

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoidajakoulutus

Jarre Myller
Jesse Romppanen

POTILASTURVALLISUUS POSTOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ
INTEGRATIIVINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2019



OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2019
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät

Jarre Myller, Jesse Romppanen

Nimeke

Potilasturvallisuus postoperatiivisessa hoitotyössä – Integratiivinen kirjallisuuskatsaus

Toimeksiantaja

Karelia-ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Potilasturvallisuus on hoitotyötä, jossa potilas saa oikeanlaista hoitoa, oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja mahdollisimman vähin haitoin. Potilasturvallisuus on olennainen osa hoidon laatua. Hyvällä potilasturvallisuudella voidaan lisäksi vähentää hoidossa aiheutuvia kuolemia ja vähentää hoidon kustannuksia.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli aiempaan tutkimustietoon pohjautuen löytää seikat, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen postoperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin integratiivisena kirjallisuuskatsauksena Prisma P -menetelmää hyödyntäen. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Karelia-ammattikorkeakoulu ja katsauksen tuloksia on tarkoitus hyödyntää opetusmateriaalina perioperatiivisen hoitotyön jaksolle sekä anestesia- ja leikkaushoitotyöstä kiinnostuneille.

Katsaukseen valikoitui 12 tutkimusta. Induktiivisen sisällön analyysin pohjalta syntyi neljä teemaa: tiedonsiirto, inhimilliset tekijät, organisaationaaliset tekijät ja hoitotyö. Teemojen alle muodostui useita alakategorioita. Tulosten perusteella postoperatiivisessä hoitotyössä potilasturvallisuuteen vaikuttavat eniten potilaansiirtotilanteet ja kommunikointi, joita on varaa kehittää tutkimalla aihetta lisää.

Kieli
suomi

Sivuja 27
Liitteet 5
Liitesivumäärä 45

Asiasanat

potilasturvallisuus, postoperatiivinen, kirjallisuuskatsaus, hoitotyö



THESIS
March 2019
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. + 358 13 260 600

Authors

Jarre Myller, Jesse Romppanen

Title

Patient Safety in Postoperative Nursing – Integrative Literature Review

Commissioned by

Karelia University of Applied Sciences

Abstract

Patient safety is nursing, where the patient receives appropriate treatment, at the right time in the right way and with minimum harm. Patient safety is an essential part of quality in nursing. Good patient safety can also reduce deaths and costs of patient care.

The purpose of this thesis, based on previous research, was to sum up factors, which influence patient safety in postoperative nursing. The thesis was executed as an integrative literature review utilizing the Prisma P- method. The thesis was commissioned by the Karelia University of Applied Sciences. The results of this review will be used in perioperative nursing courses as teaching material for those interested in anaesthesia- and surgical nursing.

There were 12 research articles that were selected for the review. Four themes were formed using the inductive content analysis: transfer of information, human factors, organizational factors and nursing practice. Several subcategories were formed under each theme. According to the results, the most relevant factors influencing patient safety in postoperative nursing are patient transfer situations and communication, which can be developed with further research.

Language

Finnish

Pages 27

Appendices 5

Pages of Appendices 45

Keywords

Patient safety, postoperative, literature review, nursing

Sisältö

Tiivistelmä

Abstrakti

1	Johdanto	5
2	Potilasturvallisuus.....	6
2.1	Potilasturvallisuus ja sen keskeiset käsitteet	6
2.2	Potilasturvallisuuskulttuuri.....	7
2.3	Potilasturvallisuuden kehittäminen	7
3	Postoperatiivinen valvonta ja hoito.....	8
4	Kirjallisuuskatsauksen tavoite ja tehtävä.....	9
5	Opinnäytetyön prosessi	10
5.1	Kirjallisuuskatsaus	10
5.2	Kirjallisuushaku.....	11
6	Analyysi.....	12
7	Katsauksen tulokset.....	13
7.1	Tutkimusten perustiedot.....	13
7.2	Tiedonsiirto.....	14
7.3	Inhimilliset tekijät	17
7.4	Organisaationaaliset tekijät.....	17
7.5	Hoitotyö.....	20
8	Pohdinta.....	21
8.1	Tulosten tarkastelu.....	21
8.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	23
8.3	Oppimisprosessi	25
8.4	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	26
	Lähteet.....	28

Liitteet

Liite 1	Hakusanat, rajaukset ja hakutulokset
Liite 2	PRISMA P flow diagram
Liite 3	Katsaukseen valitut tutkimukset
Liite 4	Teemat, yläkategoriat ja alakategoriat
Liite 5	Alakategorioiden abstrahointi taulukko

1 Johdanto

Hoitotyössä potilasturvallisuus ilmenee potilaan hoidossa riski- ja haittapahtumien vähäisyytenä hoidon laatua heikentämättä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Kaikki toiminta, jonka tarkoituksena on taata potilaan turvallinen hoito, kuuluu potilasturvallisuuteen (Ilola & Hoikka 2013). Potilasturvallisuudesta huolehtimalla voidaan vähentää myös kuolemia ja parantaa hoidon laatua sekä samalla vähentää hoidon kustannuksia (Emanuel, Berwick, Conway, Combes, Martin, Leape, Reason, Schyve, Vincent, Walton 2008). Postoperatiivinen hoito on leikkauksen jälkeistä hoitotyötä, jonka tavoitteena on potilaan toipuminen leikkauksesta (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 178). Koska leikkaustoiminta on invasiivista ja elimistöä lamaavia lääkkeitä käytetään anestesiassa, potilaan turvallisuudesta huolehtiminen on tärkeä osa potilaan hoitoa.

Opinnäytetyön aihe muodostui aikaisempien opinnäytetöiden jatkotutkimusehdotuksista, jotka olivat samaan aiheeseen liittyviä. Vehosalmi (2010) ehdotti opinnäytetyössään ”Hoitotieteellisen tutkimuksen näkökulma anestesiahoitajan työhön”, että jatkotutkimus koskisi potilasturvallisuutta. Myös toimeksiantajamme ehdotti, että aihe olisi potilasturvallisuuteen liittyvä. Toimeksiantajamme toimii Karelia-ammattikorkeakoulu, ja katsaus on suunniteltu perioperatiivisen hoitotyön koulutuksen tueksi.

Opinnäytetyön tarkoitus oli aikaisemman tutkimuksen perusteella löytää vastaus, mitkä ovat potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä leikkauksen jälkeisessä hoitotyössä. Kirjallisuushaussa keskityimme leikkauksen jälkeisen hoidon lisäksi anestesiahoitajan työhön. Aineisto on analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä. Kyseinen aihe valikoitui kiinnostuksesta perioperatiiviseen hoitotyöhön ja anestesiahoitajan työnkuvaan. Perehtyessämme sairaanhoitajaopinnoissa, aiheesta oli suomen kielellä niukasti aikaisempaa tietoa, mikä tuli esille perioperatiiviseen hoitotyöhön.

2 Potilasturvallisuus

2.1 Potilasturvallisuus ja sen keskeiset käsitteet

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa oikeanlaisen, tarvitsemansa hoidon, josta aiheutuva potentiaalinen haitta on mahdollisimman pieni. Käsite potilasturvallisuus pitää myös sisällään hoidon turvallisuuden, lääkehoidon turvallisuuden ja lääkinnällisten laitteiden turvallisuuden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Kaikki toiminta ja niiden takana olevat käytännöt ja periaatteet, jotka pyrkivät suojaamaan potilasta vahingoittumiselta ja takaamaan turvallisen hoidon, ovat potilasturvallisuutta (Ilola & Hoikka 2013). Potilasturvallisuus on tärkeä osa hoitotyötä, koska sillä voidaan vähentää potilashaittaa aiheuttavia tapahtumia ja poistaa ennaltaehkäistävissä olevia haittoja terveydenhoidossa. Myös hoidon laatu paranee, ja hoidon kustannukset vähenevät sekä kuolleisuus laskee. (Emanuel ym. 2008.)

Potilasturvallisuus anestesiahoitajan työssä näkyy esimerkiksi taitona lääkitä potilasta oikein ja seurata potilaan elintoimintoja sekä reagoida muutoksiin asianmukaisesti. Potilaan huomioiminen, esimerkiksi hengityksen mahdollistavan leikkausasennon pitäminen ja seurantalaitteiden oikeaoppinen kiinnitys sekä kivun hoito ovat myös asioita, joissa anestesiahoitaja voi vaikuttaa potilasturvallisuuteen omalla toiminnallaan. (Anesthesiazone 2018.)

Potilasturvallisuuden keskeisimmät käsitteet ovat vaaratapahtuma, haittatapahtuma, läheltä piti -tapahtuma, poikkeama ja suojaukset. Vaaratapahtuma on potilaan hoidossa turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka aiheuttaa tai olisi voinut aiheuttaa potilaalle haittaa. Jos vaaratapahtuma aiheuttaa potilaalle haittaa, kyseessä on haittatapahtuma. Jos tapahtuma olisi voinut aiheuttaa haittaa potilaalle, kyseessä on ”läheltä piti -tapahtuma”. Kyseisessä tilanteessa haitalta kuitenkin vältyttiin joko sattumalta tai poikkeaman aikaisen havaitsemisen ansioista. Poikkeama tarkoittaa mitä tahansa terveydenhuoltoon liittyvää muutosta suunnitellusta, joka voi aiheuttaa vaaratapahtuman potilaan hoidossa. Suojauksilla tarkoitetaan toimintatapoihin ja -

prosesseihin suunniteltuja ja sisällytettyjä menetelmiä, joiden tarkoituksena on tunnistaa mahdolliset poikkeamat ja estää niiden muodostuminen vaaratapahtumaksi. (Helovuuo, Kinnunen, Kuosmanen & Peltomaa 2015.)

2.2 Potilasturvallisuuskulttuuri

Potilasturvallisuuskulttuuri on osa koko organisaation toimintakulttuuria, mutta sitä käytetään vain organisaation turvallisuuteen liittyvien ulottuvuuksien kuvaamiseen (Helovuuo ym. 2011). Ilolan ja Hoikan (2013) sekä Helovuon ym. (2015) mukaan turvallisuuskulttuurilla ei ole sinänsä omaa yhtenäistä määritelmää, vaan sillä tarkoitetaan järjestelmälähtöistä potilaan hoidon ja turvallisuuden edistämistä, joka kohdistuu arvoihin, asenteisiin, toimintatapoihin ja johtamiseen. Siinä pyritään vaikuttamaan organisaation prosesseihin tuomalla niihin turvallisuutta parantavia menettelytapoja.

Tärkeä osa potilasturvallisuuskulttuuria on syyllisten etsimisen sijaan riskitapahtumaan johtaneiden syiden etsiminen (Ilola & Hoikka 2013). Tarkoituksena on käsitellä tapahtunutta järjestelmän näkökulmasta, jolloin keskitytään prosesseissa ilmeneviin mahdollisiin riskeihin, mutta ei kuitenkaan jätetä huomiotta yksittäisen työntekijän vastuuta toiminnan laadusta ja turvallisuudesta (Helovuuo ym. 2011, 92).

Järjestelmälähtöisessä turvallisuuden edistämisessä pyritään myös ehkäisemään vaaratapahtumia vaikuttamalla tilannekohtaisiin olosuhteisiin (Ilola & Hoikka 2013). Vaikka turvallisuuskulttuurin kehittäminen on pääosin johtoportaan toteuttamaa toimintaa, jokainen voi oman työnsä kautta vaikuttaa avoimen ja ennakoivan turvallisuuskulttuurin luomiseen (Helovuuo ym. 2011, 92–93).

2.3 Potilasturvallisuuden kehittäminen

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on tehtävä suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon

potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8.§.) Suurin osa potilasturvallisuuden kehittämisestä käsittää organisaation prosessien kehittämisen turvallisemmaksi sekä työympäristön ja olosuhteisiin liittyvien riskien poistamisen. Jotta potilasturvallisuuteen voidaan konkreettisesti vaikuttaa, tulee organisaation tavoissa tai olosuhteissa tapahtua muutoksia, jotka vaikuttavat toimintaan, kuten esimerkiksi laitteiden tai järjestelmien parantelu. (Helovuori ym. 2011, 170.)

Potilasturvallisuuden kehittäminen lähtee yleensä liikkeelle poikkeamatiedosta, joka on tullut esille vaaratapahtumailmoituksesta. Monissa yksiköissä on käytössä potilasturvallisuuden vaaratapahtumien raportointityökalu HaiPro, jonne voi vapaaehtoisesti ilmoittaa potilaan hoidossa tapahtuneesta haittatapahtumasta. Tämän jälkeen yksikössä käydään ilmoitukset läpi työntekijöiden kanssa ja pyritään löytämään ratkaisuja etsimällä taustalla olevia tekijöitä syyllistämättömällä tavalla. Ilmoituksen voi tehdä myös nimettömästi, mikä parantaa järjestelmällistä turvallisuuden kehittämistä vähentämällä syyllistämisen mahdollisuutta. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007.)

3 Postoperatiivinen valvonta ja hoito

Postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen hoito tapahtuu joko teho-osastolla tai heräämössä, joka on yleisnimitys postoperatiiviselle anestesiavalvonnalle, ennen potilaan siirtymistä jatkohoitopaikkaan. Leikatun alueen seuranta on tärkeää verenvuodon ja komplikaatioiden ehkäisemiseksi. (Karma ym. 2016, 178.) Potilaan yleistila, toimenpide ja anestesiamenetelmä vaikuttavat heräämöjakson pituuteen. Heräämössä on oltava monitorointilaitteet ja elvytystarvikkeet valmiina.

Heräämöhoidolla pyritään ylläpitämään vitaalilintioiminnot, hallitsemaan kipua ja seurata, että potilas toipuisi anestesiasta sekä toimenpiteestä. (Ilola & Hoikka 2013.)

Siirtotilanne vaatii usean henkilökunnan jäsenen työpanoksen turvallisuuden takaamiseksi. Ennen potilassiirtoa anestesiahenkilökunnan kuuluu mitata potilaan vitaalielintoiminnot, sillä niitä ei voi seurata siirron aikana. Siirron jälkeen potilas kiinnitetään heräämön monitorointilaitteisiin, joilla mitataan vitaaliarvot siirron jälkeen, ja tarkistetaan potilaan hyvä asento. Samalla tapahtuu suullinen raportointi, johon sisältyy vastuunsiirto. (Karma ym. 2016, 174–175.) Raportointi on turvallisen siirron edellytys, sillä se mahdollistaa tärkeiden tietojen ja jatkohoito-ohjeiden siirtymisen seuraavalle hoitajalle, varmistaen hoidon jatkuvuuden (Ilola & Hoikka 2013).

Potilaan elintoimintojen seuranta sisältää hengityksen, happisaturaation, verenpaineen, sydänfilmin ja pulssin mittaamisen. Lisäksi seurataan myös potilaan virtsaneritystä, lämpötilaa, tajunnan tasoa, lihastoimintaa, motoriikkaa, kipua ja pahoinvointia. Leikkaushaava voi olla kipeä ja vuotaa kudoseritteitä ja verta, mikä pitää huomioida heräämöhoidossa. Mikäli potilaan tilassa ilmenee poikkeavuuksia, heräämöhenkilökunnan kuuluu reagoida niihin asianmukaisesti. Kipua arvoidaan tarkkailemalla potilaan ilmettä ja kehonkieltä, seuraten verenpainetta ja haastatteleamalla potilasta säännöllisesti. Kipua voidaan hoitaa parasetamolilla, tulehduskipulääkkeillä ja opioideilla. Myös muita lääkkeitä, kuten ketamiinia ja puudutusaineita voidaan käyttää. Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi on yleistä, erityisesti, kun opioidilääkkeitä käytetään kivunhoidossa. Kirjaamisen tulee olla selkeää, perusteellista ja rajoittua relevanttiin tietoon. (Ilola & Hoikka 2013.)

4 Kirjallisuuskatsauksen tavoite ja tehtävä

Opinnäytetyön tavoitteena on aiemman tutkimustiedon avulla löytää asiat, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen postoperatiivisessa hoitotyössä. Etsimme tutkimukset ja artikkelit, jotka parantavat anestesiahoitajan työtä ja potilasturvallisuutta anestesiahoitajan työssä, erityisesti postoperatiivisen hoitotyön aikana. Artikkeleista on tarkoituksena kartoittaa seikat, jotka vaikuttavat

potilasturvallisuuteen. Tutkimuskysymys on “Mitkä ovat potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät anestesiahoitotyössä postoperatiivisessa vaiheessa aiemman hoitotyön tutkimustiedon mukaan?”

Kirjallisuuskatsauksen toimeksiantajana toimii Karelia-ammattikorkeakoulu. Katsauksen tehtävänä olisi toimia perioperatiivisen hoitotyön opetuksen tukimateriaalina sekä innostaa jatkotutkimuksiin, sillä aihe on hyvin vähän tutkittu. Katsaus pyrkii myös lisäämään tietoa heräämöhoidon ja anestesiahoidon turvallisuudesta.

5 Opinnäytetyön prosessi

5.1 Kirjallisuuskatsaus

Päättyypeittäin kirjallisuuskatsauksia on kolme erilaista: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kuvailevat kirjallisuuskatsaukset kuvaavat aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta ja sen määrää sekä laatua syventymättä tarkemmin niiden tuloksiin. Systemaattisessa kirjaallisuuskatsauksessa etsitään vastausta aiemmasta kirjallisuudesta tarkasti muodostettuun kysymykseen mahdollisimman kattavasti. Systemaattisessa tutkimuksessa on yleensä kaksi tai useampi tutkija. Meta-analyysi jaetaan määrällisen tutkimuksen meta-analyysiin, jolla tilastollisesti yhdistetään määrällisten tutkimusten tiettyjen aiheiden alkuperäistutkimusten tulokset tai niiden vaikuttavuudet, ja laadulliseen meta-analyysiin, joka koostuu metasynteesistä, eli tulosten tulkitsevammasta ja kuvailevammasta analyysistä, ja metayhteenvedosta eli matemaattisemmasta ja määrällisemmästä analyysistä. (Latvala & Tuomi 2016.) Tätä opinnäytetyötä varten valitsimme kirjallisuuskatsausmenetelmäksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Menetelmä valittiin, koska tutkimustiedon määrä hoitotyöstä on laaja.

Tyypistä riippumatta kaikki kirjallisuuskatsaukset sisältävät tietyt vaiheet, jotka tekevät aikaisempaan kirjallisuuteen perehtymisestä katsauksen (Axelin, Stolt & Suhonen 2015). Axelin ym. (2015) määrittelivät aiempaan metodikirjallisuuteen pohjautuen viisi välttämätöntä vaihetta, jotka ovat: 1) Katsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen, 2) Kirjallisuushaku ja aineiston valinta, 3) Tutkimusten arviointi, 4) Aineiston analyysi ja synteesi, 5) Tulosten raportointi.

5.2 Kirjallisuushaku

Tarkoituksena on hankkia aineistoa lukemalla suuri määrä tutkimuksia ja artikkeleita opinnäytetyömme aihealueesta. Käytämme tietokantoja, kuten Cochrane library, MEDIC, PUBMED ja CINAHL, tutkimusten hakuun, koska nämä tietokannat vastaavat parhaiten hoitotyön tutkimuksia. Käytämme vain sellaisia tutkimuksia, jotka ovat luotettavia ja vastaavat tutkimusta ohjaavaan kysymykseen.

Kirjallisuushaku aloitettiin kesäkuussa 2018. Hakusanat oli tarkoitus käydä sopimassa tiedonhallintaklinikalla, mutta opinnäytetyön ohjaajat ohjasivat käymään informaatikon luona. Hakusanoista keskusteltiin informaatikon kanssa sähköpostin välityksellä. Hän ehdotti alustaviksi hakusanoiksi ”anestesiahoitotyö / anestesiahoitaja / anestesiologia ja potilasturvallisuus”. Hän myös ohjasi meidät käyttämään ”tiedonhankinta ja opinnäytetyö” -nimistä Moodle-kurssia, jota käyttämällä kertosimme kirjallisuushaun suorittamisen ja kävimme läpi sopivia tietokantoja kirjallisuushakuamme varten. Hakusanoiksi valikoitui ”postoperatiivinen”, ”anestesiahoito”, ”potilasturvallisuus”, ”postoperative”, ”anesthesia nursing”, ”patient safety”. Tietokannat, hakusanayhdistelmät, rajaukset ja hakutulokset ovat liitteessä 1.

Tietokantojen eri hakusanayhdistelmistä merkitsimme selausta varten hakusanat ja niiden tuottamat tulokset alleviivaamalla ja lihavoimalla lopulliset hakusanat liitteeseen 1. Kriteereinä oli, että haussa oli käytetty hakusanoja ”potilasturvallisuus”, ”postoperatiivinen”, ”anestesiahoito” ja niiden englanninkielisiä vastineita. Muut haut olivat pilottihakuja.

Käsin selaamalla kävimme läpi Karelia-ammattikorkeakoulun kirjastosta Hoitotiede-lehdet, Finnanest-lehdet, American Journal of Nursing sciencen, British Medical Journalin ja Arton. Aluksi kävimme läpi artikkelit otsikoiden perusteella. Nämä kävimme läpi abstraktien perusteella sekä niiden asiasanojen perusteella. Käsin selaamalla valitsimme 154 tutkimusta, joista abstraktien perusteella jäljelle jäi 16. Niistä kuusi oli Finnanest-lehdestä, kolme Hoitotiede-lehdestä, American Journal of Nursing Science -lehdestä kolme ja British Medical Journal -lehdestä neljä kappaletta. Artosta emme saaneet yhtään hakutulosta. Finnanest-lehdestä kolme kappaletta valikoitui lopulliseen tarkasteluun. Hoitotiede-lehdistä lopulliseen tarkasteluun valikoitui yksi tutkimus. American Journal of Nursing science -artikkeleista valikoitui lopulliseen tarkasteluun yksi, ja British Medical Journal -lehdestä ei valikoitunut yhtään artikkelia. Pois sulku kriteereinä oli potilasturvallisuuden käsittelyn, postoperatiivisen hoidon tai anestesiahoitotyön näkökulman puute. Tiedot artikkeleista löytyvät liitteestä 3.

6 Analyysi

Kirjallisuuskatsauksesta saadut artikkelit ja tutkimukset, jotka valikoituivat lopulliseen tarkasteluun, analysoitiin sisällönanalyysillä Milesin ja Hubermanin vuoden 1994 mukaisen aineistolähtöisen analyysimallin mukaisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä puhutaan aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä, alakategorioiden, yläkategorioiden, pääkategorioiden ja yhdistävien kategorioiden luomisesta. Aineistosta etsitään vastauksia tutkimustehtävään tai -ongelmaan ja näitä asioita ilmaisevia lauseita aletaan pelkistämään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Sitä kutsutaan abstrahoinniksi. Tämän jälkeen samaa asiaa kuvaavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan oman tulkintansa perusteella. Tämän jälkeen samanlaiset kategoriat muodostavat yhdessä yläkategoriat ja riippuen valitun aineiston määrästä. Yläkategoriat voidaan yhdistää muodostamaan pääkategoriat ja lopulta kaikki kategoriat yhdistetään muodostamaan kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi, jonka avulla pyritään vastaamaan

tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Induktiivinen päättely tarkoittaa, että yksittäisten havaintojen pohjalta tehdään yleistyksiä (Peda.net). Induktiivinen sisällönanalyysi soveltui hyvin opinnäytetyömme tulosten analysointiin, koska sitä käytetään valmiiden tekstimuotoisten aineistojen tarkastelussa.

Aloitimme analyysin käymällä tutkimukset ja artikkelit läpi ja samalla alleviivasimme tärkeitä kohdat opinnäytetyön kannalta. Sitten kävimme tutkimukset ja artikkelit toisen kerran läpi ja etsimme alleviivauksista kohdat, jotka otimme analyysin tarkasteluun. Tarkasteluun valitut kohdat kirjoitimme ylös taulukkoon. Ryhmittelimme samankaltaiset lauseet ja niiden alle teimme pelkistetyt ilmaisut, joista ryhmittelimme keskenään samanlaiset. Näin muodostuivat alakategoriat (Liitteet 4 ja 5.) Alakategorioiden perusteella muodostimme yläkategoriat, joista muodostuivat teemat, jotka ryhmiteltiin väreittäin (kts. liite 4) tulosten selkeyttämiseksi.

Analyysin tuloksia käsitellessä muodostui neljä pääteemaa, jotka ovat näkyvissä liitteessä 4. Tutkimuksien tuloksia käydään läpi kappaleissa 7.2–7.5, jotka on nimetty muodostuneiden teemojen mukaan. Teemat koostuivat yhteensä 15 yläkategoriasta, ja yläkategoriat sisältävät yhteensä 37 alakategoriaa. Alakategoriat tehtiin tutkimuksien suorista lainauksista, joiden pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin alakategorioiden keskeinen sisältö (liite 5).

7 Katsauksen tulokset

7.1 Tutkimusten perustiedot

Tutkimukset on listattu liitteessä 3. Liitteen taulukosta löytyy tutkimusten alkuperä tutkimuksen tarkoitus, metodologiset ja metodiset valinnat, kohderyhmä, primääriset ja sekundaariset tulokset, keskeiset johtopäätökset. Lisäksi taulukossa kerrotaan, miten tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen.

Lopulliseen katsaukseen valikoitui yhteensä 12 tutkimusta. Näistä neljä olivat suomenkielisiä, ja loput kaheksan olivat englanninkielisiä. Tutkimukset oli julkaistu vuosien 2005 ja 2018 välillä. Tutkimuksista viisi oli tehty Yhdysvalloissa, yksi Suomessa, yksi Isossa-Britanniassa, yksi Singaporessa ja yksi Ruotsissa. Katsauksen kaikki kolme artikkelia oli tehty Suomessa.

Neljässä tutkimuksessa kohderyhmänä oli henkilökunta, seitsemässä potilaat, ja yksi tutkimus oli katsaus, jossa tutkittiin 23:a erilaista tutkimusta. Kokonaisuudessaan katsaukseen valittujen tutkimusten otoskoot vaihtelivat 32:n ja 2000:n välillä.

7.2 Tiedonsiirto

Tutkimusten mukaan tiedonsiirto ammattilaisten välillä on kriittisen tärkeää potilasturvallisuudelle. Jopa 65% haittatapahtumista terveydenhuollossa liittyy tiedonkulkuun (Tamminen & Metsävainio 2015). Puutteet tiedonsiirrossa johtavat pitkittyneeseen sairausjaksoon, terveydenhuollon kuluihin, huonoon potilastyytyväisyyteen sekä kasvaneeseen sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen (Rose & Newman 2016), lisääntyneisiin laboratorioskuluihin (Tamminen ym. 2015) sekä hoidon aikana tapahtuneisiin komplikaatioihin (Randmaa, Engström, Swenne & Mårtensson 2016). Hyvällä viestinnällä (Tamminen ym. 2015) sekä huomioimalla tekijät, jotka vaikuttavat huonoon tiedonkulkuun (Rose ym. 2016) voidaan parantaa potilasturvallisuutta. Erään tutkimuksen mukaan heräämöhoitajat kertoivat kirjallisen informaation auttavan tiedon kulkua parantamalla tiedon muistamista (Randmaa ym. 2016).

Rosen ym. (2016) mukaan potilassiirto on kriittinen vaihe kirurgisen potilaan hoidossa, sillä se mahdollistaa tiedonkulun muiden hoitotoimien ohessa. Potilassiirtojen on usein havaittu olevan keskeneräisiä (Rose ym. 2016) sekä niissä tapahtuvan tiedonkulkuvirheitä (Tamminen ym. 2015), jotka johtuvat inhimillisistä tekijöistä (Rose ym. 2016). On havaittu, että anestesiahoitajien ja kirurgien välinen kommunikointi ”sign out” -tilanteessa, eli potilaan siirtyminen leikkaussalista heräämöhön, on

riittämätöntä (Randmaa ym. 2016). Kyseisestä tiedonsiirtotilanteesta ei myöskään käytetä virallista dokumentointia (Smith, Pope, Goodwin & Mort 2008). Hyvällä viestinnällä (Tamminen ym. 2015), informaation siirron standardisoinnilla sekä tarkastuslistojen käytöllä tiedon siirron on havaittu olevan parempaa (Rose ym. 2016).

Rutiinitapauksissa raportointi on tiivistetympää (Smith ym. 2008), sillä anestesiahenkilökunnan on havaittu jättävän mainitsematta vähemmän tärkeitä asioita toimenpiteen kulusta potilassiirron aikana (Randmaa ym. 2016). Tästä syystä monimutkaisia ja hoidon kannalta tärkeitä asioita voi jäädä mainitsematta. Mikäli hoidon kannalta tärkeää tietoa ei siirry heräämöhoitajalle, hoitaja voi joutua palaamaan leikkaussaliin kyselemään anestesiahenkilökunnalta tietoja, vaikka seuraava toimenpide olisi jo alkanut (Smith ym. 2008).

Vaikka vastuunsiirto on osa potilassiirtoa, sen ajankohta ei ole sidottu potilassiirron ajankohtaan (Randmaa ym. 2016; Smith ym. 2008), eikä potilassiirto automaattisesti tarkoita vastuunsiirtoa. Heräämöhoitajat eivät suostuneet ottamaan vastuuta potilaasta, mikäli potilassiirto oli keskeneräinen (Randmaa ym. 2016.), sillä heräämöhoitajien tulisi ottaa vastuu potilaasta vasta sitten, kun on tyytyväinen saamansa tiedon määrään (Rose ym. 2016). Potilassiirtotilanteissa on yleistä, että vastaanottajalla on vähän ennakkotietoa ennen vastuun omaksumista (Arenas, Tabaac, Fastovets & Patil 2014). Loppujen lopuksi kokonaisvastuu säilyy anesthesiologilla (Randmaa 2016).

Hoitovastuun siirto on vähän tutkittu asia ja sitä on alettu tutkia vasta viime aikoina (Tamminen ym. 2015). Potilassiirtotilanteita tulisi valvoa enemmän, sillä se on yhteinen osa-alue kirurgisen henkilökunnan ja heräämöhenkilökunnan työnkuvassa (Arenas ym. 2014).

Tehokas kommunikointi on tärkeä hoidon laadun ja turvallisuuden kannalta. Huono kommunikointi on suurin anestesiaan liittyvien haittatapahtumien aiheuttaja. (Rose ym. 2016.) Randmaan ym. (2016) mukaan 43% hoitovirheistä on tapahtunut leikkauksen jälkeisen potilassiirron aikana. On havaittu, että anestesiahenkilökunnan ja

heräämöhoitajien välinen potilassiirto tapahtui muiden tehtävien ohessa hyvin muuttuvassa ympäristössä, mikä vaikuttaa vastaanottavan hoitajan keskittymiseen (Smith ym. 2008). Myös hoitajien ja lääkäreiden välinen hierarkia (Rose ym. 2016) sekä erilaiset viestintätyyli (Tamminen 2015) vaikuttavat kommunikointiin. Tutkimusten mukaan anestesioilogit odottivat heräämöhoitajien tuntevan ja tietävän usein käyttämänsä anestesiotekniikat (Rose ym. 2016; Smith ym. 2008).

Hoitovirheitä esiintyy usein, kun kommunikointi eri ammattilaisten välillä ei toimi (Arenas ym. 2014). Kommunikointia voidaan parantaa erilaisten tarkistuslistojen avulla (Rose ym. 2016), joiden on havaittu vähentävän kuolleisuutta ja sairastuvuutta (Arenas ym. 2014). Esimerkiksi, eräässä tutkimuksessa havaittiin, että ESS-tarkistuslista (Early Safety Score) paransi kommunikointia postoperatiivisessa hoitotyössä Skraastad, Raeder, Dahl, Bjertnaes & Kuklin 2016). Lapsipotilaiden hoitotyössä on lisäksi tärkeää ottaa itse lapsi mukaan lapsen kivun arviointiin, sillä hoitajilla on tapana aliarvioida lapsen kipua (Pölkki, Pihtala, Vehviläinen-Julkunen, Laukkala & Kiviluoma 2005).

Arenasin ym. (2014) mukaan kirjallisten interventoiden, kuten tarkistuslistojen, käyttö parantaa tiedonkulkua ja tiedon muistamista. Niiden käytön on havaittu vähentävän kuolleisuutta (Tamminen ym. 2015), parantavan tiedon jakamista ja ammattilaisten tyytyväisyyttä saamaansa tietoon sekä vähentävän häiriötekijöitä tiedonsiirron aikana (Rose ym. 2016). Tutkimuksen mukaan ESS-tarkistuslista on tehokas työkalu heräämötöskentelyssä, sillä se on koottu antamaan tärkeää tietoa postoperatiivisen potilaan tilasta ja sen käyttö on helppoa ja nopeaa päivittäisessä hoitotyössä. ESS:ää oli tutkimuksessa verrattu MEWS-tarkistuslistaan ja tulosten pohjalta todettiin, että MEWS on hyvä vain turvallisuuteen liittyvissä asioissa, mutta ei vaikuta hoidon laatuun. PQRS-tarkistuslista on taas hyvä työkalu postoperatiivisen potilaan kuntoutumisen seurannassa, mutta sen käyttö on aikaa vievää (Skaarstad ym. 2016).

Vahvan näytön mukaan, kun hoitohenkilökunnan huomio raportoinnin aikana, kuten esimerkiksi potilaan siirrossa, on täysin jakamatonta. Kun huomio keskittyy vain raportointitilanteeseen, tiedon muistaminen parantuu yli kolmanneksella (Arenas ym. 2014.) Smithin ym. (2008) ja Arenasin ym. (2014) mukaan, huolimatta siitä, että

hoitajat työskentelevät kiireisessä ja jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä, hoitajat pystyivät silti hyvin muistamaan tärkeitä tietoja liittyen potilaaseen. Tiedon priorisointi ja tiedon palauttaminen mieleen ovat tärkeitä henkilön sisäisiä tekijöitä tiedon muistamisessa (Rose ym. 2016).

7.3 Inhimilliset tekijät

Tiimityö on tärkeä osa terveydenhuollon luotettavuuden kannalta (Randmaa ym. 2016). Kirurgisessa hoitotyössä huono tiimityöskentely potilaansiirron aikana on yhdistetty kasvaneisiin postoperatiivisiin komplikaatioihin ja kuolemiin (Randmaa ym. 2016; Rose ym. 2016). On havaittu, että kirurgisen tiimin eri jäsenillä on erilaiset näkemykset kirurgisen potilaan hoidon kulusta teho-osaston tiimin jäseniin verrattuna (Rose ym. 2016). Olisi tärkeää, että eri ammattilaisilla olisi yhteinen ymmärrys potilaan hoidosta (Randmaa ym. 2016).

Anestesiaan liittyvistä haittatapahtumista 60% on inhimillisistä tekijöistä aiheutuneita (Rose ym. 2016). Suurin osa haittatapahtumista ilmenee toimenpiteen aikana ja toiseksi eniten lääkityksen tai hoidon aikana (Nast, Avidan, Harris, Krauss, Jacobsohn, Petlin, Dunagan & Fraser, V. 2005). Esimerkiksi lasten kivunhoidossa hoitajat arvioivat lapsen kivun liian alhaiseksi (Pölkki ym. 2005). Myös kommunikointi on inhimillinen tekijä (Rose ym. 2016), jossa tapahtuvat virheet johtavat hoitovirheisiin (Arenas ym. 2014). Lisäksi henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten työkokemus, käsiala ja ammatillinen soveltuvuus, vaikuttavat hoitotyön laatuun (Rose ym. 2016).

7.4 Organisaationaaliset tekijät

Heräämoympäristö voi olla stressaava ja kiireinen heräämöhoidajalle, jonka on muistettava hätätilanteiden varalta potilaiden tietoja (Arenas ym. 2014). Smith ym. (2008) päätyivät samoihin johtopäätöksiin. Potilassiirtoympäristölle on tyypillistä, että keskeytyksiä, jotka vaikuttavat potilasta vastaanottavan hoitajan kykyyn muistaa asioita, tapahtuu usein (Randmaa ym. 2016). Hoitajat voivat joskus joutua tai kokea joutuvansa ottamaan vastuuta ottamalla kantaa anestesia- ja lääkärien turvalliseen

toimintaan, mikä voi vaikuttaa hoitajien kykyyn tuoda esille turvallisuushuolia (Smith ym 2008).

Organisaatioista johtuvan toimenkuvan vuoksi potilassiirrot tapahtuvat muiden hoitotoimien seassa, ja työnkuvan vuoksi anestesiatiimi voi joutua odottamaan heräämöhoidajan vapautumista. Myös heräämoympäristö, joka mahdollistaa erilaisia häiriötekijöitä, vaikuttaa anestesiasta toipuvan potilaan hoitoon. (Smith ym. 2008.) Organisaation standardien seuraaminen potilassiirrossa auttaa parantamaan potilasturvallisuutta tehostaen tiedonsiirtoa anestesiahenkilökunnan ja heräämöhoidajan välillä (Rose ym. 2016). Nastin ym. (2005) mukaan vaaratapahtumista toiseksi eniten johtui organisaatiollisista tekijöistä ja kyseisistä tapahtumista potilashaittaan johti 22%. Päättäjien tulisi kiinnittää huomiota heräämöhoidon ympäristöön (Randmaa ym. 2016).

Viestinnän rooli on kasvanut, sillä terveydenhuollon järjestelmät ovat muuttuneet monimutkaisemmiksi (Tamminen ym. 2015). Organisaation käytäntöjä tarvitaan, jotta häiriötekijöitä potilassiirtojen aikana saisi vähennettyä. Esimerkiksi tiedonsiirron standardisoinnilla saatiin parannettua tiedon siirtymistä, vaikka ei ollut selvää, lisääntyikö heräämöhoidajien tieto perioperatiivista tiedoista. (Rose ym. 2016.) Tarkistuslistat-kappaleessa mainitun tarkastuslistojen käytön on todettu vähentävän sairastavuutta ja kuolleisuutta (Arenas ym. 2014). Tätä vahvistaa tutkimus, jonka mukaan pienimpiä määriä haittatapahtumia oli sairaaloissa, joilla oli korkeammat pisteet potilasturvallisuuskulttuurinsa perusteella (Rose ym. 2016).

Moniammatillinen potilassiirto, kuten potilaan siirtäminen leikkaussalista heräämöhön, siirtää tiettyjä vastuita liittyen potilaan hoitoon ja delegoi osan vastuista ja tehtävistä. Kuten vastuunsiirto-kappaleessa on mainittu, kokonaisvastuu säilyy kuitenkin anestesiologilla. (Smith ym. 2008.)

Turvallisuuden takaamiseksi heräämöpotilaat vaativat paljon resursseja, joten päättäjien on pyrittävä huomioimaan henkilöstön määrä riittäväksi (Randmaa ym. 2016). Suomalaisen tutkimuksen mukaan valvontatasoisten heräämöpotilaiden

vaatimukset ovat korkeat ja heidän tilansa on usein kriittinen, tai riskissä muuttua nopeasti huonoksi, mikäli potilasta ei seurata tarkasti ja reagoida tilan muutoksiin välittömästi (Troberg, Jousela, Niemi & Niemi-Murola 2015). Kahdessa tutkimuksessa oli mainittu hereillä olevien potilaiden seurantaan vaadittavien hoitajien määrästä. Ensimmäisessä tutkimuksen mukaan tarvittiin kahta potilasta varten yksi hoitaja. (Nast ym. 2005.) Toisessa kerrottiin, että kansainvälisten ohjeiden mukaan heränneiden potilaiden valvontakäytännöksi riittäisi yksi hoitaja kolmea potilasta kohti (Tan, Tan, Wee, Yang, Gao, Ho & Ong 2014).

Kiire vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Henkilökunnan on tehtävä nopeita päätöksiä potilasturvaalisuuden ylläpitämiseksi. (Rose ym. 2016.) Työnkuva on arvaamaton, ja potilaan tilan seuraamiselle voi yllättäen tulla esteitä ja häiriötekijöitä. Henkilökunnan on usein seurattava riskialttiita potilaita kiireellisissä tilanteissa tehden samalla muita hoitotoimia (Smith ym. 2008). Postoperatiivisen hoidon turvallisuuden parantamiseksi tarkistuslistat, kuten ESS ja MEWS, vievät vain vähän aikaa käyttää, ja ovat tehokkaita heräämöhoidossa käytettäviä apuvälineitä (Skraastad ym. 2016).

Kuten aiemmin on mainittu, hoitajat voivat joutua ottamaan tehtäväkseen rajoittaa lääkäreiden toimintaa turvallisemmaksi. Esimerkkinä annettiin hoitajien tarve pitää anestesioologi heräämössä, kunnes he kokivat, että tilanne heräämössä oli riittävän turvallinen anestesiologin palaamiselle leikkaussaliin. (Smith ym. 2008.) Hoitaja-aloitteinen kivunhoito heräämössä on maailmalla yleinen käytäntö, jonka on tutkittu olevan turvallinen ja tehokas, jopa lääkärilähtöistä tehokkaampi vaihtoehto (Tan ym. 2014). Myös anestesiahoitajat voivat toimia anestesiologin ohjeiden mukaisesti omatoimisesti hoitaen anestesiologin usein tekemiä tehtäviä (Randmaa ym. 2016).

Raportoinnin systemaattinen opettamien alusta alkaen olisi kaikkein tehokkain tapa muuttaa vallitsevaa käytäntöä lääketieteen perusopetuksessa. Suomessa raportointiin, viestintään ja potilasturvallisuuteen liittyvää opetusta on vähän. Samassa tutkimuksessa on myös mainittu, että hoitajilla ja lääkäreillä on erilaiset viestintätyyli. (Tammien ym. 2015.) Yleinen linjaus tutkimuksissa on, että hoitajilla on enemmän viestintä- ja raportointikoulutusta, sekä heidän ammattitaitoaan voi käyttää laajalti

kivunhoidossa ja anestesiahoitossa (Randmaa ym. 2016; Baumgartner, Townsend, Winkleman & MacLaren 2018).

7.5 Hoitotyö

Leikkauksen jälkeinen kipu on suuri huolenaihe leikkauksesta toipuvilla potilailla. Skaarstadin ym. (2016) jopa 55% potilaista kokee, ettei heidän saamansa kivunhoito ole riittävää, ja suuri osa koki myös haittavaikutuksia kivunhoidosta. Vähäinen palaute kivunhoidosta tai haittavaikutuksien pelko voi johtaa väärin lääkeannosteluihin kivunhoidossa. Riittämättömän kivunhoidon on havaittu olevan yhteydessä korkeaan kivun aistimukseen, ahdistukseen ja ympäristön pelkoon, joka voi aiheuttaa esimerkiksi masennusta (Baumgartner ym. 2018). Kognitiivisia haittoja voidaan ehkäistä tehokkaalla kivunhoidolla (Gäddnäs & Huha 2009). Myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on. Monet lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista voivat suomalaisen tutkimuksen mukaan olla hyödyllisiä, erityisesti lasten kivun ja ahdistuksen hoidossa, vähentäen lapsen kokemaa hätää. (Pölkki ym. 2005.)

Ketamiinin käyttö postoperatiivisessa kivunhoidossa on todettu olevan turvallista ja tehokasta. Ketamiini on ideaali lääke postoperatiivisessa kivunhoidossa, sillä sen hengitykseen ja verenkiertoon kohdistuva lamaava vaikutus on erittäin vähäinen. Ketamiini lisäksi tehostaa tyypillisesti käytettyjen kipulääkkeiden, opioidien, kipua lievittävää vaikutusta, mikä puolestaan vähentää toleranssin kertymistä opioideille. Opioidien, erityisesti suonensisäisesti, on havaittu aiheuttavan hengityslamaa ja vähentävän kognitiivisia toimintoja. (Gäddnäs ym. 2009.) Ketamiinin käyttö perinteisten analgesialääkkeiden lisänä on tehokas potilaan leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa, ja sen käyttö vähentää opioidien tarpeen lisäksi myös ahdistuslääkkeiden tarvetta. Tutkimuksessa olleen ketamiiniprotokollan avulla saatiin laskettua opioidien ja bentsodiatsepiinien tarvetta noin neljänneksellä. (Baumgartner ym. 2018.)

Merkittäviä verenpaineen ja pulssin muutoksia ei havaittu tutkimuksessa. Myöskään yleisesti ketamiinille tyypillisiä haittavaikutuksia, kuten pahoinvointia, oksentelua,

hallusinaatioita, ärtyneisyyttä, ahdistuneisuutta ja vilkkaita unia ei havaittu kyseissä tutkimuksissa. Neurologisia komplikaatioita ei ilmennyt. Samassa yhteydessä kerrottiin, että aiemmissa tutkimuksissa oli havaittu yhteys ketamiinin käytön ja psyykkisten oireiden sekä pahoinvoinnin välillä. Hoitaja-aloitteiseen ketamiiniprotokollaan, jota tutkimuksessa käytettiin, kuului midatsolaamin annostelu ennen ketamiinia, jotta psyykkisiä haittavaikutuksia saataisiin ennaltaehkäistyä. (Baumgartner ym. 2018.)

Perinteiset kivunhoitomenetelmät ovat usein riittämättömiä hoitamaan kipua, vaikka samalla haittavaikutukset ovat merkittäviä (Baumgartner ym. 2018). Suurella otoskoolla, yhteensä yli satatuhatta osallistujaa, on tutkittu ja saatu selville, että postoperatiivinen kivunhoito aiheuttaa usein haittavaikutuksia. (Skraastad ym. 2016).

Hoitaja-aloitteinen kivunhoito on maailmalla yleisesti käytössä. Hoitajat pystyvät annostelemaan kipulääkitystä nopeammin kuin lääkäri, eikä komplikaatioita ollut. Käytäntö oli käytössä tutkimuksessa vain ASA 1 ja ASA 2 potilaille. (Tan ym. 2014.) Ketamiiniprotokolla-tutkimuksessa ketamiinin annostelivat hoitajat ja senkin on todettu olevan turvallinen käytäntö (Baumgartner ym. 2018).

Muista hoitotoimenpiteistä oli mainittu vain yhdessä tutkimuksessa.

Verensokeritasojen kontrolloimisesta välille 5-8mmol/l todettiin olevan hyötyä myös postoperatiivisen kognitiivisen dysfunktion vähentämiseksi. Lisäksi kognitiivisia häiriöitä voidaan vähentää postoperatiivisesti ylläpitämällä lievää hypotermisyyttä ja lämmittämällä potilasta hitaasti. (Gäddnäs ym. 2009.)

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelu

Tulimme siihen lopputulokseen, että teemojen keskeinen sisältö vastaa suoraan tutkimuskysymykseemme. Tulosten pohjalta voidaan päätellä, että potilassiirto ja sen aikainen tiedon- sekä vastuunsiirto, moniammatillinen kommunikointi ja tiimityö ovat isossa osassa postoperatiivista hoitotyötä anestesiahoitajan työssä. Potilassiirtotilanne pitäisi standardisoida sekä siirrossa pitäisi käyttää virallista, kirjallista dokumentointia. Näin ollen tiedot, jotka rutiinitapauksien yhdeyssä voivat jäädä huomioimatta, tulevat myös raportoiduksi, sekä huomio keskittyy tilanteeseen paremmin, minkä on todettu parantavan potilasturvallisuutta. Lisäksi tiedonsiirrossa sekä postoperatiivisessa hoidossa voitaisiin käyttää tarkistuslistoja: ESS, MEWS ja PQRS. Vastuunsiirtoa olisi myös hyvä pyrkiä ajoittamaan samaan aikaan potilassiirron kanssa. Koska vastuunsiirto on kuitenkin vähän tutkittu asia, siinä on mahdollisesti paljon kehittämistä.

Postoperatiivinen toimintaympäristö on kiireinen ja stressaava, minkä takia keskittyminen ja tiedon muistaminen vaikeutuvat. Tällä on suora vaikutus potilasturvallisuuteen. Organisaation päättäjien tulisi huomioida tämä käytäntöjä tehdessä, sillä niitä tarvitaan häiriötekijöiden vähentämiseksi. Lisäksi heidän tulisi huomioida tilanteeseen sopivat hoitajamitoitukset, sillä heräämöpotilaat voivat olla riskialttiita nopeille voinnin muutoksille. Hyvällä potilasturvallisuuskulttuurilla voidaan vähentää haittatapahtumien esiintyvyyttä.

Tutkimusten mukaan hoitaja-aloitteiset lääkehoitoprotokollat kivunhoidossa ovat osoittautuneet turvallisiksi ja jopa nopeammiksi kuin perinteiset lääkäri-aloitteiset protokollat. Hoitaja-aloitteinen lääkehoitoprotokolla on yleinen käytäntö maailmalla, ja voisi olla käypä menetelmä tulevaisuudessa myös Suomessa. Postoperatiivisen potilaan hoidossa ketamiini on turvallinen ja tehokas lisä perinteiseen opioideja sisältävään kivunhoitoprotokollaan, sillä se ei lamaa hengitystä ja verenkiertoa. Ketamiinin käytön yleistyminen olisi hyvä asia potilaiden kannalta, sillä perinteiset kivunhoitomenetelmät ovat riittämättömiä, vaikka aiheuttavat paljon haittavaikutuksia.

Vertailimme omaa kirjallisuuskatsaustamme vastaavasta aiheesta Hartikaisen (2012) tekemään opinnäytetyöhön ”Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä -

systemaattinen kirjallisuuskatsaus”, jossa pyrittiin selvittämään, mitä potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä on. Keskeisinä tuloksina todettiin, että tarkastuslistat vähensivät komplikaatioita. Potilaan monitoroinnilla pystyttiin havaitsemaan mahdollisesti vaarallisia elintoimintojen muutoksia. Katsauksessa ilmeni, että hyvällä leikkausasennolla voidaan ehkäistä potilalle koituvia hermovaurioita. Yksi tärkeä katsauksen tulos oli aseptiikan tärkeys. Kiireinen ympäristö oli aseptiikan toteutumista vaarantava tekijä. Vaurioituneet leikkausinstrumentit lisäsivät komplikaatiriskiä katsauksen tulosten mukaan. Lääkkeiden ja mahdollisten haittavaikutuksien on katsauksessa todettu vaikuttavan potilasturvallisuuteen. Sairaanhoidajat ovat pääasiassa vastuussa lääkkeiden käyttökuntoon saattamisesta. Totuudenmukaisuus kirjaamisessa pienentää riskiä kirjaamiseen liittyville haittatapahtumille. Huono tiimityöskentely voi heikentää potilasturvallisuuden toteutumista. Kirjallisuuskatsauksessa todettiin myös, että riskimittareilla voitiin vähentää yleisesti esiintyviä potilashaittoja, kuten pahoinvointia. (Hartikainen 2012.)

Tulokset Hartikaisen (2012) opinnäytetyössä korreloivat samojen osa-alueiden alueelta kirjallisuuskatsauksemme tulosten kanssa. Kyseisessä opinnäytetyössä huomattavimpana tuloksina olivat tarkistuslistojen hyödyntämisen, lääkehoidon, kirjaamisen ja tiimityöskentelyn vaikutus potilasturvallisuuteen. Nämä olivat samassa linjassa saamiemme tulosten kanssa. Hartikaisen opinnäytetyössä mainittu kiire, joka johti aseptiikkavirheisiin, oli yhtä mieltä saamiemme kiireeseen liittyvien tulosten kanssa. Mikään tuloksista ei ollut ristariidassa omien tulostemme kanssa.

8.2 Luotettavuus ja eettisyys

Koska tutkimusten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta, jolla tarkoitetaan, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. Validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sen kuuluukin mitata. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.)

Kaikissa tutkimuksissa, tulisi arvioida luotettavuutta ja pätevyyttä edes jollain tavalla. Laadullisissa tutkimuksissa luotettavuutta parantaa tutkijoiden tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta, sekä tulosten tulkinnasta tulisi kertoa, millä perusteella tulkintoja esitetään ja mihin päätelmät perustuvat. Autenttisen dokumentoinnin esittäminen, kuten suorien haastatteluotteiden esittäminen, parantaa tutkimusselostetta auttaen lukijaa ymmärtämään tutkijan tulkintaa. Katsauksessamme kerroimme kirjallisuushausta ja analyysivaiheista mahdollisimman tarkasti. Liitteessä 5 olemme listanneet kaikki käytetyt alkuperäiset viittaukset, joiden pohjalta teimme tulkinnan ”katsauksen tulokset” -kappaleessa. Luotettavuutta heikentävät englanninkielisten tutkimusten tulosten pohjalta tehdyt tulkinnat, sillä Hirsjärven ym. (2007, 227) mukaan, vaikka tulosten kääntäminen suomeksi onnistuisi hyvin, ovat käänkösvirheet silti mahdollisia.

Tutkimuksen validiutta voidaan tarkentaa triangulaatiolla eli käyttämällä useampia tutkimusmenetelmiä tutkimuksessa. Tutkijatriangulaatiolla tarkoitetaan useamman tutkijan osallistumista aineiston keräykseen, tulosten analysointiin ja tulosten tulkittamiseen. Aineistotriangulaatiolla tarkoitetaan usean erilaisen tutkimusaineiston keräämistä saman ongelman ratkaisemiseksi (Hirsjärvi ym. 2007, 227.)

Katsauksessamme validiutta parantaa se, että kaksi tekijää suoritti aineiston keruun, analysoinnin ja tulkinnan. Aineistoa katsaukseen keräsimme monista eri tietokannoista sekä käsin selaamalla monista eri lehdistä. Negatiivisesti validiuteen vaikuttaa tulosten saatavuus eri tietokannoista, sillä osa tutkimuksista oli maksullisia. Lisäksi tietokannat tuottivat laajasti vaihtelevan määrän hakutuloksia valituilla hakukriteereillä.

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan erilaisia päätöksentekotilanteita, joita tutkijan on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja tulee arvioida tutkimusetiikan näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007,146.)

Katsauksessamme pyrimme välttämään plagiointia merkitsemällä lähdeviitteet ohjeiden mukaisesti. Kirjallisuushakuvaiheessa eettisyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavat tekijöiden valitsemat hakusanat ja hakukriteerit tutkimusten valitsemiseksi sekä tekijöiden oma tulkinta katsaukseen valituista tutkimuksista.

8.3 Oppimisprosessi

Aloitimme opinnäytetyön ohjauksen tammikuussa 2018, jolloin olimme vasta muodostamassa aihetta, josta halusimme opinnäytetyön tehdä. Kävimme Joensuun keskussairaalassa anestesia- ja leikkausosaston osastonhoitajan kanssa keskustelemassa, voisivatko he toimia mahdollisina toimeksiantajina, mutta lopulta kävi niin, ettei Siun sote voinut olla opinnäytetyömme toimeksiantaja. Saimme toimeksiannon Karelia-ammattikorkeakoululta perioperatiivisesta hoitotyöstä vastaavalta opettajalta, kun päätimme tehdä aiheesta kirjallisuuskatsauksen. Teimme suullisen toimeksiantosopimuksen keväällä 2018.

Kirjallisuushaun suoritimme touko-heinäkuun välisenä aikana. Haku kesti odotettua kauemmin, koska kesällä ilmeni ongelmia aikataulun kanssa, mikä hidasti kirjallisuushakua. Lisäksi hakukriteerien muodostaminen sopivaksi tuotti haasteita, joista huolimatta haku saatiin suoritettua onnistuneesti. Hakuprosessin aikana kehityimme luotettavan tiedon hakemisessa. Huomasimme, että suomenkielistä tutkimusaineistoa oli niukasti, erityisesti internet-tietokannoissa, sillä suurin osa löytämistämme suomenkielisistä tutkimuksista löytyi käsin selaamalla.

Kuten kirjallisuuskatsauksen tapauksessa on oletettavaa, aineiston läpikäynti ja analysointi oli työlästä. Päädyimme tekemään induktiivisen sisällönanalyysin, jonka tulokset saatiin esille lähdeainestoa abstrahoimalla taulukon muotoon. Päädyimme ”trial and error” -menetelmällä eli yrityksen ja erehdyksen kautta muodostamaan liitteenä olevat taulukot 4 ja 5. Teimme analysoinnin taulukoinnin lomassa, minkä vuoksi se oli opinnäytetyön työläin ja haastavin osuus. Pyrimme taulukoita muodostaessa tekemään niistä mahdollisimman selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Tämä auttoi konkretisoimaan katsauksen tulokset kirjalliseen muotoon. Lopuksi pohdinnan kirjoittaminen katsauksen tuloksia tarkastallessa oli suhteellisen helppoa aiemmin tehdyn työn ansiosta. Haastetta opinnäytetyön prosessin loppuvaiheessa toi katsauksen tulosten täsmentäminen siten, että se vastaa tutkimuskysymykseen.

8.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Uutta tutkimustietoa hyödyntämällä voidaan löytää uusia ajatuksia ja laajentaa tietoperustaa, jonka johdosta voidaan kyseenalaistaa ja kehittää terveydenhuollon käytäntöjä sekä interventioita terveydenhuollossa. Tutkimustuloksien hyödyntäminen päätöksenteossa tai toiminnan muuttamisessa tarkoittaa ongelmalähtöistä hyödyntämistä, jossa lähtökohtana on terveydenhuollossa tunnistettu ja määritelty ongelma. Ongelmaan etsitään ratkaisua hakemalla aiheeseen liittyvää tutkimus tietoa eri tietokannoista. Jos tutkimustieto on luotettavaa ja korkeatasoista, sen perusteella voidaan tehdä muutoksia ongelman ratkaisemiseksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 174–176.)

Kirjallisuuskatsauksemme aihe muodostui Vehosalmen (2010) tekemän opinnäytetyön jatkotutkimusehdotuksesta, jossa ehdotettiin tutkimaan potilasturvallisuutta hoitajien näkökulmasta. Tämän takia rajasimme aiheemme anestesiahoitajan rooliin ja pyrimme löytämään tietoa anestesiahoitajan näkökulmasta. Löysimme aiempia suomenkielisiä opinnäytetöitä liittyen potilasturvallisuuteen anestesiahoitajan työssä peri- ja intraoperatiivisessa vaiheessa. Emme kuitenkaan löytäneet yhtään postoperatiiviseen tai preoperatiiviseen vaiheeseen liittyviä opinnäytetöitä. Tämän vuoksi päätimme suunnata kirjallisuuskatsauksemme postoperatiiviseen vaiheeseen. Saamamme tulokset muodostivat hyvän käsityksen anestesia- ja heräämöhoidajan työstä postoperatiivisessa vaiheessa sekä toivat uusia näkökulmia, jotka eivät ole standardikäytäntöjä kaikkialla. Katsauksemme tuloksia voitaisiin hyödyntää sairaanhoitajien perioperatiivisen hoitotyön koulutuksessa sekä anestesiahoitotyöstä kiinnostuneiden opiskelijoiden syventävän vaiheen opetusmateriaalina. On tutkittu, että hoitotyön opiskelijat odottavat opetusmateriaalin pohjautuvan ajantasaiseen tutkittuun tietoon (Laapio 2012).

Jatkotutkimusehdotuksina voisi olla virallisen potilassiirtotilanteen dokumentoinnin implementointi ja toisena tiimityön sekä kommunikoinnin parantamisen keinot. Kolmantena jatkotutkimusehdotuksena voisi olla erilaisten potilassiirtomenetelmien

kokeilu, esimerkiksi, jos heräämöhoitaja tulisi leikkaussaliin hakemaan potilaan ja tiedonsiirto suoritettaisiin siellä, jolloin ympäristö olisi rauhallisempi ja potilas siirrettäisiin vasta raportoinnin jälkeen. Lisäksi voitaisiin tutkia erilaisia rauhallisen ympäristön menetelmiä. Neljäntenä voitaisiin tutkia erilaisia raportointiin liittyviä koulutuksia, jotta eri ammattiryhmille saataisiin yhtenäinen viestintätyyli ja -näkemys potilaan hoidosta, sekä selvitetäisiin, mitkä asiat on tärkeä raportoida. Lisäksi voisi tutkia, minkälaisia hoidollisia menetelmiä on olemassa postoperatiivisen potilaan turvallisuuden ja leikkauksesta toipumisen parantamiseksi.

Lähteet

- Anesthesiazone. 2018. CRNA information.
<http://www.anesthesiazone.com/crna-information.aspx>. 1.5.2018.
- Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G. & Patil, V. 2014. Undivided attention improves postoperative anesthesia handover recall. *Yhdysvallat*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096459/>. 25.6.2018.
- Axelin A., Stolt M. & Suhonen R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.
- Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K. & MacLaren, R. 2018. CE: Original Research The Efficacy and Safety of an RN-Driven Ketamine Protocol for Adjunctive Analgesia During Burn Wound Care. *Yhdysvallat*.
https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2018/07000/CE_Original_Research_The_Efficacy_and_Safety_of.22.aspx. 16.7.2018.
- Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Emanuel, L., Martin, H., Leape, L., Reason, J., Schyve, P., Vincent, C. & Walton, M. 2008. What exactly is patient safety? *Yhdysvallat*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/>. 12.6.2018.
- Emanuel, L, Berwick, D., Conway, J., Combes, J., Martin, H., Leape, L., Reason, J., Schyve, P., Vincent, C., Walton, M. 2008. What exactly is patient safety?
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249863>. 17.6.2018.
- Gäddnäs, F. & Huha, T. 2009. Postoperatiiviset kognitiiviset ongelmat.
http://www.finnanest.fi/files/gaddnas_postoperatiiviset.pdf. 27.6.2018.
- Hartikainen, S. Hoitotyön koulutusohjelma. Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä. 2012. Saimaan ammattikorkeakoulu.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53271/Hartikainen_Saara.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 17.8.2018.
- Helovuola A., Kinnunen M., Kuosmanen A. & Peltomaa K. 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta: opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle.
http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf. 2.5.2018.
- Helovuola A., Kinnunen M., Peltomaa K. & Pennanen P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy,
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ilola T. & Hoikka I. Anestesiahoitotyön käsikirja [e-kirja]. Duodecim. 2013.
<https://www-terveysportti-fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/shk/koti>. 6.5.2018.
- Karma A., Kinnunen T., Palovaara M. & Perttunen J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Knuuttila J., Ruuhilehto K., Wallenius J. 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi.
https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf. 3.9.2018.
- Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Latvala, E. & Tuomi S. 2016. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
<https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/kirjallisuuskatsaukset/>. 10.5.2018.
- Laapio, E., 2012. Terveystieteiden tiedekunta. Tieteellisen tiedon käyttö hoitotyön opetuksessa opiskelijoiden arvioimana. Tampereen yliopisto.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83653/gradu05974.pdf?sequence=1>. 11.5.2018.
- Nast, P., Avidan, M., Harris, C., Krauss, M., Jacobsohn, M., Petlin, A., Dunagan, C. & Fraser, V. 2005. Reporting and classification of patient safety events in a cardiothoracic intensive care unit and cardiothoracic postoperative care unit. *Yhdysvallat*.
[https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223\(05\)00959-1/fulltext](https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223(05)00959-1/fulltext). 29.6.2018.

- Peda.net. Induktiivinen ja deduktiivinen päättely.
<https://peda.net/kotka/lukiokoulutus/karhulanlukio/opiskelu/oppiaineet/filosofia/jf/argumentointi/nimet%C3%B6n-05ae>. 3.9.2018.
- Peltomaa K. & Väisänen O. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Duodecim.
<http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/shk/koti>. 16.6.2018.
- Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H. & Kiviluoma, K., 2005. Interventiotutkimus: mielikuvien käyttö ja rentoutumienn lapsipotilaiden postoperatiivisen kivun lievityksessä. *Hoitotiede lehti* 19 (2), 102-111.
- Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C. & Mårtensson, G. 2016. The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses. Uppsala, Ruotsi.
<https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e015038.long>. 6.7.2018.
- Rose, M. & Newman, S. 2016. Factors Influencing Patient Safety During Postoperative Handover. *Yhdysvallat*. https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/factors-influencing-1016-pp329-338.pdf?sfvrsn=9dd448b1_6. 21.6.2018.
- Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L. & Kuklin, V. 2016. Development and validation of the Efficacy Safety Score (ESS), a novel tool for postoperative patient management. *Yhdysvallat*.
<https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12871-017-0344-0>. 21.6.2018.
- Smith, A., Pope, C., Goodwin, D. & Mort, M. 2008. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: observational study of handovers in the recovery room. *Iso-Britannia*.
[https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)34194-6/fulltext](https://bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)34194-6/fulltext). 23.6.2018.
- Tamminen, J. & Metsävainio K. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta.
http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_paranta_a_potilasturvallisuutta.pdf. 12.6.2018.
- Tan, M., Tan, B., Wee, C., Yang, J., Gao, F., Ho, K. & Ong, S. 2014. A Randomised Controlled Trial Evaluating the Efficacy of a Nurse Controlled Analgesia (NCA) Protocol in Post Anaesthesia Care Unit (PACU). Singapore, Singapore.
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/201010581102000207>. 13.7.2018.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8.§.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Potilasturvallisuus.
<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>. 1.5.2018.
- Troberg, A., Jousela, I., Niemi, T., Niemi-Murola, L., 2015. Pitkittänyt heräämövalvonta – Miksi ja kenelle?
http://www.finnanest.fi/files/troberg_jousela_niemi_niemi-murola_pitkittynyt_heraamovalvonta.pdf. 12.6.2018.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Vehosalmi J. 2010. Kirjallisuuskatsaus: Hoitotieteellisen tutkimuksen näkökulma anestesiahoitajan työhön. Vaasan ammattikorkeakoulu.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53271/Hartikainen_Saara.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 30.4.20

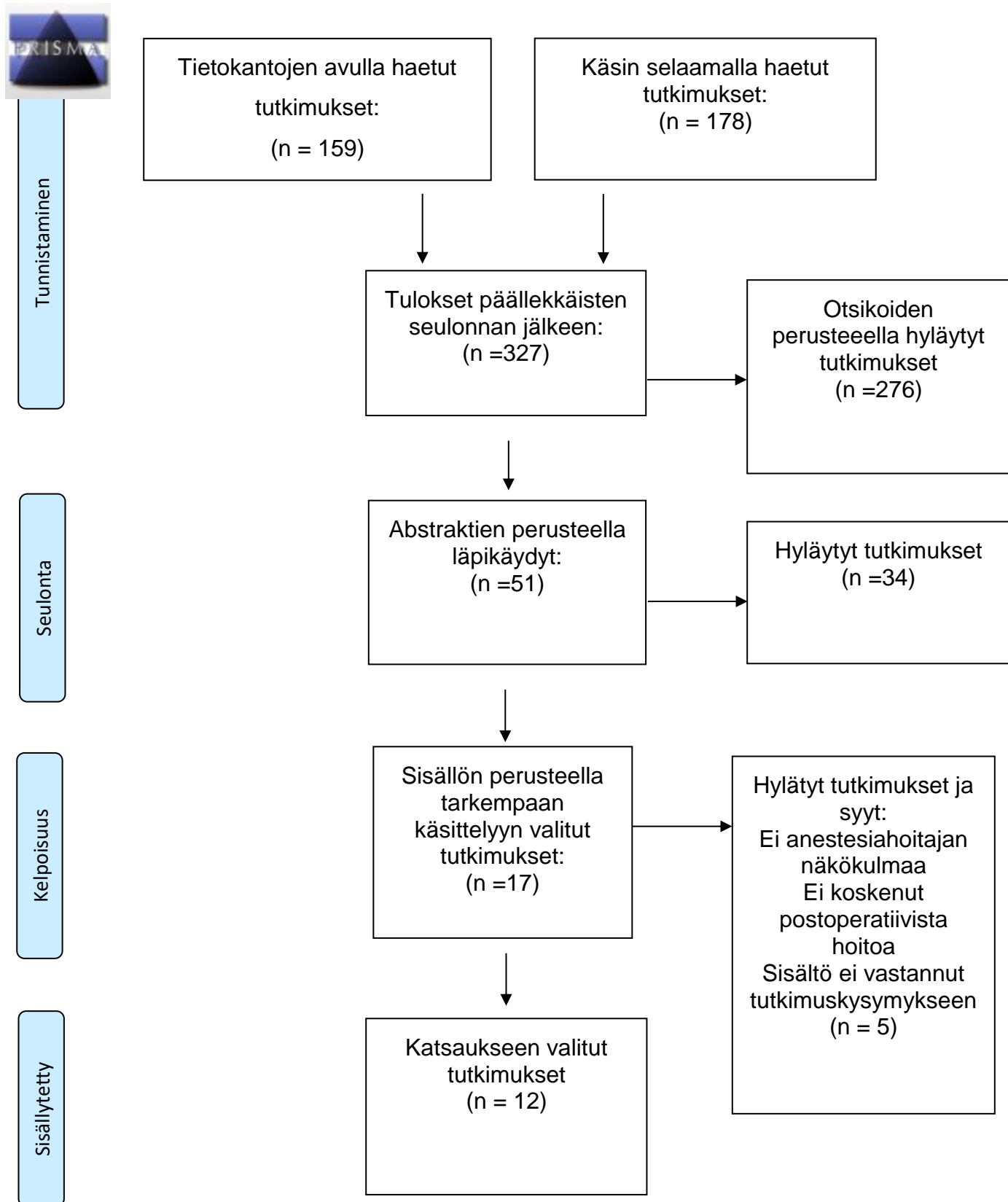
Liite 1: Hakusanat, rajaukset ja hakutulokset

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulokset
CINAHL	" anesthesia nursing patient safety postoperative"	Linked full text. Vuodet 1990-2018. Kieli englanti. Databases; All	10
	" anesthesia nursing", "patient safety", "postoperative"	Linked full text. Vuodet 1990-2018. Kieli englanti. Databases; Cinahl.	<u>4</u>
Cochrane library	"post-anesthesia care", "safety"	year= 1990-2018, aiheet = all	31
	"post-anesthesia care", "safety", "nurse"	year= 1990-2018, aiheet = all	27
	"postoperative", "patientsafety", "anesthesia nursing"	year= 1990-2018, aiheet = all	<u>5</u>
	"post-anesthesia care", "safety", "complication"	year= 1990-2018, aiheet = all	27
	"post-anesthesia care", "safety", "complication", "nurse"	year= 1990-2018, aiheet = all	23
	"patient safety", "post anesthesia"	year= 1990-2018, aiheet = all	3
	"post-operative care unit"	year= 1990-2018, aiheet = all	1
	"patient safety" "post-operation"	year= 1990-2018, aiheet = all	1
	"patient safety post anesthesia"	year= 1990-2018, aiheet = all	0
Finna	"patient safety", "postoperative", "anesthesia nursing"	year 1990-2018, aiheet "nursing", "anesthesia", "patient safety", koko teksti saatavilla	<u>12</u>
Google scholar	"post operative care" "patient safety" "nursing" "anesthesia" "complication"	Any time	1610
	"postoperative care" "patient safety" "nursing" "anesthesia" "complication"	Any time	1610
	"Post-anesthesia care" "patient safety" "nursing"	Any time	1340

Liite 1: Hakusanat, rajaukset ja hakutulokset

	"patient safety" "postoperative care unit"	Any time	181
	"patient safety" "anesthesia nursing" "post operative"	Vuosiväli=1990-2018	<u>110</u>
	"patient safety" "postoperative care unit" "nursing" "complications"	Any time	65
	"patient safety" "postoperative care unit" "nursing" "complication"	Any time	<u>23</u>
	"Postoperative care patient safety", "Nursing"	Any time	7
	"Post-operative care patient safety", "Nursing"	Any time	1
Medic	"Potilasturvallisuus, postoperatiivinen, anestesia"	Kieli = Suomi. Vuosiväli = 1990-2018	0
	"Potilasturvallisuus, postoperatiivinen, anestesiahoito"	Kieli = Suomi, Vuosiväli = 1990-2018	0
PubMed	" post-operative patient safety anesthesia nursing"	year 1990-2018, Abstract and free full text	<u>28</u>
	" post-operative, patient safety, anesthesia nurse"	year 1990-2018, Abstract and free full text	20
	" post-operative, patient safety, anesthesia nursing complication"	year 1990-2018, Abstract and free full text	9

Liite 2: PRISMA P Flow- diagrammi 2009.



Liite 2: PRISMA P Flow- diagrammi 2009.

Liite 3: Katsaukseen valitut tutkimukset

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen/artikkelin tarkoitus	Metodologiset ja metodiset valinnat	Kohderyhmä	Primaariset tulokset	Sekundaariset tulokset	Keskeiset johtopäätökset	Miten vastaa tutkimuskysymykseen
1) Nast, P., Avidan, M., Harris, C., Krauss, M., Jacobsohn, M., Petlin, A., Dunagan, C., Fraser, V. 2005. USA	Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida uudenlaista mekanismia potilasturvallisuuden vaikuttavien tapahtumien raportointiin ja luokitteluun potilasturvallisuuden raportoinnin ja priorisoinnin kasvattamiseksi.	Potilasturvallisuus häiritsevyyttä varten tarkoitettu raportointi malli, joka on saatavilla kaikille terveysalan ammattilaisille.	Sydän- ja keuhko heräämön ja teho-osaston potilaat.	163 häiritsevyyttä raportista 121 häiritsevyyttä raportoituihin teho-osastoilla.	Suurin osa häiritsevyyttä aiheutunut inhimillisistä virheistä ja organisaatiosta johtuvista tekijöistä.	Raportointi mallin hyödyntäminen teho-osastoilla sekä pre- ja postoperatiivisissa yksiköissä on toteuttamiskelpoinen ja se helpottaa yksikön kommunikointia.	Suurin osa potilasturvallisuuden vaikuttavista tekijöistä on ihmistoiminnasta johtuvia tapahtumia, joista suurin osa on lääkitykseen sekä muihin hoitotoimenpiteisiin liittyviä.
2) Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli testata mielikuvien käytön ja rentoutumisen vaikuttavuutta lapsipotilaiden postoperatiivisen kivun lievityksessä.	Kyselytutkimus, joka suoritettiin Oulun yliopistollisessa sairaalassa.	Lapset olivat 8-12 vuotiaita ja heitä oli 60 kappaletta 30 per ryhmä.	Hoitoryhmässä kipu väheni, mutta kontrolliryhmässä ei.	Kontrolliryhmässä olleilla lapsilla oli vähemmän kipua, kuin hoitoryhmään kuuluvilla lapsilla.	Lasten postoperatiivisessa kivunhoidossa tulee huomioida lapsen ikä ja kehitystaso.	Hoitohenkilökunta aliarvioi lapsipotilaan kipua.
3) Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.	Tutkimuksen tarkoituksena kuvailla kuinka anestesiaryhmä informoi heräämöhoidajia.	Tutkimus suoritettiin havainnoimalla sekä haastatteleamalla.	17 anestesiologia ja 15 sairaanhoitajaa.	Hoitajan ja lääkärin välinen interaktio vaikuttaa potilassiirrosta tapahtuvan vastuunvaihtoon.	Havaittiin, että sairaanhoitajilla on aikaisemmin luultua suurempi rooli määrittelemässä anestesia- ja hoitajien toimintaa.	Potilassiirrosta luonnollinen toimintatapa vaikuttaisi toimivan kaavamaisesta organisaatiokieltä paremmin potilasturvallisuuden kannalta.	Anestesiologeilla ja hoitajilla oli erilaiset odotukset informaation sisällön ajoituksen suhteen. Potilassiirtotilaisuus antaa mahdollisuuden käydä läpi potilaan hoidon kokonaan.

Liite 3: Katsaukseen valitut tutkimukset

4) Gäddnäs, F., Huha, T. 2009. Suomi.	Leikkausten jälkeisten kognitiivisten toimintojen häiriöiden riskiryhmien ja etiologisten tekijöiden tuntemus auttavat kehittämään aivoystävällisempiä hoitokäytäntöjä.	Tutkimustieto kerätty useista eri tutkimuksista.	Artikkelissa esiintyi kuuden tutkimuksen kohderyhmät, joissa osallistujia 250-2000 tutkimusta kohden.	Postoperatiiviseen kognitiivisen tilan laskuun vaikuttavia tekijöitä ovat kaikki tekijät, jotka leikkauksen aikana vaurioittavat aivoja.	Lievä hypotermisyys, hidas lämmittäminen ja kivunhoito vaikuttavat kognitiiviseen selviytymiseen..	Leikkauksikäytännöt voivat tulevaisuudessa parantua, kun kognitiivisen toimintakyvyn laskun taustoja ja kuinka niihin voidaan vaikuttaa parantuvat.	Artikkeli kertoi, mitkä ovat vaikuttavia tekijöitä postoperatiivisen kognitiivisten ongelmien muodostumisessa.
5) Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.	Tutkimuksen tarkoitus on tutkia, ilmeneekö potilassiirron samanlainen jakamaton huomio, kuin ennen leikkausta tehtävän tarkistuslistan läpikäynnin aikana.	Havainnointitutkimus.	Kohderyhmä oli anestesioilogit ja vastaanottavat heräämöhoitajat.	Tutkimuksessa selvisi, että jakamattoman huomion käytön potilassiirrosta ja paremman informaation muistamisen välillä oli suora yhteys.	Pieni ero havaittiin lapsipotilaiden ja aikuispotilaiden luovutusten jälkeisen muistamisen välillä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkittävä.	Potilasturvallisuutta voidaan parantaa, kun potilassiirroissa sekä informaation jakamisessa henkilökunnan huomio on jakamatonta.	Kun hoitaja keskittyy potilaaseen potilassiirron aikana täysin huomiota jakamattomasti, hän saa paremman kuvan potilaan tilasta.
6) Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.	Arvioida viestinnän merkitystä potilasturvallisuuden parantamisen näkökulmasta.	Arvioitu erilaisia raportointi malleja (esim. ISBAR, I-PASS yms.) tutkimusten kautta ja niiden vaikutusta haittatapahtumien määrään.	Eri kirurgian alojen ammattilaiset, sekä alan opiskelijat.	Kirurgisen potilaan hoidossa hyvä tiedonkulku on oleellinen osa hoidon onnistumisesta.	ISBAR:ia käyttämällä haittatapahtumien määrä on saatu laskemaan.	Viestinnän parantamiseen tähtäävät toimet kannattavat ja niiden opettaminen pitäisi aloittaa jo hoitohenkilökunnan koulutuksessa.	Suuri osa haittatapahtumista, jotka tapahtuvat terveydenhuollossa, liittyvät ongelmiin tiedonkulussa.

Liite 3: Katsauksen valitut tutkimukset

7) Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore.	Tutkimuksen tarkoitus oli määrittää hoitaja lähtöisen analgesiaprotokollan tehokkuus ja turvallisuus	Sairaalan leikkaussalissa suoritettu kokeilututkimus, jossa kivunhallintaa mitattiin sen vaikutusajan perusteella.	120 potilaasta jaettu 2 ryhmään sairaanhoitaja- ja lääkärlähtöisiin kivunhoitoprotokollaryhmiin.	Hoitajalähtöisellä analgesiaprotokollan huomattiin olevan yhtä turvallinen, kuin lääkärlähtöinen analgesiaprotokollan.	Potilaat saivat ensimmäisen morfiini annoksen nopeammin hoitaja lähtöisen analgesiaprotokollan aikana.	Hoitajat pystyvät antamaan leikkauksen jälkeistä kipulääkitystä yhtä turvallisesti, sekä tehokkaammin kuin lääkärit.	Hoitajalähtöisellä analgesialla ei ole vaikutusta turvallisuuden verrattuna lääkärin antamaan analgesiaan.
8) Troberg, A., Jousela, I., Niemi, T., Niemi-Murola, L., 2015. Suomi	Tunnistaa potilaat, jotka tarvitsevat ja hyötyvät pitkittyneestä heräämövalvonnasta. Auttaa kehittämään heräämövalvontaa tulevaisuudessa.	Aineisto kerätty heräämöhoidossa olevien potilaiden tiedoista kahden rauhallisimman ja kahden ruuhkaisimman kuukauden ajalta.	Kohderyhmä eri kirurgisten alojen potilaita.	Tutkittuja potilaita oli 155, ASA-luokat pääosin III, IV ja V, BMI jakaantui välille 16,4-52.	Hoito jakson aikana menehtyneistä 86.2% kuului ASA IV-V luokkaan. Kaikista potilasta yli puolet menehtyivät siirryttyään vuodeosastolle.	Pitkittyneestä heräämöhoidosta tarvitaan lisää tutkimustietoa.	Heräämöhoidon pitkittyminen kuormittaa henkilökuntaa, mikä puolestaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen.
9) Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia eri ammattiryhmien kuvauksia ja kokemuksia potilassiirrosta.	Haastattelututkimus	Kuusi eri ryhmää, joista jokainen, anestesioogit, anestesiahoitajat ja heräämöhoitajat muodostivat jokainen kaksi ryhmää.	Kaikkien tutkittavien näkökulma vaihteli riippuen ryhmästä vastuunvaihdosta.	Sängyn vierellä tapahtuvasta potilaan siirrosta oltiin sitä mieltä, että se voisi lisätä kontrollia siirtojen välillä.	Ammattiryhmien näkökulmien välistä eroa turvallisesta potilassiirrosta tulisi minimoida, ja yhteisymmärrystä kehittää.	Anestesiahoitajat raportoivat anestesiaan liittyvistä asioista enemmän, kuin heräämöhoitajien mielestä tärkeistä asioista.
10) Rose, M., Newman, S. 2016. USA.	Tunnistaa tekijät, jotka vaikuttavat potilasturvallisuuteen	Kartoittava katsaus laajan näkemyksen ja perspektiivin saamiseksi tutkimuksista, jotka	199 tutkimuksen joukosta valittiin 23 tutkimusta, jotka täyttivät kriteerit katsausta varten.	Tutkimuksen mukaan anestesiahoitajien ja heräämöhoitajien	Havaittiin että 67% anesthesioogeista eivät tutkimusten mukaan antaneet	Jatko tutkimuksia on tehtävä, jotta voidaan selvittää korrelaatio informaation määrän	Informaation välittämisen standardisoinnin on todettu parantavan siirtyvän tiedon määrää

Liite 3: Katsaukseen valitut tutkimukset

	postoperatiivisen potilaan luovutuksen aikana.	liittyivät postoperatiiviseen potilaan luovutukseen.		välillä tapahtuva tiedonsiirto vaihtelee yksilö erojen mukaan.	riittävää briefingiä potilaasta..	ja sen hyödyntämisen välillä.	ja tekevän tiedonvälitystilanteen miellyttävämmäksi..
11) Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA	Tutkimuksen tarkoitus oli validoida ESS-pisteytys, joka on suunniteltu turvallisuuden ja laadun tarkkailuun postoperatiivisessa hoidossa.	Tarkkailu tutkimus, jossa seurattiin 182 postoperatiivista potilasta, joiden yhteenvedon pohjalta ESS-pisteytys luotiin. Tämän jälkeen tehtiin toinen tutkimus, jonka pohjalta ESS-pisteytys myös validoitiin.	187 elektiivistä leikkauspotilasta.	Kaikki vakavat ongelmat tunnistettiin ESS-pisteytyksen avulla paremmin, kuin standardi MEWS-pisteytys.	88% kaikista pisteytyksen kautta hälytetyistä lääkärin käynneistä oli tarpeellisia.	ESS-pisteytys kattaa tarvittavat kriteerit validoinnin perusteella ja reflektoi potilaan postoperatiivista statusta asiaankuuluvasti ja herkemmin reagoivasti.	ESS on tehokas monien erilaisten potilasryhmien kanssa, reagoi herkästi, sekä korreloi hyvin muiden olemassa olevien potilaan arviointi protokollien kanssa, sekä sen käyttö on yksinkertaista ja nopeaa.
12) Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.	Tutkimuksessa pyrittiin arvioimaan sairaanhoitajälhtöisen I.V ketamiinilääkityksen turvallisuutta ja vaikuttavuutta.	Kohorttitutkimus.	Kaikki palovammapotilaat, jotka olivat saaneet ketamiinia sairaanhoitajälhtöisen ketamiini protokollan mukaisesti kahden vuoden aikajaksolla 2011-2013.	27 Potilasta sai yhteensä 56 ketamiiniannosta. Ei komplikaatioita.	Protokollan ansiosta opioidien tarve lasti 29% ja bentsodiatsepiini en tarve laski 20%.	Jatko tutkimuksia aiheesta tarvitaan, jotta hoidon tuloksista saadaan lisää tietoa.	Ketamiinin annostelu hoitajan toimesta vaikuttaa olevan turvallista.

Liite 4: Induktiivinen analyysi taulukko

Alakategoria	Yläkategoria	Teema
Informaation kulun tärkeys	Informaation kulku ja raportointi	Tiedonsiirto
Potilassiirto		
Raportointi		
Vastuunsiirron kriteerit	Vastuunsiirto	
Vastuunsiirron ajankohta		
Vastuunsiirron tutkiminen		
Kommunikoinnin laatu	Kommunikointi	
Moniammatillinen kommunikointi		
Kommunikoinnin parantaminen		
Kirjallinen tiedonsiirto	Informaation muistaminen	
Kirjaamaton tiedonsiirto		
Keskittyminen tiedonsiirtoon		
Erilaiset työkalut	Tarkistuslistat ja muistityökalut	
Työkalujen hyödyllisyys		
Muistityökalujen käyttö		
Moniammatillinen potilaan siirto	Tiimityö ja moniammatillisuus	Inhimilliset tekijät
Moniammatillinen kommunikointi		

Liite 4: Induktiivinen analyysi taulukko

Tiimityöskentely		
Inhimillisten virheiden esiintyvyys	Inhimilliset virheet	
Inhimilliset virheet kommunikoinnissa		
Persoonallisuus	Persoonallisuus	
Tapahtumaympäristö	Ympäristö	
Organisaationaaliset tekijät		
Standardit ja käytännöt	Säännöt/standardit	
Säännöt ja viralliset toimet		
Suosituksien		
Työn määrän vaikutus työnkuvaan	Työnkuva	
Hoitajien kantama vastuu		
Työnkuvan kannalta tärkeät resurssit		
Kiire	Kiire	
Kivun arviointi	Kivunhoito	Hoitotyö
Kivunhoidon vaikutus		
Hoitaja-aloitteiset kivunhoitoprotokollat		
Ketamiini lääkehoitomenetelmänä	Lääkehoito	
Muut lääkehoitomenetelmät		
Haittavaikutuksia aiheuttavat tekijät		

Liite 4: Induktiivinen analyysi taulukko

Hoitotoimenpiteet	Hoitotoimenpiteet	
-------------------	-------------------	--

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>" The transfer of information from one provider to another, known as a handoff or handover, is critically important to patient safety."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ poor-quality transfers of patient information that lead to increased morbidity and mortality, increased length of hospital stay, increased healthcare costs, and poor patient satisfaction."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ individual communication styles were found to be largely informal during information transfers."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ 72% of patients with diabetes were identified as having the disease to the PACU nurse during handovers, whereas 40% of the patients with heart failure were identified, suggesting variations in the content of handovers."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ interventions, such as checklists and smartcards, reduced information transfer and communication failures and improved work flow."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA</p>	<p>" Addressing factors that negatively influence information transfer is critical to patient safety."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA</p>	<p>"Puutteet tärkeän tiedon välittämisessä voivat johtaa katastrofaalisiin lopputuloksiin."</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>"Havainnoiduista terveydenhuollon haittatapahtumista jopa 65%:iin liittyy ongelmia tiedonkuluksa."</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>"Puutteet tiedonkulussa voivat johtaa sairaalahoitoiden ja lisäantyneisiin laboratoriotutkimuksiin."</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>"Hyvällä viestinnällä hoitovastuun siirtymisen yhteydessä on havaittu olevan merkittävää vaikutusta vaaratapahtumien ilmaantumiseen."</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>" Often, patient information handover is received by healthcare professionals who have little to know prior knowledge of the patient before assuming responsibility for that patient. This brief interaction is a very complex and dynamic bridging between the operating theatre and the PACU, and as such, must be closely regulated to maintain the same quality of safety standards that are utilities these two settings."</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>	<p>" Poor surgical teamwork behaviour concerning information sharing during intraoperative and handover phases has been shown to be significantly associated with more frequent postoperative complications or death."</p> <p>Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C., Mårtensson, G. 2016.</p>	<p>" The anaesthesiologists reported insufficient 'sign out' between the main surgeon and the nurse anaesthetist before the patient left the OT and considered this to entail the risk of postoperative misjudgements."</p> <p>Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C., Mårtensson, G. 2016.</p>	<p>" The anaesthesiologists and the PACU nurses expected to receive the information within a structure."</p> <p>Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C., Mårtensson, G. 2016.</p>	<p>" /.../ PACU nurses reflected on the importance of having written information in front of them during handover to aid memory."</p> <p>Randmaa, M., Engström, M., Swenne, C., Mårtensson, G. 2016.</p>
<p>- Informaation kulun tärkeys: Informaation kulku on potilasturvallisuuden kannalta tärkeää, sillä huono tiedonkulku kuormittaa potilasta ja terveydenhuoltoa. Huono tiimityöskentely, erityisesti anestesiahoitajien ja kirurgien välillä, heikentää tiedonkulkua. Arkikielinen kommunikointi, kirjallinen raportointi, rakenteellisuus ja tarkastuslistat vähensivät kommunikaatio- ja tiedonsiirtovirheitä. Suurin osa haittatapahtumista on tiedonkulkuun liittyviä. Tiedon ja vastuunsiirrossa potilassiirron aikana on kehittämistä, sillä onnistunut viestintä parantaa potilasturvallisuutta.</p>														

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>" Post-operative handovers are a critical phase of the surgical patients perioperative care."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" Ideally, post-operative handovers between anesthesia providers and post anesthesia care unit (PACU) nurses provide critical information about the patient, create an environment for mutual information exchange between the anesthesia provider (sender) and PACU nurse (receiver), and efficiently and effectively transfer patient care and responsibilities while adhering to organisational standards that promote patient safety."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" As an example, human factors such as communication and teamwork affect postoperative handovers."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" The transfer of patient information from the anesthesia provider to the PACU nurse did not automatically and simultaneously imply the transfer of responsibility."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ handovers were shown to be incomplete and rarely included information such as postoperative pain management."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ organizational policy level factors are needed to reduce the incidence of distractions and interruptions during handovers."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" Standardizing information transfers has been shown to increase the amount of information transferred and to improve provider satisfaction with information transfer processes."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ potilaat ovat erittäin alttiita tiedonkulussa tapahtuville virheille siirtymien yhteydessä."</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>" There was, however, no formal documentation that handover had taken place."</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>" The guidelines do not address the content or conduct of the spoken handover, which seem, like other aspects of communication, to be for informally learned as part of the 'tacit knowledge' of professional practise."</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>
<p>- Potilassiirto: Postoperatiivinen potilassiirto on kriittinen vaihe perioperatiivisessa hoidossa, sillä se mahdollistaa tiedonkulun, mutta ei automaattisesti tarkoita vastuunsiirtoa. Siirroissa tapahtuu tiedonkulkuvirheitä, kuten puutteellinen tieto kivunhoidosta, joihin vaikuttavat inhimilliset tekijät. Potilassiirroista ei käytetä virallista dokumentointia, joten organisaation käytännöt, kuten potilassiirtojen standardisointi parantaa tiedon kulkua.</p>									

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” /.../ 67% of anaesthetists failed to deliver the 5 points of information considered essential: preoperative status, premedication details, operation details, intraoperative course and complications, and intraoperative course and anaesthesia - related complications and intraoperative analgesia.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>”Terveydenhuollon järjestelmät ovat muuttuneet myös monimutkaisemmiksi, joten viestinnän merkitys terveydenhuollossa lisääntyy.”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>” Although, a brief handover might be expected for a straightforward case, we also observed instances where quite complex problems encountered during anaesthesia – for instance, an unexpected prolonged drop in oxygen saturation just before extubation of the trachea – were glossed over. “</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia</p>	<p>” Sometimes, especially if essential details were missing, the nurse had to return to theatre, often after the anaesthetist had started work on the next patient. To query a monitor reading or ask for further drugs or fluids to be prescribed.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia</p>	<p>” /.../ the PACU nurses reported focusing mainly on essential information of importance for the ‘here and now’, for example, which patient was to be taken care of, vital parameters and recommendations for conducting postoperative care at the PACU. They related that the nurse anaesthetists’ focus was mostly on reporting information about the anaesthesia process.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgtröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” They reported that information concerning an anaesthetic and surgical process that has proceeded as expected is less important to mention. The nurse anaesthetists and anaesthesiologists also saw the importance of limiting the amount of information during postoperative handover.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgtröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” Retrospective extraction of individual domain data helps to analyse postoperative care retrospectively and may improve quality of care.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>
<p>- Raportointi: Potilassiirtojen raportoinnissa viestinnän tärkeys korostuu. Rutiinitapauksissa suurin osa anestesiologeista ei raportoi tarkasti. Usein hoitajat voivat joutua palaamaan leikkaussaliin kyselemään lisätietoja potilaasta. Heräämöhoitajat pyrkivät keskittymään työnsä kannalta oleelliseen tietoon, kun taas anestesiahoitajat raportoivat enemmän toimenpiteestä. Hoidon vaikutuksen arviointi auttaa parantamaan hoidon laatua.</p>						

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>" The transfer of patient information from the anesthesia provider to the PACU nurse did not automatically and simultaneously imply the transfer of responsibility."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>"/.../ PACU nurses were unwilling to assume care of patients when they received what they considered to be an incomplete handover."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" Nurses in the PACU should safely assume responsibility of postsurgical patients after the provider voices that he or she is comfortable with the level of information received during the handover."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" Uncertainty about responsibility arose when the nurse anaesthetist provided incomplete information about the patient or when the nurse anaesthetist failed to complete tasks that he/she was supposed to have done prior to handover."</p> <p>Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>" We don't transfer the responsibility just because we've transferred the patient. As a medical doctor, you still hold overall responsibility. (Anaesthesiologists)</p> <p>"Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>"/.../ PACU nurses did not accept taking responsibility if the handover was not completed."</p> <p>Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>
<p>- Vastuunsiirron kriteerit: Heräämöhoidajat ottavat vastuun, kun potilassiirto oli sujunut riittävän hyvin. Epäselvä potilassiirto toi epävarmuutta potilassiirtoon liittyen, eikä potilassiirto tarkoittanut automaattisesti vastuunsiirtoa. Kokonaisvastuu säilyy kuitenkin anesthesiologilla.</p>					

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” The point at which transfer of responsibility for the patient occurred during the handover process was variable and depended not only on the condition of the patient but also on the professional relationship between nurse and the doctor concerned. “</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” We found that the location and timing of the transfer of responsibility varied considerably. It did not always coincide with the point of transfer of knowledge described above. “</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” Although the handover consists of the transfer of responsibility and/or accountability, one study revealed that a lack of consensus among personnel concerning when the transfer of responsibility and/or accountability takes place.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” Yet another study showed that, during postoperative handover, the time of transfer of responsibility varied.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>
<p>- Vastuunsiirron ajankohta: Vastuunsiirron aika ja paikka on vaihtelevaa, sekö se on riippuvainen hoitohenkilökunnan ammatillisesta yhteistyöstä ja potilaan tilasta.</p>			

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>”Suurin osa hoitovastuun siirtymiseen liittyvän viestinnän tutkimuksesta on tehty vasta viime aikoina.”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>” Often, patient information handover is received by healthcare professionals who have little to know prior knowledge of the patient before assuming responsibility for that patient. This brief interaction is a very complex and dynamic bridging between the operating theatre and the PACU, and as such, must be closely regulated to maintain the same quality of safety standards that are utilities these two settings. “</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>
<p>- Vastuunsiirron tutkiminen: Hoitovastuun siirto on vähän tutkittu asia, lisätutkimusta tarvitaan.</p>	

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” /.../ poor communication is a major cause of anesthesia-related sentinel events. This failure of communication can have dire consequences. “</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Individual handover communication styles influenced the quality of information transfer.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Effective communication among perioperative team members is an essential component of providing quality and safe healthcare. “</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>”/.../ observations have revealed dynamic, rapidly changing environment, where staff must care for patients in an ‘at risk’ state, often under considerable time pressure. Anaesthetists’ handovers were typically brief and took place amidst arrange of other activities which competed for the receiving nurse’s attention.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia</p>	<p>” Technical errors are prone to occur when there are communication failures between surgeons, anesthetists, and the anesthesia care team.”</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>	<p>”/.../ malpractice claims due to communication breakdowns during the preoperative, intraoperative and postoperative period and found that 43% occurred during handover.”</p> <p>Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi</p>	<p>”Hyvällä viestinnällä hoitovastuun siirtymisen yhteydessä on havaittu olevan merkittävää vaikutusta vaaratapahtumien ilmaantumiseen.”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>”/.../ formalised procedures will work best when they acknowledge the informal elements such as we have identified, and the cultural factors which underlie them.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>
<p>- Kommunikoinnin laatu: Tehokas kommunikointi on tärkeä osa turvallista terveydenhuoltoa. Onnistunut viestintä parantaa potilasturvallisuutta, sillä virheitä tapahtuu, kun kommunikointi ei pelaa. Huono kommunikointi on suurin syy anestesiaan liittyviin odottamattomiin tapahtumiin. Kommunikaatioon liittyvistä hoitovirheistä lähes puolet tapahtuu potilassiirron aikana. Kiireellisen ympäristön vuoksi hoitajat eivät kykene keskittymään aina täysin siirtoon. Yksilölliset kommunikaatiotyylit vaikuttavat tiedonsiirron laatuun. Viralliset kommunikointikäytännöt ymmärretään paremmin, jos kommunikointiin vaikuttavia tekijäitä ymmärrettäisiin paremmin.</p>							

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” /.../ PACU nurses were observed to encompass a sense of familiarity; in other words, anesthesia providers expected PACU nurses to recall more commonly used anesthetic techniques.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” /.../ hierarchical relationships among surgeons, anesthesiologists, and PACU and ICU nurses exist and could serve as barriers to communication.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Lääkärillä ja hoitajilla on perinteisesti ollut erilainen viestintätäytyli. Hoitajat saattavat olla hyvin kuvailevia ja yksityiskohtaisia raporteissaan, kun taas lääkärit usein pyrkivät tiiviiseen yhteenvedoon. Erilaiset viestintätäytyli saattavat johtaa turhautumiseen. ”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>”Potilasturvallisuuteen, viestintään tai raportointiin liittyvään opetusta on lääketieteen perusopetuksessa Suomessa vähän. Maalaistajilla ajateltuna raportoinnin systemaattinen opettaminen alusta alkaen olisi kaikkien tehokkain tapa muuttua vallitsevaa käytäntöä. ”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>” An element of familiarity was also seen – anaesthetists often referring to ‘my usual’ – a combination of anaesthetic drugs and techniques they favoured, which they expected the recovery staff to know.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia</p>	<p>” The anaesthesiologists reported insufficient ‘sign out’ between the main surgeon and the nurse anaesthetist before the patient left the OT and considered this to entail the risk of postoperative misjudgements.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi</p>
<p>- Moniammatillinen kommunikointi: Hierarkia eri ammattiryhmien välillä voi olla este kommunikoinnille. Lääkäreillä ja hoitajilla on erilaiset viestintätäytyli ja Anestesiahoitajien ja kirurgien välinen tiedonkulku ei ole optimaalista. Lääkärien raportointitaidot ovat todennäköisesti heikompia kuin sairaanhoitajilla, esimerkiksi anestesiologit usein odottivat, että anestesiahoitajat muistavat useimmin käytetyt anestesiatekniikat.</p>					

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” After the prospective study an evaluation report was written by the nurses about the ESS. The report described improved communication and it emphasized that the call-out algorithm made it easier to get immediate help and assistance for postoperative patients.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>” Tutkimus vahvistaa aikaisempaan tietoa siitä, että lapsipotilaat on tärkeää ottaa mukaan kivunarviointiin.”</p> <p>Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.</p>	<p>” /.../ interventions, such as checklists and smartcards, reduced information transfer and communication failures and improved work flow.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Checklists have been shown to effectively decrease morbidity and mortality by highlighting various aspects of safety, such as improvements in team work and communication.”</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>
<p>- Kommunikoinnin parantaminen: Interventiot, kuten tarkastuslistat, vähentävät kuolleisuutta ja sairastavuutta parantamalla kommunikointia, tiedonsiirtoja ja tiimityöskentelyä. Erään tutkimuksen mukaan herkästi reagoiva ESS- tarkistuslista helpotti avun saantia postoperatiivisille potilaille. Kommunikoinnin parantamiseksi lapsipotilaiden postoperatiivisessa kivunhoidossa lapsipotilaat itse tulisi ottaa mukaan kivun arviointiin.</p>			

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” Checklists have been shown to effectively decrease morbidity and mortality by highlighting various aspects of safety, such as improvements in team work and communication.”</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>	<p>” /.../ PACU nurses reflected on the importance of having written information in front of them during handover to aid memory.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi</p>
<p>- Kirjallinen tiedonsiirto: Potilassiirron aikainen kirjallinen tiedonsiirto, kuten esim. tarkistuslistat, parantavat tiedonsiirtoa ja potilastietojen muistamista, mikä puolestaan vähentää kuolleisuutta ja sairastuvuutta.</p>	

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” Although, a brief handover might be expected for a straightforward case, we also observed instances where quite complex problems encountered during anaesthesia – for instance, an unexpected prolonged drop in oxygen saturation just before extubation of the trachea – were glossed over. “</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” Respondents reported that memory lapses occurred in which providers forgot to transfer critical pieces of information during the handover.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Mental activities such as prioritizing and information recall were identified as significant intrapersonal factors as well. “</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” In the stressful and hectic PACU environment nurses showed able to consciously recall crucial information concerning their patients, as there may be little time to refer to patient charts during an emergency situation”</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>
<p>- Kirjaamaton tiedonsiirto: Potilassiirroissa, erityisesti rutiinitapauksissa, tapahtuu eniten muistikatkoksia, joista aiheutuu tiedonsiirron virheitä. Priorisointi ja informaation muistaminen on henkilöstä itsestään eniten kiinni, mutta siihen vaikuttaa myös hektinen työympäristö.</p>			

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” When undivided attention was not given, the median recall rate was 66,7 % (with a range of 16,7-100%), and when undivided attention was given, the median recall rate was 100% (with a range of 50-100%). “</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>	<p>” Undivided attention found to increase the odds of remembering any given unit by a ratio of 4.43 (confidence interval 2.03 – 11.16). When undivided attention is not given, the probability of remembering any given unit is 67.5%. When undivided attention is given, the probability remembering any give unit 90.2%.”</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>	<p>” It can be said with confidence that the presence of undivided attention during the handover of a surgical patient in the PACU has a direct correlation with improved recall of the information discussed during handover. “</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>
<p>- Keskittyminen tiedonsiirtoon: Vahvan näytön mukaan jakamaton huomio parantaa potilasinformaation muistamista yli kolmanneksella.</p>		

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” /.../ Postoperative Quality of Recovery Scale (PQRS) was best in assessing recovery in all relevant domains, including physiological, nociceptive, emotive, activities of daily living, cognition and patient satisfaction.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>”/.../ it is perceived as cumbersome and time consuming to use.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>” The MEWS system is a simple system on safety issues only and does not take into account quality aspects.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>” ESS is constructed to give the nursing staff sufficient clinical relevant information about postoperative patient status and thereby a possibility to improve patient safety and enhance quality.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>” ESS is a simple scoring system to apply, routinely conducted in less than one minute, making it useful tool for the staff in regular everyday situations.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>” Tulos saattaa osoittaa, että mittarina käytetty kipujana (VAS) ei ollut riittävän herkkä mittaamaan lapsipotilaiden kivussa ilmeeneviä muutoksia hoitohenkilökunnan näkökulmasta.”</p> <p>Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.</p>	<p>” After the prospective study an evaluation report was written by the nurses about the ESS. The report described improved communication and it emphasized that the call-out algorithm made it easier to get immediate help and assistance for postoperative patients.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>
<p>- Erilaiset työkalut: ESS-tarkistuslista parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua parantamalla kommunikaatiota ja avun saantia postoperatiivisille potilaille, sekä se on käytännöllinen päivittäisessä käytössä. PQRS on vaikuttava työkalu palautumisen seurannassa, mutta se on myös aikaa vievä ja epätehokas. VAS ei ole tehokas lasten postoperatiivisessa kivunhoidossa.</p>						

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” /.../ interventions, such as checklists and smartcards, reduced information transfer and communication failures and improved work flow.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Several studies discussed development and implementation of checklists and tools to standardize postoperative information transfers.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” /.../ implementation of the Perioperative Handoff Tool for information transfer from the OR to PACU improved information sharing, increased provider satisfaction, and decreased distractions during the handover process.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” /.. /listan käyttöönotto vähensi kuolleisuutta. Toisaalta, jos koulutusta ei järjestetty, ei tarkistuslista käyttöönotolla ollut merkitystä leikkauksen jälkeiseen kuolleisuuteen. ”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>
<p>- Työkalujen hyödyllisyys: Erilaiset muistityökalut ja interventiot, kuten tarkistuslistat, parantavat tiedonkulkua ja kommunikointia ja ne olisivat hyödyllisiä postoperatiivisessa potilassiirrossa. Ilman koulutusta tarkistuslistalla ei ole merkitystä.</p>			

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” The anaesthesiologists and the PACU nurses expected to receive the information within a structure.”</p> <p>Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” Items on the checklist that were not communicated by the anesthesia provider greater than 88% of the time during the handover included patient positioning, estimated blood loss, and ASA physical status.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>”Leikkaustiimin tarkistus lista on laajasti käytössä leikkaussaleissa. Listan käytön vaikutuksista on osittain ristiriitaista tietoa. ”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>
<p>- Muistityökalujen käyttö: Vaikka tarkistuslistat ovat paljon käytettyjä potilassiirron aikana, 88% ajasta anestesioilogit eivät käyneet läpi listan asioita potilassiirron aikana. Tiedon siirron tulisi olla myös strukturoitua.</p>		

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” Although the handover consists of the transfer of responsibility and/or accountability, one study revealed that a lack of consensus among personnel concerning when the transfer of responsibility and/or accountability takes place.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M., Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” The point at which transfer of responsibility for the patient occurred during the handover process was variable and depended not only on the condition of the patient but also on the professional relationship between nurse and the doctor concerned. “</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” Sometimes, especially if essential details were missing, the nurse had to return to theatre, often after the anaesthetist had started work on the next patient. To query a monitor reading or ask for further drugs of fluids to be prescribed.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” /.../ two articles indicated the timing of postoperative handovers is a concern because often all parties are not ready to engage in information transfers.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” /.../ timing of information transfer during handovers is an important factor to consider and should be mutually agreed on between the sender and receiver.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>“/.../the usual way of completing the handover was for the anaesthetist to ask the recovery nurse if he or she was ‘OK’ or, more commonly, ‘happy’.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” The anesthesia care team plays an integral role in the line of handover when transferring a patient from the OR to the PACU. “</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>	<p>” Handovers were described as involving providers from the various professional backgrounds and skillsets, each with unique priorities during the handover process.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” As an example, human factors such as communication and teamwork affect postoperative handovers.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Ideally, post-operative handovers between anesthesia providers and post anesthesia care unit (PACU) nurses provide critical information about the patient, create an environment for mutual information exchange between the anesthesia provider (sender) and PACU nurse (receiver), and efficiently and effectively transfer patient care and responsibilities while adhering to organisational standards that promote patient safety.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>
<p>- Moniammatillinen potilaan siirto: Ideali potilassiirtotilanne tarjoaa kriittisten tietojen siirtämisen, hyvän ympäristön tiedonsiirrolle ja toimivan potilaan ja vastuun siirron, seuraten organisaation standardeja moniammatillisessa yhteistyössä. Inhimilliset tekijät kuitenkin vaikuttavat potilassiirtoihin. Potilassiirroissa tärkeimpiä tekijöitä ovat ajoitus sekä potilaan tila ja ammatillinen yhteistyö. Usein potilassiirron jälkeen hoitajalta kysyttiin tyytyväisyyttä saamaansa tietoon, mutta vastuun siirtymisestä ei aina olla yhtä mieltä. Hoitaja joutuu myös usein palaamaan leikkaussaliin potilassiirron jälkeen kyselemään tärkeitä potilastietoja.</p>									

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” They reported that information concerning an anaesthetic and surgical process that has proceeded as expected is less important to mention. The nurse anaesthetists and anaesthesiologists also saw the importance of limiting the amount of information during postoperative handover.”</p> <p>Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” Effective communication among perioperative team members is an essential component of providing quality and safe healthcare. “</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Lääkärillä ja hoitajilla on perinteisesti ollut erilainen viestintätyyli. Hoitajat saattavat olla hyvin kuvailevia ja yksityiskohtaisia raporteissaan, kun taas lääkärit usein pyrkivät tiiviiseen yhteenvetoon. Erilaiset viestintätyyli saattavat johtaa turhautumiseen. “</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>” /.../ the PACU nurses reported focusing mainly on essential information of importance for the ‘here and now’, for example, which patient was to be taken care of, vital parameters and recommendations for conducting postoperative care at the PACU. They related that the nurse anaesthetists’ focus was mostly on reporting information about the anaesthesia process.”</p> <p>Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” Poor surgical teamwork behaviour concerning information sharing during intraoperative and handover phases has been shown to be significantly associated with more frequent postoperative complications or death.”</p> <p>Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” The anaesthesiologists reported insufficient ‘sign out’ between the main surgeon and the nurse anaesthetist before the patient left the OT and considered this to entail the risk of postoperative misjudgements.”</p> <p>Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” /.../ PACU nurses were observed to encompass a sense of familiarity; in other words, anesthesia providers expected PACU nurses to recall more commonly used anesthetic techniques.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>”Potilasturvallisuuteen, viestintään tai raportointiin liittyvään opetusta on lääketieteen perusopetuksessa Suomessa vähän. Maalaistajilla ajateltuna raportoinnin systemaattinen opettaminen alusta alkaen olisi kaikkien tehokkain tapa muuttua vallitsevaa käytäntöä. “</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>” An element of familiarity was also seen – anaesthetists often referring to ‘my usual’ – a combination of anaesthetic drugs and techniques they favoured, which they expected the recovery staff to know.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” Technical errors are prone to occur when there are communication failures between surgeons, anesthetists, and the anesthesia care team.”</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>
<p>- Moniammatillinen kommunikointi: Tehokas kommunikointi ja hyvä tiimityöskentely ennaltaehkäisee komplikaatiota ja kuolemia, virheitä tapahtuu, mikäli kommunikointi ei pelaa. Raportoinnissa pitäisi keskittyä oleelliseen tietoon. Tyypillisesti heräämöhoidajat keskittyvät raportoinnissa eri asioihin kuin anestesiahoitajat. Lääkäreillä ja hoitajilla on keskenään erilaiset viestintätyyli, eikä tiedonkulku anestesiahoitajien ja kirurgien välillä ole optimaalista. Lääkärrien raportointitaitoja pidetään huonompitasoisina kuin hoitajien. Monet anestesiologit odottivat, että anestesiahoitajat osaavat ja muistavat useimmin käytettyjä anestesiatekniikoita.</p>									

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” Members of the surgical team, such as surgeons and anesthesia providers, were described as having different perceptions of the surgical course compared with the ICU team. “</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Patients whose surgical teams exhibited poor teamwork during handovers were at higher risk of major and minor complications and death, after adjusting for the ASA physical classification system.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Interprofessional handovers are not a simple transfer of responsibilities; some responsibilities are indeed transferred, but some are delegated, and others are retained by the anaesthetist (who remains ultimately responsible as long as the patient stays in the recovery room). “</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” /.../ nurses may be sometimes manoeuvred into taking the responsibility for setting the boundaries of doctors’ safe practise – for instance, in saying when they consider the anaesthetist can return to theatre – and this threatens their ability to voice safety concerns effectively. “</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” /.../ personnel often work in teams that consist of several different professionals working together in an environment characterised by frequent interruptions, which interfere with the handover recipient’s memory.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” Teamwork is an essential component of achieving higher reliability in healthcare.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” /.../ it is important that different professionals have a shared understanding.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” /.../ hierarchical relationships among surgeons, anesthesiologists, and PACU and ICU nurses exist and could serve as barriers to communication.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>
<p>- Tiimityöskentely: Tiimityöskentely on tärkeää terveydenhuollossa, mutta hierarkia ja erilaiset näkemykset voivat olla esteitä kommunikoinnille. Lisäksi moniammatillinen henkilökunta työskentelee ympäristössä, jossa on paljon häiriötekijöitä. Huono tiimityöskentely nosti komplikaatoriskiä. Hoitajien joutuessa aika-ajoin olemaan vastuussa lääkärien turvallisesta toiminnasta vaikeutti hoitajien kykyä ilmaista turvallisuushuolia. Loppujen lopuksi anestesia lääkärit ovat aina vastuussa, mutta delegoivat tehtäviä heräämöhoidajille potilaan postoperatiivisessa hoidossa.</p>							

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” Leikkaustyypillä ja leikkauksesta kuluneella ajalla oli yhteyttä lapsen kivun voimakkuuteen. Hoitajat arvioivat lapsen kivun vähäisemmäksi kuin lapsi potilaat itse. ”</p> <p>Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.</p>	<p>” /.../ 60% of anesthesia-related sentinel events were related to human factors.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Patient safety events that occurred during a procedure were most common (41/168, 24%), followed by events during administration of a treatment or medication (20/168, 12%).”</p> <p>Nast, P., Avidan, M., Harris, C., Krauss, M., Jacobsohn, M., Petlin, A., Dunagan, C., Fraser, V. 2005. USA</p>	<p>” The largest proportion of event causes were thought to be human factors (205/430, 48%).”</p> <p>Nast, P., Avidan, M., Harris, C., Krauss, M., Jacobsohn, M., Petlin, A., Dunagan, C., Fraser, V. 2005. USA</p>	<p>” Although the most common causes were human factors, only 14% (29/205) of these contributed to event with harm. Approximately 22% (32/144) of organisational factors, 27% (15/56) of technical factors, and 40% (10/25) of other factors contributed to patient harm. “</p> <p>Nast, P., Avidan, M., Harris, C., Krauss, M., Jacobsohn, M., Petlin, A., Dunagan, C., Fraser, V. 2005. USA</p>
<p>- Inhimillisten virheiden esiintyvyys: Yli puolet, noin 60% odottamattomista vaaratilanteista on henkilöstön inhimillisistä virheistä johtuvia. Vaaratilanteita ilmenee eniten toimenpiteen aikana ja toiseksi eniten lääkityksen tai hoidon antamisen aikana. Eräänä esimerkkinä hoitajat aliavioivat lapsen kiputiloja. Ihmisistä johtuvista tekijöistä vain murto-osa aiheutti potilaille haittaa. Muut vaaratilanteet aiheutuivat organisaatiollisista ja muista tekijöistä.</p>				

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” Even with vigilance, however, surgical patients are more vulnerable to handover errors than are patients in other clinical areas because of the combined acuity and transition.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>”/.../ potilaat ovat erittäin alttiita tiedonkulussa tapahtuville virheille siirtymien yhteydessä.”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>” Technical errors are prone to occur when there are communication failures between surgeons, anesthetists, and the anesthesia care team.”</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>	<p>”/.../ malpractice claims due to communication breakdowns during the preoperative, intraoperative and postoperative period and found that 43% occurred during handover.”</p> <p>Randmaa, M., Engström, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>
<p>- Inhimilliset virheet kommunikoinnissa: Siirtymissä tapahtuu tiedonkulkuvirheitä, kun kommunikointi ei pelaa. Lähes puolet kommunikointiin liittyvistä tiedonkulkuvirheistä tapahtuu potilassiirron aikana. Potilassiirtovirheitä tapahtuu enemmän kirurgisilla potilailla kuin muiden erikoisalojen potilailla.</p>			

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>“/.../the usual way of completing the handover was for the anaesthetist to ask the recovery nurse if he or she was ‘OK’ or, more commonly, ‘happy’.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” Attributes of individual providers, such as attitudes about handovers, legibility of handwriting, level of experience, and professional aptitude, influenced the quality of handovers.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” /.../ PACU nurses were observed to encompass a sense of familiarity; in other words, anesthesia providers expected PACU nurses to recall more commonly used anesthetic techniques.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Lääkärillä ja hoitajilla on perinteisesti ollut erilainen viestintätyyli. Hoitajat saattavat olla hyvin kuvailevia ja yksityiskohtaisia raporteissaan, kun taas lääkärit usein pyrkivät tiiviiseen yhteenvetoon. Erilaiset viestintätyyli saattavat johtaa turhautumiseen. ”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>” An element of familiarity was also seen – anaesthetists often referring to ‘my usual’ – a combination of anaesthetic drugs and techniques they favoured, which they expected the recovery staff to know.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>
<p>- Persoonallisuus: Lääkäreillä ja hoitajilla on erilaiset viestintätyyli. Potilassiirrossa anesthesiologit yleensä odottivat, että anestesiahoitajat muistavat useimmin käytetyt anestesiategniikat. Myös anesthesiologin piirteet vaikuttavat siirron laatuun. Kuitenkin potilassiirron jälkeen hoitajalta kysyttiin tyytyväisyyttä saamansa tietoon.</p>				

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>" In the stressful and hectic PACU environment nurses showed able to consciously recall crucial information concerning their patients, as there may be little time to refer to patient charts during an emergency situation"</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>	<p>" Ideally, post-operative handovers between anesthesia providers and post anesthesia care unit (PACU) nurses provide critical information about the patient, create an environment for mutual information exchange between the anesthesia provider (sender) and PACU nurse (receiver), and efficiently and effectively transfer patient care and responsibilities while adhering to organisational standards that promote patient safety."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ observations have revealed dynamic, rapidly changing environment, where staff must care for patients in an 'at risk' state, often under considerable time pressure. Anaesthetists' handovers were typically brief and took place amidst arrange of other activities which competed for the receiving nurse's attention."</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>" /.../ personnel often work in teams that consist of several different professionals working together in an environment characterised by frequent interruptions, which interfere with the handover recipient's memory."</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>
<p>- Tapatumaympäristö: Vaikka Potilassiirto usein tarjoaa hyvän ympäristön tiedonsiirrolle, tapahtuvat ne usein kiireellisessä ja hektisessä ympäristössä eikä hoitajien keskittyminen ole jakamatonta. Silti hoitajat muistavat tärkeitä potilastietoja hyvin.</p>			

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>”Puutteet tiedonkulussa voivat johtaa sairaalahoidon pidentymiseen ja lisääntyneisiin laboratoriotutkimuksiin.”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>”The handovers we observed took place in among other activities.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>”/.../working pattern is unpredictable and the transfer of patients from theatres may coincide. The anaesthetist arriving with a patient may have to for a recovery nurse to become free”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” There were, therefore, a number of obstacles to, and distractions from, the business of safely handing over the care of patient recovering from anaesthesia.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>”/.../ stakeholders/decision makers need to pay attention to the environment and infrastructure in post anaesthesia care.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>	<p>” /.../ nurses may be sometimes manoeuvred into taking the responsibility for setting the boundaries of doctors’ safe practise – for instance, in saying when they consider the anaesthetist can return to theatre – and this threatens their ability to voice safety concerns effectively. “</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” Although the most common causes were human factors, only 14% (29/205) of these contributed to event with harm. Approximately 22% (32/144) of organisational factors, 27% (15/56) of technical factors, and 40% (10/25) of other factors contributed to patient harm. “</p> <p>Nast, P., Avidan, M., Harris, C., Krauss, M., Jacobsohn, M., Petlin, A., Dunagan, C., Fraser, V. 2005. USA</p>
<p>- Organisaatiolliset tekijät: Turvallisen potilassiirron toteutumisessa on esteitä, mikä kuormittaa potilasta sekä terveydenhuoltoa. Potilassiirrot tapahtuvat muiden työtehtävien ohessa ja usein leikkaustiimi joutuu odottamaan, että heräämöhoitaja vapautuisi. Päätäjien pitäisi huomioida postoperatiivisen hoitotyön ympäristö, sillä monet potilasturvallisuutta vaarantavat tapahtumat aiheutuvat organisaatiollisista tekijöistä, sekä sairaanhoitajat joutuvat ottamaan vastuun lääkärin turvallisesta toiminnasta.</p>						

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>" With the protocol, opioid and benzodiazepine requirements were reduced by 29% and 20%, respectively."</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>" Traditional analgesic regimens often fail to control the severe pain patients experience during wound care, and the drugs are frequently administered at doses that can cause over sedation and respiratory depression."</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>" Nurse controlled analgesia in the PACU is common practice worldwide although few studies have validated its efficacy or safety."</p> <p>Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore</p>	<p>" Checklists have been shown to effectively decrease morbidity and mortality by highlighting various aspects of safety, such as improvements in team work and communication."</p> <p>Arenas, A., Tabaac, B., Fastovets, G., Patil, V. 2014. USA.</p>	<p>"Terveysthuollon järjestelmät ovat muuttuneet monimutkaisemmiksi, joten viestinnän merkitys terveydenhuollossa lisääntyy."</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>	<p>" Standardizing information transfers has been shown to increase the amount of information transferred and to improve provider satisfaction with information transfer processes."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ organizational policy level factors are needed to reduce the incidence of distractions and interruptions during handovers."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" The study found that hospitals with higher scores on patient safety culture tended to have fewer documented adverse events."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>" /.../ it was not clear if standardising handovers increased the PACU nurses' level of understanding of perioperative information."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>
<p>- Standardit ja käytännöt: Perinteiset kivunhoitomenetelmät eivät ole riittävän tehokkaita ja aiheuttavat haittavaikutuksia. Hoitaja-aloitteinen kivunhoito on maailmanlaajuisesti yleistä, turvallista ja esimerkiksi hoitajälähtöinen ketamiiniprotokolla voi vähentää opioidien ja bentsodiatsepiinien tarvetta. Potilassiirtojen standardisointi parantaa tiedon kulkua, sillä viestintä on tärkeää, mutta se ei välttämättä paranna hoitajan ymmärrystä perioperatiivisesta tiedosta. Tarkistuslistat vähentävät haittatapahtumia parantamalla kommunikointia. Organisaation käytännöt ovat tärkeitä häiriötekijöiden vähentämiseksi potilassiirron aikana. Hyvä potilasturvallisuuskulttuuri vaikutti haittatapahtumien määrään.</p>								

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>"/.../ formalised procedures will work best when they acknowledge the informal elements such as we have identified, and the cultural factors which underlie them."</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>" The guidelines do not address the content or conduct of the spoken handover, which seem, like other aspects of communication, to be for informally learned as part of the 'tacit knowledge' of professional practise."</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>" There was, however, no formal documentation that handover had taken place."</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>" Interprofessional handovers are not a simple transfer of responsibilities; some responsibilities are indeed transferred, but some are delegated, and others are retained by the anaesthetist (who remains ultimately responsible as long as the patient stays in the recovery room). "</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>
<p>- Säännöt ja viralliset toimet: Potilassiirroista ei käytetä virallista dokumentointia, vaikka ne toimivat, mikäli ne ymmärretään epävirallisia paremmin. Heräämöpotilaiden hoidosta vastuussa on aina loppujen lopuksi anestesialääkäri, joka delegoi tehtäviä heräämöhoidajille.</p>			

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>" The standard nurse to patient ratio is 1 nurse to every 2 patients, but a 1-to-1 ratio is adopted for unstable patients."</p> <p>1) Nast, P., Avidan, M., Harris, C., Krauss, M., Jacobsohn, M., Petlin, A., Dunagan, C., Fraser, V. 2005. USA</p>	<p>" According to international guidelines, patients are monitored on a 1:1 ratio before consciousness and 1:3 when awake."</p> <p>Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore.</p>	<p>" Valvontatasoisten heräämöpotilaiden vaatimukset ovat korkeat ja heidän tilansa on usein kriittinen tai se voi nopeasti muuttua sellaiseksi ilman valpasta seurantaa ja asianmukaista reagoitua. "</p> <p>Troberg, A., Jousela, I., Niemi, T., Niemi-Murola, L., 2015. Suomi</p>	<p>" /.../ timing of information transfer during handovers is an important factor to consider and should be mutually agreed on between the sender and receiver."</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA</p>	<p>"/.../ stakeholders/decision makers need to pay attention to the environment and infrastructure in post anaesthesia care."</p> <p>Randmaa, M., Ensgröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi</p>
<p>- Suosituks: Turvallisuuden takaamiseksi heräämöpotilaat vaativat paljon resursseja, esimerkiksi hoitajamitoitus 1:1 kunnes potilas on tajuissaan ja 1:3, kun potilas on hereillä. Tiedonsiirron ajoitus on potilassiirron aikana tärkeä tekijä. Päätäjien tulisi huomioida hoitotyön ympäristö.</p>				

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” According to international guidelines, patients are monitored on a 1:1 ratio before consciousness and 1:3 when awake.”</p> <p>Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore.</p>	<p>” The standard nurse to patient ratio is 1 nurse to every 2 patients, but a 1-to-1 ratio is adopted for unstable patients.”</p> <p>1) Nast, P., Avidan, M., Harris, C., Krauss, M., Jacobsohn, M., Petlin, A., Dunagan, C., Fraser, V. 2005. USA</p>	<p>”/.../working pattern is unpredictable and the transfer of patients from theatres may coincide. The anaesthetist arriving with a patient may have to for a recovery nurse to become free”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia</p>	<p>“The handovers we observed took place in among other activities.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia</p>	<p>” /.../ multitasking heightens the potential for medical errors and loss of information.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>”/.../ distractions and interruptions during handovers were numerous and often necessary to address other patient concerns and execute time-sensitive interventions.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>	<p>” Multitasking during handovers divides providers’ attention during handovers distractions and interactions during handovers lead to communication errors and information omissions.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA.</p>
<p>- Työn määrän vaikutus työnkuvaan: Potilassiirrot tapahtuvat monen työtehtävän seassa aiheuttaen häiriötekijöitä siirron aikana, mutta se on yleistä ja osa häiriöistä on välttämättömiä. Vaikka on suositeltavaa, että hoitajamitoitus on 1:1 ennen kuin potilas on hereillä ja 1:3, kun potilas on tajuissaan, voi leikkaustiimi silti usein joutua odottamaan heräämöhoitajaa. Monen asian tekeminen samanaikaisesti lisää hoitovirheiden ja informaation menetyksen riskiä.</p>						

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” /.../ nurses may be sometimes manoeuvred into taking the responsibility for setting the boundaries of doctors’ safe practise – for instance, in saying when they consider the anaesthetist can return to theatre – and this threatens their ability to voice safety concerns effectively. “</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia.</p>	<p>” Nurse controlled analgesia in the PACU is common practice worldwide although few studies have validated its efficacy or safety.”</p> <p>Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore.</p>	<p>” /.../ nurses were quicker in providing analgesia for patients in the PACU when compared to administration of analgesia by doctors. The difference of 3 minutes was statistically significant (6.7 minutes versus 9.5 minutes).”</p> <p>Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore.</p>	<p>” Nurse anaesthetists may, with support from the anaesthesiologists, independently induce, maintain and conclude general anaesthesia.”</p> <p>Randmaa, M., Ensgtröm, M. Swenne, C., Mårtensson, G. 2016. Ruotsi.</p>
<p>- Hoitajien kantama vastuu: Hoitajälähtöinen kivunhoito on yleinen käytäntö maailmalla. Sen on todettu olevan yhtä turvallista kuin lääkäreiden antama kivunlievitys sekä jopa tehokkaampaa. Joskus anestesiahoitaja voi anestesiologin tuella hoitaa yleisanestesiaa. Vastuunsiirtoon liittyen epävarmuutta tuo epäselvä potilassiirto sekä lääkäreiden toiminta, jolloin hoitajat joutuvat olemaan vastuussa lääkäreiden turvallisesta toiminnasta.</p>			

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” Hoitohenkilökunta aliarvioi lapsipotilaiden kipua. Tämä vahvistaa aikaisempaa tietoa siitä, että lapset ja heidän vanhempansa on tärkeää ottaa mukaan kivunarviointiin. ”</p> <p>Pökki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.</p>	<p>” The protocol also maximised the capabilities of these nurses empowering them in the care of their patients.”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>”Potilasturvallisuuteen, viestintään tai raportointiin liittyvään opetusta on lääketieteen perusopetuksessa Suomessa vähän. Maalaistajilla ajateltuna raportoinnin systemaattinen opettaminen alusta alkaen olisi kaikkien tehokkain tapa muuttua vallitsevaa käytäntöä. ”</p> <p>Tamminen, J., Metsävainio, K. 2015. Suomi.</p>
<p>- Työnkuvan kannalta tärkeät resurssit: Hoitajien ammattitaito, lääkäreiden raportointitaitojen kehittäminen sekä lasten hoidossa lasten ja heidän vanhempien mukaan ottaminen ovat tärkeitä resursseja postoperatiivisessa hoitotyössä.</p>		

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” There were, therefore, a number of obstacles to, and distractions from, the business of safely handing over the care of patient recovering from anaesthesia.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia</p>	<p>”/.../ working pattern is unpredictable and the transfer of patients from theatres may coincide. The anaesthetist arriving with a patient may have to for a recovery nurse to become free”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia</p>	<p>” The situation is time pressured because split-second decisions must be made to maintain patient safety.”</p> <p>Rose, M., Newman, S. 2016. USA</p>	<p>”/.../ observations have revealed dynamic, rapidly changing environment, where staff must care for patients in an ‘at risk’ state, often under considerable time pressure. Anaesthetists’ handovers were typically brief and took place amidst arrange of other activities which competed for the receiving nurse’s attention.”</p> <p>Smith, A., Pope, C., Goodwin, D., Mort, M. 2008. Iso-Britannia</p>	<p>” ESS is a simple scoring system to apply, routinely conducted in less than one minute, making it useful tool for the staff in regular everyday situations.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>
<p>- Kiire: Turvallisessa potilassiirrossa on esteitä. Leikkaustiimi voi joutua odottamaan heräämöhoitajaa, koska siirtotilanne ei ole otollinen ja siirtotilanne on kiireinen, koska potilasturvallisuuden takaamiseksi pitää tehdä nopeita päätöksiä eikä huomio tällöin ole jakamatonta. Työkalut, kuten ESS, ovat käytännöllisiä päivittäisissä tilanteissa.</p>				

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” In a survey of 2252 patients, 55% reported that they suffered from unsatisfactory pain treatment postoperatively. Even so, considerable number of patients experienced adverse effects of the analgesic treatment given.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>” /.../ Lack of feedback on the analgesic effects or fear of side effects of especially opioid administration, may lead to under dosing, whereas improper non-systematic monitoring of side effects may lead to overdosing.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>”Postoperative pain is a major concern for patients after surgery.”</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>”Hoitohenkilökunta aliarvioi lapsipotilaiden kipua. Tämä vahvistaa aikaisempaa tietoa siitä, että lapset ja heidän vanhempansa on tärkeää ottaa mukaan kivunarviointiin.”</p> <p>Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.</p>	<p>”Leikkaustyyppillä ja leikkauksesta kuluneella ajalla oli yhteyttä lapsen kivun voimakkuuteen. Hoitajat arvioivat lapsen kivun vähäisemmäksi kuin lapsi potilaat itse.”</p> <p>Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.</p>
<p>- Kivun arviointi: Leikkauksen jälkeinen kivunhoito on tärkeää. Hoitajat aliarvioivat kipua, erityisesti lasten kohdalla, ja kivunhoito voi olla vaikutukseltaan riittämätöntä, vaikka potilas saisi siitä hättävaiikutuksia. Myös palautteen saamattomuus voi johtaa väärin kipulääkeannosteluihin. Potilaan ottaminen mukaan kivunhoidon arviointiin, lasten kohdalla myös vanhempien mukaan ottaminen, parantaa kivunhoidon vaikuttavuutta.</p>				

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” /.../ 183 studies comprising more than 100 000 patients undergoing postoperative treatment, showed a high incidence of side effects from pain treatment.</p> <p>” Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>” Traditional analgesic regimens often fail to control the severe pain patients experience during wound care, and the drugs are frequently administered at doses that can cause over sedation and respiratory depression.”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>” Inadequate pain control during these procedures has been associated with increase pain perception, anxiety, and fear surrounding the experience, which in turn may play a role in depression, acute stress disorder and posttraumatic stress disorder (PTSD).”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>” /.../ it also enhances the analgesic effects of opioids, thus helping to prevent opioid tolerance.”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>” /.../ there is some evidence that ketamine has minimal effects on a patient’s respiratory drive and hemodynamic profile. Thus, ketamine might be an ideal analgesic for patients in hypovolemic states, such as occurs in trauma and large-volume burns.”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>” Ketamine has been associated with adverse effects, including hallucinations, vivid dreams, agitation and anxiety, and nausea and vomiting.”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>” Several studies have found that addition of low-dose ketamine to tractional analgesic combinations is effective in maintaining patient comfort during postoperative and trauma wound care (including burns) and can minimize the need for large doses of opioids and anxiolytics.”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>” /.../ patients in the oral ketamine group had significantly improved pain scores compared with those in the oral dexmedetomidine group.”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>” /.../ kontrolliryhmään kuuluvilla lapsilla oli vähemmän sairaalahoitoon liittyviä pelkoja kuin hoitotryhmään kuuluvilla lapsilla ennen kuin tutkimus aloitettiin.”</p> <p>Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.</p>	<p>” Tämä tarkoitti sitä, että mielikuva retkiäänite lievitti lasten leikkauksen jälkeistä kipua välittömästi intervention jälkeen.”</p> <p>Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.</p>	<p>” Kivun lisäksi myös kivun hoito painottaa kognitiiviseen selviämiseen. Erään tutkimuksen valossa epiduraali-infuusio näyttää olevan suonen sisäisesti annosteltuja opioideja parempi vaihtoehto postoperatiivisen kivun hoidossa aikaisen POCD:n ehkäisemiseksi ainakin vanhempien potilaiden kohdalla.”</p> <p>Gäddnäs, F., Huha, T. 2009. Suomi.</p>	<p>” Vaikuttaa siltä, että opioidit annoksen suurentaminen ja annostelu laskimonsisäisesti vähentää kognitiivisia toimintoja enemmän.”</p> <p>Gäddnäs, F., Huha, T. 2009. Suomi.</p>
<p>- Kivunhoidon vaikutus: Suurella osalla potilaista esiintyy haittavaikutuksia postoperatiivisesta kivunhoidosta, mutta riittämätön kivunhoito voi aiheuttaa psykologia haittoja kiputiloihin liittyen. Opioidit, erityisesti suonensisäisesti, kivunhoidossa voivat aiheuttaa kognitiivisia haittoja sekä hengityksen lamautumista. Ketamiinin käyttö kipulääkkeenä vähentää ahdistuslääkkeiden, opioidien ja muiden vahvojen kipulääkkeiden tarvetta. Ketamiinilla on havaittu vastaavia haittavaikutuksia kuin opioideilla, mutta huomattavasti vähemmän suhteessa kivunlievitys tehoon. Lasten kiputilojen hoidossa myös mielikuvilla on positiivinen vaikutus, mikä vähentää kipulääkityksen tarvetta.</p>											

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” Nurse controlled analgesia in the PACU is common practice worldwide although few studies have validated its efficacy or safety.”</p> <p>Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore.</p>	<p>” /.../ nurses were quicker in providing analgesia for patients in the PACU when compared to administration of analgesia by doctors. The difference of 3 minutes was statistically significant (6.7 minutes versus 9.5 minutes).”</p> <p>Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore.</p>	<p>” In conclusion, we have shown that nurse-controlled analgesia in the PACU allows ASA 1 and 2 patients to receive their first dose of morphine faster and without any complications.”</p> <p>Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore.</p>	<p>” With the protocol, opioid and benzodiazepine requirements were reduced by 29% and 20%, respectively.”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>” Ketamine administration via the critical care RN-driven protocol appears to be safe. “</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>
<p>- Hoitaja-aloitteiset kivunhoitoprotokollat: Hoitaja-aloitteinen kivunhoito on yleinen käytäntö maailmanlaajuisesti. Hoitaja-aloitteinen kivunhoito on tehokkaampaa pienemmän viiveen vuoksi ja silti yhtä turvallista kuin perinteinen lääkärialoitteinen kivunhoito. Hoitaja-aloitteinen ketamiiniprotokolla on myös turvallinen, sekä vähentää opioidien ja bentsodiatsepiinien tarvetta.</p>				

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>" No patients experienced neurologic or hemodynamic complications following ketamine administration."</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>" There were no statistically significant changes in systolic blood pressure, heart rate or respiratory rate at 15,30, 45 minutes following ketamine administration. No cases of hypo- or hypertension, tachycardia, hallucinations, vivid dreams, agitation or anxiety or nausea and vomiting were noted."</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>" /.../ benzodiazepine immediately before ketamine administration may help reduce the likelihood of these adverse effects. As per the protocol, midazolam was administered before all but one of the ketamine doses."</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>" /.../ it also enhances the analgesic effects of opioids, thus helping to prevent opioid tolerance."</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>" /.../ there is some evidence that ketamine has minimal effects on a patient's respiratory drive and hemodynamic profile. Thus, ketamine might be an ideal analgesic for patients in hypovolemic states, such as occurs in trauma and large-volume burns."</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>" Ketamine has been associated with adverse effects, including hallucinations, vivid dreams, agitation and anxiety, and nausea and vomiting."</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>	<p>" Several studies have found that addition of low-dose ketamine to tractional analgesic combinations is effective in maintaining patient comfort during postoperative and trauma wound care (including burns) and can minimize the need for large doses of opioids and anxiolytics."</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>
<p>- Ketamiini lääkehoitomenetelmä: Ketamiini on ideaali postoperatiivisessa kivunhoidossa, sillä se lamaa hengitystä ja verenkiertoa äärimmäisen vähän. Tutkimuksissa ei havaittu ketamiinille tyypillisiä haittavaikutuksia tai hemodynaamisia tai neurologisia oireita. Aiemmissä tutkimuksissa ketamiinin käytön yhteydessä on havaittu psyykkisiä oireita ja pahoinvointia. Hoitaja-lähtöiseen protokollaan kuului midatsolaamin annostelu ennen ketamiinia psyykkisten haittavaikutusten estämiseksi.</p>						

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” /.../ monet lääkkeettömistä kivunlievityskeinoista voivat merkittävästi vähentää lasten kipua, ahdistusta tai hätää. ”</p> <p>Pölkki, T., Pihtala, A., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Kiviluoma, K., 2005. Suomi.</p>	<p>” In conclusion, we have shown that nurse-controlled analgesia in the PACU allows ASA 1 and 2 patients to receive their first dose of morphine faster and without any complications.”</p> <p>Tan M, Tan BS, Wee CN, Yang J, Gao F, Ho K-Y, Ong S. 2014. Singapore.</p>	<p>” Traditional analgesic regimens often fail to control the severe pain patients experience during wound care, and the drugs are frequently administered at doses that can cause over sedation and respiratory depression.”</p> <p>Baumgartner, L., Townsend, N., Winkleman, K., MacLaren, R. 2018. USA.</p>
<p>- Muut lääkehoitomenetelmät: Hoitajalähtöinen kivunhoito protokolla on perinteistä kivunhoitoa tehokkaampaa sekä yhtä turvallista, sillä perinteiset kivunhoito menetelmät aiheuttavat paljon haittavaikutuksia. Perinteisten kivunhoitomenetelmien lisäksi lasten kivunhoidossa voidaan käyttää monia lääkkeettömiä menetelmiä haittavaikutusten ennaltaehkäisyksi.</p>		

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>" In a survey of 2252 patients, 55% reported that they suffered from unsatisfactory pain treatment postoperatively. Even so, considerable number of patients experienced adverse effects of the analgesic treatment given."</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>" /.../ 183 studies comprising more than 100 000 patients undergoing postoperative treatment, showed a high incidence of side effects from pain treatment."</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>" /.../ Lack of feedback on the analgesic effects or fear of side effects of especially opioid administration, may lead to under dosing, whereas improper non-systematic monitoring of side effects may lead to overdosing."</p> <p>Skraastad, E., Raeder, J., Dahl, V., Bjertnaes, L., Kuklin, V. 2016. USA</p>	<p>" Kivun lisäksi myös kivun hoito painottaa kognitiiviseen selviämiseen. Erään tutkimuksen valossa epiduraali-infuusio näyttää olevan suonen sisäisesti annosteltuja opioideja parempi vaihtoehto postoperatiivisen kivun hoidossa aikaisen POCD:n ehkäisemiseksi ainakin vanhempien potilaiden kohdalla. "</p> <p>Gäddnäs, F., Huha, T. 2009. Suomi.</p>	<p>" Vaikuttaa siltä, että opioidit annoksen suurentaminen ja annostelu laskimonsisäisesti vähentää kognitiivisia toimintoja enemmän. "</p> <p>Gäddnäs, F., Huha, T. 2009. Suomi.</p>
<p>- Haittavaikutuksia aiheuttavat tekijät: Postoperatiivisessa hoidossa valtaosa sai oireita kivunhoidosta, vaikkei se ollut riittävän tehokasta. Syynä voi olla palautteen saamattomuus ja huono monitorointi, jotka voi johtaa väärin annosteluihin. Suonensisäisten opioidien käyttö kivunhoidossa voi aiheuttaa kognitiivisia ongelmia.</p>				

Liite 5: Alakategorioiden abstrahointi taulukko

<p>” Verensokeri tasojen tiukasta kontrollista välille 5-8 mmol/l olisi siis ilmeisesti myös hyötyä POCD:n vähentämiseksi.”</p> <p>Gäddnäs, F., Huha, T. 2009. Suomi.</p>	<p>” Lievä hypotermisyys postoperatiivisesti ja hidaslämmittäminen vähentävät kognitiivisia häiriöitä.”</p> <p>Gäddnäs, F., Huha, T. 2009. Suomi.</p>
<p>- Hoitotoimenpiteet: Huonot verensokeri tasot sekä potilaan liian nopea lämmittäminen voivat aiheuttaa kognitiivisia häiriöitä potilaalle.</p>	