



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

**PERIOPERATIIVISEN KIRJAAMISEN
KEHITTÄMINEN JA ECP-JÄRJESTELMÄN
TOIMINNALLISET VAATIMUKSET
KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALASSA**

Esa Honkonen

Opinnäytetyö
Toukokuu 2017
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Hyvinvointiteknologian koulutus

ESA HONKONEN

Perioperatiivisen kirjaamisen kehittäminen ja ECP-järjestelmän toiminnalliset vaatimukset Keski-Suomen Keskussairaalassa.

Opinnäytetyö 41 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Toukokuu 2017

Keski-Suomen Keskussairaalassa on ollut käytössä Effica Carepath Platform (ECP)-leikkaus- ja anestesiatietojärjestelmä vuodesta 2009. Järjestelmätoimittaja on Tieto Oyj. Pääasiallisena kirjausalustana järjestelmää käyttävä leikkausosastot ja pre-operatiivinen yksikkö. Lisäksi järjestelmää käyttävät ja siihen kirjaavat tietoja leikkauspotilaiden osalta esimerkiksi vuodeosastot, ajanvarauspoliklinikat, teho-osasto sekä päivystyspoliklinikka.

Vaikka järjestelmä itsessään toimiikin pääsääntöisesti hyvin, on sen käytössä tiettyjä tottumuksia ja tapoja, jotka eivät ole potilaan hoidon tai potilasturvallisuuden kannalta optimaalisia. Nämä tavat ja tottumukset aiheuttavat niin potilaan kiireettömän hoidon viivästyksiä, kuin lisäävät merkittävästi myös hoitohenkilökunnan työtä. Erilaisista asetuksista ja säädöksistä tulee myös vaatimuksia sen suhteen, mitä leikkauspotilaasta tulee kirjata.

Hoitohenkilökunnan toimimista erilaisissa kirjaamis- sekä muissa ECP:n käyttötilanteissa voidaan ohjata laitimalla yhteisiä pelisääntöjä eri tilanteita varten. Tulevaisuudessa itse tietojärjestelmä voisi myös ohjata hoitohenkilöstön toimintaa huomattavasti nykyistä enemmän.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa niin perioperatiivisen kirjaamisen ongelmatilanteita, kuin myös ECP:n käyttötilanteita, sekä hakea niihin ratkaisua yksikkörajat ylittävän Delfoi-asiantuntijapaneelin avulla Keski-Suomen Keskussairaalassa. Asiantuntijapaneelin vastausten perusteella laadittiin ehdotuksia perioperatiiviseen kirjaamiseen tehtävistä pelisäännöistä sekä laadittiin esitykset toiminnallisista vaatimuksista Effica Carepath Platform – järjestelmän tulevaa kehitystä ajatellen.

Delfoi-paneelissa käytiin kaksi kierrosta. Ensimmäiselle kierrokselle osallistui kahdeksan panelistia (n=8), ja toiselle kuusi (n=6). Paneelin asiantuntijat olivat lähes yhtä mieltä siitä, että kirjaamiseen ongelmakohtien osalta tulee laatia yksikkörajat ylittävällä yhteistyöllä pelisäännöt. Asiat, joihin tässä otettiin kantaa, olivat: esilääkitys, diureesi, sekä jatkohoitomääräykset. Lisäksi otettiin kantaa erilaisiin ohjelman käyttötilanteisiin. Koulutusta ECP -järjestelmän käyttöön tulisi myös lisätä. Lisäksi työssä laadittiin vaatimuksia ECP-järjestelmän tulevalle kehitykselle.

Asiasanat: perioperatiivinen kirjaaminen, Delfoi-menetelmä, potilastietojärjestelmä

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's degree Programme in Wellbeing Technology

HONKONEN, ESA

Improving Perioperative Documentation and Creating Functional Requirements for ECP-system in Central Finland Central Hospital

Master's thesis 41 pages, appendices 4 pages
May 2017

Effica Carepath Platform (ECP) is a health care ICT system for perioperative documentation, provided by Tieto. This system has been in use in Central Finland Central Hospital since 2009. It is used throughout patient's perioperative care path in different wards and units inside the hospital.

Due to the fact that the system has been in use for almost a decade, there are still some minor problems, which cause delays in elective patient treatments and surgical operations, and also causes extra work for employees including nurses and physicians. It is possible to reduce this workload and also make the patient perioperative path faster and more efficient.

In Finland, there are several laws and other acts about nursing documentation, despite the fact that these aren't as exact as they should or could be. The lack of clear rules has resulted in variations in documentation. One possible solution is the implementation of clear rules for the perioperative documentation. This is also a matter of patient safety.

The goal for this thesis was to create rules for perioperative documentation in Central Finland Central Hospital. To achieve this, a group of experts working in different places using ECP, has been selected for this thesis. Delphi was used as a method to reach a consensus and to find solutions for perioperative documentation from the experts interviewed. The second goal was to create functional requirements for ECP-system, for further system development.

A two round Delphi-method was used. In the first round there were eight participants (n=8) and six participants (n=6) in the second round. The experts on the Delphi-panel were almost unanimous about the topics discussed. The main points were creating rules for different documentation situations, including pre-operative medication, diuresis and post-operative prescriptions. There were also different ECP operating situations, where consensus was search and found. Several functional requirements about topics mentioned above, were also found and planned for future.

Key words: perioperative documentation, Delphi-method, health-care ICT system

SISÄLLYS

ERITYISSANASTO	5
1 JOHDANTO.....	6
2 ECP JA LEIKKAUSOSASTOT 1-3	7
3 ASIANTUNTIJUUS HOITOTYÖSSÄ	8
4 PERIOPERATIIVISEN HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	10
5 POTILASTURVALLISUUS	12
6 TIETOJÄRJESTELMÄN VAATIMUSMÄÄRITTELYSTÄ.....	13
7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT, TARKOITUS JA TAVOITTEET ...	14
7.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus	14
7.2 Delfoi-menetelmä	15
8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	16
9 OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS	17
10 DELFOI-PANEELIN TULOKSET JA VASTAUSTEN ANALYSOINTI ...	22
10.1 Ensimmäinen Delfoi-kierros	22
10.2 Toinen Delfoi-kierros	26
11 KEHITYSEHDOTUKSET	30
11.1 Koulutuksen lisääminen.....	30
11.2 Pelisääntöjen laatiminen	30
11.3 Konkreettiset kehitysehdotukset	31
11.4 Esitykset tietojärjestelmän kehittämiseksi	32
12 POHDINTA.....	33
12.1 Yleistä	33
12.2 Jatkokehitysideat.....	34
LÄHTEET.....	35
LIITTEET	38
Liite 1: Saatekirje osastonhoitajille	38
Liite 2: Saatekirje tutkimukseen osallistujille	39
Liite 3: Saatekirje 1. Delfoi-kierrokselle	40
Liite 4: Saatekirje 2. Delfoi-kierrokselle	41

ERITYISSANASTO

Delfoi-menetelmä	Tutkimusmenetelmä, jossa kartoitetaan asiantuntijoiden mielipiteitä käsiteltävästä aiheesta.
ECP	Lyhenne ohjelmasta Effica Carepath Platform
Effica	Tieto Oyj:n kehittämä potilastietojärjestelmä
Effica Carepath Platform	Anestesia- ja leikkaushoidon tietojärjestelmä, joka on osa Effica potilastietojärjestelmää.
Effica hoidonvaraus	Jokaisesta toimenpidepotilaasta tehtävä varaus Effica-järjestelmään, johon on kirjattu esim. potilaan diagnoosi ja suunniteltu toimenpide.
Hiljainen raportti	Potilaan päivittäiset hoitotiedot luetaan tietojärjestelmästä, eikä niitä raportoida suullisesti esim. hoitajalta-hoitajalle.
Kirjaaminen	Esimerkiksi potilaalle tehtävien toimenpiteiden, annettujen lääkkeiden ja potilaan voinnin seurannan dokumentointi potilastietojärjestelmään.
“Leijapolku”	Kts. Prosessium-polku
Minimikriteerit	Vähimmäisvaatimukset siitä, mitä tulee kirjata.
Perioperatiivinen hoitopolku	Käsittää potilaan leikkaushoidon, ennakkovalmistelut ja jälkihoidon sovittujen periaatteiden mukaisesti.
Pre-operatiivinen yksikkö	Sairaalan yksikkö, joka huolehtii potilaiden valmistelusta ja hoidosta ennen leikkaustoimenpidettä.
Pre-yksikkö	Kts. Pre-operatiivinen yksikkö.
Prosessium	Effica Carepath Platformin aiempi nimi
Prosessium-polku	ECP-tietojärjestelmässä oleva hoitopolku, johon potilaan tiedot kirjataan.

1 JOHDANTO

Yleistetysti sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmällä tarkoitetaan ATK-laitteilla käytettävää ohjelmistoa tai järjestelmää, jonka avulla käsitellään asiakastietoja ja potilasasiakirjoja ja niiden sisältämiä tietoja. Kirjatut tiedot tallennetaan erityiseen tätä tarkoitusta varten suunniteltuun tietovarantoon. Tietojärjestelmien yleiset vaatimukset määritellään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Vaatimusten osoittamisesta vastaa tietojärjestelmän valmistaja. (Valvira 2017.)

Keski-Suomen Keskussairaalassa on käytössä Tieto Oyj:n Perioperatiivinen ratkaisu, joka on osa Effica-potilastietojärjestelmää. Järjestelmä ja ohjelmisto tukevat koko perioperatiivista hoitoketjua ja mahdollistavat yhden kirjauksen periaatteen ja sen, että kaikki tarvittavat potilastiedot ovat kaikkien asianosaisten käytössä samanaikaisesti. (Karjalainen, 2011.)

Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan Delfoi-asiantuntijapaneelin avulla ratkaisuja perioperatiivisen kirjaamisen ongelmakohtiin ja Effica Carepath Platform -ohjelman käyttötilanteisiin Keski-Suomen Keskussairaalassa, hoitoyksikkörajat ylittäen. Tavoitteena on saada aikaan konsensus kehitysideoista, jotka tullaan tämän työn pohjalta esittämään ohjelman kehittämiseksi, ja ennen ohjelmistokehitystä yleisiksi ohjeiksi järjestelmän käytöstä.

Keskeisenä ohjaavana tekijänä kehitystyössä on potilaan etu ja potilasturvallisuus. Nykyään, jolloin entistä enemmän potilastietoja katsotaan itsenäisesti tietokoneelta, oikeasta paikasta oikeaan aikaan löytyvä tieto on keskeinen tekijä hoidon sujuvoittamiseksi ja potilasturvallisuuden takaamiseksi.

ECP-järjestelmä on ollut käytössä Keski-Suomen Keskussairaalassa vuodesta 2009. Kahdeksan vuotta myöhemmin järjestelmän käyttötilanteissa esiintyy edelleen ongelmia. Useat näistä voitaisiin ratkaista esimerkiksi koulutusta lisäämällä ja ohjeistamalla asiat paremmin. Lisäksi voitaisiin sopia esimerkiksi yhteisistä pelisäännöistä kirjaamiseen, sekä itse tietojärjestelmä voisi tulevaisuudessa ohjata käyttäjää huomattavasti nykyistä enemmän.

2 ECP JA LEIKKAUSOSASTOT 1-3

Keski-Suomen Keskussairaalan Leikkausosastoilla 1-3 leikataan vuosittain noin 16 000 potilasta. Vuonna 2015 määrä oli 16 170, jossa kasvua edellisvuodesta oli 448 toimenpidettä. (Vuosikertomus 2015, 8.) Leikkausosastot sijaitsevat fyysisesti eri puolella Keski-Suomen Keskussairaala, mutta ovat hallinnollisesti yhtä kokonaisuutta. Leikkaussaleja on yhteensä 22, ja jokaisella leikkausosastolla on oma heräämönsä. Heräämöpaikkoja on noin 50.

Keski-Suomen Keskussairaalan Leikkausosastoilla 1-3 on pääasiallisena kirjausalustana käytössä Tieto Oyj:n sähköinen Effica Carepath Platform – anestesia- ja leikkaushoidon tietojärjestelmä. Järjestelmä on ollut käytössä vuodesta 2009. Järjestelmä lyhennetään kirjainyhdistelmällä ECP. Järjestelmän aiempi, ja edelleen käytössä oleva nimi on Prosessium. Joskus puhekielessä käytetään vielä järjestelmästä nimeä ”Leija”, joka oli tietojärjestelmäprojektin nimi järjestelmän kehitysvaiheessa. ECP toimii suoraan Internet-se-laimessa, ja on yhteydessä Effica – potilastietojärjestelmään.

Leikkausosastojen 1-3 lisäksi ECP-järjestelmää Keski-Suomen Keskussairaалassa käyttää pääasiallisena kirjausalustana esimerkiksi kiinteästi leikkaustoimintaan liittyvä Pre-operatiivinen yksikkö. Tehostetun hoidon yksikkö, Päivystyspoliklinikka, vuodeosastot sekä osa ajanvarauspoliklinikoista kirjaavat tietoja ECP-järjestelmään esimerkiksi silloin, kun kyseisistä yksiköistä on tulossa potilas anestesia- ja leikkaustoimenpiteeseen. Yksiköt voivat myös järjestelmän avulla perehtyä etukäteen heille leikkausosastolta tuleviin potilaisiin. Ohjelma voi olla auki ja saman potilaan tietoja voidaan katsoa ja täydentää reaaliaikaisesti yhtä aikaa usealla eri tietokoneella.

ECP – järjestelmä koostuu potilaan hoitopolusta, joka on jaettu 1.pre-operatiiviseen vaiheeseen, 2. leikkausvaiheeseen, 3. heräämövaiheeseen ja 4. jatkohoitovaiheeseen. Nämä noudattelevat perioperatiivisen hoidon kolmea eri vaihetta, jotka ovat pre-operatiivinen (ennen leikkausta), intraoperatiivinen- (leikkauksenaikainen) ja post-operatiivinen vaihe siten, että post-operatiivinen vaihe ohjelmassa käsittää niin heräämö- kuin jatkohoitovaiheenkin.

3 ASIANTUNTIJUUS HOITOTYÖSSÄ

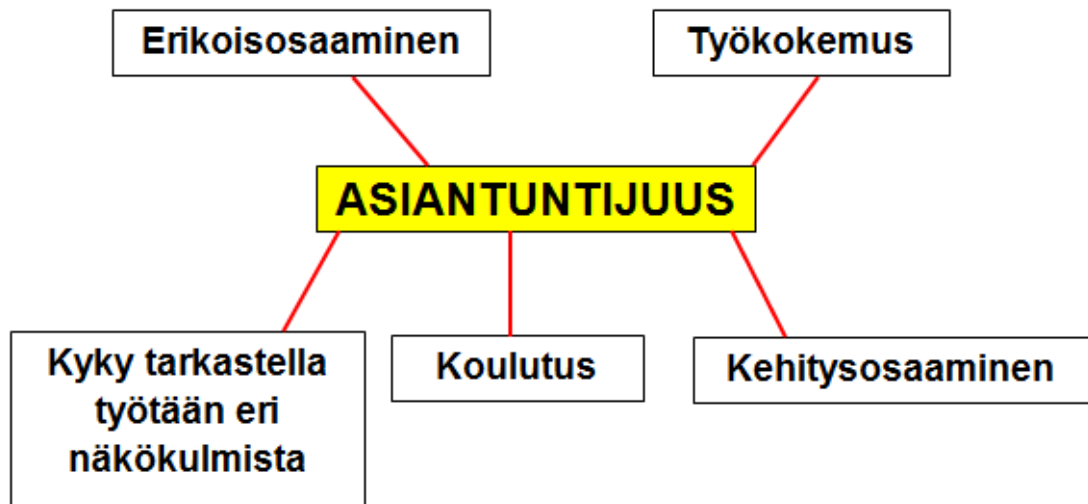
Hoitotyön asiantuntijuutta ei ole pystytty yksiselitteisesti määrittelemään. Tämän totesivat Leppänen & Puupponen (2009), tekemässään systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa otsikolla ”Hoitotyön asiantuntija – käsitteen määrittely”. Hoitotyön asiantuntijan roolit ovat erilaisia ja vaihtelevat riippuen esimerkiksi organisaatiosta, jossa asiantuntija työskentelee. (Leppänen & Puupponen 2009, 46–47.)

Hoitotyön asiantuntija – käsitteelle on löydetty seuraavia määritelmiä, jotka asiantuntijalla ovat: hän on itsenäinen toimija ja erikoisosaaja esimerkiksi tietyn potilasryhmän hoitamisessa, hänellä on laajennettu toimenkuva ja hänelle on siirretty tehtäviä, esimerkiksi vastaanotto toimintaa. Hoitotyön asiantuntijalla tulee olla riittävän koulutusosaamisen lisäksi myös kokemusta kliinisestä työstä, vaikka työkokemuksen määrä suhteessa asiantuntijuuteen itsessään ei ollutkaan keskeisiä tutkimustuloksia. (Leppänen & Puupponen (2009), 40–42.)

Rekolan (2010) mukaan asiantuntijalla on kyky ymmärtää kokonaisuuksia ja tarkastella asioita laajemmin kuin oman työnsä näkökulmasta, ja hän pystyy kehittämään uutta irrottautuen aikaisemmasta tavasta tehdä asioita. Asiantuntijalla on korkeatasoinen koulutus ja hän on kasvanut asiantuntijaksi itsensä kehittämisen ja pitkän työkokemuksen kautta. Lisäksi asiantuntijalla on toisia paremmat tiedot tietystä aihealueesta. (Rekola 2010.) Kollektiivinen asiantuntijuus hoitotyössä käsittää seuraavat asiat: kriittinen työote, autonomia, yhteistyö ja yhteinen tiedonmuodostus (Sieppi 2008, 31).

Määriteltäessä hoitotyön kliinistä asiantuntijuutta terveydenhuollossa on käynyt ilmi, että kliinisellä asiantuntijalla, jolla tässä yhteydessä tarkoitettiin usein myös kliinistä työtä tekevää hoitajaa (ulkomaiset tutkimukset), vaaditaan lukuisia eri ominaisuuksia. Pätevä kliininen asiantuntija omaa merkittävää asiantuntijuutta omalta erikoisalaltaan sekä työkokemusta. Hän suhtautuu muutokseen ja katsoo tulevaisuuteen myönteisesti ja on yhteistyökykyinen pystyen tekemään päätöksiä. (Jaakkola 2012, 29.) Asiantuntijahoitajaksi nimityksen perusteluina on käytetty koulutusta, pätevyyttä, työkokemusta ja työelämätaitoja (Vestman 2013, 33).

Kovanen (2012) tutki YAMK-opinnäytetyössään päivystyspoliklinikan vastuuhoitajan osaamis- ja asiantuntijuusvaatimuksia. Vaadittaviksi ominaisuuksiksi tutkimuksen perusteella nousivat esimerkiksi: työkokemus (päivystyshoitotyöstä), potilas- ja asiakaslähtöisyys, prosessijohtamisosaaminen, organisaation ja palvelujärjestelmien tuntemus, organisointikyky, päätöksenteko, ongelmien ratkaiseminen ja johtamistaidot. (Kovanen 2012, 27–37.)



Kuvio 1. Asiantuntijuus Leppäsen & Puupposen (2009), Rekolan (2010) ja Jaakkolan (2012) mukaan.

4 PERIOPERATIIVISEN HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan anestesia- tai leikkausosaston sairaanhoitajan hoitotyötä koskien leikkauspotilasta. Perioperatiivinen hoitoprosessi koostuu pre-, intra- ja postoperatiivisesta vaiheesta. Pre-operatiivinen vaihe käsittää potilaan hoidon ennen leikkaussalia (leikkausvaihetta), intraoperatiivinen vaihe potilaan hoidon leikkaussalissa tai toimenpidehuoneessa ja post-operatiivinen vaihe hoidon heräämössä, valvontayksikössä ja sen jälkeen vuodeosastolla. Post-operatiivinen vaihe katsotaan päättyneeksi yhden päivän leikkauksen jälkeen. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 10–11, 20–22.)

Haaviston (2011) opinnäytetyössä kehitettiin kirjaamista Satakunnan keskussairaalan leikkausosaston heräämössä. Ongelmakohtia kartoitettaessa suurimmaksi ongelmaksi nousi tiedon saatavuus. Lisäksi haasteena koettiin tietojen vaikea löydettävyys ja epäyhtenäisyys. (Haavisto 2011, 34.)

Tutkittaessa rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoa valvontayksikössä, tutkimukseen haastatellut kokivat, että omalla asenteella voi vaikuttaa uusien kirjaamistapojen käyttöönottoon. Lisäksi perehdytystä tarvitaan yleisesti annettua enemmän. Muutoksista tulee myös informoida hyvissä ajoin ennen niiden käyttöönottoa. Lisäksi toivottiin yhteisiä pelisääntöjä. (Ohtonen 2011, 40-43.) Tutkittaessa puolestaan tietojärjestelmien käytön osaamista, tutkittavasta joukosta, joka Kantomaan (2013) tutkimuksessa, käsitti 18 leikkaus-sairaanhoitajaa, 91,8 % koki hallitsevansa intraoperatiiviseen hoitotyön kirjaamiseen liittyvät tietojärjestelmät omassa työyksikössään (Kantomaa 2013, 35).

Pihlaja (2006) tutki opinnäytetyössään gynekologisen potilaan pre- ja post-operatiivista kirjaamista ja sen laatua. Tuloksissa kirjaaminen painottui eniten fyysisiin ominaisuuksiin, kuten esimerkiksi kipuun ja leikkausvuodon seurantaan. Puutteita kirjaamisessa oli esimerkiksi tarpeiden tunnistamisessa ja ennen kaikkea hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa. (Pihlaja 2006, 28.)

Huttunen (2014) tutki pro gradu – tutkielmassaan käyttäjäkokemuksia sähköisestä anestesiatietojärjestelmästä. Sen mukaan käytettäessä käyttäjäkeskeistä suunnittelua saadaan paras mahdollinen lopputulos. Käyttäjien kokemuksia tietojärjestelmästä ja sen suunnittelusta on syytä hyödyntää, jotta järjestelmä toimisi mahdollisimman hyvin suunnitellussa käyttöympäristössään. (Huttunen 2014, 42.)

Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen kehittäminen ei ole uusi asia: Jo vuonna 2006 käynnistettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä PeriHoiDok-projekti, tarkoituksena kehittää yhtenäinen perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen malli. Projektin ensimmäinen vaihe oli kartoittaa kirjaamisen nykytila. Se toteutettiin luomalla projektiryhmä, joka perusti sen hetkiseen käytössä olevaan kirjausalustaan. (Hoitotyön vuosikirja 2007, 76–77.)

Anestesiahoitotyön käsikirjassa on yksi määritelmä anestesiahoitotyön kirjaamisen minimikriteereistä. Siinä kirjaaminen jaotellaan pre- ja intraoperatiivisesti kirjattaviin asioihin. Lisäksi mainitaan kirjaaminen siirtotilanteissa, joissa korostuvat tiivistelmä annetusta hoidosta, kuvaukset ongelmista ja poikkeamista sekä jatkohoito-ohjeet. Lisäksi tärkeänä osana ovat siirtokriteerit joko kotiin tai jatkohoito-osastolle. (Heikkinen & Lundgrén-Laine 2013.)

Vuonna 2009 tutkittiin asiakirja-analyysin avulla 50 tekonivelleikkauspotilaan kirjauksia minimikriteerien avulla. Kriteerit otettiin AORN: n (Association of PeriOperative Registered Nurses) laatimista suosituksista, koska Suomessa ei ole laadittu vastaavia kansallisia suosituksia. Tutkimuksessa havaittiin lukuisia puutteita kirjauksissa, joita ei olisi tapahtunut, jos minimikriteerit olisivat olleet olemassa ja niitä olisi noudatettu. (Tiusanen ym. 2009, 269.)

Tengvall (2010) tutki väitöstutkimuksessaan anestesia- ja leikkaushoitajien ammatillista pätevyyttä kyselytutkimuksella, johon osallistuivat leikkaustiimin jäsenet (kirurgi, anestesia- ja leikkaushoitaja ja anestesiahoitaja). Yhtenä osiona oli dokumentointi ja kirjaaminen. Tutkimuksen perusteella kirjaaminen toteutui aina totuudenmukaisesti leikkaushoitajilla 50 %:lla ja anestesiahoitajilla ”että siitä pystyy toteamaan potilaan saaman hoidon ja päätöksiin johtaneet tapahtumat” vain 38 %:lla leikkauksista tai toimenpiteistä. (Tengvall 2010, 47–49, 83–85.)

5 POTILASTURVALLISUUS

Potilasturvallisuus jaetaan yleisesti kolmeen eri osa-alueeseen, joita ovat: 1. laiteturvallisuus, 2. hoidon turvallisuus ja 3. lääkehoidon turvallisuus. Laiteturvallisuus pitää sisälleen lääkinnällisten laitteiden käytön ja osaamisen, hoidon turvallisuus itse hoitotilanteen ja hoitomenetelmät ja lääketurvallisuus potilaan lääkityksen ja hoitohenkilöstön lääkeosaamisen. (Mitä on potilasturvallisuus, 2014.)

Ajateltaessa potilasturvallisuutta hoitotyön dokumentoinnin (=kirjaaminen) viitekehyksessä, voidaan sanoa, että tehtyjen asioiden kirjaaminen on hyvin keskeistä terveydenhuollon ammattilaisten toiminnassa. Selkeä dokumentaatio on yksi turvallisen hoidon perustekijöistä. Ongelmat tiedonkulussa johtavat usein potilaalle sattuvaan haittatapahtumaan. Tämä korostuu esimerkiksi potilassiirroissa eri hoitoyksiköiden välillä. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 72.)

Perinteisesti terveydenhuollossa haittatapahtumia on pidetty tilanteessa olevan tai olevien hoitotyöntekijöiden henkilökohtaisina virheinä, eikä niitä juuri ole ollut tapana tarkastella systeemin näkökulmasta. Toisin sanoen, ei ole ajateltu syvällisemmin sitä, mitkä tekijät tai toimintamallit olivat osaltaan mahdollistamassa virhettä. Systeeminäkökulmassa pyritään toimintamallien kehittämiseen sellaisiksi, jotta mahdollisuudet tehdä virheitä vähenisivät. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 14–15.)

Potilasturvallisuuskeskustelua ei Kanervan (2015) mukaan käydyä läheskään niin laajasti, kuin mitä olisi tarpeen. Lisäksi potilasturvallisuus nähdään ja ajatellaan usein suppeasti, esimerkiksi oman työyhteisön tai työyksikön kautta. Ajateltaessa terveydenhuoltoa turvallisuuskriittisenä organisaationa, on tärkeää, että huomio potilasturvallisuudessa ja sen luomisessa kiinnitetään yksilön sijasta systeemiin. Moniammatillinen ja yksikköraajat ylittävä työ on välttämätöntä potilasturvallisuuden kehittämiseksi. (Kanerva 2015, 81.)

Potilasturvallinen järjestelmä on sellainen, jossa järjestelmä ohjaa käyttäjänsä toimintaa oikeaan ja potilasturvalliseen suuntaan. Toimimaton järjestelmä puolestaan johtaa usein siihen, että sitä joko ei käytetä, tai sitten keksitään erilaisia kiertoteitä tai jätetään jopa asioita tekemättä tai dokumentoimatta. (engl. workarounds). (Human Factors Engineering 2016.)

6 TIETOJÄRJESTELMÄN VAATIMUSMÄÄRITTELYSTÄ

Lähtökohtaisesti tietojärjestelmän täytyy parantaa tietojärjestelmän käyttäjien työtä. Lisäksi vaatimusten tulee olla teknisesti toteutettavissa. Kolmantena vaatimuksena on kustannustehokkuus. (Nykänen 2012.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) antaa pohjan terveydenhuollossa käytettävien järjestelmien yleisille vaatimuksille. Terveydenhuollon tietojärjestelmät jaetaan kahteen luokkaan. Luokkaan A kuuluvat sellaiset järjestelmät jotka ylläpitävät Kansaneläkelaitoksen Kanta-palveluita tai ovat yhteydessä siihen. Luokkaan B-kuuluvat kaikki muut tietojärjestelmät. (Valvira 2017.)

Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen määräys 2/2016 määrittelee sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien vaatimukset ja niiden toteuttamisen (Määräys 2/2016 THL/295/4.09.00/2016).

Kaskela (2005) pohjaa näkemyksensä osittain kirjoihin Tietojärjestelmän ostaminen – käytännön opas yrityksille (2002), Tietojärjestelmän hankinta – Ohjelmistotoimittajan ja -ratkaisun valinta (2002) ja Toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto pk-yrityksessä (2001). Vaatimustenmäärittelyprosessi voidaan aloittaa tietojärjestelmätutkimuksesta. Tämä on käyttökelpoinen menetelmä, jos halutaan kehittää vanhaa järjestelmää tai korottaa siinä olevia ongelmia. (Kaskela 2005.)

Kaskela (2005) jakaa vaatimukset kahteen osaan: näitä ovat toiminnalliset ja ei-toiminnalliset vaatimukset. Itse vaatimustenmäärittelyprosessi puolestaan jakautuu kolmeen osaan, joita ensimmäisessä määritellään tavoitteet, toisessa tunnistetaan tarpeet ja kolmannessa vaiheessa luodaan itse vaatimukset. (Kaskela 2005.)

7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT, TARKOITUS JA TAVOITTEET

7.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli asiantuntijapaneelin avulla työryhmätyöskentelynä Delfoi-menetelmää käyttäen kartoittaa perioperatiivisen potilaan hoidon kirjaamisen ongelmakohtia sekä ongelmallisia ECP:n käyttötilanteita, etsiä konsensus niiden ratkaisemiseksi sekä laatia kehitysehdotukset ja luoda esityksiä uusista toiminnallista vaatimuksia ECP – tietojärjestelmään. Opinnäytetyötä varten valittiin asiantuntijatyöryhmä, joka koostui hoitotyöntekijöistä (=sairaanhoitaja, lähihoitaja).

Tavoitteena oli Keski-Suomen Sairaanhoitopiirin hoitotyön strategian mukaisesti kehittää kirjaamista ja lisätä sitä kautta potilasturvallisuutta. Tavoite toteutuu, kun laaditaan yksikkörajat ylittävällä yhteistyöllä yhteiset ”pelisäännöt” siitä, miten toimitaan erilaisissa ECP:n käyttö- ja kirjaamistilanteissa, jotka koettiin ongelmallisiksi, haasteellisiksi, aikaa vieviksi ja ennen kaikkea potilaan hoitoa hidastaviksi tilanteiksi.

Yhteiset säännöt ja vaatimukset ECP-järjestelmään yhtenäistävät kirjaamista, vähentävät tuplakirjaamista, vähentävät kirjausprosessiin kuluvaan aikaa, varmistavat potilastietojen löytymisen oikeasta paikasta potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen (esimerkiksi pre-operatiivisesta yksiköstä leikkaussaliin tai heräämöstä vuodeosastolle), sekä ovat mahdollistamassa yksiköiden välistä hiljaista raportointia.

Edellä mainittujen asioiden tuloksena tärkeimpänä tavoitteena on luonnollisesti lisätä potilasturvallisuutta sekä sujuvoittaa perioperatiivisen potilaan hoitoprosessia. Kirjaamisen kehittäminen on yhtenä osana mainittu myös Keski-Suomen Sairaanhoitopiirin hoitotyön strategiassa vuosille 2015–2018 (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategia 2015–2018).

7.2 Delfoi-menetelmä

Delfoi-menetelmässä (käytetään myös termiä Delphi-menetelmä) kootaan asiantuntijaryhmä, joka ottaa kantaa esitettyihin väittämiin käyttäen omaa asiantuntemustaan. Delfoi-tekniikkaa käyttäen voidaan saada tietoa arvoista, uusista ideoista ja näkemyksistä, joita voidaan käyttää suunnitelmien ja päätöksenteon pohjana. Mikäli tutkimusongelma on sellainen, että sen tarkastelu jotain tiettyä täsmällistä analyyttistä tekniikka käyttäen on mahdotonta, soveltuu Delfoi-menetelmä tällaiseen tutkimukseen. (Kuusi 1999.)

Delfoi-menetelmä sopii käytettäväksi erityisesti silloin, kun tutkimuksessa kyseessä olevasta ongelmasta tai ilmiöstä ei ole täyttä selvyyttä. Menetelmä toimii hyvin silloin, kun tarkoituksena on lisätä ymmärrystä ongelmasta sekä etsiä siihen ratkaisuja. (Skulmoski, Hartman & Khran 2007.)

Perinteisen Delfoi-menetelmän kehitti Norman Dalkey 1950-luvulla. Se oli alun perin Yhdysvaltain Armeijan projekti, jossa oli tarkoituksena kerätä asiantuntijoiden mielipiteitä liittyen atomiaseisiin Yhdysvaltain ja Neuvostoliiton välillä. (Skulmoski ym. 2007.) Jo vuonna 1968 Delfoi-menetelmän kehittäjä Norman Dalkey totesi tutkimuksessaan, että Delfoi-menetelmästä saa parhaimmat tulokset, kun panelistit vastaavat anonyymisti väittämiin toisistaan tietämättä. Haastattelun toteuttaminen panelistien keskustellessa väittämistä toistensa läsnä ollessa ei tuonut yhtä hyvää tulosta. (Dalkey 1969, 5.)

Delfoi-tekniikassa keskeistä on se, että asiantuntijan kannanotto pidetään salassa niin, etteivät toiset asiantuntijat saa tietää, kuka sen on esittänyt. Asiantuntija-menetelmää käytettäessä on tärkeämpää panostaa asiantuntijoiden laatuun määrän sijasta. (Kuusi, 2012.)

Keskeisimmät vaiheet Delfoi-tutkimuksen toteutuksessa ovat 1. asiantuntijaryhmän koaminen, 2. tutkimuksen toiselle kierrokselle siirtyminen ja 3. loppuraportin laadinta saatujen tulosten perusteella (Kuusi 1999). Delfoi-menetelmä tuottaa *tutkimustietoa* esimerkiksi jo tiedetyistä ja oletetuista asioista (Hsu & Sandford 2007, 5).

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Jotta tieteellinen tutkimus ja siitä saatavat tulokset olisivat luotettavia, tulee tutkimus suorittaa hyvää tieteellistä käytäntöä koskevien ohjeiden mukaisesti. Periaatteet on listattu, ja niistä vastuussa on tutkija tai tutkijaryhmä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2014.) Merkityksettömiltäkin vaikuttavat ratkaisut tutkimusta tehtäessä saattavat kuitenkin olla hyvin merkityksellisiä kun ajatellaan tutkimuksen eettisyyttä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006).

Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena saada tietoa ja ideoita, sekä hakea konsensusta kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämistä. Jokaisella opinnäytetyöhön osallistuvalla ja myös opinnäytteen tekijällä on omat näkemyksensä, kuinka perioperatiivinen kirjaaminen tulisi hoitaa. Tässä tutkimusmenetelmässä (Delfoi) haetaan lähinnä mielipiteitä. Niissä ei ole varsinaisia ”oikein – väärin – vastauksia”. Tästä johtuen opinnäytetyön tuotoksena ei ole suurta vaaraa niin sanotusti saada vääriä tai epäluotettavia tuloksia, koska saadut vastaukset ovat lähinnä niiden esittäjien mielipiteitä, kuinka käsiteltävä asia tulisi hoitaa.

Opinnäytetyön tutkimusosio toteutettiin anonyymisti siten, että osallistujien nimiä ei yhdistetty vastauksiin. Osallistujien taustatietoja ei myöskään kysytty, koska haettiin ainoastaan mielipiteitä käsiteltävään asiaan. Osallistuja sai milloin vain keskeyttää osallistumisensa. Kaikille osallistujille jaettiin sähköpostitse opinnäytetyöstä kertova tiedote, jossa keskeiset asiat oli käyty läpi. Lisäksi opinnäytteen tekijä antoi osallistujille yhteystiedot, joista sai kysyä lisätietoja.

Voidaan todeta, että tutkimuksen pääasia oli hakea mielipiteitä ja niiden perusteella saada aikaan konsensus asiassa, jossa ei lähtökohtaisesti ole oikeita tai vääriä vastauksia.

Tutkimukseen rekrytoitiin henkilöt pääasiassa heidän esimiestensä kautta, joilla on käsitys alaistensa asiantuntijuudesta. Mahdollisena riskinä oli, että esimies valitsee osallistujia paneeliin, muiden kuin kirjallisuudessa esitettyjen asiantuntijakriteerien mukaisesti.

Tutkimukseen haettiin ja saatiin tutkimuslupa Keski-Suomen Sairaanhoidopiiriltä.

9 OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

Tutkittavan aiheen luonteen vuoksi päädyttiin yhdessä työn toimeksiantajan kanssa sopien, käyttämään Delfoi-menetelmää. Kyseessä on sinänsä hyvin spesifi aihealue ja se liittyy niin kiinteästi yhden tietyn järjestelmän käyttöön tietyissä yksiköissä, että opinnäytetyön kautta saadut tulokset eivät lähtökohtaisesti ole yleistettävissä. Toki ne antavat suuntaa, ja tutkimuksen tuloksena saatavat toimenpide-ehdotukset ovat kyllä hyödynnettävissä muuallakin.

Tutkimusta suunniteltaessa tehtiin toimeksiantajan kanssa linjaukset siitä, miten Delfoi-menetelmää tässä tutkimuksessa sovelletaan. Päädyttiin seuraaviin ratkaisuihin:

1. Asiantuntijajanelistien taustatietoja ei kysytä
2. Käydään kaksi kierrosta
3. Tutkimuksen lähtökohtana haetaan konsensusta
4. Vastaajat eivät näe eivätkä pysty kommentoimaan toisten vastauksia.

Ensimmäiselle Delfoi-kierrokselle laadittiin seitsemän väittämää koskien Effica Carepath Platform – kirjaamisen ja järjestelmän käytön koettuja ongelmakohtia. Ongelmakohtia kartoitettiin sähköpostitiedusteluihin, joita lähetettiin Keski-Suomen Keskussairaalan Leikkausosastojen 1-3 kirjaamistyöryhmän jäsenille. Lisäksi asiasta keskusteltiin edellä mainitun ryhmän jäsenten kanssa suullisesti.

Leikkausosastojen 1-3 kirjaamistyöryhmä koostuu neljästä jäsenestä, jotka kaikki ovat perehtyneet kirjaamiseen syvemmin, ja täyttävät myös asiantuntijajanelisteille asetetut vaatimukset asiantuntijuuden suhteen. Lisäksi kaksi jäsentä tästä työryhmästä on yksikönsä kirjaamisvastaavina Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin alueella. Toinen näistä jäsenistä on opinnäytetyön tekijä, joka on siis myös ryhmän jäsen.

Sähköpostitiedusteluissa pyydettiin kirjaamistyöryhmän jäseniä kertomaan kokemistaan tai tietoonsa tulleista ongelmista. Vastauksista koostettiin seitsemän väittämää ensimmäiselle kierrokselle. Kirjaamistyöryhmän jäsenten antamista vastauksista hyväksyttiin väittämiksi sellaiset ongelmakohdat, jotka olivat niin sanotusti yksikköraajat ylittäviä, eli kirjaaminen tai järjestelmän käyttötilanne koskettivat samanaikaisesti useita yksiköitä, kuten

esimerkiksi leikkausosastoa ja päivystyspoliklinikkaa, tai leikkausosastoa ja vuodeosastoa.

Lisäksi Delfoi-kyselyn väittämät esitettiin yhden kirjaamisvastaavan toimesta, joka ei kuulunut lopulliseen asiantuntijapaneeliin. Näin ollen saatiin käsitys siitä, että väittämät ovat toimivia, järkeviä ja ylipäättään sellaisia, että ne voitiin antaa asiantuntijapaneelin kommentoitaviksi. Delfoi-paneeli toteutettiin sähköisenä eDelfoi.fi – palvelussa. Kyseessä on Internetissä oleva ilmainen palvelu, johon rekisteröitymällä pystyy laatimaan erilaisia Delfoi-asetelmia.

Delfoi-panelisteille asetettiin asiantuntija-kriteereitä, jotka määriteltiin kirjallisuuden pohjalta (Kuvio 1, s. 9). Näitä olivat: erikoisosaaminen, työkokemus, kyky tarkastella työtään eri näkökulmista, koulutus sekä kehitysosaaminen. Varsinaisessa kyselyssä ei kyselyt tarkemmin panelistien taustatietoja esimerkiksi iän, koulutuksen, työyksikön tai työkokemuksen suhteen. Tähän ratkaisuun päädyttiin yhdessä työn toimeksiantajan kanssa, koska haluttiin mahdollisimman pitkälle tehdä tutkimus anonymisti ja yhdistämättä panelistia hänen työyksikkönsä.

Panelistien rekrytointiprosessi aloitettiin kartoittamalla yksiköitä, jotka käyttävät ECP-järjestelmää. Tämän jälkeen lähetettiin kyseisten yksiköiden osastonhoitajille sähköpostitse saatekirje (Liite 1), jossa toivottiin heidän kartoittavan omasta yksiköstään kaksi tai kolme asiantuntija-kriteerit täyttävää henkilöä, jotka olisivat halukkaita osallistumaan opinnäytetyön Delfoi-paneeliin. Lisäksi pyydettiin lähettämään opinnäytetyön tekijälle paneelin suostuvien henkilöiden sähköpostiosoitteet.

Haasteeksi muodostui se, että ehdokkaita panelisteiksi ei alussa esitetty kuin muutamia henkilöitä. Epäselväksi jäi lopulta se, olivatko osastonhoitajat ottaneet asian esille yksikössään vai oliko tutkimukseen osallistumisesta kieltäytytty. Saatekirje osastonhoitajille lähetettiin yhteensä kolme kertaa, ja tämän tuloksena saatiin mukaan ilmoittautumaan 11 panelistia.

Valituille panelisteille lähetettiin sähköpostitse saatekirje tutkimuksesta (Liite 2). Saatekirje lähetettiin siten, että vastaajat eivät nähneet sähköpostiohjelmastaan, kenelle saatekirje on lähtenyt, toisin sanoen vastaajat eivät olleet samassa sähköpostijakelussa. Kir-

jeessä kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen on samalla suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Samassa yhteydessä esiteltiin lyhyesti Delfoi-menetelmää ja sen soveltamista tähän tutkimukseen.

Kysely toteutettiin sähköisesti eDelfoi.fi – palvelun kautta. Vastaajille lähetettiin linkki, josta pääsi suoraan kyselyyn ja vastaamaan väittämiin. Ennen kummankin kierroksen linkin lähetystä lähetettiin vielä erillinen sähköpostiviesti (Liite 3, Liite 4), joissa valmisteltiin panelistia tulevaan Delfoi-kierrokseen.

Ensimmäiselle Delfoi-kierrokselle annettiin vastausaikaa 10.12.–31.12.2016. Kolmen viikon vastausajalla tavoiteltiin sitä, että osan vastaajista tehdessä kolmivuorotyötä mahdollisimman moni ehtisi vastaamaan kyselyyn. Ensimmäisellä kierroksella yhdestätoista paneeliin ilmoittautuneesta vastasi kahdeksan panelistia (n=8). Vastausprosentti oli 73.

Ensimmäisen Delfoi-kierroksen väittämät muotoiltiin seuraaviksi:

1. Yksikössäni on selkeästi määritelty se, kuka tekee Effica-hoidonvarauksen heinäkuussa tehtäviin toimenpiteisiin (esim. kanyloinnit, puudutukset) 24 tuntia vuorokaudessa.
2. Esilääkkeet sekä muut ennen leikkausta otettavaksi määrätyt lääkkeet kirjataan Prosessium järjestelmään reaaliaikaisesti. Lääkemääräys ei tarkoita, että lääke olisi automaattisesti annettu.
3. Ennen kuin Prosessium-polkua aletaan täyttää, tarkastetaan ensimmäisenä, että tiedot täytetään oikeaan polkuun, jos polkuja on useita.
4. Tiedän, milloin teen uuden Prosessium-polun ja milloin valitsen ”jatkoileijan”, eli jatkan jo olemassa olevan polun käyttöä.
5. Tyhjäksi jätetty kohta Prosessiumissa EI tarkoita sitä, että asia olisi huomioitu. (Esimerkiksi jos ”jatkohoitomääräykset” – kohta tyhjä, se ei tarkoita, ettei potilaalla olisi jatkohoitomääräyksiä.)

6. Potilaan viimeisen virtsaamisen (ennen leikkausta) kellonaika kirjataan Prosessiumiin.
7. Jatkohoitomääräyksiin riittää aina pelkästään antibiootin jatko ja trombiprofy-laksia.

Ensimmäisen kierroksen jälkeen vastaukset kerättiin kokoon eDelfoi.fi – palvelun kautta. Nämä saadut vastaukset käytiin läpi työn toimeksiantajan kanssa, ja laadittiin niistä yhteistyössä neuvottelemalla ja omaa asiantuntijuutta käyttämällä jatkoväittämät toiselle kierrokselle. Tässä vaiheessa ei nähty tarpeelliseksi käyttää vastauksia leikkausosastojen kirjaamistyöryhmän kautta, koska uusia asioita tai näkökulmia ei noussut esille, vaan toisen kierroksen väittämät pohjautuivat ensimmäisen kierroksen väittämiin, jota tarkennettiin vastausten perusteella.

Toisen kierroksen väittämien muodostamisessa keskeistä oli miettiä anestesia- ja leikkaustoiminnan prosesseja. Toimipaikoilla on yleisesti tiedossa ongelmakohtat, ja näiden ratkaiseminen ja kehittäminen antoivat suuntaa väittämien muodostamiselle.

Toisen kierroksen väittämät muotoiltiin seuraaviksi ensimmäisen kierrosten vastausten pohjalta:

1. Pitäisi olla selkeät säännöt siitä kuka tekee Effica-hoidonvarauksen myös päivystysajalla. Koulutusta ja perehdytystä aiheesta tulisi järjestää.
2. Saadut esilääkkeet kirjataan reaaliaikaisesti, eikä pelkkä määräys tarkoita, että lääke olisi annettu potilaalle.
3. Prosessium-polkua täytettäessä tulee huomioida, että kaikki toimijat kirjaavat samaan polkuun. Ohjelman ei tulisi luoda polkua Effica-hoidonvarauksen tekemisen jälkeen, koska tämä vaikeuttaa polun valintaa. (Ennen ohjelmistokehitystä asia pitäisi ohjeistaa selkeämmin).
4. Prosessiumin tulisi varoittaa tai kysyä, jos potilaalla aktiivisena polku, johon voisi jatkaa kirjaamista, jottei kirjaukset menisi ”väärään” polkuun. (Ennen ohjelmistokehitystä asia pitäisi ohjeistaa selkeämmin)

5. Jatkohoitomääräyksiin olisi hyvä kirjata esimerkiksi ”ei määräyksiä”, jos mitään erityisiä määräyksiä ei ole annettu. Tyhjänä oleva jatkohoitomääräys-kenttä ei automaattisesti tarkoita, että määräyksiä ei ole annettu.
6. Potilaan virtsaaminen kirjataan Prosessiumiin ennen leikkaukseen tuloa. Mikäli asiaa ei ole kirjattu, tulee se varmistaa vielä esimerkiksi suullisesti leikkaussalin ovella ja kirjata ennen toimenpidettä. (Potilas saattaa virtsata vielä ennen saliin menoa pre-yksikössä, ja näin ollen sitä ei muuten kukaan kirjaa.)
7. Se, mitä jatkohoitomääräyksiä kirjataan, tulisi sopia jokaisen erikoisalan potilaiden osalta erikseen, jottei mikään potilaan jatkohoidon kannalta tärkeä asia jää huomioimatta.

Toiselle kierrokselle annettiin vastausaikaa 18.1.–5.2.2017. Toisella kierroksella yhdestätoista paneeliin ilmoittautuneesta vastasi kuusi panelistia (n=6). Vastausprosentti oli näin ollen 55 %.

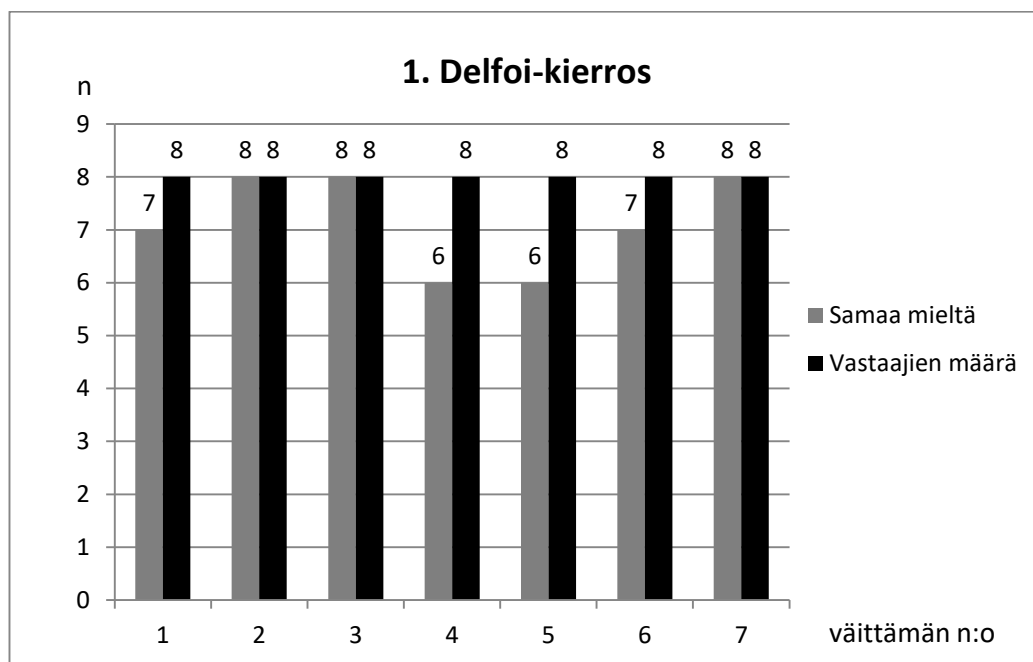
Opinnäytetyön lähtökohtana oli saada mahdollisimman monta osallistujaa asiantuntijapaneeliin juuri sen varalta, jos kaikki ensimmäisellä kierroksella vastanneet eivät osallistuisikaan enää toiselle kierrokselle. Koska osallistuminen paneeliin oli vapaaehtoista ja vaikka osallistujia ei saatu rekrytoitua enempää, päädyttiin opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa toteuttamaan opinnäytetyö.

10 DELFOI-PANEELIN TULOKSET JA VASTAUSTEN ANALYYSINTI

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää yksikkörajat ylittävästi asiantuntijanelistien mielipiteitä ECP-kirjaamisen ja ohjelman käyttötilanteiden haasteista ja ongelmakohtista. Kyseiset asiat haittaavat päivittäistä toimintaa ja aiheuttavat tarpeettomia odotuksia niin hoidon järjestämisessä kuin saatavuudessakin. Esiin otettuja ongelmakohtia kartoitettiin aluksi leikkausosaston kirjaamisasiantuntijaryhmän toimesta, ja tämän työn pohjalta laadittiin ensimmäisen kierroksen väittämät.

10.1 Ensimmäinen Delfoi-kierros

Ensimmäisellä Delfoi-kierroksella asiantuntijaneeliin oli ilmoittautunut yksitoista panelistia, joista vastasi kahdeksan (n=8). Alla olevassa taulukossa on vertailtu vastaajien kokonaismäärää suhteessa siihen, kuinka moni vastaajista oli samaa mieltä väittämän kanssa.



Kaavio 1. Samaa mieltä väittämien kanssa olleet panelistit suhteessa kaikkiin panelisteihin ensimmäisellä Delfoi-kierroksella.

Seuraavaksi käydään läpi väittämä väittämältä läpi panelistien vastauksista muodostettu kokonaisuus. Näiden kokonaisuuksien pohjalta laaditaan ehdotukset perioperatiivisen kirjaamisen kehittämiseksi ja niiden pohjalta laaditaan ehdotuksia toiminnallisista vaatimuksista ECP:n tulevaa kehitystä ajatellen. Lainaukset ovat suoria lainauksia panelistien vastauksista.

Väittämä 1: Yksikössäni on selkeästi määritelty se, kuka tekee Effica-hoidonvarauksen heräämössä tehtäviin toimenpiteisiin (esim. kanyloinnit, puudutukset) 24 tuntia vuorokaudessa.

Suurimmassa osassa panelistien yksiköitä oli määritelty se, kuka Effica-hoidonvarauksen tekee. Ongelmaksi muodostui puolestaan se, että osaamista varauksen tekemiseen ei ollut tarpeeksi, kokonaistoimintaa ajatellen. Lisäksi erilaiset käytännöt virka-ajan ja päivystysajan välillä aiheuttivat sekaannusta. Lisäksi toivottiin, että varauksenteko – osaamista olisi usealla eri ammattiryhmällä. Lisäksi eri osastoilla oli eroavaisuuksia toimintatapojen suhteen, joka vaikeuttaa tilannetta esimerkiksi henkilöstön kiertäessä eri toimipisteiden välillä.

”Selkeää kirjattu ohjetta ei taida asiasta olla tai ainakaan se ei ole helposti löydettävissä. Tällainen kirjallinen ohjeistus auttaisi paljon.”

Väittämä 2: Esilääkkeet sekä muut ennen leikkausta otettavaksi määrätyt lääkkeet kirjataan Prosessium -järjestelmään reaaliaikaisesti. Lääkemääräys ei tarkoita, että lääke olisi automaattisesti annettu.

Kaikki panelistit olivat yhtä mieltä siitä, että lääkkeet tulee kirjata reaaliaikaisesti. Käytännössä asia ei aina ole näin, vaan leikkauspotilaan lääkitystä ja sen antoaikaa on jouduttu selvittämään esimerkiksi puhelimitse.

”Anestesia lääkäri määrää lääkkeet ja erikseen tulee näkyä mitä potilas on saanut ja milloin. Määrätty esilääke ei missään nimessä tarkoita samaa kuin otettu esilääke.”

Väittäjä 3: Ennen kuin Prosessium-polkua aletaan täyttää, tarkastetaan ensimmäisenä, että tiedot täytetään oikeaan polkuun, jos polkuja on useita.

Suurin osa panelisteista tarkastaa, mihin polkuun kirjataan, jos polkuja on useita. Ohjelman ominaisuus – joka tietyissä tapauksissa – luo automaattisesti uuden polun, aiheuttaa sekaannusta. Virhe kirjata väärään polkuun johtuu esimerkiksi kommunikaation puutoksista eri toimijoiden välillä.

”Päivystyspotilailla tämä toistuu usein jos on tehty samaan toimenpiteeseen useampi varaus ja polku. Polun ”ulkoasussa” pitäisi näkyä että polku sisältää kirjauksia.”

Väittäjä 4: Tiedän, milloin teen uuden Prosessium-polun ja milloin valitsen ”jatkoleijan”, eli jatkan jo olemassa olevan polun käyttöä.

Tämän väittäminen vastauksissa esiintyi hajontaa. Osalla panelisteista oli selkeä käsitys ja oikea ohjeistus siitä, että mikäli kyse on esimerkiksi samasta vaivasta kuin aiemmin, joka johtaa uusintaleikkaukseen, käytetään samaa ”Prosessium-polkua”. Osalla ei ollut selkeää käsitystä siitä, milloin kirjataan aiemmin aloitettuun polkuun ja milloin puolestaan tehdään uusi. Osa myös ilmoitti, että koulutus ei ole tavoittanut kaikkia ohjelman käyttäjiä.

”Ohjeistuksena on ollut jatkaa vanhaan leikkaushoitopolkuun jos vaiva on edelleen sama tai liittyy samaan hoitojaksoon. Välillä polun valinta on aiheuttanut epäselvyyttä jos joku muu taho on ehtinyt avata potilaalle kokonaan uuden leikkaushoitopolun.”

Väittämä 5. Tyhjäksi jätetty kohta Prosessiumissa EI tarkoita sitä, että asia olisi huomioitu. (Esimerkiksi jos ”jatkohoitomääräykset” – kohta tyhjä, se ei tarkoita, ettei potilaalla olisi jatkohoitomääräyksiä.)

Logiikka on osittain epäselvä: Jatkohoitomääräykset – kohdan ollessa tyhjä vallitsi yksimielisyys siitä, että se ei tarkoita, että jatkohoitomääräyksiä ei ole. Kuitenkin monissa muissa kohdissa, esimerkiksi esitiedoissa, mikäli potilaalle ei ole merkattu sairauksia, tarkoittaa se puolestaan, että potilas on näiltä osin lähtökohtaisesti perusterve.

”Tyhjä kohta tarkoittaa hoitotyössä ettei sitä ole huomioitu. Työn pitää olla näkyvää, mistään ei voi tehdä olettamuksia.”

Väittämä 6. Potilaan viimeisen virtsaamisen (ennen leikkausta) kellonaika kirjataan Prosessiumiin.

Suurin osa panelisteista oli samaa mieltä väittämän kanssa. Esille tuotiin kuitenkin tilanteita, joissa virtsaamisen kirjaaminen jää tekemättä, vaikka pitäisi. Esimerkkinä leikkausta odottava potilas, joka saattaa tulohaastattelun jälkeen käydä WC:ssä itsenäisesti kenenkään sitä kontrolloimatta.

”Näin pitäisi tehdä ja henkilökohtaisesti pyrin näin aina tekemään. Jos tietoa ei esim. kiiretilanteessa ehdi kirjata, pitäisi se suullisesti raportoida salihoitajalle.”

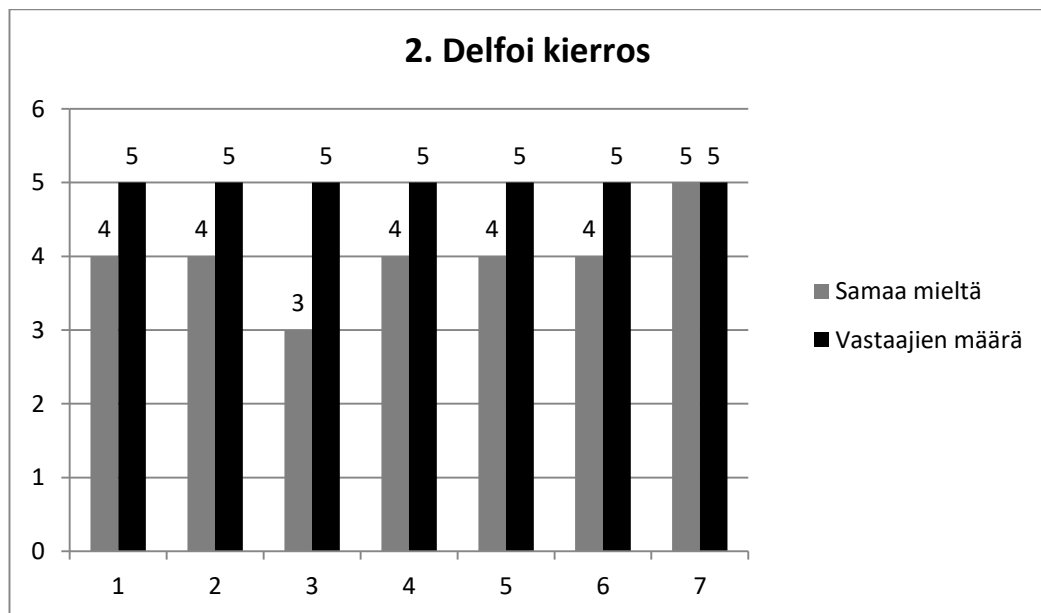
Väittämä 7. Jatkohoitomääräyksiin riittää aina pelkästään antibiootin jatko ja trombi-
profylaksia.

Kaikki panelistit olivat sitä mieltä, ettei pelkkä antibiootti tai trombi-
profylaksia riitä jat-
kohoitomääräyksiin. Ehdotettiin, että jatkohoitomääräyksiin tulisi kirjata toimenpiteen
jälkihoidon kannalta keskeiset asiat. Samaten käytänteitä tulisi yhdistää eri yksiköiden
kanssa.

”Ei voi tehdä oletusta, että jatkohoitoon liittyisi vaan tiettyjä asioita vaan jokai-
nen potilas ja leikkaus voi pitää sisällään eri määräyksiä. Sillon kun leikkauksien
tekstejä joudutaan odottamaan (päivystysajat) on jatkohoitomääräysten kirjaami-
nen ensiarvoisen tärkeää.”

10.2 Toinen Delfoi-kierros

Toisella Delfoi-kierroksella asiantuntijapaneeliin yhdestätoista jäsenestä vastasi kuusi
(n=6). Alla olevassa taulukossa on vertailtu vastaajien kokonaismäärää suhteessa siihen,
kuinka moni vastaajista oli samaa mieltä väittämän kanssa.



Kaavio 2. Samaa mieltä väittämien kanssa olleet panelistit suhteessa kaikkiin pane-
listeihin toisella Delfoi-kierroksella.

Väittämä 1: Pitäisi olla selkeät säännöt siitä kuka tekee Effica-hoidonvarauksen myös päivystysajalla. Koulutusta ja perehdytystä aiheesta tulisi järjestää.

Suurin osa panelisteista oli sitä mieltä, että selkeät pelisäännöt on luotavat Effica-hoidonvarauksen tekoon siten, että se koskee virka-ajan lisäksi myös päivystysaikaan. Asia aiheuttaa ongelmia jopa päivittäin. Lisäksi ilmeinen koulutuksen tarve asiaan tuotiin esille useamman panelistin toimesta.

”Kyllä! Tämä aiheuttaa ongelmia viikoittain, jopa päivittäin. Potilaan hoito viivästyy kun hoidonvarausta ei ole tehty.”

Väittämä 2: Saadut esiläkkeet kirjataan reaaliaikaisesti, eikä pelkkä määräys tarkoita, että lääke olisi annettu potilaalle.

Suurin osa panelisteista oli samaa mieltä. Kukaan ei ollut sitä mieltä, ettei näin tulisi menetellä. Kuitenkin voidaan vetää johtopäätös, että lääkemääräys ei tarkoita automaattisesti sitä, että lääke olisi myös annettu.

”Kyllä kuittaus annetusta lääkkeestä tarvitaan ehdottomasti.”

Väittämä 3: Prosessium-polkua täytettäessä tulee huomioida, että kaikki toimijat kirjautuvat samaan polkuun. Ohjelman ei tulisi luoda polkua Effica-hoidonvarauksen tekemisen jälkeen, koska tämä vaikeuttaa polun valintaa. (Ennen ohjelmistokehitystä asia pitäisi ohjeistaa selkeämmin).

Tässä väittämässä panelistien mielipiteet vaihtelivat. Jos ajatellaan tilannetta, jossa potilaalla ei ennestään ole yhtään Prosessium-polkua, tilanne ei aiheuta ongelmaa ja ominaisuus on hyvä. Kun taas tilanteessa, jossa löytyy aikaisempi polku, jota tässä voisi hyödyntää, saattaa ohjelman käyttäjä täyttää merkinnät uuteen polkuun ja pahimmassa tapauksessa hoidon myöhemmässä vaiheessa joku täyttää ja käyttää edelleen vanhaa polkua. Lisäksi tämä on ominaisuus, jota ei ollut aikaisemmassa ohjelmaversiossa, ja näin ollen tieto siitä ei ole saavuttanut kaikkia ohjelman käyttäjiä.

”Kyllä. samaa polkua pitäisi kaikkien käyttää. On toki hyvä että ohjelma luo polun joten silloin se menee oikeaan polkuun automaattisesti. Toki kuitenkin vastasin 1 väittämässä sujuvuutta pitäisi saada hoidonvarauksen tekoon jotta viiveitä ei tulisi sen takia että me hoitajat odottelemme hoidonvarausta ennen kuin voimme aloittaa prosessiumin täytön.”

Väittämä 4: Prosessiumin tulisi varoittaa tai kysyä, jos potilaalla aktiivisena polku, johon voisi jatkaa kirjaamista, jottei kirjaukset menisi ”väärään” polkuun. (Ennen ohjelmistokehitystä asia pitäisi ohjeistaa selkeämmin).

Kukaan panelisteista ei ollut väittämän esitystä vastaan. Toki kaikki eivät kokeneet tilannetta millään muotoa ongelmallisena. Esiin tuli kuitenkin seikka, että kaikki eivät osaa toimia kyseessä olevassa tilanteessa, koulutusta ja perehdytystä aiheesta esitettiin lisättäväksi.

” Samaa mieltä. Voisihan ohjelma kysyä, jatkuuko saman vaivan hoito ja liitetäänkö uusi hoidonvaraus siihen. Helpottaisi monessa kohtaa. Nyt saattaa olla useampi polku aktiivisena ja hoidon kirjaaminen hyppää uuteen polkuun.”

Väittämä 5. Jatkohoitomääräyksiin olisi hyvä kirjata esimerkiksi ”ei määräyksiä”, jos mitään erityisiä määräyksiä ei ole annettu. Tyhjänä oleva jatkohoitomääräys-kenttä ei automaattisesti tarkoita, että määräyksiä ei ole annettu.

Kaikki panelistit olivat väittämän suhteen samaa mieltä. Saman ”säännön” tulisi koskea myös pre-operatiivisia määräyksiä.

”Samaa mieltä. Sama koskee preop. määräyksiä”

Väittämä 6. Potilaan virtsaaminen kirjataan Prosessiumiin ennen leikkaukseen tuloa. Mikäli asiaa ei ole kirjattu, tulee se varmistaa vielä esimerkiksi suullisesti leikkaussalin ovella ja kirjata ennen toimenpidettä. (Potilas saattaa virtsata vielä ennen saliin menoa pre-yksikössä, ja näin ollen sitä ei muuten kukaan kirjaa.)

Panelistit olivat yhtä mieltä virtsaamisen kirjaamisen tärkeydestä. Sinänsä siihen, kuka kirjaa ja missä vaiheessa asia kirjataan, ei tullut selkeitä kannanottoja.

” Samaa mieltä. Virtsaamisen kirjaaminen on tärkeää, jos jostain syystä leikkaus pitkittyy tai joudutaan nesteyttämään runsaasti.”

Väittämä 7. Se, mitä jatkohoitomääräyksiä kirjataan, tulisi sopia jokaisen erikoisalaneläinpotilaiden osalta erikseen, jottei mikään potilaan jatkohoidon kannalta tärkeä asia jää huomioimatta.

Kaikki panelistit olivat yhtä mieltä siitä, että strukturoidut jatkohoitomääräykset olisivat tarkoituksenmukaiset. Tosin epäilyjäkin tuli aiheesta, että jokaisesta leikkauksesta ei pystytä luomaan omia määräyksiään. Leikkaustyyppin tai ainakin erikoisalaneläinmukaan olevat jatkohoitomääräykset voisivat olla mahdollisia. Tämä olisi varmasti toteutettavissa myös ohjelmallisesti pääkäyttäjien toimesta.

” Samaa mieltä. Yhtä yksittäistä kaikkia leikkauksia koskevaa käyttökel-poista listaa tuskin saadaan, mutta erikoisalaneläinokohtaiset listat on hyvä olla.”

11 KEHITYSEHDOTUKSET

11.1 Koulutuksen lisääminen

Yleisesti tiedetään, että henkilöstön vaihtuvuus hoitoalalla on suurta. Jos ajatellaan tätä esimerkiksi ECP:n käytön kannalta, on selvää, ettei koulutus millään tavoin yksinkertaisesti voi tavoittaa kaikkia järjestelmää käyttäviä. Näin ollen korostuu tietojärjestelmien käytön opetus ja läpikäynti perehdytysvaiheessa. Mielestäni jokaisen työntekijän tulisi vähintäänkin saada vertaisperehdyttäjältä opetusta tietojärjestelmän oikeaan käyttöön siten, että yhteisesti sovitut pelisäännöt tulee käytyä läpi ja ennen kaikkea siten, että niitä myös päivittäisessä työssä noudatetaan.

Voisi olla hyvä ratkaisu, että jokaisessa yksikössä nimettäisiin (jollei vielä ole) vastuuhenkilöt ECP:n käyttöön. Näin ollen nämä vastuuhenkilöt voisivat muodostaa verkoston, jonka kouluttaminen olisi helpompaa, ja nämä henkilöt voisivat jakaa tietoa järjestelmästä ja toimia tukihenkilöinä omissa yksiköissään. On kuitenkin varmaa, että tietojärjestelmiin tulee jatkuvasti päivityksiä, ja toimintatapojen muuttuessa myös ohjelmaa saatetaan käyttää eri tavalla kuin aiemmin. Uusista toimintatavoista tulisi myös ohjeistaa henkilöstöä selkeästi, ja ohjeistus erilaisten, ennen kaikkea harvinaisten, tilanteiden osalta tulisi olla kirjallisena, sähköisesti ja sen tulisi myös olla helposti löydettävissä.

11.2 Pelisääntöjen laatiminen

Tietojärjestelmiin liittyvät ”pelisäännöt” tulisi nähdä ennen kaikkea potilasturvallisuuden näkökulmasta. Kuten jo aiemmin todettua, kun tieto löytyy oikeasta paikasta oikeaan aikaan, on siitä loppujen lopuksi esimerkiksi hoitajan työn sujuvoiduttua suurin hyötyjä tietenkin potilas.

Yhteisestikään laaditut pelisäännöt eivät kuitenkaan auta, jos henkilöstö ei sitoudu niiden käyttöön. Tässä opinnäytetyössä Delfoi-panelistien vastaukset osoittavat kuitenkin varsin selkeästi, että säännöille on tarvetta, ja myös halua niiden noudattamiseen löytyy. Ongelmana on kuitenkin se, että tietyt tilanteet, joissa pelisäännöistä olisi eniten hyötyä, osuvat yksittäisen hoitotyöntekijän kohdalle niin harvoin, että niiden muistaminen ja oikeat menettelytavat eivät yksinkertaisesti pysy mielessä toistojen vähyyden vuoksi.

Tämän opinnäytetyön tuloksena saatiin aikaan toimintaa tehostavat ja sujuvoittavat sekä potilasturvallisuutta lisäävät toimenpide-ehdotukset asiantuntijapaneelin esiintuomiin ongelma-kohtiin. Kuten todettua, ne eivät itsessään kuitenkaan auta, jollei niitä saada jalkautettua käytäntöön. Tässä on koulutuksella ja ylipäättään tiedottamisella keskeinen asema. Lisäksi henkilöstö tulee saada vakuuttuneeksi siitä, että uudet toimintamallit samalla kun ne parantavat potilasturvallisuutta ja parantavat kirjaamisen laatua, myös helpottavat ja nopeuttavat hoitohenkilöstön työtä.

11.3 Konkreettiset kehitysehdotukset

- **Tietojärjestelmäkoulutuksen lisääminen ja kehittäminen, pääpaino seuraaville:**
 - ECP-yleisperehdytys kaikille ohjelmaa käyttäville
 - Effic-hoidonvarauksen tekeminen
 - Oikean Prosessium-polun valinta
- **Potilaan saamien lääkkeiden reaaliaikainen kirjaaminen**
 - Pelisääntöjen laatiminen
- **Potilaan diureesin parempi huomioiminen ja kirjaaminen**
 - Pelisääntöjen laatiminen
- **Määritellään strukturoidut jatkohoitomääräykset erikoisaloittain.**
 - Kirjataan jatkohoitomääräykset siten, että huomioidaan erikoisalakohtaiset jatkohoidon kannalta olennaiset asiat
 - Laaditaan pelisäännöt operatiivisen toimialueen tiimien toimesta
- **Perioperatiivisen kirjaamisen auditointi säännöllisesti**
 - Tarkkaillaan kirjaamisen laatua ja sovittujen pelisääntöjen noudattamista

11.4 Esitykset tietojärjestelmän kehittämiseksi

Effica Carepath Platform – järjestelmä antaa tietyissä rajoissa pääkäyttäjälleen mahdollisuuden tehdä ohjelmaan erilaisia konfiguraatioita. Peilaten tämän opinnäytetyön tuloksia, osa muutoksista pystytään tekemään ohjelmaan ilman ohjelmistoyhtiön työpanosta. Tämä säästää merkittävästi kustannuksia. Lisäksi on tietenkin selvää, että suuremmat, ohjelmistoyhtiön työpanosta vaativat muutokset ovat kalliita, eikä välttämättä yritysten intresseissä ole toteuttaa suuria rakenteellisia muutoksia, jos niitä on toivottu vain yhdestä ohjelmaa käyttävästä yksiköstä.

Esityksiä toiminallisiksi vaatimuksiksi ECP-järjestelmän tuleviin ohjelmistoversioihin:

- Strukturoidut jatkohoitomääräykset (järjestelmä ohjaa erikoisalan mukaan mallipohjan jatkohoitomääräykset – kenttään).
- Ohjelmaan huomautus käyttäjälle, jos potilaalla jo auki aktiivinen Prosessium-polku.
- Prosessium-polun ulkoasussa näytävä, jos polku sisältää kirjaamisia.

12 POHDINTA

12.1 Yleistä

Anestesia- ja leikkaushoidon prosessien sujuvoittaminen ja kehittäminen niin potilasturvallisuutta lisääväksi, kuin henkilöstön toimintaa selkeyttäväksi koostuu loppujen lopuksi pieniltä tuntuvien ja yksinkertaisten asioiden hiomisesta. Haasteena ei ole niinkään se, etteikö ongelmia olisi tiedostettu, vaan se, ettei niihin ole aikaisemmin saatu, yrityksistä huolimatta, laadittua yksikkörajat ylittävää konsensusta. Tämä opinnäytetyö tarjoaa lisätukea noiden päätösten eteenpäin saattamiseksi. Toki haasteena on toisaalta myös se, että vaikka säännöt olisikin laadittu, kuinka sitouttaa kaikki niitä noudattamaan?

Datan kerääminen sinänsä jo tiedetyistä asioista antaa pohjaa niiden kehittämiseksi. Opinnäytetyö sinänsä ei paljastanut mitään sellaista, joka ei olisi jo ollut niin sanottuna hiljaisena tietona yksikön sisällä tiedossa ja työntekijöiden kokemana. Sen sijaan uutta tietoa oli se, kuinka hämmästyttävän samaa mieltä asioista oltiin panelistien kesken huolimatta siitä, että he edustivat hyvin erityyppisiä Effic Carepath Platform – järjestelmää käyttäviä yksiköitä. Tämä tarkoittanee sitä, että ongelmakohdat on tiedostettu myös muissa hoitoyksiköissä leikkausosastojen lisäksi.

Tärkeää on myös pitää mielessä sairaalan tarkoitus: sairaalat ovat potilaita varten. Kirjaimien ja toimintaprosessien kehittäminen tulisi mielestäni tehdä ensisijaisesti potilaan etua ajatellen potilasturvallisuuden näkökulmasta. Samalla on kuitenkin muistettava potilasta hoitava henkilöstö. Potilasturvallista hoitoa on vaikea toteuttaa, jos hoidossa käytettävät työvälineet, menetelmät ja prosessit eivät ole sellaisia, että ne olisivat toimivia jokapäiväisissä tilanteissa.

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana on ollut se, että Delfoi-menetelmää käyttäen kysytään mielipiteitä ja ratkaisuehdotuksia niiltä, jotka päivittäisessä työssään näiden haasteiden ja ongelmien kanssa ovat tekemisissä. Toki päädyttiin kuitenkin rajaamaan joukkoa ja asettamaan heille kirjallisuudesta poimittuja asiantuntijuutta osoittavia kriteereitä.

Työn tulosten perusteella pystytään osoittamaan ongelmakohdat, joihin panostaminen ja kehittäminen tulee sujuvoittamaan työtä huomattavasti tulevaisuudessa. Työn tulokset ovat hyvin konkreettisia, ja ne ovat monilta osin sovellettavissa sellaisenaan käytäntöön.

12.2 Jatkokehitysideat

Se, että saadaan muutosta aikaan, ei riitä. Muutos nykyisestä systeemistä parempaan tulee myös todentaa. Mielestäni on erittäin tärkeää, että tämän opinnäytetyön myötä esiin nousevat ja kuten todettua, jo aikaisemminkin ”hiljaisena tietona” olleet asiat otettaisiin työhön ja niistä pystyttäisiin oikeasti ottamaan suuntaa päivittäiseen työhön.

Yksi jatkotutkimusaihe olisi vaikuttavuuden selvittäminen. Anestesia- ja leikkaustoiminnasta Keski-Suomen Keskussairaalassa on olemassa hyvin kattavat tilastot. Esimerkiksi hoitoon pääsyn viiveitä, haittatapahtumien tutkimista ja määrää sekä esimerkiksi potilastyytyväisyyttä kartoittamalla ennen kuin tässä opinnäytetyössä otettuja asioita on otettu käytäntöön ja tekemällä toinen kartoitus vastaavista asioista esimerkiksi vuoden kuluttua uudelleen voisi todentaa niitä hyötyjä, jotka tämän työn pohjalta on mahdollista saada aikaan niin potilaille kuin henkilökunnallekin.

Mielestäni on tärkeää jatkossakin kysellä henkilöstön mielipiteitä kehityssuunnista. Perustyötä tekevillä on paljon hiljaista tietoa ja näkemyksiä siitä, kuinka toimintaa voidaan sujuvoittaa ja kehittää. Toki on selvää, että kaikkea nykyistä ei voida muuttaa, mutta pieniltä tuntuviin asioihin keskittymällä on mahdollista saada suurta aikaan.

LÄHTEET

Aaltonen L-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim: Tampere.

Dalkey, N. C. 1969. The Delphi-method: An experimental study of group opinion. United States Air Force Project Rand.

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

Heikkinen, K. & Lundgrén-Laine, H. 2013. Anestesiahoitotyön kirjaamisen minimikriteerit. Anestesiahoitotyön käsikirja. Luettu 5.3.2016
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04802&p_haku=potilasturvallisuus.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Fioca Oy: Helsinki.

Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen - Hoitotyön Vuosikirja 2007. Jyväskylä: Suomen Sairaanhoidtajaliitto.

Hsu, C-C., Sandford, B.A. 2007. The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus. Practical Assessment, Research & Evaluation. Volume 12, Number 10, August 2007.

Human Factors Engineering. 2016. AHRQ Patient Safety Network. Luettu 6.4.2017
<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/20/human-factors-engineering>.

Huttunen, H-L. 2014. Leikkaussalihenkilökunnan käyttäjäkokemus sähköisestä anestesiatietojärjestelmästä. Pro gradu. Oulun yliopisto.

Jaakkola, V. 2012. Hoitotyön kliininen asiantuntijuus terveydenhuollossa - Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu. Itä-Suomen Yliopisto.

Kanerva, A. 2015. ”Minusta potilasturvallisuus on potilaan oikeus ja meidän velvollisuus” - Potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökulmasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksikössä. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto.

Kantomaa, M. 2013. Sairaanhoidtajien osaaminen leikkausosastolla. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Karjalainen, M. 2011. Perioperatiivinen ratkaisu tehostaa leikkaus ja anestesiatoimintaa. Tieto. Luettu 26.4.2017.
<https://www.tieto.fi/menestystarinat/perioperatiivinen-ratkaisu-tehostaa-leikkaus-ja-anestesiatoimintaa>.

Kaskela, L. 2005. Luettu 17.4.2017
<https://www.tieke.fi/pages/viewpage.action?pageId=3441242>.

Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2015. Vuosikertomus.

- Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategia 2015–2018. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Kovanen, A. 2012. Vastuuhoitajan osaamisen tunnistaminen Keski-Suomen Keskussairaalan yhteispäivystyksessä. YAMK-opinnäytetyö. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.
- Kuusi, O. 1999. Delfoi-menetelmä. Luettu 26.4.2017.
<https://metodix.fi/2014/05/19/kuusi-delfoi-metodi/>
- Kuusi, O. 2012. Delfoi-menetelmä – Miten tutkimme tulevaisuutta kirjan uudistetussa laitoksessa. PowerPoint-esitys.
- Leppänen, N. & Puupponen, A. 2009. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Hoitotyön asiantuntija – käsitteen määrittelyä. YAMK-opinnäytetyö. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.
- Linstone, H. A. & Turoff, M. 2002. The Delphi Method: Techniques and Applications. Murray Turoff and Harold A. Linstone.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2015. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- THL 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Luettu 31.3.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>.
- Nykänen, P. 2012. Käytettävyys – tietojärjestelmän suunnittelun näkökulmasta. Power Point -esitys. Luettu 17.4.2017 https://www.sfs.fi/files/1391/Nykanen_05092012.pdf.
- Ohtonen, S. 2010. ”Ei tää kyllä anestesiakaavaketta voita niinku millään lailla”: Rakenteinen kirjaaminen valvontayksikön hoitotyössä. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.
- Pihlaja, S. 2006 Hoitotyön suunnitelma – Gynekologisen leikkauspotilaan pre- ja postoperatiivisen hoitotyön kirjaaminen vuodeosastolla ja heräämössä. Opinnäytetyö. Diakonia Ammattikorkeakoulu.
- Rekola, L. 2010. Asiantuntijuudesta. PowerPoint – esitys.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. 3.1 Eettiset kysymykset. KvaliMOTV. Luettu 9.4.2016. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1.html
- Sieppi, K. 2008. Kollektiivinen asiantuntijuus hoitotyössä – ”Ollaan kaikki yhtä”. YAMK-opinnäytetyö. Terveiden edistäminen. Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Skulmoski G. J., Hartman, F. T. & Khran, J. 2007: The Delphi method for Graduate Research. Journal Of Information Technology Education. Volume 6, 2007.
- Tengvall, E. 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys - Kyselytutkimus leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2016. Määräys 2/2016 THL/295/4.09.00/2016 8.7.2016. Luettu 17.4.2017.

https://www.thl.fi/documents/920442/2779701/THL_Maarays_2-2016_Olennaiset_toiminnalliset_vaatimukset.pdf/3b7ea060-1fd0-44d1-997c-8effa045104f.

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2016. Määräys 2/2016 THL/295/4.09.00/2016 8.7.2016. Luettu 17.4.2017.

https://www.thl.fi/documents/920442/2779701/THL_Maarays_2-2016_Olennaiset_toiminnalliset_vaatimukset.pdf/3b7ea060-1fd0-44d1-997c-8effa045104f.

Tiusanen, T., Junttila, K., Leinonen, T. & Salanterä, S. 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaamisen arviointi. *Hoitotiede* 2009, 21 (4), 269–281.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 9.4.2016.

<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

Valvira. 2017. Tietojärjestelmät. Luettu 17.4.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/terveysteknologia/tuotteen_markkinoille_saattaminen/tietojarjestelmat.

Vestman, J. 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut kliinisessä hoitotyössä. Pro gradu – tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen Yliopisto.

LIITTEET

Liite 1: Saatekirje osastonhoitajille

Arvoisa osastonhoitaja.

Suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa hyvinvointiteknologiasta Tampereen Ammattikorkeakoulussa. Koulutukseltani olen sairaanhoitaja AMK ja työskentelen Leikkausosastoilla 1-3 anestesiasairaanhoitajana. Teen opinnäytetyöni aiheesta ”Kirjaamisen minimikriteerit ECP (Prosessium) – järjestelmään Keski-Suomen Keskussairaalassa.” Tutkimusluvan olen saanut keväällä 2016.

Opinnäytetyöni on tarkoitus toteuttaa niin sanotulla Delfoi-menetelmällä, jossa asiantuntijapaneeli ottaa kantaa aiheesta esitettyihin väittämiin kahdella eri kierroksella. Tutkimus toteutetaan sähköisesti, eikä vastaajia tai vastaajien työyksiköitä yhdistetä vastauksiin. Tutkimuksen tuloksia tullaan käyttämään Prosessium-kirjaamisen kehittämisessä osana Keski-Suomen Sairaanhoitopiirin hoitotyön strategiaa ja potilasturvallisuuden edistämistä.

Arvoisa osastonhoitaja, toivoisin, että Teillä olisi esittää minulle osastoltanne/yksiköstänne 2-3 vapaaehtoista osallistujaa tutkimuksen mainittuun asiantuntijapaneeliin. Esitykset voi tehdä minulle esimerkiksi tämän viestin alla olevaan sähköpostiosoitteeseen. Esitykseksi riittää henkilön nimi ja sähköpostiosoite. Osallistujilta toivotaan useamman vuoden työkokemusta, kokemusta Prosessium-kirjaamisesta ja halua sekä kehittävää työtettä sekä asennetta.

Tulen itse myöhemmin ottamaan vapaaehtoiisiin yhteyttä ja kysymään heidän suostumustansa tutkimukseen.

Tarkempia tietoja tutkimuksesta saa tämän sähköpostin liitteenä olevasta tutkimussuunnitelmasta, sekä suoraan minulta.

Ystävällisin terveisin ja yhteistyöstä kiittäen,

Esa Honkonen

Liite 2: Saatekirje tutkimukseen osallistujille

Hei.

Olen Keski-Suomen keskussairaalan leikkausosaston sairaanhoitaja. Opiskelen ylempää AMK-tutkintoa hyvinvointiteknologiasta Tampereen Ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyötä Prosessium-kirjaamisen kehittämisestä.

Esimiehesi on ilmoittanut minulle, että olisit halukas ja vapaaehtoinen osallistumaan tutkimukseeni.

Tarkoituksena on kehittää anestesia- ja leikkaushoidon tietojärjestelmän kirjaamista. Tutkimus toteutetaan Delfoi-menetelmällä. Tutkimukseen vastataan nimettömänä, eikä vastauksia yhdistetä vastaajan yksikköön. Tarkoituksena on ottaa kantaa esitettyihin väittämiin Prosessium-kirjauksista kaksi kertaa, ensimmäisellä ja toisella kierroksella.

Tutkimus toteutetaan sähköisesti, lähetän vastauslinkin sähköpostilla. Tutkimuksen tavoitteena on luoda pohja työlle, jolla Prosessium-kirjauksista voitaisiin luoda yhteiset pelisäännöt, jotta tietyt potilasta koskevat tiedot olisivat yhteisesti sovituissa paikoissa.

Tutkimus toteutetaan kahdessa vaiheessa, ensimmäinen kierros joulukuussa 2016 ja toinen kierros tammikuussa 2017. Kysely on auki noin kaksi viikkoa, jona aikana siihen voi käydä vastaamassa mihin aikaan tahansa. Vastaaminen kestää noin kymmenen minuuttia. Kyselyyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi tutkimukseen osallistumiseen.

Mikäli haluat tietää lisää tutkimuksesta, voit olla yhteydessä minuun, yhteystiedot löytyvät viestin alaosasta. Liitteenä on tutkimussuunnitelma.

Kiitos yhteistyöstä,

Esa Honkonen

Liite 3: Saatekirje 1. Delfoi-kierrokselle

Hei.

Tässä tiedote opinnäytetyöhöni ”Prosessium-kirjaamisen kehittäminen” liittyen.

Lähetän pian eri sähköpostiviestillä linkin, jolla pääset vastaamaan. Viestin otsikko on ”Kutsu eDelfoi-paneeliin Prosessium kirjaamisen kehittäminen (opinnäytetyö) 1.kierros”. Viestistä löytyy linkki, joka vie sivulle, josta valitsemalla ”Siirry vastaamaan” pääset osallistumaan. Kun olet ottanut kantaa väittämiin, viimeisen väittämän kohdalla on nappi ”TALLENNA”, josta kaikki vastaukset tallentuvat. Sitten ruudun oikeassa yläkulmassa on kohta ”Kirjaudu ulos”, jota painamalla pääsee pois kyselystä.

Kyselyssä on seitsemän (7) väittämää, joihin on tarkoitus ottaa kantaa. Kaikki väittämät eivät välttämättä koske yksikköä, jossa työskentelet. Pyri ottamaan kantaa ”potilaan parhaaksi, oman yksikkösi näkökulmasta”. Miten voisimme yhdessä kehittää Prosessium-kirjaamisesta yhä parempaa.

Vastausaikaa on 31.12.2016 asti.

Toinen kierros käydään tammikuussa.

Mikäli on kysyttävää, voit ottaa yhteyttä:

Yhteistyöstä kiittäen,

Esa Honkonen

Liite 4: Saatekirje 2. Delfoi-kierrokselle

Hei.

Tässä tiedote opinnäytetyöhöni ”Prosessium-kirjaamisen kehittäminen” liittyen.

Kiitoksia ensimmäisen kierroksen vastauksista. Ne olivat hyviä, ja auttavat meitä kehittämään yhteisiä pelisääntöjä Prosessiumin käyttöön potilaiden hoidon ja potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Lähetän taas pian sähköpostiviestillä linkin, jolla pääset vastaamaan 2. kierroksen väittämiin. Viestin otsikko on ”Kutsu eDelfoi-paneeliin Prosessium kirjaamisen kehittäminen (opinnäytetyö) 2.kierros”. Viestistä löytyy linkki, joka vie sivulle, josta valitsemalla ”Siirry vastaamaan” pääset osallistumaan. Kun olet ottanut kantaa väittämiin, viimeisen väittämän kohdalla on nappi ”TALLENNA”, josta kaikki vastaukset tallentuvat. Sitteen ruudun oikeassa yläkulmassa on kohta ”Kirjaudu ulos”, jota painamalla pääsee pois kyselystä.

Toisen kierroksen kyselyssä on seitsemän (7) väittämää – ensimmäisen kierroksen väittämiä on muokattu vastausten perusteella. Pyri ottamaan kantaa ”potilaan parhaaksi, oman yksikkösi näkökulmasta”. Miten voisimme yhdessä kehittää Prosessium-kirjaamisesta yhä parempaa. Haemme konsensusta, jolla saataisiin alkuun kehitystyö Teidän vastausten perusteella.

Vastausaikaa on 5.2.2017 asti.

Tämä toinen kierros on viimeinen tässä tutkimuksessa. Lämmin kiitos vastauksista ja mukavaa talven jatkoa ja kevään odotusta.

Mikäli on kysyttävää, voit ottaa yhteyttä:

Yhteistyöstä kiittäen,

Esa Honkonen