

Ritva Nevalainen

LAPSI PÄIVÄKIRURGISENA
KORVA-, NENÄ-,
KURKKUTAUTIPOTILAANA
Päiväkirurginen prosessikuvaus


Opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Ylempi AMK

Kevät 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä
Tekijä(t) Ritva Nevalainen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen Ylempi AMK
Nimeke Lapsi päiväkirurgisena korva-, nenä- ja kurkkutautipotilaana. Perioperatiivinen prosessikuvaus.		
Tiivistelmä <p>Kehittämistyön tarkoituksena on kuvata korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalla hoidettavan päiväkirurgisen lapsen hoidon nykykäytäntöä sekä kehittää prosessikuvaus uuteen päiväkirurgian yksikköön soveltuvaksi.</p> <p>Savonlinnan keskussairaalan leikkaus - ja päivystysalueen uudisrakentamisen eli LEIPÄ- projektin myötä leikkaussalit ja keskusheräämö valmistuivat kokonaisuudessaan huhtikuussa 2010. Remontin yhteydessä päiväkirurginen yksikkö siirtyi keskusleikkaussalin yhteyteen uusiin ajanmukaisempiin tiloihin. Tämä uudistus mahdollistaa lapsipotilaiden koko hoitoprosessin toteutumisen päiväkirurgisessa yksikössä.</p> <p>Käytän tässä työssä Engestömin (1998) kehittävän työntutkimuksen mallia opinnäytetyön jäsentäjänä. Kehittävän työntutkimuksen mallissa työntekijät analysoivat ja muuttavat omaa työtään. Kehittämistyön tueksi on koottu tiimi, jonka tavoitteena on ollut uudistaa päiväkirurgisen korvalapsen perioperatiivinen prosessikuvaus päiväkirurgiaan soveltuvaksi. Kehittämisprosessin aikana tiimipalaverissa olemme arvioineet nykyisiä toimintatapoja. Olen käyttänyt tietoteknistä Microsoft Visio -kaaviopiirto-ohjelmaa työkaluna selvittämään prosessin kerroksellisuutta, ohjelma on otettu käyttöön Itä – Savon sairaanhoitopiirissä hoitoprosessien kuvauksessa. Uudistettu prosessikuvaus on elävä, kuvaava ja muokattava apuväline sekä tietolähde työntekijöille ja opiskelijoille.</p> <p>Päiväkirurgisessa hoitotyössä lasten kohdalla korostuu perhekeskeisyys, moniammatillinen tiimityöskentely ja turvallisuus. Hoitokäytäntöjä miettiessä on hyvä arvioida nykyisiä toimintatapoja, verrata niitä uusiin hoitotyön suosituksiin ja uusiin tutkimuksiin. Tällaisia toimintatapoja ovat pre- ja postoperatiivinen puhelin-yhteys lapsen kotiin. Oman ohjeistuksemme mukaan lapsen huoltaja ottaa yhteyttä tarpeen mukaan epäselviksi jääneissä asioissa. Eri-ikäisten lasten paastoajan lyhentämisestä ennen leikkausta etenkin nesteiden osalta on myös uutta tietoa, jota on syytä tarkentaa oman preoperatiivisen ohjauksen asiana yhteistyössä anestesia- ja lääketieteiden kanssa. Tulevaisuudessa päiväkirurgian yksikköön tulevalle lapselle on ehkä mahdollista antaa entistä tarkempi preoperatiivinen paasto- / nesteytysohje. Sairaanhoidajan vanhemmille antaman interaktiivisen preoperatiivisen paasto-ohjauksen on osoitettu parantavan lapsen kokemusta leikkausprosessin ja toipumisen aikana nielurisaleikkauksen jälkeen.</p>		
Asiasanat (avainsanat) perhekeskeisyys, turvallisuus, kivuttomuus, pelot, päiväkirurgia, hoitotyö		
Sivumäärä 39 (23 liitteet)	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
menetelmä ohjaava opettaja Leena Uosukainen	sisällön ohjaava opettaja Tarja Turtiainen	

DESCRIPTION

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Date of the bachelor's thesis	
Author(s) Ritva Nevalainen		Degree programme and option Degree programme in development and leadership in health care and social services	
Name of the bachelor's thesis			
A child as an ENT day surgery patient. Perioperative process description.			
Abstract			
<p>The purpose of this thesis study is to describe the current practice of treating a child patient in ear, nose and throat day surgery and to develop a process description to be used in the new day surgery unit.</p> <p>In Savonlinna Central Hospital new building for surgery and emergencies was finished in April 2010, as a result of to so called LEIPÄ project. Together with other surgical project operations, the day surgery unit we also moved to the new up-to-date premises. The more modern facilities for day surgery unit allow the pediatric patients to be treated in the same one unit throughout the treatment process.</p> <p>I use in this work Engeström´s(1998) model of developmental work research is used as a framework to describe the treatment process. In this Developmental work research employees the analyze and develop their own work. The present the development was supported by a team whose aim was to reform a child's day surgery perioperative process description for day surgery in the new unit. During the team meetings we assessed the current practice with aim of describing the new perioperative perioperative process model.</p> <p>I used the Microsoft Visio diagramming program as a tool to describe the process. The program has been introduced in the East -Savo hospital district to be used in care process description. The reformed process description is a functional, descriptive and editable tool and a source of information to employees and students.</p> <p>Family - centeredness, teamwork between all the professionals and the safety are the keywords when working with children. The development of the new practices includes evaluation of exiting compared with the new nursing recommendations and new research results. The practices include e.g. pre-and post-operative telephone calls to the child's home. We advice the parents of the child's to contact us if there are any unclear questions.</p> <p>Furthermore, there is new information about on the fasting periods prior to surgery and in the future it might be possible to give a more accurate preoperative fasting counseling. It has been shown that preoperative face to face counseling of the parents promotes the child's experience during the surgical process.</p>			
Subject headings, (keywords)			
family- centered, the safety, painless, fear, day surgery, caring			
Pages	Language	URN	
39 (23 appendices)	Finnish		
Remarks, notes on appendices			
Tutor Leena Uosukainen		Bachelor's thesis assigned by Tarja Turtiainen	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	PÄIVÄKIRURGINEN HOITO	2
3	LAPSI PÄIVÄKIRURGISENA POTILAANA	6
	3.1 Preoperatiivinen vaihe.....	7
	3.2 Intraoperatiivinen vaihe	13
	3.3 Postoperatiivinen vaihe	14
4	PÄIVÄKIRURGISET LEIKKAUKSET LAPSILLA	15
5	HOITOPROSESSIEN KEHITTÄMISEN TAUSTA	17
	5.1 Prosessiajattelu kehittämistyössä	17
	5.2 Itä-Savon sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2009 – 2011	19
6	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS.....	20
7	KEHITTÄMISTYÖN VAIHEET	21
	7.1 Kehittävä työtutkimus Engeströmin mukaan.....	21
	7.2 Tiimi yhteistoimintamuotona.....	23
	7.3 Kehittämisen prosessin eteneminen	25
	7.3.1 Nykyinen toimintamalli	25
	7.3.2 Nykytoiminnan ristiriitojen analyysi	29
	7.3.3 Uudistetun prosessikuvauksen muodostaminen	31
	7.3.4 Prosessikuvauksen uudistaminen.....	32
	7.3.5 Uuden toimintatavan arvioinnin suunnitelma.....	35
8	POHDINTA	36
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	
	LIITE 1 (1 - 2) Päiväkirurgisen korvalapsen hoitoon ohjaus korvapoliklinikalla	
	LIITE 2 Osastotunti lastenosastolla 26.3.09	
	LIITE 3 Korvalapsen hoito leikkaus-anestesiaosastolla	
	LIITE 4 (1 - 4) Korvalapsen hoito heräämövaihe	
	LIITE 5 (1 - 3). Päiväkirurgisen potilaan polkuun liittyviä ongelmia	

LIITE 6 Kutsupohja päiväkirurgiselle lapsipotilaalle

LIITE 7 (1). Uusi päiväkirurgian pohjapiirros

LIITE 7 (2). 1. ja 2. vaiheen heräämöjen pohjapiirros

LIITE 8 Päiväkirurgisen korvalapsen hoito KNK- poliklinikalla

LIITE 9 Päiväkirurgisen korvalapsen pre - ja postoperatiivinen hoito päiväkirurgialla

LIITE 10 Päiväkirurgisen korvalapsen intraoperatiivinen hoito leikkausosastolla

LIITE 11 (1 - 2). Uudistettu kotihoito-ohje ehdotus päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan lapsen vanhemmille

LIITE 12(1 - 2). Tiimiarviointilomake (työkalupakki/ tiimityökalut)

1 JOHDANTO

Päiväkirurgia on perusteltu tapa hoitaa tietyt toimenpiteet turvallisesti ja tehokkaasti. Päiväkirurgia on kokonaiskustannuksiltaan noin kolmanneksen edullisempaa verrattuna osastokirurgiaan. Tällöin on kuitenkin pidettävä mielessä seuraavat seikat: laskutuksen tulee perustua hoitokokonaisuuksiin, päiväkirurgiset tilat ovat asianmukaiset, leikkaustarve on indisoitu, potilaan ohjaus on kattavaa sekä potilaspalautteita hyödynnetään päiväkirurgisen hoitotyön kehittämiseen. (Kekomäki 1996, 93 – 95.)

Itä -Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän Savonlinnan keskussairaala on uudistunut mittavan remonttien ja uudisrakentamisen myötä. Leikkausosaston ja päivystysalueen uudisrakennushankkeen eli LEIPÄ -projektin myötä päivystyspoliklinikka, leikkauksalit ja keskusheräämö saivat uudet tilat, jotka valmistuivat huhtikuussa 2010.

Itä -Savon sairaanhoitopiirin toimintaa säätelevät monet lait ja asetukset. Laatusuorituksen tavoitteena on turvata Itä-Savon sairaanhoitopiirin vision, strategian ja tavoitteiden toteutuminen piirin arvoja kunnioittaen. Laadulla turvataan asukkaiden tasa-arvo ja tasapuoliset palvelut. (Talousarvio – taloussuunnitelma 2009 – 2011.) Organisaation strategiassa on yhtenä tavoitteena kuvata palveluprosesseja. Korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikassa lapsipotilaan päiväkirurginen prosessi uudistuu organisaation rakennemuutoksen myötä.

Kuvaan tässä kehittämistyössä korva-, nenä- ja kurkkutautien alueen päiväkirurgisen lapsipotilaan perioperatiivisen hoitoprosessin. Tarkoituksena on uudistaa olemassa olevaa prosessikuvausta hyödyntäen moniammatillista asiantuntijuutta. Työskentelyn apuvälineenä käytän Microsoft Visio -kaavioniirtotyökalua. Visio -ohjelman avulla voidaan selventää monimutkaisia kokonaisuuksia. Ohjelman avulla on mahdollista jakaa tietoa sairaalan työntekijöille Efficia -tiedoston kautta. Olemme koonneet kehittämistiimin, jossa kukin yksikkö on miettinyt omalta osaltaan tärkeät asiat prosessikuvaukseen. Prosessikuvaus sisältää pre-, intra- sekä postoperatiivisen hoidon. Hoito alkaa siitä, kun lapsi tulee hoidonarvioon poliklinikalle, ja hänet asetetaan leikkausjonolle. Kuvaus sisältää lapsen päiväkirurgiselle osastolle saapumisen, leikkaussalijakson sekä heräämövaiheen ja kotiutuksen. Hoito päättyy siihen, kun lapsi on toipunut kotikuntoiseksi.

2 PÄIVÄKIRURGINEN HOITO

Päiväkirurginen hoitojakso sisältää suunnitellun toimenpiteen, jonka vuoksi potilas viipyy sairaalassa korkeintaan 12 tuntia. Suomen kuntaliiton työryhmän tekemän selvityksen (Lahtinen ym. 1998) mukaan tällainen hoitotyö määritellään suppeaksi päiväkirurgiseksi toimenpiteeksi. Kansainvälisissä julkaisuissa **day surgery** ja (The International Association for Ambulatory Surgery, IAAS) **ambulatory surgery** sanoilla tarkoitetaan päiväkirurgista hoitoa.

Laajan määritelmän mukaan päiväkirurginen prosessi alkaa lähetteen kirjoittamisesta ja päättyy toimenpiteen jälkeiseen palautteeseen lähettävälle taholle (Suomen kuntaliiton työryhmä 1998,17). Potilas tulee toimenpideamuna sairaalaan ja kotiutuu samana päivänä. Päiväkirurginen hoitotapa soveltuu hyvin myös korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalan lapsipotilaan hoitoon. Vanhempien mukanaolo toimenpidepäivänä helpottaa sekä lapsen että hänen vanhempansa kokonaisvaltaista selviytymistä hoidosta. (Hautakangas ym. 2003, 10.)

Potilaan näkökulmasta päiväkirurginen toimenpide on usein miellyttävämpi. Potilaalla on enemmän itsehoidon mahdollisuutta kotiutuksen ollessa toimenpidepäivänä, kuin vastaavasti osastohoitojaksolla. Valtaosa päiväkirurgisista potilaista on työikäisiä, jolloin on huomioitava etukäteen sovitut sairausloman aikaiset sijaisjärjestelyt työssä. Organisaation kannalta on olennaisen tärkeää analysoida oman yksikön vahvuudet ja heikkoudet sekä seurata säännöllisesti oman toiminnan onnistumista ja toimintalukuja. Vastuulääkäri on avainasemassa osastonhoitajan ja jonohoitajan rinnalla luomaan omaa yksikköä parhaiten palvelevaa toimintamallia. (Haapakoski & Annila 2006, 447.)

Organisaation näkökulmasta päiväkirurgiseen hoitokokonaisuuteen kohdistuu monia vaatimuksia. Leikkaussalien käyttöasteen tulee olla tehokasta. Haasteita asettaa myös hoitoaikojen lyheneminen ja päiväkirurgisten toimenpiteiden lisääntyminen. Hoitotyön näkökulmasta potilaan ja perheen kontaktiaika ammattilaisten kanssa lyhenee, joten leikkausvalmistelujen tulee olla sujuvaa. (Kortesalmi ym. 2004.)

Se, ettei esiinny paljon potilaan siirtymisiä vuodeosastolle, osoittaa osaltaan päiväkirurgisen prosessin sujuvuutta ja oikeaa potilas- ja toimenpidevalintaa (Haapakoski &

Annala 2006, 446). Vuodeosastojen kuormitusmäärät ovat usein suuret, ja odottamattomat potilassiirrot kuormittavat osastoja entisestään. Tällöin hoitokustannukset kasvavat sekä potilaan itsensä että yhteiskunnan osalta. Äkillisesti peruuntuvien toimenpiteiden määrän vähentäminen on myös suuri haaste. Mikäli peruuntuneen toimenpiteen tilalle ei saada järjestettyä uutta toimenpidettä, on seurauksena paitsi tyhjän leikkaussalin osalta turhat kulut, myös leikkausjonon kasvu. Odottamaton toimenpiteen peruuntuminen koskee siten paitsi potilasta itseään, myös hänen työnantajaansa ja työntekijälle palkattua sijaista. (Haapakoski & Annala 2006, 446 – 447.)

Parhaimman lopputuloksen saavuttaminen onnistuu vertailemalla eri sairaaloiden käytäntöjä; ottamalla oppia parhaimmista toimintatavoista voidaan saavuttaa suuriakin säästöjä. Näillä toimenpiteillä pystytään vaikuttamaan myös leikkaustiimin tehokkuuteen. (Torkki ym. 2008.) Castoron ym. (2007) mukaan toimiva päiväkirurginen yksikkö noudattaa parhaita käytäntöjä sekä toimenpiteiden että leikkaussalin päivittäisen organisoinnin osalta. Päiväkirurgian yksikkö hyödyntää kannustavaa palkkausta ja joustavaa työaikaa. Yksikössä on nimetty johtaja, joka vastaa yksikön tuottavuudesta. Erikoisaloilla on nimetyt vastuulääkärit, jotka käyttävät annetut päiki - resurssit mahdollisimman tehokkaasti. (Castoro ym. 2007, 22.) Haapakosken (2006, 447) mukaan tulos saavutetaan parhaimmin, mikäli käytettävissä on oma erillinen päiväkirurginen yksikkö, jossa on käytössä selkeä potilaan hoitopolku, oma vastuulääkäri ja oma jonohoitaja. Omien päiväkirurgisten kriteerien noudattaminen minimoi toimenpiteiden peruuntumiset ja odottamattomasti osastolle siirrettävien potilaiden määrän. (Haapakoski 2006, 447.)

Päiväkirurgisessa hoitotyössä korostuu perioperatiivinen hoitoprosessi. Perioperatiivinen hoitotyö tarkoittaa leikkaus- ja anestesiahoitajan tekemää toimenpidepotilaan hoitotyötä. Perioperatiivinen hoitoprosessi sisältää kolme toiminnallista vaihetta. Ensimmäinen vaihe on preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe. Toinen vaihe on intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe sekä kolmas vaihe on postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe. (Lukkari ym. 2007, 11 – 12, 20 – 23.)

Preoperatiivinen toiminta alkaa siitä kun potilaan leikkauspäätös tehdään. Haapakosken (2006, 446 – 447) mukaan jatkuvan sähköisen sairauskertomusjärjestelmän käyttö helpottaa osaltaan esitietojen tarkistamista. Potilas valmistautuu leikkaukseen hoitajalta ja sairaalasta saamiensa ohjeiden mukaisesti. Hoitotyössä keskeistä on tietojen ke-

rääminen anestesiaa varten sekä varmistuminen siitä, että potilas ja hänen läheisensä ovat ymmärtäneet valmistautumisohjeet. Myös ennen leikkausta tarvittavat tutkimukset suoritetaan. (Haapakoski 2006. 446 – 447.) Preoperatiivisessa hoitovaiheessa leikkausosastolla suunnitellaan ja valmistellaan potilaskohtainen intra- ja postoperatiivinen hoito. Arvioimalla potilaan leikkauskelpoisuus varmistetaan turvallisuus nukutus-toimenpidettä varten. Varaamalla leikkausvälineistö etukäteen vältetään turhilta välineiden siirroilta potilaan saavuttua saliin. Preoperatiivinen vaihe päättyy, kun leikkausosaston henkilökunta ottaa vastuun potilaan hoidosta. (AORN 1999.)

Intraoperatiivinen toiminta alkaa potilaan vastaanottamisella leikkausosastolle. Potilas saa tässä vaiheessa tarvitsemansa kirurgisen hoidon toimenpiteen edellyttämässä anestesiassa. Hoitotyössä korostuu tiimityöskentely, intensiivisyys ja systemaattisuus. Silén -Lipponen (2005) tutki leikkaustiimien merkitystä leikkaushoitotyössä. Tulosten mukaan leikkaustiimien kehittäminen nähtiin tärkeäksi työn sujuvuuden ja mielekkyyden lisääjänä. Haasteena nähtiin eri ammattiryhmien välinen tiimityöskentelytaito hyvän potilashoidon takaajana. Moniammatillisella ryhmätyöskentelyllä tyydytetään potilaan hoidon tarpeet. (Silén -Lipponen 2005, 190 – 193.)

Hoitohenkilöstön tehtävänä on auttaa ja tukea henkisesti leikkauspotilasta. Potilaan ja sairaanhoitajan vuorovaikutuksella on suuri merkitys potilaan hoitokokemuksen syntymiseen. Hyvinvoinnin ja turvallisuuden kokeminen on tärkeää potilaalle esimerkiksi siirtotilanteissa leikkaustasolle ja leikkausasennon löytämisessä. Anestesiaan liittyen hoitoteknologian ja hoitomenetelmien hallinta, potilaan voinnin ja tajunnantason seuranta sekä jatkuva arviointi kuuluvat keskeisenä hoitotyöhön. Aseptinen työote on pidettävä yllä koko toimenpiteen ajan. Leikkaus - ja anestesiahoitossa käytetyistä aineista, välineistä ja tavaroista on tarkka kirjaaminen tärkeää ja huomioista raportoidaan välittömästi. Työryhmään kuuluu anestesia- ja kirurgi, anestesiahoitaja, instrumentoituva ja valvova sairaanhoitaja sekä lääkintävahtimestari. (Lukkari ym. 2007, 20 – 21.)

Postoperatiivinen toiminta alkaa siitä, kun potilas vastaanotetaan valvontayksikköön leikkausosastolta. Valvontayksikössä seurataan ja tarkkaillaan potilaan toipumista tehdystä toimenpiteestä ja anestesiasta heräämistä. Päiväkirurgisen potilaan kohdalla hoitotyön tavoitteena on kotikuntoisuus. Postoperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan tilan seuranta, arviointi verraten leikkausta edeltävään tilaan sekä ohjaus. Siekki-

sen (2003, 69) tutkimuksesta ilmeni, että sairaanhoitajat olivat päiväkirurgisen potilaan tärkeimpiä kotihoidon ohjaajia. Potilas saa suulliset ohjeet sekä kirjalliset kotihoito-ohjeet. Kotiin lähtijällä tulee olla ehdottomasti saattaja sekä aikuinen seuralainen kotona yön yli. Postoperatiivisen hoitovaiheen lasketaan kestävän toimenpidettä seuraavaan päivään. (Lukkari 2007, 22.)

Potilaskeskeisiä toimintatapoja korostetaan hoitoteknisten taitojen ohella perioperatiivisessa hoitoajattelussa, koska ne ovat tärkeitä turvallisen ja korkealaatuisen hoidon toteutuksessa. Perioperatiivisessa hoitotyössä ja hoidossa korostuvat myös hyvät vuorovaikutustaidot, potilaan ohjaaminen, vaitiolovelvollisuus sekä moniammatillinen yhteistyö. Vahva teoreettinen tietoperusta, käden taidot, tehokkuus, vastuullisuus sekä tarkkuus ovat myös hoitajan työssä tärkeitä. Hoitotyössä korostuvat myös kokonaisvaltaisuus ja hoitotyön jatkuvuus. Leinonen (2007, 5-7) on tutkinut hoidon laadun mittaamista perioperatiivisessa hoitotyössä. Potilaspalautteet toimivat tärkeinä informaationantajina hoitotyön laatua arvioitaessa. Perioperatiivinen sairaanhoitaja osallistuu potilaan hoidontarpeen määrittelyyn vuodeosastolla, poliklinikalla tai kotona, hoidon suunnitteluun ja toteutukseen leikkausosastolla. Toimenpiteen jälkeen sairaanhoitaja osallistuu hoidon arviointiin leikkausosastolla, vuodeosastolla tai kotona. (Lukkari ym. 2007, 11 – 12.) Seuraavassa kuvataan päiväkirurgisen hoidon vaiheet nuolien jonona.



KUVA 1. Perioperatiivisen päiväkirurgisen hoidon vaiheet mukailten.

Toimenpiteeseen tulevan potilaan hoitoprosessissa tulee erottaa käsitteiden välisiä suhteita oikein. Kirurgisen potilaan hoitoprosessiin kuuluu preoperatiivinen hoito, leikkaushoito sekä postoperatiivinen hoito. Varsinaisesta toimenpidepäivävaiheesta käytetään nimitystä perioperatiivinen hoitoprosessi, joka voidaan jaotella pre-, intra- ja postoperatiiviseen toimintaan. Kirurgisen potilaan hoitoprosessin ja perioperatiivisen hoitoprosessin käsitteet voivat myös toimia rinnakkain, ja samat ihmiset voivat toteuttaa kummankinlaista hoitotyötä. Päiväkirurgiassa voi tapahtua näin. Käsitteiden

sisällön erittelemine on tärkeää, jotta ymmärrettäisiin toimenpiteeseen tulevan potilaan hoidon erilaiset toteutustavat. (Lukkari ym. 2007, 22.)

3 LAPSI PÄIVÄKIRURGISENA POTILAANA

Hoitoaikojen lyhetessä ja päiväkirurgisten toimenpiteiden lisääntyessä jää vanhemmille yhä useammin vastuu lapsen valmistamisesta sairaalaan tuloon sekä jälkihoidosta. Näin ollen vanhempien ohjaukseen sisällytetään tietoa erilaisten leikkauksen jälkeisistä ongelmista, niiden tunnistamisesta ja lapsen tai nuoren postoperatiivisesta hoitamisesta kotona. Vanhempien ohjaukseen ja opetukseen liittyy suuria haasteita, joutuvat-
han esimerkiksi päiväkirurgisten lasten vanhemmat selviämään lapsen kanssa kotona jo muutaman tunnin kuluttua toimenpiteestä. Vanhempien ohjaukseen sisältyy myös heidän omien pelkojensa ja ennakkoluulojensa lievittäminen ja poistaminen. (Forsbacka ym. 2002, 144 – 155.)

Kirurginen toimenpide lapselle asettaa hoitohenkilökunnalle erityisiä vaatimuksia. Pelkästään sairaalaan tulo aiheuttaa lapsessa usein pelon tunteita. Sairaalan tuoksu, äänet ja kirkas valaistus poikkeavat muista rakennuksista, joista lapsella on aikaisempaa kokemusta. Ensivaikutelmalla on tärkeä merkitys yksilön muistikokemukseen. Rauhallinen ja miellyttävä ympäristö luo lapsipotilaalle mahdollisuuden valmistautua toimenpiteeseen pelkäämättä. Kovat äänet ja laitosympäristö voivat aiheuttaa pelkoa ja stressiä pienellekin lapselle. (Kantero ym. 1997, 99.)

Tiedon tarve korostuu lyhyen hoitajakson takia. Kyetäkseen itsehoitoon lapsipotilas ja hänen vanhempansa tarvitsevat tietoa toimenpiteeseen valmistautumisesta, toimenpiteen kulusta ja jälkihoidosta. (Hautakangas ym. 2003, 19.) Hoitohenkilökunnan osalta vanhempien roolia lapsensa hoitoon osallistujana tulee tukea. (Lampinen ym. 1999, 198 - 202; Pelander, 2008, 84 - 91). Haapakosken (2006, 446) mukaan lapsipotilaiden vanhemmat ovat tehneet etukäteen järjestelyjä toipuvan lapsen hoidon osalta, jolloin odottamaton toimenpiteen peruuntuminen koskee vanhempien työnantajaa, mahdollista palkattua sijaista, sekä leikkausyksikön henkilökuntaa.

Pelander (2008) on tutkinut hoitotyön laatua lasten näkökulmasta. Lapset arvioivat hoitajien inhimillisyyden ja luotettavuuden erinomaiseksi, samoin hoitajien huolenpito- ja vuorovaikutustaitoja pidettiin kiitettävänä. Lasten mukaan hoitajien viihdyttä-

mistaidot olivat kuitenkin heikompi- tasoista, hoitajilta odotettiin aikaa pelien pelaamiseen työpäivän aikana rutiinitoimenpiteiden välissä. Hoitajien tulisi nähdä pelit tärkeiksi lapsen näkökulmasta sekä hyödyntää peliaikaa antamalla hoito- ohjeistusta. Lapset odottavat saavansa tietoa hoidostaan sairaalassaoloaikana. Lapset tulisi nähdä aktiivisena hoidon osapuolena, heillä on oikeus saada tietoa ja ohjausta ikätasoaan vastaavasti. Vanhempien tärkeää roolia korostettiin myös, heidän osaamistaan lapsensa hoidossa ja pelkojen vähentämisessä tulisi hoitajien kehittää. Osaston ja huoneen viihtyisyyden ja oman viihtyvyytensä lapset näkivät tärkeänä, mutta yhtä tärkeäksi koettiin vanhemman yöpymismahdollisuus samassa huoneessa. Lasten piirustuksia käytettiin tietojen keräämisessä hyväksi. (Pelander 2008, 84 – 91.)

Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä on (Korhonen 2009) valmistunut hoitotyön suositus, joka tuo tutkimukseen ja kliiniseen kokemukseen perustuvaa tietoa perioperatiiviseen päätöksentekoon. Hoitotyön suosituksen pohjaksi on tehty laaja systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotyön suosituksen tavoitteena on varmistaa, että leikki-ikäinen lapsi ja hänen vanhempansa saavat tarvitsemansa tuen päiväkirurgisen palveluketjun kaikissa vaiheissa. (Korhonen 2009, 1 - 33.)

3.1 Preoperatiivinen vaihe

Kortesalmen (2004) mukaan lasten ja nuorten hoitotyössä **preoperatiiviset valmistelut muodostuvat kolmesta osa-alueesta: yleisistä leikkauskelpoisuuteen** ja asiakirjoihin liittyvistä, **lapsen** ja nuoren ikätasoon sovelletusta **ohjauksesta ja valmistelusta** sekä **vanhempien ohjauksesta ja valmistelusta**. Preoperatiivinen vaihe on perustana koko prosessille. Ensimmäinen osa-alue valmisteluista on organisaation toimintaan ja potilaan hoidon laatuun vaikuttavaa.

Leikkauskelpoisuuteen ja asiakirjoihin liittyviin valmisteluihin sisältyy puhdas vuode, tippateline ja vuoteen päädyssä oleva lapsen/nuoren nimilappu. Suullisen raportin tukena ovat poliklinikalla huolellisesti täytetty anestesia- lomake, erikoisalan sairauskertomukset sekä laboratorio- ja röntgentutkimuslomakkeet. Anestesia- lomakkeesta ilmenevät potilaan yliherkkyydet, perussairaudet, lääkehoito, verivaraukset, paino, pituus, verenpaine, pulssi ja annetut esilääkkeet. **Kaksi muuta osa- aluetta liittyvät ensisijaisesti lapsen ja nuoren psyykkiseen selviytymiseen kirurgisen hoidon aikana.** Näiden kolmen preoperatiivisen valmistelun osa-alueen toteutuminen on pe-

rusta koko kirurgisen hoitoprosessin onnistumiselle kaikkien osapuolten näkökulmasta. Valmistelut alkavat välittömästi leikkauspäätöksen jälkeen. Yhtenäiset leikkausvalmisteluohjeet varmistavat toiminnan sujumisen ja vapauttavat hoitajan resursseja lapsen huomiointiin, sekä lisäävät resursseja myös vanhempien ohjaukseen ja tukemiseen. Leikkauksen jälkeisen hoidon opettaminen Korttesalmen ym. (2004) mukaan liittyy leikkausvalmisteluihin. Lapsen ja perheen kanssa keskustellaan esimerkiksi leikkaus- tai toimenpidepäivän ohjelmasta, haavakivusta ja haavanhoidosta. Lapsen heräillessä hoitaja antaa vanhemmille kirjalliset ja suulliset kotihoito-ohjeet haavan- ja kivun hoidosta, ompeleiden poistosta sekä yhteystieto-osoitteen ongelmatilanteita varten. (Korttesalmi ym. 2004.)

Klemetti (2010) tutki **preoperatiivisen paaston** pituuden merkitystä ennen toimenpidettä. Tulosten mukaan lapsen nesteyttäminen 2 tuntia ennen toimenpiteen alkua vähensi merkittävästi pahoinvointia sekä kiputunteja postoperatiivisessa vaiheessa. Nestemäärän (vesi tai kirkas mehu) tulee olla pieni, 0,75 desilitraa nautittuna 2 tuntia ennen toimenpidettä. Leikkauksen jälkeen lapset olivat aktiivisimpia, heidän pahoinvointinsa oli vähäisempää ja heille kehittyi vähemmän leikkauskomplikaatioita. Lisäksi hyvin valmistellut potilaat kotiutuivat sairaalasta nopeammin kuin huonommin ohjatut ja valmistellut potilaat. (Klemetti 2010, 53 – 62.)

Lapsen ja vanhempien ohjaaminen sisältää suullisen ja kirjallisen ohjauksen. Vanhempia ohjataan valmistamaan lastaan toimenpiteeseen tämän ikäkautta vastaavasti. (Korhonen 2009, 12 – 13.) Lapsen vanhemmilta toivotaan voimavaroja yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa ja vastuullista hoitokykyä, koska lapsi kotiutuu jo samana päivänä. Vanhempien on myös selviydyttävä toimenpiteen jälkeen lapsen kivun hoidosta, infektoiden ehkäisystä ja perushoidosta. (Hautakangas ym. 2003, 15 – 16.) Vanhempien tietotaso, uskomukset ja arvoperusta vaikuttavat Kankkusen (1998) mukaan vanhempien tiedontarpeeseen sairaan lapsensa kohdalla. Vanhempien ja hoitotyöntekijöiden välisellä vuorovaikutuksella on myös merkitystä tiedon tarpeessa ja sen vastaanottokyvyssä. (Kankkunen 1998, 14 – 15.) Sairaanhoitajan on hallittava ohjattavan asian sisältö ja osattava ohjata laadukkaasti (Kyngäs ym. 2007, 154).

Ohjauksen sisällön suunnittelussa vaikuttavat ohjattavan taustatekijät. Fyysisiä taustatekijöitä ovat ikä, terveydentila ja sukupuoli. Psykkisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi terveystietoisuus, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet ja motivaati-

tiotekijät. Sosiaaliset tekijät, kuten kulttuuritausta ja sosiaalisuus vaikuttavat potilaan käsityksiin ja arvoihin, samoin uskonnollisuus ja eettiset periaatteet. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 29 – 37.) Ympäristötekijät vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Kiire vaikuttaa ohjauksen suunnitelmallisuuteen ja vähentää potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta. (Kyngäs ym. 2007, 36 – 37.)

Poliklinikkakäynnin yhteydessä hoitaja keskustelee potilaan ja vanhempien kanssa toimenpiteeseen liittyvistä asioista (Kortessalmi ym. 2004). Tiedon antamiseen perustuvat ohjaustuokit Brewerin ym. (2006) mukaan ovat yleensä melko lyhyitä. Tutkimusten mukaan päiväkirurgiseen yksikköön tutustumiseen ja kehitystason mukaisen tiedon antamiseen toimenpidepäivän kulusta käytettiin aikaa keskimäärin 10–20 minuuttia (Brewer ym. 2006, 13 - 22, Kain ym.1998, 1249 – 1255). Vanhempien kannustaminen hoitoon osallistumiseen vähentää lapsen pelokkuutta ja auttaa häntä sopeutumaan uuteen tilanteeseen. Tällöin vanhemmilla on aikaa järjestellä mahdolliset hoito- ja työasiat ennalta. (Korhonen 2009, 12 – 15.)

Kortessalmen ym. (2004) mukaan psyykinen valmistelu heijastuu lapsen ja nuoren turvallisuuden tunteeseen ja sitä kautta myöhempiin sairaalakokemuksiin. Vanhempien kokema turvallisuus ja luottamus hoitoon taas heijastuvat lapseen. (Kortessalmi ym. 2004.) Käytännön toiminnan suunnittelussa on varmistettava lapsen tai nuoren psyykkisen valmistamisen toteutuminen kotona. Preoperatiivisen soiton kotiin tavoitteena on varmistaa ja kerrata valmisteltavat asiat sekä vastata kysymyksiin. (Korhonen 2009, 14.) Siksi esimerkiksi päiväkirurgisten lasten hoidossa mukana oleva hoitaja soittaa kotiin edellisenä iltapäivänä ja varmistaa valmistelujen toteutumisen ja lapsen tai nuoren toimenpidetietoisuuden. Frish ym. (2010, 41 – 44) tuovat tutkimuksessaan esiin hoitajien ammatillisia valmius- ja osaamiskeinoja valmistaa lasta ja vanhempaa ahdistusta vähentäen ennen leikkausta. Hoitaja keskustelee vanhempien kanssa siitä, mitä lapsi tai nuori tietää tulevasta toimenpiteestä. Lapsen aikaisempien sairaalakokemusten kartoituksen tarkoituksena on tunnistaa valmistelussa huomioitavat seikat lähetteen kirjoittavassa yksikössä. (Korhonen 2009, 12 – 15.)

Päiväkirurgisessa toimenpiteessä olevien lasten vanhempien ohjaamista ja kivunhoidon osaamista tulisi kehittää. Vanhempien käsitykset kivunhoidosta selittävät heidän

valintojaan lastensa kivunhoidosta päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen kotona. Tietoa lääkehoidon turvallisuudesta ja tarpeellisuudesta lapselle tulee antaa vanhemmille enemmän. (Kankkunen 2003, 64 - 66.) Esimerkiksi vanhemmille annettu suullinen ohjaus, videoidut ohjeistukset tai kirjalliset ohjeet lisäävät ohjeiden ymmärtämisen. Vanhempien kielteiset tunteet ja uskomukset lääkkeiden haittavaikutuksista saattavat vaikuttaa heidän lääkkeenantoherkkyyteensä kivuliaalle lapselleen. (He 2006, 131, 133.)

Lapsen ohjauksen onnistumiseksi hyvä vuorovaikutus on tärkeää. Luottamus lapsipotilaan ja sairaanhoitajan välille voi syntyä, kun sairaanhoitaja on auttamishaluinen, rehellinen ja vuorovaikutustaitoinen. Hyväksyvä ilmapiiri ja hoitoympäristön siisteys lisäävät luottamusta hoitoa kohtaan. (Haukkapaasi 2001, 46.) Kanteron ym. (1997) mukaan on tärkeää luoda kiireetön ja avoin ilmapiiri keskusteltaessa lapsen kanssa Tiedon antamisessa ja ohjauksessa **lapsen yksilöllinen kehitystaso tulee huomioida**. Annettavan tiedon tulee olla ymmärrettävässä ja havainnollisessa muodossa. Lapsen ymmärrys voi liittyä suppeampaan sanavarastoon kuin aikuisella, joten on käytettävä selkeitä ja helposti ymmärrettäviä sanoja (Okkonen 2004, 75). Valmistamisessa voi käyttää kuvakirjoja, videoita, ohjekansioita ja demonstraatiota. Sairaalakielen käyttöä tulee välttää ja on tärkeää korostaa, että leikkauksella tarkoitetaan korjausta. Lapselle kerrotaan toimenpiteestä pääpiirteittäin, koska lapsilla on vilkas mielikuvitus ja pelokas lapsi voi suurennella mielessään kuulemiaan asioita. (Kantero ym. 1997, 99; Kori-oth 2010, 2.) Jensenin, Gulbrandsenin, Mossigen, Reicheltin ja Tjerslandin (2005) tutkimuksen mukaan **ilmapiirillä on vaikutusta** lasten mielipiteisiin haastattelusta. Lapsi on herkkä haastattelijan olemukselle ja käyttäytymiselle. Lapsi saattaa päättää aikuisten reaktioiden mukaan, mistä hän voi puhua ja voi salata tietoa, jos aikuinen reagoi voimakkaasti. (Jensen ym. 2005, 1408.)

Yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa erityisesti leikin avulla lapsen valmisteli leikkaukseen sairaalassa lasten elämään erikoistunut asiantuntija eli child life specialist (Brewer ym. 2006, 13 - 22; Kain ym. 1998, 1249 - 1255), ja hoitotietoa antavan ohjauksen antoi sairaanhoitaja (Brewer ym. 2006, 13 - 22; Kain ym. 2007, 65 - 74; Margolis ym. 1998, 17 - 23). Ruotsalaisessa Hatavan ym. (2000) tutkimuksessa leikkiin perustuvan ohjauksen antoi anestesiahoitaja. Erilaiset ohjausmenetelmät vievät eri tavoin hoitohenkilökunnalta aikaa. Lapsen leikkaukseen valmistaminen kotona videon tai kirjan avulla ei vaadi sairaalalta henkilökuntaresursseja samalla tavalla kuin sairaalas-

sa tapahtuva valmistaminen, mutta vaatii toisaalta taloudellisia resursseja materiaalin tuottamiseksi. Lapsen kotiohjauksen tehokkuus on riippuvainen vanhempien ohjauksesta, jotta he pystyisivät vastaamaan lapsille mahdollisesti herääviin kysymyksiin ja oikaisemaan väärinkäsityksiä. Kainin ym. (1998, 1249 - 1255) tutkimuksessa laaja valmisteluohjelma kesti 30 minuuttia ja sisälsi havainnollistavaa ja leikkiin perustuvaa ohjausta, tämän lisäksi lapset saivat vielä tietoa antavan ohjauksen. Ohjauksen vaikuttavuuden saavuttamiseksi myös arviointiin ja kirjaamiseen kiinnitetään erityistä huomiota. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 10 - 11, 250 - 257.)

Pelanderin (2008) tutkimuksessa lasten mukavimmat sairaalakokemukset liittyivät ihmisiin ja heidän ominaisuuksiinsa, toimintoihin, hoitoympäristöön ja hoidon lopputuloksiin. Ikävimmät kokemukset liittyivät potilaana oloon, sairauden tuntemuksiin ja vanhemmista erossa oloon, hoitotyön toimintoihin sekä epäviihtyisään ympäristöön. (Pelander 2008, 82 - 83.)

Esilääkkeen antaminen tulee ajoittaa oikein, mikä saattaa olla vaikeaa nopeampoisissa päiväkirurgisissa yksiköissä, ja näin ollen anestesian alkaessa esilääkkeen vaikutus on saattanut mennä ohi ja lapsi on pelokas. Joillekin lapsille esilääkkeenä yleisesti käytetyt bentsodiatsepiinit aiheuttavat levottomuutta ja sekavuutta eli paradoksaalisen reaktion. (Taivainen - Manner 2006, 469.) Lapsen **fyysisen turvallisuuden varmistaminen** on erityisen tärkeää esilääkityn lapsen hoidossa, joten häntä ei saa jättää yksin. Vanhemman tai omahoitajan tulisi olla odotteluaikana lapsen turvana ja rauhoittajana. Uuteen ja pelottavaan tilanteeseen menevälle lapselle ja nuorelle on tärkeää aikuisen läsnäolo. Lapsi voi odotella leikkaussaliin kuljetusta joko vuoteessa tai vanhempansa/hoitajan sylissä. (Kantero ym. 1997, 99, 142 - 143; Ivanoff & Åstedt-Kurki 1999, 272 - 273, 280.)

Lasten suurimmat sairaalapelot liittyvät tilanteisiin, joissa vanhemmat eivät voi olla läsnä. Ivanoff & Åstedt-Kurki (1999) havaitsivat 4 - 6 -vuotiaiden lasten pelkäävän sairaalassa. He havaitsivat, että leikki-ikäisten lasten pelot muodostuivat vieraasta ympäristöstä, hylätyksi tulemisen peloista, kehon vahingoittumisen uhasta, kivusta, itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta, alistamisen ja mielivallan kokemuksista. Eri-ikäisten lasten ja nuorten pelot ja kokemukset sairaalassa ovat varsin samansuuntaisia. Leikki-ikäinen ei aina myöskään ymmärrä toimenpiteen tarkoitusta tai hän saattaa

ymmärtää sen väärin, näin esimerkiksi laboratorio- tai röntgentutkimukset voivat muodostua lapselle traumaattisiksi kokemuksiksi. (Ivanoff ym. 1999, 272 - 273, 280.)

Flinkmanin ym. (2004) mukaan sairaalapelkoja esiintyi päiväkirurgisen hoitoprosessin yhteydessä. Lapsia pelotti muun muassa pistäminen, kipu, ompeleiden laitto, ero vanhemmista, vieras ympäristö, tiedonpuute, nukutusmaski, pahat unet nukkumisen aikana, oksentaminen, huono olo ja joutuminen uudelleen leikkaukseen. Tutkittujen lasten kokemukset päiväkirurgisesta hoitoprosessista olivat kuitenkin pääosin myönteisiä.

Kuitenkin lapset kuvasivat **pelkoa kaikissa hoitoprosessin vaiheissa, paitsi kotiin lähtiessä**. Kaikkein voimakkainta pelkoa lapset kokivat nukutusta ja toimenpidettä kohtaan. Osalle lapsista aiheutti pelkoja tiedonpuute; he eivät tienneet riittävästi toimenpiteeseen ja nukutukseen liittyvistä asioista. (Flinkman ym. 2004, 121, 126 - 127.) Pölkkin (2002, 103) tekemässä tutkimuksessa 8 - 12-vuotiaista kirurgisista lapsipotilaista 75 % oli kokenut pelkoa sairaalahoitoa kohtaan. Lapset olivat pelänneet esimerkiksi leikkausta ja anestesiaa, leikkauksesta toipumista sekä sairaalassa olemista. Eriytisesti leikkaukseen ja anestesiaan liittyvinä pelkoina ilmeni pelko toimenpiteen aikaisesta kivusta, toimenpiteen epäonnistuminen ja komplikaatiot sekä pelko heräämisestä kesken leikkauksen. Vastaavia tuloksia havaitsivat myös Flinkman ja Salanterä (2004, 126 - 127) leikki-ikäisten lasten kohdalla.

Kain ym. (2006) tutkimuksen mukaan kohtalainen tai voimakas preoperatiivinen ahdistus lisäsi postoperatiivisessa vaiheessa kivun tuntemista, kipulääkkeiden käyttöä, yleistä ahdistuneisuutta, uniongelmia sekä hidasti syömisestä normalisoitumista (Kain ym. 2006, 651 - 658). Lapsen ja vanhempien preoperatiivisen ahdistuksen lievittämiseksi toimenpideyksikössä tulisi olla mahdollisuus käsitellä ahdistusta toimenpidepäivän aamuna ammattihenkilön kanssa. (Korhonen 2009, 14.)

Huolellinen leikkaukseen valmistaminen on jokaisen lapsen oikeus. Pelkojen vähentäminen pelkän lääkityksen avulla ei auta lasta kehittämään keinoja stressaavista tilanteista selviämiseen eikä sillä ole vaikutuksia postoperatiiviseen käyttäytymiseen. Esilääkkeen tavoitteena on vähentää lapsen toimenpidettä kohtaan tuntemaa pelkoa, rauhoittaa lasta sekä samalla helpottaa anestesian induktiota. (Taivainen - Manner 2006, 468.) Se myös vähentää varsinaisten anestesia-aineiden tarvetta ja saattaa siten myös nopeuttaa lapsen toipumista. On kuitenkin osoitettu myös, että joidenkin lasten koh-

dalla esilääkitys on yhtä tehokas pelkojen vähentämisessä kuin toimenpiteeseen valmistaminen. (Kain ym. 1998, 71.)

Lapsen valmistaminen toimenpiteeseen ja pelkojen vähentäminen ohjauksen avulla on tärkeää **Tehokkaimmaksi preoperatiivisen pelon vähentämisessä** tuli esiin **perhekeskeinen tietoa antava, havainnollistava ja leikin avulla tapahtuva ohjaus**. On havaittu, että preoperatiivisessa vaiheessa hyvin valmistellut ja ohjatut potilaat pelkäävät vähemmän. Näiden ohjausmenetelmien käyttö vaatii kuitenkin perinteistä tietoa antavaa ohjausta huomattavasti enemmän henkilöstö- sekä taloudellisia resursseja. (Taivainen - Manner 2006, 468.) Tunteiden hallinta on edellytys turvallisuuden kokemukselle intraoperatiivisessa vaiheessa.

3.2 Intraoperatiivinen vaihe

Intraoperatiivisen hoitotyön lähtökohtana on potilaan turvallisuuden kokeminen. Potilaan turvattomuuden kokemisella on yhteys leikkauksen jälkeisten selviytymiskeinojen valintaan, tunteiden hallintaan ja käyttäytymiseen. Potilaan elämänhistorialla, läheisten tuella ja aikaisemmilla leikkauskokemuksilla on merkitystä turvallisuuden kokemukseen leikkauksen aikana. Intraoperatiivisen hoitotyön tehtävänä on tukea potilaiden leikkauksen aikaista selviytymistä. Hoitotyön päämääränä on lisätä potilaan turvallisuudentunnetta niin, että potilas tuntee hallitsevansa leikkauksen rasitukset. (Hankela 1999, 105–106.)

Sairaanhoitajan tuella vanhemmat auttavat ja ovat lapsensa tukena toimenpidepäivänä (Korhonen 2009, 14). Vanhempi voi läsnäolollaan rauhoittaa esilääkittyä lasta. Vanhempi voi saattaa lapsen leikkausosaston ovelle asti ja mennä hoitajan kanssa hakemaan lasta leikkausosastolta. Vanhempi on voinut ottaa mukaan sairaalaan lapselle rakkaan lelun. (Kantero ym. 1997, 99 ja 142–143; Koriath 2010, 2; Ivanoff ja Åstedt-Kurki 1999, 272 - 273.) Lapsen toimenpiteeseen valmistamiseen käytetty aika voidaan saada takaisin leikkaussalissa ja heräämössä: anestesian esivalmistelut onnistuvat hyvin valmistellun yhteistyökykyisen lapsen kanssa helpommin ja lapsen toipuminen heräämössä saattaa olla nopeampaa. (Hatava ym. 2000, 477 - 486.)

3.3 Postoperatiivinen vaihe

Päiväkirurgiassa kotiutuksen edellytyksenä on vitaalitoimintojen vakaus, ikää vastaava yhteistyökyky, liikkuminen, hyvävointisuus, leikkausalueen kivuttomuus ja vuotamattomuus ja joissakin tapauksissa se, että lapsi saa virtsattua (Ivanoff ym. 2001, 156). Lapsen postoperatiivisten kokemusten läpikäynnissä sairaanhoitaja ohjaa vanhempia auttamaan lasta käsittelemään sairaalakokemuksiaan turvallisesti. Toimenpideyksikön sairaanhoitaja soittaa kotiin toimenpidettä seuraavana päivänä varmistaakseen postoperatiivisen hoidon ohjauksen riittävyyden. (Korhonen 2009, 15.)

Forsbackan (2000) tutkimuksen tarkoitus oli kuvata vanhempien käsityksiä leikkikäisten lasten biofysiologisesta toipumisesta päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Ongelmista kartoitettiin väsymystä, kipua, pahoinvointia, oksentamista, ongelmia liittyen juomiseen, syömiseen, virtsaamiseen, ulostamiseen ja haavan paranemiseen. Tuloksien mukaan 91 % oli täysin tyytyväisiä, 8 % jokseenkin tyytyväisiä päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Kotimatalla lähes puolet lapsista oli väsyneitä ja kipua tuntevia, 10 %:lla oli pahoinvointia. Toimenpidepäivän iltana esiintyi eniten ongelmia koko hoitajaksoa ajatellen. Kipulääkettä tarvitsi 80 % lapsista. Toimenpiteen jälkeisenä päivänä puolella lapsista esiintyi väsymystä, ja kipulääkkeentarve oli myös samaa luokkaa. Lapsen iällä ei ollut yhteyttä toimenpiteen jälkeisen ajan ongelmiin. Pojilla esiintyi enemmän kipuaistimusta illalla ja toimenpiteen jälkeisenä päivänä. Tehty kartoitus osoitti toipumisvaiheessa olevan ongelmia. Kipu, pahoinvointi ja oksentelu sekä väsymys nousivat suurimmiksi ongelmiksi. Tutkimus antoi tietoa vanhempien näkemyksistä lapsen toipumisesta päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Päiväkirurgiassa kaikkien pitäisi toipua nopeasti ja vaivattomasti ja ongelmien esiintyvyyden pitäisi olla vähäistä. Erityisesti kivunlievitys oli puutteellista ja tarvitaankin panostusta vanhempien ohjaukseen riittävän kivunhoidon toteutumiseksi. (Forsbacka 2000, 148 - 157.)

Fortiet ym. (2009, 593) tutkimuksen mukaan vanhempien omat asenteet ja pelot lääkkeiden sivuvaikutuksista estivät riittävän kipulääkityksen annon lapselle leikkauksesta toipumisen aikana kotihoidossa. Vanhempien koulutustason noustessa myös tunnollisuus kipulääkityksen toteuttamiseen kotona näytti toteutuvan paremmin. Lasten persoonallisuudella ja impulsiivisuudella sekä vanhempien kyvyllä lukea lapsen nonverbaalisia viestejä kiputunteuksista oli vaikutusta lääkkeiden antamiseen. Nielu- ja

kitarisaleikkauksen jälkeen tablettien nieleminen on hankaloitunut, joten kipulääkityksen suunnitteluun on paneuduttava kotilääkityksen määräävän lääkärin taholta. (Fortiet ym. 2009, 594.)

Brewerin ym. (2006), Kainin ym. (2007) ja Margolixen ym. (1998) tutkimuksissa leikkausta varten suunniteltu erityinen valmisteluohjelma vaikutti positiivisesti lapsiin postoperatiivisessä vaiheessa. Kainin ym. (2007) tutkimuksessa postoperatiivisia vaikutuksia oli tutkittu vain heräämöhoidon aikana, jolloin todettiin preoperatiivisen valmistelun nopeuttaneen lasten toipumista leikkauksesta. Brewerin ym. (2006, 13 - 22) ja Margolixen ym. (2007, 17 - 23) tutkimusten mukaan postoperatiiviset positiiviset vaikutukset ulottuivat aina kahdesta viikosta kuukauteen toimenpiteen jälkeen. (Kain ym. 2007, 656.)

Pölkki (2002, 103) tutki ei - lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöä sairaalahoitossa olevien lasten postoperatiivisen kivun hoidossa. Tuloksista ilmeni, että vanhempien roolia tulisi selkiyttää lasten kivun hoidossa. Lapset ja vanhemmat tulisi ottaa aktiivisemmin mukaan sekä kivunhoidon suunnitteluun että sen toteutukseen sairaalassa (He 2006, 131). Pölkin (2002, 126 - 130) mukaan käytäntöön tulisi laatia kirjallinen ohjeistus ei-lääkkeellisistä hoitomenetelmistä. Ei-lääkkeellisiä kivunhoitomenetelmiä tutkimuksessa olivat esimerkiksi kylmäpakkausten käyttö kivunlievitykseen, musiikin kuuntelu, keskustelu, läheisyys ja kädestä pitäminen, huoneen viihtyisyys ja mielikuvaharjoitukset (Pölkki 2002, 91 - 102). Esimerkiksi rentoutus, hieronta, asentohoito, lämpöhoito, kosketus, henkinen tukeminen ja auttaminen päivittäisissä toimissa olivat ei-lääkkeellisiä menetelmiä postoperatiivisen kivun hoidossa Hen (2006, 338) tutkimuksessa. Tuloksien mukaan hoitajien tulisi antaa enemmän tietoa kiinalaisille kouluikäisille lapsille perioperatiivisesta hoidosta, kipulääkityksestä ja ei-lääkkeellisestä kivunhoidosta. Sairaanhoidajaopiskelijoille tulisi antaa enemmän opetusta ei-lääkkeellisistä kivunhoitomenetelmistä, jotta heillä olisi taitoa käyttää niitä ammatissaan. (He 2006, 131 - 132.)

4 PÄIVÄKIRURGISET LEIKKAUKSET LAPSILLA

Tässä opinnäytetyössä kaikki alle 16 vuoden ikäiset päiväkirurgiset leikkauspotilaat määritellään lapsipotilaiksi. Toimenpidetarve tulee arvioida aina potilaskohtaisesti.

Hoitohistorian selvittäminen ja tietojen keruu on ensiarvoisen tärkeää operaatiotarvetta arvioitaessa. Tyypillisiä päiväkirurgisia toimenpiteitä lapsilla ovat korva-, nenä- ja kurkkutautien (KNK) alueella esimerkiksi kita- ja nielurisaleikkaukset, tärykalvoputkitukset sekä kielijänteen katkaisut.

Poskiontelotulehduksen eli sinuiitin diagnoosi lapsilla perustuu kliiniseen taudinkuvaan. Sinuiittia on syytä epäillä, jos lapsella esiintyy vielä 10 - 14 vuorokauden jälkeen nuhan alkamisesta märkäistä nuhaa, yskää ja päänsärkyä. Lapsella sinuiitti johtaa useammin komplikaatioihin kuin aikuispotilailla. Näitä ovat silmäluomen, posken tai silmäkuopan turvotus, jolloin lapsi on lähetettävä päivystyksellisesti erikoislääkärille. Lapsilla mikrobilääkitys on ensisijainen hoitomuoto. Kun sinuiitti todetaan vähintään kolme kertaa vuoden aikana, puhutaan toistuvasta tai kroonistuvasta poskiontelotulehduksesta. Lapsen toistuvissa poskiontelotulehduksissa on hoitosuosituksen mukaan harkittava **kitarisaleikkausta** eli adenotomiaa sekä samassa nukutuksessa tehtävää **poskiontelohuuhtelua**. Alle 12 - vuotiaiden punktiohoito kuuluu yleensä erikoislääkärille ja tehdään usein anestesiassa. (Sivuontelotulehdus 2006, 7 - 8.) Joissakin tapauksissa voidaan myös lapsilla tehdä ns. antrostomialeikkaus tai poskionteloiden tähtysleikkaus. (Nevalainen 2010, suullinen tiedonanto.)

Äkillisen välikorvatulehduksen ilmaantuvuus on suurimmillaan 0,5 - 2-vuotiailla lapsilla. Hoidon aloituksessa ensisijaista on kipulääkitys. Ensisijainen lääkehoito on amoksisilliini tai penisilliini. Toistuvat välikorvatulehdukset tai liimakorvatauti ovat indikaatioita ilmastointi- eli **tympanostomiaputken** laitolle, toisinaan myös **kitarisan poisto** on aiheellinen risan suuren koon vuoksi. Liimakorvadiagnoosi tehdään, jos välikorvassa on nestettä yhtäjaksoisesti kolmen kuukauden ajan. Adenotomialla eli kitarisan poistoilla ei ole todettu merkittävää hoitotehoa välikorvatulehdusten ehkäisyssä. Tärykalvon putkitushoidolla on osoitettu olevan tehoa välikorvatulehduksen ehkäisyssä. (Äkillinen välikorvatulehdus 2010, 1 - 9.)

Nielurisaleikkaus on myös tavallinen toimenpide lapsilla. Usein myös kitarisa poistetaan samassa yhteydessä. Toistuvissa n. 4 kertaa vuodessa todetuissa bakteeritulehdustapauksissa harkitaan nielurisaleikkausta eli tonsillektomiaa. Lapselle voi joskus kehittyä myös nielupaise eli peritonsillaariabskessi. (Nielutulehduksen hoitosuositus 1999, 2163 - 2167.) Lapsen nielupaisetta ei yleensä aukaista paikallispuudutuksella, joten hoitona on nielurisaleikkaus ja usein suonensisäinen antibioottihoito. Savonlinnan

keskussairaalassa yli 4-vuotiaan lapsen nielurisat leikataan pääsääntöisesti päiväkirurgisesti.

5 HOITOPROSESSIEN KEHITTÄMISEN TAUSTA

5.1 Prosessiajattelu kehittämistyössä

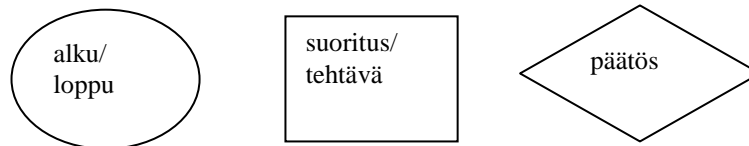
Prosessilla tarkoitetaan joukkoa loogisesti toisiinsa liittyviä toimintoja sekä toimintojen toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla saavutetaan asetettujen tavoitteiden mukaiset toiminnan tulokset. (Laamanen 2001, 19 - 21.) Toimintaprosessi on konkreettinen tapahtumaketju, joten sen kuvaaminen on hyödyllistä. Toimintamallin kuvaus auttaa organisaation palveluksessa olevia ymmärtämään sekä toiminnan päämäärän että oman osuuden sen saavuttamisessa. (Laamanen 1993, 27.)

Prosessiajattelun lähtökohtana on organisaation ydinosoaminen. Ydinprosessit tuottavat suoraan arvoa asiakkaille, tukiprosessit mahdollistavat osaamisen toteutuksen. Organisaatiolla tulee olla selkeä käsitys tavoitteista ja päämääristä. Työn organisoinnissa on tärkeää, miten työ tehdään. Oman työn merkitys selkiytyy osana kokonaisuutta. Prosessiajattelulla tarkoitetaan asiakasnäkökulman sisäistämistä, arvoketjujen ymmärtämistä ja niiden hallintaa. Prosessi antaa mahdollisuuden toimia joustavasti, eri tilanteiden vaatimusten mukaisesti. Toimintojen päällekkäisyyttä voidaan vähentää läpinäkyvyyttä lisäävällä prosessiajattelulla. Eri toiminnot ja prosessit tulisi olla vuorovaikutuksessa keskenään. Prosessijohtamisella haetaan järkevyyttä ja kustannustehokkuutta julkisessa terveydenhuollossa. (Laamanen 2001, 21,33 - 35.)

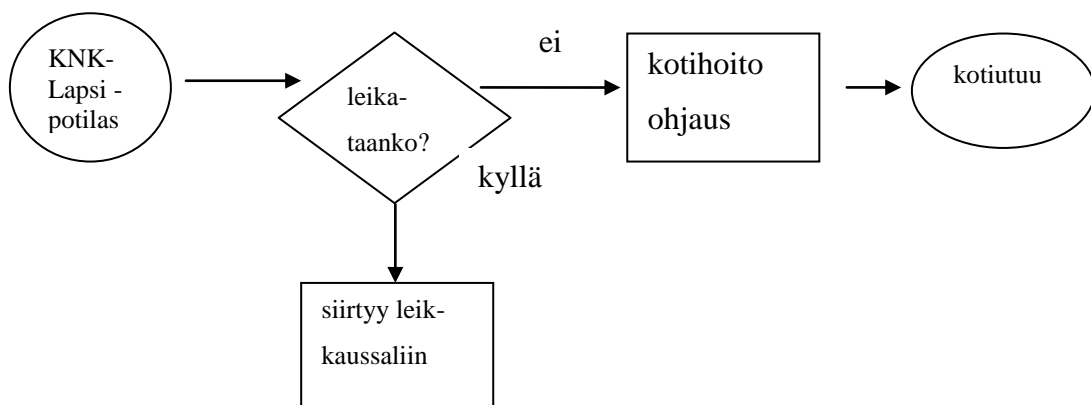
Prosessikaavioon kuvataan toimijoiden roolit ja tekeminen tai toiminnot. Prosessien kuvauksen tulisi sisältää prosessin kannalta kriittiset asiat ja niiden tulisi esittää asioiden välisiä riippuvaisuuksia ja auttaa ymmärtämään kokonaisuuksia. Sen avulla voidaan edistää prosesseissa toimivien ihmisten ja eri osapuolten välistä yhteistyötä sekä omaa roolia siinä. Onnistuneen prosessikuvauksen teknisiä vaatimuksia ovat selkeä ja lyhyt ulkoasu (n. 4 - 5 sivua A4 tekstiä ja vuokaaviot). Prosessi kuvaa todellisuutta ja etenee sovitun rungon ja prosessikaavion mukaisesti. Tunnistetiedot (tekijä, pvm, nimi sekä hyväksyntä) tulevat ilmi prosessikaaviosta. Kaaviossa käytettyjen termien ja käsitteiden tulee olla yhtenäisiä ja sovitun mukaisia. Prosessikaavioon tulee olla ymmär-

rettävä, selkeä ja looginen, eikä siinä saa esiintyä sisältöristiriitoja. (Laamanen 2001, 75 - 78, 79 - 83.)

Prosessien kuvaamiseen käytetään helposti tunnistettavia symboleja, jotka kertovat mikä vaihe tapahtumasta on käsiteltävänä (kuvio 1). Symbolit voivat vaihdella eri ATK-ohjelmissa. Prosessien etenemistä on helppo tarkastella visuaalisilla esityksillä. Vuokaavio on perinteinen ja useasti käytetty tapa kuvata prosesseja (kuvio 2) (Blåfield 1996, 36.) Prosessikaavion lisäksi prosessien kuvaamiseen käytettäviä graafisia esityksiä voidaan kutsua työnkulkukaavioiksi tai vuokaavioiksi. (Blåfield 1996, 36; Laamanen & Tinnilä 2009, 124.) Tässä kehittämistehtävässä käytän prosessikaavio-nimeä kuvatessani prosessia. Työvälineenäni on VISIO - kaaviopiirto-ohjelma, jonka avulla prosessikuvauksesta saadaan monikerroksinen. Kaavio sisältää alleviivattujen tekstien alla runsaasti hyperlinkkejä, joiden avulla syventävää informaatiota saa helposti hyödynnettyä. Prosessikuvaus kuvataan niin tarkasti, että hoitoprosessin toimintalogiikka tulee kaaviossa selväksi. Prosessikaavion avulla tavoitellaan koko prosessin ymmärrystä, tavoitteena on tunnistaa kriittiset toiminnot. (Laamanen 2001, 81.)



KUVIO 1. Esimerkki prosessikaaviossa yleisesti käytettävistä symboleista.



KUVIO 2. Esimerkki prosessikaaviosta.

5.2 Itä-Savon sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2009 – 2011

Sairaanhoitopiirissä pyritään jatkuvaan laadun parantamiseen. Laatukoulutus on osa ammatillista täydennyskoulutusta. Laadunhallinnalla turvataan toiminnan tulokset ja vältetään virheitä. Päätökset tehdään näyttöön perustuen. Kirjataan, mitä on tehty ja tehdään, mitä on kirjattu. Toimintaa myös arvioidaan järjestelmällisesti. Auditoinnit toteutetaan Sosiaali- ja terveystalouden laatuohjelman avulla (Social and health quality service) eli SHQS- menetelmällä. Toiminta toteutuu jäsenkuntien asettamilla voimavaroilla. Voimavarat suunnataan ja käytetään niin, että niillä saadaan mahdollisimman paljon hyvinvointia. Laatu ei ole säästämistä vaan tuhlauksen välttämistä. Laadunhallinnalla edistetään terveystalouden asianmukaista käyttöä. (Talousarvio-taloussuunnitelma 2009 - 2011.)

Vuosille 2009 - 2011 asetettujen strategisten tavoitteiden yhtenä osana ovat prosessit ja rakenteet. Ne sisältävät keskeisten asiakas- ja potilasryhmien palvelu- ja hoitoketjut. Strategisia tavoitteita seurataan arvioimalla palvelu- ja hoitoketjujen toimivuutta sekä hoidon porrastusta. Laatupolitiikka on myös keino arvioida tavoitteisiin pääsyä. (Talousarvio-taloussuunnitelma 2009 - 2011.) Sairaanhoitopiirin strategia perustuu yhteisille arvoille ja periaatteille, jotka kuvataan seuraavaksi:

Hyvinvointi. Hyvinvointia tarkastellaan asiakkaan ja kuntalaisen näkökulmasta. Yhteistyön ja saumattomuuden arvot, samoin yksilöllisen palvelun ja huomioonottamisen periaatteet nähdään tärkeiksi. Inhimillisyyden, valinnanvapauden sekä vastuullisuuden arvot nostetaan esille. Päiväkirurgisen potilaan kannalta ovat nämä arvot erityisen tärkeitä. Terveyden edistäminen myös sairaanhoidossa on tärkeää. Ajanmukainen ja yksilöllinen hoito on ensiarvoista päiväkirurgiassa. Potilaan avoin kuuntelu ja aito kohtelu antavat hoidettavalle tunteen, että häntä arvostetaan yksilönä.

Luottamus. Prosessien laadunhallinta. Varmistettu hyvä laatu on yhtenä arvona. Toiminta on tiedostettua ja suunniteltua. Riskien hallinta, ketteruus ja joustavuus ovat keskeisessä asemassa. Kumppanuus nähdään tärkeänä, samoin yhteiset pelisäännöt. Työn kehittämisen, viestinnän ja sitoutumisen periaate nähdään keskeisenä, samoin sisäinen asiakkuus. Rehellisyys, avoimuus ja suvaitsevaisuus ovat myös arvoina erinomainen suoritus. Työntekijöitä velvoittaa vaitiolovelvollisuus. Myös tietosuojan on

oltava aukotonta. Sairaanhoidopiirissä on sovittu, että laatutyön toteutuksessa käytetään prosessikaavioita kuvaamaan toimintaa.

Osaaminen. Henkilöstön ammatillisuus, ylpeys, luovuus ja innovatiivisuus eli uudistuminen ovat tarpeellisia arvoja henkilöstölle. Edelläkävijäisyys, intohimoisuus ja ilo työstä ovat tärkeitä arvoja samoin kuin itseohjautuvuus sekä joukkuepelaaminen. Työssä oppimista ja työn ohessa opiskelua tuetaan mahdollisuuksien mukaan, uudesta tiedosta hyötyy koko työyhteisö. Päiväkirurgiassa tiedon jakaminen ja vastaanottaminen korostuvat, työ nähdään joukkuepelinä. Työn sisältöä ohjaavat käypä hoitosuosituksen sekä ajanmukaiset potilasohjeet.

Vastuullisuus. Tässä arvossa korostuvat taloudellisuus ja tuloksellisuus. Tilaajan (asiakkaan) näkökulma on huomioitu. Yhteiskunta- ja ympäristövastuu on tiedostettu. Toiminnan vaikuttavuutta on haluttu korostaa. Päiväkirurgisen potilaan kohdalla potilaan sitoutuminen hoitoonsa on ensiarvoisen tärkeää. Hänen tulee huolehtia omasta hoidostaan ja noudattaa annettuja hoito-ohjeita toipuakseen toimenpiteestä suunnitellusti.

Tavoitetila vuoteen 2011 on palvelujen saatavuuden turvaaminen. Sairaanhoidopiiri on tunnettu valtakunnallisesti ehkäisevän terveydenhuollon ja hyvinvointiosaamisen malliorganisaationa. Palvelut ovat alansa parhaimmista ja ne tuotetaan kustannustehokkaasti. Hoitokäytännöt ovat vaikuttavia, ja osaava henkilöstö tukee väestöä edistämään terveyttään ja hoitamaan sairauksiaan. Asiakaspalvelu on sujuvaa ja ystävällistä. Sairaanhoidopiiri on hyvä työnantaja, joka huolehtii henkilöstönsä hyvinvoinnista. (Talousarvio - taloussuunnitelma 2009 - 2011.)

6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS

Kehittämistyön tarkoituksena on kuvata päiväkirurgisen lapsen hoidon nykykäytäntöä Savonlinnan keskussairaalassa korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoisalalla, sekä kuvata ja kehittää prosessikuvausta uuteen päiväkirurgiseen yksikköön soveltuvaksi. Prosessin kerroksellisuutta selventämään käytän Microsoft VISIO kaaviopiirto-ohjelmaa, mikä on valittu käyttöön Itä - Savon sairaanhoidopiirissä hoitoprosessien kuvauksessa.

Uudistettu prosessikuvaus on elävä, kuvaava ja muokattava apuväline sekä tietolähde työntekijöille.

7 KEHITTÄMISTYÖN VAIHEET

7.1 Kehittävä työtutkimus Engeströmin mukaan

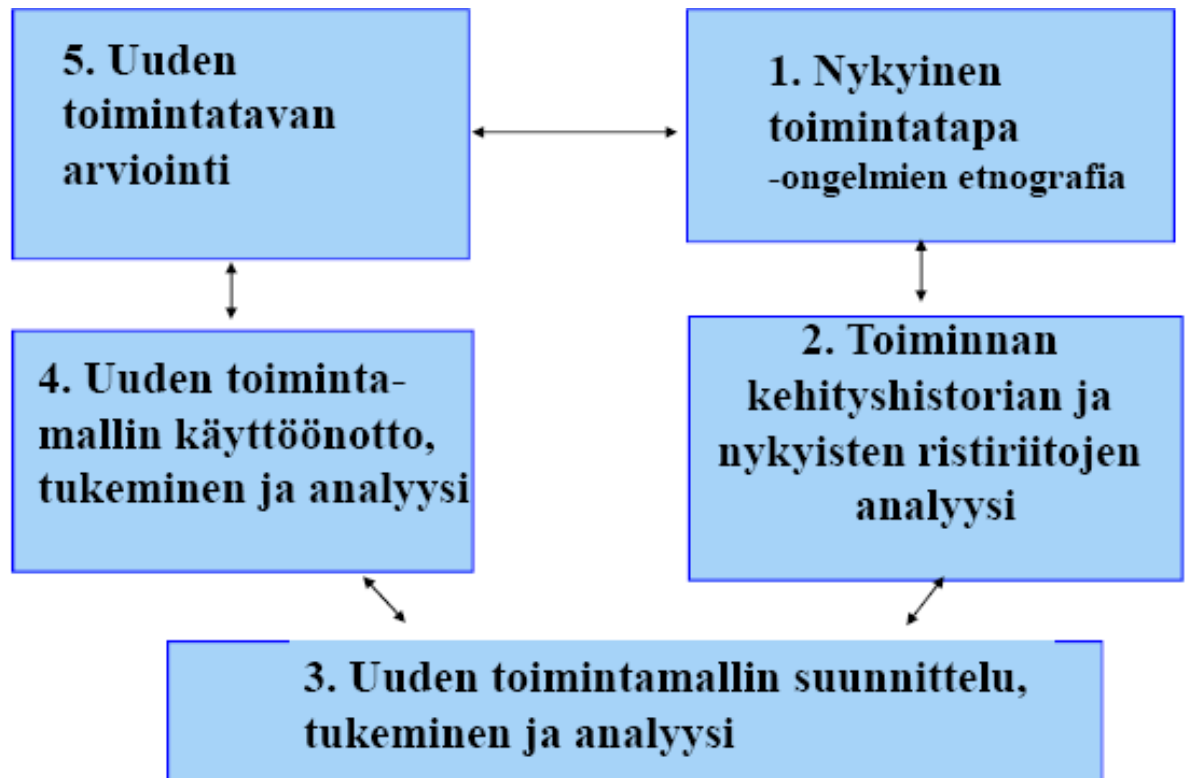
Käytän tässä työssä Engeströmin (1998) kehittävä työtutkimuksen mallia kuvaamaan hoitoprosessia. Kehittävä työtutkimus on 1980-luvun alussa virinnyt omintakeinen suomalainen lähestymistapa työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen. Kehittävä työtutkimus on muutosstrategia, jossa yhdistyy tutkimus, käytännön kehittämistyö ja koulutus. Kehittävä työtutkimuksen mallissa työntekijät analysoivat ja muuttavat omaa työtään. Se ei tuo työpaikalle ulkoapäin valmiita ratkaisuja, vaan muokkaa työyhteisön sisällä välineitä toiminnan erittelyyn ja uusien mallien suunnitteluun. Kehittävässä työtutkimuksessa toimintajärjestelmä nähdään historiallisesti kehittyvänä, ristiriitaisena ja dynaamisena. Kehittävä työtutkimus antaa työntekijöille mahdollisuuden vanhojen toimintamallien analysointiin ja uusien mallien suunnitteluun, kehittämiseen, soveltamiseen ja arviointiin. (Engeström 1998, 11 - 12.)

Kehittävässä työtutkimuksessa tulosten yleistettävyyttä nähdään käytännöllisenä kysymyksenä. Tutkimustulokset yleistyvät käytännön toiminnassa, leviävät toimintajärjestelmissä uusina malleina ja välineinä ja toimivat myös muissa samantyyppisissä järjestelmissä. Laadulliset muutokset työssä leviävät ja saavat laajempaa kannattavuutta ollessaan sisällöllisesti päteviä. Näin yleistyessään ne eivät säily muuttumattomina vaan joutuvat itsekehityksen kohteiksi siirtyessään uusiin olosuhteisiin. Kehittävässä työtutkimuksessa tarvitaan vertailua. Usein on vaara tehdä liian pitkälle meneviä yleistyksiä vain yhden työpaikan havaintojen ja kokemusten perusteella. Tarvitaan siis kehittävien ja tutkittavien kohteiden erilaisuutta. (Engeström 1998, 156 - 157.)

Kehittävä työtutkimuksen tunnusomaiset piirteet voidaan kiteyttää kolmeen teoreettiseen ja metodologiseen ideaan. Ensinnäkin analyysiyksikkönä on kollektiivinen toimintajärjestelmä, jonka toimintaa määrittävät sen osatekijät ja jonka toiminnalla on tietty kohde. Osatekijöitä ovat välineet, yhteistoimintamuodot, työnjako ja säännöt.

Yksittäisiä tekoja ja tilanteita arvioidaan aina suhteessa koko toimintajärjestelmään. (Kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 1.)

Toisena kehittävän työntutkimuksen teoreettisena lähtökohtana on se, että toiminnassa esiintyvät ongelmat ilmentävät ristiriitoja toimintajärjestelmän eri osatekijöiden välillä. Ristiriidat tehdään näkyväksi analysoimalla työn normaalissa kulussa esiintyviä poikkeamia, häiriöitä ja katkoksia tai työhön liittyviä uusia ideoita. Ristiriitoja tarkastellaan sekä nykytoiminnan että toiminnan historiallisen kehityksen kannalta. Toiminnassa tapahtuvat laadulliset muutokset ovat seurausta toimintajärjestelmän ristiriitojen ratkaisemisesta ja niiden pohjalta kehitetyistä uusista toimintamalleista ja välineistä. Muutoslaboratorio on osallistava kehittämistyön menetelmä, jonka avulla työyhteisö voi toteuttaa päiväkohtaisen ongelmanratkaisun sijasta pitkäjänteisempää toiminnan kehittämistä. Menetelmällä luodaan visio uudesta toimintakonseptista sekä tuotetaan nykyongelmiin sellaisia käytännön ratkaisuja, jotka vievät kohti uutta toimintatapaa. Aineiston hankkimisessa voidaan käyttää useita eri menetelmiä, kuten havainnointia, haastattelua ja videointia tai erilaisten dokumenttien, kuten prosessi- ja organisaatiokaavioiden keräämistä. Aineistoa kerätessä on muistettava ottaa huomioon, että työyhteisössä on monia usein toisiinsa törmäviä näkökulmia työstä. (Engeström 2002, 130 - 34; Kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 1 - 3.) Seuraavassa kaaviokuvaus kehittävän työntutkimuksen vaiheista.



Kuvio 3. Kehittävän työntutkimuksen vaiheet. (Engeström 1987, 189)

Ekspansiivinen oppimissykli voidaan nähdä teoreettisena yleistyksenä uuden toiminnan kehittymiselle. Oppimisen kohteena on kokonainen toimintajärjestelmä ja sen laadullinen muutos. Syklit eivät etene suoraviivaisesti, vaan välillä voidaan palata edelliseen vaiheeseen. Ekspansiolla tarkoitetaan siirtymistä uuteen toimintatapaan, josta toimijoilla ei ole aikaisempaa kokemusta. Toimintatapa syntyy kehittävän työntutkimuksen prosessin aikana. Oppimisprosessi on pitkäkestoinen kollektiivinen tapahtuma, joka elää toimijoiden kautta. Oppimisprosessin ohjaajalla on tehtävänä kerätä tietoa peiliksi, joiden avulla toimintatapojen analysointi on mahdollista. (Engeström 1998, 87 - 92.)

7.2 Tiimi yhteistoimintamuotona

Tiimiksi kasvamisen prosessissa (Skyttä 2000, 111 - 117) voidaan kuvata viisi kypsymisen vaihetta. **Ensimmäisellä portaalla** on joukko varautuneita tiimin jäseniä. Vuorovaikutus voi olla vähäistä ja ilmapiiri saattaa olla sulkeutunut. Tiimin johtaja on eniten äänessä käskien toimintatavat. Tiimin vetäjällä onkin suuri vastuu avoimen

vuorovaikutuksen mahdollistajana. Turvallinen ilmapiiri luo edellytykset luottamuksellisen keskustelun käynnistämiseksi ja omien virheiden huomioimiselle. Tiimisopi-
mus on hyvä laatia jo tässä vaiheessa alustavasti. Tiimin yhteiset pelisäännöt sovitaan. **Toimen porras** tuo mukanaan klikkejä ja ristiriitoja. Negatiivisia asioita voi tulla esille ja niistä voidaan keskustella myös tiimin ulkopuolella. Klikkejä voi syntyä mm. taustatekijöiden perusteella sekä intressinäkökohtien pohjalta. Kakkosportaalle on ominaista kaikkien asioiden negatiivisuus. Kuitenkin positiivisuutta löytyy aina sen verran, että parannusta halutaan edes johonkin ongelmaan. Tämä myönteisyys onkin edellytys tiimin jatkolle. **Kolmas porras** on käsillä, kun negatiivisia asioita on työstetty tarpeeksi ja halutaan nostaa myönteisiä asioita esille. Tiimi alkaa käyttää tiimimimitystä itsestään. Myönteisyys leimaa kolmatta porrasta. Tiimin itseohjautuvuus alkaa hahmottua. **Neljännellä portaalla** kehittämisprosessi on edennyt aidon tiimin tasolle. Asiakaskeskeisyys ymmärretään tiimin tärkeimmäksi tarkastelukulmaksi. Tiimi työskentelee asiakkailleen. Tiimi on yltänyt itseohjautuvalle tasolle. **Viides porras** on huipputiimin taso, jota ei aina saavuteta. Huipputiimin piirteitä ovat mm. jatkuvan parantamisen korostus, tuloskeskeisyys, jatkuvan muutoksen tarpeen tunnistaminen ja yhteinen päämäärä sekä tiimijäsenten välillä voimakas kunnioitus ja luottamus. (Skyttä 2000, 111 - 117.)

Tiimiin osallistuminen ja sitoutuminen etenevät kypsyysportaiden mukaan. Muutosvastarinta on luonnollinen osa tiimin työskentelyssä. Todellinen muutos tuo mukanaan tuskaa, ihmisen pelot ja uskollisuus vanhoihin rutiineihin on tiukkaan juurtunutta. Tiimissä voidaan saavuttaa erinomaisia tuloksia, mikäli ilmapiiri tiimissä on avointa. Tiimin haasteena onkin kehittyä pohdiskelevan avoimeksi, harjoittaa tulkitsevaa kuunte-
telua ja vuoropuhelua. (Skyttä 2000, 121.) Keskeisiä tiimitaitoja ovat vuorovaikutus-
asetelmaan liittyvät taidot. Niitä ovat tunteiden ilmaisemisen taito, avun antaminen ja vastaanottaminen, anteeksi pyytämisen ja antaminen, erilaisuuden ymmärtäminen ja arvostaminen, ristiriitatilanteiden kohtaaminen. Vuorovaikutuksen avoimuus ja palautteen antaminen, erimielisyyden huomiointi ja kuuntelemisen kehittäminen ovat myös tiimitaitoja. (Skyttä 2000, 132 - 136.)

Prosessipalaverin tarkoituksena on auttaa yhteistä prosessia kohti yhteisiä päämääriä. Tiimipalaverin keskeisin rooli on tiimin vetäjällä. Palaverin vetäjän tehtäviä ovat palaverin tuloksen sopiminen, asiassa pitäminen, ymmärtämisen tarkistaminen ja yhteenvetojen tekeminen. Palaverin vetäjä pitää myös huolta tiimin jäsenten sitoutumi-

sesta, aktivoinnista ja rohkaisusta sekä ilmapiirin säätelystä. Muistion tekijän rooli voi siirtyä tiimin jäseneltä toisellekin, pääasia, että yhteiset ratkaisut ja päätökset dokumentoidaan. (Skyttä 2000, 143 - 144.)

7.3 Kehittämisen prosessin eteneminen

7.3.1 Nykyinen toimintamalli

Leikkaus- ja päivystysalueen uudisrakentamisen eli LEIPÄ-projektin myötä leikkauksalit ja keskusheräämö valmistuivat huhtikuussa 2010. Uusi päiväkirurginen yksikkö valmistui remontoituna ja osin uudisrakennettuna leikkaus- ja anestesiaosaston yhteyteen. Muutos tuo monia järjestelyitä etenkin tilaratkaisujen ja henkilöstön osalta. Tämä uudistus koskee myös korva-nenä- ja kurkkutautien (KNK) poliklinikan toimintaa, ohjeistukset uudistuvat ja toimintatapa muuttuu etenkin lasten (alle 16 v.) kohdalla. Nykyisin päiväkirurgiset lapset ohjataan lastenosastolle 1B, mistä heidät myös kotiutetaan.

Kehittämisen prosessin 1. vaiheessa kevään 2009 aikana kartoitin olemassa olevaa hoitokäytäntöä päiväkirurgisen KNK lapsen kohdalla. Lähdin liikkeelle kutsumalla koolle avainhenkilöistä koostuvan tiimin. Tiimin jäseniltä pyysin sähköpostin avulla sekä suullisesti haastatteleamalla nykykäytännön hyvät ja huonot puolet. Peilinä toimivat potilaspalautteet ja työntekijöiden käytännön huomiot ja havainnot ylöskirjattuina (ks. Engeström 1998, 124–126). Prosessi aloitettiin nykyisen toimintatavan kirjaamisella, ja jatkettiin toiminnan ristiriitojen analyysillä (Engeström 1998, 128 - 129). Tiimipalaverissa oli tarkoitus kehittää uutta toimintatapaa kaikkia osapuolia tyydyttävällä tavalla, moniäänisesti (Engeström 1998, 134). Palaverit ovat tällöin työvälineenä ja toiminnan kohteena on päiväkirurgisen lapsen hoitoprosessin uudistaminen.

Ensimmäiseksi kartoitin hoidon nykykäytäntöä. Ensimmäinen tiimipalaveri pidettiin 23.1.2009. Kutsuin koolle tiimipalaveriin yliopettaja Leena Uosukaisen (menetelmäohjaaja) sekä koulutusjohtaja Tarja Turtiaisen (sisällönohjaaja). Ylihoitaja Maijaterttu Tiainen on organisaation johdon edustaja ja työn mentori. Työelämän asiantuntijana ja toisena mentorina toimii korvapoliklinikalta aoh Riitta Jokela. Lastenosastolta oh Jaana Kulhoranta, päiväkirurgian osastolta oh Sirpa Ikonen sekä leikkausosastolta aoh Merja Tolin toimivat työelämän asiantuntijoina. Lisäksi olen keskustellut korvalääkä-

reiden kanssa nykyisestä hoitoprosessista, heidän mielipiteensä on huomioitu tiimipalavereissa. Tiimipalavereissa kokosimme yhteen nykykäytäntöä eri toimijoiden osalta. Seuraavissa kappaleissa kuvataan nämä kuvaukset.

Preoperatiivisessa vaiheessa korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle saapuu lähete lapsesta. KNK erikoislääkäri arvioi, laitetaanko lapsi suoraan toimenpidejonoon vai kutsutaanko hänet knk-poliklinikan vastaanotolle. Jos lapsi laitetaan suoraan leikkausjonoon, hoitajan tehtävänä on tehdä hoidonvaraus ja suunnitella alustavasti toimenpideajankohta mm. lääkärin määrittelemän kiireellisyyden perusteella. Hoitaja ilmoittaa puhelimitse tai kirjeitse vanhemmille lähetteen saapumisesta, toimenpidejonoon asettamisesta ja toimenpiteen alustavasta ajankohdasta. Toimenpideajan sopiminen tapahtuu mahdollisesti jo silloin tai myöhemmin puhelimitse. Hoitaja lähettää postitse kotiin toimenpidekutsun, josta käy ilmi osasto, päivämäärä ja tarkka kellon aika. Kirjalliset hoito-ohjeet sekä opas ”Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevalle lapselle ja vanhemmille” liitetään toimenpidekutsuun.

Hoitaja kysyy vanhemmalta lapsen esitiedot anestesia- ja lääketieteellistä varten, täyttää anestesia- ja lääketieteellisen hoitosuunnitelman, sekä informoi lääkäreitä, jos esitiedoissa tulee esiin poikkeavaa. Hoitaja kertoo leikkaavan lääkärin tapaamisesta ja lapsen tutkimisesta toimenpideaamuna. Hoitaja pyytää huomioimaan lapsella ohjeen mukaisen preoperatiivisen paaston. Tarvittaessa voidaan ohjata vanhempia neuvottelemaan osaston henkilökunnan kanssa mahdollisuudesta päästä heräämöhön toimenpiteen alussa ja loputtua. Hoitaja käy läpi toimenpiteen jälkeiset kotihoito-ohjeet ja kehottaa lukemaan ”Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevalle lapselle ja vanhemmille” -oppaan vastaten mahdollisiin kysymyksiin. Lapsen mahdollisesti sairastuessa hoitaja neuvoo ottamaan yhteyttä poliklinikalle uuden toimenpideajan saamiseksi ja tarvittaessa ohjaa lapsen hoitoon avopuolelle. Lapsi voi vanhemman kanssa tutustua poliklinikalla ”Tullaan tutuksi - lapsen parhaaksi” -kansioon, joka kertoo leikkauspäivän tapahtumista valokuvin. Hoitaja kertoo myös mahdollisuudesta käydä tutustumassa lastenosastoon etukäteen. Lisäksi vanhempi on voinut soittamalla varmistaa jonkin ohjauksessa epäselväksi jääneen seikan. (Liite 1.)

Lastenosastolla toimenpidettä edeltävänä iltana tarkistetaan leikkausjärjestys. Anestesia- ja lääketieteellinen erikoislääkäri käy määräämässä lapsen esilääkkeen anestesiakaavakkeelle. Tulevalle potilaalle varataan vuode, tippateline ja leikkausasu. Aamulla vastaanottava sairaan-

hoitaja varmistaa saattajalta/lapselta ravinnotta olon, paino ja pituus tarkistetaan. Tarvittaessa täydennetään tiedot sekä mahdolliset todistukset annetaan. Lapsen tarpeet huomioidaan, kerrotaan, mitä tehdään ja miksi. Varmistetaan, ettei lapsella ole akuuttia infektiota tai muuta estettä toimenpiteelle. Tarvittaessa pyydetään anestesialääkäri arvioimaan anestesiakelpoisuutta. Mikäli toimenpide joudutaan perumaan, lapselle pyritään varaamaan uusi aika ja lapsi ohjataan mahdollisiin lisätutkimuksiin. Lapsen vanhempi on oikeutettu saamaan kyyti- tai käyntitodistuksen, vaikka toimenpidettä ei olisi tehtykään. Lapselle ja saattajalle esitellään osastoa, oma huone ja kutsulaitteen käyttö. Kerrotaan tulevasta ohjelmasta, vanhemmalla on mahdollisuus osallistua hoitoon ja olla mukana heräämössä. Pienimmille lapsipotilaille laitetaan puudutelaastarit, isompien kanssa voidaan neuvotella puudutteen käytöstä.

Toimenpidelääkäri tapaa potilaan ja saattajan aamulla, tarkentaa toimenpidesuunnitelman ja tarvittaessa määrää induktiossa tai sen jälkeen annettavat antibiootit. Ennen leikkaussaliin siirtymistä lapsi vaihtaa asun ja tyhjentää rakon. Esilääke annetaan sovitusti, esilääkitty lapsi on turvallisesti joko vuoteessa tai saattajansa/ hoitajan sylissä. Sovitaan, miten saattajan kanssa toimitaan heräämööseen tulon kanssa. Rohkaistaan vanhempaa tarvittaessa heräämööseen varten, lapselle annetut lupaukset on pidettävä. Lapsi voi ottaa unilelun tms. turvaksi leikkausosastolle mukaan.

Intraoperatiivisessa vaiheessa leikkausosastolla anestesiahoitaja vastaanottaa lapsipotilaan yhdessä valvovan hoitajan kanssa, muutokset raportoidaan leikkaushoitajalle, tarvittaessa koko tiimi vastaanottaa potilaan. Anestesiahoitaja tervehtii lapsen ja vanhemmat, sekä kuuntelee raportin. Siirtovaiheessa toimitaan rauhallisesti, pieni lapsi viedään saliin sylissä, isommat lapset sängyllä. Salissa tarkkailulaitteet laitetaan hereillä tai unessa. Anestesialääkäri laittaa kanyylin ja anestesiahoitaja avustaa. Lapsi on hoitajan sylissä tai tasolla ennen nukutusta. Lääkkeet ja intubaatiovälineet on laitettu valmiiksi lapsen koon mukaan (lapsen pikkusormi on karkea mitta intubaatioputken kokoa valittaessa). Anestesiahoitaja hapettaa lasta induktiossa anestesiahoitajan antamalla lääkkeet tai päinvastoin. Lapset ventiloidaan käsin tai kytketään hengityskoneeseen toimenpiteen kestosta riippuen. Lapsen vitaalitoimintoja seurataan tarkasti toimenpiteen aikana. Leikkaushoitaja varaa toimenpidetavarat pöydälle toimenpidelääkärin toiveiden mukaisesti. Hän ohjaa passaria apuvälineiden mm. polton laitossa, sekä instrumentoi lääkäriä avustaen, huomioi ennakkoinnin. Herätysvaiheessa lapsi käännetään tarvittaessa kyljelleen, tyhjennetään mahalaukku, ellei leikkaava lääkäri ole sitä

tyhjentänyt, nielu imetään varovasti ja lapsi ekstuboidaan joko salissa tai heräämössä. Leikkaushoitaja laittaa instrumentit käytön jälkeen huoltoon, sekä valmistaa seuraavaa leikkausta.

Valvova sairaanhoitaja on aina hereillä olevan tai heräteltävän lapsen vieressä. Valmistelut ennen toimenpidettä ja lapsen tuloa ovat leikkaussalin käyttövalmiiksi saattaminen sisältäen elektroniset laitteet. Valvova sairaanhoitaja kuuntelee myös raportin, huomioi lapsen ja saattajan. Valvova sairaanhoitaja kirjaa tiedot ja käytetyt tarvikkeet tietojärjestelmään. Valvova sairaanhoitaja saattaa lapsen heräämööseen anestesia- ja -hoitajan kanssa. Heräämössä anestesiahoitaja varmistaa lapsen hyvinvoinnin ja antaa raportin, hän kertoo raportissaan lapsen vanhempien halusta tulla heräämööseen. Anestesiahoitaja ja -sairanhoitaja huolehtivat seuraavan korvalapsen esilääkityksestä sopivassa vaiheessa. Seuraavan lapsen kutsuminen sovitaan tiimin kanssa.

Lapsi tulee heräämööseen anestesiahoitajan, anestesiahoitajan ja valvovan sairaanhoitajan saattamana. Saturaatiota, sykettä ja tarvittaessa verenpainetta monitoroidaan. Valvova sairaanhoitaja jää lapsen vierelle, kun anestesiahoitaja antaa heräämön sairaanhoitajalle raportin. Lapsen annetaan herätä rauhassa. Heräämössä sairaanhoitaja on lapsen vierellä koko ajan seuraten vitaalitoimintoja; hengitys, verenkierto, väri, ihon lämpöisyys, vuoto, kipu ja unen syvyys. Tarvittaessa kutsutaan korvalääkäri tai anestesiahoitaja katsomaan, mikäli on ongelmia. Lapsen vanhempi pyydetään heräämööseen harkinnan mukaan. Lapselle olisi hyvä, jos vanhempi olisi vierellä hänen herätessään uudessa paikassa uudet ihmiset ympärillään. Vanhemmille kerrotaan toimenpiteen kulusta ja heräämisestä. Usein lapsi pyrkii nousemaan ylös äkillisesti, motoriikka ei vielä toimi ja hän saattaa loukata itsensä. Itkevä lapsi rauhoittuu yleensä vanhemman tai hoitajan sylissä. Kipulääkettä annetaan tarvittaessa ensisijaisesti laskimoon (supot annetaan toimenpiteen aikana). Lapsen suuta voi kostuttaa vedellä, mikäli toimenpitealueelta ei ole vuotoa eikä esiinny pahoinvointia. Kun lapsi on herännyt hyvin sekä kivut ja pahoinvointi ovat hallinnassa, lapsi siirtyy vuodeosastolle takaisin.

Heräämön sairaanhoitaja antaa lastenosaston hoitajalle raportin toimenpiteestä, heräämöajasta ja postoperatiivisista määräyksistä. Vanhemman tullessa lasta hakemaan hänelle kerrotaan tarvittaessa toimenpiteestä, heräämöajasta, hän voi kuunnella raportin ja esittää kysymyksiä. Päiväkirurgisella vuodeosastolla (tällä hetkellä os.1B) seurataan lapsen vointia, kipulääkettä annetaan tarpeen mukaan. Ohjataan liikkeelle lähtöä,

ja seurataan tuleeko pahoinvointia, jos lapsi juo tai syö jotain. Perheelle annetaan tarvittavat todistukset, toimenpidelääkäri käy kotiuttamassa lapsen ja määrää kipulääkerekseptin tai antibiootteja tarvittaessa. Vanhempia rohkaistaan hoitamaan lasta osastolla ja tuetaan heidän osaamistaan kotihoitojaksoa varten. Jos voinnissa on ongelmia, otetaan osastolta yhteys toimenpidelääkäriin jatko-ohjeiden saamiseksi. (Liite 3).

Päiväkirurgiset kotiutuskriteerit ovat seuraavat: Vitaalitoiminnot ovat vakaat tunnin ajan (lämpö, väri, verenkierto, hengitys), lapsi on orientoitunut paikkaan ja aikaan, pystyy liikkumaan ja pukemaan itse ikätasoa vastaavasti. Kipu ja pahoinvointi ovat hallinnassa, lapsella ei esiinny verenvuotoa leikkausalueelta. Lapsi on nauttinut nesteitä ja virtsaus onnistuu. Lapsi ja saattaja ovat saaneet hoito-ohjeet, sekä lapsella on aikuinen seuralainen yön yli kotona. Jos edellä mainitut kriteerit eivät täyty, lapsi jää sairaalaan jatkohoito-osastolle. Hoitavan lääkärin on oltava tietoinen osastosiirrosta. Lapsen ja vanhemman kanssa keskustellaan seurantaan jäämisen syistä, vanhemmalle tarjotaan mahdollisuutta jäädä osastolle yöksi lapsen seuraksi. Lapsi saattajineen siirretään vuodeosastolle, sihteeri tekee lapsen osastosiirron ATK:lle. Lapsi kotiutetaan seuraavana päivänä osastolta, hänet palkitaan valitsemallaan tarralla tai vastaavalla tavalla. Lapsen kotiutuessa kuljettajan lisäksi tulisi olla toinenkin aikuinen mukana, jotta kotiin siirto olisi mahdollisimman turvallinen. Prosessin lopuksi pyydetään palautetta hoidon onnistumisesta, sekä arvioidaan hoitajana omaa suoritusta potilaan hoidossa.

7.3.2 Nykytoiminnan ristiriitojen analyysi

Kehittämisen prosessin 2. vaiheen mukaan seuraavassa tiimipalaverissa 9.4.2009 kävimme läpi nuo edellä mainitut näkökannat ja suunnittelimme keskustelemalla ja mielipiteitä vaihtamalla tulevan kehitettävän prosessikuvauksen vaiheita. Analysoimme nykyhetken hyviä ja huonoja seikkoja, huomasimme joitain epäkohtia, jotka oli tarkoituksenmukaista muuttaa tehokkaan toiminnan kannalta. Esimerkiksi lapsen saattajien lukumäärä joudutaan rajoittamaan tilanpuutteen vuoksi yhteen henkilöön. Syksyn 2009 aikana yhteistyössä tiimin jäsenten kanssa työstimme prosessikuvausta VISIO -ohjelman avulla.

Opinnäytetyöskentelyssä ja tiimipalaverissa keskustelimme ja aloitimme näiden asioiden työstämisen nykytilaa kuvatessa.

Tällä hetkellä lapsipotilaat tulevat lastenosaston kautta leikkaussaliin ja heräämövaiheen jälkeen takaisin lastenosastolle, josta heidät kotiutetaan. Lapsiperheet ja osaston hoitohenkilökunta ovat olleet tyytyväisiä nykyjärjestelyihin. Lapsen kuljettaminen osastolta käytävien kautta toiselle osastolle ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista. Uuden päiväkirurgisen yksikön myötä tämä ongelma poistuu. Mahdollisesti ongelmia tulevaisuudessa saattavat aiheuttaa uuden päiväkirurgisen yksikön pienehköt tilat. Perheiden yksityisyyden turvaaminen on haasteellista sekä varastotilat esim. potilasängyille ja ruokatavaroille tulevat olemaan pienemmät nykyiseen verrattuna. Tällä hetkellä lapsiperheen muilla jäsenillä on jopa mahdollista viettää odotteluaikaa osastolla, kun leikkauksessa oleva lapsi on heräämössä toisen vanhemman kanssa. (Liite 2.)

Savonlinnan keskussairaalan leikkaussalin heräämö-osastolla fyysiset tilat ovat olleet ahtaat ja epäviihtyisät. Heräämössä on ollut myös välillä liian paljon melua ja liikennettä. Lapsipotilaat vanhempineen ovat olleet samassa tilassa kuin aikuispotilaat, jolloin muiden potilaiden intymiteettisuoja sekä tietosuoja heikkenevät. Toisinaan heräämö on ollut niin kuormitettu, ettei lapsen vanhempi ole voinut tulla heti heräämööseen. Tällöin lapsen turvallisuuden tunne on voinut heikentyä. Elintoimintojen tarkkailuvälineet ovat olleet riittävät lapsille heräämössä. Mikäli vanhempi ei ole tullut lapsen luo heräämööseen, vierihoidajana on toiminut heräämön hoitaja. Turvallisuuden tunnetta lisää myös lääkärin nopea paikalle saatavuus tarpeen niin vaatiessa. Yhteistyö heräämön ja lastenosaston kanssa on ollut sujuvaa. Lastenosaston sairaanhoitaja tuo lapsen leikkausosastolle ja hakee lapsen heräämöstä. Hän voi tuoda myös tarvittaessa hoitovälineitä osastolta heräämööseen, esimerkiksi inhalaattorin. Päiväkirurgisen potilaan polkuun liittyviä ongelmia on tarkemmin selvitetty leikkausosaston palavereissa. (Liite 5.)

Kolmas tiimipalaveri oli 17.8.09, jolloin tarkennettiin asiakokonaisuuksia. Tiimin jäsenet työstivät työyhteisöissään uudistuvaa prosessikuvausta. Uudeksi jäseneksi tiimiin kutsuin päiväkirurgisen osaston osastonhoitaja Sirpa Ikonen. Hän suunnitteli prosessikuvauksen erityisesti päiväkirurgisen osaston näkökulmasta. Pidin tärkeänä, että henkilöstön mielipiteet ja tieto tulivat kuulluksi ja ylöskirjatuksi. Kritiikkiäkin oli tärkeää kirjata ylös, näin pystyttiin huomioimaan epäkohdat ja korjaamaan ne mahdollisuuksien mukaan. Työyhteisöjen jäsenet hahmottelivat uudistettua toimintamallia nykyvaiheen käytäntöihin. Seuraava tapaaminen sovittiin osastoille, osastotunnilla oli tarkoitus käydä yhdessä asiakokonaisuudet läpi. Lasten osastonhoitajan kanssa kui-

tenkin sovimme myöhemmin, että tapaamista lastenosastolla ei järjestetä, koska toiminta siirtyy toiseen yksikköön. He olivat jo aiemmalla osastotunnilla käyneet läpi ja ylöskirjanneet lapsen päiväkirurgisen hoidon tavoitteet. Päätöksessä selkiytyi mielestäni ristiriitojen analyysin kautta uusi työnjako, vanhasta toimintajärjestelmästä saatiin olennaista laatutietoa uuden toimintamallin luomiseksi (ks. Engeström 1998, 90–91). Ryhdyin siirtämään tiedostoasioita kohta kohdalta uuden prosessikuvaukseen. Leikkausyksikköön osastotunnille osallistuminen siirtyi seuraavan vuoden alkuun.

7.3.3 Uudistetun prosessikuvauksen muodostaminen

Kehittämisen prosessin 3. vaiheessa uuden toimintamallin muodostuminen tapahtuu erilaisia esimerkkejä ja ehdotuksia vertailemalla ja yhdistelemällä sekä niiden heikkouksia ja vahvuuksia tunnistamalla ja arvioimalla. Uutta toimintatapaa kuvataan usein toimintajärjestelmän mallin avulla ja sitä täydennetään ja konkretisoidaan esimerkiksi mallittamalla yksityiskohtaisemmin uuden toimintatavan edellyttämiä toimintajärjestelmän osatekijöitä. Myös strategisten avaintehtävien ja -välineiden simulointia ja koekielua voidaan käyttää uuden toimintamallin hahmottelussa. (Engeström 2002, 146–147; Kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4 - 5.) Uusi toimintamalli tuotetaan aikaisemman toiminnan sisällä ratkaisuksi sen ristiriitoihin. Usein tämä vaatii aikaa ja paljon ponnistelua. (Kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 4.) Seuraavassa kuviossa on kuvattu Laaksosen ym.(2005) mukaan mahdollisuudet muutoksen läpiviemiseksi.

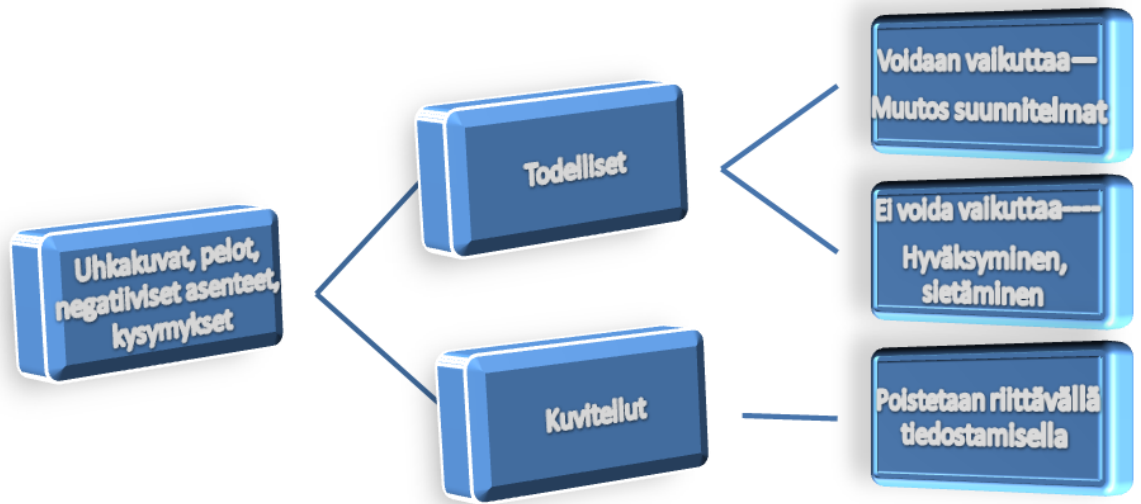


KUVIO 4. Mahdollisuudet muutoksen läpiviemiseksi (Laaksonen ym. 2005, 47)

Neljäs tiimipalaveri oli 18.11.09. Palaverin aikana muovasimme yhdessä päiväkirurgisen lapsen polkua uuteen toimintayksikköön sopivaksi. Tässä vaiheessa suunnitelma oli vielä suuntaa-antava. Yhteisen suunnittelu- ja kehittämisaikataulun mukaisesti sovimme, että tämän alustavan tiedon perusteella työstän uutta prosessikuvausta. Sovimme palaverissa, että lähettäisin työstäni sähköisen version lastenosastolle, päiväkirurgialle ja leikkausyksikköön 8.12.09. Yksiköt tutustuvat prosessikuvaukseen ja antavat palautetta ja muutosehdotuksia tammikuun 10. päivään 2010 mennessä. Viides tiimipalaveri sovittiin pidettäväksi 26.1.2010. Tästä neljännestä palaverista laadin muistion varmistaakseni, että päivämäärät ja sovitut asiat ovat osapuolten tarkistettavissa. Aikaisemmista palavereista en sitä ollut laatinut, koska tiimin jäsenet merkitsivät suunnitelmat ja päivämäärät kalentereihinsa. Tästä huolimatta väärinymmärryksiltä ei vältytty, ja siitä aiheutui sekaannuksia aikatauluissa. Palautteen saaminen on tärkeää, koska se ohjaa toimintaa kehitettävään suuntaan. Tiimin toiminnassa viestinnällä on merkittävä osuus kokonaisuuden onnistumiseksi.

7.3.4 Prosessikuvauksen uudistaminen

Kehittämisen prosessin 4. vaiheeseen kuuluu uuden ja vanhan toimintamallin väliset ristiriidat. Tiimissä pohditaan moniammatillisesti prosessikuvauksen toimivuutta ja luotettavuutta. Muutosvastarintaa voi ilmetä, joka on seurausta siitä, että uusi toimintamalli on sekä mahdollisuus että uhka. Uudella toimintamallilla on mahdollisuus vastata toiminnan uusiin vaatimuksiin, mutta samalla se tarkoittaa vanhasta ja tutusta toimintatavasta luopumista. Jos nämä ristiriidat pystytään ratkaisemaan, uusi malli muuttuu uudeksi käytännöksi. (Engeström 1998, 91.) Voidaan tehdä kompromissiratkaisuja, paluuta vanhaan toimintamalliin ja myös kehittymistä suunniteltua rohkeampaan suuntaan. (Engeström 2002, 149; Kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 5.)



KUVIO 5. Uhkakuvien muuttaminen onnistuneiksi muutokseksi (Laaksonen ym. 2005, 46)

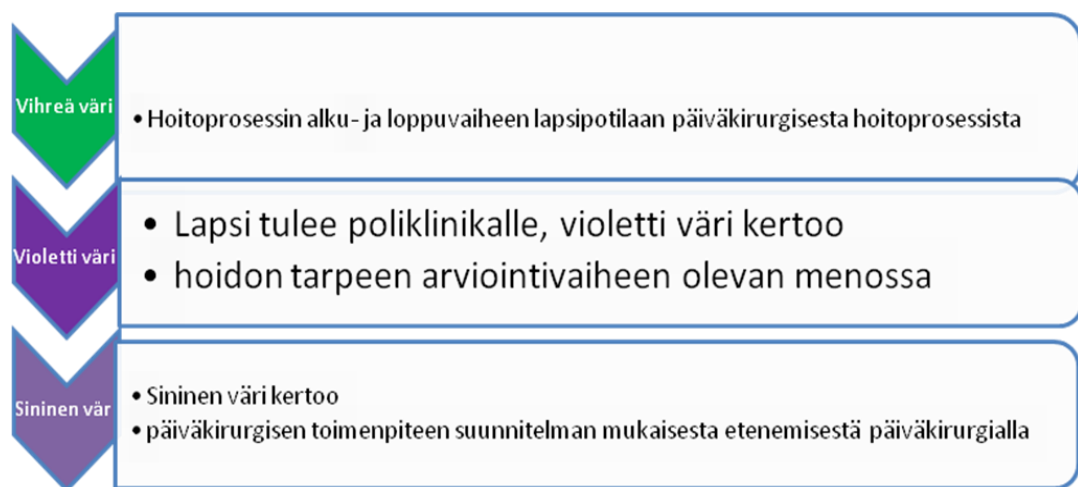
Minut kutsuttiin aoh Merja Tolinin pyynnöstä leikkausyksikköön 11.1.2010 osastotunnille esittelemään uutta prosessikuvausmallia. Olin valmistautunut esittelemään Web-sivujen kautta Y-asemalta kaavioita, mutta kokoushuoneen pääte ei avannut web- sivustoa. VISIO -ohjelmaa kyseiseen tietokoneeseen ei ollut asennettu. Näin ollen kehotin leikkausyksikön henkilökuntaa tutustumaan myöhemmin vielä tarkemmin prosessikuvaussivuihin, hyperlinkit avautuvat ainoastaan niissä koneissa, joihin ohjelma on asennettu. Usein nämä koneet ovat osastonhoitajalla tai ylilääkärillä. Esittelin kuitenkin prosessikuvausten suullisesti ja paperitulosteita apuna käyttäen. Sain henkilökunnalta myönteistä palautetta, ja lopullinen työ tulee olemaan myös paperiversiona leikkausosaston henkilökunnan luettavissa. Lopullinen prosessikuvaus tulisi näkyä jokaisen talon hoitotyöntekijän koneelta Efficatietokannan puustossa, muutoin se ei palvele tarkoituksenmukaisesti.

Viides tiimipalaveri 26.1.10. oli samalla päätös vuoden kestäneelle kehittämisprojektille. Tässä palaverissa olivat läsnä Sirpa Ikonen, Anu Backman (Jaana Kulhorannan tilalla) sekä Riitta Jokela. Tarkastelimme yhdessä hioutunutta prosessikuvausta, sekä täsmensimme joidenkin hyperlinkkien sisältöä. Totesimme olevamme tyytyväisiä yhteistyöhömmme, vaikka osalla osallistuminen oli lyhytaikaisempaa. Kiitin tiimin jäseniä omasta puolestani hyvästä yhteistyöstä. Lopullinen ulkomuoto prosessikuvaussivus-

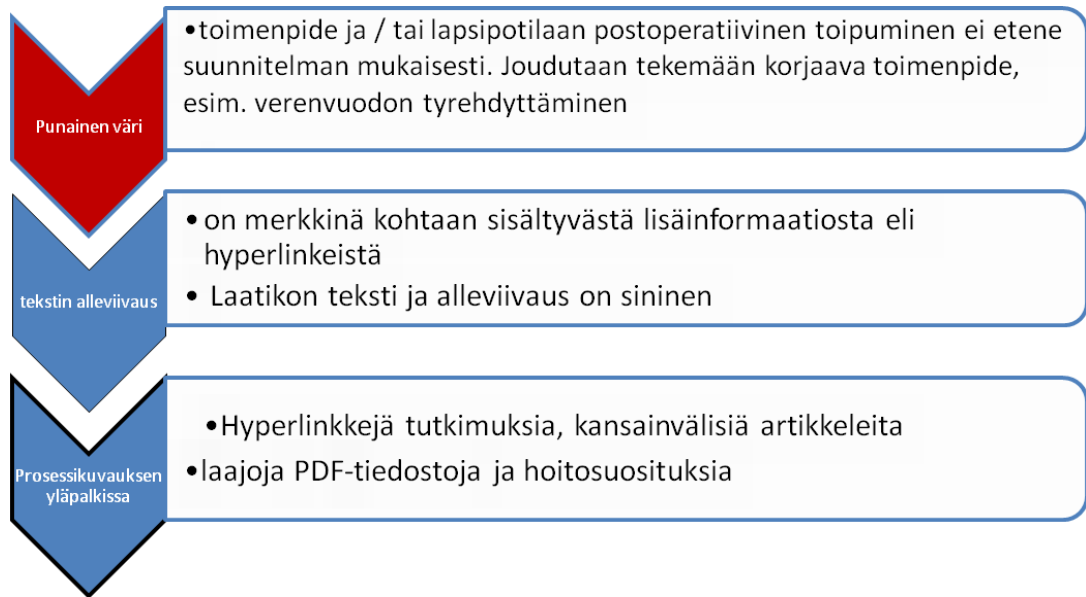
tolle muotoutui, selkiytyi ja yksinkertaistui. Palaverissa kävimme läpi päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan lapsen kutsupohjaa (Liite 6), jota uudistettiin prosessin aikana. Monien epävirallisten palaverien ja sähköpostiviestien jälkeen lopullinen muoto valmistui suunnitellussa aikataulussa.

Liitteenä (Liite 8) oleva **prosessikuvaus** on kolmesivuinen, kerroksellinen kokonaisuus. Sivulla 1 kuvataan polikliininen vaihe: korvapoliklinikalla tapahtuvat toiminnot lähetteen saapumisesta kutsun ja ohjeistuksen antamiseen. Sivulla 2 on pre- ja postoperatiivinen päiväkirurginen vaihe lapsen ja vanhemman saapumisesta toimenpidepäivän aamuna ja päättyen heidän kotiutukseensa (Liite 9). Sivulla kolme kuvataan intraoperatiivinen vaihe (Liite 10). Ne ovat osittain päällekkäisiä, mutta myös pituussuunnassa luettavia prosessikuvauksia. Samalla sivulla on erikoisalalan toimijat kuvattuina omalla linjallaan, näin havainnollistetaan työntekijän vastualueet prosessissa.

Värinuolilla on myös merkitys prosessikuvausta katsottaessa. Vihreä väri nuolessa kertoo alku- ja loppuvaiheen lapsipotilaan päiväkirurgisesta hoitoprosessista. Violetti väri nuolessa kertoo hoidon tarpeen arviointivaiheen olevan menossa. Sininen väri nuolessa kertoo päiväkirurgisen toimenpiteen suunnitelman mukaisesta etenemisestä päiväkirurgialla. Punainen väri nuolessa kertoo, että toimenpide ja / tai lapsipotilaan postoperatiivinen toipuminen ei etene suunnitelman mukaisesti. Prosessilaatikossa olevan tekstin alleviivaus on merkinä kohtaan sisältyvästä lisäinformaatiosta eli hyperlinkeistä. Prosessikuvauksen yläpalkissa on laajoja PDF-tiedostoja mm. preoperatiiviseen vaiheeseen ja leikkaushoitoon liittyen. (Liitteet 8 - 10.) Värinuolet on havainnollistettu seuraavassa kuviossa (numero 6).



KUVIO 6. Kaavion värinuolien merkitykset VISIO - prosessikaaviokuvauksessa.



KUVIO 7. Kaavion värinuolien, alleviivattujen otsikoiden sekä yläpalkin merkitykset VISIO - prosessikaaviokuvauksessa.

7.3.5 Uuden toimintatavan arvioinnin suunnitelma

Kehittämisen prosessin 5. vaiheen lopullinen tavoite on päiväkirurgisen toiminnan vakiinnuttaminen prosessin mukaiseksi. Uusi toimintatapa tulee olla helposti muunneltavissa muuttuvia tarpeita vastaavaksi. Syklin viidennessä ja viimeisessä vaiheessa uutta vakiintunutta toimintaa arvioidaan. Ensinnäkin arvioidaan, kuinka uusi toimintatapa on ratkaissut aiemman toiminnan ristiriidat. Arvioinnissa käytetään samantyyppisiä aineistoja ja analyysimenetelmiä (esim. haastattelut, videoinnit) kuin syklin kahdessa ensimmäisessä vaiheessa. Toiseksi tarkastellaan, kuinka kuvattu lähikehityksen vyöhyke ja uusi toimintamalli ovat toteutuneet ja kuinka niitä tulisi tarkistaa. Näiden arvioinnissa vertaillaan laadittua uutta mallia ja sen toteutumista käytännössä. Usein huomataan, että malli on toteutunut joiltakin osin puutteellisesti tai eri tavalla kuin etukäteen odotettiin. Kolmanneksi arvioidaan itse kehittämisen prosessia, sykliä ja siihen liittyvien muutosten läpivientiä. Etuna on kuitenkin se, että aineisto on helpommin hankittavissa, ja tutkija voi itse ratkaisullaan vaikuttaa aineiston laatuun. Vaikeutena voidaan mainita se, että tutkijan oma toiminta syklin aikana tulee nyt arvioida tarkasti ja arviointiin on hyvä ottaa työntekijät mukaan. (Engeström 2002, 149 - 154; Kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009, 5.)

Päiväkirurgiset lapsipotilaat siirtyvät uudistetun prosessin mukaiseen toimintatapaan päiväkirurgian yksikköön vasta elokuussa 2010. Siirtynyt ajankohta on perusteltu sairaalatoimintamme sopeuttamisprosessien keskeneräisyydellä. Organisaatiomme sisällä on käynnissä monikerroksisia ja samanaikaisia muutosprosesseja. Uutta toimintatapaa ja sen toimivuutta on vaikeaa arvioida ennalta, mutta suunnitelma arvioinnin toteuttamisesta tulee olla. Toimintaa tulisi arvioida esimerkiksi jatkotutkimuksella, siitä tarkemmin pohdintakappaleessa.

8 POHDINTA

Uudistuva oppiminen voi onnistua vain yhteisen vision varassa. Tiimioppiminen perustuu vahvasti keskusteluun ja dialogien tuottamiseen. Dialogien kautta oppiminen voi muuntua uusiksi toimintamalleiksi, mikä ei onnistu ilman systeemiajattelua. Tämä tarkoittaa rakenteiden hahmottamista vuorovaikutustilanteiden taustalla. (Viitala 2005, 209).

Itseohjautuva ja omaehtoinen opiskelu ovat yksilöstä lähtöisin olevia tiedonsaantikeinoja. Omaehtoinen opiskelu aikuisena mahdollistuu varsinkin jos jää vuorotteluvapaalle tai opintovapaalle. Organisaatiolähtöisten ja työyhteisöä hyödyttävien opinnäytetöiden tekeminen on tarkoituksenmukaista. Palaverit ja tiimityöskentely, joissa toimitaan moniammatillisesti, luovat ja tuovat osallistujilleen uutta tietoa. (Viitala 2007, 187 - 200). Kolbin (1984) mukaan on neljä erilaista oppijatyyppeä: ideoija, pohtija, ratkaisija ja toimija. Ihmisten erilaisuus paljastuu myös oppimistilanteissa. Oppiminen edellyttää sopivaa sosiaalista ympäristöä, voimavaroja, aikaa ja mahdollisuuden pysähtyä. Oppiminen on vuorovaikutteista toimintaa, tarvitaan reflektiokykyä ja vuoropuhelua eli dialogia. (Viitala 2005, 151 - 188).

Kehittämistiimissä olemme tehneet työtä toisille tiimeille, työntekijöille ja potilaille eli asiakkaille. Tiimin tavoitteena on ollut uudistaa päiväkirurgisen lapsen toiminnallinen prosessikuvaus uusiin päiväkirurgian tiloihin soveltuvaksi. Kehittämistyöni alussa minulla ei ollut juurikaan kokemusta tiimin vetämisestä. Olen kehittynyt mielestäni tässä taidossa prosessin edetessä. Pyysin palautteita kirjallisesti tiimin jäseniltä viimeisen tiimipalaverin päätteeksi. Tiimiarviointilomakkeen vastauksien yhteenveto kuvataan seuraavissa kappaleissa. Arviointilomake on liitteenä. (Liite 12.)

Palautteiden perusteella yhteistyötä pidettiin hyvänä, tavoite toiminnalle oli selkeä. Tiimin jäsenet ymmärsivät yhteiset päämäärät. Tiimin jäsenet olivat hyvin sitoutuneita tiimin toimintaan. Joitakin unohduksia tai väärinymmärryksiä sovitusta asioista kuitenkin oli. Jokaisesta tiimipalaverista olisi ollut perusteltua lähettää muistio jo ensimmäisestä tapaamisesta lähtien. Kaikilla tiimin jäsenillä oli oman yksikön erikoisosaaminen ja ammattitaito, tätä arvostettiin asiantuntijuutena. Yhteistyönä toteutettu prosessikuvaus on työntekijöiden näkemyksiä avartava ja opettava kokemus. Palaverissa ei ollut erikoislääkäreitä paikalla, vaan heitä konsultoitii kunkin erikoisalan sisällä omassa yksikössä. Erikoislääkärit ja anestesialääkärit keskustelivat myös keskenään päiväkirurgisen lapsen hoitoprosessin muutoksista.

Päätöksentekoa arvioitaessa palaverissa kirjattiin yhdessä mietityt ja ennalta laaditut ohjeistukset ja oheistiedostot. Prosessikuvausta muokattiin ja korjattiin tapaamiskerroilla yhdessä. Tiimin jäseniä ja vetäjää häiritsi se, ettei VISIO- ohjelmaa oltu asennettu läheskään kaikkien tiimin jäsenten työpisteiden tietokoneille. Tämä esti prosessikuvausohjelman kokonaisvaltaisen hyväksikäytön ja esittelyn. Hyperlinkeistä osa jäi aukeamatta vielä web- tiedostonakin tallennetuista sivustoista. Tämä oli ehdottomasti yhteistoimintaa laadullisesti heikentävä seikka, joka aiheutti jopa väärinkäsityksiä tiimin sisällä.

Vuorovaikutusta arvioitaessa palautteista tuli ilmi avoin, keskusteleva työskentelyilmapiiri. Asiat palaverissa ilmaistiin riittävän selkeästi, erimielisyyksiä palautteiden mukaan ei ilmennyt. Muistio auttoi tiimin jäseniä jäsentämään asioita ja muistamaan sovitut asiat. Kaikkia ryhmän jäseniä kuunneltiin ja mielipiteet huomioitiin. Käsiteltävät asiat olivat vaikeita, ja osa uudistettavista asioista vaatii testausta, arviointia ja tarvittaessa toiminnan muutosta. Prosessin toimijoita jokaisesta yksiköstä, kuten sairaanhoitajia leikkausosastolta, oli vaikeaa saada tiimiin mukaan. Usein oman yksikön näkemys koettiin tärkeimmäksi, vaikka prosessi kulkeekin kolmen yksikön kautta. Jokainen yksikkö on yhtä tärkeä hoitoprosessin läpiviemiseksi. Työskentelysuunnitelma nähtiin toimivana, asiassa ja aikataulussa pysyttiin hyvin. Ylihoitaja antoi positiivista palautetta prosessityöskentelystä.

Kehittämistyön luotettavuutta arvioitaessa opinnäytetyössäni on laaja teoreettinen viitekehys painottuen preoperatiiviseen ohjaukseen ja valmisteluun. Preoperatiivinen

vaihe nähdään tärkeäksi koko päiväkirurgisen hoitoprosessin onnistumiselle, kuten alussa todettiin. Tutkimuksia aihepiiristä on ollut runsaasti hyödynnettävissä. Kehittämistyön luotettavuutta lisäävät tiimityöskentelyn myötä moniammatillinen tietotaito, pohdinnat ja yhteistoiminta. Yleistettävyyttä arvioitaessa hoitokäytänteet ovat Savonlinnan keskussairaalan käytössä. Laaja viitekehys tuo kuitenkin lukijalle uutta tutkimustietoa muidenkin työyhteisöjen hyödyksi.

Prosessin kuvaaminen kolmesivuiseksi kaavioksi oli haasteellista prosessin laajuuden, monikerroksellisuuden ja päällekkäisyyden vuoksi. Mielestäni me onnistuimme kuitenkin hyvin luomaan selkeän kokonaisuuden. Päiväkirurgisen yksikön toimiessa täydellä teholla nähdään aikanaan prosessikuvauksen toimivuus. Prosessikaavion pohjatyö oli työläin vaihe, mutta prosessikuvauksen jatkotyöstäminen tulee olemaan helpompaa tulevaisuuden tarpeiden mukaisesti. Kirjallisten ohjeistusten päivittäminen kuuluu osana prosessin uudistamiseen. Tähän työhön opinnäytetyön tekijältä on jo vaadittu resursseja, joskin lopullisen ulkoasun päättäminen yksiköittäin ja työstäminen Y-asemalle kuuluvat ATK - asiantuntijoille. Päiväkirurgisen lapsipotilaan kotihoito-ohje on myös uudistettu prosessin aikana päiväkirurgian, leikkaussalin ja korvapoliiklinikan tiimijäsenten yhteistyöllä. Liitteenä kotihoito-ohje ehdotus(Liite 11).

Uuden päiväkirurgisen yksikön uhkakuvana nähtiin esimerkiksi heräämön toiminnan tehokkuuden riittävyys. Päiväkirurgian tilakysymykset ja vanhemman pääseminen II-vaiheen heräämön aiheutti pohdintoja anestesialääkärin kanssa. Käytännön toiminnan sujuvuus nähdään vasta kun leikkaustoiminta ja kaikki salit ovat tehokkaassa käytössä. Virikkeiden riittävyys lasten odotteluaikana nähtiin myös mahdolliseksi uhaksi. Hoitoajan riittävyys ja salijaon huomiointi tasaisen toiminnan takaamiseksi aiheutti myös pohdintaa anestesialääkäreiden kanssa. Uuden päiväkirurgian pohjapiirroksat kuvaavat olemassa olevat rakenteelliset resurssit päiväkirurgiseen toimintaan. (Liite 7.)

Laajamittaisen kehittämistyön aloittelijana olen tarvinnut palautetta usein. Tarkoitus on ollut oppia uusia työyhteisö-taitoja tämän koulutuksen aikana. Oppimisen matka aloittelijasta asiantuntijaksi on pitkä ja vaativa, joskus mutkikaskin. Taitojen oppimiseen tämänkaltaiset kehittämistehtävät antavat erinomaisen mahdollisuuden. Johtamisopinnot tukevat tätä menetelmäopintokokonaisuutta nimenomaan toteutuksen tukena. Arviointia on tapahtunut jo syklin aikaisemmissa vaiheissa. Tiimin vetäjänä

opin tietoisemmin pyytämään arviota oman työskentelyni kehittämiseksi. Yksilön lähikehityksen vyöhykkeessä jopa ”ylitin itseni” (ks. Engeström 2004, 119) toimiesani tiimin vetäjänä. Osaamisen mittaaminen jaotellaan erilaisiin taitotasoihin, jonka mukaan arviointi tapahtuu. Räsänen luokittelee Viitalan (2005, 158) kirjassa työorientaatiot: aloittelijan, kehittyneen aloittelijan, pätevän suoriutujan, etevän tekijän sekä työn asiantuntijan luokkiin. Arviointia tulisikin lisätä kehittämisprosessin kaikkiin vaiheisiin. Tärkeä arvioinnin peruste on kehittämistoiminnan hyödyllisyyden arviointi, palveleeko se organisaatiota toivotulla tavalla. (Viitala 2007, 201 - 202, Viitala 2005, 262 - 278).

Päiväkirurgisessa hoitotyössä lasten kohdalla korostuu perhekeskeisyys, moniammatillinen tiimityöskentely ja turvallisuus. Hoitokäytänteitä miettiessä on hyvä arvioida nykyisiä toimintatapoja, verrata niitä uusiin hoitotyön suosituksiin ja uusiin tutkimustuloksiin. Tällainen asia on pre- ja postoperatiivinen puhelinyhteys lapsen kotiin. Oman ohjeistuksemme mukaan lapsen huoltaja ottaa yhteyttä tarpeen mukaan epäselviksi jääneissä asioissa. Eri-ikäisten lasten paastoajan lyhentämisestä ennen leikkausta etenkin nesteiden osalta on myös tullut uutta tietoa, jota on syytä tarkentaa preoperatiivisessa ohjauksessa yhteistyössä anestesialääkäreiden kanssa. Tulevaisuudessa päiväkirurgian yksikköön tulevalle lapselle on mahdollista antaa entistä tarkempi preoperatiivinen paasto-/nesteytysohje. Sairaanhoidajan vanhemmille antaman interaktiivisen preoperatiivisen paasto-ohjauksen on osoitettu parantavan lapsen kokemusta leikkausprosessin ja toipumisen aikana nielurisaleikkauksen jälkeen (Klemetti 2010, 5).

Teerijoen (2008) mukaan perioperatiivisen hoidon laatua kehitettäessä on otettava huomioon tulevaisuuden haasteet ja ennakoida niihin ajoissa. Osaava, riittävä ja hyvin perehdytetty uudistuva henkilöstö ovat edellytyksiä korkeatasoiseen hoitotyöhön. Potilaspalautteet ovat hyvä keino arvioida koko hoitoprosessin onnistumista suunnitellusti. Lasten kohdalla palautteen antamisessa avustavat vanhemmat. (Teerijoki 2008, 51 - 57.) Päiväkirurgisen yksikön toimiessa täydellä teholla pystytään tämän prosessin onnistumista ja käyttökelpoisuutta arvioimaan kokonaisvaltaisemmin. Arviointia voi tehdä toiminnan aloittamisen jälkeen prosessikuvauksen toimivuuden jatkotutkimuksella, ja prosessikuvauksen päivittämisenä.

LÄHTEET

AORN.1999. Standarts, Recommended Practices & Guidelines With Official AORN Statements. Assosiation of Operating Room Nurses Inc. Denver. USA.

Alatalo, Sointu, Bachmann, Martina, Neffling, Tarja-Leena, Remes, Veikko, Saario, Ilkka, Sheinm, Tom, Sulander, Riitta, Vironen, Jaana & Perhoniemi, Vesa 2008. Päiväkirurgian organisointi ja palvelutuotannon kehittäminen HYKS - alueella. Loppuraportin tiivistelmä. 25.1.2008. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri.

<http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/HYKS%20P%C3%A4iv%C3%A4kirurgian%20tiivistelm%C3%A4.pdf>? Ei päivitystietoja. Luettu 13.3.2010.

Blåfield, Heikki 1996. Laatua palveluihin prosessijohtamisella.

Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Brewer, Stephanie, Gleditsch, Shannon, Syblik, Dorothy, Tietjens, Mary & Vacik, Heidi 2006: Pediatric Anxiety: Child Life Intervention in Day Surgery.

Journal of Pediatric Nursing 21 (1), 13 - 22.

Castoro, Carlo, Bertinato, Luigi, Baccaglioni, Ugo, Drace, Christina & McKee, Martin 2007. Policy Brief-Day Surgery: making it happen. The International Association for Ambulatory Surgery (IAAS). World Health Organization on behalf of the European. E90295. PDF. Above Acrobat dokument.

Engeström, Yrjö 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Edita.

Engeström, Yrjö 2002. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Edita Prima Oy.

Engeström, Yrjö 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Felder-Puig, Rosemarie, Maksys, Anna, Noestlinger, Christiane, Gardner, Helmut Stark, Herbert, Pfluegler, Angela & Topf, Reinhard 2003. Using a children's book to

prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 67, 35 - 41.

Flinkman, Tiina & Salmenterä, Sanna 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede* 16 (3), 121 - 131, 272 - 280.

Forsbacka, Jaana, Tepponen, Heli, Leino-Kilpi Helena & Suominen Tarja 2002. Leikki-ikäisen lasten toipuminen päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen - vanhempien käsitäyksiä. *Hoitotiede* 14 (4).

Fordell, Merja 2002. Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun tarkastelu. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Pro gradu -tutkielma.

Frisch, Ashley, Johnson, Arlene, Timmons, Shirley & Weatherford, Carol 2010. Nurse Practitioner Role in Preparing Families for Pediatric Outpatient Surgery. *Pediatric nursing* 2010. 36 (1), 41–44. WWW-dokumentti.

<http://www.medscape.com/viewarticle/718617>

Ei päivitystietoja. Luettu 15.3.2010.

Fortier, Michelle, Maclaren, Jill, Martin, Sarah, Pierret- Karimi, Danielle & Kain, Zeev 2009. Pediatric Pain After Ambulatory Surgery: Where's the Medication? *The official journal of the American academy of Pediatrics* 2009, 124, 588–595. WWW-dokumentti.

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/124/4/e588>.

Päivitetty 9. 2009. Luettu 8.3.2010.

Haapakoski, Marja & Annila Päivi 2006. Preoperatiivinen valmistelu päiväkirurgiasa. Valtakunnallisen kyselytutkimuksen tulosten raportointi. *Finnanest* 39, 5.

Hankela, Sirpa 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitoksen Väitöskirja.

Hatava, Pirkko, Olsson Gunnar & Lagerkranser, Michael 2000: Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Paediatric Anaesthesia* 10, 477–486.

Haukkapaasi, Maritta 2001. Luottamus sairaanhoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa kirurgisten potilaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hautakangas, Anna-Liisa, Horn, Tarja, Pyhälä-Liljeström, Paula & Raappana, Maarit 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.

He, Hong-Gu 2006. Non-Pharmacological Methods in children's Postoperative Pain Relief in China. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Jensen, Tine, Gulbrandsen, Wenke, Mossige, Svein, Reichelt, Sissel, Tjersland & Odd Arne 2005. Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect* 29(12) 1395 - 1413.

Ivanoff, Päivi, Laijärvi, Heli & Åstedt-Kurki, Päivi 1999. Leikki-ikäisen kokema sairaalapelko. *Hoitotiede* 11 (5) 272 - 280.

Kain, Zeev, Caramico, Lisa, Mayes, Linda, Genevro, Janice, Bornstein, Marc & Hofstadter, Maura 1998. Preoperative Preparation Programs in Children: A Comparative Examination. *Anesthesia & Analgesia* 87, 1249 - 1255.

Kain, Zeev, Caldwell-Andrews, Alison, Mayes, Linda, Weinberg, Megan, Wang, Shu-Ming, MacLaren, Jill & Blount, Ronald 2007. Family-centered Preparation for Surgery Improves Perioperative Outcomes in Children: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesiology* 106 (1), 65–74.

Kain, Zeev, Mayes, Linda, Caldwell-Andrews, Alison, Karas, David & McClain, Brenda, 2006. Preoperative Anxiety, Postoperative Pain, and Behavioral Recovery in Young Children Undergoing Surgery. *The official journal of the American Academy of Pediatrics*. 118 (2), 651–658. WWW-dokumentti.

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/2/651> Ei päivitystietoa. Luettu 8.3.2010.

Kankkunen, Päivi 2003. Parents' Perceptions and Alleviation of Children's Postoperative Pain at Home After Day Surgery. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.

Kankkunen, Päivi 1998. Hoitotyöntekijät tiedon antajina sairaiden lasten vanhemmille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.

Kantero Riitta-Liisa, Levo Hellevi & Österlund Kalle. 1997. Lasten sairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Kehittävän työntutkimuksen metodologia 2009.

<http://www.muutoslaboratorio.fi>

Ei päivitystietoa. Luettu 10.4.2009.

Kekomäki, Martti 1996. Lyhythoitaisen kirurgian kustannus-hyötysuhde. Käytännön Lääkäri 2, 93 - 96.

Klemetti, Seija 2010. Councelling on limited preoperative fasting in pediatric ambulatory tonsillectomy. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Korhonen, Anne 2009. Leikki – ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. WWW-dokumentti.

<https://hotus-fi-bin.directo.fi/@Bin/895fc7660931edabe17b24a8ef255deb/126864480>

Ei päivitystietoa. Luettu 10.2.2010.

Korioth, Trisha 2010. Prepare Self, child for smoother surgery. AAP news 2010, 31(2). WWW-dokumentti.

<http://aapnews.aappublications.org/cgi/content/full/31/2/26-j>

Ei päivitystietoa. Luettu 7.3.2010.

Kortesalmi, Ritva, Lipsonen, Anita, Piispanen, Maria & Vuorela, Eeva 2004.

Preoperatiivisten valmistelujen kehittäminen Oys:n lasten ja nuorten klinikassa. Verkko-lehti.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/9_2004/muut_artikkelit/preoperatiivisten_valmistelujen/

Ei päivitystietoa. Luettu 5.3.2010.

Kyngäs Helvi & Kääriäinen Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4 / 2006. Oulun yliopisto. Oulun yliopistopaino.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila, & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

Laaksonen, Hannele, Niskanen, Jouni, Ollila, Seija & Risku, Aija. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laamanen, Kai 1993. Liiketoimintaprosessien kehittäminen. Metalliteollisuuden kustannus.

Laamanen, Kai 2001. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona, ideasta käytäntöön. Suomen laatukeskus. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Lampinen, Marja, Åstedt-Kurki, Päivi & Tarkka, Marja-Terttu 1999. Hoitajien antama tuki leikki-ikäisten vanhemmille sairaaloille. Hoitotiede 12 (4), 195–202.

Leinonen, Tuija 2007. Perioperatiivisen hoitotyön laatu, miten määritellään ja kuinka mitataan? Pinsetti 19 (3), 5 - 7.

Lukkari, Liisa, Kinnunen, Timo & Korte Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Margolis, Judith, Ginsberg, Brian, Dear, Guy, Ross, Allison, Goral, Janet & Bailey, Ann 1998 Paediatric preoperative teaching: effects at induction and postoperatively. Paediatric Anaesthesia 8, 17 - 23.

Märkjärvi, Leila 1995. Työterveyshoitajat päihdetyöverkoston kehittäjänä. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.

Nielutulehdus 1999. Käypä hoito suositus.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi38020>

Päivitetty 1.1.2000. Luettu 20.3.2010.

Okkonen, Tuula 2004. Lapsen terveystieteestä lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteet. Väitöskirja.

Pelander, Tiina 2008. The Quality of Pediatric Nursing Care- Children's Perspective. PDF- tiedosto. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Pölkki Tarja 2003. Kirurgisten lapsipotilaiden pelkoja sairaalassa. Sairaanhoitaja 10(76), 18 - 21.

Pölkki, Tarja 2002. Postoperative Pain Management in Hospitalized Children. Focus on Non-pharmacological Pain Relieving Methods from the Viewpoints of Nurses, Parents and Children. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja

Siekinen, Pirjo 2003. Päiväkirurgisten potilaiden ohjaus ja kotona selviytyminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma

Silén-Lipponen, Marja 2005. Teamwork in Operating Room Nursing. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Silén-Lipponen, Marja 2004. Käsiteanalyysi tiimistä–sovelluksena leikkaushoitotyön tiimi. Hoitotiede 4 (16), 188 - 198.

Sivuontelotulehdus 2006. Käypä hoito suositus

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi38050>

Päivitetty 19.9.2006. Luettu 20.3.2010.

Taivainen, Tomi & Manner, Tuula 2006: Lasten anestesia. Teoksessa Rosenberg, Per, Alahuhta, Seppo, Lindgren, Leena, Olkkola, Klaus & Takkunen, Olli (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim. 465 - 488.

Taloussarvio- taloussuunnitelma 2009 - 2011. Organisaatio ja johtaminen. www-dokumentti. Itä-Savon sairaanhoitopiirin Intranet.

<http://www.isshp.fi/public/dokumentit/talous/taloussarvio-taloussuunnitelma-2009-2011> Ei päivitystietoja. Luettu 4.5.2009.

Teerijoki, Jaana 2008. Perioperatiivisen hoidon laatu potilaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Torkki, Paulus 2008. Leikkaustoiminnan kehittäminen parantaa hoidon saatavuutta ja tuottavuutta. Sitra. WWW-dokumentti.

http://www.sitra.fi/fi/ajankohtaista/Paaautinen/leikkaustoiminnan_kehittaminen.htm

Päivitetty 25.8.2008. Luettu 10.4.2009.

Viitala, Riitta 2007. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä.

Helsinki. Edita.

Viitala Riitta 2005. Johda osaamista! Keuruu: Otavan kirjapaino.

Wollin, Sarah, Plummer, John, Owen, Harry, Hawkins, Russel, Materazzo, Felicity & Morrison, Virginia 2004: Anxiety in Children Having Elective Surgery. Journal of Pediatric Nursing 19 (2), 128 - 132.

Äkillinen välikorvan tulehdus 2010. Käypä hoito suositus

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi31050>

Päivitetty 11.1.2010. Luettu 16.3.2010.

**LIITE 1 (1). Päiväkirurgisen korvalapsen
hoitoon ohjaus korvapoliklinikalla**

**PÄIVÄKIRURGISEN KORVALAPSEN HOITO
KORVAPOLIKLINIKAN HOITAJAN NÄKÖKULMASTA**

Lapsesta saapuu lähete korvapoliklinikalle, jossa korvalääkäri arvioi laite-
taanko lapsi suoraan toimenpidejonolle vai kutsutaanko hänet knk -
poliklinikan vastaanotolle.

Jos lapsi laitetaan suoraan leikkausjonolle, hoitajan **tehtävänä on**

- tehdä hoidonvaraus ja suunnitella alustavasti toimenpideajankohta mm. lääkärin määrittelemän kiireellisyyden perusteella
- ilmoittaa puhelimitse tai kirjeitse vanhemmille lähetteen saapumisesta, toimenpidejonolle asettamisesta ja toimenpiteen alustavasta ajankohdasta. Toimenpideajan sopiminen mahdollisesti jo silloin, tai myöhemmin puhelimitse
- kysellä lapsen esitiedot anestesiaalomaketta varten
- käydä läpi pääpiirteittäin toimenpide ja sen kulku (mm. mitä tehdään, kuinka kauan kestää), anestesiaamuoto ja toimenpidepäivän tapahtumat
- kertoa leikkaavan lääkärin tapaamisesta ja lapsen tutkimisesta toimenpideaamuna
- pyytää huomioimaan ohjeen mukainen ravinnotta olo
- tarvittaessa ohjata vanhempia neuvottelemaan osaston henkilökunnan kanssa mahdollisuudesta päästä heräämään toimenpiteen alussa / loputtua
- käydä läpi toimenpiteen jälkeiset kotihoito-ohjeet
- kehottaa lukemaan " Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevalle lapselle ja vanhemmille "- opas ja vastata mahdollisiin kysymyksiin

LIITE 1 (2). Päiväkirurgisen korvalapsen hoitoon ohjaus korvapoliklinikalla

- neuvoo lapsen sairastuessa ottamaan yhteyttä knk - poliklinikalle uuden toimenpideajan saamiseksi ja tarvittaessa ohjata lapsi hoitoon avopuolelle
- laittaa kutsu toimenpiteeseen, josta käy ilmi osasto, päivämäärä ja tarkka kellonaika, kirjalliset hoito-ohjeet ja opas "Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevalle lapselle ja vanhemmille", postitse kotiin
- täyttää anestesia-lomake ja aloittaa kirjallinen hoitosuunnitelma
- informoida lääkäreitä, jos esitiedoissa tulee esiin poikkeavaa

Jos lapsi poliklinikka käynnin yhteydessä laitetaan toimenpidejonoon, samalla sovitaan mahdollisuuksien mukaan aika toimenpiteeseen.

Hoitaja käy vanhempien kanssa läpi edellä mainitut asiat. Kutsu ja kirjalliset ohjeet annetaan mukaan.

Lapsi voi vanhemman kanssa tutustua poliklinikalla Tullaan tutuksi - lapsen parhaaksi kansioon, joka kertoo leikkauspäivän tapahtumista valokuvin. Kerrotaan myös mahdollisuudesta käydä tutustumassa lastenosastoon / toimenpideosastoon etukäteen. Tarvittaessa yhteydenotto kyseiseen yksikköön

sh Raija-Leena Lipsanen

aoh Riitta Jokela / Päivitetty 1.12.2009.sh Ritva Nevalainen

AIHE: PÄIVÄKIRURGISEN KNK-POTILAAN HOITOPROSESSI

- ❖ Sh Ritva Nevalainen knk-pkl:lta työstää pvkir knk-potilaan hoitoprosessia, jota varten hän haluaa mielipiteitä, kokemuksia, ajatuksia nykyisestä toiminnasta
 - suunnitelmissa on siirtää päiväkirurgiset knk-lapsipotilaat uuden leikkausyksikön tiloihin vuoden 2010 kevään aikana
 - vastaanotto ja kotiuttaminen leikkurin kautta
 - last.yksikön sh(1-2) hoitamaan?
 - hyvät asiat;
 - vanhemmat ohjattu jo hyvin knk- pkl:lta käsin
 - lapset tulevat porrastetusti osastolle
 - knk- lääkäri huolehtii hyvin potilaista -> tulee aamulla/iltapäivällä automaattisesti (ilman erillistä kutsua) katsomaan/kotiuttamaan
 - käytännöt toimineet hyvin jo vuosia!
 - vanhemmat voivat olla mukana koko päivänä
 - leikkutilaa toimenpidettä odotellessa, samoin ennen kotiuttamista
 - potilaspalautteet positiivisia
 - hyvä henkilökunta, joka huolehtii hyvin koko perheestä
 - viihtyvyys -> voidaan huonesijoittelussa huomioida eri-ikäiset lapset
 - turvallinen ympäristö
 - 1-2 hoitajaa hoitaa knk-potilaiden lisäksi myös muista potilaista (ei ainoastaan knk-potilaista)
 - negatiivista ei nykyisessä prosessissa havaittu
 - huonot /kysyttävät asiat (jos lapsipotilaat hoidetaan uusin järjestelyin leikk.kautta);
 - missä säilytetään eri-ikäisten ruuat?
 - kaikki ruuat eivät tule annoksina keskuskeittiöstä (vauvojen ruuat/juomat)
 - allergiset
 - leikkiminen? missä?
 - seuranta?
 - missä vanhemmat/muut omaiset?
 - last.osastolla hoitajalla myös muita potilaita
 - yksityisyys kärsii
 - mihin vanhemmat ottavat yhteyttä illalla/yöllä kotiuttamisen jälkeen?
 - hoitopöydät?
 - wc-tilat?
 - erikokoiset vaatteet? erikokoiset sängyt?
 - jatkossa mukaan suunnitteluun knk-vastuuhoitajat

**LIITE 3 Korvalapsen hoito
leikkaus-anestesiaosastolla**

KORVALAPSEN HOITO ANESTESIAHOITAJAN

NÄKÖKULMASTA LEIKKAUS-ANESTESIAOSASTOLLA

Anestesiahoitaja vastaanottaa korvalapsen yhdessä valvovan
hoitajan kanssa, muutokset raportoidaan leikkaushoitajalle,

tarvittaessa

koko tiimi vastaanottaa potilaan

- tervehtii lapsen ja vanhemmat, kuuntelee raportin. toimitaan rauhallisesti.
- lapsi viedään saliin sylissä - isommat lapset sängyllä

salissa:

- tarkkailulaitteet laitetaan hereillä tai unessa
- anestesia lääkäri laittaa kanyylin ja anestesiahoitaja avustaa
- lapsi on hoitajan sylissä tai tasolla ennen nukutusta
- lääkkeet ja intubaatiovälineet on laitettu valmiiksi lapsen koon mukaan, (lapsen pikkusormi on mitta intubaatioputken kokoa valittaessa)
- anestesiahoitaja hapettaa lasta induktiossa anestesia lääkäri antaessa lääkkeet tai päinvastoin
- lapset ventiloidaan käsin tai kytketään hengityskoneeseen toimenpiteen kestosta riippuen
- lapsen vitaalitoimintojen tarkka seuranta toimenpiteen aikana
- herätysvaiheessa lapsi käännetään tarvittaessa kyljelleen, tyhjennetään mahalaukku, ellei leikkaava lääkäri ole sitä tyhjentänyt, nielu imetään varovasti ja ekstuboidaan joko salissa tai heräämössä
- huolehtii seuraavan korvalapsen esilääkityksestä sopivassa vaiheessa

heräämössä:

- varmistaa lapsen hyvinvoinnin ja antaa raportin
- kertoo raportissaan lapsen vanhempien halusta tulla heräämöhön
- Seuraavan lapsen kutsuminen sovitaan tiimin kanssa.

LIITE 4 (1). Korvalapsen hoito heräämövaihe

KORVALAPSEN HOITO HERÄÄMÖHOITAJAN NÄKÖKULMASTA LEIKKAUS-ANESTESIAOSASTOLLA

- Lapsi tulee heräämööän anestesia­lääkärin, anestesia­hoitajan ja valvo­van hoitajan saattamana. Laitetaan hengityksen ja sykkeen tarkkai­lut, tarvittaessa RR ja hapetus. Valvova hoitaja jää lapsen vierelle, kun anestesia­hoitaja antaa heräämöhoidajalle raportin.

- Lapsen annetaan herätä rauhassa. Heräämöhoitaja on lapsen vierellä koko ajan seuraten vitaalitoimintoja: hengitys, verenkierto, väri, lämpimyy­ys, vuoto, kipu, unen syvyys ja huolehtii turvallisuudesta

- Tarvittaessa kutsutaan korvalääkäri tai anestesia­lääkäri katsomaan, jos on ongelmia. Tarvittaessa annetaan höyryhengitystä.
- Vanhempi pyydetään heräämööän harkinnan mukaan, (esim. extubati­on jälkeen). Lapselle olisi hyvä jos, vanhempi olisi vierellä hänen he­rätessään uudessa paikassa ja uudet ihmiset ympärillä. Vanhemmille kerrotaan toimenpiteen kulusta ja heräämisestä, lapsi pyrkii nouse­maan ylös usein äkillisesti, motoriikka ei vielä toimi ja hän saattaa loukata itsensä.
- Itkevä lapsi rauhoittuu yleensä vanhemman tai hoitajan syliin.
- Kipulääkettä annetaan tarvittaessa mieluummin laskimoon, (supot annetaan toimenpiteen aikana).
- Lapsen suuta voi kostuttaa vedellä, jos toimenpidealueelta ei ole vuotoa eikä pahoinvointia.

- Herättyään hyvin, kivuttomana ja ilman pahoinvointia lapsi siirtyy vuodeosastolle takaisin.
- Heräämön hoitaja antaa hoitajalle raportin toimenpiteestä, herää­möajasta ja postoperatiivisista määräyksistä.

- Vanhemman tullessa lasta hakemaan, tarvittaessa hänelle kerrotaan toimenpiteestä, heräämöajasta, hän voi kuunnella raportin ja esittää kysymyksiä.

LIITE 4 (2). Korvalapsen hoito heräämövaihe

Postoperatiivisessa vaiheessa heräämöhoido alkaa potilaan siirtyessä leikkaussalista leikkaustiimin tuomana heräämöhön. Potilaan siirto leikkaustasolta omaan sänkyyn tapahtuu salin hoitajien ja heräämön hoitajien auttamana. Tilanteessa huomioidaan potilaan turvallisuus ja kivuttomuus esim. siten, että nostajia on tarpeeksi, jolloin siirto on tasainen ja rauhallinen. Potilaan yksityisyyttä huomioidaan käyttämällä siirtovaiheessa suojaverhoja. Potilaan vitalitoimintojen monitorivalvonta aloitetaan välittömästi, kun potilas on siirretty omalle heräämöpaikalleen. Tämän jälkeen salin valvova hoitaja antaa oman raporttinsa heräämöhoidajalle. Anestesiahoitaja kirjaa potilaan anestesiatietojärjestelmässä oikealle paikalleen ja antaa sitten oman raporttinsa heräämöhoidajalle. Raportissa käydään läpi potilaan jatkohoitoon vaikuttavat asiat. Raportti sisältää tiedot potilaan diagnoosista ja tehdystä toimenpiteestä, potilaalle annetuista lääkkeistä ja nesteistä sekä toimenpiteen aikana tapahtuneesta mahdollisesta verenvuodosta. Lisäksi annetaan tiedot sekä anestesia- että leikkaavan lääkärin määräyksistä. Koko ajan heräämössä toteutetaan potilaan jatkuvaa seuranta. Tällöin huomioidaan potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen eheys. Ohjenuorana näiden toteutumiseksi on käytetty TYKS:n heräämötöön laatukriteerejä. (Potilaan polku heräämöhoidossa, Y- asema, Intranet).

Potilaan fyysistä eheyttä huomioidaan huolehtimalla potilaan vitalitoiminnoista eli hengityksestä ja verenkierrosta. Hengitystä tarkkaillaan seuraamalla potilaan happisaturaatiota ja hengitysfrekvenssiä sekä huulten ja kynsien väriä. Hengitystä helpotetaan esim. hyvällä asennolla, nostamalla sängyn päätyä koholle ja tarvittaessa antamalla lisähappea maskilla. Potilasta rohkaistaan välillä hengittämään syvään ja joskus potilaan annetaan hengittää höyryä. Ilmateitä voidaan myös puhdistaa imulla. Potilaan verenkiertoa tarkkaillaan seuraamalla potilaan pulssia ja verenpainetta. Tarvittaessa sydämen toimintaa seurataan myös EKG-käyrän avulla. Periferian verenkierto huomioidaan tarkkailemalla ihon väriä ja lämpöä. Verenpaineen laskun yhteydessä huomioidaan myös potilaan asento. (Potilaan polku heräämöhoidossa, Y- asema, Intranet).

LIITE 4 (3). Korvalapsen hoito heräämövaihe

Heräämössä huolehditaan lapsipotilaan nestetasapainosta ja ravinnosta. Potilaalle saatetaan tarjota heräämössä jo juotavaa esim. mehua tai vettä potilaan voinnista riippuen. Kaikki suonen sisäisesti ja suun kautta annetut nesteet ja toisaalta poistuneet nesteet, mm. oksennukset kirjataan ylös. Virtsaneritystä seurataan. Lapsipotilaiden kiputuntemuksia seurataan, rauhoitellaan lasta ja vältetään antamasta lihakseen pistettäviä kipulääkkeitä. Pahoinvointia pyritään ennaltaehkäisemään ja hoitamaan lääkkein anestesialääkärin ohjeiden mukaan. Myös asento ja raikas ilma auttavat pahoinvoinnin hoidossa. Vielä nukuksissa olevan, oksentavan lapsipotilaan turvallisuus huomioidaan kääntämällä hänet kyljelleen aspiraation estämiseksi. (Potilaan polku heräämöhoidossa, Y- asema).

Potilaan tajunnantaso seurataan keskustelemalla potilaan kanssa. Jos potilas ei reagoi puhutteluun voidaan seurata esim. pupillireaktioita. Potilaan lämmön säilyttämisestä ja ylläpidosta huolehditaan lämmittämällä potilaalle annetut nesteet ja käyttämällä lämpimiä peittoja ja tarvittaessa lämpöpuhallinta. Huomioidaan potilaan tuntemuksia lämpötilan suhteen. Perushoidosta huolehtiminen on tärkeä osa heräämöhoidoa. Seurataan ihon kuntoa ja leikkausalueen ulkonäköä. Suuta kostutetaan tarvittaessa. Asennosta huolehditaan ja pienet lapsipotilaat voidaan ottaa syliin. Heräämövaihe pyritään rauhoittamaan ja vältetään kovia ääniä. Heräämöhoidon aikana tapahtuvat allergiset reaktiot tunnistetaan ja kirjataan potilaan papereihin. Niitä pyritään ehkäisemään huomioimalla potilaan taustatiedot. Reaktion ilmetessä potilaan perustoiminnot turvataan. Hyvä lääketuntemus auttaa allergisen reaktion hoitamisessa. Aseptinen työskentely heräämössä ehkäisee infektioita. (Potilaan polku heräämöhoidossa, Y- asema, Intranet).

Fyysisen eheyden lisäksi heräämössä huomioidaan myös potilaan psyykinen eheys ja koskemattomuus. Potilassijoittelu heräämössä tapahtuu toimenpiteen laadun ja potilaan hoitoisuuden mukaan. Heräämön liikenne pyritään minimoimaan. Jokaiselle potilaalle pyritään järjestämään oma rauhallinen tila, johon muilla ei ole suoraa näköyhteyttä. Apuna käytetään verhoja. Vältetään myös potilaan turhaa paljastelua ja tarvittaessa suojataan potilas. Kaikista tulevista toimenpiteistä informoidaan potilasta ja selvitetään potilaalle miksi toimenpide tehdään. Kiellot perustellaan: miksi ei voi syödä, juoda, nousta ylös. (Potilaan polku heräämöhoidossa, Y- asema, Intranet).

LIITE 4 (4). Korvalapsen hoito heräämövaihe

Lapsipotilaan tuntemukset huomioidaan ja häntä kuunnellaan ja tuetaan. Potilasta hoidetaan rauhallisesti ja pyritään näin vähentämään hänen huolestuneisuuttaan. Suojataan lapsipotilaan katseelta muiden potilaiden haavat. Pyritään lisäämään hyvinolontunnetta sallimalla mahdollisuuksien rajoissa esim. lelu tai tutti. Lapsipotilaan luottamuksen säilyttämiseksi on tärkeää olla rehellinen ja antaa lapsen itkeä, kuitenkin huomioida lohduttamalla ja läheisyydellä. Heräämössä pyritään säilyttämään myös potilaan sosiaalinen eheys. Lapsipotilasta tervehditään ja hänelle esittäydytään. Häntä informoidaan ajan ja paikan suhteen. Potilaan sosiaaliset tarpeet huomioidaan antamalla mahdollisuus yksityisyyteen, vanhemman / saattajan kutsuminen heräämöön on tärkeää lapsipotilaan kohdalla. (Potilaan polku heräämöhoidossa, Y- asema, Intranet).

Heräämöseurannan jälkeen arvioidaan onko potilas valmis siirtymään osastolle. Potilas on siirtokunnossa kun voidaan osoittaa, että hän on tarpeeksi toipunut anestesiasta ja elintoiminnot ovat vakaat. Siirrosta päättää anestesia lääkäri vahvistaen nimikirjoituksellaan potilaan siirron ja kirjalliset jatkohoitomääräykset. Raportoidaan mitä potilaalle on tehty ja millaiset ovat jatkohoitohjeet. Vastaanottava hoitaja sekä heräämöhoitaja kirjaavat nimensä potilaan määräyslomakkeeseen merkiksi siitä, kuka potilaan on luovuttanut ja kuka vastaanottanut. (Potilaan polku heräämöhoidossa, Y- asema, Intranet).

Mikäli potilas ei ole osastokelpoinen toimenpidealueen ongelmien vuoksi, konsultoidaan leikkannutta lääkäriä. Hän päättää jatkotoimenpiteistä ja siitä tarvitseeko potilas uusintaleikkausta. Jos potilas päätetään leikata uudelleen, ilmoittaa heräämöhoitaja asiasta leikkausosaston valvomoon tai päivystysaikana päivystäjille. Potilas siirretään takaisin leikkaussaliin ja heräämöhoitaja antaa raportin salin tiimille. Heräämöhoido alkaa hänen kohdallaan mahdollisesti uudestaan leikkauksen päätyttyä. Lapsipotilaan ilmeet ja eleet kertovat myös paljon siitä millaiseksi hän on hoitonsa kokenut. Lisäksi hoitoa arvioi heräämöhoitaja itse sekä vertaisarviointina toinen heräämöhoitaja. Hoidon aikana ja sen loputtua keskustellaan mahdollisesti esiintyneistä ongelmatilanteista ja niiden selvittämisestä. (Potilaan polku heräämöhoidossa, Y- asema, Intranet).

LIITE 5 (1). Päiväkirurgisen potilaan polkuun liittyviä ongelmia

Hoitajat ja laitteet/tilat:

- hoitajan työaika kuluu laitteiden kuljetukseen , potilaiden siirtoihin ja raportointiin osastolta toiselle
- laitteiden ja tarvikkeiden jatkuva siirtely paikasta toiseen kuluttaa laitteita, sterilitettä kärsii siirroista (jatkuva liike)
- aika menee ylimääräiseen suunnitteluun, eikä kaikkeen voi etukäteen varautua
- päällekkäistä varastointia (lääkkeet, käyttötavara)
- tilausten tekemisen vaikeutuu, epätasainen tarve/tarjonta
- kipuhoidojen lisääntymisen aiheuttama tilanpuute

Osastonsihtööri:

- yhden sihtöörin työaika ei riitä kattamaan päivittäistä toimintaa (3 sihtöörin yksikössä mahdollisuus työajan porrastukseen ---> osaston ulkopuolisen avun tarve vähenee)

Välinehuoltaja:

- päivittäinen arviointi välinehuoltajan tarpeesta (1vh)
- minne tavarat toimitetaan huollosta (käyttö- ja palautusyksikkö eri)
- työaika kuluu tavaroiden siirtelyyn (etäisyys pitkä /suora hissiyhteys välinehuoltoon puuttuu)

Sairaala-apulainen:

- epätasainen tarve salityössä esim. välisiivouksia ei kaikkien toimenpiteiden jälkeen (1.5 sa) -vhk:n kanssa yhteinen aamupäivisin
- päivittäinen arviointi sairaala-apulaisen tarpeesta

LIITE 5 (2). Päiväkirurgisen potilaan polkuun liittyviä ongelmia

Anestesia-**l**ääkärit:

- vähäisten resurssien hukkakäyttö
- 1-2 salia/anestesia-**l**ääkäri, etäisyyden takia ei voi toimia yhtä aikaa leikkausosastolla
- leikkausosastolla toimivalla anestesia-**l**ääkärillä n. 3 salia/anestesia-**l**ääkäri
 - => anestesian aloitusten viivästyminen, saliajan hukkakäyttö
- poissaoloista muutoksia koko organisaation toimintaan
- töiden siirto leikkausosastolle: potilaat, laitteet, henkilöstö ym.(kts.vuokaavion oik.reuna)
 - =>2 salia pois käytöstä ellei paikallispuudutustöitä
- päiväkirurgisten korvalasten anestesiaan ei ole valmiutta nykyisessä päiväkirurgisessa yksikössä:
 - ei ole riittävää välineistöä eikä henkilöstöä, progressiivinen heräämö puuttuu sekä anest.**l**ääkärien konsultaatio hankalaa(etäisyys pitkä)

Leikkaaval**l**ääkäri:

- pitkät etäisyydet – vaikutus potilaiden tulon porrastamiseen, konsultointiin
- vaihtosali mahdollisuus helpompi toteuttaa samassa tasossa olevissa saleissa
- esim. olkascopioita ja olkaproteesileikkauksia mahdollisuus tehdä vain toimenpiteyksikön tasolla eli oltava tarkka suunnittelussa (jos taso siirretään leikkausosastolle, päiväkirurgian sali jää ilman tasoa)

TOIMIMALLA SAMASSA YKSIKÖSSÄ / TASOSSA

- voidaan hillitä kustannuspaineita, jotka kohdistuvat tulevaisuuteen
- suoritteiden lisääminen mahdollista samalla henkilökunnalla
- päiväkirurgian sulkujen/toiminnanrajoitusten tarve vähenee (anest.**l**ääkäristä johtuvat)
- suunnitelmallisuus-ennakointi lisääntyy (työajan joustava käyttö) kaikissa henkilöstöryhmissä
- kaksinkertaiset tarvikevarastot pois
- laitteiden kuljettaminen takia rikkoutumisriski vähenee

LIITE 5 (3). Päiväkirurgisen potilaan polkuun liittyviä ongelmia

- olkaskopia/-proteesin tarvittavien välineiden lisähankinta (toive laitteista myös leikkausosastolle, toiminnallisista syistä) vältetään
- raportointi vähenee
- kuljetuksiin käytetty aika jää pois, esim. kipupotilaiden kuljetus edestakaisin, vapauttaa hoitajia muuhun hoitotyöhön
- nykyisissä tiloissa päiväkirurgisten toimenpiteiden %-osuuden lisääminen vaikeaa
- mahdollisesti valvonnasta vapautuvaa henkilöstöä (nyt valvonta suoritetaan kolmessa eri huoneessa, 1 hoitaja/huone) voidaan käyttää osastopotilaiden vastaanottoon, heräämön aukioloajan porrastukseen, assistentti vajeen korjaukseen (apulaislääkärit) sekä jatkuviin sairauslomiin

Uutena toimintamuotona on käytetty tiettyjen lyhki-potilasryhmien (esim. olkaskopiat) ottamista suoraan päiväkirurgiselle osastolle ilman käyntiä vuodeosastolla eli vastaanotto, valmistelu ja toimenpide suoritetaan päiväkirurgisella osastolla mistä siirto valvonnan jälkeen vuodeosastolle. Tämä tehostaa vuodeosaston toimintaa: vähentää aamutyövoiman kuormitusta, vähentää raportointia ja potilaiden kuljetusta. Vaatii asianmukaisia vastaanottotiloja ja henkilökuntaresursseja, jotka molemmat toteutuisivat samassa tasossa toimimalla.

**LIITE 6 Kutsupohja päiväkirurgiselle
lapsipotilaalle**



Nimi
osoite
postitoimipaikka

AJANVARAUSILMOITUS
päivämäärä

Sinulle Etunimi, Sukunimi, syntymäaika, on varattu paikka
Savonlinnan keskussairaalaan suunniteltua toimenpidettä varten:

Päiväkirurgia maanantai 10.8.10 klo 7:30

Mikäli varattu aika ei sovi, pyydämme ystävällisesti ilmoittamaan siitä mahdollisimman pian arkisin klo 10.00 – 14.00 numeroon 044 417 3293.

Nuha, yskä ja muut tulehdussairaudet ovat este toimenpiteelle.

Vanhempiesi tulee varata aikaa tulohaastatteluun lääkärin ja hoitohenkilökunnan kanssa.
Voit tutustua päiväkirurgiseen yksikköön toisen vanhempasi kanssa etukäteen sopimalla ajan puhelimitse.
Neuvolakortti / kasvutiedot mukaan.

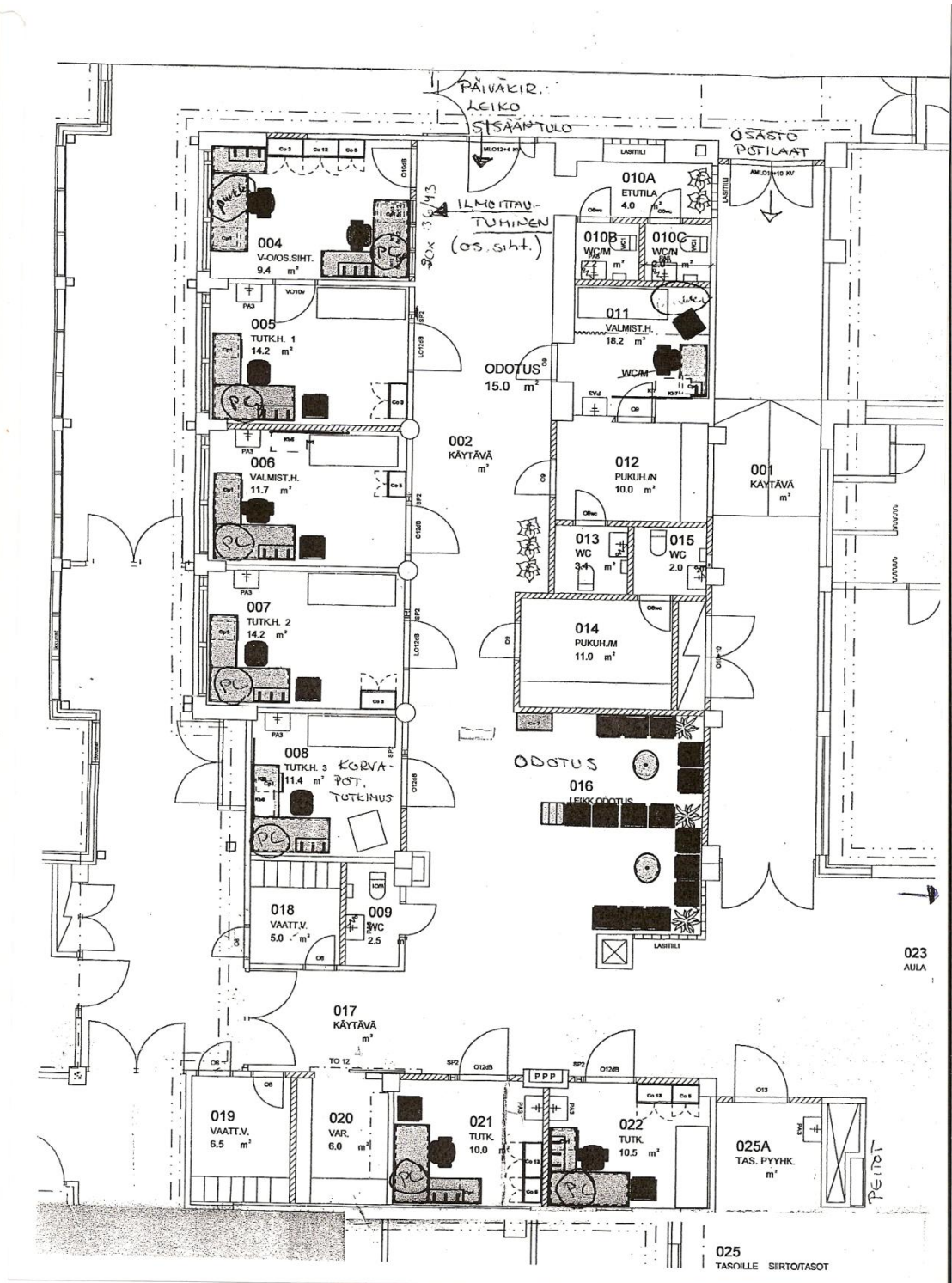
Tervetuloa.

Noudattakaa oheista ohjetta: Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevan lapsen vanhemmille.

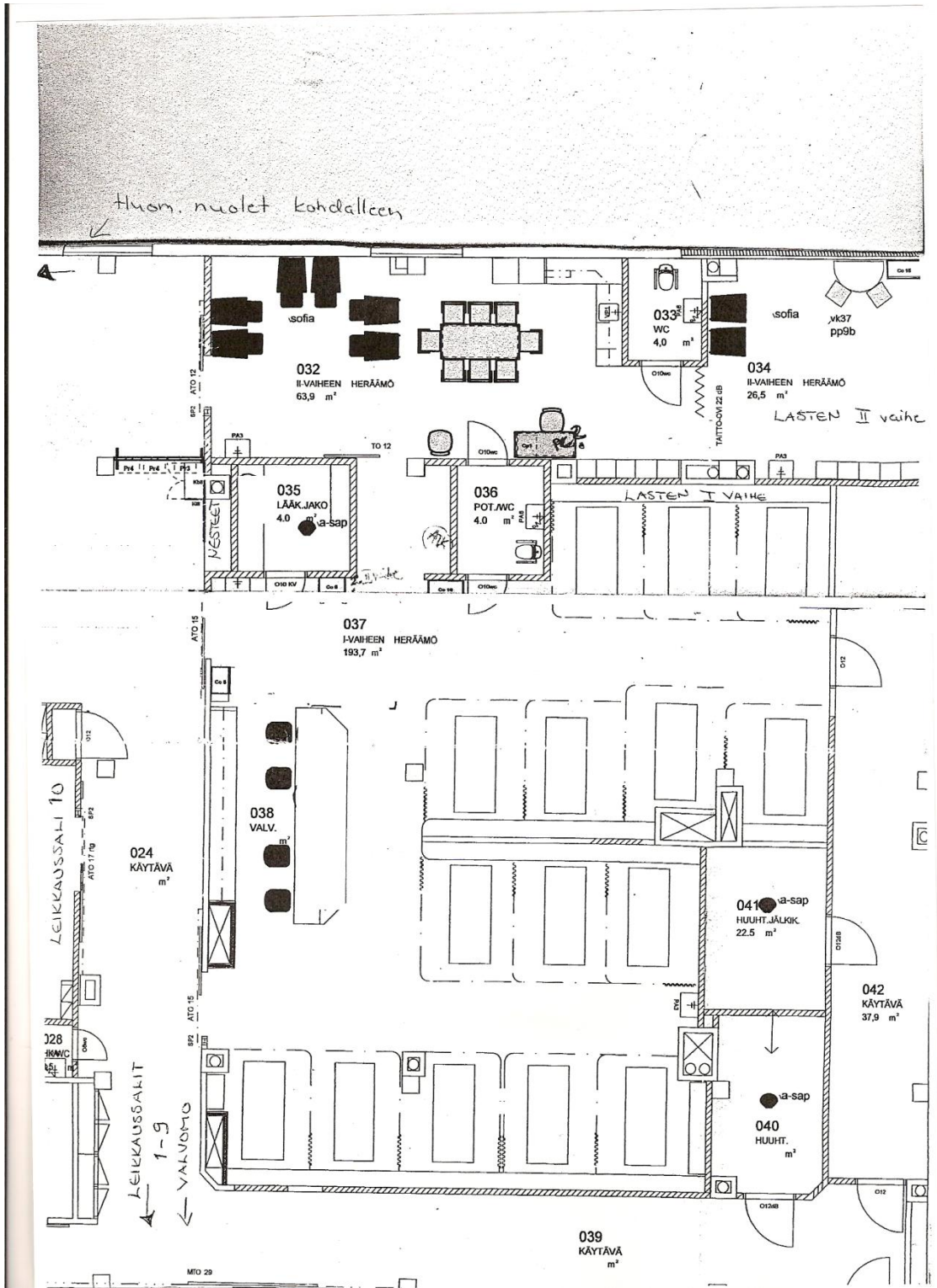
Ystävällisin terveisin

Ritva Nevalainen
sairaanhoitaja
Korva- nenä- ja kurkkutautien poliklinikka

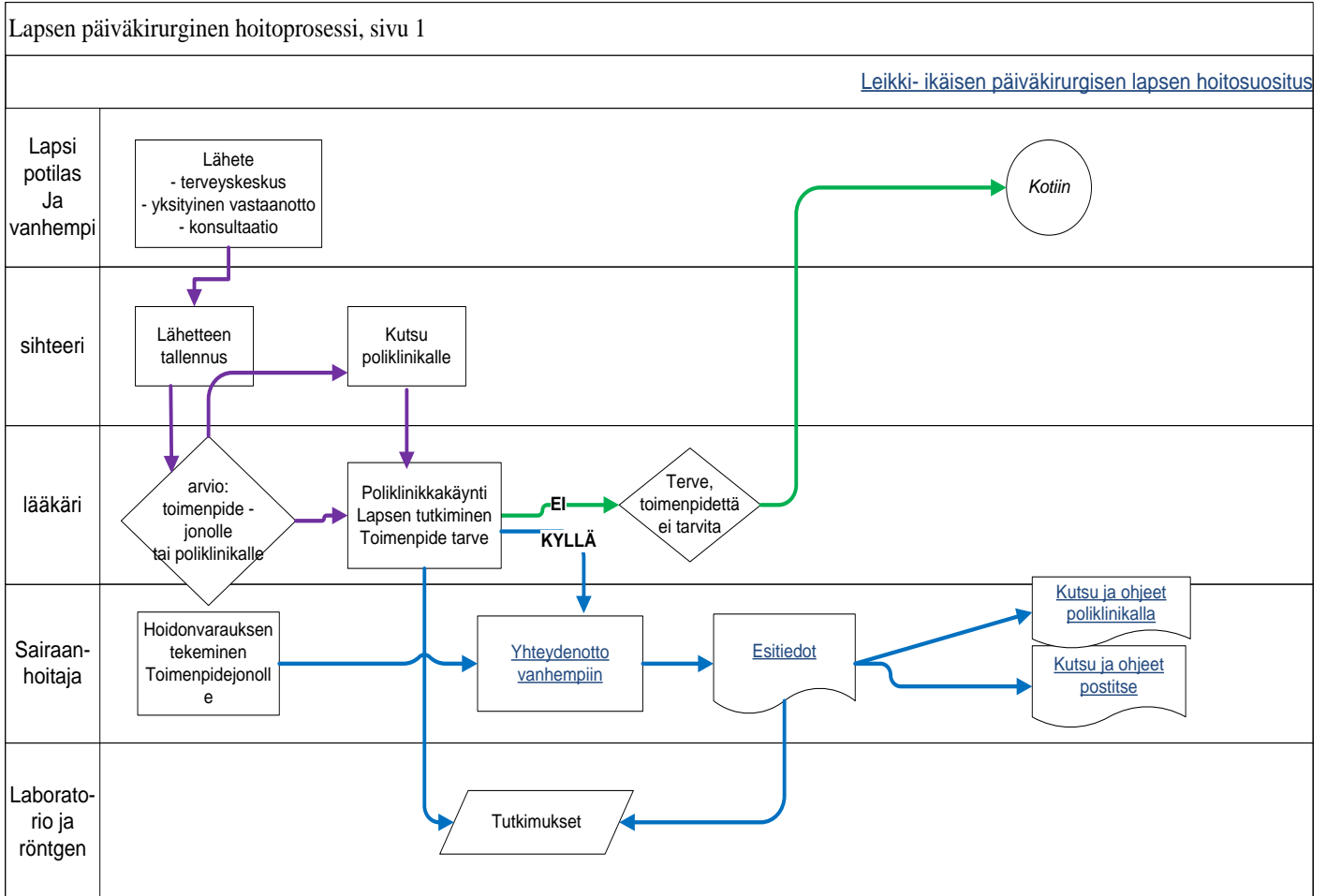
LIITE 7 (1). Uusi päiväkirurgian pohjapiirros



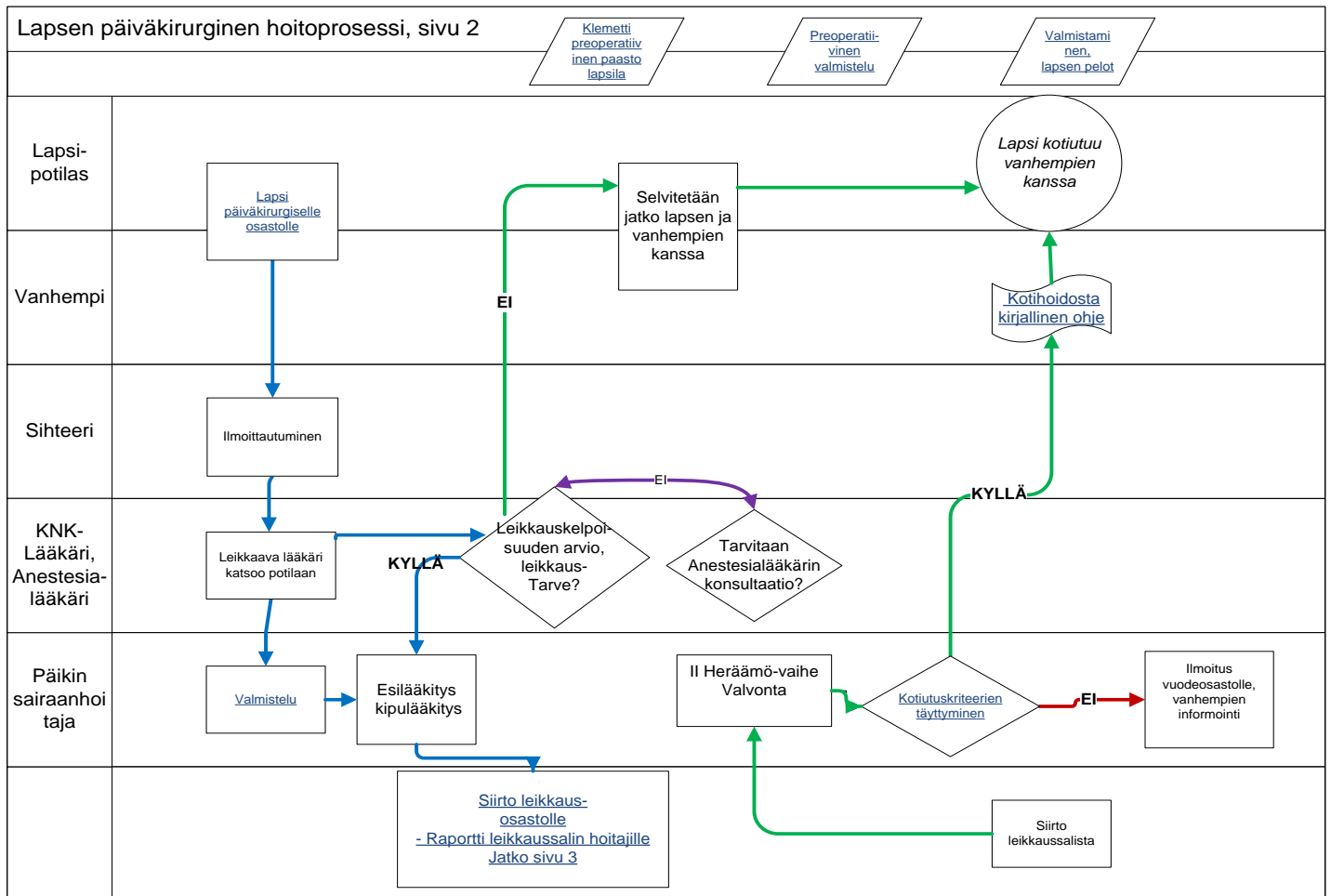
LIITE 7 (2). 1. ja 2. vaiheen heräämön pohjapiirros



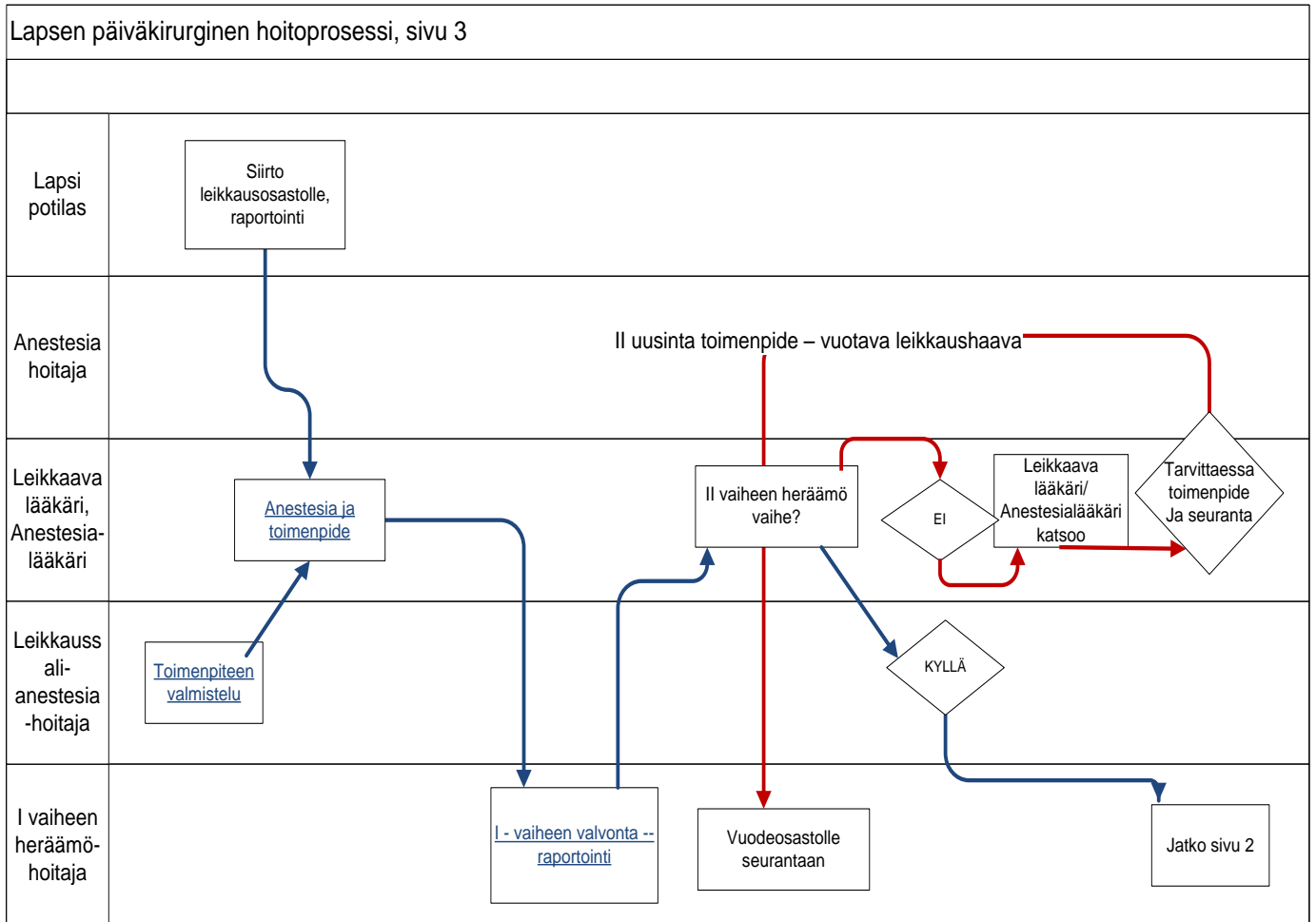
LIITE 8 Päiväkirurgisen korvalapsen hoito KNK - poliklinikalla



LIITE 9 Päiväkirurgisen korvalapsen pre - ja postoperatiivinen hoito



LIITE 10 Päiväkirurgisen korvalapsen intraoperatiivinen hoito leikkausosastolla



**LIITE 11 (1). Uudistettu kotihoito-ohje
ehdotus**



*Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen
tulevalle lapselle ja vanhemmille*

Lapsen ollessa kuumeinen, yskäinen, nuhainen tai jos hänellä on jokin tarttuva tauti, ei toimenpidettä voida tehdä. Ottakaa yhteyttä korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle uuden ajan sopimista varten puh. 044 417 3293.

Nukutus edellyttää rajoituksia syömisessä ja juomisessa.

Ikä	voi syödä	juoda
0 - 6 kk	kiinteä ennen klo 05.00	neste ennen klo 06.00
6 kk - 3 v	kiinteä ennen klo 04.00	neste ennen klo 06.00
yli 3 v	kiinteä ennen klo 02.00	neste ennen klo 05.00

Kiinteä ruoka: maito, velli, jogurtti, jäätelö, puuro ym. kiinteät ateriat

Neste: vesi, sokerivesi, mehu, tee

Nukutus edellyttää rajoituksia syömisessä ja juomisessa. Tarvittaessa saatte poliklinikalta yksilölliset ohjeet ravinnosta olosta.

LIITE 11 (2). Uudistettu kotiohje - ehdotus

Sairaalaan saapuminen voi olla lapselle pelottava asia. Puhukaa mieluummin hoitamisesta tai korjaamisesta kuin leikkauksesta. Keskustelemalla, lasta rohkaisemalla ja tutustumalla sairaalasta kertoviin kuvakirjoihin voitte valmistaa lasta tuleviin tapah-tumiin. Halutessaan lapsi voi ottaa mukaansa pienen pehmolelun.

Lapsen saattajaa, vanhempaa rohkaistaan osallistumaan lapsen hoitoon koko toi-menpidepäivän ajan, myös heräämövaiheessa. Lapsella voi olla **vain yksi** saattaja seuranaan.

Toimenpidepäivänä saavutte päiväkirurgiseen yksikköön, joka sijaitsee sairaalamme 0-kerroksessa. **Ilmoittautuessanne** päiväkirurgiseen yksikköön lapsenne tiedot tarkis-tetaan. Hoitaja ohjaa teidät odottamaan lääkärin tutkimusta. Lapselle laitetaan puudu-tusvoide käsiin, suonikanyylin laittamista varten ja vaihdetaan tarvittaessa sairaalan vaatteet. Ennen toimenpidettä lapsi saa **esilääkkeen**. Hoitaja vie lapsen toimenpide-huoneeseen. Toimenpiteen jälkeen lapsi siirretään heräämishuoneeseen, jonne van-hempi ohjataan. Toimenpiteen jälkeen lapsi saa syödä ja juoda voinnin mukaan.

Lapsi kotiutetaan voinnin mukaan 3 - 6 tunnin kuluttua toimenpiteestä, viimeistään klo 18.00. Ellei lapsi ole kotiutuskuntoinen, tulee varautua lastenosastolle jäämiseen. Kotiutuksen yhteydessä kerrataan hoito-ohjeita, annetaan tarvittavat todistukset ja kipu- ja muut lääkemääräykset sekä jatkohoito-ohjeet. Jos menette kotiin omalla au-tolla, saattajan ja kuljettajan tulisi olla eri henkilö.

Nukutusaineet vaikuttavat vielä kotonakin. Lapsi voi olla väsynyt ja kiukkuinen, jos-kus saattaa esiintyä pahoinvointia tai ihon kuumottavaa punoitusta erityisesti kasvois-sa. **Kipulääkityksestä** saatte toimenpidekohtaiset ohjeet, annettuja ohjeita on tärkeää noudattaa. Toimenpidepäivänä lapsen on hyvä levätä kotona eikä häntä saa jättää yk-sin. **Hoitoon/päiväkotiin/kouluun** menosta saatte toimenpidekohtaiset ohjeet.

**LIITE 12 (1). Tiimi-arviointilomake
(työkalupakki/ tiimityökalut)**

1. Yhteisymmärrys

- Oliko tiimillä yhteiset päämäärät?
- Oliko tavoite selvä ja kaikilla samansisältöinen?
- Oliko kaikki sitoutunut yhteistoimintaan?

2. Luottamus, huolenpito ja rehellisyys

- Luottivatko tiimin jäsenet aidosti toisiinsa?
- Kuinka avoimia jäsenet olivat toisilleen?
- Olivatko tiimin jäsenet aidosti kiinnostuneita toisistaan?

3. Osaamisen arvostus ja sen kehittäminen

- Arvostettiinko jokaista yksilöä ja hänen tietotaitoaan?
- Miten erilaiset vahvuudet huomioitiin?
- Miten osaamista kehitettiin?

4. Yhteistyö

- Arvostettiinko yhdessä tekemistä?
- Olivatko tiimin jäsenten päämäärät suhteessa muiden jäsenten päämääriin?
- Miten yhteistyön pelisääntöjä noudatettiin?

LIITE 12 (2). Tiimiarviointilomake (työkalupakki/ tiimityökalut)

5. Päätöksenteko

- Sovittiinko seuraava palaveri ja siihen valmistautuminen?
 - Miten hyvin sovittiin päätösten toteuttaminen ja seuranta?
 - Millaisia päätöksiä tehtiin ja miten ne tehtiin?
-
-

6. VUOROVAIKUTUS

- Millainen oli työskentelyilmapiiri?
 - Miten selkeästi asiat ilmaistiin?
 - Miten erimielisyydet käsiteltiin?
 - Miten hyvin kuunneltiin toisia tiimin jäseniä?
-
-

7. TYÖSKENTELY

- Oliko työskentelysuunnitelma toimiva?
 - Miten hyvin tiimi pysyi asiassa?
 - Miten hyvin tiimi pysyi aikataulussa?
 - Miten johtaminen hoidettiin?
 - Antoivatko kaikki panoksensa tiimityön hyväksi?
-
-
-

8. PALAUTE

- Palkitaanko tai annettiinko palautetta hyvin tehdystä työstä?
 - Annettiinko rakentavaa kritiikkiä?
-
-

- http://www.kajak.fi/oppiminen/Oppimisen_tyokalupakki/Tiimityokalut/Ryhma_ja_tiimi/Ryhma- tai tiimiarviointi.iw3