LEIKKAUKSENAIKAISEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN KUOPION YLIOPISTOLLISESSA SAIRAALASSA

Opinnäytetyö

Henna Karhunen
Jaana Karhunen

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Hyväksytty ___.___._____ _____

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto	
Työn tekijä(t): Henna Karhunen Jaana Karhunen	
Työn nimi: LEIKKAUKSENAIKAISEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN KUOPION YLIOPISTOLLISESSA SAIRAALASSA	
Päiväys: Maaliskuu 2010	Sivumäärä / liitteet: 54/5
Ohjaajat: Lehtori, FT Marja Silén-Lipponen	
Työyksikkö / projekti: Kuopion yliopistollinen sairaala/ leikkausyksikkö 2	

Tiivistelmä:

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kirurgisten osastojen hoitajien tiedonsaantia leikkauksen aikaisesta hoidosta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS). Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia tietoja KYS:n kirurgisten vuodeosastojen hoitajat tarvitsevat turvatakseen hyvän jatkohoidon leikkauspotilaalle.

Tutkimus oli laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla, jonka teemat oli luotu nykyisin käytössä olevan anestesialomakkeen pohjalta. Haastattelut toteutettiin KYS:n seitsemälle hoitajalle neljältä eri kirurgiselta vuodeosastolta. Aineisto analysoitiin deduktiivista sisällön analyysimenetelmää käyttäen.

Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että nykyisen anestesialomakkeen mukaisesti annettavat potilaan leikkaukseen liittyvät tiedot koettiin pääosin riittäviksi. Myös puutteita ja epäselvyyttä ilmeni. Puutteita esiintyi etenkin kipulääkemääräyksissä. Tarkennuksia toivottiin kipulääkemääräysten kirjauksiin, muun muassa antoaikoihin, lääkkeiden nimiin, lääkkeiden määriin ja vahvuuksiin. Muutoksia toivottiin myös jatkohoito-ohjeisiin etenkin päivystyspotilaan kohdalla ja jatkohoidossa erityisesti dreenien sijainnin merkitsemiseen. Leikkauksen aikana ilmenneistä ongelmista ja poikkeamista haluttiin tarkat tiedot etenkin niistä, mitkä koskivat potilaan elintoimintoja tai lääkitystä.

Avainsanat: (1-5) Perioperatiivinen, hoitotyö, potilastiedot, kirjaaminen, kvalitatiivinen

Julkinen __x_ Salainen ___

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Professions Kuopio

THESIS

Abstract

Degree Programme: Degree programme in nursing	
Option: Registered nurse	
Authors: Henna Karhunen Jaana Karhunen	
Title of Thesis: Development of perioperative documentation in Kuopio University Hospital	
Date: March 2010	Pages / appendices: 54/5
Supervisor: Senior lecturer, PhD Marja Silén-Lipponen	
Contact persons: Kuopio University Hospital- Surgery Unit 2	

Abstract:

The purpose of this study was to examine the surgical ward nurses access to information of surgical patient's intraoperative care in Kuopio University Hospital (KUH). The aim of this thesis was to investigate what kind of data Kuopio University Hospital surgical ward nurses need to ensure good follow-up for patients who have undergone a surgery.

The study was a qualitative study. The data was collected by theme interviews. The themes were based on the information of anesthesia form which is nowadays in use in KUH operating rooms. Seven nurses from variety of surgical wards were interviewed, and the data was analyzed by using a deductive content analysis method.

The study results showed that the nurses received mainly enough information about the patient's intraoperative care. However, partly the information was incomplete and thus nurses were uncertain about the patient's postoperative care. Deficiencies appeared in pain relieving, especially in the provision of medicine and point of time when it can be given, name of the medicine, medicine's amount and the strength of the medicine. It was hoped that the nurses would be able to relieve pain more accurately and effectively.

In addition, changes were hoped for further treatment instructions, particularly with on-call patients, whose care was not as planned as elective patient's surgical care is. Nurses also wanted accurate information about the problems that encountered during surgery, especially those which concerned the patient's vital signs or medication.

Keywords: (1-5) Perioperative, nursing, patient records, documentation, qualitative

Public _x__ Secure ___

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 6
2 POTILASTIETOJEN SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN 8
2.1 Potilastietojen kirjaaminen 8
2.2 Rakenteinen kirjaaminen 9
2.3 Kansainvälinen potilastietojen sähköinen kirjaaminen 11
3 PERIOPERATIIVINEN KIRJAAMINEN 12
3.1 Perioperatiivinen hoitotyö 12
3.2 Kirjaaminen perioperatiivisessa hoitotyössä 13
3.3 Intraoperatiivinen kirjaaminen 15
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET 16
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 16
5.1 Tutkimuksen kohderyhmä 16
5.2 Tutkimuksen aineistonhankinta 17
5.3 Tutkimusaineiston analysointi 20
5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus 22
6 TUTKIMUSTULOKSET 24
6.1 Tutkimustulosten esittäminen 24
6.2 Anestesia, nesteytys ja verivalmisteiden käyttö 24
6.3 Elintoiminnot ja virtsan eritys 25
6.4 Leikkausalue ja -haava sekä haavansulku- ja sidosmateriaalit 26
6.5 Leikkausasentoon liittyvät huomiot ja leikkauksessa apuna käytettävät laitteet 26
6.6 Kehoon jäänyt väliaikainen tai pysyvä vierasesine 27
6.7 Psyykkinen hyvinvointi 27
6.8 Kooste leikkauksen aikaisista ongelmista ja poikkeamista 27
6.9 Jatkohoito-ohjeet 28
6.10 Hoitajien arvio nykyisen leikkauksen aikaisen tiedon riittävyydestä 29
7 POHDINTA 30
7.1 Tulosten pohdinta 30
7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimuksen aiheet 34
7.3 Eettisyys ja luotettavuus 35
7.4 Yhteistyön ja oman oppimisen pohdinta 37
LÄHTEET 39

LIITTEET

Liite 1. Kuvio rakenteisen kirjaamisen etenemisestä. 43
Liite 2. FinCC – luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset 44
Liite 3. Saatekirje kirurgisten vuodeosastojen hoitajille. 45
Liite 4. Sähköpostin liitteenä ollut haastattelulomake. 46
Liite 5. Haastattelijoiden versio haastattelulomakkeesta. 48

1 JOHDANTO

Perioperatiivisessa hoitotyössä kirjaaminen on tärkeää, koska leikkauksessa kajotaan potilaaseen eikä potilas juurikaan pysty itse vaikuttamaan siihen, mitä leikkauksen aikana tehdään. Perioperatiivisella kirjaamisella tarkoitetaan leikkaushoidon aikana tapahtuvien toimenpiteiden kirjaamista. Siihen sisältyy tiedot anestesiasta, käytetyistä lääkeaineista ja muun muassa elimistöön asennettavista vierasesineistä sekä potilaan elintoiminnoista (Leinonen, Kiviniemi & Junttila 2007, 23–26). Leikkauksen aikainen dokumentointi turvaa potilaan hoidon ja on todiste potilaalle annetusta hoidosta. Sanonta ”mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty” pitää erityisen hyvin paikkansa tarkasteltaessa potilaan hoitotyön kirjauksia. Myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon asetus potilasasiakirjoista (30.3.2009/298) velvoittavat kirjaamaan potilaan vointiin ja hoitoon liittyviä tietoja.

Kirjaamisen tarkoitus perioperatiivisessa hoitotyössä on taata potilaan kokonaisvaltainen hoidon jatkuvuus, turvallisuus sekä tietojen siirtyminen vaiheesta toiseen. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamista on tutkittu sekä Suomessa että kansainvälisesti melko vähän. Hoitotyön kirjaamisen tutkimus ja kehitystyö on tähän mennessä painottunut enemmän muille erikoisaloille, kuten esimerkiksi teho- ja psykiatriseen sairaanhoitoon. (Herttuala 2005, 8-10, 21.)

Perioperatiiviseen kirjaamiseen halutaan muutoksia kansallisella tasolla. Tavoitteena on muun muassa kirjaamisen yhdenmukaistaminen. Tämänhetkisen tilanteen mukaan kirjaamisessa esiintyy puutteita ja epätäsmällisyyttä. Tieto voi olla tulkinnallista, siitä voi tehdä erilaisia virheellisiä päätelmiä tai teksti voi olla jopa lukukelvotonta. Kirjaaminen saattaa olla epäsäännöllistä ja epäjohdonmukaista, eikä se täytä välttämättä edes lain edellyttämiä vaatimuksia. Muita ongelmia ovat esimerkiksi kirjaamisen päällekkäisyys. (Junttila 2008, 8.) Päällekkäisyyttä esiintyy etenkin kirjattaessa paperisille lomakkeille, jolloin samoja perus- sekä hoitotietoja kirjataan eri asiantuntijoiden toimesta moneen kertaan. Tällainen kirjaaminen on turhaa ja aikaa vievää. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008, 14.)

Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisessa on kehitettävää myös Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS). KYS:n kirurgisilla vuodeosastoilla keskusteluissa on tullut ilmi hoitajien kokevan, etteivät he saa riittävästi tietoa intraoperatiivisesta eli leikkauksen aikaisesta hoidosta potilaan siirtyessä jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle. He haluaisivat enemmän tietoa siitä, mitä leikkauksen aikana on tapahtunut ja mitä leikkausprosessin aikana tapahtuneista asioista tulisi ottaa huomioon potilaan jatkohoidossa kirurgisella vuodeosastolla. Tällä hetkellä tieto ei välity KYS:ssa käytössä olevasta erillistietojärjestelmästä (esim. Orbit) suoraan perustietojärjestelmään (esim. Miranda). Orbitissa on määrittelyalusta, johon voidaan tällä hetkellä kirjata tietoja jatkohoitoa varten. Pohja leikkauksen aikaisen hoidon tiivistelmälle on vielä tekemättä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää kirurgisten vuodeosastojen ja leikkausosastojen välistä kirjaamista ja tiedonkulkua potilaan hyvän ja turvallisen perioperatiivisen hoitotyön turvaamiseksi. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia tietoja KYS:n kirurgisten vuodeosastojen hoitajat tarvitsevat turvatakseen hyvän jatkohoidon leikkauspotilaalle. Tämän tiedon avulla määritellään hoitotyön toiminnoista kooste leikkauksen aikaisesta hoidosta kirurgisen potilaan jatkohoidon turvaamiseksi.

Olemme huomanneet opintojemme aikana olleissa vuodeosastoharjoitteluissa, että potilaan tullessa leikkaussalista vuodeosastolle jatkohoitoa varten potilaan jatkohoito-ohjeet ovat usein puutteellisia ja osa niistä täytyy tarkentaa jälkeenpäin leikanneelta kirurgilta. Harvinaisempien toimenpiteiden tai mittausten jälkeiset tarkkailu- ja hoito-ohjeet ovat myös toisinaan puutteellisia, eikä silloin potilaan turvallinen hoito toteudu riittävän hyvin. Halusimme tarttua tähän aiheeseen, jotta kehittyisimme perioperatiivisina ja kirurgisina hoitajina ja oppisimme ottamaan huomioon työssämme myös potilaan hoitoon vaikuttavat tekijät leikkaushoidon jälkeenkin.

Kirjaamisalustalla tarkoitamme tässä opinnäytetyössä sähköistä potilastietojärjestelmää, johon tallennetaan potilaan hoitoon liittyviä tietoja rakenteisen kirjaamisen muodossa. Tässä työssä tarkoitamme perioperatiivisella hoidolla potilaan ennen leikkausta, sen aikana ja sen jälkeen tapahtuvaa hoitotyötä. Intraoperatiivisella vaiheella tarkoitamme työssä potilaan leikkauksen aikaista hoitotyötä.

2 POTILASTIETOJEN SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN

2.1 Potilastietojen kirjaaminen

Potilasasiakirjat sisältävät tietoa potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) ja Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä (9.2.2007/159) sekä Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) antavat tarkat ohjeet potilastietojen kirjaamisesta ja käsittelemisestä. Kaikki tieto, mikä liittyy potilaan tutkimukseen, hoitoon tai neuvontaan, tulee kirjata asianmukaisesti. Huolellisella kirjaamisella pystytään turvaamaan hoitotyön hyvä laatu, perustelemaan hoitotyön toimintoja ja osoittamaan hoidon tuloksellisuutta. (Leinonen ym. 2007, 23.) Hoitotyön kirjaamisella on myös merkitystä niin potilaan kuin hoitohenkilökunnankin oikeusturvan kannalta (Junttila 2002, 20).

Potilaan saamasta hoidosta tullaan tulevaisuudessa tallentamaan hoitotyön yhteenveto kansalliseen arkistoon sähköisessä muodossa. Silloin potilastiedot ovat helposti julkisen terveydenhuollon eri yksiköiden, yksityisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon käytettävissä, jos potilas haluaa tietoja käytettävän eri yksiköissä. Tietojen siirtäminen yksiköstä toiseen edellyttää potilaan suostumusta. (Hassinen & Tanttu 2008, 18.) Sähköiseen potilaskertomukseen voidaan tallentaa tietoa tekstin, kuvien tai äänitallenteiden muodossa. Järjestelmän myötä potilaan tiedot ovat nopeammin ja helpommin saatavilla, kuin niiden ollessa useissa eri paikoissa manuaalisessa muodossa. Tämä helpottaa moniammatillista yhteistyötä ja asiantuntijoiden välistä keskustelua potilaan hoidosta. Nykypäivän hoitoketjun toteutumisen edellytyksenä on elektronisesti tallennettu ja siirretty tieto. (Ensio 2009). Sähköisen kirjaamisen on myös todettu olevan kymmenen kertaa halvempi arkistointikustannuksiltaan kuin paperikertomusten. (Ensio 2001, 38–39; Ensio & Saranto 2004, 14–15.)

2.2 Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteinen kirjaaminen on Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon laatima hoitotyön kirjaamisjärjestelmä. Tämä kirjaamisjärjestelmä on tarkempi aikaisempiin hoitotyön kirjaamisjärjestelmiin verrattuna. Suomessa järjestelmä on ollut käytössä vuodesta 2000 lähtien. (Saranto 2008, 1.) Kansallisen terveysprojektin raportissa sähköisten potilasasiakirjojen käyttöönottoa ohjaava työryhmä esitti, että yhteneviä rakenteisia ydintietoja tulee käyttää vuoden 2007 loppuun mennessä kaikissa sähköisissä potilasasiakirjoissa. (Häyrinen, Porrasmaa, Komulainen & Hartikainen, 2004.)

Hoitotyön prosessissa rakenteinen kirjaaminen etenee systemaattisesti hoidon tarpeen määrityksestä diagnosointiin, suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa hoidon kuvaamista sähköisessä potilastietojärjestelmässä hoidon päätöksenteon vaiheiden mukaisesti. (Saranto 2008, 3-4.) Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, joihin kuuluvat tunnistetiedot, hoitoprosessin tiedot ja muut tiedot. Tunnistetietoihin kuuluvat potilastiedot, tiedot hoidon antajasta sekä palvelutapahtumasta ja palvelukokonaisuudesta. Hoitoprosessin ydintietoihin kirjataan tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus sekä hoidon arviointi. Hoitoprosessin tietoihin kuuluvat ongelmat, diagnoosit, fysiologiset mittaukset, tiedot hoitotyöstä, terveyteen vaikuttavat tekijät, arvio toimintakyvystä, tiedot tutkimuksista, toimenpiteistä ja lääkehoidosta, preventiosta (ehkäisy), tiedot apuvälineistä sekä hoitotyön yhteenveto. Muihin tietoihin kirjataan suostumus, lausunnot ja todistukset sekä jatkohoitoa koskevat tiedot. Hoitotyön vaiheita kuvaillaan otsikoilla, joiden sisältöä täydennetään luokituksilla, nimikkeistöllä ja koodistolla. Otsikoiden rinnalle kirjoitetaan vapaata tekstiä, joilla rakenteista kirjaamista täsmennetään ja potilaan tilaa kuvaillaan yksilöllisesti. Liitteessä 1 esitellään rakenteisen kirjaamisen ydintiedot kuvion muodossa. (Saranto 2008, 3-4.)

Rakenteisen kirjaamisalustan kehittämisen haasteena on luoda kirjaamisalustasta sellainen, että se tukee hoidollista päätöksentekoprosessia, on käyttäjäystävällinen ja luokittelurakenteen sisällöltään yhtenäinen. Sen tulee sisältää riittävän konkreettiset ja yksiselitteiset luokitukset kirjaamisjärjestelmässä. Liitteessä 2 on esitetty FinCC -luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008.) Näiden komponenttien alle haluttaisiin tulevaisuudessa kirjattavan myös intraoperatiivisen hoidon toiminnot ja jatkohoito-ohjeet. Haasteita tuovat myös käyttäjien koulutus-, tuki- ja asiantuntijaverkoston kehittäminen. Tietohallinnon puolella haasteita

ovat termeille ainutlaatuisten tunnisteiden tai koodien luominen sekä koodien ja järjestelmien välinen yhteensopivuus. (Saranto 2008, 6-7.)

Rakenteinen kirjaaminen muuttaa hoitotyön toimintaprosesseja siten, että tiedotus ja raportointi muuttuvat yhä enemmän hiljaisen raportoinnin suuntaan. Hyvin kirjattujen potilastietojen ansiosta aikaa ei kulu suulliseen raportointiin. Potilasta vastaanotettaessa osastolle nähdään hänen aikaisemmat hoitokertomuksensa sähköisestä potilaskertomuksesta, joista on hyötyä potilaan hoidossa. Myös potilaan ohjaus, hoito ja sen seuranta sekä arviointi helpottuvat. Edelleen potilaan kotiutuessa on yhteenvedon ja tiivistelmän tekeminen potilaan hoitojaksosta helppoa. Hoitotyön luokittelu helpottuu rakenteisen kirjaamisen myötä, koska silloin pystytään kuvaamaan potilaan hoitoa eri yksiköissä. Edelleen hoitotietojen vertailu mahdollistuu potilaiden, hoitoyksiköiden, maantieteellisten alueiden sekä ajan perusteella, jolloin laadun arviointi on helpompaa kuin aiemmin. Lisäksi rakenteisella kirjaamisella voidaan osoittaa tai arvioida muutoksen suuntia hoitokäytännöissä ja potilaiden hoitoresursseissa, jolloin tilastointi helpottuu. Se mahdollistaa myös hoitotyön näkyvyyden lisäämisen. (Saranto 2008, 16–17.)

Rakenteisen kirjaamisen malli on käytössä KYS:n eri osastoilla sähköisessä potilastietojärjestelmä Mirandassa. Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa potilastietojen yhdenmukaista merkitsemistapaa ja tulevaisuudessa kaikki potilastiedot rakentuvat samalla tavalla kirjaamispaikasta ja -ohjelmasta riippumatta sähköisessä muodossa. Tämä helpottaa tietojen saatavuutta ja lisää kirjaamisen yhdenmukaisuutta eri yksiköiden välillä. Leikkaussalissa tapahtuvaan kirjaamiseen tämä liittyy siten, että jatkossa myös leikkauksen aikana potilaasta kirjatut tiedot tulevat osaksi valtakunnallista sähköistä kirjaamisjärjestelmää. Tiedot voidaan tallentaa leikkauksen aikaisena hoitotyön ”koosteena” potilastietojärjestelmään ja tulevaisuudessa sieltä voidaan hakusanoilla hakea tietoa. Tällä opinnäytetyöhömme tehdyllä teemahaastattelulla selvitämme, minkälaisia tietoja kirurgisten vuodeosastojen hoitajat kokevat tarvitsevansa hoitotyössä leikkauksen aikana kirjatuista potilastiedoista.

2.3 Kansainvälinen potilastietojen sähköinen kirjaaminen

Sähköistä kirjaamista on kehitetty paljon maailmalla mm. Espanjassa, Belgiassa, Ranskassa, Iso-Britanniassa, Norjassa ja Kanadassa. Kehitystyön kohteena on sähköisessä potilastietojen kirjaamisessa ollut esimerkiksi eri ohjelmien välillä toimivan yhtenäisen kirjaamisen kehittäminen.

Virginia. K. Saba teki vuonna 1991 työryhmänsä kanssa tutkimusta, jonka myötä nousi esiin ajatus Clinical Care Classification (CCC) järjestelmästä. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää menetelmä arvioimaan ja luokittelemaan potilaita ja määrittelemään potilaan tarvitsemat resurssit ja toimenpiteet, jotta kyetään antamaan tuloksellista hoitoa. Työryhmä tarkasteli tutkimuksessaan satunnaisesti valittujen ja jo kotiutuneiden potilaiden kaikkia hoitotyön kirjauksia viimeisimmän hoitojakson ajalta. Hoitokertomuksien tarkastelussa erottuivat kaksi asiaa, hoitotyön diagnoosi (nursing diagnoses) ja hoitotyön toiminto (nursing servises). Hoitotyön diagnooseista ja hoitotyön toiminnoista nostettiin esille avainsanoja, joista koostuu CCC Nursing of Diagnoses ja CCC Nursing of Interventions. (Saba 2009.) Näihin avainsanoihin pohjautuu Suomessa käytössä olevat hoidon tarveluokitus ja hoitotyön toimintaluokitus, joista edelleen rakenteinen kirjaaminen koostuu.

Euroopassa oli vuosina 1992 - 1995 käynnissä tutkimushanke Good European Health Record (GEHR), joka oli osana European Health Telematics -tutkimusta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää sähköisen terveyskertomuksen esittämistä yhtenäisenä multimediakokonaisuutena. (Häyrinen ym. 2004; Kalra 2008.)

Vuonna 1996 aloitettiin PROREC (Euroopan sähköisiä terveydenhuoltotiedostoja tukeva) -hanke, jonka tavoite oli saada asennettua Euroopan sähköiset terveydenhuollon tiedostot kohtuullisella aikataululla kaikkien jäsenmaiden (Espanja, Belgia, Ranska, Iso-Britannia ja Norja) terveydenhuollon tietojärjestelmiin, niin että ne ovat ymmärrettäviä ja kommunikoivat keskenään. (Reig 1998.) Nykyään järjestö tunnetaan nimellä Eurorec, joka on voittoa tuottamaton ja kaikille avoin järjestö. Järjestön tarkoituksena on edistää korkealaatuisten sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöä.

Canada health infoway -yhtiö (Kanadan terveyden tietoreitti) julkaisi keväällä 2005 tietokoneohjelman telehealth starter toolkit (työkalupakki), jonka se kehitti NORTH network:n ja MBT telehealth:n kanssa. Tietokoneohjelma toimii jo olemassa olevien terveydenhuollon tietojärjestelmien välillä. Ohjelman avulla voidaan jakaa tietoja eri tietojärjestelmien välillä, jolloin kyetään sähköiseen kommunikointiin ja videopalavereihin. Järjestelmän tarkoituksena on tarjota terveydenhuollon palveluita erityisesti syrjäseuduille, jotta potilaiden ei tarvitse matkustaa pitkiä matkoja terveydenhuollon piiriin. (Strasbourg 2005.)

Kanadassa Prince Edwardin saaren sairaaloissa on käytössä PEI (Prince Edward Island) kliinisen informaation ohjelma, mitä käytetään ilmoittautumiseen ja kirjaamiseen laboratorioissa, apteekeissa ja sairaaloissa. Henkilökunta voi kirjata siihen sähköisessä muodossa tietoja potilaan vitaalielintoiminnoista. Ohjelmaan on lisätty myös lääkärin määräykset ja hoitotyön dokumentointi. Ohjelma otetaan kokeiluun myös leikkaus- ja ensiapuyksiköissä joissa kokeillaan sen toimivuus. Käyttäen uutta ohjelmaa terveydenhuollon tarjoajat ympäri maakuntaa pääsevät käsittelemään potilaan sähköisiä lääketieteellisiä tietoja turvallisesti. (Strasbourg & Flanagan-LeClair 2008.)

3 PERIOPERATIIVINEN KIRJAAMINEN

3.1 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan preoperatiiviseen, intraoperatiiviseen ja postoperatiiviseen vaiheeseen, jotka tarkoittavat kirurgisen potilaan hoitoa ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen. Preoperatiivinen vaihe alkaa silloin, kun potilaan leikkauspäätös tehdään. Potilaan kohdalla se tarkoittaa valmistautumista leikkaukseen. (Herttuala 2005, 8-10, 21; Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20.) Intraoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle ja päättyy, kun potilas siirtyy leikkauksen jälkeiseen valvontayksikköön. Postoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilas on tuotu heräämöön ja se päättyy, kun potilas ei enää tarvitse leikkaukseen liittyvää hoitoa. (Lukkari ym. 2007, 20.)

Perioperatiivinen hoitotyö on vaativaa ja haasteellista, koska työskentely on nopeatempoista ja tarkkuutta vaativaa. Tämän vuoksi siihen liittyy runsaasti stressitekijöitä. Erityisesti joustavuus ja jämäkkyys ovat ominaisuuksia, jotka ovat tarpeen leikkaussalityöskentelyssä. Myös tiimityötaidot ovat tarpeen leikkauspotilaan turvallisuuden kannalta. Näitä taitoja ovat tiimin sosiaalisten ja teknisten taitojen sekä yhteistyöhalukkuuden lisäksi etenkin tiimin jäsenten kyky havaita riskejä sekä ohjata muiden tiiminjäsenten työskentelyä (Silén-Lipponen 2005, 5).

Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuvat yksilöllisyys, potilaan kokonaishoito ja hoidon jatkuvuus. Hoitaja on moniammatillisessa tiimissä oman alansa asiantuntijana. Hän on myös potilaan asianajaja ja edunvalvoja, joka huolehtii potilaan oikeuksista ja tarpeista kokonaisvaltaisesti leikkauksen ajan. Erityisesti sedatoituna eli nukutettuna tai rauhoittavien lääkkeiden vaikutuksen alaisena potilas on täysin riippuvainen hoitohenkilökunnasta. Perioperatiivisessa työssä hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus, luottamus, sanaton viestintä ja hoitajan läheisyys ovat tärkeitä, kuitenkaan unohtamatta hoitoteknologian hallintaa. (Marjamäki 2006, 9-10.)

3.2 Kirjaaminen perioperatiivisessa hoitotyössä

Perioperatiivinen hoitotyö sisältää paljon erilaisten teknisten apuvälineiden ja laitteiden käyttöä, joten kirjaaminen on osin luettelomaista ja sisältää pikkutarkkaa tietoa. Keskeisiä kirjattavia asioita ovat esimerkiksi potilaan tunnistetiedot, anestesiakaasuvirtauksiin ja lääkityksiin liittyvät tiedot, käytetty anestesiamuoto ja sen kestoon liittyvät tiedot. Anestesian aikana tärkeitä seurattavia asioita ovat myös potilaan elintoimintojen ja kivun seuranta, nesteytyksen toteutuminen, joista tehdään merkinnät anestesialomakkeelle. Jokaisesta leikkauksesta kirjataan lisäksi myös toimenpiteen puhtausluokka, leikkauksessa läsnä oleva henkilökunta sekä potilaan leikkausasento.

Perioperatiivisen hoitotyön kirjaaminen tapahtuu tällä hetkellä pääasiassa paperisille anestesialomakkeille ja hoidonseurantalomakkeelle. Yksikkökohtaisesti käytössä voi myös olla sähköinen anestesialomake, sähköinen hoidonseurantalomake ja sähköinen potilaskertomusohjelmisto esim. MD-MIRANDA. Lisäksi käytössä voi olla myös MD-OBERON eli terveydenhuollon toiminnanohjausjärjestelmä. Muita leikkauksen aikana

käytettäviä lomakkeita ovat esitietolomake, perfuusiopöytäkirja, leikkauslista, tarvikelaskulomake, kipulomake, implanttirekisterilomake, luupankkiohjelma ja poliklinikan hoitosuunnitelma. (Leinonen ym. 2007, 23–26.) Edellä mainituista lomakkeista implanttirekisterilomaketta ja luupankkiohjelmaa käytetään ortopedisten leikkausten yhteydessä. Muut lomakkeet ovat käytössä yleisesti potilaspapereissa leikkauksen yhteydessä.

Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen pulmien, sähköisten erillisjärjestelmien mukaantulon ja yleisen hoitotyön kirjaamisen kehittämisen vuoksi kehitettiin Suomessa Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 2007–2008 (Leinonen ym. 2007, 23). Hankkeen tavoitteena oli saada hoitotyön kirjaaminen tulevaisuudessa rakenteiseen muotoon kaikissa Suomen terveydenhuollon eri yksiköissä. Jotta tähän tavoitteeseen voitiin päästä, kehitettiin opas FinCC -luokituskokonaisuuden täyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa, joka syntyi hankkeen Kansainvälisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot 2007–2008 myötä. Tämän kehittämisprojektin pohjalta sähköiseen potilaskertomusohjelmisto Mirandaan on tehty hoitotyön yhteenveto-osio. Lähtökohtana on kansallinen määrittely, joka kuvaa, mitä tietoja tutkitaan ja mitä halutaan tuottaa. Se ei kuitenkaan edelleenkään palvele leikkausosaston ja kirurgisten osastojen yhteistyötä riittävästi. Opinnäytetyöhömme liittyvissä keskusteluissa KYS:ssa tuli ilmi, että Mirandaan ollaan kehittelemässä Perioperatiivisen hoitotyön tiivistelmää. Tavoitteena on, että sähköisestä potilaskertomusohjelmisto Mirandasta saataisiin haettua tiivistelmä leikkaussalissa tehdystä hoitotyöstä ja tämä tiivistelmä siirtyisi sähköisessä muodossa osastoille.

Suomessa perioperatiivista kirjaamista on tutkittu muun muassa Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella tehtiin anestesiatietojärjestelmien analyysi vuonna 2005. Analyysin tuloksena havaittiin, että prosessin mukaisessa kirjaamisessa oli puutteita, muun muassa potilaan hoidon tarpeen huomiointi jäi puutteelliseksi. Sen sijaan tiedot potilaan saamasta hoidosta kirjattiin yleensä hyvin. (Leinonen ym. 2007, 23.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä HUS:ssa on ollut käynnissä perioperatiivisen kirjaamisen kehittämisprojekti vuosina 1999–2004, joka on toteutettu Silmätautien klinikan leikkausosastolla. Tässä perioperatiivisen kirjaamisen kehittämisprojektissa oli tavoitteena kehittää yhtenäistä kirjaamiskäytäntöä ja päämääräksi oli asetettu osastokohtainen kirjaamisen perustaso. Tulosten analysointi koettiin hankalaksi, koska sitä

hankaloitti potilastietojen saatavuus tietosuojan vuoksi. Tuloksista kävi kuitenkin ilmi, että kirjaaminen oli tyydyttävällä tasolla. (Björninen, Leino, Viirret & Vuorinen 2004.)

3.3 Intraoperatiivinen kirjaaminen

Intraoperatiivinen eli leikkauksenaikainen kirjaaminen tarkoittaa kaiken leikkaussalissa tapahtuvan toiminnan kirjaamista. Savonlinnan keskussairaalan leikkaus- ja anestesia-osastolla sekä päiväkirurgian ja tehohoidon osastolla on otettu lokakuussa 2007 käyttöön omien tarpeiden mukaan muokattu sähköinen CareVue Chart anestesiatietojärjestelmä, joka on suunniteltu toimimaan näiden osastojen välillä. Tietojärjestelmään on luotu määräyslomake, anestesialomake, tarkistuslomake ja tilastolomake. Näille lomakkeille kirjataan tiedot leikkauksen aikana potilaalle annetusta hoidosta. Samat lomakkeet ovat käytössä myös raporttia annettaessa potilaan siirtyessä vuodeosastolle. Leikkauksen alussa anestesiahoitaja kirjaa potilaan henkilötiedot potilasvalvonta-monitorissa olevaan potilastietojärjestelmään. Potilaan valvontalaitteisiin kytkemisen jälkeen alkavat tiedot automaattisesti kirjautua anestesialomakkeelle. Muita potilaan leikkauksen aikaisia tietoja lääkehoidosta ja voinnista voidaan valita valmisvalikosta. Tarvittaessa kirjoitetaan vapaata tekstiä, jos valikosta ei löydy sopivaa vaihtoehtoa. Leikkauksen päätyttyä anestesialääkäri kirjaa lääkemääräyksen jatkohoitoa varten ja anestesiahoitaja leikkaavan lääkärin määräykset määräyslomakkeelle. (Karttunen & Tolin 2008, 12–13.)

Tietojärjestelmä on tuonut mukanaan paljon etuja, joiden ansiosta hoitajat voivat keskittyä entistä paremmin potilaan hoitamiseen anestesialomakkeen kirjaamien sijaan. Automaattisesti kirjautunut tieto on luotettavampaa kuin käsin kirjattu tieto ja merkinnät ovat ajallisesti täsmällisiä. Myös raportoinnin koetaan nopeutuneen. Muita etuja ovat olleet tietojärjestelmän monipuolisempi käyttömahdollisuus, jolloin anestesiahoitaja pystyy käsittelemään myös laboratoriopyyntöjä ja vastauksia. Tietojärjestelmä on koettu helppokäyttöiseksi ja siihen perehtyminen on nopeaa. (Karttunen & Tolin 2008, 12–13.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää kirurgisten vuodeosastojen ja leikkausosastojen välistä kirjaamista ja tiedonkulkua potilaan hyvän ja turvallisen perioperatiivisen hoitotyön turvaamiseksi. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaisia tietoja KYS:n kirurgisten vuodeosastojen hoitajat tarvitsevat turvatakseen hyvän jatkohoidon leikkauspotilaalle. Tämän tiedon avulla määritellään hoitotyön toiminnoista kooste leikkauksen aikaisesta hoidosta kirurgisen potilaan jatkohoidon turvaamiseksi.

Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä leikkauksen aikana kirjatut tiedot ovat tarpeellisia potilaan turvallisen jatkohoidon kannalta kirurgisella osastolla?

2. Millaiseksi kirurgisen vuodeosaston hoitajat arvioivat saamansa tiedon potilaan leikkauksen aikaisesta hoidosta ja jatkohoito-ohjeista?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) Lasten ja nuorten operatiivinen osasto 2206, naistentautien osasto 2305, ortopedian osastot 2201 ja 2203 sekä plastiikkakirurgian osastot 2213, 2214 ja 2215. Kyseiset osastot valittiin tutkimukseen mukaan KYS:ssa käydyssä opinnäytetyöpalaverissa, jossa mukana olivat leikkausyksikkö 2:n ja leikkausyksikkö 4:n osastonhoitajat sekä projektikoordinaattori. Nämä osastot valittiin mukaan siksi, että ne edustavat erilaisia leikkaushoidon alueita ja siten tuottavat monipuolista tietoa kirurgisten potilaiden hoidosta. Ohja-

ussopimuksen laadimme yhdessä leikkausyksikkö 2:n osastonhoitajan kanssa 7.11.2008.

Tutkimusta varten saimme KYS:n henkilöstöpäälliköltä luvan 16.1.2009 työntekijöiden haastattelua varten ja tutkimusluvan operatiivisen tulosalueen, kirurgian klinikan ylihoitajalta 11.2.2009. Tutkimuksen tekemisen aloitimme huhti-toukokuun vaihteessa 2009, jolloin lähetimme tutkimuksessa mukana olevien KYS:n kirurgisten vuodeosastojen osastonhoitajille sähköpostia haastatteluun osallistumisesta. Liitteessä 3 on esitelty saatekirje, jonka lähetimme kirurgisten vuodeosastojen hoitajille. Sähköpostitse tiedustelimme henkilökunnan halukkuutta osallistua parihaastatteluun toukokuun aikana. Liitteessä 4 ovat hoitajille sähköpostin liitteenä lähetetyt haastattelukysymykset, jotka toimivat esimerkkeinä haastatteluissa kysytyistä kysymyksistä. Halusimme haastateltaviksi kirurgisten vuodeosastojen hoitajista ne, joilla oli vähintään 2 vuoden ajalta työkokemusta kirurgisella vuodeosastolla työskentelystä. Toivoimme tutkimukseen osallistuvan yhden lähi-/perushoitajan sekä yhden sairaanhoitajan kultakin osastolta, koska ammattiryhmillä saattoi olla hieman erilainen näkemys kirurgisen potilaan hoitotyöstä. Lähi- ja perushoitaja tekee perushoitotyötä, muun muassa huolehtimalla potilaan ravitsemuksesta ja hygieniasta. Esimerkiksi hygienian hoidossa korostuu potilaan liikkumiskyky, ja huomionarvoista on se, miten leikkauksen läpikäynyt potilas saa varata, ja milloin hän ylipäätään pääsee jalkeille tai saa mennä suihkuun leikkauksen jälkeen. Sairaanhoitajan työssä korostuu vastuu potilaan lääke- ja nestehoidosta leikkauksen jälkeen.

5.2 Tutkimuksen aineistonhankinta

Opinnäytetyömme oli lähestymistavaltaan laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää luonnollisissa tilanteissa, jossa ihminen kokemuksineen on. Laadullisella menetelmällä toteutettu tutkimus tarkastelee ihmisten välisiä sosiaalisia suhteita ja niiden välisiä merkityskokonaisuuksia. Merkityskokonaisuudet ilmentävät ihmisten välisiä tapahtumia kuten toimintaa, ajatuksia ja päämääriä. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada kuvaus ihmisten kokemasta todellisuudesta. (Vilkka 2005, 97–99.)

Aineistonkeruumenetelminä tutkimuksessamme olivat kirjallisuushaku ja kirurgisten vuodeosaston hoitajien teemahaastattelu. Haimme tietoa Lindasta Yliopistojen kirjallisuushaulla. Hakusanoina käytimme sanoja perioperatiivinen hoitotyö, perioperatiivinen kirjaaminen ja hoitotyön kirjaaminen. Käytimme kirjallisuushaussa myös Mediciä, jossa hakusanoina olivat postoperative care, documentation ja perioperative nursing. Hyödynsimme lähdemateriaalin hankinnassa Savonia-ammattikorkeakoulun terveysalan kirjaston tietokantaa, Kuopion yliopiston ja KYS:n tieteellistä kirjastoa sekä Kuopion kaupungin kirjastoa. Tutustuimme myös valtakunnassa meneillään oleviin hoitotyön kirjaamista kehittäviin hankkeisiin. Näitä hankkeita olivat rakenteisen kirjaamisen kehittämishanke Kansainvälisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot 2007–2008 ja perioperatiivisen kirjaamisen kehittämishankkeet Turun yliopiston anestesiatietojärjestelmien analyysi vuonna 2005 sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä HUS:ssa perioperatiivisen kirjaamisen kehittämisprojekti vuosina 1999–2004. Otimme selvää myös päättyneistä ja käynnissä olevista sähköisen kirjaamisen projekteista. Osallistuimme myös KYS:ssa 9.12.2008 järjestettyyn koulutukseen, jossa käsiteltiin hoitotyön systemaattista kirjaamista. Tästä koulutuksesta saimme uusinta tietoa rakenteisesta kirjaamisesta.

Toinen aineistonhankintamenetelmä tutkimuksessamme oli KYS:n kirurgisten vuodeosastojen hoitajien haastattelu, jonka toteutimme toukokuussa 2009. Valitsimme menetelmäksi haastattelun, koska sen avulla koimme saavamme käytännönläheistä tietoa kirurgisesta hoitotyöstä ja tarvittaessa pystyimme tarkentamaan kysymyksiä. Ruusuvuoren ja Tiittulan (2005, 22–23.) mukaan tutkimushaastattelu rakentuu pohjimmiltaan samoilla keinoilla, kuin kasvokkain käytävä keskustelu. Keskustelussa kysytään kysymyksiä, osoitetaan ymmärtämistä ja välitetään kiinnostusta, niin kuin haastattelussa. Tutkimushaastattelulla, toisin kuin arkikeskustelulla, on tietty tarkoitus ja osallistujilla roolit. Haastattelija on kysyjä ja tiedon kerääjä, ja kaikki tieto on haastateltavalla eli tiedon antajalla. Haastattelulla pyritään päämäärään, ja siksi haastattelija tekee kysymyksiä, kannustaa vastaajaa vastamaan ja ohjaa keskustelua, koska tieto on hänen kiinnostuksensa kohde. Tiedon saannin edellytyksenä on hyvä ja luottamuksellinen suhde haastattelijan ja haastateltavan välillä sekä haastattelijan neutraalius. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 22–23, 41.) Haastattelijan tulee olla puolueeton, eikä hänen tule esittää omia mielipiteitä, tai esimerkiksi aloittaa väittelyä haastateltavan kanssa.

Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistonhankintamenetelmänä teemahaastattelua. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa poimitaan tutkimusongelmasta esille nousevia teemoja, joita käsitellään haastattelussa kiinnostuksen kohteena olevan tiedon saamiseksi (Vilkka 2005, 101). Teemahaastattelulle on tunnusomaista, että haastattelun aiheet tiedetään etukäteen, mutta kysymysten muoto ja järjestys ovat avoimia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 203). Tässä haastattelussa kaikille haastateltaville esitettiin samat kysymykset, mutta sanamuoto ja järjestys saattoivat vaihdella. Tämän tutkimuksen haastatteluteemat syntyivät pääasiassa tällä hetkellä KYS:ssa käytössä olevasta paperisesta anestesialomakkeesta ja teemat olivat seuraavat: anestesiatiedot, potilaan elintoimintoihin liittyvät tiedot, leikkaustiedot, potilaan psyykkinen hyvinvointi toimenpiteen aikana, leikkauksen aikaiset poikkeamat ja mahdolliset kehittämisalueet.

Haastatteluihin osallistui yhteensä 4 sairaanhoitajaa ja 3 lähi-/perushoitajaa. Kolme haastattelua toteutettiin parihaastatteluna, joissa mukana oli yhtä aikaa osaston sairaanhoitaja ja lähi-/perushoitaja. Yksi haastatteluista toteutettiin yksilöhaastatteluna, jossa haastateltavana oli ainoastaan sairaanhoitaja, koska kyseisellä osastolla ei työskentele perus-/lähihoitajia lainkaan. Parihaastattelu on yksilöhaastatteluun verrattuna hieman vapautuneempi, koska haastateltavan ei tarvitse olla yksin vastaamassa kysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2007, 205). Haastattelussamme, johon osallistui vain sairaanhoitaja, vallitsi kuitenkin hyvin vapautunut ilmapiiri. Toisaalta parihaastattelussa toinen osapuoli voi olla puheliaampi, jolloin hiljaisemman henkilön mielipiteet voivat jäädä kuulematta. Tutkimuksessamme parihaastattelu oli hyvä haastattelumuoto, koska usein vuodeosastoilla työpareina ovat sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Hoitajat ovat työssään tottuneet keskustelemaan asioista yhdessä, eikä heillä ollut eriäviä mielipiteitä potilaan kirurgiseen hoitoon liittyvistä asioista. Hoitajien vastaukset olivat käytännönläheisiä ja täydensivät toisiaan. Näin saimme kokemuksellista tietoa työparien näkökulmasta.

Toteutimme haastattelut kirurgisten vuodeosastojen kahvihuoneissa tai vapaissa työskentelytiloissa. Haastatteluille paras ajankohta oli yleensä iltapäivällä klo 14–15, jolloin raportit seuraavalle työvuorolle oli pidetty. Haastatteluihin meni aikaa keskimäärin 40 minuuttia. Haastattelut oli tarkoitus alun perin nauhoittaa. Koska nauhureita ei ollut saatavilla, jouduimme pitämään haastattelut siten, että toinen haastatteli ja toinen kirjasi vastaukset haastattelulomakkeille. Liitteessä 5 on esitelty haastattelijoiden versio haastattelulomakkeesta.

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Sisällön analyysi on menettelytapa, jonka avulla analysoidaan systemaattisesti dokumentteja, kuten haastatteluja, kirjoja ja artikkeleita. Sillä tarkoitetaan dokumentin sisällön kuvaamista sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105–106.) Aineiston analysointimenetelmänä tutkimuksessamme oli deduktiivinen sisällön analyysi eli teorialähtöinen analyysitapa. Deduktiivisessa analyysitavassa analyysia ohjaa jokin teema tai käsitekartta, jotka meidän tutkimuksessamme olivat haastattelun teemat. Ensimmäisessä analyysin vaiheessa muodostetaan analyysirunko, johon lisätään erilaiset luokitukset jotka nousevat tutkimusaineistosta. Mikäli analyysirungon ulkopuolelle jää asioita, niistä voidaan tehdä uusia luokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105–106, 113.) Meidän tutkimuksessamme analyysirunko oli osittain strukturoitu eli tuloksista kerättiin mukaan niitä asioita, jotka sopivat tutkimuksen teemoihin. Tässä tutkimuksessa ei tullut esille sellaisia asioita ilmi, jotka eivät olisi jollain tavoin liittyneet ennalta määriteltyihin teemoihin.

Aineiston pelkistämisellä tarkoitetaan tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Ryhmittelyvaiheessa aineistosta poimitaan alkuperäisilmaukset, jotka käydään läpi ja etsitään aineistosta samaa ja eri asiaa kuvaavia ilmauksia. Tämä tapahtuu esittämällä aineistolle tutkimuksen tarkoituksen mukaisia kysymyksiä. Samaa tarkoittavat asiat ryhmitellään ja luokitellaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105, 107, 110–112; Kylmä & Juvakka 2007, 113.) Meidän tutkimuksessa aineiston analysointi aloitettiin tietojen pelkistämisellä, jolloin aineistoa pilkottiin osiksi ja lauseita tiivistettiin. Taulukossa 1 kuvataan alkuperäisilmausten pelkistäminen. Seuraavaksi ryhmittelyvaiheessa käytiin alkuperäisilmaukset tarkasti läpi ja esitettiin aineistolle tutkimuksen tarkoitusta kuvaavia kysymyksiä, kuten ”mitä tietoja anestesiasta tarvitaan potilaan jatkohoidossa?” ja ”mitä tietoja potilaan leikkauksen aikaisesta psyykkisestä hyvinvoinnista tarvitaan jatkohoidossa?”.

Taulukko 1. Esimerkkejä alkuperäisilmausten pelkistämisestä.

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
”Ongelmille selitys. Normaalista unesta ei tarvitse kirjata, mutta poikkeamat kyllä.”	Poikkeamat unessa ja ongelmille selitys
”Ei varsinaisesti tarvitse tietoja anestesia-aineista. Allergiat, reaktiot, allergisen reaktion aiheuttavat aineet, miten vaikuttaa potilaaseen ja jatkohoitoon.”	Allergiset reaktiot, niiden aiheuttajat ja vaikutus jatkohoitoon
”Lapset yleensä rauhallisia leikkaukseen mennessä, lääkkeiden vaikutuksesta. Halutaan tietää psyykkisestä voinnista, jos kyseessä trauma, esimerkiksi amputaatio. Tai jos muu iso, rankka juttu on tullut yllättäen. Hyvä tietää, että osastolla osataan varautua. Esimerkiksi, jos puudutettu ja jalat eivät liikukaan kun lapsi herää.”	Yllättävän trauman vaikutus psyykkiseen tilaan
”Halutaan tarkemmin tietää peruskipulääkkeet ja vahvemmat lääkkeet, mitä voidaan antaa, milloin ja paljonko.”	Perus- ja vahvat kipulääkemääräykset tarkemmin kirjattuina
”Liikutteluluvat olisi hyvä tietää, etenkin päivystysaikaan.”	Päivystysaikana leikattujen potilaiden liikkumisluvat

Luokittelulla tarkoitetaan sitä, että aineistosta poimitaan systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmiöitä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105–106, 113). Meidän tutkimuksessamme analyysirungon mukaiset ilmiöt tarkoittivat haastattelun teemojen pohjalta esille tulleita asioita. Näistä muodostimme alaluokat. Analyysivaiheella tarkoitetaan aineiston purkamista osiin ja tulkintavaihe synteesin eli koosteen tekemistä näitä osioista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105, 107, 110–112; Kylmä & Juvakka 2007, 113).

Tässä tutkimuksessa tulokset saatiin haastattelun perusteella ja ne koostuivat haastateltavien mielipiteistä ja kokemuksista. Aluksi kirjoitimme haastattelut sanatarkasti tekstiksi eli litteroimme haastattelut. Sen jälkeen teimme taulukon, johon muotoilimme sarakkeet alkuperäisilmauksille, pelkistetyille ilmauksille, pääluokille, alaluokille ja yhdistäville luokille. Taulukossa 2 nähdään esimerkki siitä, kuinka analyysi eteni alaluokista pääluokkiin.

Taulukko 2. Analyysin eteneminen alaluokasta pääluokkaan.

Alaluokka	**Pääluokka**
Kuvaus potilaan psyykkisestä tilasta Yllättävän trauman vaikutus psyykkiseen tilaan Primitiivireaktio (ennalta arvaamaton käytös) Leikkauksen aikainen herääminen Puudutuksen aikainen ahdistus, harhaluulot ja pelko.	Psyykkinen hyvinvointi
Heräämövaiheen ohjeet puutteellisia Osastovaiheen ohjeet puutteellisia Ristiriitaisuudet määräyksissä Tiedot peruskipulääkkeistä puutteellisia Vahvojen kipulääkkeiden määräykset tarkemmin Leikkauksen jälkeiset liikkumisluvat etenkin päivystysaikaan puutteellisia	Kehitettäviä osa-alueita

5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Haastattelututkimukseen liittyy useita eettisiä kysymyksiä, erityisesti haastattelijan ja haastateltavan väliseen suhteeseen. Näitä ovat muun muassa luottamuksellisuus, läheisyys ja tutkimusluvat. Luottamuksellisuuteen liittyy, että haastattelija kertoo haastattelun totuudenmukaisen tarkoituksen, käsittelee ja säilyttää saamiaan tietoja luottamuksellisesti ja tutkimusraportissa ei paljasta haastateltavien henkilöllisyyttä. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 17 – 18; Teirilä & Jyväsjärvi 2001, 16.) Tutkimusaineistoa hankittaessa on huomioitava, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimuksen luonne on selvitettävä siihen osallistuville ja tutkimuksen on oltava sellainen, että se ei halvenna tai vaaranna osallistujia. Osallistujilla on oikeus pysyä nimettöminä ja heillä on oikeus saada tutkimustulokset tietoonsa. Tutkimusluvat tarvitaan tutkimuksen ja haastattelujen suorittamiseen. Haastattelua varten tarvitaan myös lupa haastateltavilta. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 17 – 18.)

Tässä tutkimuksessa eettisyys toteutui muun muassa siten, että saimme tutkimustamme varten tutkimusluvan KYS:n operatiivisen tulosalueen, kirurgian klinikan ylihoitajalta ennen haastattelujen aloittamista. Haastatteluja tehdessämme halusimme hoitajien tuovan esiin omia mielipiteitään ja kokemuksiaan potilaiden leikkauksen jälkeisistä jatkohoito-ohjeista. Haastatteluumme osallistuneiden henkilöiden vastaukset tulevat pysymään nimettöminä, eikä heidän henkilöllisyyttään tuoda julki opinnäytetyön missään vaiheessa.

Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan tulosten luotettavuutta ja tarkkuutta. Laadullisella menetelmällä toteutettua tutkimusta voidaan kutsua luotettavaksi, kun tutkimuksen tiedonantajat ja kerätty tutkimusaineisto ovat yhteensopivia eivätkä epäolennaiset tai satunnaiset tekijät ole vaikuttaneet tiedon muodostamiseen. (Vilkka 2005, 158–160.) Kun tarkastellaan laadullisen tutkimuksen objektiivisuuden ongelmaa, esiin nousee haastattelun luotettavuus sekä puolueettomuus. Puolueettomuutta arvioitaessa otetaan huomioon tutkijan kyky kuulla ja ymmärtää aidosti tiedonantajaa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133.) Tässä tutkimuksessa pyrittiin pysyttäytymään tiedonantajien kertomuksissa eikä tarkastelemaan asioita tutkijoiden omien kokemusten ja mielipiteiden kautta. Puolueettomuuteen vaikutti myös se, miten tutkijoina osasimme rohkaista haastateltavia kertomaan omia mielipiteitään ja kokemuksiaan. Edelleen pyrimme luomaan haastattelutilanteesta avoimen ja luottamuksellisen korostamalla sitä, että olemme halukkaita kuulemaan juuri heidän mielipiteitään potilaan leikkaustietojen kirjaamisesta.

Haastattelun luotettavuutta tutkimuksessamme lisäsi se, että valitsimme haastatteluun hoitajia kirurgian eri osaamisalueilta. Vastauksia tuli siis eri erikoisaloilta plastiikkakirurgiaan, ortopedisiin ja lasten leikkauksiin liittyen, mikä tuotti monipuolista tietoa eri erikoisaloilta ja yksiköistä. Lisäksi haastatteluun osallistuneilla henkilöillä oli pitkä työkokemus ja siksi heidän oli mahdollista tuoda esille käytännön hoitotyössä vastaantulevia tärkeitä asioita.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkimustulosten esittäminen

Tämän tutkimuksen avulla pyrittiin saamaan tietoa kirurgisen potilaan jatkohoidon kannalta tarpeellisiksi koetuista tiedoista, jotka tulisi olla kirjattuina tulevaisuudessa sähköiseen potilastietojärjestelmään. Tulokset esitellään haastattelun teemojen mukaisesti: anestesiatiedot, potilaan elintoimintoihin liittyvät tiedot, leikkaustiedot, potilaan psyykkinen hyvinvointi, leikkauksen aikaiset poikkeamat ja kehitettävät osa-alueet. Luvussa 6.9 kuvataan hoitajien kokemuksia nykyisistä potilaan leikkauksen aikaisista ja jatkohoidosta saamistaan vointiin liittyvistä tiedoista. Lisäksi luvussa esitellään hoitajien toivomia muutoksia nykyiseen leikkauksen aikaiseen kirjaamiseen.

6.2 Anestesia, nesteytys ja verivalmisteiden käyttö

Kirurgisten vuodeosastojen hoitajat olivat sitä mieltä, että leikkauksen aikaisesta anestesiasta tarvitaan tieto vuodeosastolla anestesian aloitus- ja lopetusajasta sekä anestesian kestosta. Lisäksi toivottiin, että leikkauksen aikaisista potilastiedoista välittyisi vuodeosastolle tieto siitä, millainen anestesia potilaalla oli ollut. Muita asioita olivat anestesiaan liittyvät ongelmat ja niiden tarpeeksi yksityiskohtainen selvitys. Jatkohoidossa haluttiin saada tiedot myös mahdollisista kanylointi-, intubointi- ja puudutuspoikkeamista, esimerkiksi jos kanyylia oli jouduttu pistämään monta kertaa tai anestesiassa tai puudutuksessa oli ilmennyt pulmia tai haittavaikutuksia.

Anestesia-aineista hoitajat halusivat tietää mitä anestesia-ainetta, kuinka paljon ja mihin aikaan potilas oli saanut. Myös anestesia- ja puuduteainemäärän poikkeamat haluttiin tietää. Anestesiassa annetuista kipulääkkeistä haluttiin tietää myös, mitä oli annettu, kuinka paljon ja mikä oli lääkkeen antoaika. Lisäksi koettiin tärkeäksi tieto potilaalle annetuista kipulääkkeistä sekä vahvoista kipulääkkeistä ja antibiooteista tarkat antoajat, lääkkeen nimi, lääkkeen määrä ja vahvuus. Allergisista reaktioista ja niiden aiheuttajista haluttiin yksityiskohtaiset tiedot.

Nesteytykseen liittyvät tiedot koettiin tärkeiksi. Hoitajat halusivat tietää, mitä nesteitä potilaalle leikkauksessa oli annettu, kuinka paljon ja mikä oli nesteenantonopeus. Myös se, jos nesteet oli leikkauksen aikana vaihdettu toisiksi ja jos uusia oli aloitettu, haluttiin tietää. Lisäksi haluttiin tieto siitä, miksi ne oli aloitettu, kuka nesteet oli aloittanut, millä tiputusnopeudella ja miten pitkään niitä oli tarkoitus jatkaa. Hoitajat kokivat tärkeänä tietää nesteytyksestä virtsanerityksen seurannan kannalta. Verivalmisteista haluttiin tietää, mitä verivalmisteita oli annettu ja minkä verran. Lasten operatiivisen osaston hoitajat kokivat, etteivät he saaneet riittävästi tietoa lapsille leikkauksen aikana annetuista verivalmisteista.

6.3 Elintoiminnot ja virtsan eritys

Haastatteluumme osallistuneet hoitajat kokivat tärkeäksi saada tietoja potilaan leikkauksenaikaisista elintoiminnoista, koska hengityksen ja verenkierron toimintaa on tärkeää havainnoida leikkauksen jälkeen. Etenkin toimenpiteen aikaisia poikkeamia hengityksen toiminnassa, kuten hengitysvajausta, pidettiin tärkeinä tietoina, sillä ne vaikuttavat potilaan tarkkailuun ja hoitoon myös vuodeosastolla. Hengitykseen liittyvistä poikkeamista haluttiin tarkat tiedot muun muassa siitä, millaisia hengitysongelmia oli ollut ja miten niitä oli korjattu. Lasten operatiivisella osastolla haluttiin tarkat tiedot elintoimintojen seurannasta osastolla sekä siitä, milloin ja keneen otetaan yhteyttä, jos ongelmia ilmenee. Ortopedian osastolla haluttiin osastolle ohjeet, mitä tulisi tarkkailla ja miten hoitaa hengitysongelmista kärsivää potilasta.

Kirurgisten vuodeosastojen hoitajat halusivat tietää verenkierron poikkeamat. Tärkeänä pidettiin tiedon saamista verenpaineesta, pulssista, rytmihäiriöistä ja lämpömuutoksista. Lasten operatiivisen osaston hoitajat mainitsivat tärkeäksi tarkat tiedot aivopainemittauksesta. Lisäksi jatkohoito-ohjeita osastolle pidettiin tärkeinä erityisesti silloin, kun osastohoidon aikana tapahtui elintoiminnoissa muutoksia. Lisäksi hoitajat halusivat tiedot elintoimintojen muutoksiin annetusta lääkityksestä.

Virtsanerityksen liittyvistä tiedoista haluttiin tietää virtsakatetrin laittoaika, katetrin laittamiseen liittyneet mahdolliset ongelmat ja virtsamäärän seurantatiedot. Tärkeää oli saada tietää myös kertakatetrointikerrat ja virtsamäärät. Päivystyspotilaan kohdalla oli tärkeää saada tieto viimeisestä spontaanista virtsausajasta.

6.4 Leikkausalue ja -haava sekä haavansulku- ja sidosmateriaalit

Leikkausalueeseen ja -haavaan liittyvistä asioista haluttiin tietoja leikkausalueen desinfektiosta, peittelymateriaaleista, allergisista reaktioista, haavasta ja vuodoista. Desinfektioaineista sekä peittelymateriaaleista haluttiin tietoa, jos ne olivat aiheuttaneet allergisen reaktion. Niistä haluttiin tietää reaktion aiheuttajat ja käytetyt materiaalit ja aineet sekä kuvaus reaktiosta ja mahdollisista ihoreaktioista. Haavasta haluttiin tietää tarkkailuohjeet ja vuodon määrä sekä se, oliko sidoksia vaihdettu leikkauksen aikana vuodon takia. Erityisesti jos kyseessä oli harvinainen sidos, haluttiin tietää, mitä oli haavanpeitteessä ja mitä pohjimmaisena. Ompeleista ja haavansulkumateriaaleista haluttiin tietää, oliko haavalla ommel vai hakanen, oliko ommel sulava vai sulamaton sekä milloin ompeleet ja hakaset tuli poistaa.

6.5 Leikkausasentoon liittyvät huomiot ja leikkauksessa apuna käytettävät laitteet

Leikkauksesta aiheutuneet painaumat olivat tärkeä tieto vuodeosastolle, koska myöhäisreaktiot, kuten hermopinteet ja puutumisoireet saattoivat ilmaantua viiveellä kin leikkauksen jälkeen. Tieto painaumista oli tärkeää jatkotarkkailun sekä painaumien aiheuttamien komplikaatioiden ennaltaehkäisyn kannalta. Erityisesti pitkien leikkausten jälkeen ja sellaisten potilaiden kohdalla, joilla oli huono ravitsemustila, kaikki mahdolliset ja ilmeiset pulmat huonon leikkausasennon seurauksena olivat tärkeitä tietoja.

Hoitajat kokivat, ettei diatermialaitteesta tai neutraalielektrodin paikasta tarvittu tietoja jatkohoidossa, mikäli palovammoja tai muita ongelmia ei ollut esiintynyt leikkauksen aikana. Jos palovammoja oli ilmaantunut, niistä haluttiin tietää. Verityhjiöstä haluttiin tietää verityhjiön sijainti, aloitus- ja lopetusaika sekä sen kokonaiskesto. Läpivalaisusta haluttiin tietää läpivalaisun tarkoitus ja läpivalaisuaika. Hoitajat kaipasivat myös tietoa siitä, olivatko kuvat onnistuneet ja tarvittiinko myöhemmin kontrollikuvia. Mikäli lävistyskoruja oli jouduttu poistamaan ja laittamaan tilalle lanka leikkauksen ajaksi, siitä haluttiin tietää.

6.6 Kehoon jäänyt väliaikainen tai pysyvä vierasesine

Dreeneistä haluttiin tietää dreenien määrä ja sijainti. Hoitajat halusivat tietää, mikä dreeni tuli mistäkin ja oliko ne kiinnitetty ompeleella vai ei. Hoitajat myös toivoivat dreeniletkujen ja eritteiden keräysastioiden merkitsemistä nykyistä paremmin ja lisäksi he halusivat tietää, käytetäänkö dreenissä imua vai ei. He kokivat, että dreenien merkitseminen on nykyisellään puutteellista. Muista kudoksiin jätetyistä materiaaleista haluttiin tietää, mitä oli laitettu ja niiden sijaintitiedot hoidonseurantalomakkeelle.

6.7 Psyykkinen hyvinvointi

Leikkauksenaikaisesta psyykkisestä hyvinvoinnista haluttiin tietää, mikäli potilas oli ollut sekava tai hän oli pelännyt tai jännittänyt. Hoitajat halusivat tietää potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista myös silloin, jos kyseessä oli ollut trauma, esimerkiksi amputaatio, tai potilaalle oli sattunut muu yllättävä ja rankka asia. Puudutuksen aikaisesta psyykkisestä hyvinvoinnista haluttiin tietää, mikäli leikkauksen aikana oli ilmennyt ahdistusta, pelkoa tai harhaluuloja. Myös mahdolliset leikkauksenaikaiset primitiivireaktiot haluttiin tietää, esimerkiksi jos potilas oli herännyt kesken leikkauksen.

6.8 Kooste leikkauksen aikaisista ongelmista ja poikkeamista

Hoitajat halusivat tietää kaikki elintoiminnoissa ilmenneet poikkeamat tarkasti. Hengityksen ja verenkierron poikkeamista haluttiin tietää, millaisia ongelmia oli ollut ja miten niitä oli korjattu. Lisäksi haluttiin tietää rytmihäiriöistä, lämpömuutoksista ja hengitysvajeesta. Hoitajat kokivat tärkeäksi saada tietää myös ongelmiin liittyvät jatkohoito-ohjeet vuodeosastoa varten, jos tilanne uusiutuisi. Lääkepoikkeamat haluttiin merkittävän tarkasti, etenkin lääkkeiden aiheuttamat allergiset reaktiot. Niistä haluttiin tietää tarkasti, mitä oli tapahtunut ja mitä asialle oli tehty. Kipulääkkeiden suuri annostus ja väärän lääkkeen antaminen olivat tärkeitä asioita tietää.

Anestesia-, puudutus- ja kanylointipoikkeamista haluttiin tietää ja toivottiin, että merkinnät niistä löytyvät potilastietojärjestelmästä. Hoitajat halusivat tietää, mikäli kanyylia oli jouduttu pistämään monta kertaa ja mikäli anestesia tai puudutus ei ollut mennyt suunnitelman mukaisesti. Plastiikkakirurgian osaston hoitajat halusivat tietää myös intubaatiossa ilmenneet ongelmat.

Teknisellä poikkeamalla hoitajat tarkoittivat esimerkiksi leikkauksen aikana siinä apuna käytettäviin laitteisiin kohdistunutta vikaa tai leikkausympäristöön liittyvää, siihen kuulumatonta tapahtumaa. Teknisestä poikkeamasta haluttiin tietää, mikäli se oli vaikuttanut potilaan vointiin. Silloin haluttiin tarkka kuvaus siitä, mitä oli tapahtunut. Tiedot olivat tärkeitä etenkin, jos potilaalle jouduttiin aloittamaan teknisen poikkeaman vuoksi antibioottilääkitys. Mikäli potilaalle ei ollut tullut poikkeamasta haittaa, pelkkä maininta teknisestä poikkeamasta koettiin riittäväksi.

Leikkauspoikkeamista haluttiin tietää kaikki, mikä ei kuulunut normaaliin leikkauksen kulkuun. Niistä haluttiin tarkka selostus, miksi asiat eivät menneet niin kuin piti. Tällaisia tilanteita olivat muun muassa poikkeavan runsas vuoto, peruselintoimintoihin vaikuttanut poikkeama esimerkiksi elvytys ja haavaan joutuneet tai jääneet vierasesineet. Myös aseptiset virheet, kuten kirurgin käsineen rikkoutuminen, ovat asioita, joista haluttiin tietää. Edelleen yllättävät löydökset leikkauksessa tai mikäli leikkauksesta tuli suunniteltua suurempi tai pienempi, haluttiin tietää. Mikäli lasten intraoperatiivisessa hoidossa oli ilmennyt mitä tahansa ongelmia, niiden toivottiin olevan kirjattuina tarkasti, koska lasten vanhemmat halusivat tietää ilmenneistä ongelmista.

6.9 Jatkohoito-ohjeet

Elintoimintoihin liittyvät tarkkailu- ja hoito-ohjeet sekä sidosten poistoaika koettiin tärkeiksi tiedoiksi jatkohoidossa. Lisäksi haluttiin tietää, tarvitaanko mahdollisesti röntgenkuvia. Liikkumis- ja asentorajoitukset sekä vuodelepomääräykset olivat tärkeitä tietoja jatkohoidon kannalta. Lasten operatiivisella osastolla haluttiin tietää lapsen liikutteluluvat, koska lapsi ei välttämättä ymmärrä liikerajoitusten merkitystä. Etenkin päivystysaikana ne olivat tärkeitä tietoja. Plastiikkakirurgian osastolla haluttiin tietää, milloin potilaalle pystyi antamaan seuraavan kerran kipulääkkeitä, mitä sai antaa ja miten paljon. He olivat huomanneet, että peruskipulääkkeet saattoivat puuttua määrä-

yksistä kokonaan. Myös vahvemmista kipulääkkeistä haluttiin tietää, mitä lääkettä ja milloin sai antaa, tai vastaavasti haluttiin tieto, jos niitä ei saanut antaa. Myös käytössä ollut kipumittari haluttiin tietää, että osastolla voitiin jatkaa samalla mittarilla kivun arviointia. Tieto leikkauksen aiheellisuudesta ja syyn löytymisestä haluttiin tietää, jotta tiedettiin jatkuuko syyn etsintä. Koneellisesta nesteiden tiputuksesta haluttiin tietää. Jos poikkeamia oli ollut, haluttiin tietää, mitä ne olivat olleet ja miten toimittiin tai keneen pitäisi ottaa yhteyttä, jos ongelmat toistuvat.

6.10 Hoitajien arvio nykyisen leikkauksen aikaisen tiedon riittävyydestä

Pääpiirteittäin nykyinen anestesialomake koettiin hyväksi, koska pieni lomake sisälsi paljon tietoa. Kehittämistä toivottiin heräämö- ja osastovaiheen kipulääkemääräyksiin ja jatkohoito-ohjeisiin. Määräyksissä ilmeni esimerkiksi ristiriitaisuutta. Anestesialääkäreiden kirjaaminen ei ollut yhdenmukaista, toisin sanoen kirjaaminen koettiin epäselväksi. Kipulääkemääräyksissä koettiin olevan puutteita niin vahvojen kuin peruskipulääkkeidenkin osalta tai lääkemääräykset saattoivat puuttua kokonaan. Vahvojen kipulääkkeiden osalta määräyksiin haluttiin tarkennusta antoaikojen ja lääkemäärien merkitsemiseen. Päivystysaikaisista leikkauksista haluttiin tietää tarkemmin potilaan liikkumisluvat leikkauksen jälkeen. Dreeniletkuihin ja -pusseihin haluttiin tarkat tiedot, mikä dreeni tulee mistäkin.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää kirurgisten vuodeosastojen ja leikkausosastojen välistä yhteistyötä potilaan hyvän ja turvallisen perioperatiivisen hoidon turvaamiseksi. Työssä keskityttiin leikkauksenaikaisen kirjaamisen laadun ja sen kehittämisalueiden esiin tuomiseen kirurgisten vuodeosastojen hoitajien näkökulmasta. Tutkimuspaikkana oli Kuopion yliopistollinen sairaala.

Aikaisempia tutkimuksia perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisesta on tehty Suomessa muun muassa Turussa, jossa tehtiin anestesiatietojärjestelmien analyysi vuonna 2005. Sen tuloksena havaittiin puutteita hoitoprosessin mukaisessa kirjaamisessa ja etenkin hoidon tarpeen huomioinnissa (Leinonen ym. 2007, 23.) Meidän tutkimuksessa keskityttiin siihen, mitä kirurgisella vuodeosastolla haluttiin saada tietää potilaan leikkauksen aikana saamasta hoidosta. Puutteita esiintyi tutkimustulostemme mukaan esimerkiksi kipulääkemääräyksissä ja osastoille annettavissa jatkohoito-ohjeissa. Myös Junttila (2008, 8) totesi tutkimuksessaan, että tällä hetkellä perioperatiivisessa kirjaamisessa esiintyy puutteita ja epätäsmällisyyttä. Merkinnöistä voidaan tehdä virheellisiä päätelmiä esimerkiksi tekstin lukukelvottomuuden vuoksi.

Anestesiaan, nesteytykseen ja verivalmisteiden käyttöön liittyen hoitajat kokivat, etteivät he saa nykyisellään riittävän tarkkaa tietoa annetuista valmisteista ja niiden antoajoista. Etenkin vahvojen kipulääkkeiden osalta tiedot annetuista lääkeannoksista ja seuraavan lääkeannoksen turvallisesta antoajasta koettiin puutteellisiksi. Holopaisen ja Lehtomäen (2002,7) tekemässä tutkimuksessa todetaan, että riittämättömällä kivunhoidolla aiheutetaan potilaalle turhia kärsimyksiä. Se voi aiheuttaa potilaan elimistössä muutoksia, joilla on haitallinen vaikutus potilaan toipumiseen ja se voi jopa lisätä leikkauksenjälkeisten komplikaatioiden syntymistä. Riittämättömät tiedot annetuista kipulääkkeistä voivat johtaa siihen, ettei potilaan toipuminen pääse etenemään parhaalla mahdollisella tavalla. Toisaalta myös puutteelliset merkinnät voivat johtaa siihen, että

potilaalle annetaan suuri määrä lääkkeitä. Puutteellisista merkinnöistä johtuen potilaan saama lääkkeiden kokonaismäärä voi jäädä epäselväksi.

Tutkimukseemme osallistuneet hoitajat kokivat, etteivät he saaneet riittävästi tietoa leikkauksen aikana potilaalle annetuista verivalmisteista, koska tiedot oli kirjattu puutteellisesti. Tiusasen, Junttilan & Leinosen (2009, 275) tutkimuksessa havaittiin, että vain 6 %:ssa tutkimuksessa mukana olleissa potilasasiakirjoissa oli merkintä leikkauksen aikana annetuista verestä tai verivalmisteista. Myös Niskasen ym. (2001) tutkimuksessa vakavat verensiirtoreaktiot jäivät merkitsemättä paperisille anestesialomakkeille tai sähköiseen toimenpideyksiköiden tietojärjestelmään. Tutkimuksemme tuloksista tuli esille toimenpiteen aikaisia poikkeamia hengityksen toiminnassa, esimerkkinä hengitysvajaus. Niillä koettiin olevan vaikutusta potilaan tarkkailuun ja hoitoon myös vuodeosastolla. Lääkeinfossa kerrotaan leikkauksissa usein käytettävästä kipulääkkeestä Fentanylistä, että se voi aiheuttaa kiputunnottomuuden jälkeen myös leikkauksen jälkeisen hengityslaman (Lääkeinfo.fi 2006). Tämän vuoksi toimenpiteiden aikaiset hengityspoikkeamat tulisi kirjata selkeästi, että heräämössä ja vuodeosastolla pystytään tarkkailemaan mahdollisesti uusiutuvia hengitysoireita.

Leikkausasentoon liittyvistä huomioista etenkin painaumat koettiin tärkeiksi tietää, koska leikkausasennosta aiheutunut hermopinne saattaa ilmaantua vasta leikkauksen jälkeen vuodeosastolla. Hirvosen (2000) tutkimuksessa sanotaan leikkausasennolla olevan vaikutusta myös potilaan verenpaineeseen sekä hengityskaasujen vaihtumiseen leikkauksen aikana ja niitä tulee seurata myös potilaan jatkohoidossa. Tutkimuksessamme myös rintaleikkausten jälkeen käsien kipeytyminen saattoi johtua leikkauksen vaatimista poikkeavista leikkausasennoista. Erityisesti pitkien leikkauksien jälkeen ja huonosta ravitsemustilasta kärsivillä potilailla oli ongelmia postoperatiivisessa vaiheessa. Lonkkamurtumapotilaan hoitosuosituksessa todetaan myös potilaan huonolla yleistilalla olevan kuntoutumista hidastava ja komplikaatioita lisäävä vaikutus (Lonkkamurtumapotilaan hoito 2006).

Kudoksiin jätetyistä materiaaleista haluttiin tietää, mitä oli laitettu ja niiden sijaintitiedot. Tiedot ovat tärkeitä muun muassa uusintaleikkauksia varten. Esimerkiksi tekonivelleikkauksista implanttirekisteriin kerättyä tietoa voidaan käyttää selvittämään tekonivelleikkauksien komplikaatioiden esiintyvyyttä ja vaaratekijöitä, ja siten vaikuttaa tekonivelleikkausten laatuun (Lehto, Jämsen & Rissanen 2005, 898). Asennetuista

tekonivelistä tai muista potilaaseen laitetuista implanteista tulisi myös potilaan saada itselleen todistus. Sitä tarvitaan esimerkiksi lentokentillä tehtävissä turvatarkastuksissa todisteena implantista. Turvatarkastuksissa metallinpaljastimet voivat reagoida metalliseen implanttiin.

Pelko, ahdistus ja harhaluulot tulivat esille tutkimuksessa leikkauksen aikaisesta psyykkisestä hyvinvoinnista. Ne haluttiin kirjattavan, koska potilaan psyykkisellä hyvinvoinnilla on merkitystä leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. Myös Holopaisen ja Lehtomäen (2002, 6) tutkimuksessa todetaan pelon, ahdistuksen ja masennuksen lisäävän kiputuntemuksia. Meidän tutkimuksessa psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät kirjaukset koettiin tärkeiksi jatkohoidossa, koska ne saattoivat vaikuttaa esimerkiksi kipulääkityksen määrään. Tässä tapauksessa huomiota voisi jatkohoidossa kiinnittää myös pelkotilojen käsittelemiseen keskustelemalla niistä potilaan kanssa, mikä voisi jopa vähentää tarvittavien kipulääkkeiden määrää.

Mahdolliset leikkauksenaikaiset primitiivireaktiot haluttiin tietää kirurgisilla vuodeosastoilla. Jatkohoidossa haluttiin tietää, mikäli potilas oli herännyt kesken leikkauksen. Niskasen ym. (2001) tutkimuksessa määriteltiin potilaan suunnittelematon hereillä olo vakavaksi leikkauskomplikaatioksi, jota ei saisi koskaan tapahtua. Tutkimuksemme tuloksista tuli esille myös intubaatiossa ilmenneet ongelmat, joiden tulisi olla kirjattuina potilastietoihin tulevia leikkauksia varten. Tieto helpottaisi jatkossa valmistautumista tuleviin leikkauksiin ja mahdollisuuksiin ehkäistä potentiaalisia komplikaatioita. Niskasen ym. (2001) tutkimuksessa todettiin, että vaikeassa intubaatiossa käytettyä apuvälinettä ei kirjattu lainkaan paperiselle anestesiakaavakkeelle tai sähköiseen toimenpideyksiköiden tietojärjestelmään.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että hoitajat kaipasivat enemmän tietoa leikkauksen aikana tapahtuvista elintoimintoihin liittyvistä poikkeamista. He mainitsivat tärkeänä kirjattavana asiana poikkeavan runsaan vuodon leikkauksen aikana. Myös Niskasen ym. (2001) tutkimuksessa todettiin, että vakavista komplikaatioista muun muassa vuotosokista ja/tai metabolisista häiriöistä, oli merkitty sähköiseen toimenpideyksiköiden tietojärjestelmään, mutta käsinkirjoitetuista anestesialomakkeista tieto puuttui. Tästä voisi tehdä johtopäätöksen, että paperisille anestesialomakkeille kirjatuissa tiedoissa saattaa ilmetä puutteita. Toisaalta taas ennakoimattomat hemodynaamiset eli veren virtaukseen liittyvät ongelmat, jotka vaativat invasiivista eli elimistöön kajoavaa moni-

torointia ja vasoaktiivista eli verisuoniin vaikuttavaa lääkitystä, tulivat kirjattua paperisille anestesialomakkeille, mutta tieto puuttuu sähköisestä toimenpideyksiköiden tietojärjestelmästä.

Aseptiset virheet kuten kirurgin käsineen rikkoutuminen olivat asioita, joista haluttiin tietää. Esimerkiksi leikkaavan lääkärin käsineen rikkoutuminen aiheuttaa riskin leikkausalueen infektoitumiseen. Tiusasen, Junttilan & Leinosen (2009, 274) tutkimuksessa leikkaukseen liittyvistä ongelmista, kuten hanskan rikkoutumisesta toimenpiteen aikana, oli kirjattu 18 potilaspapereihin. Tutkimuksessa oli mukana 50 potilaan potilaspaperit. Kirurgia on erikoisala, jolla esiintyy eniten sairaalainfektioita. Tämä todetaan kansanterveyslaitoksen sairaalainfektio-ohjelman (SIRO) kansallisessa sairaalainfektioiden esiintyvyystutkimuksessa. Tutkimuksessa todetaan myös, että kirurgiassa leikkausalueen infektiot ovat yleisimpiä infektioita. (KTL 2005).

Liikkumis- ja asentorajoitukset sekä vuodelepomääräykset ja yleistilan hoito-ohjeet olivat tärkeitä tietoja jatkohoidon kannalta. Lonkkamurtumapotilaiden hoitosuosituksessa todetaan, että kuntoutuksen tulee olla voimavaralähtöistä ja keskittyä ongelmien korjaamiseen. Potilaskohtaisesti suunniteltu kuntoutus nopeuttaa potilaan kuntoutumista (Lonkkamurtumapotilaan hoito 2006.) Hyvin kirjatuilla liikkumis- ja asentorajoituksilla voidaan ennaltaehkäistä potilaan liian aikainen liikkeelle lähteminen, jolla voi olla haitallinen vaikutus potilaan kuntoutumiseen.

Kehittämistä toivottiin heräämö- ja osastovaiheen ohjeistuksiin. Kirjaamiseen haluttiin yhdenmukaisuutta etenkin määräysten ja jatkohoito-ohjeiden osalta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että terveydenhuollossa tapahtuvien haittatapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä yleisimpiä ovat kommunikointiin ja tiedonkulkuun liittyvät tekijät (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 35). Tämän vuoksi on erittäin tärkeää kiinnittää huomiota juuri raportointiin ja potilastietojen huolelliseen kirjaamiseen. Silén-Lipponen (2008, 143) toteaa tutkimuksessaan sujuvan tiedonkulun edellyttävän aktiivisuutta ja motivaatiota. Hyvä tiimityö vähentää väärinymmärryksen riskiä ja siten parantaa potilasturvallisuutta. Kaikilla tutkimukseemme osallistuneilla kirurgisilla osastoilla oli samansuuntaisia toiveita siitä, millaisia tietoja potilaan leikkauksenaikaisesta hoidosta halutaan tietää kirurgisella vuodeosastolla. Mielenkiintoista oli huomata, että Niskasen ym. (2001) tutkimuksen tuloksena havaittiin, että puutteita esiintyi eten-

kin lievempien hengityksen ja verenkierron poikkeamien kirjaamisessa. Pienet poikkeamat jäivät mahdollisesti merkitsemättä anestesialomakkeelle.

Teimme huomioita opintojemme harjoitteluiden aikana leikkauksenaikaisista kirjaamisista ja niiden ongelmista. Tiedot potilaan leikkauksen aikaisesta voinnista koettiin puutteellisiksi. Leikkauksen aikana anestesiahoitaja ja avustava leikkaushoitaja ovat huonovointisen potilaan hoidon aikana keskittyneet ensisijaisesti potilaan voinnin korjaamiseen. Kirjaamiseen keskitytään vasta, kun potilaan vointi on korjaantunut riittävästi. Tällaisessa tilanteessa saattaa asioita jäädä kirjaamatta potilaan hoidosta ja voinnista, kuten Niskasen ym. (2001) tutkimuksessakin todettiin.

7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimuksen aiheet

Tutkimustuloksista voidaan päätellä kirurgisten vuodeosastojen hoitajien olevan pääasiassa tyytyväisiä nykyisen anestesialomakkeen tarkkuudella kirjattuihin tietoihin. Tuloksista käy kuitenkin ilmi, että perioperatiivisen hoidon tiedonkulussa on vielä puutteita leikkaussalin, heräämön ja kirurgisten vuodeosastojen välillä.

Pyrkimyksenä on, että kirjaaminen palvelisi kaikkia potilaan hoitoon osallistuvia tahoja parhaalla mahdollisella tavalla. Tämän tutkimuksen tulosten avulla voidaan kehittää kirurgisten osastojen ja leikkausosaston välistä tiedonkulkua potilaan jatkohoidon turvaamiseksi. Uskomme, että tutkimuksemme tuottaman tiedon avulla voidaan melko pienillä muutoksilla ja täydennyksillä muuttaa raportin antamista osastojen välillä paremmaksi niin, että potilaan hoitaminen jatkohoidossa olisi mahdollista toteuttaa laadukkaasti. Näitä muutoksia voisi olla ohjeiden laatiminen leikkauksen aikaiseen kirjaamiseen sekä raportointiohjeen tuottaminen raportin antamiseen leikkaussalista heräämöön ja vuodeosastolle. Toivomme työstämme olevan hyötyä, kun tulevaisuudessa kehitetään perioperatiivisen hoidon aikana tapahtuvaa kirjaamista.

- KYS:ssa ei ole vielä käytössä sähköistä anestesialomaketta. Harjoittelumme aikana anestesiahoitajat toivat esille puutteena anestesialomakkeen erilaisuuden sähköisenä ja paperisena versiona. Mikäli anestesialomake olisi sähköinen ja siihen tallentuisi automaattisesti peruselintoimintojen ja hengitystoiminnan seuranta, se antaisi anestesiahoitajalle mahdollisuuden keskittyä yhtäjaksoisemmin

potilaan voinnin seurantaan ja hoitoon. Sähköinen anestesialomake ollaan kuitenkin tulevaisuudessa ottamassa käyttöön. Sähköisen anestesialomakkeen toteutettavuutta ja sen käytettävyyttä voisi tutkia myös KYS:ssa.

- Heräämövaihe on tärkeä osa potilaan perioperatiivista hoitoprosessia. Heräämöstä potilas siirtyy jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle. Tässä tutkimuksessa selvisi, että hoitajat kokevat puutteellisiksi heräämövaiheen tiedon kulun osastolle. Tietojen siirron kannalta olisi ollut tärkeää tutkia myös heräämön ja kirurgisen vuodeosaston välistä tiedonkulkua.

- Leikkauksenaikaiseen kirjaamiseen haluttiin yhdenmukaista merkitsemistapaa etenkin määräysten ja jatkohoito-ohjeiden osalta. Näiden osa-alueiden kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaisuuden toteutuminen vaatisi lisäselvittelyä.

- Potilaan leikkauksen jälkeisen jatkohoidon kannalta on tärkeää tietää jo annetut ja jatkohoitoa varten määrätyt kipulääkkeet. Kipulääkkeiden merkitsemisessä koettiin olevan puutteita perus- ja vahvojen kipulääkkeiden osalta. Tätä asiaa voisi kehittää KYS:ssa.

- Haastatteluissamme ilmeni, että leikkauksissa potilaalle laitettujen dreenien ja eritteenkeräyspussien merkitseminen koettiin puutteellisiksi. Hoitajan kokivat tärkeäksi tietää, mikä dreeni tulee mistäkin. Tähän asiaan toivottiin parannusta.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyydellä tarkoitetaan tutkimuksen suunnitteluun, tiedonhankintaan ja toteutukseen liittyvää vastuullisuutta päätöksiä, valintoja ja ratkaisuja tehdessä. Tutkimukseen osallistujille kerrotaan sen tarkoitus ja käytettävät menetelmät, eikä tutkimuksesta tule aiheutua haittaa siihen osallistuville. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä tietoja osallistujista luovuteta ulkopuolisille. Tutkijan vastuulla on näiden sopimusten noudattaminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125; Tuomi 2007, 145–146.) Onnistuimme mielestämme hyvin työmme eettisyyden toteutuksessa. Meitä on ohjattu toimimaan oman eettisen omantunnon mukaisesti koko koulutuksemme ajan. Ennen haastattelun aloittamista toimme haastateltaville esille, että heidän henkilöllisyytensä

pysyisi salassa koko opinnäytetyön ajan. Olimme saaneet ennen haastattelujen aloittamista tutkimusluvan KYS:n operatiivisen tulosalueen ylihoitajalta helmikuussa 2009 ja lisäksi saimme luvan henkilökunnan haastattelemiseen henkilöstöpäälliköltä. Tutkimuksen haastatteluun osallistuminen oli haastateltaville vapaaehtoista.

Tutkimuksen luotettavuutta pidimme yllä koko tutkimusprosessin ajan aineiston keräämisestä analyysiin ja tulosten esittämiseen. Haastatteluihin osallistui hoitajia neljältä kirurgiselta vuodeosastolta. Uskomme, että kiinnostusta olisi ollut enemmän tutkimustamme kohtaan, mutta koska olimme kesälomien kynnyksellä, se varmasti vaikutti osallistujien rekrytointiin tutkimustamme varten. Olimme kuitenkin tyytyväisiä saamiimme haastatteluihin, koska saimme monipuolista ja käytännönläheistä tietoa. Tutkimushaastattelut sujuivat luottamuksellisessa ja läheisessä ilmapiirissä. Mielestämme sitä edesauttoi toteuttamamme ammatillisuus haastatteluissa sekä tehtävänjako, jossa toinen haastatteli ja toinen kirjasi. Ehkä haastattelu olisi antanut vielä monipuolisempaa tietoa, jos olisimme laajentaneet haastattelut kaikille kirurgian osastoille.

Tutkimuskysymysten muotoilu oli vaativaa etenkin siinä, kuinka saimme esitettyä ne lyhyesti ja ytimekkäästi. Kysymysten tuli olla helposti ymmärrettäviä, jotta ne eivät tuottaisi virheellisiä tuloksia väärinkäsityksen vuoksi. Kysyimme palautetta haastattelumme kysymyksistä jokaisen haastattelun jälkeen ja pääasiassa kysymykset olivat olleet haastateltavien mielestä ymmärrettäviä. Toisaalta koettiin, että mikäli olisimme kysyneet kysymyksiä heräämövaiheen hoidosta, olisi vastauksia voinut tulla enemmän. Osallistujat olivat sitä mieltä, että asioiden kertaaminen ja pohtiminen oli hyvä asia. He myös toivoivat, että leikkauksenaikaiseen kirjaamiseen ja tiedonkulkuun tulisi muutoksia tutkimuksemme myötä.

Luotettavuutta tutkimustuloksissa lisäsi haastateltujen hoitajien vankka työkokemus kirurgisen vuodeosaston hoitotyöstä. Kokemusta hoitajilla oli 4,5–32 vuotta. Työstämme saadut tulokset olisivat voineet olla vielä luotettavampia, mikäli olisimme saaneet haastatteluihin käyttöön nauhurin, jolla olisimme nauhoittaneet haastattelut. Nauhoitetut haastattelut olisi myöhemmin voinut purkaa rauhassa lause kerrallaan ja kirjoittaa ylös. Koska jouduimme kirjaamaan haastattelut käsin, mahdollisuus siihen, että jotain haastattelusta jäi kirjaamatta, oli suuri. Siitä huolimatta saimme opinnäytetyömme haastattelujen myötä vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja tutkimusongelmiin.

7.4 Yhteistyön ja oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyömme tekeminen sisälsi monia eri työvaiheita, joihin kuuluivat myös tapaamiset yhteistyökumppanimme kanssa. Tapaamisissa keskustelimme siitä, mistä aihealueista tutkimuksessa haluttiin tietoa. Saimme yhteistyökumppaniltamme hyviä neuvoja ja ideoita, joiden avulla työn tekeminen onnistui hyvin. Uskomme, että tutkimuksen avulla saatiin tuotettua monipuolista, laadukasta ja käytännönläheistä tietoa. Tätä opinnäytetyötä tehdessä opimme paljon perioperatiivisesta hoitotyöstä sekä kirurgisen potilaan hoidosta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyötä tehdessä huomasimme kuinka paljon tiedonkulussa on puutteita eri osastojen välillä, etenkin leikkaussalin ja kirurgisen vuodeosastojen välillä. Huomasimme myös, miten yksittäisen terveydenhuollon yksikön tiedonkulun osa-alueita voisi kehittää nykyistä paremmaksi. Niiden kehittäminen olisi täysin mahdollista nykyisellä tietoteknologialla. Työn alkuvaiheessa tiedonhaku tuotti vaikeuksia, mutta työn edetessä ja tiedonhakutaitojemme kehittyessä aloimme löytää lähteistä paremmin tietoa, joka palveli tutkimustamme. Tietoa sähköisestä hoitotyön kirjaamisesta löytyi aika hyvin myös kansainvälisistä lähteistä, mutta perioperatiiviseen kirjaamiseen liittyvää tietoa oli vaikea löytää.

Tämän opinnäytetyön myötä opimme paljon tutkimuksen tekemisestä. Seuraavan tutkimuksen osaisimme tehdä jo paljon paremmin. Olemme huomanneet työmme loppuvaiheessa sen, kuinka jotkut asiat olisi voinut tehdä hieman paremmin. Esimerkiksi sen kuinka jo työtä aloitettaessa olisimme voineet kirjoittaa ajatuksia sen hetken työvaiheesta, niin ei olisi tarvinnut sitten myöhemmin muistella, mitä silloin tapahtui ja ajateltiin asioista. Myös haastatteluiden ajankohdan olisimme voineet valita paremmin, jolloin haastatteluihin olisi voinut osallistua hoitajia useammilta eri osastoilta. Luotettavuuteen olisimme myös voineet vaikuttaa, mikäli olisimme varanneet nauhurit haastatteluita varten aikaisemmin. Nyt emme saaneet niitä lainkaan. Oman haasteensa opinnäytetyön tekemiseen toivat aikataulujen yhteensovittaminen ja siten yhteisen ajan löytäminen opinnäytetyön tekemiseen. Toisaalta pieni haastattelijoiden sekä haastateltavien määrä vaikutti osaltaan haastattelutilanteen kulkuun siten, että haastattelut sujuivat nopeammin ja aikataulut olivat helpompia sopia kaikille osapuolille sopiviksi.

Opinnäytetyömme tulosten pohjalta osaamme jatkossa antaa tietoa potilaan hoitoon osallistuville yksiköille potilaan operatiivisesta hoidosta siten, että se tukee potilaan kokonaisvaltaista ja hyvää hoitoa. Pystymme myös vaikuttamaan omalla toiminnallamme potilastietojen kirjaamisen laatuun kirjaamalla potilaan vointiin liittyvät tiedot selkeästi ja ymmärrettävästi. Potilaasta annettavan raportin tarkkuuteen voimme vaikuttaa huomioimalla opinnäytetyössä tulleita puutteita ja kehityskohtia ja kertomalla itse tarkemmin potilaan saamien lääkkeiden antoajat ja jatkohoito-ohjeet. Tutkimuksessamme saatujen tulosten myötä oma tietopohjamme on lisääntynyt kirurgisen potilaan hyvän hoidon toteutuksesta ja seurannasta. Olemme oppineet myös lisää leikkauksen aikaisen hoidon kirjaamisen tarkkuudesta ja sen tärkeydestä.

LÄHTEET

Björninen, J., Leino, S., Viirret, K. & Vuorinen, R. 2004. Perioperatiivisen kirjaamisen kehittäminen Kehittämishanke Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Silmäklinikan leikkausosastolla. Sairaanhoitajalehti 11/2004. Sairaanhoitajaliitto. Päivitetty 23.9.2009. Viitattu 18.10.2009. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/11_2004/muut_artikkelit/perioperatiivisen_kirjaamisen_ke/

Ensio, A. 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja. Sarja E. Yhteiskuntatieteet 89. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Ensio, A. 2009. Rakenteisuutta sähköiseen kirjaamiseen – miten ja miksi. Nursing informatics 2009. Helsingin messukeskus 28.6 – 1.7 2009. Viitattu 6.9.2009 http://www.kymshp.fi/kaakonlaaketiedepaivat/ensio_anneli.pdf.

Ensio, A., & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Häyrinen, K., Porrasmaa, J., Komulainen, J. & Hartikainen, K. 2004. Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Loppuraportti 3.2.2004. Osaavien keskusten verkoston julkaisu 5/2004. Viitattu 7.9.2009. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/00BDBB83-AEE0-467B-949C-EB73DFE12704/1308/osve5_04.pdf

Hassinen, T. & Tanttu, K. 2008. Hoitotyön yhteenveto turvaa potilaan jatkohoidon. Sairaanhoitaja 3 (81), 18–20.

Herttuala, N. 2005. Leikkaushoitotyön kirjaamisen sisältö. Intraoperatiivisen hoitotyön lomakkeiden analyysi Suomessa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastatelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistokustannus.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirvonen, E. Carbon dioxide pneumoperitoneum and surgical positioning in operative laparoscopy. Kuopion yliopisto 16.12.2000. Viitattu 7.2.2010. Väitöskirjareferaatti. http://www.fimnet.fi/finnanest/lehdet/2001/no_2/v_hirvonen.pdf

Holopainen, T. & Lehtomäki, P. 2002. Postoperatiivinen kivunhoito - potilaiden kokema leikkauksen jälkeinen kivun hoito Kuopion yliopistollisen sairaalan keskusheräämössä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja No 63/2002. Kuopion yliopistollinen sairaala, Anestesiologian ja tehohoidon klinikka.

Junttila, J. 2002. Hoitotyön diagnoosin dokumentointi – Hoitotyön diagnoosien kuvaaminen perioperatiivisessa kirjaamisessa. Kuopion yliopisto, Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Pro gradu.

Junttila, K. 2008. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaaminen osana sähköistä potilaskertomusta. Valtakunnalliset opintopäivät 2.-3.10.2008. Suomen Leikkausosaston sairaanhoitajat ry. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Luento.

Kalra, D. 2008. The good European health record. UCL chime. UCL medical school. 2008. Päivitetty 25.8.2008. Viitattu 9.9.2009 http://translate.google.fi/translate?hl=fi&sl=en&tl=fi&u=http%3A%2F%2Fwww.chime.ucl.ac.uk%2Fwork-areas%2Fehrs%2FGEHR%2FGEHRuser.htm&anno=2.

Karttunen, P. & Tolin, M. 2008. Tietojärjestelmän käyttö Savonlinnassa. Spirium. 43 (4), 12–13.

Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius. 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveydenhuollon laadunhallinta. Helsinki: Lääkelaitos.

KTL. 2005. Sairaalainfektio-ohjelma (SIRO). Kansallinen sairaalainfektioiden prevalenssitutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B24/2005. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b24.pdf

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Päivitetty 28.1.2009. Viitattu 7.2.2010. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Finlex. Päivitetty 7.8.2009. Viitattu 18.11.2009. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Finlex. Päivitetty 22.12.2009. Viitattu 7.2.2010. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559

Lehto, M. U.K., Jämsen, E. & Rissanen, P. 2005. Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi. Duodecim 121 (8), 893-901.

Leinonen, T., Kiviniemi, K., & Junttila, K. 2007. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaaminen haasteiden edessä. Sairaanhoitaja 4 (80), 23–26.

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio. A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopion yliopisto.

Lonkkamurtumapotilaan hoito. 2006. Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Artikkelin tunnus: hoi50040 (050.040). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 23.1.2006. Viitattu 24.1.2010. http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnut/hoi50040#s7

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

Lääkeinfo.fi. 2006. Tuoteseloste. FENTANYL 50 mikrog/ml injektioneste, liuos. Päivitetty 6.6.2006. Viitattu 29.1.2010. http://www.lääkeinfo.fi/Medicine.aspx?m=658&i=JANSSEN-CILAG_FENTANYL

Marjamäki, M. 2006. Perioperatiivisessa hoitotyössä toimivan sairaanhoitajan työhön sitoutuminen. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu.

Niskanen, M., Tuovinen, T., Purhonen, S., Vauhkonen, S., Hynynen, M. & Hendolin, H. 2001. Laadunvalvontaa anestesiaosastolla: kahden menetelmän vertailu komplikaatioiden kirjaamisessa. Finnanest 34 (2). Päivitetty 2001. Viitattu 23.1.2010. http://www.fimnet.fi/finnanest/lehdet/2001/no_2/a_niskanen.pdf

Reig, J. 1998. Promotion Strategy for European Electronic Healthcare Records. PROREC. Päivitetty 26.8.1998. Viitattu 9.9.2009. http://www.ehto.org/ht_projects/html/dynamic/101.html.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa J. Ruusuvuori, L. Tiittula & T. Aaltonen (toim.) Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 22–56.

Saba, V. K. 2009. Clinica care classification system. Viitattu 31.10.2009. http://www.sabacare.com/.

Saranto, K. 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen –luento 9.12.2008. Kuopion yliopistollinen sairaala.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2 uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Silén-Lipponen, M. 2005. Teamwork in Operating Room Nursing. Conseptual Perspective and Finnish, British and American Nurses´ and Nursing Students´ Experiences. Kuopion yliopiston julkaisuja. Sarja E. Yhteiskuntatieteet 123. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Silen-Lipponen, M. 2008. Virheet leikkaustiimityössä – suomalaisten, amerikkalaisten ja englantilaisten hoitajien kokemuksia. Hoitotiede 20 (3), 138–150.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Finlex. Päivitetty 1.8.2009. Viitattu 7.2.2010.
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298

Strasbourg, D. & Flanagan-LeClair, M. 2008. Clinical Information System now in use at all Island hospitals. Canada health infoway. Päivitetty 13.5.2008. Viitattu 18.9.2009.
http://www.infoway-inforoute.ca/lang-en/about-infoway/news/news-releases/333-clinical-information-system-now-in-use-at-all-island-hospitals

Strasbourg, D. 2005. Infoway to promote interoperability amongst health information systems through Open Source initiative. Canada health infoway. Päivitetty 1.6.2005. Viitattu 17.9.2009.
http://www.infoway-inforoute.ca/lang-en/about-infoway/news/news-releases/113-infoway-to-promote-interoperability-amongst-health-information-systems-through-open-source-initiative

Teirilä, M. & Jyväsjärvi, E. 2001. Tutkielmantekijän työkirja. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Tiusanen, T., Junttila, K. & Leinonen, T. 2009. Perioperatiivisen kirjaamisen arviointi. Hoitotiede 21 (4), 269–281.

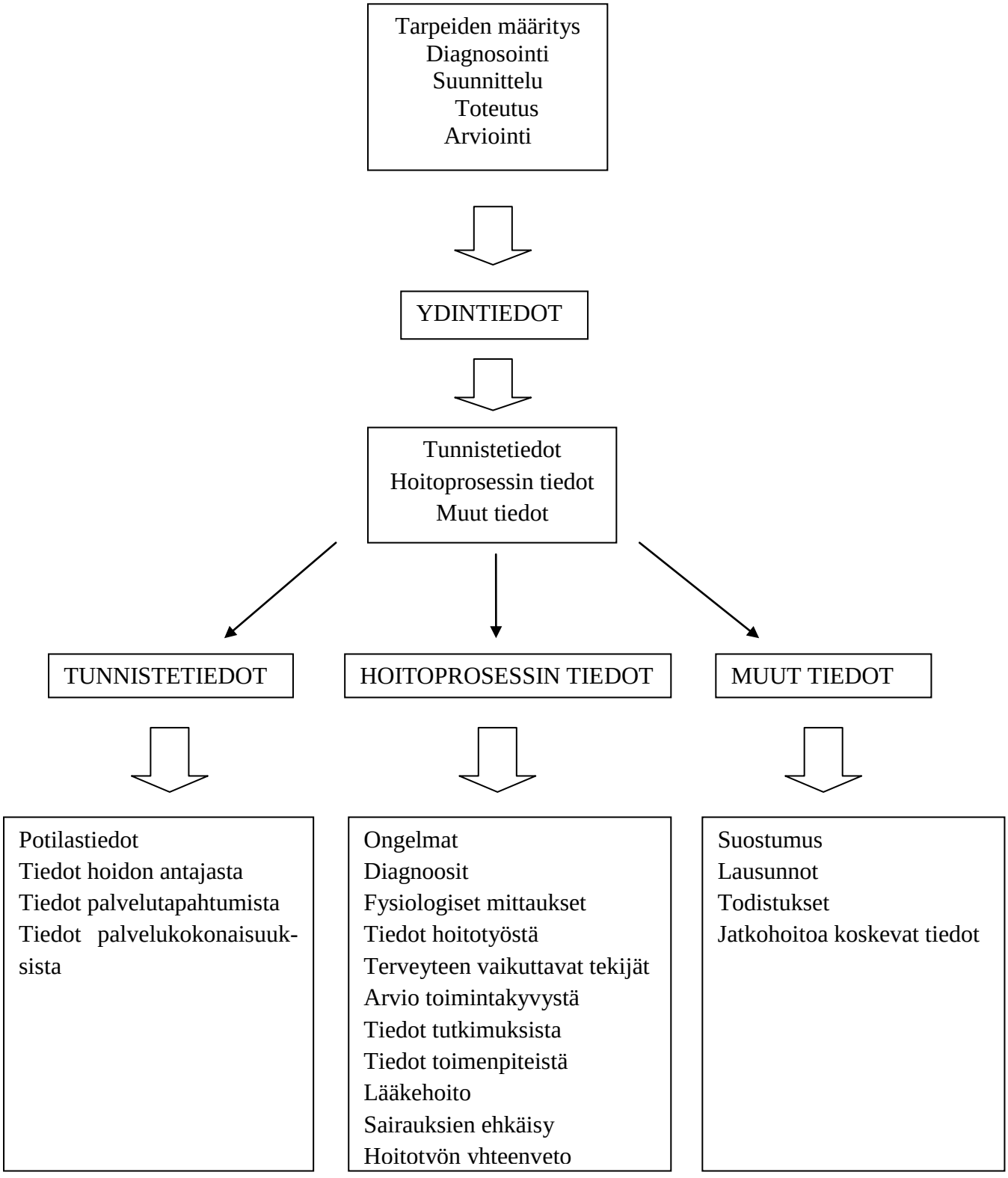
Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Liite 1. Kuvio rakenteisen kirjaamisen etenemisestä.



Liite 2. FinCC – luokitusten komponentit ja niiden sisällön kuvaukset

KOMPONENTTI	KOMPONENTIN SISÄLLÖN YLEISKUVAUS
Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valetilan muutokset
Erittäminen	Ruoansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet ja tehtävät
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät
Terveyskäyttäytyminen	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
Terveyspalvelujen käyttö	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Kanssakäyminen	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät
Aistitoiminnot	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Jatkohoito	Hoidon päättämisen, potilaan kotiutumisen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät
Elämänkaari	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät

Liite 3. Saatekirje kirurgisten vuodeosastojen hoitajille.

Hyvä KYS: n kirurgisen vuodeosaston henkilökunta

Teemme opinnäytetyötä perioperatiivisesta kirjaamisesta. Opinnäytetyömme käsittelee intraoperatiivisen vaiheen tietojen siirtämistä sähköisessä muodossa kirurgisen vuodeosaston käyttöön potilaan jatkohoitoa varten. Teemme kyselyn, jonka tarkoituksena on selvittää, mitä tietoja kirurgisen vuodeosaston hoitajat tarvitsevat potilaan leikkauksen aikaisesta hoidosta. Haastattelun tulosten perusteella laadimme koosteen, joka sisältää leikkauksen aikaisia potilaan vointiin liittyviä tietoja, joilla on merkitystä potilaan jatkohoidossa kirurgisella vuodeosastolla. Tämän koosteen tarkoitus on olla avuksi perioperatiivisen kirjaamisen kehittämisessä KYS: n kirurgisilla vuodeosastoilla ja leikkausosastoilla.
Toivomme, että osallistutte haastatteluun osastollanne toukokuussa 2009 ja kerrotte, mitä asioita tulisi leikkausyksiköstä välittyä Teidän osastollenne potilaan siirtyessä sinne postoperatiiviseen hoitoon. Toivomme, että kerrotte haastattelussa omia mielipiteitänne ja toiveitanne tiedonsiirrosta osana käytännönläheistä hoitotyötä kirurgisella vuodeosastolla. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään nimettöminä. Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna ja aikaa siihen menee noin 1 tunti.

Milloin Teidän osastonne aikatauluun sopisi kyseinen haastattelu? Olisimme kiitollisia mahdollisimman pikaisesta yhteydenotosta ja haastatteluajankohdan sopimisesta.

Kiitos vaivannäöstänne!

Sairaanhoitajaopiskelijat
Henna Karhunen ja Jaana Karhunen
Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala, Kuopio

Liite 4. Sähköpostin liitteenä ollut haastattelulomake.

HAASTATTELULOMAKE

Mitä tietoja intraoperatiivisen vaiheen aikaisista tapahtumista tulee kirjata hoitotyön kirjaamisalustaan potilaan jatkohoitoa varten? Kuinka tarkasti asiat tulee kirjata jatkohoitoa varten?

ANESTESIATIEDOT

Mitä tietoja anestesiasta tarvitaan potilaan jatkohoidossa?

Tarvitaanko tietoa anestesian aloituksesta, lopetuksesta ja kestosta?

Mitä asioita siitä tulisi kirjata jatkohoitoa varten?

Tarvitaanko jatkohoidossa tietoa käytetyistä anestesia-aineista ja kuinka tarkasti tiedot tulee kirjata?

Mitä tietoja anestesiamuodosta tarvitaan potilaan jatkohoidossa?

Mitä tietoja anestesia-aineista tarvitaan potilaan jatkohoidossa?

-Inhalaatioanesteetti - Intravenöösit anesteetit - Kipulääkkeet - Puudutteet

Mitä tietoja tarvitaan jatkohoidossa potilaan leikkauksen aikana saamasta nesteytyksestä ja verivalmisteista?

POTILAAN ELINTOIMINTOIHIN LIITTYVÄT TIEDOT

Mitä leikkauksen aikana monitoroiduista potilaan elintoimintoihin liittyvistä tiedoista tarvitaan jatkohoidossa kirurgisella vuodeosastolla? Kuinka tarkasti huomioitavat asiat tulee kirjata hoitotyön koosteeseen jatkohoitoa varten?

LEIKKAUSTIEDOT

Mitä asioita pitäisi huomioida operatiivisen hoitotyön tiivistelmässä potilaan siirtyessä leikkausosastolta jatkohoitoon kirurgiselle osastolle?

POTILAAN PSYYKKINEN HYVINVOINTI

Mitä tietoja haluaisitte kirjattavan potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista?

LEIKKAUKSEN AIKAISET POIKKEAMAT

Mitä seuraavista leikkauksen aikaisista poikkeamista tulee kirjata hoitotyön koosteeseen potilaan jatkohoitoa varten? Kuinka tarkasti poikkeamat tulee kirjata jatkohoitoa varten?

Elintoiminnoissa ilmennyt poikkeama? Esimerkiksi hengityselimistö tai verenkierto.

Lääkepoikkeama?

Anestesia-, puudutus- tai kanylointipoikkeama?

Tekninen poikkeama? Laitevika, sähkökatkos

Leikkauspoikkeama?

KEHITTÄMISALUE

Mitä muita tietoja potilaan voinnista haluaisitte kirjattuna potilaan saapuessa jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle?

Liite 5. Haastattelijoiden versio haastattelulomakkeesta.

HAASTATTELULOMAKE

Kuinka monta vuotta työkokemusta teillä on tältä alalta?

Sh_____

Lh_____

Kuinka kauan olette olleet töissä tällä osastolla?

Sh_____

Lh_____

Haastattelumme tarkoituksena on selvittää, **mitä tietoja kirurgisella vuodeosastolla tarvitaan leikkauksen aikaisista tapahtumista ja mitä tietoja hoitotyön koosteessa tulee olla**, jotta kirurginen vuodeosasto saa riittävästi informaatiota potilaan jatkohoitoa varten.

Haastattelun teemat ovat **anestesiatiedot**, **potilaan elintoimintoihin liittyvät tiedot**, **leikkaustiedot**, **potilaan psyykkinen hyvinvointi**, **leikkauksen aikaiset poikkeamat** ja **kehittämisalueet**.

1. ANESTESIATIEDOT

Mitä tietoja anestesiasta tarvitaan potilaan jatkohoidossa?

Tarvitaanko tietoa anestesian aloituksesta, lopetuksesta ja kestosta?_____

Mitä asioita siitä tulisi kirjata jatkohoitoa varten?

_____

_____

_____

_____

Tarvitaanko jatkohoidossa tietoa käytetyistä anestesia-aineista ja kuinka tarkasti tiedot tulee kirjata?

-Inhalaatioanesteetti -Intravenöösit anesteetit -Kipulääkkeet -Puudutteet

_____

_____

_____

_____

Mitä tietoja tarvitaan jatkohoidossa potilaan leikkauksen aikana saamasta nesteytyksestä ja verivalmisteista?

_____

_____

_____

_____

2. POTILAAN ELINTOIMINTOIHIN LIITTYVÄT TIEDOT

Mitä leikkauksen aikana monitoroiduista potilaan elintoimintoihin liittyvistä tiedoista tarvitaan jatkohoidossa kirurgisella vuodeosastolla?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Kuinka tarkasti huomioitavat asiat tulee kirjata hoitotyön koosteeseen jatkohoitoa varten?

_____

_____

_____

_____

3. **LEIKKAUSTIEDOT** 3(7)

Mitä asioita pitäisi huomioida operatiivisen hoitotyön koosteessa potilaan siirtyessä leikkausosastolta jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle?

Leikkausalueen desinfektio (Käytetty aine, *Allergia*)

Leikkausalue ja haava

Leikkausasennosta aiheutuneet painaumat *(asentohoito, ihoalueen tarkkailu)*

Virtsakatetrointi *(Kertakaterointi, kestokatetrointi, Suprapubinen katetri)*

Peittelymateriaalit (*Kertakäyttöinen, läpileikkauskalvo, kangas, mikrokuitu.)*

Diatermia (*Monopolaari/ Bipolaari) Neutraalielektrodin paikka (palovamma)*

Verityhjiö *(aloitus-lopetus, kesto, paikka)*

Läpivalaisu *(sädesuojaus)*

_____

_____

_____

Dreenit *(Vuodon määrä, -laatu, sijainti, kesto, mustelmat)*

_____

_____

_____

Kudoksiin jätetyt aineet (*proteesit, luusementti, luuvaha, levyt ja ruuvit, ydinnaula)*

_____

_____

_____

_____

Sidosmateriaalit *(tukisidokset, taitokset, teipit, haavalaput, laastarit*)

_____

_____

_____

_____

Ommelaineista ja ihon sulkuun liittyvistä asioista? *(resorboituvat, resorboitumattomat)*

Kudoksiin jätettävistä ompeleista? (hakaset, ompeleet, muu..) poistamisaika

_____

_____

_____

_____

Leikkaukseen liittyvistä muista huomioista.

_____

_____

_____

_____

-Kuinka leikkaus sujunut? *-Miten potilas on voinut leikkauksen ajan?*

4. POTILAAN PSYYKKINEN HYVINVOINTI

Mitä tietoja tarvitsette kirurgisella vuodeosastolla potilaan psyykkisen hyvinvoinnin seurannasta leikkauksen aikana?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. LEIKKAUKSEN AIKAISET POIKKEAMAT

Mitä seuraavista leikkauksen aikaisista poikkeamista tulee kirjata hoitotyön koosteeseen potilaan jatkohoitoa varten?
Kuinka tarkasti poikkeamat tulee kirjata jatkohoitoa varten?

Elintoiminnoissa ilmennyt poikkeama? *Esimerkiksi hengityselimistö tai verenkierto.*

_____

_____

_____

Lääkepoikkeama?

_____

_____

_____

_____

Anestesia-, puudutus- tai kanylointipoikkeama?

_____

_____

_____

_____

Tekninen poikkeama? *Laitevika, sähkökatkos*

_____

_____

Leikkauspoikkeama?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

-Onko leikkauksen aikana ollut komplikaatioita? Infektioriski.
-Jäikö leikkauksessa kudoksiin epätarkoituksenmukaisia vierasesineitä, onko jouduttu avaamaan uudestaan? Onko otettu pois, jos ei niin milloin, aiheuttiko epätarkoituksen mukainen vierasesine vaaratilanteen/infektioriskin? Miten hoidetaan jatkossa?

6. KEHITTÄMISALUE

Mitä muita tietoja potilaan voinnista haluaisitte kirjattuna potilaan saapuessa jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Tuleeko mieleen muita ideoita, kehittämisalueita tai muuta lisättävää aiheisiin liittyen?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

PALAUTETTA HAASTATTELUSTA

Oliko kysymyksiin helppo vastata?

_____

_____

_____

_____

Miltä tuntui osallistua haastatteluun?

_____

_____

_____

_____