

# ”TUNTEMATON POTILAS”

Potilaasta keskusleikkausyksikölle annettavan suullisen raportin kehittämishanke

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Opinnäytetyö  
Syksy 2008  
Meri Kärki  
Tuomas Niemeläinen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos  
Hoitotyön koulutusohjelma

KÄRKI, MERI & NIEMELÄINEN, TUOMAS: ”Tuntematon potilas”  
Potilaasta keskusleikkausyksikölle annettavan suullisen raportin kehittämishanke

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 35 sivua, 8 liitesivua

Syyskuu 2008

## TIIVISTELMÄ

---

Potilaan siirtyessä vuodeosastolta tai muusta yksiköstä keskusleikkausyksikköön, tiedonsiirto on tärkeää potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Keskusleikkausyksikköön annettava potilasraportti saattaa kuitenkin olla puutteellinen tai virheellinen.

Tämän hankkeen tarkoituksena oli tuottaa ohje keskusleikkausyksikköön annettavan suullisen potilasraportin sisällöstä. Tuotetun ohjeen avulla on tavoitteena kehittää potilaan saamaa perioperatiivista hoitoa saumattomaksi ja joustavaksi sekä osaltaan parantaa potilasturvallisuutta. Hanke toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan keskusleikkausyksikön hoitohenkilökunnan kanssa.

Raportoinnin nykytilaa, sen mahdollisia kehittämiskohteita sekä keskusleikkausyksikköön annettavan potilasraportin oleellista sisältöä kartoitettiin haastatellamalla keskusleikkausyksikössä potilasraportin vastaanottavia sairaanhoitajia. Haastattelut toteutettiin eri erikoisalojen leikkauksissa toimiville anestesia- ja instrumenttihoitajille. Tiedonkeruumuotona käytettiin temahaastattelua. Haastattelut oli jaettu viiteen eri ryhmään erikoisalojen mukaan. Haastatteluista syntyneet aineistot analysoitiin sisällönanalyysimenetelmää soveltaen.

Haastatteluissa ilmeni, että keskusleikkausyksikköön annettava potilasraportti on tällä hetkellä sisällöltään hyvin vaihteleva. Suurimmiksi puutteiksi haastateltavat nimesivät perustietojen puuttumisen potilasraportissa sekä sen, ettei potilasta leikkauksaliin tuova hoitaja tunne potilasta ja tämän taustatietoja. Syiksi ongelmiin nimettiin muun muassa hoitajan kokemattomuus ja osastolla oleva kiire. Haastatteluiden perusteella tuotettiin ohje suulliseen raportointiin potilaan siirtyessä keskusleikkausyksikköön. Ohjetta toivotaan hyödynnettävän uusien työntekijöiden perehdyttämisessä sekä opiskelijoiden ohjauksessa.

Avainsanat: ohjeet, perioperatiivinen hoito, potilasasiakirjat, potilasturvallisuus, raportointi, tiedonkulku

Lahti University of Applied Sciences  
Department of Social and Health Care  
Degree Programme in Nursing

KÄRKI, MERI & NIEMELÄINEN TUOMAS: "The Unknown Patient"  
Development project of the oral patient reporting given to the central surgery  
ward

Bachelor's Thesis in Nursing, 35 pages, 8 appendixes

Fall 2008

## ABSTRACT

---

As the patient is transferred from the bed ward or some other type of hospital ward to the central surgery ward, the knowledge transfer between the wards is essential in ensuring the safety of the patient and the continuation of the care. The patient report given to the central surgery ward may however be erroneous or completely absent, which may endanger the security of the patient.

The aim of this project was to produce a content guidelines document regarding the oral reporting given to the central surgery ward. The purpose of this document is to enhance the perioperative care given to the patient by making it more seamless and flexible, but also to enhance patient security. The study was carried out in cooperation with the staff of the central surgery ward of Päijät-Häme Central Hospital.

The nurses of the central surgery ward were interviewed to get an understanding about the contents of the patient report today, the current status of how the patient reporting is implemented today and any possible development ideas for improving the reporting. The interviews were targeted to the anesthetics and instrument nurses in the different specialized teams within the central surgery ward. The interviews were implemented as theme interviews. The interviewees were divided into five different groups according to their fields of specialization. The data extracted from the interviews was analyzed according to the principles of content analysis methodology.

It was discovered during the interviews that the report given to the central surgery ward is at its current state very variable regarding its contents. The biggest concerns were the lacking of the basic patient information and the fact that the nurses escorting the patient to the central surgery ward aren't familiar with the patients and their background information. Some reasons that were identified as the cause were the inexperience of the nurses and the lack of time. Based on the interviews a guideline document for the oral reporting was produced for the event when a patient is transferred to the central surgery ward. It is hoped that the document shall be used when new employees or students are introduced to the workplace.

Key words: directions, perioperative care, patient documents files, patient security, reporting, knowledge transfer

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	RAPORTOINTI OSANA POTILAAN HOIDON JATKUVUUTTA	3
2.1	Potilaan hoidon kirjaaminen raportoinnin perustana	3
2.2	Raportin laatuun vaikuttavia tekijöitä	4
2.3	Raportointi osana potilasturvallisuutta	6
2.4	Raportti potilaan siirtyessä leikkausyksikköön	7
3	IDEASTA OHJEEKSI	10
3.1	Hankkeen yhteistyöryhmät ja hyödynsaajat	10
3.2	Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet lyhyellä sekä pitkällä aikavälillä	11
3.3	Hankkeen toteutus	11
3.4	Suunnitelma kehittämistarpeiden kartoittamiseksi	12
4	HANKKEEN TIEDONKERUU	14
5	SUULLISEN RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN	17
5.1	Raportoinnin nykytila	17
5.2	Raportoinnin puutteet, ongelmat ja niiden syyt	19
5.3	Erikoisaloittain huomioitavia seikkoja raportoinnissa	21
5.4	Raportoinnin kehittämistarpeet	22
5.5	Ideoita ja ajatuksia raportointiohjeesta	23
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	24
7	TUOTETTU OHJE	26
8	HANKKEEN ARVIOINTI	28
8.1	Tavoitteiden toteutuminen	28
8.2	Tiedonkeruumenetelmän arviointi	28
8.3	Hankkeen toteutuksen arviointia	29
8.4	Yhteistyökumppanilta tuotoksesta saatu palaute	30
9	POHDINTA	32
	LÄHTEET	34
	LIITTEET	37

## 1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyönä toteutettavassa hankkeessa käsitellään potilaan hoidon raportointia teoreettisella tasolla sekä esitetään leikkaussaliin annettavan potilasraportin perusteet tarkastellen sen eri osa-alueita. Raportin loogisuus ja virheettömyys ovat tärkeitä osatekijöitä leikkaussalin henkilökunnan työn toimivuuden kannalta. Tiedon välittymistä eri yksiköiden välillä on tutkittu useista eri näkökulmista. Aiheesta on tehty tutkimuksia raportoinnin perustana olevasta kirjaamisesta perioperatiivisessa hoitotyössä (Junttila 1999; Junttila 2005), sekä raportointitilanteesta, joka tapahtuu otettaessa potilas vastaan leikkausosastolle (Runne 2000).

Oma kiinnostus leikkaussalissa tapahtuvaan työhön vaikutti suuresti hankkeen suuntaamiseen leikkaussalitoimintaan. Hanke päätettiin toteuttaa Päijät-Hämeen keskussairaalan (PHKS) keskusleikkausyksikön osastonhoitajan kanssa käydyn keskustelun perusteella. Potilaiden siirtyessä osastolta leikkausyksikköön, leikkausyksikölle annettava suullinen raportti potilaasta saattaa olla puutteellinen tai virheellinen. Se vaikeuttaa leikkausyksikössä työskentelevän henkilökunnan työtä.

Päijät-Hämeen keskussairaalan keskusleikkausyksikössä toimii neljätoista leikkaussalia, joissa suoritetaan useiden eri erikoisalojen toimenpiteitä. Erikoisaloina ovat muun muassa yleiskirurgia, gastroenterologia, ortopedia, urologia, plastiikkakirurgia, verisuonikirurgia, lastenkirurgia, gynekologia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä suu- ja hammassairaudet. Vuonna 2007 yksikössä suoritettiin noin 8000 toimenpidettä. (Leikkaus, anestesia ja tehostetun hoidon yksikkö 2008)

Hankkeen tarkoituksena oli tuottaa ohje keskusleikkausyksikköön annettavan suullisen potilasraportin sisällöstä yhteistyössä keskusleikkausyksikön hoitohenkilökunnan kanssa. Hankkeen tavoitteena on tuotetun ohjeen avulla kehittää potilaan saamaa perioperatiivista hoitoa saumattomaksi ja joustavaksi. Lisäksi tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta.

Raportin sisältö tulisi esittää riittävän lyhyesti ja loogisessa järjestyksessä. Suullisen raportoinnin sisältöä ja toimivuutta eri erikoisaloilta kartoitettiin haastatteleamalla raportin vastaanottavia sairaanhoitajia. Haastattelut kohdistettiin eri erikoisalojen leikkauksissa toimiville anestesia- ja instrumenttihoitajille. Haastatteluiden avulla pyrittiin selvittämään nykyinen raportointikäytäntö, raportissa tarvittavat oleelliset tiedot sekä mahdolliset kehittämisalueet.

Haastatteluiden pohjalta laadittiin kirjallinen ohje, jossa ilmenee keskusleikkausyksikköön annettavan potilasraportin sisältö. Tuotosta ehdotetaan käytettäväksi raportoinnin tukena potilaan siirtyessä leikkausosastolle. Hankkeen tuotosta toivotaan hyödynnettävän opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä suullisen raportin antoon potilaan siirtyessä hoitavasta yksiköstä leikkausosastolle.

## 2 RAPORTOINTI OSANA POTILAAN HOIDON JATKUVUUTTA

Kilpeläinen (1992) toteaa Runteen (2000) teoksessa hoitotyön raportoinnilla tarkoitettavan perinteistä tiedotustilannetta, jonka tarkoitus on turvata potilaan hoidon jatkuvuus. Tässä hankkeessa käytetään suullisesta tiedotuksesta käsitettä raportointi. Raportoinnissa korostuvat asiat, jotka potilaan hoidon toteutuksen kannalta ovat merkityksellisiä (Runne 2000, 19). Raportin tulee olla selkeä ja lyhytsanainen, sekä ilmaista ne oleelliset asiat, jotka ovat välttämättömiä hoidon vastuun siirtymiselle (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola, Hietanen 2004, 63). Tavoitteena on raportti, joka identifioinnin, eli potilaan tunnistamisen, lisäksi selvittää potilaan kokonaistilan: terveydentilan, leikkaussuunnitelman, tehdyt tutkimukset, lääkityksen ja muut tärkeät huomiot, joihin voi kuulua esimerkiksi liikerajoitukset ja proteesit (Laine, Rekomaa-Niskanen, Lukkari 2002).

### 2.1 Potilaan hoidon kirjaaminen raportoinnin perustana

Raportoinnin perustana toimii kirjaaminen. Lauri, Murto & Lehti (1997) kuvailevat Junttilan (1995) mukaan hoitotyön kirjaamisen tarkoittavan tietoa, jonka tavoitteena on perustella ja oikeuttaa potilaan saama hoito tai perustella hoidon vaikuttavuus. Kirjauksista tulisi ilmetä potilaan hoidosta tehdyt päätökset, milloin ja miksi päätökset on tehty, sekä kulloisenkin päätöksen tekijä. Kirjauksista tulee selvittää myös se, miten päätös on toteutettu, kuka sen on toteuttanut ja sen vaikutukset potilaan terveydentilaan. (Junttila 1999, 5.) Myös leikkaussaliin annettava raportti perustuu potilasasiakirjojen läpikäymiseen (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 238).

Kirjaamisella on myös tärkeä juridinen merkitys. Ilveskivi (1997) toteaa Junttilan (1999) teoksessa potilasasiakirjoilla olevan erittäin suuri merkitys potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön oikeusturvalle: mahdollisissa potilasvahinkotapauksissa asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoissa auttavat selvittämään potilaan hoitoon liittyvät tapahtumat. Ne myös turvaavat potilaan tiedonsaantioikeuden toteutumisen. (Junttila 1999, 8.)

Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä säätelevät lait (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 12 §). Potilasasiakirjat määritellään laissa olevan ”potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 ).

## 2.2 Raportin laatuun vaikuttavia tekijöitä

Raportointitilanne sisältää aina vuorovaikutusta ja viestintää. Jokainen hoitaja esittää asiat omalle persoonallisuudelleen tyypillisellä tavalla, joka muotoutuu usein työkokemuksen karttuessa. (Laine ym. 2002, 22.) Sanallisen ilmaisun lisäksi vuorovaikutukseen liittyvät myös eleet, ilmeet, äänensävyt, äänenpainotukset ja liikkeet, jotka kaikki ovat läsnä myös raportointitilanteessa (Laine ym. 2002, 22; Repo & Nuutinen 2003, 17). Sanaton viestintä heijastaa asenteita ja on mukana luomassa vuorovaikutukseen osallistujien keskinäistä ilmapiiriä (Hjelt-Putilin 2005, 35; Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 32). Raportointitilanteen vuorovaikutuksen ensisijaisena tarkoituksena on tietojen välittyminen hoidossa olevasta potilaasta (Laine ym. 2002, 22).

Esteinä onnistuneelle vuorovaikutukselle, ja näin myös tiedon siirrolle, voivat olla osapuolten yhteistyöongelmat, kiire, työtehtävien mekaaninen suorittamistapa ja työympäristön rauhattomuus. Yhteistyöongelmat saattavat johtua muun muassa huonoista henkilökemioista tai hoitajan epävarmuudesta itsestä hoitajana. Nämä tekijät eivät kuitenkaan saisi olla vaikuttamassa viestintään siirrettäessä potilaan tietoja.



Myös hoitajan kokemattomuus tai väsymys sekä kuuloetäisyydellä olevat toiset potilaat saattavat olla onnistuneen vuorovaikutustilanteen estäviä tekijöitä. Muita vuorovaikutusta hankaloittavia tekijöitä ovat asiasta toiseen hyppiminen, monimutkaisten kieliopillisten rakenteiden käyttö ja vastapuolen liian nopea puhe. (Laine ym. 2002, 22.)

Vastuu raportointitilanteen tiedonsiirrosta kuuluu molemmille raportointiin osallistuville osapuolille. Vaikka potilasta keskusleikkausyksikköön tuova hoitaja on vastuussa siitä, millaisen raportin hän potilaasta antaa, on myös raportin vastaanottava hoitaja vastuussa siitä, millaisin tiedoin hän on valmis ottamaan vastuun potilaan jatkohoidosta. Raportin vastaanottava hoitaja on näin oikeutettu saamaan tarvitsemansa lisätiedot potilaan hoidon turvallisuuden ja jatkuvuuden takaamiseksi. (Laine ym. 2002, 22.)

Raportin vastaanottajana leikkausyksikössä toimii yleensä anestesiahoitaja. Instrumenttihoitajan ja valvovan hoitajan olisi myös tärkeää kuunnella raportti, jolloin välttytään hoitotietojen moninkertaisilta tarkistuksilta ja asioiden uudelleen kysymiseltä. (Lukkari ym. 2007, 238.) Raportissa tulisi huomioida potilas ja nostaa hänet esiin yksilönä (Lukkari ym. 2007, 238). Epäonnistuneessa raportissa potilaasta puhutaan persoonattomasti, hän jää tilanteessa ulkopuoliseksi ja hänet jätetään vuorovaikutuksellisesti kohtaamatta (Lukkari ym. 2007, 238). Sanattomalla viestinnällä on suuri merkitys vuorovaikutuksellisen kohtaamisen onnistumisessa (Hjelt-Putilin 2005, 35).

Hyvän raportin antaminen vaatii hoitajalta ammattitaitoa (Laine ym. 2002, 22). Hoitajan ammattitaito koostuu kyvystä itsenäiseen työskentelyyn, oman ammatin ja työn arvostuksesta ja hyvistä auttamistaidoista. Myös asiakaslähtöinen toiminta, taito tehdä päätöksiä ja oman persoonan tunteminen kuuluvat hoitajan ammattitaitoon. Nämä edellä mainitut ominaisuudet olisi hyvä tulla ilmi myös raportoinnissa. Hoitajan tulee itse arvostaa omaa raporttiaan ja kykyään hyvän raportin antamiseen. (Hilden 2002, 60–61.) Hoitajien tulisi aika ajoin arvioida oman osaamisensa vahvuuksia ja heikkouksia. On tärkeää pohtia myös sitä, vastaako tämänhetkinen osaaminen työssä tarvittavaa osaamista. (Hilden 2002, 31.)

### 2.3 Raportointi osana potilasturvallisuutta

Tiedottaminen ja kirjaaminen hoidosta on erityisen tärkeää perioperatiivisessa hoitotyössä. Hyvä ja korkealaatuinen suullinen raportointi potilaasta, mikä nojautuu samanaikaisesti kirjallisiin dokumentteihin ja aistihavaintoihin, on tärkeä osa potilasturvallisuutta. (Ruuskanen & Hartikainen 1992, 28.) Potilasturvallisuutta vahvistavan sanallisen viestinnän tulee olla ennen kaikkea selkeää, täsmällistä ja ymmärrettävää (Hjelt-Putilin 2005, 97). Asioiden epäselvä tai epätasällinen esittäminen saattaa johtaa väärinymmärtämiseen ja tulkinnanvaraisuuteen, mikä saattaa osaltaan vaarantaa potilasturvallisuutta (Hjelt-Putilin 2005, 97).

Ennen potilaan siirtoa leikkausyksikköön, potilasta siirtävä hoitaja tarkastaa anestesiatietomuksesta tiedot annetusta esilääkkeestä ja sen antajasta, verenpaineesta, potilaan mahdollisista muista sairauksista, lääkehoidosta ja verivarauksesta. Luovuttaessaan potilaan leikkaussaliin potilasta tuova hoitaja antaa raportin leikkausyksikön sairaanhoitajalle. Näin toimimalla varmistetaan hoidon jatkuvuus sekä taataan turvallisuus niin potilaan kuin hoidonkin osalta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 67.) Hyvä tiedonanto, potilaan kunnioittaminen ja potilaan mielipiteiden huomiointi raportointitilanteessa luovat potilaalle psyykkisen turvallisuuden tunteen (Lukkari ym. 2007, 17).

Koska leikkaussaliin annettava raportti perustuu aina potilaan henkilökohtaisten tietojen läpikäymiseen, tulee raporttia antaessa huomioida potilaan tietoturva (Lukkari ym. 2007, 235). Tietoturvan säilyttämiseksi on laissa määritelty asiakirjasalaisuutta ja vaitiolovelvollisuutta käsittelevät asetukset, joiden noudattamista vaaditaan potilaan hoitoon osallistuvilta henkilöiltä (Ylipartanen 2001, 59–61). Potilaan yksityisyyden ja intimitetin turvaamiseksi raportti tulisi antaa tilassa, jossa potilaan hoidon ulkopuolisilla henkilöillä ei ole mahdollisuutta kuulla potilaasta annettuja tietoja (Lukkari ym. 2007, 235).

## 2.4 Raportti potilaan siirtyessä leikkausyksikköön

Potilaan siirtyessä keskusleikkausyksikköön vuodeosastolta tai muusta yksiköstä, hän saa ensivaikutelmansa leikkaussalista ja raportin vastaanottavasta hoitajasta, anestesia- tai instrumenttihoitajasta. Suullinen raportti potilaasta annetaan potilaan kuullen, kiinnittäen huomiota puhetapaan ja asioiden loogiseen esittämiseen. On tärkeää varmistaa, että potilas huomioidaan raportointitilanteessa. Potilaan osallistumista tilanteeseen voi vaikeuttaa muun muassa runsas lyhenteiden ja sairaalasingisanon käytö. Rauhallinen raportointitilanne ja -paikka sekä selkeä kielenkäyttö mahdollistavat potilaan osallistumisen raportointiin ja tietojensa esittämiseen. (Holmia ym. 2004, 67; Lukkari ym. 2007.)

Raportointitilanteessa potilas tulee poikkeuksetta identifioida eli tunnistaa, jotta suunniteltu toimenpide toteutetaan oikealle potilaalle. Identifioidessa potilasta varmistetaan hänen nimensä ja henkilötunnuksensa. Identifiointi voidaan suorittaa kysymällä potilaalta hänen nimeään ja henkilötunnustaan. Sosiaaliturvatunnuksen toteaminen on ensiarvoisen tärkeää, sillä hoidossa saattaa olla samanaikaisesti samannimisiä potilaita. Potilasidentifiointi voidaan tehdä myös tunnistusrannekkeen sekä potilasasiakirjojen, esitietolomakkeen ja potilasta tuovan sairaanhoitajan avulla. Näin toimitaan erityisesti, jos potilas on tajuton. Tällöin turvallisuus lisääntyy ja vähennetään esimerkiksi sekaannuksista johtuvia virheitä. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 350; Lukkari ym. 2007, 237.)

Vaikka diagnoosi, toimenpide ja leikkausalue ovatkin etukäteen leikkaustiimin tiedossa, tulee leikkausyksikön sairaanhoitajalle annettavassa raportissa vielä vahvistaa suullisesti suunniteltu toimenpide ja kirurgin määrittämä leikkauskohta. Lisäksi kerrotaan leikkaukseen johtaneen sairauden kulku pääpiirteittäin. (Holmia ym. 2004, 67.) Leikkausalueen toteamisella on tarkoitus saada varmistus oikeasta leikkausalueesta. Parillisia elimiä, kuten silmiä tai raajoja koskevat tiedot tarkastetaan potilasasiakirjoista ja verrataan leikkausohjelman tietoihin. On tärkeää varmistua oikeasta puolesta. Asia olisi hyvä tarkistaa myös potilaalta. (Korte ym. 2000, 351.) Tässä vaiheessa varmistetaan leikkaussali- ja anestesiavalmistelujen oikeellisuus juuri tämän potilaan kohdalla (Lukkari ym. 2007, 237).

Raportissa on oleellista mainita potilaan mahdolliset muut sairaudet ja se, miten ja milloin niitä on lääkitty. Toimenpiteiden kannalta merkittäviä sairauksia ovat erityisesti sydän- ja verisuonisairaudet sekä aineenvaihdunnalliset sairaudet. (Korte ym. 2000, 351; Rosenberg, Alahuhta, Kanto, Takala 1999, 253.) Tiedot muista sairauksista ovat tärkeitä, jotta osattaisiin varautua mahdollisiin komplikaatioihin. Monet krooniset sairaudet heikentävät elimistön kykyä sietää anestesian ja leikkauksen aiheuttamaa räsitusta. (Rosenberg ym. 1999, 253.) PHKS:n esitietolomakkeen (LIITE 1) mukaan raportissa mainitaan myös erityisjärjestelyjä vaativat sairaudet, kuten veriteitse tarttuvat tartuntataudit. Myös toimenpidepäivänä toteutettu lääke- ja nestehoito on mainittava raportissa (Holmia ym. 2004, 67; Lukkari ym. 2007, 237). Tiedot potilaan lääkkeitä ovat oleellisia, sillä niillä saattaa esiintyä yhteisvaikutuksia anestesiassa käytettävien lääkeaineiden kanssa (Rosenberg ym. 1999, 76).

Ennen toimenpidettä potilaan tulisi olla ravinnotta kuudesta kahdeksaan tuntia ja juomatta kaksi tuntia. Potilaan ravinnotta olo tulee mainita myös raporttia antaessa. Päivystysleikkauksissa ravinnotta olo saattaa olla mahdotonta, joten potilas pystytään leikkaamaan, vaikka hän olisi ravintoa nauttinutkin. (Lukkari ym. 2007, 237.) Ravinnotta olo on tärkeää, sillä anestesiaan liittyy riski, että potilas vetää keuhkoihin eli aspiroi mahalaukun sisältöä (Rosenberg ym. 1999, 256).

Raportissa tulee ilmetä potilaan yliherkkyydet, erityisesti jos potilas on yliherkkä lääkeaineille, puhdistusaineille, luonnonkumille tai teippien liima-aineille. Näin pystytään välttämään yliherkkyyksireaktiot. (Korte ym. 2000, 351; Lukkari ym. 2007, 237.) PHKS:n esitietolomakkeen (LIITE 1) mukaan raporttia antaessa on tultava ilmi potilaalle aiemmin suoritettut toimenpiteet ja anestesiast. Tärkeitä tietoja ovat muun muassa aiempien toimenpiteiden yhteydessä tai niiden jälkeen ilmenneet ongelmat, kuten pahoinvointi, puudutusongelmat, vaikea intubaatio (hengityspotken asentaminen) tai potilaan joutuminen teho-hoitoon (LIITE 1).

Raportissa todetaan potilaan veriryhmä ja se, onko tehty mahdollisia verituotevärsä. Ennen suunniteltua toimenpidettä potilaalle suoritetaan verensiirtoserologisä tutkimuksia, joiden avulla saadaan varmuus potilaalle sopivasta verivalmistä.

Tavallisimmat verensiirtoserologiset tutkimukset ovat veriryhmämääritys, veriryhmän tarkistus, punasoluvasta-aineiden seulonta ja tunnistus ja veren sopivuuskoe. (Hellsten 2006, 29.) Raporttia antaessa tulee kertoa potilaalle tehdyistä laboratoriotutkimuksista ja mahdollisista viitearvopoikkeamista. Potilaasta otetusta EKG:stä, eli sydänfilmistä ja mahdollisista röntgenkuvista ja niissä esiintyvistä poikkeamista tulee myös mainita. Tulokset tulee olla käytettävissä myös intraoperatiivisesti. (Holmia ym. 2004, 60; Lukkari ym. 2007, 237.)

Raportissa mainitaan myös potilaan saama esilääkitys ja sen vaikutus potilasta hoitaneen yksikön kannalta (Korte ym. 2000, 351). Esilääkityksen arviointi on erityisen tärkeää, kun kyseessä on lapsi- tai vanhuspotilas. Esilääkityksen ensisijaisena tarkoituksena on helpottaa potilaan oloa ennen toimenpidettä vähentämällä tuskaisuutta ja toimenpiteeseen liittyvää pelkoa ja kipua. Sopivalla esilääkityksellä voidaan tarvittaessa myös vähentää toimenpiteeseen liittyviä riskejä. (Rosenberg ym. 1999, 257.)

### 3 IDEASTA OHJEEKSI

Tässä hankkeessa keskitytään potilaan hoidon suulliseen raportointiin, joka tapahtuu potilaan siirtyessä leikkausyksikköön. Potilasta hoitaneen yksikön hoitaja antaa raportin potilaasta luovuttaessaan hänet leikkausyksikön sairaanhoitajalle. Näin mahdollistetaan hoidon jatkuvuus ja lisätään turvallisuutta potilaan ja hoidon kannalta. Hankkeessa pyritään paitsi tuomaan esiin raporttiin sisältyvät asiat, mutta myös perustelemaan kyseisten asioiden tarpeellisuus ja välttämättömyys potilaan turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden takaamiseksi.

#### 3.1 Hankkeen yhteistyöryhmät ja hyödynsaajat

Hanke toteutetaan yhteistyössä PHKS:n keskusleikkausyksikön hoitohenkilökunnan kanssa. Yhteyshenkilönä toimii keskusleikkausyksikön osastonhoitaja, joka toimii myös hankkeen idean alullepanijana. Hankkeen ensisijaisina hyötyjinä ovat leikkausyksikön henkilökunta, jonka työn sujuvuutta hankkeen toivotaan parantavan. Toissijainen hyödynsaaja on potilasta leikkausyksikköön tuovien osastojen henkilökunta.

Hankkeen tuotosta toivotaan hyödynnettävän. potilaita keskusleikkausyksikköön tuovilla osastoilla raporttiin valmistautumisessa. Tuotosta voidaan hyödyntää myös opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden ohjaamisessa ja perehdyttämisessä. Mikäli hankkeen tuotoksena syntyvä raportointiohje otetaan käyttöön, raportoinnin yhtenäisen ohjeen myötä tiedonsiirto leikkausyksikön ja potilasta tuovan yksikön välillä tehostuu, mikä parantaa osaltaan potilasturvallisuutta. Näin hyödynsaajina hankkeessa ovat myös keskusleikkausyksikön potilaat.

### 3.2 Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet lyhyellä sekä pitkällä aikavälillä

Hankkeen tarkoituksena oli tuottaa ohje keskusleikkausyksikköön annettavan suullisen potilasraportin sisällöstä. Hankkeen tavoitteena lyhyellä aikavälillä on tuotetun ohjeen avulla kehittää potilaan saamaa perioperatiivista hoitoa saumattomaksi ja joustavaksi. Tavoitteena on myös suullisen potilasraportin kehittämisen myötä parantaa potilasturvallisuutta. Hankkeen tuloksena syntynyt ohje on tarkoitettu keskusleikkausyksikön ja potilaita tuovien osastojen käyttöön. Pitkällä aikavälillä tavoitteena on hankkeen tuotoksen hyödyntäminen muun muassa opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden ohjaamisessa ja perehdyttämisessä.

### 3.3 Hankkeen toteutus

Opinnäytetyön tekijät ovat kiinnostuneita perioperatiivisesta hoitotyöstä. Mahdollisia opinnäytetyö aiheita tiedusteltiin keskusleikkausyksikön osastonhoitajalta. Hankkeen idea hahmottui keväällä 2007 keskusleikkausyksikön osastonhoitajan kanssa käydyn keskustelun jälkeen. Keskustelun aikana selvisi, ettei PHKS:ssa ole käytössä raportointiohjeistusta, joten hankkeelle on selvä käytännön työelämän tarve. Tällä hetkellä raportointitaito siirtyy perehdytyksessä hoitajalta hoitajalle, mutta varsinaista ohjetta siihen ei ole.

Elokuussa 2007 oli ideaseminaari. Ideaseminaarissa esitettiin hankkeen idea, jonka ohjaava opettaja hyväksyi. Ennen itse hankkeen toteuttamista pidettiin tapaaminen hankkeen toteuttajien, yhdyshenkilön ja ohjaavan opettajan kesken. Tapaamisessa keskusteltiin hankkeen toteuttamisesta ja yhdyshenkilön toiveista hankkeen suhteen. Tammikuussa 2008 esiteltiin hankesuunnitelma.

Talvella 2008 keskityttiin hankkeen teoreettisen viitekehyksen luomiseen ja hioamiseen. Tiedonhankinta oli haasteellista, sillä aiheesta ei löytynyt paljoa ajantasaista tutkimustietoa. Tässä vaiheessa luotiin myös haastattelukysymykset, joiden sisältö muokkautui hankkeen etenemisen myötä.

Keväällä 2008 aloitettiin hankkeeseen liittyvien haastattelujen järjestäminen yhteistyössä keskusleikkausyksikön osastonhoitajan kanssa: ajankohta sovittiin alustavasti elokuulle. Tutkimuslupa (LIITE 2) hankkeelle saatiin kesäkuussa 2008, jolloin myös haastattelujen tarkka ajankohta vahvistettiin. Hankkeistus sopimus (LIITE 3) allekirjoitettiin elokuussa 2008. Hankkeistus sopimukseen kirjattiin myös, että hankkeen tuotoksena syntyvän ohjeen käyttö- ja päivitysoikeudet siirtyvät hankkeen päätyttyä keskusleikkausyksikölle.

Haastattelut toteutettiin sovitusasiain 18.8.2008–21.8.2008 välisenä aikana. Haastattelussa esiin tulleiden tietojen pohjalta tuotettiin ohje keskusleikkausyksikölle annettavasta suullisesta raportista. Ohje lähetettiin sähköisesti arvioitavaksi sekä keskusleikkausyksikön osastonhoitajalle, että haastatteluihin osallistuneille hoitajille. Syyskuussa 2008 hanke ja sen tulokset esiteltiin opinnäytetyöseminaarissa. Hankkeen kirjallinen osuus sekä hankkeen tuotoksena syntynyt ohje toimitettiin lopullisessa muodossaan myös hankkeen yhteistyökumppanille.

### 3.4 Suunnitelma kehittämistarpeiden kartoittamiseksi

Raportoinnin kehittämiseksi tuli kartoittaa raportoinnin nykyinen tila ja siinä ilmenevät kehitystarpeet, jotka selvitettiin leikkaustiimissä työskenteleville anestesio- ja instrumenttisairaanhoidajille toteutettavien haastattelujen avulla. Hankkeeseen liittyvät haastattelut suoritettiin teemahaastatteluina, joissa haastattelun aihepiirit, teema-alueet, olivat etukäteen määritellyt. Teemahaastattelussa haastattelijalla on eräänlainen tukilista asioista, joista haastattelun aikana puhutaan (Aaltola & Valli 2001, 26). Kysymysten asettelu ja järjestys on vapaa (Aaltola & Valli 2001, 26). Haastattelujen teemat olivat potilasraportoinnin nykyinen tilanne Päijät-Hämeen keskusleikkausyksikössä, raportoinnin ongelmat, puutteet ja niiden syyt, raportoinnin kehittäminen, raportoinnin kehittäminen erikoisaloittain ja toivomukset suullisen raportoinnin ohjeen suhteen.

Hankkeeseen sisältyvät haastattelut suoritettiin 2-5 hengen ryhmille, jotka koostuivat leikkaustiimiin kuuluvista anestesia- ja instrumenttisairaanhoidajista. Haastateltavia ryhmiä oli viisi.



Jaottelu ryhmiin tehtiin kirurgisten erikoisalojen mukaan: gastroenterologinen kirurgia ja urologia; ortopedia; korva- nenä ja kurkkutaudit; obstetriikka, gynekologia ja lastenkirurgia sekä plastiikka-, thorax-, verisuoni- ja keuhkokirurgia. Jaottelu suoritettiin yhteistyössä keskusleikkausyksikön osastonhoitajan kanssa haastattelun toimivuuden ja tulosten analysoinnin helpottamisen vuoksi. Tarkempi kuvaus aineiston keruusta esitellään omassa luvussa.

#### 4 HANKKEEN TIEDONKERUU

Hankkeen tiedonkeruumuodoksi valittiin haastattelu, joka on yksi käytetyimpiä tiedonkeruumenetelmiä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34). Haastattelun ominaispiirteitä ovat tutkijan ja tutkittavan vuorovaikutuksellisuus, luottamuksellisuus sekä se, että tilanne on ennalta suunniteltu ja tapahtuu haastattelijan johdolla (Metsämuuronen 2001, 40). Menetelmänä haastattelu on joustava. Se antaa mahdollisuuden syventää ja selventää vastauksia, sekä sallii haastatteluaiheiden järjestyksen muuttamisen haastattelun aikana. Haastatteluiden haittapuoleksi voidaan katsoa joko haastattelijasta tai haastateltavasta johtuvien virhelähteiden mahdollisuus. Haastattelun luotettavuutta heikentää esimerkiksi haastateltavan taipumus antaa vastauksia, joita pitää sosiaalisesti hyväksyttävänä. Myös haastattelijan kokemus ja taito haastatella näkyvät haastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34–35.)

Haastattelun lajiksi valittiin teemahaastattelu. Haastattelun oletuksena on, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen, josta haastattelijat ovat kiinnostuneita. Teemahaastattelussa ei ole tiettyjä yksityiskohtaisia kysymyksiä, vaan haastattelu etenee keskeisten teemojen varassa, joissa pysymisestä haastattelijalla huolehtii. Myös kysymysten asettelussa on vapaa sanamuoto. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48.)

Haastattelut, joiden pohjalta raportointiohje luotiin, kerättiin haastattelemalla Päijät-Hämeen keskussairaalan keskusleikkausyksikössä työskenteleviä sairaanhoitajia. Haastateltavat oli jaettu viiteen ryhmään erikoisalojen mukaan. Jokaisessa ryhmässä oli kaksi leikkaustiimissä työskentelevää sairaanhoitajaa: instrumenttihoitaja ja anestesiahoitaja. Haastatteluihin osallistuvien hoitajien valinnat suoritti keskusleikkausyksikön osastonhoitaja huomioiden valinnassaan hoitajien edustamat erikoisalot sekä työvuorot. Haastatteluihin osallistuneiden hoitajien työkokemus vaihteli kahdesta vuodesta useiden vuosien kokemukseen. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitettu aineisto litteroitiin. Haastattelumateriaalia syntyi viidestä haastattelusta yhteensä 36 sivua.

Litteroitu aineisto analysoitiin soveltaen sisällön analyysiä. Analysoinnin jälkeen haastatteluista saatu nauhoitettu ja kirjallinen materiaali tuhottiin asianmukaisesti.

Aikaa haastatteluille oli varattu tunti. Haastattelut olivat kuitenkin kestoaltaan kahdestakymmenestä minuutista puoleen tuntiin. Suhtautuminen haastatteluihin oli osallistujien taholta positiivista. Aihe katsottiin tärkeäksi. Keskustelua aiheesta oli käyty myös kollegoiden kanssa: vaikka haastateltavia oli kutakin ryhmää kohti kaksi, tuli haastatteluissa esiin myös muun työryhmän esiin nostamia ajatuksia ja mielipiteitä.

Kysymykset haastatteluihin luotiin etukäteen. Kysymykset kehittyivät lopulliseen muotoonsa hankkeen prosessin etenemisen myötä. Haastattelujen kysymykset (LIITE 4) on luotu silmällä pitäen ohjeen tuottamista. Tavoitteena oli luoda kysymykset, joiden avulla haastateltavat toisivat ilmi raportoinnin nykytilan, mahdolliset kehittämistarpeet ja ongelmat sekä niiden syyt. Myös erikoisalojen ja leikkaustiimin tarpeet ohjeen suhteen haluttiin selvittää ohjeen kokoamisen helpottamiseksi. Kysymykset pyrittiin luomaan selkeiksi ja ymmärrettäviksi, mutta kuitenkin sellaisiksi, että haastateltavien oli vastattava niihin laadullisesti. Haastatteluista annettiin tieto haastateltaville etukäteen antamalle heille kysymysten teema-alueet, jotta he voivat valmistautua haastattelutilanteeseen paremmin. Tieto haastatteluista ja kysymysten teema-alueista siirtyi haastatteluihin osallistuville hoitajille osastolle lähetetyn saatekirjeen (LIITE 5) myötä. Haastattelut pyrittiin suorittamaan sellaisena ajankohtana, että se mahdollisimman vähän rasitti keskusleikkausyksikön päivärytmiä ja työtä.

Haastattelut litteroitiin ja litteroitu aineisto analysoitiin soveltaen sisällön analyysia. Sisällön analyysilla tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Menetelmässä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Analysoinnissa ei ole yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan tiettyjä ohjeita analyysiprosessin etenemisestä. Sisällön analyysin etenemisestä voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällön analyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23–29.)

Haastatteluiden avulla kerätyn aineiston analysointi aloitettiin karsimalla aineistosta pois asiat, jotka eivät sisältyneet teema-alueisiin. Tämän jälkeen aineisto teemoiteltiin. Teemoittelussa korostuu se, mitä kustakin teemasta on sanottu (Tuomi & Sarajärvi 2003, 95). Teemojen sisällä muodostui alaluokkia ja niistä edelleen yläluokkia (LIITE 6), jonka jälkeen kirjoitettiin yhteenveto tuloksista.

## 5 SUULLISEN RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN

Haastattelujen analysointivaihe alkoi jo haastattelutilanteessa, jolloin toinen haastattelijoista kirjasi ylös haastatteluissa esiin tulleita keskeisiä asioita. Tämä helpotti kokonais kuvan hahmottamista tutkittavasta aiheesta. Litteroidut haastattelut luettiin läpi useaan otteeseen. Haastatteluvastauksista eriteltiin olennainen sisältö ja teema-alueiden ulkopuoliset asiat. Haastattelussa esiin nousseet aiheet ryhmiteltiin teema-alueiden mukaan ja aineisto purettiin teema-alueittain. Tutkimusaineistosta eriteltiin samankaltaisuudet ja erilaisuudet eri haastatteluryhmien välillä, jonka jälkeen saadut tiedot kirjoitettiin yksinkertaistaen auki. Koska tavoitteena oli selvittää haastatteluihin osallistuvien hoitajien mielipiteitä ja ajatuksia teema-alueiden sisällöstä, yksittäisten hoitajien asenteita ei käsitellä tässä yhteydessä.

### 5.1 Raportoinnin nykytila

Suurin osa haastateltavista pitää raportin laatua hyvin vaihtelevana. Osa raportin antajista on hyvin valmistuneita tilanteeseen ja tarvittavat tiedot potilaasta kerrotaan sujuvasti. Toisaalta taas ilmenee tilanteita, joissa potilasta tuova hoitaja ei ole valmistautunut raporttiin ja näin ollen tarvittavien tietojen saamiseksi raportin vastaanottaja joutuu esittämään lisäkysymyksiä. Raportointitilanteessa tietojen etsimiseen kuluu aikaa. Vaihtelua esiintyy niin eri osastojen kesken, kuin myös hoitajien välillä. Tiiviillä yhteistyöllä erikoisalan vuodeosaston ja leikkausosaston välillä näyttää olevan vaikutusta myös raportin laatuun: kyseisessä tilanteessa raportti arvioitiin kattavaksi ja leikkaustiimin tarpeita vastaavaksi.

*...tosi vaihtelevaa et miten sitä tulee sitä tietoa...*

*...se on kai aika tyydyttävää se nykyinen tilanne, vaihtelee toki jonkin verran...*

*...osa tuojista on valmistautunu hyvin ja toiset sit taas ei oo ol-  
lenkaan tutustunu potilaaseen...*

Raportoinnin tukena käytetään usein esitietolomaketta jonka mukaan raportointi etenee. Haastatteluihin osallistuneet hoitajat arvioivat, että tarvittavat tiedot potilaan hoidon vastuun siirtymiselle tulevat esiin raportin aikana tavalla tai toisella.

*...menee ton esitietolomakkeen pohjalta aika pitkälti, siinä kerrotaan perustietoja potilaasta...*

*...kysytään sitä mitä ei oo tullut sitten siinä (raportissa)...*

*...mut joiltain joutuu kyselee vielä...*

Raportointitilanteen vuorovaikutuksen arvioitiin sujuvan hyvin. Toisaalta taas tuotiin esiin, että raportointitilanteessa raportin antaja saattaa puhua liian hiljaisella äänellä tai hyppiä asiasta toiseen, jolloin raportin seuraaminen hankaloituu. Haastatteluissa nousi esiin myös toivomus, että potilaan hoidon kirjaaminen suoritetaan ennen raportointitilannetta, jolloin raportointitilanne keskittyy tiedon siirtoon. Raportointitilannetta kuvailtiin usein rauhalliseksi. Vuorovaikutuksen estäväksi tekijäksi mainittiin myös raportoinnin kannalta huonot tilat.

*...se tila on sellanen et siinä on hyvin huono pitää raporttia...*

*...lähes joka raportilla näkee sen raportoivan hoitajan kirjoittavan jotain muistiinpanoja: kellonaikoja, mitä lääkkeitä on otettu ja kaikkee... mut aika paljon ne täyttää niitä omia kuponkejaan siinä raportilla...*

Haastattelujen avulla selvitettiin myös se, miten potilas huomioidaan nykyisessä raportointitilanteessa. Haastattelujen vastausten perusteella potilaan huomioinnissa esiintyy suurta vaihtelua. Raportit on tapana pitää potilaan vuoteen jalkopäässä. Haastatteluissa ilmeni, että potilas otetaan usein mukaan raportointiin varmistamalla häneltä itseltään henkilöllisyys sekä kyselemällä käytännön asioita, kuten esimerkiksi milloin potilas on viimeksi nauttinut ravintoa ja milloin hän on viimeksi virtsannut tai mitä allergioita hänellä on. Raportin kuulemista ja siihen osallistumista pidetään potilaan oikeutena.

Toisaalta taas osa haastateltavista piti raportointitilannetta hoitajien välisenä tiedonsiirtotilanteena, johon potilaan odotetaan osallistuvan lähinnä kuuntelijan roolissa. Potilaan osallistumista raportointitilanteeseen arveltiin estävän hiljaisella äänellä annettu raportti ja ammattikielen käyttö. Myös esilääkityksen vaikutus saattaa estää potilaan osallistumista tietojensa läpikäymiseen.

*...musta tuntuu et potilas ei kovinkaan usein kuule sitä raporttia...*

*..usein kyllä kysyn myös potilaalta itseltään tietoja, koska häneltä saamme ne kaikista parhaimmat tiedot siinä vaiheessa...*

*...et aina pyritään kysymään, jos hän (potilas) on vaan kykeneväinen vastaamaan...*

## 5.2 Raportoinnin puutteet, ongelmat ja niiden syyt

Suurimmaksi ongelmaksi haastatteluihin osallistuneet hoitajat arvioivat sen, ettei potilasta tuova hoitaja tunne potilasta. Tästä seuraa usein, ettei hoitaja tiedä tarvittavia taustatietoja potilaasta tai tietojen etsimiseen kuluu aikaa. Haastatteluihin osallistuneet hoitajat arvioivat tällaisten tilanteiden syyksi osastolla olevan kiireen ja työvuorojen vaihtumiseen liittyvät ongelmat: aina ei ole mahdollista, että oma hoitaja tuo potilaan leikkaussaliin.

*...se voi se raportti alkaa et ”Mä en tiedä tästä potilaasta yhtään mitään.” ja se ei taas palvele yhtään ketään...*

*...ei se oo yks eikä kaks eikä kolmekaan kertaa kun tulee hoitaja ja sanoo että mä en tunne tätä potilasta yhtään et mä vaan tuon tän...*

*...Sitä ei kyllä haluaisi kuulla, että ”mä vaan tulín tuomaan tän potilaan tänne”, ”emmä tiedä mitään”...*

*...itse mietin, että jos olisi potilaana, niin olisihan se turvallisuuden tunnettakin, että hoitaja tietää asioista, eikä sitten että joka asia joudutaan kysymään potilaalta...*

Haastatteluissa nousi esiin, että myös perustietoja potilaasta saattaa jäädä kertomatta raportissa. Uupuvia tietoja ovat usein leikattava puoli, potilaan liikerajoitukset, vierasesineet, kuten metalli, tahdistin ja keinonivel sekä potilaalle suoritettut tutkimukset ja verituotevaraukset. Haastatteluissa ilmeni, että myös se, milloin potilas on viimeksi virtsannut, on tärkeä tieto, sillä tiedon perusteella arvioidaan katetroimistarve kyseisen potilaan kohdalla.

*...millon on potilas virtsannu aiemmin, et kun joudutaan nesteyttämään, niin osaa varautua siihen, et katetroidaanko heti...*

*...leikattava puoli, et ei käy et leikataan vahingossa väärää...*

*...kaikki tämmöset liikerajoitukset on tosi tärkeitä, et kun me välillä laitetaan hyvinkin kummallisiin asentoihin...*

Myös kirjaamisessa katsottiin esiintyvän puutteita: esimerkiksi tieto varatuista verivalmisteista saattaa puuttua kokonaan. Päivystyspotilaan kohdalla kaikkia tietoja ei kuitenkaan välttämättä ole mahdollista saada kerättyä ennen leikkauksen menoa. Puutteellisten raporttien syitä ajatellaan olevan hoitajan kokemattomuus, kiire ja se, ettei raporttiin valmistautumista pidetä tärkeänä. Syyksi raportin puuttuviin tietoihin arveltiin myös sen, ettei tiedetä, mitä tietoja keskusleikkausyksikössä potilaasta tarvitaan.

*...siell on kyllä varmaan aika kiirekin...*

*...ne ei varmaan tiedä että mitä me halutaan tietää...*

*...Ei se tuu tyhjästä se raportti, jotenkin siihen pitää valmistautua...*

*...se ei ole mitenkään tavatonta, että annetaan raporteja missä kerrotaan sairauksia ja näytetään labrat ja kaikkee mahdollista ja sitten tota noinniin jää sanomatta miksi tänne on tultu...*



### 5.3 Erikoisaloittain huomioitavia seikkoja raportoinnissa

Haastattelujen avulla selvitettiin myös eri erikoisalojen toiveita raportin suhteen. Erikoisalasta riippumatta haastateltavat korostivat perustietojen esiin tulemisen merkitystä raportissa. Raportissa toivotaan mainittavan myös erityishuomiot potilaan tilassa. Liikerajoituksista ja yliherkkyyksistä informointia korostettiin erityisesti ortopedian erikoisalalla. Elektiivisen, eli ennalta suunnitellun, ortopedisen toimenpiteen yhteydessä on tärkeää muistaa täyttää luupankkilomake huolellisesti sekä mainita siitä myös raportissa.

*...jos on joku mikä poikkeaa siitä tavallisesta...*

*...sitten kaikki tällaiset allergiat on tosi tärkeitä meillekin. Me käytetään esim sementtiä, kun laitetaan proteesia, et kun potilashan voi olla allerginen sementille, et kun siinä on sellasta pähkinää muun muassa siinä sementissä...*

*...ja sitten elektiivisellä puolella ihan kaikki tämmöset pankki-luu-asiat. Et kun totaalilonkkaproteesia laitetaan niin sit otetaan meidän sairaalassa sit pankkiin luuta, eli luuta talteen, et onko potilaalla lupa siihen ja... et siinä on kanssa sellainen oma lomake missä tosi tarkkaan kysytään, et sit jos siellä tulee joku ei vastaus, niin sithän me ei oteta...*

Verisuonikirurgisten potilaiden kohdalla esitettiin toive, että myös potilasta tuovalla osastolla otettaisiin huomioon Finnvasc-verisuonirekisteri, jota varten potilaasta on kirjattava ylös tiettyjä taustatietoja. Nämä tiedot toivottiin esitettävän myös suullisesti.

*...tupakoinnit, painot ja pituudet, ne pitäis kaikki olla katottu ja kirjattu ylös...mun mielestä siihen raportointii kuuluu sekin et ne paperit on...kirjallisesti edes täytetty. Paljon näkee sitä että ajatellaan et ei niille oo nyt hirveesti väliä että...voi olla blankkoakin, mut me tarvittas niitä tietoja...*

#### 5.4 Raportoinnin kehittämistarpeet

Haastatteluiden perusteella nykyisessä raportointitilanteessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota siihen, että kaikki tarvittavat tiedot tulisivat esille raportointitilanteessa. Haastatteluiden perusteella leikkaussaliin annettavassa potilasraportissa tulee potilaan identifioinnin lisäksi tulla esiin seuraavat asiat: diagnoosi, leikkaukseen johtanut tilanne, suoritettava toimenpide ja leikkauskohta, potilaan muut sairaudet ja niiden lääkitys, toimenpidepäivänä toteutettu lääke- ja nestehoito, liikerajoitukset, vierasesineet ja apuvälineet sekä aiemmin suoritettavat toimenpiteet ja anestesiat ja niissä mahdollisesti esiintyneet komplikaatiot. Myös potilaan ravinnottaolo ja se, milloin potilas on virtsannut viimeksi, on mainittava raportissa. Lisäksi raportissa on tultava esiin potilaan yliherkkyydet ja erityisjärjestelyjä vaativat tartuntataudit, kuten esimerkiksi MRSA tai C-hepatiitti, veriryhmä ja mahdolliset verituotevaraukset, potilaan saama esilääke sekä potilaalle tehdyt tutkimukset ja mahdolliset poikkeamat niissä.

*...kuitenkin samat asiat toistuu mitkä pitää joka potilaan kohdalla kertoa oikeestaan leikkauksesta riippumatta. Et ne tulis siinä loogisessa järjestyksessä...*

*...sitten kaikki tällaset allergiat on tosi tärkeitä meille...*

*...jos on tahdistin potilaalla, niin se on hirveen tärkeä tieto meille kanssa, et se ei tulis vaan jossain sivulauseessa...*

*...jää kertomatta että mistä se vamma on tullu...*

Haastatteluissa nousi esiin myös toive, että raportti annettaisiin tarpeeksi selkeällä ja kuuluvalla äänellä, jotta raportin vastaanottajan lisäksi myös muilla leikkaustiimin jäsenillä on mahdollisuus se kuulla. Erityisesti potilaan arkaluontoiset, mutta tärkeät tiedot, kuten C-hepatiitti ja HIV, saatetaan jättää sanomatta ääneen, osoittaen potilaspapereissa olevia tietoja sormella vain raporttia vastaanottavalle sairaanhoitajalle. Tällaiset tilanteet saattavat aiheuttaa vaaratilanteita, sillä tieto on turvallisuuden takia tärkeä koko leikkaustiimille.

*...me halutaan kuulla koko tiimi ja me halutaan kuulla vaikka joku siitä tiimistä tekis jotain muuta hommaa siin salissa...*

*...ei se tuu tyhjästä se raportti, jotenkin siihen pitää valmistautua...*

*...niin hoitaja siinä näyttää sitä kansista meille ja kai te nyt ymmärrätte mikä vika tässä ihmisessä on, et paljon tapahtuu siinä... obeesi, alkoholisti, huumeidenkäyttäjä -- hepatiitti -- HIV-potilas -- ne on kaikki se tyyppisiä et vähän kulmakarvaa nostetaan. Et ne on totuuksia, niin en mä tiä, miksei niitä voi sit sanoa ääneen...*

## 5.5 Ideoita ja ajatuksia raportointiohjeesta

Haastatteluiden avulla selvitettiin myös leikkausosastolla työskentelevien sairaanhoitajien ideoita ja ajatuksia tulevasta ohjeesta. Useimmat haastateltavista pitivät hanketta erittäin tarpeellisena ja toivoivat että hankkeen tuotoksena syntyvä ohje otettaisiin käyttöön osastoilla. Ohjeen toivottiin osaltaan kehittävän keskusleikkausyksikköön annettavaa suullista potilasraporttia.

Monet haastateltavat korostivat esitietolomakkeen merkitystä raportoinnin tukena. Myös hankkeen tuotoksena syntyvän ohjeen toivottiin pohjautuvan kyseiseen lomakkeeseen. Tuotetusta ohjeesta toivottiin lyhyttä ja selkeää sekä loogisessa järjestyksessä etenevää.

*...sit että ne ois yhdellä paperilla...*

*...lyhyt ja ytimekäs...*

Haastattelujen aikana esille tuli myös idea erillisestä raportointilomakkeesta, johon tarvittavat tiedot täytettäisiin ennen potilaan viemistä keskusleikkausyksikköön.

*...et se mikä ois hyvä niin erillinen raportointilomake...ois se ratkasu. mutta kuinka se lanseerataan tässä saasteaikana...uusi lomake täytettäväksi. Mut se olis se mikä tekis sille raportille sen rungon, et se pysys siinä asiassa ja linjassa että kaikki tiedot tulis, jos semmonen täytettä...*

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Haastattelujen tulosten perusteella Päijät-Hämeen keskussairaalan keskusleikkausyksikön leikkaustiimeille annetuissa potilasraporteissa esiintyy suurta vaihtelua: vaikka raportti saattaa olla puutteellinen, myös onnistuneita raportointitilanteita arvioidaan olevan runsaasti. Suurimpana ongelmana pidettiin perustietojen puuttumista potilasraportista ja sitä, ettei raportointitilanteeseen ole valmistauduttu kunnolla. Syiksi raportoinnin puutteisiin arveltiin hoitajien kokemattomuus, kiire ja tietämättömyys siitä, mitä leikkaussaliin annettavassa potilasraportissa tulisi tulla ilmi.

Haastatteluissa esiin nousseet asiat olivat hyvin samankaltaisia eri haastateltavien välillä. Eroa anestesia- ja instrumenttihoitajien vastauksissa ei ollut havaittavissa. Myös eri erikoisalojen tarpeet ja toivomukset raportoinnin suhteen olivat hyvin samankaltaisia erikoisalasta riippumatta. Raportissa esiin tultavia tietoja haastateltavien mukaan ovat nimi ja henkilötunnus, diagnoosi ja leikkaukseen johtanut tilanne sekä suoritettava toimenpide ja leikkauskohta. Leikkauskohdan lisäksi on tärkeää tulla esiin selkeästi myös leikattava puoli. Potilaan muut sairaudet ja niiden lääkitys sekä toimenpidepäivänä toteutettu lääke- ja nestehoito on myös mainittava raportissa. Haastateltavat korostivat myös liikerajoituksista informoimisen sekä vierasesineistä (esimerkiksi keino nivel, metallia tai tahdistin) ja apuvälineistä (esimerkiksi hammasproteesit) raportoimisen tärkeyttä. Raportissa käydään läpi myös aiemmin suoritettut toimenpiteet ja anestesiat ja niissä mahdollisesti esiintyneet komplikaatiot.

Tärkeitä tietoja haastattelujen perusteella ovat myös potilaan ravinnottaolo ja se, milloin potilas on virtsannut viimeksi. Raportissa on tuotava myös selkeästi esiin potilaan yliherkkyydet ja erityisjärjestelyjä vaativat tartuntataudit, kuten esimerkiksi MRSA tai C-hepatiitti. Tärkeitä tietoja leikkaustiimille ovat myös potilaan veriryhmä ja mahdolliset verituotevaraukset sekä potilaalle tehtyt tutkimukset ja mahdolliset poikkeamat niissä. Myös potilaan saama esilääke on muistettava mainita raportissa.

Haastattelujen avulla kartoitettiin myös erikoisalojen toivomuksia potilasraportin sisällön suhteen. Haastateltavat korostivat edellä mainittujen perustietojen merkitystä potilasraporteissa. Erytishuomioita esitettiin sekä ortopedisten potilaiden että verisuonikirurgisten potilaiden kohdalla. Ortopedisten potilaiden kohdalla toivottiin muistettavan luupankkilomakkeen täyttö. Luupankilla tarkoitetaan ”järjestelmää, joka huolehtii siirrännäiseksi tarkoitetun luukudoksen säilyttämisestä” (Lääketieteen termit 1999, 337). Verisuonikirurgisten potilaiden kohdalla toivottiin huomioitavan Finnvasc-verisuonirekisteri, jota varten olevaan lomakkeeseen merkitään muun muassa potilaan koodi (ei henkilötietoja), ikä, sukupuoli, mahdolliset riskitekijät, toimenpidepäivä sekä mahdolliset komplikaatiot ja uusintaleikkaukset. Rekisterin tietoja voidaan hyödyntää muun muassa toimenpiteiden laaduntarkkailussa. (Salenius, Albäck, Kantonen, Lepäntalo, Luther, Ylönen 1997.)

Haastateltavat toivoivat, että myös raportointitilanteen vuorovaikutuksellisiin tekijöihin kiinnitettäisiin enemmän huomiota: raportti tulisi antaa selkeällä ja kuuluvalla äänellä. Hoitajan persoonallisuuden arveltiin vaikuttavan paljon siihen, miten hän raportin antaa. Raportin vastaanottajalle on myös tärkeää se, että raportti etenee loogisessa järjestyksessä, jolloin raportin seuraaminen helpottuu. Potilasta keskusleikkausyksikköön tuovan hoitajan toivotan myös valmistautuvan raporttiin hyvissä ajoin ja täyttämään esitietolomakkeen huolellisesti, mikä helpottaa raportin antoa.

## 7 TUOTETTU OHJE

Ohjeen kirjoittamisen lähtökohtana on usein käytännön työelämän tarve (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35). Ohjeistusta ja opastamista tarvitaan monissa työelämän tilanteissa (Mattila, Ruusunen, Uola 2006, 191). Esimerkkeinä tällaisista tilanteista voivat olla uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdyttäminen tai uudenlaisten työtapojen käyttöön ottaminen (Mattila ym. 2006, 185). Hyvän perehdytyksen työtehtäviin katsotaan olevan myös olennainen osa potilaan hyvää hoitoa ja näin myös osa potilasturvallisuutta (Tarus 2006, 7). Vaikka suullinen perehdyttäminen ja kasvokkain kertominen on tärkeää, se ei kuitenkaan aina riitä, vaan ohjeiden ymmärtämisen ja mieleenpainamisen tueksi on hyvä olla käytettävissä myös kirjallinen ohje (Mattila ym. 2006, 191; Tarus 2006, 20). Kirjallinen ohje mahdollistaa asiaan palaamisen ja tietojen tarkistamisen myöhemmässä vaiheessa (Mattila ym. 2006, 185).

Hankkeen tuotoksena syntynyt ohje laadittiin haastatteluissa esiin nousseiden tarpeiden ja toiveiden pohjalta. Ohjeen laatiminen aloitettiin keräämällä yhteen haastatteluissa esille tulleet asiat, jotka olisi tultava esiin leikkaussaliin annettavassa potilasraportissa. Lopullinen ohje (LIITE 7) kehittyi muotoonsa keskusleikkausyksikön osastonhoitajalta saadun palautteen perusteella. Hankkeen päätyttyä ohjeen muokkaus-oikeudet siirtyivät keskusleikkausyksikölle.

Ohjeen sisältö tuotettiin haastatteluissa esiin tulleiden tarpeiden ja toivomusten pohjalta. Teoriatieto siitä, mitä leikkaussaliin annettavan raportin tulee sisältää, tuki haastattelujen avulla saatuja tietoja. Näin saatiin varmuus ohjeen luotettavuudesta ja oikeellisuudesta. Tuotetun ohjeen sisällöksi muodostui haastattelujen perusteella potilaan identifiointi, diagnoosi, suunniteltu toimenpide, kirurgin määrittämä leikkauskohta, muut toimenpiteeseen liittyvät huomiot, joita voivat olla esimerkiksi aikaisempien toimenpiteiden yhteydessä tai niiden jälkeen esiintyneet ongelmat, potilaan muut sairaudet, sekä niiden hoito ja lääkitys, potilaan yliherkyydet, liikerajoitukset, vierasesineet (esimerkiksi tahdistin, hammasproteesit, keino-nivel tai metalli), toimenpidepäivän lääke- ja nestehoito sekä esilääkitys,

potilaan ravinnottaoloaika, potilaan viimeisin virtsausajankohta, potilaan veriryhmä ja verituotevaraukset sekä potilaalle tehdyt tutkimukset ja mahdolliset poikkeamat niissä. Koska raportti etenee usein keskusleikkausyksikön esitietolomakkeen pohjalta, helpottaa lomakkeen huolellinen täyttö raportin antoa. Tämä huomio katsottiin tarpeelliseksi laittaa myös ohjeeseen.

Ohjeen ulkoasu muodostui yhteistyökumppanin, haastatteluihin osallistuneiden hoitajien sekä keskusleikkausyksikön osastonhoitajan, esittämien toiveiden mukaiseksi. Ohjeesta toivottiin selkeää, lyhyttä ja ytimekästä, sekä loogisessa järjestyksessä etenevää. Myös keskusleikkausyksikön osastonhoitajan toivomus siitä, että asiat esitettäisiin pelkistettynä listana, otettiin huomioon.

Ulkoasua ja sisällön laajuutta rajoitti se, että ohjeen toivottiin mahtuvan yhdelle A4-kokoiselle paperille. Ohjeen sisältö järjestettiin vastaavaan järjestykseen keskusleikkausyksikön esitietolomakkeen (LIITE 1) kanssa, kuten haastateltavat hoitajat olivat toivoneet. Joitakin muutoksia kuitenkin tehtiin raportoinnin loogisuuden takaamiseksi.

Käytännöllisen ulkoasun löytäminen ohjeelle oli haasteellista rajallisen sivutilan takia. Myös luettelomainen sisältö loi haastetta ulkoasulle, sillä sen arveltiin tekevän ohjeesta helposti raskaan oloisen. Toisaalta luettelon muodossa olevaa ohjetta ajateltiin olevan helppo seurata. Erilaisista ulkoasuvaihtoehdoista kyseisen ulkoasun katsottiin olevan selkein ja käyttötarkoitukseen parhaiten soveltuva. Ohjeen ulkoasussa pyrittiin huomioimaan sen käyttö perehdytyksessä ja ohjauksessa. Tämä näkyy esimerkiksi luettelon väljässä asettelussa, jolloin rivien väliin on mahdollista kirjoittaa muistiinpanoja raportin eri osiin liittyen. Ohjeen visuaalinen muotoilu pohjautuu Microsoft Wordin valmiiseen muotoilupohjaan.

Ohjeen ulkoasussa huomioitiin myös kirjasinlaji ja -koko sekä värien käyttö. Ohjeen ulkoasu oli selkeä niin näytöllä, väritulosteena, kuin mustavalkotulosteena-kin.

## 8 HANKKEEN ARVIOINTI

Hankkeen arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota hankkeen tavoitteiden toteutumiseen ja hankkeen tulosten arviointiin. Myös hankkeen vaikutuksia sekä hyötyjä arvioidaan. (Virtanen 2007, 87.) Arviointi tapahtuu hankkeen yhteistyökumppanilta saadun palautteen, sekä hankemuotoisen opinnäytetyön tekijöiden itsearvioinnin pohjalta.

### 8.1 Tavoitteiden toteutuminen

Hankkeen tavoitteena oli kehittää potilaan saamaa perioperatiivista hoitoa saumattomaksi ja joustavaksi tuotetun ohjeen avulla. Hankkeen toivottiin johtavan myös potilasturvallisuuden paranemiseen. Rajallisten aikaresurssien vuoksi hankkeen ja sen tuotoksena syntyneen ohjeen vaikutusta perioperatiiviseen raportointitilanteeseen, ja sitä kautta potilasturvallisuuteen, ei kuitenkaan ehditty arvioimaan.

Hankkeen tarkoituksena oli tuottaa ohje keskusleikkausyksikköön annettavan suullisen raportin sisällöstä yhteistyössä keskusleikkausyksikön hoitohenkilökunnan kanssa. Raportoinnin nykytilaa ja sen kehittämiskohteita sekä toiveita ohjeen sisällön suhteen kartoitettiin haastattelujen avulla. Ohje toteutettiin haastatteluissa esiin tulleiden toiveiden mukaisesti niin sisällöltään kuin ulkoasultaankin.

### 8.2 Tiedonkeruumenetelmän arviointi

Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä arvioitiin olevan onnistunut valinta hankkeen tarpeiden kannalta: haastattelutilanne oli avoin ja haastateltavat kertoivat vapaasti omat näkemyksensä teema-alueiden kysymyksiin. Haastattelu eteni haastattelijoiden luoman haastattelurungon mukaisessa järjestyksessä. Asioiden kerronta oli kuitenkin vapaata: haastateltavat palasivat usein haastattelun



loppupuolella haastattelun alussa käsiteltyihin asioihin antaen lisäkommentteja ja kertoen ajatuksia aiheista. Haastattelukysymysten avulla saatiin tarvittavat tiedot ohjeen tuottamiseksi.

Haastattelijoiden kokemattomuus näkyi haastattelun kulussa ja sujuvuudessa. Kysymysten asettelu oli monessa tilanteessa jäykkää. Uusi tilanne näkyi myös haastattelijoiden liiallisena joustamattomuutena: teema-alueet pyrittiin käymään läpi ennalta suunnitellussa järjestyksessä ja monesti tarkentavat kysymykset jäivät esittämättä. Haastattelujen edetessä kuitenkin myös haastattelijoiden taidot kehittivät ja taito mukautua haastattelutilanteiden eri käännteisiin parani.

Ryhmähaastattelu haastattelumuotona osoittautui hyväksi valinnaksi. Keskustelu oli vapaamuotoista ja toisen haastateltavan läsnäolo vaikutti rohkaisevan haastateltavia keskusteluun. Mikäli paikalla olisi ollut vain yksi haastateltava ja haastattelija, hiljaisuus olisi voitu kokea kiusallisena. Haastattelutilanteessa haastateltavien keskinäisen keskustelun ja pohdinnan tuloksena syntyi usein uusia ajatuksia aiheista. Haastattelujen toteuttaminen teemahaastatteluina katsottiin hyväksi valinnaksi. Kerronta aiheesta oli vapaata. Tarkat kysymykset aiheesta olisivat voineet rajata liikaa haastateltavien kerrontaa ja saadut tiedot olisivat voineet jäädä suppeaksi. Haastattelijat eivät kuitenkaan täysin osanneet hyödyntää teemahaastattelun antamia mahdollisuuksia: ennalta suunniteltujen tarkentavien kysymysten sijaan, haastattelu olisi voinut edetä ainoastaan teemojen varassa, jolloin kysymysten asettelu ja haastattelun kulku olisi ollut luontevampaa.

### 8.3 Hankkeen toteutuksen arviointia

Hanke oli työelämälähtöinen ja sen toivottiin palvelen mahdollisimman hyvin yhteistyökumppanin tarpeita. Hanke toteutettiin tiiviissä yhteistyössä yhteistyökumppanin kanssa, minkä avulla pystyttiin jokaisessa hankkeen vaiheessa varmistamaan sen työelämälähtöisyys. Suuntaa hankkeen toteutukselle ja sisällölle antoivat myös ohjauskeskustelut ohjaavan opettajan kanssa. Itse hankkeen toteutusta pidettiin mielekkäänä ja mielenkiintoisena. Tähän vaikutti suuresti se, että kyseiselle hankkeelle oli työelämälähtöinen tarve, mikä antoi hankkeen toteutukselle

merkityksellisyyttä. Yhteistyö hankkeen yhteistyökumppanin kanssa oli sujuvaa ja onnistunutta.

Hankkeen teoreettisen viitekehyksen kokoaminen arvioitiin haastavaksi. Uutta tutkimustietoa perioperatiivisesta raportoinnista löytyi hyvin vähän, joten hankkeen teoreettisen viitekehyksen muodostamisessa jouduttiin hyödyntämään paljon hoitoalan oppikirjoja. Lähteitä on kuitenkin pyritty käyttämään monipuolisesti.

Hankkeen tuotoksena syntynyt ohje tuotettiin yhteistyökumppanin toiveiden mukaisesti. Ohjeen sisällön katsottiin olevan onnistunut, sillä se luotiin haastatteluisissa esiin nousseiden tarpeiden pohjalta. Ohje etenee loogisesti ja on selkeä. Aikaa ohjeen ulkoasun suunnittelulle olisi kuitenkin toivottu jäävän enemmän. Tällöin myös ohjeen ulkoasun suunnittelu olisi voitu toteuttaa tiiviimmässä yhteistyössä yhteistyökumppanin kanssa.

#### 8.4 Yhteistyökumppanilta tuotoksesta saatu palaute

Haastatteluihin osallistuneet hoitajat antoivat hankkeesta positiivista palautetta: hanketta pidettiin tärkeänä ja hyödyllisenä ja ohjeen arveltiin olevan tarpeellinen. Hankkeen tuotoksena syntynyttä ohjetta toivotaan hyödynnettävän uusien työntekijöiden perehdytyksen tukena, sekä työharjoitteluun tulevien opiskelijoiden ohjauksessa. Hankkeen tuotos lähetettiin keskusleikkausyksikön osastonhoitajalle sähköpostitse, joka edelleen välitti ohjeen sähköpostitse haastatteluun osallistuneille hoitajille arvioitavaksi. Tuotettu ohje oli myös keskusleikkausyksikössä kirjallisena esillä, jolloin myös työntekijöillä, jotka eivät osallistuneet itse haastatteluihin, oli mahdollisuus antaa palautetta ohjeesta.

Keskusleikkausyksikön osastonhoitajalta saatu palaute ohjeesta oli positiivista: ohjeen ulkoasuun ja sisältöön oltiin tyytyväisiä. Pieniä muutoksia ohjeen kirjoitussasuun tehtiin osastonhoitajan ehdotusten pohjalta yhtenäisen kirjoitusasun takaamiseksi. Haastatteluun osallistuvilta hoitajilta ei saatu määräämään mennessä henkilökohtaista palautetta ohjeesta, kuten oli toivottu. Keskusleikkausyksikössä

kirjallisena ollut ohjetta oli kuitenkin kommentoitu hyväksyvästi, eikä korjaus-  
ehdotuksia ohjeen ulkonäköön tai sisältöön liittyen tullut esiin.

## 9 POHDINTA

Tieteellinen tutkimustieto perustuu tutkimuksen avulla ja tieteellisiin kriteereihin saavutettuun näyttöön, kun taas toimintatieto, joka ei välttämättä täytä tutkimustiedon tieteellisiä kriteerejä, perustuu usein esimerkiksi laadunarviointi- tai kehittämistarkoituksessa tuotettuun tietoon. Tässä hankkeessa yhdistyvät molemmat tiedon muodot. (Heikkilä, Jokinen, Nurmela 2008, 104.)

Haastatteluiden avulla kartoitetut tarpeet keskusleikkausyksikköön annettavan potilasraportin sisällöstä olivat yhtenäisiä hankkeen teoreettisessa viitekehyksessä esitettyjen asioiden kanssa. Tämä antaa viitteitä siitä, että haastattelun tulokset leikkaussaliin annettavan raportin sisällön suhteen ovat luotettavia myös yleisellä tasolla, ja saatu tieto on yleisesti hyödynnettävää.

Ohje keskusleikkausyksikköön annettavasta potilasraportista arvioitiin haastateltavien keskuudessa tarpeelliseksi, mikä osaltaan osoitti hankkeen hyödyllisyyden. Tällä hetkellä kyseiseen raportointiin perehdyttäminen tapahtuu suullisesti pohjautuen perehdyttäjän kokemukseen. Näin siirtynyt tieto saattaa olla puutteellista, sillä perehdytykseen vaikuttavat osaltaan myös perehdyttäjän tiedot ja kokemus, eikä suullisesti annettu tieto välttämättä jää perehdyttäjän mieleen. Hankkeen myötä keskusleikkausyksikköön potilaita tuovien hoitajien toivotaan kiinnittävän enemmän huomiota siihen, millaisen raportin he potilaasta leikkausyksikköön antavat. Luodun ohjeen avulla toivotaan jatkossa saavutettavan kattavampi ja luotettavampi tiedonsiirto keskusleikkausyksikön ja vuodeosastojen välillä.

Hanke toteutettiin kiinnittäen sen jokaisessa työvaiheessa huomiota eettisyyden toteutumiseen. Hankkeen viitekehys on muodostettu monipuolisten lähteiden avulla ja viittaukset niihin on tehty asianmukaisesti. Olemassa olevan tiedon hyödyntäminen lisää kehittämishankkeen luotettavuutta (Heikkilä ym. 2008, 104). Hankkeeseen liittyvät haastattelut toteutettiin henkilöille, jotka tuntevat käsiteltävän ilmiön ja jotka haastatteluissa antoivat aiheesta luotettavaa ja monipuolista tietoa. Haastateltavien valinnan suoritti keskusleikkausyksikön osastonhoitaja ottaen huomioon valinnassaan hoitajien erityisosaamisalueet.

Koska esimies teki valinnat haastateltavista hoitajista, haastatteluun osallistuminen ei ollut hoitajista itsestään lähtöisin olevaa, mikä saattoi vaikuttaa asenteisiin haastattelua ja hanketta kohtaan. Osastonhoitajan kertoman ja haastattelijoiden kokemuksen mukaan, haastateltavat hoitajat osallistuivat kuitenkin mielellään kehittämishankkeeseen.

Hoitajille annettiin tieto haastattelusta ja siihen liittyvistä tema-alueista etukäteen saatekirjeen muodossa. Ennen haastattelun alkua haastateltaville kerrottiin haastatteluiden anonymiteetistä sekä aineiston hävittämisestä haastattelujen jälkeen. Otettaessa suoria lainauksia haastatteluista, pyrittiin siihen, ettei lainauksesta ilmene haastateltavan henkilöllisyyttä. Haastatteluiden perusteella tuotettu ohjeistus annettiin arvioitavaksi yhteistyökumppanille. Näin varmistettiin, että tuotettu ohje vastasi yhteistyökumppanin toiveita.

Koska hankkeen tuotoksena syntyneen ohjeen vaikutuksia perioperatiiviseen raportointitilanteeseen ei hankkeessa ehditty arvioimaan, ehdotetaan jatkotutkimusaiheena arvioitavaksi luodun ohjeen käytettävyyttä ja vaikutusta raportin toimivuuteen. Myös ohjeen käyttöön ottoa vuodeosastoilla ja sitä, vastaako ohje potilasta keskusleikkausyksikköön tuovien osastojen tarvetta, voidaan tutkia.

Ohjetta on myös mahdollista kehittää tarpeiden mukaan. Haastatteluissa esiin tullut idea erillisestä raportointilomakkeesta, johon raportin kannalta tarvittavat tiedot täytetään ja jonka pohjalta raportointi etenisi, ei ollut hankkeen aikataulun rajoissa mahdollista toteuttaa. Tarvetta ja kysyntää kyseiselle lomakkeelle voisi kuitenkin jatkossa kartoittaa esimerkiksi vuodeosastojen henkilökunnan näkökulmasta.

## LÄHTEET

- Aaltola, J., Valli R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Hellsten, S. (toim.) 2006. Verensiirto-opas 2006. 3. uudistettu painos. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammi, Tampere
- Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelujen teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hjelt-Putilin, P. 2005. Turvallisuutta viestinnällä. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. WSOY, Helsinki
- Latvala, E., Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. WSOY, Helsinki, 21-43.
- Junttila, K. 1999. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaaminen – valvovan ja instrumentoivan hoitajan toiminnan kuvaus. Pro Gradu-tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Turku.
- Junttila, K. 2005. Perioperative Documentation in Finland - Validating the Perioperative Nursing Data Set in Finnish Perioperative Nursing. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Turku.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia S., Murtonen I., Lipponen V., Ketola M-L., Hietanen H. 2004. Hoitotyön osaaminen. WSOY, Helsinki.

Korte R., Rajamäki A., Lukkari L., Kallio A. 2000. Perioperatiivinen hoito. 2. painos. WSOY, Helsinki.

Laine, H., Rekomaa-Niskanen, S., Lukkari, L. 2002. Suullinen raportointi kirurgisen potilaan siirtotilanteissa. Sairaanhoitaja 3/2002, s.22-24

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. [Online] Finlex – Valtion säädöstietopankki. [viitattu 16.10.2007]

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilas>

Leikkaus, anestesia ja tehostetun hoidon yksikkö [Online] Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät. 2008. [viitattu 16.11.2008]

<http://www.phks.fi/sivut/sivu.php?id=1433&vy=4303&ryhma=316>

Lukkari L., Kinnunen T., Korte R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY, Porvoo.

Lääketieteen termit. 1999. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Mattila, H., Ruusunen, T., Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK-opiskelijalle. WSOY, Helsinki

Metsämuuronen, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 2. tarkennettu painos. Methelp Ky, Helsinki.

Niemi, T., Nietosvuori, L., Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Edita Prima, Helsinki.

Repo I., Nuutinen, T. 2003. Viestintätaito. Kustannusosakeyhtiö Otava, Helsinki.

Rosenberg, P., Alahuhta S., Kanto J., Takala J. 1999. Anestesiologia ja tehohoito. Kustannus Oy Duodecium, Helsinki.

- Runne T. 2000. Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos, Tampere.
- Ruuskanen, E-L., Hartikainen, E. 1992. Päivystysleikkauspotilaan hoidon turvallisuuden varmistaminen leikkauksenaikaisessa hoitovaiheessa. Opinnäytetyö. Kotkan Terveydenhuolto-oppilaitos.
- Salenius, J.-P., Albäck, A., Kantonen, I., Lepäntalo, M., Luther, M., Ylönen, K. Verisuonikirurginen laaduntarkkailu [Online] Duodecim. 1997. [viitattu 8.9.2008] <http://www.ebm-guidelines.com/terveysportti/Dlehti2.tunnista?a=Y&t=H&fname=D70464.htm>
- Tarus, T. 2006. Perioperatiivisten sairaanhoitajien kuvauksia perehdytyksestään. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Kuopio.
- Torkkola, S., Heikkinen, H., Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.- 2. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Virtanen, P. 2007. Arviointi – Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Ylipartanen, A. 2001. Tietosuoja terveydenhuollossa – potilaan asema ja oikeudet henkilötietojen käsittelyssä. Tietosanoma Oy, Helsinki.



## LIITTEET

## LIITE 1: Päijät-Hämeen keskussairaalan keskusleikkausyksikön esitietolomake

Päivystys- tai osaston kautta leikkaukseen (KESLE) tulevan potilaan esitiedot	
ppkl/osasto täyttää valkoisen alueen	operatööri pilkuttetun anestesialääkäri harmaan
Nimi (tarra)	Päivä ja klo:
henkilötunnus	Ikä Pituus Paino
<input type="checkbox"/> PPKL <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> Tarkkailu <input type="checkbox"/> Teho	Osasto:
Leikkauksen syy (diagnoosi)	Suunniteltu toimenpide
LESU min (tokonaisaika)	leikkauspuoli <input type="checkbox"/> vasen <input type="checkbox"/> oikea
TMP lääkäri	
Kiireellisyys <input type="checkbox"/> hätä <input type="checkbox"/> alle 8h <input type="checkbox"/> 8..24h <input type="checkbox"/> yli 24h <input type="checkbox"/> odottaa kotona <input type="checkbox"/> elekttiivinen	
Anelääk informoitu (nimi):	<input type="checkbox"/> soitettu, määräykset puhelimella <input type="checkbox"/> käy katsomassa ppkl/os:lla
Syönyt pvä / klo	Juonut klo Virtsanut klo
Sairaudet: <input type="checkbox"/> ei	
Yliherkkyys ja allergia: <input type="checkbox"/> ei	
Lääkesivuvaikutukset:	
Vierasesineet: <input type="checkbox"/> keidonivel /metallia <input type="checkbox"/> tahdistin <input type="checkbox"/> keinoläppä	
Apuvälineet: <input type="checkbox"/> hammasprot, silta, kuori <input type="checkbox"/> silmälasit <input type="checkbox"/> kuulokoje <input type="checkbox"/> nenä-cpap	
Mikä on suorituskyky? <input type="checkbox"/> Sänky /pyörätuolipotilas	Tajunta ja käytös:
Esiintyykö hengenahdistusta? <input type="checkbox"/> Esiintyykö rintakipua? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Aikaan ja paikkaan orientoitumaton
<input type="checkbox"/> levossa <input type="checkbox"/> levossa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Ajoittain sekava
<input type="checkbox"/> lievässä rasituksessa <input type="checkbox"/> lievässä rasituksessa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Huuteleva
<input type="checkbox"/> kovassa rasituksessa <input type="checkbox"/> kovassa rasituksessa	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä Agressiivinen
<input type="checkbox"/> ei lainkaan <input type="checkbox"/> ei lainkaan	
<input type="checkbox"/> Rajoittaako liikkumista alaraajojen kipu tai heikkous (esim. kulumat, verenkiertohäiriöt)	
<input type="checkbox"/> Onko yleiskunnossa tapahtunut muutoksia viime kuukausina, mitä?	
<input type="checkbox"/> Hepatiitti <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Runsas alkoholin käyttö <input type="checkbox"/> Huumeiden käyttö, mikä	
<input type="checkbox"/> Tupakointi	
Onko potilas viime aikoina ollut sairaalahoitossa/ lääkärin hoidossa. Miksi?	
Hoitotahto /muuta huomioitavaa:	
Aiempien tmp yhteydessä tai niiden jälkeen ilmenneet ongelmat: pahoinvointi, vaikea intubaatio, puudutusongelma	
tehohoito ym / <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä:	
<input type="checkbox"/> Nukutettu <input type="checkbox"/> Puudutettu Koska / tmp:	
	klo antaja
Lääkitys nimi annos x=annetaan aamulla	klo antaja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RR	Pulssi <input type="checkbox"/> säännöll. <input type="checkbox"/> epäsäänn.
<input type="checkbox"/> Lab tulostettu	Huoneilma SpO <sub>2</sub>
<input type="checkbox"/> x koe	
Veriryhmä: _____	
Verivaraus: _____ yks	
Hoitaja kuittaus	
Esilääkitys:	klo antaja
Edellisenä iltana:	
Leikk. päivänä:	
	EKG:
	THX:
	Poikkeava lab tai muu huomioitava:
	Ausk:
	Pahoinvointiriski <input type="checkbox"/> pieni <input type="checkbox"/> kohtalainen <input type="checkbox"/> suuri
	Suorituskyky NYHA 1 2 3 4
	Yleistila ASA E 1 2 3 4 5
	Anestesia-ainemuoto / erityismonitorointi
	<input type="checkbox"/> käynyt <input type="checkbox"/> paperikons <input type="checkbox"/> puhelimella
	Lääkäri kuittaus

## LIITE 2: Tutkimuslupa



PÄIJÄT-HÄMEEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄ

HAKEMUS/LUPA

Opinnäyte- ja tutkimustyö

Päätös § J26/2008

1. HAKIJA TAI HAKIJAT	Nimi / nimet Meri Kärki, Tuomas Niemeläinen	
	Oppilaitos ja koulutusohjelma Lahten ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan laitos, hoitotyön koulutusohjelma	
	Oppilaitoksen osoite Hoitajankatu 315850 Lahti	
	Ohjaajan nimi oppilaitoksessa Sari Nieminen	Puhelin 044 708 0408
	Opinnäyte- / tutkimustyön nimi RAPORTOINTI TARPEITA VASTAAVAKSI - Potilaasta leikkaus- ja anestesiaosastolle annettavan suullisen raportin kehittämisshanke	
	Opinnäyte- / tutkimustyön arvioitu valmistumisajankohta 9/2008	
	Opinnäyte- / tutkimustyön tavoitteet, aineiston keruu ja kohderyhmä Hankkeen tarkoituksena on tuottaa ohje leikkaus- ja anestesiaosastolle annettavan suullisen raportin sisällöstä. Tavoitteena on tuotetun ohjeen avulla kehittää potilaan saamaa hoitoa saumattomaksi ja joustavaksi sekä parantaa potilasturvallisuutta. Ohje tuotetaan KESLE:n anestesia- ja instrumenttihoitajille toteutettavan ryhmä haastattelun pohjalta.	
	Osoite, puhelin ja sähköposti (ryhmästä yhden henkilön) Meri Kärki; Valjaskatu 6 E 72 15830 Lahti, 044 0700 820, meri.karki@lpt.fi	
	Pvm ja hakijan allekirjoitus (ryhmästä yhden henkilön) 17.6.2008 Meri Kärki	
	2. PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Lupa opinnäyte- / tutkimustyöhön myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan, koska _____ <input type="checkbox"/> Lupa myönnetään seuraavin ehdoin _____ <input type="checkbox"/> Lupaa ei myönnetä
Sopimus opinnäyte- / tutkimustyön raportoinnista: <input checked="" type="checkbox"/> Raportti toimitetaan ylihoitajalle <input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle <input checked="" type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous/koulutus <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä? _____		
Kustannuksista vastaa: <input checked="" type="checkbox"/> Opiskelija/tutkija <input type="checkbox"/> PHSOTEY osallistuu kustannuksiin. Miten? _____		
Yhdyshenkilön/ohjaajan nimi PHSOTEY:ssä PIRJO LEHTOHÄKI		Puhelin 5062
Luvan myöntäjä PHSOTEY:ssä ANNE KOSKINEN		Puhelin 5703
Pvm ja allekirjoitus, nimenselvennys Anne Koskinen v. ym. 30/6-08		

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:  
 -yksikön osastonhoitajalle / esimiehelle  
 -kehittämispäällikölle (sisäisen postin osoite SHALL)

## LIITE 3: Hankkeistussopimus

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

SOPIMUS

Tämä sopimus koskee **HANKKEISTETTUA OPINNÄYTETYÖTÄ****Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot**

Opiskelijan nimi	Meri Kärki	Puh.	044 0700 820	Sähköposti	meri.karki@lpt.fi
Opiskelijan nimi	Tuomas Niemeläinen	Puh.		Sähköposti	tuomas.niemelainen@lpt.fi
Opiskelijan nimi		Puh.		Sähköposti	
Opiskelijan nimi		Puh.		Sähköposti	
Opiskelijan nimi		Puh.		Sähköposti	
Opiskelijan nimi		Puh.		Sähköposti	

**Opinnäytetyön tiedot**

Opinnäytetyön aihe	Potilaasta leikkaus- ja anestesiaosastolle annettavan suullisen raportin kehittämishanke				
Opinnäytetyön suunniteltu valmistumisaika	9/2008 (kk / vuosi)				
Opinnäytetyön ohjaajan nimi	Sari Nieminen	Puh.	044 - 7080708	Sähköposti	sari.nieminen@lpt.fi

**Yhteistyökumppanin tiedot**

Organisaatio	PÄIJÄT-HÄMEEN KESKUSSAIRAALA				
Osoite	Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti				
Yhteysten henkilön nimi	Pirjo Lehtomäki	Puh.	044 719 5062	Sähköposti	pirjo.lehtomaki@phsotey.fi

Opinnäytetyö on yhteistyökumppanin kannalta tarpeellinen ja työtä tai työyksikköä kehittävä.

Opinnäytetyön tekemisestä aiheutuvista kuluista on sovittu seuraavaa:  
Opinnäytetyön tekijät maksavat mahdolliset syntyvät kustannukset.Opinnäytetyön tekijänoikeudet säilyvät tekijöillä, mutta muuten työn käytöstä sen valmistuttua on sovittu seuraavaa:  
Oikeen käyttö- ja päivitysoikeudet siirtyvät keskusleikkauksyksikölle  
Tätä sopimusta on tehty kaksi kappaletta, toinen Lahden ammattikorkeakoululle ja toinen yhteistyökumppanille.**Opiskelijoiden allekirjoitukset**

Päiväys	18.6.2008	<u>Meri Kärki</u>	
		Meri Kärki (nimen selvennys)	(nimen selvennys)
		<u>Tuomas Niemeläinen</u>	
		(nimen selvennys)	(nimen selvennys)
		(nimen selvennys)	(nimen selvennys)

**Ohjaajan allekirjoitus**

Päiväys	26.8.08	<u>Sari Nieminen</u>	
		(nimen selvennys)	Sari Nieminen

**Yhteistyökumppanin allekirjoitus**

Päiväys	1.8.2008	<u>Pirjo Lehtomäki</u>	
		(nimen selvennys)	PIRJO LEHTOMÄKI

## LIITE 4: Teemahaastattelu

(1/2)

## 1. Millainen on nykyinen raportointitilanne?

- Raportin sisältö
- Muuta raporttiin liittyvää
  - kirjaaminen
  - raportin laatu
  - potilasturvallisuus
  - vuorovaikutus
  - potilaan huomiointi

## 2. Millaisia ongelmia tai puutteita raportointitilanteissa ilmenee?

- Sisällön suhteen
- Muuten
  - kirjaaminen
  - raportin laatu
  - potilasturvallisuus
  - vuorovaikutus
  - potilaan huomiointi
  
- Mistä ongelmat johtuvat

## 3. Mitkä tiedot ovat erikoisalanne kannalta tärkeä tulla esiin raportissa? Miksi nämä tiedot ovat tärkeitä?

(2/2)

4. Miten kehittäisitte raportointitilannetta?

- Sisällön suhteen
- Muuten
  - kirjaaminen
  - raportin laatu
  - potilasturvallisuus
  - vuorovaikutus
  - potilaan huomiointi

5. Mitä muuta tahtoisitte sanoa raportointiin liittyen?

6. Millainen suullisen raportoinnin ohje palvelisi teitä parhaiten työnne suunnittelussa ja toteutuksessa?

## LIITE 5: Saatekirje

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan laitokselta. Teemme hankkeistettua opinnäytetyötä koskien leikkaussaliin annettavaa raporttia. Pyrimme selvittämään leikkaussaliin annettavan raportin sisältöä ja sen mahdollisia kehittämiskohteita. Kartoitusta tapahtuu teorian ja käytännön työelämään tehtävien haastattelujen pohjalta. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna keskusleikkausyksikön anestesia- ja instrumenttihoitajille. Haastattelussa saatujen tietojen pohjalta luomme raportointiohjeen leikkaussaliin annettavasta suullisesta raportista.

Haastattelut ovat tarkoitus toteuttaa 18.8–22.8.2008 välisenä aikana. Haastateltavat jaetaan tulosten analysoinnin helpottamiseksi ryhmiin eri erikoisalojen mukaan. Haastatteluihin osallistuvat sairaanhoitajat valitsee yhteyshenkilönämme toimiva osastonhoitaja Pirjo Lehtomäki. Haastattelujen kestoksi arvioimme 1h. Haastateltavien henkilöllisyys ei tule ilmi aineiston analysoinnissa tai opinnäytetyöraportoinnissa.

Tulemme haastattelussa kysymään seuraavia kysymyksiä, joita voitte pohtia etukäteen oman työenne näkökulmasta.

- Millainen on nykyinen raportointitilanne?
- Millaisia ongelmia tai puutteita raportointitilanteissa ilmenee?
- Mitkä tiedot ovat erikoisalanne kannalta tärkeä tulla esiin raportissa? Miksi nämä tiedot ovat tärkeitä?
- Miten kehittäisitte raportointitilannetta?
- Millainen suullisen raportoinnin ohje palvelisi teitä parhaiten työenne suunnittelussa ja toteutuksessa?

Ystävällisin terveisin,

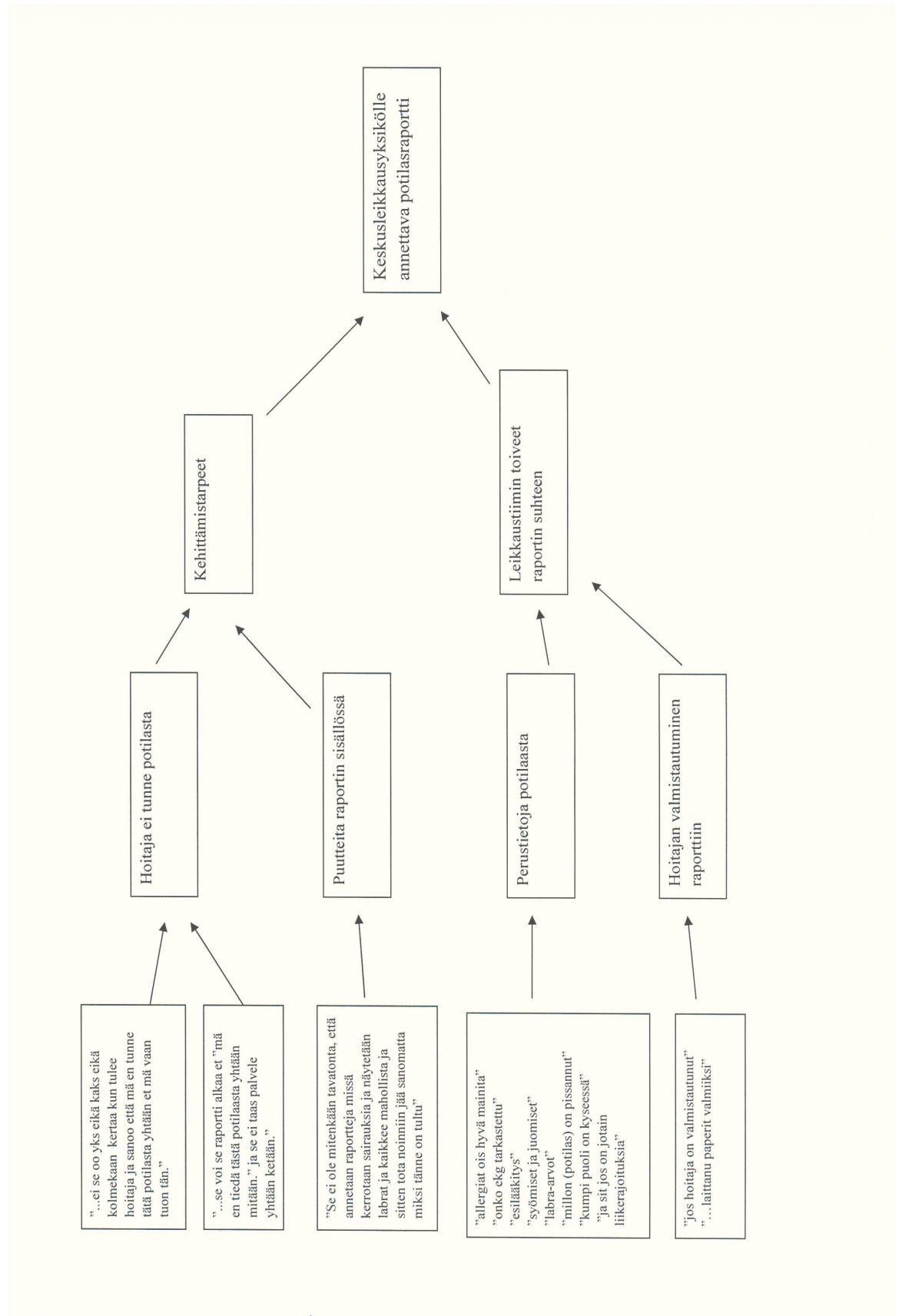
---

Meri Kärki  
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)  
meri.karki@lpt.fi

---

Tuomas Niemeläinen  
Sairaanhoitajaopiskelija(AMK)  
tuomas.niemelainen@lpt.fi

## LIITE 6: Esimerkki aineiston analysoinnista



## LIITE 7: Ohje keskusleikkausyksikköön annettavasta potilasraportista

## RAPORTTI POTILAAN SIIRTYESSÄ KESKUSLEIKKAUSYKSIKKÖÖN

1. POTILAAN IDENTIFIOINTI – NIMI JA HENKILÖTUNNUS
2. DIAGNOOSI
3. SUUNNITELTU TOIMENPIDE
4. KIRURGIN MÄÄRITTÄMÄ LEIKKAUSKOHTA – LEIKATTAVA PUOLI MAINITTAVA
5. MUUT TOIMENPITEESEEN LIITTYVÄT HUOMIOT
6. POTILAAN MUUT SAIRAUDET, HOITO JA LÄÄKITYS
7. POTILAAN YLIHERKKYYDET
8. LIIKERAJOITUKSET
9. VIERASESINEET (ESIM. METALLI, TAHDISTIN, HAMMASPROTEESIT)
10. TOIMENPIDEPÄIVÄN LÄÄKE- JA NESTEHOITO
11. ESILÄÄKITYS
12. POTILAAN RAVINNOTTA OLOAIKA
13. POTILAAN VIIMEISIN VIRTSAUSAJANKOHTA
14. POTILAAN VERIRYHMÄ JA VERITUOTEVARAUKSET
15. POTILAALLE TEHDYT TUTKIMUKSET JA MAHDOLLISET POIKKEAMAT NIISSÄ

HUOLELLA TÄYTETTY ESITIELOMAKE HELPOTTAA RAPORTIN ANTOA