



TARKISTUSLISTA JA RAPORTOINTIOHJEET HERÄÄMÖN SIIRTOTILANTEISIIN

Emilia Grönfelt

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

GRÖNFELT, EMILIA

Tarkistuslista ja raportointiohjeet heräämön siirtotilanteisiin
Opinnäytetyö 53 s., liitteet 6s.
Maaliskuu 2012

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolle tarkistuslista heräämön siirtotilanteisiin. Työn edetessä tuotos laajeni ja syntyi myös raportointiohjeet. Opinnäytetyössäni selvitän millaista on hyvä hoitotyö heräämön siirtotilanteissa, mikä tarkistuslista on ja miten se on käytössä hoitotyössä sekä mitä erityishaasteita kyseisen heräämön potilaat asettavat siirtotilanteisiin. Opinnäytetyöni on tuotokseen painottuva opinnäytetyö.

Käsittämäni heräämön siirtotilanteet ovat potilaan vastaanottaminen leikkausosalista heräämön ja siirtäminen heräämöhoidon jälkeen vuodeosastolle. Opinnäytetyöni tuotos on kaksiosainen, laminoitava ohje heräämön henkilökunnalle. Ensimmäinen sivu on varsinainen tarkistuslista ja toisella sivulla on yksityiskohdaisemmat raportointiohjeet siirtotilanteisiin. Tarkistuslista on jaettu seuraaviin ajanjaksoihin: ennen potilaan siirtoa, siirtohetkellä, hoitovastuun siirtyessä heräämön hoitajalle ja heräämöhoidon jälkeen hoitovastuun siirtyessä vuodeosaston hoitajalle. Jokaisen ajankohdan alla on kyseisellä hetkellä erityishuomiota vaativat seikat. Tarkistuslista on mukaelma alun perin WHO:n leikkaussaleihin suunnittelema kirurgisesta tarkistuslistasta. Raportointiohjeissa listasin raportoitavia asioita SBAR (situation = tunnistaminen, background = taustatiedot, assesment = potilaan tila, recommendation = suositus toimenpiteistä) raportointityökalua apuna käyttäen. Tuotos on työn liitteenä, mutta sitä ei julkaista Theseus tietokannassa työelämän toiveesta.

Käytin työssäni sekä kirjallisuudesta löytyvää tietoa että osaston henkilökunnan tietämystä ja uskoakseni tuotos palvelee työelämän tarpeita hyvin. Jatkotutkimushaasteena olisi mielenkiintoista selvittää miten tarkistuslistan käyttöönotto onnistuu ja millaisia ajatuksia se heräämön henkilökunnassa herättää. Lisäksi olisi hyvä tutkia, miten SBAR raportointityökalua voisi hyödyntää potilasta leikkauksiin tuotaessa.

Asiasanat: heräämö, raportointi, perioperatiivinen hoitotyö, tarkistuslista

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

GRÖNFELT, EMILIA

Checklist and Reporting Instructions for Transfer Situations in the Recovery Room

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 6 pages
March 2012

The aim of this study was to make a checklist for recovery room transfer situations in the surgical department of the Pirkanmaa Hospital District. The thesis charted what good nursing care is in recovery room transfer situations, what a checklist is and how it is used in nursing care, and what special challenges recovery room patients impose on the transfer situations. The thesis was carried out as a project.

The recovery room transfer situations which were handled in the thesis were receiving patients from the operating room into the recovery room, and transferring them from the recovery room into the ward. The output of the thesis was a two-piece, laminated guide for the recovery room staff. The first page is the actual checklist and the second page includes more detailed reporting instructions for the transfer situations. The checklist is an adaptation of the original WHO Surgical Safety Checklist. In the reporting instructions, the reported things were listed based on the SBAR Report Tool.

Besides drawing on the relevant literature, the knowledge of the ward personnel was also utilised, and therefore the output will most likely meet nurses' needs in a real work setting. In future studies, it would be interesting to look into how the introduction of the checklist has worked.

Key words: recovery room, reporting, perioperative nursing, checklist.

SISÄLLYS

JOHDANTO	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3 HERÄÄMÖN SIIRTOTILANTEIDEN TARKISTUSLISTA	8
3.1 Tarkistuslista hoitotyössä	9
3.1.1 WHO:n kirurginen tarkistuslista	9
3.1.2 Tarkistuslistan käyttö heräämössä	10
3.1.3 Potilasturvallisuus	11
3.2 Heräämön siirtotilanteet	12
3.2.1 Raportointi heräämön siirtotilanteissa	13
3.2.2 Potilaslähtöinen raportointi	16
4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ	17
4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö	17
4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen	17
4.3 Tuotoksen ulkoasu	20
4.4 Tuotoksen sisältö	22
5 TARKISTUSLISTAN SISÄLTÖ	24
5.1 Ennen potilaan vastaanottoa	24
5.2 Potilaan vastaanottaminen heräämön	25
5.3 Raportti heräämön hoitajalle	29
5.4 Potilaan siirtäminen jatkohoitopaikkaan	30
6 RAPORTOINTIOHJEET	32
6.1 Raportti potilasta tuodessa heräämön	33
6.2 Raportti potilasta jatkohoitopaikkaan siirrettäessä	37
6 POHDINTA	40
6.1 Eettisyys ja luotettavuus	40
6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	41
6.3 Pohdinta	42
LÄHTEET	44
LIITTEET	48

JOHDANTO

Hoitotyö ja lääketiede kuuluvat turvallisuuskriittisiin korkean riskin aloihin, joissa virheillä saattaa olla kohtalokkaita seurauksia (Kinnunen 2010,16). Leikkaus- ja anestesiatoiminta on yksi sairaanhoidon riskialttiimmista erikoisaloista ja lääkäri punnitseekin leikkauspäätöstä aina tarkkaan. Potilaalle leikkauksesta saatava hyöty on oltava suurempi kuin leikkauksen riskit (Leikkausta edeltävä arviointi, Käypähoito- suositus 2008). Välillä leikkaus on kuitenkin paras vaihtoehto ja potilaan on pystyttävä luottamaan häntä hoitavaan henkilökuntaan ja laitteiston turvallisuuteen.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2009 suomalaisen potilasturvallisuusstrategian, minkä mukaan terveydenhuolto on jäänyt jälkeen muista korkean riskin aloista turvallisuuden varmistamisessa. Uudessa terveydenhoitolaissa (2010/1326) on potilasturvallisuuden huomioiminen nostettukin voimakkaasti esiin ja lain mukaan terveydenhoidon on oltava turvallista, laadukasta ja asianmukaisesti toteutettua. Potilasturvallisuusstrategian visiona on, että potilasturvallisuus olisi juurrutettu kaikkeen toimintaan vuoteen 2013 mennessä. Yksi keino saavuttaa parempaa potilasturvallisuutta on raportin mukaan riskien ennakointi tutkimukseen ja kokemukseen perustuvien käytäntöjen avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Leikkaus- ja anestesiatoiminnan tarkoitus on parantaa potilaan elämänlaatua. Silti seitsemän miljoonaa potilasta vammautuu ja miljoona ihmistä menehtyy vuosittain leikkauskomplikaatioihin. Vammauttavista komplikaatioista esimerkkinä on väärän puolen toimenpide, joita Yhdysvalloissa raportoidaan joka vuosi tehtävän 1500-2500. Noin puolet leikkauskomplikaatioista johtuu inhimillisistä virheitä ja olisi siten estettävissä. (Ikonen 2010, 78-80.)

Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) käynnisti vuonna 2007 maailmanlaajuisen kampanjan leikkaustoimenpiteisiin liittyvän potilasturvallisuuden parantamiseksi. Kampanjan yhteydessä julkaistiin kirurginen tarkistuslista, joka sisältää 19 potilasturvallisuuden kannalta keskeistä kohtaa (liite 1). Tarkistuslistan käytöstä on julkaistu maailmanlaajuinen tutkimus, jonka tulokset

puhuvat vahvasti tarkistuslistan puolesta. (Pauniaho ym. 2009.) Haynes ym. (2009) osoittivat, että kirurgista tarkistuslistaa käyttämällä leikkauskomplikaatiot ja kuolleisuus vähenivät kolmanneksella (liite 2). Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto Valvira kannustaa käyttämään leikkaussalin tarkistuslistaa kaikissa kirurgisissa toimenpiteissä.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolla kirurginen tarkistuslista on päivittäin käytössä ja nyt halutaan panostaa hyvään ja turvalliseen hoitoon myös leikkauksen jälkeen. Työelämän toiveesta teinkin tuotokseen painottuvan opin- näytetyön, heräämön siirtotilanteiden tarkistuslistan.

Heräämössä (voidaan käyttää myös nimitystä valvontayksikkö) hoidetaan leikkauspotilaiden leikkauksen jälkeinen välitön tarkkailu ja hoito. Potilasta hoide- taan heräämössä, kunnes hänen tärkeät elintoimintonsa ovat palautuneet leik- kausta ja anestesiaa edeltävälle tasolle ja potilas täyttää vuodeosastolle siirty- misen kriteerit. (Lukkari, Kinnunen & Korte, 2007, 362.)

Heräämön siirtotilanteet ovat potilaan vastaanottaminen leikkaussalista herää- mään ja heräämöhoidon jälkeen potilaan siirtäminen jatkohoitopaikkaan. Siirtoti- lanteissa korostuu raportointi ja hoidon jatkuvuus. Tarkistuslistan lisäksi tein myös raportointiohjeet heräämön siirtotilanteisiin.

Koen potilasturvallisuuden kehittämisen erittäin tärkeäksi työskennellessäni ris- kialttiilla hoitoalalla. Potilasturvallisuutta parantamalla myös hoitotyö muuttuu turvallisemmaksi, kun inhimilliset virheet minimoidaan jo rakenteellisella tasolla. Veronmaksajana olen kiinnostunut potilasturvallisuuden parantamisesta myös taloudellisesta näkökulmasta. On arvioitu, että 951 miljoonaa euroa säästyisi vuositasolla Suomessa, mikäli terveydenhuollon inhimilliset hoitovirheet saatai- siin kitkettyä pois (Kinnunen 2010b,5).

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä tarkistuslista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston heräämön siirtotilanteisiin.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää:

1. Millaista on hyvä hoitotyö heräämön siirtotilanteissa?
2. Mikä tarkistuslista on ja miten se on käytössä hoitotyössä?
3. Mitä erityishaasteita kyseisen heräämön potilaat asettavat siirtotilanteisiin?

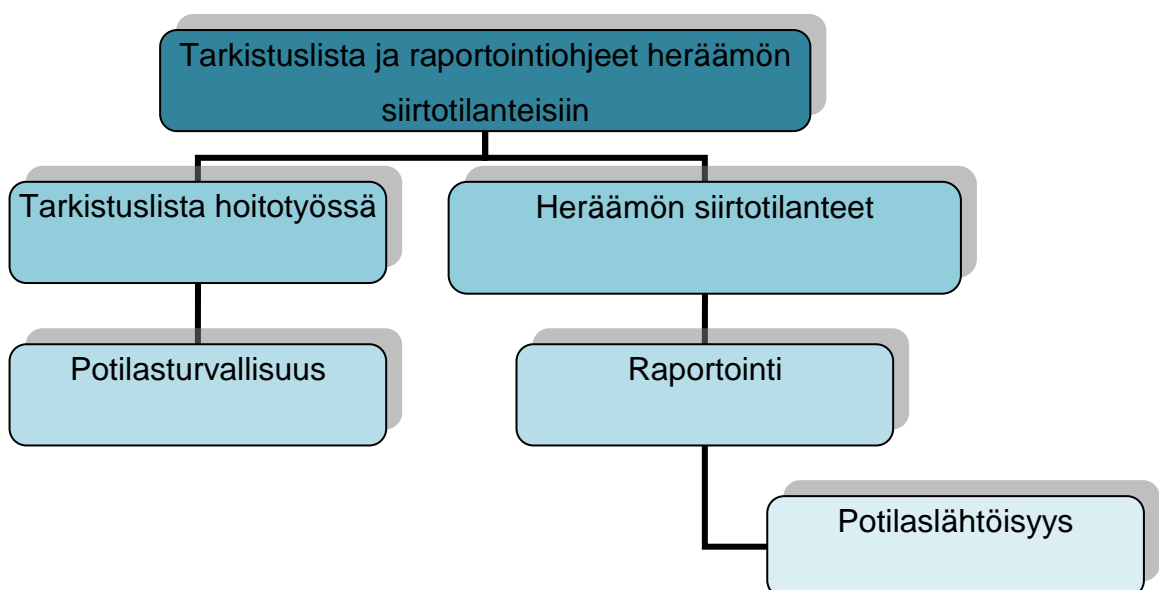
Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston sairaanhoitajien tietoisuutta omasta toiminnastaan heräämön siirtotilanteissa sekä antaa heille ajankohtaista tietoa heräämöhoidon kehittamisestä. Lisäksi tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta ja potilaiden yksilöllisyyden huomiointia ja näin ollen parantaa myös potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta.

3 HERÄÄMÖN SIIRTOTILANTEIDEN TARKISTUSLISTA

Heräämö on valvontayksikkö, johon kirurginen potilas tuodaan välittömästi leikkauksen jälkeen. Potilasta hoidetaan heräämössä, kunnes hänet on turvallista siirtää jatkohoitoonpaikkaan. (Lukkari ym. 2007, 362.) Heräämön siirtotilanteilla tarkoitan tässä työssä potilaan vastaanottamista leikkaussalista heräämöhön ja siirtämistä heräämöhoidon jälkeen jatkohoitoonpaikkaan. Siirtotilanteissa tärkeä osa hoitotyötä on raportointi, jossa hoitovastuu siirtyy hoitajalta toiselle.

Tarkistuslista on lista asioista, joita tulee huomioida tietyissä tilanteissa. Hoitotyöhön tarkistuslista on rantautunut maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämän kirurgisen tarkistuslistan kautta. Tarkistuslistan tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta standardoidun toiminnan avulla. (Helovuori, Kinnunen, Peltonen & Pennanen 2011, 208.)

Työni teoreettinen viitekehys on esitelty alla (kuvio 1). Teoriaosuudessa kerron ensin tarkistuslistan käytöstä hoitotyössä. Tämän jälkeen käsitelen potilasturvallisuutta, jonka jälkeen kerron heräämön siirtotilanteita yleisesti ja lopuksi tarkastelen raportointia. Tuotoksen tarkemman sisällön olen käsitellyt omana kokonaisuutenaan luvussa 5 (Tarkistuslistan sisältö) ja luvussa 6 (Raportointiohjeet).



KUVIO 1. Opinnäytetyön viitekehys

3.1 Tarkistuslista hoitotyössä

Tarkistuslistasta (checklist) voidaan käyttää myös termiä muistilista. Tarkistuslistalla tarkoitetaan listaa asioista, jotka tulee varmistaa tietyssä tilanteessa. Tarkistuslistaa käyttämällä voidaan vähentää inhimillisiä virheitä. (Pauniaho ym. 2009.) Hoitotyössä ja lääketieteessä inhimilliset virheet voivat olla erittäin kohtalokkaita. Lääketiede ja hoitotyö ovatkin ns. korkean riskin aloja. Muilla korkean riskin aloilla, kuten esimerkiksi ilmailussa tarkistuslistat ovat olleet rutiinia jo vuosikymmenten ajan ja niiden avulla on vaikutettu merkittävästi turvallisuuden parantumiseen (Ikonen 2010). Hoitotyössä tarkistuslistat ovat viime vuosina yleistyneet ja suunnannäyttäjänä on ansiokkaasti toiminut WHO:n kirurginen tarkistuslista.

3.1.1 WHO:n kirurginen tarkistuslista

Maailmalla tehdään vuosittain noin 235 miljoonaa leikkausta, joissa vammautuu arviolta seitsemän miljoona ja kuolee miljoona ihmistä. Muihin suuriin terveysongelmiin rinnastettuna esimerkiksi malarian aiheuttama kuolleisuus on samaa luokkaa. Noin puolet leikkauskomplikaatioista johtuu inhimillisistä virheistä ja olisi siten estettävissä. (Ikonen 2010.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization) kansainvälinen, eri alojen asiantuntijoista koostuva potilasturvallisuusliitto (World Alliance for Patient Safety, WAPS) käynnisti vuonna 2007 maailmanlaajuisen Safe Surgery Saves Lives -kampanjan leikkaustoimenpiteisiin liittyvien haittojen vähentämiseksi. Kampanjan yhteydessä julkaistiin ja otettiin koekäyttöön myös leikkaustiimin tarkistuslista (WHO Surgical Safety Checklist) työkaluksi leikkauskomplikaatioiden ennaltaehkäisemiseen. (Pauniaho ym.2009.)

WHO:n leikkaustiimin tarkistuslista sisältää 19 potilasturvallisuuden kannalta keskeistä kohtaa leikkaussalissa tapahtuvan hoidon osalta. Tarkistuslistassa on käsitelty sekä anestesia- että leikkausturvallisuutta. Ajallisesti tarkistuslista on jaettu kolmeen eri osa-alueeseen, jotka ovat ennen viiltoa, ennen haavan sulkea ja ennen salista poistumista huomioitavat asiat. Leikkaustiimin jäsenet käy-

vät jokaisen tarkistuslistan kohdan läpi ääneen varmistaen näin tiedonkulun tiimin välillä ja asioiden huomioimisen. Aikaa tarkistuslistan läpikäymiseen kuluu muutama minuutti. (Pauniaho ym. 2009.)

Ennen laajamittaista käyttöönottoa WHO:n tarkistuslista testattiin kahdeksassa keskuksessa ympäri maailmaa. Tulokset raportoitiin tammikuussa 2009. Mukana oli sekä kehittyneen teknologian että matalan tulotason maita. Näyttö tarkistuslistan toimivuudesta oli vahva: listan käyttöönoton myötä leikkauskomplikaatiot ja kuolleisuus väheni yli kolmanneksella. NNT-luvuksi (number needed to treat) muutettuna korkean teknologian maissa 31 kertaa käytettynä tarkistuslistan käyttö estää yhden komplikaation ja 333 kertaa käytettynä estetään yksi kuolema. Inhimillisten kärsimysten lisäksi tarkistuslistaa käyttämällä voidaan myös vähentää merkittävästi kustannuksia. (Ikonen 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuuden edistämiseksi perustettu työryhmä on suomentanut WHO:n leikkaustiimin tarkistuslistan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Suomen leikkaussaleihin kirurginen tarkistuslista rantautui vuonna 2009 (Suomen kirurgiyhdistyksen kotimainen julkaisusarja 2009, 35). Takalan ym. (2009) tekemän selvityksen mukaan kirurginen tarkistuslista parantaa potilasturvallisuutta myös Suomen leikkaussaleissa, eikä se oleellisesti pidentä leikkaukseen kulunutta aikaa (taulukko 1 s.49). Nykyisin tarkistuslista on käytössä laajalti leikkaussalitoiminnassa ja sen käyttöä lisätään pikkuhiljaa muillekin hoitotyön osa-alueille.

3.1.2 Tarkistuslistan käyttö heräämössä

Yli puolet kirurgisen potilaan hoitovirheistä tapahtuu leikkaussalin ulkopuolella ja tästä syystä on tärkeä tarkastella potilaan koko hoitoketjua turvallisuuden näkökulmasta (de Vries ym. 2010). Hollannissa on pilotoitu SURPASS-järjestelmä, jossa kirurgisen tarkistuslistan rinnalle on kehitetty myös listat kirurgisen potilaan hoitoprosessin muihin vaiheisiin (liite 3). Sairaaloissa, joissa järjestelmä otettiin käyttöön komplikaatiot vähenivät tarkistuslistojen käyttöönoton jälkeen 27,3 prosentista 16,7 prosenttiin ja kuolleisuus väheni 1,5 prosentista 0,8 prosenttiin. (Helovuo ym. 2011, 209.)

Jorvin sairaalassa on kehitetty leikkaussalissa läpikäytävän tarkistuslistan rinnalle lista niistä asioista, jotka läpikäydään potilaan saapuessa leikkausosastolle ja toinen tarkistuslista heräämöstä vuodeosastolle siirtymiseen (Pere 2010). Anestesiologian erikoislääkäri Pertti Pere ystävällisesti lähetti minulle näistä jälkimmäisen, vuodeosastolle siirtymisen tarkistuslistan, jonka pohjalta lähdin työstämään tarkistuslistaa.

3.1.3 Potilasturvallisuus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveydenhoitolaki (2010/1326) nostaa hyvän hoidon rinnalle myös turvallisuuden vaatimuksen. Lain vaatimuksena on, että toiminta perustuu näyttöön ja hyviin käytäntöihin.

Potilasturvallisuus on olennainen osa potilaan hyvää hoitoa. Lääkärietiikan keskeinen teesi ”*primum non nocere*” (”ensisijaista on, että potilasta ei vahingoiteta”) on terveyden- ja sairaanhoidon perusta. (Helovuori ym. 2011, 11.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä strategiana on, että jokaisen potilaan kohdalla hoito olisi laadukasta, turvallista ja asiantuntevaa (Tainio, Aalto & Herala 2007, 6).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) laatiman Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009–2013 mukaan potilasturvallisuuden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumiselta. Potilasturvallisuus koostuu yksilöiden ja organisaation periaatteista ja toimintamalleista. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääketurvallisuuden, laiteturvallisuuden ja on terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Potilasturvallisuus tulee huomioida niin hoidon suunnittelussa kuin toteutuksessa. Potilasturvallisuutta lisätään raportoimalla vaaratapahtumista ja oppimalla niistä.

Marina Kinnusen (2010a) mukaan potilasturvallisuus tulee mahdollistaa muokkaamalla hoidon prosesseja turvallisemmiksi. Hänen mukaansa ennaltaehkäisemällä tahattomia vahinko päästään parhaaseen lopputulokseen. Tarkistuslistan käytön leikkaussaleissa on osoitettu olevan yksi keino muokata hoitoa

turvallisemmaksi (Haynes ym. 2009, 495). Nyt haluan yhdessä työelämän kanssa kehittää työkalun, joka standardoi myös heräämöhoidoa turvallisempaan suuntaan.

3.2 Heräämön siirtotilanteet

Heräämö on tila, jossa tarkkaillaan ja hoidetaan leikkauksen jälkeen nukutuksesta heräviä potilaita. Nykyään heräämön sijasta käytetään usein termiä valvontayksikkö. Valitsin tähän opinnäytetyöhön kuitenkin termin heräämö opinnäytetyön tilanteen työelämätahon pyynnöstä. Lukkari ym. (2007, 359-360) määrittelevät heräämön valvontayksiköksi, johon potilas siirretään välittömästi leikkauksen jälkeen. Heräämössä alkaa potilaan toipumisen tarkkailu ja hoito, postoperatiivinen hoitovaihe. Heräämöhoido tapahtuu potilaan välittömässä läheisyydessä ja potilasta tarkkaillaan, kunnes hänet on turvallista siirtää jatkohoitopaikkaan.

Tässä opinnäytetyössä tarkoitan heräämön siirtotilanteilla potilaan vastaanottamista leikkaussalista heräämöhön ja siirtämistä heräämöhoidon jälkeen vuodeosastolle. Anestesiatyöryhmä siirtää potilaan heräämöhön leikkauksen päätyttyä. Aitkenheadin, Rowbothamin ja Smithin (2001, 542) mukaan toipumisvaihe (välitön postoperatiivinen hoito) alkaa heti, kun anestesian anto lopetetaan ja potilas siirretään pois leikkaustasolta. Heidän mukaansa potilaan riittävä tarkkailu tulee varmistaa myös siirtovaiheessa, koska komplikaatioiden riski on suuri. Siirron leikkaussalista heräämöhön tulee tapahtua ripeästi muutamassa minuutissa, mutta hallitusti, jotta potilaalle ei aiheuteta turhaa kipua (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 1999, 443). Potilasta tarkkaillaan ja hoidetaan heräämössä, kunnes hän täyttää vuodeosastolle siirtymisen kriteerit (luku 5.4 potilaan siirtäminen jatkohoitopaikkaan). Toimenpiteestä riippuen valvonta-aika on keskimäärin 1-3 tuntia, mutta potilaan vointi ratkaisee heräämöhoidon pituuden. (Lukkari ym. 2007, 360.)

Molempia siirtotilanteita yhdistää hoitovastuun siirtyminen hoitajalta toiselle. Ensimmäisessä siirtotilanteessa (potilaan vastaanottaminen heräämöhön) leikkauksessa potilasta hoitanut anestesiahoitaja antaa raportin heräämön hoitajal-

le. Hän antaa heräämön hoitajalle potilasasiakirjat ja suullisen raportin potilaan voinnista anestesian ja toimenpiteen aikana ja välittömässä postoperatiivisessa vaiheessa. Anestesiahoitajan tulee jäädä potilaan luo, kunnes heräämöhoitaja on tyytyväinen saamaansa raporttiin ja on sen pohjalta kykenevä ottamaan hoitovastuun potilaasta. Toisessa siirtotilanteessa potilas siirretään heräämöhoidon jälkeen vuodeosastolle. Tällöin heräämön hoitaja antaa vuodeosaston hoitajalle suullisen ja kirjallisen raportin potilaan voinnista leikkauksen ja heräämöhoidon aikana. Vuodeosaston hoitaja päättää, koska on valmis ottamaan vastuun potilaan hoidosta saamansa raportin pohjalta. (Jalonen, Hynynen, Valanne & Erkola 1998.)

3.2.1 Raportointi heräämön siirtotilanteissa

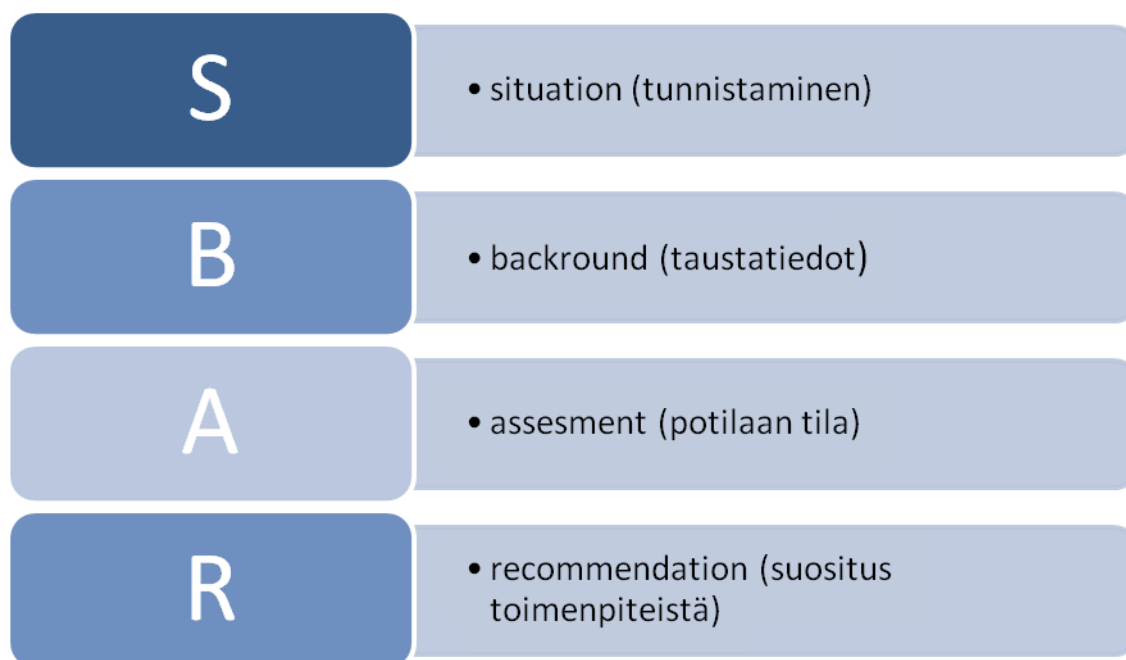
Käytän tässä opinnäytetyössä hoitotyön suullisesta tiedotustilanteesta termiä raportti. Runteen (2000, 19) mukaan raportin tarkoituksena on turvata hoidon jatkuvuus ja se on edellytys potilasturvallisuudelle. Raportointi leikkausosastolla perustuu potilaasta kirjattuihin tietoihin (potilasasiakirjat ja anestesiakaavake). Leikkausosaston ja heräämön raportointiin liittyy myös erilaisia kirjoittamattomia sääntöjä ja rituaaleja.

Epäselvä tai puutteellinen raportointi vaarantaa potilaan turvallisuutta. Joint Commission vuonna 2004 tekemän arvion mukaan Yhdysvalloissa 72% vastasyntyneiden menehtymiseen tai vammautumiseen johtaneista haittatapahtumista liittyi suoraan kommunikaatiossa ja tiedonkulussa esiintyviin puutteisiin. (Helovuori ym. 2011, 207.)

Potilaan turvallinen ja laadukas hoito edellyttää siis aukotonta tiedonkulkua. Raportointi on aina inhimillistä toimintaa ja siihen liittyy myös kaikki inhimillisen toiminnan riskit. Kommunikaatioon ja tiedonkulkuun liittyviä potilasturvallisuusriskejä voidaan kuitenkin vähentää ottamalla käyttöön selkeä ja yhdenmukainen tapa raportoida. Maailmalla on kehitetty erilaisia työkaluja systemaattisen raportoinnin takaamiseksi ja yksi niistä on Ruotsissa käytössä oleva iSBAR. Lyhenne tulee sanoista i=identification (tunnistaminen), s=situation (tilanne),

B=background (taustatiedot), A=assessment (potilaan nykyinen tila) ja R=recommendation (suositus toimenpiteistä). (Väisänen 2011; Peltomaa 2011.)

Peltomaa (2011, 20-21) käyttää Spirium lehden artikkelissa samasta raportoinnin työkalusta nimitystä SBAR. Menetelmä on muuten sama kuin iSBAR, mutta ensimmäinen (identification) ja toinen (situation) on yhdistetty yhdeksi kohdaksi ja suomennettu sanalla tunnistaminen (kuvio 2). Käytän työssäni näistä jälkimmäistä, SBAR- nimitystä, koska koen sen selkeämmäksi ja tarkoitustani paremmin palvelevaksi. Myös Helovuo ym.(2011) käyttävät kirjassa Potilasturvallisuus SBAR- nimitystä.



KUVIO 2. SBAR- työkalu raportoinnin tueksi

SBAR kehitettiin alun perin Yhdysvalloissa 1990-luvulla puolustusvoimien raportoinnin työkaluksi mistä se pian levisi ilmailun käyttöön. Coloradon Kaiser Permanent oli yksi ensimmäisiä terveydenhuollon organisaatioita, jotka ottivat SBARin käyttöön. (Peltomaa 2011.) Thompson ym. (2009) tutkimuksessa SBARin käytön todettiin tehostavan raportointia sekä ajallisesti että laadullisesti ja lisäksi henkilökunta koki strukturoidun raportoinnin olevan mielekkäämpää (liite 2).

On tärkeää, että sekä raportin antajalla että vastaanottajalla on raportin päätteen yhtenevä, selkeä käsitys raportin sisällöstä. Tästä syystä tiedon tulee olla

riittävän kattavaa, mutta oleellisiin asioihin rajattua. Lisäksi raportoitavan tiedon tulee olla oikeaa ja potilasasiakirjoihin perustuvaa. Tieto tulee raportoida oikeaan aikaan ja selkeässä järjestyksessä ja vastaanottajalle tulee antaa mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä raportin lopuksi. Raportin vastaanottajan tulee kuunnella aktiivisesti ja kysyä, mikäli jokin asia jää epäselväksi. (Peltomaa 2011.)

Leikkauspotilaan onnistunut hoitoprosessi edellyttää hoidon jatkuvuutta, joka korostuu leikkauspäivänä, koska potilas siirtyy hoitoyksiköstä toiseen lyhyen ajan sisään monta kertaa. Fordellin (2003, 20) mukaan leikkauspotilaan hoitoprosessin toimivuus edellyttää hyvän raportoinnin lisäksi hyvää organisaatio- ja ammattikuntarajat ylittävää yhteistyötä. Usein eri hoitoyksiköissä työskentelevien sairaanhoitajien työtä ei kuitenkaan tunneta tai ymmärretä tarpeeksi, mikä omalta osaltaan aiheuttaa ongelmia tiedonkulussa. Syynä tiedonkulun ongelmille voi myös olla se, ettei potilaan hoidon kokonaisvastuuta ole määritelty kenellekään ja hoitoyksiköt eivät keskustele keskenään potilaan hoidon tavoitteista.

Runteen (2000, 25) mukaan siirryttäessä leikkaussalista heräämööseen anestesiahoitaja raportoi heräämön hoitajalle potilaan hoitoon vaikuttavat yksilölliset tekijät sekä perioperatiiviseen hoitoon vaikuttavat taustatekijät, kuten lääkitys ja allergiat. Lisäksi kerrotaan potilaan saamat anestesian aikaiset lääkkeet, verensiirrot, nesteinfuusiot ja potilaan reagointi niihin. Tämän lisäksi tulee käydä läpi lyhyesti potilaalle tehty toimenpide, mainita mahdollisista proteeseista, haavaimuista ja haavasidoksista sekä kertoa potilaan toipumisesta ja jatkohoitoa koskevista määräyksistä.

Raportissa vuodeosaston hoitajalle korostuu potilaan vointi leikkauksen jälkeen. Jotta vuodeosaston hoitaja pystyy hoitamaan potilasta, tulee hänelle kertoa leikkaukseen johtaneet syyt ja leikkauksen kulku sekä toipuminen. Lisäksi on tärkeää ottaa potilas mukaan raportointiin ja kysyä potilaan subjektiivista kokemusta voinnista. (Lukkari ym. 2007, 125.) Olen käsitellyt molempien raporttien sisältöä tarkemmin luvussa 6 (raportointiohjeet).

3.2.2 Potilaslähtöinen raportointi

Hoitajan tulee olla potilaan välittömässä läheisyydessä koko heräämöhoidon ajan ja tästä syystä heräämössä käytetään potilaanvierusraportointia. Potilaanvierusraportoinnissa pääajatuksena on, että potilaan tiedot kuuluvat myös hänelle itselleen ja niistä voidaan keskustella yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaanvierusraportointi mahdollistaa potilaan tiedonsaannin ja hän voi kommentoida ja vastata tarvittaessa kysymyksiin. Potilaan vierellä tapahtuva raportointi lisää potilaan turvallisuudentunnetta. (Runne 2000, 19-20.)

Runteen (2000, 75-76) tekemän perioperatiivisen raportointipuheen diskurssi-analyysin mukaan perioperatiivisessa raportoinnissa potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys jäävät toteutumatta ja raportti perustuu lääketieteellisten tosiasioiden toteutumiseen. Potilaat jäävät vuoteenvierusraportoinnista huolimatta ulkopuoliseksi (taulukko 1 s.50). Tutkimustulosten valossa perioperatiivisen hoitotyön raportointi on ristiriidassa lain potilaan asemasta ja oikeuksista kanssa (1992/785), joka määrittää, että potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Potilaslähtöisyys perustuu potilaan arvojen ja mielipiteiden kunnioittamiseen (McCormack 2003, 181) ja potilaslähtöisellä raportoinnilla tarkoitetaan potilaan aktiivista mukaan ottamista raportointiin (Koloroutis 2010). Aina potilaslähtöinen raportointi ei kuitenkaan ole ongelmaton. De Haesin (2006) mukaan akuutisti tai vakavasti sairaiden potilaiden kohdalla potilaslähtöinen raportointi on haastavaa, koska potilaan voi olla vaikea tai mahdoton kommunikoida. Esimerkiksi heräämöhön tuotaessa suurin osa potilaista on vielä anestesian vaikutuksesta tokkuraisia. Kaikki potilaat eivät myöskään halua osallistua hoitoonsa, vaan tahovat jättää päätösvallan hoidostaan ammattilaisille. Patient –centrednessin (2003) mukaan tämä ei ole kuitenkaan este potilaslähtöisen raportoinnin toteutumiseen, sillä pelkkä yritys ottaa potilas mukaan raportointiin täyttää potilaslähtöisyyden kriteerit.

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tuotokseen painottuva opinnäytetyö tavoittelee ammatillisen toiminnan ohjeistamista tai opastamista. Tuotokseen painottuva opinnäytetyö koostuu raporttiosasta ja tuotoksesta, joka voi olla esim. ohjelehtinen tai perehdyttämiskansio. (Vilka & Airaksinen 2003,9.) Työelämästä saamani valmis aihe määräsi opinnäytteeni menetelmäksi tuotoksen. Mietin ensin tuotoksen ja kvalitatiivisen työn yhdistämistä, mutta suunnitelmavaiheessa huomasin, että tuotokseen painottuvassa opinnäytetyössä on tarpeeksi haastetta yhdelle ihmiselle.

Tuotos on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston heräämön siirtotilanteiden tarkistuslista, joka muistuttaa hoitajia hyvän ja turvallisen heräämöhoidon keskeisistä toimintatavoista jokaisen potilaan kohdalla. Siirtotilanteilla tarkoitan tässä opinnäytetyössä potilaan vastaanottamista heräämööseen ja siirtämistä jatkohoitopaikkaan. Käytännön toimivuuden turvaamiseksi valmis tuotos on tiivis ja tulostettavissa oleva sähköinen tiedosto, jonka voi laminoida. Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä on oikeus muokata ja päivittää tiedostoa tarvittaessa ja tästä syystä tuotosta ei ole julkaistu tämän opinnäytetyön liitteenä Theseus-tietokannassa.

4.2 Opinnäytetyön toteuttaminen

Aloitin tämän opinnäytetyön tekemisen kevättalvella 2011. Minulle oli alusta asti selvää, että haluan tehdä opinnäytetyön yksin, koska olen kokenut muissa projekteissa kahden ihmisen aikataulujen yhteensovittamisen hankalaksi. Aiheseминаarissa perioperatiivisia aiheita ei vielä oltu saatu työelämältä, joten valitsimme aiheet muutama viikko myöhemmin kuin muiden ryhmien opiskelijat. Tahdoin kuitenkin odottaa nimenomaan perioperatiivista aihetta, koska halusin

opinnäytetyöni tukevan ammatillista kehitystäni perioperatiiviseksi sairaanhoitajaksi. Sain valmiin aiheen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosastolta.

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2008, 77-80) kirjoittavat Tutki ja kirjoita kirjassa an hyvän tutkimusaiheen kriteereistä seuraavaa:

- Aiheen tulee olla tutkijaa kiinnostava ja tieteenalalle sopiva, koska tutkimuksen parissa kuluu paljon aikaa.
- Tutkimuksesta pitää olla jotain hyötyä yhteiskunnalle tai tieteelle.
- Aiheen tulee olla tarpeeksi rajattu, mutta tietoa ja ohjausta tulee olla saatavilla.
- Tutkimus tulee olla mahdollinen toteuttaa käytössä olevin resurssein.
- Tutkijan tulee olla kykenevä tutkimuksen tekemiseen ja
- Tutkijan tulisi oppia tutkimuksestaan jotain.

Kiinnostuin kyseisestä aiheesta, koska aihe on hyvin ajankohtainen ja koen potilasturvallisuuden kehittämisen tärkeäksi. Heräämöhoido on keskeinen osa anestesiahoitajan työtä ja myös tästä syystä aihe tuntui omalta. En tiennyt heräämöhoidosta aihetta valitessani paljoakaan, mutta odotin tulevien opintojen ja työharjoittelun tukevan oppimistani aiheesta. Koska työelämä antoi valmiita aiheita nimenomaan opinnäytetöiden aiheiksi, uskon heidän vaatimustensa ja omien resurssieni sairaanhoitajaopiskelijana kohtaavan. Valmis aihe oli myös tarpeeksi rajattu ja tästä syystä helposti lähestyttävä.

Pian aiheen saamisen jälkeen oli ideaseminaari, joissa esittelimme ohjaavalle opettajalle ja luokkalaisille ideamme. Tämän jälkeen aloin valmistautua työelämäpalaveriin. Olen tottunut käyttämään käsitekarttaa apuna kirjoittamisen suunnittelussa ja nytkin lähdin jäsentämään suunnitelmaa käsitekartan avulla. Käsitekartassa paperin keskelle tulee avainsana, joka ympäröidään ja sen ympärille kirjoitetaan sanoja tai fraaseja, jotka liittyvät keskellä olevaan sanaan. Niitä voidaan linkittää keskelle tai toisiinsa viivojen avulla. Käsitekartta soveltuu hyvin kirjoittamisen ideointiin. (Hirsjärvi ym. 2008, 35.)

Tämän opinnäytetyön tekeminen noudatti pitkälti projektin toteuttamista. Projekti perustuu asiakkaan tilaukseen. Asiakas asettaa projektille vaatimukset ja käyt-

töön tarvittavat resurssit. Projekti puolestaan on toimeksiannon hyväksytyään vastuussa vaatimusten toteuttamisesta käytössä olevin resurssein. Kun projekti on valmis, siirtyy projektin tulos asiakasorganisaatiolle ja projekti päättyy. (Ruuska 2006, 23.) Työelämäpalaverissa tapasin ensimmäisen kerran opinnäytetyön tilanneen tahon, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin edustajan, jota Ruuskan tekstin mukaan voisi nimittää asiakkaaksi. Tällöin sain paljon selvennystä asiakkaan toiveista opinnäytetyötä koskien. Työelämäpalaverissa oli mukana työelämän edustajan lisäksi ohjaava opettaja, opetushoitaja sekä kaksi muuta opiskelijaa, jotka tekevät samaiseen heräämööseen opinnäytetyön hyvän heräämöhoidon kriteereistä. Kyseisistä opiskelijoista tuli myös työni opponenteja, koska opinnäytetyömme aiheet ovat niin lähellä toisiaan.

Työni vaiheiden suunnittelussa olen käyttänyt apuna Tampereen ammattikorkeakoulun asettamaa aikataulua keväällä 2012 valmistuville sairaanhoitajille: käsikirjoitus palautetaan joulukuussa 2011 ja valmis työ maaliskuussa 2012, jonka jälkeen työelämä myöntää julkistamisluvan työlle. Aikataulun lisäksi suunnittelin opinnäytetyön tekemistä kirjallisuudesta löytämieni projektin vaiheiden avulla. Projektin vaiheita on kirjallisuudessa määritelty seuraavasti: idea, projektin perustaminen, suunnittelu, toteutus, päättäminen ja jälkihoito (Ruuska 2006, 28). Nyt minulla oli siis idea ja projekti oli perustettu. Seuraavaksi kirjoitin suunnitelman. Kävin myös ohjauksessa rajatakseni ja selkiyttääkseni itselleni suunnitelman kirjoittamista. Toukokuussa 2011 oli suunnitelmaseminaari, jossa sain vielä yleisöltä muutaman hyvän idean suunnitelmaan. Valmiin opinnäytetyön suunnitelman ja tutkimuslupahakemuksen lähetin työelämälle toukokuussa 2011. Varsinaisen tutkimusluvan sain postitse 9.6.2011.

Kesä ja alkusyksy kuuluivat aiheeseen syventyksen. Lueskelin kirjoista ja alan lehdistä artikkeleita ja tutkin Internetistä aiheeseen liittyviä juttuja. Koulussa alkoi myös anestesiaopinnot, jotka osaltaan tukivat hyvin aihettani. Lisäksi koulun metodiopinnot antoivat lisää varmuutta opinnäytetyön sisällöllisistä yksityiskohdista. Aktiivisen kirjoittamisen aloitin syyskuussa 2011. Jälkikäteen ajateltuna olisi ollut hyvä kirjoittaa jo alusta asti aktiivisemmin. Hirsjärvi ym. (2008, 33.) kannustavat tutkijaa kirjoittamaan kaiken aikaa, koska vasta kirjoitettu teksti on aktiivisesti ajateltua. Ohjaajani kehotti minua pitämään myös päiväkirjaa kirjoit-

tamisesta ja esiinnousseista ongelmista. Tässä vaiheessa työn tekeminen lähti kunnolla käyntiin ja sain koottua pirstaleiselta tuntuvaan materiaalin kasaan.

Anestesiaharjoittelu kyseisellä leikkausosastolla alkoi syyskuun puolessa välissä ja näin pääsin näkemään myös käytännössä kyseisen heräämön toimintaa. Sain harjoittelusta paljon uutta tietoa ja tuotoksen tekeminen oli tämän jälkeen helpompaa. Ongelmalliselta tuntui työn rajaaminen. Kirjoitin teoriaosuuteen paljon asiaa heräämöhoidosta, joka lopulta rajautui pois työstäni. En kuitenkaan koe poistetun tekstin kirjoittamisen menneen hukkaan, koska se auttoi minua ymmärtämään heräämöhöitoa paremmin.

Käsikirjoitusseminaarissa joulukuussa 2011 sain opiskelijakollegoilta rakentavaa palautetta tuotoksen sisällöstä. Tässä vaiheessa minulla oli yksi tuotos, tarkistuslista, johon olin sisällyttänyt myös raportoitavat asiat. En halunnut kuitenkaan poistaa raportointia koskevia kohtia kokonaan tuotoksestani, koska koin niiden olevan kaikkein hyödyllisimpiä käytännön työn kannalta. Olin hetken aikaa hukassa aiheen kanssa, kunnes huomasin alan lehdessä artikkelin SBAR raportoinnin työkalusta ja innostuin. Päätin tehdä erillisen tarkistuslistan ja raportointiohjeet ja tämä jako toimii mielestäni hyvin. Työn nimi vaihtuikin loppumetreillä raportointiohjeistuksen tultua mukaan erillisenä osiona.

Sain tuotoksen valmiiksi tammikuussa 2012 ja lähetin sen työelämälle hyväksymistä varten. Helmikuu 2012 kului työtä viimeistellessä ja työn rajaamista tiukentaessa. Oli vaikeaa luopua tiedon hakemisesta ja asiasta lisää opiskelusta ja päättää, että työ on nyt asiasisällöllisesti tässä. Loppuvaiheessa olisin kaivannut kaveria, jonka kanssa hioa asetuksia ja kielioppia, koska luonteeltani en ole kovinkaan pikkutarkka. Sain kuitenkin hyviä vinkkejä ohjaajaltani ja ystäviltäni sekä opponenteilta, joiden kanssa pystyin myös keskustelemaan sisällöllisistä yksityiskohdista.

4.3 Tuotoksen ulkoasu

Opinnäytetyöni tilannut organisaatio on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, joka on yksi maamme 20 sairaanhoitopiiristä. Tästä syystä imagon tulee olla luotettava.

Tästä syystä kaikki heidän nimissään julkaistava pitää olla toteen perustuvaa ja viralliset muotovaatimukset täyttävää. Kysyinkin työelämältä onko Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä valmista muotovaatimus pohjaa. Sitä ei kuitenkaan ole, joten sain työni ulkoasulle vapaat kädet. Uskottavuuden ja selkeyden turvaamiseksi halusin käyttää tuotoksessani samaa tyyliä kuin kyseisellä osastolla käytössä jo olevassa leikkaussalin tarkistuslistassa. Leikkaussalin tarkistuslista kyseisellä osastolla on yksinkertaistettu versio WHO:n kirurgisesta tarkistuslistasta (liite 1). Mielestäni tämä alkuperäinen versio on selkeä ja toimiva enkä koe tarvetta muokata ulkoasua tältä osin.

Huovila (2006, 14-18) käsittelee kirjassaan ”Look” erilaisten tunnuksien merkitystä yhteisön tunnistamisessa. Tunnus on myös organisaation allekirjoitus. Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä on oma tunnuksensa ja haluaisin käyttää tätä tunnusta valmiissa tuotoksessani omalta osaltaan vahvistamassa tarkistuslistan uskottavuutta. Työelämä antoi luvan tunnuksen käyttöön.

Osastolla käytössä oleva leikkaussalin tarkistuslista on väriltään vaaleanvihreä. Väri tuli muuttaa, jotta tarkistuslistat ovat erotettavissa toisistaan helposti. Halusin heräämön tarkistuslistasta sinisävyisen, koska sininen sopii mielestäni hyvin heräämöön.

Otsikoksi tarkistuslistalle valitsin ”Tarkistuslista heräämöön”. Otsikon tulee olla visuaalisesti dominoiva ja sen tulee kertoa selkeästi mistä on kyse (Parker 1998, 376). Mielestäni ”Tarkistuslista heräämöön” on tarpeeksi lyhyt ja ytimekäs sekä kertoo parhaiten mistä on kyse. Koska kyseessä on ammattilaisille suunnattu tuotos, ei otsikon tarvitse olla selkokielineen vaan riittää, että se kertoo henkilökunnalle mistä on kyse.

Aluksi suunnittelin, että tarkistuslista olisi ollut jokaiselle potilaalle erikseen tulostettava asiakirja, mutta huomasin leikkaussaleissa olevan laminoituneen version tehokkaammaksi tavaksi. Näin vältetään tulostamisesta syntyvät taloudelliset kustannukset, sekä säästetään luontoa. Lisäksi nykyaikana pyritään pois papereista, joten tästäkin syystä monikäyttöinen lista on parempi. Lisäksi toivon, että mikäli tarkistuslista otetaan käyttöön yleisesti muissakin heräämöissä, voisi tulevaisuudessa sähköiseen leikkaussalin kirjaamisjärjestelmään tulla tarkistuslis-

ta välilehden alle kohta ”heräämön tarkistuslista ollut käytössä” jonka voisi klikata.

4.4 Tuotoksen sisältö

Opinnäytetyön tuotoksen sisältöä on koko opinnäytetyöprosessin ajan ohjannut vahvasti työelämän toiveet. Valmis otsikko rajasi aiheen heräämön siirtotilanteisiin. Opinnäytetyöprosessin aikana juuri siirtotilanteissa pysyminen oli ajoittain todella haastavaa. Heräämöhoidosta löytyi kirjallista materiaalia runsaasti, mutta siirtotilanteet käsitellään kirjallisuudessa vain muutamalla lauseella. Halusin kuitenkin pysyä työelämän toivomalla linjalla, koska tiesin kahdesta muusta samaan heräämön valmisteilla olevasta opinnäytetyöstä, jotka käsittelevät nimenomaan heräämössä tapahtuvaa hoitotyötä.

Sisällöllisesti lähdin liikenteeseen Jorvin sairaalan tarkistuslistan mallista, jonka anestesiologian erikoislääkäri Pertti Pere ystävällisesti lähetti minulle. Muokkasimme tarkistuslistaa harjoitteluni aikana yhdessä ohjaajani kanssa. Kuuntelin myös heräämön hoitajien tapaa raportoida aina heräämössä ollessani. Vaikka työssäni ei olekaan mainittuna kaikkia asiantuntijahaastatteluja lähteinä, en pidä tätä eettisesti arveluttavana, koska kerroin avoimesti tekeväni opinnäytetyötä heidän heräämöönsä. Tuotoksen valmistuttua hyväksyin työn osastonhoitajalla, joka kävi tuotoksen läpi yhdessä osastolla työskentelevän anestesiahoitajan kanssa. Terveystieteiden laki (2010/1326) tuo esiin, että terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Mielestäni työni on tässä onnistunut, koska olen lähtenyt liikenteeseen teoriasta ja muokannut sitä hyvien käytäntöjen mukaiseksi.

Löydettyäni kirjallisuudesta rakenteellisen raportoinnin työkalun SBAR:in innostuin erottamaan raportointiohjeet ja tarkistuslistan toisistaan, mikä mielestäni selkeytti työtäni. Tarkistuslistan ideana kun on käydä mainitut asiat ääneen läpi jokaisen potilaan kohdalla ja raportoinnissa keskeistä on kertoa juuri tämän potilaan kohdalla keskeisimmät asiat. Raportointiohjeet muuttivat myös työni nimeä, joka oli pitkään ”Tarkistuslista heräämön siirtotilanteisiin”. Tämä muutos näkyy

teoriaosuudessa ja työni tarkoitus, tehtävät ja tavoite sivulla, mutta en kokenut enää tarvetta muuttaa näitä osia työssäni.

Budjettia en työlleni laatinut vaan sovin tutkimuslupaa hakiessani kustantavani työstä aiheutuvat kulut itse. Ainoastaan tulostuksesta ja kansituksista aiheutui suoria kustannuksia, mutta istumalihaksia ja keskittymiskykyä vaadittiin sitäkin enemmän.

5 TARKISTUSLISTAN SISÄLTÖ

Osastolla, jonka heräämön opinnäytetyö on tehty hoidetaan korva-, nenä- ja kurkkutauteja sekä suu- ja leukakirurgisia potilaita. Lisäksi heräämössä hoidetaan neurokirurgisia potilaita, jotka eivät tarvitse tehohoitoa. Potilaiden ikä vaihtelee pienestä imeväisestä iäkkääseen vanhukseen. Myös kehitysvammaisia ja mielenterveysongelmaisia potilaita on suhteessa paljon.

Päädyin tekemään tuotoksestani kaksisivuisen. Ensimmäinen sivu on tarkistuslista ja tarkistuslistan kääntöpuolella on raportointiohjeet siirtotilanteisiin (liite 4). Tarkistuslista tulisi käydä jokaisen potilaan kohdalla kohta kohdalta läpi ääneen ja raportointiohjeista voi oman harkinnan mukaan poimia kunkin potilaan kohdalla keskeiset raportoitavat asiat. Raportin sisältö riippuu potilaasta eikä näin ollen yksityiskohtaisesti ei voi etukäteen määrittää mitä kustakin potilaasta tulee raportilla kertoa. Seuraavassa kappaleessa olen käsitellyt tarkistuslistan sisältöä.

Olen jättänyt työelämän haasteeksi miettiä, kuka käytännössä vastaa heräämössä tarkistuslistan käytöstä ja miten sen käyttöönotto toteutetaan.

5.1 Ennen potilaan vastaanottoa

Tarkistuslistan ensimmäiseen kohtaan (kuvio 3) olen tiivistänyt kirjallisuudesta ja osaston käytännöistä ne asiat, jotka ovat mielestäni kaikkein oleellimmat potilasturvallisuuden kannalta huomioitavat seikat ennen potilaan siirtämistä heräämön ja joihin hoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa.

Heräämö **saanut tiedon** tulevasta potilaasta, hoitajat ovat tarkistaneet **elvytysvälineistön, intubaatio- ja hätätrakeostomiavälineistön, imu ja hapenantovälineistö** on valmiina, **valvontamonitorit** toimivat.

KUVIO 3: Tarkistuslistan ensimmäinen osio

Leikkauksen loputtua tulee leikkaussalin henkilökunnan tiedottaa heräämön henkilökunnalle potilaan siirtämisestä hyvissä ajoin, jotta heräämön henkilökun-

ta ehtii valmistella potilaalle valvontapaikan (Lukkari ym. 2007, 364). Jokaista potilaspaikkaa kohden heräämössä tulee olla pulssioksimetri, verenpainemittari ja EKG-monitorointi sekä hapenantovälineistö ja imuyksikkö (Jalonen ym. 1998).

Edellä mainittujen potilaspaikkakohtaisten vaatimusten lisäksi heräämön vuoteen tulee olla sellainen, että sen saa tarvittaessa Trendelenburgin asentoon (jalat ylöspäin), siinä tulee olla kaiteet ja jarru sekä nesteinfuusioteline (”tippate-line”). Lisäksi heräämössä pitää olla nopeasti jokaiselle potilaalle saatavilla ambu eli elvytyspalje, elvytyskärry tarvikkeineen, vaikean intubaation välineistö, kapnometri, pleuradreenin laitto- ja imuvälineet, potilaan lämmitys ja lämpötilan tarkkailumahdollisuus, paineprässi nopeaa nesteensiirtoa varten sekä mahdollisuus röntgen- ja laboratoriotutkimuksiin. (Jalonen ym. 1998.)

Leikkausalueen sijaitessa pään- tai kaulan alueella on hengitysteiden tukkiutumisen riski heräämössä kohonnut. Näin ollen hengitysteiden valvonta ja turvaaminen on korostunut. Erityisesti yläleuan isoihin leikkauksiin liittyy kohonnut riski postoperatiiviseen nielun turvotukseen ja vuotoon, mikä voi tehdä reintubaation (uudelleen intubointi) mahdottomaksi ja näin ollen hoitajan tulee heräämössä pitää mielessä myös hätätrakeostomiaan tarvittavat välineet ja suoritustapa. (Nieminen & Suoraniemi 2011.)

5.2 Potilaan vastaanottaminen heräämööseen

Kuviossa 4 on esitelty tarkistuslistan toinen osa (potilaan vastaanottaminen heräämööseen). Olen koonnut tarkistuslistalle potilaan vastaanottamisessa huomioitavat keskeiset asiat, jotka käsittelen alla.

- Heräämössä **riittävästi henkilökuntaa**, jotta uuden potilaan vastaanottaminen on turvallista
- Potilaalle asetettu **happimaski**
- Potilaan oman hengityksen riittävyys varmistetaan **pulssioksimetrilla**
- Potilaan **verenkierron tila** on vakaa, vitaaliarvot tarkistetaan ennen raportin antamista (verenpaine, pulssi, EKG tarv.)
- Haava ja haavadreenit käydään läpi mahdollisen vuodon huomioimiseksi
- Varmistetaan potilaan hyvä asento, infuusioiden tippuminen ja että laidat on ylhäällä

KUVIO 4. Tarkistuslistan kohta potilaan vastaanottaminen heräämööseen

Turvallinen heräämöhoido edellyttää riittävän määrän henkilökuntaa. Heräämös-
sä potilaan toipumisesta vastaa anestesia lääkäri yhdessä sairaanhoitajien
kanssa. Hoitajien tulee olla valvontatehtäviin riittävän koulutettuja ja perehtynei-
tä. Hoitohenkilökunnan määrä riippuu potilaiden määrästä ja voinnista sekä teh-
tävien toimenpiteiden haasteellisuudesta. Suositeltavat hoitohenkilökunnan
määrät voidaan kuitenkin karkeasti jakaa kolmeen ryhmään:

1. Jokseenkin terveet potilaat joille on tehty pienehkö toimenpide
2. Potilaat, joille on tehty suuri toimenpide ja joilla voi olla muita sairauksia
3. Potilaat, joiden vitaalielintoiminnot vaativat tukemista

Ensimmäiseen ryhmään kuuluvia potilaita voi olla kolmesta neljään hoitajaa
kohden. Toisen luokan potilaita voi yksi hoitaja valvoa kahta kerrallaan ja kol-
mannen ryhmän potilaita voi olla maksimissaan yksi hoitajaa kohden. (Jalonen
ym. 1998.)

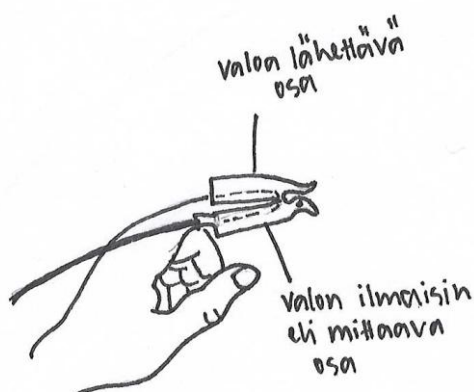
Kun potilas tuodaan heräämöhön, hänelle laitetaan ensimmäiseksi happimaski
kasvoille keskisuurella happivirtauksella. Näin varmistetaan potilaan mahdolti-
simman hyvä hapensaanti. Happimaskia pidetään potilaan kasvoilla kunnes hän
on hyvin hereillä ja tarvittaessa lisähapen antoa jatketaan heräämisen jälkeen.
(Heiskanen & Sutinen 2009, 1.) Lukkari ym. (2007, 365) toteavat happimaskin
läpi hengittämisen helpottavan anestesiakaasujen poistumista. Hoitohenkilö-
kunnan tulee olla potilaan vierellä, kunnes hengitys on riittävää. Mikäli potilaalla
on heräämöhön tullessa intubaatioputki tai larynxmaski, on hoitajan oltava hänen
vierellään ekstubaatioon asti (Heiskanen & Sutinen 2009, 1). Hengityksen riittä-
vyyden näkee parhaiten katsomalla potilaan rintakehän liikettä ja happimaskin
höyrystymistä sekä potilaan väriä. Mikäli happimaski ei höyrysty, voi hengitys-
teiden avaaminen leukapielistä nostamalla auttaa. Pään hyvä asento onkin syy-
tä varmistaa jokaisen potilaan kohdalla heti potilasta vastaanotettaessa. (Lukka-
ri ym. 2007, 365.)

Potilaan hengityksen tarkkailu ja riittävästä hapettumisesta huolehtiminen on
yksi heräämöhoidajan tärkeimmistä tehtävistä ja potilaan hengitystä onkin seu-
rattava koko heräämöhoidon ajan (Lukkari ym. 2007, 365). Anestesia lääkkeistä

ja toimenpiteestä johtuen on olemassa mahdollisuus, että hengitys vaikeutuu ja elimistössä kiertävä veri ei pysty turvaamaan kudosten hapensaantia. Kortteen ym. (1996, 442-443) mukaan varsinkin isojen leikkausten ja iäkkäiden potilaiden kohdalla valtimoveren happiprosentti saattaa laskea intubaatioputken poistamisen jälkeen (ekstubaatio) nopeasti ilman kliinisiä oireita. Syynä hengityksen vaikeutumiselle voi olla esimerkiksi jälkirelaksaatio, lisääntynyt limaneritys tai leikkaushaavan vuoto. Myös oksentelu ja hengitysteiden turpoaminen vaikeuttavat hengittämistä.

Hengityksen varmistamisen yhteydessä potilas kytketään valvontalaitteisiin. Potilasta on jatkuvasti tarkkailtava kunnes hän pystyy itse huolehtimaan hengityksestään ja vitaalielintoiminnot ovat vakaat (Jalonen ym. 1998, 2). Heiskasen ja Sutisen (2009, 1) laatimassa ohjeistuksessa heräämön potilaita valvotaan pulssioksimetrilla sekä verenpainetta mittaamalla ja mikäli potilaan tila vaatii, laajennetaan valvontaa (EKG, invasiivinen paineen mittaus, tuntidiureesi jne.). Lapsipotilailla verenpainetta ei välttämättä tarvitse mitata.

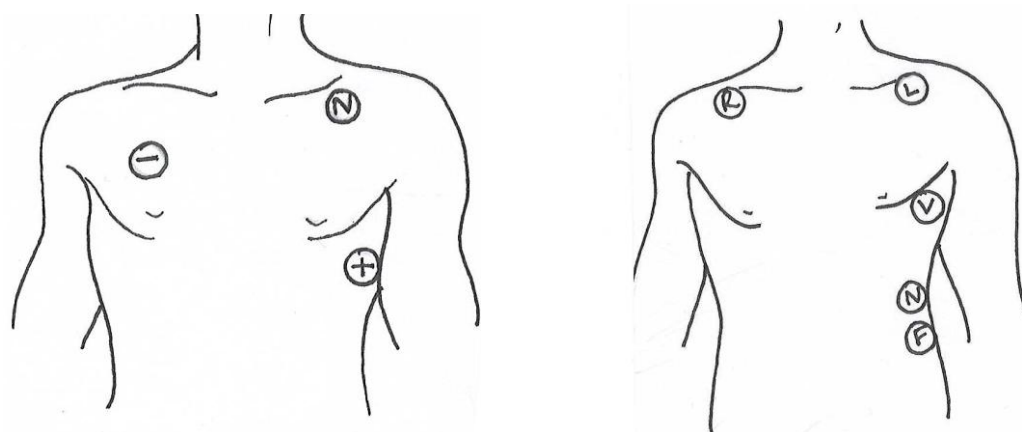
Pulssioksimetrilla mitataan sormen päästä, varpaasta tai korvanlehdestä perifeeriassa kiertävän hemoglobiinin happipitoisuutta (SpO₂, "saturaatio"). Lisäksi pulssioksimetri näyttää potilaan pulssin eli sydämen syketaajuuden. Pulssioksimetri tulee kiinnittää potilaaseen heti happimaskin laittamisen jälkeen, koska sen avulla saadaan tietoa potilaan elintoimintojen riittävydestä. (Jalonen ym. 1998,8; Korte ym.1999, 442; Lukkari ym. 2007, 365.) Potilaan sormien ollessa kylmät on korvanlehtimittaus tarkoituksenmukaisempi. Pulssioksimetri tulee asettaa niin, että valon ilmaisimien peittyminen kudoksella (kuva 1). (Iivanen & Syväoja, 2008, 321-322.)



KUVA 1 saturaatiomittari

Potilaan verenkierron tilaa seurataan verenpainetta mittaamalla. Potilaasta riippuen verenpainetta mitataan joko käsivarsimansetin avulla noninvasiivisesti tai invasiivisesti valtimosta (Jalonen ym. 1998,8 ; Korte ym. 1999, 442; Lukkari ym. 2007, 365.) Heräämössä verenpainetta mitataan tavallisimmin 10 minuutin välein. Lukkari ym. (2007, 365) mukaan invasiivista painetta mitattaessa tulee muistaa huomioida mittarin nollaus ja oikean korkeuden säätäminen potilasta siirrettäessä. Korte ym. (1999, 441) mukaan pulssin ja verenpaineen seuranta heräämössä lisää todistetusti potilasturvallisuutta.

EKG:lla (eli elektrokardiografialla) saadaan reaaliaikaista tietoa sydämen sähköisestä johtumisesta ja siitä voidaan tehdä karkeita arvioita sydänlihaksen hapenpuutteesta. Heräämössä käytetään joko kolmen tai viiden elektrodin kytkentää (kuva 2). Potilaan rintakehälle kiinnitetään kertakäyttöiset liimaelektrodit, jotka johtavat sydämen sähköisen toiminnan sähkökaapelia pitkin monitorinäytölle. (Iivanainen & Syväoja 2008, 587-588.)



KUVA 2. EKG elektrodien paikat kolme- ja viisikytkentäisessä monitoroinnissa

Kun potilaan hengityksen riittävyys ja vitaalinelintoiminnot on tarkistettu, voi anestesiahoitaja antaa raportin heräämön hoitajalle. Raportointia olen käsitellyt luvuissa 3.2.1 Raportointi heräämön siirtotilanteissa ja 6 Raportointiohjeet. Raportin antamisen yhteydessä tulee hoitajien yhdessä tarkistaa tippuvat infuusionesteet, leikkausalue ja muut huomiota vaativat seikat kuten virtsakatetri, kanyylit, mahdolliset dreenit yms. (Lukkari ym. 2007,365.) Turvallisuuden takaamiseksi potilaan sängyn laidat on nostettava ylös heti vuoteeseen siirtämisen jälkeen ja laidat pidetään ylhäällä vuodeosastolle siirtymiseen asti. Hoitajan

tulee olla potilaan välittömässä läheisyydessä koko heräämöhoidon ajan ja tarvittaessa potilasta rauhoitetaan lähellä olemalla. (Heiskanen & Sutinen 2009.)

5.3 Raportti heräämön hoitajalle

Kuviossa 5 olen esitellyt tarkistuslistan kolmannen osion, joka on raportti heräämön hoitajalle. Raportointiohjeissa olen käsitellyt raportoitavia asioita yksityiskohtaisemmin (luku 6).

- Potilaan **henkilöllisyys** varmistetaan, **riskitiedot** kerrotaan
- Potilaan **taustatiedot** ja **tämänhetkinen vointi** raportoidaan riittävän yksityiskohtaisesti
- Lääkitys**: mitä saanut, koska ja paljonko, mitä saa heräämössä antaa
- Jatkohoitomääräykset**

KUVIO 5 Tarkistuslista kolmas osio, raportti heräämön hoitajalle

Hyvä suullinen ja kirjallinen raportti on edellytys potilasturvallisuudelle ja leikkauspotilaan hoidon jatkuvuudelle. Anestesiahoitajan tulee olla potilaan vierellä, kunnes heräämön hoitaja on tyytyväinen saamaansa raporttiin ja pystyy ottamaan vastuun potilaasta. Anestesia lääkäri tiedottaa tarvittaessa anestesiologiä yksityiskohtia ja potilaan tarkkailunkriteereitä ja raja-arvoja. (Lukkari ym. 2007, 365.)

Paras paikka raportin antamiselle on Lukkarin ym.(2007, 365) mukaan potilaan vuoteen jalkopäässä, mistä hoitaja näkee samalla potilaan, valvontalaitteet ja muut heräämössä olevat potilaat. Koska heräämössä on tarkkailussa useita potilaita samanaikaisesti ja lähekkäin, tulee raportti puhua hiljaisella äänellä potilaan yksityisyyttä kunnioittaen. (Lukkari ym. 2007, 365, 368.)

Hoitajien on tärkeä ymmärtää, että raportille tulee rauhoittua ja raportin vastaanottajan tulee kuunnella raporttia aktiivisesti. Molempien osapuolten on myös raportin päätteeksi todettava, että asioista ollaan yhtä mieltä eikä epäselviä asioita raportin päätteeksi jää. (Helovuo ym. 2011, 208.)

5.4 Potilaan siirtäminen jatkohoitopaikkaan

Tarkistuslistan viimeiseen osioon (kuvio 6) olen koonnut potilasta vuodeosastolle siirrettäessä huomioitavat asiat.

- Potilas täyttää **siirtokriteerit, anestesialääkäri allekirjoittanut** luvan siirtyä osastolle
- Potilaan **henkilöllisyys** varmistetaan ja **riskitiedot** kerrataan
- Potilaalle tehty toimenpide, anestesia ja herääminen, tämänhetkinen vointi raportoidaan riittävän yksityiskohtaisesti
- Lääkitys:** mitä saanut, koska ja paljonko, mitä saa antaa vuodeosastolla
- Jatkohoitomääräykset**

KUVIO 6 Tarkistuslistan neljäs osio, potilaan siirtäminen jatkohoitopaikkaan

Potilaan siirtämisestä jatkohoitopaikkaan päättää anestesialääkäri. Hän vahvistaa päätöksen allekirjoituksellaan anestesiakaavakkeeseen. Mikäli jatkohoitopaikka on vuodeosasto, tulee potilaan täyttää seuraavat kriteerit:

- potilas on tajuissaan ja kykenee pitämään hengitystiet avoimina
- hengitys ja hapetus ovat vähintään tyydyttävät
- potilas ei ole hypoterminen eli alilämpöinen
- sydämen toiminta ja verenkierto ovat riittävät ja vakaat
- potilas ei ole liian kipeä eikä pahoinvoiva
- kipu – ja pahoinvointilääkitys on tarvittaessa määrätty
- kirurgisia syitä valvonnalle ei ole

(Jalonen ym. 1998, 3.)

Heiskanen ja Sutinen (2009, 2) ovat määritelleet siedettävän kivun numeraalisella kipuasteikolla (NRRS, Numeral Rating Scale, jossa 0 kuvaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua) mitattuna olevan alle 4. Hengitys on riittävää, mikäli SpO₂ eli hemoglobiiniin sitoutunut happiprosentti periferiassa on yli 90%. Lisäksi Heiskanen ja Sutinen määrittävät siirtokriteeriksi sen, että mahdollinen arteria- eli valtimokanyyli on poistettu heräämössä.

Kun edellä kerrotut siirtokriteerit täyttyvät ja lääkäri on vahvistanut antamansa määräykset ja siirtoluvan allekirjoituksellaan, soittaa heräämön hoitaja vuodeosastolle, josta potilas tullaan hakemaan jatkohoitopaikkaan. Heräämön hoitaja

antaa vuodeosaston hoitajalle kattavan raportin potilaan leikkauksesta ja siitä toipumisesta niin kirjallisena kuin suullisenakin. Vuodeosaston hoitaja päättää, milloin on tyytyväinen saamaansa raporttiin ja on kykenevä ottamaan potilaasta hoitovastuun. (Jalonen ym. 1998.)

6 RAPORTOINTIOHJEET

Heräämön raportointi perustuu potilaan hoitosuunnitelmaan ja anestesiakertomukseen sekä muihin potilasasiakirjoihin. Raportilla siirretään hoidon kannalta oleelliset tiedot hoitajalta toiselle. Raportointitilanteessa korostuvat hoitajien hyvät vuorovaikutus- ja viestintätaidot. Asiat tulee esittää selkeästi ja johdonmukaisesti ja täydentää tarvittaessa lisäkysymyksin. (Lukkari ym. 2007, 124-125.)

Kuten työni teoriaosuudessa (luku 3 Heräämön tarkistuslista) tuon ilmi, olen käyttänyt raportointiohjeiden pohjana SBAR- raportointityökalua, jonka avulla raportointi selkiytyy ja inhimilliset unohdukset vähenevät. Rakenteellisen raportoinnin työkalun käyttämisen voidaan olettaa myös lisäävän potilasturvallisuutta. Raportoinnin tulee perustua potilaslähtöisyyteen potilaan voinnin sallimissa rajoissa. Heräämössä tämä käytännössä tarkoittaa potilaalle esittäytymistä ja mahdollisuuden antamista raporttiin osallistumiseen. Hoitohenkilökunnan tulee raportilla muistaa kuunnella aktiivisesti raportin pitäjää ja lopuksi kysyä, mikäli jokin seikka on jäänyt epäselväksi. Tarkistuslistan toiselle puolelle olen koonnut raportointiohjeet heräämön siirtotilanteisiin (liite4). Raportointiohjeistuksen sisällön olen koonnut hoitotyön kirjoista ja työelämän käytännöistä.

6.1 Raportti potilasta tuodessa heräämään

Taulukossa 2 on esitelty Lukkarin ym. (2007, 125) ohje suulliseen raporttiin potilasta siirrettäessä leikkaussalista heräämään. Tekemistäni raportointiohjeista löytyy pitkälti samat asiat, mutta olen rakentanut raportin SBAR raportointityökalun mukaiseen järjestykseen.

SUULLISEN RAPORTIN PERUSASIAT VALVONTAYKSIKKÖÖN:

- henkilötiedot
- diagnoosi ja toimenpide
- perussairaudet
- laboratorioarvot
- anestesian pääkohdat (anestesiamuoto, käytetyt lääkkeet)
- anestesian vaikutus nykyhetkeen
- nesteytys
- potilaan vointi anestesian aikana
- vuoto ja korvaukset
- leikkaushaava ja tarkkailuvaatimukset
- asentohoito
- anestesiologin jatkohoitomääräykset
- potilaan tämänhetkinen toipumisvaihe anestesiasta ja toimenpiteestä
- mahdolliset komplikaatiot

TAULUKKO 2. Raportin perusasiat Lukkari ym. (2007, 125) mukaan

Kuviossa 7 on esitelty tuotokseni raportointiohjeen ensimmäinen osa, raportilla potilasta heräämään tuotaessa käsiteltävät asiat. Hoitaja voi halutessaan pitää raportointiohjetta näkyvillä aina raporttia pitäessään ja käyttää raportointiohjetta tukirakenteena raportilleen. Raportointiohjetta voidaan käyttää apuna myös uusien hoitajien perehdytyksessä ja opiskelijoiden ohjauksessa.

Tunnistus:

- Potilaan henkilöllisyysvarmistetaan
- Potilaalle kerrotaan missä hän on ja heräämön hoitajat esittelevät itsensä potilaalle

Tausta:

- Riskitiedot**
- Ikä, osasto
- Sairaudet ja lääkitys + esilääkkeet
- Aiemmat toimenpiteet ja niissä mahdollisesti olleet komplikaatiot
- Potilaan tajunnan taso ja neurologinen status ennen leikkausta
- Omahoitajan/vanhemman saatavuus tarvittaessa

Tilanne:

- Diagnoosi, tehty toimenpide
- Leikkauksen kulku, vuoto
- Anestesian kulku, annetut lääkkeet
- Kipu: lääkitys mitä saanut, mitä saa antaa tarv.**
- Haava**
- Lämpötasapaino
- Pahoinvointi** : lääkitys mitä saanut, mitä saa antaa tarv.
- Nesteytys
- Diureesi / katetroinnin tarve

Jatkot:

- Heräämöhöitoa koskevat ohjeet**
- Osastohoitoa koskevat ohjeet** (molemmat myös kirjallisena anestesiakaavakkeessa)

➤**Tarkista:** Varmistuminen yhteisymmärryksestä, mahdolliset lisäkysymykset

KUVIO 7. Raportointiohje potilasta heräämään siirrettäessä

Potilasta ei voida hoitaa turvallisesti ennen kuin hänen henkilöllisyytensä on varmistettu. Tunnistus tulisi tehdä aina potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen, näytettä otettaessa ja lääkehoidon sekä toimenpiteen yhteydessä. WHO:n suositusten mukaisesti potilas tulisi tunnistaa aina kahta lähdettä käyttäen. Mikäli potilas ei pysty itse kommunikoimaan, tulisi apuna tunnistuksessa käyttää tunnistusranneketta. Organisaatiossa olisi hyvä sopia yhteiset pelisäännöt potilaiden tunnistamiseen. (Helovuori 2011, 402.) Tunnistusvaiheessa oleellista on potilaan tunnistamisen lisäksi esittäytyä potilaalle ja kertoa missä hän on.

Taustoja kerrottaessa on tärkeä pitää mielessä leikkauksen ja anestesian sekä niistä toipumisessa keskeiset asiat. Riskitiedot kerrataan aina potilasraportoinnin yhteydessä ääneen. Koska kyseisellä leikkausosastolla leikataan neurokirurgisia ja kehitysvammaisia potilaita on erityisen tärkeää saada tieto potilaan neurologisesta statuksesta ennen anestesian aloitusta, jotta voidaan verrata tajunnan tasoa leikkauksen jälkeen leikkausta edeltävään tajunnan tasoon. (Puolakka & Norojärvi 2010). Lasten ja kehitysvammaisten sekä mielenterveyspotilaiden kohdalla on hyvä kertoa myös onko heräämään saatavilla tarvittaessa omahoitajaa potilaan herättyä. (Mäkelä 2011.)

Potilaan tämän hetkisestä tilanteesta raportoitaessa on kyseisen heräämön potilaiden kohdalla keskeisimpiä asioita kipu, haava ja pahoinvointi. Kivun hoito on yksi anestesian toipumisen kulmakivi ja leikkausten sijaitessa pään tai kaulan alueella tulee haavan kiinnipysymisestä olla varmuus hengityksen takaamiseksi. Korvatoimenpiteet aiheuttavat lisäksi herkästi pahoinvointia mikä omalta osaltaan saattaa aiheuttaa komplikaatioita. (Mäkelä 2011.)

Leikkauksen jälkeisen kivun optimaalinen hoito on Lukkarin ym. (2007) mukaan jokaisen potilaan oikeus. Hyvällä kivun hoidolla voidaan vähentää postoperatiivisia komplikaatioita ja nopeuttaa potilaan toipumista. Anestesia lääkäri suunnittelee potilaan kivunhoidon potilaan tilan, leikkauksen laajuuden ja potilaan kokemuksien mukaan. (Lukkari ym. 2007, 370-371.) Aitkenhead ym. (2001,524) muistuttavat kivunhoidon huomioimisesta heti heräämöhoidon alusta alkaen, koska nukutuksesta johtuen potilaan viimeisestä kipulääkeannoksesta voi olla kulunut jo niin kauan aikaa, että vaikutus on lähes hävinnyt. Heidän mukaansa potilaan ei tule herätä nukutuksesta kivun tunteeseen. Hamunen ja Kalson (2009) mukaan perinteinen tapa hoitaa leikkauksen jälkeistä kipua on annostella säännöllisesti tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia ja tarvittaessa opioidia lihakseen tai laskimoon. (Hamunen & Kalso 2009, 283.)

Koivurannan (2006) mukaan kolmasosalla leikkauspotilaista esiintyy leikkauksen jälkeistä pahoinvointia. Vaikka vaikeaa pahoinvointia ja oksentelua esiintyykin vain harvalla, kokevat potilaat pahoinvoinnin erittäin epämiellyttävänä ja pahoinvointi aiheuttaa helposti tyytymättömyyttä kokonaishoitoon. Pahoinvointi ja

oksentaminen pitkittävät valvontahoitoa ja päiväkirurgisten potilaiden hoitoaikoja ja lisää näin ollen leikkauspotilaan hoidon kustannuksia. Anestesian jälkeinen oksentaminen lisää potilaan aspiraatoriskiä ja pitkittyessä voi aiheuttaa kuivumista ja elektrolyyttihäiriöitä. Yökkäily ja oksentelu voi aiheuttaa myös leikkausalueelle kohdistuvaa painetta, etenkin jos toimenpidealue on pään tai kaulan alueella ja näin ollen vaarantaa haavan kiinni pysymistä. Anestesian jälkeiseen pahoinvointiin on nykyään olemassa tehokkaat ennaltaehkäisy- ja hoitokeinot, joita noudattamalla voidaan välttää edellä mainitut komplikaatiot. (Koivuranta. 2006, 782.)

Potilasturvallisuus edellyttää lääkehoidon turvallisuutta. Heräämössä käytössä on rajallinen lääkevalikoima, mutta kyse on vahvoista, usein suonensisäisesti annosteltavista lääkkeistä, joten lääkkeiden kanssa on oltava erittäin huolellinen. Kansainvälisestikin suositeltu lääkkeiden annon varmistusrutiini on ”oikea lääke, oikea vahvuus, oikea määrä, oikea reitti, oikeaan aikaan ja oikealle potilaalle”. (Balasa, Scot & Rogers 2004.) Raportilla on tärkeä varmistaa, että anestesia lääkäriin ja leikkauksen tehneen kirurgin määräykset koskien lääkehoitoa ja muita jatkomääräyksiä on merkitty anestesiakaavakkeelle oikein.

Raportin lopuksi raportin vastaanottaja esittää mahdolliset kysymykset ja pyytää epäselväksi jääneisiin asioihin selvennystä. Anestesiahoitaja poistuu vasta, kun heräämön hoitaja on tyytyväinen saamaansa raporttiin ja on sen pohjalta kykenevä ottamaan vastuun potilaan hoidosta. (Lukkari ym. 2007.)

6.2 Raportti potilasta jatkohoitopaikkaan siirrettäessä

Potilaan täyttäessä jatkohoitoon siirtymisen kriteerit (katso luku 5.4 Potilaan siirtäminen jatkohoitopaikkaan) soittaa heräämön hoitaja vuodeosastolle, josta hoitaja tulee hakemaan potilaan jatkohoitoon. Potilaalle tehdystä toimenpiteestä riippuu osastoseurannan pituus. Päiväkirurgiset potilaat kotiutetaan kuluvan päivän aikana, muut potilaat yksilöllisesti voinnin salliessa. Kotiin lähtiessä potilas saa suulliset ja kirjalliset jatkohoito ohjeet ja tarvittaessa hänelle varataan aika jälkitarkastukseen. (Lukkari ym. 2007, 26.)

Jotta vuodeosaston hoitaja pystyy tarkkailemaan potilaan leikkauksesta toipumista, tulee hänellä olla hyvät tiedot sekä potilaan terveydentilasta ja leikkaukseen johtaneista syistä että leikkauksen kulusta ja siitä toipumisesta. Taulukossa 3 olen esitellyt Lukkarin ym. (2007, 125) mukaan raportilla vuodeosastolle siirryttäessä käsiteltävät asiat.

SUULLISEN RAPORTIN PERUSASIAT JATKOHOITOON

- henkilötiedot
- diagnoosi ja toimenpide
- perussairaudet
- laboratorioarvot
- leikkaus
- anestesian pääkohdat
- vointi heräämössä
- leikkaushaava ja sen hoito
- nesteytys, erityys, pahoinvointi, virtsaus
- anestesiologin ja kirurgin jatkohoitomääräykset
- saatu kipulääkitys, arvio kivun voimakkuudesta tällä hetkellä
- potilaan subjektiivinen arvio voinnistaan tällä hetkellä

TAULUKKO 3. Suullisen raportin perusasiat jatkohoitopaikkaan siirryttäessä Lukkarin ym. (2007, 125) mukaan

Kuviossa 8 on esitelty laatimieni raportointiohjeiden sisältö potilasta jatkohoitopaikkaan siirrettäessä. Raportin antaa heräämön hoitaja vuodeosaston hoitajalle tämän tullessa hakemaan potilasta vuodeosastolle heräämöhoidon päätyttyä. Koska potilas on tässä vaiheessa vuodeosastokuntoinen, voidaan hänet ottaa mukaan raportointiin kysymällä potilaan tuntemuksia esimerkiksi pahoinvoinnista ja kivusta.

Tunnistus:

- Potilaan henkilöllisyysvarmistetaan
- Vuodeosaston hoitaja esittelee itsensä potilaalle ja potilas otetaan aktiivisesti mukaan raporttiin

Tausta:

- **Riskitiedot**
- (Potilaan ikä, sairaudet ja lääkitys, mahdolliset aiemmat toimenpiteet ja niissä ilmenneet komplikaatiot, potilaan orientaatio luovutushetkellä jne.) mikäli hoitaja ei tunne kyseistä potilasta entuudestaan.

Tilanne:

- Diagnoosi, **tehty toimenpide**
- **Leikkauksen kulku**, vuoto
- **Anestesian kulku**, annetut lääkkeet, **herääminen**
- **Vitaalit** toiminnot luovutushetkellä
- **Kipu:** lääkitys mitä saanut, mahdollinen kipupumppu, **VAS tarkistetaan potilaalta**
- **Neurologinen status**
- **Pahoinvointi:** lääkitys, **potilaan tämänhetkinen vointi** kysytään potilaalta
- **Haava:** sidokset katsotaan yhdessä, dreenit ja tampoosit
- **Nesteytys** mitä saanut
- Diureesi
- puristusvoima ja raajamotoriikka

Jatkot:

- Osastoseurannan pituus
- Kipulääkitys
- Antibiootit
- Tromboosiprofylaksia
- Diabetespotilaiden insuliinihoito
- Nesteytys
- Ravitsemus
- Höyryhengitys
- Lisähapen tarve
- Uniapneapotilaiden CPAP-jatkot
- Asentorajoitukset
- Kylmäpussit
- Laboratoriokokeet
- Muut jatkomääräykset

➤ **Tarkista:** Varmistuminen yhteisymmärryksestä, mahdolliset lisäkysymykset

KUVIO 8. Raportti 2 sisältö tuotoksessani

Mikäli vuodeosaston hoitaja on sama joka potilaan on leikkaukseen tuonut, ei ole tarpeellista käydä potilaan taustoja yksityiskohtaisesti läpi, vaan riittää, että potilas tunnistetaan ja riskitiedot kerrataan. Raportoinnissa pääpaino on tällöin leikkauksen ja anestesian kulussa, niistä toipumisesta ja jatkohoitomääräyksissä. Mikäli potilas on hoitajalle tuntematon, aloitetaan raportointi kuten heräämön potilasta tuotaessa ja jatketaan kertoen potilaan leikkauksesta toipumisella. (Mäkelä 2011.) Mikään potilaan hoidon kannalta oleellinen asia ei saa jäädä hoitajalle epäselväksi (Lukkari ym. 2007, 384).

Kerrottaessa potilaan toipumisesta ja tämänhetkisestä voinnista tulee potilas ottaa mukaan raporttiin kysymällä hänen subjektiivisia tuntemuksiaan luovutus- hetkellä. Olen käsitellyt potilaslähtöistä raportointia tarkemmin luvussa 3.2.2 Potilaslähtöinen raportointi.

Jatkohoidon onnistumisen kannalta on tärkeä tiedottaa vuodeosaston hoitajaa sekä kirurgisista että anestesiologista jatkohoitomääräyksistä. Alla muutamia esimerkkejä osaston potilaiden jatkohoitomääräyksistä:

- Osastoseurannan pituudesta on tärkeä mainita, koska osa potilaista on päiväkirurgisia potilaita ja mahdollinen kotiutus saman päivän aikana vaikuttaa hoitotyön suunnitteluun osastolla (Mäkelä 2011).
- Suun ja kaulan alueen leikkauksissa ruokavaliota saatetaan rajoittaa haavan kiinnipysymisen takia esimerkiksi kylmiin ja pehmeisiin ruokiin (Mäkelä 2011).
- Kaula- ja lannerankaleikkauksissa olleilla potilailla saattaa olla asentorajoituksia, joista on hyvä mainita raportilla (Mäkelä 2011).
- Kylmäpusseja voidaan käyttää jo heräämössä turvotuksen ja kivun hoitoon ja kylmähoidon pituus tulee mainita jatkohoitoon siirryttäessä (Niemi & Suoraniemi 2011, 23).

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tampereen ammattikorkeakoulun tutkimuseettiset ohjeet määrittävät, että opinnäytetyön tekijä noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten talentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten tulosten arvioinnissa. Lisäksi opinnäytetyön tulee ohjeiden mukaan olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti tieteelliselle tiedolle asetettujen ohjeiden vaatimalla tavalla. (Karttunen 2012.) Olen hakenut ja saanut opinnäytetyölle tutkimusluvan ja esittänyt työn vaadituissa seminaareissa sekä kirjoittanut raporttiosan ammattikorkeakoulun ohjeita noudattaen.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu noudattaa tieteessä hyväksytyjä ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä (Launis 2007). Työni on tuotokseen painottuva, joten en tehnyt tutkimusta vaan kaikki tieto perustuu lähteisiin. Kinnusen ja Löytyn (2007, 19) mukaan tekstin rakentaminen toisten tekstien kanssa dialogiin on yksi tieteellisen tekstin ominaispiirteistä. Lähteiden luotettavuus vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen (Hirsjärvi & Hurme 2001, 189). Lähteiden luotettavuus arvioidaan lähdekritiikillä, joka tarkoittaa lähteen aitouden, -riippumattomuuden, -alkuperäisyyden ja kirjoittajan aseman arviointia (Mäkinen 2005,85).

Käytin lähteinä työssäni PSHP:n intranetissa olevia ohjeistuksia heräämön potilaiden tarkkailuun. Kyseiset ohjeet on laadittu osastolla työskentelevien sairaanhoitajien ja anestesia lääkäreiden toimesta. Ohjeistuksessa ei ole näkyvillä lähteitä. Ohjeistuksen tieto on käytännönläheistä ja tiesin, että heräämössä myös toimitaan ohjeistuksen mukaan. Mietin onko tieto näyttöön perustuvaa tai ajankohtaista, mutta koska en törmännyt ohjeistuksien kanssa ristiriitaiseen tietoon, päätin hyväksyä ne lähteikseni.

Tässä opinnäytetyössä olen käyttänyt mahdollisimman ajantasaisia lähteitä ja opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Kuvat piirsin itse,

jotta tekijänoikeuskysymyksiä ei tarvitsisi niiden osalta miettiä. Tuotokseni ei ole julkaistun työni liitteenä työelämän toiveesta.

6.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Työni tarkoituksena oli tehdä tarkistuslista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin leikkausosaston heräämön. Tämä toteutui ja lisäksi tein myös raportointiohjeet, joten voin sanoa onnistuneeni tarkoituksessani.

Tehtävinä minulla oli selvittää millaista on hyvä hoitotyö heräämön siirtotilanteissa, mikä tarkistuslista on ja miten se on käytössä hoitoalalla ja millaisia erityishaasteita kyseisen heräämön potilaat asettavat siirtotilanteille. Mielestäni selvitin tarkistuslistan käytön hoitoalalla perusteellisesti. Tämä oli helppoa, koska varsinkin kirurgisesta tarkistuslistasta löytyi paljon lähdekirjallisuutta ja tutkimuksia. Löysin vasta työni loppuvaiheilla tietoa SURPASS- projektista, Hollannissa kehitetyistä tarkistuslistoista kirurgisen potilaan hoitopolun muihin vaiheisiin. Olisi mielenkiintoista tietää millaisen tuotoksen olisin tehnyt, jos olisin lähtenyt työstämään tarkistuslistani SURPASS- tarkistuslistan avulla. SURPASS- tarkistuslistoista löytyy kuitenkin samat asiat kuin laatimastani tarkistuslistasta ja raportointiohjeista hieman suppeammin ja eri tavalla ilmaistuna.

Teoriaosuudessa selvitän millaista on hyvä hoito ja hyvän hoidon kriteereistä nostan esille potilasturvallisuuden ja yksilöllisyyden. Työni on luonteeltaan turvallisuuteen painottuva, koska työelämä pyysi tarkistuslistaa, joka liittyy vahvasti potilasturvallisuuden parantamiseen. Potilasturvallisuus on myös oman ammattillisen toimintani perusta.

Yksi tehtävistäni on selvittää, mitä erityishaasteita kyseisen heräämön potilaat asettavat siirtotilanteisiin. Tämä saattaa jäädä opinnäytetyön lukijoille epäselväksi, vaikka olenkin itselleni asian selvittänyt. Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä on käytäntönä, että opinnäytetöissä ei saa mainita, mihin osastolle opinnäytetyö on tehty ja tämä vaikeutti asian käsittelyä. Olen kuitenkin rajannut tuotoksestani pois ne heräämöhoidon osa-alueet, jotka eivät kyseisen heräämön potilasryhmiä kosketa ja tuonut tuotokseen erikoisalojen erityishuomiota vaativia seikkoja.

Uskoakseni kyseiselle osastolle tehtävissä kahdessa muussa opinnäytetyössä, joissa käsitellään enemmän heräämössä tapahtuvaa hoitotyötä, käsitellään erityispotilasryhmien, kuten lasten ja kehitysvammaisten, tarpeita tarkemmin. Näin ollen myös tähän tehtävään osasto saa vastauksen, vaikkakin minun työssäni se jää tulkittavaksi rivien välistä.

Tuotokseni on mielestäni tarpeellinen ja käyttökelpoinen. Ilman organisaation ja johdon panostusta tarkistuslistan käyttöönotto tuskin kuitenkaan onnistuu. Mielestäni tarkistuslistaa voisi laajentaa koskemaan koko heräämöhoidon kriittisiä kohtia ja SBAR- työkalua käyttää kaiken leikkausosastolla tapahtuvan raportoinnin pohjana.

Jatkotutkimushaasteena olisikin mielenkiintoista selvittää henkilökunnan asenteita tarkistuslistoista ja strukturoidusta raportoinnista sekä käyttökokemuksia tarkistuslistan parantelua varten. Toivon, että opinnäytetyöni on heräämöhoidon potilasturvallisuusprojektin alku, ei loppu.

6.3 Pohdinta

Asiantuntijuus muodostuu Tynjälän (2004) mukaan useasta osatekijästä, joista yksi on hiljainen tieto. Frilander- Paavilaisen (2005) tutkimuksessa opinnäytetyöstä ammatillisuuden kehittäjänä todetaan, että opiskelija ei useinkaan voi olla asiantuntija juuri käytännön kokemuksista saadun hiljaisen tiedon puutteellisuuden takia. Olen oppinut työtä tehdessäni paljon heräämöhoidosta ja kuuden viikon harjoittelu osastolla anestesiahoitajana toi kallisarvoista lisäsyvyyttä ymmärrykseeni. Uskallan sanoa olevani heräämön siirtotilanteissa tapahtuvan hoitotyön asiantuntija ainakin siinä määrin, kun valmistuva hoitaja sitä voi olla.

Vilka ja Airaksinen (2004, 69) toteavat, että uutta tietoa on myös vanhan tiedon ilmaiseminen uudella tavalla, persoonan produktiona. Opinnäytetyöni on mielestäni selkeä, heräämön henkilökunnalle tuttua asiaa uudella tavalla lähestyvä tuotos. Olen tehnyt tarkistuslistan parhaan kykyni mukaan, työelämän asettamien toiveita kunnioittaen ja koska työelämäyhdyshenkilö on tyytyväinen tuotokseeni, koen onnistuneeni osuudessani kiitettävästi. Toivon, että myös käyttöö-

otto onnistuu ja pitkällä tähtäimellä tarkistuslistan käyttö parantaa kyseisen heräämön raportointitilanteiden tiedonkulkua ja tätä kautta potilasturvallisuutta.

Opin myös tieteellisen työn tekemisestä ja kirjoittamisesta. Mikäli nyt lähtisin kirjoittamaan tutkimusta, suunnittelisin ja rajaisin työn vieläkin tarkemmin. Varsinainen kirjoittaminen on helppoa kun on miettinyt ensin mitä kirjoittaa ja miten. Työni vaikein osuus olikin teorian rajaaminen siirtotilanteisiin ja kirjoitin kymmeniä sivuja ”turhaan” hyvästä hoitotyöstä heräämössä. Vaikka materiaali ei työhöni lopulta päätynytkään, sain työtä tehdessäni hyvän teoriapohjan heräämössä työskentelyä varten. Odotankin tulevia haasteita heräämöhoitajana innolla.

LÄHTEET

Academic medical center. 2009. SURPASS checklist. University of Amsterdam. Tulostettu 5.1.2012
www.nursing.nl

Aitkenhead, A., Rowbotham, D. & Smith, G. (toim.) 2001. Textbook of Anesthesia. Lontoo: Harcourt Publishers Limited.

Balasa, M., Scot, L. & Rogers, A. 2004. The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. Applied Nursing Research 17 (4), 224-230.

Fordell, M. 2003. Saumaton hoito- ja palveluketju. Referaatti Pro gradu- tutkielmasta: Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun tarkastelua (Fordell 2002). Pinsetti 3, 20-26.

Frilander-Paavilainen, E-L. 2005. Ihminen osaa mitä hän haluaa. Opinnäytetyö asiantuntijuuden kehittäjänä ammattikorkeakoulussa. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 1999.

de Haes, H. 2006. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. Patient Education and Counseling 62. 291-298.

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Haynes, A., Weiser, T., Berry, W., Lipsitz, S., Breizat, A-H., Dellinger, E., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, M., Merry, A., Moorthy, K., Reznick, R., Taylor, B. & Gawande, A. 2009. Prospective Study: A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine 360 (5), 491–499.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14. osin uudistettu painos. Keuruu: Otava.

Heiskanen, M. & Sutinen, L. 2009a. Nukutetun aikuispotilaan valvonta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoito ja toimintaohjeet. Tulostettu 3.10.2011. <http://intra.sis.pshp.fi>.

Heiskanen, M. & Sutinen, L. 2009b. Nukutetun lapsipotilaan valvonta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoito ja toimintaohjeet. Tulostettu 3.10.2011. <http://intra.sis.pshp.fi>.

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

Huovila, T. 2006. ”Look” visualista viestisi. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Ikonen, T. 2010. Mikä on leikkaussalin tarkistuslista? Suomen sairaalahygienialehti 2010 (28), 78-81.

Jalonen, J., Hynynen, M., Valanne, J. & Erkola, O. 1998. Suositus valvonnasta anestesian ja leikkauksen jälkeen. Suomen Anestesiologiyhdistyksen anestesiatointia koskevat suositukset vuodelta 1999. Tulostettu 2.5.2011. www.say.fi.

Karttunen, P. 2012. Tampereen ammattikorkeakoulun laatukäsikirja kompassi. Ohje opinnäytetyön tekemiseen. Luettu 8.3.2012. wiki.tamk.fi.

Kinnunen, M. 2010a. Uutta HaiPro:sta. Luento. Turvallisuuskulttuuri sairaanhoitajan työssä. Sairaanhoidajaliiton koulutuspäivä. 5.2.2010. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

Kinnunen, M. 2010b. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatioissa. Acta Wasaensia. Nro 230. Vaasan yliopisto. Väitöskirja.

Kinnunen, M. & Löytty, O. (toim.) 2007. Tieteellinen kirjoittaminen. 2.painos. Tampere: Vastapaino.

Koivuranta, M. 2006. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koloroutis, M. (toim.). 2010. Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice. 14. painos. Minneapolis: Creative Health Care Management.

Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1999. Perioperatiivinen hoito. 2.painos. Porvoo: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Launis, V. 2007. Tutkimuksen eettinen arviointi - mitä se on? Tieteessä tapahtuu 1/2007, 28-33.

Leikkausta edeltävä arviointi. 2008. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. 17.12.2008. Luettu. 5.12.2011. www.kaupahoito.fi

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY.

McCormack, B. 2003. Researching nursing practice: does person-centredness matter? Nursing Philosophy 4. 179-188.

- Mäkelä, M. anestesia-asiaanhoitaja. 2011. Henkilökohtainen tiedonanto. 5.10.2011. Tampere.
- Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Nieminen, T. & Suoraniemi, A. 2011. Suu- ja leukakirurgisen potilaan anestesia. *Spirium* 46 (4). 20-23.
- Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Halokatsaus*. Suomen lääkäri-lehti 64 (49), 4249–4254.
- Patient-centredness. 2003. *Patient Education and Counseling* 51. 195-196.
- Parker, R. 1998. Hyvältä näyttää. Suom. Suomen Atk-kustannus Oy. Jyväskylä: Gummerus.
- Peltomaa, K. 2011. SBAR- työkalu turvallisempaan suulliseen raportointiin. *Spirium* 46 (2). 20-21.
- Pere, P. anestesiologian erikoislääkäri. 2010. Voidaanko potilasturvallisuutta vielä parantaa? Luettu 12.5.2011. www.finnanest.fi.
- Puolakka, P. & Norojärvi, P. 2010. Neurokirurgisten potilaiden seuranta heräämössä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoito- ja toimintaohjeet. Tulostettu 21.5.2011. <http://intra.sis.pshp.fi>.
- Runne, T. 2000. Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Ruuska, K. 2006. Terveystieteiden projektihallinta, Mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum media.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Luettu 29.4.2011. www.stm.fi.
- Suomen kirurgiyhdistyksen kotimainen julkaisusarja 2009. 30 (2). Luettu 12.5.2011. www.kirurgiyhdistys.fi.
- Tainio, H. Aalto, P. & Herala, J. 2007. Potilaan hyvä hoito Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Luettu 29.4.2011. www.pshp.fi.
- Takala, R., Katila, A., Porkkala, T., Aaltonen, R., Pauniahho, S-L., Kotkansalo, A. Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Ikonen, T. 2009. Leikkaussalin tarkistuslistasta hyötyä anestesiologin työssä. *Finnanest* 42 (4).
- Terveystieteidenlaki 30.12.2010/1326.

Thompson, J., Collett L., Langbart M., Purcell N., Boyd S., Yuminaga Y., Ossolinski, G., Susanto, C. & McCormack, A. 2009. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover. A Study in a Austrian tertiary hospital. Pub-Med 5/2011.

Tynjälä, P. 2004. Asiantuntijuus ja työkuulttuurit opettajan ammatissa. Kasvatus 35 (2). 174-190.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Väisänen, O. 2011. Tiimityöskentely operatiivisessa toiminnassa. Spirium 47 (3). 20-21.

de Vreies E., Prins, H., Crolla, R., Den Outer, A., van Andel GG., Helden S., Schlack, W., van Putten, M., Gouma, D., Dijkgraaf, M., Smorenburg, S. & Boermeester, M. 2010. Effects of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. The New England Journal of Medicine 363 (20). 1928-37.

World Health Organization. 2009. Surgical Safety Checklist. Tulostettu 1.3.2011. <http://whqlibdoc.who.int>.

Surgical Safety Checklist

World Health Organization
Patient Safety
A Global Alliance for Better Health Care

Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<p><small>(with at least nurse and anaesthetist)</small></p> <p>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Is the site marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable</p> <p>Is the anaesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Does the patient have a: Known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available</p> <p>Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned</p>	<p><small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small></p> <p><input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role.</p> <p><input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.</p> <p>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable</p> <p>Anticipated Critical Events</p> <p>To Surgeon: <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?</p> <p>To Anaesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?</p> <p>To Nursing Team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?</p> <p>Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable</p>	<p><small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small></p> <p>Nurse Verbally Confirms:</p> <p><input type="checkbox"/> The name of the procedure</p> <p><input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts</p> <p><input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)</p> <p><input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed</p> <p>To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:</p> <p><input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?</p>

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

TEKIJÄT	TARKOITUS	MENETELMÄT	TULOKSET
<p>Haynes, Weis-er, Berry, Lip-sitz, Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, Kibatala, Lapi-tan, Mery, Moorthy, Reznick, Taylor & Gawande</p> <p>2009</p> <p>A Surgical Safety Check-list to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population</p> <p>Pilottitutkimus</p> <p>Tulokset julkaistu: The New England Journal of Medicine, tammikuu 2009.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli todistaa, että 19-kohtaisen tarkistuslistan käyttö laskisi leikkauksiin liittyvien kuolemien ja komplikaatioiden prosentuaalista esiintyvyyttä.</p>	<p>Kahdeksassa sairaalassa ympäri maailman (sekä matalan tulotason-, että korkean teknologian maissa) kerättiin tiedot 3733 potilaasta ennen ja 3955 potilaasta jälkeen tarkistuslistan käyttöönoton.</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin vuosina 2007-2008</p> <p>Analysoitiin käytettiin SAS-statistiikka ohjelmaa.</p>	<p>Tarkistuslistan käyttö laski kokonaiskuolleisuutta lähes kolmanneksen (1,5%-0,8%). Komplikaatiot lasivat 11%:sta 7%:iin.</p> <p>Leikkauksiin liittyvät infektiot vähenivät 6,2%:sta 3,4%:iin ja uusinta-leikkaukseen (suunnittelemattoon) joutuminen väheni 2,4%:sta 1,8%:iin.</p> <p>Tulokset todistavat, että tarkistuslistan käyttö parantaa potilasturvallisuutta</p>
<p>Takala, R., Katila, A., Porkkala, T., Aaltonen, R., Pauniahon, S., Kotkansalo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Ikonen, T.</p> <p>2009</p> <p>Tarkistuslistan käyttö ja sen vaikutukset</p> <p>Tulokset julkaistu Finnanest 2009, 42 (4)</p>	<p>Selvittää tarkistuslistan käyttöä (TYKS, TAYS ja Vaasan keskussairaala) ja sen vaikutuksia potilasturvallisuuteen</p>	<p>Leikkaussaleissa tehtiin strukturoitu kysely anesthesiologille, kirurgille ja valvovalle hoitajalle peräkkäisissä leikkauksissa 4–6 viikon aikajaksolla ennen ja jälkeen tarkistuslistan käyttöönoton.</p> <p>Yhteensä tutkittiin 857 leikkausta,</p> <p>Analysointi ristiintaulukoimalla ja Pearson Chi² -testillä</p>	<p>Leikkausajan kesto ei kasvanut merkittävästi tarkistuslistan myötä.</p> <p>Tarkistuslistan käyttö paransi anesthesiologin toiminnassa useita potilasturvallisuuteen liittyviä seikkoja</p>

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyvät tutkimukset

TEKIJÄT	TARKOITUS	MENETELMÄT	TULOKSET
<p>Runne, T. 2000</p> <p>Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot</p> <p>Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tutkimus tarkastelee sairaanhoitajien raportointipuheessa käyttämää kieltä leikkausosastolla</p>	<p>Diskurssianalyytin lähestymistapa</p> <p>Aineisto kerättiin nauhoittamalla 19 raportointitilannetta leikkausosastolla ja heräämössä</p>	<p>Tutkimuksen tuloksena muodostettiin raportointipuheessa ilmenevää diskurssia: rituaali-, lääketiede-, ammattitaito-, persoonattomuus, persoonallistamis, potilashuumori- ja arkaluontoisuus-diskurssit</p>
<p>Thompson, J., Collett L., Langbart M., Purcell N., Boyd S., Yuminaga Y., Ossolinski, G., Susanto, C. & McCormack, A. 2009</p> <p>Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover</p> <p>a study in an Australian tertiary hospital</p> <p>Tulokset julkaistu PubMed 5/2011</p>	<p>Tutkimuksen tavoite oli arvioida potilassiirtotilanteissa tapahtuvaa raportointia ennen ja jälkeen isbarin käyttöön oton</p> <p>Tutkimuksen kohteena olivat apulaislääkärit ja he saivat 1 tunnin koulutuksen isbarin käytöstä</p>	<p>Nauhoitettiin potilassiirtotilanteita ennen ja jälkeen isbarin käyttöön oton</p> <p>Arvioitavia asioita olivat raportoinnin kesto ja informatiivisuus</p> <p>Raportoijat olivat apulaislääkäreitä</p>	<p>71% (25/36) apulaislääkäreistä oli sitä mieltä, että isbarin käyttöön oton jälkeen potilassiirtotilanteiden raportointi oli parantunut</p> <p>Yleisesti koettiin, että sujuvuus ja raportin rakenne paranivat ja potilasturvallisuuden ja hoidon arvioitiin parantuneen. Lisäksi apulaislääkärit kokivat, että isbaria käytettäessä raportin vastaanottaminen oli varmempaa.</p> <p>Nauhoituksista voitiin todeta, että raportoinnin sisältö parani laadullisesti, mutta kesto ei lisääntynyt.</p>

SURPASS Tarkistuslista

© SURPASS checklist

Version 01 Nov 2009
AMC Dept. of Surgery**POST-OPERATIVE IN OR****after procedure before transfer to recovery / ICU****C****to be completed by****Anaesthesiologist**

		not appli- cable	yes
1	Instructions concerning infusion fluids		<input type="checkbox"/>
2	Instructions concerning medication (including pain medication)		<input type="checkbox"/>
3	Instructions concerning ventilation / oxygenation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Instructions concerning checks of vital signs and laboratory checks		<input type="checkbox"/>

Date:

Name and signature anaesthesiologist:

In case of local anaesthesia without anaesthesiologist:**do not complete list C "anaesthesiologist"**

SURPASS Tarkistuslista

© SURPASS checklist

Version 01 Nov 2009
AMC Dept. of SurgeryAcademic Medical Center
University of Amsterdam**TRANSFER recovery/ICU to ward****before transfer to ward****D**to be completed by **Anaesthesiologist** (recovery) or **Intensivist** (ICU) (after consultation with surgeon if necessary)

		not appli- cable	yes
1	Patient discharged according to protocol		<input type="checkbox"/>
2	Instructions concerning medication (including pain medication)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Instructions concerning infusion fluids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Instructions concerning oxygenation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Instructions concerning postoperative checks (including laboratory checks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Instructions concerning wound care, diet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ward doctor informed of special circumstances by anaesthesiologist / intensivist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date:

Name and signature anaesthesiologist/intensivist:

Opinnäytetyön tuotos: Tarkistuslista ja raportointiohjeet