1987–2007 tehtyjä perioperatiivista hoitotyötä käsitteleviä yliopistollisia opinnäytetöitä. Perioperatiivinen hoitotyö ei ole minkään hoitotieteenlaitoksen erityisenä painopistealueena. Se mikä vaikeuttaa ulkomaalaisten tutkimusten hyödynnettävyyttä on se, että esimerkiksi anestesiahoitajan rooleissa on maittain eroja, joten ulkomaalaiset tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vain osittain. Rinnastaminen ei ole suositeltavaa ja siksi vertailu kehittämistä ei useinkaan pystytä toteuttamaan. Perioperatiivisen hoitotyötä kehittäminen edellyttäisi Suomessa aikaisemman tutkimustiedon kartoittamista. Suomessa perioperatiivisen hoitotyön tutkimus on vähäistä, vaikka väitöskirjojen määrä onkin lähiaikoina lisääntynyt. Kasvusta huolimatta perioperatiivista hoitotyötä koskevissa yliopistollisissa tutkimuksista katsauksen aineiston perusteella oli vähäistä, liian laaja-alaisia ja hajanaista. Ei ole mahdollista saada vahvaa näyttöä perioperatiivisen hoitotyön tuloksellisuudesta niin kauan, kun ei ole riittävästi menetelmällisesti tasokkaita ja tuloksiltaan samansuuntaisia tutkimuksia. (Nivalainen ym. 2009: 304–314.)

Näyttöön perustuvan toiminnan osa-alueet käsittävät tieteellisen tietoon perustuvan tiedon käytön, asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käytön ja ympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käytön sekä asiakkaan toiveisiin ja tarpeisiin perustuvan tiedon käytön. Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteena on mahdollistaa tasa-arvoinen hoito kaikille potilaille, joka perustuu parhaaseen ajan tasalla olevaan tietoon.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa anestesiahoitajan näyttöön perustuvaa päätöksentekoa. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, mikä tehdään noudattaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Aineistohakuun käytettiin yleisesti hyväksytyjä tietokantoja ja aineisto valittiin tieteellisistä artikkeleista ja tutkimuksista. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyö kuuluu laajempaa kehittämisprojektiin ” Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä”. Kehittämisprojekti toteutetaan yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun, Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosastojen, sekä Bournemouthin yliopiston hoitotieteen laitoksen kanssa. Projektin tarkoitus Sarajärven mukaan (2010:29) on ”selvittää Helsingin akuuttisairaaloitten näyttöön perustuvaa hoitotyön osaamista, näyttöön perustuvan hoitotyön edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä kehittää näyttöön perustuva hoitotyön toimintamalli, joka ohjaa hoitotyöntekijöiden toimintakäytänteitä hoitotyössä”.

2. NÄYTTÖÖN PERUSTUVA HOITOTYÖ

Näyttöön perustuva hoitotyö (evidence- based nursing) ja näyttöön perustuva toiminta (evidence-based practice) perustuu parhaaseen tämän hetkiseen tutkimustietoon, johon yhdistyy myös potilaan näkemys ja sairaanhoitajan kliininen kokemus.(Closs – Cheater 1999:10–17; Lahdenperä – Lukkarinen 2003:10–11, Perälä 1999: 53, Sarajärvi 2008:4–5, 7.)

Näyttöön perustuva toiminta on julkista jolloin sairaanhoitaja pystyy perustelemaan oman toimintansa. Toimintamme perustuessa näyttöön, joten tiedämme että meillä on arvioitua ja julkistettua tietoa, jonka perusteella toimintamme voidaan osoittaa oikeaksi varmaksi ja yleistettäväksi. Toimintaa arvioidaan jatkuvasti ja tiedot julkistetaan. Se on mahdollisimman totuuden mukaista ja siihen voidaan tällöin luottaa. Näyttöön perustumaton toiminta on puolestaan epävarmaa ja sattumanvaraista. Se ei takaa tasapuolista hoitoa kaikille potilaille, toista hoidetaan yhdellä tavalla ja toista toisella tavalla. Jos meillä ei ole näyttöä, emme pysty perustelemaan toimintaamme tai kuvaamaan sitä. (Pelkonen 2002:11–13.)

Näyttöön perustuvassa hoitotyössä on aina kyseessä selkeä ongelma käytännön työssä, johon haetaan ratkaisua erilaisen tiedon varassa. Ongelma voi olla esimerkiksi voidaanko potilaan leikkauspelkoja lieventää tietynlaisella ohjauksella. (Leino-Kilpi 2000:11–12.) Näyttöön perustuvassa toiminnan kannalta on oleellista tietää miten jokin interventio esimerkiksi todellisuudessa toimii tai myös, miksi jokin interventio ei toimi (Kylmä – Pelkonen – Hakulinen 2003:255).

Näyttöön perustuva hoitotyö etsii kriittisiä tapoja ajattelulle ja käytännön työlle kyseenalaistaen jo olemassa oleva tavan tai tradition. Näyttöön perustuva hoitotyön toiminta on tärkeä työväline hoitajille päätöksentekoprosesseissa ja ongelmien ratkaisussa. (Mustajoki 2000:18.) Näyttöön perustuvaa hoitotyötä toteutetaan muun muassa hoitosuosituksia käyttämällä. Hoitosuositusten käyttö ohjaa päätöksentekoa, jonka toteuttajana voi olla hoitotyöntekijä tai potilas itse. (Lauri 2003:45.) Hoitotyön suositukset toimivat hoitajien työvälineinä ja auttavat heitä viemään tutkimustietoa käytännön hoitotyöhön. (Pelkonen 2007:3).

2.1 Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävän toimintamallin pääkäsitteet.

Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen toimintamalli muodostuu neljästä pääkäsitteestä jonka tarkoitus on kehittää hoitotyöntekijöiden toimintaa näyttöön perustuen. Pääkäsitteet ovat hoitotyön valmiuksista jotka muodostuvat tieteellisen tiedon käytöstä, asiantuntijan kokemuseräisen tiedon käytöstä, toimintaympäristön mahdollistaman tiedon käytöstä sekä potilaan tarpeista ja toiveista syntyneen tiedon käytöstä. (Sarajärvi 2009:10–14.)

Toimintamallissa näyttöön perustuvaan toimintaan yhteydessä olevat tekijät ovat nimetty 1) näyttöön perustuvan toiminnan edellytykset ja 2) näyttöön perustuvan toiminnan vahvistaminen. Sisällöt toimintamalliin on saatu hoitotyöntekijöiden tuottamista dokumenteista, joissa he ovat kuvanneet yksikkönsä käytännön hoitotyön kehittämistä verraten niitä toimintamallin pääkäsitteisiin. (Sarajärvi 2010:30.)

Toimintamalli käsittämä tieteellisen tiedon käytön ilmeneminen edellyttää, että hoitotyönjohtajalla on vastuuna luoda tutkimus- ja kehittämistyömyönteinen kulttuuri,

sekä mahdollistaa ja motivoida hoitotyöntekijöitä osallistumaan tutkimus- ja kehittämisprojekteihin. Hoitotyöntekijän tulee toimia työelämän kehittäjänä ja tunnistaa muutostarpeet, joka tarkoittaa että hän systemaattisesti käyttää tutkimus ja kehittämisprosessia käytännön työssään. (Sarajärvi 2008:35.)

Asiantuntijakokemukseen perustuva tiedon käytön toteuttaminen ilmenee toimintamallissa yhteistoiminnallisuutena. Se näkyy kollegiaalisuutena, mikä ilmenee keskinäisenä tiedonvaihtona näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Asiantuntijuuden ylläpitäminen edellyttää oman tietorakenteen päivittämistä. Se ilmeni koulutuksiin ja konferensseihin ja henkilökuntakokouksiin osallistumisena ja tiedon välittämisenä kollegoille. Asiantuntijakokemuksen tiedon käytön mahdollistaminen edellyttää esimieheltä kykyä johtaa muutokseen ja kehittämisen osaamista. (Sarajärvi 2008:9–27.)

Näyttöön perustuvan toiminnan edellytyksenä oli asiakaslähtöinen ajattelu – ja toimintatapa. Se käsittää yhteistoiminnallisuuden potilas/hoitaja suhteessa, mikä tarkoittaa sitä, että hoitotyö perustuu yhteisvastuuseen ja yhteiseen päätöksentekoon. Potilas nähdään oman alan asiantuntijana ja tasa-arvoisena hoitoon osallistujana. (Sarajärvi 2008:9–27, Sarajärvi 2010:30.)

Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käytön perusedellytyksenä on resurssien ja välineiden mahdollistaminen. Se ilmenee henkilökunnan mahdollisuutena perehtyä tieteellisiin artikkeleihin ja osallistumisena koulutuksiin ja konferenssitilaisuuksiin. Hoitotyön johtajan tulisi mahdollistaa, että työyhteisössä olisi aikaa, tarvittavat välineet tiedon hankinnalle ja valmiudet tiedon hankintaan. (Sarajärvi 2008:34, Sarajärvi 2010:30.)

2.2 Tieteellisen tiedon käyttö

Tietoon perustuva näyttö, jota hoitotyössä käytetään, saadaan pitkälti muiden tieteenalojen tuottamasta tiedosta, esimerkiksi anatomiasta, fysiologiasta ja lääketieteestä. Hoitotyön niin sanottu oma erityistieto summautuu toimintanäytön ja kokemusperäisestä näytöstä käytännön hoitotyössä. (Lauri 2003:10.) Perioperatiivisen hoitotyössä tieto perustuu yleisiin tutkimuksiin ja potilaan anamneesiin. Perioperatiivisessa hoitotyössä tiedon hankintaa ja sen analysointia ohjaavat tautikohtainen prosessi, lääketieteellinen perehtyminen (ymmärtäminen = orientaatio) ja

protokollan mukainen toiminta. (Taskinen 2009:67.) Tutkimuksiin perustuvan tiedon avulla saadaan näyttöä siitä minkä tapainen hoitaminen edistää ihmisen terveyttä ja

hyvinvointia. Tutkimustieto auttaa hoitamaan potilasta ja hänen läheisiään siten, että hoitaminen tapahtuu edistään terveyttä ja hyvinvointia. Hoitotyöntekijä voi tutkimukseen perustuvan näytön avulla perustella toimintaansa ja saada toimivia ratkaisuja ongelmiin. Tutkimusnäyttö voi toimia myös perusteena toiminnan muutoksen ja lisähenkilökunnan tarpeeseen.. (Eriksson – Isola – Kyngäs – Leino-Kilpi – Lindström – Paavilainen – Pietilä – Salanterä – Vehviläinen-Julkunen – Åstedt-Kurki 2006:118,120.)

2.3 Asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedon käyttö

Asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedon käyttö sisältää hoitajan käytännön kokemuksen kautta todetun vaikuttavuuden. Toiminta perustuu hoitajan kokemuksiin samankaltaisista tilanteista jotka on havainnut aikaisemminkin hyväksi, huolimatta siitä ettei välttämättä kykene selvittämään miksi juuri toimii näin. Toiseksi se on myös potilaan kokemus siitä, että hoidolla on hänen kohdallaan vaikuttavuutta ja hänen tarpeisiin juuri sopiva. (Lauri 2003:9.) Sairaanhoidajan kliiniseen kokemukseen perustuva näyttö mahdollistaa kollegoiden tukemisen, ohjaamisen ja oman osaamisen rajojen tunnistamisen potilaan elintoimintojen seurannassa ja hoitotyön päätöksenteossa. (Rehn – Sarajärvi 2009:26.) Se on käytännön toiminnan kautta saatua asiantuntijuutta jota kutsutaan myös intuitiiviseksi tiedoksi (Leino-Kilpi 2000:10). Kokemusperäisesti syntynyt hiljainen tieto eli intuitio edistää hoitotyön vaikuttavuutta, erityisesti silloin, kun hoitajat omilla havainnoillaan toimivat potilaan hyväksi jo ennen, kuin potilaan hoitoa vaativat kliiniset tunnusmerkit ovat täyttyneet. (Nurminen 2000:118.) Kokemusperäistä tietoa ei ole koottu systemaattisesti ja se on hoitotyöntekijöiden keskuudessa hajallaan, jolloin se siirtyy pääosin kokemuksen kautta (Leino-Kilpi 2000:12).

Asiantuntijan kokemukseen perustuvaksi tiedoksi luokitellaan myös hyväksi havaittu toiminta joka on systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä tietoa liittyen terveydenhuollon organisaation laadunarviointi tai -kehittämistarkoitukseen. Esimerkiksi asiantuntija konsensus- lausumat, tilastotiedot ja laadunarviointiohjelmien

tulokset. (Lauri 2003:9.) Konsensuskokouksissa asiantuntijat kriittisesti käyvät läpi annettuun aiheeseen liittyvän kirjallisuuden ja antavat siihen perustuen hoitosuosituksia (Uusaro – Ruokonen 2000:120). Suomessa on anestesia- ja leikkausosastoilla käytössä poikkeamien ja saliaikojen seurantaan kehitettyjä laadunseurantajärjestelmiä joilla seurataan anestesiahoitotyönlaatua ja sitä kautta kehitetään kunkin leikkaussalin toimintatapoja (Syväoja 2003:17).

2.4 Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö

Hoitohenkilökunnalla on työyksiköissä hyvät atk-laitteet elektronisesti julkaistujen tutkimusten etsimiseen ja työyhteisöihin tilataan hoitotieteellisiä julkaisuja. Nämä ovat usein edellytykset näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiselle. Koulutus on yksi tärkeä tukimuoto näyttöön perustuvan hoitotyön kehitykselle. Hoitotyön esimiehillä on vastuu myönteisen hoitokulttuurin rakentamisessa johon kuuluu se, että luodaan työntekijöille tarvittava edellytykset tutkitun tiedon käytölle. Heidän tulisi olla myös esimerkkinä ja perustaa oma toimintansa tutkittuun tietoon ja näin he toiminnallaan tukisivat näyttöön perustuvaa hoitotyötä omassa työyhteisössään. (Sarajärvi – Markkanen 2009:45.)

2.5 Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö

Asiakaslähtöisyyteen perustuva näyttö tarkoittaa sitä, että hoitajan toiminta perustuu asiakaslähtöisyyteen siten, että hoitotyötä ohjaa potilaan toiveet ja tarpeet. Tällöin hoitotyö perustuu yhteiseen päätöksentekoon ja jaettuun vastuuseen potilaan ja hoitajan välillä. Potilas on tällöin aktiivinen hoitoon osallistuja voimiensa mukaan. Sairaanhoidajat pyrkivät ottamaan huomioon potilaan kokemukset ja näkemykset hänen vointinsa tarkkailussa ja yhteisessä päätöksenteossa. (Rehn – Sarajärvi 2009:26.) Potilaan toivomus voi mennä tutkimusnäytön edelle tehtäessä päätöksiä hänen hoitoonsa liittyen. Esimerkiksi potilas voi olla niin huonokuntoinen, että kyseinen hoito jonka tiedetään olevan paras hänelle, voi olla liian raskas hänen vointiinsa nähden. Nykypäivän potilaat ovat usein tietoisia vaihtoehtoisista hoitomuodoista ja valinnoistaan, vaikka tutkimustieto osoittaisikin hoitotyön keinoilla saavuttavan lupaavia tuloksia. (Lahdenperä – Lukkarinen 2003:10.)

2.6 Päätöksenteko

Päätöksenteko tapahtuu hoitajan tiedon perusteella. Pystyäkseen tekemään hoidollisia päätöksiä, hoitajalla tulee olla asiaan liittyvää tietoa tai sitä on pystyttävä hankkimaan tarvittaessa (Lauri – Erikson – Hupli 1998:12–17). Tutkimustiedon lisäksi sairaanhoitaja tarvitsee päätöksentekoon erityistietoa, eli tietoa potilaasta ja potilaalta itseltään (Sarajärvi – Rehn 2010:49). Koko perustan hoidollisella päätöksenteolle luo ammatillinen tietorakenne.

Hoidollisessa tilanteessa päätöksentekijä kohtaa potilaan, joka tuo lisäksi esiin oman käsityksensä ja tavoitteet tilanteestaan (Lauri – Erikson – Hupli 1998:12–17). Potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon edellyttää hoitajalta sitä, että hän on informoinut potilasta riittävästi hoidon eri vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. (Sarajärvi – Rehn 2010:49). Ellei potilas pysty kommunikoimaan päätöksentekijän kanssa, hoitaja pyrkii potilasta tutkimalla ja havainnoimalla saamaan tietoja ja vihjeitä tilanteesta. Päätöksentekijä alkaa vertailla saatujaan tietoja ja vihjeitä omaan ammatilliseen tietorakenteeseensa. (Lauri – Erikson – Hupli 1998:12–17.) Hoitotyön päätöksentekotaidot kehittyvät vain teorian ja käytännön vuorovaikutuksessa niin, että hoitaja arvioi omaa toimintaansa erilaisissa hoitotilanteissa ja miettii päätöksenteon seurauksia ja tuloksia toteuttamassaan hoitotyössä. (Lauri – Salanterä 2002:158–165.)

2.7 Hoitotyön päätöksentekoteoria

Ihminen käyttää usein erilaisia strategioita erilaisissa tilanteissa ilman selkeää järjellistä syytä siihen, miksi juuri valittu strategia olisi luotettava kyseisessä tilanteessa. Päätöksen odotettu lopputulos, vaihtoehtojen määrä ja kontrollin tunne ovat mahdollisia vaikuttavia syitä tietyn päätöksentekotavan käyttöön. (Sjöberg 2003:17–29.) Alun perin idea päätöksenteosta oli jaotella päätöksenteko intuitiiviseen ja analyttiseen. Nykyteoriat ja erityisesti "hiljaista oppimista" koskevat empiiriset tutkimustulokset tukevat tätä jaottelua niin kognitiivisessa psykologiassa kuin neurotieteissä. On todettu, että asiantuntijuus jollakin alueella johtaa intuitiiviseen, ”puoli-automaattiseen

päätöksentekoon” ja että persoonallisuus vaikuttaa päätöksentekostrategian valintaan. (Sjöberg 2003:17–29.)

Laurin tutkimuksen mukaan puhtaasti analyttistä tai intuitiivista päätöksentekoa ei yksinään esiinny ollenkaan, vaan se on enemmän tai vähemmän analyttistä tai intuitiivista ajatteluprosessia. Hoitotyön päätöksentekoa voidaan esittää jatkumona, jossa päätöksentekijä liikkuu tilanteen mukaan joustavasti päätöksentekomallista toiseen. Eri päätöksentekomallin käyttö riippuu hoitotyön ongelmasta, saatavilla olevasta tiedosta, hoitotyön tehtävästä ja päätöksentekoon käytettävissä olevasta ajasta. (Lauri – Salanterä 2002:158–165.)

Hoitotyössä esiintyvä analyttis-systemaattinen malli perustuu systemaattiseen tiedon hankintaan ongelman ratkaisemiseksi, tiedon analysointiin ja sen kautta ongelman määrittelyyn, joka johtaa suunnittelun kautta toteutukseen. Tätä päätöksentekomallia käytetään pitkäaikaissairaanhoidossa ja terveydenhoidossa. (Lauri – Salanterä 2002:158–165.)

Intuitiivis-tulkitsevalle mallille on taas ominaista kokonaistilanteen nopea hahmottaminen, jonka pohjalta päätöksenteko tapahtuu. Intuitiivinen päätöksenteko on lähtökohtana päätöksenteolle lyhytaikaisessa sairaanhoidossa ja tehohoidossa, joissa hoitotilanteet ovat vaihtelevia ja nopeita. Näissä tehtävät painottuvat hoitotyön toteutukseen ja potilaan tilan jatkuvaan tarkkailuun. (Lauri – Salanterä 2002:158–165.)

Nopeatempoisissa päätöksentekotilanteissa, päätös perustuu enemmän intuitiiviseen, kuin analyttiseen ajattelusysteemiin mutta ei voida yleistää, että tiedonhaku ja tulkinta olisi perioperatiivisessa hoitotyössä intuitioihin perustuvaa, sillä perioperatiivisen hoitotyössä tieto perustuu yleisiin tutkimuksiin ja potilaan sairaskertomukseen. (Taskinen 2009:36.)

3. HOITOTYÖ YLEISANESTESIAN JA HERÄÄMÖHOIDON AIKANA

Anestesiahoitotyö on ihmisen kliinisen tilan seuraamista, mikä on ymmärrettävä kokonaisuutena, jossa potilaasta havaitut ulkoiset merkit ja valvontalaitteiden tuottama informaatio jäsentyy hoitohenkilökunnalle kokonaisuudeksi etenevänä prosessina. Anestesiahoitaja on osa niin sanottua anestesiaryhmää jota johtaa anestesia lääkäri, joka

voi siirtää anestesian antoon liittyviä osia myös anestesiahoitajalle. Anestesiahoitotyöhön on tarjolla yhä monimutkaisempia järjestelmiä erinäisten fysiologisten muuttujien mittaamiseen. Vaikka joudutaan pitkälti toimimaan valvontalaitteiden tuottaman informaation varassa, tärkein turvallisuustekijä on huolellinen ja asiantunteva anestesiatiyöryhmä. (Jalonen – Hynynen – Valanne – Erkola 1999:410.) Anestesiahoitaja joutuu työssään erilaisiin tilanteisiin. Yleisanestesian ja heräämöhoidon aikana anestesiahoitaja toimii potilaan asianajajana, valvoo potilaan elintoimintoja, osallistuu aktiivisesti potilaan anestesian aloittamiseen ja lopettamiseen sekä muihin leikkausvalmisteluihin. Anestesiahoitaja joutuu työssään lukuisiin haastaviin päätöksenteko- ja vuorovaikutustilanteisiin. Anestesiahoitaja toteuttaa työssään näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Tarkkaillessaan valvontalaitteiden tuottamaa informaatiota anestesiahoitaja perustaa toimintaansa asiantuntijan kokemukseen. Kliiniseen kokemukseen perustuva näyttö ilmenee vahvimmin potilaan peruselintoimintojen tarkkailussa (Sarajärvi – Rehn 2009:25). Lisäksi anestesiahoitaja käyttää tieteellistä tietoa anestesiaa toteuttaessaan. Hän esimerkiksi tietää miten eri lääkkeineet vaikuttavat ihmiseen.

Anestesiahoitajalla tulee olla kattavat tiedot muun muassa ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta, anestesia- ja kirurgialääkkeistä, kirurgisista toimenpiteistä, aseptiikasta ja anestesia-laitteista. Anestesiahoitajalla tulee olla myös hyvät vuorovaikutustaidot ja päätöksentekotaidot. (Kaukkila – Suominen 1999:30–31.)

Heräämöhoidossa hoitohenkilökunta huolehtii potilaasta olemalla lähellä tai vähintään näköetäisyydellä. Kauempana näköetäisyydessä ollessaan hoitaja käy aktiivisesti kysymässä potilaan vointia tai jää hänen luokseen pidemmäksi ajaksi. Hoitaja huolehtii potilaan tarpeista monin eri tavoin muunmuassa vointia ja kipua kysellen. Sairaanhoitaja huolehtii potilaasta kysymyksiin vastaamalla, informoimalla, tarkkailemalla, seuraamalla leikkausaluetta, kehottamaan potilasta ilmoittamaan jos voinnissa tapahtuu jotain muutoksia, lääkitsemällä, lisähapen annolla ja toteuttamalla asentohoitoa toimenpiteen sallimissa rajoissa. (Kurki 2007:67.) Anestesiahoitaja toteuttaa näyttöön perustuvaa toimintaa huomioidessaan potilaan toiveet ja tarpeet. Sarajärven ja Rehnin mukaan (2009:27) hoitotyötä ohjaavat potilaan toiveet ja tarpeet. Se on asiakaslähtöisyyteen perustuvaa näyttöä. Sairaanhoitaja pyrkii huomioimaan potilaan omat kokemukset ja näkemykset voinnin tarkkailussa ja hoidossa.

Anestesiahoitaja joutuu myös ennakoimaan muuttuvia tilanteita ja häneltä vaaditaan kykyä reagoida kriisitilanteissa, mitkä ovat mahdollisia niin yleisanestesian kuin myös heräämöhoidon aikana.

Näyttöön perustuvan hoitotyön osa-alueeseen kliiniseen kokemukseen perustuvaan näyttöön kuuluu elintoimintoihin liittyvä erikoisosaaminen. Kriisitilanteessa erikoisosaaminen nähdään kriisitilanteen tunnistamisena ja hallintana. Tähän kuuluu kyky tunnistaa muutokset potilaan voinnissa ja nopea toiminta potilaan henkeä uhkaavissa tilanteissa. Kriisitilanteen tunnistaminen ja hallinta perustuu elintoiminnoista monitoroitavien valvontalaitteiden arvojen tulosten arviointiin ja niiden hälyttäviin muutoksiin. Esimerkiksi hapetuksen ja tajunnantason muutosten huomaaminen ajoissa on tärkeää. Kliiniseen kokemukseen perustuva näyttö lisää itsevarmuutta potilaan oireiden huomaamiseen ja potilaan tilan huononemisen ennakoimiseen. (Rehn – Sarajärvi 2009:26.)

3.1 Yleisanestesian komponentit

Yleisanestesian osa-alueet (komponentit) ovat tajuttomuus, analgesia ja lihasrelaksaatio. Näistä kutakin tulee arvioida aina erikseen. Tajuttomuuden aste on riittävä silloin, kun potilas ei reagoi puhutteluun, ei palaajatajuihin kirurgin aiheuttaessa kipua, eikä muista leikkauksen aikana tapahtuneita asioita. (Roserberg – Alahuhta – Hendolin – Jalonen – Yli-Hankala 2002:117.) Tajuttomuutta voidaan arvioida kuuloherätevasteen tai EEG:n avulla (Yli-Hankala 2002:12). Analgesia on riittävä silloin, kun potilaan hemodynaamiikka on vakaa ja silloin, kun potilas ei liikehdi toimenpiteen aikana (Roserberg ym. 2002:117). Analgesiaa eli kivuttomuutta voidaan arvioida potilaan sydämen sykkeestä, verenpaineesta ja liikkumisesta (Yli-Hankala 2002:12). Myös ihon väri ja hikisyys voivat kertoa kivusta. Lihasrelaksaatio on riittävä silloin, kun potilas ei jännitä lihaksiaan tai liiku toimenpiteen aikana (Roserberg ym. 2002:117). Lihasrelaksaatiota voidaan arvioida käyttämällä lihasrelaksaatiomittaria. Lihasrelaksaatiomittarissa nähdään hermolihaskiitos salpauksen aste. Lihasrelaksaatiota arvioidaan myös siitä, että liikkuko potilas vasteena kivulle. (Yli-Hankala 2002:12.) Lihasrelaksaation tavoitteena on luoda optimaalinen relaksaatio leikkauksen ajaksi ja riittävä palautuminen toimenpiteen jälkeen. Perifeerisillä neurostimulaattorilla varmistetaan riittävä relaksaatio ja palautuminen.

Lihaskomplianssia kumottaessa potilaassa näkyvien kliinisten merkkien, kuten päännostamisen ja käsien puristusvoimien palautumisen avulla voidaan todeta riittävä palautuminen relaksaatiosta. (Rosenberg ym. 2002:117,121.) Anestesian tavoitteisiin eli komponentteihin pääsemiseen käytetään lääkkeitä: hypnootteja tajuttomuuteen, analgeetteja eli opioideja, typpioksiduulia ja etamiinia kivuttomuuteen sekä hermolihaskomplianssia salpaajia liikkumattomuuteen. (Yli-Hankala 2002:12.) Toteuttaessaan anestesiaa anestesiahoitaja käyttää tieteellistä näyttöä, esimerkiksi lääkehoidossa ja asiantuntijan kokemukseen perustuvaa näyttöä, tarkkaillessaan valvontalaitteiden tuottamaa informaatiota. Valvontalaitteiden käytön hallintaa ja niistä saadun tiedon hyödyntämisessä sairaanhoitaja käyttää kliinisen kokemukseen perustuvaa näyttöä (Sarajärvi – Rehn 2009:26).

3.2 Anestesiatoimintaa koskevat suositukset

Suomen Anestesiologiayhdistys on tehnyt uudistetut anestesiaa koskevat suositukset potilaan valvonnasta anestesian aikana vuonna 1999. Suositukset kattavat tällä hetkellä suurimman osan anestesiatoiminnasta. Suositukset on sellaisia joihin tulee pyrkiä, vaikka kaikkia suosituksen kohtia ei pystytä täysin toteuttamaan kaikissa Suomen anestesiatoimintaa harjoittavissa sairaaloissa. Suositusten tavoitteena on olla alansisäinen, laajaan asiantuntijamielipiteeseen perustuva asiakirja, johon voidaan tukeutua anestesiahoitotyötä kehittäessä ja lisäresursseja pyydettyä. Suosituksia käyttämällä anestesiahoitaja perustaa päätöksentekonsa parhaaseen ajantasalla olevaan näyttöön. Lisäksi anestesiahoitaja perustaa toimintaansa näyttöön potilaan elintoimintojen tarkkailussa.

Peruselintoimintojen tarkkailua ohjaa kliiniseen kokemukseen tai tutkittuun tietoon perustuvat yhteiset toimintatavat. Kliiniseen kokemukseen perustuva näyttö potilaan elintoimintojen tarkkailussa tarkoittaa sellaista tietoa, mitä hoitotyöntekijä käyttää toimiessaan ja toimintansa perustana, sekä mistä on todennut olevan positiivista näyttöä potilaan hoitoa ajatellen. Kliiniseen kokemukseen perustuvan tiedon hoitotyöntekijä on saanut tehdessään käytännön hoitotyötä. Kliiniseen kokemukseen perustuva näyttö ja hoitotyöntekijän tästä saama asiantuntijuus antavat hänelle mahdollisuuden tarkkailla ja analysoida potilaan elintoimintoja, kuten hengitystä, ihon väriä ja tajunnantasoja, itsevarmasti ja monipuolisesti. Kliiniseen kokemukseen perustuvaksi näytöksi katsotaan

myös valvontalaitteiden käytön hallinta ja niiden antaman tiedon käyttäminen elintoimintojen tarkkailussa. Esimerkiksi verenpaineen ja pulssin tarkkailu valvontalaitteen monitorin antaman tiedon avulla katsotaan kuuluvan kliiniseen kokemukseen perustuvaksi näytöksi. Tutkittuun tietoon perustuva näyttö potilaan elintoimintojen tarkkailussa tarkoittaa uusimman ja parhaimman tutkitun tiedon käyttöä toiminnan perustana. Tutkitun tiedon käyttö tuo varmuutta toimintaan ja mahdollistaa monipuolisemmin erilaisten menetelmien käytön potilaan tarkkailussa. (Rehn – Sarajärvi 2009:25–27.)

Yleiset valvontasuositukset anestesian valvonnasta leikkauksen aikana, joita anestesiahoitaja yleisanestesiaan liittyvässä toiminnassaan havainnoi ja käyttää potilaan valvonnassa ovat happeutus, ventilaatio, verenkierto, lämpötila ja lihasrelaksaatio. (Rosenberg – Alahuhta – Lindgren 1999:48–52.)

Hengityksen ja Hapetuksen tarkkailussa valvotaan sisäänhengityskaasun riittävää osuutta ja varmistetaan kudosten riittävästä hapensaannista seuraamalla happisaturaatiota pulssioksimetrillä. Lisäksi tarkkaillaan mahdollisia hypoksian merkkejä potilaasta: potilaan huulissa, kynsissä ja ihonvärissä esiintyvää syanoottisuutta eli sinertävyyttä. Ne ovat usein merkkejä kudosten riittämättömästä hapensaannista. Uloshengityskaasun hiilidioksidin jatkuva mittaus kertoo ventilaation riittävydestä. Ventilaatiolla taataan tavoiteltu hiilidioksidin poistuminen hengitystiejärjestelmästä ja uloshengityskaasun hiilidioksidin jatkuvalla mittaamisella nähdään elimistön hiilidioksidin tuotossa tapahtuvat muutokset. Jotta riittävä ventilaatio toteutuu, varmistetaan intubaatioputken oikea sijainti kuuntelemalla hengitysäänet stetoskoopilla ja seuraamalla uloshengitysilman hiilidioksidiosapainetta. (Rosenberg – Alahuhta – Lindgren 1999:48–52.)

Verenkierron tarkkailussa riittävästä verenkierrosta varmistetaan kulloisenkin tavoitteen mukaisesti. Tarkkailu käsittää sydämen syketiheyden, rytmihäiriöiden, verenpaineen ja veritilavuuden valvonnan. Pulssin ja verenpaineenmittaus tehdään pääsääntöisesti vähintään viiden minuutin välein, toteutetaan EKG:n jatkuva seuranta, sydämensykettä ja rytmihäiriöiden esiintyvyyttä tarkkaillaan sekä harkinnan mukaan suoritetaan myös pulssiaallon jatkuva seuranta. Pulssioksimetrillä seurataan myös pulssilukemaa ja verrataan niitä EKG:stä (sydänfilmi) mitattuihin arvoihin.

Virtsanerityksen ja perifeerisen lämpötilan seuranta tehdään arvioidun tarpeen mukaisesti. Invasiivisillä mittauksilla todetaan reaaliaikaiset verenpaineen muutokset ja saadaan toistuvat valtimoverinäytteet. Hypovolemiaa arvioidaan keskuslaskimopaineen mittauksella. Invasiivisten mittausten käyttö arvioidaan tarpeen mukaisesti kunkin potilaan kohdalla. Lisäsuosituksina on elimistön happo-emästasapainon ja laktaatin seuranta tarpeen vaatiessa. (Jalonen ym. 1999:412.)

Anestesiakaasupitoisuuden seurannalla pyritään optimaaliseen annosteluun inhaloitavia anestesia-aineita käytettäessä (MAC-arvo) (Jalonen ym. 1999:412). Inhalaatioanesteettien pitoisuutta mitataan sisään- ja uloshengityskaasusta. Päivittäin tarkastetaan valvontalaitteiden toimivuus. Valvontalaitteiden hälytykset asetetaan minuuttiventilaation vähenemiselle ja sisäänhengityskaasun happiosapaineen laskulle. Suositellaan myös ylä- ja alaraja hälytyksiä valvottaville vitaalielintoiminnoille, kuten sykkeelle, verenpaineelle, happikyllästyneisyydelle ja hiilidioksidille. Toteutetaan kirjaamista anestesian aikana ja sen jälkeen. Valvotut suureet merkitään selkeästi anestesiakaavakkeelle. Varsinkin selkeät muutokset vitaalielintoiminnoissa kirjataan huolellisesti. (Jalonen ym. 1999:412.) Anestesiahoitaja käyttää tieteellisen tiedon tuomaa näyttöä seurattaessaan anestesia-aineiden vaikutusta ja riittävyttä.

3.3 Potilaan tarkkailu heräämöhoidon aikana

Kivun ja pahoinvoinnin tarkkailussa tulee huomioida, että ihmisillä on suuria yksilöllisiä eroja kivun kokemisessa, ilmaisemisessa ja annetun hoidon vaikuttavuudessa. Tärkeitä on mitata ja kirjata kivun voimakkuus useasti noin 0 – 3 tunnin välein. Lepokipu potilaalla saa olla korkeintaan lievää eli VAS < 3. Potilaan pitää pystyä normaalisti hengittämään syvään, liikkumaan ja lepäämään. Potilaan yleisvointia on myös seurattava mahdollisten sivuvaikutusten ja komplikaatioiden varalta. Postoperatiivinen pahoinvointi on tavallisimpia sivuvaikutuksia anestesiasta. Heräämössä noin 20 % potilaista esiintyy pahoinvointia ja 50 % pahoinvointia esiintyy ensimmäisen vuorokauden aikana leikkauksen jälkeen. Riskitekijöitä pahoinvoinnille ovat naissukupuoli, anestesian pitkä kesto, opioidi- kipulääkitys ja aiemmin esiintynyt postoperatiivinen pahoinvointi. (Roserberg ym. 2002:196–214.)

Lämpötasapainon seurannassa potilaan lämpötasapainosta huolehditaan. Hypotermia lisää sairastuvuutta, koska tällöin potilaan verisuonet supistuvat minkä seurauksena leikkaushaavan paraneminen häiriintyy. Hypotermian paras ehkäisykeino on sen hoito johon kuuluu aktiivinen lämmitys, lämpimät infuusionesteet, lisähappi ja ulkoinen lämmitin. Hypotermiasta johtuva lihasvärinä lisää hapenkulutusta ja hiilidioksidintuottoa 200 – 300 %. (Roserberg ym. 2002:196–214.)

Potilaan hemodynaamikasta huolehditaan verenpainetta ja syketasoa seuraamalla. Riskipotilaille on usein määrätty verenpaine- ja syketaso rajat tullessaan heräämään. Hypertensio on yleinen ongelma leikkauksen jälkeen. Syytä voidaan etsiä kivusta, ventilaationvajauksesta eli hypoksiasta, täydestä virtsarakosta, hypotermiasta, pelosta ja sekavuudesta. Hypotensio taas voi johtua hypovolemiaista jonka voi aiheuttaa leikkausalueen verenvuoto tai nestehukka. Myös anestesia-aineiden jäännösvaikutus, liiallinen sympaattisen hermoston salpaus, jota voi aiheuttaa epiduraali- tai spinaalipuudutus, ovat potilaan hypotension aiheuttajia. Syytä voidaan myös etsiä potilaan sydämen vajaatoiminnasta ja sydänlihaksen hapenpuutteesta. (Roserberg ym. 2002:196–216.) Syketasoa ja verenpainetta monitoroinnin avulla seurattessaan anestesiahoitaja käyttää kliinisen kokemuksen tuomaa näyttöä potilaan tarkkailussa (Sarajärvi – Renh 2009:26). Toisaalta lääketieteellistä näyttöä ymmärtäessään anestesiahoitaja tietää esimerkiksi mitä hypovolemia tai hypoksia voi aiheuttaa potilaalle.

Sykkeeseen seurannassa ilmenevän bradykardian syy on usein patologinen mikäli syke ei nouse fyysisissä toiminnoissa. Ohimeneviä bradykardioita esiintyy hemodynaamisesti stabiileilla potilailla, eivätkä ne vaadi juuri hoitoa. Takykardia puolestaan johtuu elimistön fysiologisesta reaktiosta liittyen johonkin häiriötilaan, joita voivat olla hypovolemia, anemia, kipu, hypoksemia, kuume tai vieroitusoireet. Myös mahdollisia rytmihäiriöitä, joista yleisimpiä ovat eteisperäiset rytmihäiriöt, kammiotakykardia ja sydänlihaskemia tarkkaillaan heräämöhoidossa. 50 % postoperatiivisista kuolemista on sydänperäisiä, jotka usein johtuvat iskeemisestä sydänsairaudesta. (Roserberg ym. 2002:196–216.)

Potilaan riittävä **hapensaanti turvataan ja tarkkaillaan ventilaation riittävyttä**, sillä leikkaus lisää usein kudosten hapenkulutusta. Potilaan happisaturaatiota seurataan

pulssioksimetrilla ja lisähappea annetaan tarvittaessa. Hypoksemiaa voi esiintyä perussairaudesta johtuvasta lisääntyneestä hapenkulutuksesta, jota hapentarjonta ei pysty kattamaan. Pientynyttä hengityksentarvetta voi esiintyä opioideja ja anestesia-aineita käytettäessä. Hypoventilaatioissa ventilaatio on pienentynyt suhteessa hiilidioksidin tuotantoon. Vaarana on respiratorisen asidoosin kehittyminen. Mikäli tila pahenee, hoitona voidaan käyttää mekaanista ventilaatiota. Tarvittaessa kumotaan lihasrelaksaatio. Potilaan tuntidiureesia ja virtsanväriä seurataan. Diureesin seuranta on viitteellinen indikaattori munuaisten toiminnalle ja volyymistatukselle. (Roserberg ym. 2002:196–216.)

3.4 Potilaan ohjaus perioperatiivisessa hoitotyössä

Potilaan ohjaus alkaa jo ennen toimenpidettä anestesia­lääkärin preoperatiivisella ohjauksikäynnillä, jolloin anestesia­lääkäri määrää muun muassa anestesia­muodon. Potilaan toimenpiteen suorittava kirurgi tapaa potilaan ja mahdollisesti myös fysioterapeutti. Hoitajan tehtävänä preoperatiivisessa ohjauksessa on kertoa potilaalle häntä askarruttavat asiat, toimenpidettä edeltävät toimet ja toimenpiteen jälkeen tapahtuvat asiat. Hoitaja kuuntelee ja tukee potilasta koko perioperatiivisen hoitotyön ajan.

Ohjauksella anestesia­sairaanhoitaja mahdollistaa potilaan mukana olemisen itseään koskevassa päätöksenteossa. Näyttöön perustuva toiminta on asiakas­keskeistä ajattelua jossa potilaan toiveet ja sen hetkinen elämäntilanne otetaan huomioon. (Pelkonen 2002:12.) Potilaanohjaus on tärkeä osa perioperatiivista hoitotyötä, eikä kiire saisi olla esteenä. Suurin osa leikkaussalissa tapahtuvasta hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta on ohjausta. Potilaalle kerrotaan mitä missäkin vaiheessa tapahtuu ja hänen vointiaan sekä tuntemuksiaan kysellään. Potilasta ohjataan toimenpidettä varten olemaan hyvässä asennossa, hänen mielipiteitään ja toiveita kuunnellaan ja mahdollisia pelkoja pyritään lieventää keskustelemalla niistä. Ohjauksen tarve vaihtelee yksilöllisesti eri potilaiden välillä. Ohjaustarpeeseen vaikuttaa ihmisten persoonallisten erojen lisäksi leikkauksen kesto ja tehtävä toimenpide. Leikkaussalissa työskenteleville on ominaista, että ohjaus jota annetaan on yksilöohjausta mikä tapahtuu suullisesti tai joskus kirjallista materiaalia käyttäen. Anestesia­muoto vaikuttaa potilaan tarvitsemaan ohjaukseen, esimerkiksi puudutetun ja yleisanestesiassa olevan potilaan välillä oleva

ohjauksentarpeen ero on suuri. Keskimääräinen arvioitu ohjausaika potilasta kohden on 7,5 – 15 minuuttia. (Ervasti 2004: 36–37.)

Potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa toimitaan eettisesti korkeatasoisesti. Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Työssään sairaanhoitaja palvelee ihmisiä ja perheitä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja pyrkii tukemaan ja lisäämään ihmisten omia voimavaroja ja parantamaan ihmisen elämänlaatua. (Qvick 2010.)

Sairaanhoitaja on vastuussa potilaille, joita hän hoitaa. Hän suojelee ihmiselämää ja edistää ihmisen hyvää oloa. Sairaanhoitaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja kunnioittaa potilaita ja läheisiä. Sairaanhoitaja huomioi potilaan arvot, tavat ja vakaumuksen. Potilasta kuunnellaan ja hänen elämäntilanteeseen eläydytään. Hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja luottamukseen. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja potilaalle annetaan mahdollisuus päätöksentekoon. Jokaista potilasta hoidetaan yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, vakaumuksesta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Qvick 2010.)

4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata, miten anestesiahoitaja perustaa päätöksentekonsa ja miten näyttöön perustuva hoitotyö näkyy anestesiahoitajan päätöksenteossa. Kirjallisuuskatsauksen teossa noudatetaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten anestesiahoitaja perustaa päätöksentekonsa?

Miten tieteelliseen tietoon perustuva tiedonkäyttö näkyy päätöksenteossa?

Miten asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedonkäyttö näkyy päätöksenteossa?

Miten toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuva tiedonkäyttö näkyy päätöksenteossa?

Miten asiakkaan toiveisiin ja tarpeisiin perustuva tiedonkäyttö näkyy päätöksenteossa?

5. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämä kirjallisuuskatsaus tehdään noudattaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee seuraavalla tavalla.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteelliset kriteerit täyttävä menetelmä aikaisemman tutkimustiedon kattavan kuvauksen tekemiseksi. Sen tekeminen on vaativa ja kurinalainen prosessi. (Hannula – Kaunonen 2006:24.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen päämäärä on koota tietoa aiheesta ja muodostaa siitä synteesi aikaisemmin valmistuneiden tutkimusten pohjalta (Pudas-Tähkä – Axelin 2007:46).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus perustuu tarkkaan tutkimussuunnitelmaan ja siten se eroakin perinteisestä kirjallisuuskatsauksesta (Pekkala 2001:59). Systemaattista kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää tieteellisen tiedon tuottamiseen, sillä se täyttää tieteellisen tutkimuksen kriteerit (Kääriäinen – Lahtinen 2005:44). Se helpottaa tiedon soveltamista ja hoidon vaikuttavuuden arvioimista (Eriksson – Isola – Kyngäs ym. 2006:120).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusongelmaan liittyvien aiempien tutkimusten kriittinen ja tiivis katsaus. Se kertoo, miksi esiteltävä uusi tutkimus on tärkeä ja millä tavoin se täydentää aiempia tutkimuksia. Lisäksi se näyttää mistä näkökulmista ja miten asiaa on aiemmin tutkittu. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus muodostaa myös tutkimukselle teoreettisen taustan. (Stolt – Routasalo 2007:58.) Kirjallisuuskatsauksessa esitellään keskeistä kirjallisuutta ilmiöstä tai aiheesta, mistä etsitään tietoa ja tutkitaan. Kirjallisuutta voi olla aikakauslehtiartikkelit, tutkimusselosteet ja muut julkaisut. Kirjallisuuskatsauksessa esitellään lukijalle tutkimusaiheen keskeiset näkökulmat ja jo saavutetut tärkeimmät tutkimustulokset.

Aiempi tutkimustieto valitaan ja analysoidaan huolellisesti, koska katsauksen lopussa tietoa punnitaan ja pohditaan. (Lauri – Remes – Sajavaara 2009:121, 258–260.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan osoittaa aiempien tutkimusten näyttö ja aiheet, mitkä vaativat lisätutkimusta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksena saadaan kokonaiskuva tietyn aiheen tutkimuksista ja niiden keskeisistä tuloksista. Kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää perustana kehitettäessä hoitotyön käytäntöä ja siirryttäessä näyttöön perustuvan hoitotyön toimintaan. (Hannula – Kaunonen 2006:24.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luotettavimpia tapoja koota yhteen aiempaa tietoa. Sen avulla ehkäistään systemaattista harhaa (Kääriäinen ym. 2005:37). Systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään tehokkaana välineenä syventää tietoa asioista, joita on jo aiemmin tutkittu (Tuomi – Sarajärvi 2009:123).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessi tuottaa synteetin tutkimustiedosta, joka on muun tiedeyhteisön hyödynnettävänä (Pudas-Tähkä – Axelin 2007:55–56).

Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset toimivat näyttöön perustuvan hoitotyön yhtenä perustana (Pekkala 2001:60). Ne antavat yleistettäviä vastauksia terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuudesta ja paljastavat alueita, mitkä ovat tutkimuksen tarpeessa (Pekkala 2001:59). Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat myös keskeinen osa hoitotyön suositusten laadintaa (Hannula – Kaunonen 2006:21). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sisältää tutkimussuunnitelman, tutkimuskysymykset, alkuperäistutkimusten haun, alkuperäistutkimusten valinnan, alkuperäistutkimusten analysoinnin ja tuloksien julkistamisen. (Kääriäinen ym. 2005:37.)

5.1 Kirjallisuuskatsaus

Tutkimussuunnitelmassa on tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat tutkimusten keräämiseksi. Lisäksi siinä määritellään ja rajataan se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella halutaan vastata. (Hannula – Kaunonen 2006:22–23.) Tutkimussuunnitelman hyvä tekeminen ja tarkkojen tutkimuskysymysten asettaminen vaatii etukäteistietoa aiheesta ja tarkkaa suunnittelua (Pudas-Tähkä ym. 2007:55). Aiheesta tulee olla aikaisempaa tutkimustietoa, jotta tutkimussuunnitelmaan pystytään asettamaan olennaiset tutkimuskysymykset ja määrittämään hakustrategiat (Kääriäinen ym. 2005:39).

5.2 Aineiston hakuprosessi

Etukäteen määritetyillä valinta- ja poissulkukriteereillä varmistetaan se, että kaikilla kriteerit täyttävillä tutkimuksilla on samanlaiset mahdollisuudet tulla valituiksi tutkimusaineistoon (Hannula – Kaunonen 2006:23). Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien tutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain perustuen siihen, vastaavatko haussa saadut tutkimukset asetettuja sisäänottokriteerejä (Stolt ym. 2007:58). Tutkimuksista tehdään synteesi, jossa kuvataan niiden tulokset sekä yhtäläisyydet ja erot (Hannula – Kaunonen 2006:23).

Aineistonhakuprosessi etenee systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa seuraavasti. Aluksi valitaan tietokannat, mitä halutaan käyttää. Seuraavaksi hakusanat laitetaan tietokantoihin ja merkitään kokonaistulos. Artikkelit valitaan ensimmäiseksi otsikon mukaan, toiseksi abstraktien mukaan ja kolmanneksi arvioidaan artikkelien laatu. Tämän jälkeen hyväksytään analysoitaviksi kelpaavat artikkelit ja analysoidaan ne. (Hannula - Kaunonen 2006:22.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu tieteellisesti hyväksytyistä tutkimuksista ja artikkeleista. Aineistohaut toteutetaan seuraavin rajauksin: Tutkimusaineistoon hyväksytään vuonna 1999 valmistuneet ja tuoreemmat tutkimukset, jotka koskevat aikuispotilaiden anestesiahoitotyötä. Aineisto kerätään liittyen anestesiahoitajan päätöksentekoon potilaan vastaanottamisesta leikkausosastolle ja aina heräämössä tapahtuvaan hoitoon. Aineistoon hyväksytään myös ulkomaalaisia tutkimuksia vaikka ulkomailla tapahtuva anestesiahoitotyö poikkeakin joiltain osin suomen anestesiahoitokäytännöistä. Aineistonhakuun käytetään neljää tietokantaa: Cochrane, Medic, EBSCOHOST; Cinahl ja Pubmed.

Cochrane- tietokanta valittiin siksi, että se sisältää näyttöön perustuvia katsauksia. Cochrane- tietokantaa käytettäessä käytettiin advanced search eli edistynyttä hakuja ja hakusanoina olivat Anesthesia AND Nursing AND Adult. Cochrane- tietokannasta tehty haku rajattiin koskemaan vain Cochrane reviews- aineistoa, koska tällä varmistettiin, että abstrakti oli saatavilla. Hakutuloksena saatiin 56 osumaa, joista otsikon mukaan valittiin aineistoon kaksi tutkimusta ja 54 hylättiin, koska ne eivät vastanneet

tutkimuskysymyksiin. Seuraavassa vaiheessa näistä kahdesta tutkimuksesta rajattiin abstraktin perusteella pois 2 ja valittiin 0.

EBSCOHOST- tietokannoista valittiin Cinahl- tietokanta, jossa käytettiin advanced search eli edistynyttä hakua. Cinahl- tietokanta valittiin sen vuoksi, että se on luotettava tietokanta ja erityisesti tarkoitettu hoitoalan ammattilaisten käyttöön. Cinahl- tietokantaa syötettiin hakusanoiksi Anesthesia AND Nursing AND Adult. Hakusanoja haettiin koko tekstistä eli tietokantaan laitettiin TXT all text. Tietokannan hakua rajattiin vielä hakemalla tutkimuksia, joissa oli: Linked full text, references available ja abstract available. Hakutuloksena saatiin 168, joista kaksi valittiin aineistoon otsikon perusteella. Loput 166 hylättiin, koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Näistä kahdesta valitusta tutkimuksesta valittiin aineistoon abstraktin perusteella nolla ja kaksi hylättiin. Cinahl- tietokannalla tehtiin toinenkin haku. Hakusanoina olivat Anesthesia AND Nursing AND Decision samalla rajauksella kuin aiemmassa cinahl- haussa. Tuloksia saatiin 17, joista valittiin otsikon perusteella kuusi tutkimusta sekä hylättiin 11 tutkimusta. Edelleen abstraktin perusteella valittiin kaksi ja hylättiin yhdeksän. Koko tekstin perusteella aineistoon valittiin kaksi ja hylättiin nolla.

MEDIC tietokanta koostuu suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, opinnäytetöistä, väitöskirjoista ja tutkimuslaitosten raporteista. Medic tietokanta valittiin koska sieltä löytyvät julkaisut vastaavat eniten todellisuutta suomalaisesta anestesiahoitotyöstä. Hakutermeinä käytettiin Anest* Oper* Perioper* Leikka* AND Hoit* Ohj* Sair* Intraoper* Pää* Elintoim*. Haku toistettiin yhdistelemällä sanoja niin että varmasti kaikki asiaa koskevat julkaisut tulisivat ilmi. Käytetyt hakutermit joilla tuloksia saatiin olivat Ohjau* and Hoit* and Perioper* 13 osumaa joista otsikon mukaan saatiin neljä ja hylättiin yhdeksän, tiivistelmän rajauksen mukaan kaksi ja hylättiin kaksi, joista koko tekstin mukaan valittiin kaksi. Hakusanoilla Her* and anest* and Hoit* saatiin kymmenen osumaa joista otsikon mukaan saatiin kolme ja hylättiin seitsemän, tiivistelmän rajauksen mukaan kaksi ja hylättiin yksi, joista valittiin lopullisesti koko tekstin mukaan kaksi. Hakusanoilla Anest* AND hoi* saatiin 133 osumaa joista kymmenen valittiin otsikon mukaan ja hylättiin 123, tiivistelmän rajauksen mukaan kuusi ja hylättiin neljä. Koko tekstin perusteella aineistoon pääsi kuusi. Hakusanoilla Oper* AND ohj* 17 osumaa joista otsikon mukaan saatiin yksi ja hylättiin 16. Otsikon mukaan valittu tutkimus hylättiin lopulta tiivistelmän mukaan.

Hakusanoilla Anest* AND sair* 70 osumaa, joista otsikon mukaan valittiin kolme ja hylättiin 67, tiivistelmän rajauksen mukaan saatiin yksi ja hylättiin kaksi. Tämä yksi hyväksyttiin. Hakusanoilla Leikka* AND päät* saatiin 11 osumaa, joista otsikon mukaan valittiin yksi ja hylättiin kymmenen, tiivistelmän rajauksen mukaan saatiin yksi, josta koko tekstin perusteella saatiin yksi. Anest*AND Intraoper* 20 osumaa, joista otsikon mukaan valittiin kuusi ja hylättiin 14, tiivistelmän rajauksen mukaan saatiin neljä joista koko tekstin perusteella valittiin kaksi ja hylättiin kaksi. Anest* AND Elintoi* saatiin yksi osuma, otsikon mukaan valittiin yksi, tiivistelmän rajauksen mukaan yksi, koko tekstin perusteella saatiin nolla.

PUBMED- tietokanta käsittää yli 19 miljoonaa biolääketieteen artikkelia medline ja life science lehtiä. Lainaukset voivat olla linkkejä kokoteksteihin, artikkeleihin tai julkaisijan sivustoille. Haun rajaukseksi laitettiin links to free full text, Humans, English, and published in the last 10 years. Pubmedissä käytettiin Advanced searchia ja hakutermit koottiin MESH sanastoa käyttäen. Hakutermit intraoperative AND decision making tuottivat 37 osumaa, joista otsikon mukaan valittiin kolme ja hylättiin 34, tiivistelmien rajauksen perusteella valittiin nolla ja hylättiin siis kolme. Hakusanat Anesthesia AND decision making AND nursing tuotti osumia 11, otsikon mukaan valittiin yksi ja hylättiin kymmenen, tiivistelmän rajauksen perusteella valittiin nolla. Hakusanoilla Evidence based practice AND anesthesia saatiin osumia 122, joista otsikon mukaan valittiin yksi ja hylättiin 121, tiivistelmän rajauksen perusteella valittiin nolla. Hakusanoilla Nurse anesthetist saatiin osumia 18, joista otsikon mukaan valittiin kaksi ja hylättiin 16, tiivistelmän rajauksen mukaan valittiin nolla. Hakusanoilla Nurse anesthetists AND intraoperative care saatiin osumia viisi, joista otsikon mukaan valittiin yksi ja hylättiin neljä, joista edelleen tiivistelmän rajauksen mukaan hyväksyttiin yksi, koko tekstin mukaan nolla. Kaksi artikkeli haettiin käsihaulla Finnanest- lehdestä(EEG:n entropia anestesia- syvyyden mittarina ja Leikkausalueen infektioiden ehkäisykeinot).

TAULUKKO 1. Tiedonhaku- taulukko.

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Tulokset otsikon mukaan	Tulokset tiivistelmän mukaan	Tulokset koko tutkimuksen mukaan
Cochran e	Anestesia and Nursing and	56	2	0	0

	Adult				
Medic	Ohjau* and Hoit* and Perioper*	13	4	2	2
	Her* and anest* and Hoit*	10	3	2	2
	anest* AND hoi*	133	10	6	6
	Oper* AND ohj*	17	1	0	0
	Anest* AND sair*	70	3	1	1
	Leikka* AND pää*	11	1	1	1
	Anest* AND Intraoper*	20	6	4	2
	Anest* AND Elintoim*	1	1	1	0
EBSCO HO ST: Cinahl	Anesthesia and Nursing and Adult	168	0	0	0
	Anesthesia and Nursing and Decision	17	6	2	2
Pubmed	intraoperative AND decision making,	37	3	0	0
	anesthesia AND decision making AND nursing,	11	1	0	0
	Evidence based practice AND anesthesia	122	1	0	0
	Nurse anesthetist	18	2	0	0

	Nurse anesthetists AND intraoperative care	5	1	1	0
--	--	---	---	---	---

5.3 Aineiston analyysi deduktiivisella sisällönanalyysillä

Sisällönanalyysiä käytetään laajasti tutkimusaineiston analyysimenetelmänä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sisällönanalyysi on analyysitapa, jolla voidaan analysoida esimerkiksi päiväkirjoja, puheita, artikkeleita ja raportteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on tapa järjestää ja kuvailla tutkittavaa asiaa. Sisällönanalyysin avulla aineistosta pyritään tekemään malleja, jotka näyttävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Näiden mallien avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Sisällönanalyysin avulla yritetään saada tiivis ja yleinen muoto tutkittavasta ilmiöstä. Deduktiivista sisällönanalyysiä ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko. (Kyngäs – Vanhanen 1999:3–4.)

Sisällönanalyysiä voidaan käyttää toteutettaessa systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tällöin tutkijalla on tietty määrä tutkimuksia, joiden tietoa hän kokoaa ja tiivistää. Teorialähtöinen sisällönanalyysi toimii tällöin tutkijan apuna hänen laatiessa luokittelurunkoa, jonka pohjalta hän esittää tiivistyksensä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksena eivät siis toimi sisällönanalyysin avulla saadut luokat vaan luokat ovat tutkijan apukeino tarkastella tutkimusten sisältämää tietoa. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulos saadaan, kun tutkija tarkastelee sisällönanalyysissä saatujen luokkien sisältöä lähteisiin nojaten. (Tuomi – Sarajärvi 2009:123–124.)

Sisällönanalyysi on laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen laji. Kvalitatiivisen tutkimuksen perustana on todellisen elämän kuvaaminen, jossa todellisuus ajatellaan olevan moninainen. Tutkimuksessa tulee huomioida ettei todellisuutta voida pilkkoa osiin vaan tapahtumat muovaavat toinen toistaan. Laadullisessa tutkimuksessa yritetään tutkia asiaa kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa etsitään ja paljastetaan tosiasioita. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009:161–162.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusote on induktiivinen. Tutkimusprosessissa tutkija aloittaa empiirisistä havainnoista, kuten esimerkiksi kirjallisista dokumenteista. Tutkija tulkitsee aineistoa, analysoi sitä ja muodostaa luokittelukategorioita. Tutkimusprosessi on mahdollista vain mikäli tutkija on perehtynyt aineistoon syvästi. Analyysin pohjalta tutkija valitsee merkittävät asiat ja päätyy lopulta teoreettiseen pohdiskeluun. Koko laadullisen tutkimuksen prosessi kuvataan julkaisussa. (Hirsjärvi ym. 2009:266.)

Teorialähtöinen sisällönanalyysi tukeutuu tiettyyn teoriaan tai malliin. Tutkimuksessa kerrotaan, mikä tämä malli tai teoria on ja kuvaillaan se. Teorialähtöistä sisällönanalyysiä ohjaa siis valmis, aikaisemman tiedon perusteella muodostettu kehys. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston hankinta, -analyysi ja -raportointi ovat kaikki teorialähtöistä. (Tuomi – Sarajärvi 2002:99–101.) Ennen kuin tutkimuksia aletaan analysoida sisällönanalyysillä, on määritettävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla sana tai lause (Tuomi – Sarajärvi 2002:112).

Teorialähtöinen sisällönanalyysi alkaa analyysirungon tekemisellä. Kyngäksen ja Vanhasen (1999:7) mukaan analyysirungon sisälle muodostetaan aineistosta kategorioita induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaan.

TAULUKKO 2. Esimerkki analyysirungosta. (Tuomi – Sarajärvi 2009:113.)

Ilmiön ulottuvuudet	Ilmiön ominaisuudet
xxxxxxxx	xxxx xxxxx xxxxx
xxxxxxxx	xxxxx xxxx xxxxx

Analyysirungon sisälle muodostetaan tutkimuksista luokituksia tai kategorioita noudattaen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. Tutkimuksista voidaan siten poimia asiat, jotka kuuluvat ja asiat jotka eivät kuulu analyysirunkoon. Deduktiivista sisällönanalyysiä ohjaa valmis teoria tai käsitejärjestelmä. Analyysi etenee siis laajasta tiedosta aina pienempään. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä kategorioihin, jotka on määritelty aikaisemman tiedon perusteella, etsitään sisältöjä tutkimuksista. (Tuomi – Sarajärvi 2009:113–115.)

Analysoimme aineiston teorialähtöisen eli deduktiivisen sisällönanalyysin mukaan, joka noudattaa samoja periaatteita kuin induktiivinen sisällönanalyysi.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen Tuomen ja Sarajärven (2009:109) mukaan etenee seuraavasti: aineiston lukeminen ja aukikirjoitus, aineistoon perehtyminen, pelkistettyjen ilmausten etsiminen ja listaaminen, yhtäläisyyksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista, pelkistettyjen ilmausten yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen, alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen niistä sekä yläluokkien yhdistäminen ja käsitteen muodostaminen.

Aineistoa pelkistetään etsimällä tutkimuskysymyksille vastauksia. Pelkistetyt vastaukset kirjataan ylös. (Kyngäs – Vanhanen 1999:5.) Aineiston pelkistäminen eli redusointi tarkoittaa sitä, että aineistoa pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan kaikki turha informaatio pois. Pelkistäminen voi tarkoittaa tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Pelkistämistä ohjaa siis tutkimuskysymykset, jonka mukaan aineistoa pelkistetään etsien tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Pelkistäminen voi tapahtua esimerkiksi siten, että aineistosta etsitään tutkimuskysymyksiä kuvaavia ilmauksia, jotka alleviivataan ja kirjataan listaksi. (Tuomi – Sarajärvi 2009:109.)

Klusteroinnissa eli aineiston ryhmittelyssä aineistosta saadut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Käsitteet, jotka tarkoittavat samaa asiaa, ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Luokalle annetaan kuvaava nimi, joka sopii kuvaamaan luokan sisältämiä käsitteitä. (Tuomi – Sarajärvi 2002:112–115.) Muodostettujen luokkien sisälle tulee laittaa pelkistetyt ilmaisut siten, että ne kuvaavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti (Kyngäs – Vanhanen 1999:10). Aineiston klusteroinnin jälkeen tulee aineiston abstrahointi. Oikeastaan klusterointi on osa abstrahointia. Abstrahointi tarkoittaa käsitteellistämistä. Siinä edetään aineiston alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksesta saatu olennainen tieto ja tiedon perusteella muodostetaan teoreettiset käsitteet. Sisällönanalyysissä yhdistetään käsitteitä vastaten tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysissä siis tulkitaan ja päätellään edeten empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää kuvaa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2002:112–115.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään valittujen tutkimusten analyysitapana teorialähtöistä sisällönanalyysia, joka etenee aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaan seuraavasti: sisältöön perehtyminen eli aineiston lukeminen, alkuperäisten ilmausten etsiminen ja alleviivaaminen sekä kirjoittaminen, alkuperäisten ilmausten pelkistäminen, pelkistettyjen ilmausten kirjoittaminen ja listaaminen, samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista, pelkistettyjen ilmausten yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen sekä alaluokkien yhdistäminen muodostaen yläluokkia ja tulosten analysoiminen niitä apuna käyttäen.

Deduktiivisessä sisällönanalyysissä on jo aiemman tiedon perusteella luotu valmis pääluokka eli teoria, jonka pohjalta etsimme aineiston sisältä tutkimuskysymysten näkökulmasta pääluokkaan sopivia lauseita. Aineiston analyysia ohjaa siis valmis teoria joka on muodostunut aikaisemman tiedon perusteella. Aineistosta muodostetaan luokkia tai kategorioita.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa muodostetaan ensin pääluokka seuraavista otsakkeista: tieteellisen tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa, asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa, toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa ja asiakkaan tarpeisiin sekä toiveisiin perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa. Tutkimusaineisto analysoidaan deduktiivisella sisällönanalyysillä vastaten tutkimuskysymyksiin ja tulokset sijoitetaan pääluokkien alle.

6. TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset saatiin tekemällä valitulle tutkimusaineistolle (18-tutkimusta/artikkelia) deduktiivinen sisällönanalyysi vastaten tutkimuskysymyksiin. Analyysin tulokset sijoitettiin analyysirunkoon (LIITE 1 ja 2). Analyysirungon pääluokkina olivat tieteelliseen tietoon perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa, asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa ja toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa sekä asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan

päätöksenteossa. Analyysirungon sisälle kirjoitettiin alkuperäisilmaus, pelkistetyt ilmaus, alaluokat, joista yhdistettiin yläluokat ja edelleen sijoitettiin pääluokkien alle. Analyysirungosta on kirjoitettu lyhyet esimerkit jokaiseen tämän luvun kappaleeseen.

6.1 Tieteelliseen tietoon perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

Tutkimusaineistosta nousi kymmenen pääluokkaa: anestesian syvyyden arviointi, lääketietoisuus, anestesiahoitajan pätevyys, komplikaatiot, anestesiahoitajan havainnointi, toimintaohjeiden vähäisyys, potilasturvallisuuden edistäminen, näytön käyttö ohjauksessa ja siirtosuositusten käyttö sekä siirtokriteerit ja päätöksentekomalli. Lyhyt esimerkki analyysirungosta on liitetty tähän kappaleeseen. Kokonaisuudessaan analyysirunko on nähtävissä tämän opinnäytetyön liitteenä (LIITE 1 ja 2).

Anestesian syvyyden arviointi tarkoittaa tajuttomuuden, kivuttomuuden ja lihasrelaksaation riittävyyden arviointia, minkä perusteella anestesiahoitaja tekee päätöksiä. Tajuttomuutta arvioidaan EEG:n tai kuuloherätevasteen avulla, kivuttomuutta arvioidaan potilaan sykkeestä, verenpaineesta ja liikkumisesta. Potilaan lihasrelaksaatio nähdään potilaan kyvystä liikkua vasteena kipuun. Anestesian osa-alueiden arviointi perustuu suurelta osin tieteelliseen näyttöön ja se toimii osana anestesiahoitajan päätöksenteon perustaa. Esimerkiksi tajuttomuutta arvioidaan EEG:stä saatavan BIS-indeksin avulla. BIS-indeksi on kehitetty tutkitun tiedon perusteella. Verenpaineen ja sykkeen valvonta liittyy myös tieteellisesti tutkittuun näyttöön sillä tieteen antaman tiedon mukaan tunnetaan hyvät ja riittävät verenpaine- ja sykearvot.

TAULUKKO 3. Esimerkki analyysirungosta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”Anestesian hypnoottinen komponentti on riittävä, kun potilaalle ei jää muistikuvia leikkauksesta. Analgeettinen komponentti on riittävä, kun potilas ei liiku eikä kirurginen	Hypnoottinen komponentti on riittävä, kun ei muistikuvia. Analgeettinen komponentti on riittävä, kun fysiologiset suuret eivät muutu merkittävästi.	Tajuttomuuden, kivuttomuuden, lihasrelaksaation riittävyys.	Anestesian syvyyden arviointi.	Tieteelliseen tietoon perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

<p>ärsyke saa aikaan merkittävää sykkeen tai verenpaineen nousua.</p> <p>Lihasselaksaatio on riittävä, kun potilas ei liiku leikkauksen aikana. Analgesiassa ja lihasrelaksaatioissa on siis kyse osittain samasta ilmiöstä.</p> <p>Liikkumattomuus on usein varmistettavissa riittäväällä analgesialla, vaikka lihasrelaksanteja ei käytettäisi lainkaan.”</p>	<p>Lihasselaksaatio on riittävä, kun potilas ei liiku.</p>			
<p>”Tutkimukseni mukaan potilaan hoidon suunnittelu ja toteutus vaativat anestesiahoitajilta älyllistä tietoa, joka muodostuu muun muassa ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta sekä farmakologiasta. Tiedot eri lääkkeistä, niiden vaikutusmekanismeista sekä annostelu- ja antotavoista ovat välttämättömiä anestesiahoitotyössä.”</p>	<p>Anestesiahoitajalta vaaditaan tietoa anatomiasta, fysiologiasta ja farmakologiasta.</p>	<p>Hoidon suunnittelu ja toteutus.</p>	<p>Anestesiahoitajan pätevyys.</p>	<p>Tieteelliseen tietoon perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa</p>
<p>”Anestesiassa käytetään periaatteessa kolmea eri lääkeaineryhmää: hypnooteja, analgeetteja ja lihasrelaksanteja.”</p>	<p>Hypnootit, analgeetit, lihasrelaksantit.</p>	<p>Anestesian lääkeaineet.</p>	<p>Lääketietoisuus.</p>	<p>Tieteelliseen tietoon perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa</p>

Anestesian osa-alueet toteutetaan pitkälti lääkehoidon avulla. **Lääketietoisuuteen** kuuluu lääkkeiden tunteminen ja tarkoitus sekä riskitekijöiden tiedostaminen. Lääketietoisuus on alue, mikä toimii anestesiahoitajan päätöksenteon perustana. Anestesiassa käytetään eri lääkeaineita, kuten hypnooteja, analgeetteja ja lihasrelaksanteja. Lisäksi lääkehoitoon kuuluu nestetasapainon ylläpito ja verensiirron sekä antimikrobiprofylaksin toteuttaminen. Lääkeaineet ja niiden vaikutusmekanismit perustuvat tieteelliseen näyttöön. Farmakologia on osa anestesiahoitajan lääketietoisuuden perustaa ja se perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon.

Tutkimusaineiston mukaan **anestesiahoitajan pätevyys** muodostuu useista tieteenalosta, kuten anatomiasta, fysiologiasta ja lääketieteestä. Lääketieteen osalta anestesiahoitaja tuntee muun muassa kirurgisen toimenpiteen ja anestesiatoimenpiteen etenemisen sekä tämän tiedon perusteella tekee päätöksiä. Anestesiahoitaja perustaa päätöksentekonsa usein tieteellisesti tutkittuun tietoon esimerkiksi ennaltaehkäisemällä komplikaatioita. Komplikaatioita ovat esimerkiksi infektiot ja anafylaktinen reaktio. Myös aseptinen toiminta perustuu tutkittuun tietoon sillä tieteellisesti on tutkittu esimerkiksi miten erilaiset taudinaiheuttajat, kuten bakteerit, siirtyvät paikasta toiseen ja mitä ne aiheuttavat.

Komplikaatiot käsittää komplikaatioiden ehkäisemisen, niiden tunnistamisen ja hoitamisen. Tehdessään päätöksiä liittyen komplikaatioiden ehkäisemiseen anestesiahoitaja hyödyntää preoperatiivista tietoa ja riskiluokitusta (ASA-luokitus). Komplikaatioita voivat olla esimerkiksi anafylaktinen sokki ja verensiirron komplikaatiot. **Anestesiahoitajan havainnointi** käsittää komplikaatioiden tunnistamisen ja hoitamisen, mihin anestesiahoitaja käyttää tieteellisesti tutkittua tietoa ja mikä toimii osana päätöksenteon perustaa. Tieteellisesti voidaan esimerkiksi osoittaa, että mitä oireita anafylaktiseen sokkiin kuuluu ja minkälaista lääkehoitoa siihen käytetään. Anestesiahoitaja huomioi komplikaatiot yleisanestesiassa ja heräämöhoidossa.

Näytön käyttö ohjauksessa toteutuu, kun anestesiahoitaja käyttää tieteellistä tietoa tehdessään päätöksiä liittyen potilaan ohjaamiseen. Tutkimusaineiston mukaan tieteellisen tiedon käyttö potilaan ohjauksessa on vähäistä mutta tiedolliset valmiudet potilaan ohjaamiseen katsottiin kuitenkin olevan hyvät. **Toimintaohjeiden vähäisyys** tarkoittaa sitä, että hoitosuosituksia ja näyttöön perustuvia katsauksia päätöksenteon tueksi on anestesiahoitotyön osalta vähän. **Potilasturvallisuuden edistäminen** tarkoittaa käytännössä riittävän tiedon hallintaa anestesiahoitotyössä päätöksenteon perustana.

Anestesiahoitaja käyttää päätöksenteon tukena siirtosuosituksia. **Siirtosuositusten käyttö** sisältää kansainvälisesti tunnetun ja käytetyn aldrete- metodin. Metodi tuottaa informaatiota viidestä potilaan elintoimintojen osa-alueesta. Näitä ovat hengitys, verenkierto, toiminnan taso, hapetus ja motoriikan toimivuus. Aldrete- metodi

on tutkimusaineistomme mukaan usean tutkijan suosittama käytettäväksi leikkauspotilaan hoidossa. Elintoimintoja arvioidessaan anestesiahoitaja käyttää tutkittua tietoa osana päätöksentekonsa perustaa ymmärtäessään esimerkiksi tiedon riittävästä hapetuksesta. **Siirtokriteerit ja päätöksentekomalli** toimivat anestesiahoitajan päätöksenteon tukena. Anestesiahoitaja käyttää

päätöksentekomalleja päätöksenteossa. Erilaiset siirtokriteerisuositukset ohjaavat aloittelevien sairaanhoitajien toimintaa. Siirtokriteerit myös turvaavat potilaan hoidon jatkuvuuden toimimalla yleisesti hyväksyttynä siirtokriteerinä.

6.2 Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

Tutkimusaineistosta nousi 21- pääluokkaa: rutiinitoiminta, tietoisien riskien ottaminen, anestesiahoitajan pätevyys, työntekijän ominaisuudet ja valmiudet, ohjeistus asiantuntijan tukena, moniammatillinen yhteistyö, vastuut ja velvollisuudet, ohjauksen toteuttaminen, turvallisuus ja laadukas hoitaminen. Lisäksi pääluokkia syntyi koskien päätöksentekotilannetta, jossa aikaa päätöksentekoon on vähän: anestesiahoitajan pätevyys, lyhytkestoinen päätöksenteko, päätöksenteon riippumattomuus, koulutuksen vaikutus, työkokemuksen vaikutus ja ajatteluprosessi hoitotyön vaiheissa. Edelleen pääluokkia syntyi koskien päätöksentekotilannetta, jossa aikaa päätöksentekoon on paljon: ajatteluprosessi hoitotyön vaiheissa, työkokemuksen vaikutus, työnkuvan vaikutus päätöksentekoon ja pitkäkestoinen päätöksenteko. Yhteenvedona pitkä- ja lyhytkestoisesta päätöksenteosta syntyi yläluokkana intuitiivis-analyttinen päätöksenteko.

Tässä kappaleessa yläluokat selitetään seuraavassa järjestyksessä. Ensimmäiseksi selitetään yläluokat liittyen lyhytaikaiseen päätöksentekotilanteeseen, toiseksi selitetään yläluokat liittyen pitkäaikaiseen päätöksentekotilanteeseen, kolmanneksi yläluokka yhteenvedona lyhyt- ja pitkäaikaisesta päätöksenteosta ja neljänneksi loput yläluokat. Lyhyt esimerkki analyysirungosta on kirjoitettu liittyen lyhyt- ja pitkäaikaiseen päätöksentekotilanteeseen. Lisäksi kappaleessa on vielä kolmas lyhyt esimerkki analyysirungosta. Kokonaisuudessaan analyysirunko on nähtävissä tämän opinnäytetyön liitteenä (LIITE 1 ja 2).

Anestesiahoitajan pätevyys lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa muodostuu kokemuksen ja koulutuksen yhteisvaikutuksesta. Työkokemus ja koulutus toimivat siten osana päätöksenteon perustaa. Asiantuntijan kokemukseen perustuva näyttö päätöksenteossa on myös osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. **Lyhytkestoinen päätöksenteko** anestesiahoitotyössä, lyhytaikaisessa päätöksentekotilanteessa, tarkoittaa, että päätöksentekoprosessi on intuitiivis-analyttistä. **Työkokemuksen**

vaikutus tarkoittaa anestesiahoitotyön päätöksenteon muuttumista intuitiivisemmaksi työkokemuksen lisääntyessä. **Koulutuksen vaikutus** tutkimusaineiston mukaan tarkoittaa sitä, että sairaanhoitajakoulutuksen omaavat tekevät analyttisempiä päätöksiä kuin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet sairaanhoitajat ja erikoissairanhoitajat lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa. **Päätöksenteon riippumattomuus** lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa tarkoittaa sitä, että hoitotyön tehtävällä tai leikkausosaston luonteella ei ole vaikutusta päätöksentekoon. **Ajatteluprosessi hoitotyön vaiheissa** muodostuu siitä, että hoitotyön ongelman määrittelyssä ajattelu on intuitiivis-tulkitsevaa, toiminnan suunnittelussa intuitiivis-analyttistä sekä toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa päätöksenteko on analyttis-intuitiivista.

TAULUKKO 4. Esimerkki analyysirungosta liittyen lyhytkestoiseen päätöksentekotilanteeseen.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
”Kokemus ja koulutus olivat vahvimmat ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät.”	Kokemus ja koulutus vahvimmiten ajatteluprosesseihin yhteydessä.	Kokemuksen ja koulutuksen vaikutus.	Anestesiahoitajan pätevyys	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa
”Sairanhoitajat arvioivat tekevänsä päätöksiä intuitiivis-analyttisten ajatteluprosessien mukaan tiedon hankinta ja analysointi vaiheessa... sairaanhoitajat arvioivat hankivansa tietoa potilaasta ja analysoivansa tietoa hieman enemmän	Tiedon hankinta ja analysointivaiheessa päätöksiä tehtiin intuitiivis-analyttisesti. Tiedon hankintaa potilaasta ja tämän analysointi oli enemmän analyttistä	Päätös intuitiivis-analyttistä.	Lyhytkestoisen päätöksenteon.	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

analyttisesti kuin intuitiivisesti”	kuin intuitiivisesta.			
”Sairaanhoidajat arvioivat siis suunnittelevana toimintaa intuitiivis-analyttisesti ja ajatteluprosessit toiminnan suunnittelussa ovat enemmän intuitiivisia kuin analyttisiä.”	Toimintaa suunnitellaan intuitiivis-analyttisesti, enemmän kuitenkin intuitiivisesti kuin analyttisesti.	Päätöksenteko intuitiivis-analyttistä, enemmän intuitiivista.	Ajatteluprosessi hoitotyön vaiheissa.	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

Ajatteluprosessi hoitotyön vaiheissa pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa ongelman määrittelyssä on intuitiivis-tulkitsevaa ja tiedon hankinnassa analyttis-intuitiivista sekä toiminnan suunnittelussa analyttis-intuitiivista ja analyttis-systemaattista. **Pitkäkestoinen päätöksenteko** tarkoittaa sitä, että päätöksenteko on analyttis- intuitiivista pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa. Pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa **työnkuvan vaikutus päätöksentekoon** tarkoittaa sitä, että tiedon hankinnassa anestesiahoitajat tekevät analyttisempiä päätöksiä kuin instrumentoivat ja valvovat sairaanhoitajat. Määrittäessään ennakkotietojen perusteella kysyttävät asiat potilaalta anestesia ja heräämöhoidajat toimivat analyttisesti. Anestesia ja heräämöhoidajat toimivat analyttis-intuitiivisesti erottaessaan oleellisen tiedon epäoleellisesta hoitosuunnitelmaa laatiessaan. **Työkokemuksen vaikutus** päätöksentekoprosesseihin näkyy siten, että asiantuntijat toimivat intuitiivisesti ja noviisit intuitiivis-analyttisesti kohdatessaan ensi kertaa potilaan ja tehdessään oletuksia potilaan kanssa tulevasta hoitotyön ongelmista.

TAULUKKO 5. Esimerkki analyysirungosta liittyen pitkäkestoiseen päätöksentekotilanteeseen.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
”Toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa sairaanhoitajat arvioivat tekevänsä päätöksiä analyttis-intuitiivisen ajatteluprosessin mukaan. Toiminnan	Päätöksiä tehdään analyttis-intuitiivisesti toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa.	Analyttis-intuitiivinen ajatteluprosessi toiminnassa.	Ajatteluprosessi hoitotyön vaiheissa.	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

toteutus ja arviointi ei ole voimakkaasti analyttistä eikä intuitiivista.”				
”Yhteenvedona voidaan todeta, että pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa sairaanhoitajat käyttävät päätöksenteossaan enemmän analyttisiä kuin intuitiivisia ajatteluprosesseja. Analyttisintä on tiedon analysointi ja toiminnan suunnittelu päätöksentekomallin mukaan ja intuitiivisinta tiedon analysointi ja ongelman määrittely.”	Päätöksiä tehdään pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa enemmän analyttisesti kuin intuitiivisesti. Analyttisintä on tiedon analysointi ja toiminnan suunnittelu, intuitiivisinta tiedon analysointi ja ongelman määrittely.	päätöksenteko analyttis-intuitiivista	Pitkäkestoinen päätöksenteko.	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa
”Sairanhoitajat arvioivat käyttävänsä intuitiivisempia ajatteluprosesseja kokemuksen kasvaessa tehdessään toiminnan toteutusta ja arviointia koskevia päätöksiä.”	Kokemuksen kasvaessa tehdään intuitiivisempia päätöksiä toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa.	Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin.	Työkokemuksen vaikutus.	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

Yhteenvedona **intuitiivis-analyttinen päätöksenteko** tarkoittaa sitä, että sairaanhoitajat toimivat intuitiivis-analyttisesti lyhyt- ja pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa olettaessaan hoitotyön ongelmia. Sairanhoitajat toimivat intuitiivis-analyttisesti verrattaessa potilaasta saatuja tietoja tutkittuun tietoon. Lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa sairaanhoitajat toimivat intuitiivisemmin kuin pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa.

Anestesiahoitajan pätevyys koostuu anestesiahoitajan tietoperustasta, mihin hän perustaa päätöksentekoaan. Tietoperustaan kuuluu esimerkiksi teknisten laitteiden tunteminen ja käyttäminen potilaan eduksi. Näyttöön perustuvan osa-alueen asiantuntijan kokemukseen katsotaan kuuluvaksi teknisten valvontalaitteiden käyttö ja hallinta potilaan tarkkailun osana. Asiantuntijan kokemukseen perustuva laitteiden

käytön hallinta on sairaanhoitajan erityisosaamista. Tekniset anestesia-laitteet kertovat elintoimintojen tilasta ja toimivat siten osana päätöksenteon perustaa.

Työntekijän ominaisuudet ja valmiudet tarkoittavat anestesia-sairaanhoitajan yksilöllisiä ominaisuuksia, kuten kognitiivisia ominaisuuksia. Yksilölliset ominaisuudet voivat vaikuttaa haitallisesti anestesiahoitajan päätöksentekoon ja havainnointiin. Esimerkiksi väsymys on tällainen tekijä. Työntekijän ominaisuuksiin kuuluu myös tiedolliset valmiudet ja työkokemus. Työkokemus toimii perustana anestesiahoitajan

päätöksenteossa ja on osa myös näyttöön perustuvaa hoitotyötä. **Ohjeistus asiantuntijan tukena** tarkoittaa sitä, että ohjeistus ei korvaa asiantuntijan kokemusta päätöksenteossa. Tutkimusaineiston mukaan osa anestesia-sairaanhoitajan päätöksenteosta on **rutiinotoimintaa**, mikä näkyy rutiininomaisena päätöksentekona. Tällaista rutiinotoimintaa tapahtui muun muassa potilaita lämmitettäessä. Rutiinotoiminta voidaan nähdä hyväksi havaitun toimintatavan suorittamisena, jolloin se on osa myös näyttöön perustuvaa hoitotyötä.

TAULUKKO 6. Esimerkki analyysirungosta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
”Kriittinen hätätilanne tuo esiin niitä tarpeita, joita sairaanhoitajan tulee omata, laaja syvä ymmärrys anestesiatekniikoista, kykyä hallita ja pelastaa potilas autonomisesti.”	Hätätilanteessa sairaanhoitajan tulee omata syvä ymmärrys anestesiatekniikoista ja pelastaa potilas itsenäisesti.	Itsenäinen päätöksenteko kriittisessä tilanteessa.	Työntekijän ominaisuudet ja valmiudet.	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesia-sairaanhoitajan päätöksenteossa
”Toimintaohje ei saa korvata anestesiahenkilökunnan tietotaitoa ja huolellista tarkkaavaisuutta, jotka ovat edelleen hyvän anestesiatoiminnan kulmakiviä.”	Toimintaohje ei korvaa henkilökunnan tietotaitoa ja tarkkaavaisuutta joka on anestesiatoiminnan perusta.	Toimintaohje ei korvaa asiantuntija-kokemusta.	Ohjeistus asiantuntijan tukena.	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesia-sairaanhoitajan päätöksenteossa
”Korkeatasoisen lääketieteellisen	Tieteellisen tiedon lisäksi	Tieto/ryhmätyötaidot osana	Moniammatillinen	Asiantuntijan kokemukseen perustuvan

tiedon ja taidon lisäksi tarvitaan myös ryhmäytaitoja, joiden tärkeyttä on viime aikoina korostettu erityisesti potilasturvallisuuden kannalta.”	tarvitaan myös ryhmäytaitoja, jotka ovat tärkeitä potilasturvallisuuden kannalta.	potilasturvallisuuden edistämistä	yhteistyö.	tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa
--	---	-----------------------------------	------------	--

Moniammatillinen yhteistyö sisältää anestesiahoitajan yksilölliset vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot. Moniammatillisuus katsotaan kuuluvan näyttöön perustuvan hoitotyön osa-alueeseen asiantuntija kokemukseen ja se toimii osana päätöksenteon perustaa.

Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluu keskinäinen tiedon vaihto ja tehtävien delegointi työryhmän sisällä potilaan eduksi. Potilaan turvallisuutta voidaan tutkimusaineiston mukaan parantaa hyvillä ryhmäytäidoilla. Tutkimusaineiston mukaan puutteet ryhmäytäidoissa ja vuorovaikutuksessa voivat johtaa **tietoisen riskin ottamiseen**. Lisäksi komplikaatioiden ilmaantuessa avusta kieltäytyminen sitä tarjottaessa johtaa selkeään potilasturvallisuuden vaarantamiseen. Tietoisen riskin ottamiseen kuuluu myös preoperatiivisen tiedon hyödyntämättä jättäminen ja myös kliinisen tiedon hyödyntämättä jättäminen päätöksenteossa. **Vastuut ja velvollisuudet** voidaan nähdä osana moniammatillista yhteistyötä sillä se sisältää toimivan ja selkeän työnjaon. Vastuisiin ja velvollisuuksiin kuuluu myös työnkuva, mikä useimpien anestesiahoitajien mielestä on riittävä. Anestesiahoitajan vastuut ja velvollisuudet toimivat osana päätöksenteon perustaa.

Ohjauksen toteuttamisessa päätöksenteko perustuu suurelta osin asiantuntijan tietoihin ja kokemukseen. Anestesiahoitaja perustaa siis päätöksentekonsa liittyen potilaan ohjaamiseen osaksi kokemuksen tuomaan tietoon, mikä on myös osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Potilaan ohjaaminen koetaan työkokemuksen mukaan eri tavalla. Esimerkiksi tutkimusaineiston mukaan kokemattomille sairaanhoitajille ohjauksen arviointi on vaikeaa.

Laadukas hoitaminen sisältää jatkuvan hoitotapojen kehittämisen, reflektoinnin, komplikaatioiden seurannan ja ehkäisemisen sekä muun potilaan hoidon laadukkuuden parantamisen. Näyttöön perustuvan toiminnan asiantuntijakokemukseen kuuluu laadunseurantajärjestelmät, joita tutkimusaineiston mukaan kehitetään ja käytetäänkin jo

joissain sairaaloissa. Laadunseuranta tähtää potilasturvallisuuteen. **Turvallisuus** potilaan hoidossa näkyy monella tavalla. Tutkimusaineiston mukaan asiantuntijan kokemus lisää potilaan turvallisuutta. Huolellinen raportointi ja dokumentointi edistää potilasturvallisuutta. Myös valvontalaitteiden toimivuus on turvallisuustekijä.

6.3 Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

Tutkimusaineistosta nousi kolme pääluokkaa: resurssit ohjaukseen, lisäkoulutuksen tarve ja resurssit päätöksentekoon. **Resurssit päätöksentekoon** tarkoittaa sellaisten resurssien järjestämistä työyksikköön, jotka mahdollistavat potilasturvallisuutta edistävän päätöksenteon. Tällaisia resursseja katsottiin tutkimusaineiston mukaan olevan riittävä työvoiman resursoiminen ja fyysisen työympäristön tasokkuuden mahdollistaminen sekä riittävän perehdytyksen ja koulutuksen mahdollistaminen. **Lisäkoulutuksen tarve** päätöksenteon tueksi on tutkimusaineiston mukaan selkeä. Tutkimusaineistosta nousee esille muun muassa, että sairaanhoitajien peruskoulutusta tulisi lisätä. **Resurssit ohjaukseen** tarkoittaa työyksikön johdon tarjoamaa tukea potilasohjaukseen. Näyttöön perustuvan toiminnan ympäristön resurssit, kuten tieteellisten artikkelien lukemisen mahdollistaminen ei tullut esiin tutkimusaineistosta. Alla on esimerkki analyysirungosta. Kokonaisuudessaan analyysirunko on nähtävissä tämän opinnäytetyön liitteenä (LIITE 1 ja 2).

TAULUKKO 7. Esimerkki analyysirungosta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”Myös potilasohjauksen kehittämiseen perioperatiiviset sairaanhoitajat tarvitsivat työnjohdolta enemmän tukea ja kannustamista.”	Enemmän tukea työnjohdolta kaivataan potilasohjauksen kehittämiseen.	Työnjohdolta tukea potilasohjaukseen.	Resurssit ohjaukseen	Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa
”Anestesiahoitajakoulutus koetaan riittämättömäksi jopa nykykäytäntöä palvelemaan”	Nykykäytäntöä palvelemaan, koulutus koetaan riittämättömäksi.	Koulutus riittämätön.	Lisäkoulutuksen tarve.	Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

”Riittämätön resursointi työvoiman, materiaalien, henkilökunnan koulutuksen näkökulmasta vaikeuttaa välittömästi potilasturvallisuuden ylläpitoa. Kiireen vaikutus anestesiahoitotyöhön näkyy puutteellisena anestesiatyöhön valmistautumisena, keskittymisen puutteena, aseptiikan vaarantumisenä sekä potilaan valvontaan jäävän ajan vähenemisenä.”	Riittämätön resursointi työvoiman ja materiaalien osalta vaikeuttaa potilasturvallisuuden ylläpitoa. Kiire näkyy puutteellisena valmistautumisena, keskittymisen puutteena, aseptiikan vaarantumisenä ja valvontaan jäävän ajan vähenemisenä.	Riittämätön resursointi uhkana potilasturvallisuudelle.	Resurssit päätöksenteoon.	Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa
--	---	---	---------------------------	---

6.4 Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

Tutkimusaineistosta nousi yhdeksän pääluokkaa: asianajajuus, tunteminen tavoitteena, potilaan kohtaaminen ja tarpeiden huomioiminen, huomiotta jättäminen, tiedon tarve, potilaan kokemuksellisuus ja asiantuntijuus, ohjauksen toteuttaminen, rohkaiseminen ja turvallisuus. Kappaleessa on lyhyt esimerkki analyysirungosta. Kokonaisuudessaan analyysirunko on tämän opinnäytetyön liitteenä (LIITE 1 ja 2).

Potilaan kohtaaminen ja tarpeiden huomioiminen anestesiahoitajan toiminnassa ja päätöksenteossa tarkoittaa sellaista toimintaa, missä kohdataan potilas, huomioidaan potilaan tarpeet ja vastataan niihin asianmukaisella tavalla. Tähän kuuluu myös potilaan huomioiminen ja luottamuksen rakentaminen potilaan ja hoitajan välille. Hoitaja huomioi potilaan tarpeita ja näiden tarpeiden perusteella tekee päätöksiä. Esimerkiksi hoitaja voi vastata asiakkaan keskustelun tarpeeseen keskustelemalla. **Tiedon tarve** potilaan hoidossa tarkoittaa sitä, että potilaalla on tarve saada tietoa itsestään ja hoidostaan. Anestesiahoitaja toimii tällöin tiedon lähteenä ja antaa potilaalle tarvittavan tiedon. Anestesiahoitaja huomioi päätöksenteossaan myös sen, että potilaan tietämättömyys johtaa pelkoon. **Potilaan kokemuksellisuus ja asiantuntijuus** näkyy siinä, että potilaat ovat yksilöllisiä ja toimivat oman hoitonsa

asiantuntijoina. Anestesiahoitaja perustaa päätöksentekonsa huomioimalla potilaan kokemuksen esimerkiksi pelosta. Potilas toimii myös oman hoitonsa

asiantuntijana. Näyttöön perustuva toiminta näkyy anestesiahoitajan päätöksenteossa siten, että hän huomioi asiakkaan toiveet ja tarpeet. **Rohkaiseminen** anestesiahoitotyössä tarkoittaa sellaista anestesiahoitajan toimintaa millä hän mahdollistaa potilaan tunneilmaisun.

TAULUKKO 8. Esimerkki analyysirungosta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”Hoitajat kyselivät myös Miralta itseltään voinnista, kivuista ja lääkkeistä, joita hän pystyy käyttämään.”	Hoitajat kyselivät voinnista, kivuista ja lääkkeistä.	Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen.	Potilaan kohtaaminen ja tarpeiden huomioiminen.	Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa
”Tutkimukseni mukaan kompetentilla anestesiahoitajalla on perustiedot potilaasta kuten hänen sairauksistaan ja lääkityksistään. Hänellä on tietoa potilaan kommunikointi- ja ymmärryskyvystä, elämäntilanteesta sekä potilaan kulttuuri- ja uskonnollisista tekijöistä, jotka saattavat vaikuttaa potilaan hoitoon.”	Anestesiahoitaja tietää potilaan sairaudet ja lääkityksen. Hän tietää potilaan kommunikointi- ja ymmärryskyvystä, elämäntilanteesta sekä kulttuuri- ja uskonnollisista tekijöistä.	Potilaan kokonaisvaltainen tunteminen.	Tunteminen tavoitteena.	Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa.
”Hän sai tietoa ja hänet pidettiin ajan tasalla koko ajan.”	Hän sai tietoa ja hän pysyi ajan tasalla.	Potilaan informoiminen.	Tiedon tarve.	Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa.

Ohjauksen toteuttaminen tarkoittaa potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointia potilaan ohjauksessa ja mihin päätöksenteko osaltaan perustuu. Ohjauksen

toteuttamiseen kuuluu myös se, että anestesiahoitaja ymmärtää ohjauksen hyödyt, kuten sen, että ohjaus toimii potilaan selviytymisen tukena. Ohjauksella voidaan myös vaikuttaa hoitotyön tuloksiin. Lisäksi ohjaus mahdollistaa potilaan hoitoon osallistumisen.

Asianajajuus tarkoittaa sellaista anestesiahoitajan toimintaa, jolloin hän toimii potilaan asianajajana potilaan eduksi. Anestesiatyössä tämä osa-alue korostuu sillä anestesiassa potilas on tajuton. Asianajajuus tarkoittaa potilaan eduista ja turvallisuudesta huolehtimista sekä puolesta puhumista. Asianajajuuteen kuuluu myös potilaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen. Tutkimusaineiston mukaan asianajajuus edistää potilasturvallisuutta. Asianajajuus voidaan nähdä kuuluvan näyttöön perustuvaan toimintaan, koska siinä toimitaan potilaan eduksi. **Tunteminen tavoitteena** tarkoittaa sitä, että anestesiahoitaja huomioi potilaan kokonaisvaltaisesti. Tutkimusaineiston mukaan kokonaisvaltaiseen huomioitiin sisältyy potilaan tunteet ja uskomukset. **Huomiotta jättäminen** on taas päinvastaista toimintaa. Se tarkoittaa potilaan toiveiden ja osallistumisen mahdollisuuden ohittamista päätöksenteossa. Tutkimusaineiston mukaan huomiotta jättämistäkin esiintyi anestesiahoitotyössä.

Turvallisuus anestesiahoitotyössä tarkoittaa sellaista monipuolista toimintaa, missä anestesiahoitaja tietää keskeisimmät hoitotyön ongelmat. Tutkimusaineiston mukaan esimerkiksi kipu oli keskeisin ongelma heräämöhoidossa. Potilaslähtöiset tiedot parantavat potilasturvallisuutta. Esimerkiksi potilaan fyysiset ominaisuudet huomioidaan hoitotyössä ja päätöksenteossa. Turvallisuus huomioidaan myös muun muassa potilaan leikkausasentoon laittamisessa yksilöllisten tarpeiden mukaan.

7. POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kirjallisuuskatsaus anestesiahoitajan päätöksenteosta. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää miten anestesiahoitaja perustaa päätöksentekonsa ja miten näyttöön perustuvan hoitotyön osa-alueet näkyivät päätöksenteossa. Näyttöön perustuvan hoitotyön osa-alueiden kannalta tutkimusaineistolta kysyttiin seuraavia kysymyksiä: Miten tieteelliseen tietoon perustuva tiedonkäyttö näkyy anestesiahoitajan päätöksenteossa, miten asiantuntijan kokemukseen perustuva tiedonkäyttö näkyy anestesiahoitajan päätöksenteossa ja miten toimintaympäristön mahdollisuuksiin

perustuva tiedonkäyttö näkyy anestesiahoitajan päätöksenteossa sekä miten asiakkaan toiveisiin ja tarpeisiin perustuva tiedonkäyttö näkyy anestesiahoitajan päätöksenteossa.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Näyttöön perustuva toiminta tarkoittaa parhaan ajantasalla olevan tiedon käyttöä potilaan hoidossa ja hänen läheistensä huomioimisessa. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön yhdistyy tutkimusnäyttö, näyttö potilaan tarpeista ja toiveista, hoitotyöntekijän asiantuntijuus ja organisaation resurssit yhdeksi kokonaisuudeksi. (Sarajärvi 2010:28.)

Tieteellistä tietoa käytettäessä tarkoitetaan sellaista tietoa, joka perustuu parhaaseen ajantasaiseen tutkimustietoon. Tieteellisen tiedon käyttöä lisätään hoitotyössä kyseenalaistamalla toimintakäytänteitä ja etsimällä uutta tutkittua tietoa toiminnan perustaksi (Sarajärvi 2009:13). Tutkimusaineiston mukaan anestesiahoitajan päätöksenteossa näkyy tieteellisen tiedon käyttö. Esimerkiksi anestesiahoitaja käyttää tieteellistä tietoa arvioidessaan anestesian syvyyttä ja toisaalta myös toteuttaessaan sitä lääkeaineiden avulla. Esimerkiksi anestesiassa käytetään Yli-Hankalan mukaan (2002:11–12) kolmea lääkeaineryhmää: hypnootteja, analgeetteja ja lihasrelaksantteja. Hypnooteilla pyritään tajuttomuuteen ja vaikutetaan kivun kokemiseen ja liikevasteisiin. Analgeeteilla pyritään kivuttomuuteen ja potilaan liikkumiseen jopa siinä määrin, että lihasrelaksantteja ei tarvita.

Asiantuntijan kokemukseen perustuvalla tiedon käytöllä tarkoitetaan sellaisen tiedon käyttöä toiminnasta, mikä on havaittu hyväksi ja perustuu asiantuntijan kliiniseen kokemukseen. Asiantuntijan kokemukseen perustuvaa tiedon käyttöä lisätään osallistumalla koulutuksiin ja konferensseihin sekä seuraamalla oman alan uusinta tieteellistä tietoa (Sarajärvi 2009: 13). Tutkimusaineistossa näkyi näyttöön perustuva hoitotyö. Tähän kuuluu esimerkiksi moniammatillinen yhteistyö ja kollegiaalisuus. Lisäksi asiantuntijan erityisosaaminen nousi esille tutkimusaineistosta hyvin. Tällaista osaamista oli esimerkiksi valvontalaitteiden tunteminen ja hallinta. Tutkimusaineiston mukaan anestesiahoitajan työkokemuksella oli merkitystä päätöksenteossa ja tilanteiden hallinnassa. Kokeneen anestesiahoitajan paikallaolo tarkoitti potilasturvallisuuden parantumista.

Työympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedon käyttö tarkoittaa sellaisten mahdollisuuksien lisäämistä hoitotyöntekijöille, jotka tarjoavat mahdollisuuden perehtyä uusimpiin tutkimuksiin, esimerkiksi järjestämällä työyksikköön atk- laitteet

tutkimusten lukemiseksi tai tilaamalla hoitoyksikköön hoitotieteellisiä julkaisuja. Tutkimustiedon käyttö edellyttää, että hoitotyön johtajat, kuten osastonhoitajat ja ylihoitajat toimivat tutkimustiedon käytön mahdollistajina (Eriksson – Isola – Kyngäs ym. 2006:117). Näyttöön perustuvan hoitotyön ympäristön asettamat esteet estävät näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista käytännön hoitotyössä. Tällaisia esteitä ovat ajanpuute ja vaikea pääsy tiedon lähteille sekä koulutuksen puute tieteellisen tiedon

hakemisessa ja taidoissa arvioida tutkimuksia kriittisesti. Lisäksi esteenä toimii sellainen työilmapiiri, mikä ei kannusta tieteellisen tiedon käyttöön vaan joka painottaa käytännön taitoja enemmän kuin teoreettista tietoa. (Cullum 2001:30.) Tutkimusaineistosta ei löytynyt viitteitä siihen, että toimintaympäristö mahdollistaisi tutkimustiedon lukemisen. Sen sijaan tutkimusaineistosta nousi esille esteitä, mitkä estävät näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista käytännön hoitotyössä. Tällaisia esteitä olivat riittämätön resursointi, mikä näkyi muun muassa koulutuksen puutteena ja kiireenä.

Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvalla näytöllä tarkoitetaan sellaista toimintaa missä huomioidaan asiakkaan tarpeet ja toiveet. Asiakas on aina mahdollisuuksien mukaan tekemässä omaan hoitoonsa liittyviä päätöksiä näyttöön perustuvassa toiminnassa (Pelkonen 2002:12). Tutkimusaineiston mukaan asiakas huomioidaan anestesia- ja heräämöhoidotyössä hyvin. Asiakkaan kokemuksellisuus ja yksilöllisyys sekä tarpeet huomioidaan tehtäessä päätöksiä liittyen asiakkaan hoitoon. Näyttöön perustuva hoitotyö näkyy selvästi asiakkaan toiveiden ja tarpeiden huomioinnissa.

7.2 Eettiset lähtökohdat ja luotettavuus

Hyvän tutkimuksen vaatimuksina toimivat tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus ja eettinen kestävyys. Sisäinen johdonmukaisuus tulee ilmi esimerkiksi argumentaatiossa, kuten miten ja millaisia lähteitä tutkija käyttää. Tutkijan tulee siis tietää mitä tekee.

Eettinen kestävyys tarkoittaa muunmuassa tutkimuksen luotettavuutta ja laatutasoa. (Tuomi – Sarajärvi 2009:127.)

Laadullisen tutkimuksen etiikkaa tarkasteltaessa voidaan erottaa kaksi ääripäätä. Toisessa ääripäässä tutkimusetiikan ongelmat sisältyvät lähinnä tutkimustoimintaan. Tämä sisältää esimerkiksi aineiston keräämisen vaiheet, aineiston analyysimenetelmien luotettavuuden ja millaisia keinoja tutkija saa käyttää tutkimustulosten esittämisessä. Toisessa ääripäässä ajatellaan, että kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja. (Tuomi – Sarajärvi 2009:128.)

Tutkimus tulee olla hyvän tieteellisen käytännön mukainen. Hyvässä tieteellisessä käytännössä ei vähätellä muiden tutkijoiden osuutta, käytetyt menetelmät selostetaan hyvin, julkaisussa viitataan käytettyihin tutkimuksiin asiallisesti ja tulokset kirjataan hyvin. (Tuomi – Sarajärvi 2009:133.) Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa myös, että tutkijat noudattavat tutkimusta tehdessään eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä ja tutkimusmenetelmiä. Toisin sanoen tämä tarkoittaa sitä, että tutkija käyttää tutkimuksessaan tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka tiedeyhteisö on hyväksynyt. Edelleen hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tiedonhankinta perustuu alan tieteellisen kirjallisuuden tuntemukseen, asianmukaisiin aineiston lähteisiin, riittäviin havaintoihin ja tutkimuksen analysointiin. (Vilka 2005:30.) Tutkimus tehdään myös rehellisesti. Tässä huomioidaan muutamia periaatteita. Ensiksikin toisten tekstiä ei plagioida, mikä tarkoittaa luvaton lainaamista sisältäen kaiken sellaisen toiminnan, jossa jonkun toisen käsikirjoitusta, artikkelia tai tekstiä esitetään omanaan. Toiseksi tuloksia ei yleistetä eikä niitä sepitetä. Kolmanneksi raportointi on rehellistä siten, että tutkimuksessa huomioidaan, että alkuperäisiä havaintoja ei muokata siten, että tulos vääristyy. (Lauri – Remes – Sajavaara 2009:27.) Tämä kirjallisuuskatsaus on luotettava sillä se on tehty rehellisesti, siinä on kuvattu käytetyt menetelmät, tutkimusaineiston haku ja rajaus sekä tutkimusaineiston valinta. Lisäksi tutkimusaineiston analyysi on kuvattu ja tulokset ovat yhdenmukaiset tutkimusaineiston kanssa. Kirjallisuuskatsauksen lähdeviitteet on kuvattu selkeästi.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tutkimusmetodi, jossa luotettavuus on merkittävä asia. Siinä pyritään tutkimuksen toistettavuuteen ja virheettömyyteen. Mikäli kirjallisuuskatsaus tehdään huolimattomasti, sillä ei ole arvoa tieteenalan ja hoitotyön

kehittämisen kannalta. Luotettavuutta parannetaan, kun tutkimusta tekee kaksi henkilöä. (Pudas-Tähkä – Axelin 2007:46.)

Kirjallisuuskatsauksessa toteutettu huolellinen suunnittelu, tarkka kirjallisuushaku ja selkeät tutkimusten sisäänottokriteerit vähentävät virheiden määrää ja parantavat katsauksen luotettavuutta (Stolt ym. 2007:68). Kirjallisuuskatsauksen vaiheita tulee arvioida kriittisesti, jolloin voidaan arvioida kuinka luotettavaa saatu tieto todellisuudessa on. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla saatujen tulosten

luotettavuus paranee, mikäli tutkijoiden työskentelyprosessia voidaan seurata lukiessa valmista katsausta. (Pudas-Tähkä ym. 2007:53–54.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus pystytään tarvittaessa toistaa (Pudas-Tähkä ym. 2007:53, Hannula – Kaunonen 2006:22). Tämä kirjallisuuskatsaus on luotettava siksi, että siinä on kuvattu mahdollisimman tarkasti työskentelyprosessin eteneminen ja opinnäytetyötä on ollut tekemässä kaksi eri opiskelijaa.

Laadullisessa tutkimustoiminnassa yritetään välttää virheiden syntymistä ja siksi tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida. Tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena siten että huomioidaan tutkimuksen johdonmukaisuus. Tutkimuksesta tulee arvioida seuraavia asioita: Tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, aineiston keruuta ja analysointia, tutkimuksen luotettavuutta ja tutkimuksen raportointia. Tutkimuksen tarkoitus tulee näkyä julkaisussa eli mitä tutkija on tutkinut ja miksi. Aineiston hakumenetelmät tulee olla kuvattuna ja myös aineiston analysointimenetelmät. Kaikki edellä mainittu tulee kuvata mahdollisimman tarkasti. (Tuomi – Sarajärvi 2009:134,140–142, Tuomi – Sarajärvi 2002:135,138.) Luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessin ajan. Luotettavuutta arvioidaan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, aineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan ja johtopäätöksiin. Tutkijan tulee voida kuvata ja perustella tutkimuksessaan, mistä valintojen joukosta valinta tehdään, mitä päätöksiä valintojen pohjalta syntyi, ja miten tutkija päätyi näihin lopullisiin päätöksiin. Tutkijan tulee arvioida päätöksiensä tarkoituksenmukaisuutta tai toimivuutta ajatellen tavoitetta. Tutkimus tulee olla toistettavissa käytännössä. (Vilka 2005:159–160.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelulle on olemassa neljä peruskriteeriä, jotka alun perin tuo esille Lincoln ja Cuba 1985 kirjassaan *Naturalistic inquiry*. Samat kriteerit esitellään edelleen Tuomen ja Sarajärven kirjassa *Laadullinen tutkimus ja*

sisällönanalyysi 2002. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin peruskriteerit ovat **uskottavuus (credibility)**, **varmuus (dependability)**, **siirrettävyys (transferability)** ja **vahvistettavuus (confirmability)** (Lincoln – Cuba 1985:294–301, Tuomi – Sarajärvi 2002:136–137, Tuomi – Sarajärvi 2009:138–139). **Uskottavuus** tässä opinnäytetyössä tarkoittaa sitä, että vastaako opinnäytetyön tekijän tulkinta alkuperäisaineistosta alkuperäisaineiston kirjoittajan tulkintaa. Toisin sanoen, onko tämän opinnäytetyön tulokset totuudenmukaisia. Tämän kirjallisuuskatsauksen uskottavuutta lisää se, että alkuperäisaineiston lukee ja analysoi kaksi eri opiskelijaa. **Varmuuden** arviointi tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset tulevat yksin alkuperäisaineistosta. Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tulokset perustuvat yksin alkuperäisaineistoon eikä opiskelijoiden käsityksiin. **Siirrettävyyden** arviointi tarkoittaa sitä, että voidaanko tutkimustulokset siirtää toiseen vastaavaan yhteyteen siten, että tulkinnat pysyvät samoina. Tässä opinnäytetyössä siirrettävyyden arviointi tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset on siirrettävissä toiseen samankaltaiseen yhteyteen ja tulkinnat pysyvät tällöin samoina. **Vahvistettavuus** tarkoittaa sitä, että muut samankaltaiset tutkimukset antavat vastaavia tutkimustuloksia. Tässä opinnäytetyössä vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimalla tämän opinnäytetyön tutkimusaluetta ja siten kysyttäessä tutkimusaineistolta samoja kysymyksiä muissa tutkimuksissa, saadaan vastaavia tutkimustuloksia.

7.3 Johtopäätökset ja kehittämishaasteet

Tutkimusaineiston mukaan näyttöön perustuvia katsauksia ja hoitosuosituksia on anestesiahoitotyön osalta vähän. Esimerkiksi anestesiahoitajan työssä käytetään vähän tieteellistä tietoa liittyen potilaan ohjaukseen. Tulevaisuuden kehittämishaasteena olisi tuottaa näyttöön perustuvia katsauksia liittyen anestesiahoitotyöhön.

Anestesiahoitotyön laatua voitaisiin parantaa esimerkiksi sillä, että kokeneet anestesiahoitajat siirtäisivät hiljaista tietoaan kokemattomille ja vastavalmistuneille sairaanhoitajille. Jatkuvana kehittämishaasteena ovat myös erilaiset laadunseurantajärjestelmät, jotka edistävät potilasturvallisuutta. Tutkimusaineistosta nousi myös esille se, että anestesiahoitajien peruskoulutusta tulisi lisätä.

Työympäristön mahdollisuuksia voitaisiin kehittää tarjoamalla anestesiahoitajille aikaa perehtyä tieteellisiin tutkimuksiin ja julkaisuihin. Näyttöön perustuvan hoitotyön etuja voitaisiin tuoda työyksiköissä esille ja näin parannettaisiin tieteellisen tiedon

käytön myönteisyyttä. Tieteellisen tiedon käytön mahdollistaminen edellyttää jatkossa sitä, että työyksiköiden johto järjestää koulutusta tutkimustiedon lukemiseen ja soveltamiseen. Tutkimusaineistossa ei mainittu hoitotyöntekijöiden mahdollisuuksista perehtyä tutkimustietoon työyksiköissään. Asiakkaan tarpeiden huomiointia voitaisiin jatkuvasti kehittää mahdollistaen asiakkaan toimimisen oman hoitonsa asiantuntijana.

LÄHTEET

Bond, Susan – Cooper, Simon 2006: Modelling emergency decisions: recognition-primed decision making. *Journal of Clinical Nursing* 15. 1023 – 1032.

Closs SJ. – Cheater, FM 1999: Evidence for nursing practice: A clarification of the issues. *Journal of Advanced Nursing* 30 (1). 10–17.

Cullum, Nicky 2000: Näyttöön perustuva hoitotyö: Haasteet ja mahdollisuudet. Leino-Kilpi, Helena 2000: Näyttöön perustuva hoitotyö: onko sitä? Pekkala, Eila 2000: Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Leino-Kilpi, Helena – Mikkola, Taru – Peiponen, Arja (toim.): *Hoitotyön vuosikirja 2001*. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere.

Eriksson, Katie – Isola, Arja – Kyngäs, Helvi – Leino-Kilpi, Helena – Lindström, Unni Å – Paavilainen, Eija – Pietilä, Anna-Maija – Salanterä, Sanna – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Åstedt-Kurki, Päivi 2006: *Hoitotiede*. WSOY. Helsinki.

Ervasti, Tytti-Maarit. 2004: Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. *Pro Gradu*. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos.

Ervasti, Tytti-Maarit 2005: Perioperatiivinen sairaanhoitaja tarvitsee tukea ohjaukseen. *Pinsetti* 17 (2). 28–29.

Hannula, Leena – Kaunonen, Marja 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa. *Sairaanhoitaja* 79 (12). 21–24.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009: *Tutki ja kirjoita*. Kariston kirjapaino Oy.

Jalonen, Jouko 2004: Anestesiaan liittyvien riskien tiedostaminen. *Finnanest* 37 (3). 246 – 248.

Jalonen, Jouko – Hynynen, Markku – Valanne, Jukka – Erkola, Olli 1999: Suomen Anestesiologiyhdistyksen anestesiatoimintaa koskevat suositukset. *Finnanest* 32. 410–414.

Johansson, Kirsi Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Liisa-Riitta – Routasalo, Pirkko – Pudas-Tähkä, Sanna-Mari 2007: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto, hoitotieteen laitoksen julkaisu A:51/2007.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.

Kaukkila, Hanna-Sisko – Suominen, Tarja 1999: Millainen on hyvä anestesiahoitaja. *Spirium* 34 (1). 30–32.

Kokkonen, Maaria 2005. Leikkauspotilaan siirto heräämöstä vuodeosastolle. Näyttöön perustuvien siirtokriteerien kuvailu. *Pro Gardu*. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

- Kremer, Michael – Faut-Callahan, Margaret – Hicks, Frank 2002: A Study of clinical decision making by certified registered nurse anesthetists. *AANA Journal* 70 (5). 391–397.
- Kurki, Leena. 2007: ”Väliaikaisesta majoituspaikasta turvalliseen kotipesään. Pro Gradu. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Kylmä, Jari – Pelkonen, Marjaana – Hakulinen, Tuovi 2003: Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. *Hoitotiede* 16 (6). 250–257.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3–5, 10.
- Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1). 37, 39, 44.
- Lahdenperä, Tiina – Lukkarinen, Hannele 2003: Näyttöön perustuva hoitotyö. *Spirium* 38 (1). 10–11.
- Lauri, Sirkka,– Eriksson, Elina – Hupli, Maija 1998: Hoidollinen päätöksenteko. Werner Söderström Oy.
- Lauri, Sirkka – Leino-Kilpi Helena 2003: Näyttöön perustuva hoitotyö. Werner Söderström Oy.
- Lauri, Sirkka – Salanterä, Sanna 2002: Hoitotyön päätöksentekoteoria. *Hoitotiede* 14 (4). 158–165.
- Lincoln, S. Yvonna – Guba, G. Egon 1985: *Naturalistic inquiry*. United States of America. California. SAGE publications.
- Lipponen, Kaija 2006: Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjauksessa. *Sairaanhoitaja* 79 (10). 22 – 24.
- Mustajoki, Sanna 2000: Näyttöön perustuva hoitotyö ja sen hyödyllisyys hoitotyön käytännössä. Teoksesta Lauri, Sirkka – Hupli, Maija – Jokinen, Satu (toim.) *Hoitotiedemitä, miten ja miksi* osa III. Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja tutkimusraportteja. Turku: Digipaino Turun yliopisto
- Niemi-Murola, Leila 2005: Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutusta leikkaussalissa. *Suomen lääkäri* 60 (3). 305 – 308.
- Niskanen, Minna – Vakkuri, Anne – Merentoja, Olli – Alahuhta, Seppo 2003: Anestesiaalääkärin ja -sairaanhoitajan välinen työnjako. *Spirium* 39 (3). 9–15
- Nivalainen, Jarmo – Junttila, Kristiina – Kiviniemi, Kirsi – Leinonen, Tuija 2009: Katsaus perioperatiivista hoitotöitä koskeviin yliopistollisiin opinnäytetöihin Suomessa vuosina 1987 – 2007. *Hoitotiede* 21 (4). 304 – 316.
- Nurminen, Raija 2000: Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteenlaitos.

Pelkonen, Marjaana 2007: Tukea näyttöön perustuva hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva Hoitotyö 5 (3). 3.

Peltomaa, Karolina 2008: Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro gradu. Turun yliopisto.

Perälä, Marja-Leena. 1999: Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila, Riitta – Kangas, Riitta – Ranta, Jouko. (toim.): Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä. Helsinki.

Qvick, Leena 2010: Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Sairaanhoidajan käsikirja. Verkkodokumentti.<http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=eettiset%20velvollisuudet>Luettu 18.3.2010.

Rantala, Arto 2006: Leikkausalueen infektioiden ehkäisykeinot. Finnanest 39 (3). 207 – 210.

Ruonamo, Mervi – Toppala, Tarja 2000: Anestesiatietojärjestelmä hoitotiimin työkaluna. Spirium 35 (3). 28 – 29.

Rehn, Katja – Sarajärvi, Anneli 2009: Näyttöön perustuva elintoimintojen tarkkailu – häiriöt potilaan peruselintoiminnoissa on tunnistettavissa ja ennakoitavissa. Ensihoitajalehti 3(4) 24–28.

Rosenberg, Per – Alahuhta, Seppo – Hendolin, Heikki – Jalonen, Jouko – Yli-Hankala, Arvi 2002: Anestesiaopas. Duodecim. Kirjapaino Oy West Point. Rauma.

Rosenberg Per – Alahuhta, Seppo – Lindgren Leena – Olkkola, Klaus – Takkunen, Olli 1999: Anestesiologia ja tehohoito. Gummerus kirjapaino Oy.

Sabour, Sami – Niskanen, Minna – Tuovinen, Timo – Purhonen, Sinikka – Takkunen, Olli 2005: Anestesiaaatuipokkeamat KYS:ssa vuonna 2003. Finnanest 38 (2). 154–159.

Salo, Matti 2005: Anafylaktiset reaktiot anestesian aikana. Spirium 40 (4). 7–13.

Sarajärvi Anneli. 2008. Näyttöön perustuva osaaminen hoitotyössä, alustava toimintamalli.

Sarajärvi, Anneli 2009: Näyttöön perustuva hoitotyö – kuvaus toimintamallin kehittämisestä. Pro terveys – Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat. 37 (6). 10–14.

Sarajärvi, Anneli – Markkanen, Päivi 2009: Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä. Kehittämisprojektin alkukartoitukset ja toimintamallin muodostamisprosessi. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja.

Sarajärvi, Anneli 2010: Näyttöön perustuvan hoitotyön vahvistaminen. Terveiset (1) 28–30.

Sarajärvi, Anneli – Rehn, Katja 2010: Sairaanhoidajan kokemuksia näyttöön perustuvasta päätöksenteosta. Sairaanhoidaja 83 (4). 49–50.

Sjöberg, Lennart 2003: Intuitive vs. analytical decision making: which is preferred? *Scandinavian Journal of Management* (19) 17–29.

Syväoja Sakari. 2003: Anestesiaa. *Spirium* 38 (1). 16–17.

Taskinen Asta. 2009: Perioperatiivisen hoitotyön kliininen päätöksenteko. Pro Gradu. Kuopion yliopisto, hoitotieteenlaitos.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummeruskirjapaino Oy.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummeruskirjapaino Oy.

Uusaro, Sakari – Ruokonen, Eero 2000: Milloin näyttö riittää? *Finnanest* 33 (2). 119–120.

Vilka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Otavan kirjapaino Oy.

Yli-Hankala, Arvi 2002: Anestesia- syvyyden monitorointi. *Spirium* 37 (2).11–13.

Yli-Hankala, Arvi 2003: EEG:n entropia anestesian syvyyden mittarina. *Finnanest* 36 (5). 430–433.

Päälukko: Tieteelliseen tietoon perustuvan tiedonkäyttö anestesia- ja sairaanhoitajan päätöksenteossa.

Nimi	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Anestesia- ja sairaanhoitajan päätöksenteon monitorointi. Arvi Yli-Hankala. Spirium 2002;37 (2).	<p>”Lyhyesti, anestesian mekanismeja tulisi ymmärtää siksi, että vain niiden avulla pystymme rationaaliseen toimintaan.”</p> <p>”Liian pienet lääkeainepitoisuudet, ja varsinkin ”nukuttavan” lääkkeen eli hypnootin puute saattaa puolestaan johtaa tahattomaan hereilläoloon, josta voi seurata pysyvä henkinen vaurio potilaalle.”</p> <p>”Liian suuret lääkeainepitoisuudet anestesian loppuvaiheessa hidastavat potilaan heräämistä.”</p> <p>”Anestesiassa käytetään periaatteessa kolmea eri lääkeaineryhmää: hypnooteja, analgeetteja ja lihasrelaksantteja.”</p> <p>”Hypnooteilla pyritään tajuttomuuteen, mutta sivutuotteina vaikutetaan kivun kokemiseen ja liikevasteisiin. Analgeeteilla pyritään kivuttomuuteen, mutta niillä on myös jonkin verran hypnoottista vaikutusta. Analgeeteilla voidaan myös vaikuttaa potilaan liikkumiseen jopa siinä määrin, että lihasrelaksantteja ei välttämättä edes tarvita.”</p> <p>”Tajuttomuutta arvioidaan EEG:n tai kuulohäätävasteen avulla. Kivuttomuutta arvioidaan sykkeestä, verenpaineesta ja potilaan liikkumisesta. Hermo-lihasliitoksen salpauksen aste näkyy lihasrelaksaatiomittarilla</p>	<p>Anestesian mekanismien ymmärtäminen johtaa rationaaliseen toimintaan.</p> <p>Hypnootin pieni määrä johtaa potilaan hereilläoloon ja henkiseen vaurioon.</p> <p>Suuret lääkeainepitoisuudet hidastavat heräämistä.</p> <p>Hypnootit, analgeetit, lihasrelaksantit.</p> <p>Pyritään tajuttomuuteen, vaikutetaan kivun kokemiseen ja liikevasteisiin.</p> <p>Tajuttomuuden arviointi, kivuttomuuden arviointi, lihasrelaksaation arviointi.</p>	<p>Anestesian mekanismien ymmärtäminen.</p> <p>Hereilläolo johtaa henkiseen vaurioon.</p> <p>Lääkeaineiden tunteminen.</p> <p>Anestesian lääkeaineet.</p> <p>Lääkeaineiden tarkoitus.</p> <p>Anestesian osa-alueiden arviointi.</p>

	<p>(NMT) ja potilaan kykynä liikkua vasteena kivulle.”</p> <p>”Anestesia on kokonaisuudessaan riittävä, kun potilas on tajuton, kivuton ja liikkumaton.”</p> <p>”Anestesian hypnoottinen komponentti on riittävä, kun potilaalle ei jää muistikuvia leikkauksesta. Analgeettinen komponentti on riittävä, kun potilas ei liiku eikä kirurginen ärsyke saa aikaan merkittävää sykkeen tai verenpaineen nousua. Lihasrelaksaatio on riittävä, kun potilas ei liiku leikkauksen aikana. Analgesiassa ja lihasrelaksaatiossa on siis kyse osittain samasta ilmiöstä. Liikkumattomuus on usein varmistettavissa riittävällä analgesialla, vaikka lihasrelaksantteja ei käytettäisi lainkaan.”</p> <p>”Bispektri-indeksi (BIS) on tällä hetkellä ainoa Suomen markkinoilla oleva spontaania EEG:aa käyttävä hypnoottisen komponentin mittari. EEG rekisteröidään otsan iholta erityisellä teippielektrodilla, ja tajuisuutta kuvaava luku esitetään monitorin ruudulla sekä numerona että trendinä. Hereillä ollessa BIS-luku on 90-100. Potilas on tajuton, kun BIS-luku on alle 60. Kun BIS-luku laskee alle 40, tajuttomuus on tarpeettoman syvä ja potilaan herääminen anestesian jälkeen saattaa hidastua.”</p> <p>”Anestesian hypnoottista komponenttia voidaan mitata myös kuuloherätevasteen avulla. Jos äänistimulus saa aikaan toistuvan muutoksen EEG:ssa, tämä muutos</p>	<p>Anestesia on riittävä, kun tajuton, kivuton ja liikkumaton.</p> <p>Hypnoottinen komponentti on riittävä, kun ei muistikuvia. Analgeettinen komponentti on riittävä, kun fysiologiset suuret eivät muutu merkittävästi. Lihasrelaksaatio on riittävä, kun potilas ei liiku.</p> <p>Hypnoottisen komponentin mittari on Bispektri-indeksi. EEG:tä rekisteröidään otsalta ja tajuttomuutta kuvaava luku on numeroina ja trendinä. Hereillä: BIS 90-100, tajuttomana 60, riittävästi tajuttomana <40.</p> <p>Hypnoottista komponenttia voidaan mitata kuuloherätevasteen avulla. Äänistimuluksen aikaansaama toistuva EEG-muutos nähdään keskiarvoistamalla EEG.</p>	<p>Anestesian riittävyys.</p> <p>Tajuttomuuden, kivuttomuuden, lihasrelaksaation riittävyys.</p> <p>Riittävää tajuttomuutta mitataan EEG:stä nähtävällä Bispektri-indeksillä.</p> <p>Tajuttomuutta mitataan kuuloherätevasteen avulla.</p>
--	---	--	--

<p>Millainen on hyvä anestesiahoitaja. Hanna-Sisko Kaukkila – Tarja Suominen. Spirium 1999;34 (1).</p>	<p>voidaan saada näkyväksi keskiarvoistamalla EEG:aa. Kuuloherätevaste muuttuu, kun potilas menettää tajuntansa. Kuuloherätevaste ei ole riippuvainen EEG:n piirteistä, vaan potilaan tajuisuudesta.”</p> <p>”Vuorovaikutuksen mahdollistajana ovat myös anestesiahoitajan yleistiedot usealta eri tieteen alalta, kuten hoitotieteestä, pedagogiikasta ja historiasta sekä taito suhtautua empaattisesti kanssaihmiin.”</p> <p>”Tutkimukseni mukaan potilaan hoidon suunnittelu ja toteutus vaativat anestesiahoitajilta älyllistä tietoa, joka muodostuu muun muassa ihmisen anatomiasta ja fysiologiasta sekä farmakologiasta. Tiedot eri lääkkeistä, niiden vaikutusmekanismeista sekä annostelu- ja antotavoista ovat välttämättömiä anestesiahoidotyössä.”</p> <p>”Anestesiologisten tietojen avulla kompetentti anestesiahoitaja tunnistaa tekijät, jotka ovat eri anestesiamuotojen esteenä, sekä hänen tulisi tietää eri sairauksien vaikutukset anestesiaan.</p> <p>Anestesiahoitaja on myös tietoinen mahdollisista komplikaatioista, joita potilaalla voi ilmetä anestesian aikana sekä niiden hoitomahdollisuuksista.”</p> <p>”Kirurgiset tiedot mahdollistavat sen, että anestesiahoitaja voi seurata toimenpiteen etenemistä ja tunnistaa mahdolliset toimenpiteen vaikutukset</p>	<p>Tajuttomuudessa kuuloherätevaste muuttuu.</p> <p>Anestesiahoitajan vuorovaikutuksen mahdollistavat tiedot koostuvat tieteen aloilta, kuten hoitotieteestä, pedagogiikasta ja historiasta.</p> <p>Anestesiahoitajalta vaaditaan tietoa anatomiasta, fysiologiasta ja farmakologiasta.</p> <p>Anestesiahoitajan tunnistaa tekijät, jotka voivat olla anestesiamuotojen esteenä. Anestesiahoitaja on tietoinen mahdollisista komplikaatioista.</p> <p>Kirurgiset tiedot mahdollistavat toimenpiteen seuraamisen ja sen vaikutuksen elimistöön.</p>	<p>Anestesiahoitajan tietoperusta koostuu useasta tieteenalasta.</p> <p>Hoidon suunnittelu ja toteutus.</p> <p>Anestesiamuotojen esteiden tunteminen ja komplikaatioiden ehkäiseminen.</p> <p>Kirurgisen toimenpiteen etenemisen tunteminen.</p>
--	---	--	--

<p>Anestesiaa- ja anestesiahoitoa koskevat KYS:ssä vuonna 2003. Sami Sabour – Minna Niskanen – Timo Tuovinen – Sinikka Purhonen – Olli Takkunen. Finnanest 2005;38 (2).</p>	<p>potilaan elimistössä ja ottaa huomioon toimenpiteen kulun myös anestesiahoitossa.”</p> <p>”Muita tietoa-alueita, joita anestesiahoitaja tarvitsee potilaan hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa, ovat aseptiikka, tiedot sairaalan dokumentointikäytännöistä, matemaattiset ja psykologiset tiedot.”</p> <p>”Anestesiahoitajalla onkin oltava kattavat tiedot työympäristön teknis-kemiallisista tekijöistä, kuten käytettävien kaasujen ja kemikaalien vaikutuksista ja miten niiden kanssa on toimittava, tiedot sähköturvallisuustekijöistä ja yleisistä sairaalan- ja leikkausosaston hälytysjärjestelmistä ja vaaratilanteissa toimimisesta.”</p> <p>”Anestesiahoito sisältää useita toimenpiteitä, joiden suorittamiseen kompetentilla anestesiahoitajalla on taidot. Tällaisia ovat muun muassa taidot ekg-seurannan asettamiseen ja seurantaan, laskimokanyylin laittamiseen ja potilaan lääkitsemiseen sen kautta, taidot potilaan hapettamiseen ja intubointiin sekä hengityskoneeseen kytkemiseen.”</p> <p>”..esitetty komplikaatoriskiä kuvaavan ASA-luokituksen jakaantuminen potilasaineistossa ja elinryhmä, jonka perusteella hoitava anestesia- ja preoperatiivissa</p>	<p>Vaadittavat tiedot hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa koostuvat aseptiikasta, dokumenttikäytänteistä, matemaattisista ja psykologisista taidoista.</p> <p>Anestesiahoitajalla tulee olla teknis-kemialliset tiedot käytetyistä kaasuihin ja kemikaaleihin, turvallisuustekijöistä ja hälytysjärjestelmistä.</p> <p>Anestesiahoito sisältää useita toimenpiteitä, mm. ekg seuranta, kanylointia ja lääkitsemistä. Taidot hapettamiseen, intubointiin ja hengityskoneeseen kytkemisen.</p> <p>Komplikaatoriskiä kuvaava ASA-luokituksen ja elinryhmän perusteella anestesia- ja preoperatiivissa</p>	<p>Anestesiahoitajan tietoperusta koostuu tieteenaloista, aseptiikasta ja käytänteistä.</p> <p>Teknis-kemialliset tiedot anestesiakaasuista.</p> <p>Taito eritoimenpiteisiin</p> <p>Anestesian riskiluokitus.</p>
---	---	---	---

<p>Anafylaksiset reaktiot anestesian aikana. Matti Salo. Spirium 2005;40 (4).</p>	<p>arvioinnissaan riskiluokituksen asettanut.”</p> <p>”Anestesian aikana todetut komplikaatiot: Sydäninfarkti, sydänpysähdys, elvytys, kuolema, keskushermostokomplikaatio, intubaatiovaikeus, hypoksemia, larynxspasmi/bronkospasmi, aspiraatio, hypotensio, hypertensio, arytmia, rintakipu/hengenahdistus, massiivinen vuoto, hereilläolo yleisanestesian aikana, hyper-/hypotermia, kanylointikomplikaatio, lääkitysvirhe, hammasvaurio, nenäverenvuoto, allerginen reaktio, paine-/palovamma, perifeerinen hermovamma/silmävamma, suunnittelematta teholle.”</p> <p>”Heräämöhoidon aikana todetut komplikaatiot: sydäninfarkti, sydänpysähdys, elvytys, kuolema, keskushermostokomplikaatio, postoperatiivinen hengitysvajaus, hypoksemia, larynxspasmi/bronkospasmi, aspiraatio, hypo- ja hypertensio, arytmia, rintakipu/hengenahdistus, massiivinen vuoto, leikkauksen jälkeinen pahoinvointi, hyper-/hypotermia, laiteongelma, kanylointikomplikaatio, lääkitysvirhe, hammasvaurio, nenäverenvuoto, allerginen reaktio, paine- tai palovamma, hermo- tai silmävamma, suunnittelematta teholle.”</p> <p>”World Allergy Organisationin vuodelta 2003 peräisin olevan uuden suosituksen mukaan anafylaksia käsittää kaikki systeemiset, äkilliset</p>	<p>Anestesian komplikaatiot vuonna 2003.</p> <p>Heräämöhoidon komplikaatiot vuonna 2003.</p> <p>Anafylaksia on systeeminen yliherkkyysoire.</p>	<p>Anestesian komplikaatioiden ehkäiseminen.</p> <p>Heräämöhoidon komplikaatioiden ehkäiseminen.</p> <p>Anafylaktisen reaktion tunnistaminen.</p>
---	---	---	---

	<p>yliherkkyyksireaktiot.”</p> <p>Anafylaktisen reaktion ”aiheuttaja voi olla mikä tahansa lääke tai aine.”</p> <p>”Lateksi aiheuttaa lihasrelaksanttien jälkeen toiseksi eniten reaktioita ja on syynä 10-20%:ssa anestesian yhteydessä tavattavia reaktioita. Reaktio syntyy iho-, limakalvo- tai kuduskontaktista tai kun hengitetään käsineistä puuterin mukana ilmaan päässeitä lateksihiukkasia.”</p> <p>”Muita perioperatiivisen vakavan yliherkkyyksireaktion aiheuttajia ovat antibiootit, opioidit ja protamiini. Myös kuvantamisvarjoaineet ja –tehosteet voivat aiheuttaa vakavan yliherkkyyksireaktion, samoin harvinaisina mm. kudosliima, verisuoniproteesi, metyleenisini ja vartijaimusolmukkeen toteamiseen käytetty isosulfan blue.”</p> <p>”Iga-puutostilassa verensiirto aiheuttaa yliherkkyyksireaktion, jos potilaalle on kehittynyt anti-IgA-vasta-aineita.”</p> <p>”Anafylaktinen ja anafylaktoidi reaktio ovat kliiniseltä kavaltaan samankaltaisia.”</p> <p>” Yleisanestesia ja laaja puudutus muuntavat reaktion kuvaa, yleisanestesia myös vaimentaa joitakin osareaktioita, mm. bronkokonstriktion kehittymistä. Yleisanestesiassa ei tavata reaktioon liittyviä subjektiivisia oireita, ja</p>	<p>Anafylaktisen reaktion aiheuttaa lääke tai aine.</p> <p>Anafylaktisen reaktion aiheuttaa lateksi ja lihasrelaksantti.</p> <p>Yliherkkyyksireaktion aiheuttavat useat lääkkeet, kuten antibiootit, opioidit ja protamiini. Muut aineet, kuten kuvantamisvarjoaineet, kudosliima, verisuoniproteesi, metyleenisini ja isosulfan blue aiheuttavat yliherkkyyksireaktion.</p> <p>Iga-puutostila aiheuttaa yliherkkyyksireaktion anti-iga vasta-aineiden kehittyessä.</p> <p>Anafylaktisen ja anafylaktoidin reaktion kliininen kuva.</p> <p>Yleisanestesia muuntaa reaktion kuvaa, vaimentaa osareaktioita ja elimistön kompensatiota.</p>	<p>Anafylaktisen reaktion ennaltaehkäisy.</p> <p>Anafylaktisen reaktion ennaltaehkäisy.</p> <p>Anafylaktisen reaktion ennaltaehkäisy.</p> <p>Verensiirron komplikaatioiden tunnistaminen.</p> <p>Anafylaktisen ja anafylaktoidin reaktion tunnistaminen.</p> <p>Anafylaktisen reaktion tunnistaminen.</p>
--	---	---	---

<p>EEG:n entropia anestesian syvyyden mittarina. Arvi Yli-Hankala. Finnanest 2003;35 (5).</p>	<p>yleisanestesia kuten laaja puudutuskin rajoittavat elimistön kompensoimismekanismeja.”</p> <p>”Reaktion pääoireet tulevat verenkierron, keuhkojen ja hengitysteiden sekä ihon taholta.”</p> <p>”Iho-oireet jäävät usein leikkausliinon alla huomaamatta. Yleisanestesiassa tulee tyypillisesti takykardia ja verenpaine laskee tai romahtaa, voi tulla jopa sydänpysähdys. Voi tulla myös bradykardia, B-salpaajia saavilla potilailla. Myös muita rytmihäiriöitä voi esiintyä. Respiraattorissa todetaan ilmatiepaineen nousu ja vaikeimmissa tapauksissa happisaturaation ja loppuulohengitysilman hiilidioksidipitoisuuden lasku. Iho-oireina on kutina, punotus, urtikaria ja angioödeema. Oireita voi tulla myös keskushermoston ja suoliston taholta. Perifeerisessä lämpötilassa todetaan lämpötilan nousu ennen verenkierron romahtamista.”</p> <p>”Anafylaktisen reaktion hoito: Reaktion aiheuttaneen lääkkeen antamisen lopettaminen/muun aiheuttajan poistaminen. Vitaalien elintoimintojen turvaamisesta on huolehdittava kaikin käytettävissä olevin keinoin. Adrenaliini, nestehoito, kortikosteroidit, bronkodilaattorit, antihistamiinit.”</p> <p>”EEG:n entropia on vastikään tuoteistettu anestesian hypnoottisen komponentin</p>	<p>Reaktion pääoireet tulevat elimistön eri alueilta.</p> <p>Oireet peittyvät liinon alle. Oireet ovat tyypillisesti, takykardia/bradykardia, RR-lasku ja sydänpysähdys, rytmihäiriöt, ilmatiepaineen nousu, spo2-lasku, pco2-lasku, iho-oireet: punotus, kutina ja nagioödeema, keskushermosto- ja suoliston oireet sekä lämpötilan nousu.</p> <p>Hoitaminen turvaamalla vitaalielintoiminnat, lopettamalla reaktion aiheuttajan antaminen, nestehoidolla ja lääkehoidolla.</p> <p>EEG entropia monitoroi hypnoottista komponenttia.</p>	<p>Reaktio-oireiden tunnistaminen.</p> <p>Anafylaktisen reaktion oireet.</p> <p>Anafylaktisen reaktion hoitaminen.</p> <p>Tajuttomuuden mittaaminen.</p>
---	---	---	--

<p>Jouko Jalonen, 2004: Suomi. Anestesiaan liittyvien riskien tiedostaminen. Finnanest 2004, 37 (3).</p>	<p>monitorointitapa.”</p> <p>”Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että anestesiatiilan seuraaminen EEG:llä tai herätepotentiaaleilla vähentää anestesia-aineiden kulutusta, nopeuttaa välitöntä toipumista ja jopa vähentää anestesiaan liittyvien komplikaatioiden esiintyvyyttä.”</p> <p>”Koska EEG hidastuu ja muuttuu säännöllisemmäksi anestesiaa syvennettäessä, eräs tapa kuvata anestesian hypnoottista komponenttia on EEG:n säännöllisyysasteen mittaaminen. Epäsäännöllinen, ”ennustamattomasti” käyttäytyvä EEG kuvaa hereilläoloa tai kevyttä sedaatiota, kun taas säännöllinen, ”ennustettava” EEG on syvemmän tajuttomuuden merkki.”</p> <p>”EEG:n entropia kuvaa epäjärjestyksen määrää signaalissa: anestesian aikana korkea entropia liittyy hereillä oloon, ja matala entropia vastaavasti syvään tajuttomuuteen.”</p> <p>”Tuntemme hyvin tavallisimpien haittavaikutusten esiintyvyyden. Esim. spinaalipuudutusten jälkeinen päänsärky on odotettavissa joka sadannella potilaalla.”</p> <p>”Tanskassa tehdyssä monitutkimuskeskuksessa todettiin ongelmia 12 %:ssa ja vahinkoja 0,5%:ssa, yleisimmin hengityksen ja verenkierron alueella.”</p> <p>”Puudutusta pidettiin</p>	<p>EEG:n tai herätepotentiaalilin käyttäminen vähentää anestesia-aineiden käyttöä ja toipumista.</p> <p>EEG hidastuu ja säännöllistyy anestesian syventyessä. Epäsäännöllinen EEG kuvaa hereilläoloa tai sedaatiota.</p> <p>EEG:n korkea entropia liittyy hereilläoloon ja matala tajuttomuuteen.</p> <p>Tuntemme tavallisimmat haittavaikutukset jotka on esim. postspinaalinen päänsärky joka sadannella potilaalla.</p> <p>Yleisimmin ongelmia ja vahinkoja todettiin hengityksen ja verenkierron alueella.</p> <p>Puudutusta pidetään</p>	<p>Anestesian syvyyden arviointi ja EEG:n/herätepotentiaalilin edut.</p> <p>EEG:n muuttuminen kertoo anestesian syvyydestä.</p> <p>EEG:n muuttuminen kertoo anestesian syvyydestä.</p> <p>EEG:n muuttuminen kertoo anestesian syvyydestä.</p> <p>Tavallisimmat haittavaikutukset.</p> <p>Verenkierron ja hengityksen komplikaatiot.</p> <p>Lääketuntemus.</p>
--	--	---	---

<p>Niemi Murola – Leila, 2005, Suomi. Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutusta leikkaussalissa. Suomen Lääkärilehti 60 (3).</p> <p>Ervasti Tytti – Maarit 2005: Perioperatiivinen sairaanhoitaja tarvitsee tuke potilaan ohjaukseen. Pinsetti 21(2).</p> <p>Rantala Arto, 2006: Leikkausalueen infektioiden ehkäisykeinot. Finnanest 39 (3).</p>	<p>tämän aineiston perusteella yleisanestesiaa turvallisempänä”</p> <p>”Duodecimien käypä hoito-ohjeet pyrkivät antamaan näyttöön perustuvia toimintaohjeita eri lääketieteen alueille, mutta niitä on anestesiologian ja tehohoidon alalla toistaiseksi melko rajoitetusti.”</p> <p>”Kansainvälinen Cochrane yhteistyö pyrkii laatimaan näyttöön perustuvia katsauksia. Niitäkin anestesian alalla melko vähän.”</p> <p>”Korkeatasoisen lääketieteellisen tiedon ja taidon lisäksi tarvitaan myös ryhmätyötaitoja, joiden tärkeyttä on viime aikoina korostettu erityisesti potilasturvallisuuden kannalta.”</p> <p>”Potilasohjaus edellyttää hoitajalta asiasisällön hyvää tuntemusta ja tietämystä”</p> <p>”Perioperatiivisillä sairaanhoitajilla katsottiin olevan hyvät tiedolliset valmiudet ohjata potilasta”</p> <p>” leikkauksen aikana oikein toteutettu antimikrobiprofylaksia on tärkeää leikkausalueen infektioiden ehkäisyssä”</p> <p>”Koska infektio saa alkunsa leikkauksen aikana, niin myös monet infektiota ehkäisevät toimet liittyvät anestesiologiseen hoitoon.”</p> <p>”Iiallinen sympaattinen stimulus aiheuttaa vasokonstriktiota, jolloin kudospertuusio ja –hapetus heikkenevät, mistä</p>	<p>yleisanestesiaa turvallisempänä.</p> <p>Käypä hoitosuosituksissa on vähän toimintaohjeita anestesiologian ja tehohoidon alalla.</p> <p>Näyttöön perustuvia katsauksia on anestesian alalla melko vähän.</p> <p>Tieteellisen tiedon lisäksi tarvitaan myös ryhmätyötaitoja, jotka ovat tärkeitä potilasturvallisuuden kannalta.</p> <p>Ohjaus edellyttää hyvää asiasisällön tuntemista.</p> <p>Sairaanhoitajilla katsottiin olevan hyvät tiedolliset valmiudet ohjaukseen.</p> <p>Oikein toteutettu antimikrobiprofylaksia on tärkeä infektioiden ehkäisyssä.</p> <p>Infektiota ehkäisevät toimet kuuluvat anestesiologiseen hoitoon.</p> <p>Vasokonstriktion seurauksesta kudospertuusio ja hapetus heikkenee, jolloin leukosyyttien bakteereita</p>	<p>Hoitosuosituksia ja näyttöön perustuvia katsauksia vähän.</p> <p>Hoitosuosituksia ja näyttöön perustuvia katsauksia vähän.</p> <p>Tieto/ryhmätyötaidot osana potilasturvallisuuden edistämistä.</p> <p>Asiasisällön tunteminen ohjauksessa.</p> <p>Tiedolliset valmiudet ohjaukseen hyvät</p> <p>Infektioiden ehkäisy osa anestesiahoitotyötä.</p> <p>Infektioiden ehkäisy osa anestesiahoitotyötä.</p> <p>Fysiologisiin toimintojen tunteminen.</p>
---	---	---	---

	<p>seuraa leukosyyttien bakteereita tappavan kyvyn heikkeneminen”</p> <p>”Liiallisen sympaattisen stimuluksen hallintaan anestesian aikana kuuluu hypovolemian ehkäisy, eli riittävä nesteytys, potilaan pitäminen lämpimänä ja kivun hyvä hoito”</p> <p>”On tärkeää havainnoida leikkauspotilaan nestetasapainoa ja korjata nesteen menetykset riittävästi”</p> <p>”Elimistön lämpötilalla on vaikutus kudosten verenkiertoon.”</p> <p>”Ehkäisemällä pitkien leikkausten aikana kehittyvä elimistön lämpötilanlasku aktiivisella lämmityksellä, voitiin selvästi vähentää leikkausalueen infektioita.”</p> <p>”Lämmitys on kokeellisesti osoitettu parantavan kudosten hapetusta, sillä se lisää haavan kudoshapetusta juuri ratkaisevalla hetkellä , leikkausten aikana ja välittömästi sen jälkeen.”</p> <p>”Sokeritasapainon liiallinen järkkäminen leikkauksen aikana näyttäisi siis heikentävän puolustusmekanismeja lisäten infektioiden kehittymisen mahdollisuutta”</p> <p>”Antimikrobiprofylaksin oikea käyttö on tärkeä keino postoperatiivisten infektioiden ehkäisyssä”</p> <p>”Isoissa leikkauksissa verensokerin monitorointi ja hallinta insuliini-infusiolla onkin laajalti peruskäytäntö.”</p>	<p>tappava kyky heikkenee.</p> <p>Sympaattisen stimuluksen hallintaan kuuluu hyvä nesteytys, potilaan lämpimänä pitäminen ja hyvä kivun hoito.</p> <p>Nestetasapainon havainnoiminen ja korjaaminen on tärkeää.</p> <p>Lämpötilalla vaikutus kudosten verenkiertoon.</p> <p>Leikkausalueen infektioita voitiin ehkäistä elimistön aktiivisella lämmityksellä.</p> <p>Lämmitys parantaa kudosten hapetusta leikkauksen aikana ja sen jälkeen.</p> <p>Sokeritasapainon liiallinen järkkäminen lisää infektioiden kehittymismahdollisuutta.</p> <p>Antimikrobiprofylaksi tärkeätä postoperatiivisten infektioiden ehkäisyssä.</p> <p>Verensokerin monitorointi ja hallinta insuliini-infusion on peruskäytäntö.</p>	<p>Fysiologisiin toimintojen hallinta.</p> <p>Nestetasapainon havainnoiminen.</p> <p>Lämpötilan havainnoiminen.</p> <p>Infektioiden ehkäisy lämmittämällä.</p> <p>Elimistön toiminnan edistäminen.</p> <p>Infektioiden ehkäisy osa anestesiahoitotyötä.</p> <p>Postoperatiivisten infektioiden ehkäisy.</p> <p>Lääkitseminen insuliinilla.</p>
--	--	--	--

<p>Lipponen, Kaija.2006: Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjauksessa. Sairaanhoitaja 79 (10).</p> <p>Kokkonen, Maaria.2005: Leikkauspotilaan siirto heräämöstä vuodeosastolle, Näyttöön perustuvien siirtokriteerien kuvailu. Pro gradu -tutkielma, Oulun yliopisto.</p>	<p>”Antimikrobiprofylaksin käytön pitää olla harkittua, yksikkökohtaisesti laadittuihin , säännöllisesti päivitettyihin ja alueellisen mikrobiresistenssitilanteen huomioiviin ohjeisiin perustuvaa.”</p> <p>”Profylaksin oikeasta käytöstähän merkittävä osa on leikkaussali työskentelyä (oikean annostelun ajankohta)mutta tärkeä osa on myös yksikkökohtaisella ohjeistuksella ja sen seurannalla”</p> <p>”Tutkimus osoitti, että tutkimustiedon hyödyntäminen, potilaan ohjaaminen vertaistuen käyttöön ja ohjaustilanteen etenemisen analysoiminen oli tyydyttävää.”</p> <p>”Tieteellisiä tutkimuksia, ammattilehtiä ja täydennyskoulutusta ei pidetty tärkeinä tiedonlähteinä potilas ohjauksessa.”</p> <p>”Aldrete - pisteytys on yleisimmin käytetty metodi arvioitaessa leikkauspotilaan osastolle siirtokelpoisuutta.”</p> <p>” Useat tutkijat suosittelevat Aldrete-pisteytyksen systemaattista käyttöä myös välittömästi leikkauspotilaan heräämöösiin siirron jälkeen.”</p> <p>”Se on rakennettu eri elintoimintojen toimivuuden arviointiin pohjautuvalle pisteytykselle.”</p> <p>”Se perustui leikkauspotilaan hengityksen ,verenkierron, tajunnan tason , hapetuksen ja motoriikan toimivuuden pisteytykselle.”</p>	<p>Antimikrobiprofylaksin pitää olla harkittu ja mikrobiresistenssitilanteen huomioiviin ohjeisiin perustuvaa.</p> <p>Ohjeet antimikrobiprofylaksian toteutuksesta pitää olla ajan tasalla oleviin ohjeistuksiin perustuvaa.</p> <p>Tutkimustiedon hyödyntäminen, ohjaaminen vertaistuen käyttöön ja ohjaustilanteen analysoiminen tyydyttävää.</p> <p>Tieteellisiä tutkimuksia ei pidetty tärkeänä tiedonlähteenä ohjauksessa.</p> <p>Siirtokelpoisuutta määrittävä Aldrete – pisteytys on yleisesti käytetty metodi.</p> <p>Tutkijat suosittelevat metodin käyttöä heti potilaan heräämöösiin siirron jälkeen.</p> <p>Rakennettu elintoimintojen toimivuuden arviointiin.</p> <p>Perustuu hengityksen, verenkierron, tajunnan tason hapetuksen ja motoriikan toimivuuteen.</p>	<p>Lääkitseminen tulee olla ohjeisiin perustuvaa.</p> <p>Antimikrobiprofylaksian ohjeistus</p> <p>Ohjauksen osa-alueissa puutteita.</p> <p>Ohjauksessa tieteellistiedon käyttö vähäistä.</p> <p>Aldrete-metodin käyttö.</p> <p>Aldrete-metodin käyttö heräämöhoidossa.</p> <p>Elintoimintojen arviointi Aldrete-metodilla.</p> <p>Aldrete-metodi osa-alueet.</p>
--	--	--	--

	<p>”Tutkimustuloksena esitettiin ,että leikkauspotilaan siirtokriteereissä tulisi huomioida lisäksi potilaan lämpötila, pahoinvointi, kipu, haavanvuoto ja erityys.”</p> <p>”Aldrete-pisteityksen sisältämät viisi arvioitavaa elintoimintojen osa-alueita leikkauspotilaan siirtokriteeristöissä ansaitsivat tämän meta-analyysin tuloksesta vahvan näytön asteen”</p> <p>”Aldrete pisteitystä käytettäessä havaittiin, että tiettyjen anestesia-aineiden, kuten eetterin käytöllä oli yhteys leikkauspotilaiden hitaaseen toipumiseen heräämössä.”</p> <p>”Myös pitkäkestoisen lihasrelaksanttien käytöllä havaittiin yhteys pitkään heräämöseuranta-aikaan.”</p> <p>”Näyttöön perustuvien tutkimusten mukaan heräämöhoidon siirtokriteerit nähtiin tarpeellisena arvioitaessa leikkauspotilaan siirtokelpoisuutta vuodeosastolle.”</p> <p>”Näyttöön perustuvissa tutkimuksissa Aldrete-pisteitys osoittautui selkeästi ainoaksi pisteitysmenetelmäksi, jota oli käytetty kansainvälisesti useissa maissa pitkällä ajanjaksolla.”</p> <p>”Leikkauspotilaan vuodeosastolle siirtoa varten laadituille kriteereille on valtakunnallisesti selkeä tarve.”</p> <p>”Siirtokriteereissä</p>	<p>Lisäksi tulisi huomioida siirtokriteereissä, lämpötila, pahoinvointi, kipu, haavanvuoto ja erityys.</p> <p>Aldrete- pisteityksessä viiden elintoiminnan osa-alue siirtokriteeristöissä sai vahvan näytön asteen.</p> <p>Aldrete-pisteitystä käytettäessä ollaan havaittu tiettyjen anestesia-aineiden yhteys pitkittyneeseen heräämöhöitoon.</p> <p>Pitkäkestoisella lihasrelaksantilla havaittiin olevan yhteys pitkittyneeseen heräämöhöitoon.</p> <p>Siirtokriteerit nähtiin tarpeellisena arvioitaessa leikkauspotilaan siirtokelpoisuutta.</p> <p>Aldrete-pisteitysmenetelmä on kansainvälisesti käytetty.</p> <p>Siirtokriteereille on valtakunnallisesti selkeä tarve.</p> <p>Siirtokriteereihin kuuluu</p>	<p>Siirtokriteereissä puutteita.</p> <p>Aldrete-metodin näyttö vahvaa.</p> <p>Aldrete-metodi informaation tuottajana</p> <p>Aldrete-metodi informaation tuottajana</p> <p>Siirtokriteerit tukee päätöksentekoa.</p> <p>Aldrete-metodi kansainvälisesti hyväksytty.</p> <p>Siirtokriteerien tarve.</p> <p>Hoidon jatkuvuuden</p>
--	---	---	---

<p>Bond, Susan – Cooper, Simon.2005: Modelling emergency decisions: recognition-primed decision making. Journal of clinical nursing 15, 1023-1032.</p> <p>Karolina Peltomaa. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro gradu. Turun yliopisto.</p>	<p>pyydettiin huomioimaan potilaan turvallisuuden tunne sekä kiinnittämään huomiota kirjalliseen ja suulliseen hoitotoimien ja jatkohoito-ohjeiden raportointiin hoidon jatkuvuuden takaamiseksi.”</p> <p>”Leikkauspotilaiden siirtokelpoisuuden arvioinnissa pisteytysmenetelmä nähtiin tarpeelliseksi jokaisessa heräämöhoidoyksikössä.”</p> <p>”Siirtokriteerisuositukset oli laadittu erityisesti kokemattomien heräämön sairaanhoitajien työskentelyn tueksi.”</p> <p>”Suomen keskus- ja yliopistosairaaloiden kyselyyn vastanneista osastonhoitajista lähes kaikki ilmoittivat, ettei heidän sairaalansa heräämössä ole käytössä minkäänlaista leikkauspotilaan siirtokriteerejä heräämöstä vuodeosastolle.”</p> <p>”Päätöksentekoteoriat ja mallit jotka olivat käytössä harjoituksissa, todettiin niitten parantavan kliinistä tehokkuutta hätätilanteessa.”</p> <p>”Katsaus ehdottaa että hätätilanteissa tehdyt päätökset ovat riippuvaisia nopeasta tilanteen arvioinnista.”</p> <p>”Vertailevissa opituista hätätilanteissa, malli hätäpäätöksenteolle on yhteenkuuluvuutta hätätilanteessa käytetylle kliiniselle päätöksenteolle”</p> <p>”Lääkehoito on oleellinen osa intraoperatiivista anestesiahoitotyötä. Se sisältää kuitenkin runsaasti potilaan turvallisuutta</p>	<p>potilaan turvallisuuden tunteen huomioiminen sekä dokumentointi ja raportointi hoidon jatkuvuuden takaamiseksi.</p> <p>Pisteytysmenetelmä nähtiin tarpeelliseksi kaikissa heräämöhoidoyksiköissä.</p> <p>Siirtokriteerisuositukset helpottavat kokemattomien työskentelyä.</p> <p>Lähes kaikissa Suomen sairaaloissa ilmeni ettei heillä ole käytössä siirtokriteereitä potilaan siirtämisestä heräämöstä vuodeosastolle.</p> <p>Päätöksentekomallien käyttö harjoituksissa paransi kliinistä tehokkuutta hätätilanteissa.</p> <p>Hätätilanteessa tehdyt päätökset ovat riippuvaisia nopeasta tilanteen arvioinnista.</p> <p>Kliiniselle päätöksenteolla oli yhteistä hätäpäätöksenteko-mallin kanssa.</p> <p>Lääkehoito sisältyy anestesiahoitotyöhön ja sisältää turvallisuutta vaarantavia tekijöitä mikäli riskitekijöitä ei ole</p>	<p>turvaaminen.</p> <p>Menetelmä tukena päätöksenteossa.</p> <p>Siirtokriteerisuositukset ohjaavat kokemattomien toimintaa.</p> <p>Siirtokriteerien tarve.</p> <p>Päätöksentekomallien käyttö päätöksenteossa.</p> <p>Päätöksenteko riippuvainen tilanteen arvioinnista.</p> <p>Nopea päätöksentekomalli päätöksenteossa.</p> <p>Lääkehoidon riskitekijöiden tiedostaminen.</p>
---	--	---	---

Suomi.	<p>vaarantavia tekijöitä, jos riskitekijöitä ei ole tiedostettu.”</p> <p>”Intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä aseptinen toiminta tulee huomioida koko intraoperatiivisen vaiheen ajan.”</p> <p>”..potilaan valvonnan kannalta oleellista että anestesiahoitaja on ajan tasalla toimenpiteen normaalista etenemisestä.”</p>	<p>tiedostettu.</p> <p>Anestesiatyössä tulee huomioida aseptinen toiminta.</p> <p>Valvonnan kannalta oleellista on, että anestesiahoitaja on ajan tasalla toimenpiteestä.</p>	<p>Aseptinen toiminta.</p> <p>Anestesia toimenpiteen tunteminen.</p>
--------	--	---	--

Päälukko: Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa

Nimi	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>Anestesiaa poikkeamat KYS:ssä vuonna 2003. Sami Sabour – Minna Niskanen – Timo Tuovinen – Sinikka Purhonen – Olli Takkunen. Finnanest 2005;38 (2).</p>	<p>”Yleinen käsitys anestesian ja tehohoidon klinikassakin jo ennen laatujärjestelmään siirtymistä oli, että sen avulla pystyttäisiin havaitsemaan hoitoketjun epäkohtia ja näin parantamaan potilasturvallisuutta sekä optimoimaan resurssien käyttöä.”</p> <p>”Terveyspalvelun laadun tarkkailuun ja parantamiseen sekä kustannustehokkuuteen tähtäävä ajattelu on levinnyt julkiselle sektorille ja myös terveydenhuollon organisaatioihin.”</p>	<p>Laatujärjestelmän avulla havaitaan hoitoketjun epäkohtia, parantamaan potilasturvallisuutta ja optimoidaan resurssien käyttöä.</p> <p>Terveyspalveluita, laaduntarkkailua ja kustannustehokkuutta edistävä ajattelu.</p>	<p>Anestesian komplikaatioiden ehkäiseminen.</p> <p>Potilaan laadukas hoitaminen.</p>
<p>Millainen on hyvä anestesiahoitaja. Hanna-Sisko Kaukkila – Tarja Suominen. Spirium 1999;34 (1).</p>	<p>”Kompetentillä anestesiahoitajalla tulee olla hyvät tiedot yhteistyötahoista, työntekijöiden toimenkuvista, heidän velvollisuuksista ja vastuusta sekä taidot ottaa huomioon työtovereiden ainutkertaisuus ja toimia heidän apunaan.”</p> <p>”Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat</p>	<p>Anestesiahoitaja tuntee työtoverinsa, heidän vastuunsa ja velvollisuutensa.</p> <p>Toimintaan liittyvät tiedot ohjaavat anestesiahoitajaa</p>	<p>Anestesiahoitajan yhteistyöosaaminen.</p> <p>Anestesiahoitajan tietoperusta.</p>

<p>Perioperatiivisen hoitotyön kliininen päätöksenteko. Asta Taskinen. Pro gradu. Turun yliopisto</p>	<p>kertoivat, että toimintaan liittyvät tiedot ohjaavat anestesiahoitajaa suunnittelemaan oman työnsä sekä mahdollistavat potilaalle annettavan informaation ja hoito-ohjeiston.”</p> <p>”Tämän lisäksi häneltä vaaditaan taitoa havainnoida, monitoroida ja käyttää hoidossa tarvittavia laitteita potilaan hyväksi.”</p> <p>”Teknisten laitteiden todellinen tuntemus ja toiminnan osaaminen tulee esille nopeasti muuttuvissa tilanteissa, joissa laitteiden häiriö ilmenevät. ”</p> <p>”Kompetentillä anestesiahoitajalla on tietoa intraoperatiivisessa hoidossa käytettävien sekä anestesia- että leikkaushoidon laitteiden toiminnasta sisältäen tiedot laitteiden teknisistä ominaisuuksista, niiden käyttömahdollisuuksista, niiden mahdollisista ongelmakohdista ja aiheuttamista vaaratilanteista.”</p> <p>Lyhytkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>”Ajatteluprosessit vaihtelivat käytettävissä olevan ajan mukaan ollen intuitiivisempia lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa. Lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa tiedon hankinta ja analysointi selittivät päätöksentekoilmiötä eniten, kun taas pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa toiminnan toteutus ja arviointi oli ilmiötä eniten selittävä osa-alue. ”</p>	<p>ja mahdollistavat potilaan informoimisen.</p> <p>Vaaditaan taitoa havainnoida, monitoroida ja käyttää tarvittavia laitteita.</p> <p>Teknisten laitteiden tuntemus ja käytön osaaminen tulee esille häiriöiden ilmetessä.</p> <p>Anestesiahoitaja hallitsee leikkaussalin elektronisten laitteiden käytön ja ominaisuudet.</p> <p>Lyhytkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>Lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa ajatteluprosessit intuitiivisempia. Päätöksentekoilmiötä selittivät eniten tiedon hankinta ja analysointi, pitkäaikaisessa päätöksentekotilanteessa eniten toiminnan toteutus ja arviointi. Vahvimmat ajatteluprosesseihin liittyvät tekijät koulutus ja kokemus.</p>	<p>Havainnoiminen ja laitteiden käyttäminen.</p> <p>Teknisten laitteiden tunteminen ja käyttäminen.</p> <p>Leikkaussalin laitteiden tunteminen ja käyttäminen.</p> <p>Lyhytkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>Päätös intuitiivista.</p>
---	---	--	--

	<p>”Kokemus ja koulutus olivat vahvimmat ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät.”</p> <p>”Sairaanhoitajat arvioivat tekevänsä päätöksiä intuitiivis-analyttisten ajatteluprosessien mukaan tiedon hankinta ja analysointi vaiheessa... sairaanhoitajat arvioivat hankkivansa tietoa potilaasta ja analysoivansa tietoa hieman enemmän analyttisesti kuin intuitiivisesti”</p> <p>”Lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa sairaanhoitajien ongelman määrittely on intuitiivis-tulkitsevaa eli sairaanhoitajat arvioivat tekevänsä päätöksiä intuitiivis-tulkitsevasti ongelman määrittelyvaiheessa.”</p> <p>”Sairaanhoitajat arvioivat siis suunnittelevansa toimintaa intuitiivis-analyttisesti ja ajatteluprosessit toiminnan suunnittelussa ovat enemmän intuitiivisia kuin analyttisiä.”</p> <p>”Sairaanhoitajat siis arvioivat käyttävänsä analyttis-systemaattisia ajatteluprosesseja toiminnan suunnittelussa ja tiedon analysoinnissa päätöksentekoprosessin mukaan..”</p> <p>”Lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa sairaanhoitajat arvioivat tekevänsä päätöksiä toimintaa toteuttaessaan ja arvioidessaan analyttis-intuitiivisesti eli toimintaa arvioidaan toteutettavan ja arvioitavan enemmän analyttisesti kuin intuitiivisesti.”</p>	<p>Kokemus ja koulutus vahvimmiten ajatteluprosesseihin yhteydessä.</p> <p>Tiedon hankinta ja analysointivaiheessa päätöksiä tehtiin intuitiivis-analyttisesti. Tiedon hankintaa potilaasta ja tämän analysointi oli enemmän analyttistä kuin intuitiivista.</p> <p>Ongelman määrittelyvaiheessa päätöksiä tehtiin intuitiivis-tulkitsevasti.</p> <p>Toimintaa suunnitellaan intuitiivis-analyttisesti, enemmän kuitenkin intuitiivisesti kuin analyttisesti.</p> <p>Toiminnan suunnittelussa ja tiedon analysoinnissa käytettiin analyttis-systemaattisia ajatteluprosesseja päätöksentekoprosessin mukaan.</p> <p>Toimintaa toteuttaessaan ja arvioidessaan lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa toimittiin analyttis-intuitiivisesti, kuitenkin enemmän analyttisesti kuin intuitiivisesti.</p>	<p>Kokemuksen ja koulutuksen vaikutus.</p> <p>Päätös intuitiivis-analyttistä.</p> <p>Ongelman määrittely intuitiivis-tulkitsevaa.</p> <p>Päätöksenteko intuitiivis-analyttistä, enemmän intuitiivista.</p> <p>Ajattelu analyttis/systemaattista toiminnan suunnittelussa/analysoinnissa.</p> <p>Toiminnan toteutuksessa/arvioinnissa päätös analyttis-intuitiivista.</p>
--	---	---	--

	<p>”Yhteenvedona voidaan todeta, että tässä tutkimuksessa lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa päätöksenteko perustuu enemmän intuitiivisiin kuin analyttisiin ajatteluprosesseihin. Analyttisintä on toiminnan suunnittelu ja tiedon analysointi päätöksentekoprosessin mukaan ja intuitiivisinta potilaan ongelmien määrittely.”</p> <p>Pitkäkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>”Toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa sairaanhoitajat arvioivat tekevänsä päätöksiä analyttis-intuitiivisen ajatteluprosessin mukaan. Toiminnan toteutus ja arviointi ei ole voimakkaasti analyttistä eikä intuitiivista.”</p> <p>”Toiminnan suunnittelussa sairaanhoitajat arvioivat käyttävänsä analyttis-intuitiivisia ajatteluprosesseja päätöksenteossa. Toiminnan suunnittelu on hieman enemmän analyttistä kuin intuitiivista.”</p> <p>”Tiedon analysoinnissa ja ongelman määrittelyssä sairaanhoitajat arvioivat tekevänsä päätöksiä intuitiivis-tulkitsevien ajatteluprosessien mukaan. Tietoa analysoidaan ja potilaan ongelmia määritellään enemmän intuitiivisesti kuin analyttisesti.”</p> <p>”Tiedon analysoinnissa ja toiminnan suunnittelussa päätöksentekoprosessin mukaan sairaanhoitajat arvelevat käyttävänsä</p>	<p>Lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa päätöksenteko on enemmän intuitiivista kuin analyttistä. Analyttisintä on toiminnan suunnittelu ja tiedon analysointi, intuitiivisinta ongelmien määrittely.</p> <p>Pitkäkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>Päätöksiä tehdään analyttis-intuitiivisesti toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa.</p> <p>Päätöksiä tehtiin analyttis-intuitiivisesti toiminnan suunnittelussa. Enemmän kuitenkin analyttisesti kuin intuitiivisesti.</p> <p>Päätöksiä tehtiin intuitiivis-tulkitsevasti ongelman määrittelyssä, enemmän kuitenkin intuitiivisesti kuin analyttisesti.</p> <p>Päätöksiä tehdään analyttis-systemaattisesti toiminnan suunnittelussa.</p>	<p>Päätös intuitiivis-analyttistä.</p> <p>Pitkäkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>Analyttis-intuitiivinen ajatteluprosessi toiminnassa.</p> <p>Analyttis-intuitiivinen ajatteluprosessi toiminnan suunnittelussa.</p> <p>Intuitiivis-tulkitseva ajatteluprosessi ongelman määrittelyssä.</p> <p>Toiminnan suunnittelu analyttis-systemaattista.</p>
--	--	--	--

	<p>analyttis-systemaattisia ajatteluprosesseja. Eli jos tietoa analysoidaan ja toimintaa suunnitellaan päätöksentekoprosessin mukaan, päätökset perustuvat analyttis-systemaattiseen ajatteluun.”</p> <p>Pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa sairaanhoitajat arvioivat tekevänsä päätöksiä tiedon hankintavaiheessa analyttis-intuitiivisesti, mutta erot analyttisten ja intuitiivisten ajatteluprosessien käytössä päätöksenteossa eivät ole suuria.”</p> <p>”Yhteenvedona voidaan todeta, että pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa sairaanhoitajat käyttävät päätöksenteossaan enemmän analyttisiä kuin intuitiivisia ajatteluprosesseja. Analyttisintä on tiedon analysointi ja toiminnan suunnittelu päätöksentekomallin mukaan ja intuitiivisinta tiedon analysointi ja ongelman määrittely.”</p> <p>Ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa:</p> <p>”Sairaanhoitajien päätöksenteko koskien tiedon hankintaa ja analysointia on sitä intuitiivisempaa, mitä enemmän sairaanhoitajalla on työkokemusta.”</p> <p>”Sairaanhoitajakoulutuksen omaavat hoitajat arvioivat tekevänsä analyttisempia päätöksiä ongelman määrittelyvaiheessa kuin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet hoitajat tai erikoissairaanhoitajat.”</p>	<p>Pitkäaikaisessa päätöksentekotilanteessa, tiedon hankinta vaiheessa, päätöksiä tehtiin analyttis-intuitiivisesti.</p> <p>Päätöksiä tehdään pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa enemmän analyttisesti kuin intuitiivisesti. Analyttisintä on tiedon analysointi ja toiminnan suunnittelu, intuitiivisinta tiedon analysointi ja ongelman määrittely.</p> <p>Ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa:</p> <p>Mitä pidempi työkokemus, sitä intuitiivisempaa päätöksenteko tiedon hankinnassa ja analysoinnissa.</p> <p>Sairaanhoitajakoulutuksen omaavat hoitajat tekevät analyttisempia päätöksiä kuin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet sairaanhoitajat ja erikoissairaanhoitajat.</p>	<p>Tiedon hankinnassa analyttis-intuitiivisesti.</p> <p>päätöksenteko analyttis-intuitiivista</p> <p>Työkokemus/intuitiivinen päätöksenteko.</p> <p>Koulutusmuodon vaikutus päätöksentekoprosessiin.</p>
--	---	--	--

	<p>”Hoitotyön tehtävällä tai leikkausosaston luonteella ei todettu mitään tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä päätöksenteon ajatteluprosesseihin lyhytkestoisen päätöksenteon ryhmässä.”</p> <p>”Eli sairaanhoitaja, jolla on työkokemusta viidestä kymmeneen vuotta arvioi tekemiään päätöksiä toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa intuitiivisemmin. Analyttisintä päätöksenteko toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa on edistyneellä aloittelijalla.”</p> <p>”Noviisien ajatteluprosessit ovat intuitiivis-analyttisiä, kun edistyneiden aloittelijoiden ja asiantuntijoiden on intuitiivisia, joten vähemmän työkokemusta omaavat sairaanhoitajat ennakoivat potilaan tilaa analyttisemmin kuin enemmän työkokemusta omaavat sairaanhoitajat.”</p> <p>”Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden sairaanhoitajat ajatteluprosessi on analyttis-intuitiivinen ja sairaanhoitajien ja erikoissairanhoitajien analyttinen. Sairanhoitajan määrittää potilaalta kysyttävät asiat analyttisemmin.”</p> <p>Ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa:</p> <p>”Sairanhoitajat arvioivat käyttävänsä intuitiivisempia ajatteluprosesseja kokemuksen kasvaessa tehdessään toiminnan</p>	<p>Lyhytkestoisen päätöksenteon ryhmässä hoitotyön tehtävällä tai leikkausosaston luonteella ei yhteyksiä päätöksentekoon.</p> <p>5-10- vuotta kokemusta omaava sairaanhoitaja tekee päätöksiä intuitiivisesti toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa. Edistynyt aloittelija tekee päätöksiä toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa eniten analyttisesti.</p> <p>Noviisien päätöksenteko on intuitiivis-analyttistä, edistyneiden aloittelijoiden ja asiantuntijoiden intuitiivista.</p> <p>Kysyttäessä potilaalta asioita, sairaanhoitajat ja erikoissairanhoitajat tekevät päätöksiä analyttisesti, ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet sairaanhoitajat analyttis-intuitiivisesti.</p> <p>Ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa:</p> <p>Kokemuksen kasvaessa tehdään intuitiivisempia päätöksiä toiminnan toteutuksessa ja arvioinnissa.</p>	<p>Hoitotyön tehtävällä/osastolla ei vaikutusta päätöksentekoon.</p> <p>Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin.</p> <p>Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin.</p> <p>Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin.</p> <p>Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin.</p> <p>Ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa:</p> <p>Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin.</p>
--	---	---	--

	<p>toteutusta ja arviointia koskevia päätöksiä.”</p> <p>”Anestesia- ja/tai heräämöhoitajat arvioivat käyttävänsä analyyttisempiä ajatteluprosesseja tiedon hankinnassa kuin instrumentoivat ja/tai valvovat hoitajat.”</p> <p>”Noviisit arvioivat käyttävänsä intuitiivis-analyyttisiä ajatteluprosesseja tehdessään olettamuksia ensikontaktissa potilaan kanssa tulevista hoitotyön ongelmista, kun taas asiantuntijat arvioivat käyttävänsä intuitiivisia ajatteluprosesseja. Noviisit arvioivat käyttävänsä intuitiivis-analyyttisiä ajatteluprosesseja myös muodostaessaan kokonaisnäkemystä potilaan tilasta ja hoidon ongelmista tai ennakoitaessa potilaan tilan muutoksia yksittäisistä vihjeistä ennen kuin oireita ilmaantuu. Asiantuntijat puolestaan arvioivat käyttävänsä intuitiivisia ajatteluprosesseja kokonaisnäkemysten muodostamisessa ja potilaan tilan muutoksia ennakoitessaan.”</p> <p>”Anestesia ja/tai heräämöhoitajat arvioivat käyttävänsä analyyttisiä ajatteluprosesseja määrittäessään annakkotietojen perusteella potilaalta kysyttävät ja havainnoitavat asiat...”</p> <p>Erotaessaan oleellisen tiedon epäoleellisesta.. anestesia ja/tai heräämöhoitajat arvioivat käyttävänsä analyyttis-intuitiivisia ajatteluprosesseja käyttäessään hoitotyön</p>	<p>Anestesia ja/tai heräämöhoitajat tekevät analyyttisempiä päätöksiä tiedon hankinnassa kuin instrumentoivat ja/tai valvovat hoitajat.</p> <p>Noviisit toimivat intuitiivis-analyyttisesti kohdatessaan ensikertaa potilaan ja tehdessään olettamuksia potilaan kanssa tulevista hoitotyön ongelmista, kun taas asiantuntijat toimivat intuitiivisesti. Noviisit toimivat intuitiivis-analyyttisesti muodostaessaan kokonaisnäkemystä potilaan tilasta ja hoidon ongelmista tai ennakoitaessa potilaan tilan muutoksia. Asiantuntijat toimivat sen sijaan intuitiivisesti.</p> <p>Anestesia ja/tai heräämöhoitajat toimivat analyyttisesti määrittäessään ennakkotietojen perusteella potilaalta kysyttävät ja havainnoitavat asiat.</p> <p>Anestesia ja/tai heräämöhoitajat toimivat analyyttis-intuitiivisesti erottaessaan oleellisen tiedon epäoleellisesta hoitosuunnitelman laatimisessa.</p>	<p>Työnkuva vaikuttaa päätöksentekotapaan.</p> <p>Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin.</p> <p>Työnkuva vaikuttaa päätöksentekotapaan.</p> <p>Työnkuva vaikuttaa päätöksentekotapaan.</p>
--	---	--	--

	<p>päätöksentekoprosessin vaiheita hoitosuunnitelman laatimisessa.”</p> <p>”Sairaanhoitajat arvioivat käyttävänsä intuitiivis-analyttisiä ajatteluprosesseja sekä lyhyt- että pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa tehdessään olettamuksia tulevista hoitotyön ongelmista.”</p> <p>”Samoin intuitiivis-analyttisiä ajatteluprosesseja arvioivat sairaanhoitajat käyttävänsä verrattaessa potilaasta saatuja tietoja tutkimustietoon ja lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa ajatteluprosessit ovat intuitiivisempia kuin pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa.”</p> <p>”Yksilöstä, työryhmästä ja potilaasta johtuvat tekijät voivat muodostaa välittömiä uhkia.”</p> <p>” Väsymyksestä johtuva havainnoinnin hidastuminen on anestesiatyössä potentiaalinen välitön uhka.”</p> <p>”Ongelmallisia potilastapauksia kannattaa myös käsitellä ja analysoida vaihe vaiheelta työryhmän kesken.”</p> <p>”Tavoitteena on parantaa toimintatapoja ja tietenkin myös omaa ammattitaitoa.”</p> <p>”Systemaattisella seurannalla voidaan potentiaalisesti havaita ja paikallistaa heikkouksia toimintatavoissa ja pyrkiä muuttamaan niitä. Useiden sairaaloiden yhteisessä</p>	<p>Sairaanhoitajat toimivat intuitiivis-analyttisesti lyhyt- ja pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa tehdessään olettamuksia tulevista hoitotyön ongelmista.</p> <p>Sairaanhoitajat toimivat intuitiivis-analyttisesti verrattaessa potilaasta saatuja tietoja tutkimustietoon. Lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa toimitaan intuitiivisemmin kuin pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa.</p> <p>Ihmisistä johtuvat tekijät voivat muodostaa uhkia.</p> <p>Väsymys hankaloittaa havainnointia ja on potentiaalinen uhka.</p> <p>Työryhmän kesken on hyvä käsitellä ongelmalliset potilastapaukset.</p> <p>Toimintatapojen ja ammattitaidon parantaminen on tavoitteena.</p> <p>Systemaattinen seuranta havaitsee heikkoudet toimintatavoissa. Yhteinen laadunseuranta antaa mahdollisuuden verrata omaa toimintaa muihin ja sitä kautta parantamaan</p>	<p>Päätöksenteko hoitotyön ongelmia olettaessa. intuitiivis-analyttistä.</p> <p>Sairaanhoitajan toiminta intuitiivis-analyttistä, lyhytkestoisessa tilanteessa intuitiivisempaa.</p> <p>Yksilölliset tekijät voivat olla haitallisia.</p> <p>Yksilölliset tekijät voivat olla haitallisia.</p> <p>Reflektointi.</p> <p>Jatkuva toimintatapojen kehittäminen.</p> <p>Jatkuva toimintatapojen kehittäminen.</p>
--	--	---	---

<p>Jouko Jalonen, 2004, Suomi. Anestesiaan liittyvien riskien tiedostaminen. Finnanest 2004, 37 (3).</p>	<p>laadunseurannassa voidaan myös verrata omaa toimintaa muiden vastaavaan ja pyrkiä etsimään syitä havaittuihin poikkeamiin.”</p> <p>”Toimintaohje ei saa korvata anestesiahenkilökunnan tietotaitoa ja huolellista tarkkaavaisuutta, jotka ovat edelleen hyvän anestesiatoiminnan kulmakiviä.”</p> <p>” Onnistuneen lopputuloksen saamiseksi tarvitaan myös kolmannen profession eli sairaanhoitajien sekä useiden muiden ammattiryhmien työpanosta”</p> <p>”Anestesiahenkilökunta oli havainnut omin aistein 48% raportoidusta yht. 1256 haittatapahtumasta, ja näistä valvontalaite oli hälyttänyt ensimmäiseksi 48% .ssa</p> <p>”Korkeatasoisen lääketieteellisen tiedon ja taidon lisäksi tarvitaan myös ryhmätyötaitoja, joiden tärkeyttä on viime aikoina korostettu erityisesti potilasturvallisuuden kannalta.”</p> <p>”Hyvin toimivan tiimin mahdollisuudet selvittää tiukoista tilanteista ovat aina paremmat kuin sellaisen, jolla on sisäisiä ristiriitoja rutiinityössäkin.”</p> <p>" Vuorovaikutusongelmat ovat usein potilasvahinkojen taustalla. Puutteellinen vuorovaikutus voidaan jakaa sen epäonnistuneeseen ajoitukseen, riittämättömyyteen tai</p>	<p>sitä.</p> <p>Toimintaohje ei korvaa henkilökunnan tietotaitoa ja tarkkaavaisuutta joka on anestesiatoiminnan perusta.</p> <p>Hyvä työtulos edellyttää kaikkien profession työpästä.</p> <p>48% havaituista haittatapahtumista oli valvontalaite hälyttänyt ensimmäiseksi, jolloin henkilökunta vasta reagoi omin aistein.</p> <p>Tieteellisen tiedon lisäksi tarvitaan myös ryhmätyötaitoja, jotka ovat tärkeitä potilasturvallisuuden kannalta.</p> <p>Toimiva tiimi selviytyy paremmin myös tiukoissakin tilanteissa.</p> <p>Vuorovaikutuksen osa-alueiden ongelmat leikkaussalissa ovat usein potilasvahinkojen taustalla.</p>	<p>Toimintaohje ei korvaa Asiantuntijakokemusta.</p> <p>Yhteistyö.</p> <p>Valvontalaitteiden tuottama informaatio osa päätöksentekoa.</p> <p>Tieto/ryhmätyötaitot osana potilasturvallisuuden edistämistä.</p> <p>Yhteistyö.</p> <p>Vuorovaikutuksen ongelmat yhteydessä potilasturvallisuuteen.</p>
--	--	--	--

<p>Niemi Murola – Leila, 2005, Suomi. Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutuksta leikkaussalissa. Suomen Lääkärilehti 2005, 60 (3).</p>	<p>epätarkkuuteen, päättämättömyyteen ja ryhmän hajanaisuuteen.”</p> <p>”Tavallisimmat ongelmat olivat toiminnan kannalta liian myöhään tapahtuneet keskustelut sekä ne, joista puuttui oleellista tietoa.”</p> <p>”Hyvin toimiva tiimi pystyy pitkälti kompensoimaan yksilöiden heikkoudet”</p> <p>” Leikkaussalityössä edellytetään hyvää lääketieteellistä tiedon tasoa, mutta käytännön työtä voi vain oppia tekemällä sitä. Perinteinen kisälli- mestarioppiminen on hyvä tapa välittää hiljaista tietoa työtavoista.</p> <p>”Suositusten mukaan anestesia lääkäri voi osallistua anestesian antoon koko ajan, mutta hän voi siirtää osia siitä anestesiaan koulutetulle tai perehtyneelle sairaanhoitajalle”</p> <p>”Kaikki kyselyyn vastanneista ilmoittivat yksiselitteisesti lääkärin suorittamiksi spinaali-, epiduraali- ja hartiapunospuudutukset sekä yleisanestesian induktion”</p> <p>”Nykyinen työnjako lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä on melko yhteneväinen”</p> <p>”Selkeä vähemmistö haluaisi kehittää työnjakoa siihen suuntaan , että sairaanhoitaja hoitaisi yleisanestesian alusta loppuun ilman lääkärin läsnäoloa, siinäkin tapauksessa että lääkäri olisi tehnyt leikkausta edeltävän arvion.”</p>	<p>Liian myöhään tapahtuneet keskustelut ja tiedonpuute ovat ongelmia toiminnan kannalta.</p> <p>Hyvä tiimi kantaa toisten heikkoudet.</p> <p>Leikkaussali työssä lääketieteellinen tieto tärkeätä mutta käytäntö opitaan tekemällä. Hiljainen tieto välittyy kokeneilta.</p> <p>Anestesia lääkäri voi siirtää työtehtäviään anestesia sairaanhoitajalle.</p> <p>Yksiselitteisesti vastanneista olivat sitä mieltä että lääkäri suorittaa puudutukset ja yleisanestesian induktion.</p> <p>Työnjako koetaan melko yhteneväiseksi.</p> <p>Vähemmistö haluaisi kehittää työnjakoa siihen suuntaan että sairaanhoitajan hoitaisi yleisanestesian ilman lääkärin läsnäoloa.</p>	<p>Tiedon vaihto.</p> <p>Yhteistyö.</p> <p>Tiedon välittyminen.</p> <p>Delegointi sairaanhoitajalle.</p> <p>Selkeä työnjako.</p> <p>Työnjako yhteneväinen.</p> <p>Suurimman osan mukaan työnkuva riittävä.</p>
---	---	---	--

<p>Niskanen Minna, Vakkuri Anne 2004: Anestesia- lääkärin ja sairaanhoitajan välinen työnjako Spirium 39 (3)</p>	<p>”Anestesiatoiminnassa vastuussa olevat henkilöt pitävät nykyistä työnjakoa melko toimivana”</p> <p>”Lääketieteellinen vastuu on lääkärillä ja hän on läsnä anestesian kriittisimmissä vaiheissa .Ennuste on huonompi järjestelmissä,jossa joko lääkäri tai sairaanhoitaja yksin antoivat anestesiaita”</p> <p>”Kaikki kyselyyn vastanneet ilmoittivat yksiselitteisesti lääkärin suorittamiksi tehtäviksi spinaali-,epiduraali-, ja hartiapunospuudutukset sekä yleisanestesian induktion”</p> <p>”Yleisanestesian anto oli selkeästi lääkärin tehtävänä”</p> <p>” Anestesiatoiminnassa ei tällä hetkellä ole Suomessa viranomaismääräyksiä”</p> <p>”Perioperatiivisen sairaanhoitajan valmiudet ohjata potilasta olivat hyvät.”</p> <p>” Itsehoidon ohjausta pidettiin hankalana ja ohjaustilanteen arviointitaidot olivat huonot.”</p> <p>”Perioperatiiviset sairaanhoitajat käyttävät pääasiallisesti suullista yksilöohjausta. Kirjallista materiaalia käytetään huomattavasti vähemmän.”</p> <p>”Perioperatiivisilla sairaanhoitajilla katsottiin olevan hyvät tiedolliset valmiudet ohjata potilasta”</p> <p>”Sairaanhoitajien ohjauksessa käyttämä tieto</p>	<p>Nykyistä työnjakoa pidetään melko toimivana.</p> <p>Lääkäri on läsnä anestesian kriittisimmissä vaiheissa. Yksin toimiessaan ennuste on huonompi.</p> <p>Kyselyn mukaan anestesia­lääkärin tehtävistä ollaan yhdenmukaista mieltä.</p> <p>Yleisanestesian anto lääkärin tehtävä.</p> <p>Toiminnassa ei viranomaismääräyksiä.</p> <p>Hoitajalla hyvät valmiudet ohjaukseen.</p> <p>Itsehoidon- ja arviointi taidot ohjauksessa olivat huonot.</p> <p>Suullista ohjausta käytetään enimmäkseen.</p> <p>Sairaanhoitajilla katsottiin olevan hyvät tiedolliset valmiudet ohjaukseen.</p> <p>Ohjauksessa käytetty tieto perustui suuremmaksi</p>	<p>Työnjako toimiva.</p> <p>Ennusteen huonontuminen yksin toimiessa.</p> <p>Selkeä työnjako.</p> <p>Selkeä työnjako.</p> <p>Viranomaismääräysten puuttuminen.</p> <p>Valmiudet ohjaukseen.</p> <p>Itsearviointitaidot huonot.</p> <p>Suullinen ohjaus.</p> <p>Tiedolliset valmiudet ohjaukseen.</p> <p>Kokemusperäinen tieto ohjauksessa.</p>
--	--	--	---

<p>Ervasti Tytti – Maarit 2005: Perioperatiivinen sairaanhoitaja tarvitsee tukea potilaan ohjaukseen. Pinsetti 21(2).</p>	<p>perustui työkokemukseen (44%), työyksikön ohjauskäytäntöihin(31%), ja pohjakoulutukseen(16%).”</p> <p>”Sairaanhoitajat arvioivat hyväksi tietonsa potilaiden sairauksista, tutkimuksista ja hoidosta.”</p> <p>”Parhaiten sairaanhoitajat arvioivat osaavansa ohjata potilasta tulevaan toimenpiteeseen ja tutkimuksiin.”</p> <p>” Sairaanhoitajat osasivat hyvin arvioida potilaiden ohjaustarpeita ja keskustella potilaan kanssa.”</p> <p>”Työkokemus vaikutti ohjauksen suunnitteluun, potilaan ohjaamiseen.”</p> <p>”Lyhyemmän aikaa työskennelleet eivät myöskään osanneet analysoida ohjaustilanteen etenemistä.”</p> <p>”Sairaanhoitajat pitivät potilaan ohjausta arvokkaana osana työtään ja olivat motivoituneita ja sitoutuneita siihen.”</p> <p>”Tulosten perusteella sairaanhoitajilla oli melko hyvät tiedolliset valmiudet kirurgisen potilaan ohjaukseen ja ohjaus hallittiin tyydyttävästi.”</p> <p>”Sairaanhoitajien potilasohjauksen hallinta parani työkokemuksen lisääntyessä.”</p> <p>”Leikkauspotilaan sen hetkisen tilan, leikkauksen kulun sekä potilaan aiemman statuksen kertominen luo hyvän pohjan heräämöhoidolle.”</p> <p>”Leikkauspotilaan</p>	<p>osaksi työkokemukseen.</p> <p>Tieto sairauksista, tutkimuksista ja hoidosta arvioitiin hyväksi.</p> <p>Ohjaus toimenpidettä ja tutkimusta varten koettiin parhaimmaksi.</p> <p>Ohjaustarpeen arviointi ja keskustelu osattiin hyvin.</p> <p>Työkokemuksella vaikutusta ohjaukseen.</p> <p>Ohjaustilanteen etenemisen arviointi vaikeaa kokemattomammilla.</p> <p>Potilasohjaus osana hoitotyötä.</p> <p>Hyvät tiedolliset valmiudet ohjaukseen ja ohjaus hallittiin tyydyttävästi.</p> <p>Työkokemus lisää potilasohjauksen hallintaa.</p> <p>Raportointi luo hyvän pohjan heräämöhoidolle.</p> <p>Hoitotoimien</p>	<p>Tiedolliset valmiudet.</p> <p>Yksikkökohtainen tieto vahvaa.</p> <p>Vuorovaikutustaidot.</p> <p>Työkokemus.</p> <p>Kokemattomalla ohjauksen arviointi vaikeaa.</p> <p>Ohjaaminen hoitotyössä.</p> <p>Ohjauksen hallinta tyydyttävää.</p> <p>Kokemus tuo varmuutta potilasohjaukseen.</p> <p>Raportointi.</p> <p>Dokumentointi mahdollistaa</p>
---	---	--	---

<p>Lipponen, Kaija.2006: Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjauksessa.</p> <p>Kokkonen, Maaria.2005: Leikkauspotilaan siirto heräämöstä vuodeosastolle, Näyttöön perustuvien siirtokriteerien kuvailu. Pro</p>	<p>heräämöstä vuodeosastolle siirtoon liittyen korostettiin myös hoitotoimien kirjaamisen, dokumentoinnin merkitystä.”</p> <p>”Kriittinen hätätilanne tuo esiin niitä tarpeita joita sairaanhoitajan tulee omata, laaja syvä ymmärrys anestesiatekniikoista, kykyä hallita ja pelastaa potilas autonomisesti.”</p> <p>”Lisäksi kognitiiviset voimavarat, tilannetaju, stressi, tiimintuki, ja tehtävän monimutkaisuudella on tunnistettu olevan vaikutuksia päättökseenkoprosessiin.”</p> <p>”Paras tapa suorittaa, on tunnistaa ongelman pääpiirteet ja ymmärryksen perustua aikaisemmin koettuun ja puhdas käsitteellinen mielikuva tilanteen suosituksista.”</p> <p>”Sairaanhoitajat käyttävät heidän aikaisempaa kokemustaan osana päättökseenkoprosessissa. Se ilmentää että kokeneet ovat kykeneviä valitsemaan ja yhdistämään sen sopivaan vihjeeseen ennen päättöstä tehdessään”</p> <p>”On selvää että perioperatiivisen potilaan tilan optimaalinen hallitseminen edellyttää tilanteeseen sopivaa kliinistä arviota ja päättökseenkoko. Kun potilaiden tilanteet muuttuu, kokenut hoitaja on enemmän kykenevä tunnistamaan, tulkitsemaan ja integroimaan uuden tiedon ja tekemään päättökseen kuinka hoito tulisi edistää”</p>	<p>dokumentointi auttaa tiedon siirtymistä vuodeosastolle.</p> <p>Hätätilanteessa sairaanhoitajan tulee omata syvä ymmärrys anestesiatekniikoista ja pelastaa potilas itsenäisesti.</p> <p>Päättökseenkoprosessiin vaikuttavat tekijät ovat yksilön kognitiivisia ominaisuuksista, tuesta ja tehtävästä riippuvaisia.</p> <p>Parhaan suorittamisen edellytykseksi tulee tunnistaa ongelman pääpiirteet, hyödyntää aikaisempi kokemus ja tuntea suositukset.</p> <p>Sairaanhoitajat käyttävät aikaisempaa kokemusta päättökseenkoprosessissa.</p> <p>Kokenut hoitaja kykenee arvioimaan tilanteen , yhdistämään tiedon ja tekemään päätöksiä sen mukaan.</p>	<p>tiedon siirtymisen.</p> <p>Itsenäinen päätökseenkoko kriittisessä tilanteessa.</p> <p>Yksilön kognitiiviset ominaisuudet.</p> <p>Kokemuksen ja suositusten käyttö.</p> <p>Kokemuksen käyttö päättökseenkokoissa.</p> <p>Kokemuksen ja tietoon perustuva päätökseenkoko.</p>
---	--	---	--

<p>gradu -tutkielma, Oulun yliopisto.</p> <p>Bond, Susan – Cooper, Simon.2005: Modelling emergency decisions: recognition-primed decision making. Journal of clinical nursing 15, 1023-1032.</p>	<p>”Tunnistamisen prosessissa, sairaanhoitaja luottaa aikaisempaan kokemukseen ja tietoon, havaitessaan muutoksia potilaan voinnissa.”</p> <p>”Potilaan turvallisuus vaarantuu, jos anestesiahoitotyössä potilaasta joutuu ottamaan vastuuta liian aikaisin uusi, kokematon anestesiahoitaja.”</p> <p>”Leikkaustiimin kokoonpanossa kokeneen sairaanhoitajan läsnäolo parantaa potilasturvallisuutta, koska kokemuksen myötä kliininen päätöksenteko sekä poikkeavien tilanteiden hallinta paranevat.”</p> <p>”Anestesiahoitajan ja –lääkärin väliset kommunikaatio-ongelmat voivat vaarantaa potilasturvallisuutta, samoin puhelimitse tai suullisesti annetut lääkehoitoa koskevat ohjeet...Joskus vastuukysymykset anestesiahoitajissa saattavat muodostaa ongelman, jos kokematon anestesiahoitaja tarvitsee paljon ohjausta ja apua anestesiahoitajalta oman työnsä toteutukseen.”</p> <p>”Potilasturvallisuutta lääkähoidossa edistää uusien anestesiahoitajien pitkä ja yksilöllinen perehdytys.”</p> <p>”Potilaan kannalta erityisesti pulssioksimetrin ja kapnografin toimimattomuus aiheuttaa potilaan turvallisuudelle riskin. Myös pitkät sähkökatkokset joiden aikana laitteiden asetukset</p>	<p>Havainnoidessaan sairaanhoitaja luottaa aikaisempaan kokemukseen ja tietoon.</p> <p>Potilaan turvallisuus vaarantuu kokemattoman sairaanhoitajan ottaessa vastuun.</p> <p>Kokeneen sairaanhoitajan läsnäolo parantaa potilasturvallisuutta.</p> <p>Hoitajan ja lääkärin kommunikaatio-ongelmat ja puhelimitse tai suullisesti annetut lääkemääräykset voivat vaarantaa potilasturvallisuutta. Vastuukysymyksistä voi tulla ongelma mikäli anestesiahoitaja joutuu ohjaamaan anestesiahoitajaa oman työnsä toteuttamisessa.</p> <p>Potilasturvallisuutta edistetään yksilöllisellä ja pitkällä perehdytyksellä.</p> <p>Erityisesti pulssioksimetrin ja kapnografin toimimattomuus aiheuttaa turvallisuusriskin. Sähkökatkojen aiheuttama asetusten nollaantuminen vaarantavat turvallisuutta.</p>	<p>Kokemukseen ja tietoon perustuva päätöksenteko.</p> <p>Potilaan turvallisuuden vaarantuminen.</p> <p>Kokemus lisää turvallisuutta.</p> <p>Vastuukysymykset ja turvallisuuden vaarantuminen.</p> <p>Perehdytys edistää turvallisuutta.</p> <p>Laitteiden toimivuus turvallisuustekijä.</p>
--	---	---	--

<p>Karolina Peltomaa. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro gradu. Turun yliopisto. Suomi.</p>	<p>ehtivät mahdollisesti nollautua vaarantavat potilasturvallisuutta.”</p> <p>”Intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä hoitoympäristö on tekninen ja vaatii runsaasti erityisosaamista.</p> <p>”Monitoriverkon keskus ja näytöt sijaitsevat heräämössä, jossa muu henkilökunta voi tarkastella yksittäisen potilaan tai kaikkien potilaiden monitorinäkymää valintansa mukaa.”</p> <p>”Toiselta näytöltä saadaan informaatiota tapahtumista potilaskohtaisesti saleittain ja heräämöpaikoittain”</p> <p>”Näiden tietojen avulla pystytään ohjaamaan ja suunnittelemaan leikkausosasto ja heräämön toimintaa.”</p> <p>”Anestesiatietojärjestelmä tarjoaa hyvän työkalun potilastietojen dokumentointiin leikkausosastolla”</p> <p>”Toiminnan, tuotteiden ja palveluiden laatu syntyy sen prosessien ominaisuuksista, pelkät resurssit eivät yksinään riitä. Tietotekniikka on yksi keino kehittää näitä prosesseja suoraan esim. nopeuttamalla tiedonkäsittelyä ja tiedon saatavuutta tai välillisesti esim. tarjoamalla työntekijöille hyödyllisiä työvälineitä ja lisäämällä heidän mahdollisuuksiaan tehostaa prosesseja oman työn ohella.”</p>	<p>Anestesiahoitotyössä hoitoympäristö on tekninen ja erityisosaamista vaativa.</p> <p>Monitoriverkon keskuksen kautta henkilökunta pystyy tarkkailemaan kaikkien potilaiden monitorinäkymää.</p> <p>Informaatiota saadaan potilaskohtaisesti tapahtumista.</p> <p>Tietojen avulla pystytään suunnittelemaan toimintaa.</p> <p>Anestesiatietojärjestelmä käytetään potilastietojen dokumentointiin.</p> <p>Tietotekniikka auttaa kehittämään toiminnan, tuotteiden ja palveluiden laatua. Se syntyy prosessien ominaisuuksista. Prosesseja voidaan kehittää suoraan esim. nopeuttamalla tietojen käsittelyä, tiedonsaatavuutta tai tarjoamalla työvälineitä ja mahdollistaa työntekijän tehostaa prosessien kehittämistä työn ohella.</p>	<p>Tekninen erityisosaaminen.</p> <p>Tietotekniikka mahdollistaa tarkkailun.</p> <p>Nopea tiedonsiirto.</p> <p>Toiminnan suunnittelu.</p> <p>Anestesiatietojärjestelmä dokumentoinnin tukena.</p> <p>Tietotekniikka mahdollistaa toiminnan kehittämisen.</p>
<p>Mervi Ruonamo, Tarja Toppala 2000: Anestesiatietojärjestelmä hoitotiimin työkaluna. Spirium 2000 35 (3)</p>	<p>”Tietojärjestelmää varten loimme oman luokituksen. Halusimme kerätä tietoa potilaan voinnista niiltä alueilta , jotka olemme</p>	<p>Tietojärjestelmään luotu oma luokitus joka auttaa tiedon siirtymistä niiltä alueilta jotka on aiemmin koettu ongelmallisiksi</p>	<p>Tiedon siirtyminen.</p>

<p>A Study of clinical decision making by certified registered nurse anesthetists. Michael Kremer – Margaret Faut-Callahan – Frank Hics. AANA Journal 2002; vol.70. No.5. United States</p> <p>Rantala Arto, 2006: Leikkausalueen infektioiden</p>	<p>aiemmin todenneet ongelmallisiksi leikkausosastolla. Kirjasimme tietoja potilaan kivuista, palelemisesta , asento-ongelmista, pahoinvoinnista, jännittämisestä ja pelkäämisestä”</p> <p>”.. virhe olla käyttämättä kliinistä tietoa.. kliinistä tietoa mikä oli saatavilla lääkärin tekemästä preoperatiivisesta tutkimuksesta, ei käytetty.”</p> <p>”Epänormaalia löydöstä rinnan kuvauksesta ei sisällytetty anestesia-suunnitelmaan..”</p> <p>”..siitä huolimatta, että kliiniset tapahtumat ennustivat vakavia ongelmia, henkilöt usein olivat haluttomia poikkeamaan alkuperäisestä vaikutelmasta kyseisestä häiriöstä..”</p> <p>”Joissain tapauksissa, kesken vahingollisen tapahtuman, muu henkilöstö kysyi anestesiologilta, tarvitseeko hän apua mutta anestesiologi kieltäytyi avusta..”</p> <p>”Näissä tapauksissa erotusdiagnosi oli väärä. Kliininen informaatio kuten bardykardia tai takykardia hoidettiin sympatomeeteilla ajattelematta syytä mistä ne johtui, esimerkiksi hypoksiasta tai anemiasta.”</p> <p>”Kliininen informaatio liitettiin tavanomaisiin leikkaustapahtumiin ja vähemmän yleiset syyt näin ohitettiin..”</p> <p>”Nykyään tämä potilaiden aktiivinen lämmitys</p>	<p>leikkausosastolla.</p> <p>Preoperatiivisen tiedon käyttämättä jättäminen.</p> <p>Epänormaalit kliiniset merkit ohitettiin.</p> <p>Lääkärit haluttomia hyväksymään vakavien ongelmien ilmaantumista.</p> <p>Anestesiologi kieltäytyi avusta.</p> <p>Elimistön häiriötä hoidettiin mutta syytä ei mietitty.</p> <p>Kliininen informaatio yleistettiin tavanomaiseen.</p> <p>Potilaiden lämmitys on muodostunut käytännön</p>	<p>Preoperatiivisen tiedon Hyödyntämättä jättäminen.</p> <p>Kliinisen tiedon hyödyntämättä jättäminen.</p> <p>Kliinisen tiedon hyödyntämättä jättäminen.</p> <p>Anestesian komplikaation hoitaminen ja avusta kieltäytyminen.</p> <p>Anestesian komplikaation hoitaminen miettimättä aiheuttajaa.</p> <p>Kliinisen tiedon hyödyntämättä jättäminen.</p> <p>Osa käytännön toiminnoista rutiineja.</p>
--	---	---	--

ehkäisykeinot. Finnanest 39 (3).	lämpimin infuusionestein, lämpöpuhaltimin tai -katoiin on muodostunut käytännön rutiineiksi leikkausten aikana ja heräämöhoidossa”	rutiineiksi leikkausosastolla.	
----------------------------------	--	--------------------------------	--

**Päälukko: Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedonkäyttö
anestesia- ja sairaanhoitajan päätöksenteossa**

Nimi	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Niskanen Minna, Vakkuri Anne 2004: Anestesia- lääkärin ja sairaanhoitajan välinen työnjako Spirium 39 (3).	”Vastanneista 87% oli sitä mieltä ettei koulutus nykymuodossaan ole riittävä anestesia- ja sairaanhoitajan tehtäviin.	Koulutus nykymuodossaan ei ole riittävä anestesia- ja sairaanhoitajan tehtäviin.	Koulutus ei vastaa tarpeita.
Ervasti Tytti – Maarit 2005: Perioperatiivinen sairaanhoitaja tarvitsee tukea potilaan ohjaukseen. Pinsetti 21(2).	”Perioperatiiviset sairaanhoitajat tarvitsivat perehdytystä ja koulutusta yleensä potilasohjaukseen sekä työyksiköiden käytössä olevaan potilasohjausmateriaaliin.” ”Myös potilasohjauksen kehittämiseen perioperatiiviset sairaanhoitajat tarvitsivat työnjohdolta enemmän tukea ja kannustamista.” ” Uusilla erikoissairaanhoitajilla on erittäin vähän käytännön työkokemusta ja näin ollen perehdytyksen tarve käytännön anestesia toimintaan ensimmäisessä työpaikassa on pitkä” ”Anestesia- ja sairaanhoitaja koulutus koetaan riittämättömäksi jopa nykykäytäntöä palvelemaan” ”Anestesiahoitotyössä käytettävät laitteet ovat suorassa yhteydessä potilaaseen, joten laitteiden toiminnassa tapahtuvat häiriöt tai viat sekä käyttö ilman riittävää koulutusta ovat suuri riski potilaan	Lisäkoulutuksen tarvetta on potilasohjaukseen ja työyksiköiden käytössä olevaan ohjausmateriaaliin. Enemmän tukea työnjohdolta kaivataan potilasohjauksen kehittämiseen. Ensimmäisessä työpaikassa perehdytys tarve on pitkä, koska aloittavilla on erittäin vähän käytännön kokemusta. Nykykäytäntöä palvelemaan, koulutus koetaan riittämättömäksi. Laitteet ovat suorassa yhteydessä potilaaseen, joten niiden viat, häiriöt ja käyttö ilman riittävää koulutusta ovat riski potilaan turvallisuudelle.”	Perehdytys. Työnjohdolta tukea potilasohjaukseen. Perehdytys. Koulutus riittämätön. Koulutuksen puute.
Karolina Peltomaa. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro gradu. Turun yliopisto. Suomi.			

<p>Rantala Arto, 2006: Leikkausalueen infektioiden ehkäisykeinot. Finnanest 39 (3).</p>	<p>turvallisuudelle.”</p> <p>”Potilasturvallisuutta edistää riittävän, ammattitaitoisen työvoiman resursoiminen sekä sijaisten oikea kohdentaminen. Fyysisen työympäristön tasokkuudesta ja toimivuudesta tulee pitää huolta, kuten myös henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämisestä ja parantamisesta.”</p> <p>”Riittämätön resursointi työvoiman, materiaalien, henkilökunnan koulutuksen näkökulmasta vaikeuttaa välittömästi potilasturvallisuuden ylläpitoa. Kiireen vaikutus anestesiahoitotyöhön näkyy puutteellisena anestesiatyöhön valmistautumisena, keskittymisen puutteena, aseptiikan vaarantumisenä sekä potilaan valvontaan jäävän ajan vähenemisenä.”</p> <p>”Anestesiologisessa työssä, on siis selkeä mahdollisuus vaikuttaa infektioiden syntyä ehkäisten ja siksi toiminnan tehostaminen on tärkeää. Asiaan pitäisi siis kiinnittää suurempaa huomiota anestesiologien ja anestesiahoitohenkilökunnan koulutuksessa”</p>	<p>Ammattitaitoisen työvoiman resursoiminen ja sijaisten oikea kohdentaminen edistää potilasturvallisuutta. Työympäristön tasokkuudesta ja toimivuudesta sekä henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämisestä ja parantamisesta on huolehdittava.</p> <p>Riittämätön resursointi työvoiman ja materiaalien osalta vaikeuttaa potilasturvallisuuden ylläpitoa. Kiire näkyy puutteellisena valmistautumisena, keskittymisen puutteena, aseptiikan vaarantumisenä ja valvontaan jäävän ajan vähenemisenä.</p> <p>Anestesiatyössä on mahdollisuus vaikuttaa infektioiden ehkäisyyn ja henkilökunnan koulutuksessa pitäisi kiinnittää enemmän huomiota siihen.</p>	<p>Työympäristön oikein mitoitettut resurssit.</p> <p>Riittämätön resursointi uhkana potilasturvallisuudelle.</p> <p>Koulutuksen tarve.</p>
--	---	---	---

Päälukko: Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö

anestiasairaanhoitajan päätöksenteossa

Nimi	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Kokkonen, Maaria.2005: Leikkauspotilaan siirto heräämöstä vuodeosastolle, Näyttöön perustuvien siirtokriteerien kuvailu. Pro gradu -tutkielma, Oulun	”Voimakas kipu oli yksi keskeisimmistä heräämöhoidoita esiintyneistä ongelmista.”	Kipu katsottiin keskeisimmäksi ongelmaksi heräämöhoidossa.	Kipu keskeisin ongelma heräämöhoidossa.

<p>yliopisto.</p> <p>Millainen on hyvä anestesiahoitaja. Hanna-Sisko Kaukkila – Tarja Suominen. Spirium 1999;34 (1).</p>	<p>”Tutkimuksen mukaan anestesiahoitajan kompetenssi muodostuu potilastuntemuksesta ja taidoista toimia yhteistyössä kaikkien työympäristössä työskentelevien kanssa.”</p> <p>”Potilaan asianajajana toimiminen edellyttää anestesiahoitajalta lainsäädännön tuntemista ja vahvan moraalikompetenssin olemassa oloa.”</p> <p>”Aikaisemmat tutkimukset osoittavat leikkausosastolla työskentelevältä sairaanhoitajalta vaadittavan potilaan turvallisuuden takaamista muun muassa huomioimalla potilaan odotukset ja kokemukset.”</p> <p>”Kompetentilla sairaanhoitajalla on kyky luottaa sellaiseen toimintaan, joka edistää potilaan etua sekä kyky toimia potilaan edustajana erityisesti eettisissä konfliktitilanteissa.”</p> <p>”Tutkimukseni mukaan kompetentilla anestesiahoitajalla on perustiedot potilaasta kuten hänen sairauksistaan ja lääkityksistään. Hänellä on tietoa potilaan kommunikointi- ja ymmärryskyvystä, elämäntilanteesta sekä potilaan kulttuuri- ja uskonnollisista tekijöistä, jotka saattavat vaikuttaa potilaan hoitoon.”</p> <p>”Kompetentti anestesiahoitaja tuntee potilaan tietotason toimenpiteen suhteen ja hänellä on tietoa potilaan peloista ja toivomuksista. Vuorovaikutuksen onnistumiseksi</p>	<p>Anestesiahoitajan kompetenssi muodostuu potilastuntemuksesta ja taidoista toimia yhteistyössä muiden kanssa.</p> <p>Anestesiahoitajan tulee tuntea lainsäädäntö ja omata moraalikompetenssi toimiakseen potilaan asianajajana.</p> <p>Leikkausosastolla työskentelevä takaa potilaan turvallisuuden huomioimalla potilaan odotukset ja kokemukset.</p> <p>Eettisissä konfliktitilanteissa sairaanhoitaja luottaa toimintaan, joka edistää potilaan etua.</p> <p>Anestesiahoitaja tietää potilaan sairaudet ja lääkityksen. Hän tietää potilaan kommunikointi- ja ymmärryskyvystä, elämäntilanteesta sekä kulttuuri- ja uskonnollisista tekijöistä.</p> <p>Anestesiahoitaja tuntee potilaan tietotason, tietää potilaan peloista ja toiveista, osaa tulkita potilaan vuorovaikutusta ja puhua potilaan ymmärtämällä kielellä.</p>	<p>Potilastuntemus ja yhteistyötaidot.</p> <p>Potilaan asianajajuus.</p> <p>Potilaan eduista huolehtiminen.</p> <p>Potilaan eduista huolehtiminen.</p> <p>Potilaan kokonaisvaltainen tunteminen.</p> <p>Potilaan kokonaisvaltainen tunteminen.</p>
--	---	---	--

	<p>anestesiahoitajalla tulee olla myös taito tulkita potilasta, hänen ilmeitään ja eleitään sekä taito puhua sellaisella kielellä, että potilas ymmärtää puhutun.”</p> <p>”Turvallisuus on yksi tärkeimmistä intraoperatiivisen hoitotyön periaatteista. Tämän vuoksi kompetentin anestesiahoitajan tuleekin pyrkiä luomaan turvallisuuden tunne potilaalle käyttäen apunaan potilaan fyysistä koskettamista, huumoria ja ottamalla huomioon oma ammatillinen käyttäytyminen sekä kertomalla potilaalle niistä laitteista, välineistä, äänistä ja tuntemuksista, joita potilas voi leikkaussalissa havaita.”</p> <p>”Anestesiahoitaja on perehtynyt potilaaseen ja tarkkailee häntä jatkuvasti ottaen huomioon hänen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin.”</p>	<p>Anestesiahoitaja pyrkii luomaan turvallisuuden tunteen potilaalle.</p> <p>Anestesiahoitaja huomioi potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin.</p>	<p>Potilaan turvallisuudesta huolehtiminen.</p> <p>Potilaan toiveista, tarpeista ja turvallisuudesta huolehtiminen.</p>
<p>”...VÄLIAIKAISESTA MAJOITUSPAIKASTA TURVALLISEEN KOTIPESÄÄN...” Leikkauspotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta ja siirtymisestä heräämöstä vuodeosastolle. Leena Kurki. Pro gradu. Oulun yliopisto 2007.</p>	<p>”Antamalla potilaalle aikaa, empatiaa ja huomioon ottamalla potilaan mielipiteet luodaan potilaalle turvallisuuden tunne.”</p> <p>”Elsa oli esittänyt toivomuksensa, että leikkausajankohta olisi kesäaikaan. Leikkauspäivän aamuna lääkäri ilmoitti leikkaussuunnitelman muutoksesta leikata yhden polven sijasta molemmat polvet. Hän perusteli Elsalle suunnitelman muutosta uuden jonotuksen välttämiseksi ja taloudellisilla seikoilla. Elsa olisi halunnut pitäytyä alkuperäisessä suunnitelmassa.”</p> <p>”Elsa olisi halunnut tietää</p>	<p>Potilas kokee turvallisuuden tunteen saamalla osakseen empatiaa ja tulemalla huomioiduksi.</p> <p>Elsa toivoi leikkauksen olevan kesäaikaan. Leikkaussuunnitelma muuttui leikata molemmat polvet yhden sijaan. Elsa ei ollut tyytyväinen tähän.</p> <p>Elsa halusi tietää tarkemmin</p>	<p>Potilaan tunteet.</p> <p>Potilaan toiveiden ohittaminen.</p> <p>Potilaan tarve.</p>

tarkemmin leikkauksesta ja sen kulusta, mutta hän ei rohjennut kysyä asiaa toimenpiteen aikana.”	leikkauksesta.	
”Tietämättömyys asioiden todenperäisyydestä aiheutti hänessä pelkoa ja hämmennystä.”	Tietämättömyys aiheutti pelkoa ja hämmennystä.	Tietämättömyys johtaa pelkoon.
Hoitajat kävivät katsomassa häntä usein tiedustelemassa vointia.”	Hoitajat tiedustelivat hänen vointiaan usein.	Potilaan huomioiminen.
”Kuitenkin Elsa koki, että hän ei itse voi osallistua omaan hoitoonsa eikä oman tilansa arviointiin ammattilaisten kanssa yhdessä. Hän oli sitä mieltä, että ensikertalaisena odottaa kaiken valmiina, kun ei tiedä missä määrin omia ajatuksiaan tuoda esille häiritsemättä ammattilaisten toimintaa.”	Elsa koki, että hän ei voi osallistua omaan hoitoonsa eikä oman tilansa arviointiin.	Potilaan uskomukset.
”Elsaa vaivasi epätietoisuus heräämössä viipymisen syystä, koska se tullut missään vaiheessa selville. Hänen mielestään hoitajat olisivat voineet kertoa hänelle syyn viipymiseen.”	Elsaa vaivasi epätietoisuus heräämössä olon syystä. Hän olisi halunnut tietää syyn.	Potilaan informoimisen puute.
”Häntä mietitytti omaan vointiin, vatsantoimintaan, verenpaineeseen ja sokeritautiin liittyvät asiat.”	Häntä mietitytti omaan vointiin liittyvät asiat.	Tiedontarpeen havaitseminen.
”Hän kertoi huonovointisuudestaan hoitajalle, joka lääkitsi hänet niin, että pahoinvointi meni ohi.”	Hän kertoi huonovointisuudestaan ja sai siihen lääkettä, mikä auttoi.	Potilaan kuunteleminen.
”Häntä lääkittiin tarpeen mukaan kipu- ja pahoinvointi lääkkeillä.”	Tarvittaessa hänen kipuaan ja pahoinvointiaan lääkittiin.	Potilaan tarpeiden huomioiminen.
”Hoitaja tiedusteli hänen vointiaan ja kipujen olemassaoloa..”	Hoitaja kysyi hänen voinnista ja kivuista.	Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen.
”Hän sai tietoa ja hänet pidettiin ajan tasalla koko ajan.”	Hän sai tietoa ja hän pysyi ajan tasalla.	Potilaan informoiminen.
”Hän koki tarpeelliseksi	Hän koki tarpeelliseksi	Tiedon tarve.

tietää itsekkin asioita, vaikka niihin ei liittyisi mitään erikoista.”	tietää asioita.	
”Siirtotilanteesta heräämöstä osastolle jäi erityisesti mieleen sama, miellyttävä hoitaja, joka vei hänet leikkaussaliin ja tuli nyt hakemaan heräämöstä.”	Hoitajan miellyttävyyttä jäi mieleen siirtotilanteissa	Potilaan kohtaaminen.
”Kaisa sai lopulta sanotuksi kovista kivuistaan. Kaisa sai välittömästi kipulääkettä. Hän koki saaneensa kipulääkettä riittävästi ja sen vaikutus alkoi pian.”	Sai pyynnöstä kipulääkettä riittävästi.	Potilaan tarpeisiin vastaaminen.
”Kaisa sai sanotuksi huonovointisuudestaan hoitajalle, jonka seurauksena hän lääkitsi Kaisaa pahoinvointilääkkeellä.”	Sai pyynnöstä lääkettä huonovointisuuteen.	Potilaan tarpeisiin vastaaminen.
”Kaisa koki, että henkilökunta heräämössä oli erittäin ystävällinen ja ammattitaitoinen. Hänet huomioitiin hyvin, tiedusteltiin vointia ja kipuja useasti, eikä hänen tarvinnut pyydellä lisälääkitystä.”	Kaisaa kohdeltiin ystävällisesti ja ammattitaitoisesti. Hänet, hänen vointi ja kivut huomioitiin.	Potilaan kohtaaminen ja huomioiminen.
”Huolenpito tuntui hänestä hyvältä, vaikka hän ei ollut tottunut sellaiseen.”	Huolenpito tuntui hyvältä.	Potilaan huomioiminen.
”Leikkaussalissa henkilökunta lohdutteli ja rauhoitteli Kaisaa ja kaikki kertoivat koko ajan mitä tekivät.”	Kaisaa lohdutettiin, rauhoitettiin ja hänelle kerrottiin mitä tehdään.	Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen.
”Kaisaa rauhoitti, kun hänet pidettiin leikkausvalmisteluista ajan tasalla. Luottamus henkilökunnan huolenpitoon vei pelon mennessään.”	Kaisaa rauhoitti, kun hän oli ajan tasalla. Luottamus henkilökunnan huolenpitoon poisti pelon.	Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen.
”Varsinaiseen siirtoraporttiin Kaisa ei itse osallistunut, vaikka hänellä olisi ollut halukkuutta osallistumiseen. Hän olisi halunnut kuulla sen, mitä hänen tilanteestaan kerrottiin.”	Kaisa olisi halunnut osallistua siirtoraporttiin mutta näin ei käynyt. Hän olisi halunnut tietää tilanteestaan.	Potilaan osallistumisen mahdollisuuden ohittaminen.

	<p>”Hoitaja kävi useasti kysymässä hänen vointiaan ja kipujen olemassaoloa. Muut tarpeet huomioitiin kysymällä haluaako hän vettä tai mehua.”</p>	<p>Hoitaja kysyi useasti kivuista ja voinnista. Tarpeet huomioitiin.</p>	<p>Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen.</p>
	<p>”Iris koki, että häntä ei vain jätetty heräämään, vaan hoitaja oli koko ajan vuoteen vierellä ja kyseli voinnista.”</p>	<p>Hoitaja oli vierellä ja kyseli voinnista. Iiristä ei jätetty.</p>	<p>Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen.</p>
	<p>”Iiriksen kysymyksiin vastattiin ja hän sai kaipaamansa tiedon.”</p>	<p>Sai kysytyään vastaukset.</p>	<p>Potilaan informoiminen.</p>
	<p>”Iris totesi, että häntä pelottaisi paljon, ellei hän luottaisi hoitohenkilökunnan toimintaan.”</p>	<p>Ellei luottaisi henkilökuntaan, pelottaisi paljon.</p>	<p>Luottamus henkilökuntaan.</p>
	<p>”Siirtoraportilla häneltä itseltään kysyttiin voinnistaan ja hän kertoi väsymyksestään.”</p>	<p>Siirtoraportilla kyseltiin vointia.</p>	<p>Potilaan huomioiminen.</p>
	<p>”Hoitajat laittoivat lämpimät peitot hänen päällensä, minkä jälkeen Sylvi nukkui.”</p>	<p>Laittoivat lämpimän peiton päälle.</p>	<p>Potilaasta huolehtiminen.</p>
	<p>”Maija huomioitiin heräämössä hyvin ja hän koki, että hoito oli hyvin huolellista, henkilökohtaista. Heräämössä kysyttiin voinnista ja seurattiin kaiken aikaa sekä tunnon palautumista jalkoihin että varpaiden liikkumista.”</p>	<p>Maija koki, että hoito oli hyvää, henkilökohtaista. Vointia kysyttiin ja seurattiin.</p>	<p>Potilaan kokemus hoidosta.</p>
	<p>”Hänelle avun pyytämistä kivun lievitykseen helpotti leikkaussalissa sairaanhoitajan toteamus siitä, että lähtökohta on se, että kipuja ei saa olla. Hän koki sairaanhoitajan sanat tärkeäksi.”</p>	<p>Sairanhoitajan toteamus: kipuja ei saa olla, helpotti avun pyytämistä. Sairanhoitajan sanat olivat tärkeitä.</p>	<p>Avunpyytämisen helpottuminen.</p>
	<p>”Hänestä tuntui, että virtsarakko oli kuitenkin täynnä. Hoitaja kertoi tunteen johtuvan virtsakatetrasta ja epämiellyttävä tunne meni</p>	<p>Potilas sai tietoa virtsarakosta ja katetrasta sekä epämiellyttävästä tunteesta. Sai lääkettä pyytäessään heti</p>	<p>Potilaan informoiminen ja tarpeista huolehtiminen.</p>

	<p>ohi särkylääkkeellä. Helka ehdotti itse nesteenpoistolääkkeen tarpeellisuudesta, koska suonikohjut aiheuttivat turvotusta jaloissa. Asia huomioitiin heti ja hän sai vaivaansa nesteenpoistolääkettä.”</p> <p>”Helka koki, että hän tuli kuulluksi ja hänen toiveensa huomioitiin. Turvallisuuden tunnetta toi tunne siitä, että häntä hoidettiin ja Helka koki saavansa hyvää hoitoa. Hoitaja käyttäytyi erittäin ystävällisesti. Hän oli koko ajan lähellä ja saatavilla. Hoitaja piti hänestä huolta, huomioi hänet oikein hyvin ja tarkkaili hänen vointiaan. Helka tunsu, että hoitaja keskittyi juuri häneen.”</p> <p>”Sen sijaan Mirasta tuntui, että hänet laitettiin liian aikaisin heräämöstä takaisin osastolle.”</p> <p>”Hoitajat kyselivät myös Miralta itseltään voinnista, kivuista ja lääkkeistä, joita hän pystyy käyttämään.”</p>		
Jouko Jalonen 2004: Anestesiaan liittyvien riskien tiedostaminen. Finnanest 2004 37 (3)	<p>”Tärkeä osa virhealttiuden myöntämisessä on riskien kertominen potilaalle.”</p> <p>”Ja siksi meidän tulee kertoa riskit, jotka ovat yleisiä, kuten riski voida pahoin ja oksentaa anestesian ja leikkauksen jälkeen.”</p> <p>”Riskin kertomisessa auttaa, jos se suhteutetaan tavallisiin arkielämän riskeihin”</p>	<p>Helka koki tullessa kuulluksi. Hän koki saaneensa hyvää hoitoa ja turvallisuuden tunnetta. Hoitajan huolenpito ja ystävällisyys toivat Helkalle tunteen, että häneen keskityttiin.</p> <p>Mirasta tuntui, että hänet siirrettiin heräämöstä liian nopeasti.</p> <p>Hoitajat kyselivät voinnista, kivuista ja lääkkeistä.</p> <p>Riskien kertominen potilaalle on virhealttiuden myöntämistä.</p> <p>Yleiset riskit tulee kertoa potilaalle.</p> <p>Riskit tulee suhteuttaa arkielämän riskeihin.</p>	<p>Potilaan kokemus hoidosta ja huolenpito.</p> <p>Potilaan tunteet.</p> <p>Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen.</p> <p>Potilaan informointi.</p> <p>Potilaan informointi.</p> <p>Potilaan informointi.</p>
Niemi Murola – Leila, 2005, Suomi. Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutuksesta leikkaussalissa. Suomen Lääkärilehti 2005, 60 (3).	<p>”Kaikki ammattiryhmät katsovat olevansa potilaan puolesta puhujia”</p> <p>”Sairaanhoitajat huolehtivat potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista leikkausosastolla olon</p>	<p>Kukin ammattiryhmä ajaa potilaan parasta.</p> <p>Potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehditaan leikkausosastolla.</p>	<p>Potilaan puolesta puhuminen.</p> <p>Kokonaisvaltainen hoito.</p>

<p>Mervi Ruonamo, Tarja Toppala 2000: Anestesiatietojärjestelmä hoitotiimin työkaluna. Spirium 2000 35 (3)</p>	<p>aikana.”</p> <p>”Potilas on tärkein tiedonlähde, mutta hoitotyöntekijöiden tulee hahmottaa koko perioperatiivinen hoitoprosessi potilaan kannalta, jotta juuri tarpeellinen tieto tulisi kerättyä.”</p>	<p>Potilas on tärkeä tiedonlähde. Hoitaja hahmottaa hoitoprosessin potilaan kannalta ja kerää tarpeelliset tiedot.</p>	<p>Potilas itsensä asiantuntija.</p>
<p>Ervasti Tytti – Maarit 2005: Perioperatiivinen sairaanhoitaja tarvitsee tukea potilaan ohjaukseen. Pinsetti 21(2).</p>	<p>”Kirurginen toimepide ja siihen liittyvä anestesia aiheuttavat sekä fyysistä että psyykkistä stressiä potilaalle ja hänen omaisilleen.”</p>	<p>Leikkauksen liittyvät toimenpiteet aiheuttavat fyysistä ja psyykkistä stressiä potilaalle ja omaisille.</p>	<p>Toimenpide aiheuttaa stressiä.</p>
	<p>”Ohjaaminen hyödyttää potilasta ja hänen omaisiaan mm. vähentäen pelkoa ja ahdistusta sekä postoperatiivisia komplikaatioita.”</p>	<p>Ohjaus vähentää pelkoa, ahdistusta ja postoperatiivisia komplikaatioita.</p>	<p>Ohjauksen hyödyt.</p>
	<p>”Ohjaus lisää potilaan hoitoon sopeutumista ja kykyä valita itselleen sopiva selviytymisstrategia. Sen avulla voidaan lyhentää toipumisaikaa, vähentää kipua, parantaa leikkaukseen ja leikkauksen aiheuttamiin muutoksiin valmistautumista ja oikaista virheellisiä käsityksiä leikkauksesta ja siihen liittyvästä hoidosta.”</p>	<p>Ohjaus lisää potilaan selviytymistä. Se vaikuttaa toipumisaikaan, vähentää kipua ja valmistaa potilasta leikkauksen aiheuttamiin muutoksiin. Oikaisee potilaan virheellisiä käsityksiä.</p>	<p>Ohjaus selviytymisen tukena.</p>
	<p>”Potilaiden vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä painotetaan myös terveydenhuollon suunnittelussa.”</p>	<p>Potilaiden vaikutusmahdollisuuden lisäämistä painotetaan.</p>	<p>Potilaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen.</p>
	<p>”Potilaan ohjaus on yksi edellytys sille, että potilas voi osallistua ja sitoutua hoitoonsa. Oikeaan aikaan ajoitettu ohjaus on myös tärkeätä potilaan toipumista edistävänä tekijänä.”</p>	<p>Jotta potilas voi osallistua ja sitoutua hoitoonsa, tarvitaan ohjausta. Oikeaan aikaan ajoitettu ohjaus edistää potilaan toipumista.</p>	<p>Ohjaus mahdollistaa hoitoon osallistumisen.</p>
	<p>”Potilaat haluavat osallistua päätöksentekoon omista hoitotilanteistaan. Ohjaus tukee potilaan itsemääräämisoikeutta, itsehoitoa, turvallisuutta ja</p>	<p>Potilaat haluavat osallistua päätöksentekoon. Ohjaus tukee potilaanoikeuksia ja hoidonjatkuvuutta.</p>	<p>Potilaan oikeuksien tukeminen.</p>

<p>Lipponen, Kaija.2006: Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjauksessa. Sairaanhoitaja 79 (10).</p>	<p>hoidon jatkuvuutta.”</p> <p>”Tärkeää potilaiden ohjauksen suunnittelussa ja toteuttamisessa on potilaan yksilöllisten tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen.”</p> <p>”Ohjasprosessin alussa on otettava huomioon asiakkaan ohjauksen tarve ja tavoitteet, sekä hänen aikaisemmat tietonsa, taitonsa, asenteensa, kokemuksensa ja uskomuksensa sekä kykynsä vastaanottaa tietoja. Tämän jälkeen laaditaan suunnitelma ja toteutetaan se.”</p>	<p>Yksilöiden tarpeet huomioidaan ohjauksen suunnittelussa ja toteuttamisessa.</p> <p>Potilaa ohjauksen tarve ja tavoitteet ja niihin vaikuttavat yksilölliset tekijät otetaan huomioon suunnitelman laadinnassa.</p>	<p>Yksilöiden tarpeiden huomiointi ohjauksessa.</p> <p>Potilas huomioidaan kokonaisvaltaisesti ohjausprosessissa.</p>
<p>Karolina Peltomaa. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro gradu. Turun yliopisto. Suomi.</p>	<p>”Vaikka potilaat saavat sairastuessaan tietoa monilta eri asiantuntijoilta, on hoitajalla kokonaisvastuu potilasohjauksen ja neuvonnan koordinoinnissa ja toteuttamisessa.”</p> <p>”Potilaan saama henkinen tuki, riittävä informaatio ja kokemus päätöksentekoon osallistumisesta on myös yhteydessä hoitotyöntuloksiin.”</p>	<p>Hoitajalla kokonaisvastuu potilaan ohjauksen, neuvonnan ja koordinoitin toteuttamisessa.</p> <p>Potilaan kokonaisvaltainen huomiointi ja kokemus päätöksenteosta on yhteydessä hoitotyöntuloksiin.</p>	<p>Hoitajan vastuu ohjauksessa.</p> <p>Hoitotyön tuloksiin vaikuttaminen.</p>
	<p>”Tiedot potilaiden sairauksista, tutkimuksista ja hoidosta olivat hyvät. Tulosta voidaan pitää myönteisenä, sillä potilaat haluavat tietoa näistä asioista.”</p> <p>”Hyvänä tuloksena voidaan pitää potilaan mahdollisuutta ilmaista tunteitaan ohjaustilanteessa, sillä tunteista keskustelu edistää potilaiden hyvää hoitoa ja hoidon tavoitteita.”</p> <p>”Kirjaamisen avulla potilasturvallisuutta voidaan edistää kirjaamalla totuudenmukaisesti kaikki potilaan taustatiedot sekä leikkaussalissa tapahtuvat</p>	<p>Hoitajien tiedot hoitoon liittyen vastasivat potilaiden tiedon tarpeeseen.</p> <p>Potilaiden hyvään hoitoon kuuluu keskustelu ja mahdollisuus tunteiden ilmaisuun.</p> <p>Potilasturvallisuutta parannetaan kirjaamalla totuudenmukaisesti taustatiedot ja tapahtuvat toimenpiteet.</p>	<p>Hoitaja tiedonlähteenä.</p> <p>Potilaan tunneilmaisun mahdollistaminen.</p> <p>Potilaslähtöiset tiedot parantaa potilasturvallisuutta.</p>

	<p>toimenpiteet.”</p> <p>”Leikkausasennon sekä tukien huolimaton asettelu, tietämättömyys asentojen ergonomisuudesta ja potilaan aikaisemmista kiputiloista lisäävät hermovaurioiden vaaraa. Potilaan asennon riittämätön valvonta anestesian aikana vaarantaa myös potilaan turvallisuutta.”</p> <p>”Potilas tulisi asetella leikkausasentoon leikkaustasolle mahdollisuuksien mukaan hereillä, jotta potilas voi itse osallistua hyvän asennon hakemiseen.”</p> <p>”Potilaan fyysisistä ominaisuuksista häiritäpähtumille voi altistaa yli- tai alipaino ja sairaudet kuten esimerkiksi diabetes ja verenpainetauti.”</p> <p>”Moniammatilliseen tiimityöhön liittyvää potilasturvallisuutta voi edistää anestesiahoitaja olemalla valppaana ja toimimalla potilaan edustajana esimerkiksi nukutetun potilaan osalta.”</p>	<p>Leikkausasennon ja tukien huolimaton asettelu, tietämättömyys ergonomiasta ja potilaan kiputiloista lisäävät hermovaurioiden vaaraa. Asennon riittämätön valvonta vaarantaa potilasturvallisuutta.</p> <p>Potilas tulisi asetella leikkausasentoon hereilläollessaan osallistuakseen hyvän asennon hakemiseen.</p> <p>Potilaan fyysiset ominaisuudet, kuten yli- tai alipaino ja sairaudet voivat altistaa häiritäpähtumille.</p> <p>Potilasturvallisuutta voi edistää olemalla valppaana ja toimimalla potilaan edustajana nukutetun potilaan osalta.</p>	<p>leikkausasentoon asettaminen yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.</p> <p>Potilas hoitoon osallistujana.</p> <p>Potilaan fyysisten ominaisuuksien huomiointi.</p> <p>Asianajajuus edistää potilasturvallisuutta.</p>
--	---	---	---

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p>Hereilläölo johtaa henkiseen vaurioon. Anestesian osa-alueiden arviointi. Anestesian riittävyys. Tajuttomuuden, kivuttomuuden, lihasrelaksaation riittävyys. Riittävää tajuttomuutta mitataan EEG:stä nähtävällä Bispektri-indeksillä. Tajuttomuutta mitataan kuuloherätevasteen avulla. Tajuttomuuden mittaaminen. Anestesian syvyyden arviointi ja EEG:n/herätepotentiaalain edut. EEG:n muuttuminen kertoo anestesian syvyydestä. EEG:n muuttuminen kertoo anestesian syvyydestä.</p> <p>Lääkeaineiden tunteminen. Anestesian lääkeaineet. Lääkeaineiden tarkoitus. Lääketuntemus. Nestetasapainon havainnoiminen. Lääkehoidon riskitekijöiden tiedostaminen. Lääkitseminen insuliinilla. Antimikrobiprofylaksian ohjeistus</p> <p>Anestesian mekanismien ymmärtäminen. Anestesiahoitajan tietoperusta koostuu useasta tieteenalasta. Hoidon suunnittelu ja toteutus. Anestesianuotojen esteiden tunteminen ja komplikaatioiden ehkäiseminen. Kirurgisen toimenpiteen etenemisen tunteminen. Anestesiahoitajan tietoperusta koostuu tieteenaloista, aseptiikasta ja käytänteistä. Taito eritoimenpiteisiin. Anafylaktisen reaktion ennaltaehkäisy. Anafylaktisen reaktion ennaltaehkäisy. Anafylaktisen reaktion ennaltaehkäisy. Anafylaktisen reaktion hoitaminen. Postoperatiivisten infektioiden ehkäisy. Infektioiden ehkäisy lämmittämällä. Elimistön toiminnan edistäminen. Infektioiden ehkäisy osa anestesiahoitotyötä. Infektioiden ehkäisy osa anestesiahoitotyötä.</p>	<p>Anestesian syvyyden arviointi.</p> <p>Lääketietoisuus.</p> <p>Anestesiahoitajan pätevyys.</p>	<p>Tieteelliseen tietoon perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa.</p>

<p>Infektioiden ehkäisy osa anestesiahoitotyötä. Fysiologisiin toimintojen tunteminen. Fysiologisiin toimintojen hallinta. Anestesia toimenpiteen tunteminen Teknis-kemialliset tiedot anestesiakaasuista. Aseptinen toiminta.</p> <p>Anestesian riskiluokitus. Heräämöhoidon komplikaatioiden ehkäiseminen. Tavallisimmat hättävaiikutukset. Verenkierron ja hengityksen komplikaatiot. Anestesian komplikaatioiden ehkäiseminen.</p> <p>Anafylaktisen reaktion tunnistaminen. Verensiirron komplikaatioiden tunnistaminen. Anafylaktisen ja anafylaktoidin reaktion tunnistaminen. Anafylaktisen reaktion tunnistaminen. Reaktio-oireiden tunnistaminen. Anafylaktisen reaktion oireet. Lämpötilan havainnoiminen.</p> <p>Hoitosuosituksia ja näyttöön perustuvia katsauksia vähän. Hoitosuosituksia ja näyttöön perustuvia katsauksia vähän.</p> <p>Tieto/ryhmäytöaidot osana potilasturvallisuuden edistämistä.</p> <p>Asiasisällön tunteminen ohjauksessa. Tiedolliset valmiudet ohjaukseen hyvät Ohjauksen osa-alueissa puutteita. Ohjauksessa tieteellistiedon käyttö vähäistä.</p> <p>Aldrete-metodin käyttö. Aldrete-metodin käyttö heräämöhoidossa. Elintoimintojen arviointi Aldrete-metodilla. Aldrete-metodi osa-alueet. Siirtokriteereissä puutteita. Aldrete-metodin näyttö vahvaa. Aldrete-metodi informaation tuottajana Aldrete-metodi infomaation tuottajana Aldrete-metodi kansainvälisesti hyväksytty.</p> <p>Siirtokriteerit tukee päätöksentekoa.</p>	<p>Komplikaatiot.</p> <p>Anestesiahoitajan havainnointi.</p> <p>Toimintaohjeiden vähäisyys.</p> <p>Potilasturvallisuuden edistäminen.</p> <p>Näytön käyttö ohjauksessa.</p> <p>Siirtosuosituksen käyttö.</p> <p>Siirtokriteerit ja päätöksentekomalli.</p>	
--	--	--

<p>Päätöksentekomallien käyttö päätöksenteossa. Päätöksenteko riippuvainen tilanteen arvioinnista. Nopea päätöksentekomalli päätöksenteossa. Lääkitseminen tulee olla ohjeisiin perustuvaa. Siirtokriteerien tarve. Siirtokriteerien tarve. Menetelmä tukena päätöksenteossa. Siirtokriteerisuositukset ohjaavat kokemattomien toimintaa. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen.</p>		
<p>Osa käytännön toiminnoista rutiineja.</p> <p>Kliinisen tiedon hyödyntämättä jättäminen. Kliinisen tiedon hyödyntämättä jättäminen. Anestesian komplikaation hoitaminen ja avusta kieltäytyminen. Anestesian komplikaation hoitaminen miettimättä aiheuttajaa. Kliinisen tiedon hyödyntämättä jättäminen. Preoperatiivisen tiedon hyödyntämättä jättäminen.</p> <p>Anestesiahoitajan tietoperusta. Teknisten laitteiden tunteminen ja käyttäminen. Havainnoiminen ja laitteiden käyttäminen. Leikkaussalin laitteiden tunteminen ja käyttäminen. Valvontalaitteiden tuottama informaatio osa päätöksentekoa. Tekninen erityisosaaminen. Tietotekniikka mahdollistaa tarkkailun.</p> <p>Lyhytkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>Kokemuksen ja koulutuksen vaikutus.</p> <p>Päätös intuitiivista. Päätös intuitiivis-analyttistä. Ongelman määrittely intuitiivis-tulkitsevaa. Päätös intuitiivis-analyttistä.</p> <p>Päätöksenteko intuitiivis-analyttistä, enemmän intuitiivista. Ajattelu analyttis/systemaattista toiminnan suunnittelussa/analysoinnissa.</p>	<p>Rutiinitoiminta</p> <p>Tietoisien riskien ottaminen.</p> <p>Anestesiahoitajan pätevyys.</p> <p>Lyhytkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>Anestesiahoitajan pätevyys</p> <p>Lyhytkestoinen päätöksenteko.</p> <p>Ajatteluprosessi hoitotyön vaiheissa.</p>	<p>Asiantuntijan kokemukseen perustuvan tiedonkäyttö anestesiahoitajan päätöksenteossa.</p>

<p>Toiminnan toteutuksessa/arvioinnissa päätös analyttis-intuitiivista.</p> <p>Pitkäkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>Analyttis-intuitiivinen ajatteluprosessi toiminnassa. Analyttis-intuitiivinen ajatteluprosessi toiminnan suunnittelussa. Intuitiivis-tulkitseva ajatteluprosessi ongelman määrittelyssä. Toiminnan suunnittelu analyttis-systemaattista. Tiedon hankinnassa analyttis-intuitiivisesti.</p> <p>päätöksenteko analyttis-intuitiivista</p> <p>Ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa:</p> <p>Työkokemus/intuitiivinen päätöksenteko. Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin. Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin. Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin.</p> <p>Koulutusmuodon vaikutus päätöksentekoprosessiin.</p> <p>Hoitotyön tehtävällä/osastolla ei vaikutusta päätöksentekoon.</p> <p>Ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa:</p> <p>Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin. Kokemuksella vaikutusta päätöksentekoprosesseihin.</p> <p>Työnkuva vaikuttaa päätöksentekotapaan. Työnkuva vaikuttaa päätöksentekotapaan. Työnkuva vaikuttaa päätöksentekotapaan.</p> <p>Yhteenveto:</p> <p>Päätöksenteko hoitotyön ongelmiaolettaessa. intuitiivis-analyttistä.</p>	<p>Pitkäkestoinen päätöksentekotilanne:</p> <p>Ajatteluprosessi hoitotyön vaiheissa.</p> <p>Pitkäkestoinen päätöksenteko.</p> <p>Ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa:</p> <p>Työkokemuksen vaikutus.</p> <p>Koulutuksen vaikutus.</p> <p>Päätöksenteon riippumattomuus.</p> <p>Ajatteluprosesseihin yhteydessä olevat tekijät pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa:</p> <p>Työkokemuksen vaikutus.</p> <p>Työnkuvan vaikutus päätöksentekoon.</p> <p>Yhteenveto:</p> <p>Intuiivis-analyttinen päätöksenteko.</p>	
--	--	--

<p>Sairaanhoitajan toiminta intuitiivis-analyttistä, lyhytkestoisessa tilanteessa intuitiivisempaa.</p> <p>Yksilölliset tekijät voivat olla haitallisia. Yksilölliset tekijät voivat olla haitallisia. Itsenäinen päätöksenteko kriittisessä tilanteessa. Yksilön kognitiiviset ominaisuudet. Tiedolliset valmiudet. Yksikkökohtainen tieto vahvaa. Työkokemus. Kokemus tuo varmuutta potilasohjaukseen. Kokemuksen ja suositusten käyttö. Kokemuksen käyttö päätöksenteossa. Kokemukseen ja tietoon perustuva päätöksenteko. Kokemukseen ja tietoon perustuva päätöksenteko</p> <p>Toimintaohje ei korvaa asiantuntijakokemusta. Viranomaismääräysten puuttuminen.</p> <p>Yhteistyö. Yhteistyö. Vuorovaikutuksen ongelmat yhteydessä potilasturvallisuuteen. Tiedon vaihto. Yhteistyö. Tiedon välittyminen. Delegointi sairaanhoitajalle. Tieto/ryhmätyötaidot osana potilasturvallisuuden edistämistä. Ennusteen huonontuminen yksin toimiessa. Anestesiahoitajan yhteistyöosaaminen. Vuorovaikutustaidot.</p> <p>Selkeä työnjako. Selkeä työnjako. Selkeä työnjako. Työnjako yhteneväinen. Suurimman osan mukaan työnkuva riittävä. Työnjako toimiva.</p> <p>Valmiudet ohjaukseen. Itsearviointitaidot huonot. Suullinen ohjaus. Kokemuseräinen tieto ohjauksessa. Tiedolliset valmiudet ohjaukseen. Kokemattomalla ohjauksen arviointi vaikeaa. Ohjaaminen hoitotyössä. Ohjauksen hallinta tyydyttävää.</p>	<p>Työntekijän ominaisuudet ja valmiudet.</p> <p>Ohjeistus asiantuntijan tukena.</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö.</p> <p>Vastuut ja velvollisuudet.</p> <p>Ohjauksen toteuttaminen.</p>	
---	---	--

<p>Potilaan turvallisuuden vaarantuminen. Kokemus lisää turvallisuutta. Vastuukysymykset ja turvallisuuden vaarantuminen. Perehdytys edistää turvallisuutta. Raportointi. Dokumentointi mahdollistaa tiedon siirtymisen. Laitteiden toimivuus turvallisuustekijä. Nopea tiedonsiirto. Toiminnan suunnittelu. Anestesiatietojärjestelmä dokumentoinnin tukena. Tiedon siirtyminen.</p> <p>Reflektointi. Jatkuva toimintatapojen kehittäminen. Jatkuva toimintatapojen kehittäminen. Anestesian komplikaatioiden ehkäiseminen. Potilaan laadukas hoitaminen. Tietotekniikka mahdollistaa toiminnan kehittämisen</p>	<p>Turvallisuus.</p> <p>Laadukas hoitaminen.</p>	
<p>Työjohdolta tukea potilasohjaukseen.</p> <p>Perehdytys. Koulutuksen puute. Perehdytys. Koulutus riittämätön. Koulutuksen tarve. Koulutus ei vastaa tarpeita.</p> <p>Työympäristön oikein mitoitettut resurssit. Riittämätön resursointi uhkana potilasturvallisuudelle.</p>	<p>Resurssit ohjaukseen.</p> <p>Lisäkoulutuksen tarve.</p> <p>Resurssit päätöksentekoon.</p>	<p>Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvan tiedonkäyttö anestesiaa sairaanhoitajan päätöksenteossa.</p>
<p>Potilaan asianajajuus. Potilaan eduista huolehtiminen. Potilaan eduista huolehtiminen. Potilaan turvallisuudesta huolehtiminen. Potilaan toiveista, tarpeista ja turvallisuudesta huolehtiminen. Potilaan puolesta puhuminen. Potilaan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen. Potilaan oikeuksien tukeminen. Asianajajuus edistää potilasturvallisuutta.</p> <p>Potilaan kokonaisvaltainen tunteminen. Potilaan kokonaisvaltainen tunteminen. Potilaan tunteet. Potilaan huomioiminen. Potilaan uskomukset. Potilaan kuunteleminen. Potilastuntemus ja yhteistyötaidot.</p>	<p>Asianajajuus.</p> <p>Tunteminen tavoitteena.</p>	<p>Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvan tiedon käyttö anestesiaa sairaanhoitajan päätöksenteossa.</p>

<p>Potilaan tarpeiden huomioiminen. Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen. Potilaan kohtaaminen. Potilaan tarpeisiin vastaaminen. Potilaan tarpeisiin vastaaminen. Potilaan kohtaaminen ja huomioiminen. Potilaan huomioiminen. Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen. Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen. Luottamus henkilökuntaan. Potilaan huomioiminen. Potilaasta huolehtiminen. Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen. Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen. Potilaan informoiminen ja tarpeista huolehtiminen. Potilaan tunteet. Potilaan toiveista ja tarpeista huolehtiminen. Toimenpide aiheuttaa stressiä. Kokonaisvaltainen hoito.</p>	<p>Potilaan kohtaaminen ja tarpeiden huomioiminen.</p>	
<p>Potilaan toiveiden ohittaminen. Potilaan osallistumisen mahdollisuuden ohittaminen.</p>	<p>Huomiotta jättäminen.</p>	
<p>Potilaan tiedontarve. Tietämättömyys johtaa pelkoon. Potilaan informoimisen puute. Tiedontarpeen havaitseminen. Potilaan informoiminen. Potilaan tarve. Potilaan informointi. Potilaan informointi. Potilaan informointi. Hoitaja tiedonlähteenä.</p>	<p>Tiedon tarve.</p>	
<p>Potilaan kokemus hoidosta. Avunpyytämisen helpottuminen. Potilaan kokemus hoidosta ja huolenpito. Potilas itsensä asiantuntija. Potilas hoitoon osallistujana.</p>	<p>Potilaan kokemuksellisuus ja asiantuntijuus.</p>	
<p>Ohjaus mahdollistaa hoitoon osallistumisen. Yksilöiden tarpeiden huomiointi ohjauksessa. Potilas huomioidaan kokonaisvaltaisesti ohjausprosessissa. Hoitajan vastuu ohjauksessa. Hoitotyön tuloksiin vaikuttaminen. Ohjauksen hyödyt.</p>	<p>Ohjauksen toteuttaminen.</p>	

<p>Ohjaus selviytymisen tukena.</p> <p>Potilaan tunneilmaisun mahdollistaminen.</p> <p>Potilaslähtöiset tiedot parantaa potilasturvallisuutta.</p> <p>Leikkausasentoon asettaminen yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.</p> <p>Potilaan fyysisten ominaisuuksien huomiointi.</p> <p>Kipu Keskeisin ongelma heräämöhoidossa.</p>	<p>Rohkaisu.</p> <p>Turvallisuus.</p>	
--	---------------------------------------	--

Tutkimusaineiston analyysikehys

Tekijä(t),vuosi ,artikkelin/tutkimuksen nimi ja maa, jossa tehty.	Tarkoitus.	Kohderyhmä.	Aineiston keruu ja analysointi.	Päätulokset.	Huomattavaa.
Hanna-Sisko Kaukkila – Tarja Suominen. 1999. Millainen on hyvä anestesiahoitaja. Spirium 1999;34 (1). Suomi.	Selvittää anestesiahoitajien käsityksiä siitä, että millaiset ovat kompetenttien anestesiahoitajien tiedot ja taidot intraoperatiivisessa hoitotyössä.	Anestesiahoitohenkilökunta.	Haastatteleamalla 16 anestesiahoitajaa.	Kompetentillä anestesiahoitajalla tulee olla laajat tiedot monilta aloilta, kuten psykologiasta, lääketieteestä, hoitotieteestä, anatomiasta ja fysiologiasta ja farmakologiasta. Anestesiahoitajan tulee hallita hyvät vuorovaikutustaidot ja toimia eettisesti hyvin sekä kyetä empatiaan.	
Arvi Yli-Hankala. 2003. EEG:n entropia anestesian syvyyden mittarina. Finnanest 2003;35 (5). Suomi.	Selvittää lyhyesti EEG entropiamittarin kehitystyöstä, algoritmista ja ominaisuuksista kliinisessä käytössä.	Anestesiahenkilökunta ja asiasta kiinnostuneet.	EEG-indeksin kehittäminen ja tutkimustoiminta aloitettiin HYKS:n naistenklinikassa ja paikallisten anestesiologien yhteistyöprojektina vuonna 1998. Edelleen tuotekehittelyä tehtiin HYKS:n klinikoilla, TAYS:ssa ja OYS:ssa sekä Etelä Karjalan keskussairaalassa.	EEG:n entropialla pyritään arvioimaan anestesian hypnoottista komponenttia. EEG:n entropia-arvoa tulkitsemalla voidaan selvittää potilaan tajuttomuuden aste.	
Matti Salo. 2005. Anafylaksiset reaktiot anestesian aikana. Spirium 2005;40 (4). Suomi.	Esitellä anafylaktisen reaktion syyt, kliininen kuva ja hoito.	Anestesiahenkilökunta.	Kymmenen kirjallisuuslähdettä.	Anafylaktisten reaktioiden kliininen kuva peittyi osittain anestesian aikana. Reaktion oireet muuntuvat ja ovat näin vaikeammin huomattavissa. Reaktion tunnistaminen ja hoito esitellään artikkelissa.	

Arvi Yli-Hankala. 2002. Anestesiaasyvyyden monitorointi. Spirium 2002;37 (2). Suomi.	Selvittää anestesiatiilan mittaamisen periaatteita.	Anestesiahenkilökunta.	Kirjallisuus. Asiantuntijan lausuma.	Anestesian komponentit ovat tajuttomuus, analgesia ja lihasrelaksaatio. Artikkelissä esitellään komponenttien arviointia ja kuinka komponenttien toteuttaminen tapahtuu.	
Sami Sabour – Minna Niskanen – Timo Tuovinen – Sinikka Purhonen – Olli Takkunen. 2005. Anestesiaalaatu poikkeamat KYS:ssa vuonna 2003. Finnanest 2005;38 (2). Suomi.	Laatupoikkeamien tarkempi analysointi.	Poikkeamien rekisteröinnin luotettavuutta kehittävät työntekijät, esimerkiksi anestesiahoitajat.	KYS:ssä on noin 900 sairaansijaa. Suoritetaan yli 20000 toimenpidettä leikkausolosuhteissa. Aineistossa on mukana KYS:n leikkausyksiköissä 1,2 ja 4 hoidetut yli 2-vuotiaat potilaat. TOTI-järjestelmä, mihin henkilökunta syöttää mm. laatupoikkeamat. Järjestelmä rekisteröi tiedot ja näin ne voidaan analysoida.	Anestesian laatua seuraamalla voidaan parantaa potilasturvallisuutta. Artikkelisi esittelee yleisanestesian ja heräämöhoidon aikana vuonna 2003 tapahtuneet komplikaatiot tilastollisesti.	
Asta Taskinen. 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kliininen päätöksenteko. Pro gradu. Turun yliopisto.	Kuvata sairaanhoitajien itsearvioimana perioperatiivisen hoitotyön päätöksentekoa ja selvittää päätöksentekoon yhteydessä olevia tekijöitä.	Työntekijät, jotka kehittävät perioperatiivisen hoitotyön koulutusta, johtamista ja käytännön hoitotyötä.	Leikkausosastoilla työskenteleviltä 186-sairaanhoitajilta kyselylomakkeella, joka oli 24-väittäminen päätöksentekomittari. Kyselylomakkeeseen oli lisätty luonnehdinta tapahtumasta, jota pyydettiin ajattelemaan vastattaessa ja seitsemän taustatietoa kartoittavaa kysymystä. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti SAS Enterprise Guide 4.0 -ohjelmalla.	Ajatteluprosessit olivat intuitiivisempia lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa. Lyhytkestoisessa päätöksentekotilanteessa tiedon hankinta ja analysointi selittivät päätöksentekoa eniten, kun taas pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa toiminnan toteutus ja arviointi oli ilmiöitä eniten selittävä osa-alue. Hoitajan kokemus ja koulutus oli vahvimmin yhteydessä ajatteluun. Hoitotyön tehtävä oli yhteydessä ajatteluun ainoastaan pitkäkestoisessa päätöksentekotilanteessa.	
Leena Kurki. 2007. "...VÄLIAIK AISESTA MAJOITUSP AIKASTA TURVALLIS EEN	Kuvaila leikkauspotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta ja siirrosta vuodeosastoille.	Potilaan hoitoon osallistujat ja hoitosuosittelun laatijat.	Lähestymistapa oli laadullinen. Empiirinen aineisto kerättiin nukutetuilta elektiivisen laparoskooppisen kohdunpoistoleikkauksen (n=5) ja puudutetuilta	Leikkauspotilaat pitivät kovivat saaneensa hyvää hoitoa ja pitivät hoitohenkilökuntaa ammattitaitoisena. Tietämättömyys tulevista tapahtumista	

<p>KOTIPESÄÄ N...” Leikkauspotilaiden kokemuksia heräämöhoidosta ja siirtymisestä heräämöstä vuodeosastolle. Pro gradu. Oulun yliopisto. Suomi.</p>			<p>elektiivisen proteesileikkauksen (n=5) läpikäyneiltä potilailta teemahaastatteluilla. Aineisto analysoitiin Amadeo Giorgan kehittämällä ja Juha Perttulan edelleen kehittämällä fenomenologisen psykologian analyysimenetelmällä.</p>	<p>aiheutti pelkoa. Potilaat kaipaivat tietoa nukutukseen ja puudutukseen liittyvistä asioista, heräämössä vietetyn ajan pituudesta ja syistä. Lisäksi tietoa kaivattiin omista mahdollisuuksista ja keinoista hoitoon osallistumiseksi.</p>	
<p>Karolina Peltomaa. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro gradu. Turun yliopisto. Suomi.</p>	<p>Kuvailla potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä anestesiahoitotyössä.</p>	<p>Anestesiahenkilökunta.</p>	<p>Aineisto kerättiin tehdyistä tutkimuksista (n=15), kansallisen anestesia- ja leikkaustoiminnan vertaisarviointipalvelun (Intensium Oy) tietokannasta (n=4958), potilaskorvauskeskuksen vuoden 2006 ratkaistuista anestesiatyöhön liittyvistä potilastapauksista (n=77) sekä anestesiahoitajien (n=11) focus group-haastatteluista. Aineistot analysoitiin käyttäen deskriptiivisiä tilastollisia menetelmiä SPSS-tilasto-ohjelmalla. Sisällönanalyysi tehtiin Atlas.ti-ohjelman avulla.</p>	<p>Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät liittyivät lääkehoitoon, hermovaurioihin, hengitystietapahtumiin, aseptiikkaan, sairaanhoitajan valppauden puutteeseen ja puutteelliseen anestesiahoitotyöhön valmistautumiseen. Vaarantavia tekijöitä koettiin olevan laitteet ja niiden viat, elektroninen potilastietojärjestelmä, työrauhan puute, kommunikation ja aseptiikkaan liittyvät ongelmat. Turvallisuutta vaaransi myös kiire, väärinymmärtäminen ja päivystysaika.</p>	
<p>Michael Kremer – Margaret Faut-Callahan – Frank Hics. 2002. A Study of clinical decision making by certified registered nurse anesthetists. AANA Journal 2002; vol.70. No.5. United States.</p>	<p>Tuoda esille hoitovirheitä ja niihin johtaneita syitä. Tutkimuksessa tarkastellaan erityisesti psykologisia syitä, mitkä johtavat hoitovirheisiin.</p>	<p>Anestesiahenkilökunta.</p>	<p>Aineisto kerättiin AANA- säätiön käsiteltyjen hoitovirheväitteiden rekisteristä. rekisteri sisältää yli 300 tiedostoa sisältäen ST Paul Fire ja Marine vakuutusyhtiön tiedostot kattaen koko Yhdysvallat. 10-tutkijaa AANA-tutkijaryhmästä analysoivat tiedostot.</p>	<p>Hoitovirheisiin johtavia syitä olivat lääkärin kieltäytyminen tarjotusta avusta, virheellinen diagnosointi, oireiden hoitaminen mieltämättä niiden aiheuttajaa, preoperatiivisten tietojen laiminlyönti ja potilaan oireiden liiallinen yleistäminen tavanomaisiin oireisiin.</p>	

<p>Jouko Jalonen, 2004, Anestesiaan liittyvien riskien tiedostaminen. Finnanest 2004, 37 (3). Suomi.</p>	<p>Artikkeli perustuu Suomen Anestesiologi yhdistyksen ja Suomen anestesia sairaan hoitajien järjestämällä Anestesiakurssilla pidettyyn esitelmään.</p>	<p>Anestesiologit ja anestesia sairaan hoitajat.</p>	<p>Katsaus aikaisempiin tutkimuksiin.</p>	<p>Anestesian riskien tunnistamisesta ja haittatapahtumien systemaattisesta seurannasta. Läheltä piti -tilanteiden analysoiminen. muiden maiden tavoin. Jotta tehdyistä virheistä voitaisiin oppia. Toimintaohjeiden tärkeyttä korostettiin vaikka ne eivät korvaa anestesiahenkilökunnan tietotaitoa ja tarkkaavaisuutta.</p>	
<p>Niemi Murola – Leila, 2005, Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutuksesta leikkaussalissa. Suomen Lääkärilehti 2005, 60 (3). Suomi</p>	<p>Käsittelee aiempia tehtyjä tutkimuksia leikkaussalissa työskentelevien vuorovaikutuksesta ja ryhmätyötaitoista.</p>	<p>Leikkausosastolle työskenteleville.</p>	<p>Katsaus aikaisempiin tehtyihin tutkimuksiin.</p>	<p>Suhteessa potilaaseen ja parhaaseen hoitoon tutkimuksissa tuki esille selvästi erilaisia näkökantoja. Vuorovaikutusongelmat katsottiin olevan usein potilasvahinkojen taustalla. Ryhmätyö/yhteistyötaitojen harjaantumisen vuoksi ehdotettiin leikkaussalissa työskentelevien ammattiryhmien kouluttautumista yhdessä.</p>	
<p>Mervi Ruonamo, Tarja Toppala 2000. Anestesiatietojärjestelmä hoitotiimin työkaluna. Spirium 2000 35 (3) Suomi.</p>	<p>Esittelee v. 1998 käyttöön otettua Anestesiatietojärjestelmää ja sen kirjaamisen kehitysprosessia.</p>	<p>Leikkausosastolla työskenteleville.</p>	<p>Datex-Ohmedan anestesiatietojärjestelmän esittely. Ohjelma otettiin käyttöön 1998 Turun kaupungin kirurgisessa sairaalassa.</p>	<p>Anestesiatietojärjestelmä tarjoaa hyvän työkalun potilastietojen dokumentointiin ja nopeaan tiedon siirtoon. Tietojärjestelmän myötä kirjaaminen on lisääntynyt ja tarkentunut. Hoitotyön käsitteisiin kaivataan yhteneväisyyttä ja selkeyttä. Siksi tarvitaan lisää tutkittua tietoa perioperatiivisesta hoitotyöstä ja koulutuksesta.</p>	
<p>Ervasti Tytti – Maarit 2005, Perioperatiivien sairaanhoitajan tarvitsee tukea potilaan</p>	<p>Tutkimus oli osa Potilasohjauksen kehittämisen tutkimusprojektia. Tutkimusprojekt</p>	<p>Hoitotyön oppilaitoksille ja opettajille. Osastonhoitajille ja leikkausosaston työntekijöille.</p>	<p>Tutkimus menetelmänä oli kvantitatiivinen tutkimus. Se toteutettiin Oulun yliopistollisessa sairaalan kuudessa leikkausosastolla. Tutkimuksen</p>	<p>Tutkimuksen mukaan Oulun yliopistollisen sairaalan perioperatiivisilla sairaanhoitajilla oli hyvät tiedot ja taidot potilasohjaukseen ja se</p>	

ohjaukseen. Pinsetti 2005 21(2). Suomi.	in tavoitteena on kehittää potilasohjauksen laatua. Tutkimuksella haettiin selvyttä siihen minkälaiset tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet on perioperatiivisella sairaanhoitajalla on potilasohjauksen toteuttamiseen ja resursseilla.		perusjoukko oli (N=283) perioperatiiviset hoitotyöntekijät. Kyselylomake oli puolistrukturoitu, Likertin- asteikollinen ja viisi- portainen. Kyselyistä palautui 128 kappaletta. Aineisto käsiteltiin SPSS-tilastoohjelmalla.	koettiin tärkeäksi. Tuloksia voidaan hyödyntää myös kehitettäessä perioperatiivisten hoitajien potilasohjauksista ja ohjaukseen varattuina tiloina. Ohjausvalmiuksia voidaan parantaa tarvittaessa, koska tiedon lisäksi hoitajat tarvitsevat ohjaamiseen liittyviä taitoja.	
Niskanen Minna, Vakkuri Anne 2004, Anestesia- lääkäri ja sairaanhoitajan välinen työnjako Spirium 2004 39 (3). Suomi.	Selvitetään nykyistä lääkäri- ja sairaanhoitajan resursseja, työnjaon nykykäytäntöjä ja mielipiteitä työnjaon kehittämisestä.	Anestesiayli- lääkärit, 32 osastonhoitajaa, osastonylilääkäreille ja henkilöstö resurssi kyselyosassa anestesiahoitajat ja lääkärit.	87 Kyselylomaketta lähetettiin anestesiaylilääkärille, professorille, osastonylilääkärille, hallinnolliselle apulaisylilääkärille ja 32:lle anestesiayksikössä toimivalle osastonhoitajalle. Mielipidettä mitattiin Likertin asteikkolla. Vastausten välisiä eroja ”kyllä ja ”tekee rajoituksin”- vastaukset yhdistettiin ja verrattiin ”ei” vastauksiin Khiin neliötestillä.	Kaikki kyselyyn vastanneet ilmoittivat yksiselitteisesti lääkärin suorittamiseksi spinaali, epiduraali ja hartiapunospuudutukset sekä yleisanestesian induktion. Neljä anestesiatoiminnasta vastaavaa lääkäriä ilmoitti sairaanhoitajan suorittavan rajoituksin intubaatioita. Esimiesasemissa olevien lääkäreiden ja osastonhoitajien ilmoittama työnjako vastasivat toisiaan. Mielipidemittauksessa tulokset olivat että 87 % oli sitä mieltä ettei koulutus nyky muodossaan ole riittävä anestesia sairaanhoitajan tehtäviin.	
Bond, Susan – Cooper, Simon. 2005, Modelling emergency decisions: recognition-primed decision making. Journal of clinical nursing 2005 15, 1023-1032.	Kuvata (RPD) recognition-primed päätöksentekoteoriaa ja sen käyttöä hätätilanteissa ja niiden yhteyttä kriittisiin tapahtumiin.	Anestesia- ja päivystys yksikössä toimivalle henkilökunnalle ja päätöksentekoteorioista kiinnostuneille.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Käsitti tiedonhaun vuosilta (1996-2004) tietokannoista jotka oli Medline, CINAHL ja PsychINFO, joista etsittiin (RPD) päätöksentekoteoriaa ja sen yhteyttä kriisitilanteissa tapahtuneisiin seurauksiin. Tutkimukset valittiin	(RPD) teoria on päätöksenteon perusta aikarajoitteisissa hätätilanteissa asiantuntijoilla. Päätöksentekoteoria ja mallit tässä tapauksessa on yhteydessä hätätilanteissa syntyneeseen toimintaan ja sen on todettu parantavan myös kliinistä	

Englanti.			esiasettujen yhteisten kriteerien perusteella.	tehokkuutta.	
Kokkonen, Maaria. 2005, Leikkauspotilaan siirtoheräämöstä vuodeosastolle, Näyttöön perustuvien siirtokriteerien kuvailu. Pro gradu -tutkielma, Oulun yliopisto. Suomi.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää Suomen keskus- ja yliopistosairaaloilla käytössä olevia kriteereitä leikkauspotilaan siirtoon heräämöstä vuodeosastolle. Tutkimus on osana näyttöön perustuvan hoitotyön Herätys-projektia, jossa laaditaan uudet suositukset leikkauspotilaan siirtoon heräämöstä vuodeosastolle.	Valtakunnallisten suositusten laatijoille ja leikkaustoiminnassa mukana olevalle henkilökunnalle.	Strukturoitu kysely osastonhoitajille. (n=26) jonka tulokset analysoitiin SPSS 12.0 ohjelmalla. Tulokset frekvensseinä ja prosentteina. Meta-analyysi tehtiin metamatriisin avulla laadullisella menetelmällä kansainvälisistä tutkimuksista jotka kohdistui heräämön siirtokriteeriaiheisiin.	Kuvailtiin leikkauspotilaan keskeisimmät elintoiminnot joiden palautuminen leikkausta edeltävälle tasolle on kiinnitettävä huomiota, silloin kun määritellään siirtokelpoisuutta. Kaikki analysoidut tutkimukset yhdessä osoitti siirtokriteereiden kehittämistarpeen. Tutkimus toimii lähtökohtana heräämön siirtokriteeriensuositusten laadinnalle.	
Lipponen, Kaija. 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjauksessa. Sairaanhoitaja 2006 79 (10). Suomi.	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata sairaanhoitajien tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia, sekä käsityksiä ohjauksen toteutumisesta ja sen puitteista heidän itsensä arvioimana.	Hoitotyön kehittäjille, hoitohenkilökunnalle, ja esimiehille.	Kyselytutkimus, jossa käytettiin mittaria (Kääriäinen ym. 2006) joka sisälsi monivalinta kysymyksiä ja asteikkotyypisiä väittämiä, joiden perusteella sairaanhoitajat arvioivat toimintaansa ohjauksessa. Aineisto kerättiin Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisen vastualueen sairaanhoitajilta (N=234). Vastanneita (n=168). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Sairaanhoitajien ohjausvalmiudet arvioitiin hyväksi. Tieteellisiä tutkimuksia, ammattilehtiä ja täydennyskoulutusta ei pidetty tärkeinä tiedonlähteinä. Tutkimustiedon hyödyntämisessä olisi kehitettävää, sillä ohjauksessa soveltama tieto perustui pääosin työkokemukseen, työyksikön ohjauskäytänteihin ja pohjakoulutukseen.	
Rantala Arto, 2006. Leikkausalueen infektioiden ehkäisykeinot. Finnanest 2006 39 (3). Suomi.	Artikkeli tarkastelee aiempia tutkimuksia leikkausalueen infektioiden ehkäisyssä, joka on osa anestesiologian hoitoa. Fysiologisten	Anestesiologeille ja anestesiahoitohenkilökunnalle.	Katsaus aiempaan tutkimustietoon. Asiantuntija lausuma.	Leikkausalueen infektioiden ehkäisy on osa anestesiologian hoitoa, joka tapahtuu perioperatiivisessa vaiheessa. Leikkauksen aikana toteutettu hyvä kudospesuus, sokeritasapaino, elimistön oikea lämpötila, oikea	

	toimintojen yhteyttä infektioiden ehkäisyssä ja oikein toteutettua antimikrobiprofylaksiaa.			kudoshapetus ja antibioottiprofylaksian annostelun oikea toteutus ovat toimia, joilla voidaan vaikuttaa infektioiden syntyyn.	
--	---	--	--	---	--