



Maria Korhiakoski

**TARKISTUSLISTA SUULLISIIN RAPORTOINTITILANTEISIIN OULASKANKAAN
SAIRAALAN LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLE**

**TARKISTUSLISTA SUULLISIIN RAPORTOINTITILANTEISIIN OULASKANKAAN
SAIRAALAN LEIKKAUS- JA ANESTESIAOSASTOLLE**

Maria Korkiakoski

Opinnäytetyö

Syksy 2012

Hoitotyön koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Terveysalan Oulaisten alueyksikkö

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, perioperatiivinen hoitotyö

Tekijä: Maria Korkiakoski

Opinnäytetyön nimi: Tarkistuslista suullisiin raportointitilanteisiin Oulaskankaan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle

Työn ohjaaja: Maija Alahuhta

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2012

Sivumäärä: 37 + 4

Opinnäytetyöni tavoite oli laatia tarkistuslista suullisten raportointitilanteiden tueksi Oulaskankaan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle. Tarkistuslistan pohjana käytin kansainvälistä ISBAR-raportointimallia, jonka mukautin kyseisen osaston tarpeisiin sopivaksi. Sekä WHO että Suomen sairaanhoitajaliitto suosittelevat ISBAR- menetelmän käyttöä. Tekemäni tarkistuslistan toivottiin olevan selkeä, asianmukainen ja helppokäyttöinen raportoinnin apuväline, joka ei sisältäisi mitään ylimääräistä.

Tarkistuslistan tavoite on omalta osaltaan parantaa potilasturvallisuutta. Tietyn mallin mukaan raportointi edesauttaa oleellisten tietojen välittymistä potilaan hoidossa. Inhimillisille erehdyksille jää vähemmän tilaa, joten tiedonkulun aiheuttamien haittapahtumien riskien pitäisi pienentyä.

Opinnäytetyöni teoriaosuudessa on käytetty uusinta mahdollista tietoa potilasturvallisuudesta, raportoinnista ja terveydenhuollon haittapahtumien ennaltaehkäisystä. Teoriatietoa on koottu alan kotimaisista ja ulkomaisista tutkimuksista, artikkeleista ja oppaista sekä terveydenhuollon kirjallisuudesta.

Saavutettu tuotos on selkeä ja tiivis tarkistuslista suullisten raportointitilanteiden tueksi potilassiirtotilanteisiin. Leikkaus- ja anestesiaosasto voi tarvittaessa tehdä tarkistuslistaan muutoksia ja lisäyksiä.

Asiasanat:

potilasturvallisuus, raportointi, tiedonkulku, terveydenhuollon haittapahtuma, tarkistuslista

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Perioperative Nursing

Author: Maria Korhikoski

Title of Bachelor's thesis: Checklist for Hand-off Communication (Surgery and Anaesthesia Ward in Oulaskangas Hospital)

Supervisor: Maija Alahuhta

Term and year of completion: Autumn 2012

Number of pages: 37 + 4

The aim of this thesis was to produce a checklist for patient hand-off communication. The checklist is a part of patient safety strategy in Surgery and Anaesthesia Ward in Oulaskangas Hospital.

The checklist had to be concise, clear, easy to use and based on the international ISBAR- method. It was intended to help nurses in hand-off communication and to be a part of enhancing patient safety. Good briefing is important because problems with the flow of information can lead to adverse events.

The contents of the checklist were based on ISBAR-method, experience in practice and the latest information and literature. The checklist was produced especially for subscriber`s needs.

The result of this project was a simple and concise checklist for patient hand-off communication. The checklist will help nurses in oral briefing. At need, the checklist can easily be updated.

Keywords:

patient safety, briefing, flow of information, adverse event, checklist

SISÄLLYS

| | |
|------------------------------------------------------------------|----|
| TIIVISTELMÄ | 3 |
| ABSTRACT | 4 |
| 1 JOHDANTO..... | 6 |
| 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE | 8 |
| 3 POTILASTURVALLISUUS | 9 |
| 3.1 Potilasturvallisuuskulttuuri | 12 |
| 3.2 Raportointi ja tiedonkulku osana potilasturvallisuutta | 13 |
| 4 ISBAR-MENETELMÄ | 16 |
| 5 SUULLISEN RAPORTOINNIN TARKISTUSLISTAN TOTEUTUS..... | 18 |
| 5.1 Tarkistuslistan laatiminen | 18 |
| 5.2 Tarkistuslistan arviointi..... | 24 |
| 6 PROJEKTIN TOTEUTUS..... | 26 |
| 6.1 Projektin aikataulu | 26 |
| 6.2 Projektityön vaatimukset ja projektiorganisaatio | 28 |
| 6.3 Projektin arviointi..... | 29 |
| 7 POHDINTA..... | 31 |
| 7.1 Tarkistuslista osana potilasturvallisuutta | 31 |
| 7.2 Oma oppiminen..... | 32 |
| LÄHTEET..... | 34 |
| LIITTEET | 38 |

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni on tilaustyö Oulaskankaan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolta. Projektina toteutettu työ sisältää kolme osaa: taskumallisen tarkistuskortin laatimisen, tarkistuslista - posterin laatimisen sekä tarkistuslistasta ja sen käytöstä informoimisen osastotunnilla. Tarkistuslista on raportoinnin apuväline potilassiirtotilanteita varten. Näitä siirtotilanteita ovat potilaan siirtyminen vuodeosastolta leikkausosastolle ja takaisin, potilaan siirtyminen päivystyspoliklinikalta leikkausosastolle ja edelleen jatkohoitopaikkaan sekä potilaan siirtyminen päiväkirurgiselta osastolta leikkausosastolle ja takaisin. Oulaskankaalla ISBAR – mallin mukaisia tarkistuslistoja ei vielä ole käytössä, mutta muutamissa Suomen suurimmissa sairaaloissa vastaavien listojen käyttöönottoa on käynnistetty. Sairaanhoidajaliitolla on perusmalli ISBAR -menetelmän mukaisesta raportointimallista, mutta Oulaskankaalla toivottiin juuri heidän tarpeisiinsa mukautettua tarkistuslistaa. Raportoinnin tarkistuslista on osa potilasturvallisuuden edistämistä.

Kaikilla terveydenhuollon toimintayksiköillä Suomessa tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma vuoden 2013 loppuun mennessä. Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Potilasturvallisuusstrategia ohjaa suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen potilasturvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Potilasturvallisuusstrategian tavoitteita ovat potilaan osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuuden hallinta ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumista raportointi ja niistä oppiminen, potilasturvallisuuden edistäminen suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuuden huomioiminen terveydenhuollon tutkimuksessa ja opetuksessa. (STM 2009.)

Potilasturvallisuuden edistäminen voidaan nähdä osana sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa sekä terveyden- ja sairaanhoidon laadun perustana (STM 2009). Oulaskankaan sairaalan leikkausosastolla on ollut viime syksystä lähtien käytössä kirurginen tarkistuslista leikkaussaleissa. Sen käyttö on vielä totutteluvaiheessa, mutta se on jo osoittautunut hyväksi käytännöksi ja sen myötä toive potilasturvallisuuden kehittämistä myös raportointitilanteissa heräsi osastonhoitajien keskuudessa. Tietyn mallin mukaan raportointi edesauttaa oleellisten potilastietojen välittymistä. Inhimillisille erehdyksille jää tällöin vähemmän tilaa ja tiedonkulun häiriötapauksien pitäisi vähentyä. Potilasturvallisuus on hyvin ajankohtainen aihe, koska kaikilla terveydenhuollon organisaatioilla on oltava laadittuna potilasturvallisuussuunnitelma vuoteen 2013

mennessä (STM 2009).

Koska raportointi on olennainen osa potilaan hoitoprosessia, on hyvin tärkeää, että tiedonkulussa ei ole katkoksia, unohduksia tai väärinymmärryksiä. Ongelmat kommunikoinnissa vaikuttavat osaltaan noin 65 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista (Sandlin 2007, 289- 292). Potilasturvallisuuskulttuuri määritelläänkin turvallisuuskriittisillä aloilla organisaation kyvyksi ja tahdoksi ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on. Organisaation toimintaan liittyvät vaarat on tunnistettava ja niiden synty on pyrittävä ehkäisemään. (Reiman ym. 2008)

Oulaskankaan leikkaus- ja anestesiaosastolla kiireelliset raporttitilanteet liittyvät yleensä joko hätäsektioihin tai vuotaviin potilaisiin. Tekemäni tarkistuslistan myötä hoitajilla on toivottavasti tulevaisuudessa taskussaan kortti, josta voi tarkistaa jo ennen raporttitilannetta, onko kaikki potilaasta tarvittavat oleelliset tiedot saatavilla ja mitä kaikkea pitää muistaa tuoda esille raportointitilanteessa. Tarkistuslista on hyödyllinen etenkin opiskelijoille ja uusille työntekijöille, joilla ei ole vielä kokemusta leikkausosaston raportointityylistä. Tarkistuslistaa voidaan käyttää tukena myös puhe-linkonsultaatiotilanteissa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyöni konkreettiset tuotokset ovat taskukorttikokoinen tarkistuslista sekä tarkistuslista – posteriksi suullisen raportoinnin tueksi potilassiirtotilanteisiin. Tekemäni tuotteen laatutavoitteena on selkeä, asianmukainen ja helppokäyttöinen tarkistuslista, joka vastaa leikkaus- ja anestesiaosaston käytännön tarpeisiin. Listassa on vain kaikki oleellinen tieto, ei mitään ylimääräistä. Tarkistuslistaa voidaan vielä myöhemmin tarvittaessa muokata.

Tekemälläni tarkistuslistalla on pitkän ajan kehitystavoitteena omalta osaltaan parantaa potilasturvallisuutta leikkaus- ja anestesiaosastolla. Vakiintuneen mallin mukaan raportointi edesauttaa oleellisten tietojen välittymistä potilaan hoidossa. Inhimillisille erehdyksille jää vähemmän tilaa, joten tiedonkulun häiritsevien tapahtumien pitäisi vähentyä.

Osastoilla on erilaisia raportointitapoja. Raportoitaessa eri osastojen kesken nämä erot saattavat jopa häiritä kommunikointia ja olennaisten tietojen välittymistä. Käytettäessä samaa mallia raportoinnin pohjana on lähtökohta kaikille sama. Tarvittavat asiat voidaan tarkistaa valmiiksi ennen raportointitilannetta, joten kiusallisia unohduksia tai tietämättömyyksiä ei pitäisi enää esiintyä.

Oma oppimistavoitteeni tehdessäni tätä opinnäytetyötä on saada lisäoppia tulevaan ammattiini perioperatiivisena sairaanhoitajana sekä kehittyä kriittisessä tiedonhaussa ja projektityön tekemisessä. Ehkä tulevaisuudessa voin perehtyä potilasturvallisuuteen vielä enemmän ja tulevassa työpaikassani jakaa tietoa aiheesta myös muiden käyttöön. Aihe on todella mielenkiintoinen ja ajankohtainen ja se on vienyt mennessään. Kiehtovaa on kuinka pienillä asioilla ja muutoksilla voi saada aikaan suurta hyötyä potilasturvallisuuden näkökulmasta.

3 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus on terveyden – ja sairaanhoidon laadun perusta, joka kattaa sekä hoidon, lääkitys – että laiteturvallisuuden. Turvallinen hoito tulee toteuttaa oikein ja oikeaan aikaan. Olemassa olevia voimavaroja on hyödynnettävä parhaalla mahdollisella tavalla. Turvallisessa hoidossa vaikuttavia menetelmiä käytetään siten, ettei hoidosta koidu potilaalle tarpeetonta haittaa. Potilasturvallisuus käsittää ne periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan potilaiden turvallinen hoito sekä suojataan potilasta vahingoittumasta. Se sisältää myös poikkeamien hallinnan ja niistä johtuvien haittojen ehkäisyä. Potilasturvallisuuden edistäminen on kustannusvaikuttavaa toimintaa. (STM 2009).

Kun halutaan varmistaa hoidon turvallisuus, työyksikön toimintaan sisältyy sellaisia menettelytapoja ja järjestelyjä, joiden tehtävänä ei ainoastaan ole saavuttaa tavoiteltu hoitotulos, vaan myös vahvistaa toiminnan sietokykyä erilaisille poikkeamille. Tällaisia ovat esimerkiksi tarkistusmenettelyt. Niiden tehtävänä on varmistaa, että asiat on tehty oikein eikä asioita ole unohtunut. (Helovuomaa ym. 2012, 13.)

Suomen terveydenhuoltolaissa määritellään perusta potilasturvallisuuden edistämiseksi. Sen mukaan terveydenhuollon toiminta tulee perustua hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon alan toimintayksiköiden on lain mukaan laadittava suunnitelma potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7)

Sosiaali- ja terveysministeriö pitää tavoitteenaan saada Suomeen korkeatasoinen ja eurooppalaiset vaatimukset täyttävä potilasturvallisuustaso. Tällöin koko terveydenhuoltojärjestelmä pyrkisi edistämään potilasturvallisuutta kaikessa toiminnassaan. Potilasturvallisuuden luominen ei koske ainoastaan terveydenhuoltoalan toimijoita. Hankkeiden avulla on pyritty saamaan myös itse potilaat ja heidän omaisensa mukaan potilasturvallisuuden kehittämiseen ja varmistamiseen. Kokeuksista oppiminen on olennainen osa potilasturvallisuuden kehittämistä. (Snellman 2009, 33.)

Potilasturvallisuutta parannettaessa keskeiset kehittämistavoitteet ovat toimintatapojen yhtenäistäminen ja prosessien yksinkertaistaminen. Kun prosessiin liittyviä solmukohtia on vähemmän, myös virheiden mahdollisuus vähenee. Yhtenäisten toimintatapojen myötä riskit ovat paremmin tunnistettavissa ja hallittavissa. (Helovuomaa ym. 2012, 64.) Raportointitilanteissa (ja etenkin päivys-

tysaikana hätätilanteissa) potilaan tietojen ja oleellisten asioiden välittyminen hoitajalta toiselle on hyvä esimerkki ihmisen tiedonkäsittelyprosessista. Kiireessä ja monien yhtäaikaisten vaatimusten ristipaineessa on hyvin epärealistista luottaa asioita vain muistin varaan. Tästä muistin tukemisen tarpeesta ja sitä kautta potilasturvallisuuden edistämisestä on kyse varmistus- ja tarkistusmenetelyissä. Muistia siis helpotetaan teknisin ratkaisuin. Työkuorma, stressi ja vireystila vaikuttavat osaltaan myös muistiin ja tarkkaavaisuuteen. (Helovuo ym. 2012, 75 -91.) Tarkistuslistojen merkitys korostuukin tässä: ”Lista standardoi kommunikointia, varmistaa tiedon siirtymistä ja helpottaa työtä, koska työntekijän ei tarvitse enää luottaa vain muistiinsa tai tarkkaavaisuuteensa” (Helovuo ym. 2012, 208). Monia tarkistuslistan vaiheita toteutetaan työyksiköiden arjessa, mutta niiden käyttö ei ole järjestelmällistä ja vakiintunutta. Kun tarkistuslistan käytöstä tulee systemaattista, toiminnan turvallisuus lisääntyy. Listan pitäisi kuitenkin sisältää turvallisuuden kannalta vain oleelliset asiat. (Helovuo ym. 2012, 209.)

Terveydenhuollossa vaaratapahtuma tarkoittaa potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle. Vaaratapahtumat jaetaan läheltä piti- tapahtumiin ja haittatapahtumiin. Haittatapahtuma puolestaan on vaaratapahtuma, joka aiheuttaa haittaa potilaalle. (STAKES 2006.) Potilasturvallisuuden edistämisessä lähtökohtana voidaankin pitää tarttumista niihin tilanteisiin, jotka eivät vielä johtaneet haittatapahtuman syntyyn, mutta joissa riski oli ilmeinen (Helovuo ym. 2012, 17).

Yleisten haittatapahtumien mahdollisuus pienenee, kun organisaatioissa sovelletaan tutkimukseen ja kokemukseen perustuvia, turvallisia ja yhteisesti sovittuja hyviä käytäntöjä ja linjauksia. Rakenteiden, prosessien ja tiedonkulun jatkuva kehittäminen ovat keskeisiä keinoja vähentää turvallisuusriskejä ja erehtymisen mahdollisuutta. (STM 2009.)

Turvallisuuskriittisillä toimialoilla, kuten ilmailussa ja ydinvoimateollisuudessa, inhimillisten virheiden hallinnasta on tehty osa toimintaa organisaation kaikilla tasoilla. Ilmailun alalla turvallisuuteen liittyvää tietoa kerätään raportointityökalujen avulla. Systemaattisesti käytettyinä ne ehkäisevät vaaratilanteita. Henkilöstön tasolla se tarkoittaa vakiintuneita työmenetelmiä kriittisissä toiminnan vaiheissa. Tämä perustuu ymmärrykseen inhimillisistä riskeistä ja niiden hallintaan vaadittavista varmistusmenetelmistä. Yhdenmukaisten toimintamallien merkitys korostuu, kun työryhmän kokoonpano vaihtelee. Vaikka lentokoneen miehistö olisi toisilleen ennalta tuntematon, he pystyvät suorittamaan lennon turvallisesti määränpäähensä. Tämä on mahdollista vain, koska käytetään

vakioituja toimintatapoja, joihin koko henkilöstö on saanut koulutuksen. Vakioituinen viestintä on osa tätä menetelmää. (Helovuori 2009, 101- 103.)

Peltomaa on Pro gradu - tutkielmassaan (2008) selvittänyt potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Kommunikaation liittyvät ongelmat ovat kyseisen tutkimuksen mukaan yksi potilasturvallisuutta uhkaava tekijä intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Tutkimuksessa haastateltujen sairaanhoitajien mukaan potilasta saattoi olla tuomassa leikkaussaliin sairaanhoitaja, joka ei tuntenut kyseistä potilasta. Potilasta tuova sairaanhoitaja saattoi antaa myös muuten vaillinaisen suullisen tai kirjallisen raportin. Tutkimuksen mukaan anestesiahoitajat kokivat tämän hyvin suurena potilasturvallisuusriskinä. Vaikka leikkauksissa on elektroniset potilastietojärjestelmät, kuitenkin kaivattiin kattavaa suullista ja kirjallista raportointia.

Kurronen on tutkinut Pro gradussaan (2011) millaiset tekijät vaikuttavat tiedonkulun vaaratapahtumien syntyyn. Tutkimuksen mukaan tiedonkulun ongelmia aiheuttavat monet tekijät, mutta suurimmaksi ongelmien syntyyn vaikuttavaksi tekijäksi nousi kiire. Tähän liitettiin riittämätön henkilökuntamäärä, levottomuus, hälinä, täynnä olevat osastot sekä työmäärän suuruus. Uudet sijaiset, aloittelevat ja kokemattomat työntekijät, vapailta tulo sekä se, että kaikki potilaat olivat uusia, altistivat myös virheiden synnylle. Uudentyyppiset potilaat ja yövuorojen väsymys mainittiin myös ongelmien syntyyn vaikuttavina tekijöinä.

Variksen tutkimus (2011) osoittaa potilasturvallisuutta edistäviksi tekijöiksi erikoissairaanhoidossa riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuen, tilanteiden ennakoinnin, perehdytyksen ja koulutuksen lisäämisen, ammattitaitoisen ja osaavan henkilökunnan, työyhteisön hyvän ilmapiirin sekä Haipro-järjestelmän.

Kurrosen tutkimuksen mukaan (2011) terveydenhuollon prosesseja olisi kehitettävä, jotta vaaratapahtumia voitaisiin hallita, vähentää ja estää. Kun kehitetään strukturoituja menetelmiä, joiden avulla vaaratapahtumien riski on helpompi havaita, vaaratapahtumia pystytään estämään. Tutkimus osoittaa useiden virheiden aiheutuvan puutteellisista toimintaohjeista. Tutkimustulokset täten tukevat tiettyihin toimintoihin kohdistuvien ohjeiden ja toimintamallien käyttöönottoa. Tutkimuskohteena olleessa sosiaali- ja terveystieteissä vain yhdessä paikassa oli käytössä strukturoitu malli raportoinnissa, vaikka monet tutkimukset ovat osoittaneet mallin kiistattoman hyödyn potilastur-

vallisuuden kannalta.

3.1 Potilasturvallisuuskulttuuri

WHO:n mukaan hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa kaikki työntekijät hyväksyvät henkilökohtaisesti vastuun niin omasta, muiden työntekijöiden, potilaiden kuin läheistenkin turvallisuudesta. Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa turvallisuus menee taloudellisten ja toiminnallisten tavoitteiden edelle. Turvallisuuspoikkeamien tunnistamiseen, niistä keskustelemiseen ja niiden ratkaisemiseen rohkaistaan ja kannustetaan sekä virheistä opitaan. Hyvä potilasturvallisuuskulttuuri myös mahdollistaa riittävät resurssit ja organisoinnin tuloksellisiin ja luotettaviin turvallisuusjärjestelmiin. (WHO 2008.)

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia (STM 2009) määrittelee terveydenhuollon turvallisuuskulttuurin yksilöiden ja yhteisöjen tavaksi toimia siten, että varmistetaan potilaiden saaman hoidon turvallisuus. Potilasturvallisuuskulttuuri sisältää potilaiden turvallista hoitoa edistävän systemaattisen toimintatavan. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien arviointi, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen. Turvallisuuskulttuuria vahvistamalla vähennetään hoitoon liittyviä riskejä ja potilaille hoidon aikana aiheutuvia haittoja. (STM 2009.)

Vainionperä on tutkinut Pro gradussaan (2012) potilasturvallisuuskulttuuria sairaalan päivystysalueilla. Vainionperän tutkimuksessa käytetyistä haastatelluista lähes 70 prosenttia koki, että on vain sattumaa, ettei työyksiköissä satu vakavampia virheitä ja 80 prosentin mielestä omassa toimintayksikössä oli potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä. Vainionperän mukaan potilaiden siirtymistilanteita yksiköiden välillä ja työvuoron vaihdoissa tapahtuvia käytänteitä tulisi erityisesti tarkastella ja kehittää potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Kun halutaan toimia turvallisesti, potilasturvallisuusriskit tulee tiedostaa ja niiden hallintaan liittyvät toimintatavat tuntee ja kyetä soveltamaan niitä omassa työssään. Potilasturvallisuustiedon ja -osaamisen ylläpitämiseksi organisaatiossa tulisi olla kaikkia henkilöstöryhmiä koskevat systemaattiset menettelytavat. Potilasturvallisuuskulttuurin edistämiseksi on kuitenkin monenlaisia esteitä, kuten rajoitusten puuttuminen terveydenhuollon järjestelmien maksimikuormituksille ja sallituille riskitasoille. Tästä ovat esimerkkinä vajaamiehityksellä toimivat kiireiset osastot. (Helovu

ym. 2012, 94- 98.)

Vainionperän tutkimuksessa (2012) kyselyyn vastanneista päivystyspoliklinikoiden henkilökunnasta vain pieni osa (11,2 %) koki, että henkilökuntaa on riittävästi työmäärään nähden. Tutkimuksesta käy myös ilmi, että kyselyyn vastanneista pääosan (79,7 %) mielestä heidän toimintayksiköissään on potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia.

Johtaminen, arvot ja asenteet vaikuttavat siihen, kuinka potilasturvallisuuskulttuuria kehitetään terveydenhuollon yksiköissä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman potilasturvallisuusstrategian mukaan johdon tulisi varmistaa, että organisaatiossa on riittävästi henkilökuntaa ja että työntekijöillä on riittävä osaaminen työnsä toteuttamiseen (STM 2009).

3.2 Raportointi ja tiedonkulku osana potilasturvallisuutta

Raportointi tarkoittaa hoitotyössä yleensä suullista tiedottamista. Potilaan hoidon kannalta se on erittäin tärkeää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Tiedonkulun varmistaminen takaa myös henkilökunnan turvallisuutta. Tavallisimmat raportointitilanteet ovat työvuoron vaihdot ja potilaan siirtymiset hoitoyksiköstä toiseen. Raportointi voi tapahtua kansliassa, potilaan vuoteen vieressä, puhelimitse tai hoitajien tapaamisen yhteydessä.

Suullisen raportoinnin sijasta voidaan käyttää myös hiljaista raportointia. Siinä vuoroon tuleva hoitaja etsii itse potilaan hoitosuunnitelmasta kaikki tarvittavat tiedot. Hyvän kirjallisen hoitotyön suunnitelman merkitys korostuu tässä raportointimallissa. (Iivanainen ym. 2010, 75- 76.)

Perioperatiivisen hoitotyön periaatteisiin kuuluu hoidon jatkuvuuden periaate. Sillä on suuri merkitys potilasturvallisuuden ja hoidon lopputuloksen onnistumisen kannalta. Potilaan hoitopolun kaikissa vaiheissa tulisi varmistaa huolellinen tiedonsiirto ja – kulku. Yksilöllisen hoitotyön käsite puolestaan kuuluu perioperatiivisen hoitotyön arvoihin. Perioperatiivisessa hoitotyössä tämä tarkoittaa keskittymistä täysin kulloinkin hoidettavaan potilaaseen sekä perehtymistä hänen asioihinsa muun muassa potilasasiakirjojen ja raportin avulla. (Lukkari ym. 2010, 18.)

Vuorovaikutus- ja viestintätaidot korostuvat raportointitilanteissa. Asiat esitetään selkeästi ja tarvittaessa tehdään lisäkysymyksiä. Näin varmistetaan raportin ymmärrettävyys, kattavuus sekä

kaiken oleellisen tiedon siirtyminen. Hyvään raporttiin kuuluu myös ammattikielen oikea käyttö. Ammattislangin käyttö sen sijaan ei ole suotavaa. Ammattislangi voi olla kieliasultaan karkeaa, se voi sisältää paljon vierasperäisiä sanoja ja se voi olla potilasta loukkaavaa. Oikeanlainen hoitotyön ammattikieli nostaa hoidon laatua ja luo perustan sairaanhoitajien väliselle mielekkäälle kommunikoinnille. (Lukkari ym. 2010, 125.)

Tiedonkulku, tiedonhallinta ja kommunikaatio vaikuttavat potilasturvallisuuteen, koska ongelmat kommunikoinnissa aiheuttavat haittatapahtumia (Sandlin 2007, 289- 292). Erityisen riskialttiita tilanteita asianmukaisen tiedonkulun kannalta ovat potilassiirtotilanteet. Toimintayksiköiden potilasturvallisuussuunnitelmissa olisikin määriteltävä tiedonkulun periaatteet hoidon eri rajapinnoilla, kuten juuri potilaan siirtyessä vuodeosastolta leikkaussaliin (Potilasturvallisuusopas 2011, 27). Hoitoyksiköissä tulisi myös panostaa suullisen raportoinnin systemaattisuuteen ja sisältöön (Helovuori ym. 2012, 72). On myös osoitettu, että vaativissa työyhteisöissä toimiva kommunikointi on tärkeä keino inhimillisten virheiden hallinnassa (Kyngäs 2009).

Hoidon toteutuksessa tärkeinä pidetyt asiat korostuvat suullisessa raportoinnissa. Suullisessa raportoinnissa läpikäydään potilaan kokonaistilanne ja terveydentila yksilöllisesti. Raportin pohjatieto muodostuu hoitosuunnitelman taustatiedoista, hoitosuunnitelmasta, anestesiakertomuksesta, lääketieteen yhteenvedoista sekä eri tutkimusten ja hoitojen lomaketiedoista. Perioperatiivisessa raportoinnissa tehtäväkeskeisyys, rutiininomaisuus ja lääketieteellinen hoito korostuvat usein. (Lukkari ym. 2010, 124.)

Runteen Pro gradu – tutkielman (2000) mukaan perioperatiivisessa raportointipuheessa erottuu erilaisia merkityssystemejä kaikkiaan kahdeksan. Yksi näistä on lääketiede-merkityssystemi. Siihen kuuluvat tiedot aiemmista sairauksista, diagnooseista, lääkityksestä sekä tehdyistä toimenpiteistä. Tällä varmistetaan hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. Runteen tutkimuksen (2000) mukaan perioperatiivinen raportointipuhe on hyvin kaavamaista.

Perioperatiivisessa hoitotyössä potilaan saapuessa leikkausosastolle yleensä anestesiahoitaja ottaa raportin vastaan potilasta tuovalta sairaanhoitajalta. Potilaan leikkausosastolle tuova sairaanhoitaja on sisällöllisesti vastuussa siitä, minkälaisen raportin hän potilaan tilanteesta antaa. Raportin vastaanottavan perioperatiivisen sairaanhoitajan vastuulla puolestaan on, minkälaisin raporttiedoin hän suostuu vastaamaan potilaan jatkohoidosta. (Korte ym. 1996, 350- 352.)

Potilaan siirtyessä leikkaussalista heräämön/valvontayksikköön anestesiahoitaja antaa raportin hoitoa jatkavalle sairaanhoitajalle. Potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan heräämön/valvontayksikön sairaanhoitaja antaa raportin vastaanottavalle sairaanhoitajalle. Perioperatiivisen sairaanhoitajan tulisi antaa hoitoa jatkavalle sairaanhoitajalle potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta kaikki oleelliset tiedot. Selkeä ja potilaan tilasta olennaiset asiat kertova raportti auttaa henkilöstöä olemaan valppaana ja ehkäisemään uhkaavia tilanteita ajautumasta komplikaatioiksi. (Lukkari ym. 2010, 124; Korte ym. 1996, 433)

Raportointitilanteessa sairaanhoitajien tulisi olla kasvot potilaaseen päin ja siten, että potilas kuulee puheen ja pystyy tarvittaessa kysymään ja täydentämään raporttia. Kun potilas otetaan näin mukaan raportointitilanteeseen, hänelle luodaan turvallisuuden ja osallistumisen tunne. (Korte ym. 1996, 350.)

4 ISBAR-MENETELMÄ

ISBAR on lyhenne sanoista identify, situation, background, assessment, recommendation eli tunnistaminen, tilanne, tausta, nykytilanne ja toimintaehdotus. ISBAR – menetelmää käytetään suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseen erityistä tarkkuutta vaativilla aloilla. Menetelmä kehitettiin 1990-luvulla Yhdysvalloissa puolustusvoimissa ja pian sen käyttö levisi ilmaan (Helovuori ym. 2012, 207). Tämän jälkeen menetelmä otettiin käyttöön Yhdysvalloissa myös terveydenhuollossa. Haittatapahtumat terveydenhuollossa vähenivät huomattavasti ISBAR:in käyttöönoton jälkeen tarkastelun kohteena olleissa yksiköissä (Haig ym. 2006, 167- 175).

Tutkimukset ovat osoittaneet ISBAR:in hyödyn raportoinnin tehostumisena sekä ajallisesti että sisällöllisesti. Lisäksi henkilökunta on kokenut raporttitilanteet aikaisempaa miellyttävämpinä. (Thompson ym. 2011, 340- 344.) Myös WHO on antanut suosituksensa menetelmän käytölle.

Potilaasta raportoitaessa tai konsultoitaessa ISBAR- menetelmää käyttäen tieto välitetään aina systemaattisesti saman kaavan mukaan. Tämä käytäntö on erityisen tärkeää kiire- ja hätätilanteissa, jolloin potilasturvallisuuden kannalta oleellista tietoa saattaa jäädä välittämättä. ISBAR on hyödyllinen työkalu myös tilanteissa, joissa hierarkia tai erot ammattiryhmien välillä saattavat vaikeuttaa kommunikointia. (Helovuori ym. 2012, 207.) ISBAR – menetelmän käytön myötä raportin osapuolien kyky ajatella kriittisesti kehittyi ja terveydenhuollon toimijat rohkaistuvat tekemään toimintaehdotuksia hoitotilanteissa (Haig ym. 2006, 167- 175).

Kun raportti- ja konsultaatiotilanteissa edetään tietyn yhdenmukaisen kaavan mukaan, potilaan turvallisuus ei ole kenenkään muistin varassa. ISBAR – menetelmän käyttäminen runkona tekee toiminnasta systemaattista ja potilaan kannalta tärkeä tieto siirtyy huolimatta siitä, onko työntekijä väsynyt tai virkeä, kokenut vai vastavalmistunut. (Helovuori ym. 2012, 208- 209.) Inhimillisiä virheittejä ja unohduksia voidaan näin ollen ennaltaehkäistä hyvin tehokkaasti ja edullisesti. Tässä on hyvä huomata, että turvallisuus ja taloudellisuus eivät aina olekaan ristiriidassa keskenään. Samalla myös hoidon laatu ja henkilökunnan viihtyvyys paranevat.

ISBAR- mallin mukaan edetessä ensin esitellään itsensä ja varmistetaan potilaan ja raportin toisen osapuolen henkilöllisyydestä. Tarvittaessa voidaan myös kertoa mistä työyksiköstä ollaan. Seuraavaksi kerrotaan lyhyesti syy raportointitilanteeseen sekä oleelliset asiat potilaan taustateki-

jöistä: sairaudet, hoidot, ongelmat, allergiat ja mahdollinen tartuntavaara. Nykytilanteesta käydään läpi vitaalielintoiminnot ja muut oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen. Raportin antaja esittää oman käsityksensä tilanteesta ja pyytää myös vastaanottajalta arvion. Lopuksi raportin antaja tekee toimintaehdotuksen sekä varmistaa aikataulut ja yhteisymmärryksen raportin vastaanottajan kanssa.

ISBAR – menetelmän mukaisesta tarkistuslistasta on omat versionsa sekä kiireettömiin että kiireellisiin tilanteisiin. Runko on sama, mutta kiireellisessä versiossa vitaalielintoiminnoista raportointi korostuu. ISBAR – menetelmää voidaan käyttää tiedonvälitykseen kaikissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä mukaan lukien avoterveydenhuolto.

Omassa opinnäytetyössäni tein ISBAR – malliin pohjautuvaa tarkistuslistaa leikkaus- ja anestesiosaston hoitohenkilökunnan käyttöön. Tarkistuslista on taskumallinen kaksipuolinen kortti ja sama tarkistuslista on posterissa, joka tulee leikkausosaston heräämön seinälle. Posterissa on lisäksi myös ISBAR- lyhenteen selitykset englanniksi ja suomeksi. Osastotunnilla esittelen tarkistuslistakortin ja sen käyttötarkoituksen leikkausosaston henkilökunnalle. Henkilökuntaa pitäisi myös saada motivoitua listan käyttöön esimerkiksi potilasturvallisuuden vedoten. Tarvittaessa listaa voidaan vielä muokata käytännön tarpeiden ja henkilökunnan toiveiden mukaiseksi.

Oulaskankaan leikkausosaston apulaisosastonhoitaja halusi minun perehtyvän tähän aiheeseen ja työstävän heidän tarpeisiinsa muokatun tarkistuslistan, koska potilasturvallisuus korostuu terveydenhuollossa koko ajan entistä enemmän. Potilasturvallisuus kuuluu olennaisena osana laadukkaaseen hoitotyöhön. Hyväksi koettu kirurginen tarkistuslista motivoi leikkaus- ja anestesiosaston henkilökuntaa myös tämän tyyppisen potilasturvallisuuden edistämiskeinon käyttöönottoon. Kirurginen tarkistuslista on WHO:n laatima lista leikkaustiimeille. Se on jaettu kolmeen osaan: leikkaussalissa ennen anestesian aloitusta, ennen leikkausviiltoa ja ennen leikkaussalista poistumista huomioitavat asiat. Leikkaustiimi käy läpi ja vahvistaa ääneen vaaditut asiat.

5 SUULLISEN RAPORTOINNIN TARKISTUSLISTAN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni on tuotteen kehittämistyö. Tämän tyyliset opinnäytetyöt koostuvat kahdesta osasta: kehitettävästä tuotteesta sekä tuotetta taustoittavasta kirjallisesta raporttiosasta (Hakala 2004, 28- 29).

Projektissani minun piti aikaansaada selkeä ja asianmukainen tarkistuslista suullisen raportoinnin tueksi. Tuotokseni on siis konkreettinen suullisen raportoinnin tarkistuslista. Laatimani tarkistuslistan sisältö perustuu sekä teoretietoon että käytännön tarpeisiin. Opinnäyteprojektiini kuuluu myös tarkistuslistan esitleminen ja käyttöönoton motivoiminen leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle.

Tarkistuslistan pohjana minua pyydettiin käyttämään ISBAR -menetelmää. Sairaanhoidajaliitolla on oma mallipohjansa kyseisestä raporttityökalusta, mutta Oulaskankaalta esitettiin toive saada juuri heidän toimintaansa ja tarpeisiinsa mukautettu lista. Ollessani harjoittelussa Oulaskankaan leikkaus- ja anestesiaosastolla pystyin käytännönläheisesti hahmottamaan minkälaisiin asioihin listan laatimisessa olisi hyvä keskittyä. Ehdotuksia olen kerännyt niin osaston sairaanhoidajilta kuin apulaisosastonhoitajaltakin. Käymissäni keskusteluissa on tullut useasti ilmi, että yhtenäiset raportointimallit myös vuodeosastojen kanssa helpottaisivat raportointitilanteita. Tarkistuslistasta on toivottua apua myös kiireellisiin tilanteisiin.

5.1 Tarkistuslistan laatiminen

Kun suunnitellaan erilaisia tarkistuslistoja, olennaista on niiden käytettävyys. Jos lista koetaan liian hitaaksi ja työlääksi, se jää helposti käyttämättä. Tarkistuslistan suunnittelussa tulisikin rajoittaa listan sisältö työvaiheen kriittisimpiin toimenpiteisiin. (Helovuori 2009, 106.)

Laatimani tarkistuslistan sisältö poikkeaa Sairaanhoidajaliiton mallista. Englanninkieliset sanat on jätetty listasta pois ja korvattu suomenkielisillä vastineilla. Muutenkin listasta on pyritty saamaan tiiviimpi ja selkeämpi. Laatupäällikön mukaan henkilökunnan esittelyt voi listasta jättää kokonaan pois, koska pienessä sairaalassa henkilökunta tuntee toisensa. Tarpeen vaatiessa esittelyt toki tehdään.

Taulukko 1. Tarkistuslista kiiretilanteita varten.

| | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TUNNISTA | potilaan nimi ikä henkilötunnus |
| TILANNE | syy raportointiin: toimenpide puoli |
| TAUSTA | oleelliset sairaudet lääkitys hoidot allergiat tartuntavaara riskitekijät labrat (veriryhmä, hb) verivaraukset liikerajoitukset syönyt / juonut |
| NYKYTILANNE | vitaalit: RR, P SpO2 lämpö virtsaneritys kipu vuoto verensokeri vointi |
| EHDOTA | varmistukset, onko kysyttävää |

Taulukko 2. Tarkistuslista kiireettömiin tilanteisiin.

| | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TUNNISTA | potilaan nimi ikä henkilötunnus |
| TILANNE | syy raportointiin: toimenpide puoli |
| ANESTESIA | anestesianuoto lääkkeet nestehoito vuoto |
| TAUSTA | oleelliset sairaudet lääkitys hoito allergiat tartuntavaara riskitekijät labrat liikerajoitukset syönyt / juonut |
| NYKYTILANNE | vitaalit: RR, P SpO2 lämpö virtsaneritys kipu verensokeri vointi |
| EHDOTUS | jatkohoito-ohjeet, kipulääkitys, infuusio varmistukset, onko kysyttävää |

Tarkistuslistan läpikäynti aloitetaan potilaan tunnistamisella; kerrotaan **potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus**. Tämä on tärkeää, koska samantyyppisiä toimenpiteitä tehdään saman päivän aikana useille eri potilaille. Oikean potilaan hoitamisesta on oltava ehdoton varmuus. Tunnistamisen jälkeen ilmaistaan **raportoinnin syy** eli leikkausosaston raportoinnin ollessa kyseessä **tehtävä/tehty toimenpide** ja tarvittaessa **toimenpidepuoli**. Tehty toimenpide vaikuttaa olennaisesti potilaan postoperatiiviseen hoitoon. Tähän kohtaan tulevat myös **anestesiatiiedot**, joita valmiissa listamallissa ei ole. Anestesiatiiedoista raportoidaan ainakin käytetty **anestesiamenetelmä, annetut lääkkeet ja nestehoito** sekä **mahdolliset leikkausvuodot**. Nämä ovat tärkeitä huomioitavia asioita potilaan asianmukaisessa leikkauksen jälkeisessä hoidossa.

Tämän jälkeen raportoidaan potilaan **oleelliset taustatekijät (sairaudet, lääkitykset, hoidot, allergiat, tartuntavaara, riskitekijät, liikerajoitukset)**, näillä on elintärkeä merkitys potilaan turvallisen hoidon kannalta. Myös tarvittavat **laboratoriovastaukset** ja mahdolliset tehdyt **verivaraukset** ilmaistaan raportissa. Potilaan **vitaalielintoiminnoista** läpikäydään ainakin **verenpaine, pulssi, saturaatio, lämpötila, virtsaneritys, mahdollinen vuoto** sekä **kipu**. Diabetespotilaiden kohdalla viimeisin **verensokeriarvo** on syytä mainita. Potilaan leikkausta edeltävän **paastoamisen riittävyys** ilmaistaan myös. Mahdolliset häiriöt jossakin edellä mainituista on syytä huomioida ja reagoida niihin viipymättä. Lisäksi tarvitaan tietoa potilaan **liikerajoituksista** ja mahdollisista **proteeseista** leikkausasennon järjestämistä varten.

Anestesian tehtävä on tukea elimistöä leikkauksen aikana ja torjua leikkauksen aiheuttamia häiriöitä. Tietetyt **perussairaudet** ja anestesia aiheuttavat riskin perioperatiivisen hoidon onnistumiselle. Sairauksien tunteminen ja tunnistaminen on siksi tärkeää. Perioperatiivisen hoidon kannalta huomioitavia sairauksia ovat sydänsairaudet, sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine, diabetes, vaikea keuhkosairaus ja reuma. (Korte ym. 1996, 339- 341.) Verenpainetauti lisää hieman leikkaukseen liittyviä sydän- ja verisuonikomplikaatioita, mutta verenpainetaudin aiheuttamat elinvauriot (sepelvaltimotauti, aivoverenkierron häiriöt, munuaisten vajaatoiminta) ovat leikkausriskin kannalta merkittävämpiä. Hoidon kannalta merkitykselliset preoperatiiviset tutkimukset määräytyvät esitietojen, kliinisten löydösten, suunnitellun toimenpiteen ja riskien perusteella (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito – suositus, 2008).

Potilaalla käytössä olevista **lääkkeistä** on tiedettävä, mihin sairauksiin ne on määrätty ja minkälaisin annoksin. (Korte ym. 1996, 340.) Lääkehoitoa voidaan yleensä jatkaa leikkaukseen asti ja

joidenkin lääkkeiden kohdalla se on tärkeää potilaan tilan huonontumisen estämiseksi. Osa lääkkehoidoista (esimerkiksi verenhennuslääkitys; sekä varfariini että uudentyyppiset valmisteet) on kuitenkin järkevää keskeyttää leikkauksen ajaksi sekä anestesiasta että leikkauksesta johtuvista syistä. (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito–suositus, 2008.) Leikkaushoidon onnistumisen kannalta on tärkeää tietää myös potilaan mahdolliset **lääkeaineallergiat** sekä muut **allergiat**, jotta voidaan välttyä allergisilta ja anafylaktisilta reaktioilta.

Ennen leikkausta tehtäviin **laboratoriokokeisiin** ei ole yhtenäistä ohjetta, vaan tutkimukset suunnitellaan potilaan mukaan. Esimerkiksi perussairaudet vaikuttavat laboratoriokokeiden valintaan. Ainoastaan sellaiset tutkimukset ovat tarpeen, joiden arvoilla ja tulkinnoilla on vaikutusta anestesiamuodon valintaan, leikkaukseen tai hoidon lopputulokseen. (Korte ym. 1996, 341.) Marenan- lääkitystä käyttävän potilaan **INR**- arvo on tarkistettava ennen leikkausta. Jos INR-arvo on yli 1,5, se lisää verenvuotoriskiä kirurgisessa toimenpiteessä. **Hemoglobiinipitoisuuden** seulontatutkimusta ei tarvita vähäisen vuotoriskin toimenpiteissä, jos potilaan yleistila on hyvä eikä ole anemian oireita. Kuitenkin verensiirtojen välttämiseksi on hyödyllistä määrittää hemoglobiiniarvo kuukauden kuluessa ennen kiireetöntä leikkausta, jos on odotettavissa merkittävää verenvuotoa. (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito- suositus, 2008.) Kirurgisiin toimenpiteisiin voidaan tarvittaessa tilata potilaalle punasoluja varalle. Punasolujen siirroilla ylläpidetään veren hapenkuljetuskykyä. Yleistä siirtokynnystä ei ole voitu asettaa, vaan se määritellään yksilöllisesti potilaan tilanteen mukaan (Kuitunen 2006, 372- 375.) **Verivarausta** varten on tiedettävä potilaan **veriryhmä**. Jos potilasasiakirjoissa ei ole siitä luotettavaa merkintää, veriryhmämääritys on tehtävä ennen leikkausta.

Leikkauspotilaan **nestehoidon** päämääränä on ylläpitää elimistön eri nestetilojen tilavuus ja koostumus normaalirajoissa. Nestehoidon avulla myös varmistetaan asianmukainen hapenkuljetus, jotta solujen aineenvaihdunta jatkuisi häiriöttömästi. Nestehoidolla korvataan päivittäinen perustarve, mahdollinen sairauden aiheuttama lisätarve, mahdollinen ylimääräinen menetys ja kolmanteen tilaan siirtyvä neste, verenvuoto sekä mahdollinen aikaisempi vajuus. Lisäksi nestehoidolla kompensoidaan anestesiaan liittyvää suonensisäistä volyymia. (Salomäki 2006, 363- 364.) **Virtsaneritystä** tarkkaillaan munuaisten toiminnan arvioimiseksi (Lukkari ym. 2010, 327).

Verenkierron tarkkailuun sisältyy **sydämen syketiheyden**, rytmihäiriöiden, **verenpaineen** ja veritilavuuden valvonta. Verenkiertoa arvioidaan myös perifeerisen lämmön ja virtsanerityksen seu-

rannalla. Anestesia-aineet ja leikkaus aiheuttavat verenkiertoon muutoksia, joten verenkierron tarkkailu on välttämätöntä. Anestesia-aineet myös vaimentavat verenkiertoa suojaavia refleksejä. (Lukkari ym. 2010, 314.) Erityisesti on otettava huomioon verenpainetauti sairastavan potilaan verenpaineen lähtötaso, koska on tiedettävä, millä tasolla hänen verenpaineensa on oltava anestesian aikana eri elinten perfuusiopaineiden pitämiseksi riittävänä (Pitkänen & Kaukinen 2006, 214). Kirurgia aiheuttaa äkillisiä veritilavuuden muutoksia, jotka ylittävät verenpaineen säätelyjärjestelmän kapasiteetin aiheuttaen hypo- tai hypertensiota. Tämä koskee tietysti kaikkia potilaita, mutta usein sydän- ja verisuonitautipotilaat sietävät huonosti verenpaineen nousuja ja laskuja. (Salmenperä & Yli-Hankala 2006, 346.) **Pulssioksimetrian** avulla seurataan leikkauspotilaan happeutumista eli hemoglobiinin happisaturaatiota. Näin varmistutaan kudosten hapensaannista. (Lukkari ym. 2010, 311.)

Lämpötilan seurannan perusteena on odottamattoman hypertermian ja lämmönmenetyksen arviointi leikkauksen aikana ja sen jälkeen. Jokainen anestesiatoimenpide aiheuttaa negatiivisen lämpötaseen ihmisen elimistössä. Lieväkin hypotermia lisää leikkauksen jälkeisiä sydänkomplikaatioita sekä infektioherkkyyttä ja vuototaipumusta. (Salmenperä & Yli-Hankala 2006, 360- 361.) Hypotermia vaikuttaa verenkiertoon, hapenkulutukseen, aineenvaihduntaan sekä neste- ja elektrolyytitasapainoon. Elimistön jäähtyessä myös nukutuksesta toipuminen pitkittyy. (Lukkari ym. 2010, 325.)

Hoidettaessa **tartuntavaarallisia** potilaita on kiinnitettävä huomiota leikkaussalien varustukseen, henkilökunnan suojavaatetukseen, näytteiden käsittelyyn ja merkitsemiseen, leikkaussalin ja käytetyn välineistön desinfektioon sekä kertakäyttötuotteiden hävittämiseen leikkauksen jälkeen. Tärkein yksittäinen suojautumiskeino on hyvä käsihygienia. ihon kunnosta on huolehdittava, koska terve iho on hyvä suoja mikrobeja vastaan. (Meurman 2006, 790.)

Leikkauspotilaan **riskitekijöitä** perussairauksien ohella ovat esimerkiksi lihavuus, korkea ikä tai raskaus. Lihavuus voi altistaa hapenpuutteelle anestesian aikaisessa lepoasennossa. Lihavien potilaiden kohdalla preoperatiivinen paasto on erityisen tärkeää, koska lihavuus aiheuttaa myös aspiraatoriskin anestesian induktiossa. Ikääntymisen aiheuttama riski syntyy elimistön muuttuneista toiminnoista sekä lääkeaineiden farmakokinetiikan ja – dynaamiikan muutoksista. (Korte ym. 1996, 340.) Raskauden aikana naisen elimistössä tapahtuu merkittäviä anatomisia ja fysiologisia muutoksia. Nämä muutokset on huomioitava anestesian annossa. Raskaana olevan naisen

vaste anestesiaan poikkeaa muiden vasteesta. (Jaakola & Alahuhta 2006, 522.)

Yksilölliset erot **kivun** kokemisessa ovat hyvin suuret. On kuitenkin olemassa kaikille yhteisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat postoperatiivisen kivun esiintymiseen, laatuun, voimakkuuteen ja kestoon. Näitä yhteisiä tekijöitä ovat potilaan psykofyysinen ominaislaatu, leikkaukseen valmistautuminen, toimenpiteen kohde, luonne ja kesto, kirurgisten komplikaatioiden esiintyminen ja anestesi tekniikka. Eniten postoperatiivisen kivun voimakkuuteen vaikuttaa leikkausviillon paikka. Kivuliaimpia ovat rintaontelo-, ylävatsa- ja munuaisleikkaukset sekä polvi- tai lonkkaproteesin asennukset. (Salomäki & Rosenberg 2006, 838.)

Leikkauspotilas ei saisi nauttia kiinteää ruokaa kuutta tuntia ennen leikkausta. Kirkkaita nesteitä voi juoda siihen saakka, kun anestesian alkuun on aikaa kaksi tuntia. Anestesiaa edeltävällä **paastoamisella** pyritään vähentämään mahan sisällön määrää ja happamuutta. Tällöin regurgitaation ja aspiraation riski leikkauksen aikana vähenee. (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypä hoito-suositus, 2008.)

Kun kaikki oleelliset tarvittavat tiedot potilaan tilasta on raportoitu, **varmistetaan** lopuksi **yhteisymmärrys**. Raportin molemmat osapuolet voivat tarvittaessa tehdä vielä **lisäkysymyksiä**. Potilaasta raportoitaessa postoperatiivisesti kerrotaan tietysti myös **jatkoahoito-ohjeet**.

Harjoitteluaikani leikkauksoosastolla sain anestesiahoitajilta käytännön kokemukseen perustuvaa tietoa tärkeistä raportoitavista ja huolehdittavista asioista potilaan siirtyessä osastolta toiselle. Raportointitilanteissa mukana oleminen ja omakohtainen kokemus raportoinnista antoivat myös aineksia tarkistuslistan suunnittelutyöhön. Tiedonkeruuta asiakkaan tarpeista tuotekehitykseen liittyen voidaankin selvittää juuri edellä mainituilla tavoilla: olemalla itse käyttäjänä, tarkkailemalla käyttäjiä sekä haastatteleamalla käyttäjiä (Hietikko 2008, 56).

5.2 Tarkistuslistan arviointi

Laatimani tarkistuslistan laatutavoitteita olivat selkeys, asianmukaisuus ja helppokäyttöisyys. Mielestäni tarkistuslista täyttää nämä asetetut tavoitteet. Oulaskankaan laatupäällikkö ja opinnäyteseminaariin osallistuneet sairaanhoitajaopiskelijat olivat samaa mieltä. Tarkistuslista sisältää juuri tilaajaosaston kannalta oleelliset raportoitavat asiat, eikä mitään ylimääräistä.

Tarkistuslistan tavoitteena on omalta osaltaan parantaa potilasturvallisuutta. Tarkistuslistan sisältämät asiat ovat kaikki merkittäviä potilaan saaman turvallisen hoidon kannalta. Lista toimii muistutuksena ja sen mukaan edettäessä kaikki tarvittavat asiat tulee läpikäytyä raportointitilanteissa. Tiedonkulun vaara- ja haittatapahtumien riskin pitäisi näin ollen vähentyä.

Diaesitys (Liite 1), jonka olen laatinut osastotuntia varten, sisältää mielestäni kaiken olennaisen tarkistuslistan käytöstä sekä potilasturvallisuudesta. Uskon, että saan peruteltua osaston henkilökunnalle suullisen raportoinnin tarkistuslistan käyttöä esitykselläni.

Suullisen raportoinnin tarkistuslista otetaan käyttöön leikkaus- ja anestesiaosastolla ensi tammi-kuussa. Osastonhoitaja ja laatupäällikkö seuraavat listan käyttöönottoa ja mahdollisia ongelmia siinä. Kun lista on ollut käytössä noin puolen vuoden ajan, osastotunnilla arvioidaan listan käyttöönoton onnistumista. Tarvittaessa listan aktiiviseen käyttöön voidaan kannustaa vielä uudelleen vedoten muun muassa potilasturvallisuusstrategiaan.

6 PROJEKTIN TOTEUTUS

Projekti voidaan jakaa vaiheisiin, jotka ovat joko osittain päällekkäisiä tai seuraavat toisiaan. Projekti saa alkunsa tunnistetusta tarpeesta tai ideasta. Määrittelyvaiheessa voidaan arvioida, onko idea toteutuskelpoinen. Projektin suunnittelu on yksi tärkeimmistä projektityön vaiheista. Hyvä suunnittelu helpottaa monella tapaa projektin toteuttamista: tehokkuus, kommunikaatio ja yhteisymmärrys lisääntyvät, tavoitteet selkiytyvät ja epävarmuus vähenee. Kun suunnitelmat ovat valmiit, alkaa toteutusvaihe. Toteutusvaiheen tulos on suunniteltu tuotos. Viimeisenä vaiheena on projektin päättäminen, johon kuuluu loppuraportointi. (Kettunen 2009, 43- 55.)

Tuotekehitysprojekti alkaa projektin asettamisella aivan kuten muutkin projektit. Käytännössä se tarkoittaa projektin lähtökohtien, rajauksen ja tavoitteiden asettamista. (Hietikko 2008, 45.) Tätä seuraa ideavaihe, jossa hyödynnetään eri tahoilta tullutta tietoa. Seuraavaksi luonnostellaan tuote. Luonnosteluvaiheessa hankitaan tietoa aiheesta, toimintaympäristöstä ja tuotteen laatutekijöistä. Kehittelyvaihe puolestaan käsittää varsinaisen tuotteen tekemisen. Lopuksi tuote viimeistellään, laaditaan käyttöohjeet ja suunnitellaan markkinointi. (Jämsä & Manninen. 2000, 85.)

Projektini alkoi aiheenvalinnalla. Pyysin alkuvuodesta 2012 opinnäytetyöhöni aiheita Oulaskankaan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston apulaisosastonhoitajalta sekä opiskelijavastaavalta. Mietittyään asiaa he olivat valinneet aiheeksi ISBAR – mallista muokatun tarkistuslistan raportointitilanteiden tueksi. Aihe oli mielestäni hyvä ja mielenkiintoinen joten hyväksyin sen välittömästi. Kun projekti tehdään asiakkaalle, tehtävänanto sekä projektin tarkat määrittelyt tulevat asiakkaalta (Kettunen 2009, 49).

6.1 Projektin aikataulu

Sain opinnäytetyöhöni aiheen tammikuussa 2012. Kevään aikana perehdyin potilasturvallisuutta käsittelevään kirjallisuuteen. Aihe on ajankohtainen ja materiaalia löytyi hyvin. Maaliskuussa esitin opinnäytetyöni idean opinnäyteseminaarissa. Toukokuussa pidimme Oulaskankaan sairaalan laatupäällikön ja leikkaus- ja anestesiaosaston opiskelijavastaavan kanssa palaverin tarkistuslistan suunnittelusta ja opinnäytetyöni etenemisestä. Kesäajan 2012 pidin taukoa kirjoittamisesta,

mutta aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen perehdyin tuolloinkin.

Elokuussa tein viimeisen perioperatiivisen hoitotyön suuntaavan harjoittelun Oulaskankaan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Tuona aikana keräsin pohjatietoa tarkistuslistan laatimista varten. Anestesiaosastolta sain ehdotuksia tarkistuslistassa huomioitaviin asioihin, joita he pitivät kokemuksensa myötä tärkeinä. Pyrin myös harjoitteluajanani olemaan mahdollisimman paljon mukana raportointitilanteissa. Jos en itse ollut raportin antajana tai vastaanottajana, keskityin haavoittamaan muiden suorittamaa raportointia.

Syksyn 2012 aikana perehdyin useisiin projektityötä käsitteleviin oppaisiin. Materiaalihankinnossa apunani oli informaattikko koulumme kirjastosta. Kirjoitin syksyn aikana opinnäytetyöni teoriaosuuden ja projektisuunnitelman. Samalla hahmottelin ISBAR – malliin pohjautuvan tarkistuslistan sisältöä leikkaus- ja anestesiaosaston tarpeiden näkökulmasta. Lokakuussa tapasimme Oulaskankaan laatu- ja turvallisuuden kanssa ja hän hyväksyi laatimani tarkistuslistan muutaman pienen muutoksen jälkeen. Keskustelimme myös opinnäytetyöni etenemisestä ja osastotunnin ajankohdasta ja sisällöstä. Sovimme, että tulen kertomaan tarkistuslistasta osastotunnille vasta tammikuussa loma- ja sulku-aikojen jälkeen.

Loppusyksystä jatkoin teoriaosuuden kirjoittamista. Suunnittelin leikkaus- ja anestesiaosastolla pidettävää esitystäni ja tein opinnäytetyöstäni PowerPoint-esityksen osastotuntia varten. Laatu- ja turvallisuuden toive oli, että saisin esitykselläni näkyvyyttä laatimalleni tarkistuslistalle ja saisin myös motivoitua osaston henkilökuntaa tarkistuslistan käyttöön. Kirjoitin loppuraporttia ja esitin valmiin opinnäytetyöni seminaarissa marraskuussa 2012.

Taulukko 3. Projektin aikataulu

| Projektin käynnistäminen | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| Tammikuu 2012 | Aiheervalinta |
| Helmi-huhtikuu 2012 | Teoriatietoon perehtyminen |
| Maaliskuu 2012 | Idean esitys seminaarissa |
| Toukokuu 2012 | Tarkistuslistan suunnittelupalaveri |

| | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Kesä-elokuu 2012 | Kirjallisuuteen perehtyminen |
| Projektisuunnitelman laatiminen | |
| Elokuu 2012 | Tiedon kerääminen tarkistuslistaa varten |
| Syys-lokakuu 2012 | Lähde- ja menetelmäkirjallisuuteen perehtyminen ja teoriaosuuden kirjoittaminen |
| Syys-lokakuu 2012 | Projektisuunnitelman laadinta ja korjaus |
| Projektin toteutus | |
| Lokakuu 2012 | Tarkistuslistan laatiminen ja hyväksyttäminen laatu päälliköllä |
| Loka-marraskuu 2012 | Teoriaosuuden syventäminen |
| Marraskuu 2012 | Osastotunnin suunnitteleminen ja PowerPointesityksen valmistaminen |
| (Tammikuu 2013) | (Tarkistuslistan esittely osastotunnilla) |
| Projektin päättäminen | |
| Loka-marraskuu 2012 | Loppuraportin laadinta |
| Marraskuu 2012 | Valmiin opinnäytetyön esittäminen seminaarissa |
| Marraskuu 2012 | Opinnäytetyön viimeistely |

6.2 Projektityön vaatimukset ja projektiorganisaatio

Opinnäytetyöprojektini vaati oman osaamiseni ja aikani lisäksi ohjausta opinnäytetyöni ohjaavalta opettajalta sekä yhteistyötä apulaisosastonhoitajan ja leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnan kanssa. Kustannuksia tulee ainoastaan tarkistuslistojen tulostamisesta ja laminoimisesta, mutta nekin jäävät muutamaa euroa. Muita kustannuksia Oulaskankaan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle ei tästä projektistä tule.

Opinnäytetyöni projektiorganisaatio koostui projektipäälliköstä, ohjausryhmästä sekä tukiryhmästä. Projektipäällikönä ja projektin toteuttajana toimin itse. Projektipäällikön tehtäviin kuuluu vastata siitä, että projekti valmistuu ajoissa, pysyy budjetissa ja että lopputulos vastaa asetettuja tavoitteita. Jotta nämä tavoitteet saavutetaan, on tärkeää, että projektipäällikkö kantaa vastuunsa. (Kettunen 2003, 29.)

Projektin ohjausryhmään kuuluivat menetelmä- ja sisällönohjauksesta vastaava Oulun seudun ammattikorkeakoulun lehtori Maija Alahuhta ja Oulaskankaan puolelta tarkistuslistan sisällönohjauksesta vastaava laatupäällikkö (aiemmin apulaisosastonhoitaja) Päivi Saari. Ohjausryhmän tehtävänä on varmistaa projektin menestyksellä toteuttaminen ja tavoitteiden saavuttaminen (Peltonen 2009, 303). Opponenttejäni olivat sairaanhoitajaopiskelijat Pieta Seppä ja Hanna Pinola. He olivat projektini tukiryhmä ja sain heiltä tarvittaessa tukea ja ideoita opinnäytetyöhöni. Lähdemateriaalihankinnoissa apunani on ollut informaattikko Sanna Kallio koulumme kirjastosta. Projektin viestintä hoidettiin sähköpostilla, puhelinkeskusteluilla sekä henkilökohtaisilla tapaamisilla.

6.3 Projektin arviointi

Opinnäytetyöni on projekti, joka koostuu leikkaus- ja anestesiaosaston tarpeisiin muokatusta tuotteesta sekä tuotteen esittelystä ja käyttöönoton motivoinnista. Suullisen raportoinnin tarkistuslistan teoriapohja, erityisesti potilasturvallisuuden osuus, toimii runkona laatimani osastotunnin esityksen sisällölle. Mielestäni olen saanut koottua hyviä perusteluja tarkistuslistan käytölle kirjallisuudesta ja tutkimuksista.

Halusin tehdä opinnäytetyöni projektina, joka on yhteydessä työelämään. Aihe on todella mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Potilasturvallisuus on saanut paljon näkyvyyttä viime aikoina ja sairaanhoitopiirit haluavat panostaa potilasturvallisuuden edistämiseen. Tekemäni tarkistuslista on osa potilasturvallisuuden kehittämistä Oulaskankaan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla.

Projektini teoriaosuutta laatiessa minun oli perehdyttävä laajasti sekä potilasturvallisuutta että raportointia koskevaan kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin. Näin sain perusteltua tietoa potilasturvallisuudesta tarkistuslistan sisältöä ja käyttöönottoa varten. Aiemmat tutkimustulokset puoltavat vahvasti tarkistuslista- menetelmien käyttöä. Siihen, että lista otetaan käyttöön osaston arjessa, vaikuttaa listan selkeys ja käytön helppous. Tämän takia listasta on riisuttu pois kaikki ylimää-

räinen ja siihen on lisätty osaston omasta näkökulmasta tarpeellisia asioita.

Laatiessani tarkistuslistaa minun piti hankkia sekä teoretietoa että tietoa juuri kyseisen osaston tarpeista. Olen mielestäni onnistunut kokoamaan tarvittavat tiedot kyseisen leikkaus- ja anestesiosaston näkökulmasta. Yhteistyö laatupäällikön kanssa ja omat kokemukset harjoitteluajoilta auttoivat raportointirungon laatimisessa. Tarkistuslistan sisältämät asiat on perusteltu opinnäytetyön raporttiosassa teoretiedolla ja tarkistuslistan käytön tarpeellisuus on niin ikään perusteltu teoriaosuudessa.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen kehittynyt sekä projektityön tekemisessä että kriittisessä tiedonhankinnassa. Yhteistyötaitoni ovat kehittyneet ja kokemuksesta projektin tekemisessä tulee varmasti olemaan hyötyä myös työelämässä. Tiukka aikataulu on ollut ainoa negatiivinen asia projektissani, mutta siitä huolimatta koen onnistuneeni vähintään kohtuullisesti.

7 POHDINTA

Opinnäytetyöprojektini aiheena oli suullisen raportoinnin tarkistuslistan laatiminen Oulaskankaan sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle. Projektiini kuuluu tarkistuslistan esittely osaston henkilökunnalle. Laadin siis myös diaesityksen tarkistuslistan käytöstä ja potilasturvallisuudesta ja esittelen sen osastotunnilla opinnäytetyöni teoriaosaan pohjautuen. Hakala (2004) on listannut hyvän opinnäytetyön ominaisuuksia. Niitä ovat muun muassa aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys sekä opinnäytteen käytännönläheisyys ja yhteys työelämään. (Hakala 2004, 29- 33.) Nämä kaikki toteutuvat mielestäni opinnäytetyössäni.

7.1 Tarkistuslista osana potilasturvallisuutta

Projektien mukana työyhteisöihin tulee jotain uutta, mutta ne voidaan myös kokea hankaliksi. Tutut ja turvalliset työtavat muuttuvat, koska olemassa olevia tapoja pyritään kehittämään projektien avulla. Ei siis kuitenkaan ole tarkoitus poistaa työyhteisössä hyväksi havaittuja käytäntöjä, vaan kehittää niitä. (Laaksonen ym. 2012, 95.)

Aluksi suhtautuminen uusiin käytäntöihin on luonnollisesti nihkeää, mutta vähitellen henkilökunta tottuu ja hyväksi havaituista toimintatavoista tulee rutiinia. Tästä hyvänä esimerkkinä on juuri kirurginen tarkistuslista, joka on jo aiemmin otettu käyttöön Oulaskankaan leikkaus- ja anestesiaosastolla. Alkukankeuksien jälkeen lista on saanut hyväksynnän ja todettu kelpo apuvälineeksi työntekoon. Pitkäaikaisen ja pysyvän muutoksen aikaansaaminen edellyttääkin ammattihenkilöiltä valmiutta muuttaa vanhoja tapoja sekä aktiivista sitoutumista uusien toimintamallien järjestelmälliseen käyttöön. (Helovuo ym. 2012, 218.)

Suullisen raportoinnin tarkistuslistan käyttöönotto odotettavasti saa aikaan vastarintaa ja menee aikansa ennen kuin uusi toimintamalli vakiinnuttaa paikkansa käytännössä. Tämä on tiedossa ja se täytyy vain hyväksyä. Henkilökunta voi kokea tarkistuslistasta olevan hyötyä esimerkiksi puhelinkonsultaatitilanteissa. Suullisen raportoinnin tarkistuslista kuuluu osaston potilasturvallisuussuunnitelmaan. Niin potilasturvallisuuteen kuin henkilökunnan omaankin turvallisuuteen vedoten toivon saavani perusteltua henkilökunnalle tarkistuslistan käyttöä. Osastonhoitaja voi myös korostaa näitä seikkoja tarpeen vaatiessa.

Suullisen raportoinnin tarkistuslistan toivottiin olevan selkeää, tiivis ja helppokäyttöinen. Tarkistuslistan tuli kuitenkin sisältää kaikki tarvittava tieto. Nämä tavoitteet toteutuvat laatimassani tarkistuslistassa. Oulaskankaan laatupäällikkö oli tyytyväinen työni tulokseen. Henkilökunnalla ei ole oman työnsä ohella aikaa paneutua vastaaviin ylimääräisiin projekteihin, joten laatupäällikön mukaan ulkopuolisen tekemä projekti oli erittäin hyvä vaihtoehto.

Keräsin tietoa tarkistuslistassa huomioitavista asioista kysymällä anestesiaosaston hoitajien mielipiteitä, seuraamalla leikkaus- ja anestesiaosaston raportointitilanteita sekä osallistamalla itse raportointiin. Nämä ovat suositeltuja tiedonkeruumenetelmiä asiakkaan tarpeista tuotekehitykseen liittyen. (Hietikko 2008, 56.) Teoriatieto raportoinnista ja potilasturvallisuudesta olivat taustavaikuttajina tarkistuslistan koko laatimisprosessin ajan.

Jatkokehittämissideoita voisivat olla raportoinnin tarkistuslistamallin muokkaaminen muille osastoille sopivaksi ja niiden käyttöönoton ohjaaminen sekä potilasturvallisuusinfojen suunnittelu ja järjestäminen. Potilasturvallisuus on aiheena niin tärkeä, että siihen liittyen sekä tutkimus- että projektiaiheita tulee varmasti riittämään.

7.2 Oma oppiminen

Halusin toteuttaa opinnäytetyöni projektina ja olen valintaani tyytyväinen. Halusin aiheen, joka on tiiviisti yhteydessä työelämään ja sen tarpeisiin. Näin oma motivaationi opinnäytetyön tekemiseen pysyi hyvänä koko projektin ajan ja projekti olikin mielestäni todella antoisa. Aiheeni on erittäin ajankohtainen ja tärkeä ja se lisäsi omalta osaltaan opinnäytetyön tekemisen mielekkyyttä. Tuoretta kirjallisuutta ja uusia tutkimuksia potilasturvallisuuteen liittyen löytyi hyvin. Oma tietämykseni sekä potilasturvallisuudesta että raportoinnista lisääntyi projektin myötä. Tuntui mukavalta uppoutua potilasturvallisuus-aiheeseen oikein kunnolla.

Projektityö itsessään opetti paljon yhteistyöstä, projektin suunnittelusta ja toteuttamisesta. Välillä tuntui raskaalta tehdä työtä yksin, mutta sain myös paljon aikaiseksi lyhyessäkin ajassa aina kun sain keskittyä vain opinnäytetyöni tekemiseen. Ajankäytön järjestämien opinnäytetyön tekemiseen oli toisinaan haasteellista muiden opintojen, harjoittelujen ja työn ohella. Halusin tehdä opinnäytetyöni yksin juuri ajankäytön takia. Pystyin kirjoittamaan silloin kun minulle parhaiten sopi. Kuitenkin nyt, jos saisin valita uudelleen, tekisin työn yhdessä jonkun toisen kanssa. Silloin

vastuu jaettaisiin ja tarvittaessa toinen kannustaisi uskon loppuessa jatkamaan.

Potilasturvallisuutta ei käsitelty kouluaikana minkään opetettavan aineen yhteydessä. Uusien hoitotyön opetussuunnitelmien tilannetta en tiedä, mutta koen potilasturvallisuuden käsittelyn tarpeelliseksi jo terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa. Tällöin perusasiat olisivat hallussa työelämään siirtyessä ja potilasturvallisuuteen liittyviin epäkohtiin niin työyhteisön kuin omassakin toiminnassa osaisi paremmin kiinnittää huomiota.

LÄHTEET

Haig, K.M., Sutton, S. & Whittington, J. 2006. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety* 332 (3) 167-175.

Hakala, J. 2004. *Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille*. Helsinki: Gaudeamus Kirja.

Helovu, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 99- 116.

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. *Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti*. Helsinki: Fioca Oy.

Hietikko, E. 2008. *Tuotekehitystoiminta. Savonia- ammattikorkeakoulun julkaisusarja B 2 / 2008*. Savonia- ammattikorkeakoulun kuntayhtymä: Kopijyvä Kuopio.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen*. Helsinki: Tammi.

Jaakola, M-L. & Alahuhta, S. 2006. *Obstetrinen analgesia ja anestesia*. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 521- 557.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. *Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi.

Kettunen, S. 2009. *Onnistu projektissa*. Helsinki: WSOYpro.

Kuitunen, A. 2006. *Verensiirrot*. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) *Anestesiologia ja tehohoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 369- 376.

- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. Helsinki: WSOY.
- Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku- Haipro- vaaratapahtumien analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Kyngäs, H. 2009. Potilasturvallisuus. Tutkiva hoitotyö, 3, 2-4.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Leikkausta edeltävä arviointi (online). Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008 (viitattu 8.11.2012). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Meurman, O. 2006. Tartuntavaarallinen potilas. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 790- 796.
- Pelin, R. 2009. Projektinhallinnan käsikirja. Projektijohtaminen Oy Risto Pelin.
- Peltomaa, K. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Pitkänen, O. & Kaukinen, S. 2006. Sydämen ja verenkierron fysiologia anestesian kannalta. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 200- 216.
- Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja – strategian toimeenpanon tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja 2011.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald P. 2008. Turvallisuuskulttuuri – teoria ja arviointi. VTT Publications 700. Saatavilla: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publication/2008/P700.pdf>. (Luettu 5.11.2012).

Runne, T. 2000. Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Salmenperä, M. & Yli- Hankala, A. 2006. Potilaan valvonta anestesian aikana. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 337- 362.

Salomäki, T. 2006. Nestehoito toimenpiteen yhteydessä. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 363- 368.

Salomäki, T. & Rosenberg, P. 2006. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola & O. Takkunen (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 838- 851.

Sandlin, D. 2007. Improving patient safety by implementing a standardized and consistent approach to hand- off communication. Journal of PeriAnesthesia Nursing 22 (4), 289- 292.

Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 29- 41.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki.

STAKES ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuus- sanasto. Stakesin työpapereita 28/2006. Helsinki: Valopaino Oy.

Thompson, J.E., Collett, Langbart, M.J. 2011 Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: A study in an Australian tertiary hospital. Postgrad Med J87, 340- 344.

Vainioperä, J. 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan päivystysalueilla -kyselytutkimus päivystyspoliikklinikoiden henkilöstölle. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät. Sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

WHO, World Alliance for Patient Safety. 2008. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, Spain. Saatavilla:

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/20080523_Summary_of_the_evidence_on_patient_safety.pdf (Luettu 20.9.2012).

LIITTEET

Diaesitys, liite 1