



Mika Seppänen

**OYS:n KESKUSLEIKKAUSOSASTON HENKILÖKUNNAN
KÄSITYKSET JA VALMIUDET HILJaiseen RAPORTOINTIIN**

Opinnäytetyö

RAPORTIN NIMIÖSIVU

OYS:n KESKUSLEIKKAUSOSASTON HENKILÖKUNNAN KÄSITYKSET JA VALMIUDET HILJaiseen RAPORTOINTIIN

Mika Seppänen
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, perioperatiivinen suuntautumisvaihto

Tekijä: Mika Seppänen

Opinnäytetyön nimi: OYS:n keskusleikkausosaston henkilökunnan käsitykset ja valmiudet hiljaiseen raportointiin

Työn ohjaaja: Maija Alahuhta

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: kevät 2013

Sivumäärä: 49 + 20 liitesivua

Opinnäytteen aihe saatiin keskusleikkausosaston (KESLE) toimeksiantona.

Työn tavoitteena on KESLE:n potilasturvallisuuden ja hoitohenkilökunnan juridisen turvan parantaminen, leikkausten viivästymisen väheneminen ja hoitohenkilökunnan aikaresursien säästöt sekä tiedon saaminen siitä minkälaista hiljaisen raportoinnin lisäkoulutusta KESLE:n hoitohenkilökunnalle tarvitaan.

Käytetty tietoperusta rakentuu hiljaista raportointia ja potilasturvallisuutta käsitteleviin aikaisempiin tutkimuksista. Tietoperustan haussa on käytetty OAMK:n kirjastotietokantoja, internetin tiedonhakua ja tutkimusten lähdeviitteitä. Tutkimusmenetelmänä on määrällinen kokonaistutkimus KESLE:n hoitohenkilökunnalle. Aineistona ovat kyselyn tulokset sekä asiantuntijahaastattelut. Mittarissa käytettiin joitain laadullisia kysymyksiä.

Sekä suullisen että hiljaisen raportoinnin katsotaan joskus vaarantavan potilasturvallisuutta. Hiljaisen raportoinnin katsotaan vaarantavan useammin. Noin puolet hoitajista suhtautuu myönteisesti hiljaista raportointia kohtaan, pieni vähemmistö kielteisesti. Vähän yli puolet hoitajista on sitä mieltä ettei hiljaiseen raportointiin kaikissa leikkauksissa voi siirtyä koskaan, ja kolmasosa katsoo, että siihen voidaan siirtyä joskus. Puolet raporteista tapahtuu suullisesti ja usein raporttilapusta.

Anonyymeistä haittatapahtumailmoituksista suuri osa jää tekemättä ja asianomaisten sekä laajemminkin käsittelemättä. Tällöin läheltä piti -tilanteista ei opita niin paljon kuin olisi mahdollista.

Hiljaisen raportoinnin kehittämisen haasteiksi esiin nousivat mm. pienen vähemmistön kielteinen asenne, lisäkoulutuksen tarve, suuri potilasvirta, yhtenevän raportointimallin ja tietokoneiden puute, kirjausten puutteellisuus sekä leikkausjärjestyksen ja hoitajan sijoituksen muuttuminen ennen leikkausta. Trauma- ja päivystyspotilaat ovat suullisesti raportoivia potilaita.

Tiedolliset ja taidolliset valmiudet hiljaisen raportoinnin yleistymiselle ovat hyvät, pullonkaulana on lähinnä hoitajien keskittyminen ammatillisen pätevyytensä tekniseen osaamiseen, kommunikaatio-osaamisen sijaan.

Opinnäytteen tulokset ja kehittämissuositukset ovat hyödynnettävissä henkilökunnan lisäkoulutusta suunniteltaessa, uuden anestesia-tietojärjestelmän käyttöönotossa sekä yksikön johdon tekemän raportointitapojen muutoksen suunnittelun työkaluna

Asiasanat: raportointi, hiljainen raportointi, leikkausosasto, perioperatiivinen

ABSTRACT

University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care, perioperative orientation

Author: Mika Seppänen

Name of the thesis: Opinions and aptitude of the personnel to silent reporting in Central Operation Unit of Oulu University Hospital

Supervisor: Maija Alahuhta

Spring 2013

Number of pages: 49 + 20

The information used for this thesis is based on research conducted earlier on silent reporting and patient safety. Library database, internet research and references from the research documents have been used as sources for the information base for this report. Quantitative aggregate research has been used as research methodology. The questionnaire was put to internet by Webropol online survey and it was sent to the nursing personnel at the Central Operation Unit by email. Some qualitative questions were used in the questionnaire.

Key conclusions:

It is perceived that both oral and silent reporting jeopardize the safety of patients. Silent reporting is assumed to jeopardize safety more often.

About half of the nurses have a positive attitude towards silent reporting; only a small minority has a negative perception of it. A bit over half of the nurses think that silent reporting should not be taken up with all operations and a third of them think that a transition to it could be possible at some point. A half of the reports is done orally and often on a reporting note.

Following issues, amongst others, arose as challenges for strengthening silent reporting: the negative attitude of the small minority, need for further training, large patient flow, lack of a uniform reporting model, lack of log book entries, as well as changes in the order of operations and in the positioning of the nurse before the operation. Oral reporting is applicable to trauma and emergency patients.

The knowledge and skills base (of nurses) is good/adequate for silent reporting to become more common. The fact that nurses focus on the technical proficiency of their profession instead of communicational proficiency can be seen as a bottleneck.

The results and recommendations from this thesis can benefit the planning of further training of personnel, the operationalization of a new anesthesia database and as a tool for planning for changes in the methods of reporting by the management.

Key words: reporting, silent reporting, operating unit, perioperative

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	7
2 KESLE:N JA LEIKO:N VÄLINEN TOIMINTAPROSESSI.....	8
3 RAPORTOINTI	10
3.1 Raportoinnin periaatteet ja nykytila perioperatiivisessa hoitotyössä	11
3.2 Suullisesta raportoinnista hiljaiseen raporttiin.....	15
3.3 Potilasturvallisuus sekä hoitajan juridinen asema	17
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	19
4 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	20
4.1 Tiedonantajat	20
4.2 Aineiston keruu	20
4.3 Aineiston käsittely	21
4.4 Aineiston analyysi	22
5 TULOKSET	22
5.1 KESLE:n hoitohenkilökunnan käsitykset hiljaisesta raportoinnista.....	23
5.1.1 Raportoinnin periaatteet ja nykytila perioperatiivisessa hoitotyössä	23
5.1.2 Suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin.....	26
5.1.3 Potilasturvallisuus ja hoitajan juridinen asema.....	30
5.2 KESLE:n ja LEIKO:n henkilökunnan valmiudet potilassiirtojen hiljaiseen raportointiin siirtymisessä	31
6 YHTEENVETO TULOKSISTA.....	34
6.2 Haasteet hiljaiseen raportointiin siirtymisessä.....	36
6.2.1 Käsitykset hiljaisesta raportoinnista.....	36
6.2.2 Puutteet kirjaamisessa ja raportoinnissa.....	37
6.3 Valmiudet hiljaiseen raportointiin	38
7 POHDINTA.....	39
7.1 Tutkimuksen luotettavuus, eettisyys ja tutkimuksen tekeminen.....	39
7.2 Tulosten pohdinta	42
7.3 Aiheita jatkotutkimukselle.....	42
8 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA.....	43
Kehittämisehdotukset kirjaamiseen ja raportointiin.....	43

Resurssit.....	44
Koulutus	44
KESLE:n ja LEIKO:n välinen raportointiprosessi.....	45
Väärän paikan kirurgian välttäminen.....	46
LÄHTEET.....	48
LIITEET.....	51

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) keskusleikkausosaston KESLE henkilökunnan käsityksiä ja valmiuksia hiljaiseen raportointiin sekä kuvailla hiljaisen raportoinnin prosessia LEIKO (leikkaukseen kotoa) -osaston ja keskusleikkausosaston välillä. Tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta, saada hiljaista raportointia kehittämällä resurssisäästöjä potilassiirtoihin ja selvittää, minkälaista koulutusta hiljaisen raportoinnin lisääminen yksikössä tarvitsee.

Hiljainen raportointi eli kirjallinen tiedonvälitys potilassiirroissa ja vuoronvaihdossa, (Kassara ym. 2004, 63) on ollut käytössä vain rajoitetusti ja kokeilukäytössä vuodeosastojen (LEIKO:n) ja KESLE:n välillä. Perinteisen suullisen raportoinnin osuus leikkauspotilaiden potilastietojen siirtyessä leikkauksiin on vähenemässä. Nykyään 65 % OYS:n leikkauspotilaista menee leikkaukseen ilman suullista raporttia LEIKO:n kautta, jatkossa jopa 80%. Keskusleikkausosastolle on vuonna 2013 tulossa uusi sähköinen anestesiatietojärjestelmä ANTTI, joka tuo haasteita hiljaisen raportoinnin ja potilaita koskevan tiedon välittämisen kehittämiseen. Nyt suullisessa raportoinnissa on vielä käytössä paperiset anestesiakaavakkeet.

Tavoitteena on, että leikkauspotilaiden siirtojen yhteydessä vuodeosastoilta leikkausosastolle, siirrytään jatkossa hiljaiseen raportointiin. Tällöin leikkausyksikössä tulee olla vakioitu malli, jolla hoitotyön asiakirjat kirjataan ja luetaan raporttivaiheessa. KESLE:ssä edellä mainittu malli on laadittu tammikuussa 2010 (Liite 3). OYS:n kirurgian tulosalueella ei ole kirjaamisen minimivaatimuksia. Medisiinisellä tulosalueella nämä minimivaatimukset ovat.

Nykyisiä raportointitapoja halutaan kehittää ja sähköisen kirjaamisen lisäämiseen ollaan myös tekemässä suuria rahallisia investointeja.

2 KESLE:n ja LEIKO:n VÄLINEN TOIMINTAPROSESSI

Keskusleikkausosastolla (KESLE) hoitajia on anestesiapuolella 100 henkilöä ja instrumenttipuolella 87 henkilöä. KESLE:ssä suoritetaan n. 10 000 leikkausta vuodessa. KESLE:ssä on 18 leikkaussalia, anestesiatoimenpidehuone ja 2-3 heräämöö sekä 1 -paikkainen infektioheräämö. Anestesiavalvonta (ANEVA, 15 paikkaa) on toiminnassa ympäri vuorokauden ja heräämö (HOS, 10 paikkaa) on toiminnassa arkisin klo 8.00 - 20.00. Urologian heräämö (3 paikkaa) on avoinna henkilökuntatilanteen niin salliessa ja kahtena päivänä viikossa on urologian lyhytkirurgiaa. Postoperatiivisen hoidon lisäksi heräämöissä puudutetaan ja kanyloidaan potilaita. Siellä tehdään anestesiatoimenpiteitä myös muiden osastojen potilaille, muun muassa laitetaan keskuslaskimokatetrit ja kivunhoitokatetrit sekä tehdään rytminsiirrot. Vaativat kanylaatiot tehdään anestesiatoimenpiteessä. KESLE:n anestesiahenkilöstö hoitaa myös osan radiologisten osastojen ja muiden leikkaussalin ulkopuolella tehtävien toimenpiteiden anestesiaista. Leikkaussairaanhoitajat osallistuvat leikkaussalin ulkopuolella tehtäviin toimenpiteisiin esimerkiksi teho-osastolla. Yli 1 -vuotiaita lapsipotilaita hoidetaan lähinnä päivystysaikana. (Keskusleikkausosaston leikkauspotilaan hoitoprosessin kuvaus operatiivisella tulosalueella, 2011).

OYS:in LEIKO -toiminta on hiljattain keskitetty osastolle 4. KESLE:ssä hiljainen raportti on käytössä kaikilla elektiivisillä tekonivelpotilailla (Leiko, os. 6, 10) saleissa 10, 11, Leikon kilpirauhaspotilailla sekä leikkaussalin 15 os.5:n potilailla. (Ohje leikkausosastolle tulevan potilaan vastaanottamiseen, 2011)

Kun elektiiviset leikkauspotilaat saapuvat leikkausaamuna LEIKO -osastolle, heille tehdään leikkausvalmistelut ja heidät viedään leikkaukseen. OYS:n leikkauspotilaista 65 % menee leikkaukseen LEIKO:n kautta, jatkossa jopa 80%. LEIKO:n potilaat ovat kaikkien kirurgian erikoisalojen potilaita, joten LEIKO:sta potilaita viedään kaikkiin leikkaussaleihin. LEIKO:ssa potilaat jaetaan saleittain hoitajille, jaossa pyritään huomioimaan, kenellä hoitajalla potilas on esimerkiksi käynyt prepoliklinikalla, jolloin tuttu hoitaja on myös viemässä saliin. Hoitajalla on työvuoron aikana vietävänä noin 2-4 potilasta. LEIKO:n osastonhoitaja osallistuu potilastyöhön yhtenä hoitajana. Leikkauksia LEIKO:ssa perutaan lähinnä potilaista johtuvista syistä; esim. flunssan ja märkivien

haavojen takia. Leikkauksen jälkeen potilaat viedään teho-osastolle tai vuodeosastolle suoraan heräämöstä. (Leikon sairaanhoitajien haastattelu 19.10.2012)

Leikkaavan kirurgin tulee käydä katsomassa potilaansa ennen leikkausta LEIKO:ssa. LEIKO on yhteydessä ko. leikkaussaliin, jos ei tavoita leikkaavaa kirurgia potilasta katsomaan. Jotkut kirurgit kirjaavat ennen leikkausta Eskoon, jos eivät katso potilasta LEIKO:ssa (Leikon sairaanhoitajien haastattelu 19.10.2012).

Yleensä OYS:ssa kirurgisen potilaan ja hänen potilaskertomuksensa leikkausosastolle vie vuodeosastolla olevan potilaan omahoitaja, joka on yleensä sairaanhoitaja. Potilaan omahoitaja on valmistellut heräämössä annettavaan suullisen raportin pohjaksi sairaanhoitopiirin potilastietojärjestelmän (ESKO) kyseistä leikkausta koskevien fraasien tai osaston leikkausohjelman mukaiset potilasasiakirjat, laboratoriotulokset sekä selvittänyt määrätyt taustatiedot, jotka päivitetään leikkausvalmisteluvaiheessa asiakirjoihin. Heräämössä annetun suullisen raportin jälkeen potilas viedään suoraan leikkaussaliin. Varsinkin aamun ensimmäisessä leikkauksessa anestesiahoitaja on lyhyen suullisen raportin ja hänelle annettujen tulostettujen potilasasiakirjojatietojen varassa, potilastietojärjestelmässä oleviin potilastietoihin tutustumiseen ei joskus ole aikaa. Omahoitajan hakiessa potilasta heräämöstä osastolle hän on enimmäkseen anestesiahoitajan ja suullisen raportin tietojen varassa suunnitellensa postoperatiivista hoitoa. Yleensä potilastietojärjestelmään heräämössä merkitään muutama rivi tietoa heräämövaiheen hoidosta. (Asiantuntijahaastattelu 19.1.2012)

3 RAPORTOINTI

Raportointi eli tiedotustilaisuus on kommunikaatiota kahden eri työvuorossa olevan hoitajan välillä. Raportoinnissa tiedotetaan potilaiden sairauteen, vointiin ja hoitoon liittyvät asiat työvuoroon tulevalle hoitajalle ja sen tarkoituksena on näin turvata hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. (Puumalainen ym.2003, 4.) Raportilla välittyvän tiedon tulee pohjautua potilastietojärjestelmään kirjattuihin merkintöihin. Raportin aikana vastuu potilaiden hoidosta siirtyy työvuoroon tuleville hoitajille (Kuuppelomäki 1994, 172).

Suomessa työvuorojen välisen raportoinnin synonyymeinä käytetään käsitteitä työvuorojen välinen tiedotustilaisuus tai tiedonsiirto. Ei-suullisesta raportoinnista käytetään käsitteitä kirjallinen tiedonsiirto, kirjallinen tiedonvälitys, kirjallinen raportointi, hiljainen raportointi ja hoitotyön tietojen siirtäminen hoitotyön kirjaamisen perusteella. (Kassara ym. 2004, 63).

Suullisella raportilla useasti luetaan tiedot suoraan potilaan sairaskertomuksesta ja hoitosuunnitelmasta raportin vastaanottajalle. Suullisen raportin korvaaminen kirjallisella tiedonvälityksellä on verrattain uusi malli toteuttaa tiedonvälitys potilaista osaston ja osastojen henkilökunnan välillä. Tällöin hoitajat lukevat itse tiedot potilastietojärjestelmän sairaskertomuksesta tai osastolla on valmiiksi tehty potilaslista, josta löytyvät tarvittavat tiedot osastolla olevista potilaista. Kirjallinen tiedonvälitys voi säästää aikaa ja tieto on luotettavampaa kuin suullisesti välitettynä. (Puumalainen ym. 2003).

Tässä opinnäytetyössä hiljaisella raportilla tarkoitetaan sitä, että työvuoron aikana potilaan hoitoon liittyvät tiedot kirjataan tarkasti (rakenteellisesti) sähköiseen potilastietokantaan ja seuraavan vuoron tai jatkohoitopaikan hoitajat saavat raportin lukemalla potilaan potilaskertomuksen ja edellisen vuoron tai hoitoyksikön kirjaukset.

3.1 Raportoinnin periaatteet ja nykytila perioperatiivisessa hoitotyössä

Hoitotyön tulee olla näyttöön perustuvaa ja näyttöön perustuvan hoitotyön perusedellytyksiin kuuluu hoidon läpinäkyvyys. Hoitotyön asiakirjan lukijan on tiedettävä, millä perusteella hoitoratkaisut on tehty. (Saranto ym. 2007, Hallila 2005)

Näyttöön perustuvan hoitotyön edellytyksenä ovat kriittinen ajattelu, valmius hakea tietoa, taito arvioida tietoa kriittisesti ja kyky soveltaa tietoa yksilöllisesti. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaamisen kriteereinä voidaan pitää pätevyyttä, toistettavuutta, luotettavuutta, edustuksellisuutta, kliinistä osaamista, joustavuutta selkeyttä ja tarkkuutta. (Saranto ym. 2007, 52).

Laurin ja Salanterän (2002) mukaan hoitotyön päätöksenteossa käytetään analyyttisiä ja intuitiivisia ajatteluprosesseja ja niiden yhdistelmiä. Lauri ja Salanterä (2002) tekivät laajan tutkimuksen hoitotyön päätöksenteosta. Mukana oli 1460 tiedonantajaa neljästä eri Euroopan maasta. Tuloksissa saatiin kolme eri hoitotyön päätöksentekomallia. Noin 14 % päätöksistä tehtiin analyyttis-systemaattisesti, 60 % analyyttis-intuitiivisesti ja 26% intuitiivis-tulkitsevan mallin mukaan. Hallila (2005, 27) toteaa intuitiivisen päätöksenteon painottuvan lyhytaikaisessa hoidossa ja tehohoidossa.

Oleennaista tietoa voi kuitenkin olla vaikea ilmaista sanoin ja se voi näkyä kirjaamisen puutteina. Expertillä on enemmän ja organisoituneempaa tietoa kuin noviisilla. Asiantuntija osaa tiedon avulla erottaa olennaisen epäolennaisesta. Hänelle kertyy käytännön kautta niin sanottua hiljaista tietoa, jota on vaikea tyhjentävästi välittää muille. Asiantuntijoiden tiedosta merkittävä osa on hiljaista tietoa. Heidän osaamisessaan yhdistyvät tehokkaasti teoreettinen tieto ja käytännön tieto. Usein edellä kuvattu osaaminen ja tieto eivät välity suoraan yksilölle, vaan niiden siirtymiseen tarvitaan pitkäaikainen, älyllinen sosialisatio ja kulttuurisen oppimisen prosessi. (Jurkkela 2010, 13) Asiantuntijan on usein vaikea kuvailla toimintaansa silloin, kun hän toimii syvällisen kokonaistilanteen ymmärtämisen pohjalta. Uusissa tilanteissa hän käyttää kuitenkin analyyttistä lähestymistapaa. (Jurkkela 2010, 13)

Rajalahti ja Saranto (2011) ovat tutkineet sairaanhoidon opettajien ja sairaanhoitajien tietojen ja viestintätekniiikan, tiedonhallinnan ja hoitotyön kirjaamisen osaamista. Tiedonantajista 63% oli henkilöitä, joiden välittömiin työtehtäviin kuului hallita hoitotyön kirjaaminen. Tutkimuksessa selvitettiin kansallisen hoitotyön kirjaamisen mallin (FinCC) osaaminen yleisyyttä. Vastaajista 41% tutustui tutkimushankkeen aikana ensimmäistä kertaa hoitotyön systemaattiseen kirjaamiseen. Runsas kolmannes (38%) arvioi kirjaamisosaamisensa olevan hyvällä tasolla. Vajaa kolmasosa (29%) hallitsi hoitotyön diagnoosin käytön. Nissilä (2005) erittelee OYS:ssä vuosina 1991-1994 kehitetyn Oulun hoitoisuusluokituksen (OHL), johon ESKO:n hoitosuunnitelmat perustuvat. OHL on FinCC:seen verrattuna tiivistetty tapa kirjata hoidon osa-alueet. Eri puolilla maata etenkin perusterveydenhuollossa käytössä oleva potilastietojärjestelmä EFFICA on rakennettu FinCC:n pohjalle. Kirjaamisen systemaattisuus on siis rakennettu eri sairaaloissa eri lähtökohdista ja niiden tuottamat hoitotyön rekisterit eivät ole välttämättä yhteensopivia. Saman sairaalan eri yksiköiden kirjaamis- ja raportointikäytännöissä on myös suuria eroja (Hallila 2005, 56).

Tengvall (2010) on leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillista pätevyyttä koskeneessa tutkimuksessaan tuottanut tietoa anestesiahoitajien osaamisvaatimusten osa-alueesta kommunikointi ja turvallisuus. Osa-alue on jaettu 16 hoitotyön toimintoon, jotka on luokiteltu ehdottomasti hallittaviin, hallittaviin ja osattaviin. Kommunikointiin liittyviksi hoitotyön toiminnoiksi hän on nimennyt kirjaamisen, raportoinnin ja potilaan ohjauksen. Näistä toiminnoista puolet toteutui yli 70 prosenttisesti joko aina tai usein.

Tengvallin (2010, 84) luokittelussa anestesiahoitajan ehdottomasti hallittaviin toimintoon kuului osa-alueista kaksi: tarkan kirjaamisen ja raportoinnin hallinta. Anestesiahoitajista 53 %, leikkaushoitajista 40 %, kirurgeista 30 % ja anesthesiologista 16 % oli sitä mieltä että anestesiahoitaja hallitsi aina tarkan kirjaamisen ja raportoinnin. Lisäksi anestesiahoitajista 57 %, leikkaushoitajista 41 %, mutta, anesthesiologista vain 5 % oli sitä mieltä, että anestesiahoitaja hallitsi aina intraoperatiivisen hoitoprosessin yksityiskohtaisen kirjaamisen niin, että siitä pystyi toteamaan potilaan saaman hoidon ja päätöksiin johtaneet tapahtumat. Anestesiahoitajien antama arvio poikkeaa olennaisesti hoitajien omasta kirjaamisestaan ja raportoinnistaan antamasta arviosta. Anestesiahoitajista 53 %, leikkaushoitajista 40 % ja kirurgeista 30 %, mutta anesthesioleista 16 % oli sitä mieltä, että anestesiahoitaja hallitsi aina tarkan kirjaamisen ja raportoinnin Yhteensä laskettuna

kaikkien edellä mainittujen ammattiryhmien mukaan anestesiahoitajien työssä toteutuneista hoitotapahtumista, kuten pistokerroista kirjataan ja dokumentoidaan 23 %. Muuta henkilöstöä tiedotetaan ja ohjataan 8 prosenttisesti. Tieto- ja viestintätekniikan peruskäyttö hallitaan 22 prosenttisesti, tarkan kirjaamisen ja raportoinnin hallinta 40 prosenttisesti ja 38 % hoitoprosesseista kirjataan niin, että siitä pystyy toteamaan potilaan saaman hoidon ja hoitopäätöksiin johtaneet tapahtumat. Tengvallin (2010, 84) instrumenttihoitajia koskevat tutkimustulokset ovat samansuuntaisia. Tengvallin mukaan heidän osaamisvaatimustensa Dokumentointiosa-alueen ehdottomasti hallittavia hoitotyön toimintoja ovat potilaan hoitotietojen ja -tapahtumien totuudenmukainen dokumentointi.

Leinonen (2007) on selvittänyt PeriHoiDok -projektissa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä perioperatiivista kirjaamista. Kartoituksessa ilmeni, että toimenpiteen vaativuus vaikuttaa kirjattavien asioiden määrään. Kirjattavia asioita löytyi jopa yli 300. Perioperatiivisessa hoidossa keskeiset asiat kirjasi jokaisen kuudentoista tutkimuksessa mukana olleen leikkausosaston henkilökunta. Näitä olivat esimerkiksi potilaan nimi, lääkkeet, nesteet, kipu, anestesiahuuhto, toimenpiteen aloitus ja lopetus, diagnoosi, toimenpide, henkilökunta, opiskelijat, eristys, puhtausluokka, ekg, pulssi, verenpaine, anestesiakaasuvirtaukset ja leikkausasento. Osa kirjattavista asioista oli toimenpidekohtaisia. Kirjaamiseen vaikuttivat yksittäisten leikkausyksiköiden kirjaamiskäytännöt. Esimerkiksi leikkausalueen desinfektioista ei juuri tehty kirjauksia, vaikka jokainen leikkausalue yleensä desinfioidaan tavalla tai toisella. Ihon kunnosta, puudutusasennosta ja puudutteen leviämisestä raportoi säännöllisesti vain noin puolet leikkausyksiköistä. Taitosten tarkistuslaskut pääsääntöisesti kirjattiin, mutta instrumenttien ja leikkauksessa käytettävien neulojen lasku ja laskijat kirjattiin vain muutamassa yksikössä. Huomioitavaa on myös se, että vain neljässä yksikössä kirjattiin potilaan jännittäminen. Hoitoisuusluokitus oli käytössä kahdeksassa leikkausyksikössä. Yksikköjen välillä oli paljon eroja siinä, kirjataanko esimerkiksi anestesiakoneen tunnistenumero, käytetyn hiilidioksidin määrä laparoskooppisessa toimenpiteessä, unen syvyys, relaksaatiomittarin käyttö, potilaan lämpötila, ihon väri, tärinä ja käytetyt huuhtelunesteet. Leikkauskäsineen rikkoutumisen kirjattiin vain neljässä leikkausyksikössä. (Leinonen 2007)

Potilasasiakirjoihin kirjasivat kaikki leikkausyksikössä työskentelevät ammattiryhmät. Preoperatiivisia tietoja kirjasi myös vuodeosaston henkilökunta. Miltei puolet kirjauksista

tehtiin niin, että moni eri ammattiryhmä kirjasi saman asian. Tämä asia kirjattiin vielä yleensä monelle eri kirjaamisolustalle. Käytössä voi olla jopa yhdeksän eri kirjaamisolustaa. Kartoituksen perusteella on selvää, että päällekkäistä kirjaamista on karsittava. PeriHoiDok-projektissa kehitettävä kirjaamisen malli on rakenteellinen, ja mahdollistaa näin ollen asioiden kirjaamisen rasti ruutuun -periaatteella. Sähköisessä kirjaamisessa ideana on, että tieto kirjataan vain kerran ja että tieto ohjautuu kaikkiin niihin järjestelmiin, joissa sitä tarvitaan. Tiedon tulee kirjata henkilö, joka sen tuottaa jolloin tiedon luotettavuus kasvaa. (Leinonen 2007)

Leikkaus- ja anestesiayksikössä on paljon nopeaa toimintaa ja hoitoa vaativia tilanteita. Tällaisia tilanteita ovat mm. tilanteet, joissa potilaan fysiologisissa toiminnoissa on tapahtunut tai tapahtuu äkillisiä muutoksia. Tällöin pääpaino hoidon kirjaamisessa onkin potilaan tilan seurannassa ja tehtyjen toimenpiteiden sekä niiden vaikutusten arvioinnissa. Nopeasti muuttuvat tilanteet, joissa tapahtuu lyhyessä ajassa paljon asioita, syntyy suuri määrä numeerista dataa ja varsinaisen hoitotyön kirjaamiseen jäävä aika on minimaalista. Lisäksi hoitotyöhön osallistuu leikkausosastolla suuri joukko eri ammattiryhmien edustajia, jotka käyttävät samaa tietoa. Tällainen hoitoyksikkö tarvitsee oman erityislomakkeensa, jonka avulla voidaan seurata potilaan fysiologisia toimintoja. Lisäksi tarvitaan yleislomake hoidon vaikuttavuuden ja arvioinnin kirjaamiseksi. (Lauri ym. 1998, 97.)

Hoitotyön kirjaamisen tulisi olla potilaslähtöistä (Halila 2005). Satakunnan sairaanhoitopiirissä vuonna 2005 tehdyn hoitotyön kirjaamisen arvioinnin mukaan perioperatiivista kirjaamista leikkausosastolla ja heräämössä leimaa ongelma- ja tehtäväkeskeisyys. (Satakunnan keskussairaala osaraportti IV 2000, 32.) Osaraportista tehdyssä tutkimuksessa Kuusisto (2005, 29 -34) toteaa että tehtäväkeskeinen kirjaaminen näkyi selvimmin operatiivisella tulosalueella. Kaikista arvioituista asiakirjoista 30 prosentissa ei ollut tunnistettavissa potilaslähtöistä kirjaamista lainkaan. Arvioinnissa kävi myös ilmi, ettei 25 prosentissa asiakirjoista näkynyt arvioivaa otetta ollenkaan. Ongelmia oli myös käsialan luettavuudessa (13 %) ja hoitotyön ammattilaisen ja lääkärin tunnistetietojen kirjaamisessa. (Kuusisto ym. 2005, 29 - 34).

Satakunnan keskussairaalan operatiivisella tulosalueella tehtiin hoitotyön kirjaamisen kriteerit eri yksiköille, ”Hoitotyön kirjaaminen osana hoidon dokumentointia” -

kehittämiprojektissa. Projektin aikana osastolle laadittiin ”Intraoperatiivisen hoidon kirjaamisen minimikriteerit” ja ”Heräämöhoidon kirjaamisen minimikriteerit.” (Haavisto 2011, 17). Yksiköiden luomat hoitotyön kirjaamisen kriteerit tekevät hoitotyön perustehtävää näkyväksi ja toteutuessaan toimivat näyttönä hoitotyön sisällöstä. (Susilahti 2003, 2.)

3.2 Suullisesta raportoinnista hiljaiseen raporttiin

Kirjaamisen systemaattisuus, asennoituminen kirjaamiseen, kirjaamisajan resursointi ja kirjattavan asian substanssin hallinta ovat hiljaisen raportoinnin olennaisia osia. Hiljainen raportointi lisää potilasturvallisuutta ja hoitohenkilökunnan sekä potilaiden oikeusturvaa. Lisäksi sen nähdään vähentävän hoitajien potilassiirtojen raportointiin kuluva työmäärää. Tällöin saadaan samalla henkilöstömäärällä lisää tarvittavia henkilöresursseja itse hoitotyöhön. Hoitajilla on pitkät perinteet suullisista raporteista. Suullinen raportti tarkoittaa käytännössä sitä, että hoitotyötä toteutetaan pitkälti muistinvaraiseen tietoon perustuen. Tällainen menettely vaarantaa potilasturvallisuuden ja hoitajien oma oikeusturva heikkenee. (Hallila 2005, 125)

Raportointiin hoitotyössä käytettävästä ajasta olevat arviot vaihtelevat. Eriksson (2003, 4-9) kertoo raportointiin käytettävän ajan vähentyneen 9 prosenttiin työajasta siirryttäessä hiljaiseen raportointiin, kun suulliseen raportointiin oli aiemmin mennyt 19 % työajasta. Hiljainen raportointi vähensi päivässä keskimäärin 3,5 tuntia raportointiin käytettävää aikaa. Kirjaamiseen käytettävä aika kasvoi ja kirjaamisen laatu parani. Välittömään potilastyöhön ja potilaskertomusten lukemiseen käytettävä aika lisääntyi. Erikssonin (2003) mukaan hiljainen raportointi vähensi työn kiireellisyyttä, toi siihen lisää sujuvuutta ja ammatillisuutta. Turtiainen (2005) toteaa odottamisten ja ylitöiden vähentyneen. Hallilan (2005) mukaan yksikössä lisäksi hoitajaksokohtaisten suunnitelmien ja päivittäisten hoitotoimenpiteiden kirjaaminen kehittyi, yksityisten ja arkaluontoisten asioiden käsittely rajoittui paremmin vain hoitavien henkilöiden piiriin.

Sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään ja hiljaiseen raportointiin siirtyminen aiheuttaa muutosvastarintaa. Hartikainen (2008) on tehnyt haastattelututkimuksen sairaanhoitajien

kokemuksista sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään siirtymisestä Kuopion yliopistollisen sairaalan operatiivisten alojen tulosalueen vuodeosastoilla. Tutkimuksessa ilmeni että kirjaamisen opetteluun meni eniten aikaa ja varsinaista raportointikäytäntöjen muuttamista ei mietitty. Hoitomerkitöjen lukeminen potilastietojärjestelmästä on kuitenkin nykyisin helpompaa, sillä käsialaongelmia ei enää esiinny ja tila ei ole este kirjaamiselle. Tietojen löytyminen on helpompaa kuin paperiaikaan ja tiedot löytyvät eri osioista otsikoiden alle kirjoitettuna. Kirjaaminen on parantunut ja asioita on kirjattu enemmän. Raportit pidetään edelleen suullisesti ja niitä on yritetty opetella pitämään sähköisestä potilaskertomusjärjestelmästä Mirandasta. Potilaan tietoja sisältävä paperinen kuumekurva on edelleen käytössä ja tietoja luetaan raportilla myös siitä. Kuumekurvan sisältämien tietojen lisäksi raportilla kerrotaan potilaan tietoja, joita haetaan järjestelmästä. Vaikka tietojen selaaminen on helppoa, niin tiedot ovat haastateltavien mielestä järjestelmässä hajallaan ja niiden hakeminen vie enemmän aikaa. Tutkimuksen mukaan järjestelmän käyttö on raportilla vajavaista. Vain aktiivisemmat järjestelmän käyttäjät aukaisevat järjestelmän raportilla ja lukevat sieltä potilaan tietoja.

”Järjestelmän avaaminen on paperiseen potilaskertomukseen verrattuna työläämpää ja se vie enemmän aikaa. Raportin pitäjältä jää helposti avaamatta eri osioita raportilla, koska kiireessä luulee muistavansa asiat ilman, että tarkistaa ne järjestelmästä. Suullinen raportointi pidetään usein ulkomuistista.” (Hartikainen 2008, 56)

Strukturoitu kommunikaatio on yleistymässä hoitotyössä. 1990-luvulla Yhdysvaltojen puolustusvoimissa kehitetty ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation) -menetelmä levisi nopeasti ilmaan ja sen kautta terveydenhuoltoon (Tunnista, Tilanne, Tausta, Arvio, Toimintaehdotus). Menetelmä järjestää informaatiota selkeään ja suppeaan muotoon, mahdollistaa johdonmukaisen kommunikaation kaikissa terveydenhuollon ympäristöissä kaikkien ammattiryhmien kesken. Menetelmää voidaan käyttää kaikessa tiedonkulussa. ISBAR toteutetaan usein tarkastuslistojen avulla. (Kupari 2012)

3.3 Potilasturvallisuus sekä hoitajan juridinen asema

Hiljaiseen raportointiin siirtymisessä leikkausosaston potilassiirroissa on haasteita. Eriksson (2003, 4-9) toteaa hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellyttävän kirjaamisen yhtenäistämistä eri yksiköissä. Lisäksi muutos vaatii yhteisten sääntöjen luomista ja toteuttamista. Raportoinnilla on tärkeä rooli potilasturvallisuuteen potilassiirtojen yhteydessä. Myllykangas (2011, 39) toteaa että 66 % erikoissairaanhoidon sairaanhoitajista arvioi, että potilasturvallisuuden kannalta potilastietoja hävitetään työyksikön sisällä työvuorojen vaihtotilanteessa. 48 % näki potilasturvallisuuden kannalta ongelmia tiedon siirtymisessä sairaalan eri yksiköiden välillä. Kun potilaita siirretään yksiköstä toiseen, hoitajista 45 % oli sitä mieltä, että asioita katoaa tai jää hoitamatta. Toimenpide- ja tutkimusyksiköissä sekä päivystyspoliklinikalla potilasturvallisuuden kannalta kielteisiä arvioita työvuorojen vaihtotilanteista ja potilassiirroista oli miltei puolet enemmän kuin vuodeosastoilla tai ajanvarauspoliklinikoissa. Toimenpideyksiköissä vallitseva raportointimuoto on vielä suullinen raportointi.

Kirjallinen raportointi on olennainen osa potilasturvallisuutta ja henkilökunnan juridisen turvan tae hoitotyössä (Hallila 2005, 125). PeriHoiDok -hankkeen tuloksista voitiin havaita selkeitä puutteita kirjaamisessa niin potilaan kuin henkilökunnankin oikeusturvan kannalta. Leikkausyksiköiden kirjaamisrutiinit jouduttiinkin kyseenalaistamaan. Kun kirjaamista kehitetään, on perioperatiivisen sairaanhoitajan päätöksenteko hoitoprosessissa saatava dokumentoiduksi ja aiempaa näkyvämmäksi, minkä ansiosta selkiytyvät myös sairaanhoitajan oikeusturva ja vastuukysymykset. (Leinonen ym. 2007).

Voidaan sanoa, että sitä, mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty (Lange 1997). Jyrkinen (2010) on tutkinut hoitajien lisäkoulutuksen vaikutuksia potilasturvallisuuteen. Hän on koonnut yhteen tutkimustuloksia perioperatiivisen hoitajien lisäkoulutuksesta, eikä kirjaamisen ja raportoinnin osaamisalueita ole tuloksissa mainittu ollenkaan. Hoitajien lisäkoulutuksessa keskitytään lääkehoitoon, infektioiden torjuntaan ja tiimityöhön (kommunikaatioon). Yleisesti perioperatiivisen hoitajan ammattipätevyyttä käsittelevässä kirjallisuudessa kirjaaminen ja raportointi ovat olleet perinteisesti huonosti näkyvässä roolissa. (Jyrkinen 2010)

Huonon kommunikaation ja potilasturvallisuusriskin katsotaan olevan yhteydessä toisiinsa ja kommunikaation epäonnistumisen syiksi nimetään leikkaussalien usein kasvava työpaine ja rutiini, mihin voi liittyä jännittynyt ilmapiiri. (Jyrkinen 2010)

Väärän paikan kirurgialla (VPK) tarkoitetaan erehdyksessä tapahtunutta väärän potilaan leikkaamista, oikean potilaan väärän paikan, useimmiten väärän puolen leikkaamista tai väärän toimenpiteen suorittamista oikealle potilaalle. VPK –tapahtumista 70% on väärän puolen leikkaamista tai leikkausyritystä, 14% väärän kohdan leikkaamista, 9% vääriä toimenpiteitä ja 8% väärän potilaan leikkaamista. VPK -kirurgiasta on kirjoitettu vain kansainvälisissä julkaisuissa, Suomesta asiasta ei juuri löydy tietoa, vaikka sitä meilläkin tapahtuu. USA:ssa VPK -toimenpidettä on kolme päivässä, vuosittain 4000 tapausta eli 1 : 17 000 leikkauksesta, mikä on kolmanneksi eniten henkeä uhkaava ryhmä lääketieteellisistä erehdyksistä. Amerikan Käsikirurgiyhdistys ASSH teki vuonna 2000 kyselyn, johon vastasi 1050 kirurgia. Heistä 21 % oli leikannut potilaan väärästä kohdasta ainakin kerran ja 16% oli havainnut väärän leikkauskohdan ennen viiltoa. Yhteensä jäsenet raportoivat 242 VPK -tapahtumaa. (Vastamäki 2009.)

Merkittävä väärän puolen leikkaamissyy on se, että viidennekselle väestöstä oikean ja vasemman puolen automaattinen erottaminen tuottaa suuria vaikeuksia, mukaan lukien kirurgit ja yliopiston professorit. Yksi syy väärän paikan toimenpiteeseen voi olla se, että esilääkkeen vaikutuksesta potilaan kyky vastata kysymyksiin asianmukaisesti heikkenee. Kanadan ortopediyhdistys teki vuonna 2001 tutkimuksen, johon valittiin sattumanvaraisesti kaikista Kanadan kirurgeista 187 kirurgia. Puolet ilmoitti aina merkitsevänsä leikkauskohdan, neljännes ei ollut sitä koskaan merkinnyt. Leikkauskohtaa ei siis aina merkitä. Jos puolimerkintä vielä puuttuu viimeisestä tekstistä tai merkinnät ovat keskenään ristiriitaisia, riski kasvaa. Yleisiä syitä ovat myös kiire ja siitä johtuva huolimattomuus. Henkilökunnan vähyys ja vaihtuvuus sekä puutteellinen perehdyttäminen ja ammattitaito lisäävät virheriskiä. Lisäksi vaaratilanteiden raportointijärjestelmä on maassamme puutteellinen. Paljon oppia antavien ”läheltä piti” -tilanteiden raportointi on ollut melko vähäistä. Nyt niistä saavat oppia vain asianosaiset. (Vastamäki 2009)

Kun USA:ssa tuli vuonna 2009 voimaan asetus leikkauskohdan pakollisesta merkitsemisestä ennen leikkausta, Amerikan käsikirurgiyhdistys sai kymmeniä valituksia leikkaustoiminnan häiritsemisestä viranomais määräyksillä. (Vastamäki 2009)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa keskusleikkausosaston, Kesle:n henkilökunnan käsityksiä ja valmiuksia hiljaiseen raportointiin ja kartoittaa hiljaisen raportoinnin nykytila LEIKO -osaston ja keskusleikkausosaston välillä.

Opinnäytetyön tavoitteena on Kesle:n potilasturvallisuuden ja hoitohenkilökunnan juridisen turvan parantaminen. Koska kehittämällä kirjaamista ja raportointia kaikki potilasta ja hänen hoitoaan koskeva tieto ovat aina jäljitettävissä.

Toisena tavoitteena on kartoittaa mahdollisuuksia kehittää hiljaista raportointia mahdollistamaan sen, että oman sairaanhoitajan lisäksi muu hoitaja kuin osaston omahoitaja voi tuoda potilaan leikkausosastolle. Tällöin leikkausten viivästyminen vähenee ja hoitohenkilökunnan aikaresursseja säästyy sekä leikkaus- että potilasosastoilla. Pyritään myös saamaan raportoinnin aikasäästöä. Sähköisen kirjaamisen lisäämiseen ollaan myös tekemässä suuria rahallisia investointeja.

Kolmas tavoite on saada tietoa siitä, minkälaista hiljaisen raportoinnin lisäkoulutusta KESLE:n hoitohenkilökunta tarvitsee.

Tutkimuskysymykset ovat:

Mitkä ovat KESLE:n hoitohenkilökunnan käsitykset KESLE:n hiljaisesta raportoinnista?

Mitkä ovat KESLE:n ja LEIKO:n henkilökunnan valmiudet hiljaiseen raportointiin siirtymisessä?

Mitkä ovat hiljaisen raportoinnin haasteet KESLE:ssä?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Tiedonantajat

Tiedonantajina toimi Kesle:n hoitohenkilökunta (N=187 , joista 87 leikkauspuolella ja 100 anestesiapuolella). Lisäksi haasteltiin LEIKO:n henkilökuntaa sekä Kesle:n asiantuntijasairaanhoitajaa, opetuskoordinaattoria. Haastateltavat valittiin yhteistyösopimusta tehtäessä, opetuskoordinaattorin suosituksesta. Kysymyksessä on kokonaistutkimus.

Kyselyyn vastasi 27 hoitajaa Keslen 187 hoitajasta. Hoitajien sähköpostiin lähetettiin linkki Webropol -kyselyyn. Kato oli 85,5 %.

4.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen menetelmäksi valittiin määrällinen kyselytutkimus. Perusteluna valintaan oli se, että haettiin tulosten yleistettävyyttä ja niistä saatavia käytännön hyötyjä tilaajaorganisaatiolle. (Hirsjärvi 2007, 135). Kyselytutkimuksella voidaan kerätä laaja aineisto ja kysyä hyvin monia asioita säästäten tutkijan rajallista aikaa. Analyysitavat ovat vakioituja. (Hirsjärvi 2009, 190). Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan triangulaatiolla. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. Kyse on siis moninäkökulmaisuudesta tai -paradigmaisuudesta – siitä, että yhdistetään useita menetelmiä ja lähestymistapoja. Aineistotriangulaatiolla tarkoitetaan sitä että yhdessä tutkimuksessa käytetään useita eri aineistoja (haastattelut, tilastot, arkistoaineistot jne.) tai eri tiedon kohteita (lääkärit, potilaat, omaiset jne.) (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2010). Triangulaatio tässä opinnäytteessä tarkoittaa sitä, että kyselyn lisäksi haastatellaan muutamaa asiantuntijaa.

Aineiston keruumenetelmänä on strukturoitu kysely (Liite 2) hoitohenkilökunnalle. Kyselyssä on muutamia avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen kysymysten ryhmittely ja sisältö on rakennettu niin, että tässä työssä esitetty hiljaisen raportoinnin teoria tulee käytyä läpi. Mittariin rakenteessa on mukailtu Tengvallin (2010) tekemää tutkimusta hoitajien ammatillisesta vaatimuksista.

Mittarin laadinnan lähtökohdaksi valittiin tutkimussuunnitelmassa esitetty teoria. Mittarilla haluttiin mitata sitä, kuinka tärkeänä teoriaosuudessa esitetyt asiat nähdään ja miten nämä asiat toteutuvat työyksikössä. Kyselyssä käytettiin 5 portaista Likertin asteikkoa. Kyselyssä on 101 kysymystä, joissa kysytään kahta muuttujaa: tärkeyttä (vastaajalle) ja toteutumista (työyksikössä). Järjestelyasteikon kysymyksiä on täydennetty avoimilla kysymyksillä. Mittaria kommentoi operatiivisen tulosalueen laatuvaastaava.

Kysely toteutettiin sähköisesti Webropol -ympäristössä. Siinä kyselyaineisto on sähköisessä muodossa ja linkki kyselyyn lähetettiin jokaisen tutkimukseen osallistuvan työntekijän sähköpostiin. Lisäksi LEIKO:n ja Kesle:n välisen prosessin selvittämiseksi tehtiin teemahaastattelu. Teemana oli LEIKO:n henkilökunnan kokemukset LEIKO:n ja Kesle:n välisestä hiljaisesta raportoinnista. Paikalla oli LEIKO:n osastonhoitaja ja kolme osaston sairaanhoitajaa. He olivat tutustuneet etukäteen Kesle:n henkilökunnalle lähetettyyn kyselyyn. Haastatteluun oli valmistauduttu laatimalla kysymykset etukäteen.

4.3 Aineiston käsittely

Alkuperäisessä kyselyssä oli viisi vastusluokkaa, mutta vastaajien vähyyden takia tuloksia analysoidessa luokkia vähennettiin kolmeen tulosten selkiyttämiseksi.

Kysyttävän asian tärkeyttä kuvaavista luokista Ei lainkaan tärkeä (1), Vähän tärkeä (2), Melko tärkeä (3), Tärkeä (4) ja Erittäin tärkeä (5) muodostettiin luokat: Vähän tärkeä (ei lainkaan tärkeä ja vähän tärkeä), Melko tärkeä ja Tärkeä (tärkeä ja erittäin tärkeä).

Kysyttävän asian toteutumista kuvaavista luokista Ei koskaan (1), Harvoin (2), Joskus (3), Usein (4) ja Aina (5) muodostettiin Ei koskaan, Joskus (harvoin ja joskus) ja Usein (usein ja aina). Luokka Ei koskaan säilytettiin, koska tietyissä kysyttävissä asioissa potilasturvallisuus vaarantuu, jos yksikin vastaa Ei koskaan.

4.4 Aineiston analyysi

Tutkimustulosten käsittelyssä käytettiin Webropolin analysointityökaluja. Aineiston pohjalta Webropolista valittiin prosentteihin perustuva raportti (Liite 5). Avoimet kysymykset litteroitiin ja niiden analyysissä käytettiin sisällön analyysiä. Teemahaastattelu on analysoitu sisällön analyysillä.

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti, erona on analyysin ja luokittelun perustuminen joko aineistoon tai teoreettiseen viitekehykseen. (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2010).

5 TULOKSET

Kyselyyn vastasi 27 hoitajaa. Vastaajista 21 oli naisia. Heidän ikänsä vaihteli 24 ja 55 vuoden väliltä, vastaajien iän keskiarvo oli 41 vuotta. Opistoasteinen koulutus oli yhdeksällä, sairaanhoitajan amk-tutkinto 16 vastaajalla, toisen asteen tutkinto oli kahdella vastaajalla. Viisi vastaajista toimi leikkaushoitajana ja 20 anestesiahoitajana. Työkokemus vaihteli yhdestä vuodesta 29 vuoteen ja keskimäärin työkokemusta oli 12 vuotta. Työsuhteen pituuden keskiarvo KESLE:een oli 10 vuotta.

5.1 KESLE:n hoitohenkilökunnan käsitykset hiljaisesta raportoinnista

5.1.1 Raportoinnin periaatteet ja nykytila perioperatiivisessa hoitotyössä

Se, että hoitotyön kirjaaminen on näyttöön perustuvaa, on tärkeää 96 %:lle vastaajista. Lisäksi nähtiin tärkeänä se, että hoitotyön asiakirjan lukijan on saatava selville hoitoratkaisujen perustelut (88 % vastaajista) ja että potilaskertomukseen perehtyminen on hyvin oleellinen osa työtä (92 % vastaajista). Tärkeiksi koetut asiat eivät kuitenkaan toteutuneet tärkeyteen nähden hyvin, huonoiten toteutuu hoitoratkaisujen perustelujen kirjaaminen (63 % toteutuu).

Kansallisen hoitotarveluokituksen ja ESKO:n hoitoisuusluokituksen hallitsemista ei koettu tärkeänä. Tarkka ja rakenteellinen kirjaaminen on tärkeää 88 %:lle vastaajista ja 75 % vastaajista kertoi tämän toteutuvan usein. Vastaajista 91 % ilmoitti tärkeäksi sen, että yksikön kirjaamisohjeet ovat selkeät, mutta vain vähän yli puolet ilmoitti kirjaamisohjeiden olevan selkeät. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että kirjauksista näkee usein hoitopäätösten perustelut. 87 % vastaajista koki tärkeäksi sen, että kirjaamiseen on aina riittävästi aikaa ja työntekijöitä riittävästi, mutta vain 48 % vastasi tämän toteutuvan usein. Tärkeäksi 96 % vastaajista ilmoitti sen, että osaa lukea hyvin (systemaattisesti, nopeasti ja vaivatta) kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat ESKO:n potilaskertomuksesta. Tämä toteutui myös hyvin.

61 %:n mielestä tärkeää on se, että yksikössä tulee työtä ylimääräistä, koska edellinen vuoro ei ole kirjannut ja 67 % ilmoitti, että edellä mainittua tapahtuu joskus. Hieman yli puolet hoitajista pitää tätä ylimääräistä työtä tärkeänä asiana. Hoitajista 59 %:n mielestä työyksikössä on paljon yllättäviä, nopeaa toimintaa vaativia tilanteita ja silloin kirjaamiseen ei tahdo jäädä aikaa. 73 % vastanneista kirjaisi ja lukisi potilaskertomuksen ennalta tarkemmin, jos siihen olisi mahdollisuus.

Vastanneista 8 %:n mielestä kirurgin määräykset ja 4 % anestesia­lääkärin määräyksistä kirjataan ja raportoidaan joskus, vaikka kaikkien mielestä oli tärkeää, että kaikki määräykset kirjataan aina.

Heräämötöön rakenteellista kirjaamista ei nähdä olevan ja eikä kirjaamisen ohjeita tunneta:

”Heräämössä ei ole käytössä rakenteellista kirjaamista. Minua ei ole perehdytetty mihinkään tiettyihin kirjaamisen ohjeisiin osastolla.”

Vastaajista 83 % piti tärkeänä sitä, että anestesiahoitaja tutustuu potilaan taustatietoihin potilaskertomuksen avulla ja 76 % ilmoitti tämän tapahtuvan usein. Yhdeksälle prosentille vastaajista on vähän tärkeää se, että anestesiahoitajat keräävät tiedot kliinisistä tutkimuksista ja laboratoriovastauksista ja 70 % ilmoitti keräävänsä tiedot usein. 87 %:n mielestä tärkeää on se, että anestesiahoitaja tekee anestesiahoitosuunnitelman lääkärin kanssa, mutta vain 48 % ilmoitti tämän toteutuvan usein. Esilääkkeen annon tarkistamista tärkeänä piti 64 % vastaajista, mutta 91 % suoritti sen usein. Erityisen tärkeänä ja hyvin toteutuneena koettiin potilaan haastattelemisen henkisen tilan ja muiden anestesiaan ja toimenpiteeseen vaikuttavien seikkojen selvittämiseksi. ISBAR:in käyttöön ottamisen päivystyspotilaita vastaanottaessa näki tärkeänä 38 % vastaajista.

Vastaajista 82 % piti tärkeänä sitä, että leikkaussalihoitaja tutustuu potilaan taustatietoihin potilaskertomuksen avulla, mutta vain 50 % ilmoitti tämän toteutuvan usein. 69 % näki tärkeänä sen, että leikkaussalihoitaja tekee leikkaushoitosuunnitelman lääkärin kanssa, mutta vain 41 % ilmoitti tämän toteutuvan usein.

Kaikki vastaajat pitivät tärkeänä sitä että leikkaussalihoitaja varmistaa potilaskertomuksesta tai leikkaussuunnitelmasta (LESU) sen, että valmistellaan oikean puolen raaja/ruumiinosa ja 88 % ilmoitti tämän toteutuvan. Kaikki vastaajat pitivät tärkeänä myös sitä, että leikkaussalihoitaja kirjaa hoitokertomukseen ja tekee haittailmoituksen (Haipro) läheltä piti -tilanteesta, jos on alettu valmistella väärää raajaa/ruumiinosaa, mutta vain 54 % ilmoitti haittailmoituksen tekemisen toteutuvan usein.

Vastaajista 94 % piti tärkeänä sitä, että kirurgi on merkinnyt selvästi ja oikein potilaan iholle leikattavan raajan/ruumiinosan, mutta vain 73 % ilmoitti tämän toteutuvan.

Tarkan kirjaamisen ja raportoinnin hallinta on tärkeää 96 %:lle vastaajista. Vastaajista 78 % pitää tärkeänä sitä, että anestesiahoitaja kirjaa toteutuneet hoitotapahtumat (esim. pistokerrat) ja 57 % ilmoittaa sen toteutuvan usein. 81 % ilmoittaa anestesiahoitajien usein hallitsevan sähköisen kirjaamisen. Haittatapahtumat kirjaamisen ESKO:lle ja Haipro:n tekemisen tärkeäksi ilmoitti 83 % vastaajista, mutta vain 48 % anestesiahoitajista ja 71 % leikkaussalihoitajista tekee tämän usein.

Vastaajista 82 % pitää tärkeänä sitä, että leikkaussalihoitaja kirjaa ihon kunnon, puudutusasennon ja puudutteen leviämisen, mutta vain 52 % ilmoitti tämän usein toteutuvan. Leikkauskäsineen rikkoutumisen kirjaamista tärkeänä pitää 88 % vastaajista ja 66% ilmoittaa tämän usein tapahtuvan. Hoitajista 67 % ilmoitti, että anestesiahoitaja tiedottaa ja usein ohjaa muuta henkilöstä salitilanteesta.

Kaikki vastaajat ovat sitä meiltä, ettei työvuoron aikana jää usein jotain olennaista tai jostakin potilaasta kokonaan kirjaamatta. 79 % ilmoittaa jotain olennaista jäävän joskus kirjaamatta ESKO:oon ja 74 % jäävän jotain olennaista kirjaamatta anestesiakaavakkeelle. Vastaajista 71 % kertoo, ettei koskaan vuoron aikana jää potilaasta kirjaamatta miltei kokonaan. Kirjaamisen puutteisiin syyksi 39 % ilmoittaa ajan puutteen ja kirjaamisen jäämisen vuoron loppuun, 50 % yllättävät akuuttitilanteet.

”potilasmäärä on suuri ja yllättäviä akuuttitilanteita paljon ja useampi huonokuntoinen potilas hoidettavana --> kirjaaminen jää viimeiseksi. esim. jos kipuongelmainen potilas yms.”

Käytettyjen nesteiden, lääkkeiden ja kivun (VAS) kirjaamisen ESKO:n hoitosuunnitelmaan ilmoitti 83 % tärkeäksi ja 56 % mielestä kivun kirjaaminen toteutui usein. 75 % vastaajista katsoo tärkeäksi sen, että kirjaa ESKO:lle riittävästi, jotta vuodeosasto (vos) voi jo etukäteen suunnitella potilaan jatkohoidon, jos potilaan hoito pitkittyy heräämössä.

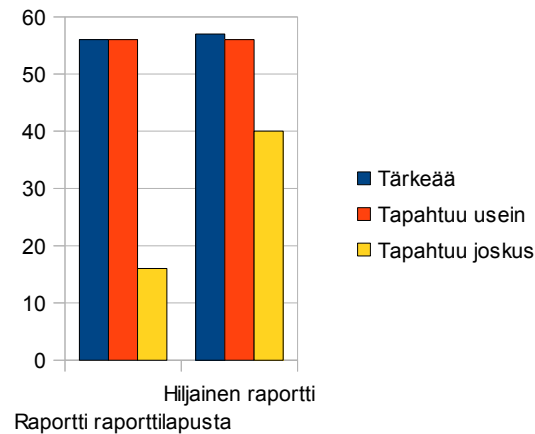
Vastaajista 67 % pitää tärkeänä sitä, että kokee olevansa expertti työssään, 14 % vähän tärkeänä. 62 % ilmoitti olevansa usein expertti työssään. 59 % kertoo hoitopäätösten perustelujen ilmaisemisen olevan joskus vaikeaa sanallisessa muodossa ja 62 % kirjaavansa perustelut usein. Vastaajista 53 % pitää tärkeänä hoitopäätösten intuitiivista tekemistä, 89 % kertoo tekevänsä hoitopäätöksensä usein analyttisesti ja 69 % joskus intuitiivisesti, 54 % tekee päätöksensä usein sekä analyttisesti että intuitiivisesti.

Seuraavan potilaan potilaskertomukseen tutustumiseen ei läheskään aina ole mahdollisuuksia.

”Läheskään aina ei ole mahdollista edellisen potilaan aikana käydä koneella tai viipyä koneella niin kauan, että ehtisi tutustua seuraavaan potilaaseen. Tällöin virheitä tulee varmasti enemmän ja sekaannuksia eri potilaiden välillä.”

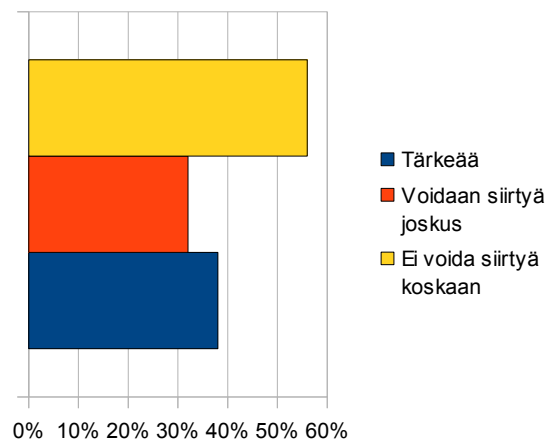
5.1.2 Suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin

Vastaajista 56 % pitää tärkeänä raporttilappuun kirjaamista ja sen pohjalta tehtyä suullista raporttia seuraavalle hoitajalle. 56 % ilmoittaa, että näin tapahtuu usein ja 16 joskus. Hiljainen raportointi on tärkeää 57 %:lle vastaajista ja 56 % ilmoittaa sen tapahtuvan usein ja 40 % joskus. Ylitöitä tai kiire tulee suullisen raportin takia joskus 59 %:lle vastaajista. Vastaajista 60 % ilmoittaa vähän tärkeäksi sen, että voisi vain kirjata koneelle ja lopettaa työvuoron ilman suullista raporttia. Puolet vastaajista tietää hiljaisen raportoinnin lisäävän aikaa hoitotyöhön ja lyhentävän työpäivää ja 40 % pitää tätä tärkeänä. Potilaskertomuksen lukutaito tuntuu olevan hyvä. (Kuva 1)



Kuva 1. Suullisen, raporttilapusta annetun raportin ja hiljaisen raportin tärkeys ja toteutuminen

Kokonaan hiljaiseen raportointiin siirtymistä kaikkien potilaiden kohdalla pitää jokseenkin tärkeänä 38 %, mutta 56 % on sitä mieltä, ettei siihen voi siirtyä koskaan ja 32 % joskus kokonainen lause (Kuva 2). Hyviä kokemuksia hiljaisesta raportoinnista on ollut joskus 46 %:lla ja usein 42 %:lla vastaajista.



Kuva 2. Kokonaan hiljaiseen raportointiin siirtymiseen suhtautuminen

Kokemuksia hiljaisesta raportoinnista

1. Positiiviset kokemukset

”Säästää aikaa. Vaatii perusteellista kirjaamista, ja silti joku olennainen osa jää pois.”

”suullisessa raportissa enempi virheitä, hiljainen raportti sekoittaa pään, jos monesta potilaasta raportti luettuna”

2. Negatiiviset kokemukset

”Kaikki asiat eivät välttämättä ole kirjattuna Eskoon.”

”heräämössä ei toimiva koska ei ole mahdollisuutta tutustua suuren potilasvirran takia etukäteen potilaiden tietoihin. potilaita on useampi ja koko ajan on menossa ja tulossa joku. Jos saataisiin toimiva ja selkeä ja yhtenevä kirjallinen raporttimalli, josta selviäisi leikkauksen tapahtumat ilman kuvailua niin en ole vastaa hiljaista raporttia. Sekä riittävä määrä tietokoneita ja tilat erilaiset ja toimivammat. Nyt on 3 tietokonetta n.50 potilaalle päivässä. Koneet koko ajan käytössä jo labrojen tilaamiseen ja loppuraportin kirjoittamiseen.”

”jokin oleellinen asia voi jäädä huomaamatta hiljaisessa raportissa. Ei voi esittää täydentäviä kysymyksiä kuten suullisessa raportissa. Kokonaisuus hahmottuu paremmin suullisessa raportissa koska leikkausyksikössä ei ole aikaa selata kaikkia eskosivuja ja decursuksia sekä lisäksi vielä anestesiakaavaketta.”

”Päivystyspotilaista ei ole kirjattu Eskolle välttämättä yhtään mitään, kun he tulevat saliin. Usein Eskolla puutteelliset tiedot, joka paljastuu vasta suullisessa raportissa. Etukäteen tutustuminen joskus mahdotonta edellisenä päivänä, koska potilaiden leikkausjärjestys, tai omasijoitus muuttuu usein.”

”suullisessa raportissa saa usein sellaista olennaista tietoa, mikä ei näy hiljaisessa raportissa”

”traumasalin nopean potilasvaihtuvuuden takia on tärkeää, että jokaisesta potilaasta saadaan suullinen raportti. Jokaista potilasta koskevat asiat käydään salissa yhteisesti läpi ja tiimi on näin yhdessä tietoinen mahdollisista ongelmissa anestesiassa ja muutoksista leikkauksen kulussa. Traumasalissa hiljainen raportointi ei siis ole hyväksi.”

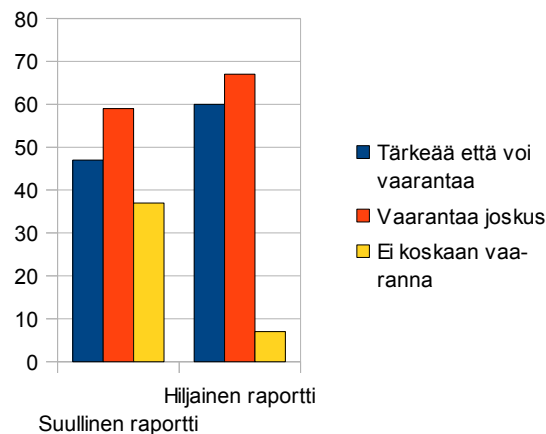
Positiivisia kokemuksia on selvästi vähemmän kuin negatiivisia. Esille nousee kuitenkin hiljaisella raportoinnilla saatava ajansäästö ja kommentti siitä, että suullisessa raportissa olisi enemmän virheitä. Positiivisiin kokemuksiin sisältyy myös ehtoja, joiden täytyessä hiljainen raportointi toimii: perusteellisen kirjaamisen vaatimus ja se, että kerralla ei tulisi olla liian monen potilaan raportti luettavana. Hiljaiseen raportointiin toivotaan raportointimallia, joka ei vaadi kuvailua, tämä tarkoittanee mahdollisuutta kirjata ”raksi ruutuun” -periaatteella.

Negatiivisissa kokemuksissa esiin nousevat kiire suuren potilasvirran takia, käytettävissä olevien tietokoneiden ja työtilojen puute, ESKO:n kirjausten puutteellisuus, hiljaisen raportoinnin soveltumattomuus päivystys- ja traumapotilaiden kohdalla sekä potilaiden leikkausjärjestyksen ja hoitajan oman sijoituksen äkilliset muutokset. Suullisessa raportin etuina katsotaan täydentävien kysymysten esittämismahdollisuus, kokonaisuuden parempi hahmottaminen ja hiljaisen tiedon välittyminen.

5.1.3 Potilasturvallisuus ja hoitajan juridinen asema

Vastaajista 92 %:lle tarkka kirjaaminen on potilasturvallisuuden tärkein osa. 47 % ilmoittaa tärkeäksi sen, että suullinen raportti voi vaarantaa potilasturvallisuuden. 59 % kertoo suullisen raportin vaarantavan potilasturvallisuuden joskus ja 37 % ei koskaan.

Hoitajista 60 % katsoo tärkeäksi sen, että hiljainen raportti voi vaarantaa potilasturvallisuuden. 67 % kertoo hiljaisen raportin vaarantavan potilasturvallisuuden joskus ja 7 % ei koskaan (Kuva 3).



Kuva 3. Potilasturvallisuuden vaarantuminen raportointitavan mukaan

Hoitajan juridinen turvallisuus on tärkeää 95 %:lle vastaajista. 96 % on sitä mieltä, että hoitajan juridinen turvallisuus tulee ennen kaikkea tarkasta kirjaamisesta ja 84 % katsoo, että juridinen turvallisuus toteutuu usein.

Viidesosa ihmisistä kuuluu ryhmään joiden on vaikea automaattisesti tunnistaa oikeaa ja vasenta puolta toisistaan (Vastamäki 2009). Vastaajista 92% oli sitä mieltä, ettei kuulu tähän viidennekseen. Johtopäätös: tähän riskiryhmään kuulumista ei tunnisteta. Tämä lisää VPK:n riskiä. Kyselylomakkeen VPK:ta koskevissa avoimissa vastuksissa hoitajat olivat ottaneet runsaasti kantaa VPK:n syihin ja keinoihin välttää sitä.

5.2 KESLE:n ja LEIKO:n henkilökunnan valmiudet potilassiirtojen hiljaiseen raportointiin siirtymisessä

LEIKO:lla on selkeät kirjaamisohjeet hiljaista raportointia varten, kirjaaminen hallitaan hyvin ja siihen panostetaan eikä henkilöstöllä ole ilmennyt kirjaamisen suhteen lisäkoulutustarvetta. Hoitajien mukaan Kesle saa hoitosuunnitelmasta kaiken tarvittavan tiedon potilaasta.

Saleissa hiljainen raportointi on jo käytössä, LEIKO:n hoitaja vie potilaan suoraan leikkaussaliin. Siellä hän kertoo anestesiahoitajalle, jos potilaan vointi on äkillisesti huonontunut, potilaan mukana olevat tavarat sekä jo aloitetun lääkityksen. Sitten hän kysyy, onko potilaasta jotain kysyttävää. Vastaus on yleensä, että raportti on luettu. Joskus anestesiahoitaja ilmoittaa, ettei ole lukenut raporttia koska ”ei ole ehtinyt”, ”aamulla ollut muuta”, ”miksi lukisin” tai ”en lue koskaan” tai kyseessä on ns. päästäjä, joka ei ole todellakaan ehtinyt perehtyä potilaaseen. Muutama hoitajaa kuvattiin hiljaisen raportoinnin suhteen ylimielisiksi. Joskus on ilmeistä, että anestesiahoitaja ei ollutkaan lukenut (tai ei ole saanut kuvaa potilaasta tai ymmärtänyt hänen tilannettaan), vaikka sanoi lukeneensa.

LEIKO:n hoitajien havainto on, että anestesiahoitajat useimmiten tarkistavat potilaan henkilöllisyyden rannekkeesta ja että nuoremmat hoitajat varmistavat perusasiat huolellisemmin.

Väärän puolen leikkauksia ei ole LEIKO -toiminnassa sattunut ja riskit ovat pienet. Hoitajat kertoivat, että heidän täytyy olla valmisteluvaiheessa tarkkana, ettei leikattavan puolen suhteen ole ristiriitaisuuksia potilaskertomuksen eri teksteissä tai leikkausilmoituksessa.

LEIKO:n hoitajat antoivat HOS/ANEVA:n arvosanaksi hiljaisessa raportoinnissa 3,5. LEIKO arvioi oman toimintansa arvosanaksi 5. KESLE:n:n heräämön kirjaukset arvioitiin hyvin hoidetuksi.

LEIKO:n hoitajat nostivat esiin hiljaisen raportoinnin edut. He kokivat erittäin tärkeäksi sen, että hiljainen raportointi lyhentää saliin vientiaikaa ja siitä on etua yksikön toiminnalle. Hoitajat olivat sitä mieltä, että suullinen raportti ei vaaranna potilaan turvallisuutta. Joissain tapauksissa tarvitaan suullinen raportti, kun kokemus ja intuitio ohjaavat sitä, mitä potilaasta tulee jatkossa tarkkailla.

LEIKO:n hoitajat pitivät ANTTI:a hyvänä uudistuksena, mutta arvioivat ANTTI:iin siirtymisen vaativan hiljaisen raportoinnin lisäkoulutusta KESLE:ssä. LEIKO olisi valmis muuttamaan raportoinnin hiljaiseksi kaikissa leikkauksissa.

KESLE:n kyselyn vastaajista 89 %:lle tärkeää on se, että LEIKO on kirjannut potilaskertomukseen niin hyvin, ettei suullista raporttia tarvita potilaan tullessa leikkausosastolle, 74% ilmoittaa kirjausten olevan usein riittäviä. 95 % ilmoittaa, että on tärkeää se, että LEIKO saa aina ESKO:sta riittävästi ja järjestelmällistä tietoa kaikista potilaan intraoperatiivisen hoidon vaiheista ja 53 % kertoo LEIKO:n saavan usein riittävästi tietoa. LEIKO:n ja Kesle:n välisen hiljaisen raportoinnin ohjeiden käyttäminen on tärkeää 67 %:lle vastaajista ja 64 % käyttää niitä.

KESLE:n hoitajilta kysyttiin kokemuksia ja kehittämissuhteita Kesle:n ja LEIKO:n välisestä hiljaisesta raportoinnista.

”Leikopotilaat ovat elektiivisiä potilaita, jotka katsotaan ja haastatellaan järjestelmällisesti leikkauspäivän aamuna. Kirjaukset Eskoon näiden potilaiden kohdalta ovat hyviä.”

”Toimiva järjestelmä”

”valmistelut epäselvät, samoin mihin toimenpiteeseen tulee, esilääkettä ei anneta, jos potilas sanoo, ettei jännitä...”

Lisäkoulutusta kirjaamiseen ja/tai hiljaiseen raportointiin oli saanut 15 % vastaajista, 33 % vastaajista ilmoitti, että heillä on riittävä koulutus kirjaamiseen ja hiljaiseen raportointiin. 59 % ilmoitti lähtevänsä mielellään hiljaisen raportoinnin lisäkoulutukseen. Hiljaisen raportoinnin lisäkoulutuksen tarpeitaan vastaajat kuvaavat seuraavalla tavalla:

”Haluaisin kehittää tai saada koulutusta toimivammasta kirjaamisesta. Nyt se on liian sekava ja kirjava. Joitakin tärkeitä tietoja ei löydy kuin pitkään selaamalla jos sittenkään.”

”Lisäkoulutusta voisi kuitenkin järjestää hoitosuunnitelmaan kirjaamisesta: etenkin nestehoito+ lääkitys.”

”Meille annettu koulutus on ollut lähinnä teknistä. Mihin kirjataan ja miten sinne pääsee. Raportoinnin rakenteesta ja sisällöstä ei ole ollut minkäänlaista koulutusta.”

”kaikenlaista” sekä ”selkeä raportointi”

6 YHTEENVETO TULOKSISTA

Vastauksissa on trendinä se, että tärkeys on saanut toteutumista suurempia arvoja. Kirjaamisen ja raportoinnin periaatteet ovat hoitotarveluokituksia lukuun ottamatta vastaajilla hyvin selvillä. Hoitoratkaisujen perustelujen kirjaamisen ongelmat tunnistetaan. Kirjaamisen potilaskeskeisyys näyttää olevan vaikeasti ymmärrettävä ihanne, joka voisi toteutua paremmin. Tehtäväkeskeisyyttä ei nähdä sen vastaparina. Koska vastaajat näyttävät hallitsevan hoitotarveluokitukset melko huonosti, on mielenkiintoista, että rakenteellinen kirjaaminen nähdään tärkeänä ja vastaajien mielestä se toteutuu 75 %:sesti.

Kirjaamisessa ja hoitopäätösten perustelemisessa näyttää olevan ongelmia. Sen sijaan potilaskertomuksen lukeminen oli vastaajien mielestä hyvin hallinnassa, vaikka hiljaisen raportoinnin ohjeita ei tunnetakaan. Suullinen raportointi nähdään erittäin tärkeäksi päivystysaikana. Yksikössä tulee joskus ylimääräistä työtä, koska edellinen vuoro ei ole kirjannut.

Vastauksista selviää, että melko paljon olennaisiakin asioita jää joskus kirjaamatta. Syinä tähän ovat ajan puute ja kirjaamisen jääminen vuoron loppuun, ovat syinä miltei yhtä tärkeitä kuin akuuttitilanteet. Heräämössä potilaasta kerrotaan aina kirjattavan ennen soittoa osastolle.

Hyvää suhtautumista hiljaiseen raportointiin ilmentää se, että valtaosa kirjaisi ja lukisi potilaskertomuksen jo ennalta tarkemmin, jos siihen olisi riittävästi tietokoneita ja aikaa. Lääkärin määräykset kirjataan ja raportoidaan miltei aina. Noin puolet suullisista raporteista tapahtuu raporttilapusta.

Hyvästä asenteesta hiljaiseen raportointiin kertoo myös se, että tarkka kirjaaminen katsotaan potilasturvallisuuden tärkeimmäksi asiaksi, vaikka raportointia ei nähdä kovin tärkeänä. Suullinen raportti voi joskus vaarantaa potilasturvallisuuden, enemmistö näkee tämän vaaran olevan suurempi hiljaisessa raportissa. Raportointi siis vaarantaa melko

usein potilasturvallisuutta. Kirjaaminen nähdään tärkeäksi myös hoitajan juridisen turvan takia.

Vastaajat näyttävän jakautuneen kahteen osaan suhtautumisessa hiljaiseen raportointiin. Hiljaisen raportoinnin etuja tunnetaan melko huonosti. Yli puolet vastaajista on sitä mieltä, että kokonaan hiljaiseen raportointiin ei voida koskaan siirtyä.

Anestesiahoitajat tutustuvat potilaan taustatietoihin kohtuullisen hyvin, mutta silti jotkin hoitajat sanovat laboratoriovastauksiin tutustumisen olevan vähän tärkeää. Hoitajat haluaisivat olla enemmän mukana anestesiahoitosuunnitelman tekemisessä. Esilääkkeen antamisen tarkistamiseen voitaisiin suhtautua jämerämmin. Potilaan haastatteleminen ennen leikkausta on hyvin hoidettu, mutta haastattelusta kirjataan melko vähän. ISBAR:in käyttöönotto ei saa enemmistön kannatusta. Vain puolet leikkaushoitajista kirjaa usein ihon kunnon, puudutusasennon ja puudutteen leviämisen.

Vaikka tarkkaa kirjaamista pidetään tärkeänä ja osaamista hyvänä, leikkauksen aikana hoitajat näkevät vaadittavan ammattiosaamisensa olevan enimmäkseen teknistä (lääkkeen antamista, kirurgin avustamista jne.), jolloin hoitajan kommunikaation liittyvissä osaamisvaatimuksissa ja kirjaamiseen toteutumisessa on puutteita. Haittatapahtumien kirjaaminen ei toimi hyvin.

Asiantuntijuus omassa työssä ei näytä olevan vastaajille kovin tärkeää. Hoitopäätöksiä on melko usein vaikea sanallisesti selittää. Puolet hoitajista tunnistaa hoitopäätösten tekemisen intuitiivisen puolen ja käyttää sitä apuna joskus. Tämä kertoo expertin tavasta työskennellä. Pääosin hoitopäätökset tehdään analyttisesti.

Suuri potilasvirta, yhtenevän raportointimallin puute, tietokoneiden puute, kirjausten puutteellisuus ja leikkausjärjestyksen ja hoitajan sijoituksen muuttuminen vaikeuttavat potilaskertomukseen etukäteen tutustumista. Trauma- ja päivystyspotilaat ovat suullisesti raportoitavia potilaita.

Leikkaussalihoitajat haluaisivat tutustua enemmän potilaan taustatietoihin potilaskertomuksen avulla ja olla paremmin mukana leikkauksen suunnittelussa. Oikean leikkauspuolen valmistelemisen varmistaminen on vastaajille hyvin tärkeää, mutta se ei aina toteudu. ”Läheltä piti” -tilanteista liian harva kirjataan, eikä kirurgi ole läheskään aina merkinnyt leikattavaa ruumiinosaa. Vastaajat tuntevat väärän puolen kirurgian ilmiönä ja sen välttämiseen saatiin hyviä ehdotuksia. Se, että leikattava puoli joskus vaihtelee potilaskertomuksen eri osissa ja että kirurgi ei välillä ole merkinnyt leikattavaa puolta, ovat suuria puutteita. Esiin nousee myös leikkaustiimin liian vähäinen kommunikaatio. Vastaajien motivoitunutta suhtautumista toiminnan parantamiseen kuvaa ehdotus potilaan palauttamisesta vuodeosastolle, jos leikkauspuolta ei ole merkitty.

Kesle:n hoitajien mielestä LEIKO:n kirjauksissa on hieman toivomista, hiljaisen raportoinnin katsotaan kuitenkin toimivan Kesle:n ja LEIKON:n välillä. Vastaajille on tärkeää, että heräämöstä on vuodeosastolle riittävästi kirjattua tietoa, mutta vastaajien mielestä tämä voisi toteutua paremmin. Kesle:n ja LEIKO:n välisen hiljaisen raportoinnin ohjeita ei tunneta hyvin.

LEIKO:n hoitajat näkevät työssään hyvin hiljaisen raportoinnin edut. LEIKO:n hoitajien mielestä jatkossa potilaiden viemisessä saliin voisi käyttää potilaskuljetusta, mutta ainakin nykyisin se ei toimi. LEIKO:lla on sopimus, että kuljetukseen voidaan pyytää apua KESLE:stä:stä, jos muuten ehditää potilasta viedä. Suuri osa potilaista voi kävellä saliin, ongelma on lähinnä sängyn kuljettaminen ja se että aamut ovat ruuhkaisia.

6.2 Haasteet hiljaiseen raportointiin siirtymisessä

6.2.1 Käsitukset hiljaisesta raportoinnista

Leikkauksen aikana hoitajaa koskevat ammatilliset vaatimukset näyttävät toteutuvan suureksi osaksi teknisen osaamisen (lääkkeen antamista, kirurgin avustamista jne.)

kohdalla ja kommunikaatioon liittyvät ammatillisten vaatimusten toteutumisen osuus jää liian pieneksi. On kuitenkin hyvä, että kirjaamista ei pidetä vaikeana asiana.

Suuri osa vastaajista ei pidä asiantuntijuuttaan omassa työssään tärkeänä eikä tunnista olevansa expertti työssään. Tämä lienee kuitenkin liittyvän jonkin verran suomalaiseen itsetuntoon sekä siihen, että jotkin nuoret hoitajat eivät pidä itseään expertteinä. Asiaa voisi kuitenkin tutkia tarkemmin. Tarkka kirjaaminen katsotaan tärkeimmäksi asiaksi potilasturvallisuudessa, mutta raportointia ei nähdä kovin tärkeänä tässä suhteessa.

Pieni vähemmistö (10-15%) hoitajista ilmoittaa että heille on vähän tärkeää kirjaamisen tai raportoinnin olennaisetkin puutteet, eivätkä he ole sitoutuneita potilastietoihin tutustumiseen etukäteen. Voisi jopa väittää, etteivät he juuri pidä hiljaista raportointia työnsä osana edes LEIKO:n potilaiden suhteen. Ilmeisesti suhtautumisessa LEIKO:n hiljaiseen raporttiin on suuria salikohtaisia eroja.

Hiljaisen raportoinnin edut tunnetaan melko huonosti. Edellisen vuoron kirjaamisen puutteista ja suullisista raporteista tulee joskus ylimääräistä työtä. Nämä ovat haasteita, joista ehkä kannattaisi keskustella yksikössä.

Yli puolet vastaajista on sitä mieltä että kokonaan hiljaiseen raportointiin ei voida koskaan siirtyä. He eivät ole ehkä sisäistäneet sitä, että ANTTI:iin siirtyminen tuo automaattisesti mukanaan huomattavan hiljaisen raportoinnin osuuden lisääntymisen, kun leikkaukseen tuovalla hoitajalla ei olekaan anestesiakaavaketta mukanaan eikä sitä tule myöskään salista heräämöhön.

6.2.2 Puutteet kirjaamisessa ja raportoinnissa

Hoitoratkaisujen perustelujen kirjaamisessa on haasteita. Puolet suullisista raporteista tapahtuu raporttilapuista, jolloin kirjauksia ei ”oikolueta” raportin yhteydessä. Olisi hyvä päästä eroon siitä ylimääräisestä työstä, jota tulee, jos edellinen vuoro ei ole kirjannut.

Kaikkia lääkärien määräyksiä ei kirjata. Kyselyn vastuksien mukaan kirjaamattomien määräysten määrä ei ole suuri, mutta lähdekirjallisuuden mukaan se on (Tengvall 2010). Tämä on haaste. Haittatapahtumien kirjaamisen parantamiseen tulisi kiinnittää huomiota.

Suuri potilasvirta, yhtenevän raportointimallin puute, tietokoneiden puute, kirjausten puutteellisuus ja leikkausjärjestyksen ja hoitajan sijoituksen muuttuminen vaikeuttavat potilaskertomukseen etukäteen tutustumista. Trauma- ja päivystyspotilaat tuntuvat olevan suullisesti raportoitavia potilaita.

6.3 Valmiudet hiljaiseen raportointiin

Kirjaamisen systemaattisuus, asennoituminen kirjaamiseen, kirjaamisajan resursointi ja kirjattavan asian substanssin hallinta ovat hiljaisen raportoinnin olennaisia osia.

Raportointitavan muutokseen tarvitaan oikea asenne, tieto-taito ja resurssit. Opinnäytteen tuloksista nähdään muutosvastarintaa, mutta myös paljon muutokseen tarvittavia osaamiseen liittyviä valmiuksia sekä halua kehittää raportointimalleja, omaa työtä, yksikön toimintaa ja potilasturvallisuutta. Tarvitaan lisää tietokoneita, raportoinnin koulutusta ja asennekeskusteluja sekä uusia perehdyttämiskäytäntöjä.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus, eettisyys ja tutkimuksen tekeminen

Reliabiliteetti:

Mittaustulosten toistettavuus on hyvä. Mittarin rakentamisessa on käytetty pohjana aikaisemmassa, laajassa väitöskirjassa käytettyä mittaria. Mittaria voidaan todennäköisesti pienillä muutoksilla käyttää vastaavissa tutkimuksissa. Mittarin kyky mitata tutkittavia asioita kattavasti on melko hyvä, kysely oli laaja ja vastasi teoriaosuutta hyvin.

Reliabiliteettia heikentää se että vastausprosentti jäi 14,4 prosenttiin. Leikkausosaston työn hektisyys ja käytettävissä olevien tietokoneiden puute selittävät osan kadosta. Kyselyä oli käynyt katsomassa 93 hoitajaa, heistä 41 oli aloittanut vastaamaan kyselyyn, mutta 14 jätti sen kesken. Vastaajat edustavat kuitenkin tutkimuskohdettaan hyvin työtehtävien, koulutuksen, sukupuolen, iän ja työkokemuksen suhteen.

Vastusprosentin varmistamiseksi tehtiin kuitenkin paljon. Kun kyselyyn annettu vastusaika oli loppumassa, Kesle:n hoitajien kahvihuoneisiin printattiin opinnäytetyön tekijän tekemä ”mainos” opinnäytteeseen vastaamisesta. Kaikille hoitajille myös lähetettiin sähköpostilla uusi pyyntö vastata kyselyyn. Lisäksi tekijä kävi henkilökohtaisesti pitämässä molemmissa kahvihuoneissa infotilaisuuden hoitajille lähetetystä kyselystä ja vastasi kysymyksiin sekä otti suullista palautetta kyselystä. Osa hoitajista kertoi vastanneensa 10 minuutissa ongelmitta. Joillakin oli ollut vaikeuksia ymmärtää joitain kyselyn kysymyksiä ja kysely oli tuntunut ”omituiselta”. Osastonhoitajille ei ollut kantautunut kyselystä sen kummempaa palautetta.

ANTTI on tämän tutkimuksen valmistuttua jo käytössä KESLE:ssä, tämän tutkimuksen tulokset kertovat tilanteesta ennen ANTTI:iin siirtymistä.

Validiteetti:

Teoreettisten käsitteiden operationalisointi onnistui melko hyvin, koska kyselyyn vastanneille ne olivat ennalta tuttuja, ammattisanastoa. Mittari oli vastaajalle melko haastava, mutta kysymyksillä ja vastausvaihtoehdoilla haluttiin mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Mittarin rakentamiseen nähtiin paljon vaivaa ja siinä oli mukana työryhmä. Tässä suhteessa validiteetti on kohtalainen. Aineiston hankinnassa käytettiin myös aineistotriangulaatiota.

Vastusprosentti olisi voinut olla jonkin suurempi, jos vastausvaihtoehdoissa tärkeyttä mittaaviksi vastausvaihtoehdot olisi vaihdettu normaaliin ”täysin eri mieltä – täysin samaa mieltä” -asteikkoon, kuten OpTa:n laatuvaastaava ensin ehdotti. Mittarin epätarkkuudet liittyvät siihen, että jotkin kysymykset jouduttiin laatimaan vaikeasti ymmärrettävästi, jotta saataisiin selville juuri mitattava asia.

Vastusprosentti on sinällään tutkimustulos. Hoitajilla on kädet täynnä töitä ja vähän aikaa tämän tyyppiseen työnsä kehittämiseen. Asiantuntijasairaanhoidaja sanoi, että tällaiseen tutkimukseen vastaaminen jää helposti yövuoroon. Opinnäytteen tekijälle jäi myös kuva, että kyselyn aihe ei ollut suurelle osalle vastaajista kovin kiintoisa. Avoimessa vastauksessa saatiin kuitenkin kannustava kommentti mittarista:

”Ja tähän ois voinu loppuun laittaa jonku palauteosion. Tämä oli meleko mielenkiintoinen survey :)”

Eettisyys:

Eettisyyttä on punnittu Hirsjärven (2007) antamien tieteellisille tutkimuksille asetettujen vaatimusten mukaan. Tutkimuksen tekijällä ei ole sidonnaisuuksia tutkimuskohteeseen ja tutkimuksen teossa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Työssä on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä rehellisyyttä. Tiedonhankinnassa, tutkimuksessa ja arvioinneissa on sovellettu tieteellisen tiedonhankinnan mukaisia menetelmiä ja hyvää tutkijan ammattietiikkaa. Aihepiiriä on tutkittu niin vähän, ettei plagiontimahdollisuuksia ole.

Tuloksia ei ole yleistetty tutkimuskohteen ulkopuolelle ja raportointi on tehty parhaan osaamisen mukaan.

Tutkimuksen tekeminen oli paljon odotettua työläämpää ja aikaa vievää. Aihe ei ollut helppo, teoriaperustan hankkiminen ja substanssin omaksuminen vaati töitä. Työstä muotoutui ehkä turhankin kunnianhimoinen projekti yhdelle opiskelijalle. Yksi haaste oli tämän tyyppisen kyselytutkimuksen markkinointi kohderyhmälle. Opinnäytteen tekijän henkilökohtainen kiinnostus aihealueeseen kuitenkin kantoi loppuun saakka.

7.2 Tulosten pohdinta

Myös aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on saatu melko huonoja tuloksia hoitotarveluokitusten melko heikosta osaamisesta (Rajalahti 2010), hoitopäätösten perustelemisesta ja potilaslähtöisessä kirjaamisesta (Tengvall 2010).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu tuloksia, joiden mukaan hiljainen raportointi lisää potilasturvallisuutta ja hoitohenkilökunnan sekä potilaiden oikeusturvaa (Leinonen ym. 2003, Jyrkinen 2010). Lisäksi sen nähdään vähentävän hoitajien potilassiirtoihin raportointiin kuluva työmäärää. Tällöin saadaan samalla henkilöstömäärällä lisää tarvittavia henkilöresursseja itse hoitotyöhön (Eriksson 2003). Tämän opinnäytteen tuloksissa edellä mainittuja etuja ei tunnusteta kovin hyvin.

Tässä työssä esitetyissä tuloksissa hoitajat arvioivat tarkan kirjaamisen ja raportoinnin hallinnassa sekä valmiutensa että toteutumisen paremmaksi kuin Tengvallin (2010) tutkimuksessa. Tengvallin (2010) mukaan lääkärit antavat erityisesti lääkärimääräysten kirjaamisesta huomattavasti huonomman arvion kuin hoitajat tämän opinnäytteen kyselyssä. Tosin Tengvallin (2010) kyselyssä hoitajien ja lääkäreiden arvio poikkesi miltei yhtä paljon. Väärän paikan kirurgiasta saadut vastaukset käyvät hyvin yksiin VPK:sta esitetyn teorian kanssa.

7.3 Aiheita jatkotutkimukselle

Raportointivaiheessa jatkotutkimuksen aiheeksi esiin nousi se, kuinka suuri osuus kaikista haittatapahtumailmoituksista on sellaisia, joissa haittatapahtuman syyksi nousee kirjaamisen ja raportoinnin näkökulma. Myös väärän paikan kirurgiassa olisi paljon tutkittavaa.

8 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Käsitykset hiljaisesta raportoinnista

Hoitotarveluokitusten tunnettavuutta rakenteellisen kirjaamisen perustana tulisi parantaa. Osastolle tehtyjen hiljaisen raportoinnin ohjeiden tunnettavuus on heikko ja näyttää siltä, että ne voivat jäädä opettamatta työntekijän perehdyttämisessä.

Noin puolet hoitajista katsoo, että suullinen raportti voi joskus vaarantaa potilasturvallisuuden, enemmistö näkee tämän vaaran olevan kuitenkin suurempi hiljaisessa raportissa. Tässä asenteessa saattaa olla syy, miksi hiljaiseen raportointiin siirtymistä kohtaan on muutosvastarintaa. Suhtautumista voitaneen parantaa muun muassa kehityskeskusteluilla, lisäkoulutuksella ja resurssien parantamisella; suurin osa vastaajista kirjaisi ja lukisi potilaskertomuksen paremmin, jos siihen olisi aikaa ja tietokoneita.

Kehittämisehdotukset kirjaamiseen ja raportointiin

Vastaajilla on seuraavanlaisia kehittämisehdotuksia kirjaamiseen ja raportointiin:

”Yhtenäisiä kirjaamistapoja ja selkeät pohjat. Nyt on eri aloilla suuriakin variaatioita. Suuri haaste on potilaiden suuri määrä ja niin monen eri erikoisalan potilaat. SELKEYTTÄ ja kirurgin ohjeet esim. post. oper. hoitoon selkeästi näkyville. Nyt ne kulkevat vain suullisen tiedon varassa ja vaihtelevat kovasti. Anest. lääkärin ohjeet ovat selkeämmin kirjallisena ja se helpottaa kovasti.”

”Jos kirjaaminen olisi REAALIAIKAISTA voisi hiljainen raportointi toimia, mutta viive on aina pahasta, jos tulee äkillisiä tilanteita. Leikkauksista osastollamme yli puolet on päivystysluonteisia, eli leikkauksen tarve on tullut n. vuorokauden sisällä. Tällöin reaaliaikainen tai lyhyen viiveen kirjaaminen on tärkeää. Nopea kirjaaminen ei ole nykyisessä eskossa mahdollista.”

”rastituskohdat raportointia varten”

”Hoitaja joka tuo potilaan tulisi tuntea potilaan sen hetkisen tilan ja sairaudet ym hoitoon tärkeät tiedot eikä olla vain moottorina potilaan sängylle”

”yhdenmukaisuus”

Koska esiin on noussut ajanpuute ja kirjaamisen jääminen vuoron loppuun, parannuskeinona ehdotettiin olla reaaliaikaista tai välitöntä kirjaamista, jolloin puutteita jää akuuttitilanteenkin tullessa vähemmän. Mielenkiintoinen ehdotus on se, että leikkausohjausjärjestelmä saataisiin integroitua ANTTI:n ja ESKO:on. Tällainen ratkaisu on tehty joissain keskussairaaloissa. KESLE:ssä kesään 2013 mennessä käyttöönotettava ANTTI (anestesiatietojärjestelmä) on integroitu ESKO:on ja se sisältää sekä leikkausohjausjärjestelmän että anestesiatietojen reaaliaikaisen tietojen automaattisen keruujärjestelmän, jota ei ole muualla Suomessa.

Resurssit

Kirjaamiseen ja seuraavan potilaan hiljaisen raportoinnin esteenä on käytettävissä olevien tietokoneiden määrä ja usein siihen käytettävän ajan puute. Suuri potilasvirta ja kirjaamisen jäämisen joskus työvuoron loppuun tuovat haasteen hiljaiseen raportointiin käytettävän ajan suhteen. Tähän voitaisiinkin ehkä vaikuttaa työpisteiden lisäämisellä ja suorittavan työn tauottamisella sekä sillä, että seuraavan päivän leikkaussuunnitelma saataisiin luettavaksi aikaisemmin, ennen työajan viimeistä tuntia.

Hoitajien mukaan ottaminen anestesia- ja leikkaushoitosuunnitelman tekemiseen parantaisi tiimityötä ja vähentäisi esimerkiksi VPK:n riskiä.

Koulutus

ANTTI:iin ja hiljaiseen raportointiin siirtyminen vaatii kirjaamisen ja hiljaisen raportoinnin lisäkoulutusta KESLE:ssä. Koulutuksen olisi hyvä vastata tässä tutkimuksessa esiin nousseisiin hiljaisen raportoinnin haasteisiin.

KESLE:n ja LEIKO:n välinen raportointiprosessi

Haasteet hiljaisen raportoinnin suhteen ovat ilmeisesti lähinnä joidenkin KESLE:n hoitajien asenteessa ja potilaan tunnistamisessa. Lisäkoulutuksella nähtiin saatavan parannusta asiaan.

LEIKO:n hoitajien mielestä potilaan siirtämisessä leikkausostolle voitaisiin käyttää potilaskuljetusta, kun KESLE:n ja LEIKON:n välinen raportointi saadaan toimimaan vielä paremmin. KESLE:ssä ilmeisesti ajatellaan, ettei potilaan tuoja saa olla vain sängyn moottori. Hiljaisen raportoinnin ohjeiden tunnettavuutta tulee parantaa.

Leikkauksen jälkeisessä heräämötöyössä ei nähty ongelmaa. Parannuksia hiljaisessa raportoinnin suhteen toivottiin etenkin joidenkin KESLE:n hoitajien asenteessa ja potilaan tunnistamisessa. Lisäkoulutuksella nähtiin saatavan parannusta asiaan. Valvomolta toivottiin välitöntä tietoa leikkausten peruutuksista ja salin muuttumisesta potilaan kohdalla. LEIKO:n hoitajat toivovat jatkossa enemmän LEIKO:n ja KESLE:n välistä palautetta hiljaisen raportoinnin toimimisen parantamiseksi.

Väärän paikan kirurgian välttäminen

Suomessa ei ole tilastoja VPK:n ja ”läheltä piti” -tilanteiden yleisyydestä. Yhtenä syynä tähän voi olla se että kuten tämän opinnäytteen tuloksista selviää, ainakin ”läheltä piti” -tilanteiden kirjaaminen ja raportointi on puutteellista. Tähän olisi hyvä puuttua perehdytyksessä ja henkilöstön koulutuksessa. Lisäksi voisi olla hyvä laajalti tiedottaa ”läheltä piti” -tilanteista koko hoitoketjuun osallistuvia, jotta näistä tilanteista otetaan opiksi.

Koulutuksella voitaisiin parantaa leikkaustiimin kommunikaatiota leikkauspuolen suhteen. Lisäksi tulee lisätä tietoisuutta siitä, etteivät hoitajat tunnista kuuluvansa viidennekseen, joka ei automaattisesti tunnista oikeaa ja vasenta toisistaan.

Oikean puolen valmisteleminen leikkaukseen ei aina toteudu. Tämä on suuri haaste. Leikattavan puolen vaihtelevuus potilaskertomuksen eri osissa ja että kirurgi ei ole aina merkinnyt leikattavaa puolta, ovat suuria puutteita, joista olisi päästävää eroon esim. eri ammattiryhmien yhteiskoulutuksella ja vastuunjaolla leikattavan puolen kirjaamista ja merkitsemisen suhteen.

USA:ssa VHA Inc. listasi vuonna 2002 ohjeet VPK:n estämiseksi:

”1. Toimenpiteen suorituspuoli, oikea/vasen aina kirjattava leikkauslistaan, 2. Potilaasta vastaava hoitaja tarkistaa leikkauslistan ja potilaan sairauskertomuksen merkintöjen yhteneväisyyden leikkauskohdan suhteen, 3. Hoitaja tarkistaa potilaan kanssa leikkauspaikan ja potilas merkitsee sen, oikea/vasen, 4. Anestesiaalääkäri haastattelee potilaan ja tarkistaa sairauskertomuksesta leikkauskohdan. Leikkaussalissa: 5. Anestesiaalääkäri ja kirurgi tarkistavat yhdessä leikkauspaikan sairauskertomuksen ja tehtyjen tutkimusten perusteella, 6. Leikkauskohdan pesun ja peittämisen jälkeen leikkaustiimi vielä varmistaa keskustellen oikean leikkauskohdan, ja 7. Hoitaja kirjaa leikkaussalissa tapahtuneet varmistustoimenpiteet potilaan sairauskertomukseen”
(Vastamäki 2009)

LÄHTEET

Eriksson, E., Puumalainen, A., Långstedt, K. 2003. Suullisesta raportoinnista elektroniseen tiedonvälitykseen. Tutkiva hoitotyö. Vol. 1 1/2003.

Haavisto, M. 2011. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Hallila L. (toim.). 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Kuopion yliopisto.

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

Jurkkela, E-M. 2010. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto.

Jyrkinen, H. 2010. Perioperatiivisen lisäkoulutuksen arvioita – haastattelututkimus sairaanhoidajille. Itä-Suomen yliopisto.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki:WSOY

Keskusleikkausosaston toiminnan ja leikkauspotilaan hoitoprosessin kuvaus operatiivisella tulosalueella. 4.5.2011. Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. OYS. OpTA. KESLE / laaturyhmä.

Kupari, P. 2012. ISBAR –menetelmä. Tiedonkulun turvaaminen potilaasta raportoitessa / konsultoitessa Metropolia ammattikorkeakoulu.

Kuuppelomäki M. 1994. Vuoteenvierusraportin edut ja haitat. Hoitotiede 6 (4).

Kuusio, K. 2007. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen - Perusterveydenhuollon näkökulma. Teoksessa: Lundgren- Laine, H., Salanterä, S., Haapalainen- Suomi, S. 2007. (Toim.) Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A53. Turun yliopisto.

Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Lange LL. 1997. Informatics Nurse Specialist: Roles in Health Care Organizations. *Nursing Administration Quarterly* 21(3), 1-10.

Lauri, S., Eriksson, E., Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. WSOY.

Lauri, S., Salanterä, S. 2002. Hoityön päätöksentekoteoria. *Hoitotiede* 14 (4), 158-166.

Leinonen, T., Kiviniemi, K., Junntila, K. 2007. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaaminen haasteiden edessä. Kartoitus paljasti kehittämistarpeita kirjaamiskäytäntöjen ja -sisältöjen yhdenmukaistamiseksi. *Sairaanhoitajalehti* 4/2007. Hakupäivä 22.4.2012, http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4_2007/muut_artikkelit/perioperatiivisen_hoitotyön_kirj/

Nissilä, A. 2005. Esimerkkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa: Hallila L. (toim.). 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi.

Menetelmäopetuksen tietovaranto, kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien oppimisympäristö.2010. Tampereen yliopisto. Hakupäivä 29.3.2012, <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html>.

Myllykangas, P. 2011. Sairaanhoitajien arvioita potilasturvallisuuskulttuurista – kysely erikoissairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto.

Puumalainen A., Långstedt K. & Eriksson E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. *Tutkiva hoitotyö* 1(1), 4-9.

Rajalahti, E., Saranto, K. 2011. Tiedonhallinnan osaaminen – haaste hoitotyön koulutukselle ja työelämälle. *Hoitotiede* 2011, 23 (4), 243-257

Rehn, K., 2008. Sairaanhoidajan näyttöön perustuva osaaminen peruselintoimintojen tarkkailussa ja hoitotyön päätöksenteossa. *Metropolia ammattikorkeakoulu*.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., Soininen, A. 2007. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. WSOY.

Satakunnan keskussairaala osaraportti IV. 2000. *Hoitotyön kirjaaminen leikkaus- ja anestesiaosastolla*. Hoitotyön kirjaamisen nykytilan kartoitus akuuttihoito- ja toimenpideyksiköissä- Ensiapupoliklinikan, sydänvalvomon, teho- osaston sekä leikkaus- ja anestesiaosaston kirjaamisen tarkastelua yhden viikon ajanjaksoilta vuosina 1997 ja 1999.

Susilahti, H. 2003. *Hoitotyön kirjaaminen osana hoidon dokumentointia*. Operatiivisella tulosalueella vuosina 2002 -2003 laaditut hoitotyön kirjaamisen kriteerit. Satakunnan sairaanhoitopiiri.

Tengwall, E. 2010. *Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys*. Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anesthesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Kopiojyvä

Martti Vastamäki, VPK-kirurgia, vältettävissä oleva hoitovirhe, *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* Vol. 32, 216 SOT 3/2009

LIITEET

Liite 1: Yhteistyösopimus

Liite 2: Tutkimuslupa

Liite 3: Hiljainen raportti KESLE:een. Hiljaisen raportoinnin ohjeet 23.12.2011

Liite 4: LEIKO:n teemahaastattelun 19.1.2013 raportti

Liite 5: Kyselyn saate

Liite 6: Kyselylomake



OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS

I Toimijat		
Tekijä (Opiskelija)	Etinimi	Sukunimi
	Mika	Seppänen
	Osoite	Sähköpostiosoite
	Nuutintie 2 a1	c9semi00@studets.oamk.fi
	Puhelinnumero	Koulutusohjelma
	040-5434497	Hoitotyön sv
Toimeksi- antaja	Organisaation nimi	
	OYS / OPTA / keske	
	Työn ohjaaja/yhteyshenkilö	Osoite
	Pirkko Siivonen	Kajaanintie 50
	Puhelin	Sähköposti
	08 315 6408	pirkko.siivonen@opshp.fi
Oulun seudun ammatti- korkeakoulu	Yksikön nimi	
	OAMK / OULAINEN	
	Ohjaava opettaja	Osoite
	Maija Alahuhta	Kuntotie 2, 86300 Oulainen
	Puhelin	Sähköposti
	050-5281587	maija.alahuhta@oamk.fi
Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu	Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on Tekijällä. Ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen.	
Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus	Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö raportoidaan ammattikorkeakoulujen verkkokirjasto Theseukseen (http://www.theseus.fi) tai Oulun seudun ammattikorkeakoulun Intraan. Opinnäytetyötoimijat päättävät raportointitavan opinnäytetyön valmistuttua. Tekijä, Toimeksiantaja ja Ohjaava opettaja sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.	
II Suunnitelma		
Opinnäytetyö	Aihe/työnimi	
	OAMK OPTAN HENKILÖVUONNAN VÄSITYKSET HILJAINENSTA RAPORTOINNISTA	
	Kehittämis-/tutkimustehtävän tavoite ja tulos	
	KEHITTÄÄ HILJAINEN RAPORTOINTIA	
	Keskeiset menetelmät	
	KYSELY / HAASTATTELU	



Korvaukset	Valitaan E, F tai G. <input type="checkbox"/> Korvauksena tehdystä työstä ja/tai tekijänoikeuksien luovuttamisesta Toimeksiantaja maksaa Tekijälle _____ € korvauksen _____,20 _____ mennessä. <input type="checkbox"/> Korvauksesta on sovittu erikseen. <input type="checkbox"/> Tekijälle ei makseta korvauksia tehdystä työstä eikä tekijänoikeuksien luovuttamisesta. Työsuhde Mahdollisesti työsuhteesta Toimeksiantaja ja Tekijä sopivat erikseen. Opinnäytetyötä tekevät opiskelijat ovat Oulun seudun koulutus kuntayhtymän/Oulun seudun ammattikorkeakoulun tapaturmavakuutuksen piirissä, mikäli heillä ei ole työsuhdetta opinnäytetyön Toimeksiantajaan.					
Opinnäytetyön kustannukset	Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat Toimeksiantaja ja Tekijä keskenään. Ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.					
Allekirjoitukset	Olemme sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta tässä sopimuksessa sovitulla tavalla. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika on <u>29.12.2012</u> . <table border="1"> <tr> <td>Päivämäärä <u>19.12.2011</u></td> <td>Tekijän (Opiskelijan) allekirjoitus </td> </tr> <tr> <td>Päivämäärä <u>19.12.2011</u></td> <td>Toimeksiantajan allekirjoitus </td> </tr> </table>		Päivämäärä <u>19.12.2011</u>	Tekijän (Opiskelijan) allekirjoitus 	Päivämäärä <u>19.12.2011</u>	Toimeksiantajan allekirjoitus
Päivämäärä <u>19.12.2011</u>	Tekijän (Opiskelijan) allekirjoitus 					
Päivämäärä <u>19.12.2011</u>	Toimeksiantajan allekirjoitus 					
aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin	kopioida, esittää ja näyttää aineistoa ja levittää opinnäytetyöstä tehtyjä kappaleita. Toimeksiantajalla ei ole oikeutta muuttaa opinnäytetyötä ilman Tekijän lupaa. Muusta käytöstä on sovittava erikseen kirjallisesti. Toimeksiantaja ei voi siirtää tämän sopimuksen mukaista käyttöoikeutta kolmannelle osapuolelle. Käyttöoikeus on voimassa _____,20 saakka. Tekijä luovuttaa Oamkille rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään materiaaliin ilman erillistä korvausta. Käyttöoikeus sisältää oikeuden säilyttää opinnäytetyö ja siihen liittyvä materiaali sekä käyttää sitä opetus- ja tutkimustoiminnassa, kirjastopalveluissa, toimintansa esittelyssä ja markkinoinnissa ja muussa tavanomaisessa toiminnassaan. <input type="checkbox"/> Käyttöoikeuden luovutus (sisältää muuteloikeuden) Tekijänoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluu opinnäytetyön Tekijälle (Opiskelijalle). Tekijä myöntää Toimeksiantajalle rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään aineistoon. Toimeksiantaja saa valmistaa opinnäytetyöstä kopioita, esittää ja näyttää aineistoa ja levittää opinnäytetyöstä tehtyjä kappaleita sekä tehdä siihen levittämisen ja yleisön saataville saattamisen kannalta tarpeelliset muutokset. Muusta käytöstä on sovittava erikseen kirjallisesti. Toimeksiantaja ei voi siirtää tämän sopimuksen mukaista käyttöoikeutta kolmannelle osapuolelle. Käyttöoikeus on voimassa _____,20 saakka. Tekijä luovuttaa Oamkille rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään materiaaliin ilman erillistä korvausta. Käyttöoikeus sisältää oikeuden säilyttää opinnäytetyö ja siihen liittyvä materiaali sekä käyttää sitä opetus- ja tutkimustoiminnassa, kirjastopalveluissa, toimintansa esittelyssä ja markkinoinnissa ja muussa tavanomaisessa toiminnassaan. <input type="checkbox"/> Taloudelliset tekijänoikeudet luovutetaan kokonaan toimeksiantajalle Tekijä (Opiskelijalle) luovuttaa Toimeksiantajalle kaikki opinnäytetyöhön ja sen tuloksiin liittyvät taloudelliset tekijänoikeudet. Toimeksiantajalla on oikeus luovuttaa tämän sopimuksen mukaiset oikeudet edelleen kolmannelle osapuolelle Tekijää kuulematta ja tehdä levittämisen ja yleisön saataville saattamisen kannalta tarpeelliset muutokset. Oikeus siirtoon sisältyy, mutta ei rajoitu, kaikki oikeudet muuntaa, välittää, esittää julkisesti ja levittää tallennetta, siirtää se toiselle medialle ja valmistaa kopioita (myös otteita) esittämistä, myyntiä, vuokraamista tai muuta levittämistä varten hyödyntämällä sähköistä, analogista- tai digitaalitekniikkaa, cd- ja dvd-formaatteja, multimediaa, printtimediaa, tietoverkkoja ja videovuokrausjärjestelmiä ja muita vastaavia teknologisia ratkaisuja jakelutavasta riippumatta. Tekijä vakuuttaa, että hänellä on oikeus luovuttaa kaikki edellä mainitut oikeudet, ja että kyseiset oikeudet eivät Tekijän parhaan tiedon mukaan loukkaa kolmannen osapuolen oikeuksia. Toimeksiantaja luovuttaa Oamkille rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyöhön ja siihen liittyvään materiaaliin ilman erillistä korvausta. Käyttöoikeus sisältää oikeuden säilyttää opinnäytetyö ja siihen liittyvä materiaali sekä käyttää sitä opetus- ja tutkimustoiminnassa, kirjastopalveluissa, toimintansa esittelyssä ja markkinoinnissa ja muussa tavanomaisessa toiminnassaan. <input type="checkbox"/> Tekijänoikeuksista sovitaan erikseen Tekijä ja Toimeksiantaja ovat sopineet opinnäytetyön ja sen tulosten tekijänoikeuksista luovuttamisesta seuraavaa:					

LIITE 2

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin
kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE/OPINNÄYTETYÖLLE
(täytettävä koneella)

OYS / OPTA / KESLE		vastuuyksikkönro		DIAARINRO:	
Klinikka / laitos					
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet Seppänen Mika Antero				
	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka OAMK		Nykyinen virka / toimi / opiskelija sh. opiskelija		
	Kotiosoite Jäkälätie 13 a		Postinro ja -paikka 90650 Oulu		
	Puhelin toimeen	Puhelin kotiin 040-5434497	Sähköpostiosoite c9semi00@students.oamk.fi		
	Suoritettu tutkinto Ympäristösuunnittelija AMK		Suoritusvuosi 2000	Suorituspaikka OAMK	
2. Tutkimusprojektia tai tutkimusta koskevat tiedot (Diaarinro) Katsota hallinto-keskuksen tiedote 15/2009)	Tutkimusprojektin lyhyt nimi OYS:n OPTA:n henkilökunnan käsitykset ja kehittämistarpeet hiljaisesta raportoinnista				
	Tutkimus on		<input checked="" type="checkbox"/> julkinen		Tutkimusaika 1 - 12/2012
			<input type="checkbox"/> salainen		
	Pääkaavanumero 901		Tutkimuksen luonteen määrittely Kavantitatiivinen tutkimus		
	Tutkimus on				
	<input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu)		<input type="checkbox"/> gradu		<input type="checkbox"/> muu, mikä
	<input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede)		<input type="checkbox"/> väitöskirja		
	Anoja on		Anoja osallistuu potilastyöhön		
	<input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija		<input type="checkbox"/> muu tutkija		<input type="checkbox"/> kyllä
	<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija				<input checked="" type="checkbox"/> ei
Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökijä Maija Alahuhta OAMK / Pirkko Sivonen, opiskelijakoordinaattori, KESLE					
Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät KESLE:n hoitohenkilökunta					
Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteenä)					
Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ▶ Erillinen liite					
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuvista vuosittaisista suoranaista kustannuksista					
<input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä		<input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta sairaalalle kustannuksia			
Ulkopuolinen rahoitus					
<input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja		Rahoittaja	Ei ole	Sopimuksen nro	
<input type="checkbox"/> kokonaan		<input type="checkbox"/> osittain			
Muu rahoitus					
<input type="checkbox"/> EVO		<input type="checkbox"/> muu, mikä		Ei ole	
<input type="checkbox"/> KEVO		Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)			
Päivämäärä 1.6.2012 Anojen allekirjoitus ja nimen selvennys					
Mika Seppänen 					
3. Lausunnot	3. Tarvittavat lausunnot ja luvat				
	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvetta		lähetyispäivä		vastaus saatu
Luvat	<input type="checkbox"/> Shp:n eettinen toimikunta				
	<input type="checkbox"/> ¹⁾ ETENE - ²⁾ TUKIJA				
	<input type="checkbox"/> Lääkelaitos ³⁾		<input type="checkbox"/> STM ⁴⁾	<input type="checkbox"/> VALVIRA ⁵⁾	
4. PÄÄTÖS	Tutkimustulosten omistusoikeus				
	<input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta		<input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta		
	Päätös				
	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti				
	<input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin				
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi		<input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä			
Päätöksentekijä					
<input checked="" type="checkbox"/> tulosyksikön johtaja / vastuualueen johtaja / ylihoitaja		<input type="checkbox"/> johtajayliääkäri / hallintoylihoitaja		<input type="checkbox"/> hallitus	
Päivämäärä		Allekirjoitus		LOMAKKEEN SÄILYTYS	
11.6.2012				- Tutkija (tutkimuksen ajan)	
		MERJA FORDELL		- Päättävä (arkistointi)	
		ylihoitaja			

¹⁾ ETENE= Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta

²⁾ TUKIJA= Valtakunnallinen tutkimuseettinen jaosto

³⁾ Lääkelaitokselta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa.

⁴⁾ Rekisteritutkimukset

⁵⁾ Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote 5/2009 (luvat).

LIITE 3

Hiljainen raportti KESLE:een. Versio 1.0. PPSHP. OYS / OpTA / KESLE. Päivitetty: 4.11.2010,tarkistettu: 8.11.2011sh J. Jussila, 23.12.2011 sh.R. Nyman

HILJAINEN RAPORTTI LEIKKAUSSALIIN**Avaa ESKOLTA potilaskertomus ja käy läpi seuraavat asiat**⌚ **Hoitosuunnitelma**

- Taustatiedot
- Sairaalaan tulotilanne

⌚ **Anestesia pre-pkl teksti**⌚ **Riskitiedot**

- Lääkeyliherkkyydet, lääkereaktiot
- Ruoka-aine ja muut allergiat
- Ak- hoito, vuotoherkkyys
- Vierasesineet, keino-, siirtoelimet
- Liikerajoitukset

⌚ **Lääkehoito**⌚ **Weblab, laboratoriovastaukset**⌚ **Verso, vasta-aineseulonta ja verivaraus****Lisäksi tarkasta potilaan tullessa**

Annetut lääkkeet, ravinnotta olo, virtsaus, ekg,
leikkauspuolen merkintä, potilaan mukana tuleva omaisuus
ja muut mahdolliset asiat

Hiljainen raportti on käytössä KAIKILLA elektiivisillä tekonivelpotilailla (Leiko, os. 6, 10) saleissa 10, 11, leikon kilpirauhaspotilailla, sekä Ls.15 os.5:n potilailla.

LIITE 4

RAPORTTI LEIKO-OSASTON HENKILÖKUNNAN TEEMAHAASTATTELUSTA 19.10.2012

Teema: LEIKO:n henkilökunnan kokemuksia LEIKO:n ja KESLE:n välisestä hiljaisesta raportoinnista. Paikalla oli osastonhoitaja ja kolme osaston sairaanhoitajaa. He olivat tutustuneet etukäteen KESLE:n henkilökunnalle lähetettyyn kyselyyn. Haastattelukysymykset ja vastaukset:

1. Osaston toimintaprosessin kuvaus

Elektiiviset leikkauspotilaat saapuvat leikkausaamuna LEIKO:oon, heille tehdään leikkausvalmistelut ja saatetaan leikkaukseen. LEIKO:lla toimii myös eri kirurgian erikoisalojen pre-poliklinikat. 50% potilaista haastatellaan prepolilla ja 50% LEIKO:ssa. Nykyään 65% OYS:n leikkauspotilaista menee leikkaukseen LEIKO:n kautta, jatkossa jopa 80%. LEIKO:n potilaat ovat kaikkien kirurgian erikoisalojen potilaita joten LEIKO:sta potilaita viedään kaikkiin leikkaussaleihin. Leikkauksen jälkeen potilaat viedään teho-osastolle tai vuodeosastolle suoraan heräämöstä. Leikossa potilaat jaetaan saleittain hoitajille, jaossa pyritään huomioimaan kenellä hoitajalla potilas on esimerkiksi käynyt prepolilla, jolloin tuttu hoitaja on myös viemässä saliin. Leikohoitajien työpanoksesta puolet menee LEIKO-toimintaan ja toinen puolikas prepoleilla työskentelyyn. Hoitajalla on työvuoron aikana vietävänä noin 2-4 potilasta. Leikkauksia LEIKO:ssa perutaan lähinnä potilaista johtuvista syistä; esim. flunssan ja märkivien haavojen takia. LEIKO:n osastonhoitaja osallistuu potilastyöhön yhtenä hoitajana.

Leikkaavan kirurgin tulee käydä katsomassa potilaansa ennen leikkausta Leikossa. Jotkut kirurgit kirjaavat Eskoon, jos eivät katso potilasta Leikossa. Leiko on yhteydessä ko leikkaussaliin, jos ei tavoita leikkaavaa kirurgia potilasta katsomaan.

2. Kirjaaminen, potilaan kutsuminen ja vieminen leikkausosastolle sekä raportointi prosessina

LEIKO:lla on selkeät kirjaamisohjeet hiljaista raportointia varten, kirjaaminen hallitaan hyvin ja siihen panostetaan eikä henkilöstöllä ilmennyt ole siinä suhteessa lisäkoulutustarvetta. Hoitajien mukaan KESLE saa hoitosuunnitelmasta kaiken tarvittavan tiedon potilaasta.

LEIKO:n hoitajien havainto on että anestesiahoitajat useimmiten tarkistavat potilaan henkilöllisyyden rannekkeesta ja että nuoremmat hoitajat varmistavat perusasiat huolellisemmin.

Saleissa hiljainen raportointi on jo käytössä, LEIKO:n hoitaja vie potilaan suoraan leikkaussaliin. Siellä hän kertoo anestesiahoitajalle jos potilaan vointi on äkillisesti huonontunut, potilaan mukana olevat tavarat sekä jo aloitetun lääkityksen. Sitten hän kysyy onko potilaasta jotain kysyttävää. Vastaus on yleensä että on luettu. Joskus anestesiahoitaja ilmoittaa ettei ole lukenut (vaikka olisi pitänyt) koska ”ei ole ehtinyt”, ”aamulla ollut muuta”, ”miksi lukisin” tai ”en lue koskaan” tai kyseessä on ns.päästäjä, joka ei ole todellakaan ehtinyt perehtyä potilaaseen. Muutama hoitajaa kuvattiin hiljaisen raportoinnin suhteen ylimielisiksi. Joskus on ilmeistä että anestesiahoitaja ei ollutkaan lukenut (tai ei ole saanut kuvaa potilaasta tai ymmärtänyt hänen tilannettaan) vaikka sanoi lukeneensa.

3. Väärän puolen leikkauksien riskit

Väärän puolen leikkauksia ei ole LEIKO -toiminnassa sattunut ja riskit ovat pienet. Hoitajat kertoivat että heidän täytyy olla valmisteluvaiheessa tarkkana, ettei leikattavan puolen suhteen ole ristiriitaisuuksia potilaskertomuksen eri teksteissä tai leikkausilmoituksessa.

4. Arvosana LEIKO:n ja KESLE:n toiminnasta näiden osastojen välisessä hiljaisessa raportoinnissa (asteikolla 1-5)

HOS/ANEVA saivat arvosanaksi 3,5. LEIKO arvioi oman toimintansa arvosanaksi 5. KESLE:n heräämön kirjaukset arvioitiin hyvin hoidetuksi (KESLE:n kyselyn kysymykset 66-68).

5. Suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin

LEIKO:n hoitajien mielestä jatkossa potilaiden viemisessä saliin voisi käyttää potilaskuljetusta, mutta ainakin nykyisin se ei toimi. LEIKO:lla on sopimus, että kuljetukseen voidaan pyytää apua KESLE:stä, jos tiukka tilanne. Potilaat voi kävellä suurin osa saliin, ongelma on lähinnä sängyn kuljettaminen ja aamut ruuhkaisia.

KESLE:n kyselystä LEIKO:n hoitajat nostivat esiin hiljaisen raportoinnin edut. He kokivat erittäin tärkeäksi sen että se lyhentää saliin vientiaikaa ja siitä on etua yksikön toiminnalle.

Hoitajat olivat sitä mieltä että suullinen raportti ei vaaranna potilaan turvallisuutta. Joissain tapauksissa tarvitaan suullinen raportti, kun kokemus ohjaa sitä mitä potilaasta tulee jatkossa tarkkailla (kysymys 78 KESLE:n kyselyssä)

LEIKO:n hoitajat pitivät ANTTI:a hyvänä uudistuksena mutta arvioivat Anttiin siirtymisen vaativan hiljaisen raportoinnin lisäkoulutusta KESLE:ssä. LEIKO olisi valmis muuttamaan raportoinnin hiljaiseksi kaikissa leikkauksissa, ja näin on tapahtunutkin.

Leikkauksen jälkeisessä heräämötyössä ei nähty ongelmaa. Parannuksia hiljaisessa raportoinnin suhteen toivottiin etenkin joidenkin KESLEN:n hoitajien asenteessa ja potilaan tunnistamisessa. Lisäkoulutuksella nähtiin saatavan parannusta asiaan. Valvomolta toivottiin välitöntä tietoa leikkausten peruutuksista ja salin muuttumisesta potilaan kohdalla. Leikon hoitajat toivovat jatkossa enemmän LEIKO:n ja KESLEN:n välistä palautetta hiljaisen raportoinnin toimimisen parantamiseksi.

LIITE 5

1. Sähköpostilähete:

Tervehdys!

Olen Mika Seppänen, keväällä 2013 valmistuva sairaanhoitajaopiskelija OAMK:sta. Teen KESLE:n hoitohenkilökuntaa koskevaa opinnäytetyötä ja pyydän sinua vastaamaan tämän viestin lopussa olevan linkin kautta Webropol-kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen on helppoa ja nopeaa, lomake on monivalintalomake. Varaa kuitenkin ainakin 15 min aikaa. Jos joudut jostakin syystä keskeyttämään vastaamisen, paina Keskeytys-painiketta. Sinulle tulee myöhemmin sähköpostiin Webropolin lähettämä linkki, josta pääset jatkamaan vastaamista.

Kysely koskee KESLE:n henkilökunnan kirjaamista ja raportointia. Työyksikkösi tulevan uuden tiedonhallintajärjestelmän käyttöönoton kannalta on tärkeää että kaikki hoitajat vastaavat tähän kyselyyn. Kyselyyn vastataan anonyymisti, joten vastaajaa ei voi jäljittää missään tutkimuksen vaiheessa

Kyselyn täyttämällä voit vaikuttaa työsi laatuun tulevaisuudessa.
Vastausaikaa kyselyyn on 15.10. 2012 saakka. Suurkiitos!

ps. Tarkemman vastusohjeen löydät kyselyn ensimmäisen sivun ylälaidasta. Voit aina palata kyselyn alkuun nuolinäppäimillä

2. VASTAUSOHJE: Hiljaisella raportoinnilla tarkoitetaan tässä kyselyssä sitä, että potilasta leikkausosastolle/leikkausaliin vastaanotettaessa ja heräämössä työvuorojen vaihtuessa potilastiedot luetaan potilaskertomuksesta, niitä ei käydä suullisesti läpi.

Pyydän Sinua vastaamaan kaikkiin kysymyksiin. Kyselylomake koostuu taustatiedoista ja hiljaiseen raportointiin liittyvistä väittämistä. Valitse omaa näkemystäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto tai kirjoita kysytty tieto sille varattuun tilaan. Osassa kysymyksiä pyydetään anestesiahoitajia arvioimaan myös instrumenttihoitajan työtä ja toisinpäin.

Heräämötöytä koskeviin kysymyksiin tulee kuitenkin vastata vain heräämötöytä tekevien .

Vastausvaihtoehdot TÄRKEYS ja TOTEUTUMINEN on valittu siksi, että kysely olisi vertailukelpoinen jo aiemmin samasta aihepiiristä tehtyyn kyselyyn. Joissakin kysymyksissä vastausvaihtoehdot tuntuvat ristiriitaisilta ja silloin TÄRKEYS on hyvä ajatella asteikoksi EN LAINKAAN SAMAA MIELTÄ - TÄYSIN SAMAA MIELTÄ. Tästä esimerkkinä kysymys 78: "78. Joskus kirjallinen raportti on mahdotonta koska kokemuksen tuoma vaisto ohjaa sitä mitä potilaasta tulee jatkossa tarkkailla"

Liite 6:

KYSELYN RAPORTTI / KESLE:n henkilökunnan suhtautuminen hiljaiseen raportointiin

1. Ikä (vuotta)

	Minimiarvo	Maksimiarvo	Keskiarvo
Ikä (vuotta)	24	55	40,26

2. Sukupuoli

	Sukupuoli
Nainen	21
Mies	6

3. Koulutus:

	Koulutus:
1 Opistoasteinen	9
2 AMK	16
3 Ylempi AMK	0
4 Perusasteinen	2

4. Toimin pääsääntöisesti:

	Toimin pääsääntöisesti:
1 Leikkaushoitajana	5
2 Anestesiahoitajana	20
3 Lähihoitajana	2

5. Työkokemus nykyisessä ammatissa (vuotta)

	Minimiarvo	Maksimiarvo	Keskiarvo
Työkokemus nykyisessä ammatissa (vuotta)	1	29	12,72

6. Työkokemus nykyisessä työyksikössä (vuotta)

	Minimiarvo	Maksimiarvo	Keskiarvo
Työkokemus nykyisessä työyksikössä (vuotta)	1	29	10,02

7. Työsuhde tällä hetkellä

	Työsuhde tällä hetkellä
1. Määräaikainen	7
2. Vakinainen	20

8. Minkä erikoisalan potilaita hoidetaan leikkausyksikössäsi?

	Minkä erikoisalan potilaita hoidetaan leikkausyksikössäsi?
1 Neurokirurgia	25
2 Gastroenterologia	26
3 Plastikkirurgia	25
4 Urologia	25
5 Yleiskirurgia	25
6 Sydän- ja/tai verisuoni- ja/tai thoraxkirurgia	26
7 Ortopedia ja/tai traumatologia	26
8 Gynekologia	8
9 Lastenkirurgia	11
10 Muu, mikä?	3

Avoimet vastaukset: 10 Muu, mikä?

- korva
- kaikkia vastaantulevia päivistysaikaan
- elintenirrotuksia
-

9. Oletko saanut lisäkoulutusta kirjaamiseen ja/tai hiljaiseen raportointiin?

	Oletko saanut lisäkoulutusta kirjaamiseen ja/tai hiljaiseen raportointiin?
1. Olen saanut	15 %
2. En ole saanut	85 %

10. B. KIRJAAMISEN JA RAPORTOINNIN PERIAATTEET

TÄRKEYS omassa/toisen työssä/työyksikössä

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
10. Kirjaaminen yksikössä on näyttöön perustuvaan hoitotyötä (kriittinen ajattelu ja tiedon hakeminen/arviointi, sen soveltaminen)	0 %	4 %	96 %
11. Hoitotyön asiakirjan lukijan on saatava selville hoitoratkaisujen perustelut	4 %	8 %	88 %
12. Osaan Kansallinen hoitotarveluokituksen (FinCC)	57 %	35 %	9 %
13. Hallitsen Oulun hoitoisuusluokituksen (ESKO:n hoitosuunnitelman hoitoisuusluokitus)	42 %	33 %	25 %
14. Kirjaamiseni tulee olla tehtäväkeskeistä	4 %	28 %	68 %
15. Kirjaamiseni tulee olla potilaskeskeistä	0 %	0 %	100 %
16. Potilaskertomukseen perehtyminen etukäteen on hyvin oleellinen osa työtäni	0 %	8 %	92 %
Yhteensä	14 %	16 %	69 %

11. B. KIRJAAMISEN JA RAPORTOINNIN PERIAATTEET

TOTEUTUMINEN

	Ei koskaan	Joskus	Usein
10. Kirjaaminen yksikössä on näyttöön perustuvaan hoitotyötä (kriittinen ajattelu ja tiedon hakeminen/arviointi, sen soveltaminen)	5 %	14 %	82 %
11. Hoitotyön asiakirjan lukijan on saatava selville hoitoratkaisujen perustelut	0 %	37 %	63 %
12. Osaan Kansallinen hoitotarveluokituksen (FinCC)	70 %	22 %	9 %
13. Hallitsen Oulun hoitoisuusluokituksen (ESKO:n hoitosuunnitelman hoitoisuusluokitus)	32 %	50 %	18 %
14. Kirjaamiseni tulee olla tehtäväkeskeistä	0 %	23 %	77 %
15. Kirjaamiseni tulee olla potilaskeskeistä	0 %	9 %	91 %
16. Potilaskertomukseen perehtyminen etukäteen on hyvin oleellinen osa työtäni	0 %	13 %	87 %
Yhteensä	15 %	24 %	61 %

12. 17. Jos jokin edellisistä toteutuu harvoin, kerro mikä esteitä lyhyesti:

Vastaajien määrä: 8

- 13. heräämössä, jossa työskentelen ei ole olemassa hoitoisuusluokitusta. eikä osaston hoitoisuusluokitus ole tuttu eikä saatavilla. nro 12.00->en ole tutustunut ja yöyksikössäni ei ole tuotu sitä esille.
- Läheskään aina ei ole mahdollista edellisen potilaan aikana käydä koneella tai viipyä koneella niin kauan että ehtisi tutustua seuraavaan potilaaseen. Tällöin virheitä tulee varmasti enemmän ja sekaannuksia eri potilaiden välillä.
- Hoitoisuusluokitusta ei käytetä keslessly!
- 12. en ole kuullutkaan tästä
- Joo, ei
- Minun ei tarvitse työssäni kirjata Esko-ohjelmalle
- En käytä hoitoisuusluokitusta työssäni
- Leikkaushoidossa emme käytä kyseisiä hoitotarveluokituksia

13. C. KIRJAAMISEN JA RAPORTOINNIN NYKYTILA KESLE:ssä

C.1 Kirjaaminen ja raportointi yleisellä tasolla

TÄRKEYS

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
18. Yksikössä kirjataan tarkasti ja rakenteellisesti	0 %	12 %	88 %
19. Yksikössä raportoidaan tarkasti ja rakenteellisesti	0 %	0 %	100 %
20. Yksikön kirjaamisohjeet ovat selkeät	0 %	9 %	91 %
21. Yksikössä tehdyistä kirjauksista näkee aina hoitopäätösten tarkat perustelut	0 %	19 %	81 %
22. Kirjaamiseen on aina riittävästi aikaa ja työntekijöitä riittävästi	0 %	13 %	87 %
23. Siitä että edellinen vuoro ei ole kirjannut, tulee yksikössä ylimääräistä työtä	9 %	30 %	61 %
24. Työyksikössä on paljon yllättäviä, nopeaa toimintaa vaativia tilanteita että silloin kirjaamiseen ei tahdo jäädä aikaa	0 %	18 %	82 %
25. Kirurgin antamat määräykset kirjataan ja raportoidaan aina	0 %	0 %	100 %
26. Anestesia-ääkäriin määräykset kirjataan ja raportoidaan aina	0 %	0 %	100 %
27. Työni hyvin olennainen osa on se että kirjaan tarkasti ja rakenteellisesti	4 %	4 %	92 %
28. Minä osaan lukea hyvin (systemaattisesti, nopeasti ja vaivatta) kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat ESKO:n potilaskertomuksesta	0 %	4 %	96 %
29. Kirjaisin ja lukisin potilaskertomuksen jo ennalta tarkemmin jos olisi mahdollisuus	4 %	22 %	74 %
Yhteensä	1 %	11 %	88 %

14. C. KIRJAAMISEN JA RAPORTOINNIN NYKYTILA KESLE:ssä

C.1 Kirjaaminen ja raportointi yleisellä tasolla

TOTEUTUMINEN

	Ei koskaan	Joskus	Usein
18. Yksikössä kirjataan tarkasti ja rakenteellisesti	4 %	21 %	75 %
19. Yksikössä raportoidaan tarkasti ja rakenteellisesti	4 %	12 %	84 %
20. Yksikön kirjaamisohjeet ovat selkeät	4 %	37 %	58 %
21. Yksikössä tehdyistä kirjauksista näkee aina hoitopäätösten tarkat perustelut	4 %	46 %	50 %
22. Kirjaamiseen on aina riittävästi aikaa ja työntekijöitä riittävästi	4 %	48 %	48 %
23. Siitä että edellinen vuoro ei ole kirjannut, tulee yksikössä ylimääräistä työtä	7 %	67 %	26 %
24. Työyksikössä on paljon yllättäviä, nopeaa toimintaa vaativia tilanteita että silloin kirjaamiseen ei tahdo jäädä aikaa	0 %	59 %	41 %
25. Kirurgin antamat määräykset kirjataan ja raportoidaan aina	0 %	8 %	92 %
26. Anestesia lääkäriin määräykset kirjataan ja raportoidaan aina	0 %	4 %	96 %
27. Työni hyvin olennainen osa on se että kirjaan tarkasti, ja rakenteellisesti	0 %	8 %	92 %
28. Minä osaan lukea hyvin (systemaattisesti, nopeasti ja vaivatta) kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat ESKO:n potilaskertomuksesta	0 %	8 %	92 %
29. Kirjaisin ja lukisin potilaskertomuksen jo ennalta tarkemmin jos olisi mahdollisuus	0 %	27 %	73 %
Yhteensä	2 %	29 %	69 %

15. 30. Jos jokin edellisistä toteutuu harvoin, kerro mikä ja esteitä lyhyesti:

Vastaajien määrä: 3

- 29 päivystysaikana ei useinkaan ole mahdollista tutustua potilaan tietoihin etukäteen, suullinen raportti mielestäni päiavaikana erittäin tärkeä!
- 18-19 Heräämössä ei ole käytössä rakenteellista kirjaamista. 20 Minua ei ole perehdytetty mihinkään tiettyihin kirjaamisen ohjeisiin osastolla.
- Perusteluja päätöksille ei ilmoiteta

16. C.2 Raportointi potilasta vastaanottaessa

TÄRKEYS

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
Ennen potilaan saapumista anestesiahoitaja:			
31. Tutustuu potilaan taustatietoihin potilaskertomuksen avulla	9 %	9 %	83 %
32. Kerää tiedot kliinisistä tutkimuksista ja laboratoriovastauksista	9 %	0 %	91 %
33. Potilaan taustatietojen, toivomusten ja kliinisen tutkimuksen perusteella tekee anestesiahoitosuunnitelman lääkärin kanssa	0 %	13 %	87 %
Potilaan saapuessa anestesiahoitaja:			
34. Tarkistaa määrätyn esilääkkeen sekä varmistaa sen annon	14 %	23 %	64 %
35. Haastattelee potilasta selvittääkseen henkisen tilan ja muut anestesiaan ja toimenpiteeseen vaikuttavat seikat	0 %	5 %	95 %
36. Kirjaa edellä mainitut asiat potilaskertomukseen	5 %	19 %	76 %
37. SBAR olisi hyvä ottaa käyttöön päivystyspotilaita vastaanottaessa	46 %	15 %	38 %
Ennen potilaan saapumista leikkaussalihoitaja:			
38. Tutustuu potilaan taustatietoihin potilaskertomuksen avulla	0 %	18 %	82 %
39. Kerää tiedot kliinisistä tutkimuksista ja laboratoriovastauksista	0 %	24 %	76 %
40. Haastattelee potilasta selvittääkseen henkisen tilan ja muut anestesiaan ja toimenpiteeseen vaikuttavat seikat	6 %	38 %	56 %
41. Potilaan taustatietojen, toivomusten ja kliinisen tutkimuksenperusteella tekee leikkaushoitosuunnitelman lääkärin kanssa	13 %	19 %	69 %
42. Varmistaa potilaskertomuksesta/LESU:lta että valmistellaan oikean puolen raaja/ruumiinosa	0 %	0 %	100 %
43. Kirjaa hoitokertomukseen ja tekee Hipro:n läheltä piti tilanteesta jos on alettu valmistelemaan väärää raajaa/ruumiinosaa	0 %	0 %	100 %
44. Onko kirurgi merkinnyt selvästi ja oikein, potilaan iholle leikattavan raajan/ruumiinosan?	0 %	6 %	94 %
Yhteensä	7 %	13 %	80 %

17. C.2 Raportointi potilasta vastaanotettaessa

TOTEUTUMINEN

	Ei koskaan	Joskus	Usein
Ennen potilaan saapumista anestesiahoitaja:			
31. Tutustuu potilaan taustatietoihin potilaskertomuksen avulla	0 %	24 %	76 %
32. Kerää tiedot kliinisistä tutkimuksista ja laboratoriovastauksista	0 %	30 %	70 %
33. Potilaan taustatietojen, toivomusten ja kliinisen tutkimuksen perusteella tekee anestesiahoitosuunnitelman lääkärin kanssa	0 %	52 %	48 %
Potilaan saapuessa anestesiahoitaja:	0 %	0 %	0 %
34. Tarkistaa määrätyn esilääkkeen sekä varmistaa sen annon	0 %	9 %	91 %
35. Haastattelee potilasta selvittääkseen henkisen tilan ja muut anestesiaan ja toimenpiteeseen vaikuttavat seikat	0 %	5 %	95 %
36. Kirjaa edellä mainitut asiat potilaskertomukseen	4 %	43 %	52 %
37. SBAR olisi hyvä ottaa käyttöön päivystyspotilaita vastaanotettaessa	56 %	11 %	33 %
Ennen potilaan saapumista leikkaussalihoitaja:			
38. Tutustuu potilaan taustatietoihin potilaskertomuksen avulla	0 %	50 %	50 %
39. Kerää tiedot kliinisistä tutkimuksista ja laboratoriovastauksista	0 %	67 %	33 %
40. Haastattelee potilasta selvittääkseen henkisen tilan ja muut anestesiaan ja toimenpiteeseen vaikuttavat seikat	6 %	59 %	35 %
41. Potilaan taustatietojen, toivomusten ja kliinisen tutkimuksen perusteella tekee leikkaushoitosuunnitelman lääkärin kanssa	24 %	35 %	41 %
42. Varmistaa potilaskertomuksesta/LESU:lta että valmistellaan oikean puolen raaja/ruumiinosa	0 %	12 %	88 %
43. Kirjaa hoitokertomukseen ja tekee Hipro:n läheltä piti tilanteesta jos on alettu valmistelemaan väärää raajaa/ruumiinosaa	0 %	46 %	54 %
44. Onko kirurgi merkinnyt selvästi ja oikein, potilaan iholle leikattavan raajan/ruumiinosan?	0 %	27 %	73 %
Yhteensä	4 %	34 %	62 %

18. C.3. Kirjaaminen leikkauksissa

TÄRKEYS

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
Anestesiahoitaja:			
45. Hallitsee tarkan kirjaamisen ja raportoinnin	0 %	4 %	96 %
46. Kirjaa tarkasti hoitoprosessin niin, että siitä pystyy toteamaan potilaan saaman hoidon ja päätöksiin johtaneet tapahtumat	0 %	4 %	96 %
47. Kirjaa toteutuneet hoitotapahtumat (esim. pistokerrat)	9 %	13 %	78 %
48. Hallitsee hoitotyön sähköisen kirjaamisen	0 %	0 %	100 %
49. Hallitsee tieto- ja viestintätekniikan peruskäytön	0 %	0 %	100 %
50. Kirjaa haittatapahtumat ESKO:lle ja tekee Hipro:n	0 %	17 %	83 %
Leikkaushoitaja:			
51. Kirjaa ja raportoi tarkasti ja johdonmukaisesti	0 %	6 %	94 %
52. Kirjaa haittatapahtumat	0 %	6 %	94 %
53. Kirjaa ihon kunnon, puudutusasennon ja puudutteen leviämisen	6 %	12 %	82 %
54. Kirjaa käytettyjen instrumenttien ja neulojen käytön	6 %	0 %	94 %
55. Kirjaa leikkauskäsineen rikkoutumisen	6 %	6 %	88 %
Yhteensä	2 %	6 %	92 %

19. C.3. Kirjaaminen leikkauksissa

TOTEUTUMINEN

	Ei koskaan	Joskus	Usein
Anestesiahoitaja:			
45. Hallitsee tarkan kirjaamisen ja raportoinnin	0 %	5 %	95 %
46. Kirjaa tarkasti hoitoprosessin niin, että siitä pystyy toteamaan potilaan saaman hoidon ja päätöksiin johtaneet tapahtumat	0 %	19 %	81 %
47. Kirjaa toteutuneet hoitotapahtumat (esim. pistokerrat)	0 %	43 %	57 %
48. Hallitsee hoitotyön sähköisen kirjaamisen	0 %	19 %	81 %
49. Hallitsee tieto- ja viestintätekniikan peruskäytön	0 %	15 %	85 %
50. Kirjaa haittatapahtumat ESKO:lle ja tekee Hipro:n	0 %	52 %	48 %
Leikkaushoitaja:			
51. Kirjaa ja raportoi tarkasti ja johdonmukaisesti	0 %	18 %	82 %
52. Kirjaa haittatapahtumat	0 %	29 %	71 %
53. Kirjaa ihon kunnon, puudutusasennon ja puudutteen leviämisen	6 %	41 %	53 %
54. Kirjaa käytettyjen instrumenttien ja neulojen käytön	0 %	6 %	94 %
55. Kirjaa leikkauskäsineen rikkoutumisen	12 %	24 %	65 %
Yhteensä	1 %	25 %	74 %

20. C.4 Raportti heräämään viedessä

TÄRKEYS

	Vähäntärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
Anestesiahoitaja:	0 %	0 %	0 %
56. Antaa raportin vastaanottavalle henkilökunnalle	0 %	13 %	100 %
57. Tiedottaa ja ohjaa muuta henkilöstä salitilanteesta	4 %	6 %	83 %
Yhteensä	2 %	6 %	91 %

21. C.4 Raportti heräämön viedessä

TOTEUTUMINEN

	Ei koskaan	Joskus	Usein
Anestesiahoitaja:			
56. Antaa raportin vastaanottavalle henkilökunnalle	0 %	0 %	100 %
57. Tiedottaa ja ohjaa muuta henkilöstä salitilanteesta	0 %	33 %	67 %
Yhteensä	0 %	17 %	83 %

22. C.5 Kirjaaminen ja raportointi heräämössä

TÄRKEYS

Vastaajien määrä: 19

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
58. Työvuoron aikana minulla jää jotain oleellista kirjaamatta ESKO:oon	11 %	16 %	74 %
59. Työvuoron aikana minulla jää jotain oleellista kirjaamatta anestesiakaavakkeelle	11 %	6 %	83 %
60. Työvuoron aikana minulla jää jostain potilaasta kirjaamatta miltei kokonaan	6 %	6 %	89 %
61. Edellisiin syynä on ajan puute ja kirjaaminen jää joskus vuoron loppuun	0 %	20 %	80 %
62. Edellisiin syynä on se ettei kirjaamiseen ole kunnon ohjeita/kaavaa	0 %	27 %	73 %
63. Edellisiin syynä on yksikön kirjaamiskulttuuri	7 %	20 %	73 %
64. Edellisiin syynä on yllättävät akuuttitilanteet	7 %	13 %	80 %
Yhteensä	6 %	15 %	79 %

23. C.5 Kirjaaminen ja raportointi heräämössä

TOTEUTUMINEN

Vastaajien määrä: 24

	Ei koskaan	Joskus	Usein
58. Työvuoron aikana minulla jää jotain oleellista kirjaamatta ESKO:oon	21 %	79 %	0 %
59. Työvuoron aikana minulla jää jotain oleellista kirjaamatta anestesiakaavakkeelle	26 %	74 %	0 %
60. Työvuoron aikana minulla jää jostain potilaasta kirjaamatta miltei kokonaan	71 %	29 %	0 %
61. Edellisiin syynä on ajan puute ja kirjaaminen jää joskus vuoron loppuun	35 %	39 %	26 %
62. Edellisiin syynä on se ettei kirjaamiseen ole kunnon ohjeita/kaavaa	73 %	18 %	9 %
63. Edellisiin syynä on yksikön kirjaamiskulttuuri	74 %	17 %	9 %
64. Edellisiin syynä on yllättävät akuuttitilanteet	14 %	50 %	36 %
Yhteensä	45 %	44 %	11 %

24. 65. Edellisiin syynä on jokin muu, mikä:

Vastaajien määrä: 3

- potilasmäärä on suuri ja yllättäviä akuuttitilanteita paljon ja useampi huonokuntoinen potilas hoidettavana-> kirjaaminen jää viimeiseksi. esim. jos kipuongelmainen potilas yms.
- Nämä kysymyksen asetelut on vähän omituisia? w0000t?
- 58-64 Potilaasta kirjataan aina ennen soittoa osastolle.

25. C.5 Kirjaaminen ja raportointi heräämössä

TÄRKEYS

Vastaajien määrä: 16

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
66. Käytetyt nesteet, lääkkeet ja VAS kirjataan ESKO:n hoitosuunnitelmaan	6 %	13 %	81 %
67. Heräämöhoitaja kirjaa tarkasti hoitoprosessin niin, että VOS pystyy pelkästään siitä toteamaan potilaan saaman hoidon ja päätöksiin johtaneet tapahtumat	0 %	13 %	88 %
68. Jos potilaan hoito pitkittyy HOS:ssa /ANEVA:ssa, minä kirjaan ESKO:lle riittävästi jotta VOS voi jo etukäteen suunnitella potilaan jatkohoidon	0 %	25 %	75 %
Yhteensä	2 %	17 %	81 %

26. C.5 Kirjaaminen ja raportointi heräämössä

TOTEUTUMINEN

Vastaajien määrä: 18

	Ei koskaan	Joskus	Usein
66. Käytetyt nesteet, lääkkeet ja VAS kirjataan ESKO:n hoitosuunnitelmaan	6 %	39 %	56 %
67. Heräämöhoitaja kirjaa tarkasti hoitoprosessin niin, että VOS pystyy pelkästään siitä toteamaan potilaan saaman hoidon ja päätöksiin johtaneet tapahtumat	0 %	17 %	83 %
68. Jos potilaan hoito pitkittyy HOS:ssa /ANEVA:ssa, minä kirjaan ESKO:lle riittävästi jotta VOS voi jo etukäteen suunnitella potilaan jatkohoidon	6 %	12 %	82 %
Yhteensä	4 %	23 %	74 %

27. D. HOITOPÄÄTÖSTEN PERUSTELEMINEN KIRJAAMISESSA

TÄRKEYS

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
69. Koen olevani expertti työssäni	14 %	19 %	67 %
70. Joskus on vaikea sanoin ilmaista hoitopäätösteni perusteluja koska päätöksenteko on niin monimutkaisen ajatusprosessin summa	21 %	32 %	47 %
71. Teen hoitopäätökseni analyyttisesti	5 %	11 %	84 %
72. Teen hoitopäätökseni intuitiivisesti	21 %	26 %	53 %
73. Teen hoitopäätökseni sekä analyyttisesti että intuitiivisesti	11 %	6 %	83 %
74. Kirjaan hoitopäätösteni perustelut	0 %	11 %	89 %
Yhteensä	12 %	17 %	70 %

28. D. HOITOPÄÄTÖSTEN PERUSTELEMINEN KIRJAAMISESSA

TOTEUTUMINEN

	Ei koskaan	Joskus	Usein
69. Koen olevani expertti työssäni	8 %	31 %	62 %
70. Joskus on vaikea sanoa ilmaista hoitopäätösteni perusteluja koska päätöksenteko on niin monimutkaisen ajatusprosessin summa	22 %	59 %	19 %
71. Teen hoitopäätökseni analyyttisesti	4 %	7 %	89 %
72. Teen hoitopäätökseni intuitiivisesti	11 %	63 %	26 %
73. Teen hoitopäätökseni sekä analyyttisesti että intuitiivisesti	8 %	38 %	54 %
74. Kirjaan hoitopäätösteni perustelut	8 %	31 %	62 %
Yhteensä	10 %	38 %	52 %

29. E. SUULLISESTA RAPORTOINNISTA HILJaiseen RAPORTOINTIIN

TÄRKEYS

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
75. Kirjaan mieluiten raporttilappuun ja kerron seuraavalle hoitajalle hoidosta suullisesti raporttilapusta	44 %	6 %	50 %
76. Tarkka ja rakenteellinen kirjaaminen on minulle tärkeää	0 %	0 %	100 %
77. Hiljainen raportointi (potilastietojen lukeminen suullisen raportin sijaan) on minulle tärkeää	22 %	22 %	57 %
78. Joskus kirjallinen raportti seuraavalle hoitajalle on mahdoton, koska kokemuksen tuoma vaisto ohjaa sitä mitä potilaasta tulee jatkossa tarkkailla	47 %	11 %	42 %
79. Minulle tulee ylitöitä tai kiire suullisen raportoinnin takia	44 %	28 %	28 %
80. Olisi mukava vain kirjata koneelle ja lähteä vuoron lopussa kotiin ilman suullista raporttia	60 %	25 %	15 %
81. Tiedän hiljaisen raportoinnin lisäävän aikaa hoitotyöhön ja lyhentävän työpäivää	40 %	20 %	40 %
82. Lisääntyvästä hiljaisesta raportoinnista olisi mielestäni etuja yksikön toiminnalle	26 %	26 %	47 %
83. Mielestäni voitaisiin siirtyä kokonaan hiljaiseen raportointiin kaikkien potilaiden kohdalla	38 %	24 %	38 %
84. Jos potilaan vointi on vasta leikkausaamuna selvästi huonontunut esitietoihin verrattuna, hänestä on saatava suullinen raportti hiljaisen raportin sijaan	0 %	0 %	100 %
85. Minulla on hyviä kokemuksia hiljaisesta raportoinnista	22 %	17 %	61 %
Yhteensä	30 %	16 %	54 %

30. E. SUULLISESTA RAPORTOINNISTA HILJASEEN RAPORTOINTIIN

TOTEUTUMINEN

	Ei koskaan	Joskus	Usein
75. Kirjaan mieluiten raporttilappuun ja kerron seuraavalle hoitajalle hoidosta suullisesti raporttilapusta	28 %	16 %	56 %
76. Tarkka ja rakenteellinen kirjaaminen on minulle tärkeää	0 %	8 %	92 %
77. Hiljainen raportointi (potilastietojen lukeminen suullisen raportin sijaan) on minulle tärkeää	4 %	40 %	56 %
78. Joskus kirjallinen raportti seuraavalle hoitajalle on mahdoton koska kokemuksen tuoma vaisto ohjaa sitä mitä potilaasta tulee jatkossa tarkkailla	36 %	36 %	28 %
79. Minulle tulee ylitöitä tai kiire suullisen raportoinnin takia	33 %	59 %	7 %
80. Olisi mukava vain kirjata koneelle ja lähteä vuoron lopussa kotiin ilman suullista raporttia	58 %	31 %	12 %
81. Tiedän hiljaisen raportoinnin lisäävän aikaa hoitotyöhön ja lyhentävän työpäivää	33 %	50 %	17 %
82. Lisääntyvästä hiljaisesta raportoinnista olisi mielestäni etuja yksikön toiminnalle	13 %	54 %	33 %
83. Mielestäni voitaisiin siirtyä kokonaan hiljaiseen raportointiin kaikkien potilaiden kohdalla	56 %	32 %	12 %
84. Jos potilaan vointi on vasta leikkausaamuna selvästi huonontunut esitietoihin verrattuna, hänestä on saatava suullinen raportti hiljaisen raportin sijaan	0 %	4 %	96 %
85. Minulla on hyviä kokemuksia hiljaisesta raportoinnista	12 %	46 %	42 %
Yhteensä	25 %	34 %	41 %

31. 86. Mitä a) positiivisia b) negatiivisia kokemuksia sinulla on hiljaisesta raportoinnista?

Vastaajien määrä: 8

- heräämössä ei toimiva koska ei ole mahdollisuutta tutustua suuren potilasvirran takia etukäteen potilaiden tietoihin. potilaita on useampi ja koko ajan on menossa ja tulossa joku. Jos saataisiin toimiva ja selkeä ja yhtenevä kirjallinen raporttimalli, josta selviäis leikkauksen tapahtumat ilman kuvailua niin en ole vastaa hiljaista raporttia. Sekä riittävä määrä tietokoneita ja tilat erilaiset ja toimivimmat. Nyt on 3 tietokonetta n.50 potilaalle päivässä. Koneet koko ajan käytössä jo labrojen tilaamiseen ja loppuraportin kijoittamiseen.
- Kaikki asiat eivät välttämättä ole kirjattuna eskoon.
- jokin oleellinen asia voi jäädä huomaamatta hiljaisessa raportissa. Ei voi esittää täydentäviä kysymyksiä kuten suullisessa raportissa. Kokonaisuus hahmottuu paremmin suullisessa raportissa koska leikkausyksikössä ei ole aikaa selata kaikkia eskosivuja ja decursuksia sekä lisäksi vielä anestesiakaavaketta.
- Säästää aikaa. Vaatii perusteellista kirjaamista, ja silti joku ollennainen osa jää pois.
- Päivystyspotilaista ei ole kirjattu Eskolle välttämättä yhtään mitään, kun he tulevat saliin. Usein Eskolla puutteelliset tiedot, joka paljastuu vasta suullisessa raportissa. Etukäteen tutustuminen joskus mahdotonta edelleisenä päivänä, koska potilaiden leikkausjärjestys, tai omasijoitus muuttuu usein.

- suullisessa raportissa saa usein sellaista olennaista tietoa, mikä ei näy hiljaisessa raportissa.
- suullisessa raportissa enempi virheitä, hiljainen raportti sekoittaa päin, jos monesta potilaasta raportti luettuna.
- traumasalin nopean potilasvaihtuvuuden takia on tärkeää, että jokaisesta potilaasta saadaan suullinen raportti. jokaista potilasta koskevat asiat käydään salissa yhteisesti läpi ja tiimi on näin yhdessä tietoinen mahdollisista ongelmissa anestesiassa ja muutoksista leikkauksen kulussa. Traumasalissa hiljainen raportointi ei siis ole hyväksi.

32. 87. Minulla on riittävä koulutus kirjaamiseen ja hiljaiseen raportointiin

E.1 KOULUTUSTARVE

	87. Minulla on riittävä koulutus kirjaamiseen ja hiljaiseen raportointiin
1. Kyllä	33 %
2. Ei	67 %

33. 88. Lähtisin mielelläni hiljaisen raportoinnin lisäkoulutukseen

	88. Lähtisin mielelläni hiljaisen raportoinnin lisäkoulutukseen
1. Kyllä	59 %
2. En	41 %

34. 89. Minkälaista lisäkoulutusta tarvitset:

Vastaajien määrä: 5

- Haluaisin kehittää tai saada koulutusta toimivammasta kirjaamisesta. Nyt se on liian sekava ja kirjava. Joitakin tärkeitä tietoja ei löydy kuin pitkään selaamalla ,jos sittekään.
- Lisäkoulutusta voisi kuitenkin järjestää hoitosuunnitelmaan kirjaamisesta: etenkin nestehoito+ lääkitys.
- Meille annettu koulutus on ollut lähinnä teknistä. Mihin kirjataan ja miten inne pääsee. Raportoinnin rakenteesta ja sisällöstä ei ole ollut minkäänlaista koulutusta.
- kaikenlaista
- selkeä raportointi

35. 90. Mitä kehittämisehdotuksia sinulla on kirjaamiseen ja raportointiin?

Vastaajien määrä: 5

- Yhtenäisiä kirjaamistapoja ja selkeät pohjat. Nyt on eri aloilla suuriakin variaatioita. Suuri haaste on potilaiden suuri määrä ja niin monen eri erikoisalan potilaat. SELKEYTTÄ ja kirurgin ohjeet esim. post. oper. hoitoon selkeästi näkyville. Nyt ne kulkevat vain suullisen tiedon varassa ja vaihtelevat kovasti. Anest. lääkärin ohjeet ovat selkeämmin kirjallisena ja se helpottaa kovasti.
- Jos kirjaaminen olisi REAALIAIKAISTA voisi hiljainen raportointi toimia, mutta viive on aina pahasta, jos tulee äkillisiä tilanteita. Leikkauksista osastollamme yli puolet on päivystysluonteisia, eli leikkauksen tarve on tullut n. vuorokauden sisällä. Tällöin reaaliaikainen tai lyhyen viiveen kirjaaminen on tärkeää. Nopea kirjaaminen ei ole nykyisessä eskossa mahdollista.
- rastituskohdat raportointia varten
- Hoitaja joka tuo potilaan tulisi tuntea potilaan sen hetkisen tilan ja sairaudet ym hoitoon tärkeät tiedot eikä olla vain moottorina potilaan sängylle
- yhdenmukaisuus

36. F. RAPORTOINNIN PROSESSI KESLEN JA LEIKON VÄLILLÄ

TÄRKEYS

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
91. LEIKO on kirjannut potilaskertomukseen niin hyvin ettei suullista raporttia tarvita potilaan tullessa leikkausosastolle	0 %	11 %	89 %
92. LEIKO saa aina ESKO:sta riittävästi ja järjestelmällistä tietoa kaikista potilaan intraoperatiivisen hoidon vaiheista	0 %	5 %	95 %
93. Käytän LEIKO:n ja KESLE:n välisen hiljaisen raportoinnin ohjeita	11 %	22 %	67 %
Yhteensä	4 %	12 %	84 %

37. F. RAPORTOINNIN PROSESSI KESLEN JA LEIKON VÄLILLÄ

TOTEUTUMINEN

	Ei koskaan	Joskus	Usein
91. LEIKO on kirjannut potilaskertomukseen niin hyvin ettei suullista raporttia tarvita potilaan tullessa leikkausosastolle	0 %	26 %	74 %
92. LEIKO saa aina ESKO:sta riittävästi ja järjestelmällistä tietoa kaikista potilaan intraoperatiivisen hoidon vaiheista	5 %	42 %	53 %
93. Käytän LEIKO:n ja KESLE:n välisen hiljaisen raportoinnin ohjeita	18 %	18 %	64 %
Yhteensä	8 %	28 %	64 %

38. 94. Kokemuksesi ja kehittämissi KESLE:n ja LEIKON:n välisestä hiljaisesta raportoinnista:

Vastaajien määrä: 6

- ei ole kokemusta.
- eikä niitä ole
- teen yötyötä ja hiljaisia raportteja ei käytetä silloin !!!!
- Leikopotilaat ovat elektiivisiä potilaita, jotka katsotaan ja haastatellaan järjestelmällisesti leikkauspäivän aamuna. Kirjaukse eskoon näiden potilaiden kohdalta ovat hyviä.
- Toimiva järjestelmä
- valmistelut epäselvät, samoin mihin toimenpiteeseen tulee, esilääkettä ei anneta, jos potilas sanoo, ettei jännitä...

39. F. POTILASTURVALLISUUS JA HOITAJAN JURIDINEN ASEMA

TÄRKEYS

	Vähän tärkeä	Melko tärkeä	Tärkeä
95. Potilasturvallisuuden olennaisin osa on tarkka kirjaaminen, se että jatkohoitopaikka saa kaikki hoitotiedot sähköisesti jolloin ne ovat myöhemmin tarkistettavissa	0 %	8 %	92 %
96. Suullinen raportointi voi vaarantaa potilasturvallisuuden	32 %	21 %	47 %
97. Hiljainen raportointi voi vaarantaa potilasturvallisuuden	15 %	25 %	60 %
98. Hoitajan juridinen turvallisuus on tärkeää	0 %	5 %	95 %
99. Hoitajan juridinen turvallisuus tulee ennen kaikkea tarkasta kirjaamisesta	0 %	4 %	96 %
Yhteensä	8 %	12 %	80 %

40. F. POTILASTURVALLISUUS JA HOITAJAN JURIDINEN ASEMA

TOTEUTUMINEN

	Ei koskaan	Joskus	Usein
95. Potilasturvallisuuden olennaisin osa on tarkka kirjaaminen, se että jatkohoitopaikka saa kaikki hoitotiedot sähköisesti jolloin ne ovat myöhemmin tarkistettavissa	0 %	17 %	83 %
96. Suullinen raportointi voi vaarantaa potilasturvallisuuden	37 %	59 %	4 %
97. Hiljainen raportointi voi vaarantaa potilasturvallisuuden	7 %	67 %	26 %
98. Hoitajan juridinen turvallisuus on tärkeää	0 %	13 %	88 %
99. Hoitajan juridinen turvallisuus tulee ennen kaikkea tarkasta kirjaamisesta	0 %	16 %	84 %
Yhteensä	9 %	35 %	55 %

41. 100. Miksi väärän puolen leikkauksia tapahtuu ja miten ne voitaisiin mielestäsi välttää?

Vastaajien määrä: 14

- huolellisuudella ja hyvällä kirjaamisella.
- Potilaalta itseltään ei ole ennen nuketusta varmistettu oikeaa puolta.
- Kirurgin pitää tietää minkä puolen leikkaa!
- kirurgi piirtää ja tarkistaa potilaalta, eskoon ei ole aina luottaminen eikä tosiaankaan lesuun
- Kirurgit aktiivisemmin mukaan perioperatiiviseen hoitotapahtumaan. Ja tähän ois voinu loppuun laittaa jonku palauteosion. Tämä oli meleko mielenkiintoinen survey :)
- Sekä decursuksissa että lesulla näkyy että vas ja oikea sekoitetaan joskus. Potilasta tulee kuulla vielä ls:ssa ennen operaatiota mikäli mahdollista, lisäksi kirurgin tulee merkitä leikkauspuoli preop ja rtg-kuvat tulee ottaa esille myös preop.
- ei olla selvitetty oikeaa puolta, sekä potilaalta ,että papereista.
- Joskus sairaskertomuksessa leikattava puoli vaihtelee tekstin mukana. Monesti LESU:lla, joka on tärkein leikkaushoitoa ohjaava työkalu, ei ole merkitty leikkauspuolta. Leikkausohjausjärjestelmä saataisiin integroitua anttiin ja eskoon siten että kaikissa dokumenteissa näkyisi leikkauspuoli, eikä eri puolen näkyminen eri dokumenteissa olisi mahdollista. Kirurgin täytyy varmistaa leikattava puoli enne leikkausosastolle tuloa ja merkitä se potilaaseen, LESU:lle, Esko:lle ja mielellään vielä anestesiaalomakkeelle/ANTTlin.
- Kiire ja liian monta ihmistä hoitamassa potilasta.
- 96-97 Hyvä hoitaja tarkistaa aina tiedon paikkansapitävyyden tai ottaa selvää, jos ei tiedä
- kirurgi ei merkkää puolta, potilas iäkäs ja huonokuntoinen, potilas esilääkkeissä
- ei ole tarkistettu potilastietoja,
- liian vähäisestä kommunikaatiota leikkaustiimin kesken. Leikkaushoitajan tulisi tarkastaa rtg-kuvista jokaisen potilaan leikattava puoli ja varmistaa tämä kirurgilta. Kirurgin tulisi varmistaa leikattava puoli viimeistään leikkaussalissa, jos ei ole aikaisemmin jo merkannut leikattavaa puolta. Leikkaustiimi ei saisi aloittaa toimintaansa ennenkuin leikattava puoli ja tehtävä toimenpide on ehdottomasti varmistettu.
- mikäli leikkauspuolta ei ole merkitty potilaaseen, potilas palautetaan os:lle tai kirurgin on tultava merkitsemään (piirtämään) leikk.puoli, ennen kuin potilaalle aletaan tehdä MITÄÄN leikk.os:lla

42. 101. Viidesosa ihmisistä kuuluu ryhmään joiden on vaikea automaattisesti tunnistaa oikeaa ja vasenta puolta toisistaan. Kuulutko sinä tähän viidennekseen (20%) ?

Vastaajien määrä: 26

	101. Viidesosa ihmisistä kuuluu ryhmään joiden on vaikea automaattisesti tunnistaa oikeaa ja vasenta puolta toisistaan. Kuulutko sinä tähän viidennekseen?
En kuulu	92 %
Kuulun	8 %