

SAIRAAHOITAJIEN NÄKEMYS POSTOPERATIIVISEN HOIDON
DOKUMENTOINNIN RIITTÄVYYDESTÄ TURVALLISEN JATKOHOIDON
TAKAAMISEKSI VUODEOSASTOILLA

Suvi Keränen,

Anu Plaketti,

hoitotyönkoulutusohjelma,

sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö

DIAK Pohjoinen

Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

Keränen, Suvi & Plaketti, Anu. Sairaanhoidajien näkemys postoperatiivisen hoidon dokumentoinnin riittävydestä turvallisen jatkohoidon takaamiseksi vuodeosastoilla. Diak Pohjoinen, Oulu, kevät 2011, 71 s., 4 liitettä. Diakoniammattikorkeakoulu, Oulun yksikkö, hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyössä kartoitettiin Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemyksiä potilasraporttien ja dokumentoinnin riittävydestä turvallisen jatkohoidon takaamiseksi potilaiden siirtyessä anestesiavalvonnasta vuodeosastolle. Lisäksi tuotettiin tietoa osastojen välisen yhteistyön kehittämiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa anestesiavalvonnan ja vuodeosastojen tiedonkulun ja yhteistyön kehittämiseksi. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa osastojen väliseen yhteistyöhön vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyö tehtiin osana heräämön kehittämisprojektia Oulun yliopistollisessa sairaalassa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa anestesiavalvonnan ja vuodeosastojen tiedonkulun sekä yhteistyön kehittämiseksi. Postoperatiivisen hoitotyön dokumentoinnin riittävyttä kartoitettiin lähettämällä Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajille Webropol-kysely sähköpostitse 11.1. – 19.1.2011 välisenä aikana. Tutkimusaineisto kerättiin standardoidulla kyselylomakkeella sekä avoimilla kysymyksillä. Aineisto analysoitiin Webropol-ohjelmalla laskemalla muuttujien frekvenssit ja niiden prosenttiosuudet, jotka esitettiin havaintomatriisin avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin kokoamalla samaa merkitsevistä vastauksista ryhmiä, joiden yleisyyttä kuvaamaan laskettiin vastausten kappalemäärät. Kokonaisuuksia kuvaamaan lisättiin suoria lainauksia sekä esimerkkejä vastausten sisällöstä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan suurin osa kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista (n=74, 66%) piti tiedonsaantia ja dokumentoitua tietoa riittävänä turvaamaan potilaan jatkohoidon vuodeosastolla. Tulosten mukaan potilaiden lääkehoitoon (77%), kivunhoitoon (69%) ja verensokeritasapainoon (79%) liittyvät huomiot dokumentoitiin erityisen riittävästi. Riittämättömimmin dokumentoinnit koettiin toteutuvan leikkaushaavaan ja asentohoitoon (43%), kommunikointiin (41%) sekä psyykkiseen tasapainoon liittyen (36%). Avointen kysymysten kohdalla esille nousi tarve yhteisen sähköisen tietokannan käytön lisääminen potilastietojen dokumentoinnissa. Yhteistyötä kaivattiin osastojen välille lisää ja myös potilassiirroista toivottiin otettavan yhteistä vastuuta.

Asiasanat: postoperatiivinen hoitotyö, hoitotyön dokumentointi, jatkohoito, yhteistyö.

ABSTRACT

Keränen, Suvi & Plaketti, Anu. Sufficiency of the postoperative nursing documentation in the post anesthesia care unit in Oulu university hospital as evaluated by nurses in the unit. Diak Pohjoinen, Oulu, spring 2011, 71 p., 4 appendices. Diakonia university of applied sciences, Oulu unit, nursing study program, registered nurse.

In the study the views of the nurses in Oulu university hospital surgical wards considering the sufficiency of patients' medical records and documentation to ensure a safe continuity of care after moving from anesthesia control to the wards were charted. Also, information was produced to improve co-operation between the wards. Another objective was to produce information about the factors affecting the co-operation between the wards. The study is a part of recovery room improvement project in the Oulu university hospital.

The goal of the study was to produce information to improve the communication and co-operation between the anesthesia control and the wards. The sufficiency of the documentation in the postoperative care was mapped by sending a Webropol inquiry via email to nurses in Oulu university hospital surgical wards in 11th of January – 19th of January 2011. The study material was gathered using standardized question forms and open questions. The material was analyzed using the Webropol software. Frequencies and the percentage shares of the variables were calculated from the material, and were presented using data matrix. Open questions were analyzed by gathering answers with same topic to groups. To represent the commonness of the groups, the quantity of the answers was counted. To illustrate the entirety, quotes and examples from the answers were included.

The study showed that most of the nurses (n=74, 66%) who answered the questionnaire thought information and documented information sufficient to ensure the safe care of the patient in the ward. Regarding the results documentation was best in allopathy (77%), pain treatment (69%) and blood sugar balance (79%). Documentation was experienced to be worst in wound site care and position care (43%), communication (41%) and the patients' mental state (36%). On the basis of the open questions there rose a need to increase the use of the electronic database in documenting the patient's medical records. Co-operation was required between the wards and also it was hoped that common responsibility would be taken in patient transfers.

Keywords: postoperative nursing, nursing documentation, continuity of care, co-operation.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 POTILASTIETOJEN DOKUMENTOINTI PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ.....	9
2.1 Postoperatiivinen hoitotyö anestesiavalvontayksikössä	9
2.2 Hoitotyön prosessimallin mukainen dokumentointi anestesiavonnassa	12
2.3 Tiedonsiirron merkitys potilaan turvallisen jatkohoidon takaamiseksi	17
3 TOIMIVAN YHTEISTYÖN MERKITYS POSTOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ	20
3.1 Lähtökohtia yhteistyön toteutumiseksi.....	20
3.2 Yhteistyön vaikutukset potilaiden hoidon tuloksiin.....	21
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	23
5 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	24
5.1 Aineiston keruu ja analysointi.....	24
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	27
6.1 Vastaajien kuvailu	27
6.2 Hoidon tarpeiden dokumentoinnin riittävyys.....	27
6.3 Potilaan tarkkailun ja seurannan dokumentoinnin selkeys	30
6.4 Hoitotyön menetelmien dokumentointi.....	31
6.5 Jatkohoito-ohjeiden dokumentointi	32
6.6 Hoitomenetelmiin sekä tarkkailuun ja seurantaan liittyvät perustelut.....	34
6.7 Sairaanhoitajien näkemys tiedon kulun ja dokumentoinnin kehittämisestä	35
6.8 Sairaanhoitajien näkemys yhteistyön kehittämisestä	37
6.9 Sairaanhoitajien näkemys potilasturvallisuuden ja hoidon sujuvuuden kehittämisestä..	39
6.10 Opinnäytetyön keskeiset tulokset	41
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	42
7.1 Opinnäytetyön luotettavuus.....	42
7.2 Opinnäytetyön eettiset näkökohdat.....	45
7.3 Johtopäätökset.....	46
7.5 Pohdinta.....	53
7.6 Jatkotutkimusehdotukset	54
LÄHTEET	56

LIITE 1: Kysely.....	60
LIITE 2: Saatekirje.....	64
LIITE 3: OYS Anestesiavalvonnan siirtokriteerit	66
LIITE: 4 Opinnäytetyössä käytetyt lähdetutkimukset	67

1 JOHDANTO

Perioperatiivisen hoitotyön tiedonkulkuun on kansainvälisesti kiinnitetty viime vuosina huomiota, sillä Maailman terveysjärjestön, WHO:n, mukaan suuri osa leikkaukseen liittyvistä kuolemista sekä leikkauksen aiheuttamista komplikaatioista olisi estettävissä riittävän ja nopean tiedonkulun turvaamisella (World Health Organization 2009). Perioperatiivisessa hoitotyössä potilaan hoidon ja sen turvallisen jatkohoidon kannalta potilaan hoitoketjun eri vaiheiden kokonaisvaltainen kirjaaminen on edellytys hoidon jatkuvuudelle. Tavoitteena on dokumentoida riittävästi tietoa potilaan voinnista ja hoidosta siten, että potilaan asiakirjoissa näkyy hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Lukkari, Kinnunen, Korte 2007, 105.)

Junttilan vuonna 2005 tekemän tutkimuksen mukaan perioperatiivisessa hoitotyön kirjaamisessa on havaittu useita puutteita, kuten kirjaamisen epäsäännöllisyys, tulkinnallisuus, kirjattujen asioiden rinnakkaisuus sekä psyykkisen turvallisuuden arvioimatta jättäminen (Junttila 2005, 5 ,43). Hoitajan tekemää päätöksentekoa näkyi kirjaamisessa usein huonosti ja kokonaiskuva potilaan hoidon suunnittelusta ja arvioinnista jäi vähäiseksi. Myös ohjauksen sekä opetuksen kirjaamisen on todettu olevan puutteellista. (Junttila, Leinonen, Salanterä, Tiusanen 2009, 269-281.) Tämän perusteella voidaankin todeta, että tarvitaan yksityiskohtaisempaa tietoa eri toimintaympäristöjen tämän hetkisen dokumentoinnin riittävydestä, jotta voidaan luoda systemaattisia tapoja käytäntöön arvioimaan hoitotyön kirjaamisen toteutumista ja sen kehittämistä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemyksiä potilasraporttien sekä potilastietojen dokumentoinnin riittävydestä turvallisen jatkohoidon takaamiseksi potilaiden siirtyessä anestesiavalvonnasta vuodeosastolle. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa osastojen välisen yhteistyön kehittämisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, anestesiavalvonnan toiminnasta sekä kehittää postoperatiivisen hoitotyön turvallisuutta kartoittamalla

tiedonkulkua ja yhteistyön toimivuutta anestesiavalvonnasta vuodeosastolle. Opinnäytetyössä heräämöstä käytetään termiä anestesiavalvonta.

Tarve opinnäytetyöhön on tullut työyhteisön, anestesiaklinikan taholta, sillä viimeisin sidosryhmäkysely on päivitetty vuonna 1999. Opinnäytetyön tuottaa ajantasaista tietoa potilaiden hoitoketjun toimivuudesta anestesiavalvonnan sekä vastaanottavan kirurgisen vuodeosaston välillä. Työmme on osa heräämöhoidotyön kehittämisprojektia, joka toteutettiin ajalla 26.1. - 8.1.2009 ja josta opinnäytetyömme aihe on saanut alkunsa jatkokehityshankkeena. (Ahola 2010.) Opinnäytetyö keskittyy potilaan postoperatiiviseen hoitovaiheeseen perioperatiivisessa hoitokokonaisuudessa.

2 POTILASTIETOJEN DOKUMENTOINTI PERIOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

2.1 Postoperatiivinen hoitotyö anestesiavalvontayksikössä

Perioperatiivinen hoitotyö on terveyden- ja sairaudenhoitoa, jossa painotetaan yksilöllisyyttä ja turvallisuutta sekä keskitytään potilaan hoitoketjun jatkuvuuden turvaamiseen. Perioperatiivisen hoitotyön päätavoite on potilaan hyvinvoinnin edistäminen ja terveysongelmissa tukeminen. Perioperatiivinen hoitotyö -käsite (eng.perioperative nursing) on otettu käyttöön Yhdysvalloissa vuonna 1978 aiemman operating room nursing- sanan sijaan. (Lukkari ym. 2007, 11.)

Perioperatiiviseen hoitoprosessiin kuuluu kolme ajallisesti sekä toiminnallisesti eriävää osa-aluetta: leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen-, leikkauksen aikainen eli intraoperatiivinen-, sekä leikkauksen jälkeinen eli postoperatiivinen hoitovaihe. Jokaisessa vaiheessa toiminta tulee olla näyttöön perustuvan hoitotyön mallin mukaista ja hoitotyön toiminnot kirjataan potilastietokantaan turvallisen jatkohoidon takaamiseksi vuodeosastolla. (Lukkari ym. 2007,11, 12-13, 20.)

Potilaan preoperatiivinen vaihe alkaa siitä, kun potilaan leikkauspäätös on tehty ja loppuu kun leikkaussalihenkilökunta vastaanottaa potilaan. Vuodeosastojen hoitohenkilökunnan on tärkeää huolehtia potilastietojen keräämisestä, leikkausta tai anestesiaa edeltävien tutkimusten tekemisestä ja ennen kaikkea potilaan ja hänen läheistensä ohjaamisesta sekä valmistamisesta tulevaan leikkaukseen. (Lukkari ym. 2007, 20.)

Intraoperatiivinen vaihe alkaa kun potilas vastaanotetaan leikkaussaliin ja päättyy potilaan siirtyessä anestesiavalvontaan. Intraoperatiivisessa vaiheessa korostuu intensiivinen, moniammatillinen työskentely, jonka tavoitteena on potilaan perus- ja erityistarpeiden tyydyttäminen. (Lukkari ym. 2007, 20.)

Postoperatiivinen vaihe alkaa potilaan saapuessa anestesiavalvontayksikköön

ja päättyy potilaan lähtiessä jatkohoitoon vuodeosastolle, jatkohoitoyksikköön tai päiväkirurgisessa toiminnassa kotiin. Anestesiavalvonnassa seurataan ja tarkkaillaan potilaan vointia sekä toipumista anestesiasta ja leikkauksesta. Tavoitteena on elintoimintojen vakiintuminen niin, että potilaan turvallinen jatkohoito vuodeosastolla on mahdollista. Anestesiavalvonnassa toteutetussa hoidossa korostuu potilaan tilan arviointi verraten muutoksia leikkausta edeltävään ja leikkauksen aikaiseen vointiin. Postoperatiivinen hoitoaika päättyy ensimmäiseen toimenpiteen jälkeiseen päivään. Heräämö –sanon käyttö on vähentymässä, sillä se ei kuvaa yksikön toimintaa. Tämän sijasta on suositeltavampaa käyttää nimitystä anestesiavalvonta, joka kuvaa parhaiten toiminnan luonnetta. (Lukkari ym. 2007, 22,359.)

Anestesiavalvonnan tavoitteena on potilaan elintoimintojen palautuminen anestesian aikaisesta poikkeustilasta, niin että valvontayksikön omat siirtokriteerit täyttyvät ja potilas voidaan turvallisesti siirtää jatkohoitoon kotiin tai vuodeosastolle. Valvontayksikön hoitoaika on yleensä 1-3 tuntia, mutta vaihtelee suuresti potilaan ASA-luokituksen, tehdyn toimenpiteen suuruuden sekä käytetyn anestesiamuodon mukaan. (Lukkari ym. 2007, 360-361.)

Anestesiavalvontayksikössä keskitytään tarkkailemaan potilaan hengitystä, verenkiertoa, tajunnan tasoa, kipua, pahoinvointia, lihasvoimaa, lämpötasapainoa, nestetasapainoa sekä leikkausalueen kuntoa. Valvontayksikön tulee sijaita leikkaussalien välittömässä läheisyydessä, jotta yhteistyö intraoperatiivisten hoitajien kanssa on tiiviimpää. Anestesiavalvonnan aikana potilaalle tulee luoda rauhallinen ja meluton ympäristö. (Lukkari ym. 2007, 360-361, 366-367.)

Anestesiavalvonnassa aloitettua potilaan hoitoa ja tarkkailua jatketaan vuodeosastoilla ainakin seuraavat 24 tuntia, sillä potilaalle ensimmäinen vuorokausi leikkauksen jälkeen on kriittisin. Potilaan siirtyessä vuodeosastolle tarkkailun tavoitteena voidaan pitää potilaan optimaalista toipumista sekä komplikaatioiden ehkäistymistä. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, Valtonen 2008, 68.)

Anestesia aiheuttaa muutoksia potilaan normaaleissa fysiologisissa toiminnoissa. Muutoksia ja ongelmia esiintyy hengityselimistön toiminnassa, sydämen- ja verenkiertoelimistön toiminnassa, ruuansulatus elimistön toiminnassa, kuten pahoinvointi ja oksentelu, lämpötasapainossa, eritystoiminnassa, kuten munuaisten vajaatoiminta ja virtsaamisvaikeudet, muutoksia potilaan liikkumisessa ja lihastoiminnassa sekä potilaan mielialassa. (Korte, Rajala, Lukkari 2000, 446-460). Postoperatiivisen tarkkailun aikana komplikaatoriski elintoiminnoissa on lähes yhtä suuri kuin intraoperatiivisen hoitovaiheen aikana. (Lukkari, ym. 2007, 370). Fordellin pro-gradu tutkielmaa varten keräämien aiempien tutkimustulosten mukaan potilailla esiintyy usein ongelmia pääasiassa hengitykseen, kipuun, verenkiertoon, pahoinvointiin sekä heräämiseen liittyen. (Fordell 2002, 81.) Potilaiden ennen leikkausta kokema mieliala vaikuttaa suuresti leikkauksesta toipumiseen, kuten kivun kokemukseen sekä tartuntojen saamiseen ja sitä kautta hoidon pitkittymiseen. (Bailey 2010).

Oulun yliopistollisen sairaalan anestesiaklinikkassa toteutettiin sidosryhmäkysely potilaan hoitoon, tiedonkulkuun ja osastojen väliseen yhteistyöhön liittyen viimeksi vuonna 1999. Tällöin kyselyyn osallistui kirurgisten vuodeosastojen 2 – 9 ja osaston 37 hoitohenkilökunta. Kaikille osastoille (n=9) lähetettiin yksi lomake jonka henkilökunta täytti yhdessä arvioiden pre-, intra-, sekä postoperatiivista hoitovaihetta. Sidoryhmäkyselyn tulosten mukaan tiedonkulkua vaikeuttivat raportointitilanteiden ilmapiiri, hoitokäytänteistä tiedottaminen, lääkärin antamat epäselvät määräykset sekä tietotekniikkaa koskevat asiat. Potilaan hoitoa koskevissa tuloksissa havaittiin ongelmia hoitokäytänteiden osalta leikkaushaavojen hoidossa, anestesia lääkäriin saatavuudessa sekä määräyksien epäselkeydessä. Yhteistyön osalta kehittämistä vaativat asenteeseen ja käytökseen liittyvät tekijät vuorovaikutustilanteissa ja lisää joustavuutta toivottiin potilassiirtoihin liittyen. (Sidosryhmäkysely 1999.)

2.2 Hoitotyön prosessimallin mukainen dokumentointi anestesiavalvonnassa

Hoitotyön dokumentointi on hoitotyön suunnitelman ja potilaan kliinisen tilan seurannan kirjaamista, hoitotyön toteutusta arvioivaa kirjaamista sekä muiden kokonaisuuteen olennaisesti vaikuttavien asioiden kirjaamista. Hoitotyössä dokumentoinnin tarkoituksena on säilyttää potilaan hoidon kannalta merkittävää tietoa, lisätä potilasturvallisuutta sekä parantaa hoidon tavoitteellisuutta. (Junntila 2002, 19-20.) Laki terveydenhuollon henkilöstöstä (559/1994) velvoittaa hoitotyön henkilöstöä potilasasiakirjojen laatimiseen, salassapitoon sekä säilyttämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (Laki potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001) mukaisesti potilasasiakirjoihin tulee dokumentoida potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi riittävät tiedot.

Hoitotyön kirjaamisessa on pitkään kehitelty kirjaamisen prosessimallia. WHO:n 1980-luvulla aloitettu kehittämisohjelman tavoitteena oli selkiinnyttää kirjallisen suunnitelman laadintaa hoitotyössä. Kirjaamisen prosessi- ajatteluun sisällytettiin myös hoitotyön prosessi-ajattelun malli, joka jakaantuu viiteen osaluokkaan: hoitotyön tarpeen arviointiin, hoitotyön diagnosointiin, hoidon suunnitteluun, hoidon toteutukseen, annetun hoitomenetelmän tulosten arviointiin. Hoidon tarpeen ja hoitotyön ongelman diagnosointi on perustana koko hoidon toteutuksen ja vaikuttavuuden arvioimiselle. (Ensio ym. 2004, 36.) Hoitotyön prosessiajattelussa käytettävä luokittelu on ainoa keino saada kustannustehokasta, standardoitua tietoa ja laatua näkyväksi hoitotyön päätöksenteon perustaksi. (Ensio ym. 2004, 10).

Perioperatiivisen hoitotyön tiedonkulkuun on kansainvälisesti kiinnitetty viime vuosina huomiota, sillä WHO:n mukaan suuri osa leikkaukseen liittyvistä kuolemista sekä leikkauksen aiheuttamista komplikaatioista olisi estettävissä riittävän ja nopean tiedonkulun turvaamisella. Safe Surgery Save Life –ohjelmalla WHO –haluaa tuoda esille kansainvälisesti perioperatiivisen hoidon turvallisuuden kehittämisen. (World Health Organization 2009.)

Suomessa hoitotyön kirjaamisen prosessimallia edustaa suomalaisen rakenteisen kirjaamisen malli, FinCC:n (Finnish Care Classification). Se perustuu kansainväliseen Clinical Care Classification (CCC) -luokitukseen. Kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli, perustuu useiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden, pilotointien ja käyttäjäpalautteiden sekä asiantuntijatyön tuloksiin. (Liljamo, Kaakinen, Ensio 2008, 4). Luokituksen perustana oli kehittää, itsenäinen, lääketieteellisistä diagnooseista riippumaton hoitotyötä kartoittava mittari, jolla voitiin mitata hoidon tarvetta. Suomessa CCC –luokituksen pohjalta laadittiin suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus (SHToL, versio 1.0) sekä suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL, versio 1.0). (Ensio, ym., 2004, 45 – 46.) Tavoitteena hankkeella on kansallisesti yhtenäinen kirjaamisen malli. (Liljamo, Kaakinen, Ensio 2008, 2).

SHTaL, SHToL versiot 2.01 rakentuvat 19 komponentista eli potilaan hoitotyön tarvealueesta sekä näiden toimintoluokituksista, pääluokista eli hoidon tarpeen ja hoitomenetelmien tarkentavasta luokasta sekä alaluokista, joka tarkentavat hoitotyön tarvealuetta sekä -hoitomenetelmän. Lisäksi versio 2.01 sisältää suomalaisen hoidon tulosluokituksen, SHTuL:n, jonka tulosluokituksen (kolme luokkaa: ennallaan, huonontunut, parantunut) avulla kyetään määrittämään hoitotyön tarpeen ja siitä seuranneen hoitotyön menetelmien tulos. (FinCC – luokituskokonaisuus.)

Rakenteisesta kirjaamisesta perioperatiivisessa hoitotyössä Association of perioperative Registered Nurses (AORN) -järjestö on koonnut yhteen perioperatiivisen hoitotyön sanaston: PND (perioperative nursing data set). Suomalainen standardoitu perioperatiivinen hoitotyön sanasto on koottu AORN:n sanaston pohjalta. PND:n sanasto koostuu 90 hoitotyön diagnoosista ja niiden interventioista. Kristiina Junttila on tutkinut PND: n käyttöä ja toimivuutta perioperatiivisessa hoitotyössä ja todennut niiden soveltuvan hyvin suomalaiseen perioperatiiviseen hoitotyöhön. Kehittämistä olivat vaatineet hoitotyön tulosten muokkaaminen käytettävämmäksi perioperatiiviseen hoitotyöhön, jonka johdosta kehiteltiin PND@fi.02 standardoiduksi sanastoksi. (Junttila 2005, 5, 22, 43.)

Kristiina Junttila on tutkinut perioperatiivisen hoitotyön kirjaamista PNDS:n mukaisiin hoitotyön diagnooseihin verraten, tarkoituksena kehittää perioperatiivisen hoitotyön kirjaamista Suomessa. Tutkimuksessa arvioitiin perioperatiivisen dokumentoinnin käytäntöä kyselyn (N=171) ja kirjaamislomakkeiden (N=53) sisällönanalyysin avulla valtakunnallisesti. Lisäksi sanaston luotettavuutta tarkasteltiin suomalaisessa perioperatiivisessa hoitoympäristössä ja hoitotyön diagnoosien tärkeyttä tutkittiin kyselyn (N=414) avulla. (Junttila 2005, 5.)

Junttilan väitöskirjan pohjalta käy ilmi, että perioperatiivisessa hoitotyön kirjaamisessa on havaittu useita puutteita, kuten kirjaamisen epäsäännöllisyys, tulkinnallisuus, kirjattujen asioiden rinnakkaisuus sekä psyykkisen turvallisuuden arvioimatta jättäminen. Sairaanhoidajien diagnosointitaidoissa osoitettiin olevan puutteita, mutta heidän asenteensa diagnooseihin oli myönteinen. Toisaalta hoitajat eivät osoittaneet kiinnostusta niiden käyttöön otosta. Asenne rakenteiseen kirjaamiseen hoitotyön diagnoosien pohjalta oli varautunut. (Junttila 2005, 5, 43.) Hoitajan tekemä päätöksenteko on tutkimusten mukaan näkynyt kirjaamisessa usein huonosti ja kokonaiskuva potilaan hoidon suunnittelusta ja arvioinnista jäänyt heikoksi. Myös ohjauksen sekä opetuksen kirjaamisen on todettu olevan puutteellista. (Junttila, Leinonen, Salanterä, Tiusanen 2009, 269-281.)

Jatkotutkimushankkeena Kristiina Junttila ym. ovat tutkineet hoitotyön diagnoosien käyttöä perioperatiivisessa kirjaamisessa 250 leikkauspotilaalla ja heidän hoidon dokumentoinnissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli validoida PNDS -luokituksen suomalaisen version termit ja niiden käytettävyys perioperatiivisessa hoitotyössä. Tutkimustuloksien perusteella nähdään jako diagnoosien käytössä, siten, että intraoperatiivisessa vaiheessa korostuvat potilaan fysiologiaan liittyvät diagnoosit ja potilaiden (n=250) postoperatiivisessa hoidossa potilaan anestesiasta toipumiseen liitetyt diagnoosit. Tutkimuksessa havaittiin dokumentoidun tiedon perusteella, että perioperatiivisessa hoitotyössä korostuvat potilaan turvallisuuden takaamiseksi merkittävät rutiinit. (Junttila, Hupli, Salanterä 2010, 57.)

Junttilan ym. tutkimusraportin perusteella voitiin todeta, että perioperatiivisessa hoitotyön kirjaamisessa käytettiin vain pientä osaa hoitotyön diagnooseista. Parhaiten intraoperatiivisessa hoitovaiheessa oli diagnosoitu elintoimintoihin keskittyvät asiat, kuten hengitys ja verenkierto, lämpötila ja nesteytys, toimenpiteen aiheuttamat riskit potilaalle, kuten leikkausasennon aiheuttamat riskit sekä infektion riskit. Postoperatiivisessa hoidossa useimmin oli diagnosoitu ja dokumentoitu potilaan kokemaa kipua sekä elintoimintoihin ja eritykseen liittyviä havaintoja. Diagnoosien kirjaamisessa 90 diagnoosista ei käytetty 12 ollenkaan ja kirjaaminen diagnoosien pohjalta oli suppeaa. (Junttila ym. 2010.)

Haavanhoidon sähköistä kirjaamista ja sen kehittämistä tutkineet Kinnunen, Saranto ja Ensio (2008) tuovat tutkimuksessaan esille haavanhoidon osa-alueelta terminologian vaihtelevuuden hoidon dokumentoinnissa. Tutkimuksessa kuvattiin tietoa mitä haavanhoidosta (akuutit haavat n= 452, krooniset haavat n= 1124) oli kirjattu Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen mukaisesti sähköiseen potilastietokantaan. Akuuttien haavojen osalta dokumentoinnissa oli parhaiten huomioitu haavavuodon määrä, haavasidosten vaihto ja dreenin toiminta. Käytetyistä haavasidoksista oli kirjattu heikosti. (Kinnunen, Saranto, Ensio 2008, 70).

Vastaavasti Idvallin ja Ehdenbergin (2002) Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan kivun postoperatiivinen arviointi perustui pääosin potilaan kuvailemaan tietoon, sillä alle 10 % (n=173) dokumentoinnista osoitti arvioinnissa käytettävän standardoitua kivun arviointia, kipumittaria. Kivun sijainti oli dokumentoitu 50 %:ssa tapauksista ja kipua kuvailtu 12 %:ssa otoksesta. Tutkimus osoitti merkittäviä puutteita sairaanhoitajien postoperatiivisen kivun dokumentoinnissa. Idvall ja Ehdenberg toteavat myös aikaisempien tutkimustulosten osoittaneen kivun arvioinnin ja hoidon puutteellisuuden postoperatiivisessa hoitotyössä. (Idvall&Ehdenberg 2002.)

Karhunen ja Karhunen ovat haastatelleet opinnäytetyössään kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajia leikkauksen aikaisen kirjaamisen kehittämiseksi. Tutkimus tehtiin laadullisin tutkimusmenetelmin teemahaastattelemassa

Kuopion yliopistollisen sairaalan seitsemää sairaanhoitajaa, neljältä eri vuodeosastolta. Aineisto käsiteltiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Kysymykset käsittelivät anestesiatietoja, potilaan elintoimintoihin liittyviä tietoja, leikkaustietoja, potilaan psyykkistä hyvinvointia, leikkauksen aikaisia poikkeamia sekä mahdollisia kehittämisalueita. (Karhunen&Karhunen 2010, 30.)

Junttilan ym. 2009 tekemän tutkimuksen tulosten mukaan riittävän yksityiskohtainen kuvaus potilaalle tehdystä toimenpiteestä, sen suorittamisesta ja sen aikaisista havainnoista toteutuu huonosti (Junttila ym. 2009, 269-281). Liikkumiseen sekä asentoihin liittyvät rajoitukset haluttiin Karhusten työn mukaan tietää kuten myös vuodelepomääräykset. Yleistilan hoito-ohjeet olivat tärkeitä tietoja kirurgisten vuodeosastojen hoitajille. Kirjaamiseen haluttiin yhdenmukaisuutta etenkin jatkohoito-ohjeiden sekä määräysten osalta. (Karhunen&Karhunen 2010, 33.)

Karhusten opinnäytetyön mukaan hoitajat kokivat, että anestesiaan, nesteytykseen ja verivalmisteiden käyttöön liittyen ei saatu riittävän tarkkaa tietoa annetuista valmisteista ja niiden antoajoista. Kipulääkkeiden osalta tiedot annetuista lääkeannoksista sekä ohjeet seuraavaan turvalliseen lääkkeen antokertaan koettiin puutteellisiksi. Myös potilaan kokema pelko, ahdistus sekä harhaluulot koettiin tärkeäksi kirjattavaksi. (Karhunen&Karhunen 2010, 31-32.)

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että varhainen psyykkisten oireiden diagnosointi ja auttamismenetelmät edesauttavat potilaiden selviytymistä. Peris, ym. ovat tutkineet potilaiden psyykkisten ongelmien torjumista tehohoitopotilailla. Tutkimus osoitti, että varhaisella auttamisella voitiin tehohoito potilailla ehkäistä postraumaattisen stressin kehittymistä niillä potilailla, jotka saivat hoitoa psyykeen tukemisessa. (Peris ym. 2011)

Koivula käsittelee vuonna 2002 tekemässään väitöskirjassa ohitusleikattujen potilaiden pelkoja, ahdistuneisuutta ja sosiaalista tukea, ohitusleikattujen potilaiden (N=207) pelkojen ja ahdistuneisuuden määrää, laatua ja vaihteluja perioperatiivisen hoitoprosessin eri vaiheissa. Tulokset osoittivat potilaiden

pelon ja ahdistuksen olevan yleisintä (50 %) leikkausta odottaessa. Kuitenkin pelon vaihtelu oli riippuvainen potilaan elämäntilanteesta siten, että töihin palaavat, nuoremmat henkilöt kokivat kuntoutusvaiheen pelon ja ahdistuksen korkeampana. Potilaan sosioekonominen asema oli suhteessa heidän kokemuksiin ja tunteuksiin. Yksin elävät, alle 55-vuotiaat, kokivat emotionaalisen tuen tarpeen suurimmaksi ja tarjotun avun vähäisimmäksi. (Koivula 2002, 75, 77.)

Perioperatiivisesta hoitotyöstä ja sen tutkimuksista tiedetään jo aiemmin, että leikkauspotilaiden ahdistuneisuus ja pelot ovat merkittävä ongelma, jolla on kauaskantoisia vaikutuksia, kuten lisääntynyt postoperatiivinen kipu, riski tartuntojen lisääntymiseen sekä leikkauksesta toipumisen pitkittyminen (Bailey 2010). Koivulan tutkimus osoittaa myös leikkauspotilaiden pelon ja ahdistuneisuuden yleisyyden. Kun tutkimusta verrataan aiempaan tietoon siitä, että psyykkiset tekijät säätelevät monella osa-alueella potilaiden toipumista leikkauksista, voidaan päätellä useiden leikkausten jälkeisten komplikaatioiden johtuvan psyykkisen tuen ja ohjauksen puutteesta perioperatiivisen hoitoprosessin aikana. (Koivula 2002, 75-77.) Tutkimusten mukaan esimerkiksi musiikin avulla voidaan merkittävästi vähentää leikkauspotilaiden pelkoa ja ahdistusta (Bailey 2010).

2.3 Tiedonsiirron merkitys potilaan turvallisen jatkohoidon takaamiseksi

Tiedonkulun onnistuminen takaa turvallisen hoitoketjun jatkuvuuden heräämöstä vuodeosastolle. Anestesiavalvonnan aikaisessa tietojen dokumentoinnissa tulee painottua kirjatun ja raportoidun tiedon systemaattisuus. (Lukkari ym. 2007, 382). Postoperatiivisen hoidon arvioimiseksi on kehitelty erilaisia hoitotyön laadunvarmistuskriteerejä, kuten heräämöhoidon siirtokriteerit, joiden perusteella henkilökunta arvioi hoidon laatua ja tämän mukaan kehitetään postoperatiivista hoitotyötä. (Korte ym. 1995, 463).

Hoidon laadun arvioimiseksi on kehitetty näyttöön perustuvaa hoitotyötä, jonka tarkoituksena on perustaa sairaanhoidon toiminta tutkittuun tietoon ja korkeaan näyttöön. Hoitopäätösten tulee perustua parhaimpaan ajantasaiseen tietoon hoitohenkilökunnan asiantuntemuksen, käytettävissä olevien hoitomenetelmien sekä potilaan omat toiveet hoidostaan huomioiden. Hoitotyössä tutkimustiedon käyttö on vielä vähäistä. (Perälä, Toljamo, Vallimies-Patomäki 2008, 11.)

Potilas siirretään jatkohoitoon valvontaosastolta, kun hänen elintoimintonsa, koordinaatiokykynsä sekä tasapaino ovat palautuneet anestesiasta. Anestesia lääkäri vastaa siirrosta vahvistaen allekirjoituksellaan potilaan siirron ja antaen kirjalliset jatkohoitomääräykset potilaan seurannasta, kivunhoidosta sekä nestehoidosta. Anestesiavalvonnan sairaanhoitaja huolehtii hoidon jatkuvuudesta yksilöllisellä ja riittävän informatiivisella raportoinnilla potilaan siirtyessä seuraavaan jatkohoitopaikkaan. (Korte ym. 1995, 445). Mitään potilaan hoitoon liittyvää asiaa ei jätetä avoimeksi. (Lukkari ym. 2007, 382). Tunnetuin siirtokriteeristö on Aldrete –pisteytys, jonka avulla potilaan tilaa ja toipumista tarkkaillaan anestesiavalvonnassa. Siirtokriteereissä kiinnitetään huomiota potilaan hengityksen-, verenkierron-, tajunnantason-, happeutumisen- sekä motoriikan toimivuuteen. (Lukkari ym. 2007, 382). Näiden lisäksi tulee siirtokriteereissä huomioida potilaan lämpötasapaino, pahoinvointi, haavavuoto, kipu sekä erityksen osa-alueet arvioitaessa potilaan siirtoisuuskelpoisuutta. (Lukkari ym. 2007, 382).

Kokkonen on tutkinut vuonna 2005 valmistuneessa pro gradu- tutkimuksessaan leikkauspotilaan siirtoa heräämöstä vuodeosastolle ja siirtokriteerien käyttöä, joiden pohjalta potilaan kuntoa arvioidaan vuodeosasto kelpoiseksi heräämöhoidon loppuvaiheessa Suomen yliopisto- ja keskussairaaloissa. Tutkimus oli osana valtakunnallista Herätys-projektia, jossa tarkoituksena oli laatia suositukset leikkauspotilaan siirtoon vuodeosastolle. (Kokkonen 2005, 13.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että 96 % (n=26) Suomen yliopisto- ja keskussairaaloista ei ollut käytössä minkäänlaisia siirtokriteerejä. Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa tietoa siirtokriteerien laatimiseksi. Tutkija toteaa myös, että

Anestesiologiyhdistyksen vuonna 1998 laatimat selkeät suositukset leikkauspotilaan postoperatiiviseen seurantaan ovat jääneet hyödyntämättä. (Kokkonen 2005, 48.) WHO:n mukaan siirtokriteerien puuttumisella on yhteys leikkauksen jälkeisiin kuolemiin sekä komplikaatioihin (World Health Organization, i.a.). Näyttöön perustuvien siirtokriteerien käytöllä pystytään parantamaan potilasturvallisuutta ja kehittämään heräämöhoidotyötä. Siirtokriteereiden pohjalta tehty potilaan voinnin arvio tulee sisältyä siirtoraporttiin ja kirjata potilaan asiakirjoihin, kuten kaikki hoitoa koskevat havainnot.

Siirtokriteerien tarpeellisuutta lisää se, että heräämön sairaanhoitajien vastuulla on useassa tilanteessa potilaan siirtyminen vuodeosastolle. Päävastuu on korostettusti anestesiologilla, mutta kiireestä johtuen sairaanhoitaja voi joutua tekemään päätöksen. Hoitajat, joilla on vähän työkokemusta tarvitsevat usein tarkkoja ohjeita hoitotyössä ja tässä tapauksessa erityisesti siirtokriteerien käytöstä heräämöissä hyötyvät kokemattomimmat sairaanhoitajat, jolloin kirjallinen siirtokriteeritaulukko toimisi muistilistana potilaan tilan arvioinnissa vuodeosastolle. (Kokkonen 2005, 1, 51.) Toimivat siirtokriteerit yhdistettynä heräämön sairaanhoitajien kokemukseen ja omaksuttuun tietoon takaavat parhaan ja potilasturvallisimman lopputuloksen (Kokkonen 2005, 10).

3 TOIMIVAN YHTEISTYÖN MERKITYS POSTOPERATIIVISESSA HOITOTYÖSSÄ

3.1 Lähtökohtia yhteistyön toteutumiselle

Työelämän muutokset edellyttävät niin työyhteisöltä kuin siinä toimivilta yksilöiltä jatkuvaa sopeutumista sekä uusiutumiskykyä (Paasivaara & Nikkilä 2010, 56). Yhteistyön peruslähtökohta on kahden tai useamman toimijan välinen yhteistyö jonkun älyllisen hankkeen parissa. Molemmat osapuolet osallistuvat päätöksen tekoon sekä toiminnan suunnitteluun. Osapuolet muodostavat yhdessä tiimin tai tiimejä, jotka antavat oman ammttitaitonsa yhteiseen käyttöön ja jakavat vastuun tuloksesta. Jokainen tiimin jäsen arvostaa toistensa työpanosta yhteistyöprosessissa. Yhteistyötahojen välillä ei tule olla hierarkiaa vaan valta jakautuu osaamisen ja asiantuntemuksen perusteella. (Korpela & Branden 2004.)

Yhteisöllisyyden käsitteellä voidaan kuvata työyhteisön sosiaalista puolta, joka rakentuu ihmisten ryhmittymisestä ja ryhmien tavoitteista. Työyhteisön muodostavat yhdessä työskentelevät henkilöt, joilla on sama perustehtävä. Työyhteisöt ja sitä käsittävät ryhmät muodostavat fyysisen ja henkisen ulottuvuuden. Työyhteisön henkinen tila määrittää sen, miten ihmiset käyttäytyvät toisiaan kohtaan. Tämä näyttäytyy vuorovaikutuksessa käytöksen, eleiden, ilmeiden sekä kielen välityksellä. (Paasivaara & Nikkilä 2010, 56, 15-17.) Yhteistyötä tekevien jäsenten tuleekin tunnustaa toistensa osaaminen ja arviointikyky, tieto ja ymmärrys toistensa osaamisesta ja työn jaosta, sillä se lisää toisen työn arvostusta sekä kekinäistä ymmärrystä (Korpela & Branden 2004).

Terveysthuollon organisaatio muodostuu useista ryhmistä ja moniammatillisista työyhteisöistä, jotka toteuttavat samaa perustehtävää: potilaiden hoitoa. Eri toimijoiden välinen yhteistyön sujuvuus on toiminnan perusta, jota ohjaavat yhteiset arvot ja tavoitteet päämäärän tavoittamiseksi. Potilaan tai asiakkaan tarpeisiin vastaaminen on terveydenhuollon

perustehtävä, johon jokainen ammattikunta vastaa omien ammatillisten toimintaperiaatteiden mukaan. (Paasivaara & Nikkilä 2010, 15–17.) Sairaaloissa ongelmana voidaankin pitää kustannustehokkaiden yksiköiden muodostumista ja ammattikuntien erkanemista toisistaan, jolloin yhteistyötä tekevien yksiköiden jäsenet eivät tunne toistensa työtä ja toimenkuvaa. Tämä aiheuttaa puutteita edellä mainituissa yhteistyön peruslähtökohdissa. (Peltola 2003, 43.)

3.2 Yhteistyön vaikutukset potilaiden hoidon tuloksiin

Tutkimusten mukaan sellaisessa työyhteisössä, jossa yhteistyö toimii heikosti, myös hoidon laatu heikkenee. Yhteistyön heikentyessä yksi merkki tästä on tiedon kulun ongelmat. Aikaisemmista tehohoitoa koskevissa tutkimuksista käy ilmi, että potilaiden kuolemanriski lisääntyy sellaisessa hoitoympäristössä, joissa yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on vähäistä. (Rose 2011). Ongelmat ilmenevät käytännössä tiedonkulun ongelmina, jolloin hoidon kannalta oleellinen tieto ei välity riittävän nopeasti. Tutkimukset osoittavat myös ne haasteet, jotka mahdollisesti heikentävät yhteistyön kehittymistä, kuten vuorotyö ja suuret henkilöstömäärät. Tällöin ihanteellinen, yhtenäinen, tiimityö on vaikea toteuttaa. (Rose 2011.)

Toimiva yhteistyö lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä on tutkimusten mukaan myös suoraan verrannollinen potilaiden hoitotuloksiin. Baggsin ym. tutkimuksessa vertailtiin kolmen tehohoidon yksikön sisäistä yhteistyötä ja siinä esiintyvää sairaanhoitajien (n=163) ja lääkäreiden (n=63) välisen yhteistyön toimivuutta, jota vertailtiin hoidon tuloksiin potilaiden siirtyessä tehohoidosta jatkohoitoon. Tutkimuksen tulosten perusteella voitiin tehdä johtopäätös yhteistyön toimivuuden vaikuttavan suoraan potilaan hoitotuloksiin. (Baggs, Schmitt, Mitchell ym. 1999.) Tutkimuksen mukaan työilmapiiri korreloitui suoraan lääkehoidon vahinkoihin sekä hätävalmiuteen liittyviin erheisiin. (Baggs, ym. 1999).

Aikaisempien tutkimustulosten perusteella voidaankin tehdä johtopäätös yhteistyön merkityksestä osastojen välisestä yhteistyöstä ja sen vaikutuksista

potilaan hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen postoperatiivisessa hoitotyössä. Valvonta osaston hoitotyön kehittämisessä tulee kartoittaa yhteistyöhön liittyvät tekijät yhdessä tiedonkulun kartoituksen kanssa. Heikkoudet tiedonkulussa voivat olla merkinä yhteistyöhön liittyvistä ongelmista. (Rose 2011).

Aikaisemmin Oulun yliopistollisen sairaalan anestesiaklinikan toimesta toteutetussa sidosryhmäkyselyssä (1999) arvioitiin myös anestesiaavalonnan ja kirurgisten vuodeosastojen (N=9) välistä yhteistyötä. Yhteistyön arvosanaksi saatiin kaikkien vastausten perusteella 7,83 asteikolla 1-10 arvioituna. Osastojen välillä havaittiin vaihtelua keskiarvojen 6,7 – 9,0 välillä. Selkeää tekijää vaihteluille ei esitetty, mutta vaikuttavana tekijänä pidettiin osastojen sen hetkisen työnkuormituksen osuutta vastauksiin. (Sidosryhmäkysely 1999.)

Avointen vastausten osalta ei noussut kyselyssä esille selkeää pääluokkaa. Muita esille tulleita asioita olivat henkilökunnan asenne ja käyttäytymiseen verrattavat tekijät kollegaa kohtaan sekä potilaiden siirtoa koskevat käytänteet, kuten yöaikaiset siirrot, jotka koettiin vuodeosastoilla vaikeiksi. Yhteisten palaverien sekä työkierron mahdollisuus keräsivät yhden kommentin vastauksista. (Sidosryhmäkysely 1999.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemyksiä potilasraporttien sekä potilastietojen dokumentoinnin riittävydestä turvallisen jatkohoidon takaamiseksi potilaiden siirtyessä anestesiavalvonnasta vuodeosastolle. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa osastojen välisen yhteistyön kehittämisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, anestesiavalvonnan toiminnasta sekä kehittää postoperatiivisen hoitotyön turvallisuutta kartoittamalla tiedonkulkua ja yhteistyön toimivuutta anestesiavalvonnasta vuodeosastolle.

Tutkimuksella haemme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mikä on kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemys potilaiden anestesiavalvonnan aikaisen hoidon dokumentoinnin riittävydestä potilaiden turvallisen jatkohoidon takaamiseksi vuodeosastoilla?

1.1 Mikä on kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemys potilaiden hoidon tarpeiden dokumentoinnin riittävydestä?

1.2 Mikä on kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemys potilaiden tarkkailuun ja seurantaan liittyvän dokumentoinnin riittävydestä?

1.3 Mikä on kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemys hoitotyön toimintojen dokumentoinnin riittävydestä?

2. Mikä on kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemys kirurgisten vuodeosastojen ja anestesiavalvonnan välisen yhteistyön kehittämisosa-alueista?

3. Mikä on kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemys potilasturvallisuuden kehittämisestä anestesiavalvonnan ja vuodeosastojen välillä?

5 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

5.1 Aineiston keruu ja analysointi

Aineiston kerääminen tapahtui verkkokyselynä Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin sähköisen datan analysointi- ja kyselytyökalun, Webropolin, kautta. Kysely toteutettiin ajalla 11.1.-19.1.2011. Opinnäytetyön aineisto muodostui yhteensä (n=73) Oulun yliopistollisen keskussairaalan kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien vastauksista. Aineisto kerättiin neurokirurgiselta vuodeosastolta (n=8), sydän ja thoraxkirurgiselta vuodeosastolta (n=14), urologian ja yleiskirurgian vuodeosastolta (n=8), Plastiikka- ja gastrokirurgian vuodeosastolta ja käsikirurgian poliklinikalta (n=7), ortopedian ja käsikirurgian vuodeosastolta (n=5), traumatologisen kirurgian vuodeosastolta (n=12), gastroenterologisen kirurgian vuodeosastolta 8 (n=10) ja 9 (n=9).

Opinnäytetyötä varten laadittiin kyselylomake (Liite 1), joka sisälsi monivalintakysymyksiä joiden vastausvaihtoehdot olivat ennalta määritelty eli standardoidut. Kyselylomakkeisiin laadittiin myös avoimia kysymyksiä, jotka tuottavat lisänä laadullista tietoa tutkimuskysymyksiin. (Heikkilä 2008, 49.) Kyselylomake on laadittu hyödyntämällä Oulun yliopistollisen sairaalan anestesiavalvonnan siirtokriteeristöä, FinCC –hoitotyöntarveluokitusta, Kristiina Junttilan väitöskirjassa Perioperative Documentation in Finland tutkimaan PDNS-sanastoa sekä asiantuntija arviota. Rakenne kyselylomakkeessa on FinCC luokituskokonaisuuden pääkomponenttien mukainen joita täydentämään on lisätty perioperatiivisen hoitotyön diagnooseja Junttilan väitöskirjan PDNS-sanastosta sekä hyödynnetty yhteistyötahon asiantuntijoiden antamaa arviointia kysymyksistä mittarin saattamisessa lopulliseen muotoon.

Kyselylomakkeessa käytössä on Likertinasteikko, jonka avulla voidaan mitata mielipideväittämiä. Vastausvaihtoehdot kyselylomakkeen väittämiin ovat viisiportaisia Likertasteikon mukaisesti. (Heikkilä 2008, 53-54.) Kyselylomake esitettiin kahdella asiantuntijahenkilöllä ja tehtiin tämän perusteella

muutoksia sanamuotojen osalta, jotta mittari soveltuisi perioperatiiviseen hoitoympäristöön. (Heikkilä 2008, 22)

Aineisto kerättiin suunnitelmallisella kyselytutkimuksella eli syrveytutkimuksella. Kysely toteutettiin sähköisesti, jotta kysely tavoittaisi suuren joukon vastaajia, ja vastaaminen vei mahdollisimman vähän aikaa. (Heikkilä 2008, 18-19.) Mittarin avulla kerätty aineisto analysoitiin webropol – ohjelmistolla niin, että sen avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Aineistosta laskettiin muuttujien frekvenssit ja niiden prosenttiosuudet, jotka esitettiin havaintomatriisin avulla. Työssä käytettiin kuvailevaa tilastoanalyysiä, jossa pyrittiin kuvailemaan ja tiivistämään muuttujien jakaumaa. (Heikkilä 2008, 123, 149 –150.)

Tutkimusmenetelmän valinnan pohjalla oli asetettu opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Tutkimuskysymyksiä lähestyttiin käyttämällä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmetodia, jolloin saadaan vastaukset kysymyksiin mikä, missä, paljonko ja kuinka usein? Asioiden välisiä riippuvuuksia ja ilmiöiden muutoksia kuvattiin lukumäärin ja prosenttiosuuksin. Tuloksista nostettiin esille tutkimuksen kannalta olennaisia tietoja, joita vertailtiin aikaisempiin tutkimustuloksiin. (Heikkilä 2008, 16-18. 143.)

Ennen kyselyn keräämistä kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajille lähetettiin saatekirje (Liite 2), jonka avulla vastaajia aktivoidiin vaikuttamaan osastojen väliseen toimintaan ja kehittämistyöhön vastaamisen avulla luotettavasti ja nimettömästi. Samoin yhteydenpito osaston hoitajiin ja heidän informointi tutkimuksesta oli tärkeä kannustin vuodeosastoille.

Saadut vastaukset jaoteltiin viiteen eri taulukkoon, joissa oli esitettyä vastausten jakautuminen eri vastausvaihtoehtoihin prosentteina jokaisen kysymyksen kohdalta. Täysin- ja jokseenkin samaa mieltä vastaukset laskettiin jokaisen kysymyksen kohdalta yhteen ja jaettiin kysymysten lukumäärällä, jotta saatiin vastausten keskiarvo esille. Keskiarvot laskettiin myös täysin- ja jokseenkin eri mieltä sekä ei osaa sanoa vastauksille. Keskiarvoilla saatiin tietoa siitä kuinka riittävänä tai riittämättömänä vastaajat

dokumentointia pitivät ja kuinka moni prosentti vastaajista ei osannut ilmaista mielipidettä asiasta.

Avoimet kysymykset analysoitiin kokoamalla samaa merkitsevistä vastauksista ryhmiä, joiden yleisyyttä kuvaamaan laskettiin vastausten lukumäärät. Kokonaisuuksia kuvaamaan lisättiin suoria lainauksia sekä esimerkkejä vastausten sisällöstä.

TAULUKKO 1. Tutkimuskysymyksiin vastaavat mittarin kysymykset numeroittain

TUTKIMUSKYSYMYS	MITTARI
1.1	4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 23.
1.2	5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 24, 25.
1.3	5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 22, 24, 25.
2	26, 27.
3.	28.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Vastaajien kuvailu

Vastaajat koostuivat Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisten vuodeosastojen 2-9 sairaanhoitajista. Kyselyn keräämisajankohtana töissä olleista 207 sairaanhoitajasta kyselyyn vastasi 74 eli vastausprosentiksi saatiin 31%. Vastaajat eri osastojen välillä jakaantuivat melko tasaisesti. Suurin osa vastaajista (19%) oli osaston 3 henkilökuntaan kuuluvia ja koulutukseltaan vastaajista kaikki (100%) olivat sairaanhoitajia. Suurimmalla osalla (51%) vastaajista oli yli 10-vuotta työkokemusta kirurgiselta vuodeosastolta ja vain 8% työkokemusta oli alle vuoden verran.

6.2 Hoidon tarpeiden dokumentoinnin riittävyys

Suurin osa vastaajista piti riittävänä hoidon tarpeiden dokumentointia ohjaamaan vuodeosastolla tapahtuvaa jatkohoitoa anestesiavalvonnan jälkeen (keskiarvo 71% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä). Puolestaan täysin- tai jokseenkin eri mieltä vastauksien keskiarvoksi saatiin 17% ja keskiarvoksi vastauksista: ei samaa eikä eri mieltä saatiin 12%.

Hoitotyön tarpeiden dokumentointi oli vastaajien mielestä erityisen riittävää annettujen verivalmisteiden (96% täysin- tai jokseenkin samaa mieltä), lääkkeiden antomäärien (94% täysin- tai jokseenkin samaa mieltä) sekä lääkkeiden antotapojen (93% täysin- tai jokseenkin samaa mieltä), osalta. Vastaajien mielestä riittämättömintä dokumentointi oli tarvittavien apuvälineiden (45% täysin- tai jokseenkin eri mieltä), asentohoidon (44% täysin- tai jokseenkin eri mieltä) ja liikerajoitusten (43% täysin- tai jokseenkin eri mieltä), osalta. Riittävimmin tietoa saatiin annetuista verivalmisteista ja riittämättömintä dokumentointi oli tarvittavien apuvälineiden kohdalla.

TAULUKKO 2. Sairaanhoidajien arvio hoidon tarpeiden dokumentoinnin riittävydestä fysiologisiin tarpeisiin, nestetasapainoon, psyykkiseen toimintakykyyn ja eritykseen liittyen (%)

On saanut riittävästi tietoa	Mieliopide					yhteensä % (n)
	täysin samaa mieltä	jokseen- kin samaa mieltä	ei osaa sanoa	jokseen- kin eri mieltä	täysin eri mieltä	
potilaiden ventilaatiovajauksesta	16	60	15	9	-	100 (74)
potilaiden happeutumisongelmista	16	74	3	7	-	100 (74)
tietoa potilaiden aspiraatoriskistä	9	48	17	25	1	100 (74)
potilaan verenpaineessa ja pulssissa ilmenneistä ongelmista	35	57	5	3	-	100 (74)
potilaiden tajunnan tason muutoksista	21	60	11	8	-	100 (74)
potilaiden lämpötasapainosta	11	33	24	28	4	100 (74)
potilaiden pahoinvoinnista ja oksentelusta sekä erityishuomioista niissä	16	65	9	10	-	100 (74)
potilaiden virtsaamis- tai ulostamisongelmista sekä erityishuomioista niissä	10	62	12	16	-	100 (74)
potilaiden verenvuoto-ongelmista ja erityishuomioista niissä	20	65	4	11	-	100 (74)
potilaiden dreeneistä ja dreeneritteistä sekä erityishuomioista niissä	12	62	10	16	-	100 (74)
potilaiden toteutuneesta iv-nestehoidosta	31	60	5	4	-	100 (74)
toteutuneesta po-nestehoidosta	15	47	18	20	-	100 (74)
annetuista verivalmisteista	43	53	1	3	-	100 (74)
nesterajoituksista	16	43	22	18	1	100 (74)
verensokeritasapainoon liittyvistä ongelmista	27	57	9	7	-	100 (74)
kommunikointiin liittyvistä ongelmista	12	49	19	20	-	100 (74)
psyykkiseen tasapainoon liittyvistä ongelmista	3	49	18	29	1	100 (74)

TAULUKKO 3. Sairaanhoidajien arvio hoidon tarpeiden dokumentoinnin riittävydestä anestesiaan ja leikkaukseen sekä lääkehoitoon liittyen (%)

On saanut riittävästi tietoa	Mielenpide					yhteensä % (n)
	täysin samaa mieltä	jokseen- kin samaa mieltä	ei osaa sanoa	jokseen- kin eri mieltä	täysin eri mieltä	
toimenpiteen aiheuttamasta postoperatiivisesta kivusta	19	64	6	11	-	100 (74)
kroonisesta kivusta	7	39	22	31	1	100 (74)
muista aistitoiminnoista ja niiden muutoksista	8	42	20	29	1	100 (74)
leikkaushaavaan liittyvistä ongelmista	12	64	8	15	1	100 (74)
leikkaushaavan hoidosta	10	38	16	30	6	100 (74)
asentohoidosta	5	32	19	37	7	100 (74)
liikerajoituksista	7	36	14	38	5	100 (74)
tarvittavista apuvälineistä	3	30	22	37	8	100 (74)
potilaiden lääkehoidossa esiintyneistä ongelmista	15	56	10	19	-	100 (74)
potilaille annetuista lääkkeistä	40	49	7	4	-	100 (74)
lääkkeiden antomääristä	44	50	5	1	1	100 (74)
lääkkeiden antoajoista	41	50	4	5	-	100 (74)
lääkkeiden antotavoista	45	48	4	3	-	100 (74)
lääkehoitoon liittyvistä vastemääräyksistä	18	44	12	26	-	100 (74)
lääkehoidon vaikutuksista	12	48	10	27	3	100 (74)
anestesiamuodoista ja toimenpiteistä	47	45	4	4	-	100 (74)
anestesioiden ja toimenpiteiden jälkeisestä tarkkailusta	28	61	7	4	-	100 (74)
anestesian ja toimenpiteiden jälkeisistä hoitomenetelmistä	27	55	8	10	-	100 (74)
anestesiamuodon ja toimenpiteiden jälkeisistä komplikaatioista	27	55	8	10	-	100 (74)
anestesioiden ja toimenpiteiden jälkeisten komplikaatioiden hoidosta	20	57	11	12	-	100 (74)

6.3 Potilaan tarkkailun ja seurannan dokumentoinnin selkeys

Suurin osa vastaajista piti potilaan tarkkailuun ja seurantaan liittyvää dokumentointia riittävän selkeänä ohjaamaan vuodeosastolla tapahtuvaa jatkohoitoa anestesiavalvonnan jälkeen (keskiarvo 67% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä). Puolestaan täysin- tai jokseenkin eri mieltä vastauksien keskiarvoksi saatiin 20% ja keskiarvoksi vastauksista: ei samaa eikä eri mieltä saatiin 13%.

Potilaan tarkkailun ja seurannan dokumentointi oli erityisen selkeää kivunhoitoon (82% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä), heräämöhöitoon (81% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä) ja verenkiertoon (80% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä) liittyen. Puolestaan lisää selkeyttä kaivattiin psyykkiseen tasapainoon (37% vastaajista täysin- tai jokseenkin eri mieltä), leikkaushaavaan ja asentohoitoon (35% vastaajista täysin- tai jokseenkin eri mieltä) sekä kommunikointiin liittyen (34% vastaajista täysin- tai jokseenkin eri mieltä). Potilaan kivunhoitoon liittyvä tarkkailu ja seuranta koettiin selkeimmän dokumentoiduksi ja psyykkiseen tasapainoon liittyvä tarkkailu ja seuranta epäselkeimmän dokumentoiduksi.

TAULUKKO 4. Sairaanhoidajien arvio hoidon tarkkailun ja seurannan dokumentoinnista (5-luokkainen) (%)

tarkkailu ja seuranta on selkeästi dokumentoitu	Mielenpide					yhteensä % (n)
	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä	
hengitykseen liittyen	25	43	16	16	-	100 (74)
verenkiertoon liittyen	24	56	10	10	-	100 (74)
eritystoimintaan liittyen	14	54	7	24	1	100 (74)
nestehoitoon liittyen	22	52	10	16	-	100 (74)
kivunhoitoon liittyen	13	69	7	11	-	100 (74)
leikkaushaavaan ja asentohoitoon liittyen	6	47	12	34	1	100 (74)
verensokeritasapainoon liittyen	31	47	4	18	-	100 (74)
lääkehoitoon liittyen	24	52	8	16	-	100 (74)
kommunikointiin liittyen	4	34	28	31	3	100 (74)
psykkiseen tasapainoon liittyen	3	29	31	32	5	100 (74)
heräämöhöitoon liittyen	23	58	7	12	-	100 (74)
komplikaatioihin liittyen	13	61	12	14	-	100 (74)

6.4 Hoitotyön menetelmien dokumentointi

Suurin osa vastaajista piti riittävän selkeinä hoitotyön menetelmien dokumentointia ohjaamaan vuodeosastolla tapahtuvaa jatkohoitoa anestesiavalvonnan jälkeen (keskiarvo 64% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä). Puolestaan täysin- tai jokseenkin eri mieltä vastauksien keskiarvoksi saatiin 23% ja keskiarvoksi vastauksista: ei samaa eikä eri mieltä saatiin 13%.

Selkeimmin dokumentoiduiksi hoitotyön menetelmiksi koettiin menetelmät verensokeritasapainoon (79% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä), lääkehoitoon (79% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä) sekä kivunhoitoon (77% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä) liittyen.

Epäselvyyttä puolestaan koettiin olevan eniten liittyen psyykkisen tasapainon (40% vastaajista täysin- tai jokseen eri mieltä), kommunikoinnin (39% vastaajista täysin- tai jokseen eri mieltä) sekä leikkaushaavan ja asentohoidon (34% vastaajista täysin- tai jokseen eri mieltä) menetelmien dokumentointiin liittyen. Selkeimmin dokumentointi hoitotyön menetelmistä toteutui vastaajien mielestä verensokeritasapainoon liittyen (ja epäselkeyttä dokumentoinnissa koettiin olevan eniten psyykkiseen tasapainoon liittyen).

TAULUKKO 5. Sairaanhoidtajien arvio hoitotyön menetelmien dokumentoinnista (5-luokkainen) (%)

hoitomenetelmät on selkeästi dokumentoitu	Mielenpide					yhteensä % (n)
	täysin samaa mieltä	jokseen-samaa mieltä	ei osaa sanoa	jokseen-kin eri mieltä	täysin eri mieltä	
hengitykseen liittyen	13	54	18	15	-	100 (74)
verenkiertoon liittyen	13	60	8	19	-	100 (74)
eritystoimintaan liittyen	12	53	7	28	-	100 (74)
nestehoitoon liittyen	19	55	11	15	-	100 (74)
kivunhoitoon liittyen	18	59	7	16	-	100 (74)
leikkaushaavaan ja asentohoitoon liittyen	3	39	24	31	3	100 (74)
verensokeritasapainoon liittyen	25	54	7	14	-	100 (74)
lääkehoitoon liittyen	23	56	5	16	-	100 (74)
kommunikointiin liittyen	4	29	28	34	5	100 (74)
psyykkiseen tasapainoon liittyen	3	27	30	36	4	100 (74)
heräämöhöitoon liittyen	18	56	8	18	-	100 (74)
komplikaatioihin liittyen	10	63	13	14	-	100 (74)

6.5 Jatkohoito-ohjeiden dokumentointi

Suurin osa vastaajista piti riittävänä jatkohoito-ohjeiden dokumentointia ohjaamaan vuodeosastolla tapahtuvaa jatkohoitoa anestesiavalvonnan jälkeen

(keskiarvo 51% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä). Puolestaan täysin- tai jokseenkin eri mieltä vastauksien keskiarvoksi saatiin 31% ja keskiarvoksi vastauksista: ei samaa eikä eri mieltä saatiin 8%.

Selkeimmin ja riittävimmin dokumentoiduiksi jatkohoito-ohjeiksi nousivat verensokeritasapainoon (75% vastaajista täysin- tai jokseen samaa mieltä), lääkehoitoon (63% vastaajista täysin- tai jokseen samaa mieltä) sekä eritystoimintaan (63% vastaajista täysin- tai jokseen samaa mieltä) liittyvät asiat. Puolestaan lisää dokumentaatiota sekä selkeyttä kaivattiin leikkaushaavaan ja asentohoitoon (42% vastaajista täysin- tai jokseen eri mieltä), psyykkiseen tasapainoon (39% vastaajista täysin- tai jokseen eri mieltä) sekä kivunhoitoon (37% vastaajista täysin- tai jokseen eri mieltä) liittyen. Riittävimmin ja selkeimmin dokumentaatiota koettiin saavan verensokeritasapainoon liittyen (ja lisää dokumentointia ja siihen selkeyttä kaivattiin leikkaushaavaan ja asentohoitoon liittyen. Jatkohoito-ohjeiden dokumentointi koettiin olevan kaikista osa-alueista riittämättömintä (täysin- tai jokseenkin samaa mieltä vastausten keskiarvo 51%).

TAULUKKO 6. Sairaanhoidtajien arvio jatkohoito-ohjeiden riittävydestä ja selkeydestä (5-luokkainen) (%)

jatkohoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	Mielenpide					yhteensä % (n)
	täysin samaa mieltä	jokseen- kin samaa mieltä	ei osaa sanoa	jokseen- kin eri mieltä	täysin eri mieltä	
hengitykseen liittyen	8	39	19	34	-	100 (74)
verenkiertoon liittyen	10	44	19	26	1	100 (74)
eritystoimintaan liittyen	14	49	13	23	1	100 (74)
nestehoitoon liittyen	15	42	16	24	3	100 (74)
kivunhoitoon liittyen	10	46	7	34	3	100 (74)
leikkaushaavaan ja asentohoitoon liittyen	1	37	20	39	3	100 (74)
verensokeritasapainoon liittyen	23	52	10	15	-	100 (74)
lääkehoitoon liittyen	11	52	10	24	3	100 (74)
kommunikointiin liittyen	3	28	33	31	5	100 (74)
psykkiseen tasapainoon liittyen	1	27	33	34	5	100 (74)
erilaisiin määräyksiin liittyen	8	46	14	31	1	100 (74)

6.6 Hoitomenetelmiin sekä tarkkailuun ja seurantaan liittyvät perustelut

Suurin osa vastaajista piti potilaan tarkkailun ja seurannan laatua sekä tiheyttä ja hoitomenetelmiin liittyvien asioiden perustelua riittävänä takaamaan turvallisen jatkohoidon vuodeosastoilla jälkeen (keskiarvo 60% vastaajista täysin- tai jokseenkin samaa mieltä). Puolestaan täysin- tai jokseenkin eri mieltä vastauksien keskiarvoksi saatiin 22% ja keskiarvoksi vastauksista: ei samaa eikä eri mieltä saatiin 18%.

TAULUKKO 7. Sairaanhoidajien arvio hoitomenetelmien sekä tarkkailun ja seurannan perusteluista (5-luokkainen) (%)

Hoitomenetelmien sekä tarkkailun perustelut ovat riittäviä ja selkeitä	Mielenpide					yhteensä % (n)
	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä	
tarkkailun ja seurannan laatuun sekä tiheyteen liittyen	11	50	18	21	-	100 (74)
hoitomenetelmiin liittyen	9	50	18	22	1	100 (74)

6.7 Sairaanhoidajien näkemys tiedon kulun ja dokumentoinnin kehittämisestä

Avoimella kysymyksellä kartoitettiin vastaajien mahdollisuutta tuoda esille mielipiteensä potilastietoja koskevan tiedon kulun ja dokumentoinnin kehittämistä anestesiavalvonta osastolla. Kysymykseen vastasi 42 (57% kyselyyn osallistuneista) sairaanhoidajaa. Yhdessä vastauksessa oli yleensä useampi kehittämistoive kuvailtuna.

Eniten (17) tiedon kulkua ja dokumentointia toivottiin vastausten perusteella kehitettävän muuttamalla nykyistä kirjaamiskäytäntöä anestesiakaavakkeelle sekä sähköiseen potilastietojärjestelmään. Näistä vastaajista kymmenen oli sitä mieltä, että hoidon ja määräysten dokumentointi tulisi tapahtua yhteiselle sähköiselle potilastietojärjestelmälle myös anestesiavalvonnassa. Toiseksi eniten (9) hoitajien mielestä anestesiakaavakkeeseen kirjattu tieto oli epäselvää, joko tiedoiltaan tai käsialan vuoksi, johon he toivoivat parannusta. Kirjaamisen selkeyteen liittyvät jatkohoidon ohjeet koettiin vastausten mukaan kolmessa vastauksessa kehittämisosaksi-alueeksi.

Kirjaamalla suoraan Eskoon fysiittauksiin nestehoito, lääkkeet, diureesi ym. An. lääkärin määräykset myös suoraan Eskoon.

Anestesia kaavakkeelle kirjaaminen monesti ollut sekavaa. Käsiälästä ja merkinnöistä hankala saada selvää.

Toiseksi eniten (15) vastauksista toivottiin lääkehoitoa koskevien tietojen dokumentointiin liittyvien asioiden kehittämisessä. Kahdeksassa vastauksessa tuli esille kipulääkkeiden kirjaamisen olevan epäselvää ja osa esitti vastauksissaan myös lääkkeiden suoraa kirjaamista ja määräämistä Esko-potilastietokantaan. Vastauksista kuudessa nousi esille potilaan käytössä olevien listalääkkeiden huomiointi yhdessä anestesia lääkäriin aloittamien lääkkeiden kanssa. Ongelmia olivat esimerkiksi lääkkeiden yhteensopivuus sekä ravinnotta olon ja lääkitykset huomiointi määräyksissä. Neljän vastauksen mukaan kipulääkityksen määräykset, riittävyys ja vasteen seuranta anestesiavalvonnassa potilaan jatkohoidossa toivottiin paremmaksi. Yksittäisiä vastauksia esiintyi antibioottien jatkamista vuodeosastolla koskien, lääkityksen perustelujen kirjaamisesta, tarvittavien (muun kuin kipulääkityksen) lääkkeiden riittävydestä sekä pidempää kivun seuranta-aikaa anestesiavalvonnassa.

Joskus tulee epävarmuuden tunteita siitä onko potilaan aiemmat jo menevät kipulääkitykset huomioitu kipulääkkeitä määrätessä. Osastolla sitten pohtii lopetetaanko aiemmat kipulääkkeet, tauottaakko, vai antaako mennä uusien määräysten rinnalla

Valvonnassa annetaan kipulääkkeitä eritavalla kuin osastoilla. Monesti potilas on osastolle tullessa kivuton, kun on tuhdisti lääkitty. Kun osastolla ei annetaakaan enää niin tiheästi kipulääkettä, potilaat kipeytyy. Ehkä hieman pitempään voisi seurata, mikäli kivun kanssa on ollut ongelmaa. Ja käyttää samoja kivunhoitomenetelmiä entä osastolla.

Vastauksista kolmanneksi eniten (14) vastaajat toivoivat nestetasapainoa koskevan tiedon dokumentoinnin kehittämistä anestesiavalvonnassa. Vastauksista tuli selkeästi ilmi tarve sähköisen tiedonsiirron merkityksestä potilaan jatkohoidon sujuvuuden kannalta vuodeosastoilla nestehoidon osalta. Yksittäisiä kommentteja edustivat epäselvyydet esimerkiksi käytetyistä infuusiovalmisteista, lisätyistä elektrolyyttisäyksistä sekä

kokonaisnestemääristä. Potilaan erityistoimintaa koskien neljässä vastauksessa kokonaisvirtsanmäärien kirjaaminen sekä yhdessä vastauksessa dreenieritteiden lisäämisestä potilastietoihin korostettiin.

Iv-nesteiden kirjaus Eskolle. Aikaa vievää jälkikäteen. Ja onko juridisesti oikein edes tehdä sitä vuodeosastolla? (toisen hoitajan tekemää työtä).

Helpottaisi paljon ja turvallisuutta lisäksi, jos heräämössä aina laitettaisiin menneet ja tulleet nesteet yms. suoraan eskon fysiologisiin mittauksiin. Niitä on hankala kaikkia selvittää anestesiakaavakkeelta.

Potilaan kokonaisvaltaista ja kuvailevaa dokumentointia esitettiin viidessä vastauksessa. Esimerkkinä mainittiin verisuonipotilaan lämpörajat anestesiavalvonnan aikana. Haavanhoidosta ja haavavuodosta toivottiin tarkempaa kirjausta neljässä vastauksessa. Näistä esimerkkinä haavasidosten epäsiisteys ja runsas vuoto potilaan siirtyessä vuodeosastolle.

Kahdessa vastauksessa toivottiin enemmän tietoa leikkauksesta. Vastaajat toivoivat diagnoosien kirjaamista suomeksi sekä selvennystä mitä on leikattu ja mistä. Ravitsemuksesta esitettiin yhdessä vastauksista suun kautta menneiden nesteiden huomioimisesta sekä mahdollisesta ravinnosta olost ja sen kirjaamisesta potilaan tietoihin. Yksittäisiä vastauksia tuli myös, liikkumisen ja asentohoidon-, hemodynamiikan-, verensokeritasapainon sekä potilaan sekavuuden kirjaamisen edistämisen osa-alueilta.

6.8 Sairaanhoitajien näkemys yhteistyön kehittämisestä

Yhteistyön parantamista ja kehittämistä anestesiavalvonnan ja vuodeosastojen välillä koskevaan avoimeen kysymykseen vastasi 35 sairaanhoitajaa (47% kyselyyn osallistuneista). Vastauksista 11 yhteistyön kehittämiseksi toivottiin yhteistyön lisäämistä eri muodoissa. Näitä olivat keskustelumahdollisuuksien ja avoimuuden lisääminen, esimerkiksi säännölliset yhteiset palaverit,

joustavuuden lisääminen, työkierto, koulutukset, arvostuksen lisääminen sekä potilaiden edun ajattelu molemmin puolin.

Yhteistyön lisääminen, yhteisiä koulutuspäiviä, kun tuntee henkilökohtaisesti, niin korjaavan palautteen antaminen ei ole niin negatiivissävyistä. Yhteisiä potilaitahan me täällä hoidamme.

Työkierto. Opittaisiin näkemään asioita toistemme kannalta.

Anestesiahoitajan suhtautuminen vuodeosaston hoitajaan (joka tuo vo:lta potilasta) voisi olla ”asiallisempi”

Yhteistyön kehittämiseksi potilassiirrot nousivat vastauksista selkeästi esille. 35 vastauksesta 14 koski potilaiden siirtämistä vuodeosaston ja anestesiavalvonnan välillä. Vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemysten mukaan vastausten perusteella toivottiin yhteistä vastuuta potilaan siirrosta ja yhteistyötä tämän huolehtimiseen. Neljästätoista vastauksesta 13 toivottiin tehtävää molemmille osapuolille kuuluvaksi osastojen tilanteesta riippuen. Vastauksissa ehdotettiin esimerkiksi osastojen kuormituslukuja nähtäväksi molemmille, jolloin siirtojen suunnittelu mahdollistuisi. Erityisesti yöaikaiset sekä loppuilta koettiin vuodeosastoilla vaikeimmaksi ajankohdaksi hakea potilasta anestesiavalvonnasta. Osastot toivoivat myös ennakointi potilassiirtoihin. Esimerkiksi mikäli samalle vuodeosastolle on pienen ajan kuluessa siirtymässä useampi potilas heistä ilmoitettaisiin samalla kertaa.

Jos anestesiavalvonnassa yöllä ei kiirettä/paljon potilaita, potilaat voisivat olla yön siellä valvonnassa, koska yöt osastolla aika ajoin kiireisiä, koska potilaan tilan seuraaminen voi olla yöllä hankalaa, jos muut potilaat työllistävät paljon.

....prosessoida yhteisesti ns. rajapinnat esim. potilaan siirtyminen heräämöstä osastolle.

Sähköisen potilastietokannan käyttö yhteisesti ja sovitusti nousi vastauksista 6 vastauksesta esille yhteistyön kehittämisosa-alueena. Vastauksissa korostettiin

selkeän ja huolellisen kirjaamisen merkitystä potilaan jatkohoidon mahdollistumiseksi. Myös anestesiakaavakkeen poistaminen kokonaan käytöstä tuli yhdessä vastauksessa esille. Potilasraportoinnin sisältämä tiedon riittämättömyys tuli näistä esille yhdessä vastauksessa.

Jos hos:ssa laitettaisiin lääkkeet ja tipat ylös sähköiseen järjestelmään. Helpottaa hakuprosessia ja potilasturvallisuus paranee!

6.9 Sairaanhoidajien näkemys potilasturvallisuuden ja hoidon sujuvuuden kehittämisestä

Potilasturvallisuuden ja hoidon sujuvuuden kehittämistä koskevaan avoimeen kysymykseen vastasi 27 sairaanhoitajaa (37%) joista edelleen nousi eniten vastatuksi tiedonkulun kehittäminen ja erityisesti sähköinen kirjaaminen. Toisena ryhmänä erottui potilaiden siirtokelpoisuuden varmistaminen ennen vuodeosastolle siirtoa. Muut eivät kuuluneet selkeisiin ryhmiin.

Joustavuus ja potilaskeskeisyys sekä potilasturvallisuus. Potilaat pitäisi hoitaa siellä missä on resursseja. Pitäisi olla kaikkien tiedossa myös heräämöjen kuoritusluvut jottei lähes tyhjästä heräämöstä siirretä potilaita kuormitetuille vuodeosastoille vaikka esim. yövuorossa. Hoitoa pitää aina tarkastella potilaan kannalta kokonaisuutena, tavoitekeskeisenä prosessina.

Kun potilas soitetaan hakemaan osastolle, toivoisin hänen olevan siirtokunnossa.

Lääkehoidon ajantasaisuus mainittiin neljässä vastauksessa keskeiseksi. Lisäkoulutukset nähtiin kahdessa vastauksessa keskeisimpänä keinona lisätä potilasturvallisuutta, samoin potilassiirtojen sujuvuuden kehittäminen. Toivomus lisäresurssien järjestämisestä anestesiavalvontaan katsottiin kahdessa vastauksessa tärkeäksi. Potilaiden siirtämistä takaisin anestesiavalvomoon koettiin kahdessa vastauksessa tällä hetkellä liian vaikeaksi vaikka potilaan tila sitä vaatisi. Kahdessa vastauksessa korostettiin hoidon sujuvuuden

edistämiseksi ammattilaisten välistä arvostusta. Yksittäisiä kommentteja tuli liittyen asentohoitoon, haavanhoitoon, potilaan intymiteettisuojaan parantamiseen sekä potilaiden sijoittamisesta omille erikoisalojen osastoille.

Valvonta- ja vuodeosastopaikkoja tulisi olla riittävästi; useimmiten kitkaa yhteistyössä aih. seikka on ylikuormitus valvonnassa ja/tai vuodeosastolla. Potilasturvallisuutta lisää potilaan hoitaminen asianmukaisessa/hoidon tarpeen mukaisessa hoitopaikassa.

6.10 Opinnäytetyön keskeiset tulokset

1. Postoperatiivinen dokumentointi koetaan pääosin riittäväksi ja selkeäksi
2. Riittävimmin dokumentoitua tietoa saadaan potilaille annetuista verivalmisteista, lääkehoidosta, verenkierrosta sekä verensokeritasapainosta
3. Riittämättömimmin dokumentoiduiksi asioiksi koetaan potilaiden leikkaushaavaan, asentohoitoon, psyykkiseen tasapainoon sekä kommunikointiin liittyvät asiat
4. Potilaiden jatkohoito-ohjeiden dokumentointi koetaan riittämättömimmin dokumentoiduksi hoitotyönprosessin vaiheeksi
5. Dokumentoinnin kehittämiseksi toivottiin hoidon kirjaamisen tapahtuvan sovitusti yhteiseen potilastietojärjestelmään, erityisesti nestehoidon, lääkehoidon ja näiden määräysten sekä jatkohoito-ohjeiden osalta
6. Yhteistyön kehittämiseksi toivottiin säännöllisiä yhteisiä palavereja, koulutuksia sekä mahdollisuutta työkiertoon. Vuorovaikutustaitoja ja asennoitumista kollegaa kohtaan pidettiin olennaisina asioina yhteistyön kehittämisessä osastojen välillä
7. Osastojen väliseen yhteistyöhön toivottiin joustavuutta sekä yhteistä vastuuta potilassiirtoihin anestesiavalvonnasta vuodeosastoille

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat validiteetti ja reliabiliteetti yhdessä. Validiteetti tarkoittaa pätevyyttä, eli tutkimuksen kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata jolloin asetettuihin tutkimuskysymyksiin saadaan vastaukset. Tutkimuksen reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa tutkimuksen kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen luotettavuutta alentavat erilaiset virheet aineistoa hankittaessa kuten käsittely, mittaus, peitto- ja kato sekä otantavirheet. (Heikkilä 2008, 29-30, 186-187.)

Validiteettia arvioitaessa puhutaan sisäisestä validiteetista, eli vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriaosan käsitteitä sekä ulkoisesta validiteetista, eli siitä tulkitsevatko muut tutkijat tutkimustulokset samalla tavoin (Heikkilä 2008, 186-187). Tässä opinnäytetyössä mittari rakennettiin vastaamaan teoriaosaa, mutta käsiteltävän aiheen aiemman tutkimustiedon hajanaisuuden vuoksi teoriaosassa asioiden painopisteet keskittyvät enemmän yksittäisiin fyysisiin ominaisuuksiin kuin potilaiden psyykkiseen hyvinvointiin.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen validiteettia vahvisti mittausvirheiden minimointi Wepropol -ohjelman avulla, joka laskee suoraan prosenttiosuuksia vastauksien kesken. Kyselylomake, eli tutkimuksen mittari rakennettiin helposti mitattavista käsitteistä, joiden avulla saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksessa peittovirhe syntyy jos tutkittavasta perusjoukosta ei ole ajan tasalla olevaa rekisteriä. Tässä opinnäytetyössä saatiin tarkat tiedot perusjoukosta, sen määrästä ja jakautumisesta eri työyksiköittäin. (Heikkilä 2008, 186.)

Kyselylomakkeeseen asetettiin alkuun kohta, jossa vastaajan ammatti tuli valita eri vaihtoehdoista, tällä varmistettiin se, ettei muut kuin ammatiltaan sairaanhoitajat pääse kyselyyn vastamaan ja myös sitä kautta minimoitiin vastausten mahdollinen vääristyminen. Kyselyyn vastanneista suurin osa, 51 %,

oli sairaanhoitajia joilla oli kokemusta kirurgiselta vuodeosastolta yli 10 vuotta, joten tulosten pohjalta tehtyjen suuntaa antavien johtopäätösten voidaan olettaa perustuvan pitkään kokemukseen ja vankkaan tietämykseen aiheesta.

Validiteettia tässä opinnäytetyössä heikentää puolestaan suuri kadon osuus, joka aiheuttaa usein tuloksiin vääristymää (Heikkilä 2008, 186-187). Vastausprosentti tässä opinnäytetyössä oli 31%, joten kadon osuus on 69%. Syynä kadon suurelle osuudella voidaan pitää kyselyn ajoittumista osin henkilökunnan loma-aikaan, työntekijöiden kiirettä sekä lyhyeksi jäänyttä tiedottamista vastaajille opinnäytetyön käyttötarkoituksesta ja hyödyistä, ennen kyselyn lähettämistä. Validiteettia arvioitaessa on otettava huomioon myös survey-tutkimuksille tyypillinen virhelähde, valehteleminen. Vastaajat ovat siis voineet kaunistella omaa mielipidettään siihen suuntaan kuin ovat uskoneet mielipiteen haluttavan olevan. Tällöin vastaajien todellista mielipidettä ei välttämättä olla saatu esille. Tässä opinnäytetyössä vastauksien anonymiteettiä kuitenkin painotettiin saatekirjeessä, joten tämän voidaan katsoa pienentävän vastaajien valehtelemisestä johtuvaa virhelähdettä pienentyneen tunnistamisen pelon vuoksi. (Heikkilä 2008, 786-187.)

Myös reliabiliteetista voidaan arvioida sisäisen- ja ulkoisen reliabiliteetin toteutumista. Sisäinen reliabiliteetti voidaan todeta mittaamalla sama tilastoyksikkö useampaan kertaan ja jos toistetulla mittauksella saadaan samat tulokset kuin ensimmäisellä kerralla reliabiliteetin voidaan katsoa toteutuvan. Ulkoisen reliabiliteetin toteutuminen tarkoittaa mittausten toistettavuutta muissakin tutkimuksissa ja tilanteissa. Tässä opinnäytetyössä sisäisen ja ulkoisen reliabiliteetin toteutumisen arvioiminen ei ajallisesti eikä resurssien suhteen ole ollut mahdollista. (Heikkilä 2008, 187.)

Puutteellinen reliabiliteetti johtuu yleensä otanta, mittaus ja käsittelyvirheiden aiheuttamista satunnaisvirheistä. Tässä opinnäytetyössä otos koostui kaikista kyselylomakkeen aikana töissä olleista vakituisista kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajista, joten otoksen voidaan todeta olleen reliaabeli. Otantavirhettä tässä opinnäytetyössä ei siis ole, koska kyseessä on kokonaistutkimus.

Mittausvirheet minimointiin käyttäen prosenttiosuuksien laskemiseen wepropol-ohjelmistoa ja kaikki opinnäytetyössä saadut tulokset käsiteltiin tasavertaisesti. Kaikki opinnäytetyössä ilmenneet tulokset esitettiin myös taulukoissa, joissa on nähtävillä vastausten jakaantuminen prosenttiosuuksineen. (Heikkilä 2008, 187.)

Reliabiliteettia vähentää tässä opinnäytetyössä se, että kato oli suuri, eli lomakkeen palauttamatta jättäneiden määrä oli suuri. Vaikeaa reliabiliteetin arvioinnista tehdyn työn kohdalla tekee sen, että aiempaa tutkimustulosta juuri kyseisestä aiheesta ei ole tuotettu. Tutkimuksen tulokset kuitenkin ovat teorian pohjalta saatujen viitteiden mukaisia. (Heikkilä 2008, 30.)

Opinnäytetyöprosessin lähtökohtana on ollut aiheen ja sen käsittelyn objektiivisuus. Aihetta ja siinä käytettyjä lähteitä on tarkasteltu kriittisesti ja lähteiden käytössä on pohdittu niiden näytön tasoa. Lähdekritiikki on tutkijan väline, jolla arvioidaan käytettävän tiedon luotettavuutta. (Mäkinen 2006,128). Mittarin laadinnassa on käytetty korkeaan tieteelliseen näyttöön perustuvaa tietoa, joka on asiantuntijoiden avulla muokattu käytettävään muotoon. Kysymysasettelun luotettavuus ja käytettävyys ovat tärkeä osa hyvää tutkimusetiikkaa. (Mäkinen 2006, 92). Kyselyn kohdejoukko oli tarkoin ennalta määritelty. Jotta kysely vastaisi asetettuihin tutkimuskysymyksiin testattiin mittarin käyttö esitestauksessa asiantuntijahenkilöillä. Korjaukset tehtiin tämän perusteella.

Opinnäytetyöllä saadut tulokset ovat suuntaa antavia ja sellaisena hyödyllisiä. Opinnäytetyön avulla saatujen tulosten pohjalta kehitetään anestesiavalvonnan kirjaamisen, raportoinnin sekä yhteistyöhön vaikuttavien tekijöiden laatua. Erityisesti avoimien kysymysten avulla saadut yhteistyön kehittämissuhteet on helposti toteutettavissa käytäntöön. Opinnäytetyö on ainut laatuaan tällä perioperatiivisen hoitovaiheen osa-alueella, keskittyen postoperatiiviseen hoitovaiheeseen ja näin ollen saatu tieto on uutta tietoa esiin tuova eli relevantti. (Heikkilä 2008, 32.)

Aikataulu työtä tehdessä oli joustava, mutta tiukka. Ennen kyselyn lähettämistä huolehdittiin siitä, että sillä varmasti saadaan tutkimusongelmiin vastaukset. Vastausaikaa annettiin yhdeksän vuorokautta, jonka aikana olisi pitänyt sairaanhoitajilta jäädä aikaa kyselyn tekemiseen. Osastojen kiireisyys ja henkilöstöresurssien niukkuus saattoi vaikuttaa vastauksien määrään. (Heikkilä 2008, 32.)

Kokonaisuutena tätä opinnäytetyötä voidaan pitää luotettavasti rakennettuna ja analysoituna ja raportoituna, jonka tuloksia ja niistä vedettyjä johtopäätöksiä heikentää suuri kato, eli alhaiseksi jäänyt vastausprosentti. Kyselylomake myös esitestattiin, opinnäytetyön tuloksilla saatiin vastaukset kaikkiin tutkimuskysymyksiin ja tämän myötä opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite toteutuvat. (Heikkilä 2008, 24, 44, 186-187)

7.2 Opinnäytetyön eettiset näkökohdat

Tutkimusetiikan tarkoitus on taata tieteen kriittinen pyrkimys totuuteen. (Mäkinen 2006, 28). Opinnäytetyö on laadittu huomioiden hyvät tutkimuseettiset periaatteet. Opinnäytetyön prosessia on ohjannut aito kiinnostus työn tekemiseen, tunnollisuus työn loppuun saattamisessa sekä luotettavuuden säilyttämisessä. Yhteistyötoimijan kanssa on laadittu kirjalliset sopimukset opinnäyteyhteistyöstä sekä tutkimuslupa yhteistyöorganisaation kanssa.

Vastaajien anonymiteetti säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Vastausten perusteella heitä ei voida tunnistaa. Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista. Lupaus henkilöllisyyden salassa pysymisestä rohkaisee vastaajia avoimempaan vastaamiseen. Saatekirjeen avulla vastaajia informoitiin tutkimukseen liittyvistä asioista sekä aineiston käytöstä sekä sen tuhoamisesta. Tutkimustulosten analysoinnissa säilytetään lojaaluisuutta hyvän eettisen periaatteen mukaisesti. Tulokset esitetään ja arvioidaan puolueettomasti. (Mäkinen 2006, 99 - 116, 120.)

Opinnäytetyössä on kiinnitetty huomiota sen objektiivisuuteen. Työn tekijät ovat tutkimuskohteena olevalle työympäristölle ulkopuolisia ja työn tulokset on analysoitu niin ettei tutkijoiden omat mielipiteet tai asenteet ole vaikuttaneet lopputulokseen. Objektiivisuutta lisää myös se, että tuloksia on ollut arvioimassa kaksi henkilöä. Kyselyyn vastaajat ovat tienneet heille itselleen tulevasta hyödystä kyselystä saatujen epäkohtien korjaamisen osalta, joten tämä voi vaikuttaa hieman vastaajien tyyliin vastata lomakkeeseen. Kyselyyn vastaajien heikko ja kyselyä liian lähellä pidetty tiedottaminen tutkittavasta aiheesta, sen tarkoituksesta ja mahdollisesta hyödystä vastaajille voidaan olettaa olevan osasyynä alhaiseen vastausprosenttiin. (Heikkilä 2008, 31-32.)

7.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tulosten mukaan kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajat pitivät dokumentoitua tietoa riittävänä takaamaan turvallisen jatkohoidon potilaan siirtyessä anestesiavalvonnasta vuodeosastoille jatkohoitoon. Parhaiten dokumentoiduiksi hoidon tarpeiksi nousivat annetut verivalmisteet sekä lääkehoito. Karhuset (2010) ovat opinnäytetyössään saaneet eroavaista tietoa, sillä tulosten mukaan sairaanhoitajat eivät kokeneet saaneensa riittävästi tietoa annetuista verivalmisteista. Myös lääkehoito-ohjeet kipulääkkeiden osalta koettiin Karhusten opinnäytetyön mukaan riittämättömiksi. Liikkumiseen sekä asentoihin liittyvät rajoitukset sekä vuodelepomääräykset haluttiin Karhusten työn mukaan tietää. (Karhunen & Karhunen 2010, 31-32.) Tässä opinnäytetyössä riittämättömimminkin dokumentoiduiksi hoidon tarpeiksi nousivat tarvittaviin apuvälineisiin, asentohoitoon ja liikerajoituksiin liittyvät asiat.

Potilaan hoidon tarkkailun ja seurannan osalta erityisen selkeästi dokumentoiduiksi asioiksi koettiin asiat kivunhoitoon ja verenkiertoon liittyen. Tämä poikkeaa Idvallin ja Ehrenbergin (2002) tutkimustuloksista, jonka mukaan postoperatiivisen kivunhoidon ja kivun arviointiin liitetty kirjaaminen oli sekä heidän tutkimuksen että aikaisempien tutkimusten valossa puutteellista. (Idvall & Ehrenberg 2002). Junttilan ym. (2010) tutkimuksessa vastaavasti todettiin kivun olleen eniten käytettyjä diagnooseja hoitotyön prosessin mukaista

dokumentointia tarkastellessa. (Junttila ym. 2010). Toisaalta opinnäytetyömme ei tarkastellut kivun dokumentointiin liittyvää termistöä tai kivun arvioinnin keinoja, jota Idvallin ja Ehrenbergin tutkimuksessa käsiteltiin myös vaan sairaanhoitajien näkemystä tiedon riittävydestä. Tässä kohdassa opinnäytetyömme tulokset tukevat Junttilan ym. (2010) saamia tutkimustuloksia.

Asentohoitoon ja leikkaushaavaan liittyvä dokumentointi koettiin potilaiden tarkkailun ja seurannan osalta epäselväksi. Lisäksi avoimissa vastauksissa oli mainittu haava-alueen epäsiisteys ja puutteelliset jatkohoito-ohjeet. Kinnunen, Saranto ja Ensio (2008) totesivat tutkimusartikkelissaan haavanhoidon sähköisen kirjaamisen olevan monilta osin puutteellista. Kinnusen ym. mukaan haavahoidossa käytetty sanasto oli hyvin vaihtelevaa, joka vaikeuttaa haavan jatkohoitoa ja myöhempää arviointia. Tarve yhtenäiselle, standardoidulle, termistölle todettiin selkeä tarve samoin hoitajien perehdyttämisessä haavan arvioimiseksi niiden avulla. (Kinnunen ym. 2008,72, 78- 79.)

Tulosten ja aiempien tutkimusten perusteella voidaan tehdä johtopäätös, jonka mukaan asentohoitoa ja leikkaushaavaa koskevat dokumentoidut tiedot eivät riittäisi nykyisellä tasollaan tyydyttämään vuodeosastojen tarvitsemaa tietoa määrältään tai laadultaan. Mahdollisesti haavanhoidon riittämättömään kirjaamiseen vaikuttaa hoitajien tietämättömyys vuodeosastojen hoitajien tiedon tarpeesta jatkohoitoa koskien. Myös kiireinen hoitoympäristö voi vaikuttaa haavanhoitoon ja se dokumentointiin. Haavavuotoa ja sen määrää tulisin arvioida standartoidusti, esimerkiksi punnitsemalla kuivat ja märät haavasidokset, mikäli dreenejä ei ole käytössä. Tuloksista voidaan päätellä hoitohenkilökunnan mahdollisesti tarvitsevan haavan arvioimista ja sen kirjaamista koskevaa perhdytystä.

Opinnäytetyömme tulosten mukaan potilaiden psyykkiseen tasapainoon liittyvät osa-alueet koettiin epäselvästi dokumentoiduiksi tiedoiksi. Junttilan (2005) tekemän tutkimuksen mukaan perioperatiivisen kirjaamisen puutteisiin lukeutui psyykkisen tilan arvioimatta jättäminen. Perioperatiivisesta hoitotyöstä ja sen tutkimuksista on jo aiemmin todettu, että leikkauspotilaiden ahdistuneisuus ja pelot ovat merkittävä ja yleinen ongelma, jolla on kauaskantoisia vaikutuksia,

kuten lisääntynyt postoperatiivinen kipu, komplikaatoriskin kasvaminen, riski tartuntojen lisääntymiseen sekä leikkauksesta toipumisen pitkittyminen. (Bailey 2010 ; Koivula 2002, 75 .) Junntilan, Huplin ja Salanterän (2010) tutkimuksessa todetaan postoperatiivisen hoidon dokumentoinnin keskittyvän potilaan fyysisen turvallisuuden takaaviin rutiineihin (Junntila ym. 2010). Siirtokriteereissä (LIITE 3) ei myöskään arvioida potilaiden psyykkistä tasapainoa, mikä oletettavasti vaikuttaa asian huomiotta jättämiseen.

Tulosten perusteella voidaan olettaa psyykkisen tasapainon arvioinnin olevan vaillinaista postoperatiivisessa hoidossa. Mahdollisesti asiaan vaikuttavat potilaiden lyhyehkö aika, jonka he viettävät anestesiavalvonnassa sekä hoitoympäristön kiireellisyys. Myös potilaan oma fyysinen palautuminen anestesiasta vaikeuttaa psyykeen arviointia. Myös hoidon painoalue on potilaan fyysisessä selviytymisessä. Hyödyllistä kuitenkin olisi kirjata se tieto, mikä potilaasta on havaittavissa, esimerkiksi rauhallisuus tai pelokkuus. Pelon lieventämisessä postoperatiivisessa hoidossa voitaisiin hyödyntää Bailey'n (2010) tutkimukseen tulosta, jossa musiikilla havaittiin olevan rauhoittava vaikutus potilaiden leikkauksen jälkeisiin jännitystiloihin.

Selkeimmin dokumentoidut tiedot hoitotyön menetelmien osalta liittyivät verensokeitasapainoon, lääkehoitoon ja kivunhoitoon. Myös Junntilan ym. (2010) tekemän tutkimuksen mukaan potilaiden postoperatiivisessa hoidossa oli useimmin diagnosoitu ja dokumentoitu potilaan kokema kipua sekä elintoimintoihin ja eritykseen liittyviä havaintoja. Näiden osalta tulokset ovat samansuuntaiset ja on huomioitavissa dokumentoinnin keskittyvän potilaan fyysiseen turvallisuuteen. (Junntila ym. 2010 .)

Tarkasteltaessa hoitotyön menetelmien osalta saatuja tuloksia havaitaan puutteellisimmin dokumentoiduiksi osa-alueiksi niin ikään potilaiden psyykkinen tasapaino, kommunikointi sekä leikkaushaava ja asentohoito. Leikkaushaavan ja asentohoidon dokumentointi koettiin riittämättömimmiksi jokaisessa hoitotyönprosessin vaiheessa. Siirtokriteereissä (LIITE 3) on yhtenä osa-alueena leikkauskohdan arviointi, sen sijaan asentohoito, psyykkinen tasapaino sekä kommunikaatio kuuluvat FinnCC –hoitotyön tarveluokituksen mukaiseen

potilaiden kokonaisvaltaiseen arviointiin. Hoitotyön menetelmien osalta nämä tulokset selittyvät sillä, että niiden huomiotta jättäminen oli todettavissa jo hoitotyön tarpeita määriteltäessä.

Jatkohoito-ohjeiden dokumentointia pidettiin tulosten perusteella vähemmän riittävänä kuin muita dokumentoinnin osa-alueita. Selkeimmin ja riittävimmin dokumentoituja jatkohoito-ohjeita olivat verensokeritasapainoon, lääkehoitoon sekä eritystoimintaan liittyvät asiat. Toisaalta avoimissa vastauksissa tuotiin esillä näissä osa-alueissa esiintyviä epäkohtia, kuten potilaiden kotilääkityksen ja postoperatiivisen lääkeytyksen yhteensovittaminen ja huomiointin puuttuminen. Samoin tietojen kirjaaminen näiden osalta sähköiseen potilastietojärjestelmään koettiin tarpeellisena.

Jatkohoito-ohjeiden osalta tulosten mukaan heikoimmin dokumentointi toteutui jälleen leikkaushaavaan, asentohoitoon sekä psyykkiseen tasapainoon liittyen. Aiemmat tutkimukset osoittavat leikkauspotilaiden pelon ja ahdistuneisuuden yleisyyden. Kun tutkimusta verrataan aiempaan tietoon siitä, että psyykkiset tekijät säätelevät monella osa-alueella potilaiden toipumista leikkauksista, voidaan päätellä useiden leikkausten jälkeisten komplikaatioiden johtuvan psyykkisen tuen ja ohjauksen puutteesta perioperatiivisen hoitoprosessin aikana. (Koivula 2002, 75, 77; Bailey 2010; Peris ym. 2011.) Jatkohoito-ohjeiden osalta lisäksi kivunhoitoon liittyvät asiat lukeutuivat riittämättömimmin dokumentoituihin tietoihin, vaikka tarkkailun ja seurannan sekä hoitomenetelmien dokumentoinnin osalta kivunhoitoon liittyvät asiat lukeutuivat riittävimmin dokumentoituihin asioihin. Tämä selittyy avoimissa vastauksissa kuvattujen kehittämistarpeiden mukaan, joissa kipulääkitys koettiin osittain joko riittämättömäksi tai epäselväksi määräyksien osalta.

Avointen vastauksien perusteella useat vuodeosaston sairaanhoitajat kokivat potilasturvallisuutta sekä yhteistyön laatua heikentävänä tekijänä anestesiakaavakkeelle kirjatun tiedon epäselvyyden, riittämättömän kipulääkityksen tai potilaiden kotilääkityksen huomiotta jättämisen uusia lääkkeitä määrätessä. Useassa vastauksessa ongelmaksi koettiin anestesiakaavakkeelle kirjatun tiedon vaikealukuisuus epäselvän käsialan

vuoksi, lisäksi puutteita koettiin olevan usein anestesia lääkeiden merkinnöissä. Myös Karhuset (2010) toivat esille opinnäytetyössään samansuuntaisia tutkimustuloksia, joiden mukaan anestesia lomake koettiin hyväksi ja informatiiviseksi, mutta kehittämistä toivottiin kipulääkemääräyksiin, jatkohoito-ohjeisiin, anestesia lääkeiden kirjaamisen yhdenmukaistamiseen sekä kirjausten selvyyteen. (Karhunen & Karhunen 2010, 30.)

Leikkaushaavan hoitoon liittyvät ohjeet koettiin avoimissa vastauksissa puutteelliseksi sekä mainittiin leikkausalueen siisteydestä. Haavan hoitoon liittyen Kinnusen ym. (2008) tulosten mukaan haavan arviointi, hoitomenetelmät sekä hoitomateriaalit olivat postoperatiivisessa hoidossa epätarkasti dokumentoituja ja joiden ohjeet olivat kielellisesti hyvin vaihtelevia. (Kinnunen ym. 2008, 76 –77.) Saamiemme tulosten perusteella voidaan tehdä johtopäätös, joka on yhteneväinen aikaisempien tutkimustulosten kanssa haavanhoidon dokumentoinnista. Haavanhoitoa kuvaava kirjattu tieto tulee olla täsmällistä ja käytetyn terminologian yhtenäistä, joka mahdollistaa haavan paranemisprosessin luotettavan arvioinnin. (Kinnunen ym. 2008, 79).

Opinnäytetyömme tulosten mukaan hoitomenetelmiin sekä tarkkailuun ja seuraantaan liittyvät perustelut olivat riittävän selkeitä tarkkailun ja seurannan laatuun ja tiheyteen sekä hoitomenetelmiin liittyen. Tämä tieto on poikkeavaa verrattuna Junttilan ym. (2009) tekemään tutkimukseen, jonka mukaan hoitajan tekemää päätöksentekoa näkyy kirjaamisessa usein huonosti ja kokonaiskuva potilaan hoidon suunnittelusta ja arvioinnista jää vaillinaiseksi. (Junttila ym. 2009, 269-281).

Junttilan vuonna 2005 tekemän tutkimuksen mukaan perioperatiivisessa hoitotyön kirjaamisessa on havaittu useita puutteita, kuten kirjaamisen epäsäännöllisyys, tulkinnallisuus, kirjattujen asioiden rinnakkaisuus sekä psyykkisen turvallisuuden arvioimatta jättäminen (Junttila 2005, 5 ,43). Postoperatiivinen dokumentointi koetaan opinnäytetyömme tulosten mukaan pääosin riittäväksi ja selkeäksi. Jatkohoito-ohjeiden dokumentointi koetaan riittämättömimmin dokumentoiduksi hoitotyön prosessin vaiheeksi. Heikoiten dokumentoiduiksi osa-alueiksi koetaan leikkaushaavaan, asentohoitoon,

psykkiseen tasapainoon sekä kommunikointiin liittyvät asiat. Puolestaan riittävimmin dokumentoitua tietoa saadaan vastaajien mukaan annetuista verivalmisteista, lääkehoidosta, verenkierrosta sekä verensokeritasapainosta. Näiltä osin mittarilla saadut vastaukset ovat yhdensuuntaiset aikaisemman tutkimustiedon kanssa.

Tutkimustulokset puoltavat avoimien vastausten osalta yhteisen tietokannan ja kirjaamiskäytännön toteuttamiseen. Kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien mielestä yhteisellä tietojärjestelmällä säästettäisiin aikaa ja se parantaisi yhteistyötä anestesiavalvomon kanssa sekä olisi osana takaamassa potilasturvallisuuden toteutumista. Kirjaamisen kehittämiseksi vastaajien mukaan tulisi anestesiavalvonnassa dokumentoida tietoja aktiivisemmin sähköiseen tietokantaan erityisesti nestehoidon ja lääkehoidon osalta, myös anestesia lääkäriin määräykset toivottiin suoraan kirjattavaksi sähköisesti. Tällöin välttyttäisiin myös käsin kirjatun tekstin väärinymmärryksiltä ja tulkinnallisuudelta.

Tutkimusten perusteella voidaankin todeta, että yhtenäinen tietojärjestelmä yhdessä standardoidun terminologian kanssa edistävät monilta osin näyttöön perustuvaa hoitotyötä, joista tulisi sopia osastojen välillä yhteistyön sekä kirjaamisen kehittämiseksi. Yhdessä teknologiansaamisen kanssa voidaan näiden avulla parantaa perioperatiivisen hoitotyön laatua, vähentää virheitä, lisätä hallinnon tehokkuutta sekä säästää paperitöissä kuluva aikaa. (Sweeney 2010). Tulosten mukaan voidaan tehdä johtopäätös yhteneväisen kirjaamismallin ja sen käytön sopimisen tarpeellisuudesta osastojen välisen tiedon siirron edistämiseksi. Tulokset osoittavat selkeää tarvetta sähköisen potilastietokannan tehokkaampaa käyttöä potilastietojen dokumentoinnin kohdalla anestesiavalvonnassa. Vastausten perusteella tehokas ja toimiva tidonsiirto miellettiin osana sujuvaa yhteistyötä, sillä suurin osa yhteistyötä toteutuu juuri potilastietojen sähköisyydenä siirtymisenä. Tällä hetkellä tieto on osittain anestesia lomakkeella, sekä sähköisessä järjestelmässä.

Vastausten perusteella yhteistyön kehittämistä toivottiin monilta osin anestesiavalvonnan kanssa. Vastaajat toivoivat jatkossa enemmän yhteisiä

koulutuksia ja kokoontumisia ja he esittivät myös mahdollisuutta työkiertoon. Anestesiavalvonnasta vuodeosastoille tapahtuvat potilassiirrot olivat useissa vastauksissa esillä ja niistä haluttiin otettavan yhteistä vastuuta. Vastaavia tuloksia saatiin myös aiemmasta Sidosryhmäkyselystä vuonna 1999. Vastauksista kävi ilmi, että hoitajat pitivät tärkeänä keskinäistä arvostusta ja toisen työn tuntemista.

Hyvät vuorovaikutustaidot ja molemminpuolinen joustavuus osastojen välisessä yhteistyössä mainittiin vastauksissa tärkeäksi. Poikkeuksena aikaisemman Sidosryhmäkyselyn tuloksista oli, ettei tämän hetkisen kyselyn perusteella korostunut vuodeosastojen sairaanhoitajien kokemus huonosta ilmapiiristä vuorovaikutustilanteissa. (Sidosryhmäkysely 1999.). Rosen (2011) ja Baggsin (1999) tutkimustulosten mukaan voidaankin todeta yhteistyön kehittämisen ja toimivuuden eri toimijoiden välillä vaikuttavan osastolla tapahtuvaan potilaiden hoitoon ja sen turvallisuuteen. (Rose 2011; Baggs ym. 1999).

Tämän tuloksen perusteella sekä aikaisemman tutkimustiedon valossa voidaan olettaa myös potilashoidon kehittyneen yhteistyön ja vuorovaikutustilanteisiin liittyvän ilmapiirin paranemisen myötä. Johtopäätöksenä yhteistyöstä ja sen kehittämisehdotuksista nousi esille vuodeosastojen halu tehdä yhteistyötä ja lisätä sitä molemmin puolin, jota tulisikin tästä toiveesta viedä eteenpäin. Esimerkiksi yhteiset säännölliset palaverit lisääisivät vuodeosastojen osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia perioperatiivisessa hoitoprosessissa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella anestesiavalvonnan aikainen hoidon dokumentointi riittää kirurgisten sairaanhoitajien mukaan turvaamaan potilaiden jatkohoidon vuodeosastoilla. Tulokset antavat viitteitä niistä osa-alueista, joiden osalta vuodeosastot toivovat kehittämistä dokumentoinnin ja yhteistyön toimivuuden osalta. Tulosten pohjalta olisi hyödyllistä käydä keskusteluja anestesiavalvonnan ja vuodeosastojen välillä yhteisen kirjaamiskäytänteiden löytämiseksi. Yhteistyötä käsittelevät vastaukset olisi myös tarpeellista käydä läpi yksiköiden välillä ja pohtia sen kautta mahdollisista toimintasuunnitelmista kehittämissyhteistyön edistämiseksi.

7.5 Pohdinta

Tulosten perusteella voidaan arvioida dokumentoidun tiedon olevan riittävää turvaamaan potilaiden jatkohoidon vuodeosastoilla. Eri osa-alueiden erot dokumentoinnissa on korjattavissa käytännön hoitotyöhön. Hyödyllistä olisi käsitellä tulokset osastoittain, erityisesti ne osa-alueet, jotka koettiin heikommaksi. Yhteisen intervention avulla voidaan määrittää ne tekijät, jotka vuodeosastojen sairaanhoitajat pitivät näiden asioiden dokumentoinnissa heikentävinä tai puutteliisina.

Tulosten hyödynnettävyys hoitotyölle sekä sen kehittämiseksi voidaan suunnata näillä osa-alueille, joissa havaittiin puutteita. Esimerkiksi jatkohoitoa koskeva dokumentointi ja sitä koskevat ohjeet olisi hyödyllistä laatia yhteistyössä vuodeosastojen kanssa, jotta heidän näkökulma ja tietojen tarve tulisi parhaiten huomioiduksi. Suurin osa tässä opinnäytetyössä havaituista puutteista dokumentoinnissa on korjattavissa osastojen välillä sovittaessa dokumentoinnin osa-alueiden sisällöstä. Myös syyt tiettyjen osa-alueiden heikompaan dokumentointiin olisi syytä selvittää tarkemmin, kuten haavahoito, asentohoito sekä psyykinen tasapaino tai kommunikointia koskevat osa-alueet. Hoidon kirjaamista yhteiseen sähköiseen järjestelmään (ESKO-potilastietokanta) tulee kehittää ja sen käytön vakiinnuttava säännölliseen potilashoitotyöhön anestesiavalvonnassa anestesimalomakkeelle kirjaamisen rinnalle.

Osastojen välinen yhteistyön tulee olla toimivaa ja saumatonta, jotta turvallinen potilashoitotyö on mahdollista. Yhteistyön kehittämisen ja sen lisäämisen vaikutukset näkyvät suoraan potilaiden hoidon tuloksissa. Tämän vuoksi vuodeosastojen toiveesta lisätä yhteistyötä anestesiavalvonnan kanssa tulisi pystyä lisäämään. Myös työkierron mahdollisuudet vuodeosastojen ja anestesiavalvonnan välillä tulisi selvittää. Potilassiirtoja koskeva vastuunjako on perusteltava molemmin puolin, sekä näiden johtopäätösten perusteella laadittava yhteiset säännöt näistä. Esimerkiksi yövuoron aikana vuodeosastolta voi olla riski lähteä hakemaan potilasta anestesiavalvonnasta.

Tulosten hyödynnettävyys käytännön hoitotyöhön on suuntaa antava, joiden perusteella voidaan tehdä jatkotutkimuksia sekä selventää osastottain tulosten

mukaisten muutosten tarve. Mittarin käyttö jatkotutkimuksissa sekä dokumentoinnin uudelleen arvioinnissa voitaisiin saada luotettavampia tuloksia. Raportointi käytäntöjen ja dokumentoinnin muuttuessa rakenteiseksi kirjaamiseksi yhteisen mallin mukaan lisää se mittarin käyttö- ja soveltamismahdollisuuksia tulevaisuudessa. Potilastietojen dokumentoinnin kehittäminen ja sen arvioiminen on osa laadukasta hoitotyötä, joka kiireisessä hoitoympäristössä vaatii hoitohenkilökunnalta täsmällisyyttä ja standartoitua termistöä. Myös ajantasainen ohjaus ja koulutus dokumentoinnista sekä tietotekniikan osalta hoitohenkilökunnalle on turvattava, jotta yhtenevä ja laadukas kirjaaminen voidaan säilyttää.

7.6 Jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulosten pohjalta nousi esille potilaiden leikkaushaavaan, asentohoitoon, psyykkiseen tasapainoon sekä kommunikointiin liittyvien osa-alueiden dokumentoinnin vähäisyys. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selventää näiden osalta vuodeosastojen sairaanhoitajien kokema puutteellinen tieto. Lisäksi olisi kiinnostavaa tutkia miten potilaiden kokemia pelko ja jännitystiloja voidaan helpottaa perioperatiivisen hoitoprosessin aikana. Aikaisemmissa tutkimuksissa on esimerkiksi viitattu musiikin merkitystä leikkauspotilaiden pelon ja ahdistuksen helpottamiseksi, jota voitaisiin jatkotutkimuksessa soveltaa (Bailey 2010). Vastaavasti voitaisiin kartoittaa niitä menetelmiä, joita sairaanhoitajat käyttävät prosessin eri vaiheissa potilaiden jännityksen ja pelkojen vähentämiseksi.

Hoitotyön prosessin vaiheista jatkohoito-ohjeet koettiin kaikissa osa-alueissa mitattuina heikoimmiksi dokumentoiduiksi tiedoiksi. Näiltä osin olisi hyödyllistä kartoittaa vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemyksiä jatkohoito-ohjeiden sisällöstä ja laadusta. Laadullisella tutkimuksella saataisiin kuvailevampaa tutkimustietoa jatkohoito-ohjeiden sisällön tarpeesta. Määrällisellä tutkimuksella vastaavasti voitaisiin käsitellä suurempi otos potilaiden jatkohoito-ohjeita ja

pohtia niissä esiintyviä kehittämistarpeita yksityiskohtaisemmin. Esimerkiksi Kinnusen ym. 2008 tutkimuksessa tarkasteltiin haavanhoitoon liittyvää rakenteista kirjaamista sekä sen toteutumista. (Kinnunen ym. 2008, 70).

Työn tuloksia sekä laadittua mittaria voitaisiin muokata vastaamaan minkä tahansa leikkausyksikön tai vastaavan yksikön tarpeisiin kartoittamaan yksikön dokumentoinnin riittävyyttä ja laatua. Vastaavia kyselyitä emme tiedonhaussamme löytäneet, joten työn hyödynnettävyys ja muokattavuus voisi tuoda mittarin laajempaan, vakiintuneempaan, käyttöön osastoilla, joissa halutaan parantaa kirjaamisen tasoa. Hiljaisten raporttien yleistyessä, voidaan kysely suorittaa samassa yksikössä uudelleen, jolloin nähtäisiin kehityksen suunta. Vakiintuneessa käytössä mittari mielletäisiin tutuksi työvälineeksi osastojen välisen yhteistyön ja potilasturvallisuuden turvaamiseksi. Yhteistyötä arvioitaessa voidaan tutkimustuloksia hyödyntää jatkotutkimus- ja kehittämishankkeissa.

LÄHTEET

- Ahola, Jaana 26.1. - 8.12.2009. Heräämön kehittämisprojektin loppuraportti. Oulun yliopistollinen sairaala. Aineisto tekijöiden hallussa.
- Baggs, Schmitt, Mushlin, Mitchell, Eldredge, Oakes&Hutson 1999. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. Crit Care Med. September 27(9). Viitattu 15.2.2011. Saatavissa <http://www4.infotrieve.com>, Medline tietokanta.
- Bailey, L. 2010. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. AORN Journal 92(4), 445 – 457. Viitattu 15.2.2011. Saatavissa: <http://www4.infotrieve.com>, Medline -tietokanta.
- Ensiö, Anneli & Saranto, Kaija 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint Oy.
- FinCC – luokituskokonaisuus i.a. Suomalaisen hoidon tarveluokitus, SHTaL, versio 2.01. Viitattu 27.11.2010.
<http://www.vsshp.fi/fi/.../FinCC-luokituskokonaisuus-150908.pdf>
- Fordell, Merja 2002. Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun tarkastelua. Oulun yliopisto. Pro gradu –tutkielma.
- Heikkilä, Tarja 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja & Myllymäki, Hannele 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. WSOY.

- Idvall, E. & Ehrenberg, A. 2002. i.a. Nursing documentation of postoperative pain management. J Clin Nurs 11(6), 734-42. Viitattu 15.3.2011. Saatavissa: <http://www4.infotrieve.com>, Medline-tietokanta.
- Junttila, Kristiina 2005. Perioperative documentation in Finland. Turun yliopisto. Painosalamat Oy. Väitöskirja.
- Junttila, Jaana 2002. Hoitotyön diagnoosin dokumentointi hoitotyön diagnoosien kuvaaminen perioperatiivisessa kirjaamisessa. Kuopion yliopisto. Pro gradu- tutkielma.
- Junttila, Kristiina; Leinonen, Tuija; Salanterä, Sanna & Tiusanen, Teija 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. Hoitotiede 21 (4), 269-281.
- Junttila, Kristiina; Hupli, Maija & Salanterä, Sanna 2010. The Use of Nursing Diagnoses in Perioperative Documentation. International Journal of nursing. Terminologies and Classifications. Volume 21 (2) April June, 57–68. Saatavissa: <http://www4.infotrieve.com>, Medline-tietokanta.
- Karhunen, Henna & Karhunen, Jaana 2010. Leikkauksenaikaisen kirjaamisen kehittäminen Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa. Savonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Kinnunen, Ulla-Mari; Saranto, Kaija; Ensio, Anneli 2008. Haavanhoidon sähköisen kirjaamisen kehittäminen. Hoitotiede 2008, Vol.20, No 2. 70 - 81.
- Koivula, Meeri 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Kokkonen, Maaria 2005. Leikkauspotilaan siirto heräämöstä vuodeosastolle, näyttöön

perustuvien siirtokriteerien kuvailu. Oulun yliopisto. Pro gradu -
tutkielma.

Korpela, Sini-Vuokko & Brander, Helena 2004. Moniammatillisen yhteistyön
kehittäminen. Hyks. HQ4 laatutyö. Viitattu 12.1.2011. Saatavissa:
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;660;546;570;9165;9168>

Korte, Ritva; Rajamäki, Aira; Lukkari, Liisa & Kallio, Arja 2000. Perioperatiivinen
hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Kyllönen, Raija & Sivonen, Pirkko 1998. OYS. Siirtokriteerit. Materiaali tekijän
hallussa. Laki potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun
hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001, 19.1.2001.
Viitattu 15.12.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994, 28.6.1994. Viitattu
15.12.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Liljamo, Pia; Kaakinen, Pirjo & Ensio, Anneli. 2008. Opas FinCC –
luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen
mallissa. Kuopion Yliopisto. Opas.

Lukkari, Liisa; Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö.
1.painos. WSOY.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Tammi. Vaajakoski: Gummerus
Kirjapaino Oy.

Peltola, Jaana 2003. Kollegiaalisuus hoitotyössä –edistävät ja estävät tekijät
sairaanhoidajien arvioimana. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
Pro gradu –tutkielma.

Peris, A; Iozzelli,D; Migliaccio, ML; Zagli, G; Bacchereti, A; Debolini,M;
Bonizzoli,M; Vannini,E; Solaro,M; Balzi,I; Bendoni,E; Bacchi,I;

Belloni,L & Giovannini 2011. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. Critic Care 15 (1). Viitattu 14.2.2011. Saatavissa: <http://www4.infotrieve.com>, Medline-tietokanta.

Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiri i.a. Viitattu 11.10.2010.

http://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime101/prime103.asp

Rose, Louise 2011. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? Nursing in Critical Care. January (16). Viitattu 14.2.2011.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x/full>

Runne, T 2000. Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.

Saranto, K; Ensio, A; Tanttu, K & Sonninen, A-L 2008. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Sweeney, P. 2010. The effects of information technology on perioperative nursing. AORN Journal 92 (5). Viitattu 16.2.2011. Saatavissa: <http://www4.infotrieve.com>, Medline -tietokanta.

World Health Organization 2009. Safe Surgery Saves Lives. Viitattu 11.10.2010.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf

LIITE 1: Kysely

Kysely Oys:n kirurgian vuodeosaston hoitajille tietojen riittävydestä potilaan siirtyessä valvontayksiköstä vuodeosastolle

Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa Oys:n kirurgian vuodeosastoilla työskentelevien hoitajien näkemyksiä potilaaseen liittyvän tiedonsiirron riittävydestä potilaan siirtyessä anestesiaalvonnasta vuodeosastolle.

Kysely on osa anestesiaalvonnin kehittämisprojektia, jonka tavoitteena on potilasturvallisuuden ja hoidon sujuvuuden lisääminen. Kehittämistehtävä toteutetaan Amk-opinnäytetyönä.

Ole hyvä ja vastaa alla oleviin väittämiin valitsemalla mielestäsi sopivin vaihtoehto. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja aikaa vastaamiseen menee noin 15 minuuttia.

Vastaajan tiedot

1) Työyksikköni

Valitse ▼

2) Koulutukseltani olen

sairaanhoitaja perushoitaja/lähihoitaja joku muu, mikä?

3) Työkokemukseni kirurgiselta vuodeosastolta

Valitse ▼

Fysiologiset muutokset

Hengitykseen liittyvä tarkkailu, seuranta ja hoito

4) Olen saanut riittävästi tietoa

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
potilaiden ventilaatiovajauksesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
happeutumisongelmasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aspiraatoriskistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5) Potilaiden hengitykseen liittyvä(t)

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verenkiertoon liittyvä tarkkailu, seuranta ja hoito

6) Olen saanut riittävästi tietoa

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
potilaiden verenpaineessa ja pulssissa ilmeisistä ongelmista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaiden tajunnan tason muutoksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaiden lämpötasapainosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7) Potilaiden verenkiertoon liittyvä(t)

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nestetasapainoon liittyvä tarkkailu, seuranta ja hoito

8) Olen saanut riittävästi tietoa

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
potilaiden pahoinvoinnista ja oksentelusta ja erityishuomioista niissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaiden virtsaamis- tai ulostamisongelmista ja erityishuomioista niissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaiden verenvuoto-ongelmista ja erityishuomioista niissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaiden dreeneistä ja dreeneritteistä ja erityishuomioista niissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9) Potilaiden erityistoimintaan liittyvä(t)

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10) Olen saanut riittävästi tietoa

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
potilaiden toteutuneesta iv-nestehoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
toteutuneesta po-nestehoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
annetuista verivalmisteista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nesterajoituksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11) Potilaiden nestehoidon

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aistitoimintoihin liittyvä tarkkailu, seuranta ja hoito**12) Olen saanut riittävästi tietoa**

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
toimenpiteen aiheuttamasta postoperatiivisesta kivusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kroonisesta kivusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muista aistitoiminnoista js niiden muutoksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13) Kivunhoitoon liittyvä

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Leikkaushaavan- ja asentohoidon tarkkailu, seuranta ja hoito**14) Olen saanut riittävästi tietoa**

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
leikkaushaavaan liittyvistä ongelmista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leikkaushaavan hoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
asentohoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
liikerajoituksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tarvittavista apuvälineistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15) Potilaiden leikkaushaavaan ja asentohoitoon liittyvä(t)

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aineenvaihduntaan liittyvä tarkkailu, seuranta ja hoito**16) Olen saanut riittävästi tietoa**

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
verensokeritasapainoon liittyvistä ongelmista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17) Potilaiden verensokeritasapainon

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lääkehoidon toteutus**Lääkehoitoon liittyvä tarkkailu, seuranta ja hoito****18) Olen saanut riittävästi tietoa**

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
potilaiden lääkehoidossa esiintyneistä ongelmista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
potilaille annetuista lääkkeistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkkeiden antomääristä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkkeiden antoaajoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkkeiden antotavoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkehoitoon liittyvistä vastemääräyksistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lääkehoidon vaikutuksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19) Potilaiden lääkehoidon

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommunikointi ja psyykinen tasapaino**Kommunikointiin ja psyykkiseen tasapainoon liittyvä tarkkailu, seuranta ja hoito****20) Olen saanut riittävästi tietoa**

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
kommunikointiin liittyvistä ongelmista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psyykkiseen tasapainoon liittyvistä ongelmista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21) Potilaiden kommunikointiin liittyvä

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22) Potilaiden psyykkiseen tasapainoon liittyvä(t)

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkoahoito-ohjeet ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tiedot anestesiasta, toimenpiteestä ja postoperatiivisesta valvonnasta

23) Olen saanut riittävästi tietoa

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
anestesiamuodoista ja toimenpiteistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anestesioiden ja toimenpiteiden jälkeisestä tarkkailusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anestesian ja toimenpiteiden jälkeisistä hoitomenetelmistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anestesiamuodon ja toimenpiteiden jälkeisistä komplikaatioista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anestesioiden ja toimenpiteiden jälkeisten komplikaatioiden hoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24) Potilaiden heräämöhoidon aikainen/aikaiset/aikaisten

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
komplikaatioiden tarkkailu ja seuranta on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
komplikaatioiden hoitomenetelmät on selkeästi kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25) Potilaiden jatkohoidon turvaamiseksi ja ohjaamiseksi

5=täysin samaa mieltä, 4=osittain samaa mieltä, 3=eos, 2=osittain eri mieltä, 1=täysin eri mieltä

	5	4	3	2	1
tarkkailun ja seurannan laajuus ja tiheys on riittävän selkeästi perusteltu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hoitomenetelmät ovat riittävän selkeästi perusteltu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jatkohoido-ohjeet ja määräykset ovat selkeitä ja riittäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26) Mihin asioihin kirjaamisessa tulisi mielestäsi anestesiavalvonnan henkilökunnan kiinnittää enemmän huomioita?

27) Mitkä tekijät mielestäsi parantaisivat yhteistyön sujumista anestesiavalvonnan ja vuodeosaston välillä?

28) Miten muuten voisi mielestäsi parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon sujuvuutta anestesiavalvonnan ja vuodeosastojen välillä?

 Haluan lähettää vastaukset

LIITE 2: Saatekirje

Arvoisa kirurginen hoitaja!

Olemme Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Suvi Keränen ja Anu Plaketti. Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä keskusleikkausosaston anestesiavalvomon kanssa. Kysely toteutetaan kirurgisten vuodeosastojen 1 – 9 hoitajille.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisten vuodeosastojen hoitajien näkemyksiä potilasraporttien sekä potilastietojen riittävydestä turvallisen jatkohoidon takaamiseksi potilaiden siirtyessä anestesiavalvonnasta vuodeosastollenne. Kyselyssä kartoitamme myös näkemyksiä yhteistyön toimivuudesta anestesiavalvomon sekä osastonne välillä.

Selvitämme mielipiteenne avulla tutkimuksessa:

- 1. Mikä on kirurgisten vuodeosastojen hoitajien näkemys potilaiden anestesiavalvonnan aikaisen hoidon dokumentoinnin sekä potilasraporttien sisältämän tiedon riittävydestä potilaiden turvallisen jatkohoidon takaamiseksi vuodeosastoilla?*
- 2. Mikä on kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajien näkemys osaston ja anestesiavalvonnan väliseen yhteistyöhön vaikuttavista tekijöistä?*

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa anestesiavalvonnan toiminnasta ja kehittää postoperatiivisen hoitotyön turvallisuutta kehittämällä tiedonkulkua heräämöstä vuodeosastolle. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa osastojen väliseen yhteistyöhön vaikuttavista tekijöistä.

Vastaamiseen menee noin 15 minuuttia. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen tuloksista Teitä ei voida tunnistaa

vastaustenne perusteella. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan tutkimukseen, johon tämä saatekirje on laadittu. Vastauslomakkeet hävitetään tiedostoista aineiston numeraalisen tallentamisen jälkeen. Vastausaikaa kyselyllä on 11.1 - 19.1 saakka.

Jokainen vastaus on merkittävä. Tiedonkulun sujuvuus ja täsmällisyys sekä yhteistyön toimivuus vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Vastaamalla vaikutat!

Tutkimuksemme valmistuu maaliskuussa 2011. Siihen voi tutustua oppilaitoksemme opinnäytetietokannan kautta sekä tulokset raportoidaan osastollenne kirjallisena.

Kiitämme osallistumisestanne kehittämissyhteistyöhön!

Ystävällisin terveisin:

Diakonia- ammattikorkeakoulun opiskelijat: Anu Plaketti ja Suvi Keränen;
Opinnäytetyötä ohjaava yliopettaja Anita Pyykkö (TtT);
Apulaisosastonhoitaja Jaana Ahola;
Opiskelijakoordinaattori Pirkko Sivonen;
Erikoissairaanhoitaja Pirkko Rissanen.

Tutkimusta koskeviin kysymyksiin vastaa: Anu Plaketti puhelimitse (045 6310953) tai sähköpostitse osoitteessa anu.plaketti@student.diak.fi sekä Suvi Keränen numerosta 0400-912504 tai sähköpostitse osoitteesta suvi.keranen@student.diak.fi

LIITE 3: OYS Anestesiavalvonnan siirtokriteerit

Kriteeristöä nukutetun potilaan vuodeosastolle siirtoa varten:

- potilas on heräteltävissä
- potilaan hengitys ja hapetus ovat tyydyttävät (heng.frekv norm., SAT O2 > 90% huoneilmalla/pienellä happilisällä)
- ja pulssi vakaat ja potilaalle ominaiset
- kipu hallittavissa suunnitelluilla lääkkeillä
- leikkausalueen kunto; turvotus, vuoto, dreenivuoto < 50ml/h
- diureesi, tarv. katetrointi
- ei runsasta pahoinvointia (Lääkitys määrätty)
- potilalla jatkohoito-ohjeet
- potilas orientoitunut aikaan ja paikkaan (vrt. lähtötilanne)
- lämpötasapaino; potilas ei ole alilämpöinen
- hoitotyön kirjaaminen
- anestesia lääkäri konsultointi
- laboratorio- röntgentutkimukset; tulokset käytettävissä
- siisti yleisilme
- ei ole tarvetta valvontaan kirurgisista syistä ei sisätautisista syistä

Puudutetun potilaan kohdalla lisäksi

- spinaalipuudutus hävinnyt TEP- ja TUR-potilailla sekä ASA 3-4 riskiryhmän potilailla
- liike, tunto, voima
- spinaalipuudutus hävinnyt leikkausalueelta -> ASA1 riskiryhmän potilailla spinaalipuudutuksen ei tarvitse olla kokonaan hävinnyt
- kipulääkityksen aloitus heräämössä
- infiltraatio, iv.- ja plexuspuudutus: puudutuksesta johtuvia haittavaikutuksia, allergioita ei ole ilmennyt

LIITE: 4 Opinnäytetyössä käytetyt lähdetutkimukset

Tutkimus, vuosi, tutkimus, maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Otoskoko, aineisto ja aineiston analyysi	Tutkimustyyppi, aineiston keräys	Löydökset
Fordell, Merja 2002. Leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjun tarkastelua. Oulun yliopisto. Pro gradu – tutkielma.	Kuvata leikkaukseen tulevan potilaan hoito- ja palveluketjua sekä saumatonta toimintaa estäviä ja hidastavia tekijöitä. Selvitettiin henkilökuntaresurssien lisäämisen vaikutusta leikkaushoitoprosessiin.	Vuonna 2000: N=260 Vuonna 2001: N=274	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerätty LESU-tietokannasta kerätyistä potilastiedoista sekä potilasseurantalo makkeista. Avoimet kysymykset. Aineisto käsitelty SPSS –tilasto-ohjelmalla. Tulokset esitetty tilastomenetelmällä käyttäen. Avoimet kysymykset analysoitu sisällönanalyysiä hyödyntäen.	Viiveitä aiheutui odottamisesta, yhteistyöstä, tai tiedonkulullisista syistä. Ongelmat esiintyneet prosessien rajapintojen kohdalla. Postoperatiivisessa hoitovaiheessa havaittu 23% potilaista ongelmia heräämöhoidon vaiheessa.
Junttila, Jaana 2002. Hoitotyön diagnoosin dokumentointi hoitotyön diagnoosien kuvaaminen perioperatiivisessa kirjaamisessa Kuopion yliopisto. Pro gradu- tutkielma.	Selvittää miten suomalainen hoitotyön kirjaaminen on luokiteltavissa suomeksi käännettyihin HHCC-diagnoosiluokituksiin	Hoitotyön kirjaamislomakkeita ensiavusta n=23, traumatologiselta vuodeosastolta n=63, gastroenterologiselta vuodeosastolta n=162 ja leikkausosastolta n=207. Kirjaamislomakkeita yhteensä n=455	Tutkimuksessa käytettiin aineiston analyysiin laadullisia sekä määrällisiä tutkimusmenetelmiä Laadullisena menetelmänä käytettiin sisällön analyysiä ja määrällisesti tuotettiin frekvenssejä sekä prosenttijakaumi	Tutkimuksessa esiintyneet hoitotyön diagnoosien kuvaukset voitiin sijoittaa 100% kansainvälisiin HHCC-komponentteihin

			a.	
Junttila Kristiina 2009. Katsaus perioperatiivista hoitotyötä koskeviin yliopistollisiin opinnäytetöihin Suomessa vuosina 1997- 2007.	Kuvata vuosina 1997-2007 tehdyt yliopistolliset opinnäytetyöt perioperatiivisesta hoitotyöstä ja selvittää paljonko, minkä tasoisia ja mihin aihealueeseen kohdistuneita tutkimukset ovat.	Käyttökelpoiset opinnäytetyöt N=74	Tutkimusaineisto oli kyseisinä vuosina tehdyt yliopistolliset opinnäytetyöt aiheesta Suomessa. Aineiston analysointi sisällön analyysillä.	Aiheen tutkimus vähäistä, opinnäytetyöt tiedoiltaan hajanaisia ja suurin osa tutkimuksista kuvailevaa, poikkileikkaa vaa tutkimusta. Leikkauksen vaikutuksia potilaisiin ja heidän odotuksiin tutkittu runsaasti. Fyysinen turvallisuus ja fysiologiset tarpeet aiheena vain muutamissa opinnäytetöis sä.
Junttila, Kristiina 2005. Perioperative documentation in Finland. Turun yliopisto. Väitöskirja.	Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen kehittäminen Suomessa.	Kysely: N=171 Kirjaamislomakkeet: N= 53, Kysely: N=414, Hoitajien asenne, kysely: N= 146. Potilastiedot: N= 250.	Kuvaileva määrällinen tutkimus. Tiedonkeruu stukturoiduilla kyselylomakkeill a. Tulosten analysointiin käytetty sisällön analyysin menetelmää.	Hoitajien diagnosointit aidoissa havaittiin puutteita. Yhteneväiset kirjaamismalli t puuttuvat. Hoitotyön luokittelun käyttöönotto nähtiin tarkoituksen mukaisena ja tarpeellisena.

<p>Junttila, Kristiina; Leinonen, Tuija; Salanterä, Sanna & Tiusanen, Teija 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. Hoitotiede 2009, 21 (4), 269-281.</p>	<p>Perioperatiivisen kirjaamisen laadun kuvaus.</p>	<p>Hoitajat jotka osallistuivat potilaiden hoidon kirjaamisen N=50 potilasta. Delphi menetelmän minimikriteerit N=120 .</p>	<p>Aineiston keruu 3-portaisella kyselylomakkeell a. Aineiston analyysi Delphi- menetelmällä, minimikriteerien avulla.</p>	<p>Kirjaamisalus tan pakolliset kirjaukset, lääkehoito ja potilaan fyysisen tilan muutokset oli pääsääntöise sti kirjattu hyvin. Yksityiskohtai nen toimenpiteen ja sen Aikaisten havaintojen, päätöksenteo n, subjektiiviste n tuntemuksen, ohjauksen, opetuksen, potilaan kokonaihoid on suunnittelun ja arvioinnin sekä perioperatiivi sen sairaanhoitaj an osuus kirjattu huonosti.</p>
<p>Karhunen Henna & Karhunen 2010, Leikkauksenaika isen kirjaamisen kehittäminen Kuopion Yliopistollisessa</p>	<p>Selvittää kirurgisten osastojen hoitajien tiedonsaantia leikkauksen aikaisesta hoidosta Kuopion Yliopistollisessa</p>	<p>N=7, hoitajat neljältä eri vuodeosastolta</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimusaineisto n keräys teemahaastattel ulla, jonka teemat anestesiaalomakk</p>	<p>Nykyisen anestesiaalom akkeen mukaisesti annettavat leikkaukseen liittyvät tiedot pääosin</p>

sairaalassa. Savonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.	sairaalassa		een pohjalta, aineiston analysointi deduktiivinen sisällönanalyysi.	riittäviä, puutteita kipulääkemä äräyksissä, jatkohoito- ohjeissa erityisesti dreenien sijainnin merkitsemise ssä lisäksi potilaan elintoimintoihin ja lääkityksiin liittyvistä asioista haluttiin tarkat tiedot.
Kinnunen, Ulla-Mari; Saranto, Kaija & Ensio, Anneli 2008. Hoitotiede 2008, 20 (2), 70-81.	Kuvata, minkälaista tietoa haavanhoidosta on kirjattu rakenteisesti sähköiseen potilastietojärjestelmään.	Hoitotyön kirjaukset n=18 133 joista jaettu: akuutit haavat n= 1124, krooniset haavat n= 452.	Kuvaileva, määrällinen tutkimus. Sisällönanalyysi narratiivisista kirjauksista.	Kroonisten haavojen useimmiten kirjattu haavan suihkuttaminen ja haavavuodon määrä. Akuuteissa haavoissa eniten dokumentoitu haavavuodon määrä, haavasidosten vaihto ja dreenin toiminta. Heikoiten oli tietoa käytetyistä haavasidoksista.
Koivula, Meeri	Selvitys	n=207	Kuvaileva	Puolet

<p>2002. Ohitusleikkausp otilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.</p>	<p>ohitusleikkattujen potilaiden pelkojen ja ahdistuneisuuden määrää, laatua ja vaihtelua ohitusleikkauspros essin eri vaiheissa.</p>		<p>määrällinen tutkimus. Tiedonkeruu kyselylomakkeen avulla. Tutkimusta varten laaditut mittarit. Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin.</p>	<p>potilaista koki pelkoa ja ahdistusta vaihtelevasti eri vaiheissa leikkausprose ssia. Pelko ja ahdistus vaihteli eri elämäntilante issa olevilla ja eri ikäisillä potilailla. Osa potilaista koki saamansa tuen ja ohjauksen hoitohenkilök unnalta heikoksi.</p>
<p>Kokkonen, Maaria 2005. Leikkauspotilaan siirto heräämöstä vuodeosastolle, näyttöön perustuvien siirtokriteerien kuvailu. Oulun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Sevitys Suomen keskus- ja yliopistosairaaloide en leikkauspotilaan siirtokriteereistä.</p>	<p>n=26</p>	<p>Kuvaileva määrällinen tutkimus. Tiedonkeruu tapahtunut strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Aineisto analysoitu meta- analyysin avulla.</p>	<p>Yhteneviä siirtokriteerej ä ei ole. Siirtokriteerit olisivat tarpeen. Aldrete- piteytys käytössä yleisimmin. Näyttöön perustuvan hoitotyön mallin puuttuminen siirtokriteerie n puuttuessa.</p>