



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenna Särkioja & Bea Virtanen

POSTOPERATIIVISEN KIRJAAMISEN
RUNKO HOIDON JATKUVUUDEN JA
POTILASTURVALLISUUDEN
TUKENA

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jenna Särkioja & Bea Virtanen
Opinnäytetyön nimi	Postoperatiivisen kirjaamisen runko hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden tukena
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	52 + 2 liitettä
Ohjaaja	Anne Puska

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten Vaasan keskussairaalan heräämössä käyttöön otettu, hoitotyön tutkimussäätiön julkaisema ja suosittelema, ”Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle”, mukainen postoperatiivisen kirjaamisen runko tukee potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Tarkoituksena oli myös selvittää, miten kirjaamisen rungon toimivuus on koettu kirurgisilla vuodeosastoilla. Työn tavoitteena on, että saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kirjaamisen laadun parantamiseksi heräämössä ja näin edistää hoidon jatkuvuutta sekä potilasturvallisuutta kirurgisilla vuodeosastoilla.

Laadullinen tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kolmen kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajia. Jokaiselta vuodeosastolta haastateltiin kahta sairaanhoitajaa, jolla oli vähintään viiden vuoden työkokemus kyseiseltä osastolta. Yhteensä haastateltiin kuutta sairaanhoitajaa, jonka jälkeen aineisto saturoitui. Haastattelut suoritettiin parihaastatteluina. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevin ominaisuuksina pidettiin postoperatiivisen kirjaamisen rungon sisältöä, selkeyttä ja toimivuutta. Kirjaamisen rungon koettiin sisältävän tärkeimmät tiedot potilaan hoitoa ajatellen ja tiedot koettiin riittäväksi. Lisäksi kirjaamisen runko koettiin selkeäksi, yksinkertaiseksi ja helposti luettavaksi sekä monin tavoin toimivaksi. Sitä käytettäessä vältetään tulkintavirheitä ja tietojen löytyminen hoitosuunnitelmasta selkeyttää hoitoa. Kirjaamisen rungon toimivuus koettiin hyväksi ja selville saatiin myös kehitettäviä asioita mallin käytössä, kuten rungon kirjauksissa ilmenivät puutteet. Lisäksi tutkimuksessa saatiin selville kirjaamisen rungon muita ominaisuuksia, kuten hoitajien siitä saama tuki jatkohoidon toteuttamisessa.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että käsikirjan mukainen postoperatiivisen kirjaamisen runko tukee potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta sekä näin ollen sen käyttö on toimivaa ja kannattavaa.

Avainsanat	hoitotyö, postoperatiivinen hoitotyö, siirtokriteerit, hoidon jatkuvuus, potilasturvallisuus, tiedonkulku
------------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Jenna Särkioja and Bea Virtanen
Title	Postoperative Documentation to Support the Continuation of Care and Patient Safety
Year	2016
Language	Finnish
Pages	52 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Anne Puska

The purpose of this study was to find out how a new publication by Nursing Research Foundation about postoperative documentation that is now being used by the recovery room in Vaasa central hospital supports the continuity of care and patient safety. A further purpose was to find out how well-working this model for documentation was felt to be in the surgical inpatient wards. The aim of this study is that the results can be used to develop the quality of the postoperative documentation and this to promote continuity of care and patient safety in surgical inpatient wards.

The qualitative research material was collected by interviewing the nurses in three surgical inpatient wards in Vaasa central hospital. Two nurses with the minimum of 5 years of work experience on each inpatient ward were interviewed for the study. Altogether six nurses were interviewed and data saturation was achieved. The interviews were conducted in pairs. The research material was analyzed with inductive content analysis.

According to the results the contents, clarity and functionality of the manual were felt to support the continuity of care and patient safety. From the perspective of patient care, the manual had all the key areas covered. The manual was also felt to be well-working. Misinterpretations could be avoided. The nurses could also see some areas that could be developed. Using this manual for postoperative documentation supported nurses in implementing follow-up care.

Based on the results of this bachelor's thesis one can conclude that carrying out postoperative documentation supported the nurses in implementing follow-up care and patient safety and hence the use of it is practical and worthwhile.

Keywords	Nursing, postoperative care, patient transfer criteria, continuity of care, patient safety, flow of information
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	5
2	POSTOPERATIIVINEN HOITOTYÖ.....	7
	2.1 Postoperatiivinen hoitotyö.....	7
	2.2 Potilaan siirtyminen heräämöstä vuodeosastolle.....	8
	2.3 Siirtokriteerit.....	9
3	POSTOPERATIIVINEN KIRJAAMINEN.....	17
	3.1 Postoperatiivinen kirjaaminen.....	17
	3.2 Heräämössä käytettävä postoperatiivisen kirjaamisen runko.....	18
	3.3 Hoidon jatkuvuus.....	19
	3.4 Potilasturvallisuus.....	20
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	24
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	25
	5.1 Tutkimusmenetelmä.....	25
	5.2 Haastateltavien valinta.....	26
	5.3 Aineiston kerääminen.....	26
	5.4 Aineiston käsittely ja analyysi.....	28
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	30
	6.1 Postoperatiivisen kirjaamisen rungon hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevat ominaisuudet.....	30
	6.2 Postoperatiivisen kirjaamisen rungon toimivuus.....	35
	6.3 Muut tutkimuksessa ilmi tulleet asiat.....	39
7	POHDINTA.....	43
	7.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	43
	7.2 Tutkimuksen eettisyys.....	45
	7.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	47
	7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	49
	LÄHTEET.....	51

LIITELUETTELO

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Haastattelukysymykset

KUVIOLUETTELO

- Kuvio 1.** Postoperatiivisen kirjaamisen rungon hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevat ominaisuudet s. 34
- Kuvio 2.** Postoperatiivisen kirjaamisen rungon toimivuus s. 38
- Kuvio 3.** Muut tutkimuksessa ilmi tulleet asiat s. 42

1 JOHDANTO

Tutkimus tehtiin Vaasan keskussairaalan heräämölle aiheesta postoperatiivisen kirjaamisen runko hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden tukena. Tutkimusaihe saatiin Vaasan keskussairaalan leikkausosaston anestesiahoitajalta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten heräämössä käytöön otettu, hoitotyön tutkimussäätiön julkaisema ja suosittelema ”Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle” mukainen postoperatiivisen kirjaamisen runko tukee potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Tarkoituksena oli myös selvittää, miten kirjaamisen rungon toimivuus on koettu kirurgisilla vuodeosastoilla. Aihe oli mielestämme kiinnostava ja ajankohtainen sekä koemme molemmat hyötyvämmä siitä tulevissa suuntaavissa hoitotyön opinnoissamme sekä myöhemmin sairaanhoitajan työssä.

Hyvä postoperatiivinen kirjaaminen on tärkeää hoitotyölle, sillä tehokas tiimityöskentely ja tiedonkulku helpottavat hoitotyötä sekä tilanteen tasalla pysymistä (Helovu, Kinnunen, Peltomaa, & Pennanen 2011). Lisäksi postoperatiivisen hoitotyön kirjaaminen varmistaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja näin tukee potilasturvallisuutta (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015). Sähköisten sairaskertomusten ja kirjausten tarkoituksena on helpottaa tiedonkulkua sekä turvata mahdollisimman hyvä ja toimiva hoitoketju, joka edesauttaa hyvää potilasturvallisuutta (Mäntyselkä 2012).

Myös yhteiskunnallisesti postoperatiivisen kirjaamisen toteutuminen on tärkeää, sillä hyvällä tiedonkululla pystytään ehkäisemään valtaosa haattapahtumailmoituksiin, Haipro, johtavista tekijöistä, joiden kustannukset ovat Suomen yhteiskunnalle satoja miljoonia euroja vuodessa. Paremmalla potilasturvallisuustyöllä ja kattavammalla kirjaamisella voidaan turhilta yhteiskuntaa rahallisesti kuormittavilta hoitovirheiltä säästyä. (Seppä 2008.)

Tässä tutkimuksessa puhuttaessa kirjaamisen rungosta, tarkoitetaan hoitotyön tutkimussäätiön julkaisemaa ja suosittelemaa ”Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle” (2012) mukaista postoperatiiv-

visen kirjaamisen runkoa. Vaasan keskussairaalassa hoitotyön kirjaaminen tehdään sähköisessä muodossa potilastietojärjestelmään.

Tietoa tähän tutkimukseen on haettu hoitotieteen kirjallisuudesta, Medic ja Cinahl tietokannoista sekä Google Scholar:sta avainsanoilla postoperatiivinen hoitotyö, siirtokriteerit, hoidon jatkuvuus, potilasturvallisuus, tiedonkulku, postoperative care, continuity of care, patient safety ja flow of information.

2 POSTOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Tässä luvussa käsitellään tutkimuksen keskeisiä käsitteitä, jotka ovat postoperatiivinen hoitotyö, potilaan siirtyminen heräämöstä vuodeosastolle ja siirtokriteerit.

2.1 Postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivinen hoitotyö on potilaan leikkauksen jälkeistä hoitoa, joka voi tapahtua heräämössä, valvonta- tai teho-osastolla. Postoperatiivisen seurannan pituus ja monitoroinnin tarkkuus riippuvat potilaan yleisilasta, toimenpidetyypistä ja käytetystä anestesiamuodosta. Heräämössä tarkkaillaan potilaan vitaalielintointoja ja seurataan potilaan toipumista leikkauksesta sekä hoidetaan leikkauksesta aiheutuneita muutoksia potilaan tilassa. Muutoksia saattaa esiintyä verenkierrossa, nestetasapainossa, virtsanerityksessä, hengityksessä, tajunnan tasossa, lihastoiminnassa ja lämpötilassa. Tärkeää on myös leikkaushaavan ja sen ympäristön sekä vuodon seuranta. Heräämössä hoidetaan myös potilaan leikkauksen jälkeistä kipua sekä mahdollista pahoinvointia tai sekavuutta. (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Hoikka, Savo & Salomäki 2013, 205–208.)

Potilasta pidetään tarkkailussa heräämössä, valvontaosastolla tai teho-osastolla, kunnes siirtokriteerit hänen kohdallaan täyttyvät ja vitaalielintoinnot ovat palautuneet normaalitasolle (Hakala 2012, 14). Potilaan postoperatiivinen hoito jatkuu heräämövaiheen jälkeen yleensä kirurgisella vuodeosastolla (Lukkarinen ym. 2013, 205–208). Postoperatiivisessa hoitotyössä tarkkaillaan aina potilaan biologista sekä fyysistä vointia, mutta tärkeää on myös muistaa seurata potilaan mielialaa sekä onko potilas kunnolla orientoitunut aikaan ja paikkaan (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 5).

Postoperatiivisessa hoitotyössä voi sattua ongelmatilanteita leikkauksen jälkeen. Tällaisia ovat esimerkiksi potilaan odottamaton tai ylimääräinen vuoto ja jälkirelaksatio. Myös anafylaksia, kutina tai postspinaali päänsärky eli spinaalipuudutuksen jälkeinen päänsärky, kuuluvat leikkauksen jälkeisiin ongelmatilanteisiin. (Hakala 2012, 49–54.)

2.2 Potilaan siirtyminen heräämöstä vuodeosastolle

Potilaan siirtyminen heräämöstä vuodeosastolle tulee aina tapahtua turvallisesti. Potilaan vitaalielintoimintojen tulee olla palautuneet anestesian jäljiltä normaalitasolle ennen osastolle siirtoa. Siirto heräämöstä vuodeosastolle on kriittinen vaihe potilaan hoidossa, joten komplikaatioilta välttymiseksi on kehitetty yleiset siirtokriteerit. (Lukkarinen, Virsiheimo, Savo, Hiivala & Salomäki 2013, 211.) Siirtokriteerit esitellään luvussa 2.3.

Potilaan tulee olla siirtokelpoinen kaikilta siirtokriteerien osa-alueilta. Potilaan verenkierron, hengityksen, tajunnan tason, motoriikan, kivun, pahoinvoinnin, lämpötilan, virtsanerityksen sekä verenvuodon tulee olla hallinnassa ennen potilaan vuodeosastolle siirtymistä. Myös potilaan jatkohoito-ohjeiden tulee olla valmiiksi kirjattuna ennen siirtoa. (Lukkarinen ym. 2013, 211.) Leikkauksessa olleen potilaan siirtokelpoisuuteen vaikuttavat lisäksi potilaan preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä terveydentila, valittu anestesiamuoto sekä kirurgisesti tehty toimenpide (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 5).

Potilaan siirtymisestä jatkohoitoon vuodeosastolle päättää anestesia lääkäri. Hän arvioi potilaan tilan ja tämän jälkeen laatii potilaan jatkohoitomääräykset anestesia lomalomakkeelle. Valvontayksikön sairaanhoitajan tehtävänä on arvioida siirtokriteerien täyttyminen ennen potilaan siirtoa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2010, 384.) Potilaan siirtyessä vuodeosastolle, vastaanottava sairaanhoitaja sekä heräämön sairaanhoitaja allekirjoittavat anestesiakertomukseen nimensä vastuun siirtymisen merkiksi. Potilaan siirryttyä vuodeosastolle hänet viedään omaan huoneeseen, jossa on valmiina verenpainemittari, pulssioksimetri, hapenanto- ja imuvälineet. Vitaalimittaukset tehdään heti ja hapenanto aloitetaan tarvittaessa määräysten mukaisesti. Leikkauspotilailla jatketaan intensiivistä tarkkailua ainakin seuraavaan aamuun saakka ja kaikki mittaustulokset kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään. Postoperatiivisen hoidon perustana on tunnistaa potilaan tilassa tapahtuvat muutokset riittävän aikaisin. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 104–106.)

2.3 Siirtokriteerit

Potilaan siirto heräämöstä jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle on kriittinen vaihe potilaan hoidossa. Siirto voidaan tehdä vasta potilaan keskeisten elintoimintojen palaututtua ja siirron tulee olla perusteltu sekä turvallinen. (Lukkarinen, Virsiheimo, Savo, Hiivala & Salomäki 2013, 211.) Vuodeosastolla ei enää ole vastaavia mahdollisuuksia potilaan voinnin kokonaisvaltaiseen valvontaan kuin heräämössä. Siksi potilaan elintoimintojen palautumisen ja siirtokelpoisuuden arvioiminen heräämössä on erityisen tärkeää. Siirtokelpoisuutta arvioitaessa sairaanhoitajilla on käytössä arvioinnin tukena yleiset siirtokriteerit. (Lukkarinen ym. 2012, 4-6.)

Siirtokriteerit sisältävät potilaan heräämöhoidossa seurattavat osa-alueet ja määrittävät niiden vaatimustasot ennen jatkohoitoon siirtymistä. Osa-alueita ovat verenkierto, hengitys, tajunnan taso, motoriikka, kipu, pahoinvointi, lämpötila, virtsaneritys, verenvuoto ja jatkohoito-ohjeet. (Lukkarinen, Virsiheimo, Savo, Hiivala & Salomäki 2013, 206–208; 211–212.) Siirtokriteerien tavoitteena on muun muassa tukea hoitajia potilaan siirtokelpoisuuden arvioinnissa ja siirron perustelussa sekä edistää potilasturvallisuutta. Siirtokriteerien käyttö potilaan voinnin arvioinnissa auttaa komplikaatioiden ehkäisyssä sekä niiden aikaisessa tunnistamisessa. Tämä johtaa lisäksi kustannussäästöihin ja myös siksi ne on todettu tarpeellisiksi heräämöhoidossa. (Lukkarinen ym. 2012, 5.)

Verenkierto

Potilaan verenkiertoa arvioidaan seuraamalla verenpaineen, sykkeen ja rytmin ta-saisuutta. Potilaan siirryttyä leikkaussalista heräämään, verenpaineen ja sykkeen mittausta suoritetaan vähintään 15 minuutin välein. Näiden lisäksi tarvittaessa monitoroidaan potilaan lämpötilaa, happisaturaatiota sekä hengitystiheyttä. (Lukkarinen ym. 2012, 7-8.)

Verenpaineen, sykkeen ja rytmin muutokset ovat yleisiä heräämöhoidossa. Tämän vuoksi on tärkeää tietää tavallisimmat muutosten aiheuttajat. Hypotension eli matalan verenpaineen syynä voivat olla muun muassa käytetyt lääkkeet, käytetty

anestesiaamuoto, potilaan yliherkkyys, mahdolliset vuodot, verenmyrkytys tai sydämen hapenpuute. (Lukkarinen ym. 2012, 7–8.) Hypertension eli korkean verenpaineen puolestaan voivat aiheuttaa muun muassa potilaan kipua, alilämpö, tärinä, liika nesteytys, virtsarakon venytys, pelko ja sekavuus (Lukkarinen ym. 2012, 8; Lukkari ym. 2010, 381). Tavallisimpia rytmihäiriöitä heräämössä ovat muun muassa takykardia eli sydämen tiheälyöntisyys sekä bradykardia eli sydämen harvalyöntisyys (Lukkarinen ym. 2012, 9). Sydämen toimintaa tarkkaillaan monitorin sydänsähkökäyrästä, josta mahdolliset rytmihäiriöt ovat myös havaittavissa. Pulsia voi tarvittaessa myös tunnustella muun muassa ranteesta värttinävaltimon kohdalta. (Lukkari 2010, 368.)

Potilas on valmis siirtymään jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle kun potilaan MAP arvo eli keskiverenpaine on 65–120 välillä, syke 50–100 välillä sekä potilaalla on sinusrytmi tai jokin krooninen rytmi (Lukkarinen ym. 2013, 211–212; Liukas, Niiranen & Räisänen 2013, 42). Potilaan sydämen toiminnan ja verenkierron tulee olla vakaat sekä palautuneet leikkauksen jälkeen lähelle niiden preoperatiivista tasoa (Lukkarinen ym. 2012, 7).

Hengitys

Potilaan hengitystä ja hapetusta arvioidaan heräämössä seuraamalla muun muassa potilaan hengitystyötä, -taajuutta, -ääniä ja hengityksen syvyyttä sekä vaivattomuutta. Lisäksi seurataan hengitysteiden auki pysymistä ja ihon, limakalvojen, huulten sekä kynsien väriä (Lukkari ym. 2010, 368; Lukkarinen ym. 2012, 12). Potilaan hapetusta tarkkaillaan myös mittaamalla happisaturaatioarvoa pulssioksimetrilla (Lukkarinen ym. 2012, 12).

Tavallisimpia anestesian jälkeen ilmeneviä hengitykseen liittyviä haittavaikutuksia ovat muun muassa hengityslama, hengityksen heikkous ja vinkuminen, hapen niukkuus ja syanoosi eli sinerrys sekä laryngospasmi eli kurkunpään kouristus. Vakavampia mahdollisia seurauksia ovat muun muassa vatsan sisällön nousu hengitysteihin eli aspiraatio sekä keuhkoödeema eli keuhkopöhö, jossa nestettä kertyy keuhkoihin laskimoverenpaineen noususta johtuen. Myös liiallinen nesteytys voi johtaa keuhkopöhön syntyyn. (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo &

Salomäki 2012, 10; 12–13; Terveyskirjasto 2016.) Mahdolliset kliiniset löydökset ja muutokset potilaan tilassa ovat usein huomattavissa eri mittausten heikentyvinä arvoina (Lukkarinen ym. 2012, 13).

Anestesia vaikuttaa monin eri tavoin potilaan hengitykseen sitä alentaen. Muun muassa anestesian aikaiset lääkkeet, anestesian aikana tavoiteltu lihasten relaksatio ja sen kumoamisen vajaus sekä inhaloitavat anesteetit aiheuttavat potilaalle hengityksen heikentymistä. Lisäksi opioidit, kipu ja rakon venytys vaikuttavat hengitystä alentavasti. Potilaan hengitystä tuetaan heräämössä antamalla happilisa potilaalle muun muassa happiviiksillä sekä hengitystä helpotetaan nostamalla potilaan sängynpäätyä. Näin luodaan potilaalle hengityksen kannalta parempi asento, mikäli siihen ei ole kirurgisista syistä estettä. (Lukkarinen ym. 2012, 13–14.)

Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle (2012) mukaan potilaan postoperatiivisten hengitysongelmien riskitekijöitä ovat muun muassa päivystysleikkaus, potilaan korkea ikä ja ylipaino, leikkauksen pitkä kesto sekä vatsan alueen leikkaus. Riskipotilaiden tunnistamisella sekä hoidon suunnittelulla, riskit huomioon ottaen, voidaan ehkäistä leikkauksen jälkeisiä hengitysongelmia.

Ennen vuodeosastolle siirtymistä potilaan hengityksen tulee olla vaivatonta, happisaturaatioarvon vähintään 95 % happilisan kanssa ja hengitystaajuuden 9–20 kertaa minuutissa. Lisäksi potilaalla ei saa ilmetä hiilidioksidiretentiota, eli hiilidioksidin kertymistä elimistöön. (Lukkarinen ym. 2013, 211–212; Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Salo & Salomäki 2012, 11.) Potilaan siirtokelpoisuutta arvioitaessa tulee ottaa huomioon hengityksen taso ennen leikkausta sekä potilaan mahdolliset perussairaudet (Lukkarinen ym. 2012, 11).

Tajunnan taso

Tajunnan tasoa on tärkeä seurata ja arvioida postoperatiivisesti, sillä anestesia vaikuttaa myös potilaan tajunnan tason palautumiseen. Tavallisimpia syitä potilaan viivästyneeseen heräämiseen leikkauksen jälkeen ovat preoperatiivisesti ja intraoperatiivisesti eli leikkauksen aikana annetut lääkkeet sekä potilaan oma lää-

kitys. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle (2012) mukaan näiden lisäksi potilaan uneliaisuutta, levottomuutta ja ahdistusta voivat aiheuttaa muun muassa anestesian pitkä kesto, matala ja korkea verensokeri sekä potilaan alilämpöisyys. Myös hypovolemia eli veren vähyys esimerkiksi vuodosta johtuen, kipu tai täysi virtsarakko voivat aiheuttaa potilaan uneliaisuuden, levottomuuden tai ahdistuksen. Lisäksi yksilölliset tekijät kuten potilaan ikä, perussairaudet ja elintavat vaikuttavat asiaan. Potilaan sekavuuden voi myös aiheuttaa matala verenpaine tai hapenpuute ja siksi tuleekin sekavalta potilaalta tarkastaa verenpaine sekä happisaturaatioarvo.

Potilaan tajunnan tasoa arvioidaan puhuttelemalla potilasta ennen koskettamista. Mikäli potilas ei reagoi puhutteluun tai kosketukseen tällöin reaktiota testataan kipuärsykkeellä. Tärkeää tajunnan tason arvioinnissa on myös pupillien eli silmän mustuaisten koon ja valoreaktion arviointi. (Liukas & Räisänen 2013, 172–173.) Pupillit tarkastetaan etenkin potilailta, jotka heräävät hitaasti. Potilaan pupillit voivat muun muassa olla pienet opiaattien vaikutuksesta tai laajat kallonsisäisen paineen ollessa korkea. (Lukkarinen ym. 2012, 15.) Lisäksi pupillien kokoero tai reagoimattomuus valoärsykkeeseen voivat olla merkki aivovauriosta (Liukas & Räisänen 2013, 173).

Tajunnan tasoa voidaan arvioida heräämössä myös Glasgow'n kooma-asteikon avulla, mutta asteikkoa ei voida käyttää anestesia-aineita saaneen potilaan tajunnan tason arvioinnissa. Asteikossa arvioidaan potilaan tajunnan tasoa pisteyttämällä kolme osa-aluetta jotka ovat silmien avaus, puhevaste ja liikevaste. (Liukas & Räisänen 2013, 172–173.) Ennen jatkohoitoon siirtymistä tulee potilaan olla tajuissaan ja helposti heräteltävissä sekä vastata tai herätä puhutteluun (Lukkarinen ym. 2013, 211; Lukkarinen ym. 2012, 14–15).

Motoriikka

Seuraamalla potilaan lihastoimintaa leikkauksen jälkeen voidaan arvioida anestesiassa käytettyjen lääkeaineiden ja puudutteen vaikutusten poistumista. Leikkauksen aikana lihasrelaksaatiota voidaan mitata erilaisilla mittareilla esimerkiksi neljän sarja-stimulaatiolla (TOF), jossa mittauselektrodit asetetaan potilaan kyynär-

hermon päälle ranteeseen. Hereillä olevalle potilaalle kyseistä mittausmenetelmää ei kuitenkaan tule käyttää, joten lihastoimintaa arvioidaan heräämössä ilman mittareita. (Lukkarinen ym. 2012, 17; Liukas & Räisänen 2013, 177–178; Lukkarinen ym. 2013, 207.)

Merkkejä huonosta lihasrelaksaation kumoutumisesta ovat muun muassa potilaan kyvyttömyys yskiä voimakkaasti, liikuttaa kieltä, nostaa päätä tyynystä, puristusvoiman puute käsissä ja hengityksen nopeatempoisuus sekä pinnallisuus (Lukkarinen ym. 2012, 17). Jännösrelaksaatio leikkauksen loputtua hidastaa potilaan hengityksen palautumista ja aspiraatoriski sekä siitä seuraavien komplikaatioiden mahdollisuus kasvaa (Liukas & Räisänen 2013, 177).

Potilas on siirtovalmis kun hänen kehonhallintansa on palautunut tilaan ennen leikkausta tai hän pystyy nostamaan päätänsä tyynystä. Lisäksi jalkojen tunto- ja liiketoimintojen tulee olla mahdollisen puudutuksen jäljiltä pääosin palautuneet. (Lukkarinen ym. 2013, 211–212.; Lukkarinen ym. 2012, 14.)

Kipu

Potilaan kipua sekä kivunhoidon tehoa tulee seurata ja kirjata huolellisesti leikkauksen jälkeen. Voimakasta kipua kokevan potilaan kipua tulee arvioida 5–10 minuutin välein ja jos kivunhoito on riittämätöntä, hoitajan tulee konsultoida lääkärää. Kipua voidaan seurata muun muassa VAS-mittarilla, eli asteikolla nolasta kymmeneen. VAS-mittarissa luku 0 tarkoittaa ei kipua ja luku 10 pahinta mahdollista kipua. VAS-mittarilla potilas voi itse arvioida kipunsa tason numeerisesti tai kipua voidaan arvioida erilaisten kuvien avulla, kuten kipukiilalla tai kasvomitarrilla, johon potilas saa osoittaa sormella kipunsa määrää. Tärkeää on mitata kipua ennen kipulääkkeen antamista ja antamisen jälkeen, jolloin voidaan arvioida kivunhoidon vastetta. Hoitamaton kipu voi jossain tapauksissa johtaa vakaviin komplikaatioihin, kuten kudosten happiosapaineiden vähentymiseen, joka voi johtaa pahoihin haavainfektioihin. (Lukkarinen, Hiivala, Salomäki, Savo & Virsiheimo 2012, 26–28; Hoikka 2013, 198.)

Ennen vuodeosastolle siirtoa potilaan pitää voida hengittää syvästi ja yskiä sekä kipulääkkeiden tulee olla tarpeeksi tehokkaita. Kun potilaan arvioima kipu on 0–4 VAS mittarilla arvioituna, voidaan potilas siirtää osastolle. (Lukkarinen ym. 2012, 26–28.) Potilas on siirtokelpoinen kivun ollessa korkeintaan lievää ja potilaan hyväksymää tasoa tai kipu on hallittavissa lääkärin määräämällä kipulääkityksellä (Lukkarinen ym. 2013, 211–212; Lukkarinen ym. 2012, 25).

Pahoinvointi

25–30 %:lla potilaista esiintyy leikkauksen jälkeistä pahoinvointia. Potilaan pahoinvointia tulee seurata ja hyvä mittari pahoinvoinnin arviointiin on asteikko 1–10. Tämän asteikon avulla on helppo arvioida pahoinvointia ja annetun lääkityksen tehoa sen estämiseksi. Tärkeää potilaan pahoinvoinnin ehkäisyssä on huomioida muun muassa syke, verenpaine, riittävä hapetus, hyvä kipulääkitys, oksentelua rauhoittavat lääkkeet ja liian varhaisen ravitsemisen välttäminen. Pahoinvointi voi fyysisesti vaikuttaa ilmasteiden ahtautumiseen, leikkaushaavojen aukeamiseen sekä sairaalassa olon pitenemiseen. Psykkisiä haittoja ovat uupumus, tyytymättömyys ja epämielinen olo. Pahoinvointia voidaan hoitaa muun muassa sitä ehkäisevällä lääkkeellä, nesteytyksellä ja hyvällä hapetuksella. Jokaisen pahoinvointia parantavan hoitotoimenpiteen jälkeen tulisi uudelleen arvioida potilaan pahoinvoinnin tila. (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 23–24.) Potilas voidaan siirtää jatkohoitoon vuodeosastolle kun hänen kokemansa pahoinvoinnin taso on enintään lievää (Lukkarinen, Virsiheimo, Savo, Hiivala & Salomäki 2013, 211–212).

Lämpötila

Potilaan lämpötilan seuraaminen heräämössä on tärkeää, sillä normaalilämpöiset potilaat toipuvat nopeammin kun taas alilämpöisyys voi altistaa potilaan monille eri komplikaatioille. Potilaan lämpötila voi laskea heräämöhoidossa, vaikka se olisi ollut normaalitasolla leikkauksen jälkeen. Alilämpöisen potilaan ydinlämpötilaa tulee seurata 15 minuutin välein siihen asti kun potilas on normaalilämpöinen. Postoperatiivisesti parhaat lämmönmittausmenetelmät ovat korvasta mittaminen ja elektronisesti suun lämmönmittaus. (Hiivala, Lukkarinen, Salomäki, Sa-

vo & Virsiheimo 2012, 19–21.) Potilas on siirtokelpoinen kun hänen ydinlämpötila on 36–38 °C, hänellä on lievä hypotermia (35–35,9 °C) tai hypertermia (38,1–38,5 °C) joka on huomioitu potilaan hoidossa (Lukkarinen ym. 2013, 211–212).

Virtsaneritys

Virtsanerityksessä tärkeä huomioinnin aihe on virtsan väri. Virtsan tummempi väri voi kertoa esimerkiksi kuivumisesta ja vaalea väri taas runsaasta virtsanerityksestä. Mikäli virtsaneritys on alle 0,5 ml/kg/tunti tulee hoitajan konsultoida lääkäriä, ja virtsanerityksen ollessa 2 ml tai enemmän /kg/tunti, tulee potilaalta mitata elektrolyyttitasapaino. Mikäli potilaan virtsaneritys loppuu, tulee erityistä lisätä siihen tarkoitetuilla aineilla. Eritystä lisäävät aineet annostellaan varovaisesti, jotta potilaan verenkierto ei romahda. (Lukkarinen ym. 2012, 10.)

On myös mahdollista, että leikkauksen jälkeen potilaalla esiintyy virtsaumpi, joka tarkoittaa sitä, että virtsaaminen ei onnistu kovasta tarpeesta huolimatta tai se tuottaa potilaalle voimakasta kipua. Virtsaumpi hoidetaan tarvittaessa katetroimalla. (Hakala 2012, 49–54.)

Mikäli potilaalla ei ole katetria, tulee potilaan virtsarakon tilavuus tarkastaa ennen siirtoa, jos virtsaa ei ole tullut heräämössä. Mikäli potilaalla on katetri, tulee virtsanerityksen olla heräämössä yli 0,5–1 ml/kg/tunti. (Lukkarinen ym. 2013, 211–212.)

Leikkaushaava ja vuoto

Leikkaushaavasta havainnoidaan kipua, vuotoa, kudoseritteen määrää, turvotusta, dreerien eli laskuputkien eritystä, lämpöä, väriä ja mahdollisten ompeleiden tilaa. Jos leikkaushaava vuotaa jatkuvasti, on jatkohoidosta konsultoitava vastaavaa kirurgia. Leikkaushaava tulee aina jättää koskemattomaksi 24 tunnin ajaksi leikkauksen jälkeen. Jos haavasidoksen läpi tulee vuotoa tämän ajan sisällä, sidos vaihdetaan steriilisti. Leikkauksen jälkeinen potilaan hyvä hapettaminen on välttämätöntä, sillä se vähentää haavakomplikaatioita. Heräämöhoidossa on tärkeää myös potilaan asentohoito, sillä hyvä verenkierto ehkäisee haavan tulehtumisen. (Lukkarinen ym. 2012, 17–19.) Potilas voidaan siirtää vuodeosastolle, kun leik-

kaushaava tai dreeni on siisti, siitä ei tule verenvuotoa tai se on vähäistä eikä potilaalla ole enää tarvetta valvontaan kirurgisten syiden takia. (Lukkari ym. 2010, 384; Lukkarinen ym. 2013, 211–212; Lukkarinen ym. 2012, 17.)

Jatkohoito-ohjeet

Siirrossa tapahtuvan raportoinnin tulee olla loogista, järjestelmällistä sekä etukäteen suunniteltua. Tällainen raportointi minimoi komplikaatioita sekä varmistaa, että kaikki erityistarpeet on varmasti huomioitu. Kirjaamista ohjaavat monet hoitotyön kriteerit ja suositukset. Kirjaamisen tulee muun muassa kuvata potilaan hoidon jatkuvuutta ja hoitajien hoitotoimintojen taustalla tekemiä päätöksiä sekä antaa hoidolle laillinen näyttö. (Lukkarinen ym. 2012, 29–30.)

Ennen jatkohoitoon siirtymistä potilaan jatkomääräysten kuten kipu- ja pahoinvointilääkityksen sekä tarvittavan nestehoidon tulee olla kirjattuna (Lukkari ym. 2010, 384). Myös potilaan kanyylit ja laskuputket sekä ohjeistukset asennosta ja liikkumisesta vuodeosastolla kirjataan ennen siirtoa. Hoidon tulee myös olla kirjattuna sekä raportoituna potilaan vastaanottavalle hoitajalle. Lisäksi potilaan omaisuus ja apuvälineet tulee huomioida. (Lukkarinen ym. 2013, 212.)

3 POSTOPERATIIVINEN KIRJAAMINEN

Tässä luvussa käsitellään käsitteitä postoperatiivinen kirjaaminen, heräämössä käytettävä postoperatiivisen kirjaamisen runko, hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus.

3.1 Postoperatiivinen kirjaaminen

Postoperatiivinen kirjaaminen on tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden, sujuvuuden sekä potilasturvallisuuden takaamiseksi (Lukkarinen, Virsiheimo, Hiivala, Savo & Salomäki 2012, 5). Heikkinen & Lundgrén-Laine (2013) mukaan potilaan hoidon kirjaamisen tarkoituksena on tukea hoidon suunnittelua, toteutusta, seuranta ja arviointia sekä turvata potilaan jatkohoito ja oikeus tiedon saantiin. Kirjaaminen on tärkeää myös oikeudellisista syistä, sillä se takaa oikeusturvan potilaalle sekä hoitohenkilökunnalle.

Potilaan hoidon kirjaamista ohjaavat monet lait ja asetukset (Heikkinen & Lundgrén-Laine 2013, 231). Kirjaamisesta täytyy tulla selkeästi esille kuinka potilaan hoitoa on toteutettu hoidon eri vaiheissa ja ketkä ammattihenkilöt ovat osallistuneet potilaan hoitoon. Kirjausten tulee olla virheettömiä, moniammatillisesti ymmärrettäviä, reaaliaikaisia sekä kirjaustavan yhtenäinen. Heräämöhoidossa on käytössä leikkauksessa aloitettu anestesiakertomus. (Lukkarinen ym. 2012, 5; Heikkinen & Lundgrén-Laine 2013, 229.) Potilaan siirtyessä jatkohoitoon kirurgiselle vuodeosastolle laaditaan lisäksi sähköinen asiakirja potilastietojärjestelmään, joka on toteutettu ”Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrostä vuodeosastolle” (2012) ohjeiden mukaan.

Potilastiedot sekä hoitotoimenpiteet kirjataan aina sähköisesti potilastietojärjestelmään (Hakala 2012, 65). Sairaanhoitajat saavat työssään tarkastella potilastietojärjestelmästä ainoastaan niiden potilaiden tietoja, joita he itse hoitavat. Potilastietojärjestelmässä pitää lain mukaan olla jokin hallintajärjestelmä, joka määrittää kuka saa minkäkin potilaan potilasasiakirjoihin oikeuttavat käyttöoikeudet. Potilastietojärjestelmässä tulee olla sellainen tunnistuspalvelu, joka yksilöi käyttäjät ja heidät voi näin ollen todentaa. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasia-

kirjoista 30.3.2009/298.) Potilastietojärjestelmä pitää sisällään potilaan epikriisit, lääkehoidon, mittaustulokset, riskitiedot jne. Potilastietojärjestelmää käytetään potilaan saaman hoidon kirjaamiseen. Hyvin tehty sähköinen kirjaaminen on erittäin tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta, jottei virhearvioita tai haittatapahtumia tapahtuisi. Potilasta siirrettäessä heräämöstä jatkohoitoon vuodeosastolle, on tärkeää kirjata huolellisesti potilaan suunniteltu postoperatiivinen hoito. (Hakala 2012, 65.) Hoitotyön kirjaamisen tulee olla selkeää ja virheetöntä sekä reaaliaikaista. Kirjaamisessa on sallittua käyttää ainoastaan yleisesti hyväksytyjä lyhenteitä. (Lukkarinen ym. 2012, 7–31.)

3.2 Heräämössä käytettävä postoperatiivisen kirjaamisen runko

Hoitotyön tutkimussäätiö on julkaissut käsikirjan potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle (2012), jonka mukaan Vaasan keskussairaalan heräämössä potilaan postoperatiivinen kirjaaminen toteutetaan sähköisesti potilastietojärjestelmään. Tämä on uusi käytäntö Vaasan keskussairaalan heräämössä, joka otettiin käyttöön alkuvuodesta 2015.

Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle (2012) sisältää paljon tietoa sairaanhoitajan ammattitaidon perustaksi. Käsikirjassa esitetään leikkauspotilaan siirtokriteerit, jotka toimivat työvälineenä heräämössä työskenteleville sairaanhoitajille ja ovat osana jokapäiväistä toimintaa. Kyseistä käsikirjaa ja siinä esitettyjä leikkauspotilaan siirtokriteereitä voidaan käyttää leikkauspotilaiden postoperatiivisessa hoitotyössä valtakunnallisesti.

Käsikirjassa (2012) on esitetty runko postoperatiiviselle kirjaamiselle ja raportoinnille heräämössä. Käsikirjassa ohjeistetaan kirjaamaan heräämössä potilaan postoperatiivinen hoito tämän rungon mukaan. Lisäksi tuodaan esille, että tätä kirjaamisen runkoa voidaan käyttää tarkistuslistan tavoin, jolloin hoitaja kiinnittää huomiota oleellisiin asioihin potilaan postoperatiivisen hoidon kirjaamisessa ja raportoinnissa.

Ohessa on suora lainaus käsikirjan mukaisesta kirjaamisen rungosta.

Postoperatiivinen kirjaaminen ja raportointi
<ul style="list-style-type: none">• Verenkierto• Hengitys• Tajunnan taso• Pahoinvointi• Lämpötila• Leikkaushaava (vuoto ja laskuputket)• Nestetasapaino (virtsaus, suonensisäinen nesteitys)• Puudutusten häviäminen• Kipu ja sen hoito sekä jatkohoito-ohjeet vuodeosastolle <p>(Lukkarinen ym. 2012, 31.)</p>

3.3 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus on esitetty hoidon perusarvona. Hoidon jatkuvuutta on tehokas ja todenperäinen kommunikaatio hoitohenkilökunnan ja myös potilaan välillä. Potilaan näkökulmasta hyvää hoidon jatkuvuutta edustaa hyvin suunniteltu ja luontevasti sujuva hoitotyö. (Freeman 2001, 7–8.) Hoidon jatkuvuus on oleellinen osa potilasturvallisuutta ja se varmistetaan perusteellisella kirjaamisella sekä hyvällä tiedonkululla, joka luo pohjan turvalliselle ja riskittömälle hoidolle. Hoidon dokumentointi eli kirjaaminen on jokaisen hoitoalan ammattilaisen tehtävä ja sitä ohjaa erilaiset ohjeistukset sekä lainsäädäntö. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 72–73.)

Postoperatiivisessa hoitotyössä on aina tavoitteena hyvä hoitoketju sekä hoidon jatkuvuus, jonka tarkoituksena on vähentää leikkauksessa olleen potilaan komplikaatoriskiä ja siirtää potilas eteenpäin kirurgiselle vuodeosastolle toipumista ajatellen optimaaliseen aikaan (Lukkarinen ym. 2012, 4). Hoitoketjulla tarkoitetaan

hoitotyön kokonaisuutta ilman niin sanottuja rajoja. Hoitoketjun päätarkoituksena on potilaalle turvattu hoidon sujuvuus ja hoidon oikeanlainen jatkuvuus eri ammattiryhmien kesken. Käytetyt hoitoketjut perustuvat aina tutkittuun näyttöön sekä Käypä hoito-suositukseen. (TAYS 2016.) Hoidon jatkuvuus sekä potilasturvallisuus paranevat hyvällä tiedonsiirrolla ja hyvän tiedonsiirron avulla myös hoitoketjut toimivat sujuvammin (Silvennoinen-Nuora 2010, 105).

Hoitotyön kirjaaminen on erittäin tärkeää silloin, kun potilas siirtyy jatkohoitoon vuodeosastolle. Kaiken hoidon kannalta olennaisen tiedon on oltava kirjattuna ylös. Lääkelistan tulee myös olla ajankohtainen sekä ohjeistukset postoperatiivisesta hoidosta tulee olla selkeät. (Hakala 2012, 65.) Vastuullista hoidon jatkuvuutta on pitkäkestoinen vastuunotto oman potilaan monenlaisista terveystarpeista. Hoidon jatkuvuutta on myös yleinen joustavuus sekä palveluiden sujuvuus ja kattavuus. (Porre 2001, 9.)

3.4 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on yksi hoitotyön keskeisistä lähtökohdista. Potilasturvallisuudesta on kehitetty monia erilaisia hoitotyön suosituksia sekä kansallisia ja kansainvälisiä viranomaissuosituksia. Tärkeää sairaanhoitajalle on kokemuksen kautta tuleva tieto, kehittynyt riskien tunnistaminen sekä turhien haittatapahtumien ehkäisy ja niiden oikeanlainen raportointi. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 63–65).

Potilasturvallisuus on hyvää ja turvallista hoitoa, jonka tarkoituksena on estää potilasta millään tavoin vahingoittumasta. Potilasturvallisuutta ylläpidetään hoitoyksikössä erilaisilla käytännöillä, joiden avulla riskejä pystytään ennakoimaan sekä estämään vaaratilanteita. Potilasturvallisuus ja sen edistäminen on hoitoyksikössä jokaisen potilasta hoitavan yhteinen asia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hoito toteutetaan oikein, oikeaan aikaan ja siinä osataan hyödyntää potilaan olemassa olevia voimavaroja. Hoito ei saa myöskään aiheuttaa potilaalle tarpeetonta haittaa. Myös potilas itse on aktiivisessa roolissa potilasturvallisuuden edistämisessä. Potilasturvallisuutta ei saa jättää hänen vastuulleen, mutta hänelle pitää antaa tietoa, kuinka hän voisi itsekin

vaikuttaa oman hoitonsa turvallisuuteen. Kun potilasturvallisuus on hyvää ja osastolle toiselta jatkuvaa, vältetään turhilta haittatapahtumilta. (Ahonen ym. 2012, 62.) Potilasturvallisuus on tekijä, joka suojaa potilasta mahdollisilta vaaratilanteilta. Potilaalle itselle potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hän saa tarvitsemansa oikean-laisen hoidon, josta ei aiheudu tarpeetonta haittaa. (Yli-Villamo 2008, 8.)

Leikkaussali koetaan haastavaksi ympäristöksi sekä potilaalle että siellä työskenteleville ja arvioiden mukaan jopa melkein puolet haittatapahtumista tapahtuu juuri siellä. Arvioiden mukaan näistä haittatapahtumista olisi ehkäistävissä yli puolet. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 94.) WHO käynnisti ohjelman nimeltään Safe Surgery Save Lives vuonna 2007, jonka tavoitteena on vähentää potilasturvallisuusriskejä. Yksi näistä keinoista on monissa leikkaussaleissa käyttöönotettu leikkaustiimin kolmivaiheinen tarkistuslista. Tarkistuslista sisältää alkutarkistuksen, joka tehdään ennen anestesian aloitusta, aikalisan, joka tehdään ennen leikkausviiltoa ja lopputarkistuksen, joka tehdään ennen leikkaussalista poistumista. Tarkistuslistaa käytetään samalla tavalla jokaisessa toimenpiteessä. (Leppäniemi 2010, 11; Peltomaa & Väisänen 2013, 226; HYKS 2010, 1.)

Potilasturvallisuuden vaarantumiseen johtavista tekijöistä suurin osa liittyy juuriinkin ongelmiin kommunikaatiossa ja informaatioissa. Alkusyynä lähes 70 %:iin raportoiduista haittatapahtumista on kommunikaatio. (Leppäniemi 2010, 11.) Tarkistuslistan tavoitteena on parantaa leikkausturvallisuutta lisäämällä tiimityötä ja kommunikaatiota. Sen käytöllä varmistetaan potilasta koskevien keskeisten tietojen huomioon ottaminen sekä kaikkien tarpeellisten toimenpiteiden suorittaminen ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. (THL 2015.)

Leikkaustiimin tarkistuslista

Alkutarkistus suoritetaan potilaan saapuessa saliin, ennen anestesian aloitusta. Alkutarkistuksessa potilaalta varmistetaan henkilöllisyys, toimenpide joka ollaan tekemässä ja leikkausalue sekä potilaan tai potilaan omaisen suostumus kyseiseen toimenpiteeseen. Lisäksi tarkistetaan potilaan anestesiavalmius eli potilaan allergiat, proteesit ja implantit. Varmistetaan myös, että anestesia-ääkäri on vahvistanut potilaan anestesiavalmiuden eli huomionnut muun muassa potilaan perussai-

raudet ja lääkityksen sekä verenvuoto- ja aspiraatoriskin. Anestesiamonitorointi aloitetaan ja tarkistetaan sen toimiminen sekä ettei mittauksissa ilmene mitään hälyttävää. Tarkistaa tulee vielä myös potilaan mahdollinen vuotoriski ja verivauraukset. (HYKS 2010, 1; Peltomaa & Väisänen 2013, 227.)

Aikalisätarkistuksessa, joka suoritetaan ennen leikkausviiltoa, leikkaava lääkäri vahvistaa koko tiimin kuullen potilaan, leikkauskohteen ja tehtävän toimenpiteen. Lisäksi tiimi käy yhdessä läpi tässä vaiheessa leikkauksessa huomioitavat kriittiset tekijät. Tiimi myös varmistaa, että mahdollinen antibioottiprofylaksia on annettu potilaalle ja leikkauksessa tarvittavat radiologiset kuvat ovat esillä. Lisäksi ennen viiltoa varmistetaan, että kaikki leikkaussalissa olevat tuntevat toisensa. (HYKS 2010, 1; Peltomaa & Väisänen 2013, 227.)

Lopputarkistus suoritetaan yhdessä tiimin kanssa ennen leikkaussalista poistumista. Lopputarkistus sisältää leikkausinstrumenttien ja muiden välineiden kuten neulojen ja taitosten laskemisen sekä niiden täsmäämisen. Lisäksi tarkistetaan ja kirjataan diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodit sekä näytteiden merkinnät. Kirjata tulee myös mahdolliset välineistöongelmat ja hoidon poikkeamat. Lopuksi vahvistetaan ja kirjataan potilaan jatkohoito-ohjeet. Jatkohoito-ohjeista käydään läpi potilaan hoidon ja toipumisen pääkohdat sekä toipumiseen liittyvät riskit ja jatkohoitomääräykset. (HYKS 2010, 1; Peltomaa & Väisänen 2013, 227.)

Suomessa Valvira suosittelee tarkistuslistan käyttöä leikkaustoiminnassa ja potilasvakuutuskeskus edellyttää sen käytön (THL 2015). Tarkistuslistaa testattiin kahdeksassa eri maassa vuoden ajan ja tulosten perusteella sen käyttö osoittautui kannattavaksi toimintatavaksi. Leikkauksessa kuolleiden määrä laski 1,5 %:sta 0,8 %:iin ja myös komplikaatioiden määrä 11 %:sta 7 %:iin. (Helovuo 2009, 107.) Suomessa tehdyn pilottitutkimuksen mukaan tarkistuslistan käyttöönotto myös lisäsi tarkkuutta ja huolellisuutta leikkaustiimin salityöskentelyssä (Leppäniemi 2010, 11).

Leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö poistaa monia potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä ja vaikuttaa myös tiimin kommunikaation ongelmiin. Tarkistuslistan

käytöllä varmistetaan oleelliset toiminnot potilasturvallisuuden kannalta. Lisäksi sen avulla ennakoitaan riskejä ja epätavallisia tilanteita. (Leppäniemi 2010, 11.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten Vaasan keskussairaalan heräämössä käyttöön otettu, hoitotyön tutkimussäätiön julkaisema ja suosittelema ”Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle” mukainen postoperatiivisen kirjaamisen runko, tukee potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Tarkoituksena oli myös selvittää, miten kirjaamisen rungon toimivuus on koettu kirurgisilla vuodeosastoilla.

Tutkimuksen tavoitteena oli, että tuloksia voidaan hyödyntää kirjaamisen laadun parantamiseksi heräämössä ja näin edistää hoidon jatkuvuutta sekä potilasturvallisuutta kirurgisilla vuodeosastoilla.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten kirjaamisen runko tukee potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta?
2. Miten kirjaamisen rungon toimivuus on koettu kirurgisilla vuodeosastoilla?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa esitellään tutkimusmenetelmä, haastateltavien valinta, aineiston kerääminen sekä aineiston käsittely ja analyysi.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja siihen kootaan aineistoa todellisissa tilanteissa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedonkeruussa. Tutkimuksessa tutkija yleensä keskustelee tai haastattelee tutkittavia ja haastattelut ovat usein teema- tai ryhmähaastatteluja, jotta tutkittavien näkökulmat pääsevät paremmin esille. Kohdejoukko kvalitatiiviseen tutkimukseen valitaan aina tarkoituksenmukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muuttuu ja muotoutuu työn edetessä, eikä suunnitelmia pysty noudattamaan aina orjallisesti. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2002, 154–155).

Kvalitatiivisen tutkimuksen päätavoite on ymmärtää tutkittavaa kohdetta. Tarkoitus on, että tutkija tarkastelee aineistoaan perusteellisesti ja monitahoisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla saadusta aineistosta ei voida tehdä yleistettäviä päätelmiä vaan ajatuksena on se, että yksittäistapauksissa toistuu yleinen. Tutkimuksen tavoitteena onkin, että kun yksittäistapausta tutkitaan riittävän tarkasti, esille saadaan mikä ilmiölle on ensisijaista ja toistuvaa. (Hirsijärvi ym. 2007, 160; 176; 177.)

Tähän tutkimukseen valittiin kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä siksi, että saataisiin syvällisempi ja laajempi aineisto, kuin kyselylomakkeilla. Laadullinen tutkimus mahdollisti sen, että haastateltavat saivat vastata laajasti ja perusteellisesti kysymyksiin sekä kaikki tieto tuli varmasti kerrottua ja huomioitua.

Tutkimuskysymyksiä oli alun perin neljä. Hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus olivat erillisinä kysymyksinä sekä näiden lisäksi olivat kysymykset kirjaamisen rungon toimivuudesta ja rungon palvelusta hoitotyön yhteenvedossa. Kohdeorganisaatio toivoi, että kysymykset hoidon jatkuvuudesta ja potilasturvallisuudesta tiivistettäisiin yhteen kysymykseen. Lisäksi karsittiin pois kysymys hoitotyön yh-

teenvedosta, jottei tutkimuksesta tulisi liian laaja. Tutkimukseen päätettiin ottaa kaksi nykyistä tutkimuskysymystä, jotta saataisiin laajemmat haastatteluvastaukset. Haastattelukysymykset olivat samat kuin tutkimuskysymykset.

5.2 Haastateltavien valinta

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston koko on yleensä pienempi ja vähäisempi kuin määrällisessä tutkimuksessa (Hirsijärvi ym. 2007, 176). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on mahdollista, että aineistona on vain yhden henkilön haastattelu tai yksi tapaus. On myös mahdollista, että tutkimukseen tehdään monta yksilöhaastattelua tai ryhmähaastattelua. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkoituksena löytää tilastollisia säännönmukaisuuksia, joten tämä ei määrää aineiston kokoa. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on tehdä niin monta haastattelua, että uutta informaatiota ei enää tule ilmi eli aineisto on saturoitunut. (Hirsijärvi ym. 2002, 168–169.)

Tähän tutkimukseen haastateltaviksi valittiin kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajia, koska näille osastoille potilaat heräämöstä siirtyvät. Tutkimukseen päätettiin valita kuusi sairaanhoitajaa, koska ajateltiin sillä haastateltavien määrällä aineiston saturoituvan. Jos näin ei olisi kuitenkaan käynyt, haastateltavia olisi pyydetty osastoilta lisää. Jokaiselta kolmelta kirurgiselta vuodeosastolta parihaastatteluun toivottiin kahta sairaanhoitajaa, joilla oli kriteerien mukainen vähintään viiden vuoden työkokemus kyseiseltä osastolta. Tällä rajauksella haluttiin saada haastateltavaksi hoitajia, jotka ovat työskennelleet myös ennen kirjaamisen rungon käyttöönottoa, jotta he osaavat tunnistaa kirjaamisen rungon potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevia sekä sen käytössä parannettavia ominaisuuksia. Kirurgisten vuodeosastojen osastonhoitajat valitsivat mielestään sopivimmat sairaanhoitajat haastateltaviksi. Haastattelut tehtiin Vaasan keskussairaalassa kirurgisilla vuodeosastoilla marras-joulukuun vaihteessa 2015.

5.3 Aineiston kerääminen

Tavallisimmat aineiston keräysmenetelmät kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat kysely, haastattelu, havainnointi sekä dokumentteihin perustuva tieto. Haastatte-

lun tarkoitus on erilaisten ilmiöiden tutkiminen ja vastausten etsiminen erilaisiin ongelmiin. Haastattelussa yritetään löytää sellaisia vastauksia, jotka vastaavat kyseisen tutkimuksen tarkoitukseen sekä tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 73; 76–77). Avoin haastattelu on erilaisista haastattelumuodoista lähimpänä vapaata keskustelua, jota ei ole sidottu suoriin kysymyksiin tai vastauksiin. Avoimessa haastattelussa kysymykset ovat avoimia, mutta haastattelun aihe on määriteltä. Haastattelija selvittää haastateltavien mielipiteitä, ajatuksia ja tunteita sekä käsityksiä haastattelun aiheesta ja keskustelun edetessä vastaukset tulevat aidosti vastaan. Haastattelijan tehtävänä on keskustelun rajaaminen sekä keskustelun edetessä syventää haastateltavien kanssa heidän vastauksiaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 209.)

Tunnusomaista haastatteluille on se, että ne tallennetaan. Tämä helpottaa haastattelijaa, sillä hän pääsee irtautumaan kynästä ja paperista, jolloin keskustelu on paljon vapaampaa. Kun haastattelu tallennetaan, siitä saadaan varastoitua olennaisia asioita kommunikaatiotilanteesta. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 92–93.) Yleisesti haastattelut kestävät tunnista kahteen. Haastattelijan olisi hyvä tehdä ennen varsinaista haastattelua koehaastatteluja, sillä se harjoittaa ottamaan tutkijan roolin ja antaa osviittaa haastattelun pituudesta. (Hirsijärvi & Remes 2007, 201; 206.) Ryhmähaastattelun suurin etu on se, että ryhmässä tapahtuva vuorovaikutus ja keskustelu voi tuoda ryhmän jäsenen mieleen jonkin asian, mitä hän ei olisi muuten muistanut. Ryhmähaastattelun anti on myös tutkijalle kattavampi, kuin mitä yksittäisen ihmisen haastattelun anti voisi olla. Ryhmähaastattelun vaikeutena saattaa olla haastateltavien saaminen yhteen paikkaan samanaikaisesti. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åsted-Kurki 2013, 124.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään aineistonkeräämisessä käsitettä saturatio, joka tarkoittaa riittävyttä sekä kylläisyyttä. Tutkija kerää aineistoa niin kauan, kunnes tutkimus saturoituu, päättämättä etukäteen tutkittavien määrää. Haastatteluissa esimerkiksi voidaan tehdä suunnittelematta niin monta haastattelua, kunnes vastaukset alkavat toistaa itseään ja saturoitua eli kylläännyä. (Hirsijärvi ym. 2002, 169.)

Tässä tutkimuksessa tehtiin parihaastattelut yhteensä kuudelle sairaanhoitajalle, kolmelta eri kirurgiselta vuodeosastolta. Aluksi suunnitelmissa oli tehdä yksi haastattelu, johon osallistuisi kaikki kuusi hoitajaa samaan aikaan. Tästä alkupe- räisestä suunnitelmasta kuitenkin luovuttiin, sillä niin monelle sairaanhoitajalle harvoin sopii sama haastattelu-aika työpäivän aikana ja parihaastattelussa heidän oli ehkä helpompi tuoda mielipiteitään esiin. Ajateltiin myös, että parihaastattelul- la saisi enemmän tietoa asiasta kuin yksilöhaastattelulla, sillä haastateltavien vuo- rovaikutus saattaisi tuoda heille mieleen lisää kerrottavia asioita kirjaamisen mal- lin käytöstä. Yhdellä kirurgisella vuodeosastolla jouduttiin kuitenkin tekemään sairaanhoitajille parihaastattelun sijaan yksilöhaastattelut työkiireiden vuoksi.

Tässä tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmäksi valittiin avoimet parihaastatte- lut, eli haastattelukysymykset olivat avoimia. Näitä avoimia haastattelukysymyk- siä oli kaksi ja niillä pyrittiin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Pari- haastattelut nauhoitettiin. Avoimia haastatteluja tähän tutkimukseen tehtiin neljä, yhteensä kuudelle sairaanhoitajalle, jonka jälkeen haastattelut lopetettiin, sillä ai- neisto alkoi toistaan itseään, kylläntyä eli saturoitua.

5.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Sisällön analyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Tämän analyysin avulla on erilaisten aineistojen analysointi sekä kuvaus mahdollista. Si- sällön analyysin perusmenetelmä on aineiston tiivistäminen, jolloin voidaan ilmi- öitä kuvailla yleistävästi. Sisällön analyysin prosessissa erottuvat vaiheet analyy- siyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistys, luokittelu sekä tul- kinta ja luotettavuuden arvioiminen. Tämän analyysin päätarkoitus on ilmiön tii- vis, mutta silti laaja esittäminen, josta syntyy erilaisia käsiteluokituksia, - järjestelmiä, -malleja sekä -sisältöjä. Sisällön analyysin tärkein vahvuus on tutki- musasetelman joustavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 133–134)

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti, si- sällön analyysillä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Aineiston analyysiprosessi aloitettiin koko aineistoa tarkastelemalla ja litteroimalla kaikki haastattelut tallennetuista nauhoituksista. Tutkimusaineistoa kertyi 14 sivua, fon-

tilla Times New Roman, fonttikoolla 12, rivivälillä 1,5. Tämän jälkeen aineiston litteroidut ilmaisut pelkistettiin. Pelkistuksen jälkeen ilmaisut ryhmiteltiin niin, että samaa asiaa käsittelevät ilmaisut kerättiin yhteen. Näitä jaettiin vielä erillisiksi ilmaisuiksi analyysin viimeisissäkin vaiheissa kun niistä huomattiin jokin lisämerkitys. Pelkistystä muutettiin myös useissa analyysin vaiheissa ja käytiin useaan kertaan läpi alkuperäisilmaukset sekä niistä tehdyt pelkistykset. Pelkistystä tehdessä ei oikuttu liikaa ja säilytettiin suurin osa alkuperäisilmauksien viestistä.

Haastatteluiden koodeja säilytettiin läpi litteroinnin, jaottelun ja pelkistuksen ja vasta ilmaisujen ryhmittelyssä koodeja ei enää otettu huomioon. Monissa analyysin vaiheissa, varsinkin alussa kuunneltiin usein läpi vielä nauhoitukset, jotta ymmärrettiin varmasti ilmausten oikeat tarkoitukset. Ilmaisut ryhmiteltiin erilaisiksi alakategorioiksi, jotka myöhemmin ryhmiteltiin yläkategorioiksi. Yläkategoriat nimettiin niiden sisällön eli alakategorioiden mukaan. Yhdistäviä kategorioita muodostui lopuksi kolme kappaletta, joista kaksi vastasivat tutkimuskysymyksiin. Kolmanneksi yhdistäväksi kategoriaksi muodostui muut tutkimuksessa ilmi tulleet asiat.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen tulokset tutkimuskysymyksittäin. Ensimmäisessä kappaleessa kuvataan postoperatiivisen kirjaamisen rungon hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevat ominaisuudet kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien kertomana. Seuraavassa kappaleessa kuvataan postoperatiivisen kirjaamisen rungon toimivuus kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien kertomana ja viimeisessä kappaleessa käydään läpi muut tutkimuksessa ilmi tulleet asiat. Tässä luvussa puhuttaessa kirjauksista tarkoitetaan postoperatiivisen kirjaamisen runkoon tehtyjä kirjauksia. Haastatteluvaiheessa käytettiin vielä kirjaamisen rungosta termiä ”kirjaamisen malli”, joka vaihdettiin myöhemmin, ja siksi haastatteluiden suorissa lainauksissa puhutaan kirjaamisen mallista.

6.1 Postoperatiivisen kirjaamisen rungon hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevat ominaisuudet

Postoperatiivisen kirjaamisen rungon hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevat ominaisuudet kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien kertomana koostuivat sisällön analyysin yläkategorioista: tärkeimmät asiat ja muutoksien näkyvyys, selkeys, asioiden läpikäynti, hoidon yhteneväisyys, ei tulkintavirheitä, tietojen löytyminen hoitosuunnitelmasta sekä tarkistus ja virheet (Kuvio 1).

Tärkeimmät asiat ja muutoksien näkyvyys

Kirjaamisen rungon koettiin sisältävän tärkeimmät asiat potilaan jatkohoitoa ajatellen. Se sisältää asiat mitä halutaan tietää potilaasta sekä tärkeimmät asiat potilaan lääkityksestä, kuten Klexanen anto postoperatiivisesti tai määrättyt antibiootit. Kirjauksista on myös heti nähtävissä potilaalle toteutettu leikkaushoito sekä miten hoito jatkuu osastolla. Lisäksi kirjauksista on myös nähtävissä muutokset potilaan tilassa ja mittausarvoissa, esimerkiksi verenpaineen muutokset, ja tätä pidettiin kirjaamisen rungon hyvänä ominaisuutena. Haastateltavat painottivat tiedon potilaan jatkohoidosta olevan todella tärkeää juurikin hoidon jatkuvuuden kannalta (Kuvio 1).

Selkeys

Kirjaamisen runko ja sen mukaan kirjaaminen koettiin selkeäksi. Kirjaamisen rungosta haastateltavien mukaan selkeän tekee se, että asiat ovat sieltä helposti luettavissa ja löydettävissä, mukaan lukien lääkemääräykset. Haastateltavat kertoivat kirjaamisen rungon olevan selkeä, toimiva ja yksinkertainen, tarkistuslistojen tapaan (Kuvio 1).

Selkeä kirjaaminen koettiin todella tärkeäksi hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kannalta. Sen koettiin olevan kirjaamisen rungon tärkein tukeva ominaisuus sekä selkeä edellytys hoidon jatkuvuudelle ja turvalliselle hoidolle. Kirjauksissa annetaan selkeät ohjeet joita on helppo noudattaa ja haastateltavat kokivat tämän todella tärkeäksi potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta (Kuvio 1).

Kirjaamisen rungon lukeminen koettiin helpoksi sekä kaikkien yksityiskohtien ja asioiden kirjaaminen selkeäksi edellytykseksi hoidon jatkuvuudelle ja turvalliselle hoidolle. Haastateltavat kokivat asioiden myös olevan rungossa hyvin kirjattuna. Muun muassa potilaalle toteutettu hoito, miten hoito jatkuu ja hoidossa huomiotavien asioiden kerrottiin olevan hyvin kirjattuna. Lisäksi haastateltavat kokivat kirjaamisen rungon lukemisen olevan hankalampaa, mikäli tekstiä olisi enemmän ja silloin myös hoitoa ajatellen tärkeät asiat voisivat hukkaa tekstin paljouteen (Kuvio 1).

Asioiden läpikäynti

Haastateltavat kokivat kaikkien asioiden tulevan hyvin läpikäytyä kirjaamisen rungon kautta. Tämä koettiin hyväksi muun muassa siksi, ettei mitään asioita jäisi vahingossa kirjaamatta nyt kun kirjaamiselle on käytössä runko, jonka mukaan kirjataan. Kaikki hoitoa koskevat asiat mainitaan kirjauksissa, kuten puudutuksen häviäminen. Tietojen koettiin myös olevan tiivistettynä kirjaamisen rungossa ja tämän lukeminen koettiin helpommaksi kuin anestesiakaavakkeen. Haastateltavat kertoivat anestesiakaavakkeessa olevan asiaa olevan liian paljon yhdellä lomakkeella ja muun muassa tämän takia se koettiin sekavaksi (Kuvio 1).

Hoidon yhteneväisyys

Haastateltavat kokivat myös hoidon olevan nyt kirjaamisen rungon kautta yhteneväisempää. Heräämöhoitajat kirjaavat kukin samalla tavalla rungon mukaan ja lisäksi se toimii tarkistuslistan tavoin eli kaikki mallissa olevat asiat tulee kirjata. Haastateltavat myös kokivat, että on parempi kun kirjaamiselle on juurikin kehitetty runko jonka mukaan kirjataan (Kuvio 1).

Ei tulkintavirheitä

Haastateltavat kokivat kirjaamisen rungon tukevan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta kaikin tavoin, koska sen käytössä ei tule tulkintavirheitä käsialan suhteen. Edellytyksenä hoidon jatkuvuudelle ja tiedon kululle haastateltavat kertoivat olevan, ettei tieto ole käsinkirjoitettu. Tällöin se on kaikkien tulkittavissa ja se on potilasturvallista (Kuvio 1).

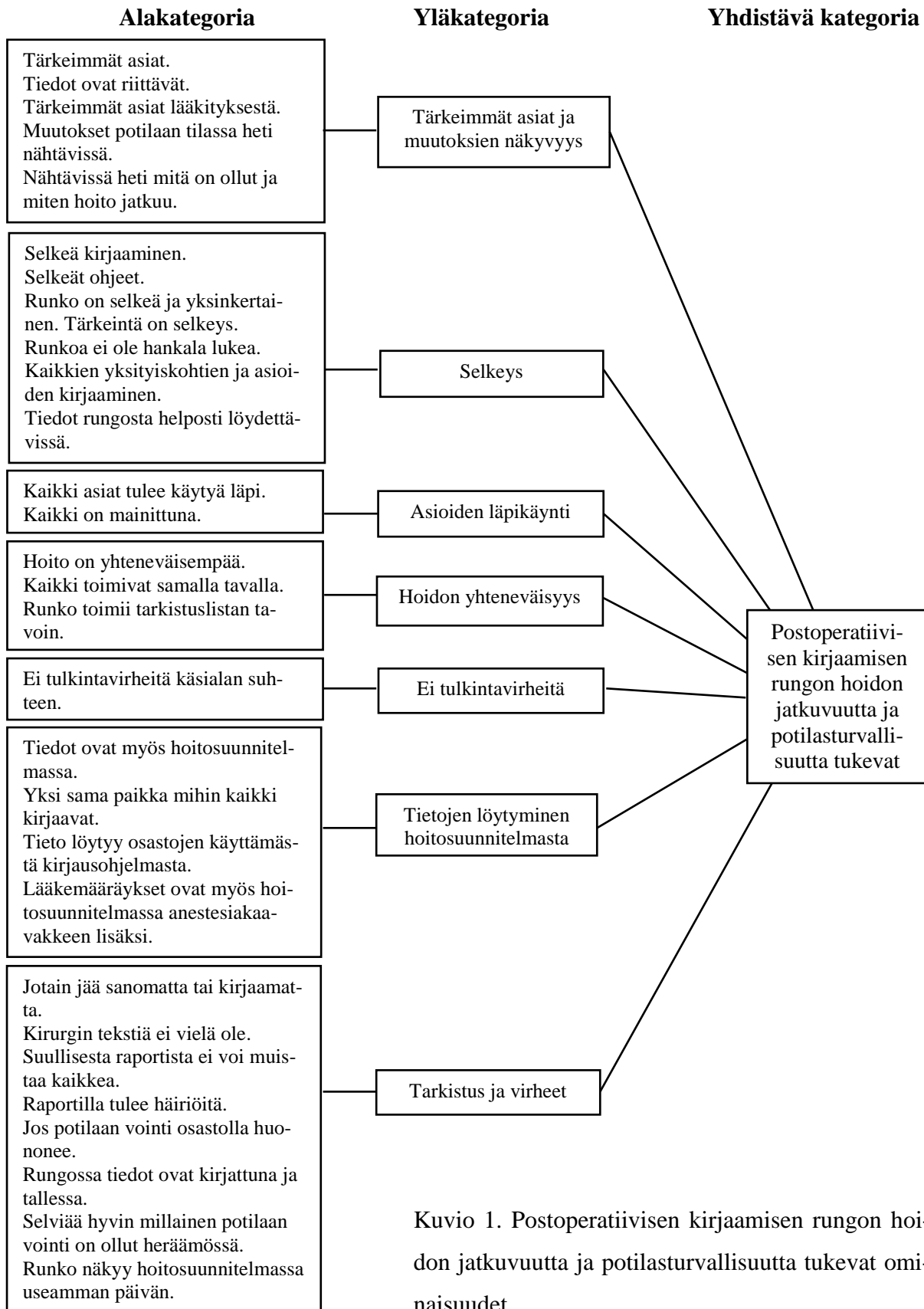
Tietojen löytyminen hoitosuunnitelmasta

Kirjaamisen rungon koettiin tukevan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta myös siten, että tieto on löydettävissä heti hoitosuunnitelmasta. Tämän koettiin olevan edellytyksenä hoidon jatkuvuudelle ja tiedonkululle. Heräämön kirjatessa myös osastojen käyttämään hoitosuunnitelmaan löytyy nyt yksi yhteinen paikka mihin kaikki kirjaavat, ja se selkeyttää hoitoa sekä parantaa potilasturvallisuutta. Selkeämmäksi koettiin myös se, että lääkemääräykset ovat nyt nähtävissä hoitosuunnitelmasta anestesiakaavakkeen lisäksi (Kuvio 1).

Tarkistus ja virheet

Haastateltavat kertoivat kirjaamisen rungon palvelevan myös virheiden sattuessa ja asioiden tarkistuksessa. Kirjaamisen rungon käytön rutinoituessa heräämöhön vaaditut asiat pitää kirjata jolloin virheen sattuessa, esimerkiksi jos jotain unohdetaan sanoa suullisella raportilla tai kirjata anestesiakaavakkeeseen, tieto on silti löydettävissä hoitosuunnitelmasta. Kirjaamisen rungon kerrottiin olevan myös hyödyllinen tilanteissa jolloin kirurgin tekstiä ei vielä ole saatavilla, esimerkiksi yöaikaan. Silloin hoitajat osastolla voivat tarkistaa asiat kirjaamisen rungosta, ku-

ten lääkityksen tai antibiootin jatkumisen. Kirjaamisen runko palvelee haastateltavien kertomana myös, jos potilaan vointi osastolla huononee siirron jälkeen. Hyvin täytetystä kirjaamisen rungosta selviää hyvin millainen potilaan vointi on ollut heräämössä, ja niinpä hoitajat voivat potilaan voinnin huonontuessa tarkastaa kirjauksista miten potilas on voinut heräämössä. Lisäksi hoitosuunnitelmassa tiedot ovat mustana valkoisella, kirjattuna ja tallessa. Tämä koettiin hyväksi sillä suullisesta raportista ei voi muistaa kaikkea osastolle palatessa ja raportilla tietoja voi mennä ohi myös häiriöiden takia. Lisäksi kirjausten näkyessä suoraan hoitosuunnitelmassa useamman päivän, on asioiden tarkistaminen hoitosuunnitelmasta helppoa (Kuvio 1).



6.2 Postoperatiivisen kirjaamisen rungon toimivuus

Postoperatiivisen kirjaamisen rungon toimivuus kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien kokemana koostui sisällön analyysin yläkategorioista: tiedot riittävät, hyvä ja selkeä, hyvä kirjaaminen, kirjaamisen rungon paikka hoitosuunnitelmassa sekä puutteet ja ehdotukset (Kuvio 2).

Tiedot riittävät

Kirjaamisen rungon tietojen koettiin olevan riittävät ja sisältävän tärkeimmät potilaan hoidossa huomioitavat asiat sekä tärkeimmät asiat potilaan lääkityksestä. Haastateltavat kokivatkin myös kaikkien asioiden tulevan hyvin läpikäytyä kirjaamisen rungon kautta (Kuvio 2).

Osa haastateltavista koki tietoa olevan niukasti kirjauksissa ja toivoivat enemmän informaatiota kirjauksiin. Suurin osa haastateltavista oli kuitenkin sitä mieltä, että tiedot kirjaamisen rungossa ovat tiivistettynä sekä riittävät. He kokivat myös, että mikäli tekstiä olisi enemmän, se voisi aiheuttaa hoidon kannalta tärkeiden asioiden hukkimisen tekstin paljouteen sekä hankaloittaa kirjaamisen rungon lukua (Kuvio 2).

Hyvä ja selkeä

Kirjaamisen runko koettiin hyväksi ja selkeäksi. Tiedot kirjaamisen rungossa ovat helposti luettavissa ja löydettävissä sekä tiivistettynä. Kirjaamisen runko koettiin toimivaksi ja yksinkertaiseksi, tarkistuslistojen tapaan. Sen lukeminen koettiin helpommaksi kuin anestesiakaavakkeen, sillä anestesiakaavakkeessa koettiin olevan liian paljon asiaa yhdellä lomakkeella, joka haastateltavien mukaan tekee siitä sekavan. Haastateltavat kertoivat kirjaamisen rungon lukemisen olevan hankalampaa, mikäli tekstiä olisi enemmän ja silloin myös hoitoa ajatellen tärkeät asiat voisivat hukkaa tekstin paljouteen (Kuvio 2).

Hyvä kirjaaminen

Kirjaaminen rungon mukaan koettiin myös selkeäksi ja potilasturvallisuutta tukevaksi, koska sen lukemisessa ei tule tulkintavirheitä käsialan suhteen. Haastateltavat kokivat lisäksi hoidon olevan nyt kirjaamisen rungon kautta yhteneväisempää.

Kirjauksiin liittyen haastatteluista selvisi, että kirjaamisen rungon täytössä on kuitenkin eroavaisuuksia hoitajien välillä ja kirjaaminen voisi olla vieläkin yhteneväisempää. He kokivat, että kirjaamisen rungon täytölle tulisi olla yhtenäiset ohjeet eli mitä kirjataan ja miten (Kuvio 2).

Kirjaamisen rungon paikka hoitosuunnitelmassa

Kirjaamisen rungon paikasta hoitosuunnitelmassa oltiin kahta mieltä. Osa haastateltavista koki sen nykyisen paikan hoitosuunnitelmassa hyväksi, tarkistusmahdollisuuden vuoksi. Kirjaamisen rungon ollessa vasemmalla puolella hoitosuunnitelmassa se pysyy suoraan näkyvillä useamman päivän, eikä jää näin ollen seuraavalta hoitajalta huomaamatta. Osa mielestä kirjaamisen rungon tulisi kuitenkin olla toisella eli oikealla puolella hoitosuunnitelmassa, jolloin se olisi suoraan näkyvillä vain leikkauspäivänä. Osa tätä ehdottavista oli sitä mieltä, että tekstin ollessa hoitosuunnitelmassa juurikin vasemmalla puolella se sekoittaa ja osa sitä mieltä, että kirjaamisen rungon tulisi näkyä hoitosuunnitelmassa enemmänkin vain leikkauspäivänä, eikä sen tarvitsisi siirtyä hoitosuunnitelmassa aina seuraavalle päivälle (Kuvio 2).

Puutteet ja ehdotukset

Osassa kirjaamisen rungon sisältämistä kohdista koettiin olevan puutteita niiden täyttämässä eli kirjaamisessa. Osa haastateltavista koki jatkohoito-ohjeet kohdassa olevan puutteita ja he toivoivat kohtaan lisää informaatiota jatkohoidosta osastolle, jos vain on. Heidän mukaansa jatkohoito-ohjeet kohdassa lukee usein vain antibiootin jatkosta tai Klexanesta ja toivoisivat jatkohoito-ohjeita, jotka palvelisivat enemmän osastoa. Toisaalta he ymmärtävät, että kirjausvaiheessa ei ehkä tiedetä vielä enempää jatkohoidosta (Kuvio 2).

Puutteita ja parannettavaa koettiin myös kirjaamisen rungon nestetasapaino kohdassa. Haastatteluissa ilmeni, että nestetasapaino kohta on usein tyhjänä ja muun muassa tiputuksia ei kirjata kirjaamisen runkoon (Kuvio 2).

Lisäksi haastatteluissa kävi ilmi, että kirjaamisen rungon kohtia jää usein tyhjäksi ja on ollut tapauksia, että sen täyttäminen on tapahtunut vasta potilaan ollessa jo vuodeosastolla eli siirron jälkeen. Toisaalta kirjaamisen rungon kohtien tyhjäksi jättäminen ymmärretään esimerkiksi pienissä toimenpiteissä, jolloin kaikkiin kohtiin ei ehkä ole kirjattavaa ja osan mielestä se on selkeä vaikka joitain kohtia olisikin tyhjänä. Haastatteluissa tuli ilmi idea tyhjiä kohtia koskien, jonka ajatuksena oli kirjattujen tärkeiden asioiden korostaminen, kuten Klexane tai antibiootin jatko, poistamalla kirjaamisen rungon tyhjäksi jätettävät kohdat (Kuvio 2).

Haastatteluissa ilmeni myös, että haastateltavat toivovat heräämöhoitajien laittavan lääkemääräykset valmiiksi lääkelistalle hoitosuunnitelmaan sekä laskevan lääkkeiden, kuten Klexanen antoajan valmiiksi. Haastateltavat toivoivat, että heräämössä laskettaisiin esimerkiksi Klexanen antoaika jo valmiiksi ja kirjattaisiin antoaika kirjaamisen runkoon, ettei hoitajan osastolla tarvitsisi myöhemmin ottaa esiin anestesiakaavaketta selvittääkseen ja laskeakseen antoaikaa (Kuvio 2).



Kuvio 2. Postoperatiivisen kirjaamisen rungon toimivuus

6.3 Muut tutkimuksessa ilmi tulleet asiat

Muut tutkimuksessa ilmi tulleet asiat koostuivat sisällön analyysin yläkategorioista: kirjaamisen rungon muut ominaisuudet, kirjaamisen rungon hyödyntäminen, anestesiakaavake ja kehitys sekä kirjaamisen poisjäänti (Kuvio 3).

Kirjaamisen rungon muut ominaisuudet

Haastatteluissa ilmeni myös muita kirjaamisen rungon ominaisuuksia. Kirjaamisen rungon koettiin olevan myös tukena hoitajille jatkohoidon toteutuksessa. Haastateltavat kertoivat jokaisen havainnoivan vähän eri asioita eikä kukaan ole täydellinen, joten malli on tukena kaikille sekä kokeneille että kokemattomille. ”Uusi ihminen ei välttämättä edes tiedä mitä asioita leikkauksen jälkeen kontrolloidaan.” Haastateltavat kertoivat, että hoitaja joka ei ole aikaisemmin ollut hakemassa potilaita heräämöstä oppii paljon kirjaamisen rungon kautta ja saa tukea rungosta sekä näkee siitä miten jatkohoito osastolla toteutetaan. ”Joka ei ole aikaisemmin tällaista kirjaamisen mallia käyttänyt tai ollut hakemassa potilaita heräämöstä oppii valtavasti. Hänellä on siinä se tuki ja hän tietää mitä täytyy tehdä.” Haastateltavien mukaan ennen kirjaamisen runkoa piti hoitajan itse päättää mitä kontrolloidaan osastolla, sekä arvioida potilaan vointi (Kuvio 3).

Lisäksi haastateltavat kokivat kirjaamisen rungon myös helpottavan hoitajien työtä osastolla kirjaamisen osalta. Kirjaamisen rungon ollessa hyvin täytetty ei hoitajien tarvitse hirmuisesti kirjoittaa hoitosuunnitelmaan potilaan siirron jälkeen. ”Esimerkiksi enää ei tarvitse kirjata paljon vuotoa on ollut tai mitä haavalla on.” Lisäksi vuoroon tulevan hoitajan ei tarvitse etsiä anestesiakaavaketta vaan hän näkee heti hoitosuunnitelmasta tärkeimmät asiat, kuten Klexanen annon. Ilman kirjaamisen runkoa potilaan heräämöstä hakenut hoitaja olisi kirjoittanut itse tiedot hoitosuunnitelmaan anestesiakaavakkeen luettuaan (Kuvio 3).

Kirjaamisen rungon hyödyntäminen

Tutkimuksessa selvisi, että kirjaamisen runkoa hyödynnetään hoitotyössä. Osa hoitajista kertoi hyödyntävänsä sitä tarkistuslistan tavoin ja osa kertoi hyötyvänsä siitä muillakin tavoilla, joita käytiin läpi kirjaamisen rungon muut ominaisuudet

osiossa. Osa haastateltavista kuitenkin kertoi, että eivät hyödynnä kirjaamisen runkoa juurikaan ja toimivat niin kuin ennenkin eli ennen kirjaamisen rungon käyttöönottoa (Kuvio 3).

Anestesiakaavake ja kehitys

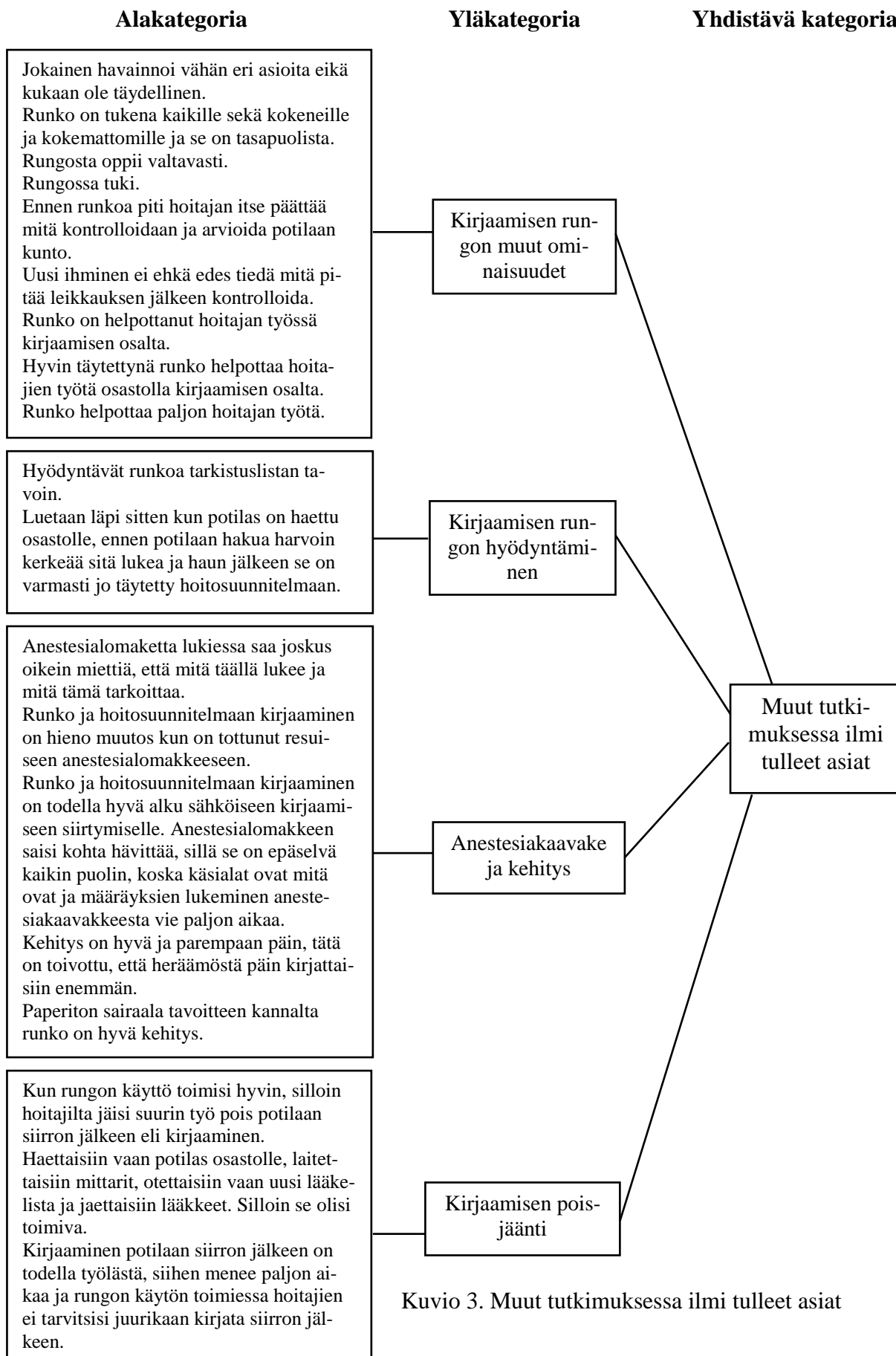
Tutkimuksessa ilmeni myös haastateltavien mielipiteitä anestesiakaavakkeesta. Haastatteluissa tuli usein ilmi, että haastateltavien mielestä nykyinen käytössä oleva anestesiakaavake on epäselvä, koska se on käsin kirjoitettu ja siinä on liian paljon asiaa samalla lomakkeella. ”Anestesiakaavaketta lukiessa täytyy usein miettiä, että mitä tässä oikein lukee.” Käsialat ovat epäselviä ja määräysten lukeminen samasta syystä vie paljon aikaa. Muun muassa tämän takia kirjaamisen runkoa, joka kirjataan suoraan hoitosuunnitelmaan tietokoneella, pidetään hyvänä kehityksenä ja osa haastateltavista oli valmiita luopumaan anestesiakaavakkeesta, juurikin sen epäselvyyden takia (Kuvio 3).

Kirjaamisen runkoa pidettiin hyvänä kehityksenä muistakin syistä. Sitä pidettiin hyvänä alkuna sähköiseen kirjaamiseen siirtymiselle ja tulevaisuudessa anestesiakaavakkeesta voitaisiin luopua ja siirryttäisiin kokonaan sähköiseen kirjaamiseen. Lisäksi tällaista kehitystä oli toivottu, että heräämö alkaisi kirjaamaan enemmän. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että kirjaamisen rungon käytössä on ollut parannusta alkuun verrattuna. Kirjaamisen rungon käyttöönotto hetkellä sitä ei kaikkien potilaiden hoitosuunnitelmasta vielä löytynyt, mutta nyt se löytyy jokaisen leikkauspotilaan hoitosuunnitelmasta. Lisäksi esille tuli, että kehitysyhteistyötä heräämön ja kirurgisten vuodeosastojen välillä pidetään hyvänä, koska se koventaa myös yhteistyön sujuvuutta (Kuvio 3).

Kirjaamisen poisjäänti

Hoitajat kokivat kirjaamisen siirron jälkeen osastolla olevan työlästä ja aikaa vievää sekä kokivat että kun kirjaamisen rungon käyttö toimisi hyvin, heidän ei tarvitsisi siis juurikaan kirjata enää siirron jälkeen. Osa hoitajista koki kirjaamisen rungon olevan toimiva vasta kun hoitajien ei tarvitsisi kirjata enää mitään hoito-

suunnitelmaan osastolle tullessaan, vaan kirjaamisen rungosta tulisi kaikki ilmi ja he saisivat keskittyä hoitotyöhön kirjaamisen sijaan (Kuvio 3).



Kuvio 3. Muut tutkimuksessa ilmi tulleet asiat

7 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimustuloksia ja pohditaan tutkimuksen eettisyyttä sekä luotettavuutta. Luvun viimeisessä kappaleessa tarkastellaan tutkimuksen johdopäätöksiä ja jatkotutkimusaiheita.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kehittämään postoperatiivisen kirjaamisen toimivuutta, yhteneväisyyttä ja laatua, jonka kautta edistetään myös hoidon jatkuvuutta sekä potilasturvallisuutta. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että kirjaamisen runko tukee potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Tuloksista selvisi myös, että kirjaamisen rungon käyttö koetaan toimivaksi ja selville saatiin myös parannusehdotuksia sen käyttöön. Hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevin ominaisuuksina pidettiin kirjaamisen rungon sisältöä, selkeyttä ja toimivuutta. Kirjaamisen rungon koettiin sisältävän tärkeimmät tiedot potilaan hoitoa ajatellen ja tiedot koettiin riittäväksi. Kirjaamisen runko koettiin selkeäksi, yksinkertaiseksi ja helposti luettavaksi. Kirjaamisen runko koettiin myös monin tavoin toimivaksi. Sitä käytettäessä vältytään tulkintavirheiltä ja tietojen löytyminen hoitosuunnitelmasta selkeyttää hoitoa. Lisäksi se toimii tukena hoitajille jatkohoitoa toteuttaessa ja palvelee myös potilaan hoidon kannalta tärkeiden asioiden tarkistuksessa sekä virheiden sattuessa. Tuloksista tuli selville myös kehitettäviä asioita kirjaamisen rungon käyttöön liittyen, kuten kirjaamisen rungon kohdissa ilmenevät puutteet ja kirjaamisten eroavaisuudet sekä muita kehitysideoita.

Tutkimuksen aiheesta eli ”Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisuudesta siirrosta vuodeosastolle” (2012) mukaisesta postoperatiivisesta kirjaamisesta ei löydetty aikaisempia tutkimuksia, joihin tuloksia olisi voitu verrata. Muun muassa siksi tutkimuksen tekijät kokivat tutkimuksen ja sen tulosten olevan tarpeellisia ja hyödyllisiä hoitotyön kirjaamisessa ja sen kehittämisessä, sekä hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. Tutkimuksia hoidon jatkuvuudesta ja potilasturvallisuudesta löydettiin, mutta ei liittyen tutkittuun kyseisen käsikirjan (2012) mukaiseen postoperatiiviseen kirjaamiseen.

Tutkimusten mukaan yleisiä syitä potilasturvallisuutta vaarantavien häiritsevyyden taustalla ovat huono tiedonkulku, tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen (Potilasturvallisuuden työkalut – työvaliokunta 2009, 187–188). Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että kirjaamisen rungon käytöllä varmistetaan juurikin tiedonkulku kirurgisille vuodeosastoille, tiedon kulun katkeamattomuus sekä tulkintavirheiltä välttyminen. Kirjaamisen runkoon kirjattavat tiedot kirjataan ja tallennetaan osastoilla käytössä olevaan hoitosuunnitelmaan, josta ne löytyvät hoidon jatkuessa vuodeosastolla ja tämä selkeyttää potilaan jatkohoitoa osastolla. Lisäksi kirjaukset kirjaamisen runkoon tehdään tietokoneella ja näin välttyään tulkintavirheiltä, joita käsinkirjoitettujen tietojen tulkinnassa saattaa tapahtua. Tutkimusten mukaan tiedonkulku on tärkeää myös hoidon jatkuvuuden toteutumiseksi. Marja Renholmin (2015) väitöskirjan mukaan tiedonkulku on merkittävässä osassa potilaan hoidon jatkuvuuden toteutumista. Kirjaamisen rungon löytyessä osastoilla käytettävästä hoitosuunnitelmasta varmistetaan, ettei tiedonkulku katkea vaikka hoitoyksikkö vaihtuukin.

Kyseisen postoperatiivisen kirjaamisen rungon käyttö on uusi käytäntö kohdeorganisaatiolle eikä sen hyötyjä ja käytön tuloksia oltu aikaisemmin vielä tutkittu Vaasan keskussairaalassa. Tutkimus osoitti uuden toimintatavan, eli postoperatiivisen rungon käytön toimivaksi ja kannattavaksi. Kohdeorganisaatio sai tutkimuksen tuloksista vahvistuksen uuden toimintatavan kannattavuudelle sekä hyötyi tutkimuksen tuloksista myös kirurgisten vuodeosastojen palautteen kautta. Palautteen kautta kohdeorganisaatio voi kehittää vielä kirjaamisen rungon käyttöä heinäkuussa.

Tutkimustuloksista olisi mahdollisesti voinut tulla kattavammat, jos hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus olisi eritelty omiksi tutkimuskysymyksiksi. Tällöin olisi voitu saada haastatteluissa yksityiskohtaisemmat ja laajemmat vastaukset molempiin kysymyksiin. Toisaalta kyseiset aiheet kulkevat melko käsi kädessä ja kohdeorganisaation toiveesta päätimme pitää kysymykset yhdessä.

Tämän tutkimuksen tulosten pohdinta ja tarkastelu oli haastavaa, koska aiheesta ei löytynyt aikaisempia tutkimuksia, joihin tuloksia olisi voitu verrata ja jonka avulla olisi voitu selvittää vahvistavatko tämän tutkimuksen tulokset aikaisempien tut-

kimuksien tuloksia. Voidaan siis päätellä, että tämän tutkimuksen tulokset tuovat esille uutta tietoa kyseisestä kirjaamisen rungosta, sen hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevista ominaisuuksista ja sen käytön toimivuudesta Vaasan keskussairaalassa.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen haastattelutilanteessa tulee selittää tarkoin tutkimuksen tarkoitus ja itsemääräämisoikeus eli osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus keskeyttää ja kieltäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 177). Tutkimukseen osallistuvia tulee kohdella arvostavasti ja tutkimusjulkaisussa toteutetaan tutkittavia kunnioittavaa kirjoitustapaa. Yksityisyyden suoja eli anonymiteetti on myös tärkeä tutkimusta tehtäessä ja tärkein yksityisyyttä suojaava osa-alue tutkimusaineistojen keruun, käsittelyn sekä tulosten julkistamisten aikaan on tietosuojaja. (Tampereen yliopisto 2013.)

Tutkimusaineisto tulee suojata huolella koko tutkimuksen ajan eikä tutkimustietojaa käytetä tai tallenneta yleisessä käytössä olevilla tietokoneilla. Aineisto tulee säilyttää niin, etteivät ulkopuoliset pääse siihen käsiksi. Tutkimukseen tehdyt haastattelunauhut tulee hävittää litteroinnin jälkeen. Kun tutkimus on saatu valmiiksi, muu tutkimusaineisto tulee hävittää. Tutkimusjulkaisussa voidaan suojata tutkimuksen kohdeorganisaatio eli yksikön nimeä ei tule lukemaan lopullisessa tutkimuksessa, jos näin halutaan. (Tampereen yliopisto 2013.)

Tutkimuksen eettisyys vaatii sitä, ettei tekstissä ole plagiointia ja kaikki haastateluista otetut suorat lainaukset ovat sitaattimerkkien sisässä. Myös kaikille tutkimuksen tuloksille tulee olla aineisto perustana, jotta voidaan osoittaa, että tulokset eivät ole keksittyjä. Tulokset tulee esittää totuudenmukaisesti, käyttämättä mitään ylimääräisiä viitteitä kuten ”vain” ja ”jopa”. Tällaisia ilmauksia saa käyttää ainoastaan tutkimuksen pohdintaluvussa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 182–183.)

Tutkimussuunnitelmaa tehtäessä tutustuttiin tutkimuksen eettisiin periaatteisiin, anonymiteettiin sekä haastattelujen tekemiseen. Tutkimuslupaa anottiin Vaasan keskussairaaltalta keväällä 2015 ja lupa myönnettiin.

Tutkimussuunnitelmaa sekä saatekirjettä työstettiin kesällä ja syksyllä 2015 keskussairaallalle. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin loppusyksystä 2015. Tutkimusluvan mukaan tutkimuksessa saa käyttää kohdeorganisaation nimeä.

Tutkimukseen haluttiin Vaasan keskussairaalan kolme kirurgista vuodeosastoa, joista jokaisesta haastateltiin parihaastatteluna kahta viidenvuoden työkokemusta kyseiseltä osastolta omaavaa sairaanhoitajaa. Tutkimuksessa ei mainita osastojen nimiä, koska sitä ei koettu tarpeelliseksi. Lisäksi haluttiin kunnioittaa haastateltavien anonymiteettia.

Haastattelutilanteessa sairaanhoitajilta tiedusteltiin, oliko heillä tietoa tutkimuksesta ja tutkimuksen tarkoituksesta. Osalla oli tietoa etukäteen, mutta tutkimusta avattiin ja sen tarkoituksesta kerrottiin silti jokaisen haastattelun aluksi. Samalla kerrottiin itsemääräämisoikeudesta eli vapaaehtoisuudesta osallistua tutkimukseen, mahdollisuudesta keskeyttää tai kieltäytyä tutkimuksesta sekä anonymiteetista eli yksityisyydensuojasta, jolloin haastateltavien nimet ei tule tietoon tutkimuksen missään vaiheessa. Haastattelussa haastateltavia kohdeltiin arvostavasti ja heidän mielipiteitään kunnioittaen. Haastateltaville kerrottiin myös, että haastattelunauhat säilytetään tutkijoiden tietokoneilla tutkimuksen valmistumiseen saakka ja lopullinen tutkimus julkaistaan Theseuksessa, josta sitä voi käydä lukemassa.

Haastattelut suoritettiin osastoilla suljetuissa tiloissa, jonne ei ulkopuoliset päässeet kuulemaan haastatteluja. Haastatteluajat sovittiin kyseisten osastojen osastonhoitajien kanssa sähköpostilla. Haastattelut nauhoitettiin kahdelle puhelimelle varmuuden vuoksi, jos toinen olisi sattunut hajoamaan tai haastattelutiedosto olisi hävinnyt. Nauhat kuunneltiin ja litteroitiin haastattelijoiden kotona, tilassa jossa ei muut sitä kuulleet. Nauhoitteet ja tutkimuksen aineisto oli tallennettuna tutkijoiden salasanoin suojatuilla tietokoneilla. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen nau-

hoitukset sekä litteroitu materiaali hävitettiin poistamalla tiedostot tutkijoiden tietokoneilta.

Tutkimuksessa ei ole plagioitu suoraan kenenkään muun tekstejä ja haastatteluista otetut viitteet ovat merkitty sitaattimerkkien sisään. Tulokset ovat myös totuudenperäisiä, eikä niissä ole mukana tutkijoiden omia mielipiteitä.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit ovat siirrettävyys, uskottavuus sekä vahvistettavuus. Siirrettävyys tarkoittaa, että tutkimuksessa tulee kuvata selkeästi osallistujien valinta, aineiston keruu ja tehty analyysi, jotta sitä lukeva voi päätellä onko tulokset siirrettävissä muihin tutkimuskohteisiin. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat totuudenmukaisia ja oikeellisia eikä niitä ole muokattu. Uskottavuuteen kuuluu myös tutkijan neutraali ote tutkimukseen sekä sen tuloksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–161.) Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksesta saadut tulokset perustuvat aineistoon ja tulokset ovat yhteneviä aikaisempien tutkimuksien tulosten kanssa. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2016.)

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käytetään usein suoria lainauksia haastatteluteksteistä, joka osaltaan varmistaa tutkimuksen luotettavuutta. Jos näin tehdään, tulee kuitenkin varmistaa, että haastateltava ei ole tunnistettavissa lainauksesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–161.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tekemästään tutkimuksen toteuttamisesta. Tämä tarkkuus pitää tulla esiin tutkimuksen joka vaiheessa. Aineiston tuottamisen ja tutkimuksen tekemisen olosuhteet tulee kertoa ymmärrettävästi ja totuudenmukaisesti. Haastattelututkimuksessa on tärkeää tuoda esiin aineiston keräämisen olosuhteista ja paikoista ja tutkimuksessa pitää tulla esiin myös haastatteluihin käytetty aika, häiriötekijät, haastattelujen virhetulkinnat sekä tutkijan oma arviointi haastattelutilanteesta. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2002, 214–215.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereistä siirrettävyys täyttyy tässä tutkimuksessa niin, että tutkimuksen kulku, osallistujien valinta, aineiston keräys ja käytetty analyysi on tarkoin kuvattu. Tutkimuksen tulokset ovat luotettavia ja siirrettävissä muihin tutkimuksiin. Lisäksi kirjaamisen rungon lähteen eli käsikirjan esittelyn oikeaoppisuus varmistettiin soittamalla hoitotyön tutkimussäätiölle. Tämän lisäksi varmistettiin lupa kyseisen ”kirjaamisen runko” termin käytölle tässä tutkimuksessa.

Kriteereistä uskottavuus tulee tutkimuksessa esiin niin, että tutkimuksen tulokset ovat niin selkeästi kuvattu, että lukija ymmärtää ne sekä tutkimuksen tarkoituksen. Tutkijoilla oli tutkimukseen neutraaliote, eikä saatuja tuloksia ole mitenkään muokattu, joten tutkimuksen tulokset ovat totuudenmukaisia.

Vahvistettavuus ei tässä tutkimuksessa sinänsä täyty, sillä kirjaamisen rungosta ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia, joten saatuja tuloksia ei voitu verrata valmiiseen tutkittuun tietoon. Kuitenkin haastatteluissa tutkimuskysymyksiin saadut vastaukset noudattivat samaa kaavaa ja tulokset olivat kokonaisuudessaan yhtenevät, joten tältä osin vahvistettavuuskin täyttyy.

Haastatteluajat sovittiin kirurgisten vuodeosastojen osastonhoitajien kanssa sähköpostitse kahden viikon sisälle marras-joulukuun vaihteeseen 2015. Haastatteluihin haluttiin luotettavuuden kannalta sairaanhoitajia, joilla on vähintään viiden vuoden työkokemus kyseiseltä osastolta. Tällä rajauksella haluttiin saada haastateltavaksi hoitajia, jotka ovat työskennelleet myös ennen kirjaamisen rungon käyttöönottoa, jotta he osaavat tunnistaa kirjaamisen rungon potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta tukevia sekä sen käytössä parannettavia ominaisuuksia. Jokaiselle haastattelulle oli varattu aikaa noin tunti, mutta aikaa kului jokaisessa haastattelussa vähemmän.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää rauhalliset haastattelutilat, joissa ei ollut ulkopuolisia läsnä ja keskeytyksiltäkin vältyttiin. Haastattelutilanteessa sairaanhoitajille esitettiin vain kaksi avointa kysymystä ja he saivat vastata kysymyksiin keskustellen niin laajasti kuin osasivat. Kysymyksissä tai haastattelussa ei johdateltu millään tavalla, joten vastaukset olivat luotettavia. Yhdessä haastattelutilanteessa

jouduttiin tekemään parihaastattelun sairaanhoitajille erikseen, sillä haastattelut tehtiin työpäivien aikana ja heille ei sattunut taukoa samaan aikaan. Erikseen tehty parihaastattelu saattoi olla luotettavampi kuin parihaastattelu, sillä haastateltavat eivät voineet johdatella toisiaan tai tukeutua toiseen haastateltavaan. Parihaastattelussa joissakin tilanteissa haastateltavat tukeutuivat ehkä hieman liikaa toisiinsa ja toisen haastateltavan mielipiteisiin. Toisaalta taas parihaastattelussa tuli mahdollisesti enemmän asioita esiin, sillä vastaaminen oli enemmänkin parin yhteistä pohdintaa kyseisestä asiasta.

Haastattelutilanteessa oli mukana tulostettu paperi siirtokriteereistä, joka annettiin haastateltaville tueksi. Näin ajateltiin vastaamisen olevan haastateltaville helpompaa ja kaikki asiat tuli varmasti mainittua.

Haastattelut litteroitiin lähes saman tien haastattelujen jälkeen, jolloin se oli helpompaa, sillä haastattelu oli vielä tuoreessa muistissa. Litterointi osuudet jaettiin niin, että toinen litteroi yhden parihaastattelun ja yhden yksin haastattelun ja toinen litteroi toisen pari haastattelun ja yksin haastattelun. Haastattelut litteroitiin sanasta sanaan, eikä vastauksia lyhennetty. Haastattelut oli helppo litteroida, sillä haastateltavat puhuivat selkeällä ja kovalla äänellä, eikä siis epäselvyyksiä sattunut. Kun haastattelut oli litteroitu, ne kuunneltiin vielä uudestaan, jotta teksti oli varmasti paikkansapitävää.

Litteroitua aineistoa käytettiin sisällönanalyysin pohjana. Sisällönanalyysi ja sen kaikki vaiheet on tutkimuksessa tarkoin selitetty ja analyysistä on myös laadittu taulukko sitä selkeyttämään. Sisällönanalyysistä saadut tulokset ovat tässä tutkimuksessa esitetty totuudenmukaisesti ja muokkaamattomina, eikä niissä tule esille millään tavalla tutkijoiden omat mielipiteet.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että käsikirjan (2012) mukainen postoperatiivisen kirjaamisen runko tukee potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta sekä näin ollen sen käyttö on toimivaa ja kannattavaa. Tutkimus oli tarpeellinen ja tutkimustuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kirjaami-

sessä ja sen kehittämisessä, sekä hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden edistämässä.

Jatkotutkimusaiheet:

- Miten kirjaamisen rungon toimivuus parantunut tutkimuksen myötä?
- Miten kirjaamisen rungon käyttö on juurtunut heräämään?

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A.-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen K. & Åsted-Kurki P. Hoitotiede. 2013. Sanoma Pro Oy.

Freeman, G. 2001. Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Viitattu 20.1.2016. http://www.nets.nihr.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0003/64326/FR-08-1009-002.pdf

Hakala, N. 2012. Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja. Viitattu 1.10.2015. <http://paivakirurginenyhdistys.net/tiedostot/paivakirurgisen-heraamon-kasikirja.pdf>

Heikkinen, K. & Lundgrén-Laine, H. 2013. Anestesiahoitotyön kirjaamisen minimi kriteerit. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 229–231. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Heikkinen, K. & Lundgrén-Laine, H. 2013. Hoitotyön kirjaamisen tarkoitus ja sisältö. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 228–229. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Helovu, A. 2009. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Teoksessa Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009, 107. Toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Helsinki university press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoikka, A. 2013. Kivun arviointi. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 198. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

HYKS operatiivinen tulosityksikkö 8/2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Viitattu 3.4.2016.

<https://www.thl.fi/documents/584227/1449683/Leikkaustiimin+tarkistuslista+%28pdf+71kt%29.pdf/5d0803dc-7a4b-4ebf-9477-47b110fdb1c6>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009, 94. Toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

L 2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 18.12.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Leppäniemi, E. 2010. Kokemuksia Jorvin sairaalasta: Tarkistuslista parantaa potilasturvallisuutta. *Pinsetti* 22 (2), 11–12.

Liukas, T., Niiranen, P. & Räisänen, N. 2013. Noninvasiivinen verenpaineen seuranta. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 42. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Liukas, T. & Räisänen, N. 2013. Aivojen toiminnan kliininen arviointi. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 172–173. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Liukas, T. & Räisänen, N. 2013. Lihaskrelaksaation mittaaminen (NMT-mittaus, neuromuscular transmission). Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 177–178. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiivala, K., Savo, M. & Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Viitattu 1.9.2015. http://www.hotus.fi/system/files/KK_heraamohoito.pdf

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K., Salomäki, T. & Hoikka, A. 2013. Postoperatiivinen valvonta ja hoito: Postoperatiivisen hoidon yleisperiaat-

teet. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 205–208. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Savo, M., Hiivala, K. & Salomäki, T. 2013. Potilaan turvallinen siirto heräämöstä vuodeosastolle. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 211–212. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.

Mäntyselkä, P. 2012. Tiedonkulku hoitoketjun elämänlankana. Duodecim. Viitattu 18.12.2015. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10415.pdf>

Peltomaa, K. & Väisänen, O. 2013. Leikkaustiimin tarkistuslista. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja, 226–227. Toim. Ilola, T., Heikkinen, K., Hoikka, A., Honkanen, R. & Katomaa, J. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015. Hoitotyön kirjaaminen, raportointi ja hoitoisuusluokitus. Viitattu 8.10.2015
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17734&contentlan=1>

Potilasturvallisuuden työkalut – Työvaliokunta. Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuushanke. Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009, 187–188. Toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Porre, P. 2001. Hoidon jatkuvuus kotihoidon yöpartiopalvelussa. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 20.11.2015.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/88563/gradu00056.pdf?sequence=1>

Renholm, M. 2015. Continuity of patient care in day surgery. Doctoral thesis. Department of Nursing Science. University of Turku.

Seppä, M. 2008. Haittatahtumiin puuttamalla satojen miljoonien säästöt. Lääkärilehti. Viitattu 1.10.2015.
<http://www.fimnet.fi/ezproxy.puv.fi/cgicug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029960>

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.12.2015.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1>

Tampereen yliopisto 2015. Tutkimuksen eettiset periaatteet. Viitattu 18.12.2015.
<http://www.uta.fi/tutkimus/etiikka/periaatteet.html>

TAYS 2016. Hoitoketjut. Viitattu 18.12.2015. <http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoketjut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Vaaratapahtumien raportointimenettely-opas. Viitattu 1.10.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. Leikkaustiimin tarkistuslista. Viitattu 3.4.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>

Terveyskirjasto 2016. Lääketieteellinen sanasto, keuhkopöhö. Viitattu 27.1.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01579

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Liite 1. Saatekirje

SAATEKIRJE

VAASA 30.10.2015

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä sairaanhoitajan tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Teemme opinnäytetyön Vaasan keskussairaalan heräämölle aiheesta postoperatiivinen kirjaaminen potilaan jatkohoidon ja potilasturvallisuuden tukena.

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajilta, miten heräämössä käytönotettu, hoitotieteen tutkimussäätiön kehittämä, yleisten siirtokriteerien pohjalta rakennettu, postoperatiivisen kirjaamisen malli, tukee potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Tarkoituksena on myös tutkia, onko kirjaamisen mallin käyttö koettu toimivaksi kirurgisilla vuodeosastoilla.

Tutkimuksen tavoite on tuottaa tutkittua tietoa siitä, tukeeko kirjaamisen malli potilaan hoidon jatkuvuutta sekä potilasturvallisuutta, haastatteleamalla kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajia. Tavoitteena on myös selvittää, onko postoperatiivisen kirjaamisen mallin käyttö toimivaa sekä pohtia, miten sitä voisi tarvittaessa parantaa.

Opinnäytetyö toteutetaan haastatteleamalla kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajia. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Haastattelut suoritetaan parihaastatteluina ja haastatteluun tulee varata aikaa noin tunti. Nauhoitetut haastattelut käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa. Haastattelut suoritamme marraskuun aikana.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Anne Puska Vaasan ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi.

Ystävällisin terveisin, Bea Virtanen & Jenna Särkioja

Liite 2. Haastattelukysymykset

HAASTATTELUKYSYMYKSET

1. Miten kirjaamisen malli tukee potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta?
2. Miten kirjaamisen mallin toimivuus on koettu kirurgisilla vuodeosastoilla?