

ANESTESIASAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN

Diagnosointi ja tarkkailu sekä auttaminen

leikkaus- ja anestesiaosastolla

Maiju Palojärvi ja Krista Poikajärvi

ANESTESIASAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN

Diagnosointi ja tarkkailu sekä auttaminen

leikkaus- ja anestesiaosastolla

Maiju Palojärvi ja Krista Poikajärvi

Opinnäytetyö, kevät 2013

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Palojärvi, Maiju & Poikajärvi, Krista. Anestesiahoitajan osaaminen - Diagnostiikka ja tarkkailu sekä auttaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla. Helsinki, kevät 2013, 72 s., 3 liitettä.

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

Kehittämispainotteinen opinnäytetyömme oli osa HUS Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston projektia. Projektin tarkoituksena oli tuottaa anestesiahoitajan käsikirja hoitohenkilöstön työn apuvälineeksi ja perehdytyksen tueksi uusille työntekijöille. Käsikirjan taustalla oli Bennerin sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen malli. Opinnäytetyön tarkoituksena oli eritellä teoretietoa, jonka pohjalta suunnitella ja kirjoittaa auttamisen sekä diagnostiikan ja tarkkailun osuudet anestesiahoitajan käsikirjaan HUS Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle. Tavoitteenamme oli olla kehittämässä työelämäyhteistyökumppanimme työhön perehdyttämiskäytäntöjä aiempaa yhdenmukaisemmiksi ja tarkoituksenmukaisemmiksi.

Opinnäytetyömme teoreettinen perusta koostui työelämän kirjallisista ja sähköisistä materiaaleista sekä aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Tiedonhankinnan menetelmänä käytimme havainnointia. Hankkeen toteutusta varten perehdyimme aiheeseemme teoriapohjalta, tapasimme työelämäedustajiamme, sekä vierailimme osastolla ja tutustuimme sen toimintaan havainnoimalla anestesiahoitajien työtä. Opinnäytetyöhömmä liittyviä riskejä olivat aikataulujen yhteensovittamisen ongelmallisuus, aikatauluihin liittyvät muutokset sekä osuuksia varten käyttämiemme lähteiden eroavaisuudet.

Työelämäyhteistyökumppanilta saamiemme arviointien mukaan osuutemme vastasivat annettua tehtävää. Osuudet olivat sisällöllisesti kattavia ja tarkoituksenmukaisia. Ne sisälsivät osaston hoitotyön toiminnan kannalta oleellisia asioita lukijalle helposti ymmärrettävässä ja selkeässä muodossa esitettynä. Hankkeessa työstämämme osuudet olivat osastolle käyttökelpoisia ja hyödyllisiä. Osuuksien lopullisesta ulkoasusta ja asettelusta vastaavat yhteistyökumppanimme käsikirjan valmistuessa.

Asiasanat: osaaminen, auttaminen, tarkkailu, näyttöön perustuva hoitotyö, ammatillinen kehitys, perioperatiivinen hoito

ABSTRACT

Palojärvi, Maiju and Poikajärvi, Krista

Competence of nurse anesthetist – The helping role and the diagnostic and monitoring function in an operating- and anesthesia care unit

72 p., 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2013.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

This study was a part of a project produced in the operating- and anesthesia care unit of Meilahti hospital, a part of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa. The project's goal was to produce a handbook based on Benner's theory of nursing expertise for nurse anesthetists. The emphasis of this study was to produce sections of nurses' helping role and the diagnostic and monitoring function in the handbook. The objective of this study was on developing more consistent and functional methods of familiarizing new employees to their work. The theoretic basis of this study consisted of our cooperation partner's written and electronic material as well as literature related on thesis' topic. As for methods of collecting data we observed nurse anesthetists at work. Sections' contents were extensive and appropriate. Sections included essential nursing functions in anesthesia care. They were presented understandably and explicitly. Sections produced in this study were workable and useful.

Key words: helping, monitoring, anesthesia, nursing, handbook

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
1.1 Työn lähtökohdat ja yhteistyöorganisaatio	5
1.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	8
2 TYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	10
2.1 Bennerin ammatillisen kehittymisen malli.....	10
2.2 Bennerin mallin mukaiset hoitotyön osa-alueet.....	13
2.3 Anestesiahoitajan työ ja ammatilliset osaamisvaatimukset	20
2.4 Anestesiahoitajan käsikirjan sisältöalueet	23
2.4.1 Lähtökohtia anestesiahoitajan käsikirjalle	23
2.4.2 Auttaminen	24
2.4.3 Diagnosointi ja tarkkailu	31
3 HANKKEEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS	38
3.1 Hankkeen lähtökohdat ja tiedonhaku	38
3.2 Yhteistyö työelämän kanssa	39
3.3 Hankkeen arviointi	41
3.4 Aikataulut ja riskit.....	42
4 POHDINTA	45
4.1 Hankkeen toteutuksen tarkastelu ja jatkokehitysehdotukset.....	45
4.2 Luotettavuus ja eettisyys	47
4.3 Oma ammatillinen kasvu.....	48
LÄHTEET	51
LIITE 1: Auttamisen sekä diagnosoinnin ja tarkkailun osuudet käsikirjassa	58
LIITE 2: Palautelomake	69
LIITE 3: Käsikirjan sisältö.....	71

1 JOHDANTO

1.1 Työn lähtökohdat ja yhteistyöorganisaatio

Tässä kehittämispainotteisessa opinnäytetyössä keskitytään Bennerin (1989) sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen malliin perustuviin auttamisen sekä diagnosoinnin ja tarkkailun osa-alueisiin. Tarkoituksenamme oli eritellä teoretietoa, jonka pohjalta suunnitella ja kirjoittaa auttamisen sekä diagnosoinnin ja tarkkailun osuudet anestesia-sairaanhoitajan käsikirjaan Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiirin (HUS) Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle. Tämä kehittämispainotteinen opinnäytetyö oli osa Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston projektia, jonka tarkoituksena oli tuottaa anestesia-sairaanhoitajan käsikirja perehdytyksen tueksi uusille työntekijöille ja hoitohenkilöstön työn apuvälineeksi. Käsikirjan taustalla oli Bennerin (1989) sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen malli. Tavoitteenamme oli olla kehittämässä työelämäyhteistyökumppanimme työhön perehdyttämiskäytäntöjä aiempaa yhdenmukaisemmiksi ja tarkoituksenmukaisemmiksi.

Anestesia-sairaanhoitaja on ammatillisen lisäkoulutuksen tai ammatilliset erikoistumisopinnot suorittanut sairaanhoitaja, joka työtehtävässään toimii itsenäisenä hoitotyön asiantuntijana anestesiologin työparina. Anestesia-sairaanhoitaja toteuttaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa lääkärin antamien lääketieteellisten ohjeiden mukaisesti. Anestesia-sairaanhoitaja työskentelee leikkaus- tai toimenpideyksikössä. Anestesia-sairaanhoitajan työnkuvaan vaikuttavat yksikön kirurginen erikoisala, sairaanhoitajan osaaminen sekä sairaalan tai osaston yksikkökohtaiset tehtävät. (Tengvall 2010, 5–6, 9–10, Opetusministeriö 2006, 63.)

Osuuksiemme tekstisisältö oli osaston toiminnan kannalta olennaiset asiat sisältävää näyttöön perustuvaa tietoa. Näyttöön perustuva toiminta hoitotyössä tarkoittaa hoitosuosituksen ja päätöksenteon perustumista parhaaseen saatavilla olevaan ajantasaiseen tietoon (Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki & Pelkonen 2008, 11). Näyttöön perustuva hoitotyön tieto pohjautuu tieteelliseen tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön ja kokemukseen perustuvaan näyttöön. Tieteellinen tutkimusnäyttö on yleistettävissä olevaa tietoa toiminnasta ja sen vaikuttavuudesta terveyteen. Toimintaan pe-

rustuva näyttö on terveydenhuollon organisaatioissa systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä tietoa. Kokemusnäyttö ei perustu systemaattiseen kriteeriin, vaan tieto saadaan hoitotyön ammattilaisten ja potilaan käytännön kokemuksista hoidon vaikuttavuudesta ja tavoitteisiin pääsystä. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 12–13).

Käsikirjan rakenteen pohjana ovat Bennerin (1989) sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen mallin seitsemän hoitotyön osa-aluetta, jotka ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, diagnosointi ja tarkkailu, nopeasti muuttuvien tilanteiden tehokas hallinta, hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien toteuttaminen ja valvonta, terveydenhoidon laaduntarkkailu ja –varmistus, sekä organisatoriset ja työrooliin liittyvät taidot. Tässä opinnäytetyössä keskitytään auttamisen sekä diagnosoinnin ja tarkkailun osa-alueisiin, joiden pohjalta suunnittelimme ja kirjoitimme tekstiosuudet anestesiaosaston sairaanhoitajan käsikirjaan.

Aiemmin leikkaus- ja anestesiaosastolla hoitotyössä tarvittava tieto oli hajallaan useissa eri tiedostoissa ja kirjoissa. Osastolla oli tarve yhdenmukaiselle ja kattavalle perehdytyskansiolle. (Poikajärvi 2011). Koska Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on yleisesti käytössä Bennerin ammatillisen kehittymisen malliin perustuva ammatituumamalli Aura sekä Meretojan kehittämä sairaanhoitajan ammattipätevyyden mittari NCS (Nurse Competence Scale), päädyttiin leikkaus- ja anestesiaosastolla käyttämään ammatillisen osaamisen kehittämisen pohjana Bennerin ammatillisen kehittymisen mallia (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2004, 17, Poikajärvi 2011).

Hankkeemme työelämäyhteistyökumppanina toimivat Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston osastonhoitaja, hoitotyön opetushoitaja sekä apulaisosastonhoitaja. Apunamme hankkeen toteuttamisessa oli myös osaston muu hoitohenkilökunta, jolta saimme tukea kirjoittamiseen ja asiasisältöjen valintaan esimerkiksi osastotutustumiskäyntiemme yhteydessä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri jakautuu erikoissairaanhoitonalueisiin, joihin kuuluvat HYKS-sairaanhoitoalue (Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoitoalue) sekä Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet. Erikoissairaanhoitopiiri on levittäytynyt Uudellamaalla 26 kunnan alueelle, jotka pitävät sisällään 21 sairaalaa. Sairaanhoitoalueet pitävät sisällään medisiinisen, operatiivisen,

naisten- ja lastentautien sekä psykiatrian tulosyksiköt. Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto kuuluu näistä operatiiviseen tulosyksikköön. (HUS 2011b, Poikajärvi 2011.)

HUS-organisaatioon kuuluu sairaanhoitoalueiden ohella sairaanhoidollisia tukipalveluja, joita ovat HUSLAB, HUS-Röntgen, HUS-Apteekki ja HUS-Lääkintäteknikka. Muita HUS-organisaation tukipalveluja ovat HUS-Desiko, HUS-Servis, Ravioli, HUS-Logistiikka ja Tietotekniikka. HUS:n tytäryhtiöitä ovat HUS-Kiinteistöt Oy ja Uudenmaan sairaalapesula Oy. (HUS 2011b.)

HYKS-sairaanhoitoalueen operatiivinen tulosyksikkö vastaa muun muassa kirurgisten, tehohoidon ja anestesiologian palveluiden tuottamisesta HYKS-sairaanhoitoalueella. Hallinnollisesti operatiivinen tulosyksikkö jakautuu neljään klinikkaryhmään, joita ovat anestesia, teho-, ensi- ja kivunhoidon klinikkaryhmä (ATEK), pään ja kaulan alueen klinikkaryhmä, pehmytkudoskirurgian klinikkaryhmä sekä tukielinkirurgianklinikkaryhmä. Opinnäytteemme yhteistyökumppanina toimiva Meilahden leikkaus- ja anestesiaosasto on osa ATEK-klinikkaryhmää. (HUS 2011a.)

Meilahden leikkaus- ja anestesiaosastolla on 12 leikkaussalia. Saleista 9-10 ovat päivittäin elektiivisen, eli suunnitellun tai ei-päivystyksellisen leikkaustoiminnan käytössä ja kolme salia on varattu päivystysleikkauksille. Osaston yhteydessä toimii 12-paikkainen heräämö, jossa hoidetaan leikkaus- ja anestesiapotilaiden jälkivalvonta sekä tehdään anestesiologisia toimenpiteitä. Potilaille tehtävät leikkaukset ovat yleensä pitkäkestoisia ja vaativia. Leikkaus- ja anestesiaosastolla hoidetaan muun muassa vatsaelin-, verisuo- ni-, maksa-, sydän- ja keuhkokirurgisia potilaita. Lisäksi osastolla hoidetaan elinsiirto- ja kirurgisia päivystyspotilaita. Anestesiaosastolla työskentelevät osastonhoitaja, kolme apulaisosastonhoitajaa, 70 sairaanhoitajaa ja kaksi perushoitajaa. Instrumenttipuolella on erillinen hoitohenkilökunta. (Poikajärvi 2011; Poikajärvi & Karhu 2011.)

Perioperatiivinen hoitoprosessi voidaan jakaa leikkausta edeltävään (preoperatiivinen), leikkauksen aikaiseen (intraoperatiivinen) ja leikkauksen jälkeiseen (postoperatiivinen) vaiheeseen. Perioperatiivisessa hoitotyössä hoidon keskipisteenä ja hoidon suunnittelun lähtökohtana on potilas. (Tengvall 2010, 1, 5). Leikkaus- ja anestesiaosastolla noudatetaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteisiä hoitotyön arvoja, joita ovat

potilaslähtöisyys, yhdenvertaisuus, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus (HUS 2011a). Työyksikön omia, hoitotyötä ohjaavia arvoja ovat turvallisuus, tasa-arvo, intymiteetti ja koskemattomuus (Karhu & Poikajärvi 2011).

1.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme hanke oli osa Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston projektia. Projektin tarkoituksena on tuottaa perehdytyksen tueksi ja hoitohenkilöstön työn apuvälineeksi anestesiasairaanhoitajan käsikirja. Käsikirja pohjautuu Bennerin (1989) sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen malliin ja sen tavoitteena on auttaa uusia työntekijöitä vahvistamaan ja kehittämään ammatillista osaamistaan (Karhu & Noukkala 2012). Opinnäytetyössä tarkoituksenamme oli eritellä teoretietoa, jonka pohjalta suunnittelimme ja kirjoitimme Meilahden sairaalan anestesia- ja leikkausosaston tulevaan anestesiasairaanhoitajan käsikirjaan auttamisen, sekä tarkkailun ja diagnosoinnin osa-alueet. Bennerin (1989) mallin mukaiseen diagnosoinnin ja tarkkailun osa-alueeseen sisältyvät hoitotyön kirjaaminen ja raportointi, joten hankkeessa kirjoitimme myös nämä osuudet. Osa-alueidemme tekstisisältö oli osaston toiminnan kannalta olennaiset asiat sisältävää näyttöön perustuvaa tietoa. Tavoitteenamme oli olla osallisena kehittämässä työelämäyhteistyökumppanimme nykyisiä työhön perehdyttämiskäytäntöjä aiempaa yhdenmukaisemmiksi ja tarkoituksenmukaisemmiksi.

Hankkeemme teoreettinen perusta koostui tutkitusta ja kokemuksellisesta tiedosta. Hankkeen toteutusta varten perehdyimme aiheeseemme teoriapohjalta, tapasimme työelämäedustajia, sekä vierailimme osastolla ja tutustuimme sen toimintaan havainnoimalla anestesiasairaanhoitajien työtä.

Hankkeen kohderyhmänä olivat anestesia- ja leikkausosaston nykyiset ja tulevat anestesiasairaanhoitajat. Hankkeen hyödynsaajina olivat paitsi työntekijät myös potilaat. Uusille hoitotyöntekijöille käsikirja toimii perehdytyksen ja uusien asioiden jäsentymisen tukena oppimispäiväkirjan, tarkistuslistan, perehdytyskansion ja HUS:n sisäisestä verkkosivustosta intranetistä löytyvän materiaalin lisäksi. Potilaat puolestaan hyötyvät käsikirjasta välillisesti sairaanhoitajien kautta, koska käsikirja auttaa sairaanhoitajia

ammattillisen pätevyyden kehittymisessä. Sairaanhoitajat voivat käsikirjan avulla päivittää käytännön ammattiosaamistaan ja tietoperustaansa. Käsikirja mahdollistaa aloittavien sairaanhoitajien näyttöön perustuvan tiedon saamisen työhön oppimisessaan.

Potilaiden hoidon laatu ja potilasturvallisuuden toteutuminen ovat riippuvaisia sairaanhoitajien ammatillisesta osaamisesta. Sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen esimerkiksi sähköisen kirjaamisen yleistyessä ja päivittyessä tukee potilaan hoidon jatkuvuutta myös leikkausosastohoidon jälkeen. Osastolla tapahtuvan toiminnan turvallisuuden perustana voidaan pitää vakioituja käytäntöjä, sillä vain olemassa olevia toimintatapoja on mahdollista kehittää ja niiden avulla voidaan ennakoida riskejä hoidossa (Luusuaniemi 2010b). Tällaisia vakioituja käytäntöjä ovat esimerkiksi tarkistuslista, hoitokäytännöt ja toimintaohjeet, joiden omaksuminen edellyttää työntekijän kattavaa perehdyttämistä osaston toimintaan.

Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys tarkoittaa toiminnallista kykyä ja kapasiteettia yhdistää tietoa, taitoa, asenteita ja arvoja asiayhteyttä koskevaan työtilanteeseen (Mere-toja 2010, 11). Ammatillinen pätevyys voidaan Bennerin (1989) mukaan luokitella muodostuvaksi ammatillisen kehittymisen mallin seitsemästä erillisestä osa-alueesta ja niiden sisältämistä taidoista, jotka hallitessaan sairaanhoitaja kykenee potilaansa kokonaisvaltaiseen laadukkaaseen hoitoon. Pätevyys yhdellä osa-alueella ei kuitenkaan takaa pätevyyttä muilla osa-alueilla, vaan sairaanhoitajan tulee kehittää ja pitää yllä osaamistaan kaikilla osa-alueilla. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ja sen kehittyminen on tärkeää työntekijän työtyytyväisyyden ja sen säilyttämisen kannalta (Meretoja 2003, 10, 19). Sairaanhoitajan velvollisuus ammattitaitonsa kehittämiseen ja hoitotyön laadun parantamiseen on mainittu paitsi Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (Sairaanhoitajaliitto 1996), myös laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994). Ammatillisesti pätevät sairaanhoitajat voidaan työyhteisössä sijoittaa taitojansa vastaaviin tehtäviin ja ammatillisen osaamisen kehittyminen mahdollistaa potilaille laadukkaan hoidon (Meretoja 2003, 10).

2 TYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Bennerin ammatillisen kehittymisen malli

Patricia Benner on yhdysvaltalainen hoitotieteen tohtori, jonka pääasiallinen kiinnostuksen kohde on tutkimuksissa ollut kliiniseen hoitotyöhön sisältyvä tieto ja käytännön osaaminen hoitotyössä. Benner esitti sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen mallin ensi kertaa vuonna 1984 teoksessaan *From Novice to Expert* (suom. Aloittelijasta asiantuntijaksi, WSOY 1989). (Alexander & Keller 1994, 158–159.) Ammatillisen kehittymisen mallia on käytetty apuna muun muassa vastavalmistuneiden sairaanhoitajien perehdytysohjelmissa, ammattiurallaan ylenemisen edistämisessä, erilaisissa hoitotyön koulutusohjelmissa sekä hoitotyön kliinisen tiedon kehittämisessä, kuten hoitotieteen tohtori Meretojan Nurse Competence Scale – mittarin perustana (Alexander & Keller 1994, 166–167, Meretoja 2003, 5). Bennerin malliin pohjautuva Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin aura-malli toimii erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijöille käytännöllisenä työvälineenä jatkuvaan oppimiseen ja osaamisen kehittämiseen (Meretoja, Kaira, Ritmala-Castrén, Santala & Vuorinen 2007, 3).

Bennerin ammatillisen kehittymisen malli pohjautuu filosofi Hubert Dreyfusin ja matemaatikko ja systeemianalyysien asiantuntija Stuart Dreyfusin kehittämään taitojenhankkimis- ja kehittämismalliin. Dreyfusin taitojenhankkimis- ja kehittämismalli perustuu olettamukseen opiskelijan etenemisestä taitojen hankkimisessaan ja kehittymisessään viidessä vaiheessa, joita ovat noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava sekä asiantuntija. (Benner 1989, 11, 28; Alexander & Keller 1994, 160.) Benner soveltaa Dreyfusin taitojenhankkimismallia hoitotyöhön tutkimuksessaan sairaanhoitajien ammattitaitojen hankkimisesta ja pätevydestä hoitotyössä (Benner 1989, 11; Alexander & Keller 1994, 162). Mallissaan Benner esittää, miten Dreyfusin taitojenhankkimismallin viisi osaamisen tasoa ilmenevät käytännön hoitotyössä ja miten kokemuksen avulla voidaan osaaamista parantaa. (Alexander & Keller 1994, 167.) Bennerin ammatillisen kehittymisen malli tunnetaan yleisesti myös ammatillisen pätevyyden mallina.

Dreyfusin taitojenhankkimismallin viidestä vaiheesta ensimmäinen kuvaa noviisia, aloittelijaa, hoitotyössä esimerkiksi hoitotyön opiskelijaa tai uudessa työpaikassa aloit-

tavaa sairaanhoitajaa. Aloittelijoilla on vähän tai ei ollenkaan kokemusta tilanteista, joissa heidän tulisi toimia. (Dreyfus & Dreyfus 2009, 9–11.) Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiirin aura-mallin mukaan ensimmäisessä vaiheessa oleva, perehtyvä sairaanhoitaja, hallitsee ammatilliset perustiedot ja – taidot, arvot ja asenteet, sekä osaa soveltaa niitä työhönsä perehdyttäjän tukemana (Meretoja ym. 2007, 4).

Toinen taitojenhankkimismallin vaihe kuvaa edistynyttä aloittelijaa. Edistynyt aloittelija on sairaanhoitaja, joka kykenee vähimmäisvaatimusten mukaisesti suoriutuksiin työssään. Edistyneenä aloittelijana sairaanhoitajalla on jo hieman kokemusta käytännön todellisista hoitotilanteista, mutta hän käyttää paljon aikaa merkityksellisten toistuvien tekijöiden havainnointiin hoitotilanteissa. Hoitotilanteet ovat työntekijälle vielä uusia, jonka vuoksi edistynyt aloittelija tarvitsee paljon kokeneiden sairaanhoitajien apua arvioidessaan, mikä hoitotilanteessa on tärkeää. (Benner, Tanner & Chesla 2009, 25–26, Benner 1989, 34–36.) Aura-mallin mukaan toisen vaiheen sairaanhoitaja, suoriutuva sairaanhoitaja, on perehtynyt työhönsä ja syventää osaamistaan kollegoiden ja täydennyskoulutuksen avulla (Meretoja ym. 2007, 4).

Edistyneen aloittelijan vaiheen jälkeen sairaanhoitaja saavuttaa pätevän sairaanhoitajan vaiheen työskenneltyään samassa työtehtävässä yleensä pari vuotta. Pätevä sairaanhoitaja kykenee toimimaan suunnitelmallisesti ja pitkäaikaisten tavoitteiden valossa. Pätevä sairaanhoitaja osaa organisoida oman työnsä ja selviytyy arvaamattomistakin hoitotyön tilanteista, mutta häneltä puuttuu vielä taitavan sairaanhoitajan nopeus ja joustavuus työnteossaan. (Benner ym. 2009, 61–63, Benner 1989, 37–38.) Pätevä sairaanhoitaja kykenee perusteltuun, itsenäiseen ja suunniteltuun toimintaan, joka pohjautuu kokonaisvaltaiseen näkemykseen potilaan hoidosta (Meretoja ym. 2007, 4).

Sairaanhoitajan ollessa tasolla taitava, pystyy hän näkemään tilanteen kokonaisuutena. Tilannetta arvioidessaan taitava sairaanhoitaja kykenee arvioimaan miten se vaikuttaa asetettuihin pitkäaikaisiin tavoitteisiin. Kokemusten pohjalta taitava sairaanhoitaja pystyy ennakoimaan tilanteita ja muutoksia, joita on tehtävä tapahtumien myötä. Taitavan sairaanhoitajan päätöksentekoa helpottaa kyky tunnistaa normaalia poikkeavat tilanteet. (Benner ym. 2009, 103–105, Benner 1989, 38–41.) Taitavalla tasolla oleva sairaanhoitaja on yleensä sellainen, joka on työskennellyt samantyyppisten potilaiden kanssa noin 3-5 vuotta. (Benner 1989, 38–41.) HUS:ssa taitava sairaanhoitaja on amma-

tillisen lisäkoulutuksen käynyt erikoisalueen osaaja, joka potilashoidon ohella osallistuu erikoissairaanhoidon kehittämiseen (Meretoja ym. 2007, 6).

Viimeisessä vaiheessa, asiantuntija-tasolla, sairaanhoitajalla on jo työkokemusta ja intuitiivinen suhtautuminen erilaisiin tilanteisiin. Asiantuntijana sairaanhoitaja osaa keskittyä ongelma-alueeseen ja hän ymmärtää tilanteet kokonaisuuksina. Asiantunteva sairaanhoitaja selviytyy erinomaisesti monimutkaisistakin tilanteista. (Benner 1989, 41–44, Benner ym. 2009, 137–138.) Sairaanhoitajan viidennessä taitojenhankkimismallin vaiheessa korostuu hoitajan kyky reagoida äkkinäisiin tilanteisiin intuitiivisesti (Benner ym. 2009, 137). Intuitioon perustuvan reagoinnin taito on tutkitusti osoitettu olevan olennainen osa sairaanhoitajan kliinisiä päätöksentekotaitoja (Lyneham, Parkinson & Denholm 2008). Aura-mallin viimeisessä vaiheessa sairaanhoitaja, kliininen asiantuntija, osallistuu erikoissairaanhoidon opetus- ja tutkimustyöhön kouluttajana, kehittäjänä ja asiantuntijana (Meretoja ym. 2007, 6).

Bennerin ammatillisen kehittymisen malli tarkastelee seitsemää hoitotyön osa-aluetta. Nämä osa-alueet ovat auttaminen, opettaminen ja ohjaaminen, diagnosointi ja tarkkailu, nopeasti muuttuvien tilanteiden tehokas hallinta, hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien toteuttaminen ja valvonta, terveydenhoidon laaduntarkkailu ja – varmistus sekä organisaatoriset ja työnrooliin liittyvät taidot. Bennerin määrittelemät seitsemän hoitotyön osa-aluetta pitävät sisällään yhteensä 31 niihin liittyvää taitoa, joiden hallitseminen määrittää sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden tason. (Alexander & Keller 1994, 162, 168.) HUS:ssa sairaanhoitajan erityisosaamista tarkastellaan näiden Bennerin (1989) seitsemän hoitotyön osa-alueen kautta. Osaamisvaatimukset näillä osa-alueilla painottuvat eri tavoin työympäristöstä riippuen. (Meretoja ym. 2007, 8.)

Bennerin ammatillisen kehittymisen malli on siinä mielessä yleisesti pätevä, ettei sen käytäntöön soveltamista ole rajattu hoitoympäristön, potilaan iän eikä terveydentilan osalta. Toisaalta malli yleispätevänä teoreettisena viitekehyksenä on kuitenkin riippuvainen sellaisista todellisista hoitotyön tilanteista, joita ei ole mahdollista tieteellisesti yleistää, toistaa tai ennustaa. (Alexander & Keller 1994, 168–169.) Mallissaan Benner esittää, miten Dreyfusin taitojenhankkimismallin viisi osaamisen tasoa ilmenevät käytännön hoitotyössä ja miten kokemuksen avulla voidaan osaamista parantaa. (Alexander & Keller 1994, 167, Benner, Tanner & Chesla 1999, 57–58.) Käyttökelpoiseksi käytän-

nön hoitotyön kehittämisessä Bennerin mallin tekee se, että se kuvaa hoitotyötä siinä, millaista hoitotyö käytännössä on ja miten se toimii. (Alexander & Keller 1994, 170.)

Bennerin ammatillisen kehittymisen mallia voidaan pitää pätevänä siksi, että nykyisen sairaanhoitajatutkinnon osaamisvaatimukset ovat Bennerin määrittelemien osaamisalueiden kanssa sisällöltään hyvin samankaltaisia. Ammattikorkeakoulututkinnon tuottamia yleisiä kompetensseja ovat asiantuntijuus, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, johtamis- ja kehittämistoiminnan osaaminen, työelämäosaaminen sekä kansainvälisyysosaaminen. Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneen sairaanhoitajan ammatilliset kompetenssit eli osaamisvaatimukset koostuvat eritellyistä osaamisalueista. Nämä ovat terveyden edistämisen osaaminen, eettinen osaaminen, kliininen osaaminen, hoitotyön päätöksenteko-osaaminen, tutkimus- ja kehittämisosaaminen, yhteistyö- ja johtamisosaaminen, monikulttuurinen ja yhteiskunnallinen osaaminen sekä ohjaus- ja opetusosaaminen. (Opetusministeriö 2006, 13, 63–70.)

Sairaanhoitajan ammatilliset kompetenssit kuvaavat sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvia osaamisalueita eritellen niihin liittyviä taitoja. Opetusministeriön (2006, 63–70) julkaisussaan määritellyt sairaanhoitajan ammatilliset kompetenssit pitävät sisällään Bennerin (1989) teoriassaan määrittelemiä taitoja ja vaikka kompetensseissa eritellyt taidot säännöllisesti päivittyvät, ovat osaamisalueet aihepiireiltään samankaltaisia Bennerin teoriassa määriteltyjen kanssa. Koska Benner (1989) on teoriassaan kattavasti määritellyt sairaanhoitajan osaamisen eri osa-alueet, voidaan Bennerin mallia pitää käyttökelpoisena myös nykyistä hoitotyötä kehitettäessä.

2.2 Bennerin mallin mukaiset hoitotyön osa-alueet

Auttaminen

Ensimmäinen Bennerin (1989) mallin mukaisista hoitotyön osa-alueista on auttaminen, joka kuvaa sitä, miten sairaanhoitajat noudattavat käytännön hoitotyössä kokonaisvaltaista lähestymistapaa osallistuessaan potilaan hoitoon. HUS:ssa auttamisen osaamisalue on määritelty kokonaisvaltaiseksi, asiakaslähtöiseksi hoitotyöksi, jonka perustana ovat sairaanhoitajan eettiset periaatteet ja arvokulttuuri (Meretoja ym. 2007, 8). Osa-

valla sairaanhoitajalla on oltava hyvät taustatiedot hoitotilanteesta, jotta hän pystyy ymmärtämään potilaan tilannetta kokonaisvaltaisesti ja keskittymään hoidossa vain tärkeimpiin seikkoihin. Sairaanhoitajan tarjoama apu ei määriy vain hoidon tavoitteiden saavuttamisella ja potilaan parantumisella, vaan auttamiseen sisältyvät muun muassa sairaanhoitajan monipuoliset vuorovaikutukselliset taidot ja tuki. (Benner 1989, 53–54.)

Potilaan auttamiseen liittyvät taidot koskevat erityisesti potilasta itseään, mutta kokonaisvaltainen hoito edellyttää myös potilaan omaisten ja läheisten huomiointia, informoimista sekä henkistä tukemista. Potilaan ja perheen kanssa kommunikoinen on osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista ja siihen liittyy myös taito lohduttaa potilasta ja omaisia. Auttaminen yhtenä sairaanhoitajan ammatillisen kehittymisen osa-alueista kuvaa sairaanhoitajan asennoitumista potilaan hoitoon sitoutuvana ja osallistuvana, ei ulkopuolisen roolissa. Ammattitaitoinen auttaminen edellyttää potilaan kuuntelemista ja sairaanhoitajan kehittymistä sen kokonaisuuden ymmärtämisessä, mitä sairaus ja siitä toipuminen merkitsee potilaille ja miten se vaikuttaa hänen elämäänsä. (Benner 1989, 65–68, 75.) Potilas on useimmiten oman tilansa ja vointinsa paras tiedonantaja, joten potilaan kuunteleminen on keskeinen osa sairaanhoitajan työtä.

Sairaanhoitajan rooli ammatillisesti pätevänä auttajana koostuu Bennerin (1989) mukaan kahdeksasta siihen liittyvästä taidosta ja niiden omaksumisesta. Paranemista edistävän ilmapiirin luominen ja siihen sitoutuminen ovat edellytyksenä potilaan jaksamiselle ja toivon ylläpitämiselle. Sairaanhoitajan tehtävänä on rohkaista ja neuvoa potilasta, sekä auttaa häntä ymmärtämään, että hänestä välitetään ihmisenä, eikä vain yksittäisenä potilaana. Toisena auttamisen taitona pätevä sairaanhoitaja osaa tukea potilasta ja hänen minuutensa säilymistä. Sairaanhoitajan on kyettävä pitämään potilaansa elämän laatua yllä sen viimeisiin hetkiin asti ja näin edesauttaa ja helpottaa potilaan minuuden ja ihmisarvon, sekä mielekkyyden tunteen säilymistä. Olennaisena taitona potilaan kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa on otettava huomioon myös kipujen tulkitseminen, niiden hallinta ja oikeiden kivunhoitomenetelmien valinta, sillä ammatillinen hoitotyön päätöksenteko edellyttää sairaanhoitajilta valmiuksia osata valita oikea menetelmä juuri oikeaan aikaan potilaan voinnin paranemiseksi. (Benner 1989, 55–65.)

Sairaanhoitaja opetetaan usein siihen, että hän on tehokkaimmillaan toimiessaan potilaan puolesta, vaikka tärkeämpää usein on vain oleminen potilaan kanssa. Sairaanhoita-

jan on tärkeää omaksua taito olla potilaan luona läsnä, usein potilaiden voinnin edistymistä voi edesauttaa pelkkä heidän kuuntelemisensa. Neljäs auttamisen taidoista on potilaan oman osallistumisen ja toipumisensa hallinnan maksimointi. Sairaanhoidajien on joskus käytettävä hyödykseen luomaansa luottamussuhdetta potilaaseen saadakseen hänet itse osallistumaan hoitoonsa mahdollisimman paljon. (Benner 1989, 61–71.) Etenkin leikkauksen jälkeisessä hoitotyössä potilaan leikkauksesta kuntoutumista voidaan edistää omatoimisuuteen kannustamalla (Eklund, Juntunen & Karhu 2008).

Potilaan auttamiseen liittyvät taidot koskevat erityisesti potilasta itseään, mutta kokonaisvaltainen hoito edellyttää myös potilaan perheen huomiointia, tiedottamista sekä henkistä tukemista. Sairaanhoidajien asiakkaina voidaan usein pitää koko perhettä, sillä perheen jaksaminen toimii voimavarana myös potilaan omalle toipumiselle. Potilaan ja hänen läheistensä kanssa kommunikointi on osa sairaanhoidajan ammatillista osaamista ja siihen liittyy myös taito lohduttaa potilasta ja perhettä paitsi sanallisesti, myös kosketuksen avulla, esimerkiksi lohduttaessa. (Benner 1989, 65–74.) Taito lohduttaa potilasta kosketuksen avulla on arvokas työväline luottamussuhteen luomisessa etenkin lapsipotilaita hoidettaessa luottamussuhteen. Kosketuksen avulla voidaan välittää tunteita myötätunnosta ja turvallisuudesta. (Reynolds 2002, 30.) Kosketus potilaan auttamismenetelmänä korostuu myös leikkaus- ja anestesiahoitotyössä.

Opettaminen ja ohjaaminen

Sairaanhoidajien työnkuvan toisena osa-alueena on potilaan ohjaaminen ja opettaminen, sillä usein potilaat esittävät kysymyksensä suoraan hoitajalle, eikä lääkärille. Sairaanhoidajat kertovat potilaille mahdollisuuksiensa mukaan siitä, mitä on odotettavissa sairauden myötä ja siitä, mitä elimistössä tapahtuu sairauden aikana sekä korjaavat potilaan tai omaisten mahdollisia vääriä tulkintoja sairaudesta tai hoitomenetelmistä. (Benner 1989, 76–77.) Opetus- ja ohjaustilanteet vaativat sairaanhoidajilta ammattitaitoa ja tilanneherkkyyttä, sillä ne vaihtelevat potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan (Meretoja ym. 2007, 8, Benner 1989, 76–77). Pätevät sairaanhoidajat kykenevät hyödyntämään ohjauksessaan erilaisia toimintatapoja ja näkökulmia opettaessaan potilaalle tapoja selviytyä sairautensa kanssa ja luoda edellytykset toipumiselle. Olennaisinta potilaan opetuksessa ja ohjauksessa onkin osata käyttää omia asenteitaan, äänensävyään ja esimerkiksi huu-

morintajuaan hyödyksi kyetäkseen kommunikoimaan vaikeissa vuorovaikutustilanteissa. (Benner 1989, 76–77.)

Tärkeimpiä ammatillisia taitoja, joita sairaanhoitajan on osattava opettamisen ja ohjaamisen osa-alueella ovat potilaan oppimisvalmiuden toteaminen, potilaan auttaminen sairautensa sovittamisessa elämäntapaansa ja potilaan sairaudelle antamansa merkityksen selvittäminen ja ymmärtäminen. Myös sen tulkitseminen, miten paljon tietoa potilas haluaa saada sekä kuinka saada hänet se ymmärtämään oikein edellyttää sairaanhoitajalta ammatillista taitoa potilaan hoidossa. (Benner 1989, 77–88.) HUS:ssa sairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu potilaiden ja omaisten ohjauksen ja opetuksen ohella myös työntekijöiden sekä alan opiskelijoiden ohjaaminen (Meretoja ym. 2007, 8). HUS:n eri sairaaloissa käytännön opetusta saa vuosittain noin 4000 pääkaupunkiseudun ammattikorkeakoulujen hoitotyön opiskelijaa (HUS 2010).

Diagnosointi ja tarkkailu

Kolmas hoitotyön osa-alue, diagnosointi ja tarkkailu, on hoitotyössä keskeinen osa sairaanhoitajan työnkuvaa. Useat diagnostiset kokeet ja hoitotoimenpiteet edellyttävät sairaanhoitajalta huolellista potilaan tarkkailua. Potilas, jonka vointi ei edellytä diagnosointia tai tarkkailua, ei usein vaadi sairaalahoitoa. Keskeistä diagnosoinnissa ja tarkkailussa on sairaanhoitajan havaintokyky ja asiantuntemus. Potilaan tilassa ja voinnissa tapahtuvat muutokset huomaa yleensä ensimmäisenä sairaanhoitaja, joka on myös vastuussa muutosten dokumentoinnista ja asian esittämisestä lääkärille. Dokumentointia helpottavat mitattavissa olevat vitaalitoiminnot ja sairaanhoitajan selkeät havaintotiedot potilaan voinnista. (Benner 1989, 89–90.) Perioperatiivisessa hoitotyössä hoitotiedon dokumentoinnissa korostuvat potilaan fysiologisten toimintojen muutokset ja niiden turvaaminen (Tengvall 2010, 14).

Sairanhoitajan tarkkaileva ja diagnosoiva rooli ammatillisesti pätevässä potilaan hoidossa koostuu erilaisista sairaanhoitajan ammattiin liittyvistä taidoista. Ensimmäinen näistä taidosta on Bennerin (1989, 90) mukaan potilaan tilassa tapahtuvien merkittävien muutosten toteaminen ja dokumentointi. Tämän taidon osaaminen edellyttää sairaanhoitajalta tunnistamiskyvyn lisäksi ammattimaista tiedon kirjaamista ja käsittelyä. Sairaan-

hoitaja pystyy näin esittämään tapauksen vakuuttavasti esimerkiksi lääkärille tai muille sairaanhoitajille. Huolellinen kirjaaminen edistää potilasturvallisuutta ja auttaa luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa potilaaseen. Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksina sähköisen kirjaamisen yleistyessä painottuvat hoitotyön tietotekniikka- ja viestintätaidot, sekä tietosuojan ja tietoturvan huomiointi tiedon dokumentoinnissa. (Tengvall 2010, 14.)

Hoitotyössä potilaan tilan arviointi on ensiarvoisen tärkeää. Ammatillisesti pätevän sairaanhoitajan on myös kyettävä toteamaan varhaisia varoitusmerkkejä potilaan voinnin heikkenemisestä ennen kuin selkeitä diagnostisia kriteerejä on ilmaantunut. Sairaanhoitaja perustaa havaintonsa potilaan käyttäytymisessä tai ulkoisessa olemuksessa tapahtuviin vaikeasti määriteltäviin muutoksiin, eikä pelkästään vaistoonsa. (Benner 1989, 90–94.) Asiantuntevan sairaanhoitajan kyky tunnistaa ja tulkita merkkejä potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista on tärkeää potilaan toipumisprosessin kannalta (Meretoja ym. 2007, 8, Benner 1989, 90–94).

Sairaanhoitajan tulisi pohtia potilaan sairaudenkulkua perusteellisesti, jotta hän pystyy ennakoimaan mahdolliset ongelmat ja valmistautumaan niitä edellyttäviin hoitotoimenpiteisiin. Ongelmien ennakointi liittyy olennaisena osana sairaanhoitajan rooliin diagnosointi- ja tarkkailutehtävissä. Ennakointi perustuu sairaanhoitajan potilaskohtaisiin havaintoihin. Pätevän sairaanhoitajan on osattava antaa potilaasta myös ennakoiva ja ongelmia tunnistava raportti kollegoilleen. (Benner 1989, 95–97.)

Viimeinen Bennerin kuvaamista tarkkailuun ja diagnosointiin liittyvistä taidoista on potilaan terveyspotentiaalinen arviointi ja hoitovasteen ennustaminen. Tässä taidossa olennaista on arvio potilaan terveyspotentiaalista. Terveyspotentiaali tarkoittaa potilaan realistisia mahdollisuuksia parantua ja elää sairautensa kanssa. Käytännössä sairaanhoitajan tulee kyetä arvioimaan potilaan nykyistä ja tulevaa terveydentilaa, jotta hän voi ohjata hoitomenetelmiä ja suunnitella tavoitteita. (Benner 1989, 97–99.)

Hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien toteuttaminen ja valvonta

Neljäntenä hoitotyön osa-alueena Bennerin mukaan on hoitotoimenpiteiden ja hoito-ohjelmien toteuttaminen ja valvonta. Tähän osa-alueeseen kuuluu sairaanhoitajan kyky hoitaa monimutkaisimpiakin toimenpiteitä ja arvioida niiden tarpeellisuutta ja onnistumista kliinisesti. Hoitotoimenpiteet anestesiaosastolla toteutettavassa hoitotyössä pitävät sisällään muun muassa laskimonsisäisen lääkehoidon aloittamisen, lääkehoidon tarkan ja turvallisen ylläpitämisen sekä vaaratekijöiden ja komplikaatioiden tarkkailun ja ehkäisyyn (Poikajärvi 2011). Hoitotoimenpiteiden suorittamisessa huolellisella aseptiikalla ja oikeilla työskentelytavoilla on turvallisuutta edistettäessä suuri merkitys. Näin ehkäistään myös vaaratilanteita ja minimoidaan hoidon riskejä potilaalle. Leikkausosaston hoitotyössä hoitajan on potilaan suojaamisen lisäksi tärkeää huolehtia myös itsensä suojaamisesta esimerkiksi käyttämällä asianmukaista suojavaatetusta sekä huolehtimalla käsihygieniasta ja ergonomisesta työtavasta. (Lassila-Latikka 2003, 18.)

Hoito-ohjelmiin kuuluvat Bennerin mallin mukaan liikkumattomuuden aiheuttamien haittojen ehkäisy, joita ovat muun muassa hengitystiekomplikaatioiden ehkäisy ja potilaiden liikkuvuuden maksimoiminen, sekä erilaiset haavanhoitomenetelmät, joiden tarkoitus on paitsi edistää potilaan paranemista, myös helpottaa hänen oloaan. Kokenut ja osaava sairaanhoitaja arvioi potilaansa tarpeet yksilöllisesti ja huolehtii asianmukaisten hoitotyön toimenpiteiden oikeasta ajoituksesta ja toteutuksesta sekä potilaan motivoinnista ja tukemisesta. (Benner 1989, 109–115.) HUS:ssa pätevän tason sairaanhoitajalta vaaditaan taitoa hallita käytössä olevia hoito-ohjelmia, niihin liittyvää teknologiaa sekä ymmärtämystä potilaan kokonaisvaltaisesta hoitoketjusta (Meretoja ym. 2007, 9).

Nopeasti muuttuvien tilanteiden tehokas hallinta

Koska sairaanhoitaja havaitsee usein ensimmäisenä merkkejä potilaan voinnin heikkenemisessä, vaaditaan häneltä kykyä toimia nopeasti, asianmukaisesti sekä arvioida ja käynnistää tarvittavat toimenpiteet. Ammatillinen osaaminen edellyttää sairaanhoitajalta taitoa havaita hätätilanteita ennalta, mutta koska se ei aina ole mahdollista, on tärkeää, että sairaanhoitaja osaa hallita myös yllättäviä tilanteita. (Benner 1989, 100–101.) Nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinta ja päätöksentekokyky kuuluvat olennaisena osana

leikkausosastolla toimivan anestesiahoitajan ammatissa vaadittuihin taitoihin (Tengvall 2010, 16).

Viidenteen hoitotyön osa-alueeseen, nopeasti muuttuvien tilanteiden tehokkaaseen hallintaan liittyvät sairaanhoitajan taidot tunnistaa vaaratilanteita, käynnistää ja priorisoida tarvittavat toiminnot sekä koordinoita vastuutehtävät (Tengvall 2010, 16, Benner 1989, 104–105). Hätätilanteissa osaava sairaanhoitaja toimii nopeasti, mutta harkitusti, varmistuen hoitotoimenpiteiden turvallisuuden potilaalle ja pidättäytymällä suorittamasta potilaalle vaarallisia hoitotoimenpiteitä. (Benner 1989, 106.) HUS:n erikoissairaanhoidon piirissä pätevä sairaanhoitaja kykenee ennakoimaan ja ehkäisemään sekä hallitsemaan ja reagoimaan muuttuviin tilanteisiin (Meretoja ym. 2007, 8–9). Kuten Benner painottaa, on selvää, että sairaanhoitajan on kyettävä hallitsemaan nopeasti muuttuvia tilanteita, sillä kuuluuhan hänen tärkeimpiin työtehtäviinsä potilaan voinnissa tapahtuvien muutosten diagnosointi ja tarkkailu (Benner 1989, 108).

Terveysthoidon laaduntarkkailu ja -varmistus

Kuudentena osa-alueena Bennerin (1989) mallissa on terveysthoidon laaduntarkkailu ja -varmistus. Laaduntarkkailu ja -varmistus ovat oleellisia osia potilasturvallisuuden ylläpitämisessä käytännön hoitotyössä. Hoitotyössä potilasturvallisuutta pyritään jatkuvasti parantamaan. Sairaanhoidajan työhön liittyy virheiden havaitseminen ja niiden estäminen potilaan hoidossa. Virheiden huomaaminen ja estäminen kuluttaa paljon sairaanhoidajan työ-aikaa. Jotta sairaanhoidaja pystyy havaitsemaan virheitä, täytyy hänen ymmärtää jokaisen potilaan olevan yksilö ja sitoutua potilaan hoitoon. Sairaanhoidajan tulee myös tuntea potilaan käyttäytymistavat havaitakseen potilaan tilassa tapahtuvia muutoksia. (Benner 1989, 119.) Hoitotyössä tapahtuvien virheiden estämiseksi jokainen tapahtuva virhe tai läheltä piti – tilanne dokumentoidaan tarkasti, esimerkiksi Haipro-järjestelmään, jotta samankaltaisilta tilanteilta vältytään (Niemi-Murola 2012, 165).

Terveysthoidon laaduntarkkailu ja -varmistusosioon kuuluvat turvallisen hoitotyön varmistaminen sekä lääkemääräysten turvallisuuden arvioiminen. Koska leikkausosaston hoitotyössä toimenpiteisiin ja vahvojen suonensisäisten lääkitysten käyttöön liittyy aina riskejä, pyritään ne minimoimaan rutiininomaisilla ohjeistuksilla ja käytännöllä.

Tällaisia käytäntöjä ovat muun muassa tarkistuslistan sekä värillisten lääketarrojen käyttö. (Niemi-Murola 2012, 165.) Sairaanhoidajan täytyy pystyä työssään suhtautumaan kriittisesti lääkärin antamiin hoitomääräyksiin sekä arvioimaan niiden hyötyä potilaan hyvinvoinnille. Sairaanhoidajan tulee lisäksi aina olla tietoinen siitä, keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä hoitavan lääkärin ollessa poissa. Hyvän hoidon turvaaminen on tärkeintä sairaanhoidajan työssä, joten joskus sairaanhoidajan täytyy konsultoida hoitavan lääkärin lisäksi myös muita lääkäreitä. (Benner 1989, 120–124.)

Organisatoriset ja työnrooliin liittyvät taidot

Viimeisen hoitotyön osa-alueen, organisatoriset ja työrooliin liittyvät taidot, sairaanhoitaja oppii työssä. Sairaanhoitaja pystyy organisoimaan, suunnittelemaan sekä koordinoimaan eri potilaiden tarpeita. Yhteistyö, vastuullisuus ja kollegiaalisuus ovat tärkeitä työntekijän ammatilliseen rooliin liittyviä taitoja kaikissa hoitoympäristöissä sekä hyvän hoidon turvaamisen että yhteishengen ylläpitämisen kannalta (Meretoja ym. 2007, 9, Benner 1989, 131). Ryhmätyön onnistumisen ja tuloksekkaan hoidon edellytyksenä on, että jokainen hoitoryhmään kuuluva kertoo omista näkemyksistään potilaan tilanteesta muille työryhmäläisille (Benner 1989, 131).

Organisatorisiin ja työrooliin liittyviin taitoihin kuuluvat myös henkilökuntapulan ja henkilöstön vaihtelevuuden hallinta. Bennerin mukaan ajoittainen henkilöstöpula edellyttää sairaanhoitajalta kykyä joustaa. Työmäärän ollessa liian suuri, osaa kokenut sairaanhoitaja ennakoida ja välttää tulevia lisätehtäviä ehkäistäkseen liiallisen kuormittumisen. Ajoittaisesta henkilöstöpulasta huolimatta on tärkeää, että hoitajat saavat tukea ja apua toisiltaan tarvittaessa. (Benner 132–138.) Joustavuutta perioperatiivisessa hoitotyössä edellyttävät myös sen päivystysluonteisuus ja jatkuva varautuminen hätätilanteisiin (Tengvall 2010, 8).

2.3 Anestesiahoitajan työ ja ammatilliset osaamisvaatimukset

Hoitotoimien tavoitteena on edistää potilaan terveydentilaa sekä lievittää kärsimyksiä (Tengvall 2010, 1). Koska leikkaushoidon tavoitteena on parantaa potilaan elämänlaa-

tua, voi leikkaus myös aiheuttaa potilaalle haittaa (Luusuaniemi 2010b). Tämän vuoksi perioperatiivinen hoitoajattelu korostaa potilaan turvallista ja kokonaisvaltaista hoitoa leikkauskomplikaatioiden vähentämiseksi. (Lukkari ym. 2010, 11; Luusuaniemi 2010b).

Perioperatiivista hoitotyötä ohjaavien eettisten periaatteiden mukaisesti potilasta kohdellaan tiedostavana, toimivana, vastuullisena ja valintoja tekevänä oman elämänsä subjektina, johon kohdistuvan eettisen hoitoajattelun perustana ovat ihmisarvo, yksityisyys ja itsemääräämisoikeus (Lukkari ym. 2010, 15). Sairaanhoitajan tulee työssään noudattaa hoitotyön eettisiä ohjeistuksia ja sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä sekä ihmisoikeuksia terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Sairaanhoitajan ammatillista toimintaa Suomessa ohjaavat myös terveystieteelliset linjaukset sekä voimassa oleva lainsäädäntö. Hoitotyönasiantuntijan ammattiosaaminen perustuu ajantasaiseen hoitotieteeseen. (Opetusministeriö 2006, 63–64.)

Leikkausosastolla tapahtuvassa hoitotyössä hoidon teknisten taitojen ohella korostuvat turvalliset ja laadukkaat potilaskeskeiset toimintatavat sekä potilaan hoitoprosessin sujuvuus eteneminen. Anestesiaosaston työntekijän työnkuvaan potilaan intraoperatiivisessa hoidossa kuuluvat anestesian valmistelutoimet, avustaminen anestesian aloituksessa ja lopetuksessa sekä anestesian aikainen potilaan tarkkailu ja hoito. (Tengvall 2010, 8–10.) Anestesiaosaston työntekijän tehtäviin kuuluvat myös anestesian kulun dokumentointi ja tiedottaminen sekä potilaan siirtoon liittyvien käytännön toimien toteutus (Poikajärvi 2011). Anestesiaosaston työssä keskeisenä periaatteena on, ettei potilasta jätetä koskaan ilman valvontaa ja potilaan voimissa tapahtuviin muutoksiin on osattava reagoida myös silloin, kun anestesiahoitaja ei ole paikalla (Lukkari ym. 2010, 307).

Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston anestesiahoitajat perehdytetään kaikkiin osaston erikoisalojen anestesiahoitotyöhön sekä heräämöhoitotyöhön. Osa anestesiaosaston työntekijästä perehdytetään lisäksi sydänleikkauksien perfuusiotyöhön, eli verenkierron ylläpitämiseen sydän-keuhkokoneella. Saliperehdytys osastolla kestää pääsääntöisesti kuusi viikkoa ja heräämöperehdytys neljä viikkoa ja noin vuoden kuluttua uuden työntekijän on mahdollista aloittaa päivystysvuoroissa työskentely. Perehdytysajassa otetaan kuitenkin huomioon perehdytettävän aikaisempi kokemus anestesiahoitotyöstä. Uuden työntekijän osaamista arvioidaan yhdessä työntekijän kanssa säännöllisesti ja myös työntekijän itsearviointi on osaamisen kehittymisen kannalta tärkeää. Tällä

hetkellä perehdyttämisen keinoina ohjaamisen ohella osastolla käytetään perehdyttämiskansiota, HUS:n intranetiä ja muuta näyttöön perustuvaa hoitotyön teorian tietoa, kuten kirjallisuutta. Oppimisen tukena uuden työntekijän on mahdollista pitää oppimispäiväkirjaa. (Karhu & Noukkala 2012, Poikajärvi 2012.)

Anestesiahoitajan tulee leikkausosastolla toteutettavassa hoitotyössä arvioida ja kerätä tietoa potilasasiakirjoista, sekä ymmärtää niiden merkitys suunnitellessaan potilaan hoitoa. Anestesiahoitaja osallistuu potilaan anestesiahoitosuunnitelman laadintaan yhdessä anestesiahoitajan kanssa. Potilaasta ja operatiivisesta saatava tieto on anestesiahoitajan tärkeää arvioida ja ymmärtää, jotta hän osaa toimia ennakoivasti ja huolehtia potilaasta kokonaisvaltaisesti perioperatiivisen hoidon aikana. Heräämöolosuhteissa anestesiahoitaja toteuttaa potilaan postoperatiivista hoitoa ja valvontaa itsenäisesti lääkäriltä saamiensa ohjeiden puitteissa. (Karhu & Poikajärvi 2011.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä keskeinen osa anestesiahoitajan työtä on vuorovaikutus potilaan kanssa. Leikkausosasto hoitoympäristönä saattaa aiheuttaa potilaalle turvattomuuden tai pelon tunteita, joita sairaanhoitaja voi käyttäytymisellään ja ammatillisella toiminnallaan ehkäistä. Anestesiahoitaja voi potilaan ensikohtamisesta lähtien edistää potilaan rentoutumista ja ehkäistä hätää esimerkiksi ystävällisyydellä, kuuntelemisella ja läsnäololla. Myös sujuva yhteistoiminta muun henkilökunnan kanssa ja rauhallisen ilmapiirin luominen hoitoympäristöön auttavat luottamussuhteen syntymiseen. Potilaiden tyytyväisyys hoitoonsa ja hoitavan henkilökunnan ammattitaitoon on riippuvaista heidän hoitohenkilökunnalta saamansa kohtelun luonteeseen ja vuorovaikutuksen laatuun. (Tengvall 2010, 7–8, 15.)

Käytännön hoitotyössä Meilahden sairaalassa anestesiahoitajan on hallittava tiedot käytettävistä lääkkeistä, nestehoidosta ja verivalmisteista, turvallisuus ja aseptiikka huomioon ottaen. Leikkausosastolla anestesiahoitajan osaamiseen kuuluu hallita eri anestesia-tyypit ja niiden vaikutukset elimistöön. Anestesiahoitaja arvioi potilaan kipua ja tuntee erilaiset kivunhoidossa käytettävät menetelmät. Lisäksi anestesiahoitaja tunnistaa, kirjaa ja raportoi asianmukaisesti potilaan hoitoprosessin aikaiset tapahtumat ja anestesia-työnsä liittävät haitta- ja riskitapahtumat. Anestesiahoitaja työskentelee työyksikön hoitotyön arvojen (turvallisuus, tasa-arvo, inti-

miteetti, koskemattomuus) mukaisesti sekä ylläpitää ja kehittää omaa ammatillista osaamista. (Karhu & Poikajärvi 2011.)

2.4 Anestesiahoitajan käsikirjan sisältöalueet

2.4.1 Lähtökohtia anestesiahoitajan käsikirjalle

HUS Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla oli käytännön hoitotyöstä nousseen tarpeen pohjalta käynnistetty projekti anestesiahoitajan käsikirjan tuottamiseen. Projektista osastolla vastasivat osastonhoitaja, hoitotyön opetushoitaja sekä apulaisosastonhoitaja. Käsikirjan tavoitteena oli auttaa hoitotyöntekijöitä ammatillisen osaamisensa vahvistamisessa ja kehittämisessä. Osana yhteistyökumppanimme projektia, tavoitteenamme oli kehittää työelämäyhteistyökumppanimme nykyisiä työhön perehdyttämiskäytäntöjä aiempaa yhdenmukaisemmiksi ja tarkoituksenmukaisemmiksi.

Opinnäytetyössä tarkoituksenamme oli suunnitella ja kirjoittaa Bennerin (1989) malliin pohjautuen anestesiahoitajan käsikirjaan auttamisen sekä diagnosoinnin ja tarkkailun tekstiosuudet. Hankkeessa työstimme käsikirjaa varten osuukien tekstisisällöt, tekstiosuukien ulkoasusta ja asetelusta käsikirjassa vastasivat työelämäyhteistyökumppanimme. Käsikirjan muista tekstiosuukista vastasivat työnsä vastualueiden mukaisesti osaston sairaanhoitajat sekä projektista vastaavat henkilöt. Osuukiemme tekstisisältöjen sekä niissä olevan tiedon ja luotettavuuden tarkastaminen suoritetaan opinnäytetyömme julkaisemisen jälkeen käsikirjan valmistumisvaiheessa yhteistyökumppanimme puolesta.

Käsikirjan tekstien tuli olla rakenteeltaan selkeitä ja kieliasultaan käytännönläheisiä. Koska käsikirjaa oli tarkoituksena käyttää uusien työntekijöiden perehtymisen tukena, tuli osuukiemme tekstien kieliasun olla hoitotyöntekijälle suunnattua sekä hänen perehtymistään ja työryhmään sopeutumistaan edistävää. Auttamisen osuukien tekstit ja luettelot mukailivat kieliasultaan osastolla aiemmin käytettyjä materiaaleja. Diagnosoinnin ja tarkkailun osuukien tuli olla selkeitä ja informatiivisia luettelonomaisia teksti-

kappaleita, jotta niissä eriteltävät asiat olisivat hoitotyöntekijän hyödynnettävissä mahdollisimman hyvin. (Poikajärvi 2011.)

Anestesiaosaston käsikirja mukailee anestesiaosaston nykyistä perehdytysohjelmaa. Käsikirjassa käydään tiivistetysti läpi yleiset asiat, joita ovat muun muassa työsuhteeseen ja työympäristöön liittyvät asiat, sekä aseptiikkaan, viestintään, työturvallisuuteen ja katastrofivalmiuteen liittyvät asiat. Lisäksi käsikirjassa eritellään Bennerin (1989) ammatillisen kehittymisen mallin mukaiset hoitamisen seitsemän osa-alueen osaston hoitotyöhön sovellettuna. Anestesiahoitotyöhön liittyen käsikirjassa esitellään eri potilasryhmien anestesiahoitotyön perusteet. Käsikirjassa ei perehdytä lääkehoitoon, sillä Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirillä on sitä varten saatavilla erilliset yhteiset ohjeet. Ideoita käsikirjan toteuttamista varten on saatu muun muassa HUS:n Lasten ja nuorten sairaalan teho-osastolla käytettävästä perehdytysoppaasta. (Karhu & Noukkala 2012.) Työskentelyn tukena käyttämämme käsikirjan sisällysluettelo oli alustava. Käsikirjan valmistumisvaiheessa sen sisällön jäsentely tarkistetaan ja tarvittaessa muokataan vastaamaan osaston tarpeita.

2.4.2 Auttaminen

Opinnäytetyömme hankkeessa toinen keskeisistä Bennerin (1989) mallin mukaisista osa-alueistamme on auttamisen osa-alue. Auttamisen osa-alue anestesiaosaston käsikirjassa koostuu kuudesta eri leikkaus- ja anestesiaosaston käytännön työhön liittyvästä piirteestä. Auttamisen piirteet, joihin hankkeessa keskitymme ovat hoidon periaatteet, kollegiaalisuus ja tiimityö, muuttuvat tilanteet ja joustavuus, muutoksiin sopeutuminen sekä moniammatillisuus. (Poikajärvi & Karhu 2011.)

Hoidon periaatteet

Perioperatiivisen hoidon periaatteiden keskeisimpänä auttamisen keinona jokaisessa hoidon vaiheessa on vuorovaikutus niin potilaan kuin hänen omaistensa kanssa (Lukkari ym. 2010, 18). Perioperatiivisessa hoitotyössä on huomioitava potilaan ja omaisten jakaminen ja tukeminen esimerkiksi hoidon etenemisestä tiedottamalla ja heidän ajan ta-

salla pitämisellä (Lukkari ym. 2010, 18). Sairaanhoidajan tehtävään kuuluvia potilaan auttamisen menetelmiä ovat muun muassa potilaan mukavuuden ja hyvinvoinnin lisääminen, vuorovaikutus, ohjaus ja opetus sekä potilaan selviytymistä ja normaaliuden tunnetta lisäävät toiminnot (Sandelin i.a). Hoitotyössä tulee pyrkiä siihen, että periooperatiivinen potilas tuntee itsensä kunnioitetuksi ja tervetulleeksi. Potilaan normaaliuden tunnetta tulee lisätä ja pelkoja ehkäistä muun muassa potilaan rohkaisemisella, lohduttamisella, rehellisyydellä ja myötäelämisen ilmaisuilla. (Lukkari ym. 2010, 16.)

Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla noudetaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimintastrategian (2012–2016) mukaisia periaatteita hoidon palveluiden tuottamisessa. HUS:n (2012, 11) hoidon palveluiden tuottamisen periaatteiden mukaan potilasta hoidetaan turvallisesti, yhdenvertaisesti ja tasa-arvoisesti voimassa olevien hoitokriteerien mukaan. Hoidon tulee olla korkealaatuista ja vaikuttavaa. Potilashoidon lähtökohtana on asiakaslähtöisyys. Tällöin potilasta tulee hoitaa yksilöllisesti ja vuorovaikutuksessa hänen kanssaan. Hoitotyössä on tärkeää, että potilasta tiedotetaan häntä koskevasta hoidosta ja hoitotoimenpiteistä riittävästi, sekä potilaalle annetaan mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. Potilasta kohdellaan kunnioitettavasti ja inhimillisesti. Tavoitteena on, että potilaalle jää myönteinen kokemus saamastaan hoidosta. Hoidossa huomioidaan myös potilaan omaisten tarpeet ja tuetaan heitä tarvittavissa määrin. Potilashoidon kannalta hyvän aseptiikan ja sairaalahygienian noudattaminen on oleellista. (HUS 2012, 11–15.)

Kollegiaalisuus ja tiimityö

Kollegiaalisuus tarkoittaa työtovereiden tukemista ja työssä esiintyvien ristiriitojen ratkaisemista hienovaraisesti. Kollegiaalisuus on hyväntahtoisuutta ja luottamista sekä suvaitsemista. Hyväntahtoisuus ja luottaminen tarkoittavat sitä, että työyhteisön jokainen jäsen saa muilta tukea työssään sitä tarvitessaan. Suvaitsevuuksi on erilaisten ja persoonallisten työtapojen salliminen sekä niiden kokeminen vahvuutena. Lisäksi suvaitsevuuksi on jokaisen työyhteisön jäsenen yksilöllisyyden ja autonomian arvostaminen. Kollegiaalisuutta on myös se, ettei työyhteisössä juoruilla ja ristiriitatilanteet pyritään selvittämään suoraan niihin liittyvien henkilöiden kanssa. (Haho 2011, 8–9, Louhiala & Launis 2009, 69.)

Tiimityö puolestaan on ryhmätyöskentelyä, jonka voidaan katsoa perustuvan kollegiaalisuuteen ja yhdessä oppimiseen. Tiimissä tehtävällä työllä on aina yhteinen tavoite, hoitotyössä tämä voi olla leikkauksen onnistuminen ja potilaan parantuminen. Tiimityössä tehokas viestintä ja yhteiset toimintatavat ovat edellytys tavoitteen saavuttamiselle. Perioperatiivisessa hoitotyössä tiimityö korostuu. Tiimin roolit ovat perioperatiivisessa hoidossa selkeästi määritelty ja tiimin yhteistoiminta onkin riippuvaista siitä, kuinka hyvin toiminta on organisoitu. (Laiho & Kuokkanen 2004, Louhiala & Launis 2009, 69.)

Kollegiaalisuus perustuu siihen, että tiettyä yhteisöä ohjaavat sellaiset oikeudet ja velvollisuudet, jotka viittaavat lakeihin ja ammattieettisiin ohjeisiin. Yhteisöä ohjaavia ohjeita ovat etenkin yhteisesti määritellyt pelisäännöt. Tavoitteen saavuttamisen lisäksi kollegiaalisuus vaikuttaa lisäksi asiakastyytyväisyyteen sekä työyhteisön hyvinvointiin. (Haho 2011, 8–9, Sarajärvi 2011, 52–53, Louhiala & Launis 2009, 69.)

Kollegiaalisuuteen ja tiimityöhön liittyvät läheisesti työyhteisön pelisäännöt. Pelisäännöt ovat usein epävirallisia ja kirjoittamattomia, yhdessä sovittuja toimintatapoja ja periaatteita. Pelisäännöt koskevat useimmiten avointa vuorovaikutusta työyhteisön jäsenten kesken ja eri näkökulmien huomioimista. (Furman ym. 2004, 7.) Pelisääntöjen tarkoituksena on selkeyttää sitä, minkälainen työkäyttäytyminen on sopivaa ja minkälainen ei (Työsuojeluhallinto 2010). Sovittujen pelisääntöjen tulisi olla työpaikalla kirjallisina saatavilla, jotta uuden työntekijän on mahdollisuus perehtyä niihin liittyessään työyhteisöön.

Hoitotyön tavoitteena on asiakkaan tai potilaan hyvinvointi, ja sen edellytyksenä on hoitohenkilökunnan välinen kollegiaalisuus ja tiimityö. Hoitotyössä työntekijä tekee työtään omalla persoonallaan ja sen vuoksi työyhteisön kollegiaalisuus on tärkeää. Mikäli työntekijä ei koe kollegiaalista tukea, saattaa työuupumus lisääntyä ja työhyvinvointi laskea. (Haho 2011 8–9, Sarajärvi 2011, 52–53.) Tiimityössä yhtäläillä olennaista on osata antaa apua sitä tarvitsevalle työtoverille, kuin tarvittaessa ottaa apua vastaan. Kollegiaalisuus ja tiimityö ovat myös edellytyksiä näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumiselle (Haho 2011, 9, Laiho & Kuokkanen 2004). Näyttöön perustuvassa hoitotyössä toimintaa perustellaan tieteellisellä näytöllä, asiantuntijan kokemukseen perustuvalla

tiedolla, potilaan kokemuksilla ja tiedolla sekä käytettävissä olevilla resursseilla. Siihen tarvitaan kollegiaalisuutta eli tiedon ja osaamisen jakamista. (Haho 2011, 9.) Tiimityön perusasioita puolestaan ovat yhdessä pohtiminen, tutkitun tiedon jakaminen sekä yhteistyötaidot (Laiho & Kuokkanen 2004).

Meilahden leikkaus- ja anestesiaosastolla kollegiaalisuuteen ja tiimityöhön on kiinnitetty paljon huomiota. Osastolla on yhteisesti määritelty pelisäännöt, jotka osaltaan edistävät kollegiaalisuuden toteutumista jokapäiväisessä työssä (Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto 2007). Erittelemme käsikirjassa tapoja ja ohjeita, joita noudattamalla yksittäisen työntekijän on mahdollista omalta osaltaan panostaa työyhteisön hyvinvointiin.

Muuttuvat tilanteet ja niissä joustavuus

Perioperatiivisen hoitotyön moniammatillisessa työyhteisössä olennaisia piirteitä työssä ovat jämäkyys ja joustavuus (Laiho & Kuokkanen 2004). Sujuva toiminta työyhteisössä edellyttää jäseniltään joustavuutta (Virtanen 2010, 41). Potilaan laadukkaan hoidon toteutumisen ja suunnitelluissa aikatauluissa pysymisen kannalta on tärkeää, että yhteistyö työryhmässä toimii, esimerkiksi tarkoituksetonta ammatillista hierarkiaa pyritään välttämään (Virtanen 2010, 41).

Kuten Benner (1989, 138) korostaa, voi ajoittainen henkilöstöpula edellyttää sairaanhoitajilta kykyä joustaa muuttuvissa työoloissa. Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla työskenteleviltä sairaanhoitajilta vaaditaan joustavuutta oman työn suhteen myös silloin, kun työpäivän ennakoitujen suunnitelmat ja aikataulut joudutaan organisoi-
maan uudelleen (Poikajärvi 2012). Sairaanhoitajan sijoitukset työtehtävissä tai leikkauksaleissa voivat muuttua äkillisesti esimerkiksi tulevan päivystysleikkauksen vuoksi. Leikkausosaston hoitotyö on vaihtelevaa ja sairaanhoitajan on tällaisella osastolla sopeuduttava siihen, että jokainen työpäivä on erilainen eikä yllättäviltä tilanteilta voi välttyä.

Joustavuutta työssä vaaditaan myös silloin, kun tilanteet potilashoidossa muuttuvat yllättävästi (Benner 1989, 108). Asiakaslähtöisen potilashoidon toteutumiseksi sairaan-

tajan on kyettävä tunnistamaan potilaiden ja hoitotilanteiden eroavaisuuksia sekä niiden pohjalta muuttamaan omia toimintatapojaan tilanteen niin vaatiessa. Esimerkkinä pe-
lokkaan potilaan hoidossa sairaanhoitajalta vaaditaan hoitotoimenpiteiden suorittami-
sessa enemmän pitkäjänteisyyttä kuin rauhallisen potilaan kanssa. Potilaan vointi pe-
rioperatiivisen hoidon aikana saattaa yllättäen romahtaa tai hoitotilanteet pitkittyä, jol-
loin sairaanhoitajan on ajoittain joustettava esimerkiksi omien taukojensa pitämisestä
tiettyyn kellonaikaan. Vaikka Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla työn-
tekijät voivat vaikuttaa työvuoroihinsa vapaa- ja lomatoivein, on työntekijöiden silti
oltava valmiina muutoksiin esimerkiksi työvuorotoiveissa ja vuosiloma-ajoissa (Poika-
järvi 2012).

Muutoksiin sopeutuminen

Hoitotyö on jatkuvasti muuttuva ja kehityksen kohteena oleva ammattiala. Kyky sopeu-
tua muutoksiin onkin nykyään enenevässä määrin osa ammatillisuutta (Tammi i.a, 6).
Muutokset väestön ikärakenteessa ja ympäristössä yhtä lailla kuin yhteiskunnan, lain-
säädännön, terveydenhuollon ja teknologian kehittyminen luovat hoitotyölle jatkuvia
haasteita turvallisen ja laadukkaan hoidon takaamisessa (Hietanen, Rajala & Rissanen
1996, 351, HUS 2012, 5–8). Koska hoidon perustana käytetään aina uusinta, tutkittua
tieteellistä tietoa, vaatii alati muuttuva hoitotyö myös henkilöstöltään kykyä sopeutua
muutoksiin. Perioperatiivisessa hoitotyössä hoitajien on jatkuvasti kehitettävä omaa
osaamistaan ja pidettävä yllä ammattitaitoaan. Hoitotyön muutokset voivat perioperatii-
visessa hoidossa ilmetä esimerkiksi hoitokäytäntöjen tai – ohjeiden muuttumisena ja
tekniikan kehittymisenä, jolloin hoitajilta vaaditaan usein pikaistakin sopeutumista uu-
siin työmenetelmiin.

Muutokset työssä voivat tapahtua joko suunnitellusti, esimerkiksi osana organisaation
toiminnan kehittämistä tai arkityössä huomaamatta, työn opettaessa tekijäänsä (Tammi
i.a, 7). Yhtenä keskeisimpänä haasteena hoitotyössä on hoitohenkilöstön vaihtuvuus
(Pitkäaho 2011, 43). Henkilömäärällisesti suurella Meilahden leikkaus- ja anestesia-
osastolla tämä vaikuttaa siihen, ettei työyhteisö pysy samanlaisena pitkään. Työntekijäl-
tä muutos vaatii kykyä sopeutua työtovereiden vaihtumiseen ja työskennellä erilaisten
ihmisten kanssa.

Sairaanhoidajan työhön voivat vaikuttaa myös muutokset organisaatiotasolla tai terveystalvelujärjestelmässä (Hietanen ym. 1996, 350). Sairaalaorganisaatioissa muutoksia tapahtuu niin hallinnollisesti kuin tuotettavien palveluidenkin suhteen (HUS 2012, 30). HUS:n (2012, 29) strategiassa mainittu Meilahden sairaala-alueen toimitilojen kehittäminen ja suunnitellut peruskorjaukset ja uudisrakennushankkeet vaativat työssä olevilta hoitajilta sopeutuvuutta niin väliaikaisiin kuin uusiin työtiloihin ja työoloissa näiden johdosta tapahtuviin muutoksiin. Vaikka muutosten syyt voivat vaihdella, pyritään niillä aina jollain tavoin kehittämään työn perustehtävää. Työntekijältä edellytetäänkin muutosten ja niiden pysyvyyden hyväksymistä sekä ammattitaidon sopeuttamista työn muuttuviin vaatimuksiin.

Moniammatillisuus ja eri kulttuurit

Leikkausosastolla toteutettavassa hoitotyössä toimii tiiviissä yhteistyössä moniammatillinen työtiimi. Moniammatillisen leikkaustiimin ammattitaitoisen yhteistyön edellytyksenä ovat sen jäsenten hyvät yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot. (Tengvall 2010, 12–13.) Parhaan mahdollisen intraoperatiivisen hoidon toteuttaminen edellyttää siis sujuvaa ja systemaattista moniammatillista yhteistyötä, jossa eri ammattiryhmien osaamisella päästään potilaalle parhaimpaan hoitoon (Luusuaniemi 2010a, Tengvall 2010, 5). Perioperatiivisen hoitotyön prosessissa korostuvat ammattihenkilöiden välinen yhteistyökyky, oman ammatillisuuden noudattaminen ja hoitotoimintojen jatkuva kehittäminen.

Leikkaussalissa tehtävää hoitotyötä ovat toteuttamassa leikkaavat lääkärit, anestesiaalääkärit, anestesiahoitajat, instrumentoivat hoitajat, salivalvojat, sekä vaihtelevasti myös muiden ammattikuntien henkilöt, kuten laitos- tai välinehuoltajat, joiden välillä sujuva tietojen vaihdanta on edellytys potilaan laadukkaaseen hoidon toteutumiseen ja turvallisen hoitoympäristön luomiseen (Luusuaniemi 2010a, Lukkari ym. 2010, 135). Potilaan leikkauksen ja siihen liittyvän anestesian toteuttaminen vaatii näin eri ammattiryhmiltä tehokasta ryhmätyöskentelytaitoa ja vahvaa yksilöllistä osaamista (Lukkari ym. 2010, 48-49).

Potilaan hoidossa mukana olevalta moniammatilliselta työryhmältä vaaditaan sujuvan ja tehokkaan hoidon turvaamiseksi muun muassa keskinäistä luottamusta ja kunnioitusta, hallittua vastuunjakoja, joustavuutta sekä hyviä yhteistyötaitoja (Maunu i.a). Leikkaussaliympäristön moniammatillisen työryhmän yhteistyössä on virheiden estämiseksi tärkeää kiinnittää huomiota ryhmän keskinäiseen viestintään ja kommunikaatiotaitoihin (Tengvall 2010, 13).

Työryhmän keskinäisessä viestinnässä on oleellista puhua selkeästi, kuuluvalla äänellä ja kohdistetusti oikealle henkilölle, esimerkiksi tarkistuslistan läpikäyminen suoritetaan tehokkaalla kommunikoinnilla niin, että väärinkäsitykset viestinnän suhteen minimoidaan. (Lukkari ym. 2010, 49.) Tehokasta yhteistyötä ehkäisevät puutteellinen tiedonkulkua yhtäläillä kuin tärkeän tiedon kertomatta jättäminen (Laiho & Kuokkanen 2004). Puutteellinen tiedonanto ja neuvonta saattavat hoitotyössä pahimmillaan johtaa virheiden aiheutumiseen (Tengvall 2010, 13). Myös viestinnän laatuun on kiinnitettävä huomiota. Ammatillinen viestintä on rehellistä ja palautteen anto rakentavaa. Leikkausryhmän jäsenet vastaavat omista työtehtävistään tehtävien jaon mukaisesti, jolloin on potilasturvallisuuden kannalta muun ryhmän tärkeää tietää mitä kukin osaa ja mihin ongelmiin etsitään ratkaisua yhdessä. Myös leikkausta johtava henkilö on selvitettävä jokaiselle ryhmän jäsenelle, jotta ongelma- tai hätätilanteessa työnjako sujuu mallikkaasti. (Lukkari ym. 2010, 48–49.)

Leikkaushoidon toiminnan kohteena ovat hoidettava potilas ja usein myös hänen omaisensa ja läheisensä. Jotta hoito olisi potilaslähtöistä ja yksilöllistä, on hoidon suunnittelussa huomioitava potilaan ja hänen omaistensa kulttuuriset ja hengelliset tarpeet. Tällaisia tarpeita voivat olla esimerkiksi potilaan uskonnollinen vakaumus, kulttuuriset tavat tai potilaan mielipiteen kunnioittaminen hoidossa (Holland & Hogg 2001, 77). Potilaan uskonnollinen vakaumus voi käytännön hoitotoimenpiteissä merkitä esimerkiksi verensiirrosta kieltäytymistä ja kulttuuriset käsitykset voivat ilmetä esimerkiksi erilaisina soveliaisuussääntöinä tai suhtautumisena häpeään, kipuun tai kuolemaan (Holland & Hogg 2001, 7–8, 47, 51).

Hoitotyössä monikulttuuriset vuorovaikutustaidot sekä kulttuuristen eroavaisuuksien huomiointi ja niihin vastaaminen ovat osa ammattitaitoa, jota tarvitaan hoitotyössä nykyään lisääntyvissä määrin (Koskinen 2010, 32–33, Rautava-Nurmi, Westergård, Hent-

tonen, Ojala & Vuorinen 2012, 33–34, 36). Hoitotoimien suunnittelussa tulee pitää potilasta tärkeimpänä informaation lähteenä kulttuurinsa ja uskontonsa suhteen (Oroza 2010, 280). Näin voidaan järjestää hoito niin, että hänen vakaumuksiaan kunnioitetaan ja hänen kanssaan yhdessä keskustellen sovitaan, miten hoito voidaan sairaalajakson aikana toteuttaa. Ammatillisuus potilaiden ja omaisten kanssa toimiessa tulee muistaa etenkin, kun potilas tai hänen läheisensä on hoitohenkilölle henkilökohtaisesti tuttu, esimerkiksi ystävä tai muu läheinen.

HUS on kaksikielinen sairaanhoitopiiri, joten potilaan oikeus hoitoon omalla äidinkiellään suomella tai ruotsilla on Meilahden sairaalassa annettavassa leikkaushoidossa huomioitava (HUS 2012). Potilaan kuulussa muuhun kieliryhmään tai kielitaidon ollessa heikko, voidaan esimerkiksi tulkkipalvelujen avulla tukea hänen kommunikaatioitaan hoitoon liittyvissä asioissa. (HUS 2012, 13, Rautava-Nurmi ym. 2012, 35). Koska omaiset ovat tärkeä osa potilaan terveyden edistämistä, huomioidaan hoidossa myös heidän tarpeensa tukemalla heidän voimavarojaan ja tiedottamalla heitä hoidon etenemisestä (HUS 2012, 14–15). Hoidosta on myös mahdollisuus antaa palautetta, joka käsitellään viipymättä ja jota käytetään hyödyksi toiminnan kehittämisessä (HUS 2012, 13).

2.4.3 Diagnosointi ja tarkkailu

Toinen osa-alueistamme hankkeessa on tarkkailun ja diagnosoinnin osa-alue, jossa keskitymme anestesiahoitajan potilastyössä olennaisiin tarkkailumenetelmiin sekä raportointiin ja kirjaamiseen. Bennerin (1989) mallin mukaiseen diagnosoinnin ja tarkkailun osa-alueeseen kuuluvat tarkkailumenetelmien ohella potilaan tilaan liittyvien muutosten dokumentointi ja niistä tiedottaminen. HUS Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla käytetään hoitotyössä pääosin sähköistä kirjausta, mutta osittain myös käsikirjausta. Diagnosoinnilla tarkoitetaan tässä yhteydessä hoitotyön keinoja potilaan voinnissa tapahtuvien muutosten tulkinnassa sekä muuttuvien tilanteiden havainnointia ja ennakkointia. Hoitotyössä potilasta tarkkaillaan ja voinnin muutoksia diagnosoidaan kliinisesti sekä erilaisin seurattavien parametrein anestesia- ja heräämöhoidon aikana.

Tarkkailumenetelmät

Sairaanhoitajan tulee osata havainnoida ja tulkita erilaisista hoitolaitteista saatuja tietoja ja toimia tarkoituksenmukaisesti näiden tietojen pohjalta (SASH 2006). Anestesiahoitaja tarkkailee nukutetun potilaan vointia kokonaisuutena. Tarkkailun tavoitteena on olla jatkuvasti ajan tasalla potilaan voinnista, reagoida muutoksiin välittömästi ja pitää näin potilaan elintoiminnot vakaina (Groah 1996, 230). Potilasta tarkkaillaan niin monitorien kautta kuin kliinisesti katsomalla, koskettamalla, kuuntelemalla, keskustelemalla. Sairaanhoitajan suorittamat tarkkailut edellyttävät anestesiologilta leikkauksen aikaisten yksilöllisten tavoitearvojen, kuten verenpainearvojen, pulssin tai vuotomääräen, selvittämistä. (Sjögren 2007.)

Potilaasta tarkkaillaan ja hoidetaan anestesian aikana happeutumista (kaasujenvaihto) ja ventilaatiota (hengitystyö), verenkiertoa, sedaation syvyyttä, nesteystystä, lihasrelaksaatiota, aivokudoksen happeutumista, lämpötilaa, kipua sekä virtsaneritystä (Vainionpää & Hotakainen 2002, 69, Lukkari ym. 2010, 304). Ventilaatiossa ja verenkierrossa keskeisiä ovat potilaasta kliinisesti ja monitoroimalla seurattavat asiat (Mos 21 2012). Happeutumisesta ja ventilaatiosta tarkkailtavia suureita ovat muun muassa hengitystilavuudet sekä sisään- ja uloshengitetyt happi- ja hiilidioksidipitoisuudet (O_2 ja CO_2). Tarkkailtavia suureita verenkierrossa puolestaan ovat muun muassa verenpaineet, EKG ja pulssi. (Salmenperä & Yli-Hankala 1999, 303–305, 309–314.) Kliinisesti potilaasta tarkkaillaan muun muassa hengitysmekaniikkaa, ihon väriä, lämpöä ja turvotuksia.

Potilaan hemodynamiikan, eli verenkiertojärjestelmän toiminnan, seurannan avulla voidaan myös arvioida potilaan anestesian, nukutuksen, syvyyttä ja riittävyttä (Sjögren 2007). Anestesiatiilan tarkkailu koostuu potilaan tajuisuuden, kivuttomuuden ja lihasrelaksaation arvioinnista (Yli-Hankala & Jäntti 2006, 721, Musialowicz 2013, 4). Anestesian ajan tarkkaillaan käytettävien anestesiakaasujen (yhteistyöosastollamme käytettävissä sevofluraani ja desfluraani) ja typpioksiduulin sisään- ja uloshengityspitoisuuksia sekä arvioidaan potilaan aivosähkötoimintaa erityisin entropia- tai BIS-monitoroinnein (Wennervirta 2007, Yli-Hankala & Jäntti 2006, 724–726, Musialowicz 2013, 7–8). Lihasrelaksaatiota, potilaan liikkumattomuutta, arvioidaan tarkkailemalla sähköisen stimulaation lihasvastetta kliinisesti tunnustelemalla ja katsomalla sekä monitoroimalla ärsykettä seuraavia lihassupistuksia hermostimulaatiomittarilla (Sipola 2010, Yli-

Hankala & Jäntti 2006, 721,). Myös potilaan nestetasapainoa, vuotoa ja muita muutoksia hemodynaamikassa tarkkaillaan niin kliinisesti kuin monitoroimalla.

Intraoperatiivisen kivunhoidon riittävyttä ja kipulääkityksen mahdollisia sivuvaikutuksia tarkkaillaan potilaan saamasta esilääkityksestä lähtien. Muita potilaasta tarkkailtavia asioita ovat lämpötasapaino, muu lääkitys ja sen aiheuttamat sivuvaikutukset, potilaalle asetettujen kanyylien ja katetrien toiminta, sekä kliinisesti nähtävät tajuisuuden reaktiot, kuten kynelehtiminen. (Sjögren 2007.) Postoperatiivisessa hoidossa tarkkailtavat suureet ovat pääosin yhtäläiset intraoperatiivisessa hoidossa tarkkailtavien suureiden kanssa. Leikkauksen jälkeisessä hoidossa tarkkaillaan lisäksi tajuntaa, psyykkistä vointia, kipua, pahoinvointia sekä leikkausalueita (Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto i.a).

Raportointi

Raportoinnin, eli suullisen ja kirjallisen tiedottamisen, tarkoituksena on varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus hoitohenkilökunnan vaihtuessa ja hoitovastuun siirtyessä toisaalle (Tapanainen & Komi 2009, 9, Lukkari ym. 2010, 18). Raportointi perustuu virallisiin potilasasiakirjoihin hyödyntäen niihin kirjattuja tietoja (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Suullinen ja kirjallinen tiedottaminen täydentävät toinen toisiaan. Sairaanhoitajien keskinäisten ja hoitoyksiköiden välisten tiedottamismenetelmien ja –käytäntöjen on tärkeää olla yhtenäisiä, jotta potilaan hoidon jatkuvuus voidaan turvata. (Moore 2012, 6.)

Suulliseen raportointitilanteeseen voi vointinsa salliessa osallistua myös potilas. Potilas voi raportointitilanteessa tuoda esille oman kokemuksensa senhetkisestä voinnistaan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.) Tiedottamisen on oltava potilaskeskeistä, potilas ei saa kokea olevansa raportointitilanteessa ulkopuolinen. (Lukkari ym. 2010, 124.) Potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen, on siirtymisestä ja hoitovastuun vaihtumisesta aina tiedotettava myös potilaalle itselleen sekä hänen omaisilleen tai yhteyshenkilöilleen (Moore 2012, 6).

Perioperatiivisessa hoitotyössä annetaan suullista ja kirjallista raporttia potilaasta aina, kun potilas siirtyy hoitopolulla eteenpäin. Potilaan siirtyessä leikkaus- ja anestesiaosastolle antaa hänet tuonut hoitaja raportin anestesiahoitajalle. Toimenpiteen päätyttyä potilas siirtyy heräämöhön tai valvontayksikköön. Postoperatiivisessa hoitoyksikössä anestesiahoitaja antaa raportin heräämön tai valvontayksikön sairaanhoitajalle. Potilaan siirtyessä heräämöstä jatkohoitoon, antaa hoitava sairaanhoitaja raportin potilaan vastaanottavalle hoitajalle. (Poikajärvi 2012, Lukkari ym. 2010, 124.)

Raportoinnissa keskeinen hoitotietojen lähde on potilaskertomus (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Suullisessa raportissa potilaan vointi ja hoitoon oleellisesti liittyvät asiat kerrotaan loogisesti ja selkeästi (Komi & Tapanainen 2009, 11). Suullinen tiedottaminen kattaa potilaan voinnin arvioinnin ja hoitoon liittyvät tärkeimmät tiedot. Suullisesti selvitetään myös potilaan esitiedot, hoitosuunnitelma sekä hoitotyön määräykset. (Hartikainen 2008, 48–49.)

Hyvässä sairaanhoitajien välisessä raportointitilanteessa raportin saajalla on mahdollisuus kysyä ja tarkentaa saamiensa tietoja potilaasta tai potilaan hoidosta (Moore 2012, 6). Hoitotyön tiedottamistilanteissa annetuista tiedoista tiedon vastaanottajan on myös mahdollista tehdä muistiinpanoja. Muistiinpanot voivat auttaa sairaanhoitajaa hahmottamaan potilaan hoidon kokonaisuutta ja sen oleellisia asioita paremmin. Tutkimuksen mukaan saamansa raportin pohjalta kirjoitetut muistiinpanot voivat lisäksi auttaa sairaanhoitajia kattavan raportin antamisessa hoitoketjussa seuraavalle potilasta hoitavalle hoitajalle. Muistiinpanojen kirjoittamisessa oleellista on kuitenkin pitää huoli potilaan tietosuojasta ja muistiinpanojen asianmukaisesta hävittämisestä. (Hardey, Payne & Coleman 2000, 208–9, 211–213.)

Hoitotietojen vaihtamisen lisäksi suulliset raportointitilanteet mahdollistavat hoitohenkilökunnan toisiltaan oppimisen ja vertaistuen. Raportointitilanteissa sairaanhoitajat voivat käsitellä työhönsä liittyviä haastavia tai vaikeita tilanteita. Suulliset raportointitilanteet mahdollistavat myös työyksikön ryhmähengen rakentumisen ja sen jäsenten välisen ihmissuhteiden kehittämisen. (Komi & Tapanainen 2009, 11.)

Potilaan siirtyessä leikkaussalista heräämöhön tai valvontayksikköön, tulee hänestä tiedottaa henkilötiedot sekä hoidetun vaivan diagnoosi ja tehty toimenpide. Lisäksi suulli-

sesti raportoidaan potilaan perussairaudet ja allergiat sekä niiden lääkehoito, mikäli se oleellisesti vaikuttaa potilaan hoitoon. (Lukkari ym. 2010, 125.) Myös hoidon kannalta tärkeät tutkimusarvot raportoidaan. Lisäksi hoitavalle sairaanhoitajalle tulee selvittää potilaan omaisten tai yhteys henkilöiden tiedot yhteydenpitoa varten. Hoitovastuun siirtyessä on raportointitilanteessa mainittava myös mahdollisesta tietojen luovuttamiskielosta. Hoitavalla sairaanhoitajalla on hyvä olla tieto siitä, onko lääkäri keskustellut potilaan tai omaisten kanssa sekä siitä, ovatko omaiset päässeet puhumaan potilaan kanssa. (Poikajärvi 2012).

Raportointitilanteessa tiedotetaan pääpiirteet potilaan anestesiasta, eli kerrotaan anestesiamuoto, anestesiassa käytetyt lääkkeet ja annettujen lääkemäärien vaikutus potilaan senhetkiseen vointiin. Suullisessa raportissa käydään läpi myös nesteytys, potilaan anestesian aikainen vointi sekä vuodon määrä ja annetut korvaukset. Leikkaushaavan sijainti, mahdolliset dreenit, haavataitokset, vuodot ja leikkaushaavan tarkkailuvaatimukset raportoidaan myös. Suullisen raportoinnin tulee lisäksi sisältää kirurgin antamat määräykset asento-, antibiootti- ja antikoagulaatiohoidosta sekä muut mahdolliset jatkomääräykset. Myös anestesiologin antamat määräykset nesteytyksestä, kipulääkityksestä ja tutkimuksista tulee kertoa suullisessa raportissa. Potilaan senhetkinen vointi ja toipumisvaihe anestesiasta, sekä mahdolliset komplikaatiot hoitoineen tulee käydä ilmi suullisessa raportoinnissa. (Lukkari ym. 2010, 125, Poikajärvi 2012.)

Potilaan siirtyessä heräämöhoidosta vuodeosastolle tai jatkohoitoon, tulee hänestä annettavan suullisen raportin sisältää henkilötiedot, tiedot hoidetusta vaivasta eli diagnoosi ja toimenpide, hoitoon vaikuttavat perussairaudet ja niiden lääkehoito sekä potilaan allergiat. Kuten heräämöhön tai valvontayksikköönkin annetussa raportissa, tulee jatkohoitoreportissa selvittää potilaan omaisten tai yhteys henkilöiden tiedot. Lisäksi suullisesti tulee raportoida leikkauksen kulku ja hoitoon vaikuttavat tutkimusarvot. Potilaan vointi heräämössä ja siellä tehdyt toimenpiteet raportoidaan, kuten myös haavan sijainti ja hoito. Raportissa kerrotaan lisäksi mahdollisista dreeneistä, nesteytyksestä, erityksestä sekä potilaan psyykkisestä voinnista, pahoinvoinnista ja virtsauksesta. Anestesiologin ja kirurgin jatkohoitomääräykset tiedotetaan. Potilaan saama kipulääkitys sekä arvio kivun senhetkisestä voimakkuudesta ilmoitetaan. Suullisessa raportissa käydään läpi lisäksi potilaan subjektiivinen arvio omasta voinnista ja potilaan mahdolliset toivomukset hoidon suhteen. (Lukkari ym. 2010, 125, Poikajärvi 2012.)

Kirjaaminen

Meilahden leikkaus- ja anestesiaosastolla hoitotyön dokumentoinnissa käytetään sähköisiä tietojärjestelmiä. Pääsääntöisesti anestesiaan liittyvät asiat kirjataan anestesia-tietojärjestelmään, mutta mikäli sähköiset järjestelmät eivät poikkeuksellisesti ole käytössä, siirrytään manuaaliseen kirjaamiseen paperisille lomakkeille. Paperisia lomakkeita käytetään myös anestesiahoitajien osaston ulkopuolella tapahtuvien työtehtävien dokumentointiin sekä elvytyksen aikaisten tapahtumien dokumentointiin. Vaikka sähköiset järjestelmät ovat osastolla käytössä, on tiedonsiirtymisen varmistamiseksi paperisina lomakkeina myös potilaan lääkitystiedot, anestesiakaavake (sisältäen esitiedot) ja leikkaussuunnitelma. (Poikajärvi 2012.)

Hoidon ja hoitotoimenpiteiden kirjaaminen tukevat potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Kirjaaminen ja dokumentointi edistävät seuranta potilaan hoidon suunnittelusta ja toteuttamisesta. Hoitotyössä virallisesti dokumentoidut asiat ovat todiste potilaan hoitoa koskevista päätöksistä. Kirjaamiset kertovat sen, miten ja milloin hoito on toteutettu, kuka päätökset on tehnyt sekä miten hoito on perusteltu. (Valvira 2013.) Tiedon huolellinen dokumentointi on lisäksi tärkeää potilaan oikeusturvan takaamiseksi (Tengvall 2010, 14). Viralliset dokumentit ja potilasasiakirjat toteutuneesta hoidosta takaavat myös hoitohenkilöstön oikeusturvan (Tengvall 2010, 14). Hoitohenkilöstön oikeusturva voidaan varmistaa dokumenteista muun muassa vaaratilanteen sattuessa tai silloin, kun potilaan hoitoa joudutaan selvittämään (Valvira 2013).

Potilasasiakirjoihin voivat kirjata nimellään varustetulla merkinnällä ne ammattihenkilöt, jotka ovat osallistuneet potilaan hoitoon ja ohjaukseen (Valvira 2013). Laadullisia kriteereitä kirjaamiselle ovat huolellisuus, loogisuus, selkeys ja ymmärrettävyys (Laaksonen, Kääriäinen, Penttilä, Tapola-Haapala, Sahala, Kärki & Jäppinen 2011, 51–52). Kirjauksista tulee käydä selkeästi ilmi hoidon suunnittelu, sisältäen potilaan hoidolliset ongelmat, hoitotyön järjestäminen ja toteutus sekä hoidossa saavutetut tulokset ja niiden seuranta (Valvira 2013). Kirjausten tulee olla potilasta kunnioittavia, jotta kirjaukset voidaan antaa potilaan nähtäväksi hänen pyytäessään. (Lukkari ym. 2010, 105.)

Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskien on olemassa lakeja sekä sosiaali- ja terveysministerin laatimia määräyksiä, jotka asettavat tiettyjä velvollisuuksia hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunnan tulee lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) mukaan kirjata potilasasiakirjoihin kaikki tarpeelliset tiedot koskien potilaan hoitoa ja hoitohistoriaa. Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559), henkilötietolaissa (1999/523) ja muissa lakisäätteisissä määräyksissä määritellään potilaan oikeus terveydentilaansa koskeviin tietoihin ja velvollisuudet potilasdokumenttien salassapitoon ja suojaukseen. Lisäksi on olemassa lakeja, jotka koskevat potilastietojen käyttöä, luovuttamista ja rekisteröintiä. Sähköisen viestinnän tietosuojalaki (2004/516) liittyy sähköiseen kirjaamiseen ja tiedonsiirtoon ja se takaa luottamuksellisuuden ja yksityisyyden suojan.

Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen tarkoituksena on potilaan hoidon aikaisten tapahtumien kokonaisvaltainen dokumentointi sähköisesti tai käsin. Sairaanhoitaja kirjaa potilaan intraoperatiivisen voinnin joko hoitotyönlomakkeelle tai sähköisesti (Tengvall 2010, 14). Anestesiahoitaja kirjaa anestesiaalomakkeelle potilaan anestesian aikaisen voinnin ja tapahtuneet asiat. Anestesiologin tehtäviin puolestaan kuuluu kirjata potilaalle määrätyt lääkkeet ja tutkimukset, postoperatiiviset nesteet ja kipulääkkeet sekä mahdolliset kommentit leikkauksen aikana esiintyneistä poikkeavista tapahtumista. (Lukkari ym. 2010, 105.)

Potilasasiakirjat ovat juridisia dokumentteja, jonka vuoksi niiden täyttämässä tulee olla huolellinen. Kirjattaessa paperisille lomakkeille kirjoitustila on usein tiivis. Kirjauksen tulee siis olla selkeitä, ymmärrettäviä ja niissä on käytettävä vain hyväksytyjä lyhenteitä ja käsitteitä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298). Mikäli dokumenttiin kirjataan virheellinen merkintä, sen päälle tulee tehdä korjaava kirjaus niin, että alkuperäinen ja korjattu merkintä näkyvät (Valvira 2013). Asiakirjoja tulee myös säilyttää ja käsitellä huolellisesti (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298). Kirjauksen on myös tärkeää olla taloudellista, eli vain potilaan hoidon kannalta tärkeät ja oleelliset asiat kirjataan. Kirjauksista tulee lisäksi käydä ilmi hoitotyön päätökset ja kirjaamisen tulee olla arvioivaa. (Lukkari ym. 2010, 109.)

3 HANKKEEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

3.1 Hankkeen lähtökohdat ja tiedonhaku

Hankkeemme oli osa Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston projektia, jonka tarkoituksena oli tuottaa hoitotyöntekijöille perehdytyksen tueksi ja työn apuvälineeksi anestesiaosastonhoitajan käsikirja. Tarkoituksenamme oli eritellä teorian tietoa, jonka pohjalta suunnitella ja kirjoittaa Bennerin (1989) ammatillisen kehittymisen malliin pohjautuvaan käsikirjaan auttamisen sekä diagnosoinnin ja tarkkailun osa-alueet. Tavoitteenamme oli olla osallisena kehittämässä työelämäyhteistyökumppanimme nykyisiä työhön perehdyttämiskäytäntöjä aiempaa yhdenmukaisemmiksi ja tarkoituksenmukaisemmiksi. Ensisijaiset yhteyshenkilömme hankkeessa olivat opinnäytetyönohjaajamme sekä työelämäyhteistyökumppaneistamme hoitotyön opetushoitaja.

Hankkeemme toteutusta varten perehdyimme aiheemme teoriapohjaan ja teimme yhteistyötä työelämäyhteistyökumppanien kanssa. Vierailimme osastolla ja tutustuimme sen toimintaan havainnoimalla anestesiaosastonhoitajien työtä. Perehtymällä hankkeen aiheeseen liittyvään teorian tietoon loimme työllemme laajan tietoperustan. Laajan teoriaperustan luominen prosessimme alussa auttoi meitä sisäistämään opinnäytetyömme aiheen hyvin ja käytännön hankkeen työstämisen aloittaminen oli näin sujuvampaa. Toisena tiedonhaun keinona käytimme havainnointia, koska havainnoimalla on mahdollista saada tietoa esimerkiksi siitä, mitä osaston luonnollisessa työskentely-ympäristössä tapahtuu (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 103). Havainnointia suoritimme yhteistyöosastollamme kahdesti, hankeprosessin alussa ja ennen hankkeen käytännön toteuttamisen aloitusta.

Tiedonhaussa käytimme näyttöön perustuvaa tietoa, sillä oman asiantuntijuutensa lisäksi hoitohenkilökunnalta edellytetään hoitotyön onnistuneessa päätöksenteossa myös tutkitun tiedon käyttöä (Perälä ym. 2008, 11). Tiedonkeruumenetelmämme osastolla olivat havainnointi sekä yhteistyötapaamiset työelämäedustajien kanssa. Tiedonkeruussa käytimme hyödyksi niin tutkimustietoa, kuin kokemuksellista tietoa. Hankkeemme edistymistä seurasivat ja refleктоivat niin työelämän edustajat kuin opinnäytetyömme ohjaajat.

3.2 Yhteistyö työelämän kanssa

Kehittämishankkeen työstämisen vaiheisiin kuuluvat ideointi ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistysvaihe, toteutusvaihe, päättämisenvaihe, arviointivaihe sekä käyttöönotto- ja seurantavaihe (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 58). Hankkeemme suunnitteluvaiheessa kesäkuusta 2011 lähtien tutustuimme laajasti aiheeseen liittyvään teoriatietoon. Teimme työelämäyhteistyökumppanimme kanssa opinnäytetyöstämme yhteistyösopimuksen kesäkuussa 2011. Hankkeemme käynnistysvaiheessa syksyllä 2011 aloitimme konkreettisesti opinnäytetyömme raportin työstämisen sekä kävimme tutustumassa osastoon ja osastolla hankkeesta vastaaviin yhteistyötahoihimme ensi kertaa tammikuussa 2012. Kyseisessä tapaamisessa keskustelimme opinnäytetyöhömmme liittyvistä käytännön asioista, kuten käsikirjan sisällöstä ja työskentelyaikataulusta.

Kehittämishankkeen toteutusvaiheen alussa haimme työllemme tutkimuslupaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä huhtikuussa 2012. Tutkimusluvan saatuaamme, työstimme opinnäytteen kirjallista raporttiamme niin tutustumalla anestesiaosaston käytännön työhön kuin perehtymällä hankkeen teoriapohjaan. Prosessin alkuvaiheessa tapasimme myös ohjaavia opettajiamme. Tapaamiset koskivat raportin ja hankkeen suunnittelua ja toteutuksen aloittamista. Tapaamisten ja prosessin alkuvaiheen opiskelijaseminaarien vertaispalautteen avulla saimme hyödyllisiä näkökulmia ja ideoita raporttimme kirjoittamista varten.

Toteutusvaiheen aikana vierailimme osastolla tutustumassa anestesiaosaston työhön kesäkuussa 2012. Käytännön työhön tutustumalla saimme konkreettista näkökulmaa ja tietoa kirjoittamisen kohteena olevista aihealueistamme. Ennen konkreettista käsikirjan osuuksien työstämistä alkaen loppukesästä 2012, perehdyimme laajasti aiheeseen liittyvään teoriatietoon. Koska konkreettinen perehtyminen sairaanhoitajan työhön leikkausta seuraamalla oli kehittämishankkeemme toteuttamisen kannalta hyödyllistä, uusimme vierailumme osastolla syyskuussa 2012. Aikataulullisista syistä tällöin vain toinen meistä opinnäytetyön tekijöistä oli osastolla havainnoimassa sairaanhoitajan työtä.

Toteutusvaihetta havainnoinnin jälkeen jatkoimme tutustumalla HUS Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolla käytettyihin perehdytysmateriaaleihin sekä HUS-

organisaation sisäisen verkkosivuston aiheeseen liittyviin tietoihin osastolla lokakuussa 2012. Samassa tapaamisessa työelämäyhteistyökumppaniemme kanssa keskustelimme käsikirjan toteuttamisen aikataulusta niin heidän kannaltaan kuin osuuksemme kannalta.

Koottuamme yhteen runsaasti materiaalia käytännön hankettamme, käsikirjan osuuksia varten, aloitimme osuuksemme työstämisen loppusyksystä 2012. Aluksi hahmottelimme osuuksillemme aiheisältöjä ja jäsentelimme mielestämme sairaanhoitajan käytännön työn kannalta tärkeimmät aihealueet otsikoittain. Tärkeimpien aiheisältöjen valintaan saimme hyödyllisiä vinkkejä yhteistyökumppaneiltamme ja osastolla aiemmin käytetyistä perehdytysmateriaaleista.

Aiheisältöjen muokkaantuessa keskityimme uudelleen tiedonhankintaan osuuksien työstämistä varten, jotta käsikirjan osuuksien sisältö olisi uusinta tutkittua tietoa. Kerättyämme tarpeeksi materiaalia osuuksien työstämistä varten, luonnostelimme ensin muutamia versioita osuuksista. Alustavia versioita työstäessä pohdimme etenkin tekstien jäsentelyä kappaleiksi ja luetteloiksi. Aiheisältöjen luonnostelu vei aikaa, sillä tekstien sisältö eri osa-alueissamme vaihteli faktatiedosta (diagnosoitavat suureet) lähes puhekielisiin ohjeisiin (osaston kollegiaalisuutta edistävät pelisäännöt), emmekä voineet eri osa-alueissa käyttää samanlaista kappalejäsentelyä.

Päädyimme jäsentämään tarkkailtavat suureet taulukko- ja luettelomuotoon, jotta niissä oleva yksityiskohtainen tieto olisi selkeästi esitetty ja työntekijöiden helposti saatavilla. Luettelomuotoon jäsensimme myös muissa osuuksissa olevia käytännön ohjeita ja neuvoja, kuten osaston pelisäännöt. Osuuksemme faktatiedon kokosimme kunkin osa-alueen alkuun tiiviiksi kappaleeksi, niin sanotuksi johdannoksi. Osuuksien loppuun liitimme yhteyshenkilöittemme pyynnöstä muutamia aiheisiin liittyviä lähteitä, joista etsimällä käsikirjan lukija halutessaan saisi aiheesta lisätietoa. Sisältöjen saadessa lopulliset muotonsa annoimme alustavat versiot osuuksista osaston yhteyshenkilöittemme luettavaksi saadaksemme käsityksen siitä, olivatko tekstit ja niihin valitsemamme aihealueet osaston toiminnan kannalta oleellisia.

Luettuaan alustavat osuutemme, yhteistyökumppanimme lähettivät meille palautekommentteja ja muokausehdotuksia sähköpostitse. Muokausehdotukset koskivat tekstien

kieliopillista hiomista, kuten lauserakenteiden ja sanamuotojen korjaamista. Saamamme palautteen pohjalta teimme teksteihin vaadittavat muutokset. Tässä prosessin vaiheessa osuutemme olivat jo lähes lopulliseen muotoonsa viimeistelyjä, joten lähetimme tekstimme palautelomakkeen kera osaston yhteyshenkilöillemme sekä muutamalle sairaanhoitajalle arvioitavaksi. Palautelomakkeilla saimme arvioinnin hankkeesta sekä muutamia täydennysehdotuksia tekstien lopulliseen muotoon viimeistelyä varten. Ehdotukset liittyivät osaston hoitotyön toimintaan. Täydensimme tekstejä saamamme palautteen pohjalta tarkentamalla osuuksissa olevaa teoriatietoa osaston toiminnan mukaiseksi. Huomioitavaa hankkeen toteutuksessa oli, että lopullisesta käsikirjan ulkomuodosta ja tekstin asettelusta vastasivat yhteistyökumppanimme.

Tässä opinnäytetyön prosessin vaiheessa tarpeeseemme tuli ohjaavien opettajien konsultointi työmme etenemisestä ja heidän tapaamisensa ohjauskeskustelun puitteissa. Lähetimme ohjaaville opettajillemme sähköpostitse version opinnäytetyön raportista, josta saimme palautetta ja muokkausehdotuksia sähköpostitse takaisin. Yhteinen tapaaminen ohjaavien opettajien kanssa oli opinnäyteprosessimme kannalta hyödyllinen, sillä tapaamisessa tarkastelimme raporttimme sisältöä, kieliäsuä sekä jäsentelyä, jotka koimme tässä prosessin vaiheessa etenemistämme hidastaviksi tekijöiksi. Tapaamisen jälkeen selkeytimme saamamme palautteen ja yhdessä pohtimiemme muutosehdotusten pohjalta raporttimme jäsentelyä sekä viimeistelimme raporttimme keskeneräiset tekstiosiot ennen opinnäytteen lopullista esitarkastukseen jättöä.

Opinnäytetyömme päättämisvaiheessa työn esitarkastus oli tammikuussa 2013 ja lopullisen työn jättö helmikuussa 2013. Hankkeen pitkäkestoisen työstämisen aikana saimme säännöllisesti palautetta sekä kehittämisehdotuksia koskien keskeneräistä kirjallista tuotosta ja hanketta niin opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta kuin työelämän yhteistyökumppaneilta.

3.3 Hankkeen arviointi

Hankkeen arviointivaiheessa pyysimme kirjallisesta tuotoksesta kirjallista palautetta työelämäyhteistyökumppaneiltamme. Koska osastotuntia emme suunnitelman muutosten vuoksi voineet osuuskistamme pitää, pyysimme osastolta kirjallisena palautetta voi-

daksemme arvioida hankkeemme hyötyjä. Saimme kirjallista palautetta osastolta käsikirjan tekijöiltä sekä kahdelta osaston sairaanhoitajalta, joista toinen oli opiskelijavastaaava.

Palautetta pyysimme kirjallisella lomakkeella. Palautteen avulla arvioimme hankkeestamme saatavaa käytännön hyötyä sekä asettamiemme tavoitteiden saavuttamista. Palautelomakkeen laadimme opinnäytetyömme tavoitteisiin perustuen ja siinä pyysimme palautetta osuuksiemme tekstisisällön selkeydestä ja ymmärrettävyydestä sekä siitä, sisälsivätkö osuudet osaston toiminnan kannalta oleellisia asioita. Pyysimme palautetta myös siitä, oliko teksti sisällöltään kattavaa ja mitä asioita olisi osuuksissamme voinut käsitellä vielä yksityiskohtaisemmin tai tarkemmin. Palautelomakkeella kysyimme vielä, kokevatko he käsikirjan tuotoksemme olevan osastolle hyödyllinen ja käyttökelpoinen. Palautelomakkeen loppuun jätimme tilaa muun mieleen tulevan palautteen kirjoittamiselle.

Teimme hanketta tiiviissä yhteistyössä työelämäyhteistyökumppanien kanssa pyytämällä heiltä arviointia ja palautetta jo työmme alustavista versioista. Lopulliset palautelomakkeella arvioitavat tekstit olivat tällöin jo kertaalleen muokattuja ja täydennettyjä. Saamamme palaute oli positiivista. Palautteen mukaan tekstimme olivat ulkoasultaan ja sisällöltään onnistuneita. Asiasisällöt teksteissä olivat kattavia ja ne sisälsivät osaston hoitotyön toiminnan kannalta oleellisia asioita. Palautteissa korostettiin myös hankkeemme hyödyllisyyttä osaston toiminnan kannalta. Vastajat kokivat, että hankkeessa tuottamamme tekstit ovat osastolle hyödyllisiä ja käyttökelpoisia. Palautteessa tähdennettiin, että tuottamiemme tekstejä voidaan käsikirjassa käyttää. Vastajat toivat palautteessaan ilmi, että olimme hyvin perehtyneet leikkaus- ja anestesiatyöhön sekä saaneet anestesiahoitotyössä olennaiset käytännön asiat kattavasti koottua yhteen.

3.4 Aikataulut ja riskit

Opinnäytetyöhömmme liittyviä riskejä olivat aikataulujen yhteensovittamisen ongelmallisuus ja aikatauluihin liittyvät muutokset sekä työprosessimme alussa tutkimusluvan saannin viivästyminen. Myös diagnosoinnin ja tarkkailun osuuksien tuottaminen oli

haastavaa, sillä etenkin osuuksissamme eriteltävät suureet vaihtelivat käytettävästä lähteestä riippuen. Yhteistyö osaston kanssa sujui opinnäytetyöprosessimme ajan hyvin. Tapaamisten välillä olimme yhteydessä yhteyshenkilöihimme sähköpostitse, vaikkakin molempien osapuolien aikataulujen vuoksi tiedonvaihto oli melko hidasta, eikä sähköpostitse voinut käsitellä asioita niin laajasti kuin tapaamisissa. Tapaamiset toteutuivat kuitenkin sovitusti ja aikatauluista sopiminen onnistui lyhyelläkin varoitusajalla.

Diagnosoinnin ja tarkkailun osuuteen kuuluvien tarkkailtavien suureiden erittely käsikirjaa varten oli haastavaa, sillä monista viitearvoista oli saatavilla useita vaihtoehtoja, lähteestä riippuen. Myös muutaman tarkkailtavan suureen mittayksikkö vaihteli lähteestä riippuen. Koska juuri näitä suureita ei käytännön hoitotyön havainnoinnissa tullut vastaan, emme voineet mittayksikköä tarkkailtavien suureiden taulukkoomme lopullisesti vahvistaa. Koska osuuksiemme tekstin tuli olla uusinta, tutkittua tietoa, emme voineet tarkkailtavien suureiden erittelyssä käyttää vanhentunutta tietoa tai tietoa epäluotettavasta lähteestä. Antaessamme osuuksiemme alustavat versiot yhteyshenkilöillemme luettavaksi, keskustelimme heidän kanssaan tarkkailtavien suureiden erittelyn vaikeuksista. Sovimme, että tarkkailun osuutemme lopullisessa versiossa emme mainitse niitä suureita tai mittayksiköitä, joiden viitearvoista tai mittayksiköstä emme löytäneet vain yhtä luotettavaa lähdettä ja että he täydentävät suureet myöhemmin käsikirjaa varten osastonsa käytäntöjen mukaisesti. Viitearvot, jotka jätimme lopullisessa versiossa erittelemättä, olivat komplianssin, keuhko- ja ääreisverenkierron vastusten sekä anestesiamentarin MAC arvot.

Anestesiahoitajan käsikirjan suunniteltu valmistumisajankohta yhteistyösopimusta työelämänyhteistyökumppanimme kanssa tehdessä oli syksyllä 2012. Yhteistyökumppanimme aikataulujen muuttumisen vuoksi käsikirjan valmistuminen siirtyi kuitenkin suunnitellusti loppukevälle 2013, jonka jälkeen käsikirja oli tarkoituksena ottaa osastolla käyttöön. Opinnäytetyömme lopullinen tarkastukseen jättämisen ajankohta oli ennen käsikirjan valmistumista, joten osuuksiemme lopullisesta ulkoasusta ja asettelusta vastasivat yhteistyökumppanimme. Käsikirjan käyttöönottovaihetta emme näiden aikataulumuutosten vuoksi päässeet opinnäytetyön tekijöinä työssämme raportoimaan.

Suunnittelimme keräävämmä palautetta yhteyshenkilöittemme lisäksi myös osaston anestesiahoitajilta suullisesti pitämällä heille osastotunnin esitelläksemme osuutemme. Kuitenkaan, koska käsikirja ei kokonaisuudessaan valmistu ennen opinnäytteen luovutusta, käsikirjaa ei ole henkilökunnalle vielä esitelty eivätkä työntekijät pääse sitä aikataulumme kannalta ajoissa lukemaan, emme voineet osuuksemme osastolla esitellä. Päädyimme kuitenkin pyytämään osuukstamme kirjallista palautetta yhteyshenkilöittemme lisäksi muutamalta osaston anestesiahoitajalta, jotta pystyimme paremmin arvioimaan hankkeen hyötyjä käytännön hoitotyön ja hoitotyöntekijöiden kannalta.

4 POHDINTA

4.1 Hankkeen toteutuksen tarkastelu ja jatkokehitysehdotukset

Opinnäytetyössämme perehdyimme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ammatturamallin taustalla olevaan Bennerin teoriaan ammatillisen kehittymisen mallista. Hyödynsimme Bennerin teoriaa kattavasti raportin kirjoittamisessa ja käsikirjan osalualueisiin perehtyessämme. Koska Bennerin teoria oli anestesia- ja sairaanhoitajan käsikirjan hoitotyöhön liittyvän sisällön perustana, ohjaili se myös osuuksemme sisältöjen valintaa yhdessä osaston kirjallisen ja sähköisen teoriamateriaalin kanssa.

Havainnointi sopii hankeprosessin alkuvaiheeseen, sillä havainnoinnin kautta aiheeseen on helpompi perehtyä (Ojasalo ym. 2009, 105). Sairaanhoidajan käytännön työn seuraaminen ja havainnointi oli hankkeemme toteuttamisen kannalta hyödyllistä etenkin tarkkailun ja diagnosoinnin osalualueisiin perehtymisen kannalta. Havainnoimalla sairaanhoidajan työtä leikkauksen aikana, pääsimme käytännössä näkemään erilaisia potilaan tarkkailussa käytettäviä laitteita ja kirjaamisessa käytettäviä potilasjärjestelmiä. Havainnointi tiedonhankinnan keinona auttoi meitä näin hahmottamaan leikkauspotilaan tarkkailu- ja diagnosointitehtävää kokonaisuudessaan ja ymmärtämään etenkin erilaisia potilaan hoidossa oleellisia mitattavia suureita ja käytettäviä lyhenteitä.

Hankeprosessimme onnistui hyvin. Tähän myötävaikutti se, että yhteistyökumppanimme oli aktiivisesti mukana luomassa käsikirjaa sekä kehittämässä perehdytyskäytäntöjään. Yhteistyö työelämäyhteistyökumppanin kanssa onnistui alusta alkaen sujuvasti. Yhteistyö heidän kanssaan oli välitöntä ja helppoa. Onnistuimme hyvin sovittamaan aikataulut yhteen, ja tapaamisten järjestäminen onnistui hyvin lyhyelläkin aikavälillä.

Hanketta olisi voinut kehittää siten, että heti yhteistyön alkaessa olisimme sopineet tarkat päivämäärät osuuksemme valmistumiselle ja käsikirjan käyttöönotolle. Se olisi osaltamme tehostanut hanketyöskentelyä ja lopullisen opinnäytetyöraportin valmistamista. Väljempi aikataulutus antoi meille enemmän aikaa työstää hanketta, jonka vuoksi kirjoittaminen tapahtui pidemmällä aikavälillä kuin aluksi ajattelimme. Väljä aikataulu näkyi osaltamme hankkeen työstämisen tehokkuudessa. Kokonaisuudessaan hanketyös-

kentelyn työmäärä hieman yllätti meidät opinnäytetyötämme viimeistellessä. Mikäli olisimme jo omanneet kokemusta vastaavanlaisesta työskentelystä, olisimme työskennelleet varmasti alusta alkaen tehokkaammin.

Käsikirjan osuuksien kirjoittaminen lopulliseen muotoon oli jonkin verran kokeilevaa, sillä emme tarkkaan tiedäneet, millaisia niiden tulisi työelämäyhteistyökumppanin mielestä olla. Työelämäyhteistyökumppanimme olivat tekemässä käsikirjaa avoimin mielin ja meihin luottaen, mutta osuuksiemme muotoilu olisi helpottanut jonkinlaiset ohjeistukset niihin liittyen. Ohjeistusten avulla kaikista käsikirjan osuuksista olisi saatu heti alussa kirjoitettua yhdenmukaisia. Hanketta olisikin voinut kehittää niin, että hankkeen alkaessa työelämäyhteistyökumppanilla olisi ollut sovittuna käsikirjan lopullinen sisältö ja ulkoasu.

Käsikirjan suunniteltu valmistuminen on kevään 2013 lopussa. Tarkoittaen, että osuutemme valmistuivat aiemmin, kuin käsikirja kokonaisuudessaan valmistuu opinnäytetyöraportin palauttamisen jälkeen. Opinnäytetyömme kannalta olisi ollut parempi, jos käsikirja olisi valmistunut ja otettu käyttöön ennen lopullisen raportin valmistumista. Tällöin olisimme pystyneet opinnäytetyössämme raportoimaan käsikirjan käyttöönotto-vaiheesta ja käsikirjan käytännön hyödynnettävyyttä olisi ollut helpompi arvioida. Opinnäytetyömme valmistuminen ennen käsikirjan valmistumista tarkoitti myös sitä, että emme pystyneet vaikuttamaan siihen, millaiset lopulliset asetukset ja ulkoasut kirjoittamamme osuudet saavat varsinaiseen käsikirjaan.

Käsikirjaan kirjoittamamme osuudet olivat työelämäyhteistyökumppanin mielestä onnistuneita. Tavoitteenamme oli olla kehittämässä työelämäyhteistyökumppanimme työhön perehdyttämiskäytäntöjä aiempaa yhdenmukaisemmiksi ja tarkoituksenmukaisemmiksi. Kirjoitimme käsikirjaa varten tyyliltään ja sisällöltään tarkoituksenmukaiset osuudet, jotka ovat hyödyksi käytännön hoitotyössä. Hankkeessa työstämämme käsikirjan osuudet ovat avuksi uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Lisäksi niiden avulla jo anestesiatyön parissa työskentelevät sairaanhoitajat voivat päivittää ja ylläpitää ammattiosaamistaan.

Pyrimme kirjoittamaan osuudet pitäen koko ajan mielessä sen, millaisen perehdytyskäsikirjan itse toivoisimme tarvitsevamme uusina leikkaus- ja anestesiahoitajina.

Olisimme voineet vielä haastatella jo pidempään leikkaus- ja anestesiahoitajina toimineita, jotta olisimme sitä kautta saaneet vielä paremmin ideoita osuuksiemme sisältöön. Kirjoittamistamme osuuksista tuli kuitenkin sisällöllisesti tarpeeksi kattavia ja helposti ymmärrettäviä. Osuuksia voi soveltaa muuhunkin käytännön hoitotyöhön leikkaus- ja anestesiaosaston lisäksi. Sisällöltään kirjoittamamme osuudet soveltuvat kaikenlaiseen hoitotyöhön ja siihen perehdyttämiseen. Muiden osuuksien käytännön hyötyä emme voineet arvioida, sillä ne valmistuvat opinnäytetyöraportin jälkeen, emmekä ennen raporttimme julkistamista ehdi niitä nähdä.

4.2 Luotettavuus ja eettisyys

Eettistä työskentelytapaa noudatimme hakemalla opinnäytetyötämme varten tarvittavan hankkeen toteutukseen liittyvän ja materiaalin käyttöön oikeuttavan tutkimusluvan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä keväällä 2012. Tutkimuslupa myönnettiin meille myöhemmin samana keväänä. Tutkimuslupahakemuksen liitteenä toimitimme yhteistyökumppanillemme myös hankesuunnitelman.

Noudatimme tiedonhankinnassamme lähdekritiikkiä ja arvioimme hankkimamme tiedon luotettavuutta ja merkityksellisyyttä tehtävän kannalta. Käyttämämme teoriatieto oli näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa, jota täydensimme havainnoinnin ja yhteistyökumppanimme tapaamisten kautta saamillamme ajankohtaisilla tiedoilla. Anestesiahoitajan käsikirjan ja näin ollen hankkeemme teoriaperustan pohjautuessa Bennerin (1989) malliin ammatillisesta kehittämisestä, käytimme teoriaosuutemme lähteenä Bennerin alkuperäisteoksia tiedon luotettavuuden takaamiseksi. Sovelsimme teoriatietoa myös nykyaikaan hyödyntämällä tiedonlähteenä muun muassa Bennerin (1989) teoriaan pohjautuvia tieteellisiä julkaisuja. Käsikirjan osuuksiemme lähteinä käytimme mahdollisuuksiemme mukaan uusinta tutkittua tietoa sekä osastolla jo käytössä olevia materiaaleja. Näin osuuksien tarjoama hoitotyön tieto olisi mahdollisimman hyvin anestesiahoitajien hyödynnettävissä käytännön työssään.

Käsikirjan osuuksiemme sisällöt ja niiden luotettavuus tarkastettiin yhteistyökumppanin puolesta niiden ollessa alustavassa työvaiheessa sekä osuuksien sisällöt tullaan käsikirjan valmistuessa tarkastamaan uudelleen käsikirjasta vastaavien henkilöiden toimesta.

Hankkeen luotettavuutta lisäsi osuuksien tarkastamisen lisäksi käytännön hoitotyön havainnointi sekä yhteydenpito yhteistyökumppaniimme hankkeen toteutusvaiheessa. Havainnoilla ja tiiviillä yhteydenpidolla yhteistyökumppaniin pystyimme arvioimaan osuuksiemme sisältöä ja luotettavuutta säännöllisesti sekä muokkaamaan niitä osaston käytännön hoitotyön kannalta käyttökelpoisiksi.

Annoimme opinnäytetyömme raportista kopion yhteistyöosastomme apulaisosastonhoitajan luettavaksi opinnäytteemme mennessä esitarkastukseen. Tällä pyrimme parantamaan raporttimme luotettavuutta varmistamalla, ettei työmme lopullisessa versiossa ilmene virheellisiä käsitteitä tai muita asiavirheitä. Toimitamme osastolle opinnäytetyöstämme myös valmiin version.

Noudatimme hankkeessa salassapitovelvollisuutta sekä huolehdimme työhömmä ja tiedonkeruussa havainnointiimme liittyvien henkilöiden tietosuojasta. Havainnointia suorittaessamme leikkaussalissa tiedotimme läsnä oleville työntekijöille havainnointimme tarkoituksesta. Selvitimme myös, että havainnoinnissa emme tarkastele yksittäisten työntekijöiden toimintaa, vaan havainnointi suoritettiin läsnä olevien työntekijöiden osalta anonyymisti.

Hankkeemme oli osa yhteistyökumppanimme projektia, jonka lähtökohtana oli osaston tarve käsikirjan kirjoittamiseen. Hankkeen toteutusta johdattelivat tällöin yhteistyökumppanimme ehdotukset käsikirjan osuuksiemme sisällöistä sen mukaisesti, mitä heidän osastollaan on käsikirjassa oleellista tarkastella. Koska käsikirjan hoitotyön osuudet perustuvat Bennerin (1989) malliin, ohjaili kyseinen teoria myös osuuksiemme sisälönvalintaa.

4.3 Oma ammatillinen kasvu

Valitsimme työstämämme opinnäytetyön aiheen jo opiskelujemme alkupuolella, kun osaston yhteistyökumppanimme otti meihin yhteyttä tarjotakseen meille kyseistä aihetta. Kehittämistyön aihe tuki myös opintojamme ja ammatillista osaamistamme, joten yhteistyö leikkaus- ja anestesiaosaston kanssa oli hedelmällistä.

Henkilökohtaisena oppimistavoitteena opinnäytetyöprosessimme tuki ammatillista kasvuaamme sairaanhoitajiksi sekä kehitti asiantuntijuuttamme hoitotyössä. Opinnäytetyömme oli työelämälähtöinen kehittämispainotteinen hanke, joka antoi meille tulevaa ammattiuraamme ajatellen hyvät valmiudet soveltaa ja hyödyntää oppimiamme taitoja työelämässä. Opinnäytetyömme hankkeesta oli hyötyä sairaanhoitajan työnkuvan oppimisen kannalta potilaan hoidossa olennaisten perustarkkailujen ja tarkkailussa käytettävien välineiden osalta. Samalla opimme erityisesti anestesia-sairaanhoitajan työnkuvasta ja leikkaussaliympäristössä työskentelemisestä. Hankkeen kautta oppimiamme tietoja anestesia-sairaanhoitajan työstä voimme jatkossa hyödyntää erilaisissa työympäristöissä.

Hanketyöskentely oli meille uutta, mutta mielestämme onnistuimme siinä hyvin. Projektityöskentely edellyttää tiedonhankintataitoja (Opetusministeriö 2006, 66). Haimme opinnäytetyöprosessin aikana tietoa erilaisista lähteistä ja sitä kautta opimme myös noudattamaan lähdekritiikkiä. Opimme arvioimaan työtämme jatkuvasti ja kehitimme opinnäytetyötämme aina tarvittaessa esimerkiksi poistamalla jo kirjoitettua, niin sanottua turhaa tekstiä.

Mielestämme yksi sairaanhoitajan tärkeimmistä kompetensseista on yhteistyökyky. Hanketyöskentelyn kautta syvensimme yhteistyötaitojamme suhteessa toisiimme sekä suhteessa työelämäyhteistyökumppaniimme. Opimme tunnistamaan omia vahvuuksiamme ja heikkouksiamme, jonka avulla myös yhteistyötaidot paranivat. Työelämäyhteistyökumppanimme antoi lisäksi hyvät edellytykset yhteistyön sujuvuudelle, ja opimme moniammatillista työskentelyä tehdessämme heidän kanssaan yhteistyötä. Työelämäyhteistyökumppanin kanssa yhteistyössä toimiminen edellytti meiltä sairaanhoitajan kompetenssien mukaisesti neuvottelutaitoja ja hyvää vuorovaikutusta. (Opetusministeriö 2006, 66.)

Opinnäytetyömme opetti meille sairaanhoitajan ammattiosaamiseen kuuluvasta kollegiaalisuudesta runsaasti ja auttoi ymmärtämään sen tärkeyttä työyhteisössä. Opinnäytetyöprosessin aikana autoimme toinen toisiimme tarvittaessa ja selvitimme ristiriidat heti niiden ilmetessä. Huomasimme olevamme melko erilaisia persoonia ja omasimme välillä hyvinkin eriäviä mielipiteitä. Olimme kuitenkin valmiita tekemään kompromisseja ja neuvottelimme asioista. Opimme hyödyntämään molempien vahvaa persoonaa, jonka

tuloksena suvaitsevaisuutemme ja joustavuutemme syveni. Opinnäytetyön valmistuttua olimme molemmat sitä mieltä, että erilaisuutemme oli työn kannalta rikkaus.

LÄHTEET

- Alexander, Sr. Judith E. & Keller, Susan L. 1994. Patricia Benner: Aloittelijasta asiantuntijaksi. Teoksessa Ann Marriner-Tomey (toim.) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 158–173.
- Benner, Patricia 1989. *Aloittelijasta asiantuntijaksi*. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. Helsinki: WSOY.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine & Chesla, Catherine 2009. *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical judgement & Ethics*. New York: Springer.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine A. & Chesla, Catherine A. 1999. *Asiantuntijuus hoitotyössä. Hoitotyö, päättelykyky ja etiikka*. Helsinki: WSOY.
- Dreyfus, Hubert L. & Dreyfus, Stuart E. 2009. The Relationship of Theory and Practise in the Acquisition of Skill. Teoksessa Patricia Benner, Christine, Tanner & Catherine, Chesla (toim.) *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical judgement & Ethics*. New York: Springer, 1–23.
- Eklund, Anna-Leena; Juntunen, Anitta & Karhu, Helena 2008. Leikkauspotilas aktiiviseksi toimijaksi. Artikkel. Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry. Viitattu 10.1.2013.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2008/ajankohtaikirjoitus/leikkauspotilas_aktiiviseksi_toi/
- Furman, Ben; Ahola, Tapani & Hirvihuhta, Harri 2004. *Työpaikan pelisäännöt ja kuinka ne tehdään*. Helsinki: Tammi.
- Groah, Linda K. 1996. *Perioperative nursing*; Linda K. Groah, Lillian H. Nicolette. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Haho, Annu 2011. Kollegiaalinen työyhteisö puhalttaa yhteen hiileen. *Silmähoitaja* 1, 8–10.
- Hardey, Michael; Payne, Sheila & Coleman, Peter 2000. 'Scraps': hidden nursing information and its influence on the delivery of care. *Journal of Advanced Nursing* 32 (1), 208–214.
- Hartikainen, Tuija 2008. *Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Pro gradu – tutkielma.

- Heikkilä, Asta; Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Henkilötietolaki 1999/523. Viitattu 10.12.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>
- Hietanen, Inkeri; Rajala, Raija & Rissanen, Lea 1996. Hoitotyön tulevaisuuden haasteita. Teoksessa Oulun ammattikorkeakoulu; Oulun terveydenhuoltooppilaitos (toim.) Hoitotyön auttamismenetelmät. Porvoo: WSOY, 349–354.
- Hildén, Raija 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Holland, Karen & Hogg, Christine 2001. Cultural Awareness in Nursing and Health Care: An introductory text. London: Arnold.
- HUS 2010. Tutkimus ja opetus HUS-kuntayhtymässä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivu. Viitattu 14.1.2013.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2530>
- HUS 2011a. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivu. Viitattu 17.11.2011. <http://www.hus.fi/>
- HUS 2011b. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toiminnallinen organisaatio 2011 -kaavio. Viitattu 17.11.2011.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,35795>
- HUS 2012. HUS – edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin strategia 2012-2016. Viitattu 30.11.2012.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012,40725>
- Janhonen, Sirpa & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2004. Asiantuntijuuden kehittyminen sosiaali- ja terveysalalla. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Vanhanen-Nuutinen, Liisa (toim.) Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY, 11–54.
- Karhu, Anne & Noukkala, Tuula 2012. HUS Meilahden leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitaja ja osastonhoitaja. Helsinki. Tapaaminen 25.1.2012.
- Karhu, Anne & Poikajärvi, Satu 2011. Anestesiaosaston osaamisvaatimukset Meilahden leikkausosastolla. Tiedote. Viitattu 25.4.2012.

- Karhu, Anne 2011. Sairaanhoidaja, HUS Meilahden leikkaus- ja anestesiaosasto. Helsinki. Sähköpostiviesti 22.11. Vastaanottajat Krista Poikajärvi ja Maiju Palojärvi.
- Komi, Maria & Tapanainen, Maria 2009. Hoitotyön suulliset raportointikäytännöt keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastoilla Seinäjoen keskussairaalassa. Vaasa: Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Koskinen, Liisa 2010. Transkulttuurisen hoitotyön mallien kehittyminen. Teoksessa Pirkko Abdelhamid, Anitta Juntunen & Liisa Koskinen (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro, 28–42.
- Laaksonen, Maarit; Kääriäinen, Aino; Penttilä, Marja; Tapola-Haapala, Maria; Sahala, Heidi; Kärki, Jarmo & Jäppinen, Anu 2011. Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa: opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Raportti 54. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Laiho, Maritta & Kuokkanen, Liisa 2004. Tiimityö edistää yhteistoiminnallisuutta leikkaushoitotyössä. Artikkelit. Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry. Viitattu 3.12.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2004/muut_artikkelit/tiimityo_edistaa_yhteistoiminnallisuutta/
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 15.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#e-3>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559. Viitattu 18.10.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lassila-Latikka, Minna 2003. Suojaus ja oikeat työtavat vähentävät leikkausosaston riskejä. Pinsetti 3. Helsinki: Suomen leikkausosaston sairaanhoitajat r.y, 18.
- Louhiala, Pekka & Launis, Veikko 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.
- Lukkari, Liisa; Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Luusuaniemi, H. 2010a. Leikkaushoitotyö: Perioperatiivinen hoitoprosessi. Perioperatiivisen hoitotyön syventävät opinnot. Luentomateriaali Diakonia-ammattikorkeakoulun verkkoalustalla Fronterilla. Viitattu 27.11.2012.

- Luusuaniemi, H. 2010b. Leikkaushoitotyö: Turvallinen perioperatiivinen hoitotyö. Perioperatiivisen hoitotyön syventävät opinnot. Luentomateriaali Diakonia-ammattikorkeakoulun verkkoalustalla Fronterilla. Viitattu 27.11.2012.
- Lyneham, J.; Parkinson, C. & Denholm, C. 2008. Explicating Benner's concept of expert practice: intuition in emergency nursing. *Journal of Advanced Nursing* 64 (4), 380–387.
- Maunu, Maija i.a. Perioperatiivisen potilaan hoitotyö: Anestesiahoitotyö. Luentomateriaali Diakonia-ammattikorkeakoulun verkkoalustalla Fronterilla. Viitattu 27.11.2012.
- Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto i.a. Heräämöhöito (leikkauksen jälkeen). HUS Meilahden sairaala. Tiedote. Viitattu 29.12.2012.
- Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto, 2007. Arvot työyhteisössä – näkökulmana yhteisöllisyys ja yhteistoiminta. HUS Meilahden sairaala. Tiedote. Viitattu 27.11.2012.
- Meretoja, Riitta 2003. *Nurse Competence Scale*. Turku: Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Meretoja, Riitta 2010. Kannattaako osaamista mitata? Turun yliopisto. Luentomateriaali 29.4.2010. Viitattu 14.1.2013.
- Meretoja, Riitta; Kaira, Anna-Maija; Ritmala-Castrén, Marita; Santala, Iris & Vuorinen, Riitta 2007. *AURA – Ammattiura sairaanhoitajana*. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri. Yliopistopaino.
- Moore, Shirley M. 2012. The European Handover project: the role of nursing. *BMJ Quality Safety* 21 (1), 6–8.
- Mos 21 2012. Respiraattoripotilaan hoitoperiaatteet ja tarkkailu. Sydänkirurginen tehosasto. HUS Meilahden sairaala. Luentomateriaali. Viitattu 27.11.2012.
- Musialowicz, Tadeusz 2013. *EEG-based Monitoring during General Anaesthesia and Sedation: Studies on Cardiac Surgery and Status Epilepticus Patients*. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. Saatavana myös www-muodossa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1007-3/urn_isbn_978-952-61-1007-3.pdf.
- Niemi-Murola, Leila 2012. Potilasvahinko. Teoksessa Leila Niemi-Murola, Jouko Jalonen, Eija Junntila, Kirsimarja Metsävainio & Reino Pöyhä (toim.) *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet*. Helsinki: Duodecim, 165.
- Ojasalo, Katri; Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2009. *Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan*. Helsinki: WSOYpro Oy.

- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24. Helsinki: Opetusministeriö. Viitattu 20.12.2012 ja 16.1.2013. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>
- Oroza, Valentina 2010. Yleislääkäri kohtaa maahanmuuttajan. Teoksessa Antti, Pakaslahti & Matti Huttunen (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim, 272-298.
- Perälä, Marja-Leena; Toljamo, Maisa; Vallimies-Patomäki, Marjukka & Pelkonen, Marjaana 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. Stakesin raportteja 28/2008. Helsinki: STAKES.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012. Raportointi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivu. Viitattu 21.1.2012. <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17728&contentlan=1>
- Pitkäaho, Taina 2011. Hoitotyön henkilöstömitoitus ja tulos kompleksisessa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.
- Poikajärvi, Satu & Karhu, Anne 2011. Anestesiaosaston perehdytysohjelma. HUS Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto. Helsinki. Tiedote. Viitattu 25.4.2012.
- Poikajärvi, Satu 2011. Apulaisosastonhoitaja. HUS Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto. Helsinki. Haastattelu 18.11.2011.
- Poikajärvi, Satu 2012. Apulaisosastonhoitaja. HUS Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosasto. Helsinki. Haastattelu 26.9.2012.
- Proet Oy 2011. Kollegiaalisuus hoitotyössä. Artikkelit. Viitattu 30.11.2012. <http://www.proet.fi/artikkelit/43-kollegiaalisuus-hoitotyoesae.html>
- Rautava-Nurmi, Hanna; Westergård, Airi; Henttonen, Tarja; Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.
- Reynolds, Mandy 2002. Reflecting on paediatric oncology nursing practice using Benner's Helping Role as a framework to examine aspects of caring. *European Journal of Oncology Nursing* (6) 1, 30–36.

- Sähköisen viestinnän tietosuojalaki 2004/516. Viitattu 15.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040516>
- Sairaanhoitajaliitto 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Suomen Sairaanhoitajaliitto ry.
- Salmenperä, Markku & Yli-Hankala, Arvi 1999. Potilaan valvonta anestesian aikana. Teoksessa Per Rosenberg, Seppo Alahuhta, Jussi Kanto & Jussi Takala (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim, 301–328.
- Sandelin, Pirkko i.a. Perioperatiivisen hoitotyön keskeisiä käsitteitä. Oamk. Luentomateriaali Diakonia-ammattikorkeakoulun verkkoalustalla Fronterilla. Viitattu 27.11.2012.
- Sarajärvi, Anneli; Mattila, Lea-Riitta & Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta: avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro.
- SASH 2006. Anestesiahoitajan osaamisvaatimukset. Suomen anestesiahoitajat ry. 2006/10. Julkaisu. Viitattu 27.11.2012.
http://www.sash.fi/files/osaamisvaatimukset/anestesiahoitajan_osaamisvaatimukset.pdf.
- Sipola, Seija 2010. Lihasrelaksantit ja relaksaation monitorointi. Luentomateriaali Diakonia-ammattikorkeakoulun verkkoalustalla Fronterilla. Viitattu 30.11.2012.
- Sjögren, Markus 2007. Anestesian hoito leikkauksen aikana sairaanhoitajan kannalta. Ortopedis-traumatologinen leikkaus- ja anestesiaosasto. HUS Töölön sairaala. Tiedote. Viitattu 27.11.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298. Viitattu 15.1.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- Tammi, Outi i.a. Esimies tukee muutoksessa. Helsinki: Kuntien Eläkevakuutus. Julkaisu.
- Tengvall, Erja 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.
- Tuomikoski, Marjatta & Rajala, Raija 1996. Henkiset ja hengelliset tarpeet. Teoksessa Oulun ammattikorkeakoulu; Oulun terveydenhuolto-oppilaitos (toim.) Hoitotyön auttamismenetelmät. Porvoo: WSOY, 283–304.
- Työsuojeluhallinto 2010. Epäasiallinen kohtelu. Ohjeita häirinnän ja muun epäasiallisen kohtelun ehkäisyyn ja käsittelyyn työpaikalla. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 42. Tampere: Aluehallintovirasto.

- Vainionpää, Ville & Hotakainen, Esko 2002. Anestesiaa varten tehtävät valmistelut. Teoksessa Per Rosenberg, Seppo Alahuhta, Heikki Hendolin, Jouko Jalonen & Arvi Yli-Hankala (toim.) Anestesiaopas. Helsinki: Duodecim, 68–70.
- Valvira 2013. Potilasasiakirjat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Internet-sivu. Viitattu 15.1.2013.
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat
- Virtanen, Tuija 2010. Polikliinisen hoitotyön autonomia ja sitä edistävät tekijät. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu – tutkielma.
- Wennervirta, Johanna 2007. Entropiamonitorointi. HUS Meilahden sairaala. Luentomateriaali. Viitattu 30.11.2012.
- Yli-Hankala, Arvi & Jäntti, Ville 2006. Anestesian riittävyyden monitorointi. Teoksessa Juhani Partanen, Björn Falck, Joel Hasan, Ville Jäntti, Tapani Salmi & Uolevi Toivonen (toim.) Kliininen neurofysiologia. Helsinki: Duodecim, 720–728.

LIITE 1: Auttamisen sekä diagnosoinnin ja tarkkailun osuudet käsikirjassa

AUTTAMINEN

Perioperatiivisen hoitotyön periaatteita Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiasastolla

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK

- turvallisuus
- korkealaatuisuus ja vaikuttavuus
- hyvän aseptiikan ja sairaalahygienian noudattaminen
- voimassa olevien hoitokriteerien noudattaminen
- yhdenvertaisuus ja tasa-arvoinen kohtelu
- vuorovaikutus potilaan ja omaisten kanssa: rohkaiseminen, lohduttaminen, myötäeläminen, kuuntelemisen taito, rehellisyys
- kohdellaan potilasta inhimillisesti ja kunnioittavasti
- asiakaslähtöisyys: potilaalla oikeus osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa
- huomioidaan potilaan yksilöllinen hoito
- tiedotetaan potilasta ja omaisia hoidosta ja hoitotoimenpiteistä
- omaisten tukeminen ja tarpeiden huomiointi
- potilaan ja omaisten ohjaus ja opetus

Kollegiaalisuus ja tiimityö Meilahden leikkaus- ja anestesiasastolla

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK 2012

- Noudatetaan hyviä käytöstapoja esimerkiksi tervehtimällä ja asiallisella kielenkäytöllä
- Sitoudutaan noudattamaan yhteisiä toimintatapoja
- Arvostetaan muiden ammattitaitoa sekä osaamista antamalla kaikille työrauha ja suvaitsemalla erilaiset työtavat
- Kunnioitetaan jokaisen yksityisyyttä ja hyväksytään erilaisuus
- Tehdään yhteistyötä yli ammattirajojen yhteen hiileen puhaltamalla
- Otetaan ammatillinen vastuu sekä omasta että työryhmän työskentelystä
- Pyydetään ja annetaan apua tarvittaessa
- Päivitetään jatkuvasti omaa ammattitaitoa

- Raportoidaan seuraavaa tiimiä työvuoron vaihtuessa
- Ristiriita- ja kriisitilanteet käsitellään asianomaisten kesken
- Keskustellaan epäkohdista yhteisesti
- Ei hyväksytä juoruilua ja syrjintää
- Tiedotetaan yhteisistä asioista leikkaus- ja anestesiaosaston välillä
- Leikkaussalitiimi ennakoi ja suunnittelee työnsä yhdessä
- Huolehditaan leikkaussalin täydentämisestä ja tavaroiden viemisestä oikeille paikoilleen
- Päivystysalissa työskentelevät ottavat vastuun leikkaussalin työskentelyvalmiudesta
- Sekä leikkaussalitiimi että heräämötiimi auttavat ja kannustavat toisiaan

Muuttuvat tilanteet ja niissä joustavuus

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK 2012

Sujuva toiminta työyhteisössä edellyttää jäseniltään joustavuutta. Potilaan laadukkaan hoidon toteutumisen ja suunnitelluissa aikatauluissa pysymisen kannalta on tärkeää, että yhteistyö työryhmässä toimii. Sairaanhoidajilta vaaditaan joustavuutta oman työn suhteen silloin, kun työpäivän ennakoitujen suunnitelmat ja aikataulut joudutaan organisoidaan uudelleen. Sairaanhoidajan sijoitukset työtehtävissä tai leikkaussaleissa voivat muuttua äkillisesti esimerkiksi päivystysleikkauksen vuoksi.

Joustavuutta työssä vaaditaan myös, kun tilanteet potilashoidossa muuttuvat yllättävästi. Potilaan vointi perioperatiivisen hoidon aikana saattaa yllättäen romahtaa tai hoitotilanteet pitkittyä, jolloin sairaanhoidajan on ajoittain joustettava esimerkiksi omien taukojensa pitämisestä tiettyyn kellonaikaan. Potilaat ovat yksilöllisiä ja esimerkiksi pelokkaan potilaan hoito ja hoitotoimenpiteiden suorittaminen vaatii sairaanhoidajalta pitkäjänteisyyttä. Perioperatiivinen hoitotyö on vaihtelevaa ja sairaanhoidajan on osastolamme hyvä sopeutua siihen, että jokainen työpäivä on erilainen eikä yllättäviltä tilanteilta voi välttyä. Jatkuvasti muuttuva, haasteellinen työ on kuitenkin palkitsevaa ja osaamista kehittävä.

Muutoksiin sopeutuminen

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK 2012

Muutoksia työssä voivat aiheuttaa:

- hoitokäytäntöjen tai -ohjeiden muuttuminen
- teknologian kehittyminen
- työyhteisön vaihtuvuus
- organisaation ja hallinnon muuttuminen
- tuotettavien terveyspalvelujen muuttuminen
- remontit ja uudisrakentaminen

Hoitotyö on jatkuvasti muuttuva ja kehityksen kohteena oleva ammattiala, jossa kyky sopeutua muutoksiin on osa ammatillisuutta. Muutokset työssä voivat tapahtua joko suunnitellusti, osana toiminnan kehittämistä tai arkityössä huomaamatta. Arkipäivää hoitotyössä on henkilöstön vaihtuvuus, mikä henkilömäärällisesti suurella Meilahden leikkaus- ja anestesiaosastolla voi aiheuttaa sen, ettei työyhteisö pysy samanlaisena pitkään. Työntekijältä tämä vaatii kykyä sopeutua työtovereiden vaihtumiseen ja työskennellä erilaisten ihmisten kanssa. Henkilökunnan suuri määrä ja vaihtuvuus ovat myös toisaalta edellytyksinä hoitotyön tietotaidon lisääntymiselle ja kehittymiselle.

Muutokset työssä vaativat hoitajilta sopeutuvuutta niin väliaikaisiin kuin uusiin työmenetelmiin tai -tiloihin ja työoloissa näiden johdosta tapahtuviin muutoksiin. Vaikka muutosten syyt voivat vaihdella, pyritään niillä aina jollain tavoin kehittämään työn perustehtävää. Työntekijältä edellytetäänkin muutosten ja niiden pysyvyyden hyväksymistä. Sekä ammattitaitoa että osaamista tulee sopeuttaa ja kehittää työn muuttuvien vaatimusten mukaisiksi.

Moniammatillisuus

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK 2012

Leikkausosastolla toimii tiiviissä yhteistyössä moniammatillinen työtiimi. Moniammatillisuudessa korostuvat eri ammattihenkilöiden välinen yhteistyökyky, ammatillisuuden noudattaminen, vahva yksilöllinen osaaminen ja hoitotoimintojen jatkuva kehittäminen. Laadukkaan ja turvallisen hoidon turvaamiseksi on tärkeää kiinnittää huomiota ryhmän

keskinäiseen viestintään, sujuvaan tietojen vaihdantaan ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Leikkaussaliviestinnässä oleellista on puhua selkeästi, kuuluvalla äänellä ja kohdistetusti oikealle henkilölle väärinkäsitysten minimoimiseksi. Tiedon vastaanottaja kuittaa saamansa määräyksen selkeästi kuultuaan, ymmärrettyään ja toteutettuaan sen. Moniammatillisen ryhmän viestintä on rehellistä, rakentavaa ja ammatillista.

Moniammatillista yhteistyötä voidaan tehostaa:

- yhteisellä vastuunkannolla
- keskinäisellä luottamuksella ja työtoverin kunnioittamisella
- joustavuudella
- avoimella, keskustelevalle ja kuuntelevalla ilmapiirillä
- rakentavaa, myös positiivista palautetta antamalla

Lisätietoa luettavissa:

HUS Strategia 2012-2016.

Lukkari, Liisa; Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Eri kulttuurit

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK 2012

Jotta hoito olisi potilaslähtöistä ja yksilöllistä, on hoidon suunnittelussa huomioitava potilaan ja hänen omaistensa hoitoon liittyvät kulttuuriset ja hengelliset tarpeet. Hoitotoimien toteuttamisessa hänen vakaumuksiaan kunnioitetaan. Potilaalla on myös oikeus hoitoon omalla äidinkielellään. Koska omaiset ovat tärkeä osa potilaan terveyden edistämistä, huomioidaan hoidossa myös heidän tarpeensa tukemalla heidän voimavarojaan ja informoimalla heitä hoidon etenemisestä.

Hoidossa huomioitava:

- Ensisijaisesti huomioidaan potilaan omat toiveet ja tarpeet, vältetään uskonnollisia tai kulttuurisia yleistyksiä
- Uskonnollinen vakaumus voi käytännön hoitotoimenpiteissä ilmetä esimerkiksi veren siirrosta kieltäytymisenä
- Kulttuuriset käsitykset sukupuolirooleista vaihtelevat sekä voivat ilmetä erilaisina hoitoon vaikuttavina soveliaisuuskäsityksinä
- HUS:ssa potilaalla oikeus saada hoitoa joko suomeksi tai ruotsiksi
- Potilaan kuuluessa muuhun kieliryhmään voidaan apuna käyttää tulkkipalveluita
- Vakavan sairauden aikana omaisten merkitys korostuu, kunnioitetaan perheen omia

tapoja ja osoitetaan myötätuntoa

- Vaitiolovelvollisuus muistettava potilaan asioista puhuessa
- Potilaalla ja omaisilla mahdollisuus antaa saamastaan hoidosta palautetta

Lisätietoa luettavissa:

HUS Strategia 2012-2016.

Oulun ammattikorkeakoulu; Oulun terveydenhuolto-oppilaitos (toim.) Hoitotyön auttamismenetelmät. Porvoo: WSOY.

Pakaslahti, Antti & Huttunen, Matti (toim.) 2010. Kulttuurit ja lääketiede. 1. painos. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Rautava-Nurmi, Hanna; Westergård, Airi; Henttonen, Tarja; Ojala, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro.

DIAGNOSOINTI JA TARKKAILU

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK 2012

Anestiasairaanhoitaja tarkkailee potilaan vointia kokonaisuutena monitoroimalla elintoimintoja sekä kliinisesti katsomalla, koskettamalla, kuuntelemalla, keskustelemalla. Niin leikkaussalissa kuin heräämössä on potilaan vastaanottotilanteessa tärkeää luoda kokonaiskuva potilaan voinnista, jaksamisesta ja psyykkisestä tilasta. Luottamussuhteen rakentaminen potilaaseen on oleellinen osa perioperatiivisen sairaanhoitajan työtä.

Anestesian aikana tarkkaillaan ja hoidetaan potilaan hengitystä, verenkiertoa, nesteytystä, lämpötilaa, lihasrelaksaatiota, nukutuksen ja puudutuksen syvyyttä, kipua sekä virtsaneritystä. Potilaan anestesian aikaisessa monitoroinnissa on muistettava yksilöllisten hälytysrajojen ohjelmointi valvontalaitteisiin. Selvitettävä myös perioperatiivisen hoidon yksilölliset tavoitteet, kuten MAP, syke, vuodot ym. anesthesiologilta. Suureiden viitearvoja tarkastellessa on muistettava, että elintoimintojen tavoitetasoihin vaikuttavat potilaan ikä, koko, sukupuoli, sairaudet ja senhetkinen vointi. Jokaista potilasta hoidetaan yksilöllisesti, hänelle räätälöidyllä anestesiolla.

Hengitys:

- hengityssäät, -liikkeet ja -tapa
- hengitystaajuus (10-20 krt/min)
- hengityksen minuutti- ja kertatilavuudet
- komplianssi = keuhkojen myötävyys
- hengitystiepainet, -virtaus, -vastus
- SpO₂ 97-100 % ja pulssiaaltokäyrän voimakkuus
- valtimoverikaasuanalyysi
- sisään- ja uloshengitetty hiilidioksidi- ja happipitoisuudet: Fi/Et CO₂ (4,0–4,5 kPa/4,5-5,5 %), O₂ (%)
- hiilidioksidikäyrän muoto

Sydän ja verenkierto:

- EKG: syketaajuus (60-90/min), QRS-kompleksi, P-aalto, T-aalto, ST-tason muutokset, lisälyönnit, tahdistus
- pulssin taajuus, säännöllisyys ja voimakkuus
- verenpaine: systolinen ja diastolinen paine, keskivaltimopaine MAP (60-70 mmHg)
- diureesi (0,5-1 ml/kg/h)
- perifeerinen lämpö, ydinlämpö (36,5-37,5 °C)
- verenvuoto, hemoglobiiniarvo, turvotukset
- keskuslaskimopaine CVP = oikean kammion täyttöpaine (3-10 mmHg)
- keuhkovaltimopaine PAP (syst. 25 mmHg, keskipaine 14–17 mmHg, diast. 6-12 mmHg)
- keuhkokapillaarien kiilapaine PCWP = vasemman kammion täyttöpaine (2-12 mmHg)
- PVR keuhkoverenkierron vastus (30-100 dyn/sec/cm⁻⁵), SVR ääreisverenkierron vastus (900-1400 dyn/sec/cm⁻⁵)
- sydämen minuuttitulavuus CO (4-6 l/min), minuuttivirtausindeksi CI (2,4–3,5 l/min/m²), iskutilavuus SV (60-100 ml)
- hapen tarjonta DO₂ (800-1100 ml/min), hapen kulutus (150-300 ml/min), tarjonnan ja kulutuksen tasapaino SvO₂ (70-75 %)

Yleisanestesia:

Sedaatio: MAC, BIS-monitorointi, entropiamonitorointi (SE/RE),

sisään- ja uloshengityksen anestesiakaasupitoisuudet (sevofluraani ja desfluraani) ja typpioksiduulipitoisuudet (N₂O)

Relaksaatio: Hermostimulaatiomittaus TOF. Lihassoima palautunut, kun TOF yli 90 %.

Kirurgisen toimenpiteen aikana 1-2 TOF-vastetta voi olla näkyvissä.

Analgesian arviointi

Kliiniset tarkkailut: ihon väri, lämpö ja kosteus, hikoilu, pupillit, kyynelehtiminen, liikehtiminen, lihasjänteys

Psyykinen vointi saliin tullessa: pelokkuus, itkuisuus, hoitomyönteisyys

Heräämöhoidossa tarkkailtava hemodynamiikan ja hengityksen lisäksi seuraavia asioita:

Tajunta: GCS, sekavuus ja levottomuus, huimaus

Psyykinen vointi: ahdistuneisuus, pelokkuus, itkuisuus, hoitomyönteisyys

Kivun voimakkuus:

- liikkeessä ja levossa (VAS kipukiila, NRS numeroasteikko 0-10, VRS sanallinen asteikko)

- kivunhoidon teho arvioidaan väh. kerran työvuorossa ja aina kipulääkkeen annon jälkeen,

minkälaista kipu on; ajoittaista/jatkuvaa, viiltävää/kouristavaa tms.

kivun sijainti; missä tuntuu/aavekipu

onko uusi vai vanha kipu

potilaan toimintakyvyn arviointi; pystyykö hengittämään syvään, liikkumaan, yskimään, onnistuvatko hoitotoimet

- sivuvaikutukset; yliherkkyys, kutina, pahoinvointi

- kivunhoidon vaikutukset potilaan hemodynamiikkaan

- potilaan tyytyväisyys kivunhoitoon

Pahoinvointi

Lihassoima, puristusvoima, puudutusalue, lihasvärinä, motoriikka

Lämpötaapaino: kuume, alilämpöisyys

Nestetasapaino: sisään menevät nesteet, diureesi, vuodot & eritykset

Lääkitys: annetut lääkkeet ja infuusioiden riittävyys, vahvuus & nopeus

Leikkausalue: leikkausalueen tarkistus; sidokset, haavat, eritteet (määrä, laatu) stoomat (väri), dreenit ja dreeni-imun voimakkuus, ihon väri/lämpö/kosteus, pulssit

Kanyylien/katetriin toiminta, kiinnitys ja sijainti

Lisätietoa saatavilla:

Heikkilä, Juhani & Mäkijärvi, Markku (toim.) 2003. EKG. Helsinki: Duodecim.

HUSLAB <http://huslab.fi/ohjekirja/index.html>

Käypä Hoito -suositukset www.kaypahoito.fi

Lukkari, Liisa; Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Niemi-Murola, Leila; Jalonen, Jouko; Junttila, Eija; Metsävainio, Kirsimarja & Pöyhiä, Reino (toim.) 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Duodecim.

Partanen, Juhani; Falck, Björn; Hasan, Joel; Jäntti, Ville; Salmi, Tapani & Tolonen, Uolevi (toim.) 2006. Kliininen neurofysiologia. Helsinki: Duodecim.

Rosenberg, Per; Alahuhta, Seppo; Hendolin, Heikki; Jalonen, Jouko & Yli-Hankala, Arvi (toim.) 2002. Anestesiaopas. Helsinki: Duodecim.

Rosenberg, Per; Alahuhta, Seppo; Kanto, Jussi & Takala, Jukka (toim.) 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim.

Arteria-astrup viitearvotaulukko

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK

pH	7.35–7.45	Lact	0.5-2.2 mmol/l
pO ₂	11.0–13.3 kPa	K	3.3–4.9 mmol/l
pCO ₂	4.5–6.0 kPa	Na	137–145 mmol/l
Be	– 2.5 – 2.5 mmol/l	Ca	1.16–1.3 mmol/l
Hb	117-155 g/l	Gluk	4-6 mmol/l
Hct	35–46 %		
HCO ₃	21–28 mmol/l		
O ₂ -Sat	95–98.5 %		

Lähde: Huslab 2012. Viitattu 4.12.2012.

KIRJAAMINEN

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK 2012

Hoidon ja hoitotoimenpiteiden kirjaaminen ovat osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja se parantaa hoidon jatkuvuutta. Kirjaaminen ja dokumentointi edistävät tiedonvälitystä potilaan voinnista, hänen saamastaan hoidosta ja terveystalvuluista. Hoitotyössä virallisesti dokumentoidut asiat ovat todiste potilaan hoitoa koskevista päätöksistä. Kirjaamiset kertovat sen, mitä on tehty, kuka on tehnyt sekä milloin ja miksi on tehty. Viralliset

dokumentit ja potilasasiakirjat toteutuneesta hoidosta takaavat niin potilaan tiedonsaantioikeuden kuin hoitohenkilöstön oikeusturvan riskitilanteissa.

- Potilaan tietoihin voivat kirjata ainoastaan hoitoon osallistuneet ammattihenkilöt
- Sähköisiin järjestelmiin kirjaudutaan ja kirjataan omilla tunnuksilla
- Potilasasiakirjoihin tulee lain mukaan kirjata kaikki tarpeelliset tiedot koskien potilaan hoitoa ja hoitohistoriaa
- Vain potilaan hoidon kannalta tärkeät ja oleelliset asiat kirjataan
- Kirjauksista tulee käydä ilmi hoidon suunnittelu sisältäen potilaan hoidolliset ongelmat, hoitotyön tavoitteet ja toteutus sekä saavutetut tulokset ja niiden arviointi
- Kirjaamisen laadullisia kriteereitä ovat huolellisuus, loogisuus, selkeys, ymmärrettävyys, virheettömyys, oleellisten asioiden julkituominen sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta
- Kirjausten tulee olla potilasta kunnioittavia, jotta kirjaukset voidaan antaa potilaan nähtäviksi hänen pyytäessään
- Sähköisten järjestelmien ollessa pois käytöstä, siirrytään manuaaliseen kirjaamiseen paperisille lomakkeille
- Manuaalisesti kirjataan muun muassa anestesiahoitajien osaston ulkopuolella tapahtuvat työtehtävät sekä elvytyksen aikaiset tapahtumat
- Potilaan esitietokaavake, anestesiakaavake ja leikkaussuunnitelma ovat yleensä saatavana paperisina lomakkeina
- Paperisille lomakkeille tulee kirjoittaa selvällä käsialalla ja virheettömästi

Potilaan hoidon kirjaamista sääteleviä lakeja ja asetuksia:

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785)
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559)
- Henkilötietolaki (1999/523)
- Potilasvahinkolaki (1986/585)
- Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (2001/99)
- Sähköisen viestinnän tietosuojalaki (2004/516)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009/298)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
(2007/298)

Lisätietoa luettavissa:

Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa. 13.4.2011. Versio 3.
Hoitotyön kirjaamisen asiantuntijaryhmä (Junttila, Kristiina; Heija, Rauni & Konttinen, Riitta ym.)

RAPORTOINTI

Krista Poikajärvi & Maiju Palojärvi, Diak AMK 2012

Suullinen raportointi täydentää kirjallista tiedottamista ja tukee sekä tiedonkulkua että hoidon jatkumista. Suullisessa raportoinnissa korostuvat sellaiset asiat, joita pidetään tärkeinä hoidon toteuttamisessa. Potilaskeskeisyys on raportoinnissa tärkeää, eikä potilasta tule sulkea raportointitilanteista ulkopuoliseksi. Potilaasta ei tule puhua vaivana tai sairautena, vaan hänet tulee ottaa huomioon mahdollisena tiedonantajana. Usein potilas on itse oman tilansa paras asiantuntija.

Potilaan siirtyessä leikkaussalista heräämään tai valvontayksikköön, raportoidaan

- potilaan henkilötiedot, diagnoosi ja tehty toimenpide
- lähiomaisen tai yhteyshenkilön tiedot
- potilaan vointi ja psyykinen tila osastolla ennen toimenpidettä
- potilaan hoidon kannalta merkitykselliset tutkimusarvot, perussairaudet ja allergiat
lääkehoitoineen
- pääpiirteet potilaan anestesiasta, eli anestesiamuoto, anestesiassa käytetyt lääkkeet,
annettujen lääkemäärien vaikutus ja potilaan anestesian aikainen vointi
- potilaan nesteytys, mahdollinen vuodon määrä ja siihen annetut korvaukset.
- potilaan leikkaushaavan sijainti, dreelit ja katetrit, haavataitokset sekä leikkaushaavan
vuodot
- kirurgin antamat määräykset asentohoidosta, antibiootti- ja antikoagulaatiohoidosta
sekä mahdolliset muut jatkomääräykset
- anestesiologin antamat määräykset nesteytyksestä, kipulääkityksestä ja tutkimuksista
- potilaan senhetkinen vointi ja toipumisvaihe toimenpiteestä, sekä mahdolliset kompli-
kaatiot hoitoineen

Potilaan siirtyessä heräämöstä vuodeosastolle tai jatkohoitoon muuhun sairaalaan, raportoidaan

- potilaan henkilötiedot, diagnoosi, tehty toimenpide, hoidon kannalta merkitykselliset perussairaudet lääkehoitoineen sekä allergiat
- lähiomaisen tai yhteyshenkilön tiedot
- omaisten/yhteyshenkilön yhteydenpito hoitavaan yksikköön (kuka ollut yhteydessä, milloin, mitä tietoja annettu, puhuiko potilaan/sairaanhoitajan/lääkärin kanssa)
- hoidon kannalta merkitykselliset tutkimusarvot
- anestesian ja leikkauksen kulku
- potilaan heräämöhoidon aikainen vointi ja toimenpiteet heräämössä
- haavan sijainti ja hoito
- tiedot dreeneistä ja katetreista sekä yhteenveto potilaan nesteytyksestä, erityksestä, pahoinvoinnista ja virtsauksesta
- anestesialogin ja kirurgin antamat määräykset koskien potilaan jatkohoitoa (antikoagulaatio, antibioottihoito)
- potilaan saamat kipulääkkeet sekä senhetkinen kiputilanne
- potilaan psyykinen vointi ja hoitomyönteisyys toimenpiteen jälkeen (onko rauhallinen/ahdistunut/aggressiivinen/tyytyväinen ym.)
- kommunikointi potilaan kanssa (onko käytössä kommunikoinnin apuvälineitä, esim. kuulolaite; millä kielellä kommunikoidaan, tulkin käyttö ym.)
- potilaan oma arvio voinnistaan ja mahdolliset toivomukset hoidon suhteen

LIITE 2: Palautelomake

OPINNÄYTETYÖMME TUOTOKSEN PALAUTELOMAKE

Tällä lomakkeella keräämme palautetta Meilahden sairaalan leikkaus- ja anestesiaosastolle tekemämme opinnäytetyön tuotoksesta. Opinnäytetyömme tuotoksen tarkoituksena oli suunnitella ja kirjoittaa Bennerin ammatillisen kehittymisen malliin pohjautuen auttamisen sekä diagnosoinnin ja tarkkailun osuudet anestesiahoitajan käsikirjaa varten. Saamamme palaute auttaa meitä arvioimaan opinnäytetyömme tuotosta ja sen hyödynnettävyyttä. Keräämme vastaukset tiistaina 15.1.2013. Kiitos palautteestasi!

sh-opiskelijat Krista Poikajarvi ja Maiju Palojärvi, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki, 4.1.2013.

Vastaaja:

1. Olivatko osuudet tekstisisällöltään selkeitä ja ymmärrettäviä?

2. Sisälsivätkö osuudet osaston toiminnan kannalta oleellisia asioita?

3. Olivatko osuuksien tekstisisällöt kattavia, mitä osuuksissa olisi voinut olla kerrottuna tarkemmin tai yksityiskohtaisemmin?

4. Koetteko, että käsikirjan tuotoksemme on osastollenne hyödyllinen ja käyttökelpoinen?

5. Muuta palautetta:

Kiitos mielipiteestäsi!

LIITE 3: Käsikirjan sisältö

SISÄLLYS

I YLEISET ASIAT

1. Palvelussuhdeasiat

Työ- ja virkaehtosopimus

Työaika

Lomat

Työterveyshuolto

Sairauspoissaolot

Työsuojelu

Henkilöstöetuudet

2. Viestintä

Ulkoinen viestintä

Sisäinen viestintä

3. Turvallisuus

4. Aseptiikka

5. Yhteistyötahot

II HOITAMISEN OSA-ALUEET

1. Auttaminen

Perioperatiivisen hoitotyön periaatteita Meilahden leikkaus- ja anestesiaosastolla

Kollegiaalisuus ja tiimityö Meilahden leikkaus- ja anestesiaosastolla

Muuttuvat tilanteet ja niissä joustavuus

Muutoksiin sopeutuminen

Moniammatillisuus

Eri kulttuurit

2. Ohjaus

Opiskelijaohjaus

Perehdyttäminen

Potilaan ohjaaminen

Omaisten ohjaaminen

3. Diagnosointi ja tarkkailu
4. Kirjaaminen
5. Raportointi
6. Hoitotoimien hallinta
7. Nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinta
8. Laadunvarmistus
9. Työrooli

III ERI POTILASRYHMIEN ANESTESIAHOITOTYÖ

1. Vatsaelinkirurgisten potilaiden anestesiahoitotyö
2. Verisuonikirurgisten potilaiden anestesiahoitotyö
3. Maksakirurgisten potilaiden anestesiahoitotyö
4. Keuhko- ja ruokatorvikirurgisten potilaiden anestesiahoitotyö
5. Sydänkirurgisten potilaiden anestesiahoitotyö
6. Heräämön hoitotyö
7. Kirurgisten päivystyspotilaiden anestesiahoitotyö
8. Elinsiirtopotilaiden anestesiahoitotyö
9. Elinluovuttajan hoito ja vainaja / vainajan laitto
10. Anestesiahoitotyö leikkausosaston ulkopuolella
11. Perfuusiot