



SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN HE- RÄÄMÖN HOITOTYÖSSÄ

Matias Korhonen

Anssi Sipola

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KORHONEN MATIAS & SIPOLA ANSSI:
Sähköinen kirjaaminen heräämön hoitotyössä

Opinnäytetyö 34 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Maaliskuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä Nokian terveyskeskuksen leikkausosaston heräämön sairaanhoitajille kirjaamisrunko sähköiseen potilastietojärjestelmään, jonka avulla osaston sairaanhoitajat jäsentävät hoitotyön kirjaamistaan heräämöhoidon aikana. Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää, mitkä asiat ovat olennaisia sairaanhoitajan kirjata potilaan päiväkirurgisen heräämöhoidon aikana hyvän hoidon jatkuvuuden kannalta. Tavoitteena on saada yhtenäistettyä kirjaamiskäytäntöjä kyseisessä yksikössä, sekä auttaa sairaanhoitajia kirjaamaan tehokkaasti, mutta laadukkaasti. Työ toteutettiin kirjallisuuden pohjalta, sekä työelämäyhteyttä haastatellen teemahaastattelulla ja heidän aikaisimpia materiaalejaan hyväksikäyttäen.

Työssä käsitellään postoperatiivista hoitoa, päiväkirurgisen potilaan heräämöhoidon erityispiirteitä, kirjaamista sekä potilasturvallisuutta. Potilaan välitön leikkauksen jälkeinen hoito tapahtuu erityisvalvonnassa eli heräämössä, jossa päiväkirurgiset potilaat toipuvat anestesiasta ja lopulta kuntoutuvat kotikuntoisiksi. Tällöin hoitosuhde on lyhyt, ja sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot sekä kirjaamisen merkitys korostuvat potilasturvallisuuden kannalta. Hyvä tiedonkulku on tärkeä perustekijä turvallisessa ja laadukkaassa hoidossa.

Omaan tuotokselliseen lopputulokseemme valitsimme kirjauksen pääkohdiksi postoperatiivisen hoidon seitsemän tärkeintä osa-aluetta, joita sairaanhoitaja heräämöhoidotyössä seuraa. Liitimme mukaan myös päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerit, joita sairaanhoitaja voi kirjaamisen yhteydessä hyödyntää tarkistuslistan tyyppisesti.

Asiasanat: kirjaaminen, päiväkirurgia, postoperatiivinen hoito, potilasturvallisuus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing and Health Care

KORHONEN MATIAS & SIPOLA ANSSI:
Electronic Nursing Documentation in the Postoperative Care Unit

Bachelor's thesis 34 pages, appendices 4 pages
March 2013

The purpose of this thesis was to create a template for electronic documentation of nursing work for nurses in the postoperative care unit in Nokia. The aim was to standardize documentation of nursing work in the unit. Information for this thesis was gathered from recent literature and by interviewing the nurses of the postoperative care unit.

The theoretical section discusses postoperative nursing, day surgery, electronic nursing documentation and patient safety. Immediate postoperative care takes place in a postoperative care unit, from where outpatients are discharged. The care outpatients receive is very short-term, thus nursing documentation and the communication skills of the nurse are very important.

The seven most important points of postoperative nursing were chosen as the main titles in the template, under which the nurse can document all the important information of the care the patient has received. The discharge criteria of an outpatient was also included in the template, enabling it to simultaneously act as a checking list for the nurse responsible of the discharging.

Key words: nursing documentation, day surgery, postoperative care, patient safety

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
4	POSTOPERATIIVINEN HOITO	9
4.1	Verenkierron, nestetasapainon ja eritystoiminnan seuranta.....	9
4.2	Hengityksen seuranta	10
4.3	Tajunnan tason ja lihastoiminnan seuranta	11
4.4	Kivun seuranta	12
4.5	Leikkausalueen seuranta	14
4.6	Lämpötilan seuranta.....	14
4.7	Pahoinvoinnin seuranta.....	15
5	PÄIVÄKIRURGINEN POTILAS HERÄÄMÖSSÄ.....	18
5.1	I-vaiheen ja II-vaiheen heräämöt	18
5.2	Päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerit.....	19
6	KIRJAAMINEN.....	20
6.1	Rakenteinen kirjaaminen	20
6.2	Sähköinen kirjaaminen	22
7	POTILASTURVALLISUUS	23
8	TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ.....	25
8.1	Opinnäytetyön prosessi.....	25
8.2	Kirjaamisrunko	26
8.2.1	Tuotoksen sisältö ja ulkoasu	26
9	POHDINTA.....	27
9.1	Eettisyys ja luotettavuus	27
9.2	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet.....	28
	LÄHTEET.....	29
	LIITTEET	31

1 JOHDANTO

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista on määrätty, että terveydenhuollon ammattilaisen tulee kirjata potilaan hoidon suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta olennaiset tiedot (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 4. luku, 12§). Lukkari (2010, 106) mukaan potilasasiakirjat ovat juridisia dokumentteja potilaan hoidon aikaisista tapahtumista, jolloin ne ovat myös hoitotyön tekijöiden oikeusturvan kannalta olennaisia asiakirjoja. Perusteellinen kirjaaminen antaa pohjan turvallisuusriskien hallinnalle ja hyvälle tiedonkululle. Tiedonkulku on yksi tärkeä perustekijä turvallisessa ja laadukkaassa hoidossa. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa, Pennanen 2011, 72)

Päiväkirurginen potilas kotiutuu 12 tunnin kuluessa sairaalaan tulosta. (Korttila & Kangas-Saarela 2006, 510) Tällöin hoitosuhde potilaaseen jää lyhyeksi, joten hoidon suunnitteluun ja kirjaamiseen täytyy kiinnittää erityistä huomiota. Lisäksi anestesiahoitajan vuorovaikutustaidot korostuvat haastatellessa ja ohjatessa potilasta. (Cahill & Jackson 1997, 89;)Päiväkirurgiset toimenpiteet ovat yleistyneet leikkaustekniikoiden ja anestesiamenetelmien kehityksen myötä. Suomessa päiväkirurgia on korkealaatuista ja potilaat ovat siihen pääsääntöisesti hyvin tyytyväisiä. (Mattila 2010, 37)

Kirjaaminen on yksi hoitajan tärkeistä perustaidoista, jonka avulla hoitaja pitää yllä tietoja potilaan tarpeista sekä vasteista hoitoon. (Kelley, Brandon, Docherty 2011, 154) Kirjaamisella pyritään turvaamaan hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus. Jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden toteutumiseen vaikuttaa hoitajan osaaminen kirjata oleelliset ja tärkeät tiedot potilaan hoidossa, sekä organisaatioiden yhtenäisesti sovitut tavat toteuttaa kirjaamista. (Lukkari, Kinnunen, Korte 2010, 365) Sähköisen kirjaamisen avulla tiedot potilaasta eri ammattiryhmien välillä ovat helposti saatavilla ja sen avulla näitä tietoja voidaan käyttää potilaan hoidon suunnittelemisessa. (Saranto, Ensio, Tantu, Sonninen 2008, 97)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisen hoidon vaiheen kirjaamiseen runko, joka on saatavilla sähköisestä potilastietojärjestelmästä kyseisessä terveydenhuollon yksikössä. Kirjaamisrungolla tähdätään yhtenäiseen ja johdonmukaiseen kirjaamiseen postoperatiivisessa vaiheessa. Kirjaamisrungolla halutaan myös vähentää hoitajan käyttämää aikaa kirjaamiseen antamalla selkeät fraasit, jonka

mukaan hoitaja voi kirjata potilaan hoidosta heräämövaiheessa. Runkoa tehdessä on hyödynnetty rakenteisen kirjaamisen mukaisia periaatteita, mutta valmiiden komponenttiluokitusten emme kokeneet sopivan tähän hoidon vaiheeseen. Heräämöhoidon ja kirjaamisen osalta opinnäytetyössä ei keskitytä tietyn toimenpiteen jälkeiseen postoperatiiviseen hoitoon ja kirjaamiseen, vaan sitä käsitellään yleisellä tasolla. Aihe myös rajattiin käsittelemään aikuispotilaiden postoperatiivista hoitoa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä runko sairaanhoitajille kirjaamista varten potilaan seurannasta heräämön hoitotyössä ja syöttää se sähköiseen potilastietojärjestelmään Nokian terveystieteiden tutkimuskeskuksen leikkausosaston heräämössä.

Opinnäytetyön tehtävät:

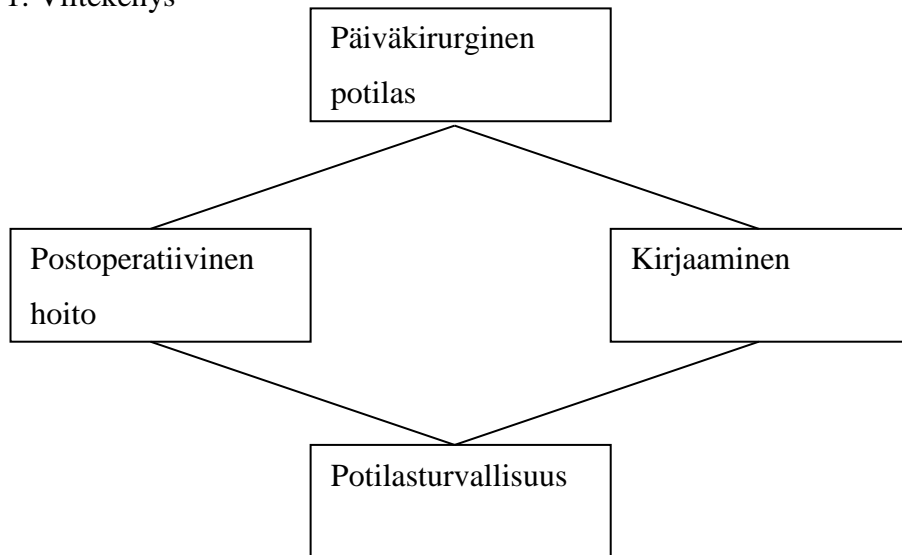
1. Mitä asioita sairaanhoitaja kirjaa heräämövaiheessa?
2. Miten saadaan kirjaamisen avulla turvattua hoidon jatkuvuus?
3. Mitä erityispiirteitä on päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisessa heräämöhoidossa?

Opinnäytetyön tavoitteena on saada yhtenäistettyä kirjaamiskäytäntöjä kyseisellä leikkausosastolla, sekä auttaa sairaanhoitajaa kirjaamaan tehokkaasti, mutta laadukkaasti. Tavoitteena on myös selkeyttää päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerejä kyseisessä yksikössä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Valitsimme teoreettisiksi lähtökohdiksi käsitteet *päiväkirurginen potilas*, *kirjaaminen*, *postoperatiivinen hoito*, ja *potilasturvallisuus*. Teoreettiset lähtökohdat on esitelty alla kuviossa 1.

KUVIO 1. Viitekehys



Käsitteet on valittu jakamalla opinnäytetyön aihe tärkeimpiin osa-alueisiin, jotka he-
räämöhoidon kirjaamiseen päiväkirurgisen potilaan kohdalla liittyy.

4 POSTOPERATIIVINEN HOITO

Postoperatiivisen hoitotyön osalta keskitymme heräämössä tapahtuvaan välittömään leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Potilaan leikkauksen jälkeinen välitön hoito jatkuu leikkauksosaston yhteydessä olevassa valvontayksikössä eli heräämössä, jolloin alkaa postoperatiivinen vaihe. Heräämössä potilasta tarkkaillaan ja hoidetaan niin kauan, että hän ei tarvitse enää välitöntä postoperatiivista hoitoa. (Lukkari 2010, 361-362)

Heräämössä hoitoon kuuluu potilaan tarkkailu ja hoito. Hoitajien tehtäviin kuuluu potilaspaikan valmistelu, tiedottaminen, potilaan tarkkailu, kivun arviointi ja hoito sekä pahoinvoinnin arviointi ja hoito. Postoperatiivisessa hoidossa mahdollisia ongelmakohtia ovat hengitykseen liittyvät ongelmat, verenkiertoon liittyvät ongelmat, virtsanerityksen ongelmat, sekä alilämpöisyys. (Lukkari 2010, 360)

4.1 Verenkierron, nestetasapainon ja eritystoiminnan seuranta

Anestesia-aineilla on vaikutusta verenkiertoa suojaavien refleksien toimintaan vaimentavasti, jolloin verenkierron valvonnan merkitys korostuu. Hyvällä verenkierron seurannalla voidaan ehkäistä kudosten hapen puutteeseen liittyviä vaurioita. (Salmenperä & Yli-Hankala 2006, 343). Verenkierron seurantaan heräämöhoidon aikana kuuluu sydänsähkökäyrän eli EKG:n, syketaajuuden ja sen säännöllisyyden sekä verenpaineen seuranta (Lukkari 2010, 368). Välittömässä postoperatiivisessa seurannassa verenpainetta mitataan vähintään 15 minuutin välein. Verenpaineen seurannassa huomioidaan myös yleisimmät muutosten aiheuttajat mitattuihin verenpaine arvoihin (TAULUKKO 2).

TAULUKKO 2. Verenpaineen muutoksen aiheuttajia (Lukkarinen 2012, 8)

Hypotensiota aiheuttavat tekijät	Hypertensiota aiheuttavat tekijät
Lääkkeet	Kipu
Anestesiamenetelmät	Hypotermia
Yliherkkyys	Tärinä
Vuoto	Korkea veren CO ₂ -pitoisuus

Sepsis	rakon venytys
Sydämen hapenpuute (Iskemia)	

EKG:tä käytetään hyväkuntoisella potilaalla lähinnä syketaajuuden valvontalaitteena. Sitä seurataan myös postoperatiivisten rytmihäiriöiden varalta. Lukkarisen (2012, 9) mukaan yleisimpiä postoperatiivisia rytmihäiriöitä ovat sinustakykardia, sinusbradykardia, johtumishäiriöt sekä supraventrikulaariset rytmihäiriöt. Vanhuspotilailla rytmihäiriöihin täytyy herkästi puuttua ja hoitaa määrättyllä lääkityksellä, kun taas nuorilla ja terveillä potilailla rytmihäiriöitä ei välttämättä tarvitse lääkittää, vaan seuranta riittää. (Lukkarinen 2010,9-10)

Nestetasapainoa hoidetaan postoperatiivisessa vaiheessa toteuttamalla määräysten mukaisista neste ja lääkehoitoa. Hyvällä nestetasapainon hoidolla voidaan ehkäistä leikkauksesta aiheutuvia infektioita (Rantala 2006, 207-208). Potilaasta tarkkaillaan ilmenevää janontunnetta ja limakalvojen kuivuutta. Lisäksi nestehoidossa huomioidaan potilaan kipua, leikkausalue ja sen suojaus, sekä verenpaineen muutokset. Heräämössä pidetään kirjaa ulostulleiden eritteiden ja oksennusten määrästä. Hakalan (2012, 41) mukaan päiväkirurgiassa ei yleensä ole tarvetta suuriin nesteensirtoihin tai korvaushoitoihin.

Diureesin eli virtsanerityksen seuranta on hyvä ja helppo tapa seurata elimistön nestetasapainoa. Sydämen minuuttivirtauksen pienentyessä virtsanerityksen väheneminen on siitä ensimmäinen merkki. Tarvittaessa seurataan tuntidiureesia, minkä tulisi olla vähintään 1ml/kg/h (Salmenperä 2006, 359-360).

4.2 Hengityksen seuranta

Hengityksen tarkkailu on tärkeää huolimatta toimenpiteen aikana käytetystä anestesia-muodosta. Puudutetutkin potilaat voivat olla vahvasti sedatoituja tai kipulääkittyjä. Anestesia-aineet ja opioidit vaikuttavat potilaan hengitysreflekseihin. (Hatfield & Tronson 2009, 246) Potilaalle tulisi järjestää toimenpiteen ja kivun sallimissa rajoissa hengitystä helpottava asento. Huonosti hengittävän potilaan luota ei saisi ollenkaan poistua ja hengitystä tulisi tarkkailla huolellisesti. Hengityksestä tarkkaillaan hapetusta, hengitysfrekvenssiä, hengityksen rytmiä ja syvyyttä, hengitystapaa (normaali, syvä, pinnallinen),

hengitysäiniä, hengitysteiden eritteitä sekä ihon ja limakalvojen väriä. (Lukkari 2010, 366–369)

Hapettumista seurataan tarkkailemalla happisaturaatioarvoja ja mittaamalla valtimoveren tai uloshengityksen hiilidioksidipitoisuutta (Lukkarinen 2012,12). Happisaturaatioarvoissa tähdätään 95 prosenttiin. Uloshengityksen tai valtimoveren hiilidioksidipitoisuusarvon tulisi olla alle 5.92. Normaali hengitysfrekvenssiarvo on 12–14 hengityskertaa minuutissa. Kasvava hengitysfrekvenssi voi olla varoitus siitä, että potilaan tila on menossa epävakaksi. Hengitysfrekvenssin saavuttaessa arvon 18 kertaa minuutissa pitäisi alkaa etsiä syytä kohonneeseen arvoon. (Hatfield 2009, 245–246) Heräämöhoidon aikana ilmaantuvia ongelmia toimenpiteistä toipuvilla potilailla on yleensä ylä- ja alahengitysteiden ahtautuminen, hypoksia eli hapenpuute tai hypoventilaatio eli huono keuhkotuuletus (Lukkari 2010, 378).

Heräämöhoidon tavoitteena hengityksen suhteen on, että potilas hengittää itsenäisesti normaalisti (Lukkari 2010, 366). Kaikilla nukutetuilla potilailla tulisi heräämöönn tullessa olla happinaamari, josta virtaus tulisi olla 6 litraa minuutissa. Näin voidaan ennaltaehkäistä heräämöhoidon aikaista hypoksiaa. Potilaiden herättyä heidät nostetaan istuvaan asentoon. Lisäksi potilaita kehoitetaan hengittämään syvään ja yskimään. Hypoksiaa voidaan hoitaa nostamalla annetun virtauksen happipitoisuutta. Hypoventilaatiota voidaan taas hoitaa tehostamalla potilaan oman hengityksen avustamista. (Hatfield 2009, 258)

4.3 Tajunnan tason ja lihastoiminnan seuranta

Potilaiden tajunnantasoja sekä sen palautumista seurataan toimenpiteen jälkeen heräämössä. Toimenpiteen jälkeisestä nukutuksesta toipuminen ja herääminen vievät aikaa yksilöllisesti ja täydellinen toipuminen tapahtuu vasta potilaan kotona. Heräämisellä yleensä tarkoitetaan silmien avaamista sekä potilaiden reagoitua puhutteluun. Potilaiden tajunnantasoja voidaan seurata ja arvioida keskustelemalla potilaiden kanssa ja esittämällä tarkentavia kysymyksiä, kuten tietääkö potilas, missä hän on ja minkälaisessa toimenpiteessä hän on ollut. Potilaan tajunnantasoja voidaan myös arvioida, onko hän unelias, vai vaikeasti tai helposti heräteltävissä. (Hakala 2002, 21)

Lihastoiminnan palautuminen riippuu toimenpiteessä käytetystä anestesia- ja analgesiamuodosta. Spinaalipuudutuksessa potilaiden lihasvoiman palautuminen riippuu toimenpiteessä käytetyn puudutuksen määrästä sekä asennosta pistohetkellä. Spinaalipuudutuksesta toipuminen yleensä kestää keskimääräisesti 3-4 tuntia, mutta puudutuksesta toipuminen on aina yksilöllistä. (Hakala 2002, 22) Lukkarin (2010) mukaan, puudutetun potilaan lihasvoiman palautumista voidaan arvioida esimerkiksi pyytämällä potilasta koukistamaan ja nostamaan alaraajoja tai liikuttamaan jalkateriään. Toimenpiteessä käytettävät nukutusaineet vaikuttavat potilaiden tajunnantason heikentymiseen heräämössä ja potilaat yleensä ovat uneliaita, huonosti hengittäviä ja huonosti kommunikoiivia. Nukutetun ja relaksoidun potilaan lihasvoiman palautumista voidaan arvioida pyytämällä potilasta kohottamaan päätään ylös tyynyltään tai puristamaan hoitajan käsiä.

4.4 Kivun seuranta

Postoperatiivinen kipu päiväkirurgisella potilaalla on pahoinvoinnin ohella yleisin kotiutusta viivästyttävä tekijä (Korttila 2006, 517). Kipu voi aiheuttaa sellaisia fysiologisia haittoja, jotka pidentävät sairaalassaoloaikaa ja leikkauksesta toipumisaikaa. Postoperatiivisen kivun seuranta ja hoito alkavat heti potilaan saavuttua leikkaussalista heräämöhön. Tärkein kivun arvioija on heräämön sairaanhoitaja, joka on hoidon aikana eniten vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Kivun hoito on jatkuvaa ja aktiivista koko heräämöhoidon ajan ja tavoitteena on, että lepokipu olisi korkeintaan lievää. (Lukkari 2010, 370-371)

Tärkein apuväline kivun arvioinnissa sairaanhoitajalla on hyvä vuorovaikutus potilaan kanssa. Kipu on hyvin subjektiivinen kokemus, ja leikkauspotilaiden välillä on yksilöllisiä eroja. Potilaan täytyy tulla kuulluksi kipukokemuksistaan, sillä potilas on aina paras oman kipunsa asiantuntija. Jokainen potilas myös ilmaisee kivun omalla tavallaan, jolloin eri potilaiden kipukuvaukset eivät ole vertailukelpoisia keskenään. Kipua voidaan arvioida potilaan olemusta tarkkailemalla. Potilas saattaa esimerkiksi jännittää vartaloaan, hieroa tai varoa leikkausaluetta ja näyttää huolestuneelta. Myös huokailu voi olla merkki kivusta. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia kipumittareita, kuitenkin yhden potilaan kohdalla aina samaa kipumittaria, jotta kivun arviointi olisi vertailukelpoista ja luotettavaa. Esimerkkejä kipumittareista on sanallinen kipuaasteikko (Verbal rating scale, VRS), numeerinen kipuaasteikko (Numeral rating scale, NRS), numeerinen

ja sanallinen tyytyväisyysasteikko ja visuaalinen kipuaasteikko (Visual analogue scale, VAS). Kipumittarit ovat esitelty taulukossa 2.

TAULUKKO 3. Esimerkkejä kipumittareista (Lukkari ym. 2007,371)

<p>Sanallinen kipuaasteikko (VRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ei kipua - lievä kipu - kohtalainen kipu - voimakas kipu - sietämätön kipu 	<p>Numeerinen kipuaasteikko (NRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asteikko 0-10, jossa 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua
<p>Numeerinen ja sanallinen tyytyväisyysasteikko</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 = täysin tyytyväinen, erinomainen kivunlievitys, ei sivuvaikutuksia - 2 = tyytyväinen, hyvä kivunlievitys, lieviä sivuvaikutuksia - 1= tyytymätön, riittämätön kivunlievitys, sivuvaikutuksia - 0 = täysin tyytymätön, tehoton kivunlievitys 	<p>Visuaalinen kipuaasteikko (VAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kipujana tai kipukiila, jossa toinen pää tarkoittaa kivutonta tilaa ja toinen pahinta mahdollista kipua - Potilas itse merkitsee kiilalle tai janalle kohdan mikä hänen mielestään kuvastaa kivun voimakkuutta sillä hetkellä - Lasten kohdalla voidaan käyttää myös kasvojen ilmeitä kuvastavaa kipumittaria

Sairaanhoitaja hoitaa kipua anestesia- ja kivunlääkärin suunnitelmien mukaisesti. Suunnitelma tehdään potilaan tilan, leikkauksen laajuuden ja mitatun kivun mukaisesti. Kivunlääkkeet jaetaan pääasiassa keskushermoston ulkopuolella vaikuttaviin tulehduskipulääkkeisiin ja keskushermostoon vaikuttaviin, euforisoiviin analgeetteihin eli opioideihin. Pienempien leikkausten jälkeistä kipua hoidetaan pääasiassa keskushermoston ulkopuolella vaikuttavilla tulehduskipulääkkeillä tai parasetamolilla. Tarvittaessa tulehduskipulääkkeiden lisäksi voidaan käyttää myös heikkoja tai vahvoja opioideja. Toimenpiteen lopussa haava-alueelle voidaan infiltroida puuduteainetta kivun lievittämiseksi. Hyvällä kivunhoidolla voidaan vaikuttaa positiivisesti potilaan toipumiseen sekä tyytyväisyyteen. Lisäksi kivunhoito ehkäisee hoidon komplikaatioita ja kivun kroonistumista. (Lukkari 2010, 371-373)

Kivun seuranta tulisi kirjata yhtä säännöllisesti, kuin vitaalinelintoimintojen seuranta kirjataan. Tärkeää kivunhoidon kirjaamisessa on kirjata käytetty kipumittari sekä kivun voimakkuus ennen ja jälkeen kipulääkkeen antamisen. Näin voidaan seurata kivunhoi-

don vaikuttavuutta sekä seurata ja arvioida eri kivunlievitysmenetelmien vaikuttavuutta yksilöllisesti kunkin potilaan kohdalla. (Lukkari 2010, 373)

4.5 Leikkausalueen seuranta

Potilas tulee toimenpiteestä toimenpidelääkärin määräämä sidos haava-alueella. Toimenpiteiden jälkeen leikkausalue pidetään puhtaana ja kuivana seuraavan 24 tunnin ajan. Heräämössä haavasidoksia yleensä vain vahvistetaan, ja jos sidokset täytyy vaihtaa, se tehdään steriilisti. Vuorokauden kuluttua toimenpiteestä haava-alueella voi jo suihkuttaa ja käsitellä tehdaspuhtain välinein. (Hakala 2012, 23) Jos päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen asetetaan laskuputkia, tulee potilaan olla halukas kotiutumaan laskuputken kanssa samana päivänä ja poistoaika ja – paikka täytyy olla sovittuna ennakoon. (Korttila 2006,511)

Leikkausalueesta seurataan haavasuojausta, kudosturvotusta ja haavakipua. Haavan eritystä seurataan tarkkailemalla vuotoa kudoksiin, laskuputkiin, sidoksiin ja vuodevaatteisiin. Kudoseritteestä arvioidaan sen laatua, määrää ja väriä. Mikäli leikkausalue erittää oletettua enemmän, pyydetään toimenpiteen suorittanut lääkäri arvioimaan tilanne. Myös leikkausalueen ympäröivän alueen verenkiertoa seurataan havainnoimalla ihon lämpöä, väriä ja tuntoa. Tarkkailun lisäksi potilaalta kysytään, millaisia tuntemuksia haava-alueella on, kuten kutinaa, kireyttä tai venytystä. Heräämön sairaanhoitaja arvioi, onko haavakipu normaalia voimakkaampaa. (Lukkari 2010, 367)

Heräämössä haava-alueella voidaan hoitaa asentohoidolla tukemalla aluetta esimerkiksi tyynyjen avulla. Lisäksi sidoksia vahvistamalla voidaan lisätä tukea haavan ympäristöön. Raajaleikkauksissa leikattu raaja voidaan tukea kohoasentoon. Kylmähoito taas vähentää vuotoa, kipua ja turvotusta. Kivunhoito on tärkeä osa-alue myös leikkausalueen seurannassa ja hoidossa heräämöhoidotyössä. (Hakala, N. 2012, 23)

4.6 Lämpötilan seuranta

Heräämössä potilaan lämpötilaa seurataan ja ylläpidetään hyvää lämpötasapainoa. Eri-tyisesti puudutetut potilaat, vanhukset, lapset, ja pitkissä leikkauksissa olleet potilaat

ovat alttiimpia alilämpöisyydelle eli hypotermialle (lämpötila alle 35,5 astetta). Alilämpö altistaa potilaat monenlaisille komplikaatioille, kuten verisuonten supistumiselle, kohonneelle verenpaineelle, kudosten vähäiselle tai riittämättömälle verenvirtaukselle sekä se voi pidentää lihasrelaksanttien ja anestesia-ainekemikaalien vaikutusaikaa elimistössä. Lisäksi normaalilämpöiset (36–38 astetta) potilaat toipuvat anestesia-aineista nopeammin kuin alilämpöiset. Alilämpöisyydestä aiheutuva lihasvärinä lisää potilaan hapenkulutusta sekä hiilidioksidin tuottoa elimistössä. Riskipotilaiden kohdalla lihasvärinä voi aiheuttaa potilaille vakavia komplikaatioita, kuten sydänlihasiskemiaa ja ventilaatiovajausta. (Lukkari 2010, 381)

Alilämpöisyyden paras hoitokeino on sen ennaltaehkäiseminen. Heräämössä alilämpöisyyden hoitamiseksi on käytössä lämpimiä infuusionesteitä, nesteenlämmittimiä, lämpöpeittoja sekä koneellinen lämpöpuhallin. Palelevan potilaan hoitoon kuuluu myös lisähapen antaminen sekä verenpaineen seuraaminen. Aktiivisen lämmittämisen seurauksena perifeeriset verisuonet laajenee, jolloin verenpaine laskee. Verenpaineen laskun seurauksena potilas voi tarvita lisänesteytystä. Hypotermia lisää potilaan heräämössäoloaikaa. (Lukkari 2010, 380)

4.7 Pahoinvoinnin seuranta

Pahoinvointi ja oksentelu (PONV = Postoperative nausea and vomiting) ovat yleisiä anestesian jälkeisiä sivuvaikutuksia. Ensimmäisen vuorokauden aikana puolella potilaista esiintyy pahoinvointia ja neljänneksellä oksentelua. (Complete recovery room book + Lukkari) Pahoinvointia esiintyy erityisesti yleisanestesian jälkeen, mutta myös laajojen puudutusten jälkeen. Puudutuksen jälkeisen PONV:n todennäköisyys riippuu puudutuksen laajuudesta ja todennäköisyys on suurempi, jos puudutuksen tukena käytetään opiaattia. Postoperatiiviselle pahoinvoinnille yleisiä riskitekijöitä (TAULUKKO 4) ovat aikaisempi postoperatiivinen pahoinvointi, matkapahoinvointi, tupakoimattomuus sekä naissukupuoli. Postoperatiivinen pahoinvointi voi olla haitaksi tiettyjen leikkausten jälkeen lisäämällä komplikaatoriskiä, kuten pään, kaulan ja vatsan alueen kirurgiasa sekä plastiikkakirurgiassa.

TAULUKKO 4. PONV-riskitekijät (Knopf, Rotko, Koivuranta 2010, 43-44)

Potilaaseen liittyvät	Anestesiaan liittyvät	Kirurgiaan liittyvät
Aikaisempi PONV	Yleisanestesia	Lapsilla karsastusleikkaukset
Matkapahoinvointi	Peri- ja postoperatiivinen opioidilääkitys	Kudosten venytys
Tupakoimattomuus	Pitkä anestesia	Kirurgiasta aiheutuva elimistön tulehdusreaktio
Naissukupuoli	Inhalaatioanesteetin käyttö	Paineen nousu ruoansulatuskanavassa
Migreeni	Ilokaasun käyttö	
Ikä (vähenee vanhetessa)	Neostigmiinin käyttö	

Pahoinvoinnin oireisiin ensimmäisessä vaiheessa kuuluvat nieleskely, syljeneritys, kalpeus ja hikoilu, jotka voivat olla merkki oksennusrefleksin käynnistymisestä. Toisessa vaiheessa potilas alkaa yökkäillä ja oksentaa, kun mahasuolikanavan lihakset, hengityselinten ja vatsan lihaksisto supistuvat. Kolmas vaihe on palautuminen, jossa pahoinvointi hellittää ainakin hetkeksi. (Hakala 2012, 35)

Postoperatiivisen pahoinvoinnin hoito voidaan aloittaa jo antamalla ennaltaehkäisevästi (profylaktisesti) potilaalle lääkettä pahoinvoinnin estoon leikkaussalissa toimenpiteen aikana. Profylaksian hyöty riippuu potilaan oletetusta PONV-riskistä. Potilaalla, jolla ei ole yhtään riskitekijää, ei välttämättä tarvitse profylaktista pahoinvoinninelääkettä. Pahoinvoinnin estoon ja hoitoon käytettäviä lääkkeitä ovat niin sanotut antiemeetit (oksentelua ehkäisevät lääkkeet). Antiemeetteihin kuuluvia lääkeryhmiä ovat dopamiinin estäjät, antihistamiinit, antikolinergit, serotoniinin estäjät, deksametasoni sekä neurokiniinin estäjät. Lisäksi PONV:n mahdollisesti johtuessa suurista opioidiannostuksesta voidaan sen hoitoon käyttää naloksonia pieninä annoksina. Jos PONV:tä ilmenee profylaksiasta huolimatta, annetaan hoitona sellaista lääkettä, mitä ei ole annettu profylaktisesti. Postoperatiivisen pahoinvoinnin ja oksentelun hoitoon kuuluu myös riittävästä

nesteytyksestä sekä riittävästä kipulääkityksestä huolehtiminen. (Knopf 2010, 408-412; Hakala 2012, 34-36)

5 PÄIVÄKIRURGINEN POTILAS HERÄÄMÖSSÄ

Päiväkirurginen potilas saapuu leikkausosastolle leikkauspäivänä ja kotiutuu toimenpiteen jälkeen muutaman tunnin kuluttua, kuitenkin viimeistään 12 tunnin sisällä leikkausosastolle saapumisesta. Päiväkirurgisessa toimenpiteessä potilas voi olla yleisanestesiassa, laskimosedaatiassa tai laajassa puudutuksessa. Potilaan kelpoisuus päiväkirurgiseen toimenpiteeseen arvioidaan etukäteen potilaan terveydentilan, toimenpiteen laajuuden sekä komplikaatioiden ja niiden hoitomahdollisuuksien perusteella. (Korttila 2006, 510-511)

Päiväkirurgisen potilaan postoperatiivisessa hoidossa on yleensä kaksi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa potilaat heräävät anestesiasta, jolloin myös suojarefleksit ja liiketoiminnot alkavat palautua. Toisessa vaiheessa potilaat toipuvat kotiutuskuntoisiksi. Joissakin tapauksissa ensimmäisen vaiheen valvontavaihe voidaan ohittaa kokonaan, jos potilas on jo toimenpiteen päätyttyä hereillä ja peruselintoiminnot ovat vakaat. (Korttila 2006, 516)

5.1 I-vaiheen ja II-vaiheen heräämöt

I-vaiheen heräämön seuranta tapahtuu heti potilaan tultua leikkaussalista. I-vaiheen heräämössä on välineet vaativampaan seurantaan. I-vaiheen heräämöhön tulee sekä yleisanestesiasta että spinaalipuudutuksesta toipuvat potilaat. I-vaiheen heräämössä vitaa-liarvoja kirjataan erilliselle anestesiaalomakkeelle. Kun potilaiden vitaa-lielintoiminnot ovat riittävän kauan normaalitasolla, pääsee potilas siirtymään II-vaiheen heräämöhön. (Hakala 2012, 11)

II-vaiheen heräämössä on kevyempää seuranta tarvitsevat potilaat. Tällainen seuranta on riittävää paikallispuudutetuille potilaille sekä I-vaiheen heräämössä jo toipuneille potilaille. II-vaiheen heräämö on olohuonemainen tila, jossa potilaat alkavat pikkuhiljaa lähteä yksin liikkeelle tarvittaessa avustettuna ja lopulta toipuvat kotikuntoisiksi. II-vaiheen heräämössä yleensä on vähemmän hoitovälineistöä, jolloin ympäristö on vähemmän uhkaavan tuntuinen potilaalle. Kuitenkin tarvittaessa esimerkiksi lisähappi on helposti saatavilla. Myös potilaan omaiset pääsevät osallistumaan aikaisemmassa vai-

heessa potilaan hoitoon. II-vaiheen heräämön etuna on myös se, että I-vaiheen heräämön vaativammasta valvonnasta vapautuu nopeammin tilaa tarkoituksenmukaisempaan käyttöön. Ennen kotiutumista tulee kullakin potilaalla täytyä päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerit. (Cahill 1997, 175)

5.2 Päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerit

Potilaiden toipuminen toimenpiteen jälkeen ja oikein ajoitettu kotiuttaminen ovat päiväkirurgian onnistumisen kannalta tärkeitä asioita. Potilaiden enneaikainen kotiuttaminen leikkausosastolta voi johtaa ongelmiin joko kotimatalla tai kotona. Myös liian myöhäinen kotiuttaminen vaikeuttaa valvontayksikön työntekoa aiheuttamalla ruuhkaa valvontayksikössä sekä lisäämällä hoitohenkilökunnan tarvetta. Kun potilaat ovat toimenpiteen jälkeen orientoituneita ja kykeneviä istumaan, tulee heitä vähitellen rohkaista liikkumiseen avustettuna. Useissa päiväkirurgian yksiköissä potilaiden tulee pystyä nauttimaan nesteitä suun kautta sekä kyetä virtsaamaan ennen mahdollista kotiutumista. Nesteiden nauttiminen suun kautta ja virtsaamiseen kykeneminen eivät ole pakollisia kotiutumiskriteerejä kaikille potilaille, mutta ovat pakollisia silloin kun anestesia-aiheutena on ollut spinaali- tai epiduraalipuudutus, tai toimenpide on kohdistunut virtsateiden tai peräsuolen alueelle. (Korttila, 2006, 516) Muut kotiutumiskriteerit ovat esitelty liitteessä 3. Päiväkirurgisessa yksikössä anestesiahoitajien ammattipätevyys korostuu, sillä päätöksentekokyky ja vastuunotto on tärkeää erityisesti potilaita kotiuttaessa. (Haapala 2009, 54)

6 KIRJAAMINEN

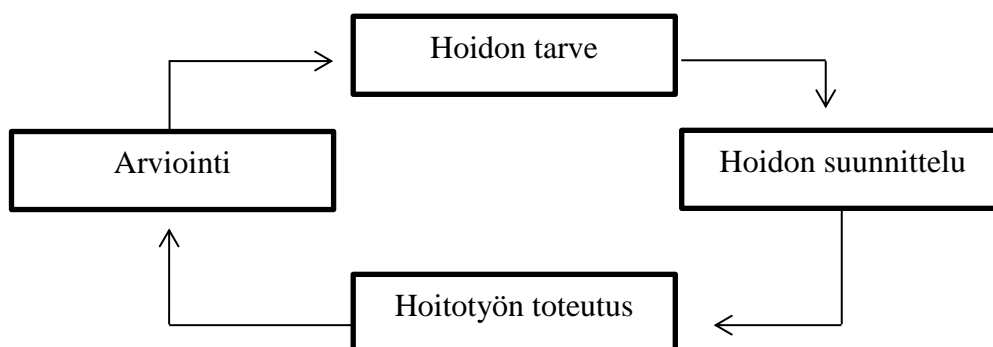
Kirjaaminen on yksi hoitajan tärkeistä perustaidoista. Kirjaamisen avulla hoitaja pitää yllä tietoja potilaan hoidon yksilöllisistä tarpeista sekä potilaan vasteista hoitoon. Hoitotyön kirjaaminen auttaa hoitajia jatkuvaan potilaan arviointiin, sekä hoidon suunnitteluun. (Kelley 2011, 154) Hyvä hoidon jatkuvuus sekä potilasturvallisuus turvataan hyvällä suullisella ja kirjallisella tiedottamisella (Lukkari 2010, 365). Tiedottaminen on yksi osa postoperatiivista hoitoa.

Potilasasiakirjat ovat juridisesti määritelty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilasasiakirjoihin kuuluu lain mukaan potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat, kuten läheteet, laboratorio-, röntgen-, ja muut tutkimusasiakirjat ja lausunnot, vastaukset sekä hoidon perusteella annetut todistukset sekä hoidon järjestämiseen muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (Hallila 2005, 16) Potilaskertomus sisältää tiedot potilaan osastohoitojaksoista sekä avo- ja kotikäynneistä, johon eri ammattiryhmien tekemistä kirjaamisista muodostuu aikajärjestyksessä etenevä asiakirja (Saranto 2005,12).

6.1 Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteisen kirjaamisen tarkoitus on jäsentää hoidon kirjaamista kansallisesti määritellyillä ydintiedoilla. Rakenteiseen kirjaamiseen sisältyy hoitotyön prosessin (KUVIO 2) eri vaiheet, joita ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoitotyön suunnittelu ja toteutus sekä hoidon tulokset. (Liljamo 2012, 10)

KUVIO 2. Hoitotyön prosessin eri vaiheet (Cahill 1997, 76)



Hoidon tarpeen määrittämisellä tarkoitetaan hoitohenkilökunnan määrittelemää olemassa olevaa tai tulevaa ongelmaa, jota voidaan lievittää tai poistaa hoitotyön toiminnolla. Hoitaja saa tietoa potilaan mahdollisista ongelmista tekemällä mittauksia, havainnoimalla potilasta sekä keskustelemalla tämän kanssa. Yhdessä potilaan kanssa hoitaja määrittää potilaan hoidon tarpeen. Hoitokertomukseen hoitaja kirjaa kyseisen hoidon kannalta olennaiset hoidon tarpeet. (Liljamo 2012,10-11; Saranto 2008, 113)

Hoitotyön toimintojen kirjaamiseen kuuluu potilaan hoidon suunnittelu ja toteutus. Hoitotyön toiminnot ovat keinoja, joilla hoidetaan määriteltyä hoidon tarvetta. Olennainen osa hoitotyön toimintoja ovat potilaan seuranta ja tarkkailu, jonka perusteella hoitaja tekee hoitotyön suunnittelua. Aktiivisen seurannan avulla voidaan välttää oireiden muu-
tosta tai estää niiden synty kokonaan. Hoitotyön toimintoihin kirjataan potilaan hoidon kannalta oleelliset suunnitelmat ja toteutukset. (Liljamo 2012, 11-12; Saranto 2008, 114)

Hoidon tuloksissa arvioidaan toteutetun hoidon tuloksia ja vaikuttavuutta. Hoitotyön tuloksissa määritellään, onko määritelty tarve parantunut, ennallaan vai huonontunut. Arviointi suhteutetaan asetettuun tavoitteeseen tarpeen hoidossa sekä auttamismenetelmän vaikuttavuuteen. (Liljamo 2012, 18;22) Hoitotyön kirjaamisen luokituksia on esitelty esimerkkinä taulukossa 5. (TAULUKKO 5)

TAULUKKO 5. Esimerkki hoitotyön kirjaamisen eri luokista

Hoitotyön tarve	Hoitotyön toiminto	Hoitotyön arviointi
Haava tihkuttaa	Sidosten vaihto – Haava putsattu keittosuola- liuoksella ja päälle laitettu uusi Mepore – haavasidos.	Haava ja sidos puhtaita, tihkutus vähentynyt. Tilan- ne parantunut.

6.2 Sähköinen kirjaaminen

Teknologian kehityttyä on siirrytty paperisesta potilaskertomuksesta tarkoituksenmukaisempaan tiedonkäsittelyyn. Sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan tietojen tallentamista, säilyttämistä ja käyttämistä digitaalisessa muodossa. Laajemmin määriteltynä se voi sisältää myös epäsuorasti potilaan hoitoon kohdistuvia tietoja, kuten hoidon järjestäminen, toiminnan ja laadun seuranta, sekä laskutukseen käytettäviä tietoja. (Saranto 2008, 97)

Hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta säädetään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tiedon hyvä saatavuus ja käytettävyys. (Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2. luku, 4§) Sähköisen potilastietojärjestelmän avulla tiedot potilaasta eri ammattiryhmien välillä siirtyvät helposti, ja näitä tietoja voidaan käyttää potilaan hoidon suunnittelussa, tilastoinnissa ja tutkimuksessa (Saranto 2008, 97). Elektroninen potilaskertomus helpottaa tiedon käsittelyä ja laajentaa uudelleenkäytön mahdollisuuksia sen vahvan rakenteisen tiedon pohjan ansiosta. Sähköisen hoitotyön kirjaamisen on myös todettu parantavan hoidon laatua huomattavasti (Kelley, Brandon & Doherty 2011, 160).

Yksi sähköisen potilastietojärjestelmän peruskäsitteistä on ydintiedot. Ydintietoihin kuuluu hallinnollisia tietoja sekä potilaan hoitoprosessin tiedot. Ydintietojen on tarkoitus antaa kokonaiskuva potilaan sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta kronologisesti. Ydintiedot ovat valtakunnallisesti määritelty hyvän yhdenmukaisuuden saavuttamiseksi. (Saranto 2008, 112-113)

7 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus on yksi perioperatiivisen hoitotyön keskeisistä periaatteista (Lukkari 2010,11;17). Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee potilasturvallisuuden terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteiksi, joiden tavoitteena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuus kattaa itse hoidon turvallisuuden, sekä siihen liittyvän prosessin turvallisuuden. (Helovuori 2011, 13) Iivanaisen ja Syväojan (2006) mukaan hoidossa olevan potilaan sekä henkilökunnan näkökulmasta turvallisuuden tavoitteena on turvallinen ympäristö, jossa potilas ei altistu tapaturmille ja henkilökunta on ammattitaitoista.

Perioperatiivisessa hoidossa potilasturvallisuuden olennainen osa on, että sairaanhoitaja osaa käyttää kaikkia hoitoon liittyviä laitteita tai osaa pyytää opastusta niiden käyttöön. Potilaan fyysisestä turvallisuudesta erityisesti perioperatiivisessa hoidossa huolehditaan siten, että potilas ei missään hoidon vaiheessa jää yksin. Potilaan psyykkisestä turvallisuudesta huolehditaan olemalla aidosti läsnä, sekä hyvällä tiedottamisella, kunnioittamisella ja mielipiteiden huomioimisella. (Lukkari 2010, 17)

Potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat hoitotyön prosessit ja toimintatavat, fyysinen ympäristö, sekä dokumentointi ja tiedonkulku. Hoitotyön prosesseihin ja toimintatapoihin kuuluvat yksittäisten henkilöiden sekä koko organisaation toimintamallit. Ihmisten tekemien virheiden taustalla on usein prosesseihin, toimintatapoihin ja olosuhteisiin vaikuttavat tekijät. Prosesseihin, työmenetelmiin ja ohjeistuksiin lasketaan kaikki organisaatiossa virallisesti käytössä olevat käytännöt ja toimintamenetelmät. Potilaiden vaaratapahtumien ehkäisemisen tavoitteena on saada toimintatapojen ja prosessien kehittäminen sellaiselle tasolle, että riski erehdysten sattumille on minimaalinen. Vaaratilanteiden syntymisen ehkäisemiseksi edellytetään että poikkeamat ja läheltä piti – tilanteet kirjataan ja raportoidaan asianmukaisesti. Kirjausten ja raporttien perusteella tehdään tilanteista analyysi ja toimintatapoja pyritään korjaamaan sellaisiksi, että vaaratilanteet pystytään jatkossa tunnistamaan ja ennaltaehkäisemään. (Helovuori 2011, 64)

Fyysinen ympäristö on potilaiden, läheisten sekä hoitohenkilökunnan kannalta tärkeässä asemassa. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan potilasta ja henkilökuntaa ympäröivää tilaa, kuten heräämöö, leikkaussalia tai potilashuonetta. Hyvän turvallisuuden kannalta

ympäristön tulee olla hyvin järjestelty, esteetön ja tilava, mikä edistää työn suorittamista turvallisesti. Vaaratapahtumien syntyyn yleensä vaikuttavat ympäristön sekavuus ja epäjärjestys, ahtaus ja puutteelliset tilat, häiriötekijät, heikko valaistus tai vaaralliset rakenteet sekä puutteelliset varoitusmerkinnät. Potilaiden hoidossa käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden kunto tulisi tarkistaa tietyn aikavälein. Mikäli laitteissa tai tarvikkeissa huomataan puutteita tai vikoja, tulisi niistä tehdä tarvittavat ilmoitukset vikojen korjaamista varten. Laitteiden hallittavuus ja käyttö on teknologian kehittyessä muuttunut monimutkaisemmaksi ja yhdessä yksikössä voi olla käytössä samoja laitteita usealta eri valmistajalta ja jokainen laite vaatii erilaista osaamista. Potilasturvallisuuden kannalta on yksikkö tai organisaatio velvoitettu järjestämään tarvittavat koulutukset laitteiden käytön opastukseen ja henkilökunta on myös itse vastuussa siitä että osallistuu järjestettyihin koulutuksiin. (Helovu 2011, 67-69)

Dokumentoinnilla ja tiedottamisella luodaan hyvä pohja turvalliselle hoidolle. Dokumentointi on ammattilaisten työväline, jota ohjaa tarkoin määritelty lainsäädäntö ja erilaiset ohjeistukset. Selkeä dokumentointi on tärkeää ja sillä varmistetaan hyvä turvallinen pohja tiedonkululle ja se on yksi perustekijä laadukkaalle ja turvalliselle hoidolle. Yleinen haittatapahtuman synty on tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen, esimerkiksi potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Haittatapahtumien estämiseksi tulisi yksiköillä olla yhteisesti sovitut käytännöt tiedon jakamisesta eteenpäin ja yhtenäiset ohjeet suullisen raportin antamiselle. Teknologian kehitys sähköiseen kirjaamiseen on tuonut uusia mahdollisuuksia potilasturvallisuuden edistämiseksi ja myös uusia haasteita vaaratapahtumien syntyyn. Sähköisen kirjaamisen ansiosta potilastiedot ovat helposti saatavilla henkilökunnalle, minkä avulla saadaan esimerkiksi tieto potilaan lääkityksestä tai jatkohoito-ohjeista nopeasti. Teknologian kehityksessä on myös otettava huomioon sähköisen järjestelmän kaatuminen, jolloin tarvittavat tiedot eivät ole saatavilla ja potilaan hoito viivästyy tämän vuoksi. Järjestelmän kaatumiselle tulee yksiköllä olla suunnitelma, miten tärkeät potilastiedot saadaan selville ja miten kirjaaminen jatkuu siihen saakka kunnes järjestelmä on taas toiminnassa. (Helovu 2011, 72-73)

8 TUOTOKSEEN PAINOTTUVA OPINNÄYTETYÖ

Tuotokseen painottuva opinnäytetyö on ammattikorkeakoulujen opinnäytetyö, jossa opiskelija tuottaa esimerkiksi esineen, tapahtuman, toiminnan tai tuotteen ja kirjoittaa raportin (Vilkka & Airaksinen, 2003.) Valitsimme opinnäytetyömme muodoksi tuotokseen painottuvan opinnäytetyön, sillä työelämämme tilaama työ oli runko heräämön kirjaamiseen.

8.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön prosessi meidän kohdallamme alkoi 2012 keväällä ensin aiheen valinnalla ja työelämäpalaverilla Nokian terveystieteiden leikkausosastolla. Palaverissa sovittiin, miten työtä lähdetään toteuttamaan, ja mitä rakenteita tuotoksessamme olisi hyvä olla. Palaverin avulla työlle luotiin tarkoitus, tehtävät ja tavoite. Tutkimusluvan saamisen jälkeen työtä on tehty keräämällä teoreettista tietoa, kirjoittamalla teoriaa auki työhön ja muodostamalla tuotosta.

Opinnäytetyön tekeminen sujui melko hyvin ennalta sovitun aikataulunmukaisesti. Pysyimme tuottamaan jokaiseen sovittuun palaveriin niihin vaaditut vaiheet. Opinnäytetyön kirjoitusprosessi painottui syksylle 2012 ja keväälle 2013. Tammikuussa 2013 pääsimme myös tutustumaan leikkausyksikön heräämön toimintaan, mistä saimme paljon hyötyä opinnäytetyön kirjoittamiseen. Valmis opinnäytetyö on palautettu maaliskuussa 2013, ja sen jälkeen esitetty Tampereen ammattikorkeakoululla ja Nokian terveystieteiden leikkausosastolla.

Opinnäytetyötä varten kerätty teoreettinen tieto on kerätty terveystieteiden kirjallisuudesta ja alan artikkeleista sekä tieteellisistä tutkimuksista. Tiedonhakuun käytettiin erityisesti Nelli-portaalia, jonka avulla pääsi käsiksi alan luotettaviin tietokantoihin. Valitsemamme lähteet ovat pääsääntöisesti kaikki 2000-luvulla julkaistuja. Käytimme myös englanninkielistä lähdemateriaalia, sillä esimerkiksi suoraan heräämönhoitotyöhön liittyvää kirjallisuutta löytyi paremmin kuin suomenkielisestä kirjallisuudesta. Myöskään päiväkirurgisten yksiköiden rakenteesta ei löytynyt alan kirjallisuudesta suoraan tietoa, joten hyödynsimme tähän Nokian terveystieteiden leikkausyksiköstä saatua tietoa.

Työelämäyhteytenä Nokian terveystieteiden leikkausosastolla oli osastonhoitaja, jonka kanssa tapasimme useamman kerran ja pidimme yhteyttä myös sähköpostitse läpi koko prosessin. Saimme häneltä hyvää tukimateriaalia yksikön olemassa olevasta kirjaamisesta ja vinkkejä lähdemateriaaliin. Lisäksi saimme haastatella yhtä yksikön sairaanhoitajaa, joka esitteli meille potilastietojärjestelmän, johon runkomme syötettiin, ja esitteli kuinka yksikössä kirjaaminen tapahtuu.

8.2 Kirjaamisrunko

Oma tuotoksemme on kirjallinen tuotos, joka on runkona sairaanhoitajille heräämöhoidotyön kirjaamisessa (LIITE 2). Tuotos on syötetty Nokian terveystieteiden leikkausosaston heräämössä käytettävään potilastietojärjestelmä Efficaan.

8.2.1 Tuotoksen sisältö ja ulkoasu

Tuotokseen on kirjattu pääotsikot, jotka kuvastavat heräämöhoidossa olevan potilaan hoidossa seurattavia asioita. Pääotsikoiden alle kirjataan vapaalla tekstillä otsikoiden mukaisesti postoperatiiviseen seurantaan liittyvät ongelmat, hoito, sekä hoidon vaikuttavuuden arviointi, mikä on rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaista kirjaamista. Lisäksi sisällytimme runkoon päiväkirurgisen potilaan kotiutusstandardit, sillä ne toimivat samalla myös tarkistuslistana sairaanhoitajalle potilaan kotiutumiskunnon suhteen. Tuotokseen ei ole sisällytetty vitaalielintoimintojen mitattaville arvoille omaa kohtaa, sillä yksikössä vitaalielintoiminnoista mitatut arvot heräämöhoidon aikana kirjataan erilliselle anestesiaomakkeelle, joka on käytössä myös leikkaussalin kirjaamisessa.

Tuotoksen ulkoasuun emme panostaneet muuten kuin loogisuudeltaan oikeastaan ollenkaan, sillä sähköiseen potilastietojärjestelmään pystytään ainoastaan syöttämään tuotoksemme kaltainen fraasilista.

9 POHDINTA

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tampereen ammattikorkeakoulun tutkimuseettisissä ohjeissa määritellään, että tutkimuksen tekijän tulee soveltaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä tekijöiden tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Lisäksi opinnäytetyön tulee olla sovitusti suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Marttila, 2012) Tähän työhön saatiin tutkimuslupa Nokian kaupungin terveyskeskuksen leikkausosastolta opinnäytetyön tekemistä sekä sitä varten tehtyä haastattelua varten.

Aihe työhön saatiin työelämäyhteydeltämme. Opinnäytetyön aloittamisen aikaan pohdimme yhdessä työelämäyhteyden kanssa, mitä tuotoksemme sekä opinnäytetyömme teoriaosan tulisi sisältää. Tämän perusteella muodostimme opinnäytetyön tehtävät. Muokkasimme työtämme työelämäyhteytemme kehitysehdotusten mukaiseksi koko tekoprosessin ajan.

Lähdekritiikki on opinnäytetyötä tehdessä välttämätöntä. Lähdeaineistona tulisi pyrkiä käyttämään tuoretta, tunnettua ja ajantasaista lähdettä. (Vilka 2003, 72) Tähän työhön kerätty teoreettinen tieto on kerätty mahdollisimman tuoreesta saatavilla olevasta kirjallisuudesta. Apuna on käytetty englanninkielisiä alan oppikirjoja aiheista, joista suomenkielistä materiaalia ei ollut yhtä hyvin saatavilla. Työn tukena on käytetty myös kyseisen leikkausyksikön osastonhoitajalta saatuja materiaaleja liittyen heidän toimintatapoihinsa ja käytäntöihinsä. Vilkan ja Airaksisen (2003) mukaan varsinaisen tutkimushaastattelun sijaan voidaan tarkkaan harkituille henkilöille tehdä konsultaatioita. Omasa työssämme konsultoimme yksikön osastonhoitajaa useaan otteeseen, sekä kävimme osastolla haastattelemassa yhtä osaston sairaanhoitajista. Haastattelusta teimme vapaa-muotoiset muistiinpanot, joita hyödynsimme tuotostamme tehdessä. Työtä tehdessämme noudatimme hyviä tieteellisiä käytäntöjä.

9.2 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Sairaanhoitajan toimenkuvassa kirjaaminen on keskeinen osa-alue, jonka avulla saadaan taattua hyvä tiedon jatkuvuus sekä lisättyä potilasturvallisuutta tätä kautta. Kirjaamista yhtenäistämällä säästetään hoitajien aikaa kirjaamisvaiheesta itse potilaan hoitoon ja valvontaan, mutta kuitenkin kirjattua jatkohoidon kannalta olennaiset tiedot ja yhteenveto potilaan hoidosta heräämössä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda kirjaamisrunko Nokian terveyskeskuksen leikkausyksikön heräämööseen. Rungon avulla leikkausyksikön sairaanhoitajat kirjaavat valittujen pääotsikoiden alle potilaan hoidosta heräämöhoidon aikana. Työme teoreettisessa osassa käsittelemme rungon osa-alueet omina kokonaisuuksinaan, joiden perusteella olemme rungon muodostaneet yhdessä työelämäyhteyden kehitysehdotusten kanssa.

Opinnäytetyöme tehtävänä oli selvittää, mitä sairaanhoitaja kirjaa heräämöhoidossa, miten kirjaamisen avulla turvataan hoidon jatkuvuus sekä mitä erityispiirteitä on päiväkirurgisen potilaan heräämöhoidossa. Opinnäytetyöme teoreettinen osa vastaa näihin kysymyksiin omilla osioissaan, joten tehtävät ovat toteutuneet. Itse opimme työtä tehdessämme hyvin paljon heräämöhoidotyöstä, kirjaamisen teoriasta ja siihen liittyvästä potilasturvallisuudesta sekä päiväkirurgian erityispiirteistä. Työn teosta tulee varmasti olemaan hyötyä siirtyessämme työelämään.

Kehittämis ehdotukseksi ajattelimme tutkimusta siitä, kuinka paljon sairaanhoitaja kuluttaa aikaa kirjaamiseen, ja onko sähköinen kirjaaminen aikaa säästävää, mutta turvallinen vaihtoehto.

LÄHTEET

Cahill, H. & Jackson, I. 1997. Day Surgery – Principles & Nursing Practice. Bailliere Tindall.

Haapala, M. 2009. Anestesiahoitajien ammatillisen pätevyyden avaintekijät päiväkirurgiassa. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto.

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

Hatfield, A. & Tronson, M. 2009. The complete recovery room book. Oxford university press.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., Pennanen, P. Potilasturvallisuus. 2011. Edita Prima Oy: Helsinki

Kelley, T., Brandon, D., Docherty, S. 2011. Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. Journal of Nursing Scholarship.

Knopf, C., Rotko, N., Koivuranta, M. 2010. Postoperatiivinen pahoinvointi ja oksentelu – the big little problem. Finnanest 5/2010.

Korttila, K. & Kangas-Saarela, T. 2006. Päiväkirurginen anestesia. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim. 510-520.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 30.4.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Viitattu 30.4.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Liljamo, P., Kaakinen, P., Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot hanke 2007-2008. Luettu 30.4.2012.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53f7c79c-b7db-4a27-914c-aef3899abb78>

Liljamo, P., Kinnunen, U-M., Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2/2012.
<http://www.julkari.fi/handle/10024/90804>

Lukkari, H., Kinnunen, T., Korte, R. 2010. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY: Helsinki.

Lukkarinen, H., Virsiheimo, T., Hiihala, K., Savo, M., Salomäki, T. 2012. Käsikirja potilaan heräämövaiheen seurannasta ja turvallisesta siirrosta vuodeosastolle. Hoitotieteen tutkimussäätiö. Julkaistu 12.6.2012.

Mattila, K. 2010. Day Surgery in Finland. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Salmenperä, M. & Yli-Hankala, A. 2006. Potilaan valvonta anestesian aikana. Teoksessa Rosen-berg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim. 337-362.

Saranto, K., Ensio, A., Tantu, K., Sonninen, A. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY: Helsinki.

Rantala, A. 2006. Leikkausalueen infektioiden ehkäisykeinot. Finnanest 2006 39 (3) s. 207-210.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Tammi.

LIITTEET

LIITE 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Tekijä ja tutkimuksen nimi	Työn tarkoitus, tehtävät/ongelmat ja tavoitte	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Kelley, Tiffany., Brandon, Deborah., Docherty, Sharron. (2011) Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care	Tarkoituksena tutkia, parantaako sähköinen hoitotyön kirjaaminen hoidon laatua	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Sähköisen hoitotyön kirjaamisen vaikutus potilaiden hoidon laatuun jää epäselväksi.
Mattila, Kristiina. (2010) Day surgery in Finland.	Tarkoitus kuvata päiväkirurgiaa Suomessa ja selvittää sen laadukkuutta	Satunnaistettu kaksoissokkoutettu tutkimus Tutkimuskohteena 14 päiväkirurgista yksikköä	Päiväkirurgia Suomessa on korkealaatuista ja potilaat ova siihen hyvin tyytyväisiä
Haapala, Maiju (2009) Anestesiahoitajien ammatillisen pätevyyden avaintekijät päiväkirurgiassa	Tarkoituksena kuvata, millaisia ammatillisia pätevyysvaatimuksia päiväkirurginen työ vaatii anestesiahoitajalta	Laadullinen tutkimus Teemahaastattelu (n=8)	Ammattillinen pätevyys edellyttää vuorovaikutus- ja ohjaustaitoa, sekä potilaan fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden hallinnan

LIITE 2. Tuotos

- **Verenkierto, nestetasapaino ja eritystoiminta (RR, nestehoito, juominen, diureesi)**
- **Hengitys (ongelmat, apumenetelmät)**
- **Tajunnan taso ja lihastoiminta (herääminen, palautuminen, liikkuminen)**
- **Kipu (kipumittari, lääkitys, hoidon vaikuttavuus)**
- **Leikkausalue (hoito, sidokset,eritys)**
- **Lämpötila (ongelmat, apumenetelmät)**
- **Pahoinvointi (ilmeneminen, lääkitys, muu hoito)**

Päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerit:

- **Potilaan vitaalielintoiminnot ovat olleet vakaat vähintään tunnin ajan**
- **Potilas on orientoitunut aikaan ja paikkaan**
- **Potilaan kipu on hallinnassa tai hoidettavissa kotona**
- **Haava ei vuoda tai tihkuta**
- **Potilas pystyy juomaan ja mahdollisesti syömään**
- **Potilaalla ei ole pahoinvointia, johon lääkitys ei auta**
- **Potilas pystyy kävelemään itsenäisesti tai kävelytukien avulla**
- **Potilas kykenee virtsaamaan (jos toimenpide tehty spinaalissa tai kohdistunut virtsateiden alueelle)**
- **Potilaalla on saattaja kotimatalla ja kotona seuraavaan aamuun vastuullinen henkilö seurana**

Liite 3. Päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerit (Hakala 2012, 55).

Kriteeri	Kriteerin täytyminen
Vitaalielintoiminnot (verenkierto, hengitys, tajunnantaso)	Potilaan vitaalielintoimintojen tulee olla vakaat (leikkausta edeltävällä tasolla) tunnin ajan ennen kotiuttamista <ul style="list-style-type: none"> - verenkierto (pulssi, verenpaine) - hengitys (SaO₂, hengittäminen on vaivatonta) - tajunnantaso
Tajunnantaso	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan tulee olla orientoitunut paikkaan ja aikaan - Potilaan tulee kyetä vastaanottamaan kotihoito-ohjeet
Kipu	<ul style="list-style-type: none"> - Kivun tulee olla hallinnassa ja hoidettavissa kotona otettavilla kipulääkkeillä (ei tarvetta injisoitaviin kipulääkkeisiin) VAS >3
Haava	<ul style="list-style-type: none"> - Haava ei vuoda tai tihkuta
Syöminen ja juominen Pahoinvointi	<ul style="list-style-type: none"> - Potilas pystyy juomaan nesteitä ja mahdollisesti syömään - Ei ole liiallista pahoinvointia, johon lääkitys ei auta
Liikkuminen	<ul style="list-style-type: none"> - Potilas pystyy kävelemään tuettuna tai keppien avulla
Virtsaaminen	<p>Potilaan tulisi kyetä virtsaamaan ennen kotiin lähtöä</p> <ul style="list-style-type: none"> - spinaalipuudutuksen - virtsateihin kohdistuvan leikkauksen jälkeen (urologinen, gynekologinen) <p>Muille potilaille tämän kriteerin täyttyminen ei ole pakollista. Potilas ohjataan haakeutumaan hoitoon leikkauspäivän iltaan mennessä, jollei hän ole saanut virtsattua</p>

	ennen sitä.
Hakija ja seuralainen	<ul style="list-style-type: none">- Potilaalla tulee olla hakija joka hakee hänet yksiköstä tai vastaanottaja kotona jos hän menee taksilla.- Potilaalla tulee olla seuralainen leikkauspäivän seuraavaan aamuun. Seuralaisen tehtävä on auttaa potilasta esim. soittamalla apua tarvittaessa.