Postoperatiivinen hoitoprosessi – potilaan kulku heräämöstä osastolle

Ismo Alastalo, Tarja Tulla ja Kaija Leskinen

Hyvinkään sairaalassa on vuodesta 2000 alkaen otettu potilaita vastaan leikkauspäivän aamuna LEIKO (leikkaukseen kotoa) -yksikössä. Toiminta alkoi kirurgian ja korva-, nenä- ja kurkkutautien vastuualueilla käsittäen kirurgisista potilaista 20–25 % ja korva-, nenä- ja kurkkutautien potilaista suurimman osan. Syksystä 2006 alkaen uuden LEIKO-rakennushankkeen valmistumisen myötä toiminta laajeni ja kattaa vuonna 2007 jo lähes kaiken operatiivisen toiminnan. LEIKO-toiminnan kehittäminen on ollut yksi HUS Hyvinkään sairaanhoitoalueen strategisista tavoitteista. LEIKO-prosessin kehittäminen on lisäksi yksi HUS-piirin tutkimus- ja kehittämiskohteista

Postoperatiiviseen vaiheen kehitysprojekti liittyi HUS HQ8 -laatuasiantuntijakoulutukseen. Tarkoituksena oli selvittää Hyvinkään sairaalan LEIKO-prosessin operatiivista hoitoprosessia ja postoperatiivista potilasliikennettä heräämöstä vuodeosastolle. Kyseinen vaihe käsittää yli 5000 potilaan hoidon vuosittain.

Ongelmaksi potilasliikenteen sujuvuudessa olivat muodostuneet informaation kulku ja viiveet potilaiden kuljetuksessa sekä työn kuormittavuuden aiheuttamat paineet henkilöstösuhteisiin.

Projektin päätehtäväksi muodostui ongelmien kartoitus myöhempää prosessin kehitystyötä varten. Tarkoituksena oli myös löytää ratkaisuja ja uusia toimintamalleja osin jo olemassa olevin resurssein. Stabiilia lähtötilannetta potilasliikenteen tilasta ei ollut, vaan tilanne muuttui koko ajan korjausrakentamisen ja potilasliikennejärjestelyjen myötä.

Operatiivisen potilaan hoitoprosessissa on kuvattu neljä vaihetta: Leikkauspäätös, leikkaukseen valmistaminen, leikkaus- ja anestesiatoimenpide ja leikkauksen jälkeinen hoito.

Kehitysprojekti tarkasteli leikkaus- ja anestesiatoimenpiteen ja sen jälkeisen hoidon välistä rajapintaa. Siihen sisältyy heräämövaiheen loppuvaihe, joka on jo välitöntä leikkauksen jälkeistä valvontaa ja toimenpiteistä toipumista.

Projektin toteutus

Suunnitteluvaiheen jälkeen määritettiin 14-paikkaisen leikkausosaston heräämön ja 80-paikkaisen kirurgian vuodeosaston eri solujen toimintojen prosessikuvaukset. Lisäksi kartoitettiin osastojen henkilöstöltä kalaruotokaavion muodossa potilasliikenteen ja informaation kulkuun liittyvät ongelma-alueet sekä muut tähän liittyvät kehityskohteet. Kommenttien perusteella kehityskohteiksi valittiin henkilöstön työn kuormittavuuden vähentäminen, informaation tehostaminen kaikilla osa-alueilla sekä yleinen potilasliikenteen sujuvuuden parantaminen.

Heräämön kuormituksen ja henkilöstön välistä suhdetta tarkasteltiin lähemmin. Heräämön ja vuodeosaston välisen potilasliikenteen viiveitä mitattiin. Lisäksi järjestettiin henkilöstökysely informaation kulun ongelmien kartoittamiseksi sekä työn kuormittavuuden selvittämiseksi. Henkilöstökysely ja potilasliikenteen viiveiden mittaukset suoritettiin lokakuun 2005 aikana.

Mittauksia toteutettiin henkilöstökyselyjen muodossa monivalintakysymyksin ja 5-portaisen arvoasteikon avulla. Kysymyksissä tarkasteltiin osastojen työn kuormittavuutta, informaation kulkua vuodeosaston eri solujen sisällä ja välillä sekä heräämön ja osaston välillä. Lisäksi mitattiin potilassiirtoihin liittyviä viiveitä heräämössä ja vuo-

deosaston eri soluissa ja eri viikonpäivinä. Kyselyyn osallistui kokonaisuudessaan yli 88,5 % vuodeosaston sairaanhoitajista sekä noin puolet heräämön henkilöstöstä. Kokonaisvastausprosentti henkilöstökyselyyn oli 66 %.

Tulokset

Informaation kulussa havaittiin selkeitä ongelmia sekä osastojen sisällä että osastojen välillä. Työn kuormittavuudessa havaittiin selkeitä eroja kirurgian vuodeosaston eri solujen välillä sekä eri viikonpäivinä. Maanantai oli viikon kuormittavin päivä. Gastroenterologisessa solussa kaikki arkipäivät koettiin tasaisen kuormittaviksi suhteessa viikonloppuihin. Potilasliikenteen sujumiseen ja siirtoviiveisiin löydettiin selviä syitä.

Tärkeimmiksi kehitysalueiksi katsottiin vuodeosaston ja heräämön yhteistyön kehittäminen. Molempien osastojen henkilöstön pitäisi tuntea paremmin toistensa työnkuva ja toiminnan tavoitteet. Lisäksi painotettiin toisen työn arvostamista unohtamatta potilaan tarpeita.

Siirtoviiveiden tärkeimmiksi syiksi osastolla katsottiin työkiireet, jotka johtuivat osaston rutiineista ja edellisen siirretyn potilaan välittömään postoperatiiviseen hoitoon kuluvasta ajasta. Pitkittyneeseen siirtoon katsottiin osastolla tärkeimmiksi syiksi potilaan postoperatiiviset kipulääkitystarpeet, pahoinvointiongelmat ja ortopedian solussa potilaiden kuivittaminen. Heräämön mielestä osastolla on liian vähän henkilökuntaa hoitamaan osastorutiineja ja potilasliikennettä. Lisäksi kaivattiin heräämötyön tuntemusta ja arvostusta osastotasolle. Heräämötyön ja vuodeosastotyön roolijaon selkiyttäminen kaikille osapuolille katsottiin myös merkittäväksi kehitysalueeksi heräämön henkilöstön toimesta.

Työryhmän parannus- ja kehitysehdotukset vuodeosaston ja heräämön välisen postoperatiivisen potilasliikenteen kehittämiseksi olivat:

1. Vuodeosaston ja heräämön välisen yhteistyöryhmän toiminta täytyisi käynnistää pikaisesti informaation kulun parantamiseksi.
2. Työn kuormittavuuden vähentämiseen tulisi pyrkiä molemmissa yksiköissä. Vuodeosaston henkilöstön roolijakoa tulisi selkiyttää.
3. Potilaiden kotiuttamista ja potilassiirtoja jatkohoitoon tulisi kehittää joustavammiksi ja tehokkaammiksi.
4. Sairaanhoitohenkilöstön työpanosta tulisi korvata muulla ammattihenkilöstöllä esim. muun potilasliikenteen ja vähemmän sairaanhoidollista ammattitaitoa vaativien rutiinien hoitamisessa. Tällöin leikkaustoimintaan liittyvän potilasliikenteen sujumiseen saataisiin lisäresursseja.

Kehitysprojektin nykytilanne

Uusi LEIKO-yksikkö avautui 19.9.2006 ja sen toiminta käynnistyi porrastetusti vuoden 2006 loppuun mennessä. Vuoden 2007 alusta lähes koko operatiivinen toiminta tapahtuu LEIKO-yksikön kautta, lukuun ottamatta eräitä erityisryhmiä kuten sektiopotilaat.

Heräämön ja vuodeosaston välisen informaation kulun parantamiseksi aloitettiin säännölliset yhteistyökokoukset tammikuussa 2006. Käytäntöjä on kokousten pohjalta tarkistettu ja yhteistyö on koettu hedelmälliseksi.

Työn kuormittavuutta vuodeosastolla on pyritty helpottamaan päivittämällä vastuuhoitajan toimenkuvaa mm. resurssien kohdentamisen suhteen. 80-paikkainen kirurginen vuodeosasto jakaantuu neljään eri soluun: ortopedinen, plastiikkakirurginen, urologinen (sis. KNK-potilaat) ja gastroenterologinen solu. Ne poikkeavat toiminnaltaan huomattavasti toisistaan.

Potilaiden kotiuttamista on tehostettu niin, että asiapaperit ovat valmiina jo kotiutuspäivän aamuna. Potilaspaikka vapautuu sujuvasti seuraavaa potilasta varten. Tämä nopeuttaa potilaiden siirtoa heräämöstä vuodeosastolle, jolloin heräämö pystyy joustavammin ottamaan vastaan leikkaussalista tulevan potilaan.

Vuodeosaston henkilökunta on oppinut hyödyntämään Opera-salienseurantanäyttöä suunnitellessaan potilaiden sijoitusta ja hoitoa. Suunnitteilla on myös työnkierron toteuttaminen leikkausosaston ja kirurgisen vuodeosaston välillä. Sairaanhoitohenkilöstön työpanosta on helpotettu niin, että laitoshuoltaja huolehtii Leiko-potilaiden vuoteiden siirrosta vuodeosastolta leikkausosastolle.

Vuoden 2006 alussa aloitetut leikkausosaston ja kirurgisen vuodeosaston yhteistyökokoukset on koettu hyväksi foorumiksi yhteisten asioiden esille tuomiseen ja käsittelyyn. ❐

Ismo Alastalo
ylilääkäri, knk -vastuualue. oper. ty

Tarja Tulla
apulaisosastonhoitaja, kirurgian vuodeosasto

Kaija Leskinen
osastonhoitaja, anestesia- ja leikkausosasto