

Helena Heinonen ja Mona Kurtti
Operaan kirjatut esitiedot perioperatiivisen hoi-
totyön suunnittelun perustana

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

18.11.2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Helena Heinonen, Mona Kurtti Operaan kirjatut esitiedot perioperatiivisen hoitotyön suunnittelun perustana 22 sivua + 1 liite 18.11.2015
Tutkinto	Sairaanhoidtaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoidtö
Ohjaaja	Eila-Sisko Korhonen, lehtori
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sähköiseen potilastietojärjestelmä Operaan kirjattavia esitietoja niin elektiivisen kuin päivystysleikkauspotilaan kohdalla, sekä pohtia, mitä merkitystä kirjaamisen ja hoidon suunnittelulla on perioperatiivisessa hoitotyössä. Tavoitteena oli muodostaa aiheesta kokonaisuus, joka edesauttaa perioperatiivisen hoitotyön kehittymistä, voi toimia leikkaussalissa työskentelevien sairaanhoitajien konkreettisenä apuvälineenä, sekä osaltaan turvaa potilasturvallisuutta leikkaussali- ja toimenpidetyössä. Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman mukaista opinnäytetyökokonaisuutta, sekä HYKS:n operatiivisen tulosityksikön kehitystyötä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Tutkimusaineistomme muodostui elektiivisistä ja päivystysleikkausilmoituksista, joita työelämän yhteyshenkilömme keräsi yhden kuukauden ajan. Elektiivisiä ilmoituksia kertyi 309 ja päivystysleikkausilmoituksia 201 kappaletta. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä, kumpikin osa-alue erillisesti, mutta saman analyysirungon mukaisesti. Analysoinnin jälkeen työemme selvitti mitä esitietoja leikkausilmoituksissa esiintyi, sekä mitä eroja elektiivisten ja päivystysleikkausilmoitusten välillä on.</p> <p>Kaikissa ilmoituksissa esiintyivät tiedot nimi, henkilötunnus, sukupuoli, eristys, kiireellisyys, tulotapa, verivaraus ja erikoisala, valtaosassa myös potilaan ikä. Elektiivisissä ilmoituksissa kohdat infektioriski ja preoperatiivinen diagnoosi korostuivat päivystyspotilaiden ilmoituksiin nähden, ravinnottaolo taas oli huomioitu osassa päivystysleikkausilmoituksista, muttei elektiivisissä lainkaan. Iso osa esitiedoista jäi molemmissa ryhmissä merkinnöissä alle 10% kokonaismäärästä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää leikkausilmoitusten yhteneväisyyden kehittämässä, sekä yleisestikin perioperatiivisen hoitotyön suunnittelussa. Tähän liittyen ehdotamme myös jatkotutkimusaiheeksi sitä helpottuuko ja nopeutuuko hoitohenkilökunnan ajankäyttö leikkausilmoitusten yhtenäisten kirjaamis- ja laatimiskäytäntöjen myötä.</p>	
Avainsanat	Hoitotyön suunnittelu, kirjaaminen, esitiedot, (sähköinen) potilastietojärjestelmä, perioperatiivinen hoitotyö

Author(s) Title	Helena Heinonen, Mona Kurtti Planning Perioperative Care Based On Electric Documentation
Number of Pages Date	22 pages + 1 appendice 18 November 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing
Specialisation option	Nurse
Instructor	Eila-Sisko Korhonen, Lecturer
<p>The objective of this final project was to describe what information is being documented in the electric perioperative patient data programme Opera about both an elective and acute care patient as well as to deliberate what's the purpose of that documentation and planning in perioperative care. The goal was to form an entity to be used as a concrete tool to help nurses' work in an operating room and also to ensure patient safety in a perioperative environment. The final project is part of the Bachelor of Health Care degree in the Metropolia University of Applied Sciences as well as development work of Helsinki University Central Hospital operative department.</p> <p>This final project was executed using methods of a qualitative research. The study material was built up of elective and acute surgery notifications which were gathered by our contact person in the work field for one month of time. The number of elective notifications was a total of 309, as for acute notifications it was 201. The material was then analyzed using a deductive content analysis method, both divisions separately but according to the same analysis framework. After the analysis we started to seek differences in the elective and acute notifications and observe what information was showing up in both sectors.</p> <p>All of the notifications declared the name, social security number and sex of the patient, most had the patients' age mentioned as well. Isolation, urgency, the way of arrival, blood reservation and specialty field of the surgery were regularly mentioned in each notification also. The risk of infection and the preoperative diagnosis were more frequently entered in the elective division, while the mentioning about not consuming any nutrition before the surgery was often seen in the acute notifications but not once in the elective ones. Most of the pre-surgery information ended up being marked in under 10% of the total amount of the notifications in both categories.</p> <p>The results of this final project can be used in developing concerted practices in documenting perioperative data as well as planning perioperative care in general. We suggest doing a new study on how much time and effort having a convergent documenting policy would actually save time for those working in the operative field.</p>	
Keywords	Patient care planning, documenting, preliminary knowledge, electric patient data system, perioperative nursing

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Hoitotyön suunnittelu ja kirjaaminen	2
3	Esitiedot hoitotyön suunnittelun perustana	4
4	Sähköiset potilastietojärjestelmät kirjaamisessa	5
5	Perioperatiivinen hoitotyö	8
5.1	Preoperatiivinen hoitotyö	9
5.2	Intraoperatiivinen hoitotyö	10
5.3	Postoperatiivinen hoitotyö	10
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	11
7	Opinnäytetyön menetelmät	11
7.1	Aineisto ja aineiston keruu	11
7.2	Aineiston analyysi	12
8	Tulokset	13
8.1	Elektiiviset leikkausilmoitukset	13
8.2	Päivystysleikkausilmoitukset	14
8.3	Tulosten vertailu	16
9	Eettisyys, luotettavuus ja tulosten pohdinta	18
	Lähteet	20
	Liitteet	
	Liite 1. Analyysirunko	

1 Johdanto

Kirjatulla potilastiedolla on suuri merkitys hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Yhtä merkityksellistä on tietojen dokumentointi riittävän tarkasti sekä potilaan että hoitavan yksikön oikeusturvan, hoitokäytäntöjen ja niiden johtamisen kehittämisen vuoksi. Näiden asioiden toteutukseen ja toteutumiseen tarvitaan tietotekniikkaa ja terveydenhuolto onkin yksi tietointensiivisimmistä toimialoista, joka on viimeiset 30-40 vuotta kehittynyt nopeasti johtuen mm. teknologian keksinnöistä ja kehityksestä (Sarannummi – Kivisaari – Väyrynen – Hyyppö 2005). On myös odotettavissa, että kehitys on vähintään yhtä suurta ja nopeaa seuraavan kymmenen vuoden aikana (Kuusi – Ryyänen – Kinnunen – Myllykangas – Lammintakanen 2015).

Yksi merkittävä edistysaskel tietoteknisessä kehityksessä on ollut siirtyminen elektroniin eli sähköisiin potilastietojärjestelmiin. Elektronisen kirjaamisen tavoitteena on vähentää tiedon kopioinnin mahdollistamia virheitä kertakirjaamisella. Elektronisen tietojärjestelmän käytön edellytyksenä on standardoitu kielen käyttö, joka tarkoittaa sitä, että kirjaaminen tapahtuu yhteisten otsikoiden, käsitteiden, termien ja luokitusten avulla. Jotta potilaan koko hoitoketjun aikainen laadukas ja turvallinen dokumentointi onnistuu, tarvitaan tiedon standardoitua dokumentointia sekä tiedonsiirron mahdollistavia tietojärjestelmien välisiä rajapintoja. Lisäksi kirjaajalla tulee olla riittävästi teknistä osaamista käytettävän järjestelmän kokonaisvaltaiseen hallintaan ja hänen tulee tuntea kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö (Rantalainen 2009.)

Opinnäytetyömme aiheena on perioperatiivisessa hoitotyössä käytettävään, sähköiseen potilastietojärjestelmä Operaan syötettävien esitietojen merkitys perioperatiivisen hoitotyön eri vaiheissa, sekä ennen kaikkea suunniteltaessa leikkaus- tai toimenpidepotilaan hoitoa. Työmme on osa HYKS:n operatiivisen tulosyksikön kehitysyhteistyötä ja liittyy Metropolia Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelman mukaiseen opinnäytetyökokonaisuuteen, jonka olemme aloittaneet kevätlukukaudella 2015. Lähtökohtana on ollut tehdä aiheesta ymmärrettävä, selkeä kokonaisuus, jonka tavoitteena on palvelella perioperatiivisen hoitotyön kehittämistyötä, toimia konkreettisenä apuvälineenä leikkaussalisairaanhoitajien päivittäisessä työssä ja osaltaan turvata potilasturvallisuuden toteutuminen ja säilyminen leikkaussali- ja toimenpidehoitotyössä. Koostamme lisäksi etsimäämme tutkimustietoa mahdollisimman ajankohtaiseen muo-

toon. Tarkoituksena on kuvata mitä esitietoja Operaan kirjataan 1) elektiivisille ja 2) päivystysleikkauspotilaille, sekä pohtia kirjaamisen ja hoidon suunnittelun merkitystä hyvän perioperatiivisen hoidon perustana. Havainnoimme asiaa konkreettisesti kiinnittämällä huomiota potilasasiakirjoissa ennen kaikkea siihen, mitä on ja mitä ei ole kirjattu, sekä montako kertaa mikäkin kirjaus ja kirjattu tieto esiintyy. Kokonaisuudesta muodostuu asiakirja-analyysi, jossa lähestymme aihetta laadullisen tutkimuksen keinoin. Työn tarkoitus ja kaksi tutkimuskysymystä ohjaavat aineiston analyysia. Kysymykset olemme muotoilleet seuraavasti: Mitä esitietoja potilaasta kirjataan Opera-järjestelmään, sekä Mitä eroja on elektiivisissä ja päivystysleikkausilmoituksissa. Esitietojen tarkka jäsentäminen edesauttaa sairaanhoitajia toteuttamaan tietojen sähköistä dokumentointia, sekä hahmottamaan niiden merkitystä osana hoidon kokonaisuutta.

Työmme lähti liikkeelle tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitetta pohtimalla, sekä nimeämällä kaksi tutkimuskysymystä. Tämän jälkeen rajasimme työmme kannalta oleellisia käsitteitä, sekä toimme niistä esille aiempaa teoretietoa ja tutkimuksia tarkastelemalla löytäämme materiaalia. Tutkittua tietoa etsimme sekä suomen- että englanninkielisillä hauilla hakukoneiden kautta luotettavista tietokannoista. Itse tutkimusaineisto, eli työelämän yhteyshenkilömme keräävät elektiiviset, sekä päivystysleikkausilmoitukset yhden kuukauden ajalta, analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Työssämme on liitteenä (liite 1) tässä vaiheessa käytetty analyysirungon pohja. Ilmoituksista saamiemme merkintöjen pohjalta kuvasimme, mitä esitietoja leikkausilmoituksissa esiintyy kummassakin kategoriassa, pohdimme tietojen merkitystä ja hyödynnettävyyttä sekä myös niihin liittyvää mahdollista problematiikkaa. Prosessin kaikissa vaiheissa korostui eettisten periaatteiden mukaan työskentely, muun muassa anonymiteetin takaaminen, sekä luotettavan, tutkitun tiedon käyttö ja siihen viittaaminen.

2 Hoitotyön suunnittelu ja kirjaaminen

Hoidon suunnittelussa potilaasta kerätään ja analysoidaan tietoa, määritetään potilaan omat voimavarat ja hoidon tarpeet, sekä priorisoidaan niitä, asetetaan hoidolle tavoitteet ja suunnitellaan toimintoja niiden saavuttamiseksi (Ahonen – Ikonen – Koivukoski. 2007).

Useampaakin eri ammattiosaamista edustava työryhmä kirjaa potilaasta asioita potilasasiakirjoihin oman osa-alueensa ja työnkuvansa tiimoilta. Tätä potilaan kokonaishoidon suunnitelmaa, jonka työryhmä laatii ja jota se toteuttaa ja arvioi, kutsutaan hoitosuunni-

telmaksi. Siihen puolestaan sisältyy hoitotyön suunnitelma, josta vastuussa on pääasiallisesti hoitaja. Hoitaja sisällyttää suunnitelmaan mm. alkutilanteen, suunnitelman koko hoitajaksolle, sekä päiväkohtaiset suunnitelmat ja niiden arvioinnin, ja mahdollisen lopuarvioinnin. (Eriksson - Koivukoski - Riukka 1999, Loikkasen 2003: 8 mukaan.)

Hoitosuunnitelma voidaan nähdä jäsennehtynä lähestymistapana potilaan hoidon arviointiin, suunnitteluun ja tarjontaan. Laadukas hoito riippuu sairaanhoitajan taidoista muodostaa kokonaisvaltainen ja kattava hoitosuunnitelma. (Lee 2005: 640.)

Vaikka paperiset hoitosuunnitelmat väistyvät sähköisten asiakirjojen tieltä, on yhä tutkinan alla vaikuttaako se hoidon laatuun ja hoitohenkilökunnan ammatilliseen kehitykseen (Lee 2006: 1377).

Yhä enemmän potilaslähtöisyyteen nojaavissa palveluissa, hoitajien täytyy hallita yhteinen, tyhjentävä määrä tietoa, taitoja ja käsityksiä voidakseen laatia, toteuttaa ja arvioida hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelmaan ei kuulu pelkästään paras hoidon /operaation/käytännön toteutus, vaan hoitaja ottaa potilaan ja hänen perheensä aktiivisesti mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Hoitajilla on laillinen ja ammatillinen velvollisuus muodostaa selkeä, tehokas ja yhteisesti sovittu hoidon suunnitelma. Suunnitelman tulee huomioida potilaan kokonaistilanne ja eritellä, sekä kuvata hoitotarpeet. Hoitajien tulee hallita hoidon suunnittelussa vaadittavat taidot tukeakseen tämänhetkistä/ajankohdasta näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hoitoprosessi ja valmiit mallipohjat muodostavat strukturoidun ja käyttökelpoisen kehyksen hoidon tarjoamisen ja organisoimisen tueksi. Alan opiskelijoille tulee antaa mahdollisuus harjoitella hoitosuunnitelman laatimista ja siten parantaa ammatillista hoitotyön osaamista. (Cardwell – Corkin – McCartan – McCulloch - Mullan 2011: 1382.)

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan hoidon aikaisten tapahtumien eri vaiheiden ylös kirjaamista tarkoituksenmukaiselle paperiselle lomakkeelle, tai elektroniseen eli sähköiseen potilastietojärjestelmään. Kirjaamisen toteutetaan systemaattisesti, sekä yhtenäisesti, jotta voidaan välttää asioiden turha toistaminen, päällekkäinen kirjaaminen, sekä tiedon hajautuminen. Tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus tarkoilla, kuvaavilla, virheettömillä dokumenteilla. Hoitotyön kirjaamista ohjaavat mm. potilaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden, hoidon jatkuvuuden, turvallisuuden, ajantasaisuuden, sekä luotettavuuden

periaatteet, joiden lisäksi siinä näkyy moniammatillinen toimintatapa ja kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö. Kirjaaminen onkin laillinen todiste hoitajan tekemästä työstä ja osa virallista potilaskertomusta. (Rantalainen 2009.)

Hoitotyössä kirjaamiseen sisältyy rakenteiset ydintiedot, termistö, sekä täydentävää tekstiä. Hoitokertomuksen rakenne ja päätöksenteon vaiheet koostuvat potilaan hoidon tarpeen arvioinnista, hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta, sekä hoidon vaikuttavuuden arvioinnista. Kun hoitoprosessi on kirjattu loogisesti ja selkeästi, mahdollistuu toiminnan arviointi, päätöksenteon laadun paraneminen, sekä hoitajan työn näkyväksi saaminen. Tietoa kirjattaessa toteutetaan seuraavia periaatteita: Potilaasta kirjataan vain hoidon kannalta välttämättömät asiat potilaan intimiteettiä kunnioittaen. Kirjattu tieto on ajantasaista ja todistettavaa. Sitä voi mitata ja sitä on määrällisesti riittävästi. Tieto on virheetöntä, yksiselitteistä ja selkeää. Käsitteet ja lyhenteet ovat tunnettuja ja hyväksytyjä ja niitä on tarvittaessa avattu. (Rantalainen 2009.)

Hoitotyön laadukas kirjaaminen on merkittävä tekijä potilasturvallisuudessa. Potilaaseen liittyvien tietojen välittämisen sujuvuus eri ammattihenkilöiden ja hoitoyksiköiden välillä riippuu suuresti kirjaamisesta ja sen laadusta. Haasteena tietojen siirtämisessä on usein myös tietojen vaikea löydettävyys. (Braaf – Riley – Manias 2015:1874-1878.)

3 Esitiedot hoitotyön suunnittelun perustana

Potilasasiakirjoihin merkittävät perustiedot määritellään Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009). Potilasasiakirjassa tulee perustiedoissa olla potilaan henkilötiedot; nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot. Jos kyseessä on alaikäinen potilas, tulee merkitä huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Jos kyseessä on täysi-ikäinen potilas jolle on määrätty laillinen edustaja, merkitään tämän edustajan nimi ja yhteystiedot. Lisäksi perustiedoissa täytyy olla saatujen tietojen osalta saapumisajankohta ja lähde, terveydenhuollon yksikön tai itsenäisen ammatinharjoittajan terveydenhuollon ammattihenkilön nimi, merkinnän tekijän nimi, asema sekä merkinnän teon ajankohta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 289/2009 10§.)

Perioperatiivisen hoitotyön suunnittelussa tarvitaan laissa määriteltyjen potilasasiakirjatietojen lisäksi paljon muuta tietoa potilaasta. Näitä kutsutaan yleisesti esitiedoiksi. Esi-

tietojen kirjaamisen tarkoituksena on ennakoida ja minimoida riskejä hoitotyön toimintojen osalta ja tukea yksilöllistä perioperatiivisen hoitotyön suunnittelua, toteutusta, seuranta ja arviointia. (Ilola – Hoikka – Heikkinen – Honkanen – Katomaa 2013: 228-229.)

Perioperatiivisen potilaan esitietojen kerääminen alkaa yleensä preoperatiivisessa arvioinnissa jolloin kirjataan potilaan täyttämän esitietolomakkeen tiedot potilastietojärjestelmään ja haastatellaan potilasta (Ilola ym. 2013: 6). Esitietolomake on yleensä yksikkökohtainen ja potilas täyttää lomakkeen etukäteen kotona. Esitietolomakkeessa kysytään potilaan perustietojen lisäksi muun muassa potilaan lääkityksestä, sairauksista, allergioista ja lääkeaineyleherkkyyksistä, tupakoinnista, päihteiden käytöstä, aiemmista operaatioista, potilaan käyttämistä apuvälineistä ja potilaan liikkumisesta. Esitietolomakkeen tietojen kirjaamisen yhteydessä haastatellaan potilasta ja tarvittaessa tarkennetaan kysymyksiin kirjattavia esitietoja esimerkiksi luontaistuotteiden ja vitamiinien osalta. Kirjattavia esitietoja huomioidaan myös olemassa olevista potilasasiakirjoista, kuten laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista. (Ilola ym. 2013: 229.)

Kerättävät esitiedot vaihtelevat tapauskohtaisesti, sillä eri leikkaukset ja sairaudet vaativat eri tietoja ja selvityksiä. Eräässä kirjallisuuskatsauksessa tulee ilmi, että luokittain järjesteltyjä esitietoihin merkittyjä tietonimikkeitä oli tarkastelluissa artikkeleissa yhteensä 541. Kirjallisuuskatsauksessa todetaankin, että ei ole yksimielisyyttä siitä, mitä esitietoja preoperatiivisen arvioinnin yhteydessä tulisi kerätä. (Ahmadian – Cornet. – van Klei – de Keizer 2001: 666-667.)

4 Sähköiset potilastietojärjestelmät kirjaamisessa

Tänä päivänä potilastiedot dokumentoidaan käytännöllisesti katsoen kaikkialla sähköisesti eli elektroninen potilaskertomus kattaa likimain koko terveystietojärjestelmän. Paperinen kertomus on siis lähinnä historiatiedon varasto ja dokumenttien arkistointikeino. Sähköisen potilaskertomuksen merkityksen ymmärryksen myötä Suomi on voitu mainita sen käytössä yhtenä maailman kärkimaana. (Winbland – Reponen – Hämäläinen - Kangas 2008: 90.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta tuotettu raportti vuodelta 2008 selvitti, että Suomen sairaanhoitopiirit ja terveyskeskuksista 99,1 % käyttivät vuoden 2007 loppuun mennessä sähköistä potilaskertomusta. Yksityisistä lääkäripalvelujen tuottajista

kaikilla kyselyyn vastanneilla oli käytössään sähköinen potilaskertomusjärjestelmä. (Winbland ym. 2008: 90.)

Sähköisten järjestelmien tulee käytännön hoitotyössä olla tekniseltä toimivuudeltaan, sekä käytettävyydeltään sellaisia, etteivät ne esimerkiksi aiheuta turhaa lisäviivettä potilastyöhön. Tähän asiaan on kiinnitetty huomiota ja sähköisten tietojärjestelmien kehittämiseen on tehty valtakunnallisia määräyksiä. (Winbland ym.. 2008.)

Stakesin vuoden 2008 raportissa todetaan, että ”sähköinen sairauskertomus on muuttamassa dokumentointi- ja arkistointityökalusta hoitoa ja toimintaprosessia ohjaavaksi työkaluksi. Rakenteinen potilaskertomus ydintietoineen mahdollistaa automaattisesti toimivien päätöksentekijärjestelmien käyttöönoton. Nämä tuottavat lisäarvoa, joka motivoi myös tallentamaan tiedon entistä täsmällisemmin. Lopullinen hyöty näistä saadaan lisääntyvänä hoidon laatuna. Ammattilaisen työt helpottaa myös toiminnanohjausjärjestelmien integrointi potilaskertomukseen. Kertomus on portaali, jonka kautta voidaan hallita myös klinisiä työnkuluja ennalta sovittujen parhaiden käytäntöjen mukaisesti ja siten kohdistaa resurssit aiempaa paremmin.” (Winbland ym. 2008.)

Potilastietojärjestelmiin tallennetaan potilaan hoidollisia tietoja, kuten hoitoontulon syy, tavoitteet hoidolle, toimenpiteet ja tutkimukset, lausunnot, suunnitelmat, hoito-ohjeet ja hoitotiivistelmät eli epikriisit. Järjestelmissä hoidetaan niin ikään hoitokokonaisuuteen liittyvä hallinnollinen tietojenkäsittely. Ne voidaan jakaa operatiivisiin ydinjärjestelmiin (läheteiden käsittely- ja ajanvarausjärjestelmät, hoitotietojen kirjausjärjestelmät) ja yksikökohtaisiin erillisjärjestelmiin (keräävät hoitoketjun aikaiset tutkimus- ja toimenpiteetiedot), jotka ovat käytössä lähes kaikissa yksiköissä. Hoidon tukijärjestelmillä työntekijä tai yksikkö sisällyttää työnsä osaksi laajempaa kokonaisuutta, kuten erilaisiin tilastoihin. Tästä esimerkkinä järjestelmät, jotka mahdollistavat operatiivisen ohjauksen yksikön sisällä, sekä eri yksiköiden välillä (leikkaustoiminnanohjausjärjestelmät, röntgentoiminnan ohjaus). (Saranto - Korpela 1999, Kemiläisen - Jauhaisen 2009 mukaan.)

Terveystieteiden ammattihenkilön on tärkeää tehdä potilastietoja tallentaessaan merkinnät rakenteisessa muodossa tietojen hakemisen ja löytämisen helpottamiseksi. Kun käsitteet ja tietorakenteet ovat yhteneväisiä, saadaan myös merkinnöistä keskenään yhdenmukaisia. Tämä puolestaan vaikuttaa esim. hoidon laadun parantumiseen (Tolppanen 2007, Harnon – Alkulan 2008 mukaan). Rakenteisessa muodossa kirjattujen tietojen

avulla hoidon kannalta oleelliset asiat voidaan esittää samalla tavoin järjestelmästä riippumatta, sekä helpottaa oleellisten tietojen löytämistä suuresta tietomäärästä nopeasti. (Alkula – Harno 2008.)

Rakenteisten potilaskertomuksen etuja ovat esimerkiksi systemaattisen tiedonkeruun mahdollistuminen ja tiedon siirtymisen automatisoituminen eri järjestelmien välillä. Lisäksi rakenteisuus mahdollistaa päätöksentekijärjestelmän ja automaattisten varoitusten käyttöönoton. (Kunnamo – Jousimaa – Niemi – Nyber 2014: 1024.)

Rakenteisessa muodossa kirjattua tietoa voidaan hyödyntää niin tutkimuksissa, kuin kliinisessä työssäkin. Tallennetun tiedon tulee olla laadukasta ollakseen käyttökelpoista. On tutkittu, että useassa käytössä olevassa tietojärjestelmässä on oleellisia tietoa (esim. diagnoosi, lääkitys) jätetty jopa kokonaan tallentamatta tai niitä ei ole tallennettu riittävän systemaattisesti. Laadultaan heikko ja/tai virheellinen tieto voi johtaa esim. tarpeettomien toimenpiteiden tekemiseen. Jotta kirjaamisesta saadaan toivotun kaltaista, tulee potilastietojärjestelmien osaltaan ohjata kirjaajaa siinä. (Kunnamo ym. 2014: 1029.)

Tulevaisuudessa rakenteisesti tallennettujen potilastietojen halutaan ja toivotaan muodostavan ikään kuin kukin oman datapisteensä, johon kertyneen aineiston avulla voitaisiin ennustaa niin yksittäisen potilaan diagnooseja, kuin hoidon tehoakin (Kunnamo ym. 2014: 1026).

Sähköiset potilasasiakirjat helpottavat terveydenhuoltopalveluiden ja organisaatioiden sisäistä ja niiden välistä tehokasta kommunikointia. Ne mahdollistavat tiedon kirjaamisen yhdenmukaisesti ja aukottomammin, kuin paperinen järjestelmä, ja tämä puolestaan edesauttaa tiedon jatkuvaa, tasaista hankkimista ja uudelleen käyttöä. Sähköiset tietojärjestelmät on usein suunniteltu esimerkiksi niin, että käyttäjä saa järjestelmältä muistutuksen tarvittavan tiedon syöttämisestä. Lisäksi käyttäjä ei pysty siirtymään vaiheesta seuraavaan ennen kuin pakollinen tieto on kirjattu. Sähköisessä muodossa oleva asiakirja tekee niin ikään mahdolliseksi toimivamman hoidon tarjonnan hoitoalan eri työntekijöiden välillä. Käsillä oleva sähköinen asiakirja auttaa välttämään esim. päällekkäisiä tarkastuksia ja toimenpiteitä, sekä testien, tarkastusten, toimenpiteiden tekemistä useampaan kertaan säästäten sekä aikaa, että kuluja. (Elevitch 2005: 362.)

Tulevaisuusvaliokunnan teknologian arvioinnin peruseräraportti terveydenhuollon tulevaisuudesta (2015) pohtii, että ”tulevaisuuden sähköiset potilaskertomukset sisältäisivät

hoitavien lääkkäreiden tekemät diagnoosit perustuen erilaisiin potilasta koskeviin tietoihin mm. liittyen hänen geeneihinsä, viittaukset käytettyihin hoitosuosituksiin ja päätökset an-netuista hoidoista. Potilaskertomus voisi olla myös potilaan luettavissa ja potilaalla voisi olla salasana, jolla hän voi avata potilaskertomuksen pankkitietojen tapaan. Yksi mah-dollisuus on, että potilaskertomuksesta olisi pelkistetympi ja vähemmän tekninen versio, joka olisi potilaan luettavissa.” (Kuusi ym. 2015.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä yksi keskeisimmistä sähköisistä potilastietojärjestelmistä on leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmä Opera. Se on GE Healthcaren suunnittelema tietojärjestelmäratkaisu, jonka tarkoitus/tehtävä on tukea toimenpiteen aikataulutusta ja resurssien suunnittelua (reaaliaikaiset varaustilanne – ja leikkausosaston kapasiteettitiet-dot). Opera mahdollistaa sen, että leikkaustoiminnassa tarvittavien laitteiden, välineiden ja saliajan käyttöä voidaan yrittää tehostaa. Leikkaustoimintaan liittyvän päätöksenteon ja toiminnan seurannan tueksi Opera tarjoaa johdon raportointityökaluja. Lisäksi siihen syötetyt tiedot voidaan siirtää sairaalan käyttämiin muihin tietojärjestelmiin, laskutukseen ja eri rekistereihin. (GE Healthcare Finland Oy 2007.)

5 Perioperatiivinen hoitotyö

Perioperatiivista hoitotyötä toteuttavat leikkaus- ja anestesiaosaamiseen perehtyneet ja kouluttautuneet sairaanhoitajat, joiden hoidettavana ovat leikkaus- ja toimenpidepotilaat. Tämä nimenomainen hoitotyön osa-alue korostaa hoitoajattelun yleisten periaatteiden, kuten vuorovaikutustaitojen, ohjaamisen tärkeyden, yksilöllisyyden, turvallisuuden, hoi-don jatkuvuuden ja vaitiolo-velvollisuuden lisäksi vahvasti tiimityöskentelyn, kattavan ja ajantasaisen perehdytyksen, vankan tietopohjan ja kädentaitojen, horjumattoman asepiikan, sekä nopeastikin vaihtelevien tilanteiden hallinnan merkitystä. (Lukkari – Kinnu-nen – Korte 2013: 11.)

Näyttöön perustuva ohjaa perioperatiivista hoitotyötä (Lukkari ym. 2013: 12). Tieteel-lisen tutkimusnäytön lisäksi eri yksiköillä voi olla käytössään omia, laadullisia ohje- tai käsikirjoja potilaan hoitamisen tueksi. Näiden kautta tehdään perioperatiivisen hoitotyön arvoja näkyviksi konkreettisesti toiminnassa. (Lukkari ym. 2013: 13-14.)

Perioperatiivista hoitotyötä voidaan tarkastella ikään kuin neljän eri ulottuvuuden kautta, jotka on jaoteltu seuraavasti: 1) Potilaan ja potilaan lähiomaisten suhtautuminen/asennoituminen leikkaukseen/ toimenpiteeseen 2) Turvallisuus 3) Leikkauksen vaikutukset potilaan fysiikkaan 4) Perioperatiivista hoitoa toteuttavat ja järjestävät tahot ja palvelut (Rauta – Salanterä – Nivalainen 2012:1392, Petersenin 2007 mukaan). Nämä neljä ulottuvuutta muodostavat kehyksen sille, mitä perioperatiivisen sairaanhoitajan työnkuvaan oikeastaan kuuluu (Rauta ym. 2012: 1392).

Ajallisesti ja toiminnallisesti perioperatiivinen hoitoprosessi jakaantuu kolmeen vaiheeseen, joita ovat leikkausta edeltä (preoperatiivinen), leikkauksenaikainen (intraoperatiivinen), sekä leikkauksenjälkeinen (postoperatiivinen) vaihe. Näistä intraoperatiivisessa vaiheessa korostuu voimakkaimmin perioperatiivisen hoitotyön merkitys, sekä perioperatiivisten sairaanhoitajien osuus, mutta toisaalta sairaanhoitajan rooli on merkityksellinen läpi koko prosessin päiväkirurgian saralla. (Lukkari ym. 2013: 20.)

Vaikka työ on hyvinkin teknistä/teknologiapainotteista, siihen yhdistyy kuitenkin vahva, etiikkaan pohjautuva potilaslähtöisyyden elementti ja hoitajat toteuttavat työtänsä nimenomaan siitä näkökulmasta. Itse leikkaussalissa työskentelevät sairaanhoitajat toimivat vaihtelevasti anestesia-, instrumentti-, heräämö-, sekä valvojan hoitajan roolissa, jolloin työnkuvan teknisyydskin vaihtelee. Joka tapauksessa perioperatiivisten sairaanhoitajien tulee jatkuvasti mukauttaa tietonsa ja taitonsa uusien laitteiden käyttämiseen, sekä sopeutua muuttuvaan arvomaailmaan ja odotuksiin jotka liittyvät käytettävään välineistöön ja tulevat mukana siihen liittyvän kehityksen seurauksena (Bull – FitzGerald 2006: 6-7).

5.1 Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivinen hoitotyö on leikkausta edeltävä vaihe, joka alkaa kun potilaan leikkauspäätös on tehty. Preoperatiivinen hoitotyö sisältää leikkausta edeltävät tarvittavat tutkimukset, tiedonkeruun ja välittömän leikkaukseen valmistautumisen. Preoperatiivisen hoitotyön tarkoitus on edistää potilaan toipumista operaatiosta ja vähentää siihen liittyviä komplikaatioita. (Ahonen ym. 2012: 99-102.)

Hyvä vuorovaikutus ja potilaan ohjaus korostuvat leikkausta edeltävässä vaiheessa. Tutkimukset ovat osoittaneet että onnistuneella preoperatiivisella ohjauksella on positiivinen vaikutus potilaan leikkauksesta toipumiseen. (Ahonen ym. 2012: 99-102.) Erityisesti hoitajan vuorovaikutusosaaminen korostuu preoperatiivisessa vaiheessa kun potilas tulee

uuteen tilanteeseen ja hänellä on usein paljon kysymyksiä ja huolia. Hoitajan tulisi varata riittävästi aikaa potilaalle ja olla aidosti läsnä vuorovaikutustilanteissa, jotta luottamus hoitoon ja hoitajaan syntyisi (Rudolfsson – von Post – Eriksson 2007: 295).

Preoperatiivisen hoitotyön lähtökohta on preoperatiivinen arvionti, joka yleensä toteutuu niin sanottuna preoperatiivisena käyntinä 1-3- viikkoa ennen suunniteltua toimenpidettä tai joissakin tapauksissa leikkausta edeltävänä päivänä. Myös preoperatiivisen puhelinsoiton toimivuutta on tutkittu Yhdysvalloissa hyvin tuloksin (Walsh – Bornheim – Salvatore 2013:). Preoperatiivisella käynnillä sairaanhoitaja haastattelee potilasta hänen nykytilastaan, kerää esitietoja ja keskustelee potilaan kanssa tulevasta toimenpiteestä ja sen jälkeisestä toipumisesta. Yksilölliset tekijät, kuten potilaan yleiskunto, perussairaudet ja suunniteltu toimenpide vaikuttavat siihen, minkälaista leikkausta edeltävää hoitoa potilas tarvitsee. (Ahonen ym. 2012: 99-102). Tämän käynnin tarkoituksena on myös arvioida ja vähentää leikkaukseen liittyviä riskejä, määrittää anestesia- ja määrittää anestesia- ja leikkaukseen tarvittavat välineet (Ahmadian ym. 2011: 662).

5.2 Intraoperatiivinen hoitotyö

Intraoperatiivinen hoitotyö alkaa siitä mihin preoperatiivinen hoitotyö päättyy, eli kun leikkaukseen valmisteltu potilas saapuu leikkausosastolle. Intraoperatiivisessa hoitotyössä korostuu systemaattinen ja intensiivinen moniammatillinen yhteistyö hoitotyön toteuttamisessa. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu yleensä sairaanhoitajia ja lääkäreitä eri aloilta. Tavoitteena on potilaan turvallisesti toteutunut leikkaus, potilaan voinnin ja elintoimintojen tarkkailu ja turvaaminen sekä hänen perus- ja erityistarpeiden tyydyttäminen. Intraoperatiivinen hoitotyö käsittää leikkausosastolla toteutuvan hoitotyön. (Ahonen ym. 2012: 103-104.)

5.3 Postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivinen hoitotyö jatkaa potilaan hoitopolkua saavuttaessa leikkaussalista heräämään. Postoperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan huolellinen tarkkailu aina peruselintoiminnoista erilaisten leikkausten jälkeisten asioiden huomioimiseen, esimerkiksi leikkaushaavojen ja dreerien tarkkailuun. Postoperatiivisen hoitotyön toteuttamisessa on tärkeää kyetä havaitsemaan potilaan tilassa tapahtuvat muutokset ja aloittaa

tarvittavat hoitotoimenpiteet. (Ahonen ym. 2012: 104-105, 119.) Postoperatiivinen hoitotyö katsotaan päättyneeksi, kun potilaan tarvitsema hoitotyö ei enää liity leikkaustapah-tumaan (Lukkari ym. 2013: 21).

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, mitä esitietoja leikkaustoiminnan ohjausjärjes-telmä Operaan kirjataan ja tarkastella, mitä eroja elektiivisten ja päivystysleikkausten leikkausilmoituksissa on.

Tavoitteena on kehittää hoitotyön ammattilaisten osaamista esitietojen hyödyntämisessä perioperatiivisen hoitotyön suunnittelussa.

Tutkimuskysymykseksi on muotoutunut seuraavat:

- Mitä esitietoja potilaista kirjataan Opera-järjestelmään?
- Mitä eroja elektiivisten ja päivystysleikkauspotilaiden leikkausilmoituksissa on?

7 Opinnäytetyön menetelmät

Opinnäytetyömme on toteutettu laadullisen tutkimuksen menetelmin. Laadullisessa tut-kimuksessa pyritään ymmärtämään tietynlaista toimintaa, antamaan teoriaan pohjautuva tulkinta ilmiölle ja kuvaamaan tapahtumaan tai ilmiötä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 85). Ana-lysoimme kerätyn aineiston deduktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin tarkoi-tuksena on saada tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty ja yleismuotoinen kuvaus (Tuomi & Sa-rajärvi 2009: 103). Deduktiivinen sisällönanalyysi on teorialähtöistä aineiston analysoin-tia, jossa edetään yleisestä yksittäiseen. Tässä lähestymistavassa aineiston analyysia ohjaa aikaisemman tiedon perusteella luotu viitekehys. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95-97.)

7.1 Aineisto ja aineiston keruu

Opinnäytetyömme aineistona olivat elektiivisten eli suunniteltujen ja päivystysleikkaus-ten Opera-järjestelmään kirjatut leikkausilmoitukset. Leikkausilmoituksen laatii elektiivis-ten leikkausten osalta potilaan leikkaava lääkäri ja päivystysleikkausten osalta joko leik-kaussalipäivystäjänä toimiva leikkauksen päätöksen tehnyt lääkäri tai päivystyspoliklinikan

lääkäri. Yhteistyöyksikkömme elektiiviset leikkausilmoitukset on jaettu kiireellisiin ja kiireettömiin elektiivisiin leikkauksiin. Päivystysleikkaukset yksikössä on luokiteltu kiireellisuuden mukaan värikoodeittain. Keltaisen koodin potilaat tulisi leikata 12-48 tunnin kuluessa, oranssit 8-12 tunnin kuluessa ja punaiset mahdollisimman pian 8 tunnin sisällä. Päivystysleikkauksia ovat myös elinsiirrot, joiden värikoodi on sininen.

Aineiston keruu tapahtui elo-syyskuussa 2015 eräässä eteläsuomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa. Aineisto kerättiin yhden kuukauden ajalta työelämäyhteistyshenkilöme avulla. Leikkausilmoitukset tulostettiin leikkausosastolla ja tunnistetiedot peitettiin ennen kopiointia ja luovutusta opinnäytetyömateriaaliksi. Pääsääntöisesti aineisto on kerätty arkipäiviltä mutta mukana on myös yhden viikonlopun päivystysleikkausilmoitukset. Leikkausosaston teknisistä ongelmista johtuen 2-3 päivän leikkausilmoitukset puuttuvat aineistosta. Elektiivisiä leikkausilmoituksia kuukauden jaksolta kertyi 309 ja päivystysleikkausilmoituksia 201 kappaletta.

7.2 Aineiston analyysi

Ensimmäinen vaihe aineiston analysoinnin suunnittelussa oli analyysirungon muodostaminen teorialähtöisesti. Teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen loimme strukturoidun analyysirungon (liite 1), johon muodostimme erilaisia kategorioita ja keräsimme leikkausilmoituksista mainintoja vain asioista, jotka sopivat muodostamaamme analyysirunkoon (Tuomi – Sarajärvi 2009: 113). Analyysirungon muodostamisen jälkeen kävimme läpi kerättyä aineistoa ja redusoimme sen. Aineiston redusointi eli pelkistäminen karsii aineistosta epäolennaiset asiat pois (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109). Jäljelle jäi analyysirunkoon sopivia pelkistettyjä ilmauksia jotka voidaan katsoa esitiedoiksi, kuten esimerkiksi ikä, sukupuoli, aiemmat sairaudet, lääkitys, allergiat, ASA-luokitus jne. Aineiston saatuaamme päädyimme lisäämään analyysirunkoon kohdan ”Toimenpidehuomautus” sillä huomasimme valtaosan aineistosta sisältävän tässä kohdassa oleellista tietoa potilaasta. Elektiiviset leikkausilmoitukset ja päivystysleikkausilmoitukset analysoitiin erillisinä aineistoina saman analyysirungon mukaisesti. Näin mahdollisuus elektiivisten leikkausten ja päivystysleikkausten leikkausilmoitusten erojen tarkasteluun säilyi selkeänä. Aineiston luokittelussa käytimme Excel-taulukko-ohjelmaa.

8 Tulokset

Kävimme läpi kaiken kaikkiaan 309 elektiivistä leikkausilmoitusta ja 201 päivystysleikkausilmoitusta. Molemmissa ryhmissä tietyt merkinnät ja kohdat oli huomioitu jokaisessa ilmoituksessa. Näitä olivat potilaan nimi, henkilötunnus, sukupuoli, eristys, kiireellisyys, tulotapa, verivaraus ja erikoisala. Jokaisessa päivystysleikkausilmoituksessa oli merkitty potilaan ikä, elektiivisistä se puuttui kolmesta ilmoituksesta. å

8.1 Elektiiviset leikkausilmoitukset

Elektiiviset leikkausilmoitukset olivat keskenään pääsääntöisesti samankaltaisia (taulukko 1). Perustietoja potilaasta oli mainittu usein. Jokaisessa ilmoituksessa (n=309) esiintyivät kohdat nimi, henkilötunnus, sukupuoli, eristys, kiireellisyys, tulotapa, verivaraus ja erikoisala. Potilaan ikä puuttui kolmesta ilmoituksesta. Jäi epäselväksi, puuttuiko ikä alkuperäisestä leikkausilmoituksesta vai oliko se jäänyt peittoon aineiston anonyymiutta varmistettaessa. Potilaan perustiedoista pituus oli mainittu 23 kertaa ja paino 26 kertaa. Lääkitystietoja oli vaihtelevasti: preoperatiivinen lääkitys oli yleisin maininta (107 kertaa) kun taas maininnat potilaan omasta lääkityksestä (11 kertaa), lääkeaineyliherkkyyksistä (4 kertaa) ja allergioista (6 kertaa) esiintyivät harvemmin. Mainintoja potilaan perussairauksista oli 14 ilmoituksessa ja aiemmat leikkaukset mainittiin 19 ilmoituksessa.

Elektiivisissä leikkauksissa ASA-luokitus mainittiin 27 ilmoituksessa. Muut terveydentilaan liittyvät esitiedot mainittiin verensiirto-/hytyymisongelmaa lukuunottamatta hyvin suuressa osassa leikkausilmoituksista: eristys 309 mainintaa ja infektoriski 263 mainintaa. Verensiirto- hyytymisongelmaksi luokiteltavia esitietoja oli vain kolmessa ilmoituksessa.

Leikkaustapahtumaan liittyviä esitietoja elektiivisistä leikkausilmoituksista löytyi usein. Kuten aiemmin jo todettiin, kiireellisyys, tulotapa, verivaraus ja erikoisala mainittiin kaikissa ilmoituksissa. Ravinnottaoloa ei oltu huomioitu yhdessäkään ilmoituksessa. Preoperatiivisia vaatimuksia oli neljässä ilmoituksessa. Preoperatiivinen diagnoosi oli mainittu 245 ilmoituksessa. Leikkausasennosta, puhtausluokasta ja suunnitellusta anestesiasta oli kaikista alle 40 mainintaa. Jatkohoito oli mainittu 19 ilmoituksessa. Toimenpidehuomautus oli niin ikään suosittu kohta elektiivisissä leikkausilmoituksissa: vapaata

tekstiä toimenpiteeseen liittyen oli 82 prosentissa leikkausilmoituksista. Toimenpidehuomautuskohdassa oli usein mainittu esimerkiksi antibioottiprofylaksiaa toimenpiteeseen liittyen ja erilaisia instrumenttitoiveita:

"Zina+Vanco, 5+(?) ohitusta, LITA, vg vas. jalka, pintaecho, 36 eteiskori, iso pehm. ao-pihti, eopa-kannula, Atriclip, Cardioblade?"

Taulukko 1. Esitiedot elektiivisissä leikkausilmoituksissa (n=309)

Esitietojen yläluokka	Esitietojen alaluokka	Kategoria leikkausilmoituksessa	Mainittu yhteensä:	
Potilaan perustiedot	Henkilötiedot	ikä	306	
		sukupuoli	309	
		nimi	309	
		henkilötunnus	309	
		Mitat	pituus	23
		paino	26	
	Lääkitystiedot	allergiat	6	
		lääkeaineyliherkkyydet	4	
		potilaan lääkitys	11	
		preoperatiivinen lääkitys	107	
		Elintoimintoihin liittyvät tiedot	Sairaushistoria	perussairaudet
		aiemmat leikkaukset	19	
	Terveystilaan liittyvät	ASA-luokitus	27	
		eristys	309	
		verensiirto-/hyttymisongelmat	3	
		infektoriski	263	
Leikkaustapahtumaan liittyvät tiedot	Preoperatiivinen	kiireellisyys	309	
		tulotapa	309	
		verivaraus	309	
		erikoisala	309	
		ravinnottaolo	0	
			preoperatiiviset vaatimukset	4
	Intraoperatiivinen	leikkausasento	31	
		preoperatiivinen diagnoosi	245	
		puhtausluokka	13	
		suunniteltu anestesia	34	
	Postoperatiivinen	jatkoahoito	19	
	Muut asiat	toimenpidehuomautus	254	

8.2 Päivystysleikkausilmoitukset

Päivystysleikkausilmoitukset (taulukko 2) noudattivat keskenään samanlaista kaavaa eikä suuria eroja ryhmän sisällä ollut. Kaikissa (n=201) oli mainittu potilaan henkilötiedot (ikä, sukupuoli, nimi, henkilötunnus) mutta potilaan pituus ja paino oli mainittu vain yhdessä päivystysleikkausilmoituksessa. Potilaan perustiedoista lääkitystietoja oli myös mainittu niukasti päivystysleikkausilmoituksissa: allergioita tai lääkeaineyliherkkyyksiä ei ollut mainittu yhdessäkään ja potilaan lääkityksestä oli maininta kolmessa ilmoituksessa.

Preoperatiivinen lääkitys mainittiin 64 päivystysleikkausilmoituksessa, eli 32 prosentissa kokonaismäärästä. Huomionarvoista oli se, että maininta preoperatiivisesta lääkityksestä oli lähes poikkeuksetta leikkausilmoituksen kohdassa ”Toimenpidehuomautus” joten mainintaa piti osata etsiä.

Elintoihintoihin liittyviä tietoja oli vaihtelevasti päivystysleikkausilmoituksissa. Potilaan perussairaudet mainittiin 7 leikkausilmoituksessa ja aiemmat leikkaukset 10 ilmoituksessa. Sairaushistoria-alaluokkaan kuuluvat tiedot jäivät siis melko vähäisiksi. Verensiirto- ja hyytymisongelmat mainittiin ainoastaan kahdessa leikkausilmoituksessa. Tässä kohdassa laskimme asian huomioiduksi, mikäli leikkausilmoituksessa oli esimerkiksi maininta potilaan antikoagulaatiolääkityksestä. ASA-luokitus oli mainittu vain neljässä ilmoituksessa.

Leikkaustapahtumaan liittyviä tietoja oli melko runsaasti mainittu. Infektioriski, eristystarve, kiireellisyys, tulotapa, verivaraus ja erikoisala oli mainittu kaikissa päivystysleikkausilmoituksissa. Leikkaustapahtumaan liittyvistä tiedoista eniten mainintoja oli ravinnosta (63 mainintaa) ja preoperatiivisesta diagnoosista (58 mainintaa). Preoperatiivisia vaatimuksia oli yhdessä ilmoituksessa ja toive leikkauksen asennosta mainittiin 19 ilmoituksessa. Leikkauksen puhtausluokka oli merkitty kolmeen ilmoitukseen. Suunniteltu anestesia muoto mainittiin 16 ilmoituksessa. Suunnitelma jatkohoidosta oli mainittu kolmessa ilmoituksessa, näissä maininta liittyi jatkohoito-osastoon.

Lisäämämme ”Toimenpidehuomautus”-kohta osoittautui perustietoja lukuunottamatta eniten mainintoja saaneeksi kategoriaksi. Päivystysleikkausilmoituksissa toimenpidehuomautus oli 162 ilmoituksessa eli 81% ilmoituksista. Potilaan suostumus leikkaukseen ja siihen vaikuttavat tekijät oli eräässä ilmoituksessa mainittu ”Toimenpidehuomautus”-kohdassa:

”Pt.Ila muistihäiriö. Lupa kysytty, ei vastusta tmp. Vasemmalla atp-pulssi kuuluu. Ei iskemiasa. Oikealla jalka kylmä, arsitava ja varvasgangreena. Ravinnosta aamusta 9.9.”

Taulukko 2. Esitiedot päivystysleikkausilmoituksissa (n=201)

Esitietojen yläluokka	Esitietojen alaluokka	Kategoria leikkausilmoituksessa	Mainittu yhteensä:	
Potilaan perustiedot	Henkilötiedot	ikä	201	
		sukupuoli	201	
		nimi	201	
		henkilötunnus	201	
	Mitat	pituus	1	
		paino	1	
	Lääkitystiedot	allergiat	0	
		lääkeaineyleherkkyydet	0	
		potilaan lääkitys	3	
		preoperatiivinen lääkitys	64	
Elintoimintoihin	Sairaushistoria	perussairaudet	7	
liittyvät tiedot	Terveystilaan liittyvät	aiemmat leikkaukset	10	
		ASA-luokitus	4	
		eristys	201	
		verensiirto-/hyttymisongelmat	2	
		infektoriski	9	
Leikkaustapahtumaan	Preoperatiivinen	kiireellisyys	201	
		tulotapa	201	
		verivaraus	201	
		erikoisala	201	
		ravinnoitaolo	63	
		preoperatiiviset vaatimukset	1	
		Intraoperatiivinen	leikkausasento	19
			preoperatiivinen diagnoosi	58
			puhtausluokka	3
			suunniteltu anestesia	16
Postoperatiivinen	jatkoahoito	3		
	Muut asiat	toimenpidehuomautus	162	

8.3 Tulosten vertailu

Sekä elektiiivisissä että päivystysleikkausilmoituksissa potilaan perushenkilötiedot olivat merkitty, lukuunottamatta kolmea elektiiivistä ilmoitusta. Pohdimme, että tietyt kaikissa ilmoituksissa toistuvat kohdat ovat luultavasti leikkausilmoitusta laadittaessa Opera-järjestelmän osalta pakollisia. Potilaan mitat oli mainittu harvakseltaan molempien ryhmien leikkausilmoituksissa, elektiiivisissä kuitenkin hieman useammin kuin päivystysleikkausilmoituksissa (1 maininta). Eroa oli myös lääkitystiedoissa, sillä päivystysilmoituksissa allergioita tai lääkeaineyleherkkyyksiä ei oltu mainittu lainkaan. Myös potilaan oma lääkitys oli mainittu päivystysilmoituksissa harvemmin. Sairaushistoriaan liittyviä merkintöjä oli suhteessa lähes saman verran molemmissa ilmoituksissa.

Terveystilaan liittyvistä esitiedoista ASA-luokka mainittiin hieman useammin elektiiivisissä ilmoituksissa. Verensiirto-/hyttymisongelmat olivat lähes yhtä harvoin mainittuja.

Infektoriski sen sijaan oli mainittu elektiivisistä ilmoituksista 85 prosentissa kun päivystysilmoituksissa maininnat jäivät alle viiteen prosenttiin ilmoituksista.

Leikkaustapahtumaan liittyvissä esitiedoissa eroja oli erityisesti ravinnottaolon maininnoissa. Elektiivisissä ilmoituksissa sitä ei mainittu yhdessäkään, päivystysleikkauksissa ravinnottaolo mainittiin jopa 31 prosentissa ilmoituksista. Preoperatiivisia vaatimuksia oli hieman enemmän elektiivisissä leikkauksissa. Leikkausasento oli mainittu lähes yhtä usein molemmissa. Elektiivissä ilmoituksissa oli hieman useammin maininta puhtausluokasta, suunnitellusta anestesiasta ja jatkohoidosta. Selkeä ero oli preoperatiivisen diagnoosin maininnoissa: elektiivissä ilmoituksissa lähes 80 prosentissa ilmoituksista oli preoperatiivinen diagnoosi kun taas päivystysleikkauksilmoituksissa se oli vain 29 prosentissa. ”Toimenpidehuomautus”- kohta oli molemmissa leikkauksilmoitusryhmissä lähes yhtä käytetty (elektiivisissä 82% ja päivystysilmoituksissa 81%).

Edellämainitussa ”Toimenpidehuomautus”-kohdassa kieliasu ja ilmaisu oli vapaata ja lyhenteitä käytettiin paljon. Tässä kohdassa mainittiin hyvin paljon erilaisia potilaaseen ja leikkaukseen liittyviä asioita, kuten leikkausasento, potilaan uskonnollinen vakaumus, instrumenttitoive leikkaukseen sekä mahdollinen sairaalabakteerin kantajuus. Monille näistä maininnoista olisi leikkauksilmoitus pohjassa oma erillinen kohtansa, mutta ilmoitusten perusteella näyttäisi olevan yleinen käytäntö merkitä lisätiedot ja -toiveet ”Toimenpidehuomautus”-kenttään.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että potilaan tunnistettavuus toteutuu jokaisen ilmoituksen kohdalla. Myös kiireellisyys, tulotapa, mahdollinen eristyksen ja verivarauksen tarve on huomioitu jokaisessa ilmoituksessa. Näiden kohtien löytyminen leikkauksilmoituksen kokonaisrakenteesta edesauttaa potilasturvallisuuden toteutumista niissä mainittujen asioiden osalta, sekä helpottaa perioperatiivista hoitotyötä toteuttavan sairaanhoitajan työtä näiden asioiden tiimoilta.

Eroja elektiivisten ja päivystysleikkauksilmoitusten välillä siis löytyi. On ymmärrettävää, että tulokset eivät ole täysin yhtenäisiä, kun tutkitaan kahta erillistä ja erilaista ryhmää. Eroavaisuudet ovat myös loogisia. Esimerkiksi päivystyspotilaiden kohdalla ravinnottaolon kiinnitetään oleellisesti enemmän huomiota kuin elektiivisten potilaiden, jotka saavat leikkaukseen suunnitellusti ja ovat jo oletettavasti saaneet preoperatiivista ohjausta syömättä ja juomatta olemisen suhteen. Myös preoperatiivisten diagnoosien vä-

häisyys voi selittyä päivystysleikkausten kiireellisen luonteen vuoksi. Elektiivisten leikkausten suunnitelmallisuus selittää todennäköisesti pääasiallisesti laajemmat esitiedot leikkausilmoituksissa. Poikkeuksiakin ryhmien sisällä löytyi, muutamat päivystysleikkausilmoitukset olivat esitiedoiltaan kattavampia kuin suuri osa elektiivisistä leikkausilmoituksista.

Leikkausilmoitukset oli laatinut joko leikkaava lääkäri tai potilaan päivystyspoliklinikalla vastaanottanut lääkäri. Suomen Lääkärilehden artikkelissa *Potentiaali jää käyttämättä* todetaan, että ”käytännön työtä tekevä lääkäri on paras arvioimaan, mikä tietojärjestelmässä on olennaista kliinisen työn kannalta” (Vierula 2015, 617). Lisäksi olemme jo aiemmin työssämme todenneet, että tarvittavat tiedot ovat leikkaus- ja sairauskohtaisia. Emme siis varsinaisesti ota kantaa siihen jääkö ilmoituksista puuttumaan jotain oleellista, mutta siitä olemme yksimielisiä, että ilmoituksiin merkittyjen asioiden olisi hyvä löytyä selkeästi omalta paikaltaan niille tarkoitetuista kohdista. Kun kirjaamiskäytännöt ovat yhtenäisiä, on oleelliset tiedot helppo löytää leikkausilmoituksesta (Alkula – Harno 2008). Tämä helpottaa perioperatiivisen hoitotyön ammattilaisia suunnittelemaan työtään vaihtuvissa ja akuuteissa tilanteissa ilman ylimääräistä tietojen etsintää.

9 Eettisyys, luotettavuus ja tulosten pohdinta

Toteutimme opinnäytetyömme hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tässä keskeistä on erityisesti huolellisuuden ja tarkkuuden sekä rehellisyyden noudattaminen paitsi tutkittavaa aineistoa käsiteltäessä myös tulosten esittämisessä ja tallentamisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tämä lisää opinnäytetyön luotettavuusarvoa.

Koska aineistomme oli potilasasiakirjoja, aineiston anonyymiuden säilyttäminen oli tärkeää. Tämän vuoksi kaikki aineistossa esiintyvät henkilö- ja tunnistetiedot mustattiin ja noudatamme erityistä huolellisuutta aineiston säilyttämisessä. Leikkausilmoitukset numeroitiin ja tämän avulla jäljitettävyys turvattiin. Työn luotettavuudessa otimme huomioon sen, että analyysin ja analyysirungon tekijöinä olemme vain me kaksi ja inhimillisten virheiden mahdollisuus on olemassa. Myös toteutuksen ja päätelmien tekemisessä subjektiivisuus oli huomioitava asia luotettavuuden kannalta. Inhimillisten virheiden minimoimiseksi noudatimme erityistä huolellisuutta myös aineiston analysoinnissa ja tulosten käsittelyssä. Tulosten luotettavuutta heikentää jonkin verran se, että toivottava rakenteellinen kirjaaminen ei aivan toteutunut ilmoituksissa. Esimerkiksi huomautus potilaan

preoperatiivisesta lääkityksestä saattoi olla merkittynä eri ilmoituksissa eri paikkoihin. Sairaanhoidajaopiskelijan silmiin osa merkityistä huomioista oli myös kirjoitettu sellaisella ammattikielellä jota oli osittain vaikea tulkita, mutta voimme olettaa, että tehdyn työn myötä ymmärrys siihen kuitenkin harjaantuu. Joka tapauksessa analyysimme kannalta tulkinnan vaikeus saattoi osaltaan vaikuttaa opinnäytetyön luotettavuuteen.

Yksi opinnäytetyömme aineiston keräämisen eettisyyteen liittyvistä haasteista oli se, että tutkittavien esitiedot oli osittain jo kerätty potilasasiakirjoihin ennen opinnäytetyömme aloittamista ja tilanteet ja leikkaukset elivät erityisesti päivystysleikkausten osalta. Näin ollen mahdollisuutta pyytää erityistä lupaa tutkittavilta heidän tietojensa käsittelyyn ei ollut. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston Aineistonhallinnan käsikirjassa todetaan, että lähtökohtaisesti tutkimuksen kohteena olevaa on informoitava tutkimuksesta, jossa kerätään henkilötietoja. Tästä voidaan kuitenkin poiketa, mikäli tutkimusasetelma niin vaatii. (Aineistonhallinnan käsikirja 2015.) Toisaalta potilaat leikkausilmoitusten takana jäivät meillekin anonyymeiksi, sillä saimme aineiston käsiteltynä niin, etteivät henkilötiedot olleet näkyvissä.

Tutkimuskysymyksiemme vastaukset löytyivät aineiston analyysin kautta. Esitietojen erottaminen leikkausilmoituksen antamasta informaatiosta oli aluksi haastavaa, etenkin edellä mainittujen lääketieteellisten termien ja entuudestaan vieraiden lyhenteiden käytön vuoksi. Myös eroavaisuuden tulivat esille elektiivisiä ja päivystysleikkausilmoituksia tarkasteltaessa. Eroavaisuuksien määrää emme osanneet ennakoida, joten sinänsä tulos ei juuri yllättänyt.

Koska systemaattisen kirjauksen tavoitteena on yhtenäinen ja tiivis olennaisten tietojen kirjaaminen (Rantalainen 2009), on hoitotyön kehittämisen kannalta hyödyllistä tarkastella leikkausilmoitusten eroja ja tuoda tämä tieto niiden tekijöille. Tulosten avulla ammattilaiset voivat saada tietoa leikkausilmoitusten yhteneväisyydestä ja esitietojen hyödynnettävyydestä perioperatiivista hoitotyötä suunniteltaessa. Tämä auttaa myös henkilökuntaa kehittämään yhtenäistä mallia leikkausilmoitusten tekoon. Tulosten esittämisestä olemme sopineet työelämäyhteyshenkilömme kanssa ja esittäminen ajoittuu osaston osastotunnille tammikuussa 2016. Nykyajan tehokkuutta ja säästöjä tavoittelevassa ilmapiirissä voisi jatkotutkimuksena selvittää, säästäisikö huolella ja yhteisiä käytäntöjä noudattaen laadittu leikkausilmoitus hoitohenkilöstön työaika perioperatiivista hoitotyötä suunniteltaessa.

Lähteet

Ahmadian, Leila – Cornet, Ronald – van Klei, Wilton A. – de Keizer, Nicolette F. 2011. Data collection variation in preoperative assessment. A literature review. CIN: Computers, Informatics, Nursing. 29(11):662-670, 2011.

Ahonen, Outi – Blek-Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ahonen, Outi – Ikonen, Helena – Koivukoski, Sirpa 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajaliitto. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.10.2014. <<https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>>. Luettu 15.1.2015.

Aineistonhallinnan käsikirja 2015. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/>>. Luettu 18.5.2015.

Alkula, Riitta – Harno, Kari 2008. Terveystieteiden kansallinen arkistopalvelu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Verkkodokumentti. Päivitetty 2014. <http://www.terveysportti.fi/ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo97155&p_haku=Potilastietoj%C3%A4rjestelm%C3%A4t> Luettu 15.1.2015.

Braaf, Sandra – Riley, Robin – Manias, Elizabeth 2015. Failures in communication through documents and documentation across the perioperative pathway. Journal of Clinical Nursing, 24, 1874-1884.

Bull, Rosalind – FitzGerald, Mary 2006. Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. International Journal of Nursing Practice, 12, 3-7.

Cardwell, Pauline – Corkin, Doris – McCartan, Rachael – McCulloch, Amber – Mullan, Claire 2011. Is care planning still relevant in the 21st century? British Journal of Nursing, No 21, 1378-1382.

Elevitch, Franklin R. 2005. Electronic health record enhances anesthesia patient safety. AANA Journal, No.5, 361-366.

GE Healthcare Finland Oy 2007. Opera-leikkaussalin toiminnanohjausjärjestelmä. Verkkodokumentti. <http://www.gehealthcare.fi/kliiniset_tietojarjestelmat/hoitoalueet/perioperatiivinenhoito/fi_FI/toiminnanohjausjarj/> Luettu 15.1.2015.

Ilola, Tiina – Hoikka, Arja – Heikkinen, Katja – Honkanen, Riitta – Katomaa, Johanna 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Kemiläinen, Arja – Jauhiainen, Annikki 2009. Johdanto sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiin. VirtuaaliAMK. Verkkodokumentti. <<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030702/1094576936856/1094583731551/1094583888132/1094655152467.html>> Luettu 15.1.2015.

Kunnamo, Ilkka – Jousimaa, Jukkapekka – Niemi, Anu – Nyber, Peter 2014. Tutkimustiedon keruuta helpottavat tietojärjestelmät. Duodecim 2014;130:1024-30. <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/xmedia/duo/duo11649.pdf>> (luettu 16.10.2015).

Kuusi, Osmo – Ryytänen, Olli-Pekka – Kinnunen, Juha – Myllykangas, Markku – Lamintakanen, Johanna 2006. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Teknologian arvioinnin peruseräraportti. Helsinki: Eduskunta/Tulevaisuusvaliokunta.

Lee, Ting-Ting 2005. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. Journal of Clinical Nursing, 14, 640-647.

Lee, Ting-Ting 2006. Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. Journal of Clinical Nursing, 15, 1376-1382.

Loikkanen, Riikka 2003. Kirjaaminen hoitotyössä – ohjeita hoitotyöntekijöille. Opinnäytetyö. Pieksämäki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Lukkari, Liisa – Kinnunen, Timo – Korte, Ritva: 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rantalainen, Terhi 2009. Hoitotyön kirjaamisen lähtökohdat. Verkkodokumentti. Kustannus Oy Duodecim. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00284&p_haku=Kirjaaminen> Luettu 31.3.2015.

Rauta, Satu – Salanterä, Sanna – Nivalainen, Jarmo – Junttila, Kristiina 2012. Validation of the core elements of perioperative nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1391-1399.

Rudolfsson, Gudrun – von Post, Irene – Eriksson, Katie 2007. The Perioperative Dialogue: Holistic Nursing in Practice. *Holistic Nursing Practice*. 21(6):292-298, 2007.

Saranummi, Niilo – Kivisaari, Sirkku – Väyrynen, Erja – Hyyppö, Hannele 2005. Terveystenhoitoyhtiön uudistaminen. Systemiset innovaatiot ja asiantuntijapalvelut muutoksen ajureina, 17. Teknologiaakatsaus. Helsinki: TEKES.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 289/2009. Annettu Helsingissä 30.3.2009.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Tammi 2009.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (HTK-ohje 2012). Verkkodokumentti. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. <<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>> Luettu 7.5.2015.

Vierula, Herta 2015. Potentiaali jää käyttämättä. *Suomen Lääkärilehti*, 10/2015 vsk 70, 616-617.

Walsh, Angela – Bornheim, Renee – Salvatore, Wanda 2013. A 100% telephone presurgery patient evaluation. *OR Nurse* 7(1):41-44, 2013.

Winblad, Ilkka – Reponen, Jarmo – Hämäläinen, Päivi – Kangas, Maarit 2008. Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2007. Tilanne ja kehityksen suunta. Stakes, Raportteja 37/2008. Helsinki. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77865/R37-2008-VERKKO.pdf?sequence=1> Luettu 6.2.2015.

