



# **POTILASTURVALLINEN RAPORTOINTITILANNE LEIKKAUSOSASTOLLA**

Tulotilanteen havainnointi

Jenni Asp  
Giia De Santana

Opinnäytetyö  
Syyskuu 2012  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Jenni Asp & Giia De Santana  
Potilasturvallinen raportointitilanne leikkausosastolla  
Tulotilanteen havainnointi

Opinnäytetyö 74 sivua, josta liitteitä 11 sivua  
Syyskuu 2012

---

Opinnäytetyömme aihe nousi omasta mielenkiinnosta ja halusta tutkia leikkausosaston raportointitilanteita ja potilasturvallisuutta. Aiheen laajuus rajattiin koskemaan vain leikkausosastolle saapuvien potilaiden raportointitilanteita. Työelämäyhteytenä toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eräs leikkausosasto. Työelämätaho koki aiheemme ajan-kohtaisena ja tärkeänä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoidon siirtymävaiheen raportointitilanteen potilasturvallisuutta anestesiahoitajan näkökulmasta. Ongelmina olivat mitä riittävä raportointi pitää sisällään, miten raportointi tukee potilasturvallisuutta, onko suullinen raportointi tarpeellista ja miten anestesiahoitaja voi toiminnallaan vaikuttaa raportointitilanteessa. Valitsimme opinnäytetyöhön kvantitatiivisen menetelmän. Aineisto kerättiin havainnoimalla 60 raportointitilannetta potilaan saapuessa leikkausosastolle. Suurin osa havainnoituista raportointitilanteista kohdistui tuki- ja liikuntaelinkirurgiaan. Muita toimenpiteitä olivat gastroenterologiset ja urologiset toimenpiteet. Kerätyt tulokset esitettiin numeroina ja kuvioina.

Teorialähtökohdat ovat potilasturvallisuus, raportointi, anestesiahoitaja, anestesiakaavake ja leikkauspotilas. Teorian mukaan potilasturvallisuus lisääntyy asiakas-keskeisissä raportointitilanteissa. Potilasturvallisessa tiedonsiirrossa tarkoituksena on minimoida tiedonsiirron virheet, jota tukevat vuorovaikutus sekä suullinen raportointi. Tuloksista kävi ilmi, että raportointitilanteet ovat tehtäväkeskeisiä, mutta potilaat huomioidaan hyvin. Sisällöltään siirtyvä tieto on melko riittävää ja hoitajien välinen sujuva vuorovaikutus lisää tiedon riittävyyttä. Rauhallisissa raportointitilanteissa toteutui miellyttävä ilmapiiri ja silloin raportoinnilla saatu tieto oli myös riittävämpää. Anestesiahoitajat esittivät paljon tarkentavia kysymyksiä, etenkin rauhallisessa tilanteessa ja sujuvan vuorovaikutuksen vallitessa. Anestesiahoitajat esittivät tarkentavia kysymyksiä sekä anestesiakaavakkeen sisällöstä että sen ulkopuolelta. Anestesiakaavakkeiden ulkopuolelta tuli oleellista tietoa tarkentavien kysymysten avulla. Tämä tukee suullisen raportoinnin tarpeellisuutta.

Kehittämishaasteeksi nousi raportoinnin yhtenäistäminen. Jatkossa olisi tärkeää saavuttaa raportin yhtenäinen rakenne ja sisältö, mikä vähentäisi tiedon puutteellista ja virheellistä siirtymistä.

---

Asiasanat: potilasturvallisuus, raportointi, raportointitilanne, anestesiahoitaja, anestesiakaavake

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Training Programme of Nursing  
Degree Programme of Nursing

Jenni Asp & Giia De Santana  
Reporting and Patient Safety in the Operation Department  
Observing and Reporting Patients' Arrivals

Bachelor's thesis 74 pages, appendices 11 pages  
September 2012

---

The object of this study was to map the transitional period of care from the points of view of patient safety and the anaesthetic nurse. The research problems were: sufficient report contents, supporting patient safety through careful reporting, need of verbal reporting and anaesthetic nurse's behavior in the reporting situations. A quantitative research method was used in this study. Material was collected by observing 60 reporting situations when patient arrived to the operation department. Most of the observed situations focused on orthopedic surgery. Other surgeries were gastroenterological and urological.

The starting points of this study were patient safety, reporting, anaesthetic nurse, anaesthetic form and surgery patient. According to knowledge patient safety is increasing in customer-oriented reporting situations. The purpose of patient safety information transmission is to minimize the chance of errors. Interaction and verbal reporting decrease errors. The results show that reporting situations are mostly mission-centered but patients are also taken into account. The contents of the transferred information are quite sufficient and fluent interaction between nurses increases it. In peaceful reporting situations the amount of transferred information was even more sufficient. Anaesthetic nurses made lots of focused questions, especially in peaceful reporting situations conducive to good interaction. Their questions concerned both the contents of the anaesthetic form and other matters. Focused questions gave lots of extra information. This supports the need of verbal reporting.

Standardization of the reporting process was the main challenge found in the results. In the future it would be important to achieve equal structure and contents in all reports which would reduce errors in information transmission.

---

Key words: patient safety, reporting, reporting situation, anaesthetic nurse, anaesthetic form

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	7
2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE.....	9
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	10
4 POTILASTURVALLISUUS .....	12
4.1. Potilasturvallisuuden taustaa .....	12
4.2 Potilasturvallisuuden tavoitteita.....	13
4.3 Potilasturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä .....	13
4.4 Potilasturvallisuuden seuranta.....	15
5 RAPORTOINTI.....	17
5.1 Raportoinnin tehtävä .....	17
5.2 Suullisen raportoinnin merkitys .....	17
5.3 Hyvään raportointiin vaikuttavia tekijöitä .....	18
5.4 Raportoinnin sisältöä.....	20
6 ANESTESIASAIRAANHOITAJA .....	22
6.1 Ammattinimike .....	22
6.2 Etiikka hoitotyössä .....	22
6.3 Anestesiahoitaja perioperatiivisessa hoitotyönprosessissa .....	23
6. 4 Anestesiahoitajan ammattipätevyys.....	23
6.5 Anestesiahoitajan työtehtävät .....	24
7 ANESTESIAKAAVAKE .....	26
7.1 Anestesiakaavaakkeen tarkoitus.....	26
7.2 Leikkausta edeltävä arviointi .....	26
7.3 Anestesiakaavakkeen sisältö .....	28
7.3.1 Taustatiedot .....	28
7.3.2 Leikkauskunto .....	29

7.3.3	Fyysistä hyvinvointia kuvaavat tiedot.....	32
7.3.4	Muut huomioonotavat potilastiedot .....	33
7.4	Leikkaustiimin tarkistuslista .....	35
8	LEIKKAUSPOTILAS .....	37
8.1	Potilaan merkitys ja osallisuus hoidossa.....	37
8.2	Leikkauspotilaan henkisen hyvinvoinnin merkitys.....	38
9	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	39
9.1	Tutkimusmenetelmä.....	39
9.2	Havainnointilomake .....	40
9.3	Aineiston keruu .....	40
10	TOTEUTUS .....	41
11	TULOKSET .....	43
11.1	Taustamuuttajat.....	43
11.2	Riittävän raportoinnin sisältö .....	43
11.3	Potilasturvallisuuden tukeminen raportoinnilla .....	44
11.4	Suullisen raportoinnin tarpeellisuus.....	47
11.5	Anestesiahoitajan vaikutus raportointitilanteessa potilasturvallisuuden parantamiseksi.....	50
12	POHDINTA .....	53
12.1	Johtopäätökset.....	53
12.1.1	Taustamuuttajat.....	53
12.1.2	Raportoinnin sisältö .....	53
12.1.3	Potilasturvallisuuden tukeminen raportoinnilla .....	54
12.1.4	Suullisen raportointi ja anestesiahoitajan vaikutus siihen .....	55
12.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	56
12.2.1	Luotettavuus.....	56
12.2.2	Eettisyys .....	57
12.3	Kehittämishaasteet .....	57
12.4	Oppimisen pohdinta .....	58

LÄHTEET.....	60
LIITTEET .....	64
Liite 1. Tutkimukset ja tutkimusartikkelit.....	64
Liite 2. Anestesiakaavake.....	68
Liite 3. Tarkistuslista.....	72
Liite 4. Havainnointilomake .....	73
Liite 5. Hyvän raportoinnin kriteerit .....	74

## 1 JOHDANTO

Hoitovirheistä johtuvia kuolemia on selvästi enemmän kuin esimerkiksi kuolemaan johtavia liikenneonnettomuuksia (Palsternack 2006,2459; Snellman 2009, 29). Viimeisen kymmenen vuoden ajalta tutkittu tieto osoittaa, että kehittyneissä länsimaissa joka kymmenes potilas kokee hoitonsa jossakin vaiheessa haittatapahtuman ja noin prosentilla heistä haitta on aiheuttanut potilaalle pysyvän vammautumisen tai kuoleman (Palsternack 2006, 2459-2460; Snellman 2009, 29; Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 18-19). Potilaille haitallisia tapahtumia tapahtuu edelleen paljon terveydenhuoltoalalla ja niistä suurin osa olisi ehkäistävissä erilaisin keinoin. (Palsternack 2006, 2459; Snellman 2009, 29). Maailmassa tehdään noin 200 miljoonaa leikkausta vuodessa ja niistä kirurgisten toimenpiteiden aiheuttamiin komplikaatioihin kuolee joka vuosi noin miljoona ihmistä (Kangasmäki 2010). Suomessa kuolemaan johtavia hoitovirheitä tapahtuu arviolta 700-1700 vuodessa. Tutkimusten mukaan kirurgiaan liittyviä haittatapahtumia on 45% ja niistä jopa yli puolet olisi ennaltaehkäistävissä. (Palsternack 2006, 2459; Snellman 2009, 29-30; Helovuo ym. 2011, THL 2011.)

Haittatapahtumat aiheuttavat kärsimystä ja taloudellisia kustannuksia sekä hoitotaholle että etenkin potilaille (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 18-19). Hoidon jatkuvuuteen ja sitä kautta potilasturvallisuuden riittävyteen raportoinnilla on suuri merkitys. Puutteellinen tiedonkulku ja tiedonhallinta ovat muun muassa raportoinnissa haittatapahtumiin vaikuttavia tekijöitä (Kokkola 2010, 50-80). Puutteellisen raportoinnin turvaamiseksi leikkaussalissa on käytössä tarkistuslista, joka antaa mahdollisuuden turvalliselle hoidon jatkuvuudelle. Vuonna 2010 keskimäärin yhdessä yliopistosairaalassa hoitohenkilökunta ilmoittaa noin 1600 tilastoitavaa vaaratapahtumaa vuodessa, joista 22% on tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä ja 22,2% kommunikointi- ja tiedonkulkutapahtumaan liittyviä vaaratapahtumia (Helovuo ym. 2011, 140).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä leikkausosastolla pidetään päivittäin kymmeniä raportointitilanteita ja niissä halutaan korostaa potilasturvallisuutta. Työelämä pitää tärkeänä raportointitilanteiden kartoittamista ja sitä kautta potilasturvallisuuden lisäämistä hoitotyöhön. Koemme, että raportointitilanteiden kehittäminen potilasturvallisuuden näkökulmasta on tarpeellista.

Raportointitilanne on anestesia- ja vuodeosaston sairaanhoitajanhoitajien välinen tiedonsiirtotilanne, jossa potilas on läsnä. Raportilla annettava tieto perustuu pääosin anestesikaavakkeeseen, jossa on kattavasti tarvittavat tiedot potilaasta leikkauksen onnistumiseksi. Raportin tehtävänä on potilasturvallisuuden lisäämisen lisäksi potilaan hoidon jatkuvuuden varmistaminen (Tuomi 1994; Kokkola 2010).



## 2 TARKOITUS, ONGELMAT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoidon siirtymävaiheen raportointitilanteen potilasturvallisuutta anestesiahoitajan näkökulmasta.

### Opinnäytetyön ongelmat

1. Mitä riittävä raportointi pitää sisällään?
2. Miten raportointi tukee potilasturvallisuutta?
3. Onko suullinen raportointi tarpeellista?
4. Kuinka anestesiahoitaja voi toiminnallaan vaikuttaa raportointitilanteessa potilasturvallisuuden parantamiseksi?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa leikkausosaston henkilökunnalle tietoa raportointitilanteen sisällöstä, riittävydestä ja tarpeellisuudesta raportointitilanteen kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta sekä vähentää tiedonsiirrosta ja –hallinnasta johtuvia haittatapahtumia potilaan leikkauksen onnistumiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa myös tietoa hyvän raportointitilanteen pohjaksi.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön aihe on potilasturvallinen raportointitilanne leikkausosastolla, joten aiheen kannalta opinnäytetyön keskeiset teoreettiset lähtökohdat ovat potilasturvallisuus, raportointi, anestesiakaavake, anestesiahoitaja ja leikkauspotilas. (Kuvio 1.)

Potilasturvallisuuden määritelmän mukaan terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan tulee saada tarvitsemansa oikea hoito, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Toivio 2007, 5; STM 2009.) Tässä määritelmässä korostuu hoidon turvallisuuden varmistaminen eri näkökulmista. Potilaan näkökulmasta se tarkoittaa, että hoito ei varsinaisesti aiheuta potilaalle haittaa, mutta riski haitalle on olemassa ja siitä syystä toiminta ei määritelmän mukaan olisi aina turvallista. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta se tarkoittaa, että toimintaan sisältyy erilaisia menettelyjä ja käytäntöjä, joilla pyritään turvalliseen hoitotulokseen. Tällä vahvistetaan hoidon laatua erilaisien virheiden sekä poikkeamien estämiseksi. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13.) Potilasturvallisuus korostuu muun muassa raportointitilanteissa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

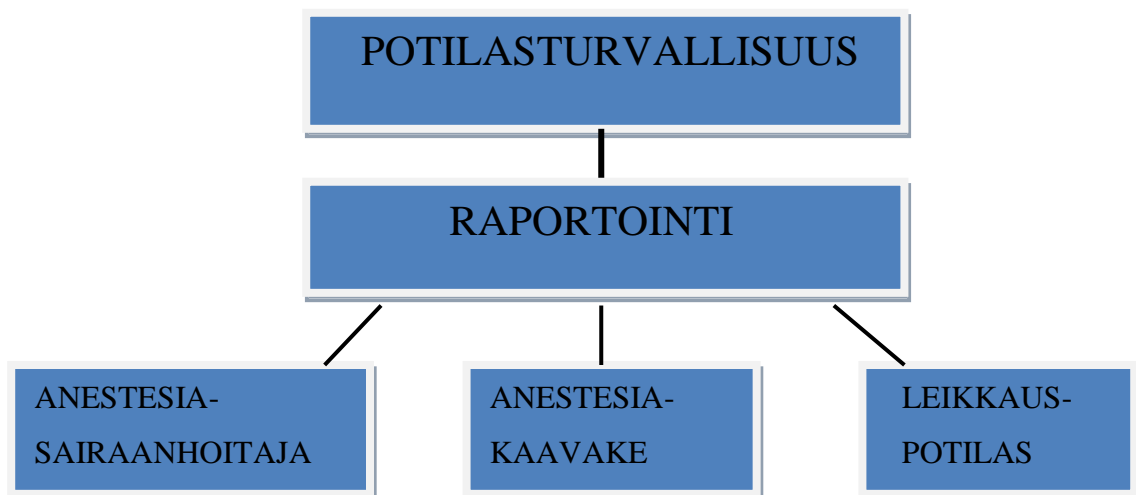
Leikkausosastolla pidettävä raportointitilanne tarkoittaa tässä työssä tilannetta, jossa vuodeosastolta potilasta tuova sairaanhoitaja antaa anestesiahoitajalle raportin vastuun vaihtumisen ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. Raportti tarkoittaa tiedonantoa tai selontekoa. Hoitotyössä se on tilaisuus, jossa kerrotaan potilaan asioista hoitoon ja vointiin liittyen. (Lamond 2000, 794-804; Korpela 2008.) Anestesiahoitaja vastaanottaa potilaan leikkausosastolle.

Anestesiahoitaja on hoitotyön asiantuntija ja leikkaustoiminnan vastuullinen tarkkailija leikkauspotilaan hoitoketjussa. Anestesiahoitaja työskentelee moniammatillisessa leikkaustiimissä. Anestesiahoitajan tärkeänä ammatillisen pätevyyden edellytyksenä pidetään potilaan hoidon kokonaisuuden ymmärtämistä periooperatiivisessa hoidossa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 28-31.) Kokonaisuuden ymmärtäminen helpottaa raportointitilanteessa leikkaukseen tarvittavan tiedon hahmotta-

mista. Raportointitilanteen pohjana käytetään anestesiakaavaketta, johon leikkauksessa tarvittavat tiedot perustuvat.

Anestesiakaavake täytetään ennen leikkausta ja se toimii raportointitilanteen ja siinä vallitsevan vuorovaikutuksen pohjana. Sen tarkoituksena on ohjata raportointitilanteessa potilasturvallista tiedonsiirtoa (Lukkari ym. 2007, 237). Anestesiakaavake on hoitokerromus, joka kulkee potilaan mukana koko perioperatiivisen hoitajakson. Anestesiakaavake toimii niin perioperatiivisen hoidon suunnittelussa kuin hoidon toteutuksessa ja se on jaettu kolme osaan: pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoidonvaiheeseen. Jokaisessa hoidon vaiheessa täytetään sille kuuluvaa kaavakkeen osaa. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000, 36-37.) Anestesiakaavake turvaa leikkauspotilaan perioperatiivista tiedonsiirtoa.

Leikkauspotilas on puolestaan henkilö, joka sairauden tai äkillisen sairastumisen vuoksi tarvitsee välttämättömästi leikkauksen (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 1998, 14). Leikkauspotilas on hoidon vastaanottaja, joka saa asiantuntijan määräämän hoidon (Runne 2000, 12).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

## 4 POTILASTURVALLISUUS

### 4.1. Potilasturvallisuuden taustaa

Suomen terveydenhuolto on jäänyt jälkeen muista korkean riskin aloista turvallisuuden varmistamisessa, joten potilasturvallisuus käsite tulee vakavasti ottaa huomioon terveydenhuollon tutkimustyössä (STM 2009). Potilasturvallisuuteen on viime vuosina alettu kiinnittää enemmän huomiota Suomessa.

USA:ssa potilasturvallisuutta on tutkittu useita viime vuosikymmeninä ja sen parantamiseksi on toteutettu paljon hankkeita ja kampanjoita, esimerkiksi vuonna 1998 ”Sign your site”. Siinä selvisi kuinka monelle potilaalle oli tehty väärä leikkaus tai leikkaus, joka oli kohdistunut väärään kehonosaan eli englanniksi kutsuttuun ilmiöön nimeltä ”wrong – site surgery”. (Helovuori ym. 2011, 18-19; McNamara 2011, 114-127.) Vuonna 1999 potilasturvallisuustyötä edistäviä hankkeita järjestettiin, koska Institute on Medicine julkaisema raportti ”To Err is Human” toi esille, että noin 44 000 – 98 000 potilasta kuolee hoitovirheiden aiheuttamiin haittoihin (Palsternack 2006, 2459; McNamara 2011, 115; Helovuori 2011, 18-2.) Myöhemmin vuonna 2003 AAOS (The American Academy of Orthopaedic Surgeons) toteutti kampanjan, jossa ensimmäistä kertaa tuotiin esiin perioperatiivinen tarkistuslista ”A Checklist for Safety” työvälineeksi potilasturvallisuuden lisäämiseksi. WHO (World Health Organization) lanseerasi tämän perioperatiivisen tarkistuslistan vuonna 2008, käytettäväksi ehkäisemään perioperatiivisia turvallisuusriskejä. Viimeaikoina Amerikassa on edelleen ollut otsikoissa ja yleisökeskustelussa leikkauspotilaan turvallisuus.

McNamara (2011) pohtii Perioperative Safety teoksessa syitä ja riskitekijöitä, jotka heikentävät potilasturvallisuutta leikkausprosessissa. Hän tuo esille, että potilas on leikkausprosessin se osa, joka kärsii eniten perioperatiivisesta virheestä niin henkisesti, fyysisesti kuin taloudellisesti. Samalla virheen kokenut potilas toimii sanan saattajana läheiselleen, jolloin potilasturvallisuuden luottamus terveydenhuollossa on vaikeampi saavuttaa tulevaisuudessa. Tämä keskustelu on kyseenalaistanut koko yleisin terveydenhuollon palvelujärjestelmän turvallisuutta. (McNamara 2011, 114-127.)

## 4.2 Potilasturvallisuuden tavoitteita

Vuonna 2009 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi Suomen ensimmäisen potilasturvallisuusstrategian. Strategian toiminta-ajatuksena on edistää potilasturvallisuutta kaikkien sosiaali- ja terveydenhuoltotahojen kanssa yhdessä siten, että vuoteen 2013 mennessä potilasturvallisuuden tulisi olla ankkuroituna toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin. Yleisesti sanottuna hoidon tulee aina olla vaikuttavaa ja turvallista. Potilasturvallisuusstrategian mukaan potilasturvallisuus käsittää muun muassa niitä periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan potilaan hoidon turvallisuus eli ehkäistään mahdolliset hoidosta aiheutuvat haitat. Tutkimustyö on yksi toiminto etsiä haittatapahtumien syitä ja sellaisia keinoja, jotka voisi parantaa potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuuden hallinnan avain on sen ennakoivan toiminnan tehokkuus, jotta haitoilta vältyttäisiin. (STM 2009, 13-19.)

Potilasturvallisuus taataan parhaiten arvioimalla ja tutkimalla palvelujärjestelmää, poistamalla tai muuttamalla siellä olevia riskejä ja keskittymällä tarkastelemaan toiminnan epäkohtia enemmän kuin etsimään syyllisiä (STM 2009; Kokkola 2010; Helovuola 2011). Organisaation soveltaessa tutkimukseen ja kokemukseen perustuvia turvallisia ja yhteisesti sovittuja käytäntöjä ja linjauksia haittatapahtumien mahdollisuus pienenee (STM 2009, 16). Yhdeksi tärkeäksi keinoksi haittatapahtumien ennalta ehkäisemiseksi nousee tiedonkulun jatkuva tutkiminen ja kehittäminen, jotta voidaan minimoida potilasturvallisuuteen vaikuttavat riskit, kuten virheellinen tiedonsiirto raportointitilanteessa. Potilasturvallisuuden tutkimiselle WHO:n (World Health Organization) mukaan voidaan määrittellä viisi tavoitetta, jotka ovat haittatapahtumien määrän arviointi, syiden ymmärtäminen, ratkaisujen löytäminen, vaikutuksen ja tuloksellisuuden arviointi sekä tutkimustulosten soveltaminen käytäntöön (Helovuola ym. 2011, 33).

## 4.3 Potilasturvallisuuteen vaikuttavia riskitekijöitä

Vaaratapahtuma tarkoittaa potilaan turvallisuuden vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilaalle (Toivio 2007, 6). Yleisimmiksi Suomessa terveydenhuollon päivittäisistä toiminnoista tunnistettavat vaaratapahtumat ja hoitovahinkoihin johtavat tekijät ovat muun muassa hoitotiimeissä tapahtuva puutteellinen kirjallinen

ja suullinen tiedonsiirto, väsymys, riittämätön henkilöstömäärä sekä riittämätön virheiden ja hoitovahinkojen käsittely (Palsternack 2006, 2464). Juuri nämä seikat näkyvätkin helpoiten hoitotyön arjessa. Väsymystä, stressiä, työkuormitusta, vireystilaa, asennetta, ajattelutapaa, kykyä havaita, väärin ymmärtämistä, lipsahduksia ja unohduksia kutsutaan myös inhimillisiksi riskitekijöiksi potilasturvallisuudessa. Näitä riskitekijöitä hoitotyön arki pitää sisällään. (Kokkola 2010, 3-5; Helovuori 2011, 75-91.)

Suomessa potilasturvallisuutta käsittelevää tutkimusta on tehty melko vähän. Tulosten mukaan potilassiirrot yksiköstä toiseen ovat vastuunvaihtumisen vuoksi haasteellisia potilasturvallisuuden näkökulmasta. Puutteellinen tiedonkulku ja epäselvyydet työn- ja vastuunjaossa olivat muun muassa vaaratapahtumien syntymiseen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi vaaratilanteita syntyi tilanteissa, joissa työntekijöiltä edellytettiin yliosaamista tai työmäärä oli liian kuormittavaa. Tulosten perusteella erityisen tärkeäksi nähdään, että hoitotyössä huomiota tulisi kiinnittää tiedonkulkuun ja selkeyttää vastuunsiirtoa potilaan hoidon siirtymävaiheissa. (Kokkola 2010, 50-80.) (ks. Liite 1)

Tärkeimmäksi ennaltaehkäistäväksi riskitekijäksi nousee potilaan tunnistaminen oikeaksi. Väärin tunnistamisen riskiä lisää kiire, stressi, raportointiympäristö, heikko suullinen vuorovaikutus raportointitilanteessa ja henkilötunnuksen tarkastamatta jättäminen sekä raportinantajan henkinen mielenvireys. (Runne 2000, 24; McNamara 2011, 114-127.) Raportointitilanteessa vallitseva ilmapiiri ja kiire voivat vaikuttaa heikentävästi turvalliseen raportointiin potilastiedoista. Hyvän vuorovaikutuksen kautta saadaan aikaan avoin, syylistämätön ja turvallinen ilmapiiri, joka vaikuttaa myönteisesti hoidon laatuun (Leino-Kilpi 2009, 182). Mikäli ilmapiiri raportointitilanteessa kärsii, riski virheelle kasvaa ja tärkeät asiat eivät tule välttämättä esiin (Helovuori 2011, 189).

Toisena riskitekijänä on riittämätön vuorovaikutus, jolloin hierarkkiset - ja kulttuurilliset taustat sekä pätevyystasot vaikuttavat tiedonsiirtämiseen raportointitilanteessa (McNamara 2011, 114-127). Näissä tilanteissa sairaanhoitajan tietotaito nousee esiin siitä, mitä asioita kattava raportointi sisältää ja mikä riittää potilasturvalliseen tiedonsiirtoon. Raportointitilanteessa hierarkkinen asettelu voi olla este onnistuneelle raportoinnille, koska hierarkkinen paine vaikuttaa vuorovaikutustilanteessa. Tietotaitotasosta huolimatta sairaanhoitajilla on vastuu arvioida omaa ja muiden pätevyyttä työtehtävissä sekä jatkuvasti kehittää omaa ammattitaitoaan (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996).

Kolmantena tärkeänä riskejä ehkäisevänä tekijänä tulisi käyttää erilaisia ja tehokkaita potilasturvallisuutta lisääviä tarkistuslistoja anestesiaomakkeen rinnalla ennen leikkausta (McNamara 2011). Lisäksi potilasturvallisuuden riskejä leikkaus- ja anestesiahoitotyössä ovat haastava leikkaussaliympäristö, saumattoman tiimityöskentelyn epäonnistuminen, leikkaustoimenpiteeseen liittyvä väärä diagnosointi, leikkauksen etenemisen puutteellinen valvonta, tiimityössä tapahtuva puutteellinen kommunikointi, aseptiikan puutteellinen toteutuminen, puutteellinen potilasohjaus hoitoon liittyen sekä anestesiavalvonnan toteutuminen ja laitteiden tarkistaminen. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 95.)

#### 4.4 Potilasturvallisuuden seuranta

Haittatapahtumia ja vaaratilanteita seurataan terveydenhuollon toimipisteissä erilaisten turvallisuutta edistävien työkalujen avulla. HILMO (THL:n ylläpitämä potilailta tulevien hoitoilmoitusten rekisteri) ja HAIPRO (Terveydenhuollon henkilöstön vaara – ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä) rekisterien avulla, jotta THL (Terveyden ja hyvinvointilaitos) voi jatkuvasti parantaa potilasturvallisuutta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla (STM 2009; Helovuori ym. 2011, 83; THL 2011.)

Suomessa ollaan vasta vakiinnuttamassa erilaisia haitta- ja vaaratapahtumarekisteröintejä terveydenhuollon toimipisteisiin hoitotyön tueksi ja siksi tulevaisuudessa tulemme saamaan tarkempaa tietoa haittojen todellisuudesta. Virheiden minimointi edellyttää, että työntekijät ovat tietoisia toiminnan sisältämistä virheistä. Tarvitaan laajaa kartoitusta viheistä, läheltä piti -tilanteista ja vahinkoihin johtavista tekijöistä niiden estämiseksi. (Palsternack 2006, 2466-2468.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on vastuu osaamisestaan ja potilasturvallisuuden ylläpidosta, näin ollen potilasturvallisuuden edistäminen on koko henkilökunnan tehtävä. Ammattilaisten vastuu potilasturvallisuudesta sekä sitoutumisesta sen edistämiseen vaatii arviointia ja kehittymistä omassa työssään, osaamisessaan ja toimintatavoissaan. (STM 2009.) Sairaanhoidaja on henkilökohtaisesti vastuussa tekemästään työstä ja toiminnassaan hän on vastuussa potilaille suojellakseen elämää ja siten edistääkseen poti-

lasturvallisuutta. Samassa hoitotiimissä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat mahdollisimman hyvästä hoidon laadusta yhdessä ja pyrkivät parantamaan potilasturvallisuutta jatkuvasti. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.)



## 5 RAPORTOINTI

### 5.1 Raportoinnin tehtävä

Potilaan vuoteen vierellä pidettävää raporttia kutsutaan vuoteenvierusraportiksi. Vuoteenvierusraportissa potilas saa tietoa hoidostaan ja se mahdollistaa potilaan osallistumisen sekä potilaslähtöisen raportoinnin. (McMahon 1990, 38-40; McKenna 1997, 331-337.) Leikkaussalissa tapahtuvaa raportointitilannetta voidaan myös pitää vuoteenvierusraporttina, sillä se tapahtuu potilaan läsnä ollessa.

Raportin tehtävänä on potilaan hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Suullisessa raportoinnissa on mahdollisuus antaa sellaista tietoa, mitä potilaspapereihin ei ole kirjoitettu. Suullisen raportoinnin etuna on myös se, että siinä on mahdollisuus kysyä potilaan hoitoon liittyvistä asioista potilaalta itseltään. (Tuomi 1994.) Raportointien pitäisi olla potilaslähtöisiä, mutta tutkimusten mukaan ne ovat enemmän tehtäväkeskeisiä (Hays 2003, 25-33). Potilaslähtöisyyttä tukee potilaan yksilöllisyyden korostaminen ja potilaan oman mielipiteen esiin tuominen. Raportti on usein lyhyt ja pidetään apulomakkeen kanssa, mistä syystä potilaslähtöisyyden esiin tuominen on hankalaa. (Ruuskanen 2007, 37, 51.) Potilaslähtöisyyttä voidaan lisätä esimerkiksi tervehtimällä ja esittäytymällä potilaalle raportointitilanteen alussa (Lukkari ym. 2007, 237).

### 5.2 Suullisen raportoinnin merkitys

Nykyään suullisesta raportoinnista on siirrytty enemmän kirjallisen tiedon välitykseen eli niin sanottuun hiljaiseen raportointiin. Tällöin suulliseen raportointiin kuluu vähemmän aikaa, mutta sitä enemmän aikaa menee kirjaamiseen. Hoitajien mielestä tämän myötä kirjaamisen sisältö on parantunut. Yksilöllisiä eroja hoitajien välillä kirjaamisessa löytyy ja tarpeellisen tiedon etsiminen sairaskertomuksesta vie paljon aikaa. Tutkimusten mukaan hoidon jatkuvuuden ei ole katsottu parantuvan kirjalliseen raportointiin siirtymisen myötä. (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 6-7.) Ajanpuutteen vuoksi kirjaaminen on tiivistä ja saattaa olla sisältämättä jotakin oleellista tietoa potilasturvallisuuden kannalta.

Suullinen raportointi sisältää usein päällekkäistä tietoa kirjatun tiedon kanssa, jolloin voisi olettaa, että vain hiljainen raportti olisi tarpeellinen (Lamond 2000, 794-804).

Leikkausosastolla raportointiin käytettävä aika on lyhyt ja melko laaja raportti on annettava nopeasti. Raportin tulee sisältää kaikki tarvittava tieto potilasturvallisuuden takaamiseksi ja niiden etsiminen potilastiedoista olisi mahdotonta niin lyhyessä ajassa, joka hoidon siirtymävaiheen raportointitilanteessa on käytettävissä. (Helovuo ym. 2011, 189.) Keskimääräinen ajankäyttö raportointitilanteessa on kaksi minuuttia (Runne 2000).

Suullinen raportointi lisää raportoidun asiasisällön luotettavuutta ja laatua (Helovuo ym. 2011, 189). Luotettavuutta lisää sairaanhoitajien mahdollisuus kysymällä tarkastaa epäselväksi jääneitä asioita. Suullisessa raportoinnissa mahdollistetaan paremmin asioiden ymmärtäminen samalla lailla niin hoitajien kuin potilaan kesken, jolloin väärinymmärryksien riski pienenee. Anestesiahoitajista 17% tutustuu ennalta potilaan taustatietoihin potilaskertomuksesta. Tämä tukee suullisen raportoinnin merkitystä tulevaisuuden raportointimenetelmien valinnassa (Tengvall 2010). Pidämme perusteltuna käyttäen raportointimenetelmänä niin suullista kuin kirjallistakin raporttia leikkausosaston raportointitilanteessa.

Potilasturvallisuus on hoidon laadun perusta, joten siksi raportoinnissa tuleekin käyttää vaikuttavia raportointimenetelmiä, jotta hoidosta ei koidu potilaalle tarpeetonta haittaa. (STM 2009.) Toimintayksiköissä on määriteltävä tiedonkulun periaatteet potilaiden ja ammattihenkilöiden välillä hoidon siirtymävaiheissa, esimerkiksi vuodeosasto – leikkaussali (THL 2011, 15). Tiedonkulun katkeaminen ja väärin ymmärrys ovat yleisiä haittatapahtumien syitä erityisesti siinä hoidonvaiheessa, jossa potilas siirtyy yksiköstä toiseen. Tästä syystä suullisen raportoinnin systemaattisuuteen ja sisältöön tulee panostaa (Helovuo ym. 2011, 72.)

### 5.3 Hyvään raportointiin vaikuttavia tekijöitä

Raportoinnin tulee olla selkeää, ytimekästä, ammatillista ja tarkkaa. Selkeyteen vaikuttavat asioiden selkeä kertominen ja olennaisiin asioihin keskittyminen. Ytimekkyyteen

vaikuttavat raportin tiiviys, faktoihin pohjautuva tieto sekä tärkeisiin asioihin painottuva raportointi. (Ruuskanen 2007, 29-31.) Toisaalta mikäli sairaanhoitajalla on mielessään jokin leikkaukseen vaikuttava asia, minkä hän voisi mainita, on se mainitsemisen arvoisen (Helovuo ym. 2011, 189). Ammatillisuuteen vaikuttaa asiallisuus, joten raportin aikana ei käsitellä hoitajien henkilökohtaisia asioita tai puida työyhteisöön liittyviä asioita (Ruuskanen 2007, 29-31).

Hyvän raportin antamista varten raportin antajan tulisi suunnitella raportti etukäteen, antaa se selkeästi ja toistaa tarvittaessa Vuodeosastonsairaanhoitajan tulisi perehtyä etukäteen potilaan tietoihin ja rakenteellisesti raportin antamiseen raportointitilanteessa. Raportoinnin suunnittelussa apuna voidaan käyttää SBAR (situation-background-assessment-recommendation) työkalua, joka selkeyttää raportin rakennetta ja varmistaa tarvittavan tiedon siirtymisen. SBAR on raportoinnin työkalu, jolla on havaittu olevan hyötyä raportoinnin tehostumiseen sekä ajallisesti että sisällöllisesti. SBAR:n vaiheet ovat potilaan tunnistaminen, tausta, potilaan nykyinen tilanne ja potilaan hoidon tavoite. Tavoitteena raportointitilanteessa on käydä potilasturvallisuuden kannalta oleelliset tiedot systemaattisesti ja suunnitellusti läpi. WHO (World Health Organisation) suosittelee SBAR:n käyttöä suullisessa raportoinnissa. (Helovuo, ym. 2011, 195; Peltomaa 2011, 20-21.)

On siis perusteltua, että kaikilla sairaanhoitajilla olisi yhteiset raamit raportoinnin antamiselle ja vastaanottamiselle, joten sen tulisi olla etukäteen suunniteltua. Tällöin kaikki tarvittava tulisi sanottua ja kysytyä. Raportointitilanne tulisi suorittaa mahdollisimman rauhallisessa paikassa, jossa häiriötekijöiden mahdollisuus on minimoitu. Leikkausosastolla se ei aina kuitenkaan ole mahdollista, joten raportointitilanteeseen osallistuvilta sairaanhoitajilta vaaditaan erityistä keskittymiskykyä.

Leikkausosastolle potilasta tuotaessa vuodeosaston sairaanhoitaja antaa anestesiahoitajalle niin suullisen kuin kirjallisenkin raportin. Osastolta potilasta tuovalla sairaanhoitajalla on vastuu siitä millaisen raportin hän antaa, mutta vastaanottava anestesiahoitaja päättää millaisilla tiedoilla hän on valmis vastaanottamaan potilaan hoitovastuun. (Korte ym. 2000, 350-352.) Raportointitilanteessa korostuu esimerkiksi se, että anestesiahoitaja osaa priorisoida kuulemastaan raportista oleellisen tiedon leikkausta varten ja osaa jakaa tiedon eteenpäin siten, että potilaan yksilöllinen ja turvallinen leikkaushoi-

to mahdollistuu (Runne 2000, 19; Griffin & Yancey 2009; Tengvall 2010). Anestesia-sairaanhoidajalla on yksin vastuu saada potilaasta tarvittavat tiedot leikkausta varten, arvioida tietoja leikkauksen onnistumisen kannalta ja edelleen viedä oleelliset tiedot leikkaustiimin kuultavaksi mahdollistaakseen potilaalle turvallisen leikkauksen (Lukkari ym. 236 – 237, 305). Tästä syystä anestesiahoitajalla on velvoite tehdä tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä, mikäli raportointi on puutteellista, jotta vastuunotto potilaasta ei olisi riski ammattipätevyydelle eikä potilasturvallisuudelle.

#### 5.4 Raportoinnin sisältöä

Raportoinnissa on hyvin oleellista ja tärkeää varmistaa se mihin leikkaukseen potilas on menossa ja ottaa huomioon sairauksien vaikutus suunniteltuun toimenpiteeseen (Eskelinen, Kiviniemi, Partanen & Vänskä 2007, 23–26; Kokkola 2010.), jotta potilaan anestesia- ja leikkauksekelpoisuus olisi tarkkaa ja todenmukaista turvallisuuden näkökulmasta. Raportointitilanteen tulee kertoa potilaan terveydentila, leikkauksen kunto, aikaisemmat toimenpiteet, lääkitykset ja muut leikkauksen kannalta oleelliset tiedot.

Tutkimustulosten mukaan preoperatiivisessa raportointitilanteessa vallitsevia tekijöitä ovat rituaalit (tervehtiminen, puheen kaavamaisuus ja asioiden tavanomaisuus), lääketiede (faktat, jolle potilaan hoito perustuu), ammattitaito (ammattitieto ja ammattikieli), persoonallisuus (potilasta puhuminen ”hän” muodossa ja mukaan ottaminen raportointiin) ja persoonattomuus (potilas sivuutetaan ja puhutaan passiivi muodossa), huumori sekä arkaluontoisuus (tilannesidonnaisia). Lääketiede hallitsee raportointia ja on persoonatonta, koska potilasta ei oteta riittävästi mukaan raportointitilanteeseen. Se selvästi vähentää potilaan kokemaan sisäistä turvallisuudentunnetta. Preoperatiivisissa raportointitilanteissa käsitellään vähemmän potilaan terveydentilaa kuin intraoperatiivisissa - ja postoperatiivisissa raportointitilanteissa. Preoperatiivinen raportointitilanne jää tällöin merkitykseltään vähäisemmäksi potilasturvallisuuden näkökulmasta. (Runne 2000.) Tärkeiksi raportoitaviksi asioiksi nousee potilaan tunnistaminen, leikattavan kehonosan varmistaminen ja tuleva toimenpide, potilaan terveydentilasta sairaudet, lääkehoito, proteesit, allergiat, riskitiedot (infektiot, alkoholi) sekä potilaan toiveet ja pelot (Runne 2000; Peltomaa 2011, 20-21). Näiden tietojen suppea läpikäynti vaarantaa potilasturval-

lisen hoidon siirtymävaiheessa. (ks. Liite 1.) Anestesiakaavakkeen sisältöä tarkastellaan tarkemmin tämän opinnäytetyön kappaleessa Anestesiakaavake.

## 6 ANESTESIASAIRAANHOITAJA

### 6.1 Ammattinimike

Sairaanhoitaja (AMK) on Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran myöntämä laillistettu ammattivarmenne. Ammattinimike sairaanhoitaja on nimisuojattu sekä se perustuu lakiin ja asetuksiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Sairaanhoitajan yleisiin ammattieettisiin velvollisuuksiin kuuluu lain mukaan, että työn päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen (Laki terveydenhuollonammattihenkilöistä 1994; Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996). Tehtävänimikkeen määrittelee työnantaja, esimerkiksi anestesiasairaanhoitaja. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2011.) Anestesiasairaanhoitajien opetus Suomessa on alkanut vuonna 1987 (Lukkari ym. 2007, 11).

### 6.2 Etiikka hoitotyössä

Yksi sairaanhoitajan tehtävistä on taata hoidon jatkuvuus. Potilaan siirtyessä vuodeosastolta leikkausosastolle ovat sairaanhoitajat vastuussa potilastietojen siirrosta riittävän terveyttä edistävästi. Sairaanhoitajien esikuva Florence Nightingale (1964) kirjoitti, että potilas ei ole pelkkä huonekalu, jota on pidettävä puhtaana vaan jota on myös varjeltava vahingoilta (Nightingale 1964, 147). Tällä hän haluaa korostaa jokaisen sairaanhoitajan ammattieettisiä velvollisuuksia ja omaa vastuutaan toiminnastaan potilaan hoidon jokaisessa vaiheessa. Ammattieettisiin velvollisuuksiin kuuluu se, että jokaista potilasta on hoidettava samanarvoisesti ja sairaanhoitajien omat arvot, normit ja tavat eivät saa vaikuttaa potilaan hoidon laatuun (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996). Nightingale (1964) kyseenalaisti myös hoitajien arvoja vertaamalla hoidon laatua arvokkaan huonekalun ja sairaan lehmän välillä (Nightingale 1964, 147). Sairaanhoitajan eettiset ohjeet tukevat Nightingalen ajatuksia nykypäivän sairaanhoitajan ammatissa (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996).

### 6.3 Anestesiahoitaja perioperatiivisessa hoitotyönprosessissa

Anestesiahoitaja työskentelee perioperatiivisessa hoitotyönprosessissa, joka voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen (pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoidonvaiheeseen) ajallisesti ja toiminnallisesti katsoen. Hyvän hoidon saavuttamiseen tarvitaan hoidon jokaisessa vaiheessa kaikkien perioperatiivisten sairaanhoitajien asiantuntevaa, joustavaa sekä moniammatillista työtä. (Lukkari, ym. 2007.)

Moniammatilliseen leikkaustiimiin kuuluvat anestesia-, leikkaus- ja valvovasairaanhoitajan sekä toimenpidekirurgin että anestesiahoitajan lisäksi välinehuolto, siivous- ja huoltotyöntekijät sekä hoitotyön johto (Lukkari ym. 2007.) Anestesiahoitaja työskentelee pääasiassa anestesiahoitajan työparina sekä vastaa potilaalle annettavan anestesian valmistelusta, -aloittamisesta, -valvonnasta ja potilaan hoidosta leikkausprosessin intraoperatiivisessa vaiheessa (Tengvall 2010). Anestesiahoitaja pitää huolta potilasturvallisen ja korkealaatuisen hoidon toteutuksesta, jota perioperatiivinen hoitotyön ajattelu korostaa (Lukkari ym. 2007, 18).

Anestesiahoitaja toimii leikkaustiimin edustajana raportointitilanteessa, jossa hän osaltaan vastaa hoidon jatkuvuuden kannalta turvallisesta tiedon siirtymisestä. Leikkauksen päätyttyä anestesiahoitaja on vastuussa turvallisesta hoidon jatkuvuudesta heräämöhoidon, jolloin hän antaa intraoperatiivisen raportin leikkauksen ja anestesian kulusta sekä potilaan leikkauksen jälkeisestä voinnista. (Runne 2000, 8-9, 25-26; Lukkari 2007, 18; Tengvall 2010.)

### 6.4 Anestesiahoitajan ammattipätevyys

Sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä on kartoitettu paljon niin Suomessa kuin maailmalla. Tutkimuksissa on pyritty luomaan selkeitä pätevyyden osa-alueita. (Kuokkanen 2005, 18-24; Tengvall 2010.) Karkeasti sanottuna pätevyyden osa-alueet voidaan jakaa tietoon, taitoon ja asenteeseen, joita tarvitaan tuottamaan turvallista potilashoitoa hoitotyössä (Gillespie 2009). Yleisimmiksi sairaanhoitajan pätevyyden osa-alueiksi muodostuvat seuraavat kaksi osa-aluetta.

1. Työn sisältö ja mitoitus, joka pitää sisällään suunnittelun, työn toteuttamisen ja kliinisen potilashoidon osaamisen, ohjaus-, raportointitaidot sekä lääkehoidon osaamisen.
2. Pätevyys ja työn sisäinen hallinta ja valtaistuminen, joka kattaa sairaanhoitajien omat arvot, moraalin ja persoonallisuuden, päätöksenteon ja arviointikyvyn, vuorovaikutus- ja opetustaidon, asiantuntijuuden, ammatillisen kehittymisen taidon, sosiaalisuuden sekä tarkkailu- ja hoitotoimien hallinnan. (Kuokkanen 2005, 18-24.)

Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. (Lukkari ym. 2007, 28-31.)

Tutkimusten mukaan anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. (Gillespie 2009.) (Ks. Liite 1.)

## 6.5 Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet

Tengvall (2010) määrittelee osa-alueet, jotka kuvaavat hyvin anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. Anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet. (Tengvall, 2010.) (Ks. Liite 1.)

Työtehtävät ovat:

1. Anestesia- ja lääkehoito, joka muodostuu anestesia- ja leikkauspotilaan turvallisuuteen vaikuttavat komplikaatiomahdollisuudet, nestehoidosta, verivalmisteista, lääkkeen antomuodoista sekä elintoimintojen



ylläpidosta.

2. Kommunikointi ja turvallisuus, joka sisältää kirjaamiseen ohjaukseen, puhtausluokkiin sekä potilaan turvalliseen hoitoon liittyvät toiminnot.
3. Hoitovalmistelut, joka muodostuu anestesiahoitoon varautumisesta ja anestesiahoitosuunnitelmasta.
4. Anestesiahoiton aloitus, joka käsittelee potilaan vastaanottoa, hoidon seuranta ja välineellistä valmiutta.
5. Yhteistehtävät, johon sisältyy verityhjiön tekoa, erilaisiin lääkitysreitteihin ja laitteisiin liittyvät toiminnot.
6. Tiimi- ja ohjeistustaidot, joka muodostuu yhteistyöstä, lainsäädännöstä ja eettisyydestä.
7. Yhteisvastuutaidot, joka pitää sisällään anestesiahoitajan tehtäviin kuuluvan potilaan ”asianajaja” toiminnan.
8. Erityistoiminnot, joihin kuuluu erityisiä anestesiahoiton toimintoja, lisäkoulutus ja lupakäytänteet.

Potilaan vastaanottaminen leikkausosastolle toimii pääsääntöisesti hyvin Suomessa anestesiahoitajien toteuttamana (Tengvall 2010). Anestesiahoitajista 74% on vastaanottamassa potilasta leikkausosastolle. Se tukee sitä, että suullisen raportoinnin toteutumista pidetään merkityksellisenä hoidon jatkuvuuden kannalta. Suullinen raportointitilanne antaa anestesiahoitajalle mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä ja ottaa potilaan huomioon, mutta vain 21% anestesiahoitajista tekee lisäkysymyksiä potilaasta/potilaalle toimenpiteeseen vaikuttavien tekijöiden selville saamiseksi. (Tengvall 2010.) Potilaan vastaanottaminen pitää sisällään raportointitilanteet, joten se antaa suuntaa myös tämän opinnäytetyön tuleville tuloksille raportointitilanteen toteutumisesta, mutta ei kerro potilasturvallisuuden toteutumisesta raportointitilanteessa.

Tutkimusten mukaan anestesiahoitajien raportoinnin hallinta ja tarkka kirjaaminen onnistuu anestesiahoitajien itsensä mielestä 53 %:sti eli hyvin, mutta anestesiahoitajista vain 16% oli sitä mieltä, että anestesiahoitajat ovat hyviä niissä. Tästä syystä anestesiahoitajien raportointitaitojen ja raportointitilanteen hallintaa tulisi tutkia ja kehittää tulevaisuudessa vielä enemmän. Hyvä kommunikointi ja vuorovaikutus ovat tarkan kirjaamisen ja raportoinnin onnistumisen perusta, jotka taas ovat anestesiahoitajien ehdottomasti osattavia työtehtäviä. (Tengvall 2010.)

## 7 ANESTESIAKAAVAKE

### 7.1 Anestesiakaavaakkeen tarkoitus

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä keräämään potilaasta hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta tarvittavan tiedon leikkausta varten. Se on virallinen asiakirja potilaan hoidossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2000.) Leikkauksen jälkeen anestesiakaavaakkeen tietoja voidaan tarvittaessa hyödyntää potilasta koskevissa tiedontarkistusta vaativissa tilanteissa. Anestesiakaavaakkeen huolellinen kirjaaminen ja siitä suullisesti tiedon julki tuominen mahdollistaa hoitohenkilökunnan saumattoman tiimityöskentelyn ja oleellisen tiedon välittymisen potilaan yksilöllisen anestesia- ja leikkausvalmistelujen mahdollistamiseksi (Lukkari ym. 2007, 136-137).

### 7.2 Leikkausta edeltävä arviointi

Leikkausta edeltävästä arvioinnista nousee anestesiakaavaakkeeseen potilaasta tarvittavat tiedot leikkauksen mahdollistamiseksi. Leikkausta edeltävästä arvioinnista on tehty käypähoitosuositus, jonka yhtenä tavoitteena on yhtenäistää potilaiden leikkausta edeltävää arviointia niin, että potilaille voidaan turvallisesti antaa anestesia ja leikata heidät mahdollisimman vähin riskein oikeassa paikassa oikeaan aikaan. (Käypähoitosuositus 2008.) Leikkausta edeltävä arviointi on laaja ja se sisältää potilaan fyysisen suorituskyvyn arviointia, leikkausriskejä lisäävien tekijöiden tunnistamista, leikkauskelpoisuutta heikentävien sairauksien hoitotasolle saamisen ja potilaan asianmukaisen informoinnin.

”Leikkausta edeltävän anestesiologisen arvioinnin päätavoite on selvittää anestesiaan ja leikkaukseen liittyvät vaaratekijät ja mahdollisuuksien mukaan vähentää niitä” (Ali-Melkkilä 2001, 252). Potilaan leikkausriskejä arvioidaan aina yksilöllisesti potilaan terveydentilan ja suunnitellun toimenpiteen riskien mukaan (Käypähoito suositus 2008, 1304 – 1306), mutta tulee huomioida, että leikkaus on itsessään kuitenkin aina riski.

Raportointitilanne kuuluu leikkausta edeltävään arviointiin, joten anestesiahoitajan tulee olla selvillä potilaan sairauksista, jotta hän pystyy vielä ennen leikkausta arvioimaan potilaan leikkauksekelpoisuutta ja ennakoimaan vaaratekijöitä. Potilaiden sairaudesta johtuvat riskit jaotellaan vahvoihin, melko vahvoihin ja heikkoihin ennustetekijöihin. Vahvoja riskitekijöitä ovat muun muassa epästabiili sepelvaltimotauti, oireita aiheuttava sydämen vajaatoiminta, tuore (alle yhden kuukauden takainen) sydäninfarkti ja merkittävä rytmihäiriö, jotka vaativat lisäselvitystä tai jopa leikkauksen siirtymistä tai peruuntumista. Melko vahvoihin kuuluvat stabiili sepelvaltimotauti, lievä angina pectoris oire sepelvaltimotaudissa, vanha (yli kuuden kuukauden takainen) sydäninfarkti, oireeton sydämen vajaatoiminta, astma ja ykköstyypin diabetes, jotka edellyttävät potilaan terveydentilan huolellista ja reaaliaikaista selvittämistä sekä tiedon jatkuvuuden turvaamista sydänkomplikaatioiden estämiseksi leikkauksessa. Heikkoihin kuuluvat korkea ikä (yli 75 vuotta), poikkeava EKG, poikkeava sydämen rytmi (yleisin eteisvärinä), sairastettu aivohalvaus ja hoitamaton verenpainetauti, jotka ovat sydän- ja verisuonisairauksille altistavia tekijöitä. Ne eivät selvästi lisää leikkauksriskiä, mutta ovat huomioitavia asioita leikkauksekelpoisuuden arvioinnissa. (Käypä hoito suositus 2008, 1305.)

ASA- luokitus ( ASA = American Society of Anesthesiologists) on myös mukana potilaan leikkauksekelpoisuuden arvioinnissa. Se kuvaa potilaan terveydentilaa, mutta ei ota huomioon leikkauksen kiireellisyyttä tai sen vaikeusastetta. ASA- luokitusta käytetään leikkausten kuolleisuus ja komplikaatioriskien ennustamiseen kaikilla muilla kirurgien aloilla, mutta ei sydänkirurgiassa. (Käypä hoito suositus 2008, 1306.) ASA- luokka on merkittynä potilaan anestesiakaavakkeeseen, joka perustuu anestesiologin tekemään arvioon. ASA- luokitus on asteikolla 1-5, jotka kuvaavat potilaan fyysistä tilaa, ikää ja elinaikaa ilman toimenpidettä. (Korte ym. 1996, 341; Ali-Melkkilä 2001, 254; Lukkari ym. 2007, 131.)

ASA1 on terve alle 65-vuotias.

ASA2 on yli 65-vuotias terve tai henkilö, jolla on lievä perussairaus.

ASA3 on henkilö, jolla on vakava toimintaa rajoittava perussairaus.

ASA4 on henkilö, jolla on vakava henkeä uhkaava perussairaus.

ASA5 on kuolemansairas henkilö, jonka elinaika ei ylitä 24 tuntia ilman leikkausta.

### 7.3 Anestesiakaavakkeen sisältö

Tässä kappaleessa anestesiakaavakkeen sisältöä tarkastellaan ja kuvataan PSHP:n alueella käytössä olevan anestesiakaavakkeen sekä tämän opinnäytetyön teorian ja havainnointilomakkeen pohjalta. (ks. Liite 2.)

Anestesiakaavake on neljä sivua pitkä A4 kokoisista arkeista koostuva yhtenäinen hoitokertomus, joka jakautuu perioperatiivisen hoidon eri vaiheisiin. Anestesiakaavakkeen etusivun yläosa ja koko takasivu ovat tarkoitettu potilaan preoperatiivisille tiedoille. Etusivun alaosa ja keskiaukeama ovat tarkoitettu intra- ja postoperatiivisen hoidon merkinnöille. Preoperatiivisesti anestesiakaavakkeeseen kirjataan potilaan taustatiedot, fyysisistä hyvinvointia kuvaavat tiedot, toimenpidettä ennakoivat tiedot, muut huomioon otavat potilastiedot ja riskitiedot. (Lukkari ym. 2007, 237; TAYS 2011.)

#### 7.3.1 Taustatiedot

Taustatiedot sijaitsevat anestesiakaavakkeen etusivun yläosassa. Taustatietoja ovat henkilöturvatus, nimi, ikä, paino, pituus, toimenpide, diagnoosi sekä leikkattavuoli /-kohde. Taustatiedoilla potilas identifioidaan oikeaksi (Eskelinen ym. 2007, 23–26; Kokkola 2010). Potilaan henkilöllisyys tarkistetaan anestesiaalomakkeelta ja potilaan tunnisterannekkeesta potilaan kuullessa, kun potilas saapuu leikkausosastolle. (Lukkari ym. 2007, 237; TAYS 2011.) Tarkistamatta jättäminen on potilasturvallisuusriski (McNamara 2011, 114-127). Potilaan nimi on hyvä varmistaa potilaalta raportointitilanteen aluksi esittäytymisen aikana. Tällöin saadaan myös hyvin rakennettua potilaskontaktia. Leikkattavuoli /-kohde tulee usein esille toimenpidetiedossa, mutta sille on myös oma kohtansa kaavakkeessa. Diagnoosi on etusivulla merkittynä ja se antaa kuvaa tulevasta toimenpiteestä, sen kestosta, tarvittavasta välineistöstä ja lääkehoidosta. Diagnostiikan avulla anestesiahoitaja pystyy hahmottamaan potilaan hoitopolkua ja ennakoivasti pystyy tukemaan potilasta. (Lukkari ym. 2007, 138.)

Potilaan iän huomioiminen on oleellista, mutta sen raportointi ei ole välttämätöntä (Lukkari ym. 2007, 237). Iän huomioimisen kannalta oleellista on huomioida vanhuudet ja lapset. WHO:n määrittelemänä vanhuus alkaa 65-vuotiaana. Anestesiaa annettaessa

iäkkäälle, tulee anestesiahoitajien tuntea iän aiheuttamat fysiologiset muutokset (toimintakyvyn lasku, lääkkeiden sietokyvyn heikkeneminen ja elimistön tehon lasku) sekä ikääntymiseen liittyvät krooniset sairaudet ja niiden hoito, jotka lisäävät leikkauskomplikaatioiden riskiä. (Kanto 2001, 682; Käypä hoito suositus 2008, 1315-1316).

Potilaan painosta voidaan tulkita mahdollisen ylipainon vaikutus anestesiaan ja pituus voi osaltaan vaikuttaa leikkauspöydän sopivuuteen. BMI:n ollessa välillä 30 - 40 ylipaino hankaloittaa nukutetun potilaan ilmatien avaamista eli intubaatiota, saattaa aiheuttaa uniapneaa eli hengityskatkoksia, vaikeuttaa hengityksen avustamista ja selällään maatessa spontaani hengittäminen vaikeutuu ekstubaatioissa eli intubaatioputken poistossa. Ylipainon vuoksi hapensaanti on heikentynyt. (Salo & Valli 2001, 719-720; Käypähoito suositus 2008, 1316.) Painoa ja pituutta ei raportointitilanteessa välttämättä tarvitse mainita, mutta ne tulee olla tarkasti kirjattuna anestesiakaavakkeelle.

### 7.3.2 Leikkauskunto

Leikkauskuntoa kuvaavat osiot anestesiakaavakkeella ovat veriarvot (laboratoriovastaukset), verivaraus, ravinnotta oloaika, viimeisin virtsausaika, leikkauspäivän lähtöarvot verenpaineelle, pulssille ja lämmölle sekä esilääkitys. Nämä tiedot sijaitsevat anestesiakaavakkeen etusivun yläosassa. Hoidon ja leikkausta edeltävän arvioinnin kannalta merkityksellisiä ovat preoperatiiviset tutkimukset, jotka määräytyvät esitietojen, kliinisten löydösten, suunnitellun toimenpiteen ja siihen liittyvien riskitekijöiden perusteella. (Käypä hoito suositus 2008, 1306) Laboratoriotutkimusten tarkoitus on löytää oireettomia sairauksia, jotka voivat vaikuttaa leikkaushoito päätökseen sekä selvittää potilaiden perussairauksien tasapainoa (Ali-Melkkilä 2001, 254).

Preoperatiivisista seulontatutkimuksista tärkeimpiä ovat EKG, thoraxröntgenkuvaus, hemoglobiinin, elektrolyyttien ja kreatiniinin määrittäminen (Käypä hoito suositus 2008, 1306; Ali-Melkkilä 2001, 254). Potilaan sairaus, epäily terveydentilan heikkenemisestä, kontrollinäyte tai leikkauksen vaikeusaste velvoittavat tutkimusten ottamiselle leikkauksen kelpoisuuden määrittämiseksi. Mikäli nämä tutkimukset potilaasta on pyydetty ennen leikkausta, niin taustalla on todennäköisesti syy niiden ottamiseen. Usein vain poikkeavat tutkimustulokset käydään läpi raportointitilanteen raportissa. Preoperatiivisten tut-

kimusten määrittäminen ei aina ole tarpeellista, jos riski komplikaatiolle on pieni (Käypä hoito suositus 2008, 1306).

Preoperatiivisesti selvitettyt veriarvot ovat Hb (hemoglobiini), INR (tromboplastiiniaika eli veren hyytymistekijöitä kuvaava arvo), Hkr (hematokriitti), CRP (tulehdusarvo), K (kalium), Na (natrium), Krea (kreatiniini) ja gluc (glukoosi) (Fimlab 2011). Veriarvoista Hb on veren punasolujen hapenkuljetuskapasiteettia g/l kuvaava arvo eli hemoglobiini. Leikkausta ennen Hb:n tulisi aikuisella olla yli 100 g/l, jotta elimistön hapensaanti olisi riittävää mahdollisten verenvuotojen varalta. Tarvittaessa potilaan veren Hb voidaan korjata verensiirrolla ennen leikkausta tai mahdollisesti leikkauksen aikana. (Kuitunen 2001, 336-338.) Veriarvo Hkr kuvaa punasolujen prosentuaalista osuutta verestä. Ennen leikkausta Hkr arvon olisi hyvä olla 0.32 tai enemmän, jotta leikkausvuoto ei aiheuttaisi suurta riskiä potilaalle. Jos potilaan Hb -arvo on kunnossa, niin Hkr 0,30 (70%) on riittävä arvo ennen leikkausta. (Kataja 2001, 568.) Verivaraus tehdään potilaille, joilla on harvinainen veriryhmä tai joilla esiintyy veriryhmävasta-aineita. Vaativiin ja pitkiin leikkauksiin verivaraus tehdään, jos leikkaava lääkäri katsoo sen tarpeelliseksi. (Vaasan keskussairaala 2004.) Mikäli verivaraus on tehty, tulee se mainita raportilla.

CRP on lyhenne termistä C-reaktiivinen proteiini ja se on maksasolujen tuottama valkuaisaine, jonka määrä kuvaa potilaan akuuttia tulehdustasoa. CRP:n viitearvo on alle 3mg/l. Leikkaukseen tämä potilaan CRP tieto viestittää sitä annetaanko potilaalle antibiootti profylaktisena eli ennaltaehkäisevästi. (Ruokonen 2001, 831-832.) Kalium (K) ja Natrium (Na) ovat elimistön nesteiden suojoja ja veren elektrolyyttejä eli kertovat elimistön nestetasapainosta. Kaliumin viitearvo on 3,3-4,9 mmol/l ja natriumin viitearvo on 137-145 mmol/l. Liian pieninä tai liian suurina pitoisuuksina ne voivat altistaa sydämen toimintahäiriöille ja lihasten kouristelulle, jotka vaikeuttavat leikkauksen kulkua. (Nuutinen 2001,329-335.)

Krea (kreatiniini) kertoo munuaisten toiminnasta, mutta liittyy lihasten energia-aineenvaihduntaan. Kreatiniinin viitearvo on 50-100 mikromol/l. Krea-arvon ollessa koholla yli 100 mikromol/l, niin voidaan todeta, että munuaisten teho on heikentynyt sillä hetkellä. (Mustajoki & Kaukua 2008.) Gluc-arvo kertoo verensokeripitoisuudesta. Viitearvo on paastoarvona alle 6,1. Erityisen tärkeää sen tarkastaminen ja hoito on dia-

beetikoilla, jotta leikkauksen aikaisilta hypo- ja hyperglykemioilta välttyttäisiin. (Fimlab 2011.)

Kuvantamistutkimusten vastaukset ovat liitettyinä potilaspapereihin eivätkä varsinaisesti löydy anestesiakaavakkeesta. Mahdollisesti tarvittavia kuvantamistutkimuksia ovat EKG (elektrokardiografia), thoraxröntgenkuvaus ja luuston röntgenkuvaukset. EKG on pyritty ottamaan ennen leikkausta potilaista, jotka ovat yli 50 vuotiaita tai sairastavat merkittävää perussairautta. Thoraxröntgenkuvaus otetaan kaikilta keuhkosairautta sairastavilta tai akuuttia verenkierto- tai hengityselinoireita kärsiviltä, muuten tutkimusta ei ole tarpeen ottaa leikkausta ennen. Luuston röntgenkuvaukset otetaan ortopedisilta potilailta. (Ali-Melkkilä 2001, 254-255.)

Paaston pituus ennen anestesiaa on tärkeä tieto, jotta vältetään aspiraatiolta. Aspiraatiolla tarkoitetaan mahalaukun sisällön tahatonta pääsyä henkitorveen, ja siten aiheuttavan infektion ja mahdollisen keuhkokuumeen potilaalle. Riskitekijöitä aspiraatioille on täysimaha eli jos potilas on ollut ravinnotta vähemmän kuin 6h tai nesteitä vähemmän kuin 2h. Paastoajat vaihtelevat 6-12 tunnin välillä yksilöllisesti, mutta minimivaatimus on 6 tuntia, jotta saavutettaisiin tyhjä maha. Päivystystilanteessa joudutaan joskus hyväksymään täysimaha. (Ali-Melkkilä 2001, 256. & Lukkari ym. 2007, 237 & Käypä hoito suositus 2008, 1318.) Ravinnotta oloaika tulee mainita aina raportilla.

Lämpö ja verenpaine kertovat potilaan voinnista ennen leikkausta. Arvojen tulisi olla hoitotasapainossa ennen leikkausta, jotta potilas on leikkauskuntoinen. Raportointitilanteessa oleellista on, että potilaan lähtöarvot kummastakin seurattavasta tekijästä tiedetään, jotta potilaan lämpötasapainon ja verenkierron seuranta olisi realistista toimenpiteen aikana. (Lukkari ym. 2007, 312-313, 322- 235.) Raportilla lämmön ja verenpaineen mainitseminen korostuu, mikäli arvot ovat poikkeavat, mutta joka tapauksessa tulee käydä selville, että lähtöarvot on potilaasta otettu. Potilaan tulisi aina olla virtsannut ennen leikkausta ja raportoinnilla tulee huomioida viimeisin virtsausajankohta, jotta virtsan erityksen seuranta olisi realistista. Rakon tulisi olla tyhjä ennen leikkausosastolle saapumista, jotta toimenpiteiden aikana välttyttäisiin turhilta katetroinneilta, rakon ylivenyttymisiltä ja tahattomilta rakon tyhjentymisiltä. (Lukkari ym. 2007, 237.)

Esilääkitys on annettu potilaalle noin 1-2 tuntia ennen toimenpidettä ja sen tarkoituksena on helpottaa potilaan oloa ja vähentää leikkaukseen liittyvää kipua, pelkoa sekä ehkäistä komplikaatioita. Esilääkitystä ei aina tarvita ja sen tarve arvioidaan aina yksilöllisesti. (Ali-Melkkilä 2001, 257-258.) Mikäli esilääke on potilaalle määrätty, tulee sen antaminen tai antamatta jättäminen mainita liiallisen tai virheellisen jatkolääkityksen ehkäisemiseksi. Raportointitilanteessa anestesiassaairaanhoitajan tulee arvioida esilääkkeen vaikutusta potilaaseen (Lukkari ym. 2007, 237).

### 7.3.3 Fyysistä hyvinvointia kuvaavat tiedot

Anestesiakaavakkeen viimeisellä sivulla on eritelty potilaan sairaudet luokittain. Luokat ovat verenkiertoelimistö, sydän, keuhkot, hyytymishäiriö, maksasairaudet, munuaissairaudet, endokrinologia, infektiot, hermo- ja mielitaudit sekä muut taudit. Anestesiakaavakkeelle merkittyihin kohtiin on kiinnitettävä huomiota ja potilaan sairaudet tulee käydä tiivistetysti läpi raportointitilanteessa. Perussairauksista merkittävimpiä ovat krooniset sairaudet, kuten sydän-, verisuoni-, keuhko, maksa- ja munuaissairaudet sekä diabetes, jotka heikentävät elimistön kykyä kestää leikkauksen aiheuttamaa rasitusta (Ali-Melkkilä 2001, 253).

Koti- ja osastolla oleva lääkitys on merkitty anestesiakaavakkeen takasivun alaosaan. Siihen on merkitty potilaan koti- ja osastolla saatu lääkitys annoksineen ja niistä vielä erikseen merkitty ne lääkkeet, jotka potilas on ennen leikkausta ottanut. Koko lääkityksen läpi käyminen on oleellista raportointitilanteessa. Potilaan ajantasainen lääkitys annosten ja antoaikojen suhteen on tiedettävä ennen anestesiaa ja leikkausta, jotta vältetään lääkkeiden haitallisilta yhteisvaikutuksilta ja yliannostuksilta. (Palsternack 2006, 2461-2464; Lukkari ym. 2007, 237; Käypä hoito suositus 2008, 1315-1316.) Toimenpidettä edeltävästi saatu omalääkitys ja mahdolliset lääkitys taudit tulee huomioida lääkitystä raportoidessa (Ali-Melkkilä 2001, 253; Käypä hoito suositus 2008, 1319).

Potilaan allergioille ja yliherkkyyksille, kuten teippien, puhdistusaineiden ja materiaalien aiheuttamille reaktioille, on oma kohtansa anestesiakaavakkeen viimeisellä sivulla.



Allergiat sisältävät sekä lääkeaine- että ruoka-aineallergiat. Kaikki potilaan allergia asiat tulee raportilla tarkistaa (Lukkari ym. 2007, 237). Aikaisemmille leikkauksille on merkitsemispaikka myös anestesiakaavakkeen viimeisellä sivulla. Potilaan aiemmista leikkauksista voidaan päätellä, mille alueille kehoa toimenpiteet ovat kohdistuneet kudoseheyden näkökulmasta. Myös mahdollisten komplikaatioiden ennaltaehkäisyssä tarvitaan aikaisempia leikkaustietoja, jotta niihin voidaan varautua ja ne voidaan ennaltaehkäistä leikkauksen onnistumiseksi. (Ali-Melkkilä 2001, 253; Lukkari ym. 2007, 136.) Jos potilaalla on aiemmin ollut hankaluuksia anestesiassa, ovat ne voineet aiheuttaa pelkoja, tällöin aiemmat leikkaustiedot auttavat anestesiahoitajaa tukeaan potilaan henkistä hyvinvointia. Anestesiahoitajan tehtäviin kuuluu emotionaalisen tuen tarjoaminen ja leikkauspelon kartoittaminen sekä sen vähentäminen (Hankela 1999, 90-91; Lukkari ym. 2007, 132-133, 239).

#### 7.3.4 Muut huomioitavat potilastiedot

Muita huomioitavia potilastietoja ovat hampaiden kunto, raskaus, ihonkunto, nautinto- ja huumausaineet, yksilölliset rajoitteet sekä riskitiedot. Nämä tiedot on merkitty anestesiakaavakkeen takasivulle otsikoilla ylähengitystiet, aspiraatoriski, nautinto- ja huumausaineet, muut huomioidut sekä huomautukset.

Hampaiden kunto sekä se, että onko potilaalla hammasproteesit suussa, ovat oleellisia tietoja ennen leikkausta (Ali-Melkkilä 2001, 253). Jos hampaiden kunto on heikko, tulee se ottaa huomioon mahdollisen intubaation vuoksi, koska riski hampaiden lohkeamiselle ja lohkeaman joutumiselle hengitysteihin on suurempi. Proteesit otetaan pois anestesian ajaksi, jotta ne eivät vaurioidu tai aiheuta vahinkoa intubaatiossa. (Korte, ym. 1996, 355.) Raskaus lisää aspiraatoriskiä. Raskauden aikana leikkaus tehdään vain välttämättömässä tilanteessa (Yli-Melkkilä 2001, 256; Lukkari ym. 2007, 237; Käypä hoito suositus 2008, 1315-1318). Raskaus on aina raportoitava.

Nautinto- ja huumausaineet kohdassa tulee selville potilaan tupakoinnin, alkoholin ja huumeiden käyttö. Alkoholin käyttöä, tupakointia tai huumeita ei hyväksytä ennen leik-

kausta, koska ne lisäävät komplikaatioita. Alkoholi kuormittaa maksaa ja reagoi anestesian aikaisen lääkehoidon kanssa. Tupakointi lisää leikkauksen jälkeisiä hengitysvaikeuksia ja hidastaa haavan parantumista. Huumeiden käyttäjien kivunhoito on vaikeaa, koska heidän lääketoleranssinsa on korkea. Huumeiden käyttäjien vieroitus on huomiotava toimenpiteessä. (Valli & Salo 2001, 721-722; Käypä hoito suositus 2008, 1316-1317.) Kuitenkin päivystysluontoisessa leikkauksessa joudutaan toisinaan hyväksymään nautinto- ja huumausaineiden alainen potilas leikkaukseen, jos tilanne on hengenvaarallinen.

Ihon kunto on hyvä varmistaa, jotta tiedostetaan infektioriskiä lisäävät tekijät. Leikkausalueelta ihon tulisi olla eheä ja puhdas, jotta infektioriski olisi mahdollisimman pieni. (Lukkari ym. 2007, 237.) Jos iho ei ole ehjä leikkausalueella, leikkaus joudutaan jopa siirtämään. Ennen uutta leikkausta iho tulee hoitaa asianmukaiseen kuntoon. Ihon eheys ja kunto vaativat erityishuomiota verisuoni- ja ortopedisissä leikkauksissa sekä viersinekirurgiassa (Rantala, Huotari, Hämäläinen & Teirilä 2010, 219).

Yksilölliset rajoitteet voidaan merkitä anestesiakaavakkeen viimeiselle sivulle kohtaan muut huomiot. Niitä asioita ovat yksilölliset liikunta- ja asentorajoitteet sekä tarvittavat apuvälineet. Leikkauksen aikaisen asentohoidon ja potilassiirtojen vuoksi liikkumista koskevat rajoitukset tulee huomioida yksilöllisesti, koska puutteellinen leikkauksen aikainen asentohoito voi aiheuttaa komplikaatioita, kuten ihon haavaumia, hermovaurioita ja nivelten kiputiloja. Leikkausasennon suunnittelu on hyvän leikkausasennon lähtökoh- ta ja se turvaa elimistön elintoimintojen toiminnan. (Lukkari ym. 2007, 279-283.)

Riskitiedot ovat potilaan eristys ja tarvittavat verivarotoimet. Eristys ja verivarotoimet viestittävät, että potilas on tartuntavaarallinen. Eristys tarkoittaa, että potilas on helposti tarttuvan infektion tai tarttuvien sairauksien vuoksi joko kosketus- tai ilmaerityksessä muista potilaista, jotta tautien leviäminen olisi estetty. Eristystä vaativia infektioita ovat muun muassa MRSA (Metisiliiniresistentti *Stafylococcus aureus*), VRE (Vankomysiini resistentti enterococcus) ja tuberkuloosi. Verivarotoimi tarkoittaa, että potilaalla on veriteitse tarttuva sairaus, jolta on suojauduttava itse ja tarttuvuus muihin on estettävä. Verivarotoimia vaativia sairauksia ovat muun muassa hepatiitti A, - B, - C ja HI- virus. Yleisten ohjeiden ja suositusten mukaan jokainen hoitotaho on vastuussa infektioiden ja

tartuntavaarallisten sairauksien ehkäisystä. Sekä erityis että verivarotoimet ovat oleellisia tietoja hoitohenkilökunnan suojautumisen, jätteiden käsittelyn ja leikkausjärjestysten näkökulmasta. Tästä syystä hoidon jokaisessa vaiheessa on tärkeä huomioida ja raportoida potilaan mahdollisista erityksistä ja tartuntavaaroista. (Salo 2001, 708-714; Rantala, Anttila & Teirilä 2010, 226-230.)

#### 7.4 Leikkaustiimin tarkistuslista

WHO:n (World Health Organization) lanseeraama tarkistuslista otettiin kansainväliseen käyttöön vuonna 2008. Tarkistuslista on tutkimusten ja hoitohenkilökunnan mukaan helppo, yksinkertainen, nopea, halpa ja tehokas tapa vähentää leikkaushoidossa tapahtuvia komplikaatioita ja hoitovirheitä (Kangasmäki 2010; McNamara 2011, 116-117.) Tarkistuslista on jatkumo raportointitilanteelle potilasturvallisuuden näkökulmasta katsoen, joten tarkistuslistan käytöstä voidaan todeta olevan hyötyä myös raportointitilanteeseen. Jos raportointitilanteessa saatu tieto on ollut virheellistä, puutteellista tai jos tiedonkulussa on tapahtunut virhe, niin tarkistuslista toimii tiedon varmistajana turvaten sen selustan ja antaa tiedon tarkistamiselle toisen mahdollisuuden. Tarkistuslista ei kuitenkaan korvaa raportointitilanteen suullista raportointia tiedon siirtymiseksi potilasturvallisuuden näkökulmasta katsottuna. (Kangasmäki 2010, 11.)

Tarkistuslistan yksi tavoite on tukea potilasturvallisuutta ja vahvistaa tiedonkulkua (Kangasmäki 2010, 11). Leikkaustiimin tarkistuslista on tarkoitettu tarpeettomien leikkauskuolemien ja komplikaatioiden vähentämiseen (THL 2011). Tämän työn kannalta oleelliseksi osaksi tarkistuslistasta nousee osio ennen anestesiaa, jossa tarkistetaan henkilöllisyys, leikattava puoli/alue, joka on merkitty, toimenpide, preoperatiivinen lääkitys, vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet, potilaan peruslääkitys, veriarvot, perussairaudet, ASA-luokitus, allergiat, vaikea ilmatie, aspiraatio vaara ja suoniyhteyden toiminta. (Kangasmäki 2010; McNamara 2011, 122-123.)

Tutkimusten mukaan maailmalla sairaaloiden komplikaatioiden määrä väheni merkittävästi ja kuolemien määrä laski tarkistuslistan käyttöön oton jälkeen. Tarkistuslista vahvistaa raportoitavien asioiden merkitystä ja kommunikointia leikkaustiimissä. Tällä hetkellä tarkistuslista on aktiivisessa käytössä jo ympäri maailman. (Kangasmäki 2010;

McNamara 2011, 122-123.) Suomessa vain osassa sairaaloista käytetään tarkistuslistaa. Tulevaisuudessa sen käytön odotetaan vakiintuvan osaksi leikkaus- ja anestesiatoimintaa sekä mahdollisesti tulen pakolliseksi työvälineeksi. (Kangasmäki 2010.) (ks. Liite 3.)

## 8 LEIKKAUSPOTILAS

### 8.1 Potilaan merkitys ja osallisuus hoidossa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määritelmän mukaan potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Lain mukaan sairaanhoidolla tarkoitetaan toimintaa potilaan terveydentilan määrittämiseksi, terveyden palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt terveydenhuollon toimintayksikössä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Potilasturvallisuusstrategian tavoitteen mukaan potilaan on itse saatava osallistua potilasturvallisuuden parantamiseen. (STM 2009.) Potilaalle tulee järjestää mahdollisuus olla osallisena omassa hoidossaan. Florence Nightingale (1964) teoksessaan ilmaisee, että sairaanhoitajan ei tule pitää ”selviönä enempää itselleen kuin muille, että tietää, miltä potilaasta tuntuu tai mitä hän tarvitsee” (Nightingale 1964, 153). Leikkauspotilaalla on muun muassa suullisen raportointitilanteen aikana mahdollisuus osallistua oman turvallisuutensa lisäämiseen kertomalla raportoinnin aikana havaitsemistaan tiedonsisällön virheistä. Tämä mahdollistaa potilasturvallisuuden hallintaa ennakoivasti ja siten pystytään vaaratapahtumat saamaan esiin jo ennen haittojen syntymistä. Ennakoiva vaaratapahtumien hallinta on myös yksi strategian tavoitteista potilasturvallisuuden lisäämiseksi (STM 2009).

Tärkeäksi potilasturvallisuuden tekijäksi nousee potilaan oikeus olla osallisena hoitoonsa, jolloin potilaalla tulee olla mahdollisuus saada tietoa toimenpiteestä. Potilas voi daankin nähdä oman hoitonsa keskeisenä turvallisuustekijänä (Leino - Kilpi 2011, 173). Potilasta tulee rohkaista kertomaan hoitotoiveensa, odotuksensa ja mahdolliset riskitiedot, joilla voi olla merkitystä leikkaushoidon onnistumisessa. Hyvänä työkaluna tässä on onnistunut vuorovaikutus raportointitilanteessa hoitajien sekä potilaan välillä, joka vahvistaa potilaan kokemaa turvallisuudentunnetta, tietämystä tilanteestaan ja osallistumisen tunnetta omaan hoitoonsa. (Runne 2000; Lukkari ym. 2007, 17; THL 2011.)

## 8.2 Leikkauspotilaan henkisen hyvinvoinnin merkitys

Potilaan yksilöllisen leikkaushoidon yhtenä vahvana osana on henkisen hyvinvoinnin turvaaminen. Anestesiahoitajan tulisi taidoillaan luoda leikkauspotilaaseen yhteys mahdollisemman varhain ja sitä kautta antaa potilaalle positiivinen kokemus koko leikkausprosessista pelkojen vähentämiseksi. Positiiviset ja pelottomat kokemukset tukevat potilaan henkistä hyvinvointia kliinisen leikkaushoidon ohella ja vahvistavat potilaan kokemusta hoidon laadusta. On myös tutkittu, että mitä parempi on potilaan kokema henkinen hyvinvointi, sitä enemmän sillä on myönteistä vaikutusta potilaan itsetunnon kohentumisen ja toivon tunteen vahvistumisen kautta anestesian ja leikkauksen onnistumiseen. (Hankela 1999, 90, 105; Griffin & Yancey 2009, 875-877.)

Potilaslähtöisyyden lisäämiseksi potilaalta voidaan myös kysyä hänen mielialaansa. Tutkimustulokset osoittavat, että potilaat pitävät voinnin kysymistä tärkeänä, sillä silloin he kokevat anestesiahoitajan välittävän ja olevan kiinnostuneita heidän voinnistaan. Potilaan koskettaminen lisää turvallisuuden tunnetta ja tutkimustulosten mukaan potilaat toivovat enemmän kosketusta, sillä se rauhoittaa ja lohduttaa. (Rummukainen 1996, 36-39; Korte ym. 2000, 350; Runne 2000.)

## 9 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 9.1 Tutkimusmenetelmä

Valitsimme opinnäytetyöhön kvantitatiivisen menetelmän, koska se sopii parhaiten havainnoimalla kerättävän aineiston analyysiin. Määrällisessä tutkimusmenetelmässä tietoa tarkastellaan numeerisesti eli tutkittavaa asiaa käsitellään numeroiden avulla. Kerätyt tulokset esitetään numeroina, jonka jälkeen niitä tulkitaan ja selitetään sanallisesti. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarina toimivat haastattelu-, kysely tai havainnointilomake. (Vilkkä 2007, 14.) Mittaamiseen perustuvan kvantitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on perusteltu, luotettava ja yleistettävä tieto (Kananen 2008, 10).

Havainnointitavoista valitsimme tarkkailevan havainnoinnin. Tarkkailevassa havainnoinnissa keskitytään ulkopuoliseen havainnointiin, mikä tarkoittaa, että havainnoijat eivät osallistu tutkittavaan toimintaan. Havainnoitavan toiminnan tarkkailu tapahtuu luonnollisissa olosuhteissa. Havainnointi on ennalta jäsenneiltyä, järjestelmällistä ja havainnoinnin kohteina ovat ennalta määrätyt asiat. (Vilkkä 2006, 43, 67.) Otannassa havaintoyksiköt valitaan perusjoukosta (Vilkkä 2007, 51). ”Perusjoukko on kohdejoukko, josta tutkimuksessa halutaan tehdä päätelmiä” (Vilkkä 2007, 51). Opinnäytetyössämme päädyimme yksinkertaiseen satunnaisotantaan, koska perusjoukkomme on suuri, tiedot halutaan nopeasti ja koko joukon tutkiminen olisi hankalaa. Perusjoukkoon kuuluvat kaikki leikkausosaston anestesiahoitajat ja kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajat. Otoksemme on edustava pienoiskuva perusjoukosta. Yksinkertaisessa satunnaisotannassa jokaisella perusjoukon yksilöllä on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi otokseen. Tämä otantamenetelmä soveltuu käyttöömme, koska perusjoukosta havainnointikertaan osallistuu aina sattumanvaraisesti yksi anestesiahoitaja ja yksi vuodeosaston sairaanhoitaja. (Heikkilä 2004, 33, 36.) Määrällisen eli tilastollisen aineiston analyysin avulla tuotamme parhaiten tietoa tutkittavasta asiasta, analyysissä käytämme SPSS ohjelmaa tietojen käsittelyyn. SPSS on tilastointiohjelma (IBM 2011).

## 9.2 Havainnointilomake

Havainnointilomakkeen ensimmäiseen osioon olemme valinneet taustamuuttajat laatuero- eli nominaaliasteikkoon. Toiseen osioon on valittu suljettuja kysymyksiä, joilla pyrimme selvittämään raportoinnin asiasisältöä. Jokaisen suljetun kysymyksen perään jätimme avoimen kohdan havainnoinnin tarkentamista varten. Kolmannessa osiossa olemme valinneet järjestys- eli ordinaaliasteikon selvittämään vuorovaikutuksellisia asioita Osgood–asteikkoa käyttäen. Osgood–asteikko on työssämme viisiportainen, jossa ääripäihin on asetettu vastakkaiset adjektiivit tutkittavasta ilmiöstä. Havainnointilomakkeen Osgood-asteikko on tehty siten, että luku 1 kuvaa positiivisinta ja luku 5 kuvaa negatiivisinta adjektiivia. (Vilka 2007, 47-49.) (Ks. Liite 4.)

## 9.3 Aineiston keruu

Omassa opinnäytetyössämme aineisto kerättiin havainnoimalla raportointitilanteita. Havainnoinnin apuna käytimme strukturoitua eli ennalta suunniteltua ja vakioitua havainnointilomaketta, johon kirjattiin havainnot (Vilka 2007, 14-15, 29). Havainnot perustuivat anestesiakaavakkeen tietojen ja keräämämme teorian pohjalta esille nousseisiin potilasturvallisuutta tukeviin asioihin. Havainnointilomakkeen kysymykset oli suunniteltava niin, että havainnoijat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla, sillä muuten tutkimustulos ei ole luotettava. Havainnointilomakkeen ymmärrettävyyttä testattiin ennen varsinaisen havainnointien tekoa. (Vilka 2007, 37, 78.) Tarkoituksena oli havainnoida noin 70 raportointitilannetta leikkausosastolla. Havainnoinnissa keskityttiin raportointitilanteen asiasisältöön, ilmapiiriin, osapuolten osallistumiseen, hoitajien väliseen vuorovaikutukseen ja potilaan huomiointiin. Aineiston keräsimme itse satunnaisesti eri ajankohtina leikkausosastolla tapahtuvista raportointitilanteista. Havainnointi suoritettiin kevättalvella työelämätahon kanssa sovittuna aikana (vuonna 2012 helmikuuhun välisenä aikana).



## 10 TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessin aloitimme syksyllä 2011 aiheen ja tutkimusmenetelmän valinnalla. Teoria kerättiin yhdessä eri lähteistä. Lähteitä pyrimme käyttämään monipuolisesti muodostaaksemme laajan kuvan aiheestamme. Teoriasta nousseiden asioiden pohjalta kehitimme havainnointilomakkeemme. Opinnäytetyössämme käytimme suunnitellusti kvantitatiivista menetelmää havainnoimalla raportointitilanteita leikkausosastolla. Havainnointi kohdistui leikkauspotilasta vuodeosastolta tuovaan sairaanhoitajaan ja leikkausosastolla vastaanottavaan anestesiahoitajaan. Havainnointilomakkeen testasimme ennen sen käyttöönottoa leikkausosastolla. Testihavainnoinnissa esille nousseet epäkohdat korjattiin lopulliseen havainnointilomakkeeseen. Lupaa opinnäytetyölle haettiin työelämätaholta vuoden 2012 tammikuun alussa ja luvan saatuaamme havainnointien alkamisesta tiedotimme ennalta työelämätahoa.

Aineisto kerättiin aikataulun mukaisesti keväällä 2012. Havainnoinnit suoritettiin satunnaisesti aamuvuorojen aikana. Aamuvuorot valikoituivat havainnointien ajankohdaksi siitä syystä, että silloin raportointitilanteita on leikkausosastolla määrällisesti eniten. Yhteensä havainnointiin käytettiin 30 tuntia. Molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat havainnointiin, mutta havainnoinnit toteutettiin puoliksi. Havainnointipaikat olivat induktiotila eli anestesian valmistelutila sekä leikkaussalit. Kaikilta havainnointiin osallistuneilta pyydettiin kirjallinen lupa ja havainnoinnit kohdistuivat vain hoitohenkilökuntaan. Havainnoinnit sujuivat hyvässä yhteistyössä työelämätahon johdon ja työntekijöiden kanssa. Havainnointien tavoitemäärä  $N = 70$  ei täytynyt aikataulullisista syistä. Havainnoiteja kerättiin  $N = 60$  kappaletta, mikä on riittävä määrä kvantitatiivisen työn tekemiselle ja tuloksien yleistämiselle kyseisellä osastolla. Kerätty aineisto käsiteltiin kolmessa vaiheessa. Lomakkeet tarkistettiin, aineisto muutettiin numeraaliseen muotoon syöttämällä lomakkeiden tiedot SPSS ohjelmaan, jolloin tuloksia voitiin käsitellä ja tallennettu aineisto tarkistettiin. Tulosten pohjalta teimme johtopäätökset ja kehittämissaasteet raportointitilanteista.

Tulosten mukaan tuotimme hyvän raportoinnin kriteerit leikkausosastolle. Kriteeristön tuottaminen oli työelämätahon toive. Valmiin opinnäytetyön tulokset ja ”kriteerejä hy-

vään raportointiin anestesiasairaanhoitajille” esiteltiin työelämätaholle osastotunnilla syksyllä 2012. (Liite 5.)

## 11 TULOKSET

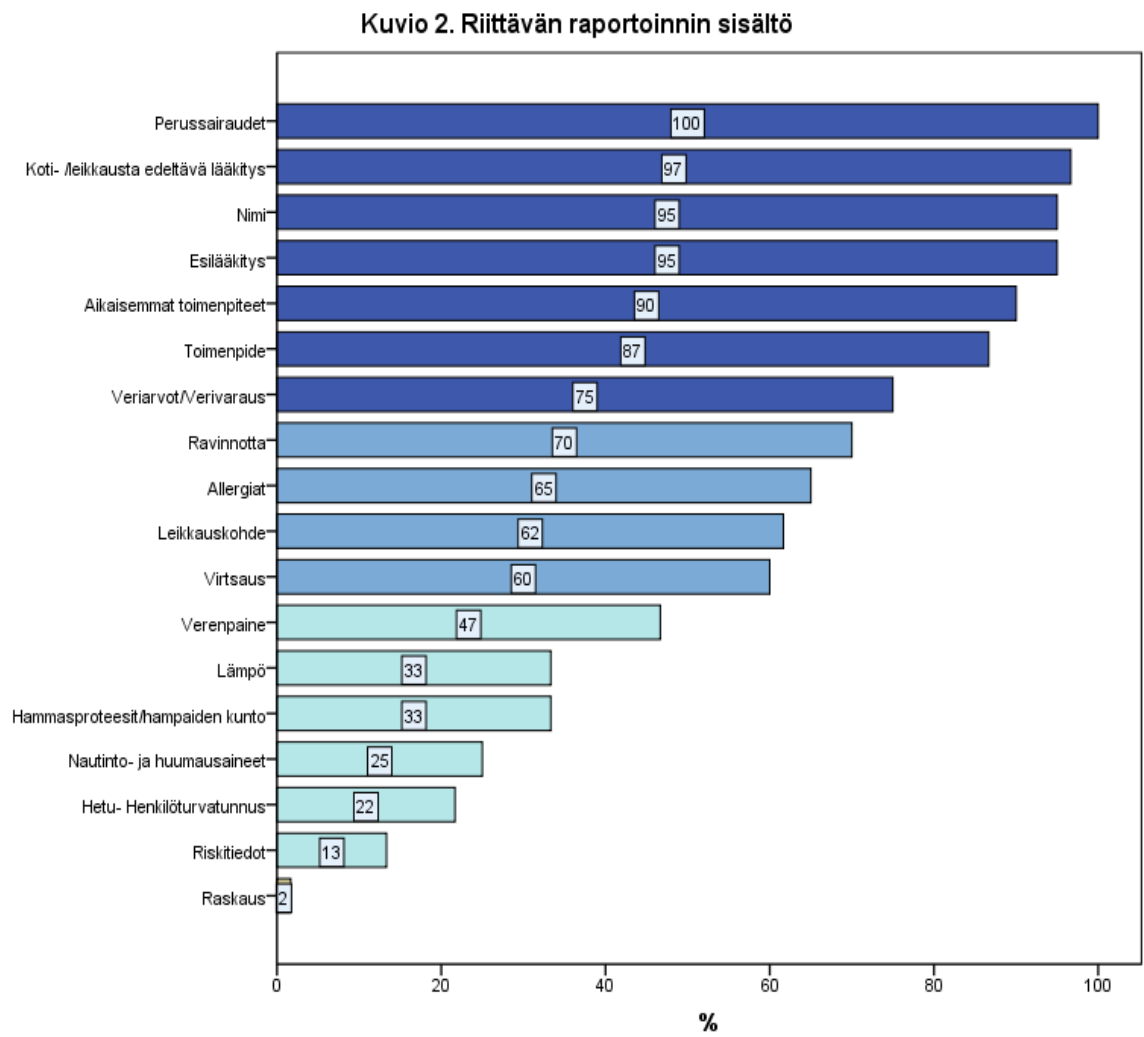
### 11.1 Taustamuuttajat

Kaikki 60 havainnointia suoritettiin aamuvuorojen (kello 7.00-15.00) aikana. Havainnointien aikana osastolla oli työvoimassa täysi miehitys lähes aina (73%). Havainnoiduista leikkaustyypeistä elektiiivisiä leikkauksia oli 40 % (24 kappaletta) ja päivystysleikkauksia 60 % (36 kappaletta). Toimenpiteistä 65 % (39 kappaletta) oli tuki- ja liikuntaelimiin kohdistuvia leikkauksia, 30 % (18 kappaletta) gastroenterologisia leikkauksia ja muita toimenpiteitä 5 % (3 kappaletta). Muut toimenpiteet olivat urologisia leikkauksia.

### 11.2 Riittävän raportoinnin sisältö

Potilasturvallisuuden näkökulmasta riittäväksi raportoinniksi voidaan luokitella ne kohdat, joissa kokonaisotoksesta (N=60) vastausprosentiksi tuli ”kyllä” –vastauksia 75 % tai enemmän. Riittävän rajaksi on valittu 75 %, koska potilasturvallisuuden merkitys on tärkeä terveydenhuollossa hättätapahtumien poistamiseksi. Raportointitilanteessa vaikuttavien ihmisten ja muiden riskitekijöiden vuoksi 100 % saavuttaminen on erittäin vaikeaa.

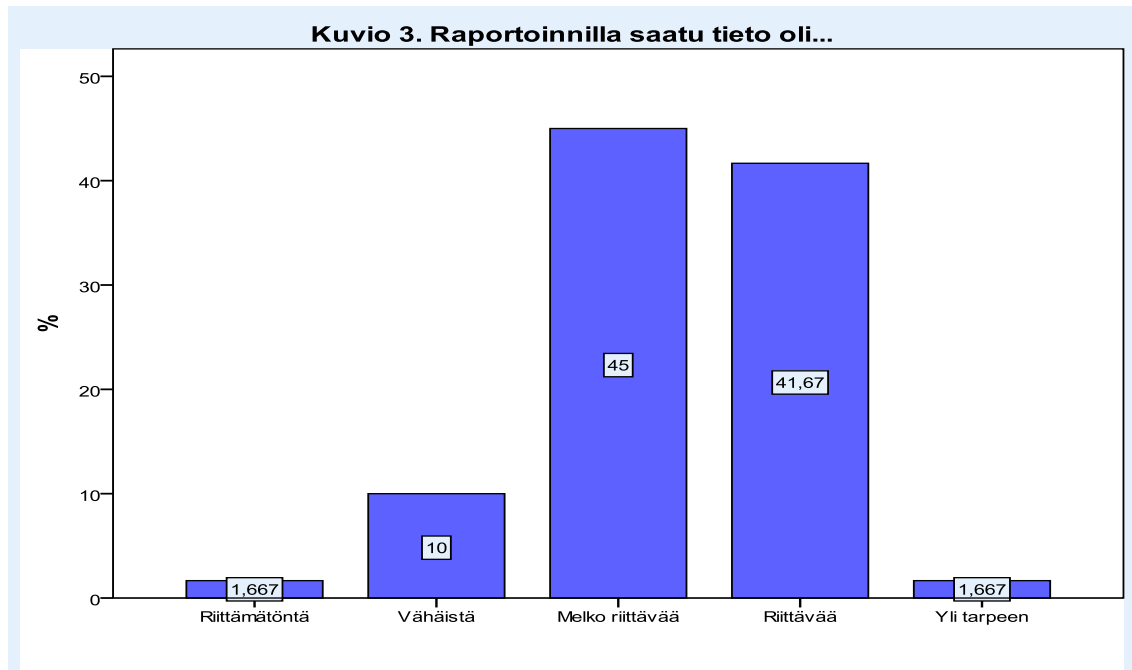
Riittävästi raportoitiin leikkauspotilaan nimeä (95%), alkavaa toimenpidettä/leikkausta (86,7 %), potilaan saama esilääkitystä (95 %), veriarvoja/verivarauksia (75 %), potilaan perussairauksia (100 %), potilaan aikaisempia toimenpiteitä (90 %) ja potilaan koti- ja leikkausta edeltävää lääkitystä (96,7 %). Melko riittävästi raportoitiin potilaan leikattavaa puolta/kohdetta (61,7 %), potilaan ravinnottaoloa (70 %), potilaan leikkausta edeltävää virtsaamista (60 %) ja potilaan allergioita (65%). Vähäisesti raportoitiin potilaan henkilöturvastunnusta (21,7 %), potilaan leikkausta edeltävää verenpainetta (46,7 %) ja lämpöä (33,3 %), potilaan riskitietoja (13,3 %), potilaan hampaiden kuntoa/ hammasproteesin käyttöä (33,3 %), potilaan raskaana oloa (1,7 %) sekä potilaan nautinto- ja huumausaineiden käyttöä (25 %). (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Raportin sisällön jakautuminen

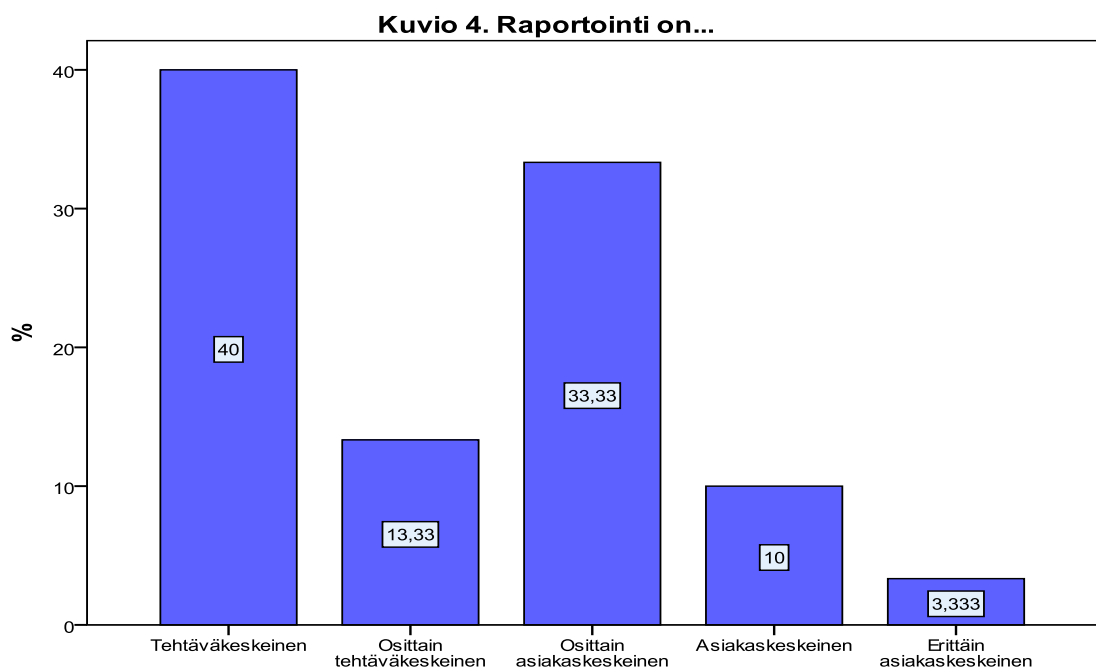
### 11.3 Potilasturvallisuuden tukeminen raportoinnilla

Tulosten mukaan raportilla saatu tieto jakautui suurimmaksi osaksi riittävän (41,7 %) ja melko riittävän (45 %) välille. Vähäistä tiedon saanti oli 10 % havainnoinneista. (Kuvio 3.)



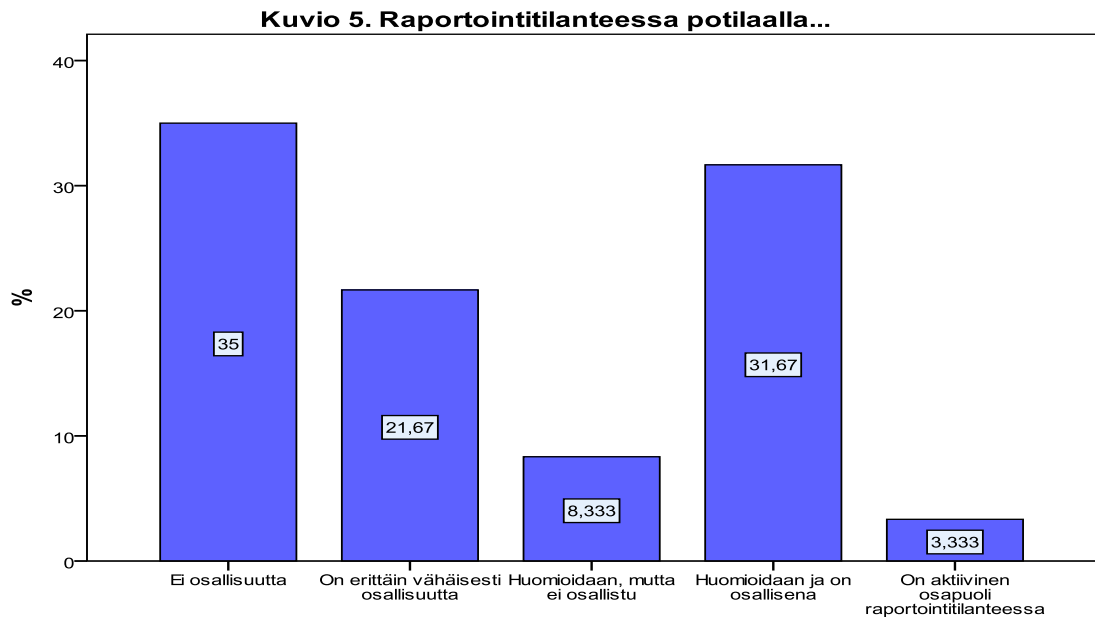
KUVIO 3. Raportoinnilla saadun tiedon riittävyys

Raportoinnilla tehtäväkeskeisyys korostui tuloksissa. Kaikista yhteenlasketuista havainnoista 53,3 % oli tehtäväkeskeisyyttä korostavia ja asiakaskeskeisyyttä korostavia oli 46,6 %. (Kuvio 4.)



KUVIO 4. Raportointitilanteen tehtäväkeskeisyys

Suurimmassa osassa raportointitilanteissa potilailla ei ollut osallisuutta (35%). Oikeaan suuntaan ollaan kuitenkin menossa, koska raportointitilanteissa potilaat huomioitiin ja otettiin osalliseksi lähes yhtä suurella prosentilla (31,7 %). (Kuvio 5.)



KUVIO 5. Potilaan osallisuus raportointitilanteeseen

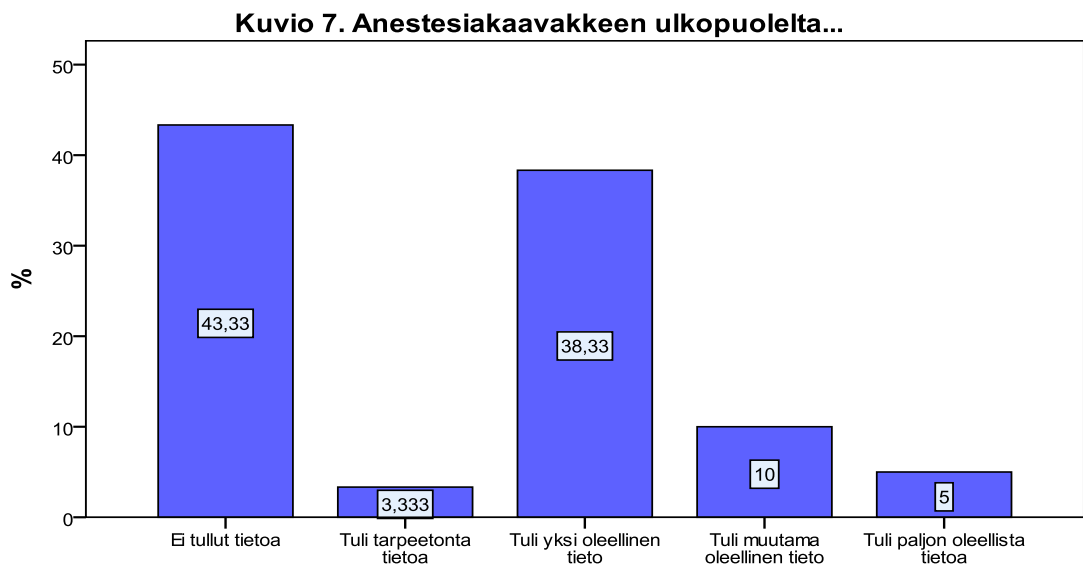
Tuloksista ilmenee, että raportoinnilla saatu tieto oli riittävämpää huomioitaessa potilas ja potilaan ollessa osallisena. Ilman potilaan osallisuutta ja huomioimista päästiin suuremmaksi osaksi vain melko riittävään raportoinnilla saatuun tietoon. (Kuvio 6.)

Kuvio 6. Raportoinnilla saadun tiedon ja potilaan osallisuuden riippuvuus						
		Raportointitilanteessa potilaalla...				
		Ei osallisuutta	On erittäin vähäisesti osallisuutta	Huomioidaan, mutta ei osallistu	Huomioidaan ja on osallisena	On aktiivinen osapuoli raportointitilanteessa
<b>Raportoinnilla saatu tieto oli...</b>	Riittämätöntä	0	0	0	1	0
	Vähäistä	3	1	1	1	0
	Melko riittävää	<b>11kpl</b>	8	2	5	1
	Riittävää	6	4	2	<b>12kpl</b>	1
	Yli tarpeen	1	0	0	0	0

KUVIO 6. Raportoinnilla saadun tiedon ja potilaan osallisuuden riippuvuus

#### 11.4 Suullisen raportoinnin tarpeellisuus

Havainnoiduissa raportointitilanteissa anestesiahoitaja esitti kysymyksiä 83,3 % (50 kappaleessa) ja ei esittänyt 16,7 % (10 kappaleessa). Anestesiahoitajat esittivät lisäkysymyksiä lähes yhtä paljon niin elektivisissä kuin päivystysleikkauksissa. Anestesiakaavakkeen ulkopuolelta tietoa tuli vaihtelevassa määrin. Vähintään yksi tai useampi tieto anestesiakaavakkeen ulkopuolelta tuli 53,3 % ja ei lainkaan tietoa 43,3 %. Tarpeetonta tietoa tuli 3,3 %. (Kuvio 7a.)



KUVIO 7a. Anestesiakaavakkeen ulkopuolinen tieto

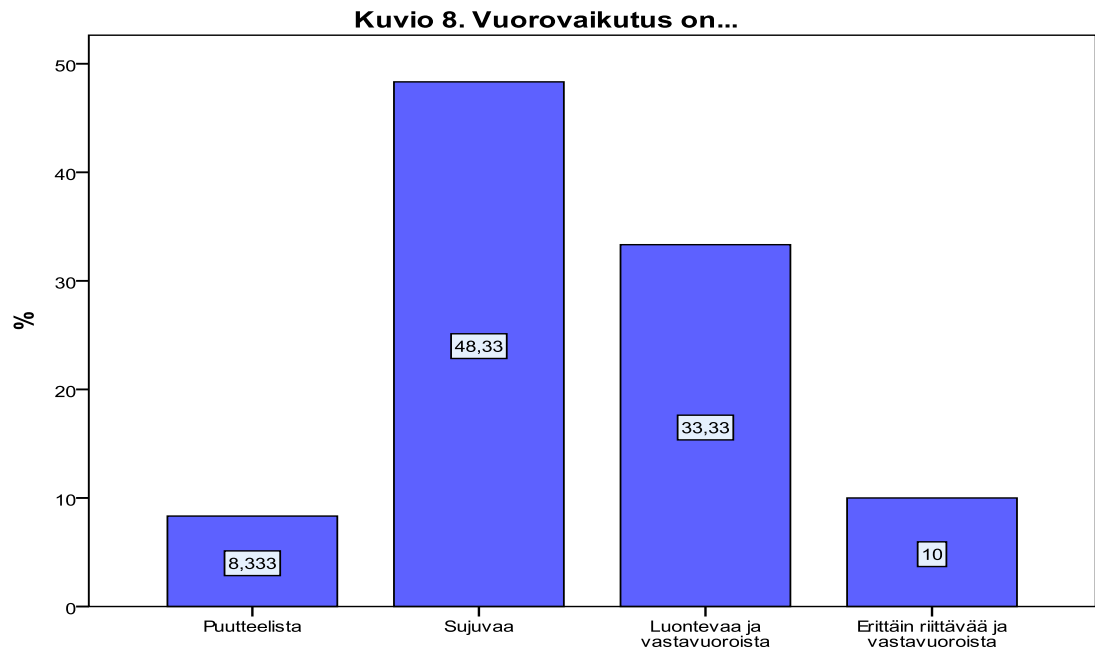
Anestesiahoitajat esittävät yhtäläisiä kysymyksiä anestesiakaavakkeen sisällöstä kuin sen ulkopuolelta. (Kuvio 7b.)

		Esittääkö anestesiahoitaja tarkentavia kysymyksiä?	
		Ei mainita	Kyllä mainitaan
<b>Anestesiakaavakkeen ulkopuolelta...</b>	Ei tullut tietoa	5	<b>21 kpl</b>
	Tuli tarpeetonta tietoa	2	0
	Tuli yksi oleellinen tieto	2	<b>21 kpl</b>
	Tuli muutama oleellinen tieto	0	6
	Tuli paljon oleellista tietoa	1	2

KUVIO 7b. Anestesiahoitajan esittämien kysymysten vaikutus anestesiakaavakkeen ulkopuoliseen tietoon

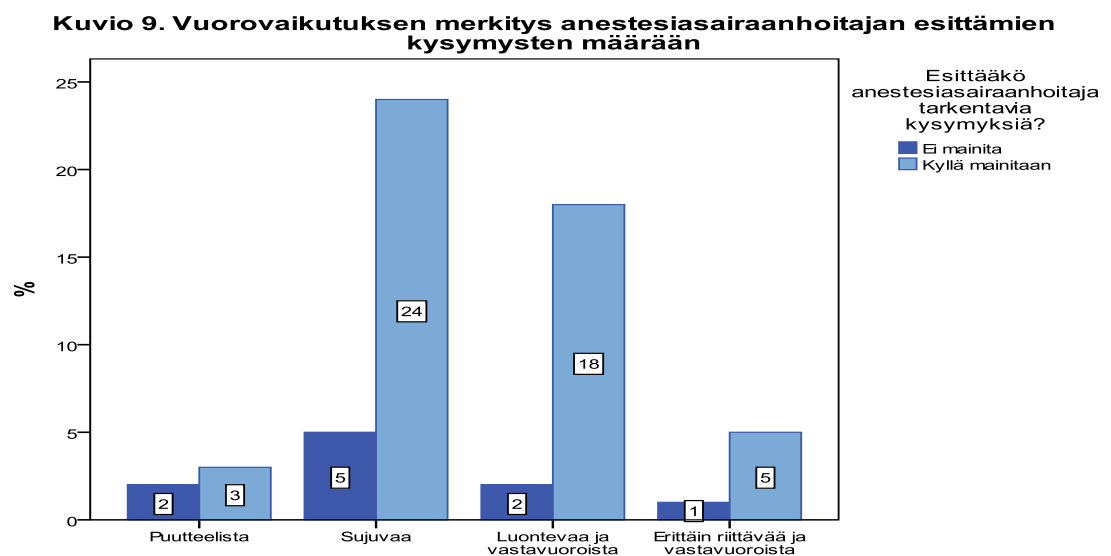


Hoitajien välinen vuorovaikutus raportointitilanteissa oli suurimmaksi osaksi sujuvaa, luontevaa ja vastavuoroista (91,6 %). Puutteellista vuorovaikutus oli vain 8,3 % (5 kapaleessa). (Kuvio 8.)



KUVIO 8. Vuorovaikutus raportointitilanteessa

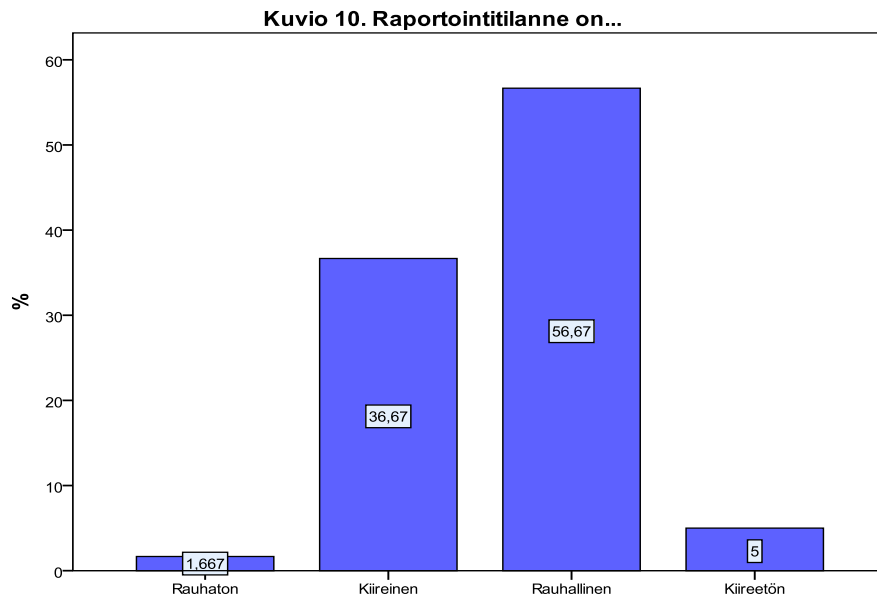
Onnistuneen vuorovaikutuksen vallitessa anestesiahoitaja esittää enemmän tarkentavia kysymyksiä raportointitilanteessa. (Kuvio 9.)



KUVIO 9. Vuorovaikutuksen merkitys anestesiahoitajan esittämien kysymysten määrään.

### 11.5 Anestesiahoitajan vaikutus raportointitilanteessa potilasturvallisuuden parantamiseksi

Tulosten mukaan raportointitilanteet ovat enimmäkseen rauhallisia ja kiireettömiä (61,7 %). Kiireisiä raportointitilanteita oli 36,7 % ja rauhattomuutta esiintyi vain 1,7 % (1 kappaleessa). (Kuvio 10a.)



KUVIO 10a. Raportointitilanteen kiire

Rauhallisella raportointitilanteella oli selvä yhteys raportilla saadun tiedon riittävyyteen. (Kuvio 10b.)

Kuvio 10. Kiireen vaikutus raportoinnilla saadun tiedon määrään						
		Raportoinnilla saatu tieto oli...				
		Riittämätöntä	Vähäistä	Melko riittävää	Riittävää	Yli tarpeen
Raportointitilanne on...	Rauhaton	0	0	1	0	0
	Kiireinen	1	2	14	4	1
	Rauhallinen	0	4	12	<b>18kpl</b>	0
	Kiireetön	0	0	0	3	0

KUVIO 10b. Kiireen vaikutus raportoinnilla saadun tiedon määrään

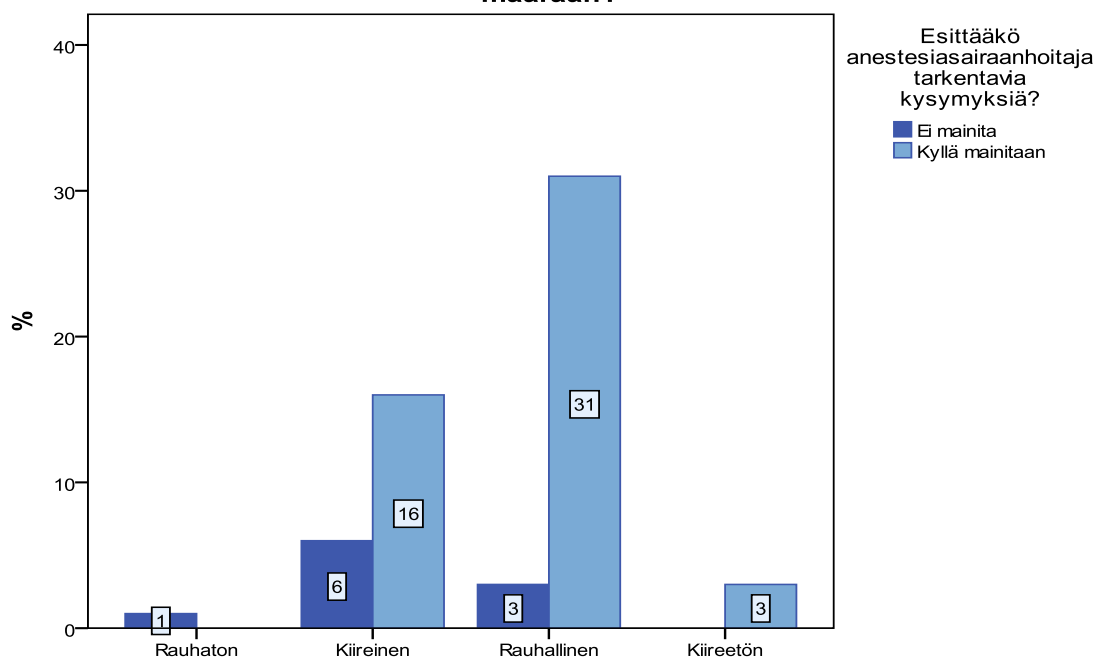
Raportointitilanteessa vallitseva ilmapiiri oli pääasiassa leppoisaa ja miellyttävää (75 %) ja erittäin miellyttävä ilmapiiri saatiin aikaiseksi 11,7 % (7 kappaleessa). Jännittynyttä ilmapiiriä esiintyi 13,3 % (8 kappaleessa) raportointitilanteista. Miellyttävä ilmapiiri toteutui pääasiassa rauhallisissa raportointitilanteissa. (Kuvio 11.)

Kuvio 11. Kiireen vaikutus raportointitilanteen ilmapiiriin					
		Ilmapiiri on...			
		Jännittynyt	Leppoisaa	Miellyttävä	Erittäin miellyttävä
<b>Raportointitilanne on...</b>	Rauhaton	1	0	0	0
	Kiireinen	6	10	6	0
	Rauhallinen	1	12	<b>17 kpl</b>	4
	Kiireetön	0	0	0	3

KUVIO 11. Rauhallisen raportointitilanteen vaikutus siinä vallitsevaan ilmapiiriin

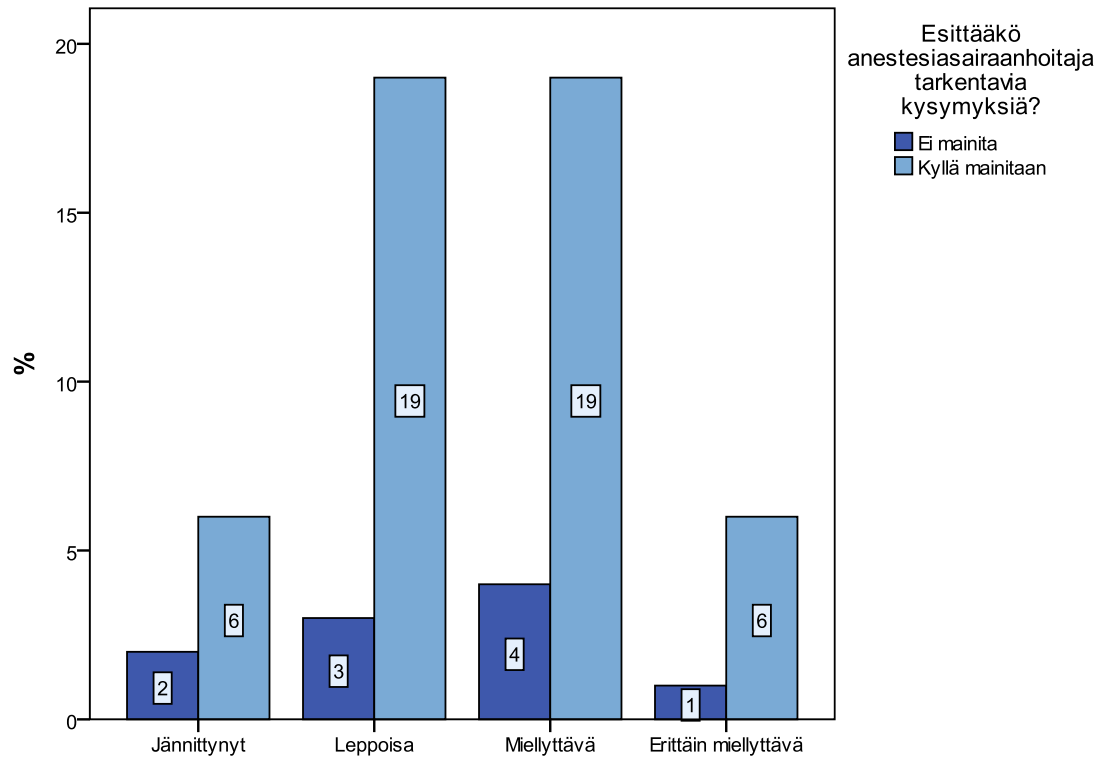
Hoitajien asenne raportointitilanteissa oli pääasiassa positiivinen ja vastaanottava (60 %). Neutraali asenne ilmeni osassa raportointitilanteita (40%). Negatiivista ja epämiellyttävää asennetta ei esiintynyt ollenkaan. Rauhallisessa ilmapiirissä anestesiahoitaja esittää selvästi enemmän tarkentavia kysymyksiä kuin kiireisessä tai rauhattomassa ilmapiirissä. (Kuvio 12.)

**Kuvio 12. Vaikuttaako kiire anestesiahoitajan esittämien kysymysten määrään?**



Kuvio 12. Kiireen vaikutus anestesiahoitajan esittämien kysymysten määrään  
 Ilmapiirillä oli myös selvä vaikutus anestesiahoitajan esittämien tarkentavien kysymysten määrään. Miellyttävässä ja leppoisassa ilmapiirissä anestesiahoitajat esittivät selvästi eniten kysymyksiä. (Kuvio 13.)

**Kuvio 13. Ilmapiirin vaikutus anestesiahoitajan esittämien kysymysten määrään**



KUVIO 13. Ilmapiirin vaikutus anestesiahoitajan esittämien tarkentavien kysymysten määrään

## 12 POHDINTA

### 12.1 Johtopäätökset

#### 12.1.1 Taustamuuttajat

Osaston miehitys ei vaikuttanut havainnoiteihin, sillä anestesiahoitajan läsnäolo raportointitilanteessa on välttämätön raportointitilanteen toteutumiseksi. Henkilöstön vaje näyttäytyi ainoastaan induktiotalan toiminnassa, jolloin sen toimintaa rajoitettiin. Raportointitilanne on aina ainutkertainen ja tiedon siirron tulee olla yhtä riittävää niin päivystys kuin elektiivisissä leikkauksissa. Tämä näyttäytyi myös havainnoinneissa. Vuorokauden ajan vaikutusta raportoinnin riittävyteen ei voida arvioida, koska kaikki havainnoinnit suoritettiin aamuvuoron aikana. Tarkempien tulosten saamiseksi taustamuuttajiin olisi kannattanut laittaa sukupuoli ja ikä, jotta osa raportointitilanteen sisällöstä olisi näyttäytynyt selkeämpinä tuloksia, esimerkiksi raskaus ja proteesin käyttö. Raskaus näyttäytyi huonona tuloksena, sillä monet potilaista olivat miehiä ja kukaan havainnoituista naispotilaista ei ollut raskaana. Raskauden raportointi korostuu vain odottavien kohdalla. Iän merkitys olisi voinut näyttäytyä lasten ja vanhusten kohdalla erilaisina tiedon riittävyyden tuloksina, koska näiden havainnointien perusteella koimme lapsipotilaiden raportointitilanteet kattavampina.

#### 12.1.2 Raportoinnin sisältö

Raportoinnin riittävyys on hyvällä tasolla tällä osastolla, vaikka raportointitilanteet ovat vaihtelevia rakenteeltaan ja kestoaltaan. Raportoinnin riittävyyteen vaikuttaa hoitajien työkokemus hoitotyöstä ja leikkausprosessin tunteminen, jotta raportointitilanne olisi sisällöllisesti turvattu (Runne 2000). Havainnoinneissa näyttäytyi, että anestesiahoitajat ohjasivat raportointitilanteiden kulkua muun muassa tarkentavilla kysymyksillä, koska heillä on parempi ymmärrys potilasturvalliseen leikkaukseen vaadittavista tiedoista.

Henkilöturvattunusta raportoitiin riittämättömästi, joka ei ole hyväksyttävää. Henkilöturvattunus tulee tarkistaa aina potilaan hoidon siirtymävaiheessa (McNamara 2011, 114-127; Peltomaa 2011, 20). Anestesiahoitajat kuitenkin varmistivat henkilöturvattunuksen potilailta tai heidän rannekkeista heti raportointitilanteen jälkeen, syynä siihen saattaa olla salissa käytössä olevan tarkistuslista, joka alkaa henkilöturvattunuksen tarkistamisella. Leikattavaa puolta /kohdetta raportoitiin vain melko riittävästi, mutta toimenpide kuitenkin raportoitiin 87 %, joka osaltaan tuo tarvittavan tiedon leikkauskohteesta. Tuki- ja liikuntaelin toimenpiteissä leikkauspuoli korostui enemmän tärkeänä raportoitaessa. Tulosten mukaan leikkauskunnosta raportoitiin verenpaine ja lämpöhuonosti, koska ne yleensä mainittiin raportoinnilla vain niiden poiketessa potilaan yksilöllisistä viitearvoista. Tärkeänä kuitenkin pidetään, että lähtöarvot ovat kirjattuna anestesiaavakkeelle (Lukkari ym. 2007, 312-313; 322-237).

Leikkaussalisuunnittelusta johtuen eristyspotilaat eivät sijoittuneet aamuvuorojen aikana tehtyihin leikkauksiin, koska heidät leikataan yleensä päivän päätteeksi. Havainnoineissa riskitiedoista mainittiin ainoastaan mahdollinen verivarotoimitarve tai eristyksen ja verivarotoimen tarpeettomuus. Hammasproteesin käyttö /hampaiden kunto näyttäytyi heikkona tuloksena, koska hampaiden kuntoa ei mainittu riittävästi. Proteesin käyttö ja sijainti huomioitiin tarkemmin, mahdollisesti siitä syystä, että se huomioidaan vuodeosastolla preoperatiivisessä valmistelussa juuri ennen leikkausosastolle tuloa. Nautinto- ja huumausaineiden käyttöä ei raportoitu riittävästi, mikä johtuu todennäköisesti siitä, ettei sille nähty olevan tarvetta. Myös nautinto- ja huumausaineiden käyttämättömyys olisi tärkeä mainita.

### 12.1.3 Potilasturvallisuuden tukeminen raportoinnilla

Teorian pohjalta olettamuksena tälle opinnäytetyön tuloksille oli, että raportointitilanteet ovat edelleen tehtäväkeskeisiä, joka myös tässä työssä näyttäytyi (Hays 2003). Tehtäväkeskeisyydestä huolimatta raportoinnilla saatu tieto oli suurimmaksi osaksi melko riittävä. Asiakaskeskeisyyteen tulisi kuitenkin pyrkiä, sillä asiakaskeskeisessä raportoinnissa tieto on riittävämpää kuin tehtäväkeskeisessä. Asiakaskeskeisessä raportoinnissa potilasturvallisuus korostuu, sillä potilas on osana raportointitilannetta.

Anestesiahoitajilla saattaa olla oletuksena, että anestesiakaavakkeen tiedot on saatu preoperatiivisesti potilaalta, joten tiedon tarkastettavuuden kannalta potilasta ei olisi tarpeen ottaa osaksi raportointitilannetta, jolloin tilanne ajautuu tehtäväkeskeiseen suuntaan. Potilaan yksilöllisistä eroista johtuen (ei orientoitunut potilas) hoitajat vetäytyvät herkemmin pois potilaasta raportoimaan tehtäväkeskeisesti. Kuitenkin jokaisen potilaan tulisi saada kokea hoitajien läsnäolo ja olla mukana raportointitilanteessa hetkisestä voinnista riippumatta (STM 2009; Leino - Kilpi 2011, 173).

#### 12.1.4 Suullisen raportointi ja anestesiahoitajan vaikutus siihen

Anestesiahoitajilla oli selkeämpi käsitys leikkauspotilaan hoidon siirtymävaiheeseen tarvittavasta tiedosta, siitä syystä he ohjasivat raportointitilanteen kulkua tarkentavilla lisäkysymyksillä. Lisäkysymysten avulla saatiin potilaasta tietoja anestesiakaavakkeen ulkopuolelta, se tukee suullisen raportoinnin tarpeellisuutta, sillä nämä asiat olivat kirjaamatta tai puutteellisesti kirjattuja. Hiljaiseen raportointiin täysin siirtyminen olisi haastavaa, koska kirjaamisen tasossa on hoitajien välillä huomattavia eroja. Suullinen raportointi mahdollistaa myös paremman yhteisymmärryksen saavuttamisen, sillä epäselvistä asioista voidaan keskustella.

Sujuvan vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikutti avoin ilmapiiri ja tasavertainen asetelma raportointitilanteessa, vaikka anestesiahoitajat ohjasivat tiedonsiirtoa. Yleisesti hoitajat olivat sosiaalisia, joka edesauttoi vastavuoroiseen ja luontevaan vuorovaikutukseen. Hyvässä vuorovaikutuksessa potilaan hoitoa koskevista epäselvistä asioista oli helpompi keskustella. Rauhallinen tilanne mahdollisti miellyttävämmän ilmapiiriin ja riittävämmän vuorovaikutuksen, jolloin lisäkysymyksiäkin esitettiin eniten. Tällöin rauhallisessa raportointitilanteessa tieto oli riittävämpää kuin kiireessä. Keskimäärin havainnoituissa raportointitilanteissa käytettiin saman verran aikaa (< 5 min), mutta tilanteissa, joissa hoitajat omalla toiminnallaan rauhoittuivat kiireen keskellä, saatiin asiat käsiteltyä selkeämmin ja tarkemmin.

## 12.2 Luotettavuus ja eettisyys

### 12.2.1 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta tarkastellaan validiteetin, reliabiliteetin, käsittely-, mitta- ja otatavirheiden kautta. Validiteetti kuvaa sitä, miten on onnistuttu mittaamaan tutkittua asiaa eli voidaanko mittarin avulla ratkaista tutkimusongelmat. Havainnointilomake tuotti onnistuneesti tietoa tutkittaviin ongelmiin. (Tuomi 2007, 150.) Havainnointilomaketta olisi pitänyt testata enemmän, sillä korjauksista huolimatta siinä ilmeni tulosten kannalta muutamia epätarkkoja kohtia. Havainnointilomakkeen taustamuuttujissa ei tule ilmi potilaan sukupuolta, jolloin raportointitilanteen sisältö – osiossa esimerkiksi kohta raskaus tuottaa paljon ei vastauksia, koska havainnoitavien joukossa on sekä miehiä että naisia. Havainnointilomakkeen Osgood - asteikossa tulkinnanvaraiseksi osoitettiin kohta kuusi ja seitsemän. Kohdassa kuusi kaksi määrettä olisi asteikollisesti toiminut paremmin, jos ne olisivat olleet toisinpäin. Kohdassa seitsemän kaksi adjektiivia olivat lähes samat, jolloin määreen tulkinta jäi havainnoijasta riippuvaiseksi. Nämä kohdat vaikuttivat osaltaan opinnäytetyön mahdollisiin mittausvirheisiin. Mittausvirheet voivat johtua esimerkiksi mittausvälineen tarkkuudesta ja ovat osa luotettavuuden arviointia (Tuomi 2007, 149).

Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä ja toistettavuutta eli, vaikka mittaus tehdäisiin uudestaan, tulokset pysyisivät samana ja mittaus on toistettavissa muissa tutkimuksissa ja tilanteissa (Tuomi 2007,150). Opinnäytetyömme havainnointi olisi toistettavissa, mutta tulokset ovat havainnoijasta ja havainnoitavista riippuvainen. Havainnoijan riippuvuutta voidaan vähentää tutustumalla teoriaa, havainnointilomakkeen sisältöön ja testaamalla havainnointilomaketta tutkittavassa ympäristössä. Tässä työssä havainnoijien riippuvuutta vähennettiin testaamalla havainnointilomake havainnoimalla samoja raportointitilanteita ja yhdessä vertaamalla saatuja tuloksia. Tulokset olivat samansuuntaisia ja tulkinnalliset erot olivat vähäisiä.

Käsittelyvirheitä voivat esimerkiksi olla tietojen virheellinen syöttö tietokoneelle. Tästä syystä käytimme tuplatarkistusta SPSS –työskentelyssä. Otatavirhe tarkoittaa, että eri otokset antavat erilaisia tuloksia. Satunnaisessa otannassa kyseessä on sattuman aiheut-



tama otantavirhe. (Tuomi 2007, 150.) Tässä opinnäytetyössä otantavirhe on olemassa, koska jokaisessa raportointitilanteessa havainnoitavat sairaanhoitajat valikoituvat sattumanvaraisesti.

### 12.2.2 Eettisyys

Etiikka vastaa kysymykseen millaisia keinoja tutkija saa käyttää tiedonhankinnassa, omassa toiminnassaan ja tutkittavia koskevissa asioissa (Tuomi 2007, 145-149). Opinnäytetyö toteutettiin tutkimussääntöjen mukaisesti ja eettisiä sääntöjä noudattaen. Tutkimusaineiston kerääminen ei aiheuttanut haittaa tai vahinkoa havainnoitaville asianomaisille tai havainnointipaikalle. Työelämäyhteys ja havainnoituissa raportointitilanteissa olleet henkilöt pysyivät anonyymeina koko opinnäytetyöprosessin ajan. Havainnointiin osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujilla oli mahdollisuus kieltää itseään koskevan aineiston käyttö koko opinnäytetyöprosessin ajan. Osastonhoitaja informoi leikkausosaston henkilökuntaa havainnointien tarkoituksesta. Vuodeosaston sairaanhoitajat informoitiin havainnointitilanteen alussa, jolloin kaikilta havainnoitavilta pyydettiin kirjallinen suostumus. Kerätty aineisto säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisesti.

Lähdeviitteet merkittiin myös asianmukaisesti ja käytössä oli vain luotettavia lähdekriittikin kestäviä lähteitä. (Vilka 2007, 99, 165.) Käytimme tuoreita, kansainvälisiä ja kotimaisia lähteitä. Lähteet sisälsivät monipuolisesti tutkittua sekä teoreettista tietoa. Lähteiden sisältöä tarkastelimme kriittisesti tiedon luotettavuuden tarkastamiseksi. Pyrimme toimimaan objektiivisesti, jolloin mielipiteemme eivät vaikuttaisi opinnäytetyömme tuloksiin (Vilka 2007, 160). Täydellistä objektiivisuutta ei voitu saavuttaa, sillä havainnoijan tulkinta tilanteesta on yksilöllinen. Tulokset on esitetty rehellisesti ja selkeästi havaintoihin perustuen.

### 12.3 Kehittämishaasteet

Raportointitilanteiden sujuvuutta häiritsi kaikkien läsnä olevien hoitajien nimikirjoitusten pyytäminen lupalomakkeelle. Nimikirjoitusten pyytäminen ennen/jälkeen raportointitilanteen hidasti työn tekemistä ja anestesiahoitajat kokivat sen turhauttavana.

Suullinen luvan kysyminen anestesiahoitajilta olisi ollut mielestämme riittävää ja kirjallinen lupa olisi voitu tehdä etukäteen osaston puolesta. Vuodeosaston sairaanhoitajien allekirjoittaminen lupalomakkeeseen toimi onnistuneesti.

Havainnointilomakkeen olisi voinut suunnitella paremmin siten, että tulokset olisivat näyttäneet osittain realistisempina. Kysymysten asettelua olisi pitänyt tarkastella enemmän toivottujen tulosten näkökulmasta. Havainnointilomaketta olisi pitänyt testata enemmän, jotta nyt esille tulleet puutteet olisi havaittu ennen havainnoiteja. Osgood-asteikon adjektiivien erilainen ymmärrys havainnoijien kesken vaikutti osaltaan tulosten hajontaan. Selkeämpiä tuloksia olisi saatu, mikäli havainnoinnit oli tehnyt yksi henkilö.

Raportinannon rakenteessa ja sisällössä oli huomattavia eroja. Jatkossa olisi tärkeää saavuttaa yhtenäinen rakenne raportin antoon, jotta mahdollistettaisiin raportin sisällön riittävyys ja estettäisiin tiedon puutteellinen siirtyminen. Yhtenäisen raportoinnin kehittämistä voisi edesauttaa anestesiahoitajien antama perehdytys vuodeosaston henkilökunnalla raportoitavien asioiden tärkeydestä ja merkityksestä potilasturvallisen leikkauksen onnistumiseksi. Perehdytyksen avulla tuettaisiin vuodeosaston sairaanhoitajien yhteistä ymmärrystä intraoperatiivisesta toiminnasta ja siten motivoitaisiin heitä huomioimaan leikkaustoiminnan kannalta tärkeät/raportoitavat tiedot potilaasta.

Jatkotutkimus ehdotuksena olisi selvittää muuttuvatko raportointitilanteiden rakenteet yhtenäisemmiksi tulevaisuudessa ja parantaako se tiedonsiirtoa potilasturvallisempaan suuntaan. Toinen jatkotutkimus olisi tämän opinnäytetyön toistaminen yhden havainnoijan tekemänä ja verrata sitä tämän työn tuloksiin.

#### 12.4 Oppimisen pohdinta

Tämän työn tekeminen on lisännyt ymmärrystä raportoinnin merkityksestä ja sitä kautta vaikuttanut myös omaan toimintaan raportin antamisessa ja vastaanottamisessa leikkausosastolla. Olemme oppineet myös opinnäytetyöprosessin kautta pienimuotoisen tutkimuksen tekemistä ja ymmärrämme paremmin tutkimuksen merkityksen hoitotyön kehittämisessä. Tutkimustyön tekemisen vaiheet ovat myös hahmottuneet määrällisen

työn osalta. Yhteistyötaidot työelämäyhteyden kanssa ovat myös parantuneet tämän työn kautta. Tiedonhaun ja tiedonkäsittelytaidot ovat kehittyneet huomattavasti. Työ on ollut vaativa ja aikaa vievä, jolloin aikataulujen yhteensovittaminen on ollut haastavaa.

## LÄHTEET

- Ali-Melkkilä, T. 2001. Potilaan valmistelu anestesiaan ja esilääkitys. *Anestesiologia ja tehohoito*. Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. (Toim.) Helsinki: Duodecim, 252-264.
- Eskelinen, M., Kiviniemi, A., Partanen, J. & Vänskä, S. 2007. Suullinen raportointi Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkausyksikön neljän anestesianhoitajien näkökulmasta. *Opinnäytetyö*. Kuopio: Savonia Ammattikorkeakoulu, 36-39.
- Fimlab. 2011. Ohjekirja. Luettu: 5.1.12.  
<http://www.fimlab.fi/lake/laboratoriotutkimukset/>.
- Griffin, A.T. & Yancey, V. 2009. Spiritual dimensions of the perioperative experience. *AORN Journal* 89 (5):875-882. Printattu: 15.11.2011.  
<http://ovidsp.tx.ovid.com.elib.tamk.fi>.
- Gillespie, B., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. & Werder, H. 2009. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing* 65 (5):1019-1028. 10p, 1 Chart. Luettu: 15.11.2011.  
<http://web.ebscohost.com.elib.tamk.fi/ehost>.
- Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö - Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
- Hays, M. 2003. The phenomenal shift report: A Paradox. *Journal for nurses in staff development* 19(1), 25-33.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy. Edita Prima Oy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki H. & Valtonen, K. 1998. Sisätautikirurginen hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- IBM. 2011. IBM SPSS Advanced Statistics 20.  
<http://www.ibm.com>.
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylän yliopistopaino.
- Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Sairaanhoitaja lehti* 10/2010 vol 83, 11-15.
- Kanto, J. 2001. Geriatrinen potilas ja anestesia. *Anestesiologia ja tehohoito*. (Toim.) Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. Helsinki: Duodecim, 682-690.

- Kataja, J. 2001. Verisuonileikkauspotilaan anestesia. *Anestesiologia ja tehohoito*. Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. (Toim.) Helsinki: Duodecim, 560-571.
- Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Kinnunen, M. (Toim.). *Hoitotyön vuosikirja 2009. Potilasturvallisuus ensin*. Suomen Sairaanhoitajaliitto Ry.
- Kokkola, T. 2010. Potilasturvallisuus hoidon siirtymävaiheeseen. *ProGradu*. Helsinki: Helsingin yliopisto, kasvatustieteidenlaitos, käyttätymistieteidenlaitos.
- Korpela, J. 2008. Pienehkö sivistyssanakirja. Luettu 20.12.2012. <http://www.cs.tut.fi/>.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 2000. *Perioperatiivinen hoito*. Porvoo: WSOY.
- Kuitunen, A. 2001. Verensiirrot. *Anestesiologia ja tehohoito*. (Toim.) Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. Helsinki: Duodecim, 336-346.
- Kuokkanen, L. 2005. Sairaanhoitajan tehtävät ja osaaminen. Mitä viime vuosien suomalainen tutkimus kertoo? *Tutkiva hoitotyö* 3(4). Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 18-24.
- Käypä hoito – suositus. 2008. Leikkausta edeltävä arviointi. *Duodecim ja Anestesiayhdistys ry*. *Duodecim* 124 (11), 1304–1326. Luettu: 4.12.2011. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 30.6.2000/653 ja 785/1992. Luettu 26.11.2011: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994. 3 LUKU Terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet. 15 § Ammattieettiset velvollisuudet. 1994/559. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- Lamond, D. 2000. The information content of the nurse change the shift report: A Comparative study. *Journal of advanced nursing* 31, 794-804.
- Leino – Kilpi, H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Kinnunen, M. (Toim.). *Hoitotyön vuosikirja 2009. Potilasturvallisuus ensin*. Suomen Sairaanhoitajaliitto Ry.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY.
- McKenna, L. 1997. Improving the nursing handover report. *Professional nurse* 12 (9), 331-337.
- McMahon, R. 1990. Communication. What are we saying? *Nursing times* 86 (30), 38-40.

- McNamara, S.A. 2011. Preventive measures for wrong – site, wrong – person, and wrong –prosedure error in the perioperative settings. Teoksessa Watson, D.S. (toim.) Perioperative Safety. United state of America, Colorado: MOSBY Elsevier, 114-127.
- Mustajoki, P & Kaukua, J. 9.7.2008. Kreatiniini. Terveyskirjasto. Duodecim. Luettu: 4.12.2011. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk03121](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03121).
- Nightingale, F. 1964. Sairaanhoidosta. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Kolmas painos. Porvoo: WSOY, 147-154.
- Nuutinen, L. 2001. Nestehoito toimenpiteen yhteydessä. Anestesiologia ja tehohoito. (Toim.) Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. Helsinki: Duodecim, 329-335.
- Palsternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 122: 2459-70. Luettu: 28.9.2011. [www.duodecim.fi/hoitovirheet.duodecim.2006.pdf](http://www.duodecim.fi/hoitovirheet.duodecim.2006.pdf).
- Peltomaa, K. 2011. SBAR – työkalu turvallisempaan suulliseen raportointiin. Spirium 46 (2), 20-21.
- Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. Tutkiva hoitotyö 1. 1/2003. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 4-9.
- Rantala, A., Anttila, V-J. & Teirilä, I. 2010. Eristysleikkaus. Anttila, V-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (Toim). Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 226-230.
- Rantala, A., Huotari, K., Hämäläinen, M. & Teirilä, I. 2010. Leikkausalueen infektioiden ehkäisytoimet. Anttila, V-J., Hellsten, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (Toim). Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 219-225.
- Rummukainen, T. 1996. Puudutetun potilaan ja anestesiahoitajan vuorovaikutus intraoperatiivisessa hoitotyössä. Pro Gradu. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Runne, T. 2000. Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
- Ruokonen, E. 2001. Tehohoidon infektiot. Anestesiologia ja tehohoito. (Toim.) Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. Helsinki: Duodecim, 829-842.
- Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen - kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 28.9.1996. Sairaanhoitajaliitto. Luettu: 27.10.11 [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_ty\\_o\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_ty\\_o/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/).

- Salo, M. 2001. Tartuntavaarallinen potilas. Anestesiologia ja tehohoito. (Toim.) Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. Helsinki: Duodecim, 708-714.
- Salo, M. & Valli, J. 2001. Komplisoituneen potilaan anestesia. Anestesiologia ja tehohoito. (Toim.) Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. Helsinki: Duodecim, 715-726.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa: Kinnunen, M. (Toim.). Hoitotyön vuosikirja 2009. Potilasturvallisuus ensin. Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry.
- Sosiaali- ja terveystieteiden valvontavirasto, Valvira. 2011. Nimikkeiden käytöstä. Luettu: 4.11.2011.  
[http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/koulutus\\_suomessa/nimikkeiden\\_kaytosta](http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/koulutus_suomessa/nimikkeiden_kaytosta).
- STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2009:3. Tulostettu: 25.9.2011.  
[www.stm.fi](http://www.stm.fi).
- TAYS. 2011. Anestesia/pöytäkirja. Tampereen yliopistollinen sairaala.
- Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Kuopio: 2010. Sarjanumero 32. 1-210. Luettu: 6.11.2011.  
<http://www.uef.fi/uef/julkaisut>.
- THL. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: 2011.
- Toivio, T. (toim.) 2007. Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO 2007. Potilasturvallisuussanasto - Lääkehoidon turvallisuussanasto. Tulostettu 25.9.2011.  
[www.thl.fi](http://www.thl.fi).
- Tuomi, P. 1994. Hoitajien käsityksiä vuodeosastojen raportointitilaisuuksista. Pro Gradu -tutkielma. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollonlaitos. Helsingin yliopisto.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.
- Vaasan keskussairaala. 2004. Verituotteiden käsittely. Luettu: 5.1.2012.  
[http://www.vshp.fi/medserv/klkemi/\\_private/medserv1.0/klkemi/fi/ok/blodtran/kasittely.htm#Taulukko4](http://www.vshp.fi/medserv/klkemi/_private/medserv1.0/klkemi/fi/ok/blodtran/kasittely.htm#Taulukko4).
- Vilkka, H. 2006. Tutki ja Havainnoi. Helsinki: Tammi.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- WHO. 2009. Tarkistuslista. Perioperatiivinen opintomateriaali 2012. Tampereen ammattikorkeakoulu.

## LIITTEET

## Liite 1. Tutkimukset ja tutkimusartikkelit

1(4)

Tutkimus, tekijä ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja -kohde	Tutkimustulokset
<p>Gillespie, B., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H. &amp; Werder, H. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. 2009.</p>	<p>Australialaisessa haastattelututkimuksessa selvitettiin perioperatiivisten sairaanhoitajien pätevyyttä.</p>	<p>Kvalitatiivinen haastattelu tutkimus. Haastatteluun osallistui kolmen eri sairaalan 81 perioperatiivista sairaanhoitajaa</p>	<p>Pätevyyden osa-alueiksi nousivat leikkaus- ja anestesia teorian tiedon hyvä hallinta, käytännöntyön hallinta ja tehokas riittävä kommunikointia sisältävä tiimityöskentelytaito sekä tilannetaju ominaisuus työtä tehdessä tietoteknisesti haastavassa työympäristössä. Erityisen tärkeäksi haastatteluista nousi esiin, että perioperatiivisen sairaanhoitajan kommunikointitaidon tulee olla vahva, koska se on tiimityöskentelyssä vahvin työkalu työntehtävien organisoinnin ja perioperatiivisen hoidon hallinnan onnistumisen kannalta. Tutkimuksessa korostetaan kommunikoinnin onnistumista tärkeämpänä tekijänä potilasturvallisuuden kannalta kuin teknistä osaamista.</p>
<p>Kokkola, T. Potilasturvallisuus hoidon siirtymävaiheeseen. 2010.</p>	<p>Tutkimuksella haluttiin lisätä tietoa ja ymmärrystä vaaratapah- tumien syn- tyyn vaikut- tavista teki- jöistä sekä luoda pohjaa virheistä op- pimiselle.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksessa tutkittiin terveydenhuoltoalan organisaation ”Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan” liittyviä 287 vaaratapah- tumailmoituksia. Erityisesti niissä keskityttiin potilaiden hoidon siirtymä – tai taitekohtien vaa-</p>	<p>Tulosten mukaan potilassiirrot yksiköstä toiseen ovat vastuunvaihtu- misen vuoksi haasteellisia potilas- turvallisuuden näkökulmasta. Puut- teellinen tiedonkulku ja epäselvyy- det työn- ja vastuunjaossa olivat muun muassa vaaratapahtumien syntymiseen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi vaaratilanteita syntyi tilan- teissa, joissa työntekijöiltä edellytet- tiin yliosaamista tai työmäärä oli liian kuormittavaa. Tulosten perus- teella erityisen tärkeäksi nähdään, että hoitotyössä huomiota tulisi kiinnittää tiedonkulkuun ja selkeyt- tää vastuunsiirtoa potilaan hoidon</p>



<p>Lamond, D. The information content of the nurse change the chift report: A Comperative study. 2000.</p>	<p>Tämä tutkimus tutkii hoitajien rooleja, jotka saattavat auttaa vuoron vaihteessa annettavassa raportissa käsittelemään tietoa ja suunnittelemaan hoitoa. Tarkoituksena on myös tunnistaa raportilla annettava ”voimakas päätieto”.</p>	<p>ratapahtumiin ja niihin vaikuttaviin tekijöihin</p> <p>-</p>	<p>siirtymävaiheissa.</p> <p>Tietyt asiat tiedotettiin raportilla, mutta niitä ei kirjattu potilaan tietoihin.</p>
<p>Puumalainen, A., Långstedt, K. &amp; Eriksson, E. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. 2003.</p>	<p>Tarkoituksena on kuvata HUS:n Meilahden sairaalassa sisätautien toimialalla toteutettu kehittämisprojekti, jonka tavoitteena oli korvata totunnainen raportointikäytäntö kirjallisella tiedonsiirrolla työvuorojen vaihtuessa.</p>	<p>Toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa edettiin seuraavien vaiheiden mukaan: 1) kohdeyhteisössä esiintyvien ongelmien selvittäminen ja tiedostaminen 2) toiminnan uudelleen suunnittaminen ja tavoitteiden asettaminen 3) toiminnan suunnittelu ja toteutus 4) kehittämis-</p>	<p>Tulokset analysoitiin prosenttija-kaumien ja Mann Whitneyyn testin avulla. Välittömään potilastyöhön kului sekä ennen että jälkeen muutoksen 42% työajasta ja välilliseen kolmasosa. Suulliseen tiedottamiseen kulunut aika väheni, kirjaamiseen lisääntyi. Hoitajien mukaan kirjaaminen parantui, potilaiden hoitoon käytetty aika lisääntyi, hoidosta neuvoteltiin enemmän potilaiden kanssa ja hoitajat tekivät enemmän itsenäisiä päätöksiä.</p>

<p>Tengvall, E. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. 2010.</p>	<p>Tarkoituksena oli luoda anestesiahoitajan ammatillisen pätevyysmalli, jota on ohjattu käyttämään Ammattikorkeakoulujen opintojen sisällön osana perioperatiivisessa opetuksessa.</p>	<p>toiminnan arviointi 5) muutoksen vakiinnuttaminen osaksi toimintaa.</p> <p>Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille viidessä yliopistosairaalassa.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan anestesiahoitajilta edellytetyssä ammatillisessa pätevyudessa korostui eniten anestesia, lääke- ja anestesiahoidon aloitus, kommunikointi- sekä turvallisuustoiminta. Tulosten mukaan anestesiahoitajilta edellytettiin vaatimustasoltaan erittäin korkeaa ammatillista pätevyyttä, joka toteutui, mutta hoitotyön toimintojen toteutumisessa ilmeni myös kehittämistarpeita eri osa-alueilla. Tengvall määrittelee anestesiahoitajan ammatillisen pätevyyden kahdeksaksi osa-alueeksi, jotka sisältävät erilaisia hoitotyön toimintoja.</p>
<p>Runne, T. Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot. 2000.</p>	<p>Tutkimuksessa oli tarkoituksena myös kuvata anestesiahoitajalta vaadittua pätevyyttä sekä hoitotyön toimintojen toteutumista ja hallinnan tasoa työtehtävissä. Selvittää pre-, intra- ja postoperatiivisten raportointitilanteiden sisältöjä ja tuotiin esiin</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. 19 nauhoitettua haastattelua TAYS:ssa. Yhtenä tutkittavana raportointitilanteena oli preoperatiivinen raportointitilanne, jossa vuodeosastolta potilaan tuova sairaanhoitaja antaa potilaasta raportin leikkausosaston anestesiahoitajalle.</p>	<p>Tutkimustuloksissa selvisi, että preoperatiivisessa raportointitilanteessa käsiteltiin vähiten raportoinnin sisällön teemoja, joita tutkimuksessa kuvattiin diskursseiksi. Diskursseja olivat rituaalit (tervehdittyminen, puheen kaavamaisuus ja asioiden tavanomaisuus), lääketiede (faktat, jolle potilaan hoito perustuu), ammattitaito (ammattitieto ja ammattikieli), persoonallisuus (potilasta puhuminen ”hän” muodossa ja mukaan ottaminen raportointiin) ja persoonattomuus (potilas sivuutetaan ja puhutaan passiivi muodossa), huumori (tilannesidonnainen) sekä arkaluontoisuus (tilannesidonnainen). Lääketiedediskurssi hallitsee raportointipuhetta ja on persoonatonta. Preoperatiivisessa raportointitilanteessa ei otettu potilas-</p>

<p>Ruuskanen, S. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen - kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. 2007.</p>	<p>tietoa niiden sisällöistä ja kulusta.</p> <p>Arvioida raportoinnin kehittämistoiminnan tuloksena syntyneitä uutta raportointikäytäntöä.</p>	<p>Ryhmähaastattelu, johon osallistui 35 osastonhoitaja ja hoitohenkilökuntaa.</p>	<p>ta ollenkaan mukaan raportointitilanteeseen, joka selvästi vähentää potilaan kokemaan sisäistä turvallisuudentunnetta. Preoperatiivisessa raportointitilanteessa ei otettu potilasta ollenkaan mukaan raportointitilanteeseen, joka selvästi vähentää potilaan kokemaan sisäistä turvallisuudentunnetta. Preoperatiivisissa raportointitilanteessa käsiteltiin suppeimmin potilaan terveydentilaa ja diskursseja, kuin intraoperatiivisissa -ja postoperatiivisissa raportointitilanteissa. Preoperatiivinen raportointitilanne jää silloin merkitykseltään vähäisemmäksi potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tärkeiksi raportoitaviksi asioiksi nousi potilaan tunnistaminen, leikattavan kehonosan varmistaminen ja tuleva toimenpide, potilaan terveydentilasta sairaudet, lääkehoito, proteesit, allergiat, riskitiedot (infektiot, alkoholi) sekä potilaan toiveet ja pelot.</p> <p>Raportointitavat ovat muuttuneet ryhmäraportista työnjakoraportteiksi. Raportointiin käytetyn ajan arvioitiin vähentyneen ja potilaslähtöisyyden arvioitiin pysyneen muuttumattomana.</p>
--	--	--	---

Liite 2. Anestesiakaavake

1(4)

TAMPEREEN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

ANESTESIA/Pöytäkirja

Nimi		Ikä	Henkilötunnus		Pituus	Paino	Os	Erik.ala	Toimenpidepäivä
Toimenpidepaikka	Riskiryhmä	Leikkaustyyppi <input type="checkbox"/> 0 = elektiivinen			<input type="checkbox"/> 1 = hätäleikkaus <input type="checkbox"/> 2 = 1a-kireellinen	<input type="checkbox"/> 3 = 1b-kireellinen <input type="checkbox"/> 4 = 2-kireellinen	<input type="checkbox"/> 5 = 3-kireellinen Leikkaus kompl. vuoksi	Pot. identifioitu tmp. puoli oik vas	SH ATK nro
Esilääke:		Muut lääkkeet ennen leikkausta: kts. kohta 16.			Määräsi:		Antoi		
Kello		Verenpaine			Veriryhmä		Laboratoriovastaukset		
Virtsannut kello		Pulssi			Verivaraus		B-HKR _____ S-KREA _____		
Lämpö		yks. _____			Punasoluja		S-K _____ P-TT-INR _____		
Diagnoosi					B-Gluc _____		Toimenpide		
Intubaatioputki <input type="checkbox"/>		Puudutukset			Pistospaikka		Puudutus levisi		
Larynxmaski <input type="checkbox"/> koko		<input type="checkbox"/> Spinaali <input type="checkbox"/> Johto			Neulan nimi, nro		Katetrin syyvyys		
Cuffi _____ ml		<input type="checkbox"/> Epiduraali <input type="checkbox"/> Katetri			Puudutusaine				
Syyvyys _____ cm		<input type="checkbox"/> Sakraali <input type="checkbox"/> Muu			Määrä ml				
Aika									
Induktio									
N <sub>2</sub> O/O <sub>2</sub> /ilma (O <sub>2</sub> %, l/min)									
Respiraattori/TV/Frekv./Spont.									
PEAK/PEEP									
<input type="checkbox"/> Isofl. <input type="checkbox"/> Sevofl. <input type="checkbox"/> Desfl. <input type="checkbox"/> Säätö %									
Exp/MAC									
Valvontalaitteet									
SaO <sub>2</sub>									
Et CO <sub>2</sub>									
Temp 1/2									
NMT									
Anestesia-syyvyys									
200									
190									
180									
170									
160									
150									
140									
130									
120									
110									
100									
90									
80									
70									
60									
50									
40									
Leikkausasento									
1 <input type="checkbox"/> selkä									
2 <input type="checkbox"/> vatsa									
3 <input type="checkbox"/> kytki									
4 <input type="checkbox"/> trendel									
5 <input type="checkbox"/> sappi									
6 <input type="checkbox"/> gynel.									
7 <input type="checkbox"/> istuva									
8 <input type="checkbox"/> muu									
9 <input type="checkbox"/> asennon vaihto									
VAS									
CVP/PAD mmHg									
Leikkausvuoto									
Diureesi									

Täytä ensin 1. ja 2. rivi molempiin lehtiin. Ota hiilipaperi pois. Palauta vaillinaisen lomake heti täydennettäväksi.

INFUUSIOT LÄÄKKEET

TAYS nro LP1301 10120216

TAMPEREEN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

ANESTESIA

Nesteet		Verituotteet		Lääkkeet kivunhoitoon heräämössä									
Sairaanhoitajien nimet		Toimenpiteentekijöiden nimet		Anestesia lääkäri									
Aika													
Induktio													
N <sub>2</sub> O/O <sub>2</sub> /ilma (O <sub>2</sub> %, l/min)													
Respiraattori/TV/Frekv./Spont.													
PEAK/PEEP													
<input type="checkbox"/> Isofl. <input type="checkbox"/> Sevofl. <input type="checkbox"/> Desfl. <input type="checkbox"/> Säättö %													
Exp/MAC													
LÄÄKKEET													
INFUUSIOT													
SaO <sub>2</sub> Et CO <sub>2</sub> Temp T/2 NMT Anestesia syvyys													
Verenpaine mmHg Pulssi													
VAS CVP/PAD mmHg Leikkauksen vuoto Diureesi													



## TAMPEREEN YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

## ANESTESIA/Esitiedot

Pvm

## Huomiot ennen toimenpidettä

1. AIKAISEMMAT ANESTESIAT		Aika	Leikkaus	2. VERENKIERTOELIMISTÖ	3. SYDÄN
0 Ei tietoa				0 Ei tietoa	0 Ei tietoa
1 Ei				1 Normaali	1 Normaali
2 On				2 Hypertensio	2 Infarkti
3 Anestesiakomplikaatio				3 Aneurysma	3 Tuore (alle 1/2 v) infarkti
4 Suvussa anestesiakomplikaatio				4 ASO	4 Angina pectoris
5 Maligni hypertermia				5 Hypotensio	5 Vajaatoiminta
				6 Tromboembolia	6 Rytmihäiriö/tahdistin
				7 Muu	7 Leikattu
					8 Rakennevika
					9 NYHA
					10 Muu
4. YLÄHENGYTYSIET		5. KEUHKOT		6. ASPIRAATORISKI	7. HYYTYMISHÄIRIÖ
0 Ei tietoa		0 Ei tietoa		0 Ei tietoa	0 Ei tietoa
1 Normaali		1 Normaali		1 Ei	1 Ei
2 Huonot hampaat		2 Astma		2 Raskaana	2 Vuotoriski
3 Hammassilta/nastahammas		3 Kr.bronkiitti/emfyseema, COPD		3 Okklusio	3 Tromboosiriski
4 Hampaaton/proteesi		4 Tuberkuloosi		4 Muu	4 Muu
5 Intubaatiovaikeus		5 Leikattu			
6 Trakeostomia		6 Muu			
7 Muu					
8. MAKSASAIRAUDET		9. MUNUAISSAIRAUDET		10. ALLERGIAT	11. ENDOKRONOLOGIA
0 Ei tietoa		0 Ei tietoa		0 Ei tietoa	0 Ei tietoa
1 Ei		1 Ei		1 Ei	1 Normaali
2 Hepatiitti A / B / C		2 Vajaatoiminta		2 Lääkeaine, mikä	2 Juveniili diabetes
3 Obstruktiivinen ikterus		3 Munuainen poistettu			3 Aikuistyyppiin diabetes
4 Kirroosi		4 Uremia / dialyysihoito			4 Kilpirauhastauti
5 Muu		5 Muu		3 Muu allergeeni	5 Lisämunuaisen vajaatoiminta
				4 Allerginen tauti	6 Feokromosytooma
					7 Hypo/hyperkalemia
					8 Hypo/Hyperkalsemia
					9 Muu
12. HERMO- JA MIELITAUDIT		13. INFEKTIOT		14. MUUT TAUDIT JA POIKKEAVUUDET	15. NAUTINTO- JA HUUMAUSAINET
0 Ei tietoa		0 Ei tietoa		0 Ei tietoa	0 Ei tietoa
1 Ei		1 Ei		1 Ei	1 Ei
2 Hermo-lihassairaus		2 Pneumonia		2 Reuma	2 Tupakointi
3 Tuore CNS-vamma		3 Peritoniitti		3 Anemia, Hkr <0.30	3 Alkoholin suurkuluttaja
4 Vanha CNS-vamma		4 Sepsis		4 Eliinsirännäinen	4 Huumausaineen käyttäjä
5 Aivojen verisuonisairaudet		5 CNS-infektio		5 Akuutti abdoomenen	5 Vaikutuksen alainen
6 Kasvaimet		6 HIV, AIDS		6 Aistivamma	
7 Psykiatrisen sairaus		7 MRSA		7 Maligniteetti	
8 Muu		8 Muu		8 Muu	
16. KOTILÄÄKITYS JA OSASTOLLA OLEVA LÄÄKITYS					17. HUOMAUTUKSET
* merkityt annetaan leikkauspäivänä					0 Ei erityistä
					1 Verivarotoimi
					2 Kosketustartuntaeristys
					3 Pysäytystartuntaeristys
					4 Erittäin tarkka eristys
					5 Suojaeristys
					18. TILANNE HÄTÄTAPAUSSISSA
					1 Hengitysvaikeuksia
					2 Shokki
					3 Tajunnanhäiriö
					4 Muu
					19. TIEDOT SAATU
					1 Potilaalta
					2 Omaisilta
					3 Papereista
					4 Ei tietoa
ESITIEDOT, STATUS JA MUUT HUOMIOT					
Suunniteltu anestesia					
					Täyttäjä

## Leikkaustiimin tarkistuslista 1/2010 – LIHAVOITU TEKSTI LUETAAN ÄÄNEEN

© WHO, 2009

Alkutarkistus	Tarkistus ennen toimenpiteen aloitusta	Lopputarkistus
<p>Ennen anestesian aloitusta</p> <p>Potilaalta (omaiselta) on varmistettu henkilöllisyys, toimenpide ja suostumus*</p> <p>- vastaanottanut hoitaja vahvistaa</p> <p><b>Leikkausalue / -puoli merkitty</b></p> <p>Ei tarvitta</p> <p>- vastaanottanut hoitaja vahvistaa</p> <p><b>Anestesiavalmius</b> vahvistettu</p> <p>- anestesiologi vahvistaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASA-luokka</li> <li>- Pituus ja paino</li> <li>- Perussairaudet ja peruslääkkeet / ei ole</li> <li>- Implantit ja proteesit / ei ole</li> <li>- Leikkausta edeltävä lääkitys / ei tarvitta</li> <li>- Veren hyötymiseen vaikuttava lääkitys / ei tarvitta</li> <li>- Laboratoriovastaukset / ei tarvitta</li> <li>- Anestesiavälineistö tarkistettu / ei tarvitta</li> </ul> <p><b>Pulssioksimetri</b> asennettu ja toimii</p> <p>- anestesiahoitaja lukee ääneen happisaturaation</p> <p><b>Allergiat</b></p> <p>- anestesiologi sanoo ääneen tiedossa olevat potilaan allergiat</p> <p><b>Vaikea hengitystie / aspiraatorisiki</b></p> <p>Ei ole</p> <p>On ja tarvittavat välineet saatavilla</p> <p>- anestesiologi vahvistaa</p> <p><b>Oletettu verenvuoto</b> yli 500 ml</p> <p>Ei ole</p> <p>Yli 500 ml (lapsilla 7ml/kg), huomioitu</p> <p>- anestesiologi vahvistaa</p>	<p>"Alkalisä ennen leikkausviiltoa"</p> <p><b>Nimet ja tehtävät</b> tiedossa</p> <p>- tiimin jäsenet esittäytyvät toisilleen tai varmistavat ääneen, että kaikki salissa tuntevat toisensa</p> <p><b>Potilas, leikkauskohde ja toimenpide</b></p> <p>- leikkaava lääkäri vahvistaa</p> <p><b>Antibioottiprofylaksia</b></p> <p>Annettu 60 min sisällä</p> <p>Ei tarvitta</p> <p>- anestesiahoitaja ilmoittaa antibiootin antoajan</p> <p>- jos profylaksista on kulunut yli 60 min, leikkaava lääkäri päättää uuden annoksen antamisesta ennen viiltoa</p> <p><b>Toimenpiteen kulku ja kriittiset tekijät</b></p> <p>huomioitu ja kerrottu / ei erityistä</p> <p><b>Leikkaava lääkäri:</b></p> <p>Leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen oletettu kesto, arvioitu verenvuoto</p> <p><b>Anestesiologi / anestesiahoitaja:</b></p> <p>Eriytyiset potilaskohtaiset huolenaiheet</p> <p><b>Instrumentihoitaja ja valvova hoitaja:</b></p> <p>Steriliteetti varmistettu; välineistö, instrumentit ja lääkeaineet saatavilla; diatermialevyn paikka huomioitu</p> <p><b>Radiologiset kuvat</b></p> <p>Esillä</p> <p>Ei tarvitta</p> <p>- valvova hoitaja vahvistaa</p>	<p>Ennen leikkaussalista poistumista</p> <p>Hoitajat vahvistavat ääneen, että</p> <p><b>instrumentit, taitokset ja neulat</b> laskettu ja täsmäävät</p> <p><b>näytteisiin</b> merkitty potilastiedot ja tunnisteet</p> <p>Ei näytteitä</p> <p>korjattavat välineistöongelmat</p> <p>huomioitu</p> <p>Ei ongelmia</p> <p><b>Diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodit</b> kirjattu oikein</p> <p>- leikkaava lääkäri vahvistaa</p> <p><b>Seurantaohjeet</b> annettu</p> <p>- tiimin jäsenet vahvistavat, että ovat käyneet läpi seurantaohjeissa erityishuomiota vaativat seikat ja välittömät jatkohoitomääräykset</p>

\* Suostumus-tarkistuksessa noudatetaan kunkin sairaalan/yksikön sopimaa käytäntöä. Ks. kääntöpuoli.



## Liite 4. Havainnoitilomake

1(1)

**Havainnoitilomake**Taustamuuttajat:

Pvm: \_\_\_\_\_ . Klo: \_\_\_\_\_ . Päivystysleikkaus \_\_\_\_\_ / Elektiivinen leikkaus \_\_\_\_\_.

Osaston miehitys vajaa \_\_\_\_\_ / täysi \_\_\_\_\_ . TMP \_\_\_\_\_.

Raportointitilanteessa käydyt asiat:

1. **Hetu:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin: (Keneltä tarkistettu) \_\_\_\_\_
2. **Nimi:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin: \_\_\_\_\_
3. **TMP:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin: \_\_\_\_\_
4. **Leikattava puoli/leikkauskohde:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin \_\_\_\_\_
5. **Esilääkitys:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin: \_\_\_\_\_
6. **RTTA:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin: \_\_\_\_\_
7. **Leikkauskunto:**  
**RR:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_, **L:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_, **Virtsannut:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_  
**Veriarvot / Verivaraus:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin \_\_\_\_\_
8. **Perussairaus:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin: \_\_\_\_\_
9. **Tehdyt TMP:t:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin: \_\_\_\_\_
10. **Allergiat:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin \_\_\_\_\_
11. **Kotilääkitys / Leikkausta edeltävä lääkitys:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin \_\_\_\_\_
12. **Riskitiedot (eristys, verivaroitimet):** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin \_\_\_\_\_
13. **Aspiraatio riski:** Proteesit/hampaiden kunto: Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_, Raskaus: Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_  
Avoin \_\_\_\_\_
14. **Nautinto- ja huumausaineet:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_ Avoin \_\_\_\_\_
15. **Esittääkö anestesiahoitaja tarkentavia kysymyksiä:** Ei \_\_\_\_\_ Kyllä \_\_\_\_\_  
Avoin \_\_\_\_\_

Osgood – asteikko:

1. **Ilmapiiri on** Kireä 5 Jännittynyt 4 Leppoisa 3 Miellyttävä 2 Erittäin miellyttävä 1
2. **Raportointitilanne on** Hätäinen 5 Rauhaton 4 Kiireinen 3 Rauhallinen 2 Kiireetön 1
3. **Raportilla saatu tieto oli** Riittämätöntä 5 Vähäistä 4 Melko riittävää 3 Riittävää 2  
Yli tarpeen 1
4. **Vuorovaikutus on** Riittämätöntä 5 Puutteellista 4 Sujuvaa 3  
Luontevaa ja vastavuoroista 2 Erittäin riittävää ja vastavuoroista 1
5. **Raportointi on** Tehtäväkeskeinen 5 Osittain tehtäväkeskeinen 4 Osittain asiakaskeskeinen 3  
Asiakaskeskeinen 2 Erittäin asiakaskeskeinen 1
6. **Raportointitilanteessa** Potilaalla ei osallisuutta 5 On erittäin vähäisesti osallisuutta 4  
Potilas huomioidaan mutta ei osallistu 3 Potilas huomioidaan ja on osallisena 2  
Potilas on aktiivinen osapuoli raportointitilanteessa 1
7. **Hoitajien vaikutus tilanteeseen** Asenne on negatiivinen 5 On epämiellyttävä 4 On neutraali 3  
On vastaanottava 2 On positiivinen 1
8. **Anestesiakaavakkeen ulkopuolelta** Ei tullut tietoa 5 Tuli tarpeetonta tietoa 4  
Tuli yksi oleellinen tieto 3 Tuli muutama oleellinen tieto 2 Tuli paljon oleellista tietoa 1

## Liite 5. Hyvän raportoinnin kriteerit

1(1)

Kriteerejä hyvään raportointiin anestesiahoitajille:

- Älä tyydy pikaiseen raportointiin. Potilasturvalliseen tiedonsiirtoon tulee varata aikaa.
- Käy anestesiakaavake huolellisesti läpi, huomioi erityisesti potilaan identifiointi.
- Esitä tarvittaessa lisäkysymyksiä, jotta puutteellinen tiedonsiirto ehkäistään.
- Omalla asenteellasi voit vaikuttaa raportointitilanteessa vallitsevaan ilmapiiriin, sillä myönteisessä ja vastaanottavassa ilmapiirissä tiedonsiirto on riittävämpää.
- Pyri mahdollisimman vastavuoroiseen keskusteluun kaikkien raportin osapuolten kesken raportointitilanteessa. Se mahdollistaa tiedon tarkemman tarkastelun.
- Huomio ja ota potilas osaksi raportointitilannetta, sillä asiakaskeskeisyys lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta ja osaltaan parantaa tiedon luotettavuutta.